

Royaume du Maroc
Ministère de la santé
Direction de la Population



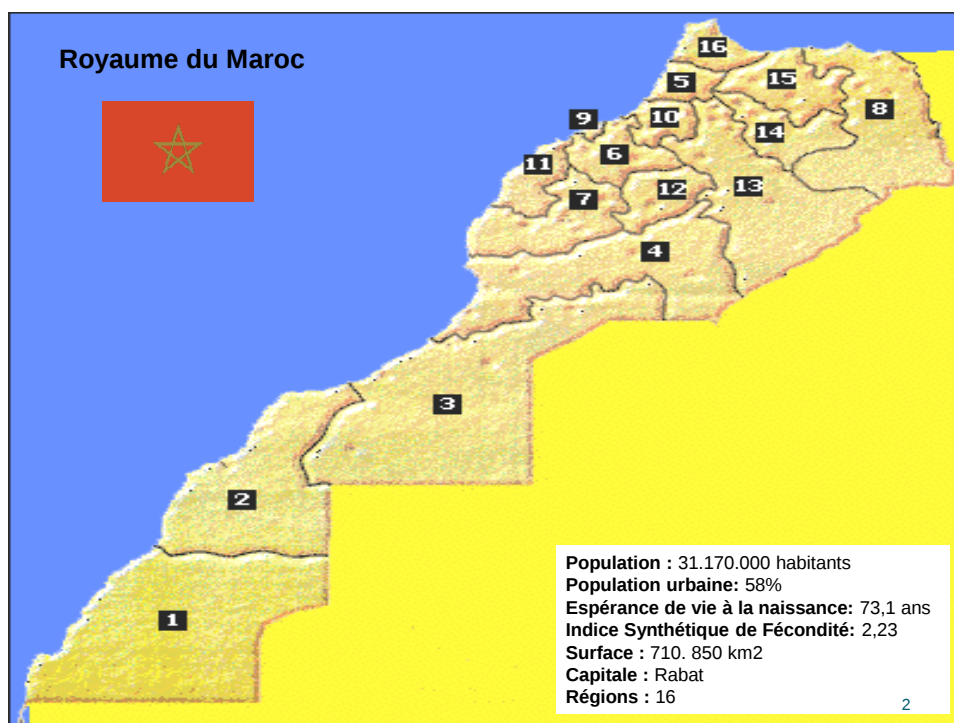
المملكة المغربية
وزارة الصحة
مديرية السكان



Aide à la réduction
de la Mortalité Maternelle et Néonatale:
Participation Communautaire
Cas de « Dar Al Oumouma »

Dr L. RACHIDI-Direction de la population-Maroc

1



2

Introduction

- Mortalité maternelle et néonatale : Problème majeur de Santé Publique;
- Un décès maternel = Un drame social;
- Audit des dossiers:
 - + 92% des décès pourraient être évitables,
 - +1/3 des décès se passe à domicile ou pendant le transport vers l'hôpital: retard de prise de décision dans la famille de référer les parturientes vers une structure d'accouchement;
- Causes : hémorragie+ + +, éclampsie, infection;
- Multiplicité des déterminants de la mortalité maternelle et néonatale.

3

Contexte

Le contexte sanitaire est marqué par un certain nombre d'acquis, tel que:

- Allongement de l'espérance de vie à la naissance: il était de 62 ans au début des années 60 à 73,1 ans en 2010 (Haut Commissariat au Plan);
- Accroissement notable de la couverture par les prestations des programmes sanitaires prioritaires, en 2009:
 - la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois était de 89,1 % (dont BCG : 98,4 %, VAR : 90,4 %...);
- Élimination d'un certain nombre de maladies transmissibles ou la forte réduction de leurs incidences (rougeole, tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Diphtérie, Tuberculose,...);
- Développement de l'offre de soins publique et privée;
- Amélioration notable des programmes liés à la grossesse (2009)
 1. Indice Synthétique de Fécondité : à 2,23 enfants par femme
 2. Taux de prévalence contraceptive : 63%
 3. Consultation prénatale (CPN) : 67,8 %
 4. Accouchement en Milieu Surveillé : 61 %

4

Contexte (suite)

- Amélioration progressive de l'encadrement du système de santé par les différents profils de professionnels de santé en quantité et en qualité et infrastructures, en **2009**:
 - + La desserte de la population a atteint un ratio d'ESSB pour **12.002 Hab.** (milieu rural : ESSB pour 6.968 hab.).
 - + Ressources Humaines : 1 médecin pour **1.637 hab.**,
 - + et un infirmier pour **1.134 hab.**
- Mais, persistance parfois de difficultés d'accès aux soins de santé pour la population des localités rurales enclavées et d'accès difficile:
 - Barrières Physique; Socioculturel et Financier.

5

Barrières

- Précarité des conditions de vie;
- Difficultés d'accès aux soins;
- Difficultés du suivi de la grossesse et de l'accouchement;
- Prévalence élevée des pathologies de la petite enfance;
- Retard dans la prise de décision d'utiliser les services de Santé;
- Analphabétismes et faible niveau d'Education des populations enclavés, rendant difficile l'Education sanitaire;
- Sous utilisation des services de Santé en milieu rural;

6

Opportunité à saisir

L'Initiative Nationale du Développement Humain (INDH), lancé par S.M. le ROI en 2005, pour réduire la pauvreté, la vulnérabilité, la précarité et l'exclusion sociale, conformément aux ODM et aux engagements du Maroc.

7

Principes fondateurs de l'INDH

- Ciblage géographique (carte de la pauvreté),
- Souci de convergence des programmes sectoriels,
- Volonté participative,
- Participation communautaire aux projets,
- Accès aux équipements de base (électrification du monde rural, adduction de l'eau potable, routes,...);
- Renforcement du capital Humain (santé, alphabétisation, formation,...);
- Activités génératrices des revenu (microcrédit, coopératives,...);
- Procédures administratives simplifiées.

8

Objectifs du Plan d'action du Ministère de la Santé -2008-2012

- Réduire la mortalité maternelle à 50 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité infantile à 15 pour mille naissances vivantes;
- Assurer l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables et les populations rurales en particulier ;
- Garantir une répartition équilibrée de l'offre de soins entre les milieux urbain et rural et entre les régions;
- Rendre le service sanitaire public de qualité et compétitif;
- ...

9

AXES STRATÉGIQUES 2 ET 3 DU PLAN D'ACTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ 2008-2012

- **Développement d'une offre de soins facile d'accès, suffisante, de qualité et répartie correctement sur le territoire:**
 - Amélioration du dispositif relatif à la santé en milieu rural à travers le plan de santé rural.
- **Planification et mise en œuvre de plans nationaux spécifiques:**
 - Plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

10

PRINCIPALES REALISATIONS

- L'instauration systématique de la gratuité de l'accouchement normal et par Césarienne, des kits d'accouchement, des médicaments, des fongibles et du transfert de la mère et du nouveau né;
- La révision de la liste des médicaments vitaux et le renforcement de leur disponibilité au niveau de toutes les structures d'accouchement ;
- L'augmentation du nombre de postes de résidanats en gynéco-obstétrique, pédiatrie et réanimation et du nombre d'admissions en filières de sages femmes, ainsi que de l'affectation du personnel qualité au niveau des structures d'accouchement;

11

PRINCIPALES REALISATIONS (SUITE)

- La création du SAMU obstétrical en milieu rural;
- L'audit de toutes les structures d'accouchement au niveau national, soit 518 maisons d'accouchements et 90 maternités hospitalières et le lancement du processus de leur mise à niveau ;
- La restructuration de la stratégie mobile en milieu rural autour de la santé de la mère et de l'enfant;
- L'appui de projets communautaires.

12

PRINCIPALES REALISATIONS (suite)

- L'équipement de Centres de Santé Communaux avec module d'Accouchement en échographes et en mini analyseurs et ce pour améliorer la qualité du dépistage et du suivi des grossesses à risques.
- L'instauration d'un séjour de 48 heures obligatoire en post-partum pour les accouchements normaux au niveau des maternités hospitalières et des maisons d'accouchement et ce pour une meilleure surveillance de la santé du couple mère/nouveau-né ;
- Le renforcement des compétences des professionnels de santé en les formant sur les nouvelles directives cliniques relatives à la surveillance de la grossesse, la prise en charge de l'accouchement et du nouveau né et la planification familiale ;

13

PRINCIPALES REALISATIONS (suite)

- La consolidation des acquis en matière de Planification Familiale et l'amélioration de la qualité des prestations;
- Concernant les séances de sensibilisation organisées durant la même période, elles se sont élevées à 47.925 séances qui ont profité à 10578 pensionnaires, 11.780 accompagnatrices (parente et proche) et à 456 visiteurs, soit un total de 22.814 bénéficiaires.
- La mise en place d'un système de surveillance des décès maternels et néonataux et de l'audit confidentiel.

14

Justification

- Les femmes originaires des localités rurales (éloignement, accès difficile, insuffisance des moyens de transport, conditions climatiques défavorables, ...) accouchent souvent à domicile. Ce qui constitue un facteur de risque pour la mère et le nouveau-né;
- Certaines études ont montré qu'environ 50% des complications qui surviennent au moment de l'accouchement ne peuvent pas être prévisibles même en cas d'une surveillance prénatale efficace;
- Le délai permis pour sauver les parturientes et les nouveaux né est très limité (hémorragie, détresse respiratoire,...).

15

Définition du concept

- Dar Al Oumouma est un espace d'accueil des parturientes issues des localités rurales enclavées et éloignées durant les 2 à 7 jours qui précèdent l'accouchement et les 2 jours qui suivent l'accouchement;
- Il s'agit d'une structure communautaire, créée, financée et gérée dans le cadre d'un partenariat entre les collectivités locales et les associations;
- Elle doit être implantée à proximité d'une maison d'accouchement.

16

Objectifs

- **Objectif général:**
 - Contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales.
- **Objectifs spécifiques:**
 - Faciliter l'accès des femmes des localités rurales enclavées aux maisons d'accouchements;
 - Réduire le délai de transfert vers la maternité hospitalière de référence en cas de complications;
 - Améliorer les connaissances et sensibiliser les femmes dans le domaine de la santé maternelle et infantile;
 - Mobiliser les acteurs du développement local (autorité locale, élus , société civile,...) autour de la problématique de la santé maternelle et infantile.

17

Mission

- Assurer l'hébergement, l'alimentation et autres services pour la parturiente et son accompagnante;
- Développer d'autres activités selon les besoins spécifiques :
 - Éducation sanitaire des femmes sur l'allaitement maternel, la vaccination, l'espacement des naissances, la nutrition, l'hygiène,...
 - Information et sensibilisation sur des questions spécifiques comme le développement du petit enfant la scolarisation des filles,...

18

Critères d'implantation

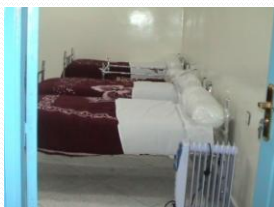
- Milieu rural;
- Couvrir un territoire de 1 à 7 communes peuplées d'au moins 50 000 habitants;
- Nombre d'accouchements attendus d'au moins 1000 par année dans l'aire de desserte de chaque Dar Al Oumouma;
- Proximité d'une structure de santé avec lits d'accouchement, médecin, sage-femme, ambulance et téléphone;
- Possibilité d'évacuer les cas urgents vers un centre hospitalier offrant des soins complets dans les meilleurs délais;
- Engagement des partenaires (autorité locale, communes, ONGs,...).

19



DAO Zoumi, Province de
Chefchaouen

DAO
Tazarine,
Province de
Ouarzazate



20

MODALITÉS DE GESTION ET FONCTIONNEMENT

- Comité d'orientation et d'appui composé de:
 - L'autorité locale;
 - Présidents des communes concernées;
 - Délégation provinciale de la santé.
- Le financement (investissement et fonctionnement) est assuré par les communes bénéficiaires et d'autres partenaires (conseil provincial, donateurs...);
- La gestion opérationnelle de DAO est assurée par une association locale dédiée exclusivement à cette fonction;
- Des conventions de partenariat sont signées entre les différents intervenants;
- Un règlement intérieur de DAO est élaboré par l'association chargée de la gestion et est approuvé par le comité d'orientation et d'appui.

21

Évaluation de l'approche « Dar Al Oumouma »

du 2005 au 2009

22

Objectifs de l'évaluation

- **Objectif général:**
 - Etablir dans quelles conditions DAO constitue une **réponse adaptée** au milieu rural pour lutter contre la mortalité maternelle et néonatale.
- **Objectifs spécifiques:**
 - Evaluer la **pertinence, l'efficacité, l'efficience, la viabilité, l'impact** du projet DAO;
 - Dégager des **orientations/recommandations** en vue de consolider et améliorer l'approche.

23

Méthodologie

- Analyse à la fois qualitative et quantitative;
- Sites de l'évaluation: 4 sites pilotes;
- Outils : Analyse documentaire, analyse statistique, entretiens/séances de travail, visites de structures et focus groups;
- Critères d'évaluation: pertinence, efficacité, efficience, viabilité et impact du projet.

24

Principaux résultats de l'évaluation (1)

Une pertinence incontestable.

- Il répond à la fois à des besoins réels de la population rurale et aux priorités politiques et stratégiques des acteurs nationaux et internationaux concernés.

Une efficacité croissante, mais encore insuffisante.

- Les indices de fréquentation de DAO s'améliorent au fil du temps mais sont inégaux selon les sites;
- Le taux d'accouchement en milieu surveillé s'est amélioré dans les circonscriptions sanitaires concernées par le projet;
- Les connaissances des familles bénéficiaires de DAO en matière de santé de la mère et du jeune enfant ont été renforcées;
- L'atteinte de la cible (femmes éloignées/enclavées) est inégalement réalisée selon les sites.

25

Principaux résultats de l'évaluation (2)

Une bonne efficacité, mais à améliorer.

- Le coût du projet apparaît comme très raisonnable et il n'existe pas d'alternative à DAO qui serait moins coûteuse tout en visant les mêmes objectifs.
- Toutefois, les budgets de fonctionnement des DAO sont à améliorer.

Une viabilité qui représente un défi capital pour sa réussite à long terme.

- Les coûts induits par le projet ont été mobilisés par les acteurs nationaux et locaux. Mais, le budget alloué mérite d'être amélioré pour assurer une meilleure efficacité et garantir la qualité des prestations.

26

Principaux résultats de l'évaluation (4)

Un impact difficile à mesurer.

- L'impact direct du projet sur la mortalité maternelle et néonatale est difficile à mesurer du fait de l'intervention d'autres déterminants.
- Amélioration de la prise de conscience et de la mobilisation des acteurs communaux en faveur du droit à la santé des femmes et des enfants.

27

Productivité des 04 DAO et des maisons d'accouchement de proximités: 2006-2009



28

Productivité des DAO et M.A.

- Le graphique ci-dessus montrent que la proportion de femmes venues en pré-partum dans les DAO sites d'évaluation augmente sur les quatre années, de même pour le nombre d'accouchement dans les maisons de proximités.

29

Défis et Perspectives d'amélioration ⁽¹⁾

Trois recommandations en vue de l'amélioration de l'approche:

1. Respecter les critères d'implantation tels qu'ils ont été définis;
2. Renforcer le cadre institutionnel par :
 - L'institutionnalisation du partenariat entre les deux départements de tutelle clés du projet: MS, MI;
 - Délimitation des obligations des partenaires chargés de la mise en œuvre du projet au niveau local: Délégation de la Santé, Province, Communes.

30

Défis et Perspectives d'amélioration (2)

3. Garantir la qualité de l'offre de service DAO:
 - Standardiser et normaliser le paquet des activités développées;
 - Renforcer les compétences des équipes de sensibilisation et de gestion;
 - Labelliser le projet DAO.

31

Merci pour votre attention

32