

**Royaume du Maroc**

**Ministère de la Santé**

**Stratégie Nationale de Réduction de la  
Mortalité et de la Morbidité Maternelles et  
Néonatales.**

---

Mars 2002

Ce document a été élaboré par Dr Najia Hajji en collaboration avec les équipes de la Direction de la Population et du Service de Protection de la Santé de la Mère, financé comme activité d'appui par *Progrès* (Projet de Gestion Régionale des Services de Santé) entre le Ministère de la Santé et l'Agence Américaine de Développement International (USAID), sous le contrat n° HRN-I-00-98-00032

A

# Table de matières

Acronymes .....	1
Introduction.....	2
<b>A. Définitions des concepts .....</b>	<b>4</b>
I. Initiative Mondiale pour une Maternité sans Risques (MSR) .....	4
II. Le concept de Maternité sans risques .....	4
III. Mortalité maternelle .....	4
IV. Morbidité maternelle .....	4
V. Mortalité périnatale et néonatale.....	5
<b>B. Mesures de la mortalité maternelle et néonatale .....</b>	<b>5</b>
I. Mesure de la mortalité maternelle.....	5
II. Mesure de la mortalité néonatale.....	6
<b>C. Causes et déterminants de la mortalité maternelle .....</b>	<b>6</b>
I. Les causes directes .....	6
II. Les causes indirectes .....	7
III. Les autres déterminants .....	7
<b>D. Historique : évolution des stratégies développées en faveur de la MSR .....</b>	<b>7</b>
I. Stratégies développées avant 1987.....	7
II. Stratégie Nationale développée entre 1988 et 1995.....	8
<b>E. Stratégie Nationale développée à partir de 1995. ....</b>	<b>11</b>
I. Les objectifs.....	11
II. Les niveaux d'intervention et les approches innovatrices de la stratégie.....	12
III. Les axes d'interventions .....	13
IV. Les stratégies d'appui.....	25
V. les contraintes .....	36
VI. Les défis .....	39
<b>Annexes .....</b>	<b>41</b>
Annexe 1 : Principales étapes de la structuration des activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Maroc.....	42
Annexe 2 : Principaux projets de coopération en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.....	43
Annexe 3 : Nombre estimatif des décès évitables par programme en pourcentage (Deborah Maine)	45
Annexe 4 : Pyramide des âges au Maroc 1992 - 2022.....	46
Annexe 5 : Causes de la mortalité maternelle .....	47
Annexe 6 : Récapitulatif des sessions de formation organisées.....	48
Annexe 7 : Références bibliographiques.....	58

## Acronymes

CCV	Contraception chirurgicale volontaire
CHU	Centres hospitalier universitaires.
CIM	Classification internationale des maladies
CIP	Communication interpersonnelle
CPN	Consultations prénatales
DP	Direction de la Population
DIU	Dispositif intra utérin.
FAR	Femmes en âge de reproduction
FNUAP	Fond des Nations Unies Population
IFCS	Instituts de formation aux carrières de santé.
IEC	Information éducation, communication.
INAS	Institut National d'Administration Sanitaire.
IST	Infection sexuellement transmissible
JHU-CCP	John Hopkins University. Centre pour les programmes de communication en matière de population
JSI	John Snow Incorporated
MLD	Méthodes de longue durée.
MS	Ministère de la santé.
MSR	Maternité sans risque
MNN	Mortalité néonatale
MPNN	Mortalité post- néonatale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PANNEL	Enquête Nationale sur la Population et la Santé. 1995.
PAPCHILD	Enquête nationale sur la santé de la Mère et de l'enfant. 1997.
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.
PF	Planification familiale
PMI	Protection de la santé de la Mère
PNPF	Programme national de Planification familiale
PSGA	Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement
PMMS	Programme Marocain de Marketing social
PNPF	Programme National de Planification Familiale.
PS	Professionnels de santé
RSSB	Réseau de soins de santé de base
SEIS	Service des études et de l'information sanitaire.
SMI	Santé maternelle et infantile.
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SR	Santé Reproductive
TDCI	Troubles dus aux carences iodées
UE	Union Européenne
USAID	Agence Américaine pour le Développement International.
VDMS	Visite à domicile de motivation systématique.

## Introduction

Les problèmes de santé de l'enfant, notamment la réduction de la mortalité infantile, ont constitué les principales préoccupations de la communauté internationale et des pays pendant de nombreuses années. Il a fallu attendre 1987 pour que l'initiative de la maternité sans risque soit lancée lors de la Conférence Mondiale de Nairobi. Faire reculer la mortalité maternelle et améliorer la santé des femmes devient alors une priorité au niveau international. L'objectif fixé était de réduire la mortalité maternelle de 50% entre 1990 et 2000. Cet objectif a été ensuite adopté par d'autres conférences dont le Sommet Mondial pour les Enfants organisé à New York en 1990, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en 1994, et la quatrième Conférence Mondiale sur Les Femmes qui a eu lieu à Beijing en 1995. Depuis, plusieurs actions ont été développées dans les pays, améliorant ainsi les connaissances en matière de réduction des décès maternels. Pour fêter le dixième anniversaire de l'Initiative Pour une Maternité Sans Risque, une consultation technique internationale a été organisée à Colombo au Sri Lanka en 1997. Elle a permis de faire le point sur la situation et d'obtenir un consensus sur les actions efficaces, leur coût et les moyens pour les mettre en œuvre. Elle s'est concrétisée par une déclaration commune OMS/ FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale qui indique la démarche à suivre pour tous ceux qui agissent dans le domaine de la maternité sans risques.

Au Maroc, les responsables ne se sont réellement préoccupés de la réduction de la mortalité maternelle qu'à partir de 1987. C'est au cours des années 90 que les premières estimations des décès maternels ont été effectuées dans le pays. En effet l'étude des déficits en interventions obstétricales majeures réalisée par l'INAS en 1989-1990, suivie de la première enquête nationale qui donne le ratio de mortalité maternelle (1992) ont été déterminants dans le changement de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle au Maroc (332 décès pour 100 000 naissances vivantes) entre 1985-1991. Les chiffres révèlent une situation alarmante confirmée par la dernière enquête PAPCHILD de 1997 qui donne un ratio de 228 pour 100 000 naissances vivantes entre 1992-1996. Ce chiffre est encore plus élevé en milieu rural : 307 pour 100 000 naissances vivantes contre 125 en milieu urbain. Ceci correspond à plus de 1600 décès maternels chaque année ou 4 à 5 décès par jour. L'accouchement représente la période la plus vulnérable : 46% des décès surviennent après l'accouchement, 33% au moment de l'accouchement et 21% au cours de la grossesse.

D'après la même enquête, la mortalité néo-natale (MNN) est de 19 pour 1000 naissances vivantes, soit 13 300 décès néo-natals chaque année ou 37 décès par jour. La mortalité post néonatale (MPNN) est de 17 pour 1000. Malgré la baisse enregistrée durant les 20 dernières années (La MNN est passée de 41%0 en 1987 à 19%0 en 1997, la MPNN de 32 à 17 durant la même période), la mortalité néo-natale reste élevée et constitue aujourd'hui un problème majeur de santé au Maroc. La situation est d'autant plus grave, qu'en plus des décès, on note une grande fréquence des cas de morbidité maternelle et néonatale qui peuvent être responsables des handicaps physiques et mentaux. Malheureusement, il n'existe pas de données fiables à ce sujet. Selon l'OMS, devant un cas de décès maternel, on peut notifier 100 cas de morbidité.

L'analyse par des experts internationaux des différentes interventions mises en oeuvre au cours des 10 dernières années en faveur de la réduction de la mortalité maternelle dans le monde a permis d'aboutir à un consensus sur les axes fondamentaux à développer en vue de réduire les décès maternels et néonataux. Les efforts devront viser le long terme et être planifiés en concertation avec les différents intervenants.

Ils recommandent notamment une approche globale de prise en charge des problèmes tenant compte des aspects législatifs, politiques et sanitaires avec une implication effective de la communauté et de la société civile. L'objectif est de créer une dynamique de changement et d'adopter de nouvelles approches.

Au Maroc cette dynamique de changement stratégique a commencé avec le plan d'accélération 1993-1995 qui définit de nouvelles orientations. A partir de 1995, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale devient une priorité politique de premier rang.

Les nouvelles composantes de la stratégie, en plus du renforcement des activités déjà en cours, portent essentiellement sur l'amélioration de la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence qui nécessite la mise à niveau des structures d'accouchement, sur l'IEC pour sensibiliser les décideurs et améliorer le niveau de connaissance de la population en matière de reconnaissance des risques lié à la grossesse et à l'accouchement. Des mesures d'accompagnement notamment en matière d'amélioration de la gestion des activités et des ressources humaines sont prévues.

Durant ces dix dernières années, le MS, par son budget propre ou grâce à l'appui de la coopération internationale a fourni des efforts consistants en matière de réduction de la mortalité maternelle à travers de nombreux projets.

Le présent document a pour objectifs de :

- Donner un aperçu sur la vision globale du MS dans ce domaine ;
- Rapporter tous les efforts qui sont déployés et ceux en cours, quelles que soient les sources de financement ;
- Aider les planificateurs à mieux cibler les interventions ;
- Permettre aux futurs partenaires nationaux ou internationaux à identifier les domaines de coopération non couverts ;
- Enfin, de mettre à la disposition du personnel de santé un document de référence en la matière.

## **A. Définitions des concepts**

### **I. Initiative Mondiale pour une Maternité sans Risques (MSR)**

L'initiative pour la MSR est un effort mondial destiné à combattre la mortalité et la morbidité maternelles. Elle vise l'amélioration de la qualité de vie des jeunes filles, des femmes et l'élimination des risques, grâce à l'adoption d'un ensemble de stratégies sanitaires et non sanitaires. Elle insiste sur la nécessité :

- D'assurer un accès plus large à des services de santé maternelle de qualité.
- De développer des services de planification familiale.
- D'adopter des mesures efficaces pour améliorer la condition et le statut des femmes<sup>2</sup>.

### **II. Le concept de Maternité sans risques**

Ce concept consiste à promouvoir et à protéger la santé des femmes qui décident d'avoir des enfants, de telle sorte que ces femmes ne souffrent ni ne meurent suite à des causes liées à la grossesse ou à l'accouchement<sup>2</sup>.

### **III. Mortalité maternelle**

Elle est définie, selon l'OMS comme «le décès d'une femme enceinte survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soit la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ».

La classification internationale des maladies (CIM<sup>4</sup>) prévoit également la mort maternelle tardive, qui se définit comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la fin de la grossesse.

Pour faciliter le recensement des décès maternels, la CIM a introduit une nouvelle catégorie, celle de la mort maternelle liée à la grossesse, qui se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa fin, quelle que soit la cause de la mort.

### **IV. Morbidité maternelle**

La morbidité maternelle s'inscrit dans un contexte plus large de morbidité reproductive, laquelle englobe également les infections sexuellement transmissibles, les conditions associées à l'utilisation de contraceptifs et les autres problèmes gynécologiques<sup>2</sup>.

#### **IV.1. Morbidité obstétricale**

Il s'agit de toute morbidité observée chez une femme qui est ou a été enceinte (Période du post-partum inférieure ou égale à 42 jours), quels que soient la durée et

le site de la grossesse, dont la cause est liée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge. Cette définition exclut les causes accidentelles ou incidentes <sup>4</sup>.

#### **IV.2. 2. Morbidité obstétricale directe**

C'est la morbidité obstétricale qui résulte de complications spécifiques à l'état de la grossesse (grossesse, accouchement et post-partum), d'interventions, d'omissions, de traitements inadéquats ou d'une série d'événements résultant des situations ci-dessus <sup>3</sup>.

### **V. Mortalité périnatale et néonatale**

#### **V.1. Mortalité périnatale**

Ce sont les décès qui surviennent entre la 22<sup>ème</sup> semaine (154 jours) de grossesse et le 7<sup>ème</sup> jour révolu après la naissance. Elle inclut les morts fœtales. La plupart des décès périnataux sont en relation avec la santé maternelle <sup>2</sup>.

#### **V.2. Mortalité néonatale**

Ce sont les décès d'enfants nés vivants survenus au cours des 28 premiers jours de vie. Ces décès se subdivisent en décès néonataux précoces, survenus au cours des sept premiers jours de vie et en décès néonataux tardifs, survenus au-delà du septième jour, mais avant 28 jours entiers (2).

Dans le monde, près de 8 millions de décès annuels sont observés chez les nourrissons, près des deux tiers surviennent pendant la période néonatale, avant l'âge d'un mois ; 3,4 millions d'entre eux surviennent pendant la première semaine et sont en rapport avec l'inadéquation des soins pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum immédiat.

Au Maroc, le niveau de mortalité néonatale et post néonatale reste élevé. En 1997, il est respectivement de 19%0 et de 17%0. Malgré une baisse durant les 20 dernières années, le problème de mortalité périnatale reste préoccupant au maroc.

## **B. Mesures de la mortalité maternelle et néonatale**

### **I. Mesure de la mortalité maternelle**

On peut mesurer la mortalité maternelle de trois manières :

**1. Le rapport de mortalité maternelle** représente le risque obstétrical associé à chaque grossesse. Il s'agit du nombre de décès maternels qui surviennent pendant une année donnée pour 100 000 naissances vivantes pendant la même période.

**2. Le taux de mortalité maternelle** qui mesure à la fois le risque obstétrical et la fréquence d'exposition à ce risque. Il correspond au nombre de décès maternels survenant pendant une période donnée pour 100 000 femmes en âge de reproduction (entre 15 et 49 ans).

Les termes « rapport » et « taux » sont souvent utilisés indifféremment, pour plus de clarté, il est essentiel de préciser le dénominateur utilisé.

**3. Le risque de décès maternel sur la durée de vie.** Il tient compte à la fois de la probabilité d'une grossesse et de la probabilité de décéder à la suite de cette grossesse pendant toute la période féconde d'une femme. Ce risque peut être estimé en multipliant le taux de mortalité maternelle par la durée de la période féconde (environ 35 ans).

Au Maroc, on utilise le rapport de mortalité maternelle obtenu par enquête nationale utilisant la méthode des sœurs (1992 et 1997).

En 1989-1990, l'INAS a utilisé l'approche basée sur le déficit en interventions obstétricales majeures et a mené une étude sur l'ensemble du territoire marocain. Elle a permis d'obtenir une cartographie des déficits. En effet, 150 000 dossiers ont été analysés dans 112 hôpitaux et 28 000 questionnaires ont été remplis. Ces enquêtes ont été à l'origine de la prise de conscience de la gravité du problème de la mortalité maternelle au Maroc.

## **II. Mesure de la mortalité néonatale**

C'est le nombre de décès pour 1000 naissances vivantes. Le nombre de décès comptabilisé porte sur la période considérée : périnatale, néonatale précoce et tardive.

## **C. Causes et déterminants de la mortalité maternelle**

### **I. Les causes directes**

Selon l'OMS, environ 80% des décès maternels résultent directement des complications de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches. Les causes médicales sont les mêmes partout dans le monde.

**L'hémorragie** est la cause la plus fréquente de décès, en particulier quand elle survient en post-partum où elle est souvent imprévisible. Elle est responsable de 25% des décès maternels dans le monde. Elle peut conduire rapidement à la mort en l'absence de soins immédiats et adaptés.

**Les infections puerpérales** : elles sont liées le plus souvent à des mauvaises conditions d'hygiène au cours de l'accouchement ou à des infections sexuellement transmissibles (IST) non traitées. Elles seraient à l'origine de 15% des décès maternels. Elles peuvent être prévenues de manière efficace si on respecte scrupuleusement les règles d'hygiène pendant l'accouchement et si on assure la prévention et le traitement des IST pendant la grossesse.

**Les troubles hypertensifs** de la grossesse en particulier l'éclampsie, sont à l'origine d'environ 12% des décès maternels.

**Le travail prolongé** ou dystocique est à l'origine de 8% de décès. Il est fréquemment en rapport avec une disproportion foeto-pelvienne. On le rencontre souvent en cas de

présentation anormale et chez les femmes ayant souffert de malnutrition ou ayant été mariées très jeunes avant même d'avoir atteint leur plein développement.

**Les complications de l'avortement à risque** sont responsables de 13% de décès maternels. Dans certains pays, ils peuvent atteindre jusqu'à 30%.

## II. Les causes indirectes

« Ce sont celles qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle ne soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse »<sup>3</sup>. Ce sont des maladies qui peuvent précéder la grossesse, et qui sont aggravées par elle : c'est le cas des cardiopathies, de l'anémie, de l'hypertension essentielle, des hépatites, du SIDA ou des hémoglobinopathies ».

## III. Les autres déterminants

- **Le statut d'infériorité sociale et économique des filles et des femmes** est selon l'OMS un déterminant fondamental de la mortalité maternelle dans de nombreux pays. Il se traduit par une limitation de l'accès aux soins, à l'instruction et à une alimentation équilibrée. On estime à environ 15% le nombre de femmes enceintes qui vont présenter des complications potentiellement mortelles nécessitant un traitement en urgence.
- **Les causes nutritionnelles :**
  - Le retard de croissance au cours de l'enfance peut entraîner une disproportion céphalo-pelvienne.
  - L'anémie en rapport avec des carences en micro nutriments ou à des infestations parasitaires. Une anémie grave augmente la vulnérabilité des femmes aux infections pendant la grossesse et l'accouchement et le risque de décès par hémorragie.
  - L'avitaminose A augmente la vulnérabilité aux complications obstétricales.
  - La carence en iode augmente les risques de morts nés et d'avortements spontanés.
  - La carence en calcium augmente le risque de pré-éclampsie et d'éclampsie au cours de la grossesse.

Les décès maternels ont des répercussions dramatiques sur l'ensemble de la famille et de la communauté. Les cas de morbidité maternelle et néonatale sont responsables de handicaps physiques et mentaux importants doivent être considérés.

## D. Historique : évolution des stratégies développées en faveur de la MSR

### I. Stratégies développées avant 1987

Les principaux programmes développés par le MS durant les années 70 ont d'abord mis l'accent sur la santé de l'enfant et comme objectif prioritaire la réduction de la

mortalité infantile. Les consultations prénatales avaient été introduites initialement pour réduire les décès infantiles.

L'histoire des programmes et des approches montre qu'il y a une évolution indéniable en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né (annexe 1).

1. **1970-PMI** : Protection Maternelle et Infantile. La priorité est donnée à l'enfant. Les femmes peuvent néanmoins bénéficier des prestations de planification familiale. Un décret ministériel institue la consultation prénatale (CPN) dans toutes les formations sanitaires ambulatoires.
2. **1974-PSM** : Changement du terme PMI en PSE (Protection de la Santé de l'Enfant) et codification de la CPN à raison de trois visites prénatales et une en post natale. Les structures et le personnel sont insuffisants : 200 sages-femmes pour l'ensemble du pays.
3. **1977-PSME** : Protection de la Santé de la Mère et de l'Enfant. On note une évolution dans le concept : on admet que la santé de la mère et de l'enfant sont inséparables, mais les changements programmatiques ne suivent pas. Un guide d'activité PSME a été produit à l'intention des personnels de santé en 1975 avec des fiches techniques sur les activités de surveillance de la grossesse. A part une expérience limitée de création de quelques maternités périphériques, la prise en charge de l'accouchement n'est pas prise en compte.

## **II. Stratégie Nationale développée entre 1988 et 1995**

### **II.1. Les objectifs**

#### **II.1.1. Objectif général :**

A la fin du plan, obtenir des taux satisfaisants de couverture prénatale et d'accouchement en vue de réduire la mortalité maternelle et périnatale.

#### **II.1.2. Objectifs spécifiques**

- Renforcer la surveillance et le suivi des femmes enceintes en assurant un taux de couverture prénatale de 25 % en urbain et 20 % en rural ;
- Atteindre une couverture de 50 % des accouchements par un personnel de santé qualifié et des accoucheuses traditionnelles recyclées (AT) ;
- Assurer la prise en charge de 50 % des accouchées et des nourrissons en postnatale.

### **II.2. les axes d'intervention**

- Amélioration de la qualité des services et augmentation du recrutement de la consultation prénatale et postnatale ;
- Développement et amélioration de la surveillance de l'accouchement en milieu surveillé et à domicile ;

- Développement des compétences des personnels de santé ;
- Développement d'un processus de réflexion pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et périnatale.

### II.3. les réalisations

- Les activités ont été restructurées avec la naissance en 1987 du Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement. Pour la première fois, on individualise une structure qui va s'occuper des problèmes des mères. Les administrateurs sont plus ambitieux et mettent en avant la réduction de la mortalité et morbidité maternelle. Des objectifs chiffrés de couverture prénatale et d'accouchement en milieu surveillé sont définis pour la première fois. En effet, les taux de couverture enregistré d'après l'ENPS 87 est de 25% pour la consultation prénatale et 26% pour l'accouchement en milieu surveillé. L'introduction de la vaccination antitétanique des femmes a permis de valoriser la CPN. Un tel renforcement des activités au niveau national correspondait à la priorité accordée à la santé de la mère par la communauté internationale.

Une réflexion a été conduite pour améliorer les conditions de l'accouchement à domicile par le recensement d'environ 13000 accoucheuses traditionnelles pour identifier celles qui pourraient bénéficier d'une sensibilisation.

Le projet FNUAP d'appui aux activités de surveillance de la grossesse et de l'accouchement a été lancé en 1987, pour une période de 5 ans, (1987-1991). Son objectif était d'assurer le renforcement et l'intégration des activités de MSR/PF à l'échelle nationale mais surtout au niveau de 4 provinces rurales du sud où le problème d'accessibilité et de couverture sanitaire se posait et où le quotient de mortalité infantile restait très élevé (Azilal, Errachidia, Tata et Ouarzazate).

- En 1990, la création d'un service spécifique à la protection de la santé de la mère confirme la volonté politique du pays à réduire la mortalité maternelle. Pendant cette période les activités ont été renforcées : en 1991, 1510 cellules de SMI sont fonctionnelles contre 801 en 1985. Un guide et une fiche de surveillance de la grossesse ont été produits, des lits d'accouchement ont été aménagés au niveau des centres de santé et dispensaires ruraux. Dans les 9 provinces considérées à plus haut risque, la stratégie mobile a été renforcée par l'acquisition de moyens de mobilité. Le système d'information a été révisé afin d'améliorer la collecte des données sur la couverture par la CPN et l'accouchement en milieu surveillé. Le dossier accouchement avec le partogramme a été introduit dans toutes les structures d'accouchement avec la formation de plus de 2000 professionnels de santé (PS). Trois rencontres importantes ont été organisées durant cette période :
  - **la Conférence Maghrébine sur la Maternité sans Risque** en octobre 1991 suite aux recommandations de la réunion des Ministres Arabes de la Santé de l'Union du Maghreb (UMA novembre 1990) a permis d'élaborer une plate forme d'action commune pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles.

- **La Réunion Nationale de concertation sur la Stratégie Nationale de Réduction et de Prévention de la Mortalité Maternelle et Périnatale** en avril 1992 avait pour but de définir les actions à développer pour la mise en œuvre de la stratégie proposée.
  - **Le Colloque National sur la Santé au Maroc** tenu à Ouarzazate en juillet 1992 a retenu la MSR parmi les thèmes prioritaires.  
Ces manifestations traduisent la volonté des responsables à réduire la mortalité maternelle et leur engagement dans cette cause.
- En 1994, on assiste à une étape importante dans les activités de MSR. En effet, une nouvelle approche pour résoudre ces problèmes se développe au niveau international. On se rend de plus en plus compte que pour réduire la mortalité maternelle, la stratégie mondiale adoptée à Alma-Ata en 1978, basée sur les soins prénatals n'est plus adaptée. Il a été démontré qu'une proportion importante de complications graves surviennent chez des femmes n'ayant présenté aucun facteur de risque reconnaissable durant la grossesse. Il apparaît que pour réduire la mortalité maternelle de façon significative, il fallait compléter les soins prénatals par l'amélioration de la prise en charge des accouchements. Cette approche a été retenue par les responsables marocains. Des actions ont également été conduites pour améliorer les conditions d'accouchement à domicile par la sensibilisation des accoucheuses traditionnelles. Environ 1700 AT ont été sensibilisées entre 1994 et 1996.
- En 1995, on note un changement stratégique décisif dans la politique du MS à réduire la mortalité maternelle. La priorité est donnée à la mise à niveau des maternités hospitalières, des maternités rurales et des maisons d'accouchements au niveau du réseau de soins de santé de base (RSSB) et à la composante IEC. L'USAID, pour la première fois, s'engage directement dans la stratégie de réduction de la mortalité maternelle au Maroc. Durant la phase V du projet MS/USAID, un montant de 2.4 millions de dollars a été inscrit pour financer le projet pilote de prise en charge des soins obstétricaux d'urgence dans deux régions : Fes Boulemane et Taza -Al Hoceima-Taounate qui couvre huit provinces peu pourvues en maternités hospitalières, soit une population de 3.000.000 d'habitants.

Jusqu'en 1995, les projets concernant les maternités hospitalières étaient limités à quelques provinces. Mais depuis, cette approche a suscité l'intérêt de nombreux bailleurs de fond (annexe 2) :

- L'Union Européenne : 1998-2002, construction/ aménagement et équipement de 20 maternités hospitalières et acquisition de 50 ambulances et formation en SOU.
- La Banque Mondiale : 1997-2001 . Rénovations, aménagement des formations sanitaires, moyens de mobilité et équipement pour 13 provinces.
- La Coopération Française : 1995-1996. Formation du personnel des maternités hospitalières sur « l'Approche d'Equipe pour la Résolution des Problèmes de Santé ».

## **II.4. Les contraintes**

Malgré le développement des activités engagées depuis la restructuration du programme, un certain nombre de contraintes restent à résoudre :

- Insuffisance du personnel de santé impliqué dans les activités du programme ;
- Inégalité dans la répartition du personnel entre les milieux urbain et rural ;
- Manque de personnel formé pour assurer les activités MSR dans certaines régions ;
- Déficit en équipement et fournitures pour la prise en charge des cas compliqués en particulier au niveau des maternités hospitalières de référence ;
- Sous utilisation des maternités rurales et disparité entre le milieu urbain et rural ;
- Insuffisance de collaboration entre les différents échelons d'intervention dans le domaine de la MSR ;
- Insuffisance de moyens d'évacuation et de communication (télé-phones, ambulances) ;
- Insuffisance des actions d'information et d'éducation de la population, du personnel de santé et des intervenants d'autres secteurs ;
- Insuffisance des budgets alloués aux activités MSR.

## **E. Stratégie Nationale développée à partir de 1995.**

### **I. Les objectifs**

#### **I.1. Objectifs généraux pour 2004 :**

- Réduire la mortalité maternelle de 30% ;
- Réduire la mortalité néonatale de 25% ;
- Atteindre une couverture en CPN de 50% ;
- Atteindre un taux d'accouchement en milieu surveillé de 50% ;
- Réduire la fréquence des états morbides secondaires à la grossesse à l'accouchement et au post-partum en prenant en charge tous les épisodes morbides et infectieux.

#### **I.2. Objectifs spécifiques**

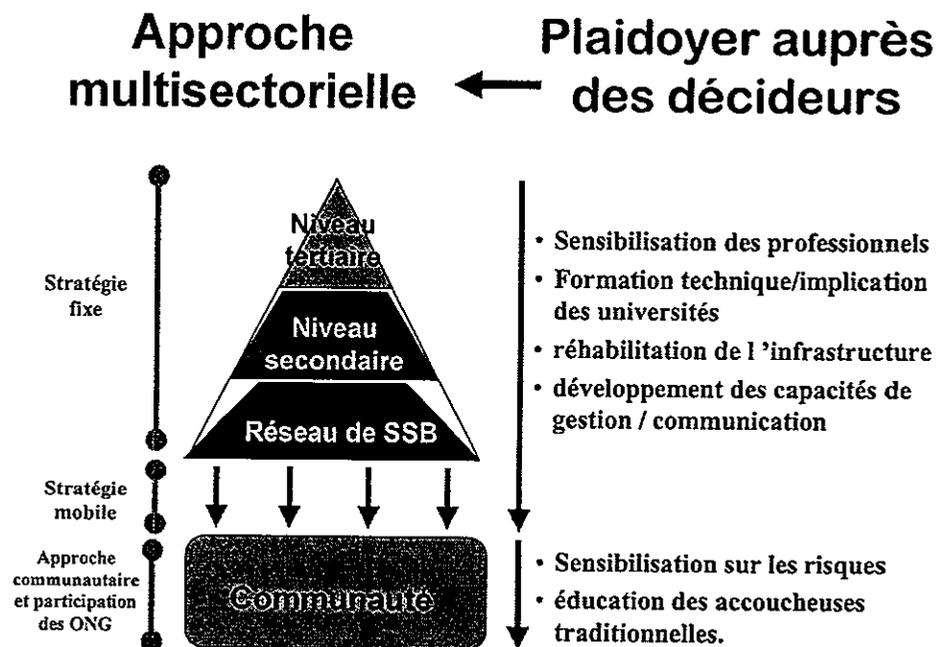
- Améliorer la qualité de prise en charge des femmes enceintes et des accouchées au niveau des structures de soins de santé de base ;
- Elargir la couverture des soins obstétricaux d'urgence (SOU) en augmentant le nombre de structures délivrant ces soins ;
- Réduire le déficit en interventions obstétricales majeures par le recrutement et l'affectation de personnel compétent et par l'amélioration des compétences du personnel déjà en poste par une formation appropriée.

- Améliorer la qualité de prise en charge des femmes qui présentant des complications obstétricales et la qualité de la réanimation des nouveaux-nés ;
- Améliorer les connaissances de la population afin qu'elle puisse reconnaître les signes de risque pendant la grossesse, l'accouchement et être capable de recourir rapidement aux services de santé en cas de complications.

## II. Les niveaux d'intervention et les approches innovatrices de la stratégie

Les interventions sont développées à travers les trois niveaux du système de santé : primaire, secondaire et tertiaire. Les actions de plaidoyer en direction des décideurs et des politiques constituent un axe important dans la stratégie. Le but est de les sensibiliser sur la gravité de la situation, mobiliser les ressources nécessaires et obtenir leur soutien. L'intervention de la communauté fait partie intégrante de la stratégie.

Les différents niveaux d'intervention et les approches privilégiées sont schématisés dans le diagramme suivant<sup>18</sup> :



Dans le plan quinquennal actuel<sup>7</sup> (1999-2004), en plus des orientations déjà retenues pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, l'accent est mis sur quatre composantes considérées comme essentielles :

1. Adopter une perspective décentralisée dans la résolution des problèmes et dynamiser le travail d'équipe au niveau de la région ;
2. Travailler dans une perspective d'intégration des activités relatives à la santé de la mère sous le chapeau de la santé de la reproduction ;

3. Impliquer tous les partenaires potentiels dans les actions visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le principe de base mis en avant dans la stratégie du département est que chacun à son niveau peut faire quelque chose pour réduire la mortalité maternelle : amélioration du réseau routier, de l'alphabétisation des femmes, de leur conditions socioéconomiques et législatives. En effet, une réduction significative des décès maternels et néonataux ne peut être envisagée à moyen et long terme que si toutes ces actions sont développées parallèlement. Des mécanismes de partenariat innovants aux niveaux national et local entre le secteur public, privé, collectivités locales et société civile seront développés ;
4. Axer les efforts sur la réduction des besoins non satisfaits plutôt que sur l'offre des services.

### **III. Les axes d'interventions**

Les activités en faveur de la réduction de la mortalité maternelle ont réellement débuté en 1987, la même année que l'Initiative pour la Maternité Sans Risque (Nairobi, 1987). Elles portent sur plusieurs volets :

#### **III.1. Amélioration de la surveillance de la grossesse**

La CPN est basée sur un examen clinique et biologique (dépistage de la syphilis, et groupe sanguin). Elle comprend un examen gynécologique et a pour but de :

- Surveiller les grossesses et dépister les risques ;
- Encourager l'accouchement en milieu surveillé, surtout pour les grossesses à risque ;
- Vacciner et donner des conseils nutritionnels aux femmes.

Au minimum, trois consultations prénatales sont prévues durant la grossesse à raison d'une par trimestre. En cas de problème, la fréquence des visites sera augmentée.

- Depuis 1996, les PS assurent la supplémentation en fer et en acide folique des femmes enceintes, sachant que selon l'enquête sur les carences en fer de 1995, l'anémie est fréquente chez les femmes en âge de reproduction (31%), spécialement chez les femmes enceinte (45%).

La CPN a été l'une des premières activités instituées dans la stratégie de réduction de la mortalité maternelle. Elle a démarré dans les années 70 avec une fiche obstétricale qui définit l'organisation des consultations prénatales, post natales et la planification familiale.

Depuis, cette activité a connu une progression très nette avec une disparité très importante entre le milieu urbain et rural. En effet, en milieu urbain, pour 49% des enfants nés avant 1987, les mères ont bénéficié d'au moins une CPN contre seulement 13% en milieu rural. Dix ans après, l'analyse des données de l'enquête PAPCHILD montre que l'amélioration constatée au niveau national s'est faite en grande partie en faveur du milieu urbain puisque le pourcentage est passé à 69% (soit un gain de 20 points). En milieu rural, il est passé à 20% (soit un gain de 7 points seulement). Cette enquête donne des informations plus approfondies sur la CPN :

- Pour les motifs de consultation en CPN, les déclarations des femmes sont les suivantes :
  - 28% pour avoir une grossesse sans problème ;
  - 27% pour calmer leur inquiétude et vérifier que tout est normal ;
  - 22% pour prévenir toute complication obstétricale possible à cause d'antécédents de complications.
- Pour les raisons de non consultation :
  - 57% parce qu'elles n'ont pas eu de problème ;
  - 22% parce que les soins n'étaient pas disponibles ;
  - 10% parce que les services prénatals sont chers.

De ce fait, les activités IEC ont encore leur place pour la sensibilisation des femmes et de leur entourage sur l'intérêt de la CPN.

Bien que les études récentes aient montré que l'impact de la CPN sur la réduction de la mortalité maternelle est relativement faible (11%), cette activité devra être poursuivie et renforcée, d'une part pour prévenir les complications de la grossesse, et d'autre part être un tremplin pour encourager l'accouchement en milieu surveillé. En effet, les enquêtes nationales montrent que les femmes ayant consulté pour les soins prénatals sont celles qui accouchent le plus souvent en milieu surveillé.

### **III.2. L'amélioration des conditions d'accouchement. Prise en charge des SOU**

L'appui aux activités d'accouchement a commencé en fait dans les années 90. Le dossier d'accouchement avec le partogramme a été introduit dans toutes les structures d'accouchement. Plusieurs sessions de formation des PS ont été organisées et ont touché l'ensemble des provinces pour sa mise en application. En 1994, un plan d'action sur le renforcement des maternités hospitalières et des actions en faveur des maternités rurales et des maisons d'accouchement a été proposé traduisant la priorité donnée par le MS à la réduction de la mortalité maternelle. Cet engagement du MS s'est concrétisé par l'adoption de l'approche de la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence<sup>10</sup>. Cette approche a démarré par un projet pilote financé par l'USAID et a touché deux régions : Fes-Boulemane et Taounate-Al Hoceima-Taza. Elle a été étendue aux régions de Souss-Massa-Drâa et Tanger-Tétouan dans le cadre du projet USAID, aux 20 provinces du projet UE et aux 13 provinces du projet FNUAP.

#### **III.2.1. Elle repose sur les constats suivants :**

- Les complications obstétricales les plus menaçantes pour la vie et qui sont imprévisibles peuvent être traitées avec succès à condition que l'on puisse assurer une prise en charge rapide de la complication dans des services obstétricaux d'urgence.
- On s'est aperçu que la majorité des décès maternels est évitable. Les soins préventifs (CPN) n'ont qu'un rôle minime dans la prévention des

décès (11%) alors que les soins obstétricaux d'urgence appropriés permettent d'éviter jusqu'à 67% des décès (annexe 3).

### III.2.2. Cette approche se base sur le modèle des trois délais :

Une fois la complication obstétricale déclenchée, le rôle du temps dans la survenue du décès ou de la convalescence est primordial. Trois délais avant la prise en charge effective de la parturiente entrent en compte :

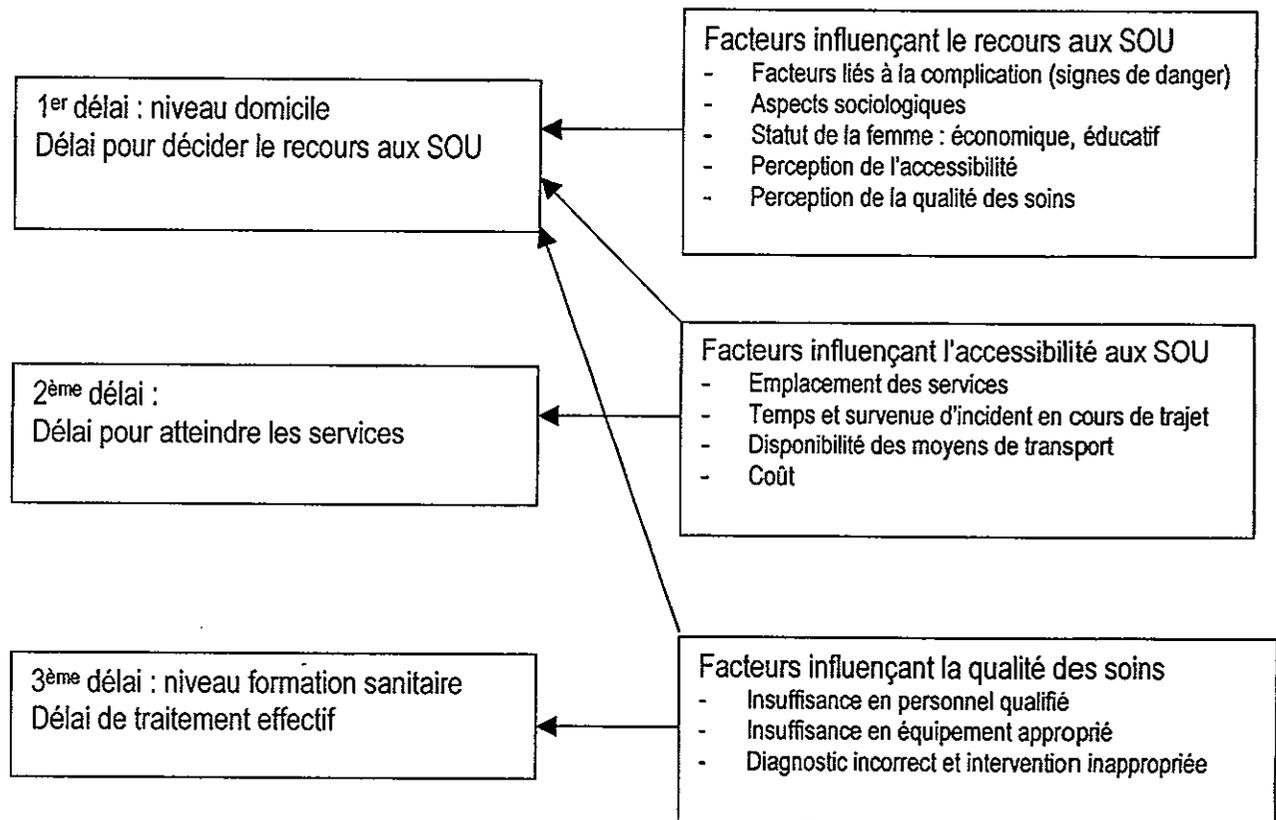
- Le premier délai pour décider d'avoir recours aux SOU ;
- Le deuxième délai pour atteindre les services SOU ;
- Le troisième délai pour bénéficier d'une prise en charge effective après l'arrivée dans le service de santé.

### III.2.3. Plusieurs facteurs peuvent influencer le délai de prise en charge (PEC) :

C'est le cas des facteurs liés au milieu socio-économique et culturel de la femme, l'accessibilité aux services de santé, la qualité des soins dispensés. Les interventions proposées essaient d'envisager l'ensemble de ces facteurs.

Schéma des déterminants des trois délais dans la PEC des complications obstétricales :

(d'après le document du Projet Pilote des Soins Obstétricaux d'urgence. 1995-2000)



### **III.2.4. L'approche SOU**

Elle concerne essentiellement la prise en charge des complications à l'origine de la majorité des décès : hémorragie, toxémie, infection et complications des avortements.

### **III.2.5. Les objectifs de l'approche :**

- Etendre la disponibilité des services de soins obstétricaux d'urgence : au minimum un SOUC pour 500 000 habitants et un SOUB pour 125 000 habitants ;
- Augmenter l'utilisation des services obstétricaux d'urgence ;
- Améliorer la qualité de prise en charge des soins obstétricaux d'urgence.

### **III.2.6. Les niveaux d'intervention :**

La prise en charge est organisée à deux niveaux avec un paquet d'action technique standardisé :

- Au niveau du réseau de soins de santé de base :

Les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) sont dispensés dans les maternités rurales et les centres de santé. Les PS doivent maîtriser les gestes suivants :

- Administrations d'ocytociques, d'antibiotiques et d'anticonvulsivants ;
- Délivrance artificielle ;
- Ventouse obstétricale ;
- Révision utérine ;
- Réanimation du nouveau-né ;
- Référence vers la maternité hospitalière.

- Au niveau des maternités hospitalières :

Les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) sont dispensés dans les maternités hospitalières. En plus de la césarienne et de la transfusion sanguine, ils comprennent toutes les fonctions de base.

- Au niveau communautaire :

Cette approche nécessite de renforcer les connaissances de la population afin de :

- Encourager l'accouchement en milieu surveillé, en particulier pour les femmes du milieu rural. En 1997, elles ne sont que 20% à accoucher dans une formation sanitaire contre 70% en urbain.
- Reconnaître les signes de complications et les besoins en soins immédiats
- Savoir où aller pour les soins
- Pratiquer des mesures d'accompagnement nécessaires
- Mobiliser la famille, la commune pour organiser le transport, les dons de sang et le financement des soins.

### **III.2.7. Les différentes étapes de mise en œuvre : Projet d'évaluation des ressources et des besoins et monitoring des soins obstétricaux d'urgence.**

Le Ministère de la santé avec l'appui du FNUAP et en partenariat avec l'Université Columbia a mis en œuvre un projet d'évaluation des ressources et des besoins et monitoring des SOU pour une période de deux années : 2000-2002. Ce projet consiste à aider toutes les provinces et régions à faire un diagnostic de la situation, en vue de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales. Pour cela, 2 ateliers sont organisés dans chaque région et regroupent les équipes provinciales (Délégué, Médecin chef du SIAAP, Directeur de l'hôpital, Gynécologue, Major du SIAAP, Animatrice du PSGA, Technicien en statistique, etc.).

Quatre étapes sont nécessaires pour procéder à une évaluation des ressources et des besoins en SOU, élaborer une stratégie d'intervention et mettre en place un système de surveillance des SOU (monitorage) :

#### **1<sup>ère</sup> étape : Collecte des données**

Cette étape dure environ un mois. Elle fait suite à une visite préliminaire au niveau de chaque province afin de sensibiliser l'équipe provinciale. Le but de cette étape est de focaliser l'attention des professionnels de santé sur les données obstétricales et néonatales. Des outils ont été développés et standardisés pour faciliter la collecte et des formulaires spécifiques ont été mis à la disposition des provinces concernées pour réunir les données nécessaires :

- L'identification et le listing de toutes les structures susceptibles d'assurer des SOU dans la province ;
- La représentation cartographique des structures susceptibles d'assurer des SOU dans les provinces en vue d'analyser et de visualiser leur emplacement par rapport à la population ;
- La situation de toutes les structures susceptibles d'assurer des SOU au niveau de la province et de la région par rapport aux critères exigés pour une unité SOU ;
- les données obstétricales et néonatales de la structure durant une année
- les décès maternels et néonataux survenus dans la structure durant une année.

#### **2<sup>ème</sup> étape : Calcul et analyse des indicateurs**

Cette étape se fait au cours d'un atelier groupant les responsables ayant participé à la collecte des données. Les équipes calculent les indicateurs relatifs à la disponibilité, à l'utilisation et à la qualité des SOU au niveau de leur province, préfecture et région. Ils font une analyse précise de la situation et identifient les problèmes à résoudre.

Durant cet atelier, les équipes sont sensibilisées sur la problématique de la mortalité maternelle et néonatale, les déterminants et sur la Stratégie Nationale.

### **3<sup>ème</sup> étape : Analyse causale, identification des problèmes et des besoins**

Il s'agit d'un travail des équipes au niveau du terrain pour calculer et analyser les indicateurs, procéder au diagnostic de la situation et à l'identification des priorités.

### **4<sup>ème</sup> étape : Stratégie d'intervention et plan d'action**

Cette étape se déroule au cours d'un 2<sup>ème</sup> atelier de synthèse qui a trois objectifs essentiels.

- Faire le point sur l'état des lieux et des besoins par rapport à la disponibilité, à l'utilisation et à la qualité des SOU au niveau de la province et de la région ;
- Finaliser et valider les stratégies d'intervention et les projets provinciaux et régionaux élaborés par les équipes ;
- Mettre en place le monitoring des progrès accomplis en matière de disponibilité, utilisation et qualité des SOU au niveau de la province et de la région, et ce, de façon semestrielle et annuelle.

Cette démarche est cruciale dans la Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale. Elle permet, en effet de sensibiliser les professionnels de santé aux problèmes de la mortalité maternelle et néonatale, de faire le point sur la situation, d'identifier les besoins et de faire des propositions de plan d'action décentralisé. Ceci permet aux équipes du niveau central de mieux connaître les besoins des provinces, afin de planifier des actions dans le cadre du budget de l'Etat ou de chercher d'autres sources de financement au niveau national ou à travers la coopération internationale.

### **III.3. L'amélioration de la prise en charge de la mère et du nouveau-né en post-partum**

Les professionnels de santé devront être sensibilisés à l'importance de cette période. En effet, 33% des décès maternels surviennent avant l'accouchement, 21% au moment de l'accouchement et 46% durant les deux mois qui suivent l'accouchement<sup>3</sup>. La période du post-partum apparaît de plus en plus comme une période tout aussi importante que celles de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. La prise en charge de cette période est cruciale en raison des décès maternels qui surviennent durant les premières heures qui suivent la délivrance et les décès néonataux qui représentent 50% des décès infantiles; Rappelons que le taux de mortalité néonatale s'élève à 19%0 naissances vivantes. Selon les cas, les activités à développer ou à renforcer :

- La surveillance systématique de l'accouchée et du nouveau-né dans le post-partum immédiat pour éviter et le cas échéant prendre en charge les principales complications chez la mère (hémorragie, infections puerpérales, éclampsie, anémie, troubles thromboemboliques et psychologiques) et chez le nouveau-né (hypothermie, détresse respiratoire, infections ombilicales, traumatismes obstétricaux et ictère).

- La sensibilisation des femmes sur l'intérêt de la consultation du post-partum précoce et tardif. Sachant que la durée de séjour d'une accouchée à la maternité dépasse rarement 24H, il est impératif d'encourager les femmes à se présenter à la cellule de SMI pour un suivi régulier.
- Le renforcement de la consultation post natale, afin de fournir aux femmes les conseils éducatifs nécessaires en matière d'hygiène, de nutrition pour la mère, d'allaitement maternel exclusif, de vaccination de l'enfant par le BCG et de conseils sur le calendrier vaccinal.
- La planification familiale et la promotion de l'allaitement maternel. Le post-partum est une période privilégiée pour la prévention des grossesses non désirées. Un counseling bien conduit permettra d'aider la femme à choisir la méthode qui lui convient et démarrer une contraception à temps. L'idéal est de promouvoir en premier les méthodes de longue durée telles que le DIU ou les contraceptifs progestatifs (pilule ou injectables) bien adaptés pour un allaitement maternel. Bien expliquer le risque de grossesse avec l'allaitement maternel et les conditions à remplir pour qu'il soit efficace (méthode MAMA).

Le renforcement de la prise en charge du couple mère/enfant en post-partum fait partie des axes importants de la Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale. A cet effet et en vue d'assurer des soins de qualité, le MS<sup>2</sup>, avec l'appui de l'UNICEF, a produit un guide de formation en partenariat avec le CHU de Rabat. Il a comme objectif de mettre à la disposition des PS des conduites à tenir pour le dépistage et le traitement des complications en suite de couche. Il comprend trois parties : la surveillance et les soins de la mère en post-partum, la surveillance et les soins du nouveau-né, le suivi et l'évaluation de la consultation post natale. Une place importante est réservée à l'allaitement maternel.

L'amélioration de la prise en charge de la mère et du nouveau-né a été testée dans trois provinces : Essaouira, Ouarzazate et Chefchaouen.

### **III.4. L'implication communautaire**

#### **III.4.1. Rôle des accoucheuses traditionnelles**

L'implication des accoucheuses traditionnelles a commencé avec le projet pilote de la Stratégie de Soins de Santé de Base dans la région d'Agadir en 1985. Le but était de tester l'intervention d'agents de santé communautaire dans les programmes de santé.

Il s'agit plutôt d'initiative locale encadrée par les prestataires de la formation sanitaire. En collaboration avec le FNUAP et l'UNICEF, le MS a procédé à l'implication des accoucheuses notamment dans les zones rurales. La sensibilisation porte sur plusieurs thèmes: la surveillance de la grossesse, de l'accouchement, les soins à la mère et à l'enfant, la planification familiale, les conseils nutritionnels et la prévention des maladies diarrhéiques. Au total plus de 13 000 AT ont été recensées. Des troussees appropriées (1700 troussees entre 1987 et 1989) ont été distribuées pour améliorer les conditions d'accouchement à domicile en particulier les conditions d'hygiène.

L'implication des accoucheuses traditionnelles dans la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle est limitée. Selon la littérature, leur rôle est évalué à 7% de réduction de la mortalité maternelle(annexe 3). Pour que leur action soit efficace, il faudrait l'inscrire dans un système plus global de prise en charge. Ceci est possible dans certaines provinces et la décision d'intégrer les AT appartient aux équipes locales. Cette approche nécessite :

- Un système de transfert opérationnel ;
- Des personnels de santé qualifiés ;
- Des services SOUB accessibles ;
- Un système de suivi et d'évaluation.

Malheureusement dans certaines régions, elles sont le seul recours pour les femmes. Le rôle proposé dans la stratégie nationale est de :

- Donner des conseils nutritionnels adaptés aux femmes en tenant compte des spécificités locales ;
- Savoir reconnaître les signes de risque au cours de la grossesse et de l'accouchement ;
- Référer les femmes dans le système officiel de soins.

On constate aujourd'hui que malgré la diminution de la proportion d'accouchements réalisés par les AT (75% en 1979-1980, 58% en 1987, 48% en 1992 et 41% en 1995), leur intervention dans certaines régions semble être incontournable.<sup>3</sup>

#### **III.4.2. Rôle de la communauté et de la famille**

- Dans la Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle, l'implication de la communauté est développée à travers des initiatives locales et en fonction des besoins identifiés. Plusieurs domaines de collaboration sont possibles notamment en matière de communication, mise en place de mécanismes de transfert des parturientes et mécanismes de financement des soins. Les collectivités locales ont ici un rôle important à jouer ; des mécanismes de partenariat seront étudiés et mis en œuvre au niveau local.
- L'implication des proches sera également développée en augmentant les connaissances des familles sur les risques liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et sur le recours aux services de soins les plus appropriés le plus rapidement possible. Ceci peut se faire à travers les stratégies locales et nationales de communication.

#### **III.5. Les activités d'information, éducation et communication (IEC)**

Durant les quinze dernières années, les activités IEC développées par le MS ont concerné essentiellement la vaccination des enfants, à travers les campagnes nationales de mobilisation sociale qui ont démarré en 1987 et la planification familiale. En 1990 une stratégie nationale d'information a été formulée en PF avec la participation de plusieurs partenaires. Des activités importantes ont été mises en œuvre dans le cadre de la MSR, telles que la formation en CIP, la production de supports écrits, audio-phoniques et TV ; Mais ces activités développées étaient relativement réduites.

A partir de 1994, la priorité a été donnée au problème de la réduction de la mortalité maternelle et une Stratégie Nationale de Communication<sup>17</sup> a été élaborée avec le support de l'USAID, dans le cadre de la phase V, et l'appui technique de JHU/CCP. Elle a été mise en œuvre parallèlement à l'approche de l'amélioration de la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence. Il s'agit d'une stratégie globale comprenant la plaidoirie, la motivation des prestataires, le soutien à la formation et l'éducation de la population afin de reconnaître les risques et consulter à temps.

Elle comporte deux phases : la première concerne la plaidoirie et la mobilisation des décideurs, des personnes influentes et des PS et la deuxième concerne les populations ciblées par les programmes (femmes en âge de reproduction, leurs maris et familles). Elle est basée sur l'approche «Eduquer tout en divertissant ». Cette stratégie a permis de développer des partenariats avec des intervenants de plusieurs domaines : santé publique, privée, départements sociaux, transport, médias, et professionnels de théâtre.

### **III.5.1. Phase 1 : plaidoirie et mobilisation nationale**

#### **F. Les décideurs et les personnes influentes :**

L'objectif est de les alerter au sujet des ratios élevés de mortalité maternelle dans le pays et de s'assurer de leur soutien et de leur engagement en faveur de cette cause. Il s'agit de leur faire comprendre que la vie des femmes peut être sauvée par la mobilisation de ressources humaines et matérielles pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins. Une vidéo documentaire (Khlaf Eddar qui signifie la maison est vide) a été produite et diffusée ainsi qu'un kit de presse sur la situation de la mortalité maternelle au Maroc.

#### **G. Les professionnels de santé :**

Les PS ont également été sensibilisés sur la gravité du problème et sur la priorité à lui accorder. La stratégie vise le renforcement de leur implication dans les activités préventives et leur engagement à apporter une réponse appropriée et immédiate aux complications obstétricales. Elle prévoit également de renforcer leur sens des responsabilités et leurs compétences à sauver des vies. Un kit d'information comprenant des conseils sur les gestes qui sauvent et un calendrier photo de poche « Tous pour la Maternité sans Risque » qui décrit les quatre principales complications obstétricales et les conduites à tenir ont été largement diffusés.

### **III.5.2. Phase 2 : interventions auprès de la population**

Trois objectifs principaux :

- Le premier est de dissiper les attitudes concernant la fatalité des décès maternels ;
- Le deuxième est d'améliorer les connaissances des femmes et de leur entourage au sujet des signes de risque et la nécessité de chercher immédiatement des soins appropriés. Souligner que la grossesse est un événement heureux mais qui peut comporter des complications ;

- Le troisième est d'impliquer la famille proche dans le bien être et la survie de la femme enceinte.

Des supports ont été élaborés tels que la pièce de théâtre «Aide toi, le Ciel t'aidera » et le film «Bent Ettajer » La diffusion de ces supports a été faite à travers les radio nationales et régionales, les tournées à travers les villes et les régions rurales éloignées. Des cassettes vidéo ont été diffusées à la télévision nationale et sur un canal novateur, à savoir, les grandes lignes de transport (bus et CTM). Ces différents supports traitent de façon intégrée, les problèmes liés directement à la MSR et les aspects de promotion de la PF.

La Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle prévoit de renforcer ces interventions de communication et d'éducation à l'échelle nationale et de promouvoir des initiatives locales dans une perspective de décentralisation et d'adaptation des messages aux spécificités locales.

### **III.6. La planification familiale**

La planification familiale est un axe majeur de la Stratégie Nationale de réduction de la Mortalité maternelle. Selon l'estimation des décès évitables par programme (annexe 3), la PF permet d'éviter 26% des décès maternels. Cette composante a été développée dès les années 70 et contrairement aux activités MSR, elle a connu un essor considérable dans les années 80-90. Elle a toujours bénéficié de l'engagement des responsables et des PS. Des budgets importants ont été investis dans ce domaine, par le MS et par la coopération internationale, notamment l'USAID. Les indicateurs ont enregistré une amélioration spectaculaire en terme de réduction de la fécondité et d'augmentation de la prévalence contraceptive. En effet, selon l'enquête PAPCHILD, la prévalence contraceptive est passée de 19% en 1979 à 58,4% en 1997 et l'indice synthétique de fécondité de 7 à 3 durant la même période.

L'objectif du PNPf aujourd'hui est de consolider les acquis, de promouvoir les méthodes de longue durée, d'élargir la population cible aux hommes et aux jeunes qui étaient insuffisamment pris en considération dans les activités IEC. L'un des volets prioritaires est d'améliorer la qualité des services en renforçant les compétences des PS en communication.

Dans la stratégie IEC développée en PF, de nombreux supports ont été élaborés et diffusés : Deux cassettes vidéo destinées aux PS afin d'améliorer leurs compétences en counseling «Sahel Mahel (1996)» et une cassette didactique sur les méthodes contraceptives modernes et le counseling par méthode (1996). Des supports éducatifs ciblant la population ont également été produits : un film destiné à sensibiliser les hommes du milieu rural en PF «Celui qui parle ne peut pas se perdre (1999)», un film moyen métrage ciblant les maris, les couples sur les avantages de la PF et l'importance de la discussion au sein du couple «Ouled AL Ghial (1999) » c'est à dire les problèmes des grossesses rapprochées, un film pour sensibiliser les femmes du milieu rural sur la PF(2000).

Sachant que la période du post-partum est un moment privilégié pour donner des conseils aux mères et éviter les grossesses non désirées, le PNPf lui a consacré des supports spécifiques. En effet, un film vidéo sur la planification familiale en post-

partum a été produit en 1996 et un autre sur les soins à donner à la mère, au nouveau-né et à l'allaitement maternel (1996).

Les orientations du PNPf vont dans une optique d'intégration des activités selon le concept de Santé Reproductive et dans le cadre de la politique de décentralisation du MS. Les équipes régionales et provinciales sont de plus en plus impliquées dans l'identification des besoins et dans la programmation des activités.

L'un des défis majeurs pour le PNPf est de réduire les écarts entre le milieu urbain et rural en terme de prévalence contraceptive qui est respectivement de 66% et 51% et de réduire les besoins non satisfaits. En effet selon l'enquête Panel de 1995, les besoins non satisfaits en PF sont de 20% en milieu rural contre 11% en urbain. Ce manque d'accessibilité à la planification familiale peut conduire à des grossesses non désirées et par-là, à des avortements dans de mauvaises conditions. Selon l'OMS<sup>1</sup>, les complications des avortements sont responsables de 13% des décès maternels, alors que ce sont justement ceux qui sont le plus facile à prévenir par une planification familiale adaptée.

### **III.7. La vaccination antitétanique des femmes en âge de reproduction (FAR)**

La vaccination antitétanique des femmes en âge de reproduction est une activité majeure dans la réduction de la mortalité néonatale. Elle a été instituée en 1987 et mérite d'être renforcée. L'objectif est double, immuniser les mères contre le tétanos et prévenir le tétanos néonatal, surtout chez les enfants nés à domicile sans précaution d'asepsie. Les efforts consentis dans ce domaine, notamment les campagnes de masses, ont permis d'accroître de façon significative le niveau de couverture vaccinale et de réduire le nombre de décès néonataux. L'enquête ENPS de 1992 a montré que plus de la moitié des naissances (54%) ont été protégées du tétanos, sans différence significative entre le milieu urbain (57%) et le milieu rural (52%).

### **III.8. La prévention et le traitement des carences en micro-nutriments.**

La prévention et la prise en charge des carences en micro nutriments est une composante de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle. Elle agit sur la prévention des causes indirectes de décès maternels.

#### **III.8.1. La carence en fer**

les carences en micro nutriments constituent un problème de santé publique au Maroc. Cette préoccupation a commencé avec les résultats de l'enquête sur les carences en fer réalisée en 1995 avec l'aide de la Banque Mondiale à travers un don du gouvernement japonais. Elle a montré que la carence en fer touche 30% des femmes en âge de reproduction et 46% des femmes enceinte alors qu'elle ne touche que 10% des hommes.

Le programme de supplémentation en fer a été renforcé et actuellement les femmes enceintes et allaitantes peuvent recevoir des suppléments en fer au niveau de toutes les formations sanitaires de base ou par le biais de la stratégie mobile. Un traitement curatif est institué en cas d'anémie aussi bien chez les femmes que chez les

enfants. Compte tenu de la couverture par la CPN (69% au niveau urbain et 20% dans les zones rurales)<sup>4</sup>, des études de faisabilité et de coût de la fortification de la farine de blé avec du fer, du folate et de la vitamine B sont en cours<sup>5</sup>.

### **III.8.2. La carence en iode**

Une étude nationale sur la prévalence du goitre au Maroc réalisée en 1993 a révélé une prévalence moyenne de goitre de 22% chez les enfants âgés de 6 à 12 ans<sup>6</sup>. L'enquête Panel réalisée en 1995 donne des résultats analogues. En 1990, lors du sommet mondial de l'enfance, le Maroc s'est donné comme objectif d'éliminer quasiment la carence en iode à la fin de l'année 2000 par l'iodation du sel. En 1993, un Programme National de Lutte contre les TDCI a été mis en place par le MS. En 1995, une loi fixant les normes d'iodation du sel a été promulguée. Grâce à un appui de l'UNICEF, les producteurs de sel ont été dotés de moyens nécessaires pour fabriquer du sel iodé. En 1999 une étude d'évaluation du sel iodé par les ménages a été menée dans les établissements scolaires. Elle a montré que seuls 42% des ménages utilisent du sel iodé. Plusieurs problèmes restent à résoudre :

- Les préférences en matière de consommation, notamment pour les populations rurales enclavées : le sel vendu en vrac dans les souks échappe au contrôle et donc à l'iodation ;
- Le coût du sel iodé légèrement plus élevé que celui du sel normal ;
- La résistance de certains producteurs locaux qui ne veulent pas changer leurs processus de fabrication ;
- La mauvaise distribution du sel iodé au niveau du territoire national ;
- L'absence de mécanisme de contrôle de l'application de la législation relative à la commercialisation du sel iodé ;
- L'insuffisance de campagne de sensibilisation de la population sur les avantages du sel iodé.

Le programme envisage<sup>5</sup> de développer une campagne de promotion du sel iodé, une révision des textes réglementaires et des mesures pour leur application rigoureuse. Une évaluation du programme est prévue après la généralisation du sel iodé à l'ensemble du pays. Le dépistage de l'hypothyroïdie à la naissance devra constituer par la suite le moyen de surveillance de la carence iodée.

### **III.8.3. La carence en vitamine A**

L'enquête<sup>6</sup> sur la carence en vitamine A, réalisée en 1996, touchant les provinces de Chtouka Ait Baha, Ouarzazate, Béni Mellal Khouribga, Tétouan, Sidi Kacem, Al Hoceima, Kénitra, Nador, Meknès Ismailia, Meknès El Menzeh montre que 41% des enfants de 6 à 72 mois sont atteints par cette carence : 35% en milieu urbain et 45% en milieu rural. Les régions montagneuses sont le plus touchées.

La Stratégie Nationale de Lutte contre les Carences en Micro nutriments instituée en 1998 prévoit d'éliminer la carence en fer et en vitamine A et de réduire de 30% l'anémie ferriprive. Elle est basée essentiellement sur :

- La supplémentation des populations à risque : les nourrissons et les mères en post-partum dans le mois qui suit l'accouchement ;

- La fortification de la farine en fer et en acide folique en collaboration avec la Fédération Nationale des minotiers. Elle entrera en application d'ici la fin 2001<sup>6</sup> ;
- La fortification de l'huile de table en vitamine A ;
- L'éducation nutritionnelle.

Ces actions se développent dans le cadre d'un partenariat entre le secteur privé et public et d'une mobilisation de la communauté.

#### **IV. Les stratégies d'appui**

##### **IV.1. Développement des ressources humaines**

###### **IV.1.1. Les problèmes posés par les profils clé :**

###### **IV.1.1.1. Problèmes des gynécologues-obstétriciens**

Le nombre de gynécologues qui quittent le secteur public pour le privé est rapporté régulièrement dans l'analyse de la situation des besoins en SR sans qu'il n'y ait une documentation à ce sujet. Les départs associés au rythme de formation de ces spécialistes font que leur nombre est insuffisant pour couvrir les besoins de la population. Selon le service de protection de la santé de la Mère, on comptait à la fin de l'année 1995, 113 gynécologues obstétriciens pour l'ensemble du secteur public avec une disparité entre les provinces. Une grande concentration à Rabat (14) et à Casablanca (14) en raison des CHU, 15 provinces n'ont pas de gynécologue et 15 n'ont en qu'un seul. La moyenne de gynécologue par province dépasse rarement 3. En cinq ans, entre 1996 et 2000, seuls 32 gynécologues ont été affectés aux provinces (20 en 1996, 3 en 1997, 4 en 1998, 2 en 1999 et 2 en 2000). En 2000, il reste 17 provinces sans gynécologue obstétricien. Le problème de l'effectif des gynécologues reste ainsi une contrainte majeure pour la mise en œuvre de la stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité et Morbidité Maternelle et Néonatale.

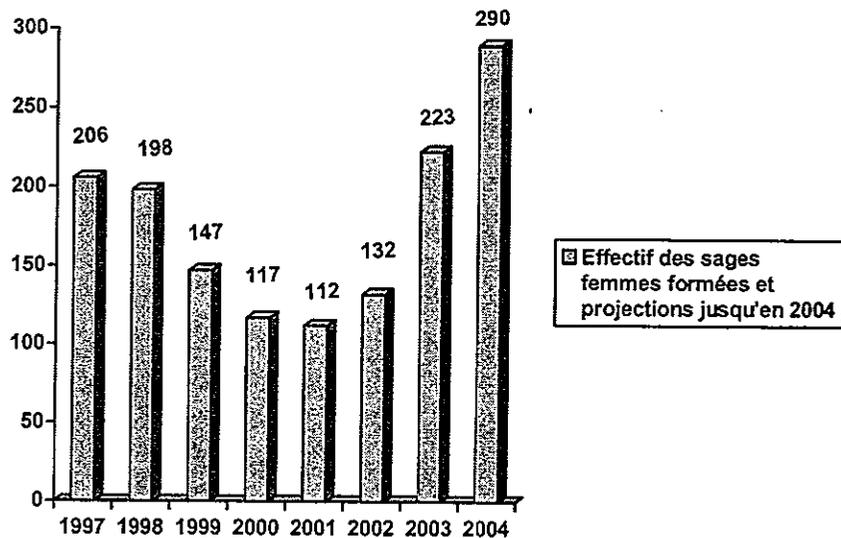
###### **IV.1.1.2. Problème des anesthésistes :**

Au Maroc, le nombre de médecins anesthésistes est insuffisant pour répondre aux besoins en anesthésie et réanimation. Selon le Service de Protection de la Santé de la mère, le nombre de médecins anesthésistes ne dépasse pas 82 en 1995. En 6 ans, entre 1996 et 2000, seuls 6 anesthésistes ont été affectés aux provinces. Certains hôpitaux ne disposent pas de ces spécialistes. C'est l'infirmier anesthésiste qui assure cette fonction pour les interventions obstétricales. Il s'agit d'un infirmier ayant suivi des études spécialisées de trois années pour acquérir les compétences dans ce domaine. C'est un professionnel de santé très performant pour les gestes d'urgence. Selon le Service de la Santé de la Mère, les besoins des maternités hospitalières en infirmiers anesthésistes est de 97<sup>7</sup>.

Dans le cadre de la stratégie d'amélioration des SOU, il est programmé, parallèlement à la formation des médecins, infirmiers et sages-femmes, une remise à niveau et une actualisation de leurs connaissances en anesthésie et réanimation maternelle et néonatale.

#### IV.1.1.3. Problème des sages-femmes.

Le nombre de sages-femmes affectées au niveau du système de santé est insuffisant pour répondre aux besoins de la population et les capacités de formation dans les écoles restent limitées malgré les efforts consentis au cours de ces dernières années. Le graphique ci joint montre les efforts consentis par le MS pour augmenter les effectifs de sages-femmes formées dans les Instituts de formation aux carrières de santé (IFCS) entre 1997 et 2000 et les projections de formation jusqu'en 2004\*.



\* Source : Division de la Formation. MS. 2001

Au début des années 90, on comptait environ 200 sages-femmes sur l'ensemble du pays. Actuellement leur nombre s'élève à plus de 800<sup>8</sup> et ne permet pas de couvrir les besoins.

En fait, ce sont les infirmières accoucheuses qui assurent les fonctions de sages-femmes dans de nombreuses formations sanitaires. Ce sont des personnes ayant le Baccalauréat et qui bénéficient d'une formation de deux ans dans les IFCS. Cette formation a été arrêtée en 1994, date de démarrage du nouveau cursus de formation des sages-femmes qui se fait en trois ans après le baccalauréat.

L'analyse de la situation dans les deux régions pilote montre que si l'on appliquait les normes, à savoir deux sages-femmes pour une formation SOU, il faudrait 120 sages-femmes pour couvrir les besoins des deux régions pilotes. En réalité il n'y en a que 44, affectées principalement dans les formations SOUC et SOUB en milieu urbain.

D'où la nécessité d'augmenter les effectifs dans les IFCS et de poursuivre les formations continues envisagées pour les infirmières accoucheuses dans l'approche SOU pour palier à ces insuffisances.

Les études ont montré que l'on peut sensiblement améliorer la situation de la mortalité maternelle lorsque des services SOU de qualité sont mis en place et utilisés par la population. Cependant dans plusieurs pays, la clé de la diminution de la mortalité maternelle a été la professionnalisation des soins liés à la maternité.

Dans le courant du XIX<sup>e</sup> siècle, la mortalité en Suède n'a diminué qu'avec l'adoption d'une politique nationale favorisant la présence de sages-femmes qualifiées pour tous les accouchements et fixant des normes pour la qualité des soins.

Au Maroc, cette professionnalisation suppose le remplacement progressif des accoucheuses traditionnelles par des accoucheurs (ses) qualifiés.

#### **IV.1.2. La gestion du travail**

Des efforts constants ont été faits dans ce domaine. Des initiatives sont encouragées pour obtenir plus d'efficacité dans le rendement du travail des PS :

- Le travail en équipe : l'approche d'équipe pour la résolution des problèmes est déjà utilisée dans plusieurs provinces notamment dans les maternités. Elle doit être encouragée pour les problèmes relatifs à la santé de la mère et de l'enfant ;
- La collaboration régionale pour l'échange d'expériences lors d'ateliers de suivi et d'évaluation de projets ayant des objectifs communs est également recommandée ;
- L'assistance technique sera mise à la disposition des équipes chaque fois qu'elle s'avérera nécessaire.

#### **IV.2. L'amélioration des compétences des professionnels de santé : les stratégies de formation**

La formation continue des PS a toujours été une des composantes clé dans les interventions développées par le MS. Elle a porté sur plusieurs domaines en fonction de l'évolution des programmes et des besoins.

Cependant, les résultats d'études et de constats du terrain<sup>9</sup> indiquent que les PS (médecins, infirmiers, accoucheuses) ont besoins d'un complément de formation afin qu'ils puissent mieux s'acquitter de leurs tâches sur le terrain. Il apparaît que la formation de base ne répond pas tout à fait aux besoins du système de santé et ne permet pas la maîtrise des compétences pour prendre en charge les problèmes prioritaires de santé de la mère et de l'enfant en particulier pour la prise en charge des accouchements et des nouveaux nés.

Les stratégies de formation continue ont été caractérisées par un système peu cohérent, dominé par les formations centralisées. Au cours de la décennie 90, de gros efforts ont été investis dans la formation et des stratégies ont été conçues pour améliorer aussi bien la formation de base que la formation continue.

##### **IV.2.1. La formation de base**

1. Le cursus universitaire des étudiants en médecine de 6<sup>ème</sup> année a été révisé en 1997 grâce à un projet de partenariat entre le MS, les facultés de médecine de Rabat et de Casablanca et JHPIEGO. Un nouveau programme a été institué basé sur l'acquisition de compétences en matière de PF et de gestion des complications obstétricales pour mieux répondre aux priorités du MS ;
2. Le cursus de formation des sages-femmes a également été révisé en 1994 grâce au soutien du FNUAP. Le MS a entamé la révision du programme de formation des

sages-femmes dans les instituts de formation aux carrières de santé. Le nombre de sages-femmes formées a également été augmenté (voir graphique p 31) ;

3. La création de l'Institut National d'Administration Sanitaire en 1989 (INAS) a permis d'injecter dans le système de santé un grand nombre de professionnels de santé (médecins, infirmiers et administrateurs) disposant de compétences techniques et de gestion nécessaires à l'amélioration du fonctionnement des programmes de santé.

#### **IV.2.2. Les stratégies de formation continue.**

Différents types de stratégies de formation continue ont été mises en œuvre :

1. Formations centralisées en cascade. La majorité des formations continues ont été organisées en cascade. D'abord au niveau central pour la formation des formateurs et ensuite au niveau provincial pour les autres PS. Ce mode de formation a été appliqué à de nombreux domaines : CPN, accouchement, allaitement maternel, planification familiale, counseling, habiletés d'aide à la communication propre au contexte de l'accouchement.
2. Formations à l'étranger. La stratégie nationale de réduction de la morbidité et mortalité maternelle et néonatale a toujours encouragé les échanges d'expériences et de savoir-faire. C'est ainsi que plusieurs cadres du MS ont bénéficié et continuent de bénéficier de stages ou de formation à l'étranger.
3. Formations à distance : il s'agit d'une expérience menée par l'INAS, la DP en partenariat avec le projet INTRAH (1993-1994). C'est un projet pilote destiné à tester l'approche de formation à distance. Il a été testé dans quatre provinces et a porté essentiellement sur la planification familiale.
4. Nouvelle Stratégie Nationale de Formation Continue<sup>30</sup> avec l'appui de l'USAID (2000) qui recommande une gestion décentralisée de la formation, en fonction des besoins identifiés au niveau de la région ou de la province et en utilisant les ressources propres de la région ou de la province. Dans cette stratégie, les IFCS prennent plus d'importance.
5. Conventions signées avec les facultés de Rabat et Casablanca<sup>18</sup>. Les enseignants des facultés de Rabat et Casablanca étaient souvent impliqués dans les formations continues organisées par les programmes de santé maternelle et infantile. Cette participation n'avait aucun caractère formel et les encadrants étaient identifiés sur l'intérêt qu'ils portaient aux questions traitées, sur leur disponibilité ou sur des critères relationnels avec les responsables du service central.

Dans le cadre du renforcement du partenariat avec les facultés et dans le but d'institutionnaliser l'intervention des CHU dans les programmes prioritaires du MS, une convention cadre, d'une durée de quatre ans, a été signée en novembre 1999 entre le MS et les deux CHU. Elle a pour objectif de définir les grands axes de coopération entre les deux parties dans le but de perfectionner les compétences théoriques (savoir) et pratiques (savoir faire et savoir être) du personnel de santé qu'ils soient médecins ou infirmiers ou sages-femmes.

- Des domaines prioritaires ont été définis et portent essentiellement sur les SOU, la réanimation maternelle et néonatale, la lutte contre les infections nosocomiales, l'accouchement en milieu surveillé, l'apprentissage des gestes d'urgence pour la mise en condition des parturientes, la prise en charge des nouveaux nés, la consultation pré et post natale et la planification familiale.
- Des mises à jour ainsi que des évaluations en pré et post formation sont conduites pour tester les connaissances théoriques et pratiques avant et après la formation. Des visites sur le terrain sont organisées pour s'assurer de l'adéquation entre les compétences acquises et le travail sur le terrain.
- L'intervention des enseignants se fait selon un planning annuel tenant compte de la stratégie globale de formation continue du personnel de santé. Les formations se font en partenariat avec les IFCS, notamment avec l'implication des sages-femmes de ces instituts pour l'encadrement technique et pratique en salle d'accouchement.

Les sites de formations retenus sont les maternités des CHU de Rabat et de Casablanca, les maternités régionales de Meknès, Tétouan et Oujda.

- Plusieurs sessions de formation ont été organisées dans ce cadre notamment dans les provinces où l'approche SOU est mise en œuvre. Les premières sessions de formation ont été faites entre avril et juin 2000. L'évaluation a montré que ces sessions variaient selon les enseignants et qu'il n'y avait aucune homogénéité dans l'approche pédagogique. Pour améliorer la qualité de la formation deux modules à l'usage des formateurs et du participant ont été élaborés en avril 2001 par la Direction de la Population en collaboration avec les enseignants des deux facultés de médecine et de pharmacie et un consultant de l'agence d'appui technique CHEMA dans le cadre du projet MS/UE : Appui à la santé maternelle et néonatale au Maroc (1998-2002).

Cette nouvelle stratégie de formation avec les nouveaux modules a été testée dans trois services à Casablanca et deux à Rabat, elle a été validée par les deux CHU et sera appliquée au niveau national.

6. Production de guides et de manuels de références. Depuis 1988, de nombreux guides et manuels de référence ont été produits et distribués à l'ensemble des provinces. On peut citer le guide de surveillance de la grossesse (1988), le guide pour la prise en charge de l'accouchement (1991), des outils pour améliorer l'accouchement à domicile par les AT (1991), les standards des soins obstétricaux d'urgence (2000), module de formation des soins obstétricaux d'urgence (1999), guide pour la surveillance et les soins de la mère et du nouveau-né en post-partum (2000), guide du formateur et du participant pour la formation aux habilités d'aide et de communication pour le personnel accoucheur (1999).

### **IV.3. L'amélioration de l'état des établissements sanitaires et l'acquisition d'équipements**

#### **IV.3.1. Mise à niveau du réseau de soins de santé de base (RSSB).**

L'étude sur l'infrastructure des formations sanitaires nationales réalisée par le MS en 1987 a fait ressortir que les populations rurales ont des difficultés à accéder à des services de santé maternelle plus complets. Avec l'appui de l'USAID, 35 établissements de santé ont été construits ou rénovés. Grâce à ce soutien, 14 dispensaires et cinq centres de santé ruraux ont pu fournir des prestations de soins de santé de base comprenant le module de planification familiale et de soins de santé maternelle et infantile<sup>8</sup>.

La restructuration des activités de MSR, entre 1988 et 1992 a donné la priorité aux zones rurales. Le MS a mis à la disposition des cellules de SMI des kits standards de consultation prénatale et post natale. En 1991, 1510 cellules de SMI sont fonctionnelles et des lits d'accouchement ont été aménagés au niveau des centres de santé et des dispensaires ruraux. Des maternités rurales ont été ouvertes dans la région de Ouarzazate grâce à l'appui du FNUAP.

#### **IV.3.2. Mise à niveau des maternités hospitalières**

Le plan d'action d'accélération 1993-1997 visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale a donné la priorité à la mise à niveau des maternités hospitalières. En 1994, un plan de renforcement des maternités hospitalières a été élaboré par le MS.

Dans le cadre du projet MS/UE la remise à niveau de 20 maternités hospitalières était programmée. Les travaux d'aménagement ont finalement été pris en charge par le budget de l'Etat et sont actuellement terminés ou en cours de finition. Certains besoins complémentaires ont été identifiés et sont pris en charge par le projet MS/UE. Il s'agit essentiellement de travaux concernant les fluides, la climatisation, l'installation d'ascenseurs. L'acquisition des équipements pour ces maternités est en cours.

Sur l'ensemble du pays 33 maternités hospitalières<sup>7</sup> avec bloc opératoire, ont été aménagées ou sont en cours de réaménagement et 26 sont programmées.

A partir de 1995, plusieurs projets apportent leur appui à la mise à niveau des maternités hospitalières : FNUAP, Banque Mondiale, coopération japonaise, belge, (annexe 2).

### **IV.4. La définition et l'adoption de nouveaux outils de suivi et d'évaluation.**

#### **IV.4.1. Les indicateurs de résultats**

##### **IV.4.1.1. Les indicateurs d'impact**

Le taux de mortalité maternelle reste un indicateur fondamental en santé publique. Cependant sa mesure est relativement complexe, nécessite des enquêtes qui sont souvent coûteuses<sup>1</sup>. La survenue de décès maternels est un événement rare et les

marges d'erreur sont grandes, elle doit être mesurée dans un très large échantillon. Dans la plupart des pays en développement, et c'est le cas du Maroc, le système d'enregistrement de l'état civil et dans les registres de maternité est souvent incomplet. D'autre part, cet indicateur évolue très peu dans le temps et donc ne convient pas pour suivre les progrès accomplis à court terme par les projets en faveur d'une maternité sans risque.

#### IV.4.2. Des indicateurs de processus

Ils ont été proposés pour suivre les différentes activités et aider les planificateurs à mieux cibler les domaines d'intervention.

Ils ont été adaptés et font partie des outils actuellement utilisés dans le suivi des interventions en faveur de la MSR dans le système de santé<sup>10</sup>. Ce sont les indicateurs de processus ou de résultats :

- Disponibilité des formations sanitaires offrant des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) par unité de population (1/125 000 habitants) ;
- Disponibilité des formations sanitaires offrant des soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) par unité de population (1/500 000 habitants) ;
- Pourcentage des accouchements pratiqués en milieu surveillé ;
- Besoins satisfaits en soins obstétricaux d'urgence (proportion des femmes avec une complication obstétricale traitées dans les formations SOUB ou SOUC) ;
- Besoins satisfaits en césarienne ;
- Taux de létalité enregistrés dans les établissements de santé (proportion de femmes admises dans une formation sanitaire avec une complication obstétricale d'urgence et qui meurent), par rapport à l'ensemble des complications reçues.

Il semble que l'approche des besoins satisfaits est préférable pour la programmation des ressources par opposition à l'approche des besoins non couverts utilisée comme méthode gestionnaire.

Les deux principaux indicateurs de processus retenus<sup>10</sup> sont :

- Les besoins satisfaits en soins obstétricaux d'urgence :  
Numérateur : nombre de femmes avec complications obstétricales correctement traitées dans les formations SOUB et SOUC.  
Dénominateur : 15% des naissances attendues (normes OMS).
- Les besoins satisfaits en matière de césarienne :  
Numérateur : nombre de césariennes.  
Dénominateur : pourcentage des naissances attendues.

Ces indicateurs sont calculés à partir d'informations disponibles dans les formations sanitaires : liste de vérification des fonctions, registre des maternités, des services de réanimation et de bloc opératoire.

Des formations sont organisées à l'échelle locale de façon à ce que les PS acquièrent les compétences nécessaires pour la collecte, l'analyse et l'utilisation de ces données.

#### **IV.4.3.L'audit des décès maternels et néonataux.**

Durant les cinq dernières années, l'analyse des décès maternels et néonataux a été instituée à titre de projets pilote dans certaines formations sanitaires. L'objectif est de retracer le parcours de la parturiente pour comprendre les raisons du décès et les possibilités qu'on avait de le prévenir afin d'éviter qu'il ne se reproduise. Depuis le renforcement de la stratégie MSR, ce processus a été étendu à plusieurs provinces et des sessions de formation en techniques d'audits destinées aux équipes des maternités ont été organisées. Un protocole standard d'audits du décès maternel a été élaboré et est utilisé par les PS<sup>20</sup>. Il est complété par une fiche d'interview avec la communauté qui permet de déterminer l'état général au cours de la grossesse les symptômes avant l'admission à la formation sanitaire, les traitements reçus, les délais et les conditions de transfert.

#### **IV.5. Le renforcement du système d'information et de gestion**

##### **IV.5.1.Le système d'information de routine**

La collecte et l'utilisation de l'information sanitaire pour améliorer la qualité des soins est un axe majeure dans les stratégies d'appui à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Le système d'information a toujours été une priorité pour le MS. En 1988, un nouveau système d'information sanitaire a été conçu pour remplacer l'ancien, basé sur une approche comptable. Depuis, ce système a connu de nombreuses révisions en vue de simplifier son utilisation et l'adapter aux nouvelles orientations des programmes SMI/PF.

##### **IV.5.2.L'informatisation du système d'information**

A partir de 1992, et avec l'appui de l'USAID, le système a été informatisé à l'échelle nationale. Les PS disposent aujourd'hui d'une base de données informatisée et interactive à la pointe du progrès. Une formation sur l'utilisation de ce nouveau système a touché les PS sur l'ensemble du pays. Pour améliorer davantage l'analyse et l'utilisation des informations recueillies, le MS en collaboration avec le projet EVALUATION a organisé de nombreux ateliers à ce sujet.

##### **IV.5.3.Les nouveaux supports d'information**

Au départ, les principaux supports mis à la disposition des PS<sup>15</sup> étaient les suivants:

- La fiche prénatale ;
- Le dossier accouchement avec le partogramme ;
- Le registre des accouchements ;
- Le cahier des consignes ;
- La fiche journalière de la CPN et de l'accouchement par milieu ;
- Le rapport mensuel de la CPN et l'accouchement par milieu ;
- L'échéancier prénatal visant à améliorer le suivi des femmes enceintes.

Depuis la mise en œuvre de la stratégie d'amélioration de la prise en charge des SOU en 1995, de nouveaux indicateurs sur les besoins satisfaits ont été identifiés

pour les besoins de la stratégie et la révision du système d'information s'est avéré nécessaire. En 1997, de nouveaux formulaires de collecte de données ont été mis en place :

- Le registre obstétrical avec un guide d'utilisation : Il a été conçu pour collecter les données sur les complications obstétricales et leur prise en charge. Il remplace l'ancien registre d'accouchement et permet d'avoir des informations supplémentaires ;
- Le rapport mensuel des accouchements a été modifié : Dorénavant, il comprend les informations nécessaires au calcul des indicateurs de processus pour la prise en charge des urgences obstétricales ;
- La fiche de référence et contre référence a été améliorée ;
- Une grille de recueil de données semestrielle : Elle a été élaborée à partir d'un formulaire international type proposé par l'OMS et l'UNICEF. Elle a été testée au niveau régional et simplifiée. La périodicité de collecte des données a été modifiée de trimestrielle à semestrielle. Elle comprend les informations suivantes : des renseignements sur la formation sanitaire, les ressources humaines, la disponibilité des services SOUB et SOUC, les complications maternelles, les complications néonatales, les décès maternels, les décès néonataux moins de 24H et les morts nés.

Ce nouveau système est déjà opérationnel dans toutes les provinces.

#### **IV.5.4. L'informatisation des maternités hospitalières**

Une application informatique a été élaborée par la Division de l'Informatique pour améliorer la collecte et l'analyse des données du registre obstétrical. Elle est destinée à toutes les maternités hospitalières, les maisons d'accouchement et à toutes les formations où s'effectuent un accouchement. Elle permet la saisie et l'exploitation des données sur l'accouchement et le nouveau-né et le post-partum. Les données sont analysées au niveau local et peuvent être transmises au niveau provincial, régional et central grâce à la messagerie électronique. Sur l'ensemble des maternités (56 au total), 18 sont déjà informatisées et les autres sont en cours. D'ici la fin de l'année 2002, toutes les maternités seront touchées et le personnel formé sur l'analyse et l'utilisation des données.

#### **IV.5.5. Les Enquêtes épidémiologiques**

Les données provenant des statistiques de routine sont complétées par des enquêtes nationales à grande ou à petite échelle. Durant ces 30 dernières années, le MS a réalisé de nombreuses enquêtes : Enquête sur la fécondité (1979-1980), enquête sur la prévalence contraceptive (1983-1984), ENPS I (1987), ENPS II (1992) (Enquêtes Nationales de Population et Santé), EPPS (1995) et étude PAPCHID (1997).

L'enquête PAPCHILD a donné pour la première fois des informations sur les IST/SIDA et sur la morbidité liée à la grossesse et l'accouchement répondant ainsi aux besoins et priorités du MS. Ainsi les responsables peuvent avoir une idée sur les motivations des femmes vis à vis de la CPN, et les raisons de non-consultations. Ces données complètent les informations disponibles et permettent une programmation adaptée.

#### **IV.5.6. Les études qualitatives**

Des études qualitatives sont également réalisées en vue de mieux connaître les attitudes et comportement des populations ciblées : l'étude sur les rumeurs négatives véhiculées en PF (1991), l'étude socio-anthropologique sur les pratiques sociales et l'acceptabilité des services SMI/PF (1994), l'étude sur les attitudes des femmes vis à vis des méthodes de longue durée pour la préparation de la promotion des MLD dans le secteur privé (Experdata 1995), l'étude sur l'utilisation du DIU au Maroc (1996), étude sur les hommes et la PF (1997), étude sur la prise en charge sociale et culturelle des complications obstétricales dans les régions du projet de Fès-Boulmane-TAT (1998).

D'autres types d'études sont réalisées pour compléter les informations : les études sur les aspects juridiques (1993), sur la qualité des services SMI/PF (Experdata 1993) et sur la qualité des soins (projet EVALUATION 1992).

Dans la stratégie actuelle, il est prévu de réaliser une enquête nationale de population et santé, pour faire le point sur la situation de la santé des mères et des enfants. Elle est programmée pour 2002 et se fera avec le soutien de l'USAID dans le cadre du projet post bilatéral : objectif 07.

#### **IV.6. L'établissement de normes et de procédures**

Les différentes enquêtes qualitatives effectuées durant ces dernières années, notamment l'étude de 1994 sur les pratiques sociales et l'acceptabilité des services SMI/PF et l'étude sur la gestion socioculturelle de la complication obstétricale de 1999 montrent qu'une des raisons majeures de la sous utilisation des services de santé maternelle est l'insuffisance de la qualité des soins dispensés et les conditions de séjour (accueil, inconfort, froid et manque d'hygiène).

Pour améliorer la qualité des soins, la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle a prévu l'établissement de protocoles afin d'uniformiser les pratiques à chaque niveau du système de santé. C'est ainsi que le MS a mis à la disposition des professionnels de santé des secteurs publics et privés, et des encadrants des institutions de formation médicale et paramédicale, les documents suivants :

1. Des normes et procédures au niveau des maternités hospitalières<sup>21</sup> (1993) tenant compte des besoins et de la gestion du personnel, des locaux, des équipements, du matériel médico-technique, des médicaments et de la supervision des activités. Des listes standards des équipements et des médicaments ont été également élaborées pour les maternités rurales et pour les maisons d'accouchement.
2. Des normes et standards en planification familiale<sup>24</sup> (1999). Dans ce manuel, les PS peuvent trouver toutes les informations nécessaires à la bonne pratique de la planification familiale au niveau du système de santé.
3. Des normes et standards pour les soins obstétricaux d'urgence et néonataux d'urgence<sup>23</sup> (1999). Ils tiennent compte du système de santé par niveau et permettent d'introduire des approches nouvelles à savoir l'évaluation de la

performance professionnelle par rapport à un référentiel et la notion de référentiel évolutif avec les progrès scientifiques.

4. Des normes d'infra structure<sup>10</sup> : le MS a adopté les normes internationales d'infra structure à savoir : un SOUC et quatre SOUB pour 500 000 habitants.
5. Des modules de formation en technique de PF et counseling<sup>27</sup> destinés à la formation des PS du secteur privé afin d'uniformiser les enseignements qui sont assurés conjointement par les professeurs des facultés de Casablanca et de Rabat. (1998)
6. Des normes en formation décentralisée au niveau régional<sup>19</sup> : Grâce aux expériences du projet pilote SOU, le projet FNUAP et le projet UE, les équipes régionales disposent aujourd'hui d'informations précises pour évaluer le coût et le volume des compétences d'encadrement nécessaires à l'organisation d'un stage de pratique obstétricales intensive. Ils peuvent également s'inspirer du modèle pour programmer la combinaison des ressources hospitalières et des écoles professionnelles de sages-femmes pour organiser les formations.
7. Des Normes pour les audits des décès maternels<sup>20</sup>. Un protocole d'audit des décès maternels standard, adapté au contexte local a été élaboré et mis à la disposition des PS.
8. Modélisation de l'approche de prise en charge des urgences obstétricales pour son extension à d'autres provinces dans les mêmes conditions.

Les activités d'amélioration de la qualité des services dispensés à la mère et à l'enfant s'inscrivent dans le cadre du Programme National d'Assurance Qualité (PNAQ). L'amélioration de la qualité des soins a pris une importance au sein du MS à partir de 1992, avec le projet « Gestion Intégrale de la Qualité » mis en œuvre dans cinq provinces. Cette initiative a été étendue à 14 sites en 1996 et à 53 sites en 1999<sup>11</sup>.

#### **IV.7. L'amélioration des conditions de transfert.**

##### **IV.7.1. L'augmentation de l'accessibilité aux moyens de transport**

La prise en charge efficace des urgences obstétricales passe nécessairement par l'amélioration des conditions de transfert des parturientes vers les formations sanitaires dans le but de réduire le deuxième délai à savoir l'accessibilité aux services.

Conscient de ce problème, le MS a lancé une étude de faisabilité<sup>12</sup> (octobre 1999) pour le renforcement de ces transferts avec l'appui du projet MS/UE. L'objectif est de réduire le déficit de transport des urgences en matière de santé maternelle et infantile dans une optique d'optimisation. Cette étude concerne essentiellement le milieu rural et a touché 17 sites. Elle consistait à :

- Déterminer la localisation des populations cibles n'ayant pas accès ou ayant un accès réduit aux structures de premier recours en soins de santé maternels et infantiles ;

- Identifier la localisation des unités de soins existants ;
- Préciser le nombre optimal de sites à équiper et leur localisation géographique
- Définir leur aire de rayonnement dans les provinces à équiper ;
- Résoudre le problème des interactions éventuelles issues de l'implantation de nouveaux sites.

Le principe est d'avoir le nombre adéquat de sites offrant des moyens de transport en urgence afin de minimiser les délais de prise en charge (maximisation de l'accessibilité) en tenant compte de trois contraintes : le coût de l'investissement, la couverture de toute la population et le principe d'équité. Le but est de proposer différents projets de redéploiement en indiquant leur avantages et inconvénients aussi bien pour les autorités publiques que pour les populations concernées.

Ce projet a démarré dans la province de Khémisset choisie en raison de ses contrastes et de son hétérogénéité qui ont font un terrain propice à la mise en application d'un modèle de planification pouvant être généralisé. Cette démarche a abouti à la formulation d'un plan directeur à moyen terme, avec plusieurs propositions de solutions optimales avec un nombre croissant de sites d'offre. Les responsables du secteur de la santé, en concertation avec les responsables locaux et les représentants de la population opteront pour les projets les plus pertinents et les plus faisables compte tenu des ressources disponibles.

Cette approche a été mise en œuvre, grâce à l'appui du projet MS/UE (1998-2002), dans 17 sites ayant une composante rurale importante. Certaines provinces ont déjà appliqué ce modèle pour la répartition des ambulances.

La situation du nombre d'ambulances actuellement disponible (2000) dans les provinces<sup>13</sup> s'est beaucoup améliorée : 417 ambulances sont actuellement affectées au niveau national. Un effort financier devra être fait dans ce domaine pour réellement réduire le déficit de transport en urgence. La participation des collectivités locales, de la société civile devra être encouragée au niveau local pour essayer de résoudre cet épineux problème.

#### **IV.7.2. L'amélioration de la mise en condition des parturientes lors du transfert**

Cet aspect est également primordial. Les ambulanciers devront être sensibilisés à l'importance d'un transfert dans de bonnes conditions afin de réduire la survenue d'incidents en cours de trajet.

Ces aspects de formation sont pris en considération dans l'approche SOU.

### **V. les contraintes**

#### **V.1. Les contraintes générales**

##### **V.1.1. Le poids de la population en âge de reproduction**

L'analyse de la pyramide des âges et les projections pour l'année 2022 (annexe 4) montre que le Maroc aura à faire face à de gros besoins en santé reproductive.

### **V.1.2. Le taux de scolarisation reste faible<sup>28</sup> dans le milieu rural par rapport au milieu urbain.**

Le taux de scolarisation des enfants âgés de 8 à 13 ans en fin d'année scolaire est respectivement de 55% et de 87%. Le taux d'analphabétisme (10 ans et plus) est de 74% en rural contre 36% en urbain.

Les femmes sont défavorisées par rapport à l'éducation surtout en milieu rural

### **V.1.3. La participation des femmes à la vie économique est faible par rapport aux hommes.**

Seulement 2 femmes actives pour 10 personnes actives. Le chômage touche beaucoup plus les femmes que les hommes<sup>29</sup>.

### **V.1.4. Le nombre de naissances non désiré reste élevé :**

Entre 1987 et 1991, en moyenne 130 000 naissances n'étaient pas désirées par an. Les besoins non satisfaits en PF sont plus élevés dans les zones rurales<sup>3</sup>, 20% contre 11% en urbain. Ceci pose l'épineux problème des avortements qui peuvent être responsables d'un grand nombre de décès maternels.

## **V.2. Les contraintes liées au système de santé<sup>9</sup>**

Le système de santé est caractérisé par un certain nombre de dysfonctionnements. Ils se traduisent par des difficultés d'accès aux soins et une iniquité en terme de couverture par les prestations sanitaires de base.

### **V.2.1. Les difficultés d'accès aux soins**

#### **V.2.1.1. L'accessibilité physique**

Cette difficulté est majeure pour la population rurale et constitue un réel défi au MS. En 1996, près de 31% de cette population se trouve à plus de 10 Km d'une formation sanitaire. Des stratégies mobiles ont été mises en place pour compléter la couverture par les ESSB. Malheureusement, les résultats de cette stratégie en matière de couverture et de contribution à l'offre de soins sont faibles.

L'accès aux soins hospitaliers est encore plus limité pour la population rurale. Seuls 25% des nuitées sont consommées par les ruraux.

#### **V.2.1.2. L'accessibilité économique<sup>14</sup>**

La corrélation est manifeste entre les capacités économiques des femmes et le lieu d'accouchement. Les femmes non couvertes par une assurance maladie accouchent surtout dans les milieux où les dépenses sont quasi-nulles ou faibles (61% à domicile, 35% à l'hôpital publique et 2% dans le RSSB). Les accouchements à domicile concernent 82% des ménages les plus défavorisés et 20% des plus nantis. Les femmes rurales accouchent dans la majorité des cas à domicile (79%) et à

l'hôpital (19%). Le prix d'un accouchement à l'hôpital demeure le moins cher (336 Dh) alors que dans le secteur privé la moyenne est de 2000 Dh.

### V.2.2. L'insuffisance de la couverture par les ESSB

Les efforts en matière d'amélioration de la couverture de la population par les établissements de soins de santé de base (ESSB) restent insuffisants, notamment dans le milieu rural malgré une petite amélioration notée entre 1991 et 1998.

Tableau 1 : Evolution du nombre des ESSB\*

	National	Urbain	rural
1991	1653 1 pour 14 912 hab	416 1 pour hab	1237 1 pour 10129 hab
1998	1980 1 pour 14 028 hab	564	1416 1 pour 9054 hab

Source : La décennie 90 dédiée à la promotion de la Santé de l'Enfant. Ministère de la Santé. Mai 2001

En matière de couverture par le réseau hospitalier, le ratio habitants/lit était de 1060 au début de l'année 1997. Il a connu une baisse de 14% entre 1990 et 1997. Le nombre d'hôpitaux publics était de 112 avec une capacité litière totale de 25 265 lits.

### V.2.3. La répartition inégale des ressources humaines :

#### V.2.3.1. Entre le secteur public et privé

- Médecins du secteur public : 6686 dont 2294 dans le RSSB ;
- Médecins du secteur privé : 6431 ;
- Pharmaciens : 3600 dont seulement 27 dans le secteur public ;
- Infirmiers : 26 239.

#### V.2.3.2. Entre les régions

La densité médicale est marquée par une disparité régionale encore plus importante que celle qui caractérise l'infrastructure. La densité oscille entre un médecin pour 844 habitants dans la région de Rabat-Salé-Azemmour-Zaër et un médecin pour 5 338 habitants dans la région de Taza-Al Hoceima-Taounate.

Dans les spécialités qui concernent la santé de la mère et de l'enfant, le manque de ressources humaines est important comme le montre les ratios suivants :

- Un pédiatre pour 5314 enfants (10 provinces n'ont pas de pédiatre et les 2/3 des pédiatres sont concentrés dans les régions de Rabat et Casablanca. Le nombre de pédiatre a diminué passant de 190 en 1994 à 135 en 1998.(départ vers le secteur privé) ;
- Un Gynécologue obstétricien pour 950 naissances attendues ;
- Une infirmière accoucheuse pour 971 naissances attendues.

#### **V.2.4. Les ressources financières**

Le budget du MS est insuffisant. En 1998-99, il ne représentait que 5% du budget général de l'Etat contre 7% dans les années soixante, ce qui représente 1% du PIB contre 1.7 dans les années soixante. La moyenne pour les pays à développement similaire au Maroc dépasse 2%. La répartition par habitant est de 136 Dh contre 300 dans les pays à développement similaire. Ce budget se caractérise par l'hégémonie des salaires et les dépenses pour le réseau hospitalier.

#### **V.2.5. La couverture sociale**

Il n'y a pas de système d'assurance maladie obligatoire pour couvrir l'ensemble de la population. Le système actuel compte plusieurs catégories de gestionnaires : la CNOPS (mutuelle des employés du secteur public et assimilé, les mutuelles privées (CMIM et mutuelles internes des entreprises publiques : OCP, ONE, RAM, CNSS...) et les assurances privées. L'ensemble ne couvre que 15% de la population.

D'autre part, il n'existe pas de mécanisme institutionnel de prise en charge des économiquement faibles.

### **VI. Les défis**

#### **VI.1. L'insuffisance d'accès aux services de SOU de qualité**

L'un des défis majeurs de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle est d'augmenter le nombre de formations sanitaires équipées et disposant de personnels qualifiés pour assurer la prise en charge des SOU sur l'ensemble du pays, selon les normes internationales adoptées par le MS : au minimum un SOUC pour 500 000 habitants et un SOUB pour 125 000 habitants. L'utilisation de ces normes peut poser des problèmes avec le plan national d'extension de la couverture sanitaire qui prévoit une unité SOUB par caïda alors que le projet pilote<sup>10</sup> SOU pose la question de savoir s'il faut augmenter cette norme à une unité SOUB par commune.

Il est également primordial que l'extension de la couverture SOU se fasse parallèlement avec un plan d'affectation de personnel qualifié en tenant compte des normes retenues.

Malgré les efforts accomplis, la sous utilisation des services de santé notamment en matière d'accouchement et de surveillance de la grossesse en milieu rural reste une préoccupation pour le MS. Les femmes interrogées à ce sujet rapportent l'insuffisance de la qualité de l'accueil, les mauvaises conditions de séjour et l'insuffisance de la qualité des soins.

Dans l'évaluation du projet SOU<sup>2</sup>, la faiblesse de la fréquentation des formations SOU a été rapportée : entre 50 à 60% de ces formations faisait moins de deux accouchements par semaine et 33 à 50% de ces formations faisait moins d'une prise en charge de complication obstétricale par mois. La réduction de la mortalité maternelle et néonatale passe impérativement par l'augmentation du nombre d'accouchements en milieu surveillé.

## **VI.2. L'insuffisance de sensibilisation de la population sur les risques liés à la grossesse.**

Au niveau de la communauté, les risques liés à la grossesse et à l'accouchement et la nécessité pour les femmes d'accoucher en milieu surveillé ne sont pas toujours évidents. Beaucoup de croyances et de comportements traditionnels persistent.

La stratégie IEC mise en place par le MS à partir de 1995 devra être renforcée et développée parallèlement au renforcement des services de prise en charge des grossesses et de l'accouchement. Des initiatives locales tenant compte des spécificités de la population sont à encourager.

## **VI.3. Le manque d'élargissement de la stratégie au concept de Santé Reproductive.**

Compte tenu de l'évolution des programmes de santé au niveau international et de l'engagement pris aussi bien par la communauté internationale que par les pays, il s'avère nécessaire d'élargir la demande et l'offre pour les prestations de SR. Des problèmes comme le cancer du col et de l'utérus, l'infertilité, la ménopause ne sont pas pris en considération par les programmes du MS.

C'est un moment crucial pour le MS : Comment assurer la transition entre les programmes verticaux et une vision plus élargie et plus intégrée des programmes de SR et de santé infantile ?

## **VI.4. Le manque de ciblage de certaines populations importantes : les hommes et les jeunes**

Les programmes du MS ciblent presque exclusivement les femmes mariées en âge de reproduction. Les femmes en âge de reproduction non mariées n'ont pas eu l'attention qu'elles méritent notamment en planification familiale. Ceci est d'autant plus préoccupant eu égard au recul de l'âge moyen au premier mariage qui est passé de 17.5 ans en 1960 à 27 ans en milieu urbain et 24 ans en milieu rural en 1994. Des efforts doivent être faits pour inclure les jeunes adolescents et adultes si on veut réellement répondre à leur besoins et éviter les grossesses non désirées. L'implication des hommes constitue également un défi pour les programmes de SR compte de leur rôle de plus en plus important au sein des préoccupations de santé de la famille. Des initiatives ont été développées à ce sujet par le MS : enquête au près des hommes (1999) pour connaître leur attitudes et comportements vis à vis du concept de la famille, des implications qui en découlent et leur rôle en matière de choix pour la contraception notamment. Des supports ont été produits à leur intention en matière de PF et de MSR. Ces actions devront être développées sur le long terme.

## **Annexes**

- Annexe 1 : Principales étapes de la structuration des activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Maroc**
- Annexe 2 : Principaux projets de coopération en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale**
- Annexe 3 : Nombre estimatif des décès évitables par programme en pourcentage (Deborah Maine)**
- Annexe 4 : Pyramide des âges au Maroc 1992 – 2022**
- Annexe 5 : Causes de la mortalité maternelle**
- Annexe 6 : Récapitulatif des sessions de formation organisées**
- Annexe 7 : Références bibliographiques**

## Annexe 1 : Principales étapes de la structuration des activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Maroc

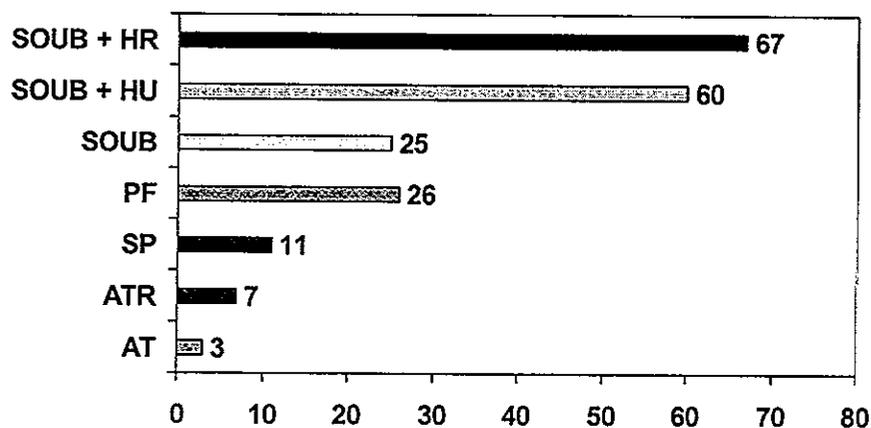
Vers 1950	Création de la PMI.
Vers 1970	Activités de surveillance prénatale limitées à quelques centres.
1972	Circulaire codifiant les activités de surveillance de la grossesse en les intégrant aux activités en faveur des enfants dans le cadre de la PMI.
1973	Plan quinquennal 1973-1977 : la PMI est orientée essentiellement vers l'enfant (malnutrition, rachitisme, maladies infectieuses et vaccinations).
1974	La PMI devient la Protection de la Santé de l'Enfant (PSE) orientée vers la prise en charge des enfants de 0 à 2 ans.
1975	Premier guide d'activités PSE : une fiche obstétricale prévoit l'organisation de consultations prénatales, post-natales et la planification familiale.
1977	La PSE devient la Protection de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PSME). Ré-édition et actualisation du guide d'activités de 1975.
1980	Plan d'orientation 1981-1985 pour le développement des soins de santé de base (SSB).
1984	Enquête de fécondité et de santé familiale.
1985	801 sections de SMI sont fonctionnelles.
1987	Structuration en programme, la PSME devient le Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA) restructuration avec composante de gestion, d'organisation, d'information et de formation du personnel.
1987	Introduction de la vaccination antitétanique.
1988	Restructuration 1988-1992 : priorité aux zones rurales et à la formation du personnel. Equipement de toutes les sections en kit standard de consultation prénatale et de consultation post-natale. Formation au nouveau programme de 3.632 personnels. Guide d'activités de surveillance de la grossesse distribué à l'ensemble du personnel.
1990	Le PSGA devient le Service de Protection de la Santé de la Mère.
1991	1510 sections des SMI sont fonctionnelles. Fiche de surveillance fondée sur la notion de risque. Quelques lits d'accouchement aménagés au niveau des centres de santé et des dispensaires ruraux. Stratégie préventive mobile dans 9 provinces rurales considérées à haut risque.
1991	Dossier d'accouchement et partogramme introduit dans toutes les structures d'accouchement. Trois guides sont élaborés. 2.200 personnels formés. Interventions et outils pour améliorer l'accouchement à domicile par les accoucheuses traditionnelles.
1991	Révision du sous-système d'information SMI/PF par le Service des Etudes et de l'Information Sanitaire (SEIS). Fiche d'activités journalières et rapport mensuel sont opérationnels depuis 1992.
Oct. 1991	Conférence Maghrébine sur la Maternité sans Risque de Marrakech.
Avr. 1992	Réunion nationale de concertation sur la stratégie nationale de réduction et de prévention de la mortalité maternelle et périnatale.
Juil. 1992	Colloque national sur la santé au Maroc de Ouarzazate.
1992	Publication de l'étude de l'INAS 1989-1990. Enquête nationale population santé (ENPS).
1993	Plan d'accélération 1993-1997 visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales.
Nov. 1993	Evaluation des fiches de surveillance de la grossesse.
1994	Etude sur la qualité des services de santé maternelle. Etude sur les pratiques sociales et l'acceptabilité des services de santé materno-infantile.
1994	Plan d'action sur le renforcement des maternités hospitalières remis au MS.
1995	La lutte contre la mortalité maternelle : priorité de premier rang du MS.
1995	Démarrage du projet USAID dans la région Centre-Nord (Fès).
> 1995	Arrivée progressive de nombreux bailleurs de fonds pour l'appui financier aux maternités : FNUAP, Union Européenne, Coopération japonaise, Coopération belge, Banque Mondiale.

**Annexe 2 : Principaux projets de coopération en faveur de la réduction  
de la mortalité maternelle et néonatale**

Projets	Période	Domaines d'intervention
<b>PRISS</b> (au niveau National)	1993 1994 1995 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipement médico-technique (Maternités hospitalières)</li> <li>• Médicaments et produits fongibles</li> <li>• Supports opérationnels</li> <li>• Matériels et fournitures informatiques</li> </ul>
<b>BAD</b> (13 provinces)	1993 1994 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supports opérationnels</li> <li>• Médicaments</li> <li>• Produits de laboratoire</li> </ul>
<b>FNUAP MOR/93/PO2 :</b> - 4 provinces : Azilal, Errachidia, Ouarzazate et Tata - National (Formation et supports IEC)	1993 - 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipement médico-technique et informatiques</li> <li>• Médicaments et produits fongibles</li> <li>• Aménagement / rénovation</li> <li>• Matériels audio-visuels</li> <li>• Formation</li> <li>• Supports IEC</li> <li>• Recherches</li> <li>• Moyens de mobilité</li> <li>• Appui gestion système d'information SMI-PF</li> </ul>
<b>FNUAP MOR/95/PO2 :</b> 6 provinces : Wilaya de Marrakech et El Kélaâ	1995 - 1997	
<b>FNUAP MOR/98/PO1</b> 13 provinces et préfectures	1998 - 2001	
<b>UNICEF :</b> 5 provinces : Ifrane, Chefchaouen, El Haouz, Taza et Tata	1993 1994 1995 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information / éducation des AT</li> <li>• Equipement</li> <li>• Formation</li> <li>• Moyens de mobilité</li> <li>• Supports opérationnels</li> </ul>

Projets	Période	Domaines d'intervention
<b>Union Européenne :</b> 20 maternités hospitalières : Agadir, El Kelâa, Marrakech Ménara, Safi, Casa Anfa (Ibnou Rochd), Casa El Fida, Casa Ben M'Sik S.O, Casa Aïn Sebaâ, El Jadida, Fès Jdid, Khénifra, Meknès El Menzeh, Kénitra, Khémisset, Salé, Sidi Kacem, Tétouan, Nador et Oujda.	1998-2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réhabilitation physique des formations sanitaires</li> <li>• Equipement médico-technique</li> <li>• Médicaments et produits contraceptifs</li> <li>• Formation</li> <li>• IEC</li> <li>• Ambulances</li> </ul>
<b>USAID/JSI :</b> 8 provinces : Wilaya de Fès, Sefrou, Taounate, Al Hoceima, Boulemane et Taza	1996-1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aménagement/Rénovation</li> <li>• Equipement médico-technique</li> <li>• Formation</li> <li>• IEC (au niveau de la communauté)</li> </ul>
<b>BAJ1 :</b> 13 provinces (Chefchaouen, ElHaouz, AlHoceima, Taza, Sidi Kacem, Safi, Taroudant, Tiznit, El Kelâa, Ourzazate, Azilal, Chefchaouen, Essaouira.	1997-2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aménagement/rénovation</li> <li>• Moyen de mobilité</li> <li>• Médicaments et contraceptifs</li> <li>• Equipements</li> </ul>
<b>Ambassade de France :</b> 8 Mat. hosp. : Casa B.S.O, Meknès El Menzeh, Kénitra, Salé, Nador, Oujda, Khénifra et CHU Ibnou Rochd	1995- 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation du personnel des maternités hospitalières sur l'Approche d'Equipe pour la Solution des Problèmes de Santé</li> </ul>

### Annexe 3 : Nombre estimatif des décès évitables par programme en pourcentage (Deborah Maine)



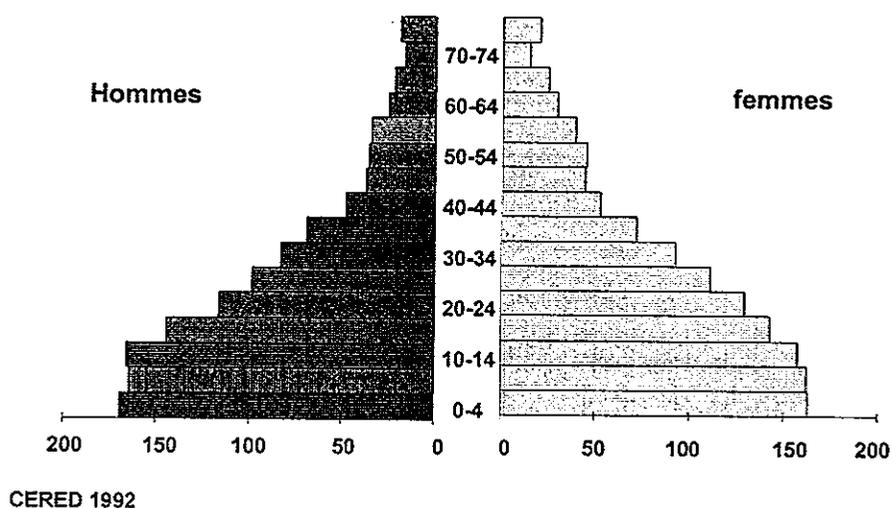
**Légende :**

- SOUB + HR : Soins obstétricaux d'urgence de base et hôpital rural
- SOUB + HU : Soins obstétricaux d'urgence de base et hôpital urbain
- SOUB : Soins obstétricaux d'urgence de base
- PF : Planification Familiale
- SP : Soins Prénatals
- ATR : Accoucheuses traditionnelles recyclées
- AT : Accoucheuse traditionnelle

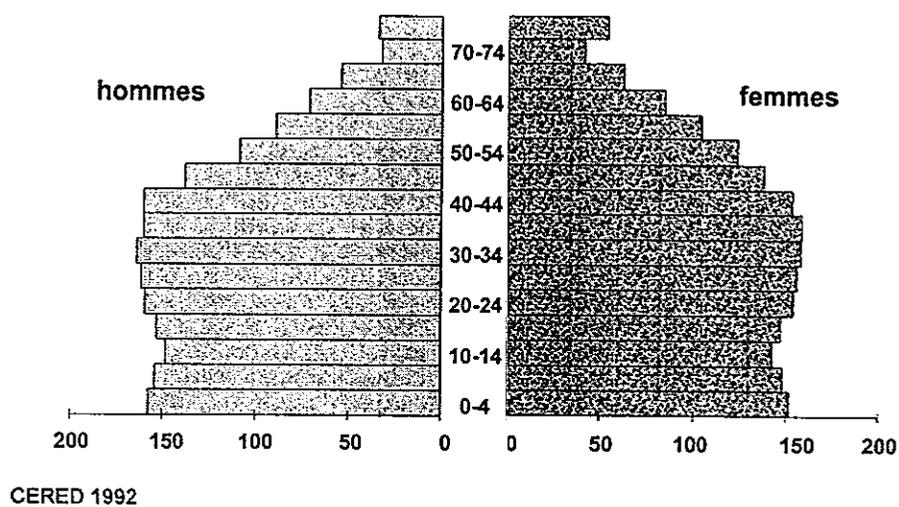
## Annexe 4 : Pyramide des âges au Maroc 1992 - 2022.

### Pyramide des âges de la population marocaine

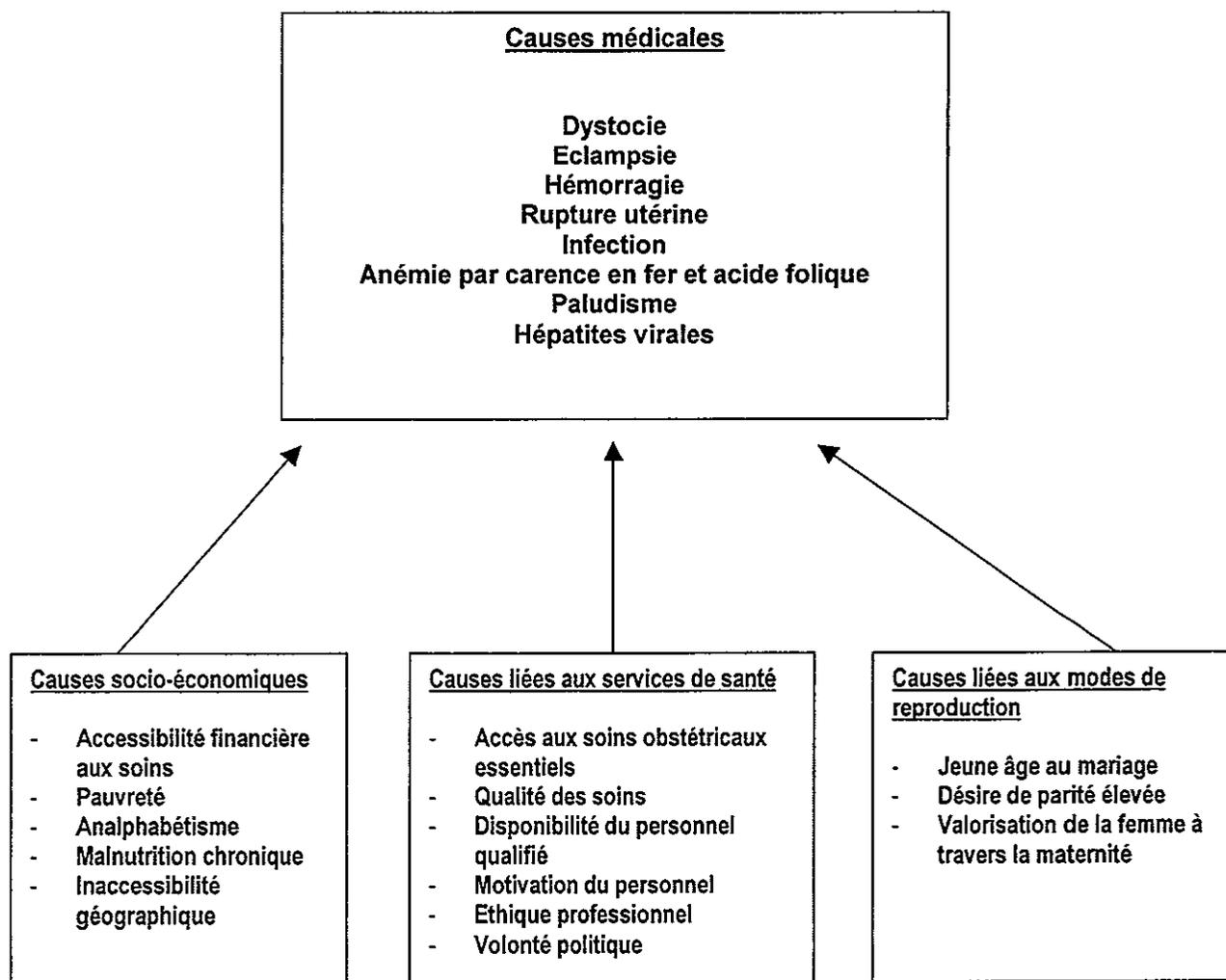
1992 (en milliers)



### Pyramide des âges de la population marocaine : projection 2022 (en milliers)



## Annexe 5 : Causes de la mortalité maternelle



## Annexe 6 : Récapitulatif des sessions de formation organisées

### RECAPITULATIF DES SESSIONS DE FORMATION RECYCLAGE DANS LE DOMAINE DE LA MATERNITE SANS RISQUE 1988 – 2001

Année	Type de formation	Participants	Provinces	Financement
1988	1. Formation sur la restructuration des activités du PSGA :	210 participants : Med. chef de SIAAP, med CS, Med obstétricien, major SIAAP, major CS, animat PSGA/ SMI/ FC/ ES, Sage femme enseignante, inf SMI, major mat, chef secteur, sage-femme et inf accoucheuses	Toutes les provinces et préfectures	FNUAP
	Formation des formateurs au niveau central et régional  Niveau provincial	3835 participants : Inf SMI, inf accouch, inf unité mobile, inf itinérant	Toutes les provinces et préfectures	
	2. Cours en management assuré par l'INAS	28 participants : responsables nationaux et provinciaux		
1989	1. Formation sur l'utilisation de la fiche de surveillance de la grossesse	102 participants : Animat PSGA, tech statistique, SF enseignante, particip service central	Toutes les provinces et préfectures	FNUAP
	Formation des formateurs au niveau central  Niveau provincial	1682 participants : Inf SMI, major mat, inf hôpital, chef secteur	Toutes les provinces et préfectures	
	2. Cours en management (INAS)	30 participants : responsables nationaux et provinciaux		
1990	Cours en management (responsables nationaux et provinciaux)	30 participants	-	FNUAP
1991	1. Formation formateurs sur l'utilisation du dossier accouch. et partogramme (niveau central)	159 participants : med obstétricien et faisant fonction, sage-femme, inf accouch, inf ff accouch, animat PSGA, participants service central.	Toutes les provinces et préfectures	FNUAP
	2. Cours en management (INAS)	37 responsables nationaux et provinciaux		
1992	1. Formation sur l'utilisation du dossier accouch. et partogramme (niveau provincial)	2133 participants	Toutes les provinces et préfectures y compris les 2 CH de Casa et Rabat	FNUAP OMS
	2. Cours en management (INAS)	27 responsables nationaux et provinciaux		
1993	1. Formation des formateurs en tech. d'accouchement et soins du nouveau-né (niveau central)	200 participants : med obstétricien et med ff, pédiatre, med chef CS, med chef SIAAP, major mat, major MA, sage-femme mat, inf ff accouch, SF enseignante, animat PSGA	Toutes les provinces et préfectures	FNUAP

Année	Type de formation	Participants	Provinces	Financement
	2. Format en gestion de l'information (échancier)	10 participants : med chef SIAAP, major SIAAP, animat PSGA	4 provinces : Errachidia, Azilal, Tata, Ouarzazate	
1994	1. Form. En tech. accouch et soins n-né (niveau provincial et CH de Rabat) 2. Format. pratique en technique accouch et soins du nouveau-né (première partie) 3. Formation des formateurs en CIP (première partie) 4. Format. en gestion de l'information (échancier) Niveau central : 2 <sup>ème</sup> partie Niveau provincial (1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> partie) 5. Format. des méd chefs des CS en gestion de l'information (niveau central) 6. Formation des technic. en statistique en informatique (niveau central)	1897 participants : maître assist, méd obst/ FF obst, pédiatre, SF/inf accouch, méd chef CS, inf soignante, animat PSGA/ SMI, inf anesthésiste, SF enseignante, assistante sociale 460 participants : Major mat / MA, SF / inf accouch et ff, med chef CS, major CS / chef secteur, inf SMI. 31 participants : Animat ES / PSGA/ PF, Med obstétricien, med CS, me chef SIAAP, sage-femme maternité 12 participants : Med chef SIAAP, major SIAAP, animat PSGA 731 participants : med chef CS, major CS, chef secteur, inf SMI, itinérants, animat statist / FC 40 participants : médecins chefs des CS 13 techniciens en statistiques	Toutes les provinces et préfectures 10 provinces : Azilal, Tata, Taza, Errachidia, Chefchaouen, Ouarzazate Ifrane, El Haouz, Kénitra et Khémisset. 24 provinces : Agadir, El fida, Salé, Fès JD, Azilal, Béni Mellal, Essaouira, Tanger, Larache Errachidia, Settat Taounate, Khénifra, Kénitra, Khémisset, Marakech, Oujda, Meknès, Tiznit, Rabat, Tétouan, Tata, Ouarzazate, Sidi Kacem 4 provinces : Azilal, Ouarzazate, Errachidia, Tata 4 provinces : Azilal, Ouarzazate, Errachidia, Tata 4 provinces : Azilal, Ouarzazate, Tata, Errachidia 10 provinces : Azilal, Ouarzazate, Tata, Errachidia, Berkane, Essaouira, Béni Mellal, Sidi Kacem, Taounate, Tanger, Sce central	FNUAP FNUAP OMS UNICEF FNUAP FNUAP FNUAP FNUAP
	7. Format. sur l'approche d'équipe pour la résolution des problèmes : MSR	106 participants : Inf SMI, med chef CS, animat FC / ES / PSGA / PF, major mat, major CS, chef de secteur, inf accoucheuse.	7 provinces : Béni Mellal, Tanger, Tétouan, Essaouira, Sidi Kacem, Taounate, Fès Jdid	FNUAP
1995	1. Format. pratique en tech. d'accouch et soins du nouveau-né (2 <sup>ème</sup> partie)	330 participants : Med chef CS, major CS, chef de secteur, inf SMI, inf accouch, itinérant, inf SMI / accouch	10 provinces : Azilal, Ouarzazate, Tata, Errachidia, El Kelâa, Wilaya de Marrakech	FNUAP

Année	Type de formation	Participants	Provinces	Financement
	2. Formation des formateurs en CIP (2 <sup>ème</sup> partie)	31 participants : animat ES / PSGA / PF , méd obstétricien, méd CS, méd chef SIAAP, sage-femme de la maternité	24 provinces : Agadir, El Fida, Salé, Fès JD, Tanger, Azilal, Béni Mellal, Tata, Essaouira, Larache Errachidia, Taounate, Settât Khénifra, Kénitra, Khémisset, Rabat, Marrakech, Oujda, Meknès, Tétouan, Tiznit, Ouarzazate, Sidi Kacem	FNUAP
	3. Formation des formateurs en CIP (provinces sites du projet)	34 participants : animat ES / PSGA / PF , méd chef SIAAP, méd chef SIAAP.	Wilaya de Marrakech, El Kelâa, Errachidia, Tata, Azilal, Ouarzazate.	FNUAP
1995	4. Formation provinciale en CIP	1080 participants : Med chef CS, animat des programmes, sage-femme, inf accouch, inf SMI, inf itinérant.	18 provinces : Agadir IDT, Béni Mellal, Casa El Fida, Essaouira, Kénitra, Taounate, Khénifra, Khémisset, Larache, Meknès El Menzeh, Rabat, Oujda, Salé, Settât, Tanger, Tétouan, Tiznit, Fès Jdid.	FNUAP
	5. Formation sur l'approche d'équipe pour la résolution des problèmes	50 participants : méd obstétricien, méd chef hôpital, méd chef SIAAP, pédiatre, méd CS, sage-femme, major mat, in accouch, chef de service de soins infirmiers.	8 provinces : Casa Ben Msick, Kénitra, Meknès El Menzeh, Salé, Oujda, Nador, Khénifra, Mat CH Ibn Rochd.	FNUAP
	6. Formation sur l'échéancier	11 participants : Animat PSGA / PF, Med chef, major SIAAP. 90 participants (niveau provincial): Méd chef CS, major CS, chef de secteur, inf SMI, inf itinérant.	7 provinces : Chefchaouen, Taza, Ifrane, Azilal, Tata Errachidia, Ouarzazate.	FNUAP
				UNICEF
1996	1. Formation sur l'approche d'équipe pour la résolution des problèmes	Participants : méd obstétricien, méd chef hôpital, méd chef SIAAP, pédiatre, méd CS, sage-femme, major mat, in accouch, chef de service de soins infirmiers.	8 provinces : Casa Ben Msick, Kénitra, Meknès El Menzeh, Salé, Oujda, Nador, Khénifra, Mat CH Ibn Rochd.	CIE (coopération française)
	2. Form. Régionale des formateurs (CIP)	78 participants	3 centres régionaux : Casablanca, Fès et Agadir	FNUAP
	3. Form provinciale en CIP	1279 participants	22 provinces	FNUAP
	4. Formation sur l'AESP	32 participants :	6 provinces : Wilaya MRK et El Kelâa	FNUAP
	5. Form en soins obstétricaux d'urgence (SOUB)	36 formateurs	8 provinces : (Wilaya de Fès, Taza, Taounate, Al Hoceima, Boumane).	USAID/ JSI
	6. Form. en technique d'accouch et soins du né (SOUB)	219 participants provinciaux	10 provinces	FNUAP

Année	Type de formation	Participants	Provinces	Financement
	7. Form. sur l'utilisation de l'échéancier CPN/ PF	29 formateurs 788 participants provinciaux	6 provinces : Wilaya de MRK et El Kelâa	FNUAP
	8. Form. sur PSGA, accouch. dystocique et gestion	160 participants	10 provinces 6 provinces : Wilaya de MRK et El Kelâa	FNUAP
	9. Form en informatique	13 techniciens en statistiques et animateurs de SMI / PF	6 provinces : Wilaya de MRK et El Kelâa	FNUAP
	10. Form en gestion	60 médecins de CS et 120 majors et chefs des secteurs	6 provinces : Wilaya de MRK et El Kelâa	FNUAP
	11. Form. sur les CS modèle de reproduc.	38 participants	6 provinces : Wilaya de MRK et El Kelâa	FNUAP
	12. Cours d'épidémiostatistique	4 responsables provinciaux	MRK Médina, El HAOUZ, Chichaoua, El Kelâa	FNUAP
	13. Séminaire évaluat finale « AESP »	50 participants de 8 maternités hospitalières	8 provinces : Casa Ben Msick, Kénitra, Meknès El Menzeh, Salé, Oujda, Nador, Khénifra, Mat CH Ibn Rochd.	CIE (coopération française)
	14. Cours de santé mat. et infantile	1 participant (CIE Paris)	Ouarzazate	FNUAP
1997	1. Séminaire d'évaluation finale du projet « AESP »	70 participants : personnel des maternités et formations des SSB	14 provinces : Casa Ben Msick, Meknès, Kénitra, Oujda, Nador, Casa Anfa, Khénifra, Salé, Wilaya de MRK, El Kelâa	CIE FNUAP
	2. Form en soins obs. D'urgence (niveau régional/ provinciale)	242 participants (niveau régional)  84 participants : médecins CS, inf accouch / SF	8 provinces : Wilaya de Fès, Boulmane, Taza, Al Hoceima, Taounate, Wilaya de MRK, El Kelâa	USAID/ JSI  FNUAP
	3. Form aux habiletés d'aide/ communication	Formation des formatrices : SF animat. PSGA et SF enseignantes  73 participants : SF, inf accouch, inf faisant f accouch.)	8 provinces : Wilaya de Fès, Boulmane, Taza, Al Hoceima, Taounate,	USAID / JSI
	4. Form sur dystocies obstét.(niveau prov)	326 participants : personnel des maternités hosp et MA	6 provinces : Wilaya de MRK et El Kelâa	FNUAP
	5. Form en échog. obst. Niveau provinciale	07 médecins de CS	6 provinces : Wilaya de MRK et El Kelâa	FNUAP
	6. Form sur pose de DIU/ injectables Niveau provinciale	42 participants : médecins de CS et inf de SMI/PF	6 provinces : Wilaya de MRK et El Kelâa	FNUAP

Année	Type de formation	Participants	Provinces	Financement
	7. Form AU SIG et utilis. de l'échéancier Niveau provinciale	36 participants : médecins de CS, inf de SMI/PF, maj. CS, chef secteur, inf SMI, inf itinérant	6 provinces : Wilaya de MRK et El Kelâa	FNUAP
	8. Sémin. de supervi-sion (niveau prov)	24 participants : responsables des CS	6 provinces : Wilaya de MRK et El Kelâa	FNUAP
	9. Form en CIP (niveau provincial)	91 participants : Med chef CS, animat des programmes, sage-femme, inf accouch, inf SMI, inf itinérant.	6 provinces : Wilaya de MRK et El Kelâa	FNUAP
	10. Form. en tech. De césarienne (Rabat)	1 chirurgien	Boulmane	USAID/JSI
	11. Form sur la MSR	250 coordinatrices prov. de l'ANFM		FNUAP
1998	1. Form en soins obs. D'urgence (SOUB) niveau régional	tout le personnel nouvellement affecté	8 provinces : Wilaya de Fès, Boulmane, Taza, Al Hoceima, Taounate,	USAID/JSI
	2. Form au système d'information (grille de recueil de données et fiche de réf /C référ.	24 participants : Délégué prov, méd chef SIAAP, major mat, animat PSGA	8 provinces : Wilaya de Fès, Boulmane, Taza, Al Hoceima, Taounate	USAID/JSI
	3. Form en SOU et domaine de la MSR	600 participants :	13 provinces	FNUAP
	4. Form en counseling prénuptial	200 participants : médecins des CS		USAID/JSI
	5. Form sur l'utilisat. du registre obstétrical	Majors des mat, médecins chef de SIAAP, animat SMI		USAID/JSI
	6. Form sur la MSR	60 coordinatrices prov. de l'ANFM		FNUAP
1999	1. Form en counseling prénuptial	600 participants : médecins des CS		USAID/JSI
	2. Form en SOU/ réa du né né	96 participants :		
	3. Form sur l'audit des décès mat et néon. Niveau régiaonal		8 maternités provinciales	
	4. form sur la CPN	340 participants :	13 provinces	FNUAP
	5. Form en communi-cation/relaxation	151 participants : sages-femmes, méd gynéco-obst		
	6. Form en réa du nouveau-né	92 participants : sage-femme, méd pédiatre et gynéco- obstétricien		
	7. Form en technique de maintenance	40 participants Sage femme, technicien de maintenance	8 provinces : Wilaya de Fès, Boulmane, Taza, Al Hoceima, Taounate	USAID/JSI
	8. Format sur MSR	40 participantes : coordinatrices prov. de l'ANFM		FNUAP
2000	1. Forma. En SOU CH Casa/Rabat/MRK	128 participants : médecins de CS, SF/ inf accouch.	20 provinces	Projet UE
	2. Atelier analyse causale :Rabat/Mohamed.	36 participants : médecins, personnel inf	20 provinces	Projet UE
	3. atelier élaboration plans d'actions	36 participants :	20 provinces	Projet UE

Année	Type de formation	Participants	Provinces	Financement
	4. Form méthode d'échantillonnage rapide (Rabat)	31 participants	20 provinces	Projet UE
	5. Monitoring en SOU		13 provinces	FNUAP/ INT
	6. Form en CPN	332 participants :	13 provinces	FNUAP
	7. Form en qualité	25 participants		
	8. Form en IEC	780 participants : personnel des ONG, accouch trad, agents de dévelop. Communaut et autres secteurs	13 provinces	FNUAP
	9. Form en gestion des CS	28 participants	13 provinces	FNUAP
	10. Form en audit clinique des mat hospital.	12 participants	13 provinces	FNUAP
	11. Form en gestion administ. du projet	13 participants	13 provinces	FNUAP
	12. Form en échographie	12 participants	13 provinces	FNUAP
2001	1. Formation en SOU	620 participants : médecins des CS et safes-femmes/ inf accoucheuses	20 provinces 9 participants du Mali	Projet UE
	2. Form. en anesthésie réanimation CH Rabat / Casa	78 participants : médecins	20 provinces	Projet UE
	3. Form. sur la CPN (surveil grossesse) CH Rabat / Casa	36 participants : Médecins CS, personnel infirmier	20 provinces	Projet UE
	4. Form. en méthode d'échantillonnage rapide) niveau central	99 participants : Médecins CS, personnel infirmier	20 provinces	Projet UE
	5. Form. en échographie obstétric CH Rabat / Casa	50 participants : médecins	20 provinces	Projet UE
	6. Form en post-part. CH Rabat / Casa	57 participants : gynécologue, pédiatre, inf accouch/ SF, inf pédiatrie/ salle d'accouch / suites de couches, animat PSGA, INF SMI	3 provinces : Ouarzazate, Essaouira, Chefchaouen	UNICEF
	7. Form en SOUC CH Rabat	56 participants : méd généraliste, SF, méd gynécologue	13 provinces : Azilal, Tata Essaouira, Errachidia, Kelâa Zagora, Ouarzazate, Chaouen, Wilaya de MRK,	FNUAP

**RECAPITULATIF DES JOURNEES D'INFORMATION REALISEES DANS LE DOMAINE  
DE LA MATERNITE SANS RISQUE 1988 – 2001**

Année	Type de formation	Participants	Provinces	Financement
1987	1. Information / sensibilisation sur la restructuration du PSGA (niveau central)	52 participants : Délégué, Sce central, représentant des organismes	Toutes les provinces et préfectures	FNUAP
1988	1. Information / sensibilisation sur la restructuration du PSGA (niveau central)	90 participants : Méd chef SIAAP, major SIAAP, animat PSGA.	Toutes les provinces et préfectures	FNUAP
1994	1. Journée de w sur l'élaboration des plans d'actions provinciaux et plans d'action des mat hospitalières	94 participants : Med chef hôpital, méd chef mat, major salle d'accouch, major mat, major bloc opératoire, animat PSGA.	17 provinces : Casa ben Msick, Casa El Fida Ain Sebaa, Ain Chock, Rabat Settat, Kénitra, Safi Meknès, Oujda, Agadir, Ouarzazate, MRK Ménara, Béni- Méllal, Errachidia, Tétouan,	FNUAP
1994	- Information / éducation des AT	200 accoucheuses traditionnelles	5 provinces	UNICEF
	- Journée évaluat. Activités des AT	15 participants	8 provinces	UNICEF
1995	Information / éducation des AT	520 accoucheuses traditionnelles	13 provinces	UNICEF
1996	Information / éducation des AT	520 accoucheuses traditionnelles	9 provinces	FNUAP FNUAP UNICEF
1997	1. Journée évaluat. des activités des CS modèles de reprod.	36 participants : personnel des CS modèle de reproduction et le staff du SIAAP	6 provinces : Wilaya de MRKet El Kelâa	FNUAP
	2. Journée évaluat. activités des AT niveau régional	17 participants : Animat PSGA/PF, med chef SIAAP, délégué, inf de SMI	6 provinces : Wilaya de MRK et El Kelâa	FNUAP

**RECAPITULATIF DES EQUIPEMENTS  
EN MATERIEL MEDICO - TECHNIQUE**

Année	Désignation	Provinces	Financement
1987	Equipement complet de 18 provinces et complément d'équipement de 25 provinces en matériel des cellules SMI et maternités rurales (en stock depuis 1985)	18 provinces 25 provinces	FNUAP
1988	- Complément d'équipement de 26 provinces en matériel des cellules SMI et maternités.	26 provinces	FNUAP
	- Equipement complet en matériel des cellules de SMI et mat. rurales (Tata Azilal, Errachidia, Ouarzazate)	4 provinces	FNUAP
	- Comp. d'équipement en comparateurs Lovibond	17 provinces	VDMS
	- Equip de 7 écoles d'état en matériel audio-visuel	7 écoles de form.	
1989	Complément d'équipement de 200 sections de SMI et 40 maternités rurales	45 provinces	UNICEF
1990	Complément d'équipement de 200 sections de SMI et 40 maternités rurales - Equip de 19 écoles d'état en matériel didactique	45 prov et préfet  19 écoles de form.	UNICEF
1992	Complément d'équipement de 200 sections de SMI et 40 maternités rurales	40 prov et préfet	UNICEF
	Complément d'équipement des maternités hospitalières (détecteurs du pouls foetal, tables réa. n-né, ventouse obst électronique, lampe d'examen, etc.) 10 ventouses obstétricales manuelles	38 prov et préfet	PRISS
	Complément d'équip. des mat. hospitalières (détecteurs du pouls foetal, tables réa. n-né, ventouse obst. électron., lampe d'examen, boîte épisio, boîte accouchement...)	43 provinces et préfectures	OMS PRISS
	Complément d'équipement des maternités hospitalières, maisons d'accouchement, sections de SMI, et 500 trousse des accoucheuses traditionnelles.	Toutes les provinces et préfectures	USAID
	1993	Complément d'équipement des mat. hospitalières (détecteurs du pouls foetal, tables réa. n-né, ventouse obst élect. lampe d'examen, boîte épisio, boîte d'accouchement.)	51 provinces et préfectures
1994	Complément d'équipement des maternités hospitalières (ventouse obst élect, boîte d'accouch, gants, doigtiers)	59 provinces et préfectures	PRISS
	Complément d'équipement de 35 sections de SMI	CH Casa/ Rabat Azilal, Errachidia, Tata, Ouarzazate	FNUAP
	Complément d'équipement de 46 mat. hospitalières (53 boîtes de césarienne)	43 prov et préfet	FNUAP
	Complément d'équipement des maternités hospitalières (24 kits de réanimation du nouveau-né)	22 prov et préfet	UNICEF
	Complément d'équipement des mat. hospitalières, maisons d'accouchement et trousse des AT	El Haouz, Ifrane, Taza, Chaouen	UNICEF
1995	Complément d'équipement des maternités hospitalières (ventouses obstétricales)	29 prov et préfet	FNUAP
	Complément d'équipement des maternités hospitalières (boîtes de césariennes)	37 prov et préfet	FNUAP

Année	Désignation	Provinces	Financement
1996	Complément d'équipement de 4 mat. hospitalières	Khénifra, Oujda, Nador, CH Casa	Coopération française
	Equipement des cellules de SMI/ PF et structures d'accouch. de 6 provinces (Wilaya de MRK/ El Kelâa et complément d'équipement de 15 autres provinces	6 provinces 15 provinces	FNUAP
	Complément d'équipement de 6 CS modèles de reproduction (Wilaya de MRK et El Kelâa)	6 provinces	Projet Belge
1997	Equipement en matériel médico-technique des maternités hospita, MA et cellules SMI	37 provinces	
	Dotation en 26 rétroprojecteurs et 20 projecteurs en diapos	23 provinces	FNUAP
1998	Equipement de 52 structures d'accouchement	8 provinces	USAID/JSI
	Equipement de 3 maternités hospitalières	3 provinces	FNUAP
	Complément équipement de 12 CSR	12 provinces	FNUAP
	Equipement de 7 blocs opératoires en matériel		BAJ 1
	Complément d'équipement de 20 maternités hosp	20 provinces	UE
	Dotation en 40 horloges murales pour les salles d'accouchement		BAJ 1

**RECAPITULATIF ETUDES REALISEES DANS  
LE DOMAINE DE LA MSR 1990 / 2001**

Etude sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile (4 provinces)	1990
Approche de la mortalité maternelle au Maroc à travers l'analyse des taux d'interventions obstétricales (INAS / Service PSM)	1990
Evaluation de l'utilisation de la fiche de surveillance de la grossesse	1992
Etude sur la qualité des services de santé maternelle (4 provinces)	1994
Etude anthropologique sur l'acceptabilité des services de SMI / PF (3 provinces)	1994
Evaluation de la formation SOUB (projet USAID)	1998
Etude sur la gestion socio-culturelle de la complication obstétricale (région de Fès-Boulmane-Taza-Al Hoceima)	1998-1999
Etude des problèmes relationnels entre parturientes et personnel paramédical dans la région de Souss-Massa-Draa (rapport préliminaire). USAID/JSI	2001
Etude sur l'évaluation du dossier accouchement et partogramme	2001-2002
Etude sur l'évaluation de l'expérience de sensibilisation/ formation des accoucheuses traditionnelles au Maroc	2001-2002

**RECAPITULATIF SYSTEME D'INFORMATION « MSR » 1989 / 2001**

Année	Désignation	Financement
1987	Manuel d'utilisation du système d'information (programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement) : Rapports mensuels (A/ pré-post natal et B/ accouchement)	FNUAP
	Fiche journalière d'activités	
	Fiche de surveillance de la grossesse	
	Carte de vaccination antitétanique	
	Registre de vaccination antitétanique	
1991	Guide d'utilisation du sous système d'information sanitaire (SMI/PF)	FNUAP
	Le dossier accouchement y compris le partogramme	
	Le registre d'accouchement	
	Fiche de référence et de contre référence	FNUAP
	Echéancier (CPN)	FNUAP
1996	Grille de recueil de données trimestrielles	USAID/JSI
1997	Révision du sous système d'information :	USAID/JSI
1998	<b>Registre obstétrical a remplacé le registre d'accouchement</b> <b>Rapport mensuel accouchement est remplacé par rapport B. obstétrique</b>	
	<b>Fiche de référence et de contre référence (version 1997)</b>	USAID/JSI
2000	Monitoring « grille de recueil et analyse de données »	
	Guide d'utilisation du sous système national d'information sanitaire SMI/PF et curatif	
	Protocole standard d'audit du décès maternel	USAID/JSI
2001	Application informatique « SMI/PF » (au niveau des SIAAP)	USAID/JSI
2002	Procédurier (en cours d'élaboration)	USAID/JSI
	Grille d'évaluation : profil des maternités « 20 prov. du projet UE)	UE
	Application informatique « registre obstétricale »	USAID/JSI

## Annexe 7 : Références bibliographiques

1. Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/ Banque Mondiale. Organisation Mondiale de la Santé. Genève. 1999.
2. Guide pour la surveillance et les soins de la mère et du nouveau né dans le post partum. Ministère de la santé. UNICEF . Octobre 2000.
- 2'. OMS.CISF/UNICEF « Renforcer les soins obstétricaux pour une maternité sans risque » Atelier collectif pré-congrès CISF/OMS/UNICEF, Oslo, Norvège, 23-26 mai 1996, page IX.
3. Enquête PANNEL sur la population et la Santé. (EPPS) 1995. Demographic and Health Surveys. Macro International, Inc. Janvier 1996. Rabat, Maroc et Columbia, Maryland, USA.
- 3'. A Pruel. « Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Une maternité à haut risque » Revue de Santé Publique. France. Numéro 2. Juin 1999.
4. Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997. Projet Arabe pour la Promotion de l'Enfance, PAPCHILD. Juillet 1999. le Caire, Egypte.
- 4'. OMS. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Volume 1. Geneve ;1993.
5. Trente ans de collaboration entre le ministère de la Santé et l'USAID au Maroc. Analyse rétrospective : La Survie de l'Enfant. Ministère de la Santé. Mai 2001.
- 5'. Ministère de la Santé. Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies. « 10 Années d'épidémiologie au service de la Santé.
6. Les carences en micro-nutriments : ampleur du problème et stratégies de lutte. Royaume du Maroc. Ministère de la santé. Avril 2001.
7. Document du Plan Quinquennal. 2000-2005. Ministère de la Santé.
8. Trente ans de collaboration entre le Ministère de la Santé et l'USAID au Maroc. Analyse rétrospective : La Maternité sans risque. Ministère de la Santé. Mai 2001.
9. La Décennie 90 Dédiée à la Promotion de la Santé de l'Enfant. Ministère de la Santé. Janvier 2001.
10. Projet Pilote. Soins Obstétricaux d'Urgence. Régions de Fes, Boulemane et Taza, Al Hoceima, Taounate. 1995-2000. document de synthèse. Ministère de la Santé.
11. Programme National d'Assurance Qualité. (PNAQ). Mars 2000. Avant Projet de Rapport. Ministère de la Santé.
12. Etude de faisabilité pour le renforcement des services des urgences médicales dans le cadre de la santé Maternelle et Néonatale en milieu rural au Maroc. Lakssyr. Ministère de la Santé. 2000.
13. Division du Parc Auto et des Affaires Générales. Consistance du Parc Automobile. Etat des ambulances par délégation/catégorie.2000.

14. Analyse des comportements et des dépenses des ménages en matière de Santé Reproductive. Enquête Nationale sur le Niveau de Vie des Ménages.(ENNVM) 1998/99. Conférence sur le financement des programmes de santé reproductive. Tanger, juillet 2000. Communication personnelle. Zine Dinne Alaoui. Service de l'Economie Sanitaire. Ministère de la santé.
15. Système d'information SMI/PF. Service des études et de l'Information Sanitaire. Ministère de la Santé. 1999.
16. La stratégie de réduction de la mortalité maternelle : cas du Maroc. Marrakech, octobre 1999. Communication personnelle du Dr Tyane, directeur de la population. Ministère de la santé.
17. La Communication dans la Maternité sans Risque au Maroc. Ministère de la Santé. Mars 2000.
18. Convention cadre entre le Ministère de la Santé et la faculté de Médecine de Casablanca. Ministère de la Santé. Janvier 2000.
- 18'. Séminaire National sur la Population et le Développement au Maroc. Rabat 17 novembre 1999. Communication personnelle. Tyane, M, et Bensalah, A. Ministère de la Santé
19. Soins obstétricaux et Néonataux d'urgence. Module de formation à l'usage des participants. Ministère de la santé, Union Européenne. Avril 2001
20. Manuel de référence de planification et de gestion des projets des urgences obstétricales et néonatales. Ministère de la santé, USAID. Juillet 2001.
21. Normes et Procédures au niveau des maternités hospitalières provinciales. Ministère de la Santé. Direction de la Population. Service de la protection de la santé de la Mère. 1998.
22. Besoins en construction ou aménagement/rénovation des maternités avec blocs opératoires. Annexe 5. plan quinquennal 2000-2005.
23. Standards des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Ministère de la Santé 2001.
24. Normes et standards en Planification Familiale. Ministère de la santé 2000.
25. Besoins en personnels : sages-femmes et infirmiers anesthésistes. Document du Service de la Protection de la Santé de la Mère. Ministère de la santé 2000.
26. Nations Unies. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. UNTS N 20378. Volume I, II, IV, IX, 1981.
27. Classeur de formation en planification familiale pour le secteur privé. 1998
28. Communication personnelle du Dr Tyane : Tendances et évolution des besoins en santé reproductive et santé infantile. Tanger. 7 juillet 2000. Direction de la population. Ministère de la santé.
29. Ministère chargé de la population ; CERED 1996.
30. Document de Stratégie Nationale de Formation Continue. Direction de la Planification et des Ressources Financières. Ministère de la Santé. 1998.