IN-ABY-273

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

الأمومة السليمة

MATERNITE SANS RISQUES

Actes de la Conférence maghrébine

Marrakech, 23-26 octobre 1991

Organisée en collaboration avec le F.N.U.A.P. et l'U.S.A.I.D.

PN-ABQ-273

الأمومة السليمة

MATERNITE SANS RISQUES

Actes
de la Conférence maghrébine

Marrakech, 23-26 octobre 1991

Organisée en collaboration avec le F.N.U.A.P. et l'U.S.A.I.D.

Rapport de synthèse

Sommaire

Préambule
1. Introduction
2. Analyse de la situation actuelle de la santé maternelle et périnatale dans le monde et les pays du Maghreb
3. Organisation de la conférence maghrébine « maternité sans risques »
4. Programme de la conférence
1. Ouverture de la conférence : les discours officiels
2. Thèmes de la conférence
3. Recommandations
4. Séance de clôture.
5. Annexes
Annexe 1. Reproduction des discours officiels :
- M. Taïb Bencheikh, Ministre de la Santé publique du Royaume du Maroc.
- M. Katsuhide Kitatani, Adjoint du Directeur exécutif du FNUAP
- M. K. Jaeger, Représentant Résident du PNUD/FNUAP au Maroc
- M. D. Chandler, Directeur de l'US-AID au Maroc
- Dr Mme Barbara E. Kwast, Expert scientifique O.M.S. Programme de Santé Maternelle Infantile et Planification Familiale - Genève
- Dr Sabwa Matanda, Conseiller technique principal - Section Santé Maternelle et Infantile FNUAP - New-York
- Mme Elin Ranneberg-Nilsen - Directeur du FNUAP/Maroc
- *Lecture du télégramme adressé à sa Majesté le Roi Hassan II*
- Dr Akhmisse Mustapha, Secrétaire général du Ministère de la Santé publique du Maroc.

Annexe 2 : Axes de réflexions
Annexe 3 : Liste des participants
Annexe 4 : Indicateurs
Annexe 5 : Recommandations propres à chaque thème (en français et en arabe)
Annexe 6 : Programme de la conférence
Annexe 7 : Documents préparatoires pour la conférence maghrébine sur la « Maternité sans risques »

Préambule

La mortalité maternelle n'a retenu l'attention des planificateurs de santé qu'à une date relativement récente ; or l'OMS estime que, chaque année, au moins **un demi-million de femmes, soit 1 500 femmes par jour**, décèdent des causes liées à la grossesse et à l'accouchement.

A côté de la mortalité maternelle, d'autres risques liés à la grossesse et à l'accouchement, tels que les **insuffisances pondérales** à la naissance, les **accouchements prématurés**, le **tétanos néo-natal**, pour ne citer que ceux-là, ajoutent une autre dimension à cette véritable "tragédie humaine".

L'éclairage donné à ce problème par la Décennie des Nations-Unies pour la femme (1976-1985), les différentes Conférences internationales et précisément la Conférence internationale de Naïrobi (Kenya) en 1987 qui a vu la naissance de « L'initiative pour une maternité sans risques », d'autres rencontres de portée régionale, telle celle de Amman (Jordanie) en 1988, de Niamy (Niger) en 1989 ont permis de sensibiliser l'opinion à l'ampleur de ce problème et mis l'accent sur les droits de la femme à l'éducation et à la santé et sur le rôle qu'elle peut jouer dans le développement.

Toutes ces réunions ont prôné un "engagement à l'action" pour une maternité sans risques, en élargissant le concept par le renforcement de la protection maternelle et infantile et la planification familiale.

A la suite des entretiens que j'ai eu personnellement à New-York en 1989 avec Mme Nafis Sadik, Directeur exécutif du Fonds des Nations-Unies pour les Affaires de Population, et répondant aux recommandations de la réunion des ministres arabes de la Santé de l'Union du Maghreb Arabe (UMA) tenue à Tripoli (Libye) en novembre 1990, le Maroc a organisé sous le Haut Patronage de S.M. le Roi Hassan II une conférence maghrébine en collaboration avec le FNUAP et l'USAID à Marrakech du 23 au 26 octobre 1991.

Le but assigné à cette conférence à laquelle ont participé les délégués des cinq pays de l'UMA (Algérie, Libye, Mauritanie, Tunisie et Maroc), ainsi que des experts nationaux et internationaux et des représentants d'organisations non gouvernementales nationales et internationales, a consisté en l'analyse de la situation qui prévaut dans la région et à l'élaboration d'une stratégie d'action commune, en vue d'aboutir à l'amélioration de la santé maternelle et périnatale et la promotion de la Femme dans le Maghreb. C'est aussi un pas en avant dans la construction du Grand Maghreb.

Qu'il me soit permis ici de réitirer mes remerciements au Fonds des Nations-Unies pour les Affaires de Population et à l'Agence Internationale des Etats-Unis pour le Développement pour l'aide efficace qu'ils ont apporté au Ministère de la Santé publique, contribuant ainsi au bon déroulement de la conférence.

Le Ministre de la Santé Publique
M. Taïeb BENCHEIKH

Introduction

Sous le Haut Patronage De Sa Majesté Le Roi Hassan II et en collaboration avec le Fonds des Nations-Unies pour les Affaires de Population et l'Agence des Etats-Unis pour le Développement, le Ministère de la Santé publique du Royaume du Maroc a organisé à Marrakech du 23 au 26 octobre 1991, sur le thème "Maternité sans risques", une conférence maghrébine à laquelle ont participé les représentants des cinq pays de l'Union du Maghreb Arabe (Algérie, Libye, Mauritanie, Tunisie et Maroc).

Ont assisté à l'ouverture officielle les ministres de la Santé et chefs de délégations des pays de l'UMA, qui avaient participé la veille à la 5e session du Conseil des ministres maghrébins de la Santé.

Ont été présents également lors de l'ouverture de la Conférence les représentants de l'autorité locale et les élus de la ville.

La Conférence a vu la participation, en plus des représentants des ministres des 5 pays, de :

- l'Adjoint du Directeur exécutif du FNUAP (New-York) ;
- le Représentant du PNUD à Rabat ;
- le Directeur de l'USAID à Rabat ;
- le Représentant de la Santé de la Famille à l'O.M.S (Genève) ;
- le Représentant de l'O.M.S. à Rabat ;
- le Représentant de L'UNICEF à Rabat ; ainsi que les Représentants de plusieurs organisations non gouvernementales internationales et nationales, notamment :
  - la Confédération Internationale des Sages-Femmes ;
  - l'I.P.P.F. ;
  - l'Association Marocaine des Sages-Femmes ;
  - l'Association Marocaine des Sciences Infirmières et Techniques Sanitaires ;
  - l'Association Nationale Algérienne des Sages-Femmes ;
  - l'Association Tunisienne des Sages-Femmes ;
  - l'Association Nationale Algérienne du Planning Familial ;
  - l'Association Marocaine de Planification Familiale ;
  - la Ligue Marocaine pour la Protection de l'Enfance ;
  - le Représentant du Ministère chargé des Relations avec le Parlement et des affaires de l'Union du Maghreb Arabe.

ainsi qu'une importante délégation provinciale des services du Ministère de la Santé Publique, de l'Entraide Nationale, du Ministère de l'Artisanat et des Affaires Sociales à Marrakech, et des Représentantes de l'Union des Femmes de Marrakech.

La liste nominative de tous les participants figure à l'annexe numéro 3.

ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA SANTE MATERNELLE ET PERINATALE DANS LE MONDE ET LES PAYS DU MAGHREB

Les mères et les enfants sont considérés comme des groupes vulnérables en raison des caractéristiques particulières de la grossesse ou de la petite enfance.

Sur l'ensemble de la population mondiale, 24 % sont des femmes en âge de procréer et 36 % des enfants de moins de 15 ans.

Si la proportion des femmes en âge de procréer est à peu près la même dans toutes les régions du monde, les enfants de moins de 14 ans représentent 24 % de la population dans les pays développés et 40 % dans les pays en voie de développement.

Les taux élevés de morts maternelles dans les pays en voie de développement sont fréquemment passés inaperçus. Pourtant, en Afrique et en Asie, les décès de femmes enceintes représentent parfois plus de 50 % du total des décès chez les femmes en âge de procréer.

Les taux de mortalité maternelle dans les pays en voie de développement sont de 500 à 1 000 pour 100 000 naissances vivantes, soit environ 500 000 décès survenant chaque année.

Selon l'OMS, la mortalité maternelle dans les différentes régions du Monde est comme suit :

- *Amérique latine* : 16 à 468 décès pour 100.000 naissances vivantes ;
- Asie : 7 à 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes ;
- *Afrique* : 160 à 1 100 décès pour 100 000 naissances vivantes ;
- *Amérique du Nord* : 7 à 15 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Dans nos pays du Maghreb la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales sont encore mal connues, ou du moins la connaissance précise de leurs niveaux et causes est encore insuffisante et non maîtrisée. Mais il ressort des études et informations disponibles que le problème de la mortalité maternelle et périnatale est un problème majeur de santé publique, les chiffres avancés varient de 70 à 300 pour 100 000 naissances vivantes.

La forte mortalité maternelle qui persiste dans nos pays est le résultat de l'interférence de multiples facteurs :

– médicaux : hémorragie, éclampsie, infection...

– sanitaires ; liés à un accès insuffisant à des soins de santé maternelle appropriés et au fait que les grossesses surviennent trop tôt et sont trop rapprochées et trop fréquentes ; ainsi, qu'à l'insuffisance de personnels qualifiés (médecins, sages-femmes, auxiliaires recyclées) ;

– socioculturels et économiques : statut social défavorable de la femme, analphabétisme, mauvais état nutritionnel des filles et femmes enceintes ;

– une proportion non négligeable des naissances à domicile ;

– l'insuffisance en structures sanitaires ainsi que la pénurie de fournitures essentielles ;

La persistance de ces taux de mortalité dans les pays du Maghreb a conduit à une prise de conscience des responsables de ces pays. C'est ainsi que les ministres de la Santé des pays du Maghreb arabe, lors de la 4e session de leur conseil tenue à Tripoli (Libye) en novembre 1990, ont décidé la tenue d'une conférence maghrébine "Maternité sans risques" au Maroc.

ORGANISATION DE LA CONFERENCE MAGHREBINE « MATERNITE SANS RISQUES »

Suite aux recommandations de la réunion des ministres de la Santé des pays de l'UMA et concernant l'organisation d'une conférence maghrébine sur le thème "Maternité sans risques", tout un processus a été engagé en vue de la préparation de cette conférence.

Une réunion préparatoire organisée les 28, 29 et 30 juillet 1991 à Rabat (Maroc) et à laquelle ont participé les représentants des

pays de l'UMA avait pour but de les informer du dossier de la conférence (date, durée...), d'en étudier le contenu et les modalités d'organisation (thèmes à débattre, profil des participants, travaux de groupe, etc.). C'est ainsi que :

– la date de la conférence a été fixée de façon définitive ;

– de même qu'il a été déterminé avec l'accord des membres présents les profils des participants. Il a été retenu que les participants répondraient aux critères suivants : connaissance du problème sous les différents aspects (épidémiologie, communication, socioculturel, médico-sanitaire, etc.) expérience du terrain, degré de responsabilité dans la gestion des programmes de santé maternelle, périnatale et planification familiale. Sur cette base, il a été arrêté les profils suivants pour chaque pays et en plus du ministre de la Santé publique :

- le Directeur central chargé de la Prévention ou des Soins de Santé de Base (S.S.B.) ou le Directeur chargé de l'Hygiène et de la Protection Sanitaire ;
- le Gestionnaire des Programmes de Santé Maternelle et de Planification Familiale ;
- deux gynécologues obstétriciens ;
- un pédiatre ;
- une sage-femme ;
- un épidémiologue ou médecin de santé publique ;
- un expert chargé de traiter les aspects socio-culturels ;
- un expert en formation ;
- un expert en éducation/communication.

Il a été retenu la nécessité pour certains pays d'inclure dans la liste des participants un représentant du département ministériel chargé de la condition féminine. Au total 10 à 11 participants par pays. De même la possibilité de faire participer les ONG à cette conférence a été également proposée : deux représentants de ces ONG par pays.

– Par ailleurs, les objectifs de la conférence ont été affinés et formulés afin :

- d'examiner la situation de la "santé maternelle et périnatale" dans les cinq pays de la région ;
- d'analyser les causes socio-économiques, socio-culturelles et médico-sanitaires de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales ;
- d'étudier les activités relatives aux composantes de l'action en faveur d'une « maternité sans risques » : recherche, afin de mieux comprendre les causes et les facteurs de cette morbidité et mortalité, formation et développement des compétences des personnels, amélioration de la qualité de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, éducation et communication des populations-cibles, coopération technique maghrébine dans ces domaines d'action ;
- d'élaborer les éléments prioritaires d'un plan d'action de réduction et de prévention de la morbidité et mortalité maternelles et périnatales dans le cadre de l'initiative pour une "maternité sans risques", dans les 5 pays du Maghreb.

– Quant aux thèmes retenus, ils concernent :

Thème 1 : Causes économiques et socio-culturelles de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales.

Thème 2 : Causes médico-sanitaires de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales et les moyens de les réduire.

Ce thème comprend 3 sous-thèmes :

Sous-thème 1 : Prévention et prise en charge des grossesses à risque ;

Sous-thème 2 : Prévention et prise en charge des problèmes périnatals ;

Sous-thème 3 : Système de soins de recours : organisation et gestion.

Thème 3 : Formation et développement des compétences des personnels de santé.

Thème 4 : Information, éducation et communication.

Thème 5 : Situation et connaissance actuelle de la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales. Etudes et recherches.

Sur la base de ces thèmes, il est proposé une liste de questions à débattre (axes de réflexion, annexe n° 2) afin d'alimenter et de faciliter le débat et les discussions des groupes de travail. A cet effet, il est constitué des groupes ou commissions pour les différents thèmes, et en particulier pour les thèmes 2, 3 et 4.
Un document "recueil d'informations" est remis aux représentants des pays, concernant des données démographiques, épidémiologiques, sanitaires, socio-économiques, etc. en vue d'élaborer une brochure ou panneau de certains indicateurs reflétant la situation de la santé maternelle et infantile dans les pays du Maghreb.
De même, il est organisé un stand d'exposition de matériel, documents et supports éducatifs produits par les différents pays et en relation avec le thème de la conférence. Les organismes internationaux : FNUAP, O.M.S., USAID, UNICEF ont également été conviés à y participer par l'envoi de documentation, affiches, etc.

Programme de la conférence

1. OUVERTURE : LES DISCOURS OFFICIELS

Monsieur Taïeb Bencheikh, Ministre de la Santé publique du Royaume du Maroc, dans son allocution d'ouverture, a souhaité la bienvenue à l'ensemble des participants, plus particulièrement les ministres et chefs de délégation qui ont tenu à donner à cette conférence une importance élevée à la coopération entre pays de l'UMA.
Il a, par ailleurs, remercié l'ensemble des organisations ayant participé à la tenue de cette conférence, et plus particulièrement le FNUAP et l'USAID, et a donné ses orientations quant à la priorité qu'on devrait accorder, à l'avenir, pays maghrébins et organismes internationaux, à la stratégie de la "maternité sans risques".
De même Monsieur Katsuhide Kitatani, Adjoint du Directeur exécutif du FNUAP, qui, après avoir développé dans son exposé introductif la situation actuelle de la morbidité et mortalité maternelles et périnatales et leurs principales causes dans le monde, et plus particulièrement dans les pays en voie de développement, a tenu à souligner la nécessité de multiplier et d'amplifier nos efforts actuels de collecte, d'exploitation de circulation et d'utilisation des données relatives à la mortalité maternelle et périnatale dans les formations médico-hospitalières et dans les communautés.
Il a particulièrement insisté sur la nécessité d'élaborer des programmes nationaux visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales, axés sur une bonne organisation du système des prestations des services médicaux et obstétricaux avec un système adéquat de référence des urgences, sans oublier la participation active des communautés.
Monsieur K. Jaeger, Représentant résident du PNUD/FNUAP au Maroc a pour sa part souligné que le PNUD et le FNUAP préparent actuellement leurs programmes pour la période quinquennale 1992-1996, privilégiant le développement humain et intégrant systématiquement la femme dans ce processus de développement.
Pour sa part, Monsieur D. Chandler, Directeur de l'USAID (au Maroc), a tenu à souligner que la survie de l'enfant et la maternité sans risque sont une priorité de l'USAID dans le monde entier.

Dr Barbara E. Kwast (O.M.S. - Genève) s'est adressée aux participants au nom du Directeur général de l'O.M.S. et du Directeur du Bureau régional O.M.S. pour la Méditerranée orientale, expliquant les efforts déployés par l'OMS, et plus particulièrement depuis 1987, vers la réalisation des objectifs "maternité sans risques", un des programmes prioritaires qui entre dans le cadre de la stratégie "santé pour tous" d'ici l'an 2000.

Enfin, le Dr Sabwa Matanda a introduit le thème relatif du niveau et causes de la morbidité et mortalité maternelles et périnatales dans le monde.

Dans son exposé, le Dr Sabwa Matanda a mis l'accent sur le caractère spécifique de la mortalité maternelle et que tout programme national susceptible de réduire la mortalité maternelle devrait créer une situation propice, telle qu'une femme puisse devenir enceinte et accoucher parce qu'elle le désire, et préparer un environnement socio-sanitaire par le développement de l'accès à des soins médicaux et obstétricaux adéquats et de qualité pour éviter le mieux possible les complications de la grossesse et de l'accouchement.

2. LES THEMES DE LA CONFERENCE

– Chaque thème est présenté sous forme d'exposés de 15 mn par l'un des représentants de chacun des pays concernés qui fait une analyse de la situation et une mise au point qui débouchent sur des recommandations permettant la constitution du rapport de synthèse.

Pour chaque thème est désigné un président de séance et un modérateur (annexe n° 6 programme de la conférence).

– Il s'en suit un débat au sein des groupes, puis une synthèse du travail de chacun des groupes qui est présentée en plénière par le rapporteur.

– Chaque fin de journée se réunissait un comité de travail pour une mise au point et synthèse des travaux présentés (exposés des thèmes, travaux des groupes, débats des plénières ...).

Résumé/synthèse des thèmes présentés

Thème I : Causes économiques et socio-culturelles de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales

Les différents intervenants ont fait ressortir dans leurs exposés le rôle de certaines causes ou facteurs qui interviennent dans la genèse de la mortalité maternelle et périnatale et qui restent communs à l'ensemble de la région.

Plusieurs recommandations ont été dégagées pour promouvoir la santé de la mère et de l'enfant.

Causes et facteurs démographiques :

• **Age** : Le risque d'exposition à la mortalité maternelle augmente lorsque les jeunes filles s'engagent dans le processus de maternité à un âge précoce, la probabilité de décès augmente aussi avec l'âge, la tranche d'âge 35-45 ans s'expose beaucoup plus au risque de décès.

• **Parité** : Le statut de la femme est en relation avec les résultats de sa fonction de procréation, souvent une large progéniture est une consolidation du mariage.

La principale activité assignée à la femme est donc d'avoir beaucoup d'enfants.

Mais cette forte fécondité, si elle est favorisée et encouragée davantage, augmente le risque de décès maternels et infantiles.

Une parité égale ou supérieure à quatre augmente le risque de décès. Le risque touche les primipares très jeunes et augmente aussi quand l'intervalle entre deux naissances est inférieur à deux ans.

Causes socio-culturelles et économiques :

• **Les coutumes, les traditions et le fatalisme** limitent l'accès à l'information et le recours aux services de santé dans les populations tra-

ditionnelles, la pesanteur culturelle favorise une large fécondité et un mariage précoce, le risque de décès maternel se trouve multiplié.

• **L'instruction** : le rôle de l'instruction dans la réduction de la mortalité n'est plus à démontrer. Le taux de mortalité maternelle augmente indiscutablement chez les analphabètes. L'éducation est le moyen le plus efficace :

– pour pouvoir changer les comportements les habitudes, les croyances et sortir du système traditionnel ;

– pour retarder le mariage, ou la première naissance, espacer les naissances et par conséquent une diminution du risque de décès de la mère.

L'instruction permet à la femme de choisir une méthode de contraception, et une participation active devant les problèmes sanitaires.

L'instruction permet à la femme d'accéder à l'emploi, qui conditionne sans aucun doute son développement.

Le développement de la femme, l'amélioration de sa situation doivent passer inéluctablement par son éducation et son instruction.

• **Malnutrition** : le déséquilibre entre les besoins alimentaires et les quantités de nourriture disponibles est le résultat de la croissance rapide de la population. La baisse de la mortalité n'a pas été accompagnée d'un progrès technique et scientifique permettant une amélioration de la productivité. D'autres facteurs tels que le revenu de la famille, la sécheresse, les habitudes alimentaires font que la malnutrition touche souvent les deux groupes vulnérables, les enfants et les femmes enceintes.

• **Les besoins de santé** : le secteur de la santé constitue un des priorités sur le plan de développement économique et social et mobilise par conséquent une part importante du budget de l'Etat. Avec la croissance démographique, les moyens financiers restent limités, le fossé entre les besoins et les services se creuse davantage.

La baisse de la mortalité maternelle doit passer donc par une satisfaction des besoins.

En conclusion

Tout programme ou activité de développement en faveur de la maternité sans risques ne peut avoir une action efficace sans la prise en considération de tous les facteurs et aspects qui viennent d'être évoqués.

L'amélioration des conditions de vie de la femme, son statut, son instruction et son éducation sont indispensables à une réduction de la mortalité maternelle et périnatale.

Thème 2 : Causes médico-sanitaires de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales et les moyens de les réduire

Trois aspects essentiels et fondamentaux ont été abordés dans ce thème : la *prévention*, la *prise en charge des grossesses à risque* et l'*organisation du système de soins et de recours*. L'objectif recherché est de faire une analyse de ces différents aspects et de dégager les causes et facteurs qui déterminent la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales et les moyens en vue de les réduire.

Il ressort des différents exposés que, malgré l'insuffisance des données existantes qui restent issues d'enquêtes partielles ou hospitalières donc sujettes à biais, le risque lié à la maternité est réel autant pour la mère que pour l'enfant, et les chiffres relatifs à la mortalité maternelle ne sont pas rassurants.

– Les causes de la mortalité maternelle sont en majorité représentées par les causes obstétricales directes (80 %), à savoir les hémorragies, les dystocies, l'infection, l'hypertension + prééclampsie, qui peuvent dans 60 % des cas être évitées.

– Les autres causes dites indirectes sont représentées par des pathologies associées à la grossesse telles que les cardiopathies, diabète, etc.

– La coexistence d'autres facteurs et causes non moins importantes a été soulignée, en

particulier : l'insuffisance de la prise en charge de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement conséquente de l'insuffisance de personnel qualifié ou recyclé, de l'inaccessibilité particulièrement dans les zones rurales et démunies, du sous-encadrement en personnel non qualifié exerçant des activités de suivi de grossesse et d'accouchement et de l'insuffisance d'information.
La mortalité périnatale reste très liée directement aux conditions de surveillance de la grossesse et de l'accouchement et occupe une place de plus en plus importante dans la mortalité infantile.
Les facteurs de risque liés à cette mortalité restent similaires à ceux rencontrés dans les pays en voie de développement : la prématurité, les affections respiratoires, le tétanos néonatal, les traumatismes obstétricaux, etc.

En conclusion

Il ressort de l'analyse des différents points évoqués que les programmes d'action actuels n'ont pas encore atteint leurs objectifs. Ces actions demeurent insuffisantes et pas assez rigoureuses pour avoir un impact réel sur la santé des mères et des enfants. Aussi, un certain nombre de recommandations ont été émises afin de pouvoir réduire et prévenir les causes de cette morbidité et mortalité :

- déterminer les populations à risque ;
- soutenir les activités préventives centrées sur le dépistage des grossesses à risque et des accouchements compliqués ;
- rentabiliser les structures existantes et développer les services là où le besoin s'en ressent (équipement en matériel de premier recours, etc.) ;
- faciliter l'accessibilité aux maternités de référence et de recours ;
- réduire les évacuations de longue distance ,
- engager une politique plus rigoureuse de gestion des personnels de santé ;
- faire figurer les programmes sanitaires nationaux dans les curricula de formation des professionnels de santé ;
- engager et développer des programmes d'information et de communication centrés sur les risques vis-à-vis des professionnels de santé et de la population.

Thème 3 : Formation et développement des compétences des personnels de santé et d'autres agents

Les professionnels de santé constituent un facteur déterminant de la qualité des soins et des prestations de service. D'autres agents peuvent participer d'une manière directe ou indirecte à la prise en charge de la santé des mères et des enfants.

• **Le personnel de santé** impliqué dans les activités de suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la prise en charge du nouveau-né n'est pas toujours suffisamment préparé pour offrir des prestations de qualité ; parfois les niveaux de qualification sont insuffisants (auxiliaires de santé), insuffisance et mauvaise répartition des personnels qualifiés (médecins, sages-femmes).
A cet effet, il s'avère nécessaire de définir des profils et niveaux selon les réalités et possibilités des pays, d'élaborer des normes, en prenant en considération la population-cible (mères et nouveau-nés) et les besoins spécifiques de manière à garantir une sécurité dans les soins de santé de la mère et de l'enfant.

• **Les non professionnels de santé** ou autres agents exerçant des activités dans le domaine de la grossesse, accouchement et nouveau-né dans certains pays et régions ont un rôle important ; à cet effet, il est nécessaire pour améliorer le travail de ces personnels de développer des programmes d'information et d'éducation adaptés au contexte local et d'encadrer ce personnel dans le but de corriger certaines pratiques nuisibles qui ont un impact sur la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales.

Pour ce thème plusieurs suggestions ont été avancées, à savoir :

- la révision des curricula des professionnels de santé afin d'y inclure un module santé maternelle et infantile axé sur les programmes préventifs et particulièrement sur la "maternité sans risques" ;
- développement de l'outil juridique (amélioration, révision du statut, motivation...) ;
- définition d'un plan de développement des personnels impliqués ;
- l'adaptation de la formation au profil recherché en fonction des normes, des tâches, attributions à accomplir et tenant compte des besoins identifiés ;
- l'institution et la décentralisation de la formation continue ;
- le développement du processus de coordination au niveau des différentes filières de formation.

Thème 4 : Programme information-éducation et communication (I.E.C) en matière de santé maternelle

Les croyances, attitudes et pratiques relatives à la grossesse et l'accouchement demeurent vivantes dans les pays du Maghreb ; elles constituent encore des obstacles certains à l'accessibilité aux services médicaux modernes.

Les risques qui entourent la maternité sont particulièrement difficiles à visualiser et à appréhender par les premières concernées : les mères, car 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 lorsqu'ils existent. D'où les difficultés de combattre certaines causes inapparentes de la mortalité.

Prenant en considération la persistance de cet état de choses et de ses répercussions sur la santé maternelle et infantile, les intervenants ont formulé les recommandations suivantes :

- développer une réflexion sur la maternité sans risques et notamment identifier une approche d'information/éducation adaptée, réalisable et acceptable ;
- promouvoir la sensibilité des personnels de santé à la dimension communication dans l'approche "maternité sans risques", les éléments de stratégies à développer doivent être axés aussi sur le développement des techniques de communication interpersonnelle/counseling, etc. ;
- comme l'éducation pour la santé constitue un moyen substantiel d'amélioration de la santé des mères et des enfants, il faut promouvoir la production de supports de base permettant la transmission des messages simples, compréhensibles et adaptés aux réalités locales et à la population-cible ;
- inscrire la question des risques liés à la maternité en premier niveau des priorités des programmes d'éducation ;
- offrir plus de moyens pour matérialiser cette priorité.

Thème 5 : Etudes - recherches et connaissances actuelles de la morbidité et mortalité maternelles et périnatales et perspectives

La morbidité et la mortalité maternelles et périnatales ne doivent pas être considérées comme un hasard. La mortalité maternelle est un problème qui reste mal évalué car dans la plupart des pays les données sont approximatives.

Si dans les pays développés la mortalité maternelle a très fortement diminué, dans nos pays elle reste encore un problème critique aux conséquences graves. Il faut par conséquent en connaître l'ampleur, mieux préciser et maîtriser les causes de décès et les facteurs qui y prédisposent, en dévelop-

pant des études et recherches sur le problème en question dans les buts suivants :
- identifier/analyser tous les aspects du problème de la maternité sans risques ;
- identifier les obstacles liés à la sous utilisation des services (facteurs socio-culturels...) ;
- améliorer la distribution/répartition des ressources et structures existantes ;
- améliorer la qualité des services (préventifs et curatifs) (recherches opérationnelles, recherches actions...) ;
- développer et améliorer la référence et la contre-référence ;
- mettre en place et/ou améliorer les outils de suivi et d'évaluation (partogramme...) ;
- développer la recherche entre chercheurs/praticiens et gestionnaires des programmes de santé mère/enfant et créer dans ce sens un comité de coordination au niveau de chaque pays et à l'échelon maghrébin (recherche commune pour les problèmes communs).

3. RECOMMANDATIONS

Un groupe de synthèse (comité de rédaction) a été désigné pour élaborer les recommandations issues des travaux de la conférence, en premier lieu : recommandations spécifiques à chaque thème, puis en deuxième lieu : une synthèse de toutes les recommandations de tous les thèmes et débats en plénière (annexe n° 5).

4. CLOTURE DE LA CONFERENCE

La séance de clôture a été marquée par :

- la lecture du rapport final et des recommandations de la conférence présentées par le rapporteur général de la conférence ;

Les allocutions prononcées par :

• la directrice du FNUAP, qui s'est félicitée de l'ambiance du déroulement de ces journées de travail et a souhaité que les recommandations issues de la conférence aboutissent à des résultats concrets ;

• le chef de la délégation algérienne qui a remercié au nom de l'ensemble des participants le Maroc pour l'accueil chaleureux et la parfaite organisation de la conférence ;

• les représentants de l'UNICEF, l'O.M.S. en témoignage de gratitude et de reconnaissance ;

• le chef de la délégation tunisienne qui a donné lecture devant l'assistance du texte du télégramme adressé à Sa Majesté Le Roi Hassan II qui a bien voulu honorer de Son Haut Patronage cette manifestation ;

• enfin, le Secrétaire général du Ministère de la Santé publique qui a félicité tous ceux qui ont organisé et participé à la Conférence maghrébine « maternité sans risques », pour la patience qu'ils ont manifesté, l'assiduité et les efforts afin que cette réunion soit une réussite. Il a insisté sur le fait qu'"une commission technique maghrébine" de suivi puisse se réunir le plus tôt possible pour définir une strategie visant à l'amélioration de la santé maternelle et périnatale dans les pays du Maghreb.

Annexes

Annexe 1 : Reproduction des discours officiels

M. Taib Bencheik
Ministre de la Santé Publique du Royaume du Maroc.
M. Katsuhide Kitatani
Adjoint du Directeur Exécutif du FNUAP.
M. K. Jaeger
Représentant Résident du PNUD/FNUAP au Maroc.
M. D. Chandler
Directeur de l'US-AID au Maroc.
Dr Barbara E. Kwast
Expert Scientifique O.M.S. Programme de Santé Maternelle Infantile et Planification Familiale - Genève.
Dr Sabwa Matanda
Conseiller Technique Principal - Section Santé Maternelle et Infantile FNUAP - New-York.
Mme Elin Ranneberg-Nilsen
Directeur du FNUAP/Maroc.
Lecture du télégramme adressé à sa Majesté le Roi Hassan II.
Dr Akhmisse Mustapha
Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique du Maroc.

Annexe 2 : Axes de réflexions

Annexe 3 : Liste des participants

Annexe 4 : Indicateurs

Annexe 5 : Recommandations propres à chaque thème (en français et en arabe)

Annexe 6 : Programme de la conférence.

Discours d'ouverture

Previous Page Blank

إن وفاة الأم يكون مأساة للعائلة ويكسر الخلية الاجتماعية الأولية علما أن في استطاعتها بوسائل الطب الحديث أن تتفادى هذه المأساة.

فما هي أسباب هذه الوضعية الأليمة.

1 - هذه المأساة ترجع الى ضعف الهيكل الصحي في عدد كبير من الدول الضعيفة وخاصة في المناطق النائية والجبلية.

2 - العادات والتقاليد المحلية التي تمنع وتعطل التدخل السريع للأجهزة الطبية.

3 - وبصفة أوسع سوء التغذية العامة للمرأة الحامل ووضعها الاجتماعي.

فمن هذا المنطلق يتعين علينا أن نحلل جميع المعطيات في هذه المناظرة، ونبرز التدابير اللازم اتخاذها على الصعيد الوطني ونحدد الأهداف الممكن تحقيقها في الخمس سنوات المقبلة والى حلول سنة 2000.

وأخيرا علينا أن نتوجه الى صندوق الأمم المتحدة لأنشطة السكان لنحثه على أن يعطي الأسبقية في اهتماماته الى التخفيف من حدة هذه المأساة وأن يتجند أكثر لتحقيق الهدف المعلن عليه في سنة 1987 ألا وهو تخفيض بالنصف من مستوى وفايات الأمهات في حلول سنة 2000.

كلمة السيد وزير الصحة العمومية في المملكة المغربية الدكتور الطيب بن الشيخ

أود بادئ بدء أن أتوجه بالشكر لجميع المشرفين على تنظيم هذه المناظرة الهامة من المؤسسات الدولية، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة الثقافية ومنظمة التعاون التابعة للولايات المتحدة والأساتذة المشاركين الخ.

منذ عدة سنين ونحن نهتم بصحة الأم والطفل SMI ولكن في الحقيقة لقد ركزنا أساسا على صحة الطفل أكثر مما نهتم بصحة الأم.

البرامج التي تُعنى بصحة الطفل كثيرة:

- التلقيح ضد 6 أمراض
- محاربة الإسهال.
- التغذية الخ.

أما البرامج التي تهتم بالأم فهي محدودة وفي بعض الأحيان منعدمة فعادة ما نهتم بالتخطيط العائلي وما هو مرتبط به.

وهكذا فإن المؤشرات التي تصنب على صحة الطفل والأم تثبت ذلك.

فإن وفايات الأطفال قد انخفضت بشكل ملحوظ وأخيرا وفي الأسبوع الماضي أقيمت حفلة في رحاب منظمة الأمم المتحدة بنيويورك سلم خلالها المدير العام لمنظمة الصحة العالمية ومدير منظمة حماية الطفولة شهادة الى الكاتب العام للأمم المتحدة تدل على أن هدف تغطية الأطفال بالتلقيحات الذي تقرر رفعه الى 80 ٪ على الصعيد الدولي قد تحقق.

ولقد تم هذا الإنجاز الرائع لأن منظمة الصحة العالمية ومنظمة حماية الطفولة قد جندتا كل إمكانياتهما لتحقيق هذا الهدف وركزت منظمة حماية الطفولة على عملية التعبئة الاجتماعية للوصول الى الهدف.

أما وفايات الأمهات لم تعرف مثل هذا الاهتمام المركز، ففي سنة 1987 عقد أول مؤتمر في الموضوع بنيروبي وشاركت فيه عدة منظمات دولية منها البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية و UNICEF - FNUAP

وقرر تخفيض الوفايات بالنصف في حلول سنة 2000، وتبع هذا المؤتمر اجتماعات عمان 1988، باريس 1989 نيامي 1989، وكانت كلها تنصب في توعية أصحاب القرار ورجال الصحة ولكن وبالأسف الشديد فإن النتائج لم تصل لحد الآن الى مستوى الطموحات ولا زلنا نسجل وفايات 500.000 إمرأة كل سنة وخاصة في الدول المتخلفة.

Allocution du Dr Nafis SADIK

Directeur général du Fonds des Nations-Unies pour la Population (FNUAP)

Lu par M. Katsuhide Kitatani
Directeur général adjoint du FNUAP

Excellences, Mesdames et Messieurs,

C'est un honneur et un privilège pour moi que celui d'être invitée à participer à cette conférence, conférence historique que vous inaugurez aujourd'hui, et je regrette profondément de ne pouvoir être présente parmi vous en ce jour.

Cependant, je suis heureuse de savoir que mon adjoint, M. Kitatani, est présent parmi vous et que c'est lui qui est chargé de vous lire mon message à votre attention.

Aussi, puis-je saisir cette occasion pour adresser à son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique du Royaume du Maroc ainsi qu'à l'ensemble de ses collègues mes félicitations les plus sincères pour avoir organisé cette très importante et judicieuse conférence et vous exprimer par là-même, notre juste appréciation pour cette excellente initiative. Ceci démontre d'ailleurs et à juste titre la priorité que vous accordez ici au Maroc ainsi que vos collègues des autres pays du Maghreb à la santé des femmes et des enfants.

Mesdames et Messieurs,

La première conférence sur la maternité sans risques s'est tenue à Nairobi en 1987 et a représenté un effort commun sans précédent déployé par plusieurs organismes de l'ONU, y compris la Banque mondiale, le PNUD, l'UNICEF, le FNUAP et L'O.M.S. ainsi que la Fédération Internationale pour la Planification familiale et d'autres institutions à caractère privé.

Cette réunion devait ainsi lancer l'initiative pour la maternité sans risques dont le but n'était autre que de réduire de moitié le nombre de décès des mères à la période périnatale à l'horizon de l'an 2000.

Cette initiative fut le résultat d'une profonde inquiétude devant une tragédie qui se déroulait environ chaque minute tous les jours et où l'on voyait une femme mourir de causes de complications dues à une grossesse ou un accouchement, mais plus grave encore, et de l'ensemble de ce demi-million de décès maternels qui se produisent chaque année, il a été constaté que 99 % de ces cas avaient lieu dans le monde en développement.

Or, la tragédie, c'est justement que la majorité de ces décès auraient pu être facilement évités au moyen de la technologie déjà existante, car en général, le problème n'est pas une question d'interventions chirurgicales compliquées ni même des investissements extrêmement coûteux, mais plutôt de services médicaux inadaptés ou même plus souvent encore de manque d'attention et de soins préventifs.

Dans le même contexte, et non moins importante la morbidité et la mortalité maternelles ont pour cause tout un ensemble de facteurs sociaux, culturels et économiques qui for-

ment l'environnement dans lequel vivent les femmes.

Le concept de la maternité sans risques est si proche du cœur de toute société qu'il semble étrange que nous devions tenir une conférence à ce sujet ou, plus bizarre encore, qu'on le qualifie de concept nouveau. Et pourtant, ce concept représente une percée dans notre approche des soins médicaux et l'une de ces initiatives qui sont en voie de transformer le concept de la médecine elle-même.

Or, nous avons été habitués à concevoir la notion de soins médicaux en tant que pure prestation réservée aux médecins et aux infirmiers, tandis que ceux d'entre vous qui appartiennent à la profession médicale ont été formés à rechercher les symptômes et à traiter des cas et considérer les gens en tant que patients et non en tant que personnes.

Pourtant, le concept de maternité sans risques nous apprend à concevoir de manière différente ce que peuvent être des soins médicaux. Or, en réalité, la maternité engage l'ensemble de la communauté et le rôle des professionnels de la médecine grâce à leur formation qui est d'abord et avant tout de monter le chemin et de guider.

Il reste toutefois que la plus importante leçon que les médecins devraient enseigner au monde consisterait à nous faire prendre conscience de notre responsabilité dans notre propre santé. La santé commence chez soi, à la maison. La deuxième leçon consisterait à savoir que toutes les mères et toutes les familles ont besoin du soutien et de la protection de l'ensemble de la communauté. Enfin, la troisième leçon serait de faire en sorte que les services médicaux fassent corps et âme avec la communauté et ceci afin d'éviter la maladie et de la guérir. Dans ces circonstances, il faut conclure que la maternité sans risques engage chacun de nous.

En première analyse, la maternité sans risques est un concept de prévention. Car si la mère normale et son enfant sont présupposés être en bonne santé, le but de la Maternité sans risques devrait être tout ce qui peut être inadéquat si ce n'est impossible et au cas ou quelque chose d'anormale devait se produire de trouver et corriger cette situation dès les prémisses.

En fait, presque tous les décès péri-natals peuvent être évités si les mères sont bien nourries en priorité, qu'elles se trouvent dans des limites d'un âge sûr, qu'elles pratiquent une certaine planification familiale, notamment en espaçant les grossesses.

En deuxième lieu, la maternité sans risques est un concept actif. La mère, la famille et la communauté dans son ensemble sont la première ligne de défense et se doivent par conséquent de connaître les conditions fondamentales d'une maternité sans risques, à savoir un environnement sain, une eau saine, une bonne alimentation, des grossesses espacées, une certaine protection contre la maladie. Dans le même ordre d'idées, elles se doivent de reconnaître les premiers symptômes d'une maladie et comment joindre l'assistance médicale la plus propice. Enfin elles se doivent de devenir les véritables agents de leur propre bien-être plutôt que de simples bénéficiaires de soins médicaux.

Dans le cadre de ce système, les professionnels de la santé font partie d'un réseau reconnu, formant le leadership mais ne jouant pas un rôle exclusif. Au sein de la communauté, les agents de la médecine enseigneraient la prévention et l'art de reconnaître les symptômes pathologiques, dépister les cas les plus menacés et les faire passer si nécessaire à un autre niveau pour traitement. Dans ces conditions, ces professionnels joueraient un rôle plus large et qui est celui d'enseigner les éléments fondamentaux d'une vie saine et les possibilités d'arriver à une maternité sans problèmes, mais ceci implique une bonne alimentation et une bonne hygiène, de même que la prise de décision judicieuse afin de retarder et d'espacer les grossesses voire même d'arrêter la conception d'enfants quant cela

devient très dangereux pour la santé de la mère et de l'enfant.

Dans un troisième temps, enfin, la maternité sans risques est un concept pour la vie. Il commence en effet très tôt dans l'enfance dès que ces principes font partie de l'éducation de chaque enfant et alors les membres les plus âgés de la famille et de la communauté apprennent avec leurs cadets jusqu'au moment où en fin de compte toute la société s'en trouve transformée.

Il est possible de trouver l'ensemble de ces concepts dans le contexte de soins médicaux dits modernes, mais en général ils sont considérés comme n'appartenant pas au royaume de la médecine alors que la maternité sans risques les ramène au centre des préoccupations. Toutefois ceci implique l'engagement des professionnels de la santé au service de la femme, de la famille, de la communauté et de la société dans son ensemble.

Le concept de la maternité sans risques exige que davantage d'attention soit accordée aux conditions de vie et de travail des femmes, et puisque la maternité est une tâche qui préoccupe la moitié de la population, il serait logique pour la société d'attribuer un statut de premier ordre à ce rôle et d'assurer que celles qui le mènent à bien seraient dûment protégées, soutenues et soignées.

Cela suppose que les parents devraient savoir que laisser leurs filles opter pour le choix de leur vie est la première condition d'une maternité sans risques. Et ceci veut dire qu'il faudra changer la façon avec laquelle on traite les filles à la maison au moment par exemple où elles travaillent souvent plus tôt et plus dur que leurs frères. Cela veut dire aussi leur donner des chances égales vis-à-vis de la scolarité, alors que beaucoup moins de filles sont scolarisées et que bon nombre d'entre elles quittent l'école plus tôt que les garçons.

Cela veut dire qu'une fille qui quitte l'école doit avoir le choix devant elle de continuer son instruction, trouver un emploi, ou se marier, cela veut dire enfin que son mari doit voir plus loin dans son esprit que de devenir un père aussi tôt que possible et aussi souvent que possible.

Cela veut dire que les femmes mariées doivent avoir la possibilité de retarder la première grossesse jusqu'au moment où le ménage devient sûr, espacer les grossesses et arrêter de concevoir des enfants à un âge encore sûr, cela veut dire que les parents doivent pouvoir éduquer leurs enfants en fonction de ces mêmes principes et cela veut dire que quand à leur tour elles deviennent belles-mères et grands-mères elles puissent aider leurs fils et leurs filles à s'adapter à un monde en mutation et assurer aussi la bonne santé et la sécurité à la génération montante des nouvelles mères.

La maternité sans risques veut dire aussi toute une série d'actions en faveur des plus pauvres au sein de la société car si leur pauvreté ne peut être effacée, alors qu'il soit possible au moins de faire quelques pas en avant vers la santé de leurs mères et ainsi donner plus de chance dans la vie à leurs enfants et à leurs familles dans leur ensemble. Aussi les actions à mener devront inclure une attention spéciale à accorder aux besoins vitaux tels que l'alimentation et la santé de l'enfant puis par la suite l'information et les services en matière de planification familiale De nos jours, beaucoup de ces plus pauvres sont en effet absents des tablettes des soins médicaux parce qu'ils vivent dans des bidonvilles, des camps squattés ou d'autres installations de fortune où ils n'existent pas selon les normes officielles et par conséquent n'ont aucun droit d'accès aux servies de santé et autres. Pour eux, la maternité sans risques est autant en relation avec la bureaucratie qu'avec les soins de santé.

Mesdames et Messieurs,

Les problèmes que vous aurez à traiter durant cette conférence ne concernent pas ce

qui doit être fait, puisqu'il existe déjà un large consensus à ce sujet, autant qu'ils concernent les moyens pour vous de parvenir à parachever ces objectifs.

Cette conférence devra donc définir avec précision les étapes à franchir dans ce sens et établir un calendrier bien clair des actions à mener afin d'arriver au but consistant à réduire la mortalité maternelle de moitié vers l'an 2000, alors que l'on sait que le facteur décisif dans cette optique demeure la décision politique qui serait de donner à cette question la priorité qu'elle mérite et lui consacrer toutes les ressources nécessaires.

Notre conviction est que même les gouvernements les plus préoccupés par le développement de leurs ressources devraient donner la priorité à l'action visant à réduire la mortalité maternelle de moitié au cours des neuf prochaines années, et cette conviction n'est pas justifiée uniquement par la tragédie individuelle et l'injustice que subissent celles de ce demi-million de femmes qui meurent chaque année, mais aussi par les efforts sociaux et économiques cumulatifs de ce désastre pour la communauté et la société dans son ensemble.

Au nom du Fonds des Nations-Unies pour les activités en matière de population (FNUAP), je souhaite plein succès à cette conférence et souhaite pouvoir connaître plus tard les délibérations et conclusions auxquelles elle aura abouti. Nous sommes convaincus que cette conférence amènera avec elle des plans d'actions tangibles qui seront effectivement appliqués par l'ensemble des différents groupes de la société. Pour notre part, le FNUAP serait heureux de collaborer - dans les limites de ses moyens et en étroite coopération avec nos partenaires, institutions des Nations-Unies et Organisations non-gouvernementales à la mise en œuvre et à l'application des programmes visant à réduire la mortalité maternelle, améliorer la condition de la femme dans le monde et assurer un avenir meilleur pour toutes les femmes, les enfants et les familles de notre planète.

Merci

Allocution de M. Christoph Jaeger

Représentant résident du Programme des Nations-Unies pour le développement (PNUD) et Représentant du Fonds des Nations-Unies pour la population (FNUAP) au Maroc

Monsieur le Président de la séance
Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique du Royaume du Maroc,
Excellences, Messieurs les Ministres et Représentants des pays du Maghreb Arabe,
Chers collègues,
Mesdames, Messieurs,

Je vous remercie de m'avoir invité à participer à cette conférence maghrébine sur la maternité sans risques qui me donne l'occasion de partager avec vous, à cette occasion, quelques observations.

Mais tout d'abord permettez-moi, au nom de la famille des Nations-Unies travaillant au Maroc, de souhaiter la bienvenue à tous nos amis venus des autres pays du Maghreb ou d'ailleurs.

Il ne faut pas que je vous explique encore une fois l'importance du sujet de cette conférence. Monsieur le Ministre de la Santé publique comme Monsieur Kitatani et Madame Kwast l'ont fait très éloquemment, et vous etes tous venus ici parce que vous êtes déjà convaincus de cette importance.

Nous célébrons demain le 24 octobre, comme chaque année, la journée des Nations-Unies. Dans son message à cette occasion, le Secrétaire général des Nations-Unies, Monsieur Javier Perez de Cueilar, demande que les libertés récemment acquises et les énergies nouvellement libérées soient consacrées au bien-être de l'humanité.

Pour sa part, Monsieur William H. Draper III, Administrateur du PNUD, souligne que le PNUD, comme la charte des Nations-Unies, place l'être humain au centre même de nos activités. "Cependant, nous dit-il, le développement axé sur la personne reste dénué de sens s'il n'est pas développement des femmes et des hommes, s'il ne met pas à contribution la créativité et l'énergie des unes comme des autres."

C'est dans cet esprit de privilégier le développement humain et d'intégrer systématiquement les femmes dans le processus du développement que le PNUD et le FNUAP préparent actuellement leurs programmes pour la période quinquennale 1992-1996 pour le Maroc.

En conformité avec votre allocution, Monsieur le Ministre, le FNUAP propose de consacrer 75 % de son programme au Maroc sur la santé maternelle et infantile et la planification familiale mais aussi sur l'information, l'éducation et la communication. L'information et la communication sont deux éléments importants malheureusement souvent oubliés dans le cadre de nos activités. Mais, si nous n'arrivons pas à traduire les discours et les résultats de vos délibérations académiques dans un langage compréhensible à la majorité de la population de

base, nous ne pouvons pas réussir à changer les habitudes et les mentalités. Et sans ce changement d'habitudes et de mentalités, il n'y a pas de développement.

Je partage entièrement le souhait exprimé par Monsieur Kitatani qui est d'arriver au bout de vos délibérations pendant les prochaines trois jours à un programme d'action concret et précis qui peut se traduire en activité. Nous, au FNUAP du Maroc, attendons donc beaucoup de vos délibérations et propositions. Ils seront un apport et une base importante pour la préparation de notre prochain programme.

C'est dans ce sens que je souhaite plein succès à vos travaux.

Je vous remercie.

Déclaration de M. Dennis M. Chandler

Directeur de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) au Maroc

Monsieur le Ministre, Monsieur le Gouverneur,
Mesdames et Messieurs,

Au nom de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), je suis très heureux et honoré de participer à l'ouverture de la première conférence maghrébine sur la Maternité sans risques. J'aimerais aussi féliciter le Ministère de la Santé publique du Maroc pour avoir organisé un événement d'une telle importance.

Il n'y a peut-être pas de programme plus essentiel aujourd'hui dans le monde que la protection et l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

C'est pourquoi la survie de l'enfant et la maternité sans risques sont une priorité de l'USAID dans le monde entier. L'année dernière, par exemple, l'USAID a alloué plus de 200 millions de dollars au soutien de programmes destinés à améliorer la santé de la mère et de l'enfant dans plus de 60 pays.

Ces programmes ont consisté à œuvrer en collaboration avec les pays hôtes, les organisations donatrices bilatérales et internationales et des organismes des secteurs publics et privés. Bien que, certainement, beaucoup reste à faire, les résultats atteints jusqu'à présent sont impressionnants. Aujourd'hui, six enfants sur dix ont reçu toutes les vaccinations à l'âge d'un an, et plus de 60 % des enfants du monde entier ont accès aux sels de réhydratation orale. Le résultat est que la présence d'un certain nombre de maladies a été fortement diminuée et, dans certaines pays, quasiment éliminée.

Ici au Maroc, le Ministère de la Santé publique a mené durant de nombreuses années une campagne efficace pour améliorer le bien-être de la mère et de l'enfant, et ce, à travers des programmes en faveur de la survie de l'enfant dans les domaines de la vaccination, des maladies diarrhéiques, de la nutrition et de la planification familiale. Le succès de cette campagne est manifeste. Le gouvernement marocain ayant, par des efforts impressionnants en matière de vaccination, grandement réduit les maladies ciblées, le taux de mortalité infantile a chuté. Par exemple, seulement deux nouveaux cas de polio chez les enfants ont été diagnostiqués au Maroc depuis 1988. Dans le domaine de la planification familiale, près de 40 % des familles marocaines utilisent actuellement une méthode contraceptive afin de limiter le nombre de grossesses ou de les espacer, en vue de protéger la santé de la mère et de l'enfant. L'USAID est fière d'avoir été associée à ces projets mis en œuvre au Maroc et félicite les secteurs public et privé marocains pour les activités qu'il ne cessent de mener dans ces domaines.

Une des raisons, je crois, de ces réalisations impressionnantes, est l'emploi d'une approche intégrée pour conduire les programmes de santé. Au Maroc, les soins de santé ne concernent pas seulement la mère et l'enfant, mais prennent également en compte le contexte plus large des soins de santé à la famille.

Lorsqu'une mère amène son enfant dans un centre de santé, elle est assurée que son enfant sera soigné et, en même temps,

qu'elle recevra des conseils en matière de nutrition, de méthode contraceptive et de soins prénataux. C'est cette approche intégrée à l'égard des familles qui s'est révélée si efficace.

La maternité et la naissance d'un enfant, forment, bien sûr, une période cruciale pour les familles. Le bien-être de la mère au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale donne à chaque enfant de meilleures chances de commencer sa vie en bonne santé. Une grossesse où les risques sont diminués assure aussi le bien-être de la mère. C'est pourquoi il est tout à fait clair que les soins relatifs à la grossesse doivent être une composante essentielle de tout programme en faveur de la survie de l'enfant.

L'intégration de ces soins dans le programme marocain en faveur de la santé de la mère et de l'enfant est la preuve de l'engagement du gouvernement quant à la maternité sans risque et aux soins à la famille en général. A cet égard, l'USAID est disposée à continuer à œuvrer, en collaboration avec les secteurs publics et privés marocains, pour assurer à la fois l'accès des femmes marocaines au soins de santé maternelle de qualité et la viabilité de ces services.

Enfin, je voudrais dire à nouveau que l'USAID, dans le cadre de son engagement en faveur de la survie de l'enfant, est très heureuse de pouvoir participer à cette conférence. Nous espérons qu'elle pourra servir de forum pour l'échange d'information entre personnes et nations de la région, de sorte que les problèmes associés à la maternité puissent être minimisés et que les risques encourus par la mère et l'enfant puissent être réduits. C'est ainsi que je vous souhaite plein succès pour rendre cette conférence hautement fructueuse et pour que vous puissiez appliquez efficacement l'expérience que vous aurez acquise ici aux programmes de maternité sans risques mis en œuvre dans votre pays et dans votre activité professionnelle.

Je vous remercie.

Allocution du Dr Barbara E. Kwast

Spécialiste scientifique,
Programme de la Santé Maternelle et Infantile
et de Planification Familiale, Division de la Santé de la Famille,
Organisation Mondiale de la Santé

Excellence Monsieur le Ministre de la Santé publique du Maroc,
Excellences Messieurs les Ministres,
Excellences Messieurs les Ambassadeurs et représentants des organisations internationales et non-gouvernementales,
Honorable délégués,

C'est pour moi un grand honneur de pouvoir m'adresser à vous, au nom de l'Organisation Mondiale de la Santé en cette séance d'ouverture de la Conférence Maghrébine sur la Maternité sans Risques.

C'est aussi avec un plaisir tout particulier, Monsieur le Ministre, que je suis venue au Maroc qui a bien voulu accueillir cette importante conférence.

Chaque année, 150 000 femmes environ meurent en Afrique de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Dans les pays d'Afrique du Nord, le taux des décès maternels est de 24 000 qui est 16% du total en Afrique. Et pour chaque femme qui meurt, combien d'autres restent handicapées pour toujours ? Les causes de décès sont les mêmes que celles qui on fait des ravages chez les femmes à travers les âges : hémorragies, accouchement difficile, infections, éclampsie due à l'hypertension et complication de l'avortement. Plusieurs facteurs s'y ajoutent tels que la malnutrition, l'anémie, le paludisme, des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives et toute grossesse non désirée, les précaires situations socio-économiques et plutôt la pauvreté et le statut social de la femme.

Pendant la Conférence Internationale sur la Maternité sans Risques, en 1987, à Nairobi, fut engagée l'initiative pour une maternité sans risques qui avait pour objectif de réduire de moitié la mortalité maternelle en l'espace de dix ans. Le même engagement fut pris lors de la Conférence Internationale sur l'Amélioration de la Santé de la Mère et de l'Enfant par la Planification de la Famille, six mois plus tard. Le flambeau de Nairobi a été passé à une série de rencontres et conférences régionales et nationales, parmi lesquelles la Conférence Régionale pour l'Afrique Francophone au Sud du Sahara tenue à Niamey en 1989. L'engagement pour réduire la mortalité maternelle a été affirmé par la Déclaration du Sommet Mondial des Enfants en 1990 et par la Convention Internationale des Droits de l'Enfant.

Les Etats-membres se sont engagés et ont invité l'O.M.S. à appuyer une vaste gamme d'activités en faveur de la santé des femmes et d'une maternité sans risques, comme le montrent diverses résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Il existe aussi une série de résolutions des comités régionaux de l'O.M.S. consacrées à ces questions. A titre d'exemple, citons la

Résolution de la Méditerranée orientale (EM/RC35/R9/1988) qui invite instamment les Etats-membres à "améliorer la condition de la femme, à promouvoir les services d'obstétrique de telle sorte que tous les accouchements aient lieu sous la surveillance d'agents de santé bien formés et de faire en sorte que chaque village dispose d'au moins une accoucheuse qualifiée".

Pour atteindre un tel objectif, il fallait aborder le problème des soins obstétricaux de manière globale à tous les niveaux des systèmes de santé. Les principaux points de cette initiative sont les suivants :

• des soins de santé primaires suffisants et une juste part des ressources alimentaires pour les filles, de la petite enfance à l'adolescence ;

• une planification des naissances pour toutes les femmes, afin d'éviter les grossesses non désirées ou à haut risque ;

• une bonne protection prénatale, une sélection efficace et précoce des grossesses à haut risque et l'orientation de ces cas vers des services spécialisés ;

• l'assistance systématique de toute femme sur le point d'accoucher par une personne qualifiée, que l'accouchement ait lieu à domicile ou à l'hôpital ;

• la garantie de soins obstétricaux élémentaires au premier niveau de recours pour les cas à risque et surtout les femmes dont la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches consitutent une urgence.

Afin de prêter un appui technique pour les activités précitées et de les faciliter, l'O.M.S. s'est livrée aux activités ci-après à l'échelon régional et mondial :

1. création, orientation et soutien d'un réseau d'institutions et de personnes possédant dans les différentes disciplines et les divers domaines les compétences, les connaissances et l'expérience nécessaires pour renforcer les programmes de santé maternelle ;

2. établir, évaluer et adapter des lignes directrices relatives aux technologies et aux aspects gestionnaires des programmes de santé maternelle et de planification familiale;

3. élaborer et promouvoir des méthodes de recherche ; mettre en route et coordonner des études multicentriques dans le domaine de la recherche opérationnelle ;

4. procéder à la recherche et au développement de technologies appropriées pour les soins de santé maternelle ;

5. appuyer la recherche opérationnelle visant à évaluer les interventions conçues pour abaisser la mortalité et la morbidité maternelles ;

6. créer des centres régionaux de formation de formateurs nationaux à l'intention des systèmes de santé maternelle au niveau du district ; produire des prototypes de matériels pédagogiques destinés aux programmes nationaux ;

7. contribuer à la création et au renforcement d'une large base – comprenant entre autres les groupes féminins – pour le soutien populaire à l'initiative pour une Maternité sans Risques ;

8. collaborer avec d'autres entités et organisations à la mobilisation de ressources et à la coordination d'activités de soutien des initiatives nationales.

L'O.M.S., en continuant ses efforts vers l'objectif de la santé pour tous par les soins de santé primaires, devrait adapter ses priorités et approches aux réalités économiques, sociales et sanitaires des années 90. Les soins maternels et de planification familiale sont parmi les priorités. L'O.M.S. va continuer de développer les programmes de la Maternité sans risques et du Développement de l'enfant en bonne santé. Le rôle du Programme de la Santé des Femmes et de leur Développement est très étroitement lié à cet objectif. Ce sujet sera abordé lors des discussions techniques de la quarante-cinquième Assemblée Mondiale de la Santé en 1992. Il est très important d'affirmer le rôle actif des femmes comme parties prenantes dans les décisions.

Excellences Messieurs les Ministres, Honorables Délégués, le Programme de Santé Maternelle et Maternité sans Risques de l'OMS sera intensifié au niveau mondial. Il me plait ici de faire mention de la coopération heureuse qui vient de s'instaurer entre le Programme du Fonds des Nations-Unies pour la Population, le Programme des Nations-Unies pour le Développement, la Banque Mondiale, le Fond des Nations-Unies pour l'Enfance et plusieurs organisations non-gouvernementales, comme la Fondation Rockefeller et Carnegie Corporation, dans la mise en œuvre des stratégies du Programme de Maternité sans Risques. Pour exercer des effets durables et significatifs sur la maternité et la morbidité maternelles, il est indispensable de se doter d'une stratégie intégrée, orientée vers les quatre composantes de la santé maternelle et de la maternité sans risques, à savoir la suppression des inégalités sociales dont souffrent les femmes, l'accès à la planification familiale, le développement des soins maternels axés sur la communauté et enfin le soutien au premier niveau de recours pour les femmes ayant besoin de soins obstétricaux qualifiés. Telle est la quadruple stratégie actuellement mise en œuvre par l'Organisation Mondiale de la Santé et par ses partenaires de l'Initiative pour une Maternité sans Risques. Il va de soi que quelques-unes de ces activités doivent être considérées comme des investissements à long terme en faveur des femmes et de la société. D'autres donneront des résultats à moyen terme de telle sorte que la proche génération bénéficiera des investissements consentis au cours des quelques années à venir. Enfin, il en est qui pourront produire des résultats presque du jour au lendemain.

Excellences, Mesdames, Messieurs les Ministres, Honorables Délégués,

Je voudrais vous souhaiter au nom de l'Organisation Mondiale de la Santé une très profitable conférence, et je suis convaincue que cette conférence sera celle de l'action décisive pour une maternité sans risques dans les pays du Maghreb.

Je vous remercie de votre attention.

Dr Matanda A. Sabwa

Fonctionnaire du FNUAP à New-York

Excellence Monsieur le Ministre de la Santé publique du Maroc,
Illustres invités,
Distingués invités,
Mesdames et Messieurs,

Il m'a été demandé d'introduire le thème de la mortalité maternelle en vous présentant une vue globale du niveau et des causes de la morbidité et de la mortalité des mères dans le monde.

Personne à ce jour ne connaît avec précision combien de femmes meurent chaque année pour cause en rapport avec les complications de grossesses, d'avortements provoqués et d'accouchements. La mortalité maternelle constitue une des causes principales, si ce n'est pas la cause principale de la mort des femmes en âge de reproduction dans les pays en développement. La difficulté d'apprécier numériquement cette triste réalité a été pour longtemps l'obstacle majeur à l'estimation du niveau des décès des mères et expliquerait peut-être pourquoi l'on a attendu beaucoup trop longtemps avant d'alerter les planificateurs des systèmes de santé et les gestionnaires des programmes sanitaires et de développement.

Pour vous donner une idée de l'ampleur et la gravité du problème, voici trois tableaux qui nous servent quelques estimations de l'O.M.S. :

– l'un présente le pourcentage des naissances vivantes survenant dans le monde ;
– l'autre donne le pourcentage des décès des mères dans le monde ;
– et enfin le troisième nous montre le pourcentage des naissances effectuées avec l'assistance d'un personnel qualifié.

Il est intéressant de noter sur le tableau donnant les taux de mortalité maternelle qu'en Afrique, l'Afrique du Nord (c.à.d. les pays du Maghreb) et l'Afrique du Sud ont des taux compris entre 500-600 décès pour 100 000 naissances vivantes, alors que dans le reste de l'Afrique, ces taux sont beaucoup plus élevés et se situent au-delà de 600 décès pour 100 000 naissances vivantes.

La mortalité maternelle peut se définir, d'une façon générale et moins sophistiquée, comme un décès de femmes survenant pendant la grossesse ou durant les 42 jours suivant la fin d'une grossesse, indépendamment de sa durée et du site de son implantation, mort maternelle entraînée par une cause en rapport avec la grossesse ou par une cause aggravée par la grossesse elle-même ou sa manipulation ou encore par sa prise en charge. Le taux de mortalité maternelle, quant à lui, est calculé par le rapport du nombre de morts maternelles sur 100 000 naissances vivantes.

Il existe donc, sur base de cette définition, trois catégories de morts maternelles, à savoir :

– décès obstétricaux directs, ceux qui sont causés par des complications de grossesses, d'accouchements ou de leur prise en charge. Dans les pays du tiers-monde, la majorité de morts maternelles sont des décès obstétricaux directs dus principalement aux hémorragies, aux infections, à la toxémie gravidique, à l'obstruction du travail et aux avortements provoqués ;

– la deuxième catégorie comprend des décès obstétricaux indirects, ce sont ceux qui surviennent quand les conditions sanitaires des femmes enceintes se trouvent aggravées par la grossesse ou l'accouchement : c'est le cas des grossesses aggravées par des maladies cardiaques, l'hypertension, le diabète et l'hépatite. Par ailleurs, des milliers de femmes dans les pays en développement souffrent de malnutrition et d'anémie chronique, de malaria et d'autres parasitoses qui fragilisent leur état de santé et diminuent leur chance de survie au cours de leur vie reproductive ;

– enfin, la dernière catégorie des décès des mères n'est pas en rapport avec la grossesse ou l'accouchement. Il s'agit des morts provoquées par d'autres facteurs, tels les accidents.

Au cours de nos délibérations durant cette conférence, nos discussions vont surtout concerner les décès obstétricaux directs, parce qu'ils sont responsables de la majeure partie des milliers de morts maternelles qui surviennent chaque année et qui, au stade actuel de nos connaissances scientifiques, de notre savoir-faire et des progrès technologiques, sont tout à fait évitables.

On estime aujourd'hui que plus de 500 000 décès des femmes en rapport avec la grossesse surviennent chaque année. Et de ces morts maternelles, 99 % sont dénombrés dans les pays en développement. D'après les estimations de l'O.M.S., les taux de mortalité maternelle dans le tiers-monde varient entre 100 et 500 pour 100 000 naissances vivantes : et ces taux sont encore plus élevés dans les zones rurales où ils peuvent avoisiner les 1 000 décès des mères par 100 000 naissances vivantes. Des études récentes ont révélé que dans plusieurs pays en développement, des femmes couraient un risque de mourir relatif à la grossesse ou à l'accouchement, évalué à 5-10 % au cours de leur vie reproductive. Des taux de mortalité maternelle en Afrique de Nord et du Sud sont légèrement plus bas qu' en Afrique occidentale, centrale et orientale. Dans son ensemble, l'Afrique a des taux de mortalité maternelle très élevés : en effet, au cours de sa vie de femme, une mère africaine sur 21 risque de mourir d'une cause relative à la grossesse. Ce risque est d'une femme asiatique sur 54, d'une mère latino-américaine sur 73. Quel contraste quand on compare ce risque à celui encouru par une femme des pays développés : en effet, une mère européenne sur 10 000 court ce risque. Pour les pays riches, le taux de mortalité maternelle varie entre 7 et 15 pour 100 000 naissances vivantes. Bref, le risque de mourir pour une cause en rapport avec la grossesse dans les pays industrialisés est au moins 100 fois plus petit que celui des pays les plus pauvres d'Afrique et d'Asie.

Ces estimations des taux de mortalité maternelle sont le fruit de quelque recherches menées par ci par là dans les pays aussi bien développés qu'en voie de développement. La plupart de ces données proviennent principalement des formations sanitaires et hospitalières, et des études effectuées en Egypte, en Inde, au Bangladesh, en Indonésie, en Malaisie, en Jamaïque et en Turquie ont révélé que 24 % (Turquie) à 82 % (en Inde rurale) des décès des mères surviennent en dehors des hôpitaux et des maternités et qu'ils ne sont pas par conséquent rapportés. Même aux Etats-Unis d'Amérique, il a été démontré que les données de l'Etat civil sous-estiment le nombre des morts maternelles au moins 25 %. Ainsi donc, on est en droit de se demander si ces données disponibles aujourd'hui sur la mort maternelle ne représenteraient pas seulement le sommet d'un iceberg. Nous nous devons, par conséquent, de multiplier et d'amplifier nos efforts actuels de collecte, d'exploitation, de dissémination et d'utilisation des données relatives à la mortalité maternelle, dans nos formations médico-hospitalières et dans nos communautés.

Par ailleurs, nous savons de par notre expérience clinique – malheureusement non illustrée par des chiffres – que pour chaque

femme qui meurt au cours d'une grossesse ou d'un accouchement, des milliers d'autres qui ont pu échapper à cette écatombe continuent à souffrir d'infirmités et autres lésions chroniques qui ruinent non seulement leur vie de famille, mais aussi leur santé. Incontinences urinaires, prolapsus utérins, stérilités et autres complications causées par des grossesses ou accouchements difficiles poursuivront ces femmes durant toute leur vie. Il est connu de nos jours que ce sont des mères plus jeunes ou adolescentes, à cause de leur développement physique insuffisant, qui en font le plus les frais.

Les causes de la mortalité maternelle sont multiples et complexes. Pour illustrer ces tragédies, qu'il nous suffise de citer le modèle de prévention de la mortalité maternelle de l'O.M.S. et de considérer rétrospectivement le cas d'une Madame X qui vient de décéder dans un hôpital ou dans une maternité donnée, depuis le début de sa grossesse jusqu'au jour de sa mort. Passons en revue les étapes importantes parcourues par Madame X depuis sa maison dans sa communauté jusqu'à l'hôpital sur cette route vers la mort maternelle. Enfin essayons de considérer ce qu'il aurait fallu faire pour éviter que Madame X ne soit morte.

Nous nous rendons vite compte que plusieurs facteurs peuvent être incriminés. La mort de Madame X aurait pu être évitée si les facteurs suivants avaient pu être à temps pris en compte et en charge :

1. Les facteurs reproductifs de risque

- l'âge de la mère (moins de 18 ans et plus de 35 ans d'âge) ;
- intervalles intergénétiques < 2 ans ;
- la parité (primipare et à partir du 4e accouchement) ;
- les grossesses non désirées entraînant des avortements provoqués compliqués.

2. Les complications obstétricales

- hémorragies ;
- infections ;
- toxémies gravidiques ;
- obstructions au cours du travail ;
- avortements provoqués.

3. Les facteurs relatifs à l'organisation du système de distribution des soins

- accessibilité des services ;
- performance du personnel de la santé ;
- suffisance en nombre de personnel qualifié et en équipements essentiels obstétricaux et médicaux ;
- infrastructures de santé disponibles et accessibles et leur utilisation ;
- etc.

4. Les facteurs socio-économiques

- pauvreté et taux d'alphabétisation de la femme ;
- état hygiénique de la famille ;
- condition alimentaire de la femme ;
- organisation sociale ;
- participation communautaire ;
- moyens de transport disponibles ;
- accès à l'emploi et aux moyens de génération des revenus ;
- statuts de la femme ;
- fatalisme vis-à-vis des naissances et de la mort ;
- niveau de prise des décisions (mari ou belle-mère) ;
- âge au mariage ;
- etc.

De ce qui précède, il ressort que les taux de mortalité maternelle sont très élevés dans le tiers-monde, et particulièrement en Afrique et en Asie et qu'ils sont en rapport avec le niveau de développement socio-économique des pays ainsi qu'avec celui des taux de fécondité. Il est scandaleux que les femmes aient à mourir à ce rythme et pour des causes en rapport avec la grossesse et l'accouchement. En effet, ces décès sont tout à fait évitables avec une bonne organisation du système des prestations de services médicaux et obstétricaux, avec un système adéquat de référence des urgences médicales, avec le niveau des connaissances scientifiques et la technologie actuellement à notre disposition, sans oublier la participation active de nos communautés.

Nous pensons que tout programme destiné à réduire la mortalité maternelle devrait, entre autres, entreprendre une des activités suivantes pour réussir effectivement sa mission, à savoir :

a. Réduire le taux de fécondité et, par conséquent, éviter le risque d'être exposée à une grossesse non désirée ou dangereuse. A ce sujet, l'analyse des résultats de l'Enquête Mondiale sur la Fécondité a montré que si des prestations cliniques de qualité en planification familiale étaient culturellement, économiquement et géographiquement accessibles et acceptables par toutes les femmes désireuses d'espacer ou limiter les naissances, 25 % et plus des morts maternelles pourraient être évitées et que le nombre des naissances diminuerait du tiers en Amérique latine et en Asie et de 17 % en Afrique.

b. Réduire l'incidence des complications parmi les femmes enceintes, c'est-à-dire prévenir des complications obstétricales chez des femmes enceintes.

c. Réduire le taux de mortalité parmi les femmes qui ont développé une complication obstétricale.

En guide de conclusion, puis-je partager avec vous ces informations :

– la mortalité maternelle est un de ces rares problèmes de santé publique qui sont directement et significativement influencé, dans une population donnée, par la disponibilité des soins modernes de santé et des prestations de qualité ;

– la nature de la mortalité maternelle est fondamentalement différente de la mortalité infantile qui, elle, peut être efficacement influencée par le développement socio-économique ;

– à cause de ce caractère spécifique de la mortalité maternelle, tout programme national susceptible de réduire la mortalité maternelle devrait être à même de créer une situation propice telle qu'une femme puisse devenir enceinte et accoucher parce qu'elle le désire et qu'elle a un choix. Ce programme devrait, en outre, préparer un environnement socio-sanitaire où des complications de grossesse pourraient être évitées le mieux possible, ce programme devrait enfin favoriser une situation où les femmes enceintes qui développement des complications obstétricales pourraient avoir rapidement accès à des soins médicaux et obstétricaux adéquats et de qualité.

Je vous remercie pour votre attention.

Bibliographie

1. The F.I.G.O, Manuel of human reproduction, volume 3, Reproductive health, global issues Allan Rosenfield and Mahmoud F. Fathalla.
2. Maternal mortality rates, a tabulation of available information, second edition, WHO/Genève, 1986.
3. Coverage of maternity care, a tabulation of available information, second edition, WHO/Genève, 1989.
4. Safe Motheshood, priorities and next steps. Forward-looking assessment on the reduction of maternal mortality and morbidity whithin the framework of the safe motheshood. Initiative, U.N.D.P. report, april 1991.
5. Incorporating cost and cost-effectiveness. Analysis into the development of Safe Molheshood programmes. The World Bank by larry forgy abt associates inc., Diana Measham, family care international and Anne Tinker, World Bank.
6. Safe motheshood programmes : options and issues, Columbia university, New-York.
7. The Safe Motheshood initiave : propisals for action (Washington, D.C., The World Bank 1987) based on data provided by Deborah Maike, Columbia University.

Discours de clôture

Allocution de Mme Elin Ranneberg-Nilsen

Directeur du FNUAP au Maroc

Monsieur le Secrétaire général du Ministère de la Santé publique au Maroc,
Mesdames,
Messieurs,

Au nom du directeur exécutif du Fonds des Nations-Unies pour la population (FNUAP) et au nom de son représentant à cette conférence, Monsieur Kitatani, qui a du rentrer à New-York avant la clôture de cette conférence, je voudrais, d'une part, remercier son excellence Monsieur le ministre de la Santé publique du Maroc d'avoir bien voulu accueillir cette importante conférence maghrébine et, d'autre part, vous féliciter pour la réussite des travaux de cette conférence qui, nous sommes toutes et tous convaincus, sera profitable et que ses délibérations et recommandations donneront lieu à des plans d'action tangibles qui seront appliqués par les cinq pays du Maghreb.
Je voudrais réitérer le souhait du FNUAP, souhait de collaborer dans les limites de ses moyens et en étroite coopération avec nos partenaires, institutions des Nations-Unies et organisations non gouvernementales, à la mise en œuvre et à l'application des programmes visant à réduire la mortalité maternelle, car ne l'oublions pas, le taux des décès maternels en Afrique du Nord représente 16 % du total de la mortalité maternelle en Afrique.

Monsieur le Secrétaire général,
Mesdames,
Messieurs,

Je souhaiterais conclure, en vous présentant mes félicitations pour tous les efforts que vous avez déployés pendant ces 4 jours, pour que cette conférence soit celle d'une action décisive pour une maternité sans risques dans les pays du Maghreb.

برقية مرفوعة الى حضرة صاحب الجلالة الملك الحسن الثاني بمناسبة انعقاد الندوة المغاربية حول الأمومة السليمة

بمناسبة انعقاد الندوة المغاربية حول الأمومة السليمة، يسعد ويشرف المشاركون أن يرفعوا للسدة العالية بالله جلالة الملك الحسن الثاني، آيات الشكر والتقدير والعرفان على تفضلكم برعايتكم هذه الندوة وعلى ما حضوا به من كرم الضيافة وحسن الاستقبال، ويعبرون على استعدادهم الدائم لمواصلة العمل للرفع من المستوى الصحي للمواطن المغاربي.

وفقنا الله لما فيه الخير لشعوب المغرب العربي

والسلام على مقامكم العالي بالله

وحرر بمراكش يومه السبت 26 أكتوبر 1991

عن المشاركين في الندوة

خديم الأعتاب الشريفة :

الطيب بن الشيخ
وزير الصحة العمومية.

Allocution du Dr M. Akhmiss

Secrétaire général

Le commun des mortels se plaît à répéter que chaque chose a une fin. Je dirai que notre Conférence commence car il nous est demandé en rentrant chez nous de militer en faveur des idées glanées à Marrakech.

Oui, nous avons appris, au cours de ces quatre jours bien des choses sur la maternité sans risques, sujet à la fois tragique et source d'espoir.

Tragique, car est-il normal que beaucoup de nos mères, que beaucoup de nos sœurs que beaucoup de nos filles, continuent au 21e siècle de la science et de la démocratie, de donner la vie pour mourir ?

Tragique est cette femme, comme disait le poète "moitié de moi-même et moitié de Dieu" cette femme qui gère l'économie familiale : labour du sol, tâche ménagère, éducation des enfants et, plus que tout cela, enfanter dans la douleur et la mort.

Tragique est cette injustice devant la mort. La mort dans nos pays est encore inégale car elle touche d'une manière privilégiée certaines couches de la population.

Mais cette "tragédie trop ignorée" comme le prônait la rencontre de Nairobi en 1987 n'a plus de mystère pour nous, décideurs, après ce riche séminaire.

Nous n'avons plus le droit, nous Maghrébins, à partir de cette rencontre, de considérer la mortalité maternelle comme un "hasard et une nécessité". Même si, nous agents de santé, nous avons peu de mainmise sur le développement de la situation économique et sur le statut de la femme, nous agents de santé nous devons alerter avec fougue et ardeur nos gouvernements respectifs.

Plus qu'écrire des recommandations, il faudrait militer pour que nous puissions sortir du désespoir qui hante nos cœurs.

- Il faut agir sur l'information
- Il faut agir sur l'éducation de la population
- Il faut agir sur la formation du personnel de santé
- Il faut agir sur l'accès aux soins.

Mais au-delà de tout cela il reste la conscientisation de tout un chacun que le poète puisse chanter "naître pour vivre et non naître pour mourir".

Les axes de réflexion

الموضوع الثاني
الأسباب الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لأمراض ووفيات الأمومة وما حول الولادة.

هناك أربع لجان (1، 2، 3، 4)، ستتطرق كل لجنة لجميع المواضيع الواردة مع استخلاص توصيات لكل موضوع، وذلك بالاعتماد على الأسئلة المطروحة.

المحور الأول : الوقاية والتكفل بعلاج حالات الحمل الخطيرة

موضوع النقاش :

1 – تعريف الخطر

1 – 1 تعريف مؤشرات الخطر :

عندما يمثل الحمل خطرا، ما هي سبل الوقاية (وسائل منع الحمل، التربية الصحية، المراقبة المنتظمة، ومعالجة الحالات الخطيرة).

- أثناء الحمل، ما هي وسائل الوقاية المتوفرة ؟

1 – 2 – ما هي مؤشرات الخطر التي نلاحظها أكثر ؟

- قبل الحمل.
- أثناء الحمل.
- أثناء الولادة.
- بعد الولادة.

1 – 3 – ما هي أسباب وفيات الأمومة الأكثر انتشارا ؟

1 – 4 – ما هي التدابير المتخذة لفائدة الوقاية والتقلص من عوامل الخطر وأسباب وفيات الأمومة (الأنشطة – الوسائل – النظم) ؟

1 – 5 – هل هناك منهج لتقييم جودة الخدمات ؟

المحور الثاني : الوقاية ومعالجة مشاكل ما حول الولادة

مواضيع المناقشة :

2 -- تعريف عوامل الخطر

2 – 1 – ما هي عوامل الخطر وأسباب أمراض ووفيات الأمومة وما حول الولادة الأكثر انتشارا ؟

2 – 2 – ما هي الإجراءات المتخذة محليا للتقليص من المشاكل المتعلقة بالولادة ؟

المحور الثالث : نظام وتسيير الخدمات الصحية الأساسية والإحالة. "التنظيم والتسيير".

مواضيع المناقشة :

3 – 1 – ما هي المراكز الصحية التي تقدم الخدمات الآتية ؟

- مراقبة الحمل.
- مراقبة الولادة
- ما بعد الولادة.
- التخطيط العائلي.
- رعاية النساء الحوامل المتعرضة للخطر والولادة المنقذة. ما هو دور هذه المراكز، إمكانياتها ومحدوداتها ؟

3 – 2 – ما هي الوسائل المتوفرة بهذه المراكز ؟

- الإمكانيات البشرية : العدد، التخصصات والخبرة لتسيير الخدمات هل تستجيب للحاجيات ؟
- الإمكانيات المادية واللوجستيكية.

3 – 3 – ما هو مستوى ودور مراكز الخدمات الأولية ؟

- الاتصالات مع المراكز الأخرى.
- تجهيزاتهم (أدوات، وسائل النقل الاستعجالية)
- تخصصات العاملين.

3 – 4 – ما هي الاستراتيجيات المتبعة للوصول الى سكان المناطق البعيدة عن المراكز الصحية القارة.

3 – 5 – هل هناك إدماج الخدمات الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل (مراقبة الحمل، التخطيط العائلي، التلقيحات) في إطار الخدمات الصحية العامة ؟ وعلى أي مستوى ؟

3 – 6 – ما هي وسائل الإعلام المستعملة لخدمات صحة الأم والطفل (مثلا : بطاقة الولادة – ملف الولادة، دفتر صحة الأم والطفل، بطاقة تنظيم الأسرة الخ).

3 – 7 – هل هناك متدخلون آخرون في نظام الصحة زيادة على العاملين الصحيين ومن هم ؟ وما هو دورهم ؟ وما هي علاقتهم مع النظام الصحي ؟

3 – 8 – هل هناك قطاعات أخرى تشارك في تحسين صحة الأم : القطاع الخاص الضمان الاجتماعي، التعاضديات، الخ.

الموضوع الثالث :

التكوين وتنمية كفاءات العاملين الصحيين والعاملين الآخرين.

ستتطرق كل لجنة (اللجان 1، 2، 3، 4) لمناقشة نفس الموضوع وتبدي بتوصيات على أساس المحاور المقترحة.

المواضيع المناقشة

3 – 1 – العاملون الصحيون

- صفتهم أطباء أخصائيون في طب النساء، وطب الأطفال، أطباء عامون، مولدات...
- عددهم حسب الأصناف.
- هل يتعلق الأمر بتكوين العامل على جميع الخدمات الصحية ؟

(الحمل، الولادة، علاجات أمراض المولود، تنظيم الأسرة...) أو هناك مناهج أخرى.

- وحدات التكوين الأساسي، عددها، ومدة التكوين (في ميدان صحة الأم والطفل وفيما يتعلق بالإعلام والتربية والتواصل)، ماهي نسبة التكوين النظري والتطبيقي بالنسبة للتكوين العام ؟
- هل هناك نظام للتكوين المستمر ؟ وكيف يتم تنظيمه ؟
- هل هناك إشراف ميداني على التكوين ؟ وكيف يتم تنظيمه ؟
- هل هناك مطابقة بين التكوين النظري والتطبيقي ؟

3 – 2 – العاملون الآخرون

- من هم ؟ وما هي مهامهم في ميدان الحمل والولادة ؟
- على أي مستوى يتدخلون ؟

- هل استفادوا من التكوين في هذا الميدان ؟
- من قام بتكوينهم إذا كانت الإجابة بنعم ؟ كيف تم ذلك ؟
- من يؤطرهم ويشرف عليهم ؟ وكيف يتم ذلك ؟
- هل هناك استراتيجية مخططة لإدماج هؤلاء العاملين مستقبلا ؟

الموضوع الرابع
- الإعلام - التربية - التواصل

كل لجنة (اللجان 1، 2، 3، 4) تدرس هذا الموضوع وتقترح التوصيات على أساس الأسئلة المطروحة.

مواضيع النقاش

- هل يوجد برنامج في التربية والإعلام ؟
- ما هو محتواه ؟
- ما هي وسائل نشره ومن يقوم بهذه المهمة ؟
- على أي مستوى يتم تنفيذه ؟
- من هم السكان المستهدفون ؟
- هل توجد في المناطق النائية أنشطة تتعلق بالتربية والإعلام والتواصل وكيف يتم تنظيمها.

الموضوع الخامس
معرفة الحالة الراهنة للأمراض ووفيات الأمومة وما حول الولادة
- الدراسات والأبحاث

كل لجنة (اللجان 1، 2، 3، 4) ستتطرف للموضوع وتقترح توصيات على أساس مناقشة النقط المدرجة.

مواضيع النقاش

- هل يكون هذا المشكل موضوعا أساسيا بالنسبة لقضايا الصحة العمومية ؟ وهل يكتسي صبغة الأولوية ؟
- هل هناك دراسات وأبحاث في هذا الميدان ؟ ما هي أهدافها وما هي الوسائل المستعملة، وهل هناك مشاريع أبحاث تجري حاليا أو في المستقبل ؟

THEME 2

Causes socio-économiques et socio-culturelles de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales

Chaque groupe (groupes 1, 2, 3, 4) doit traiter les sous-thèmes suivants et dégager pour chacun d'eux des recommandations sur la base des axes (questions à débattre) qui sont proposés.

Sous-thème 1

Prévention et prise en charge des grossesses à risque

Questions à débattre

1.1. Que signifie le risque ?

- Définition des critères de risque
- Quand la grossesse présente en elle-même un risque, quelle en est la prévention (P.F., éducation, suivi et prise en charge de l'affection en cause, etc.) ?
- En cas de grossesse à risque, quelle est la prévention développée ?

1.2. Quels sont les facteurs de risque les plus fréquemment rencontrés ?

- Avant la grossesse
- Durant la grossesse
- Au moment de l'accouchement
- Après l'accouchement

1.3. Quelles sont les causes de la mortalité maternelle les plus fréquentes ?

1.4. Quelles sont les mesures adoptées pour prévenir et réduire les facteurs de risque et les causes de la mortalité maternelle (activités, moyens, organisations) ?

1.5. Y-a-t-il un processus d'évaluation de la qualité des prestations ?

Sous-thème 2

Prévention et prise en charge des problèmes périnatals

Questions à débattre

2.1. Définition des critères de risque

2.2. Quels sont les facteurs de risque et les causes de la morbidité et de la mortalité périnatales les plus fréquemment rencontrés ?

2.3. Quelles sont les stratégies mises en place pour réduire les problèmes liés à la périnatalité ?

Sous-thème 3
Système sanitaire de soins et de recours : organisation et gestion

Questions à débattre

3.1. Quels sont les centres de soins pour les activités ?
- De surveillance de la grossesse
- De l'accouchement
- De post-natal et du nouveau-né
- De planning familial
- De suivi des grossesses à risque et des accouchements compliqués

Quels sont leurs rôles, leurs possibilités et leurs limites ?

3.2. Quels sont les moyens mis à la disposition de ces centres ?
- Ressources humaines : nombre, profil, compétences pour gérer les activités, répondent-ils aux besoins ?
- Moyens matériels et logistiques...

3.3. Quel est le niveau et le rôle des centres de recours ?
- Leurs liaisons avec les centres de soins et autres
- Leur équipement (matériel, ambulance...)
- Le profil du personnel

3.4. Quelles sont les stratégies développées pour toucher la population non accessible aux structures fixes ?

3.5. Y-a-t-il une intégration des activités de protection de la mère et de l'enfant (surveillance de la grossesse, planification familiale, vaccination...) et à quel niveau ?

3.6. Quels sont les supports d'information utilisés pour les activités de santé maternelle et infantile (exemple : fiche de grossesse, dossier accouchement, carnet de santé de la mère et/ou enfant, fiche de planification familiale...) ?

3.7. Y-a-t-il d'autres intervenants dans ce système de soins autre que les professionnels de santé, qui sont-ils, quel est leur rôle et leur relation avec le système de santé ?

3.8. Y-a-t-il d'autres partenaires ou autres secteurs qui participent à l'amélioration de la santé maternelle ? (secteur privé, sécurité sociale, mutuelle...) ?

THEME 3
Formation et développement des compétences des personnels de santé

Chaque groupe (groupes 1, 2, 3 et 4) doit traiter ce thème et proposer des recommandations sur la base des axes (questions à débattre) qui sont proposés :

Questions à débattre

3.1. Les professionnels de santé

- Profil et sexe (médecins spécialistes gynéco-obstétricien, pédiatre) généraliste, sage-femme, infirmier(re), autre...)
- Effectif pour chaque type de professionnel. S'agit-il de former une même personne pour l'ensemble des activités (grossesse, accouchement, prise en charge du nouveau-né, P.F.) ou faut-il envisager d'autres approches ?
- Modules de formation de base (cursus) : nombre de modules et temps alloué à la santé maternelle et infantile (grossesse, accouchement, gynéco, P.F., nouveau-né et éducation, information, communication) et quelle est la part (%) de la formation clinique (théorique et pratique).
- Existe-t-il un processus de formation continue ? Comment est-il organisé ?
- Y-a-t-il une supervision sur le terrain ? Comment est-elle organisée ?
- Adéquation formation (cursus de base) et pratique quotidienne (réalités du terrain).

3.2. Les non professionnels

- Qui sont-ils ?
- Quelles sont leurs tâches dans le domaine de la grossesse, de l'accouchement ?
- A quel niveau agissent-ils ?
- Ont-ils reçu une formation dans le domaine, si oui, quelle est-elle ? Par qui ? Et comment ?
- Sont-ils encadrés et/ou supervisés? Si oui comment ?
- Existe-t-il un plan de stratégie dans lequel ce personnel est intégré ?

THEME 4

Information, éducation et communication

Chaque groupe (groupes 1, 2, 3 et 4) doit traiter ce thème et proposer des recommandations sur la base des axes (questions à débattre) qui sont proposés :

Questions à débattre

- Existe-t-il un programme d'éducation/information?
- Quel est son contenu ? (messages)
- Par quels moyens est-il diffusé et par qui ?
- A quel niveau est-il exécuté ?
- Quelle est la population-cible ?
- Au niveau des zones difficilement accessibles, y a-t-il des activités d'I.E.C. ?
- Comment sont elles organisées ?

THEME 5

Etudes, recherches et connaissances actuelles de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales et perspectives

Chaque groupe (groupes 1, 2, 3 et 4) doit traiter ce thème et proposer de. recommandations sur la base des axes (questions à débattre) qui sont proposés.

Questions à débattre

- Ce problème constitue-t-il actuellement un problème majeur de la santé publique et figure-t-il parmi les problèmes prioritaires ?
- A-t-on développé des études et/ou recherches dans ce domaine ? Quels en sont les objectifs ? Et quel type d'instruments a-t-on utilisé ?
- Y-a-t-il d'autres projets en cours ou en perspective?

Recommandations

Les discussions en plénière et les travaux de groupes ont abouti aux conclusions suivantes

THEME 1

Causes économiques et socio-culutrelles de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales

Ce thème n'a pas fait l'objet de travaux de groupe, il a été débattu en plénière, il a été souligné que pour aspirer à une "maternité sans risques", il convient :

– de promouvoir l'éducation et l'amélioration de la condition féminine et le plein accès à l'information qui permet une prise de conscience et une participation active de la femme devant les problèmes sanitaires ; et également :

– de promouvoir le plein accès aux soins maternels et à la planification des naissances.

THEME 2

Causes médico-sanitaires de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales et les moyens de les réduire

Il a été proposé :

1. D'assurer une couverture sanitaire satisfaisante des femmes en âge de procréer et remédier aux disparités régionales.

Il est à noter qu'un consensus a été obtenu sur les critères des grossesses à risque et sur les facteurs de risque les plus fréquemment rencontrés dans les pays du Maghreb.

2. D'assurer la surveillance des grossesses et la prévention des grossesses à risque :
   - par une information et éducation adéquates portant sur le danger des mariages précoces, sur la nécessité d'une planification des grossesses et sur les risques liés à des états de santé particuliers (anémie, diabète...) ;
   - par une formation appropriée des professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes, ainsi qu'une utilisation rationnelle des moyens humains, financiers et matériels ;
   - par une standardisation des stratégies et techniques de surveillance, dépistage et prise en charge des grossesses, de l'accouchement et du nouveau-né.

3. De réaliser une étude à l'échelon de tous les pays du Maghreb pour une meilleure connaissance des causes de morbidité et mortalité maternelles et périnatales.

4. De recourir éventuellement, et dans les zones démunies de personnels de santé qualifiés, aux accoucheuses traditionnelles en leur assurant une information/éducation, les utiliser en fonction des besoins.
5. De rendre effectif un système de hiérarchisation des soins couvrant l'ensemble du pays et en mesure de prendre en charge les problèmes prioritaires de santé maternelle y compris les cas obstétricaux et chirurgicaux.
6. D'assurer des mécanismes de coordination de toutes les structures sanitaires impliquées dans la protection de la santé maternelle et périnatale.
7. D'élaborer et/ou développer un système d'évaluation rationnel sur les prestations en rapport avec la santé maternelle.
8. De doter les programmes de santé maternelle et infantile de ressources suffisantes.
9. De créer une commission de suivi maghrébine "maternité sans risques".
10. D'accorder à la morbidité et mortalité maternelles et périnatales un rang élevée de priorité et d'en faire un des indicateurs nationaux de développement sanitaire.
11. De revaloriser et motiver les professionnels impliqués dans la protection de la santé maternelle et périnatale.
12. D'insister sur la nécessité d'une intégration des activités de santé maternelle et périnatale dans le cadre des soins de santé de base.
13. D'élaborer et promulguer des textes réglementaires protégeant la santé maternelle et infantile.

THEME 3

Formation et développement des compétences du personnel de santé

Il a été proposé :

1. D'accorder une priorité à la formation de base et continue de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans les programmes de santé maternelle et périnatale.
2. D'adapter le contenu de la formation en matière de santé maternelle et infantile
3. D'assurer une formation adaptée aux différents niveaux de soins.
4. De veiller au recueil, analyse et développement des informations utiles pour les programmes de santé maternelle et périnatale.
5. De developper des supports didactiques d'enseignement et de formation des personnels et d'échanger des documents de travail entre les pays de l'UMA.
6. De trouver des solutions aux problèmes de mobilité et disparités entre régions par l'introduction de mesures incitatives au profit des personnels de santé.
7. D'améliorer les prestations de services aux différents niveaux des personnels de soins.

8. D'inclure dans les programmes de formation (modules) des notions de gestion, planification réglementation, notions de sociologie, etc.

9. D'organiser et normaliser des activités de santé maternelle et infantile à différents niveaux.

10. D'entreprendre des études pour définir le rôle et la place des accoucheuses traditionnelles, dans les pays concernés.

THEME 4

Information - Education et Communication

Un certain nombre d'idées se sont dégagées.

1. Entreprendre des études et des recherches dans le domaine de l'Information, Education, Communication (IEC) afin de mettre à la disposition des décideurs les éléments leur permettant de saisir l'opportunité et la nécessité d'une approche communication pour promouvoir la maternité sans risques.

2. Promouvoir la sensibilisation des professionnels de la santé à la dimension "communication" dans l'approche Initiative maternité sans risques (IMSR) comme question prioritaire. Les impliquer directement dans les programmes de santé maternelle en leur assurant une formation adéquate dans ce domaine (module IEC dans le cursus des études).

3. Généraliser l'information des populations sur la notion de "risques" pour induire des réflexes de prévention, particulièrement dans les zones rurales et difficilement accessibles.

4. Favoriser et développer l'utilisation des relais et tout autre système institutionnel ou non institutionnel pouvant véhiculer le message IMSR.

5. Développer entre les pays de l'UMA l'échange de supports de communication en rapport avec la morbidité et mortalité maternelles et périnatales.

6. Développer l'utilisation en commun des moyens techniques de production de spots de communication concernant la "maternité sans risques".

THEME 5

Situation et connaissance actuelle de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales - Etudes et recherches

Les conclusions sont :

1. Développer des études et des recherches/action, dans le but :

   a. d'améliorer la connaissance des problèmes de morbidité et de mortalité liés à la maternité et la périnatalité, la qualité des services (préventifs et curatifs), la distribution et le redéploiement des ressources existantes (personnels et structures) ;

b. de mettre en place et/ou améliorer les outils et instruments de suivi et d'évaluation (santé mère/enfant) ;

c. d'identifier les obstacles particulièrement ceux liés aux facteurs socio-culturels et à la sous utilisation des services de santé matérno-infantile ;

d. d'impliquer/susciter la participation active des personnels du terrain ;

2. Développer la recherche/action en impliquant les praticiens/chercheurs et les gestionnaires des programmes de santé mère/enfant.

3. D'organiser un séminaire maghrébin de formation et de développement des protocoles de recherche - action impliquant chercheurs et gestionnaires.

4. D'identifier les problèmes liés à la mortalité morbidité maternelles et périnatales pouvant faire l'objet d'études communes au niveau maghrébin.

5. D'organiser un séminaire maghrébin sur l'évaluation des opérations/recherches-actions dans le domaine "maternité sans risques".

توصيات

1 - اعتبار برنامج الأمومة بدون خطر (الحمل، الوضع، وما حول الولادة) أولوية وطنية في ميدان الصحة، وجعلها مؤشرا للتنمية الصحية على غرار وفيات الطفولة.

2 - دعم برامج التخطيط العائلي في إطار الخدمات الصحية الأولية. والحرص على أن خدمات التخطيط العائلي متوفرة لكل من يحتاجها، لتفادي الحمل الغير المرغوب فيه أو المتضمن لأخطار.

3 - تمكين برامج صحة الولادة وطب الأطفال من الوسائل الضرورية.

4 - تنظيم على رأس كل سنة، أيام مغاربية، حول «صحة الأمومة وما حولها» (اعتبار صحة الأم موضوعا عاما ومستمرا، وإضافة في كل سنة، دراسة قضية معينة لها علاقة بالموضوع).

5 - تبادل المعلومات (حول الندوات، المعامل، المحاضرات) والأدوات (دراسات، تجارب، الدعامة العملية) وكذا وسائل التواصل الاجتماعي على مستوى دول المغرب العربي.

6 - إنشاء بنك المعطيات «المغاربية» للمؤشرات الديمغرافية، والاجتماعية والاقتصادية والصحية المتعلقة بالولادة ومراحلها.

7 - تهيئ وتقرير نصوص تنظيمية لحماية صحة الأم والطفل في بلدان المغرب العربي.

8 - توجيه العمل والاستراتيجية في ميدان التكوين صوب منهجية ومفهوم الخطر.

9 - إيلاء أولوية للتكوين الأساسي والمستمر لمهني الصحة المعنيين ببرامج صحة الأمومة وما حول الولادة.

10 - تهيئ برامج مغاربية مشتركة في ميدان ضبط نسبة الأمراض ووفيات الأمومة والتي تتطلب دعما تقنيا وماليا من طرف المنظمات الدولية.

11 - تنظيم دروس مغاربية في ميدان التنظيم والتسيير والتقييم المتعلق بنسبة الأمراض، ووفيات الأمومة بتعاون مع المنظمات الدولية.

12 - تنظيم ندوة مغاربية حول التكوين وتطوير الاتفاقيات المتعلقة بالبحث العلمي بإشراك كل من المسيرين والباحثين والممارسين.

13 - تشخيص المشاكل المرتبطة بنسبة الأمراض ووفيات الأمومة وما حول الولادة، والتي بإمكانها أن تشكل موضوعا لبرنامج عملي مشترك.

14 - تنظيم ندوة مغاربية لتقييم البحوث العلمية.

15 - تطوير الاستعمال المشترك للوسائل التقنية لإنتاج وسائل التواصل.

16 - تهيئ استراتيجية مشتركة لتكوين موظفي الصحة المعنيين (وحدات تعليمية حول نسبة الأمراض ووفيات الأمومة وما حول الولادة)، وتبادل المكونين - الأساتذة على مستوى المؤسسات الصحية ومؤسسات التعليم والبحث.

17 - إحداث لجن وطنية تهتم بموضوع نسبة الأمراض ووفيات الأمومة وما حول الولادة على مستوى بلدان اتحاد المغرب العربي، تضم جميع القطاعات والاختصاصات المعنية.

18 - إحداث لجنة تقنية مغاربية لتتبع "مبادرة الأمومة المأمونة خطر".

Programme de la conférence

Mercredi 23 octobre

9 h - 10 h	Accueil et ouverture par le Conseil des ministres maghrébins de la Santé et Discours de M. le Ministre de la Santé du Royaume du Maroc
10 h - 11 h	Discours des représentants des agences internationales : M. Katsuhide Kitatani (Adjoint du directeur Exécutif du FNUAP) Dr Barbara Kwast (O.M.S.) M. C. Jaeger (PNUD / FNUAP) M. Dennis CHandler (USAID)
11 h - 11 h15	Pause café
11 h15 - 12 h15	Présentation de la situation concernant le niveau et les causes de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales dans le monde. Dr Sabwa Matanda (FNUAP)
12 h 15 - 14 h	Déjeuner
14 h 30 - 16 h	**Thème 1 : Causes économiques et socio-culturelles de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales.** *Président de séance et modérateur :* Mme Hetoutou Mint Abdallahi (Mauritanie). *Intervenants :* M. Rabah Brahimi (Algérie) Dr Rachidi Mohamed (Maroc) Dr Sarra Jarraya (Tunisie)
16 h - 16 h15	Pause café
16 h 15 - 17 h 15	Débat en plénière du thème 1
17 h 15 - 18 h 15	Synthèse du thème 1

Jeudi 24 octobre

9 h - 9 h 15	Présentation du rapport de synthèse du thème 1
9 h 15 - 10 h 45	**Thème 2 : Causes médico-sanitaires de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales et les moyens de les réduire.** *Président de séance et modérateur :* Dr Abdesslam chakou (Algérie) *Intervenants :* Pr Hedi Khaîri (Tunisie) Pr Naïma Khrouf (Tunisie) Pr Alaoui Moula Tahar (Maroc) Dr Ly Bassirou (Mauritanie) Dr Abdenour Dekkar (Algérie). Dr Mabrouka El Kanine (Libye).
10 h 45 - 11 h	Pause café
11 h-12 h15	**Travaux de groupe thème 2** Sous thème 1 : Prévention et prise en charge des grossesses à risque Sous thème 2 : Prévention et prise en charge des problèmes périnatals Sous thème 3 : Système de Soins et de recours – Organisation et gestion
12 h 15-14 h	Déjeuner

14 h 30-16 h	Suite des travaux de groupe des sous-thèmes 1, 2 et 3 .
16 h-16 h15	Pause café
16 h15-17 h30	Exposé des travaux de groupe des sous-thèmes 1, 2 et 3
17 h 30-18 h	Synthèse des sous-thèmes 1, 2 et 3.

Vendredi 25 octobre

9 h-9 h 15	Présentation du rapport de synthèse du thème 2.
9 h 15 -10 h 45	**Thème 3 : Formation et développement des compétences du personnel de santé.** *Président de séance et modérateur :* Dr Moncef Sidhom (Tunisie) *Intervenants :* Dr Yeslem Ould Cheïkh Benani (Mauritanie) Pr El Jaï Jaouad (Maroc) Pr Habiba Bent Ramdhane (Tunisie) Mme Zenouba Chaabane (Libye).
10 h 45-11h	Pause café
11 h-12 h15	Travaux de groupe - thème 3
12 h15-14 h	Déjeuner
14 h 30-16 h	**Thème 4 : Information éducation et communication** *Président de séance et modérateur :* Dr Ibrahim El Mountassir (Libye) *Intervenants :* Pr Akhchichine Ahmed (Maroc) Dr Mohamed Bachir Ould Ouenen (Mauritanie) M. Allani Fouad (Tunisie) M. Ali Ayadi (Algérie)
16 h-16 h15	Pause café
16 h15-17 h 30	Travaux de groupe - thème 4
17 h 30-18 h 30	Exposés des travaux de groupe - thèmes 3 et 4.
18 h 30-19 h	Synthèse des thèmes 3 et 4

Samedi 26 octobre

9 h-9 h 30	Présentation du rapport de synthèse des thèmes 3 et 4.
9 h 30-10 h 45	**Thème 5 : Situation et connaissance actuelle de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales) études et recherches.** *Président de séance et modérateur :* Pr Alaoui Moulay Tahar (Maroc) *Intervenants :* Dr Bruno Dujardin (I.M.T. - Anvers - Belgique) Dr Laabid Ahmed (INAS-Maroc). Pr Carla Makhlouf (Harvard - U.S.A.).
10 h 45-11 h 45	Pause café
11 h 45-12 h 15	Discussion (pléinière).
12 h 15-14 h	Déjeuner
17 h 30	Rapport de synthèse et recommandation, et constitution d'un comité de suivi maghrébin pour une "Maternité sans risques".

Clôture

الاربعاء 23 أكتوبر

9 - 10	حفل استقبال الوفود وافتتاح المناظرة من طرف مجلس وزراء الصحة المغاربيين وخطاب وزير الصحة العمومية للمملكة المغربية
10 - 11	كلمات ممثلي المنظمات الدولية. السيد كاتسوهيد كتاتاني (نائب مدير التنفيذ لصندوق الأمم المتحدة للنشاطات السكانية) الدكتورة باربارا كواست (المنظمة العالمية للصحة) السيد س. جيجير (برنامج الأمم المتحدة للتنمية - صندوق الأمم المتحدة للنشاطات السكانية). السيد دنيس شاندلير (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية).
11 - 11.15	استراحة
11.15 - 12.15	عرض حول «أسباب أمراض ووفيات الأمومة وما حول الولادة في العالم» الدكتور صابوا ماتندا (صندوق الأمم المتحدة للنشاطات السكانية)
12.15 - 14	الغذاء
14.30 - 16	**الموضوع الأول «الأسباب الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لأمراض ووفيات الأمومة وما حول الولادة».** رئيس الجلسة والمسير : السيدة حتوتومنت عبد اللهي (موريطانيا) المتدخلون : السيد رابح الابراهيمي (الجزائر) الدكتور رشيدي محمد (المغرب) الدكتورة سارة جرايا (تونس)
16 - 16.15	استراحة
16.15 - 17.15	مناقشة الموضوع الأول في جلسة عامة
17.15 - 18.15	تلخيص الموضوع الأول من طرف لجينة

الخميس 24 أكتوبر

9 - 9.15	عرض تقرير ملخص للموضوع الأول
9.15 - 10.45	**الموضوع الثاني الأسباب الطبية والصحية لأمراض ووفيات الأمومة وما حول الولادة، ووسائل تخفيفها** رئيس الجلسة والمسير : الدكتور عبد السلام شاكو (الجزائر) المتدخلون : الأستاذ هادي خيري (تونس) الأستاذة نعيمة خروف (تونس) الأستاذ علوي مولاي الطاهر (المغرب) الدكتور لي بصيرو (موريطانيا) الدكتور عبد النور دكار (الجزائر) الدكتورة مبروكة الكنين (ليبيا)

11 - 10.45	استراحة
12.15 - 11	**أشغال اللجان حول الموضوع الثاني**
	المحور الأول الوقاية والتكفل بعلاج حالات الحمل الخطرة
	المحور الثاني الوقاية والتكفل بمعالجة مشاكل ما حول الولادة
	المحور الثالث نظام وتسيير الخدمات الصحية الأساسية والإحالة.
14 - 12.15	الغذاء
16 - 14.30	متابعة أشغال اللجان (المحاور الثلاثة)
16.15 - 16	استراحة
17.30 - 16.15	عرض أشغال اللجان حول المحاور الثلاثة
18 - 17.30	عرض تلخيص للمحاور الثلاثة

الجمعة 25 أكتوبر

9.15 - 9	عرض تقرير ملخص للموضوع الثاني
10.45 - 9.15	**الموضوع الثالث التكوين وتنمية كفاءات العاملين الصحيين والعاملين الآخرين.**
	رئيس الجلسة والمسير : الدكتور منصف سيدهم (تونس)
	المتدخلون : الدكتور يسليم ولد شيخ بناني (موريطانيا)
	الأستاذ الجاي جواد (المغرب)
	الأستاذة حبيبة بن رمضان (تونس)
	السيدة زنوبة شعبان (ليبيا)
11 - 10.45	استراحة
12.15 - 11	أشغال اللجان حول الموضوع الثالث
14- 12.15	الغذاء
16 - 14.30	**الموضوع الرابع إعلام، تربية، تواصل**
	رئيس الجلسة والمسير : الدكتور ابراهيم المنتصر (ليبيا)
	المتدخلون : الأستاذ أخشيشين أحمد (المغرب)
	الدكتور محمد بشير ولد أوان (موريطانيا)
	السيدة حياة جديدي (تونس)
	السيد علي عيادي (الجزائر)
	السيد علاني فؤاد (تونس)
16.15 - 16	استراحة
17.30 - 16.15	أشغال اللجان حول الموضوع الرابع
18.30 - 17.30	عرض أشغال اللجان حول الموضوعين الثالث والرابع
19 - 18.30	تلخيص للموضوعين الثالث والرابع

السبت 26 أكتوبر

9.30 - 9	عرض لملخصات الموضوعين الثالث والرابع
10.30 - 9.30	**الموضوع الخامس معرفة الحالة الراهنة لأمراض ووفيات الأمومة وما حول الولادة. الدراسات والأبحاث...**
	رئيس الجلسة والمسير : الأستاذ علوي مولاي الطاهر (المغرب)
	المتدخلون : الدكتور برونو دوجان أستاذ بالمعهد الطبي الاستوائي أنفيرس (بلجيكا)
	الدكتور العابيد أحمد (المدرسة الوطنية للإدارة الصحية)
	الأستاذة كارلا مخلوف (هارفار الولايات المتحدة)
10.45 - 10.30	استراحة
11.45 - 10.45	أشغال اللجان حول الموضوع الخامس
12.15 - 11.45	عرض أشغال اللجان حول الموضوع الخامس
14 - 12.15	الغذاء
15.30 - 14.30	تحضير ملخص للموضوع الخامس
16 - 15.30	عرض لملخص الموضوع الخامس
17.30 - 16	1. عرض التقرير العام للمناظرة
	2. تقديم توصيات المؤتمر
	3. تكوين لجنة مغاربية للسهر على متابعة تنفيذ التوصيات

اختتام الدورة

Documents préparatoires

- *Femmes et conditions féminine au Maroc*, Direction de la Statistique, 1989.
- *L'Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la Population au Maroc, 1987* (DHS) (Rapport de synthèse).
- *Peuple* : l'Afrique francophone. Volume B , n° 1-1979.
- *Peuple* : Volume 15, n° 1-1988.
- *Peuples* : Volume 12, n° 2-1985.
- *Populations Reports* : n° 7 - septembre 1988.
- *Mortalité maternelle : soustraire les femmes à l'engrenage fatal*, O.M.S. - Rapport de la réunion interrégionale sur la prévention de la mortalité maternelle - Genève 11-15 novembre.
- *La prévention des décès maternels* : Erica Royston et Sue Armstrong. O.M.S. - Genève 1990.
- Conférence régionale sur la "maternité sans risques" pour l'Afrique francophone au sud du Sahara - Niamy, République du Niger - 30 janvier au 3 février 1989.
- Rapport de la 2e conférence africaine sur la population, Arusha République Unie de Tanzanie, 9-13 janvier 1984 - FNUAP.
- Commission de la condition de la femme, 33e session, Vienne, 29 mars-7 avril 1989.
- *L'enfant en milieu tropical* - Maternité-Santé des femmes 1950 n° 1987/1988 - C.I.E - Paris.
- *Prévenir la mort tragique de la mère* - Rapport sur la conférence internationale sur la "maternité sans risques" - Nairobi - Kenya / février 1987.
- *Maternité sans risque* - Dossiers d'information O.M.S. - février 1987.
- *Rôle des soins maternels dans la réduction de la mortalité périnatale et néonatale* - Document commun - O.M.S. Fise - 1986.
- *Prestations obstétricales au premier niveau de recours* - O.M.S./FHE/864.
- Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement. Pour un programme d'action (INSERM PAPiERNIK - Séminaire CIE 3-7 Oct 1989).
- *L'enfant au milieu tropical* - Maternité-Santé des Femmes 1990 / CIE -PARIS.
- *Guide pour l'étude de la mortalité maternelle dans les pays en développement. Taux et causes.* O.M.S. - 1987.
- *Guide pour l'utilisation de trousse d'accouchement simple au niveau communautaire* - Division de la Santé de la famille - Section de santé maternelle et infantile - O.M.S. - 1987.
- Rapport de la consultation organisée sur le thème « Pour une accoucheuse qualifiée par village » Alexandrie - Egypte/janvier 1990 Bureau régional O.M.S..
- Recueil d'information des pays maghrébins participant à la conférence.
- *Savoir pour sauver* - UNICEF - O.M.S. - UNESCO.
- Séminaire atelier de l'O.M.S. sur la recherche en mortalité maternelle pour les pays d'Afrique du Nord - Tunisie/mai-juin 1989.
- *Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement pour un programme d'action* INSERM - C.I.E. octobre 1988.
- *Mortalité maternelle : l'étude du problème.* O.M.S. - 1985.
- *Rôle des soins maternels dans la réduction de la mortalité périnatale et néonatale.* Document commun. O.M.S. Fise. 1986.

Flash sur la santé maternelle et infantile dans les pays du Maghreb

	POPULATION			INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES							
Union du Maghreb arabe	Pop. Tot. (en milliers)	% Pop. urb.	Enfants < 5 ans (%)	Taux annuel d'accrois de la pop	T.B.N	T.B.M	Espérance de vie à la naissance	I.S.F	T.M.M	T.M. néo-natale	T.M. infantile
Algérie	25000 (2)	49,06	16,5	2,47 (2)	30,6	5,9	67	4,9	224	19	58,1
Libye	4500	70		3,3	42	9	63	6,7	80	20,5	32,8
Maroc	25208 (10)	46,5 (1)	15,2 (1)	2,4 (2)	31,4 (3)	7,4 (3)	65,5 (3)	4,46 (3)	?	41,1 (4)	55,5 (9)
Mauritanie	1864	31	20	2,7	46,9	19,5	46	6,9	450	?	143,8
Tunisie	8096	59,2	12,8	2,1	25,2	6	66	3,48	69	26,5	51,6

	INFRASTRUCTURE			PERSONNEL						
Union du Maghreb arabe	Hôpitaux publics + privés	Maternités publiques + privés	C.P.N et postnat.	Consult. P.F	Médecins toutes catégories	Gynéco obst.	Pédiatres	Médecins général	Sages-femmes ou inf. acc.	Infirmiers qualifiés
Algérie	181	449	4600	2064	23550	964	871	7558	3518	20381
Libye	103	138	988	-	5687	-	-	4588	-	5841
Maroc	222 (5)	364 (5)	1018 (5)	1511 (5)	5648 (5)	212 (5)	184 (5)	2932 (5)	1450 (8)	9568 (5)
Mauritanie	23	27	110	38	142	6	7	81	148	868
Tunisie	189	194	1161	1161	4313	223	229	1310	1378	3400

	GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT				ALLAITEMENT MATERNEL	PLANIFICATION FAMILIALE			VACCINATION		
Union du Maghreb arabe	Visites prénatales %		% d'acc. en mil. surv.	Taux de césariennes	% de fem. allaitant > 3 mois	Prév. % contrac. toutes méthodes	Pilule (%)	D.I.U. (%)	Enfants < 1 an	FAR VAT 2	Femmes enceintes (%)
	U	R									
Algérie	61	39,2	75	1,3	82,6 (1 mois)	32	75	5,9	84		20,3
Libye				5		32	88	6	79	72	
Maroc	52,5	23,9 (4)	28 (4)	1,05 (5)	81 (4)	36 (4)	79 (4)	10,03 (4)	90 (7)	98 (7)	
Mauritanie	38,7	8,4	34,6	1,05	96,6	2,01	25	30	19	57*	40
Tunisie	83,9	60	71,3	8,20	92,2	49,8	18	34	86,8	68,3	77,3

1. CERED/1990
2. Etat de la population mondiale 1991, FNUAP
3. E.N.D.P.R (86-88)
4. E.N.P.S 1987
5. Service de la planification et de la carte sanitaire 1991
6. Etude sur la mortalité maternelle à travers l'analyse des interventions obstétricales au Maroc 1989 INAS
7. Enquête nationale sur la couverture vaccinale 91 PNI
8. Plan d'action P.S.M 1991 SMI
9. Service des études et de l'information sanitaire - M.S.P
10. Annuaire de statistique (Direction de la Statistique)

* Nouakchott

N.B : Les sources de données des pays Algérie, Libye, Mauritanie et Tunisie figurent sur le recueil d'information adressé à l'occasion de la conférence sur la maternité sans risques

Liste des participants

Previous Page Blank

Représentants des organisations internationales et membres observateurs

PNUD

M. C. Jaeger
Représentant PNUD/FNUAP.

M. H. El Hage
Représentant du PAM.

FNUAP

Dr Sabwa Matanda
Conseiller technique principal section de santé maternelle et infantile-planification familiale, division technique et d'évaluation au siège du FNUAP à New-York.

M. Katsuhide Kitatani
Adjoint du directeur exécutif du FNUAP (New-York).

Mme Elin Ranneberg-Nilsen
Directeur FNUAP - Rabat.

Mme Laraque-Liaut Khadija
Chargée de programme - Rabat.

Mme Benkarroum Meryem
Assistante administrative financière principale - Rabat.

Mme El Rharbi Khadija
Secrétaire principale - Rabat.

Dr S. Sekioua
FNUAP - Algérie.

Dr Chaafi
FNUAP - Algérie.

M. Dujardin Bruno
Médecin en santé publique. Institut de médecine tropicale - Anvers - Belgique.

USAID

M. Dennis chandler
Directeur USAID/Maroc.

Mme Michèle Moloney
Technical advisor, aids and child survival USAID/Morocco.

Mme Darcy Neill
Director, peace corps Morocco.

Mme Soraya Sebti
Associate peace corps director, health and sanitation.

Mme Carla Maklouf Obermeyer
Assistant professor, Harvard school of public health.

Mme Patricia Gomez
American college of nurse midwives.

O.M.S

Dr Barbara Kwast

Expert scientifique OMS programme de santé maternelle infantile et planification familiale - Genève.

M. Ziribi

Représentant OMS (Rabat).

Dr Vincent De Browere

Consultant à l'Institut national d'administration sanitaire - INAS.

UNICEF

Dr Nefissa Zerdoumi

Représentante UNICEF (Rabat).

M. Kadiri K.

Coordinateur de programmes UNICEF (Rabat).

CONFEDERATION INTERNATIONALE DES SAGES-FEMMES

Mme Marianne Mead

Représentante à la Confédération, 10 Basley Mow Passage Chiswick London n° 44 Ph-Tél. 081.994. 6477.

IPPF

Mme Hajer Sadek

Vice-présidente de l'Association syrienne de P.F. et membre exécutif régional de la région arabe et présidente du Comité régional de la femme. Damas. Association de planification familiale - Syrie.

Mme Janet Kee

Conseiller des programmes du bureau du monde arabe (Londres).

UNION DES FEMMES - MARRAKECH

Mme Naji Aïcha

Présidente.

Mme Chhih Kenza

Trésorière générale.

ENTRAIDE NATIONALE - MARRAKECH

M. Tahri Mohamed

MINISTERE DE L'ARTISANAT ET DES AFFAIRES SOCIALES - MARRAKECH

M. Hachimi Zitouni

ASSOCIATION DES SAGES-FEMMES - TUNISIE.

Mme Khoudja Habiba

Sage-femme. Supervision à la direction régionale de Ben Arrouss - Tunis.

Mme Yacoubi Meherzia

Sage-femme, dispensaire Khledia, région Ben Arrouss - Tunis.

Mlle Kacem Monia

Sage-femme à l'hôpital Mohamedia - Tunis.

ASSOCIATION DES SAGES-FEMMES ALGÉRIENNES

Mlle Bensalah Maya
Sage-femme CHU Aîn Taya.

Mlle Abdelwahab Haciba
Maîtresse sage-femme CHUAM "Clinique Debussy".

Mlle Hahiaoui Terkia
Sage-femme CHU Parnet "Service fécondation in vitro".

ASSOCIATION MAROCAINE DES SCIENCES INFIRMIERES ET TECHNIQUES SANITAIRES (AMSITS)

Mme Mazzine Malika

M. Ait Chit Hassan
Président AMSITS.

ASSOCIATION MAROCAINE DE SAGES-FEMMES (A.M.S.F.)

Mme Kamri Noufissa
Présidente.

Mme Temmar Fatima
Secrétaire générale, Collège de santé publique.

ASSOCIATION MAROCAINE DE PLANIFICATION FAMILIALE (A.M.P.F.)

Dr Haddadi Khadija
Gynéco-obstrétricienne.

Mme El Ouadi Amina
Sage-femme.

REPRESENTANT DU MINISTRE CHARGE DES RELATIONS AVEC LE PARLEMENT ET DES AFFAIRES DU MAGHREB ARABE

M. Limame Jamal

LIGUE MAROCAINE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Mme Laaziri Zhor.

DELEGATION DE MARRAKECH

M. le Délégué de la préfecture médicale du Marrakech

M. le Médecin-chef du SIAAP

M. le Médecin-chef du l'hôpital chirurgical Ibn Tofail

M. l'Administrateur Divisionnaire de la délégation

M. le Directeur de l'école d'Etat d'infirmiers

M. le Major du SIAAP

Mme Zine El Abidine Saadia
Sage-femme - Maternité.

Mme Beghali Najat
Chef de service de programmation de recherche et d'évaluation.

Dr Ammi Abderrahim
Médecin-chef des urgences chirurgicales.

M. Koufoune Bouazza
Service de programmation de recherche et d'évaluation.

Mme Benjebli Fatima
Animatrice du programme de surveillance de la grossesse et accouchement.

Mr Berre Mustapha
Technicien en nutrition.

Mme Khallouk Halima
Sage-femme.

Participants maghrébins

ALGERIE

M. le Ministre de la Santé algérienne

Dr Abdesselam Chakou
Directeur de la prévention, ministère de la Santé.

Dr Zahira Belhocine
Sous-directrice santé maternelle et infantile.

Mlle Rachida Benkhellil
Responsable du programme national de la maîtrise de la croissance démographique.

M. Ayadi Ali
Expert en communication, ministère de la Santé, réalisateur T.V.

Pr Ghassan Ayache
Agrégé en gynéco-obstétrique, chef de service au CHU Alger-Est.

Dr Djamil Lebane
Maître-assistant en pédiatrie, responsable de l'unité pilote de néo-natologie - C.H.U. Blida.

Mlle Hassiba Djeghlal
Sage-femme responsable de P.M.I., secteur sanitaire Bir Mourad Rais.

Dr Abdenour Dekkar
Docteur en épidémiologie, Institut national de santé publique.

M. Brahimi Rabah
Démographe, chef de département des statistiques et études démographiques à l'Office national de statistiques.

Dr Skiova Soraya
Médecin généraliste, secteur sanitaire de Tighnif - Wilaya de Mascara.

Dr Bel Kacem Chafi
Chef de service de gynéco-obstétrique - CHU Oran.

LIBYE

Dr Ibrahim El Montacir
Gynéco-obstétricien maternité Al Jalaa - Tripoli

Dr Mabrouka Elkanine
Gynéco-obstétricien - Benghazie.

Dr Mustapha Marmach
Gynéco-obstétricien, Maternité Al Jalaa et Salahdine.

Dr Salem Zarouk
Pédiatre hôpital d'enfants - Tripoli.

Dr Mohamed Dikna
Pédiatre hôpital d'enfants - Tripoli.

Dr Abdelhafid A. Dahir
Gynéco-obstétricien, maternité - Tripoli.

Mlle Zenouba Chaâbane
Infirmière sage-femme, santé maternelle et infantile

Mlle Meriem Ettarhouni
Sage-femme major, maternité Al Jalaa - Tripoli.

Dr Mustapha Marmach
Professeur en gynéco-obstétrique - Faculté de médecine. FATEH B.P. 83013 - Tripoli.

TUNISIE

Dr Moncef Sidhom
Directeur des soins de santé de base, 33, rue de Souss - Tunis.

Dr Sarra Jarraya
Chef de service de la SMI, Direction des soins de santé de base, 33, rue de Souss - Tunis.

Mlle Atfgherissi
Sage-femme membre de l'équipe chargée du programme national de périnatalité. Service de la SMI - Direction des soins de santé de base, 33, rue de Souss - Tunis 1002.

Pr Faouzia Zouari
Chef de service de gynécologie obstétrique. Tunis. Centre de maternité et de néonatologie la Rabta.

Pr Hedi Khairi
Chef de service de gynéco-obstét. Souss - Centre de maternité et de néonatologie - Souss.

Dr Taieb Tazeghdenti
Gynéco-obstétricien, Hôpital régional de médecine.

Pr Naima Khrouf
Chef de service de néonatologie - Tunis - Centre de maternité et de néonatologie de la Rabta.

Pr Habiba Ben Romdhane
Epidémiologiste, Centre de recherche et de formation pédagogique - Tunis.

M. Fouad Allani
Enseignant Para-Médicale, spécialiste en I.E.C. - Direction des soins de santé de base 33, rue de Souss - Tunis 1002.

Mme Nejiba Hamza
Sage-femme de supervision, Centre régional d'éducation et de planification familiale, Nabeul.

Dr. Bayoud Hicham
Assistant hospitalo-universitaire en service de gynéco-obstétrique. Centre de maternité et de néonatologie de Sfax.

MAURITANIE

Dr Kane Ibrahima
Directeur adjoint de l'hygiène et de la protection sanitaire.

Dr Ly Bassirou
Gynécologue, Chef de service de la maternité du Centre hospitalier national.

Dr Ahmed Ould Seyid
Médecin traitant service pédiatrie au centre hospitalier national.

Mme Mah Mint Semetta
Chef de service S.M.I.

Mme Fatimetou M. Nouiss
Sage-femme, maternité du centre hospitalier national.

Dr Manthita Diagana
Directrice du programme de bien-être familial

Mme Aiche Mint Ghadour
Promotion féminine

Mme Hettouttou M. Abdellahi
Chef de service de la promotion féminine à la permanence du comité militaire du salut national.

Dr Bechir Ould Ouenen
Chef de service E.P.S.

Dr Yeslem Ould Cheikh Benani
Coordinateur aux affaires maghrébines et chef de service national anti-tuberculeux et anti-lépreux.

MAROC

Dr Akhmisse Mustapha
Secrétaire général, ministère de la Santé publique

Dr Mechbal Abdelhay
Directeur de la direction de la prévention et de l'encadrement sanitaire.

Dr Zahi Abderrahmane
Inspecteur général, ministère de la Santé publique

Dr Hajji Najia
Pédiatre, chef de division de la santé maternelle et infantile

Mme Benamar Moumena
Sage-femme, chef de service de protection de la santé de la mère, division S.M.I.

Pr Fikri Benbrahim N.
Chef de division de la coopération, professeur agrégé en médecine sociale à la faculté de médecine et pharmacie de Rabat.

Dr Zarouf Mohamed
Chef de division de la population, ministère de la Santé publique.

Dr Lantry Wafia
Médecin gynéco-obstétricien, service de planification familiale.

Belhaj Alfreda
Pédiatre, ex-Chef division S.M.I.

M. Laaziri Mohamed
Chef de division de la planification et de la statistique et informatique.

Dr El Omrani Mohamed
Chef de service de formation continue, division de la formation.

M. Aachati Ismail
Chef de division de la formation professionnelle.

M. Azelmat Mustapha
Chef de service des études et de l'information sanitaire.

Pr Alaoui M. Tahar
Professeur en gynéco-obstétrique, chef de la maternité des Orangers et Doyen de la faculté de médecine - Rabat.

Pr Chaoui Abdellatif
Professeur en gynéco-obstétrique et chef de service, maternité CHU Souissi, Rabat.

Pr Achour Mohamed
Professeur en gynéco-oostétrique, chef de service, maternité C.H.U. Souissi - Rabat.

Pr Sendid Mohamed
Professeur en gynéco-obstétrique, chef de service, maternité C.H.U. Souissi - Rabat.

Dr Halim Abdelaaziz
Gynéco-obstétricien, maternité CHU Soussi - Rabat.

Dr Guessous Larbi
Médecin gynéco-obstétricien, délégation médicale - Tanger.

Lakhdar Amina
Maitre-assistante en gynéco-obstétrique, maternité Souissi.

Pr. Bouazzaoui Lamdouar N.
Professeur en pédiatrie, chef de service des prématurés , hôpital d'enfants - Rabat.

Dr Laabid Ahmed
Médecin en santé publique, enseignant à l'Institut national d'administration sanitaire.

Dr Sahel Amina
Médecin d'hygiène scolaire et universitaire, délégation médicale - Salé.

Mme Bouzidi Khadija
Sage-femme, animatrice de programme de surveillance de grossesse et accouchement. El Kelaa.

Mme Ait Cheikh Abou Fatima
Sage-femme, enseignante école d'Etat - Marrakech.

Pr El Jai Jaouad
Professeur agrégé en médecine sociale. Chef de service de médecine sociale C.H.U. Averroes - Casablanca.

M. Akhchichine Ahmed
Professeur, expert en communication, Institut national de journalisme - Rabat.

Dr Rachidi Mohamed
Professeur en démographie statistique à l'université Hassan II - Casablanca.

Dr Sobhi
Service de médecine sociale, faculté de médecine - Casablanca.

Dr Benmansour H. Farid
Pédiatre division d'épidémiologie et des programmes sanitaires.

Dr Essolbi Mustapha
Chef de division de l'éducation pour la santé.

Dr Cherkaoui Abderrazak
Attaché au secrétariat général du ministère de la Santé publique.

Dr Bensalah Ali
Médecin en santé publique, service de protection de la santé de la mère.

Dr Deniel Mustapha
Médecin-chef de programme national d'immunisation.

Dr Loutfi Abdessamad
Médecin en santé publique, service de protection de la santé de la mère.

Mlle Ben Baha Aïcha
Sage-femme, service de protection de la santé.

M. Abdennour Slimane
Service de protection de la santé de la mère.

M. Khatbi Belgassem
Service de protection de la santé de la mère.