



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Mortalité maternelle au Maroc

« Prévenir mieux que guérir »

Présenté par

Souad JELLAL

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département **Santé**

Spécialité **Santé Internationale**

Le 30 Mars 2009

Devant le jury composé de :

Dr. Christian MESENCE

Président

Directeur du Département Santé à l'Université Senghor
Alexandrie - Egypte

Prof. Vincent LEROUX

Examineur

Médecin de Santé Publique, Professeur à l'Ecole Centrale
de Paris, Médecin des hôpitaux, Hôpital National de St
Maurice - France

Dr. Maged CHOUKRY

Examineur

Chirurgien Gynécologue Accoucheur, diplômé de biologie
de la reproduction, Faculté de Médecine de Lyon

Remerciements

La réalisation de ce travail n'aurait pas été possible sans le concours de certaines personnes qui m'ont soutenu. Ainsi je tiens à remercier très profondément :

- * *Dr Christian Mèsseng, Directeur du Département Santé à l'Université Senghor pour son soutien académique et moral, ses conseils avisés et son accompagnement tout au long de cette formation;*
- * *Dr Vincent Leroux, Médecin de santé publique et Professeur à l'École centrale à Paris pour son encadrement pendant mon stage et pour l'élaboration de ce mémoire, ainsi que son encouragement et pour avoir su me transmettre une partie de son savoir et son expérience;*
- * *Dr Catherine Crenn Helbert, Gynécologue à la maternité de l'Hôpital Louis Mourier, Colombes et responsable de la qualité du système d'information et de la base de données Périnatal-Archif pour son accompagnement stimulant et éclairé;*
- * *Dr Jean Daniel Rainhorn, Institut Universitaire d'Etudes du Développement- Université de Genève, et Professeur associé coopté du Département Santé, pour son appui et ces précieux conseils;*
- * *Madame Sophie Guillaumas, Sage Femme cadre supérieur pour sa gentillesse et sa disponibilité;*
- * *Madame Alice Mounir, l'assistante de direction du département santé à l'Université Senghor, pour sa disponibilité et sa courtoisie;*
- * *Dr Salaheddine Bennani, Coordonnateur Régional du Ministère de la Santé au niveau de la région Rabat-Salé-Tanger-Marrakech pour son encouragement et son appui;*
- * *Monsieur Abdelmejjid El Amouri Bouazza, Responsable de service de production au niveau de la Division d'Information Education et Communication au niveau du Ministère de la Santé Maroc, pour son apport bibliographique et son appui;*

- * *Dr Jacquad Saïssi Responsable de la Santé Maternelle au niveau de la délégation médicale de Rabat-Maroc, pour son aide et ses conseils;*
- * *Toute personne qui a contribué d'une manière ou d'une autre à ce travail*
- * *Toute personne et particulièrement tous mes enseignants qui ont contribué à cette formation.*

Dédicace

Je dédie ce travail

À ma mère et mon père, pour leur encouragements et leur amour qui m'ont aidé à surmonter cette épreuve loin d'eux, de ma famille et de mon chère pays ;

À Ma sœur Chaimae et mon frère Hicham, qui m'ont soutenu tous au long de ces deux années de formation;

À mon petit bien aimé Mohamed Adam JELLAL, avec son petit visage d'ange qui me donne envie de vivre et m'accorde la force de persévérer ;

À tous les membres de ma famille

À mes amis et collègues d'études qui m'ont aidé à mener à bien cette aventure.

Résumé

Titre : « Mortalité maternelle au Maroc : Prévenir mieux que guérir »

Introduction : Conscient de l'ampleur du problème de la mortalité maternelle, le Maroc s'est investi dans plusieurs programmes sanitaires. Toutefois, le taux de mortalité maternelle a connu une baisse légère entre 1987- 1991, pour ensuite se stagner pendant une période de plus de 15 ans. Cette stagnation reflète une défaillance dans le système de prise en charge maternelle.

En vue de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, nous avons proposé de réorganiser les soins maternels au Maroc.

Méthodologie : Pour réaliser cette étude, nous nous sommes proposés de mener une étude qualitative en recueillant des données basées sur : une analyse des documents, des observations ainsi que des entretiens et en intégrant les apports du stage.

Pour la conception de notre projet, nous nous sommes basé sur la méthode du cadre logique.

Résultats et discussion : L'organisation des soins est l'un des déterminants d'une meilleure prise en charge de la santé maternelle. C'est dans cette vision que nous avons élaboré un projet de création d'un réseau de prévention et de promotion de la santé maternelle dans une région pilote. Il vise l'amélioration de l'organisation des soins prénatals et la mise en place d'une prise en charge globale et de qualité, tout en intégrant des mesures de prévention d'éducation et de promotion de la santé. En revanche, la mise en place de ce réseau pourrait être faisable à condition d'envisager un plan de gestion des risques en amont.

Conclusion : l'organisation des soins maternels en réseau va sans doute contribuer à l'amélioration de la santé maternelle, et par conséquent la réduction du taux de mortalité maternelle.

Pour être plus efficace et durable, le réseau doit élargir son champ d'action pour couvrir la totalité des composantes du continuum de soins.

Mot-clef

Mortalité maternelle, Maroc, Santé maternelle, Réseau, Système d'information, Prévention, Promotion, Education pour la santé

Abstract

Title: "Maternal mortality in Morocco: Prevention better than cure"

Introduction: Aware of the magnitude of maternal mortality, Morocco has invested in several health programs. However, the maternal mortality rate has decreased slightly between 1987 - 1991, and then stagnated for a period of more than 15 years. This stagnation reflects a failure in the system of maternal care. In order to help reduce maternal mortality, we proposed to reorganize maternity care in Morocco.

Methodology: To carry out this study, we conducted a qualitative study by collecting data based on: analysis of documents, observations and interviews, and incorporating the inputs of the internship. The design of our project was based on the logical framework approach.

Results and discussion: The organization of care is one of the determinants for a better maternal health care. It is in this context that we have developed a project to create a network of prevention and promotion of maternal health in a pilot area. It aims to improve the organization of prenatal care and the establishment of a comprehensive care and quality, while integrating prevention education and health promotion. However, the establishment of this network could be feasible on condition that a risk management plan is planned in advance.

Conclusion: the organization of maternal care network will undoubtedly contribute to improving maternal health, and consequently reducing the rate of maternal mortality. To be more effective and sustainable, the network needs to broaden its scope to cover all the components of the continuum of care.

Key-words:

Maternal mortality, Morocco, Maternal Health, Network, Information system, Prevention, Promotion, Education for Health.

Liste des Figure

Figure 1	Evolution du taux de mortalité maternelle au Maroc	7
Figure 2	Arbre des causes- conséquences.....	43
Figure 3	Circuit interne du réseau	52

Liste des abréviations

- **AUDIPOG** : Association des Utilisateurs de Dossier Informatisé en Périnatalité, Obstétrique et Gynécologie.
- **BM** : Banque Mondiale.
- **CIM** : Classification Internationale des Maladies.
- **CPN** : Consultation Prénatale.
- **DCPP** : Disease Control Priorities Project.
- **DPI** : Dossier Partagé Informatisé.
- **EPSP** : Enquête sur la Population et la Santé Familiale.
- **ESSB** : Etablissements de Soins de Santé de Base.
- **FNUAP** : Fonds des Nations Unies pour la population.
- **HNSM** : Hôpital National de Saint Maurice.
- **IEC** : Information Education et Communication
- **MEF** : Ministère de l'économie et des Finances.
- **MPEP** : Ministère de la Prévision économique et du plan.
- **MSM** : Ministère de la Santé au Maroc.
- **MSR** : Maternité sans risque.
- **NTIC** : Nouvelles Technologies d'Information et de communication.
- **OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **PEC** : Prise En Charge.
- **PERINAT/ARHIF** : Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France en Périnatalité.
- **PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'informations.
- **PSPEP** : Pôle de Santé Publique de l'Est Parisien.
- **PVD** : Pays en Voie de Développement.
- **RSZZ** : Rabat-Salé-Zemmour-Zaer.
- **TMM** : Taux de Mortalité maternelle.
- **UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
- **USAID** : Agence des Etats Unie pour le Développement International.

Sommaire	
Remerciements	i
Résumé	iv
Mot-clef	iv
Abstract.....	v
Key-words:.....	v
Liste des Figure.....	vi
Liste des abréviations	vii
Introduction.....	4
1 Problématique	5
1.1 Enoncé du problème.....	5
1.1.1 Contexte général	5
1.1.2 Contexte spécifique :	7
1.2 Justification du choix de l'étude	10
1.3 Question de recherche	11
1.4 Objectif principal.....	11
1.5 Résultat attendu	11
2 Cadre théorique :	12
2.1 La mortalité maternelle	12
2.1.1 Les causes.....	12
2.1.2 Les facteurs de risque	13
2.1.3 Conséquences.....	13
2.1.4 Mesure et évaluation de la mortalité maternelle	13
2.1.5 La mortalité maternelle et les objectifs du millénaire pour le développement.....	14
2.2 Stratégies de réduction de la mortalité maternelle	14
2.2.1 La stratégie « maternité sans risque »	14
2.2.2 Autres stratégies.....	15
2.3 Soins de santé maternelle	17
2.3.1 Contenu	17
2.3.2 Déterminants des soins prénatals :	21
2.3.3 Organisation des soins en réseau	22
2.4 Concepts stratégiques.....	24
2.4.1 Prévention.....	24
2.4.2 Promotion.....	24
2.4.3 Education sanitaire.....	25

2.4.4	Système d'information :.....	26
2.5	Synthèse de la revue de littérature	28
3	Méthode.....	29
3.1	Méthodologie de recherche.....	29
3.1.1	Les procédés de la collecte des données.....	29
3.1.2	Analyse des données recueillies	30
3.1.3	Contrainte de l'étude	31
3.2	Modèle de conception du projet : Méthode du cadre logique.....	31
3.2.1	Définition et intérêt.....	31
3.2.2	Etapes de l'approche du cadre logique (Örtengren K, 2003).....	32
3.3	L'expérience du stage à l'Hôpital National de Saint Maurice.....	34
3.3.1	Résumé du contexte et du contenu du stage	34
3.3.2	Apport du stage à la réalisation du mémoire	35
4	Résultats et discussions	38
4.1	Développement du projet	38
4.1.1	Le contexte du projet.....	38
4.1.2	Les parties concernées	40
4.1.3	Les objectifs et résultats attendus	41
4.1.4	L'arbre des causes-conséquences.....	42
4.1.5	Les axes stratégiques	43
4.1.6	Les ressources	45
4.1.7	La matrice du cadre logique.....	46
4.1.8	L'analyse de Faisabilité.....	46
4.1.9	L'analyse des risques.....	47
4.2	La présentation du projet.....	48
4.2.1	Intérêt.....	48
4.2.2	Plan global de mise en œuvre du réseau	48
4.2.3	Fonctionnement du réseau	49
4.2.4	Perspectives du réseau.....	53
	Conclusion.....	54
5	Références bibliographiques	55
6	Annexes.....	60
6.1	Annexe 1 : Les actions et les activités du plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.....	60
6.2	Annexe 2 : Evolution du TMM au Maroc entre 1978-2004	62

6.3	Annexe 3 : Objectifs spécifiques d'ici l'an 2012, pour la santé maternelle. Plan d'action 2008-2012.	63
6.4	Annexe 4 : Exemple d'indicateurs pour l'évaluation des programmes pour une maternité sans risque.....	64
6.5	Annexe 5 : La combinaison des facteurs techniques et politiques qui ont permis une réduction précoce de la mortalité maternelle dans certains pays et les obstacles dans les autres pays.....	65
6.6	Annexe 6 : Actions prénatales d'efficacité avérée et réalisables dans les PVD.....	66
6.7	Annexe 7 : Netvibes.....	67
6.8	Annexe 8 : Le parcours des femmes enceintes au Maroc.....	69
6.9	Annexe 9 : L'offre de soins existant de la région Rabat-Salé-Zemmour-Zaer au Maroc.	70
6.10	Annexe 10 : Analyse SWOT de la région Rabat-Salé-Zemmour-Zaer au Maroc.....	71
6.11	Annexe 11 : L'organigramme du réseau.....	72
6.12	Annexe 12 : La matrice du cadre logique du réseau.	73

Introduction

En donnant la vie, une femme peut risquer la sienne (OMS, 2005), or la grossesse est un événement de bonheur qui doit aboutir à une joie de naissance d'un bébé. Cependant, faute d'une prise en charge de qualité, une naissance peut se transformer en une perte de vie. Un décès maternel est à la fois une injustice sociale et une défiance du système de santé. En revanche les taux de mortalité maternelle les plus élevés sont enregistrés dans le pays en développement.

Dés 1987, la communauté internationale s'est mobilisée à réduire le taux de mortalité maternelle, en faisant de l'amélioration de la santé maternelle un des objectifs de développement. Plusieurs sommets et conférences internationaux et nationaux se sont succédés, mettant en place un ensemble de programmes et stratégies. L'organisation des soins maternelle en un continuum constitue un axe d'intervention stratégique.

Le Maroc étant qu'un pays en développement, il présente un taux de mortalité maternelle élevé. De ce fait, il s'est engagé depuis l'initiative de la maternité sans risque à faire de sa réduction une priorité sanitaire par la mise en place d'un ensemble de programmes visant l'amélioration des soins prénatals, obstétricaux et des autres services liés à la santé maternelle.

Malgré cet intéressement, les résultats au Maroc ne sont pas encore à la hauteur des attentes des citoyens et du pouvoir politique.

En plus la persistance de niveaux élevés de mortalité maternelle au Maroc, démontre la nécessité d'envisager de nouvelles stratégies.

L'organisation des soins est l'un des déterminants d'une meilleure prise en charge maternelle. L'intégration des soins, la gestion des risques, la coordination, la communication, la qualité, la multidisciplinarité et la circulation d'information, sont des composantes incontournables de cette organisation.

Au Maroc, la prise en charge des grossesses est assurée par plusieurs intervenants et structures: le secteur public et le secteur privé. Cependant cette prise en charge reste insuffisante.

Le stage que nous avons effectué sur l'organisation des soins en pôle de santé publique à l'Hôpital saint Maurice en France nous a beaucoup aider à assimiler les divers aspects du management des projets de coordination des soins et d'appréhender l'expérience française en réseau prénatal.

Le travail que nous présentant ici, en guise de mémoire de fin d'études de notre cursus de formation en master de développement en santé internationale, s'articulera autour d'une analyse de la problématique de la mortalité maternelle, une revue de littérature sur le sujet, une méthodologie d'analyse et de conception d'un projet, le résultat et sa discussion et en final une conclusion qui donne une synthèse du résultat et une réflexion sur les perspectives à venir du projet.

1 Problématique

1.1 Enoncé du problème

1.1.1 Contexte général

La mortalité maternelle présente un véritable problème de développement. Chaque année, plus d'un demi million de femmes meurent de causes liées à la grossesse et quelque 10 millions d'autres, subissent des blessures, infections, maladies ou handicaps qui risquent d'être chroniques et dont la plupart sont évitables (UNICEF, 2008).

Selon l'OMS, cinq complications directes majeures associées à l'accouchement représentent 70 % de la morbi-mortalité maternelle: hémorragies 25%, infection 15%, hypertension artérielle 12%, avortement à risque 13% et obstruction du travail 8%.

Selon la Banque mondiale, la mortalité maternelle résulte aussi d'une mauvaise prise en charge de la santé maternelle. A cela s'ajoute le manque d'accès au personnel qualifié pendant la grossesse et l'accouchement ainsi que l'avortement sans risques même lorsque la loi l'autorise. Cette mortalité est exacerbée par le niveau socioéconomique des femmes, le manque d'éducation, la malnutrition et la violence.

Compte tenu de l'ampleur de ce problème, et partant du fait que la mortalité maternelle est une injustice sociale, la communauté internationale s'est mobilisée pour lutter contre ce problème. Depuis la fin des années 1980 elle s'est engagée dans l'amélioration de la santé maternelle et la réduction des décès liés à la maternité. Cette volonté s'est traduite par une série des sommets et conférences à l'échelle internationale telle que la conférence internationale sur la maternité sans risque à Nairobi en 1987, la conférence internationale sur la population et le développement au Caire en 1994, la conférence mondiale sur les femmes à Beijing en 1996 et le sommet du millénaire pour le développement en 2000.

Après deux décennies, pleines de programmes et politiques, la situation actuelle de la mortalité maternelle ne correspond pas aux résultats attendus. Selon les dernières statistiques sanitaires de l'OMS, le taux de mortalité maternelle s'est amélioré de manière générale avec un rythme moyen de 0,4 % par an. Cependant, cette amélioration reste lente, insuffisante et inégale selon les régions. Ainsi, les décès maternels dans le monde en 2005 sont estimés à 536 000, dont la part des pays en développement s'élevait à 99 %, avec un risque de décès maternels au cours de la vie le plus élevé (il est de 1/76 pour les PVD contre 1/8 000 dans le monde industrialisé). Ce qui reflète un écart énorme d'inégalité en santé entre les pays riches et les pays pauvres (OMS, 2008).

Sous la stimulation de l'initiative maternité sans risque et afin d'adhérer aux orientations internationales (Objectifs du Millénaire pour le Développement, Maternité sans risque, Droits Humains...), le Maroc s'est engagé fermement depuis 1987 dans la recherche de solution au problème universel de mortalité

maternelle. Ainsi, l'amélioration de la santé maternelle est devenue une priorité nationale. Cet engagement s'est manifesté par la définition d'un ensemble de programmes et stratégies.

Les premières années ont été marquées par l'introduction officielle des soins prénatals en 1972 dans tous les centres de santé du pays et le renforcement des activités de planning familial (PF). Avec le plan économique national de 1981-1985, leur couverture a été élargie à l'intégration de la distribution des suppléments en fer et en vitamines pour les femmes enceintes et allaitantes.

Depuis 1987, le Ministère de la Santé Marocain (MSM), a mis en place un programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement (PSGA), où l'accent a été mis essentiellement sur les activités de soins de santé maternelle (l'introduction du vaccin contre le tétanos, l'encouragement des soins prénatals, d'accouchement et du post-partum). Ensuite, il s'est engagé dans un projet d'assistance et d'appui des programmes de PF et de la santé maternelle et infantile (PF/SMI). Il y a eu des conférences sur la MSR, une nouvelle formation des sages femmes, une évaluation du matériel et méthodes de la surveillance des grossesses et la construction ainsi que les rénovations des établissements sanitaires. Entre 1994-1999, le MSM a mis en œuvre un projet pilote sur les soins obstétricaux d'urgence (SOU) soutenu par l'organisation d'une campagne nationale d'Information, Education et Communication (IEC) portant sur la MSR à deux niveaux : les décideurs, les femmes et leurs familles (MSM, 2003).

Dans le cadre du plan quinquennal(1999-2004), «...l'accent est mis sur quatre composantes essentielles: la décentralisation de la résolution du problème de la mortalité maternelle ; l'intégration des activités de la santé de la mère dans les activités de la santé de reproduction ; l'implication de tous les partenaires potentiels dans les actions visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et des partenariats entre les différents intervenants(autres secteurs, collectivités locales et société civile)» (MSM, 2005).

En outre, un plan d'action 2008-2012 a été élaboré dans le but de contribuer à l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Il a fixé pour objectif la réduction du TMM de 227 à 50 pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2012.

Ce plan repose sur 3 axes stratégiques :

Axe 1 : la réduction des barrières d'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et l'amélioration de la disponibilité d'un personnel qualifié dans les structures d'accouchement

Axe 2 : l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement

Axe 3 : l'amélioration de la gouvernance et du pilotage du programme de lutte contre la surmortalité maternelle et infantile.

Ces axes stratégiques sont déclinés en actions et activités¹ (MSM, 2008).

¹ - Annexe 1 : Les actions et les activités du plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Maroc.

Malgré tous ces efforts, le constat aujourd'hui est que, certes le Maroc a enregistré une amélioration de son TMM mais cette amélioration reste légère, du fait que pendant la période 1985-2005, il a passé de 332 à 227 décès pour 100.000 naissances vivantes (MSM, 2004). Chaque jour, 1800 femmes tombent enceintes, 500 femmes sont victimes d'une complication liée à la grossesse, 4 femmes perdent la vie en donnant la vie, soit près de 1 500 décès maternels par an (MSM, 2008).

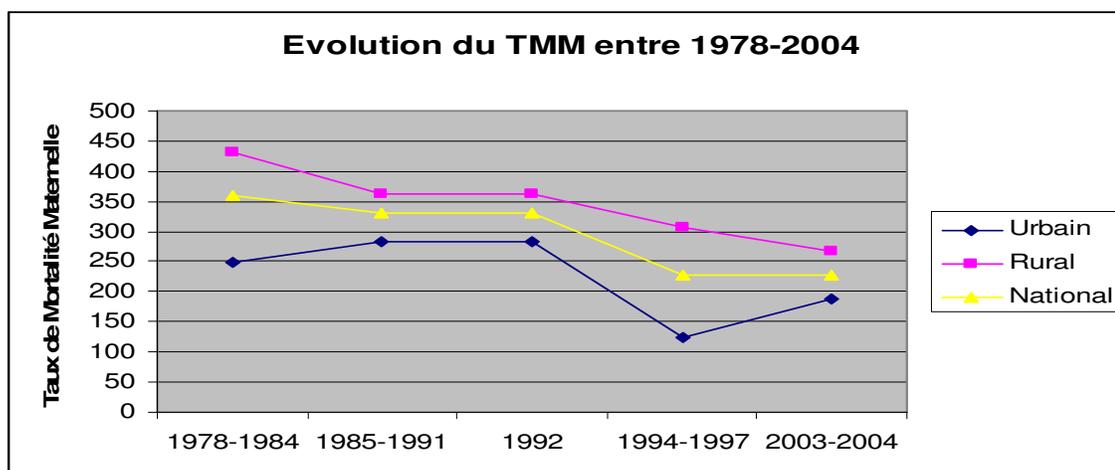


Figure 1 Evolution du taux de mortalité maternelle au Maroc².

Les causes de mortalité maternelle sont principalement les complications obstétricales directes avec 80% (hémorragie, infection, éclampsie, fausse couche,..) contre seulement 20 % de causes indirectes (anémie, hypertension artérielle, diabète,...). Cependant, l'estimation actuelle du niveau de mortalité maternelle au Maroc et ses causes reste incertaine vu l'absence d'un système fiable de collecte et traitement des données sur les décès maternels.

Cette situation reflète une image négative aussi bien pour le système de santé que pour le statut de la femme et le niveau du développement humain au Maroc.

1.1.2 Contexte spécifique :

La situation nationale de la mortalité maternelle est caractérisée par des difficultés d'accès aux soins. On note, une faible qualité des soins, une insuffisante mobilisation des compétences et une défaillance du pilotage du programme (MSM, 2008). Par ailleurs, l'environnement dans lequel surviennent les décès maternels est caractérisé par un ensemble de facteurs favorisant : facteurs socioculturels, facteurs économiques et géographiques et ceux liés au système de santé.

²- Source : Tableau 1, Annexe 2

Les facteurs socioculturels

L'accès aux soins maternels est souvent contrarié par des obstacles socioculturels, soit au niveau de la femme elle-même, soit au niveau de son mari ou son environnement. Par exemple, il y a des femmes qui ne peuvent, ni suivre leur grossesse, ni accoucher en milieu surveillé à cause du refus de leur mari, de la négligence du risque ou bien par crainte de se faire soigner par un homme.

Même avec le développement des différentes activités qui visent l'instauration d'une égalité de sexe, les femmes demeurent encore la catégorie de la population la plus vulnérable (en 2007³, 82,1% des femmes violentées, subissent de la violence de la part de leurs conjoints). Par conséquent, elles peuvent se trouver en position désavantagée, inégalitaire et inéquitable en matière d'accès aux soins de santé, aux biens et services, aux revenus et à la prise de décision.

Un faible niveau de scolarisation et d'alphabétisation des femmes constitue un véritable handicap pour la promotion de la santé maternelle. Ainsi, selon l'Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-2004, la fréquence des soins prénatals et postnatals ainsi que l'assistance à l'accouchement par un professionnel de la santé est influencée par le faible pouvoir de décision, le faible niveau d'instruction de la femme, de même que par leur niveau d'adhésion à certaines normes qui régissent traditionnellement leurs comportements.

Facteurs économiques et géographiques

Les inégalités liées au milieu de résidence et au niveau économique influencent sur le taux d'utilisation des soins par les femmes.

Selon le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), l'urbanisation au Maroc est estimée à 56,4 % en 2007, par conséquent 43,6 % de la population vivent dans le milieu rural. Ce dernier est marqué par un taux de pauvreté de 14,5% en 2007, un taux d'analphabétisme de 46% pour les hommes et de 74,5% pour les femmes et un manque d'infrastructures hospitalières.

La tendance des indicateurs de la pauvreté est nettement à la baisse. Cependant, le statut économique des femmes marocaines reste encore faible par rapport aux hommes: un taux brut d'activité en 2007 de 27,1%, un taux de pauvreté qui s'est établi à 15,2 %, une faible implication des femmes dans l'activité économique par rapport aux hommes, un faible accès aux postes de responsabilité et participation à la politique et la persistance de la violence à l'égard des femmes (MEF, 2009).

³ - Ministère de l'économie et des finances Maroc. Rapport budget genre 2009, 2009.

Facteurs liés au système de santé

➤ L'offre de soins

Selon le MSM (2007), l'offre de soins au Maroc est marquée par une faible disponibilité de l'infrastructure hospitalière (133 hôpitaux) associée à une disparité dans la répartition spatiale (plus de 37% de la population se trouve dans un rayon de couverture supérieur à 6 KM). Il y'a aussi l'insuffisance et parfois l'absence des moyens d'évacuation vers les maternités hospitalières et une faible professionnalisation des soins obstétricaux par les sages femmes (2376 sages femmes) et gynéco-obstétriciens, avec une concentration des personnels les plus qualifiés dans les grandes villes.

Ainsi, l'offre de soins au Maroc est contrariée par des barrières géographiques, économiques et surtout un manque de moyens de communication et de coordination (ESSB-Hôpital, public-privé, référence et contre référence ...).

Quant aux ressources financières, la part de la dépense globale de santé par rapport au PIB demeure faible, elle est de 1,2% en 2008. Pour le programme de santé reproductive, de santé de l'enfant et du jeune il bénéficie de 7,56% du budget d'investissement du Ministère de la Santé (MEF, 2009).

L'analyse de la situation de la santé maternelle selon les résultats de l'EPSF 2003-2004, montre une nette amélioration des soins prénatals, postnatals, obstétricaux et d'accouchement assisté. Mais leur niveau demeure faible eu égard aux objectifs prévus dans le cadre du Plan d'Action National 2008-2012⁴. Le niveau de recours pour les femmes, augmente avec le niveau d'instruction, le statut socioéconomique et le milieu de résidence (urbain). Mais il diminue avec le rang de naissance. Selon l'OMS, pour que les soins prénatals soient efficaces, ils doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. Toutefois au Maroc, seulement 51 % des premières visites prénatales se sont effectuées précocement. Durant ces soins, il y a un manque d'information, d'éducation et de communication à l'égard des femmes et une absence totale envers la famille (seulement 39 % des femmes ont été informées des signes de complications de la grossesse), en plus du faible niveau des prestations de soins (Taux des grossesses correctement suivies est de 67,8% ; 50% d'analyses sanguines et urinaires et seulement 38 % de suppléments en fer).

Quand à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, il est faible pour la majorité de la population rurale et des villes éloignées des maternités hospitalières. Vu que les maternités de première ligne ne sont disponibles que dans les chefs lieu de Caïdats (Selon le MEF plus de 50 % du recours aux maternités hospitalières, se fait par les trois communes limitrophes des hôpitaux).

Pour la planification familiale, le taux de prévalence contraceptive n'a pas cessé d'augmenter depuis 1980. Actuellement il est de 63%, il a contribué à la baisse de l'Indice Synthétique de Fécondité (un ISF de 2,5). Ce qui limite les risques de morbi-mortalité associés à la multiparité. Ce taux est en corrélation

⁴ - Annexe 3 : Objectifs spécifiques d'ici l'an 2012, pour la santé maternelle. Plan d'action 2008-2012.

positive avec le niveau d'instruction de la femme, son niveau socio-économique, sa parité, et son milieu de résidence (urbain).

En comparant l'ISF de 2,5 à celui désiré de 1,8 (ISFD), une différence de 0,7 est attribuée aux grossesses non désirées.

Au Maroc, l'avortement est illégal, il n'est permis que lorsque la grossesse présente un risque pour la vie de la mère. Alors que cela n'a pas éliminé le recours à l'avortement non médicalisé, il y a un silence absolu sur les complications associées à cette pratique. Ce qui fausse le calcul du TMM et limite les efforts pour sa réduction.

➤ La demande de soins

La sous-utilisation des soins maternels par les femmes est liée principalement aux services de santé eux-mêmes. Les décisions des femmes de demande de soins découlent de deux considérations prépondérantes : l'accessibilité des soins et la qualité perçue des prestations (Obermeyer CM, 2000).

Selon l'EPSF 2003-2004, les problèmes perçus par les femmes, pour leur accès aux services de santé sont le manque d'argent (74%), la distance à parcourir pour atteindre un établissement de santé (60%), l'obligation de prendre un moyen de transport (56%), la méconnaissance de l'endroit où aller (51,5%), le fait d'avoir à demander la permission d'aller se soigner (47%) et enfin la crainte que le prestataire ne soit pas une femme (30,7%).

Selon les résultats des différentes études faites sur la qualité des soins maternels offerts par le secteur public, la majorité de la population était insatisfaite. Ces études ont relevé l'existence de nombreux dysfonctionnements et des problèmes de qualité qui sont liés non seulement à une insuffisance des ressources comme l'ont souvent exprimé les professionnels de santé mais aussi et surtout à des problèmes de gestion et de compétences. Pour les services ambulatoires, les résultats soulignent au niveau de la démarche diagnostic, des insuffisances qualitatives et quantitatives en personnels, en ressources techniques et une faible qualité de communication soignant- soigné. Quant à la prise en charge ou du traitement, il y a une insuffisance de dépistage des facteurs de risque, un non-respect des normes techniques et l'absence de suivi (Ministère de la prévision économique et du plan, 1998).

Au final, on peut dire que le taux de couverture des soins maternels reste faible avec une qualité douteuse et une mauvaise organisation (MPEP, 1998).

1.2 Justification du choix de l'étude

L'investissement dans l'amélioration de la santé maternelle représente de multiples avantages, au niveau économique, socioculturel, sanitaire et surtout au niveau du développement humain.

Selon la Banque mondiale, l'amélioration de la santé maternelle contribue au bien être économique et social de la famille et de la communauté. Elle constitue un facteur d'augmentation de la main d'œuvre et de la productivité des femmes en âge de procréation, par la réduction du nombre d'orphelins et par

l'affirmation de la valeur des femmes. Aussi les soins prénatals représentent une opportunité pour la mise en place de mesures préventives notamment le traitement et la prise en charge de certaines maladies ou comportements à risques, tels que le VIH/SIDA, paludisme, tabagisme, alcoolisme. Une bonne santé maternelle est un des indicateurs de la performance d'un système de santé (BM, 2006).

Enfin, la santé maternelle représente une composante du calcul de l'Indice de Développement Humain et une condition préalable pour atteindre les objectifs 4, 5 et 6 du développement pour le millénaire.

L'amélioration de la santé de la mère est donc une priorité politique, universelle, morale, puis une condition préalable pour la réduction de la pauvreté et l'épanouissement de la population. Elle assure la reproduction et favorise le développement durable.

1.3 Question de recherche

Comment réorganiser le système de prise en charge maternelle au Maroc en réseau, afin de contribuer à la réduction du taux de mortalité maternelle ?

1.4 Objectif principal

Contribuer à l'amélioration de la santé maternelle au Maroc, entant qu'une condition préalable pour toute politique de réduction de la mortalité maternelle.

1.5 Résultat attendu

La proposition d'une politique horizontale, par une réorganisation de la prise en charge de la santé maternelle, qui fait intégrer tous les acteurs et les déterminants directs et indirects, dans un seul but, celui de l'amélioration de la santé maternelle, en partant du principe selon lequel il vaut mieux prévenir que guérir.

Donc notre projet sera : « La création d'un réseau de prévention et de promotion de la santé maternelle, dans la région Rabat-Salé-Zemmour-Zaer au Maroc ».

2 Cadre théorique :

En donnant la vie, une femme peut risquer la sienne. Pourtant, nous disposons des connaissances techniques pour faire face à beaucoup, pour ne pas dire à la plupart, des problèmes et des risques qui sont déterminants pour la santé et la survie de la mère (OMS, 2005).

2.1 La mortalité maternelle

Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) :

« Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ».

Les morts maternelles se répartissent en deux groupes :

« Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus » ;

« Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse » (OMS/FNUAP /UNICEF/BM, 1999).

2.1.1 Les causes

Les causes de la mortalité maternelle sont les mêmes partout dans le monde. Environ 80% des décès maternels résultent directement des complications de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches dont la cause la plus fréquente est l'hémorragie grave.

Environ 20% des décès maternels sont dus à des pathologies préexistantes aggravées par la grossesse ou sa prise en charge, dont la plus importante est l'anémie (OMS/FNUAP/UNICEF/BM, 1999).

Environ 15 % des décès maternels sont liés aux complications d'avortements et cette proportion peut même aller jusque 30% dans certains pays en développement, de ce fait vue sa fréquence dans le monde, sa contribution majeure à la morbi-mortalité maternelle et ses implications sociales, l'avortement doit être considéré comme un problème majeur de santé publique dans l'ensemble des pays (Thonneau PF, 2001).

2.1.2 Les facteurs de risque

Les facteurs de risque pouvant entraîner des problèmes de santé graves pour la mère, voire la mort, peuvent être : sociaux, économiques ou culturels et ils peuvent être liés au système de santé ou à l'état de santé de la mère (Disease Control Priorities Project DCP, 2007).

La santé générale des femmes influe sur la santé maternelle. Ainsi, une mauvaise alimentation est un facteur de risque du fait que les carences en fer/acide folique, calcium, iode et vitamine A sont associées à une mauvaise santé maternelle et à des complications de la grossesse. En plus, le statut d'infériorité sociale et économique des filles et des femmes est un déterminant fondamental de la mortalité maternelle dans de nombreux pays (OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale, 1999).

L'âge maternel, les paramètres obstétricaux et ceux médicaux sont des facteurs connus pour majorer le risque de mortalité maternelle (Bouvier-Colle M. H, 2002).

Donc pour réduire ces facteurs de risque, les améliorations apportées aux systèmes de santé doivent être complétées par une attention portée aux divers facteurs sociaux, économiques et culturels ainsi qu'aux droits de la reproduction (DCPP, 2007).

2.1.3 Conséquences

La mortalité maternelle est un problème de grande ampleur vu ses conséquences à la fois sociales culturelles et économiques. En fait, elle entraîne une perte importante en ressources humaines et une augmentation du nombre d'orphelins. Une société privée de la contribution des femmes est une société qui verra sa vie économique et sociale décliner, sa culture s'appauvrir et son potentiel de développement se limiter sérieusement (OMS/FNUAP/UNICEF/BM, 1999).

2.1.4 Mesure et évaluation de la mortalité maternelle

Afin de mesurer l'évolution de la mortalité maternelle et l'évaluation des programmes pour une maternité sans risque, des indicateurs et des méthodes divers sont utilisées. Cependant, attribuer des changements au programme lui-même peut être difficile, et fournir la preuve « Scientifique » de l'efficacité d'un programme peut se révéler infaisable (Ronsmans C, 2001).

L'indicateur traditionnel « taux de mortalité maternelle » n'est plus recommandé pour suivre les progrès accomplis à court terme et ce pour plusieurs raisons : l'absence ou l'inefficacité des systèmes d'enregistrement des décès maternels dans les PVD et l'aspect relativement rare des événements des décès maternels. On utilise maintenant, dans la plupart des cas, des indicateurs de bon déroulement. Présentant de multiples avantages ils permettent le suivi des progrès des programmes, ainsi que le ciblage des interventions nécessaires pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles par les décideurs et les planificateurs, en plus de leur faible coût de la collecte des données (OMS/FNUAP/UNICEF/BM, 1999).

Pour avoir des informations précises et valides, les décideurs font souvent recours à une stratégie d'évaluation. Cette dernière doit être normalement faite sur mesure pour satisfaire les besoins spécifiques de chaque niveau de prise de décision et non pas chercher à mettre en place un modèle universel d'évaluation. Donc, il faudrait évaluer⁵ plutôt que mesurer (Ronsmans C, 2001).

2.1.5 *La mortalité maternelle et les objectifs du millénaire pour le développement*

Le problème de mortalité maternelle a été souligné dans l'Objectif 5 du Millénaire pour le développement : « Améliorer la santé maternelle, dont une des cibles les plus ambitieuses vise à réduire de trois quarts le TMM entre 1990 et 2015 ».

En plus l'amélioration de la santé maternelle est liée à d'autres OMD : les coûts associés à la mauvaise santé des femmes sont souvent une cause d'appauvrissement. Ainsi une bonne santé maternelle peut faire reculer la pauvreté (OMD 1). Ensuite, l'administration de soins spécialisés aux mères pendant l'accouchement et dans les heures qui suivent la naissance contribuera à améliorer la survie de l'enfant (OMD 4). Aussi des services obstétricaux efficaces permettront également de prévenir et traiter le paludisme chez les mères et les bébés puis de prévenir la transmission du VIH (OMD 6).

Enfin, l'amélioration de la santé maternelle influe sur le développement humain partout dans le monde (UNICEF, 2008).

2.2 Stratégies de réduction de la mortalité maternelle

L'histoire de la réduction de la mortalité maternelle dans les pays industrialisés a commencé, avant même, le développement de la science et de la technologie. Les succès relatifs et les échecs ont été influencés par une information précoce, une volonté politique et une stratégie basée sur la proximité géographique, culturelle et financière⁶. Pour les PVD, les réductions les plus précoces et les plus importantes ont été obtenues là où les services de santé étaient bien organisés et accessibles (Van Lerberghe et De Brouwere, 2001).

Cependant, le problème de la mortalité maternelle est resté négligé dans plusieurs pays. Il a fallu attendre la conférence de Nairobi en 1987 pour que la communauté internationale se mobilise pour s'attaquer à ce problème (UNICEF, 2008).

2.2.1 *La stratégie « maternité sans risque »*

L'initiative maternité sans risque (MSR) a été lancée en 1987 lors de la conférence internationale de Nairobi au Kenya avec, pour but, de réduire le nombre de décès liés à la maternité dans les PVD.

⁵ - Annexe 4 : Exemple d'indicateurs pour l'évaluation des programmes pour une maternité sans risque.

⁶ - Annexe 5 : La combinaison des facteurs techniques et politiques qui ont permis une réduction précoce de la mortalité maternelle dans certains pays et les obstacles dans les autres pays.

Elle a suscité 4 axes stratégiques (Fernandez H et Weil O, 1999) :

- « a. la généralisation des soins de santé primaires seuls susceptibles d'apporter " la santé pour toutes" ; dès l'enfance et l'adolescence et de rendre très largement accessibles les services de planification familiale;
- b. le développement de consultations prénatales comportant le dépistage des grossesses à risque ;
- c. la formation de personnes susceptibles d'assister tous les accouchements, à domicile et à l'hôpital;
- d. le renforcement de soins obstétricaux (1er niveau de référence) accessibles aux femmes à risque et en cas d'urgences pendant la grossesse, pendant l'accouchement et pendant le post-partum».

À l'épreuve du temps, l'impact des interventions de cette initiative sur la mortalité maternelle a été remis en cause. Ainsi, l'importance des facteurs socio-économiques, la pertinence de la notion de grossesse à risque, la place et les objectifs des consultations prénatales (CPN), le rôle de la planification familiale, ont été relativisés par un ensemble d'auteurs. Pour eux, la réduction de la mortalité maternelle repose sur la disponibilité et l'accessibilité des soins obstétricaux, quels que soient les multiples facteurs influençant l'évolution d'une grossesse et les risques maternels (Fernandez H et Weil O, 1999).

La stratégie de lutte contre la mortalité maternelle s'est basée sur la notion du risque évitable (Van Lerberghe et De Brouwere, 2001). Cependant, selon ces auteurs, cette approche présentait des inconvénients du fait de sa faible valeur prédictive et de la fausse sécurité qu'elle pouvait induire chez les fausses négatives. Ils ajoutent que, dans les années 90, la communauté internationale a finalement compris que chaque grossesse comporte un risque.

2.2.2 *Autres stratégies*

L'initiative de la MSR a été suivie par une série de rencontres et de conférences internationales et nationales qui, en adoptant le même objectif que cette dernière, ont élaboré un ensemble de recommandations, à savoir :

- La déclaration commune de l'OMS/FNUAP/UNICEF/ BM, suggère une approche consensuelle de la solution du problème. Selon cette déclaration la majorité de décès maternels pourraient être évités moyennant une action préventive et des soins appropriés. Aussi une coordination des efforts s'impose sur le long terme, au niveau de la législation et de la politique nationale, au niveau de la famille et de la communauté et au niveau du système de santé.

Les interventions sanitaires, sociales et économiques destinées à réduire la mortalité maternelle ne sauraient prendre la forme de programmes verticaux isolés, car elles sont plus efficaces lorsqu'elles sont appliquées simultanément (OMS/FNUAP/UNICEF/ Banque mondiale, 1999).

- Pour l'OMS, améliorer la santé maternelle nécessite une réorientation des stratégies techniques élaborées dans le cadre des programmes de santé maternelle, une amélioration de

la situation sociale, politique et juridique de la femme et un accès universel et continu aux soins.

Améliorer l'issue de la grossesse suppose des soins prénatals efficaces et préventifs, des soins qualifiés et attentifs lors de l'accouchement et pendant les suites de couches, puis des soins adaptés et de qualité pour les grossesses non désirées et les avortements. Pour mener à bien ses soins, il faut améliorer l'information et l'éducation tant quantitativement que qualitativement.

Assurer un accès universel et continu aux soins nécessite une augmentation de l'offre de services, un paiement correct des soignants et surtout la suppression des barrières géographiques et financières (OMS, 2005).

- Selon la BM, plusieurs facteurs contribuent à la mortalité maternelle mais, l'un des moyens les plus efficaces pour protéger la santé maternelle consiste à améliorer les systèmes de santé et les soins de santé primaires afin de s'assurer de la disponibilité du personnel qualifié à tous les niveaux et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence 24 heures sur 24.

Les principaux axes d'intervention recommandés par la BM sont : améliorer la couverture et la qualité des soins prénatals et postnatals ; s'attaquer au problème des grossesses non désirées et inopportunes ; décourager les mariages et l'accouchement précoces chez les adolescentes ; assurer la présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement ; améliorer les systèmes de santé afin d'augmenter la disponibilité et l'accessibilité des soins obstétricaux d'urgence et enfin encourager l'implication des hommes et promouvoir des relations intersectorielles (BM, 2006).

- Selon le rapport Disease Control Priorities in Developing Countries, deuxième édition (DCP2), les experts internationaux reconnaissent qu'aucune intervention de santé ne peut à elle seule réduire de façon notable la mortalité maternelle. Cependant, ils mettent l'accent sur trois voies principales pour éviter des conséquences désastreuses, à savoir la prévention des grossesses, la prévention des complications et la prévention du décès résultant de complications durant la grossesse et la naissance, ce qui implique une bonne qualité de soins (DCPP, 2007).
- L'USAID quant à lui, recommande les soins prénatals focalisés, comme la meilleure stratégie, moins chère et plus rapide. Ces soins sont axés sur la qualité des soins au lieu de leur quantité.

Les soins prénatals présentent un point d'entrée pour toute une gamme de services de santé au niveau de la prévention et la promotion, ainsi qu'un maillon essentiel dans le continuum des soins.

La mise en application des soins prénatals focalisés est réalisée en 4 grandes étapes: l'identification des conditions de santé préexistantes ; la détection précoce des complications ; la promotion de la santé et prévention de maladie puis la préparation à la naissance et aux complications.

Pour mener à bien ces soins focalisés, ils devraient inclure le conjoint ou un autre membre de la famille de la femme, être appropriés du point de vue culturel, faire partie du continuum de soins et enfin être individualisés et intégrés.

Les soins prénatals efficaces seuls ne peuvent pas prévenir la mortalité maternelle et néonatale. En revanche, ils aident à assurer des résultats les plus sains que possibles pour la femme et le nouveau-né (USAID et ACCESS, 2007).

- Selon l'UNICEF, les stratégies de réduction des décès maternels sont parfaitement connues, nul besoin d'attendre d'autres progrès scientifiques ou de faire des études supplémentaires. Il suffit de fournir aux femmes un continuum de soins englobant la nutrition, la prévention des grossesses non désirées et des avortements non médicalisés, l'octroi de soins de grande qualité et de longue durée quand elles sont encore petites filles, pendant l'adolescence, bien avant la conception de leurs enfants, puis pendant la grossesse et l'accouchement et pendant la période post-partum. Ce continuum doit intégrer des soins à domicile, communautaires, ambulatoires et en établissement de santé.

Afin que ce continuum soit durable et efficace dans un système de santé dynamique, il faut un élargissement rapide des services essentiels ; une évaluation des causes locales de mortalité et de morbidité maternelles avec une consignification de chaque décès maternel ; un renforcement des capacités en matière de ressources humaines ; un soutien des efforts visant à abaisser les obstacles financiers avec une utilisation efficace des budgets ; une incitation au secteur privé à intervenir ; une généralisation de l'éducation pour chaque enfant et enfin une autonomisation des femmes (UNICEF, 2008).

2.3 Soins de santé maternelle

2.3.1 Contenu

Les femmes courent un risque élevé de mortalité et de morbidité suite à des complications avant, pendant et après la naissance. Afin de limiter ces risques, il faut une bonne couverture par des interventions spécifiques dans le cadre d'un continuum de soins, qui regroupera : des soins prénatals, une assistance qualifiée pendant l'accouchement, des soins obstétricaux d'urgence, des soins post-partum, une contraception et une planification familiale (UNICEF, 2008).

Ce continuum doit être en termes de temps (avant, pendant et après la naissance), de lieu (lier l'ensemble des services) et de personnel qualifié. Les soins peuvent être fournis au foyer, au niveau primaire et secondaire (DCPP, 2007).

a. Avant la grossesse :

- Information, Education et communication

L'accès à des programmes d'information, d'éducation et de communication de la planification familiale (IEC), aide les femmes à mieux planifier leurs choix afin d'éviter des grossesses multiples et non désirées. Les recherches ont démontré que les femmes sont confrontées à un plus grand risque de mort ou d'invalidité suite à des grossesses non planifiés, fréquentes et non désirés. (DCPP, 2007).

Les programmes d'IEC doivent se poursuivre pendant et après la grossesse.

- Consultation préconceptionnelle

La période qui précède la conception et la grossesse offre des occasions de déceler et de traiter les carences nutritionnelles ainsi que les maladies endémiques comme le paludisme et les maladies sexuellement transmissibles. On peut également faire de la prophylaxie en vaccinant les femmes contre le tétanos, en leur donnant une complémentation en fer, et en offrant un dépistage gratuit et confidentiel du VIH (OMS/FNUAP/UNICEF/ Banque mondiale, 1999).

b. Pendant la grossesse et l'accouchement

- SOINS À DOMICILE

Ces soins incluent la sélection du lieu et de la personne aidant la naissance, ainsi que la sélection d'un moyen de transport rapide vers un centre de soins ou un hôpital et, parfois, l'identification d'un donneur de sang compatible en cas d'hémorragie.

Aussi, il faut que la femme enceinte, les membres de sa famille et d'autres membres de la communauté, y compris les aides traditionnelles à la naissance, apprennent à reconnaître les signes de risque et à prendre les décisions appropriées (DCPP, 2007).

- SOINS DE NIVEAU PRIMAIRE

L'OMS recommande uniquement quatre visites prénatales dans le cas de grossesses normales, chaque consultation devrait apporter les soins nécessaires en fonction de l'état de la femme et la phase de la grossesse, ainsi qu'une préparation à la naissance. Néanmoins, en cas de détection de problèmes réels ou potentiels, il faut augmenter la fréquence et la profondeur des consultations (USAID et ACCESS, 2007).

- Soins prénatals :

L'histoire de la réduction de la mortalité maternelle dans les pays industrialisés et les preuves scientifiques récentes mettent en cause le rôle de la consultation prénatale (CPN). Toutefois, elle a un rôle certain à jouer dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans les PVD, d'autant que son fort taux d'utilisation par les femmes offre une occasion unique de contact avec les services de santé⁷ (Pruel A *et al.*, 2002). Ainsi, la période prénatale est un bon moment pour proposer aux femmes des interventions et des informations qui amélioreront leur santé, leur bien-être et leur survie.

⁷ - Annexe 6 : Actions prénatales d'efficacité avérée et réalisables dans les PVD

L'UNICEF, le FNUAP et l'OMS recommandent le recours aux consultations prénatales qui fournissent des services importants, tels que le traitement de l'hypertension pour éviter l'éclampsie, la vaccination contre le tétanos, la prévention des maladies sexuellement transmissibles (VIH), la supplémentation en fer et la préparation à l'accouchement, notamment l'information sur les signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement (UNICEF, 2008).

L'échographie est l'un des examens incontournable au cours des soins prénatales. Elle a fait la preuve de son intérêt surtout dans un environnement où les examens complémentaires sont inexistantes. Elle peut dépister des situations à risque ou éclairer la démarche diagnostique en cas d'urgence ou de référence, donc la généralisation de l'échographie obstétricale est une nécessité dans les pays en développement (Vangeenderhuysen.C et al., 2002). Selon une étude dans la région de Ziguincho (Sénégal), la fréquence élevée de la mortalité maternelle est la conséquence d'un retard de prise en charge des complications, en raison d'une inaccessibilité de moyens de diagnostics parmi lesquels figure, en bonne place, l'échographie (N'Diaye et al., 2003).

Le diagnostic et le suivi d'une grossesse nécessitent un suivi biologique. Le diagnostic de grossesse repose encore sur la recherche de l'HCG dans la circulation maternelle. Pour la surveillance obligatoire d'une femme enceinte, elle comprend le groupage sanguin, la recherche d'agents pathogènes et de leur expression biologique (toxoplasmose, rubéole, hépatite B, syphilis), la recherche d'une protéinurie et d'une glycosurie et le contrôle de la numération globulaire selon un calendrier programmé. En plus de ces analyses obligatoires, une surveillance non obligatoire est conseillée. Cependant il faut noter que le suivi biologique materno-foetal doit être adapté aux types de pathologies diagnostiquées et nécessite une surveillance toute particulière de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum (Badonnel Y et al., 1997).

La CPN doit permettre d'orienter les femmes vers le lieu d'accouchement le plus approprié en fonction de leur histoire, de l'histoire de la grossesse, des risques et des pathologies dépistées. Le « plan d'accouchement » qui est la planification de l'accouchement avec la femme et sa famille doit être rediscuté à chaque consultation en fonction de l'évolution de la grossesse (Pruval A *et al.*, 2002).

- Soins à l'accouchement :

L'une des interventions les plus essentielles pour prévenir la morbi-mortalité maternelle, consiste à s'assurer que les femmes reçoivent des soins appropriés pendant l'accouchement.

Tous les accouchements devraient avoir lieu sous la surveillance d'un personnel qualifié, capable de travailler dans de bonnes conditions d'hygiène, de reconnaître les complications, d'administrer le traitement et de référer la femme vers les urgences au bon moment. En cas de référence vers les services d'urgence, le personnel qualifié doit être soutenu par un système de santé qui fonctionne correctement (UNICEF, 2008).

En plus, il faut assurer une prise en charge complète et de qualité des avortements dans des conditions de sécurité, afin de réduire les décès dus aux avortements provoqués (MR Campbell O, 2001). Selon

l'OMS, mondialement, les avortements sont pratiqués chaque année dans des conditions précaires dont 95%, dans les PVD (Thonneau PF, 2001).

- SOINS SECONDAIRES :

Les experts en obstétrique s'accordent pour reconnaître que la mortalité maternelle ne peut être réduite sans soins secondaires efficaces concernant les complications (DCPP, 2007). Pour l'OMS, la prévention des décès maternels exige que les femmes enceintes doivent avoir accès à des personnels qualifiés et un environnement favorable incluant un système de référence effectif. Ainsi il faut augmenter et réguler l'offre de soins obstétricaux d'urgence, améliorer leur qualité et leur accessibilité par l'organisation de réseaux de maternité avec des systèmes fonctionnels de référence et contre référence (Pruval A, 2004).

Pour qu'un établissement soit équipé, afin d'administrer des soins obstétricaux d'urgence, il faut qu'il comporte sept fonctions capitales: «administration parentérale d'antibiotiques, médicaments ocytotiques et anticonvulsivants; délivrance artificielle du placenta; évacuation du contenu utérin; accouchement par voie basse instrumenté; et réanimation néonatale. Un établissement équipé pour administrer des soins obstétricaux d'urgence complets peut pratiquer des césariennes et des transfusions sanguines, en plus de ces sept fonctions capitales » (UNICEF, 2008).

c. Après l'accouchement

- Soins post-partum :

La période post-partum couvre les 42 jours qui suivent la naissance. La plupart des décès maternels surviennent au cours de la première semaine de cette période. Donc, il apparaît clairement qu'il faut développer ces soins et améliorer leur qualité et leur continuité et assurer la coopération entre les services ultérieurs au niveau de l'établissement et dans la communauté (UNICEF, 2008). Ces soins devraient inclure la prévention et le dépistage précoce des complications maternelles et néonatales, ainsi que des conseils en matière de contraception pour permettre à la mère de bien se rétablir avant la grossesse suivante (OMS/FNUAP/UNICEF/ Banque mondiale, 1999).

Aussi la surveillance du nouveau-né et de la mère durant les quatre semaines au-delà de la naissance, nécessite un suivi biologique, cependant aucun examen systématique n'est à préconiser. Des examens liés à des pathologies particulières sont à envisager cas par cas (Badonnel Y et al., 1997).

- Soins post-abortum :

Après un avortement, les femmes doivent accéder à des soins adaptés de grande qualité dans la mesure où la loi le permet, afin de diminuer le poids des complications des avortements (OMS, 2005). En effet le risque de décès à la suite d'un avortement est extrêmement élevé: 1/150 000 dans les pays développés contre 1/150 dans les PVD (Thonneau PF, 2001).

- La planification familiale :

Selon Cleland, John, et al. L'accès à une contraception efficace protège la santé de la mère en évitant handicaps et décès. La promotion de la planification familiale dans le cadre d'une politique nationale, permettrait d'éviter un tiers des décès maternels dans les pays où les taux de natalité sont élevés.

L'espacement des naissances d'au moins deux ans augmente la chance de survie d'un enfant. Ainsi, la contraception évite les avortements non médicalisés, d'où la nécessité de rendre accessible les soins de planification familiale (UNICEF, 2008).

2.3.2 Déterminants des soins prénatals :

Le fait que les soins existent, ne garantit pas qu'ils soient utilisés, leur utilisation dépend de plusieurs facteurs : économiques, socioculturels et ceux liés au système de soins.

Economiques

Le lieu de résidence et la pauvreté représentent des barrières à l'utilisation des services sanitaires. Partout dans le monde, les femmes qui accouchent en milieu urbain ont deux fois plus de chances de recevoir l'aide d'un personnel qualifié que celles qui accouchent en milieu rural. Aussi, dans le monde en développement, il y a une différence notable dans l'accès à un personnel qualifié entre les riches et les pauvres au détriment de ces derniers, les femmes les plus pauvres sont moitié moins nombreuses à bénéficier de la présence d'un personnel qualifié pendant leur accouchement que les femmes les plus riches (UNICEF, 2008).

Socioculturelles

La culture et les traditions influencent la demande des soins post-partum par les mères, même en présence de signes de risque (UNICEF, 2008). Aussi, le statut d'infériorité sociale et économique des filles et des femmes est responsable de leurs accès limités à l'instruction, à une alimentation équilibrée, ainsi qu'aux prestations de soins de santé ou de planification familiale (OMS/FNUAP/UNICEF/ Banque mondiale, 1999).

Offre de soins

Les obstacles à l'offre de soins sont principalement les barrières géographiques : l'absence d'établissements de santé à proximité des communautés rurales ; l'absence de moyens de transports et de routes praticables et parfois l'absence des infrastructures efficaces, des fournitures et des équipements médicaux, ainsi qu'un personnel qualifié. Dans la plupart des cas, les soignants qui travaillent dans le dispensaire local ne sont pas toujours capables d'évaluer la gravité des complications maternelles et de fournir rapidement un traitement ou de référer la patiente vers un service adéquat (UNICEF, 2008).

2.3.3 Organisation des soins en réseau

Le système de soins a connu une grande évolution, suite au développement considérable des acquis scientifiques et techniques ; l'urgente nécessité d'économiser les ressources ; l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles et une exigence de plus en plus forte de qualité de la santé. Ce qui a progressivement émergé un besoin de changement d'organisation des soins et services de proximité en santé (Bérard A et al., 2004). Les organisations dites « en réseau » conviennent particulièrement pour aider les systèmes de soins à s'adapter à cette évolution (Naiditch M et al., 2000). En outre, les soins périnataux n'auront d'impact réel que si le système de santé maternelle est organisé et ses services sont mis en réseaux (Pruval A et al., 2002).

Réseau de santé

La loi du 4 mars 2002 sur les Droits des malades et la qualité du système de santé qui en propose une définition synthétique : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations » (Bourret C, 2008).

Derrière le mot réseau se cache une polysémie. Selon sa finalité sanitaire, on peut distinguer deux grands types de réseau en santé :

- les réseaux de soins, qui visent à améliorer l'organisation des soins médicaux destinés aux seules personnes malades de la population cible ;
- les réseaux de santé qui visent à organiser la prise en charge plus globale et collective de la santé de la population-cible, et pas seulement des malades de celle-ci. Ces réseaux de santé incluent les réseaux de soins.

Dans ces deux types de réseau et plus particulièrement le second, la prise en charge visée essaie d'intégrer les dimensions, préventive, curative, palliative, ré-adaptative et psychosociale de la population ciblée.

L'objectif principal des réseaux est de décloisonner le système de santé en constituant de nouveaux espaces de coopération entre la médecine de ville et l'hôpital (Daigne M et al., 2004).

Toutefois, la promotion d'un réseau est contrariée par six risques majeurs pouvant conduire à court ou à moyen terme à son échec : la perte de maîtrise locale de la technologie ; une difficulté de s'organiser ; une faible formalisation des prestations de soins et de services de son réseau ; des difficultés à mobiliser les pairs et les partenaires ; une faible valorisation des activités du réseau et une incapacité de faire reconnaître la qualité du réseau (Leroux V, 2008).

Donc la mise en place d'un réseau doit s'asseoir sur un ensemble de conditions. Un réseau ne doit pas être imposé. Il doit centrer son objet sur le patient, comprendre tous les acteurs concernés par le problème dans une approche horizontale sans hiérarchie. Il faut que chaque « maillon » ait, à la fois, sa pleine autonomie et la conscience de son rôle dans le système. Le travail en réseau nécessite une réflexion sur l'information, les systèmes d'information et la formation en plus d'une éventuelle évaluation. Cette dernière est susceptible d'entraîner des modifications de comportement lorsqu'il s'agit d'une réelle autoévaluation initiée par les acteurs eux-mêmes. Ce nouveau mode d'organisation nécessite une réflexion sur la rémunération des acteurs, notamment les libéraux (Soulie AM, 1995).

Le réseau périnatal

Le réseau de périnatalité est un « espace de travail commun décloisonné permettant d'améliorer la proximité, la sécurité et la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, il s'agit d'une approche globale et continue de la naissance ».

Son objectif principal est d'améliorer la coordination et les relais nécessaires entre tous les acteurs à tous les stades de suivie et de prise en charge de la mère et de l'enfant afin d'assurer la continuité et la traçabilité de la trajectoire de la mère et de l'enfant et d'optimiser les prises en charge.

Tout cela doit permettre de favoriser la diminution de la mortalité et la morbidité maternelle et infantile.

Les missions d'un réseau périnatal sont multiples et convergent toutes à améliorer la qualité de la prise en charge des femmes et des nouveau-nés. Ces missions peuvent être regroupées en deux grands axes:

- Une prise en charge globale et continue des soins, en amont et en aval de la naissance, en assurant un accès précoce à des soins adaptés aux situations des femmes, un diagnostic anténatal et un entretien individuel ou en couple ; des échographies de dépistage et de diagnostic ; un accompagnement psychosocial adapté et une prise en charge adaptée à des problématiques spécifiques ou répondant à des besoins repérés comme importants dans une région, tels que les facteurs socio-économiques, les addictions et les populations spécifiques (adolescentes, femmes avec pathologie chronique) ;
- Un recueillement et une transmission des informations et évaluation des réseaux, par la mise en place d'un dossier périnatal partagé (informatique ou papier) par tous les membres du réseau ainsi qu'un carnet de santé de maternité à visée d'éducation et d'information, les deux supports sont complémentaires. L'analyse de ces dossiers contribue à l'évaluation des pratiques au sein du réseau (Ministère de la santé et des solidarités Français, 2006).

Parmi les recommandations pour avoir une grossesse à moindre risque, c'est d'assurer un continuum de soins. Ce dernier nécessite l'existence d'un système de santé opérationnel avec des infrastructures, permettant le transfert entre les structures de soins de santé primaires et les hôpitaux de référence, ainsi qu'une organisation des soins par la mise en place d'une coopération efficace et très active entre

l'ensemble des acteurs des soins obstétricaux et néonataux. Cela requiert aussi une participation des femmes et de la communauté à la conception du modèle de soins, de façon à faire en sorte que ces services répondent à leurs besoins et qu'elles y aient recours. Donc, pour répondre à ces conditions, les systèmes de soins vont devoir développer de nouvelles formes organisationnelles, parmi lesquelles l'organisation en réseau (OMS, 2005 b).

2.4 Concepts stratégiques.

2.4.1 *Prévention.*

Le principal défi pour les pays en développement est celui d'organiser des services de santé maternelle qui offrent aussi bien des interventions curatives que préventives (MR Campbell O, 2001).

La prévention peut être définie par « l'ensemble des mesures qui ont pour but d'éviter ou de réduire la gravité des maladies et des accidents :

- la prévention primaire se situe en amont des problèmes de santé, elle vise à éviter leur apparition ;
- la prévention secondaire tente de réduire leur durée d'évolution, notamment en les détectant précocement ;
- la prévention tertiaire est la plus tardive, elle a pour buts d'éviter les récurrences et d'aider les personnes malades ou handicapées à vivre au mieux de leurs possibilités ».

Chacun de ces niveaux de prévention s'exerce au travers de quatre catégories d'interventions interdépendantes : les mesures légales et socio-économiques ; les actions pour améliorer ou préserver l'environnement et les conditions de vie ; les actes médicaux et l'éducation pour la santé (Ministère de la santé et des solidarités Français, 2001).

Les soins prénatals représentent un outil primordial pour prévenir les décès maternels. Ils contribuent à la prévention de certaines pathologies de la grossesse, troubles hypertensifs, infections (MST, VIH, infection urinaire, tétanos...), anémie, carence en micronutriments et diabète gestationnel (Pruel A, 2002).

2.4.2 *Promotion.*

La promotion de la santé a été définie par la charte d'Ottawa, comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. (...) La promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. » (Comité Régional d'Education pour la Santé Languedoc-Roussillon, 2005).

La Charte d'Ottawa de 1986 a jeté des bases solides pour la théorie et la pratique de la promotion de la santé. Néanmoins, la promotion de la santé doit s'adapter pour relever les défis émergents qui se posent à la santé pour tous.

La promotion de la santé se focalise sur les conditions préalables à la santé ainsi que sur l'équité en santé. Par conséquent, pour agir efficacement sur les déterminants de la santé, tous les secteurs, y compris celui des soins de santé, de l'éducation, de l'environnement, du transport, du logement et du commerce, doivent prendre la responsabilité de promouvoir la santé.

La promotion de la santé a également un rôle important dans la lutte et la gestion des risques importants pour la santé, qu'ils soient nouveaux ou re-émergents (Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé, 2007).

2.4.3 Education sanitaire.

L'éducation pour la santé permet d'intégrer le mieux les messages de réduction des risques. Ainsi, les actions d'éducation pour la santé ne doivent pas se résumer à une simple transmission d'information. Elles doivent prendre conscience de la très grande influence des facteurs culturels et environnementaux, avec un accompagnement de mesures structurelles.

L'éducation pour la santé est définie comme « un ensemble organisé d'actions d'informations, d'éducation et de communication (IEC), qui vise à modifier dans un sens favorable à la santé les connaissances et les croyances, les attitudes, les comportements, les compétences des individus ou d'une personne ». Les méthodes les plus utilisées par l'éducation pour la santé sont les campagnes de communication, les interventions auprès des individus demandeurs et les interventions de terrain.

Pour qu'une action d'éducation pour la santé soit efficace, elle doit respecter un certain nombre de conditions : la durée, la cohérence, la rigueur méthodologique, l'éthique et un investissement financier.

Son impact positif a été relevé à deux niveaux (Moquet-Anger M-L (Ed), 2001):

- Sur le plan d'une macroanalyse, il a été relevé que les domaines ou la santé publique à le plus progressé depuis 20 ans sont, ceux où l'éducation de la santé a été le plus investi.
- Sur le plan d'une microanalyse, l'éducation pour la santé a fait l'épreuve de son efficacité en terme d'amélioration de la santé des individus, des groupes ou de la communauté.

L'éducation et la communication pour la santé et les améliorations apportées au niveau du statut des femmes, à travers l'éducation et les opportunités économiques, ont un impact considérable sur la demande des services de santé maternelle et néonatale, y compris l'administration des soins (BM, 2006). D'après une étude faite en Guinée, les facteurs de risque liés aux habitudes, coutumes et traditions sont encore ceux qui empêchent, dans une large mesure, une plus grande réduction du taux de mortalité maternelle. Il se dégage donc un impérieux besoin d'éducation et de formation dans ce contexte (Diallo FB et al., 1998).

En conclusion, l'éducation peut contribuer à l'amélioration de la santé des femmes en les incitant à recourir à des soins médicaux en cas de saignement ou de rupture prématurée des membranes pendant la grossesse ou tout autre signe de risque. Aussi, elle participe à la réduction des décès consécutifs à un avortement à risque par l'information sur la planification familiale et les dangers de l'avortement (Bergsjö P, 2001).

2.4.4 Système d'information :

Les programmes sur la "Maternité sans risque" ont mis l'accent sur l'importance de disposer d'outils de mesure des soins obstétricaux dans les pays en développement, par la mise en place d'un système d'information qui se chargera de la collecte, de la compilation et du traitement des données. Dans ce cadre, une étude de la faisabilité et de la pertinence de l'introduction d'un système d'information obstétricale dans un programme d'amélioration de la santé maternelle en Afrique a été menée au Cameroun. Ce système d'information obstétrical a été très largement utilisé et accepté par l'ensemble des formations sanitaires (Dongmo R, 2006).

Cette étude a conclu que dans le contexte difficile des pays en développement où le système de santé publique est souvent déficient, l'introduction et l'utilisation du système d'information obstétrical sont possibles et il peut générer, outre l'obtention régulière de données obstétricales, la création d'un véritable "réseau" d'échanges et de communications entre les différents acteurs et l'initiation d'un certain nombre de changements dans leurs pratiques de soins (Dongmo R, 2006).

Un système d'information médicale est défini comme un ensemble de données recueillies de façon systématique et cohérente en utilisant la même structure et les mêmes règles de codification par tous les acteurs de soins dans une spécialité donnée. Ce qui suppose une volonté commune de mettre en place un système d'information et des objectifs communs (Maria B, 1999).

Les techniques d'information et de communication (TIC) appliquées à la santé permettent la mise en place d'un système d'information orienté sur l'amélioration de la prise en charge du patient au niveau individuel (dossier médical informatisé) et/ ou au niveau collectif (consultation de la base de données à des fins épidémiologiques et acquisition des connaissances), la mise en place d'un tel système, passe par 3 étapes à savoir : « l'établissement d'une norme de dossier médical dans la spécialité, d'une norme de communication de données individuelles nominatives, de façon sécurisée et d'une norme de transmission vers un entrepôt de données à visée épidémiologique » (Mamelle N et al., 2001).

Les TIC et la santé :

L'utilisation des TIC dans le secteur de la santé vise à répondre à « un impératif créatif » par la mise en réseau des savoirs et à « un impératif productif » par une modification quantitative et qualitative de l'organisation du travail.

Les TIC supportent une organisation en réseau des soins de santé en renforçant les liens coopératifs entre acteurs et en favorisant, via le partage de connaissances et d'informations, la création des synergies dans une optique d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de santé (Grosjean et Bonneville, 2007).

Depuis les années 1960, plusieurs études déclarent que l'informatique aide à améliorer la qualité des soins. D'après L.T.Kohn et al, une étude américaine en 1990 a confirmé que la sous-informatisation du système de soins provoque des milliers de morts chaque année (Siiber D, 2005). Dès 1998, le Royaume-Uni a considéré la maîtrise de l'information comme un enjeu essentiel. Au Canada, le rapport Romanow (2002) a fait une large place aux usages de l'information, en France, les lois d'Août 2004 ont également insisté sur ces enjeux afin de développer l'efficacité de la gestion du système (Bourret C, 2008).

Les TIC et réseaux de santé :

Le développement de nouveaux outils relevant des TIC ouvre au réseau de santé de nouvelles perspectives pour assurer la traçabilité des soins et construire de nouvelles pratiques impliquant les patients. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les cloisonnements sont des facteurs majeurs de coûts et de non productivité. Le réseau répond avec son recours au TIC à la nécessité de décroisonnement des services. Toutefois cette rencontre entre les réseaux de santé et les TIC suppose la confiance de tous les utilisateurs dans les nouveaux outils TIC, cette confiance devra se construire progressivement à trois niveaux : celui de la fiabilité de l'outil, des usages qui en seront faits et de sa valeur ajoutée. Parmi les valeurs ajoutées de l'utilisation des TIC, c'est la modification de la traditionnelle asymétrie d'information entre le médecin et le patient au profit de ce dernier (Bourret C, 2008).

Pour les réseaux de soins périnataux, leur constitution implique la mise en place d'un système d'information commun à tous les établissements participant à un même réseau afin de faciliter la circulation d'informations sur les patientes d'un établissement à l'autre, surveiller les indicateurs de santé, évaluer les pratiques médicales, évaluer les politiques de santé et en particulier les réseaux de soins périnataux et fournir une aide à la gestion des patientes et des services (Maria B, 1999).

Dossier patient informatisé (DPI)

La mémoire des événements obstétricaux est bien souvent perdue, d'autant plus que les événements sont éloignés, d'où la nécessité de créer un carnet de santé maternelle sur lequel tous les événements liés à la vie génitale de la femme seraient notés et conservés d'une grossesse à une autre (Pruval A, 2002). Ce dossier parturiente a été informatisé par la suite pour faciliter le parcours de la parturiente tous au long de sa prise en charge (Mamelle N et al., 2003).

Sur la base d'un concept du système d'information qu'est « l'entrepôt de données » le DPI s'est développé comme étant un support à la communication et à l'échange d'informations, concernant le patient, entre le personnel clinique, opérant ainsi une décentralisation et un partage de l'information.

De ce fait, le DPI crée un réseau interétablissement, dans le but d'améliorer la continuité des soins dans des organisations différentes qui gagnent en réactivité et en autonomie (Grosjean et Bonneville, 2007).

L'introduction d'un système de soins informatisé autour du dossier médical électronique va:

« i) améliorer la qualité des soins, ii) réduire le gaspillage et iii) mettre le patient au centre du système, parce que son dossier médical électronique lui appartiendra. » (Siiber D, 2005).

2.5 Synthèse de la revue de littérature

Dans cette revue de littérature, nous pouvons retenir que la mortalité maternelle demeure un problème de développement. Elle est plus importante dans les pays en développement (99%) que dans les pays développés. Dans la plupart des cas, ses causes sont bien connues et évitables, elles subdivisent en causes obstétricales (80%) et non obstétricales. En plus de ces causes, il existe un ensemble de facteurs qui potentialisent le nombre élevé de décès qui peuvent être soit individuels, socioculturels, économiques ou liés au système de santé.

Pour qu'un système de santé soit en mesure d'assurer un environnement favorable à l'application des programmes d'amélioration de la santé maternelle, il faut qu'il permette à la fois des soins accessibles, efficaces et de qualité ; le tout fondé sur un système d'information sur la santé périnatale. Ainsi, la solution la plus propice à ces conditions est la réorganisation des services de santé en réseau tout en intégrant des mesures de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.

3 Méthode

Pour réaliser cette étude, nous avons commencé par un scanning du contexte général et de l'état des lieux de la situation de la mortalité maternelle au Maroc. Cela nous a permis de soulever la problématique du taux élevé de mortalité maternelle au Maroc. Ainsi, nous envisageons de vérifier dans quelle mesure une réorganisation du système de prise en charge maternelle en réseau peut contribuer à la réduction de ce taux.

Pour identifier les alternatives possibles aux fins de cette réorganisation, nous nous sommes proposés de mener une étude qualitative en recueillant des données basées sur une analyse des documents, des observations ainsi que des entretiens et en intégrant les apports du stage.

3.1 Méthodologie de recherche.

3.1.1 Les procédés de la collecte des données.

La documentation.

La documentation est d'une grande importance étant donné qu'elle va aider à relier la situation problématique aux connaissances sur le domaine de l'étude. A cet effet, diverses sources de documentation ont été consultées :

a. Documents théoriques et universitaires :

Nous avons procédé à une consultation puis à une synthétisation des documents repérés au niveau du Département d'Information Médicale (DIM) et du centre de recherche documentaire de l'Hôpital National de Saint Maurice (HNSM) en France. En suite nous avons reçu des documents auprès du système d'information du réseau AUDIPOG et de la direction qui se charge de la protection maternelle et infantile. Nos contacts et notre participation à différents types d'activités (soirées d'informations, séances de formations, séminaires et les journées de l'Hôpital Expo), nous ont permis d'accéder à divers types de documents et autres sources non publiées.

b. Consultation des sites Web :

Nous avons été appuyé tout au long de notre démarche documentaire sur une recherche approfondie des bases de données (Cairn, Medline...), des sites Internet des principaux organismes internationaux, des ministères de la santé, des réseaux périnataux et celui de l'AUDIPOG.

c. Consultation et analyse des supports d'information relatifs à la stratégie nationale de la prise en charge maternelle au Maroc

L'analyse de ces documents nous a permis de constater un ensemble de dysfonctionnements et de faiblesses dans le système de prise en charge maternelle au Maroc.

L'observation participative :

Tout au long de notre carrière professionnelle en tant que sage-femme, on a observé comme on a vécu des situations qui démontrent que la prise en charge des femmes enceintes souffre d'un ensemble de faiblesses à savoir :

- Un circuit de prise en charge mal développé, à cause du manque de communication et de coordination entre le réseau de soins de santé de base et les établissements de références (l'hôpital, les laboratoires d'analyse biologiques, les centres d'échographie...).
- Une sous utilisation des soins prénatals par les femmes, à cause des facteurs socioculturels (l'analphabétisme, refus de toucher vaginal, refus du mari, refus d'être examiné par un homme, une faible perception du risque lié à la grossesse...), des facteurs économiques (manque de moyens financiers pour se déplacer, pour effectuer les examens demander et acheter le traitement...) et des facteurs liés au système de santé (mauvais accueil, manque de confiance dans le système de santé, faible couverture du milieu rural par les établissements de santé...)
- Une grande influence des coutumes, traditions et dictons populaires dans la perception du risque par la population et en particulier par les femmes, tel que :

« Une femme qui vient d'accoucher a un pied dans ce monde et un pied dans l'autre »

Les entretiens individuels

Ces entretiens nous ont permis la description de la situation actuelle en rapport avec notre étude, pour pouvoir en tirer des conclusions et faire notre proposition pour l'amélioration de la santé maternelle au Maroc. Ainsi, les résultats des entretiens avec les personnes ressources nous ont permis de mieux connaître leur perception vis à vis de l'organisation des soins prénatals en réseau.

Nos entretiens ont intéressé l'ensemble des acteurs des soins maternelles et en particulier les profils suivants : le personnel du réseau AUDIPOG, le personnel de la maternité hospitalière de l'HNSM, l'ordre des sages femmes, les acteurs du réseau périnatal 92 Nord, le personnel de la délégation de la région Rabat-Salé-Zemmour-Zaer au Maroc.

3.1.2 Analyse des données recueillies

Afin de construire notre réflexion, les données recueillies à la suite de la recherche documentaire, sur le système marocain et les standards internationaux de prise en charge de la santé maternelle, ont été analysés sur plusieurs aspects : les forces, les faiblesses, les opportunités et les risques de l'environnement externe et interne de notre projet.

3.1.3 *Contrainte de l'étude*

Comme toute étude, celle-ci a des limites qui se manifestent dans les points suivants:

- L'inaccessibilité à l'ensemble des données sur le Maroc, cette limite est due à l'insuffisance d'une culture de la circulation de l'information en plus de notre distance par rapport à l'espace d'étude, qui ne nous a pas permis de collecter le maximum de données et d'informations. Donc la majeure partie de notre documentation sur la situation marocaine utilisée a été puisée sur les sites Internet des institutions publiques, des rapports nationaux en plus de nos propres connaissances du terrain et nos entretiens avec un certain nombre de responsables au Maroc.
- L'ancienneté des données épidémiologiques sur la situation de la santé maternelle au Maroc, qui datent de la dernière Enquête sur la Population et la Santé Familiale 2003-2004.
- Une tentative de collecte de l'information auprès de tous les réseaux périnataux et ces acteurs a été limitée compte tenu de la courte période de temps dont nous disposions pendant le stage pour mener cette étude, de la disparité spatiale des réseaux périnataux et de la non disponibilité d'un certain nombre des personnes ressources à cause des périodes des congés qui coïncident avec la moitié de notre période du stage.
- L'absence de données quantitatives sur l'impact de la nouvelle organisation de la périnatalité en réseau. Par contre l'analyse des données disponibles par le premier système informatisé de connaissance sur la santé périnatale en France (AUDIPOG) montre une amélioration des pratiques médicales et de la sécurité de la grossesse dans les populations cibles, suite à l'organisation des soins en réseau.
- Pour la conception du projet de mise en place du réseau, le budget n'a pas été élaboré à cause du manque d'information sur les données économiques et l'évolution du marché au Maroc, cette budgétisation sera faite une fois rentré au Maroc par une collecte de données sur le terrain.

Toutes ces limites, nous ont amenés à négliger le volet quantitatif pour une raison de faisabilité qui ne semble pertinente.

3.2 *Modèle de conception du projet : Méthode du cadre logique*

La méthode du cadre logique (MCL) a été mise au point à la fin des années 60 au profit de l'USAID (Örtengren K, 2003).

3.2.1 *Définition et intérêt.*

La méthode du cadre logique (MCL) est une méthode de planification des projets ciblée sur les objectifs. Elle est appliquée pour l'examen, le suivi et l'évaluation des projets et des programmes.

Son idée fondamentale est que la justification du projet de développement réside dans le fait que les services et les biens produits par le projet correspondent aux besoins des individus.

La MCL permet de créer les conditions préalables à un dialogue entre les parties intéressées, d'offrir un instrument de travail permettant d'identifier les problèmes, les besoins, les objectifs, les acteurs/ les parties intéressées, les possibilités/les hypothèses et les risques ; de contribuer à structurer la réflexion autour d'un projet ; de contribuer à identifier les problèmes et leurs causes pour ensuite concrétiser les objectifs et trouver les activités ; de créer une vision commune du projet ; de rendre plus efficace la réalisation du projet ; de réduire la durée de la planification et de la réalisation et de faciliter le suivi et l'élaboration des rapports et l'évaluation. En conclusion la MCL améliore les possibilités d'une bonne réalisation des objectifs et augmente également la viabilité du projet (Örtengren K, 2003).

3.2.2 Etapes de l'approche du cadre logique (Örtengren K, 2003)

a. L'analyse du contexte du projet (l'environnement/une analyse de la situation mondiale)

Le projet est sans cesse influencé par les différents changements économiques, sociaux et politiques qui s'effectuent dans la société. Lors de la planification du projet il faut en être parfaitement conscient.

b. L'analyse des parties concernées.

Un recensement des parties concernées et de leur rapport au projet constitue une partie importante de sa planification. Elles peuvent être réparties en 4 groupes différents:

- Les bénéficiaires/le groupe cible
- Les réalisateurs
- Les décideurs
- Les bailleurs de fond

c. L'analyse des problèmes/l'analyse de la situation

A partir d'un ensemble de questions sur la situation (le principal problème, son origine, ses causes, ses conséquences...), cette analyse vise à établir un arbre à problèmes, qui «se lit» toujours de bas en haut.

d. La formulation des objectifs

Les objectifs doivent être clairs, réalistes et mesurables.

Dans le contexte de la MCL une différence est faite entre trois niveaux d'objectifs :

- Objectif de développement/Objectif global

Il s'agit du niveau d'objectif le plus élevé, d'un objectif global qui indique la voie à suivre.

D'ailleurs il faut plusieurs projets pour arriver à la réalisation des objectifs globaux.

C'est la raison pour laquelle l'on évite souvent les indicateurs à ce niveau d'objectif.

- L'objectif (s) du projet

C'est la raison pour laquelle celui-ci est réalisé, l'objectif du projet est de résoudre le problème central/principal.

➤ Résultats :

Ces objectifs correspondent au résultat direct des activités entreprises dans le cadre du projet. Ce sont des résultats réels et évidents qui découlent logiquement des activités du projet.

e. Le plan d'activités

C'est la définition des activités qui permettront d'aboutir aux objectifs fixés pour le projet, ses activités doivent attaquer les causes des problèmes principaux.

f. La planification des ressources

Cette étape est étroitement liée à celle des activités, la définition des ressources dépend des activités à effectuer. Il s'agit des ressources en assistance technique, équipement, ressources financières, durée et locaux.

Les ressources financières peuvent être accordées sous forme de dons, de fonds ou de lignes de crédit.

g. Les indicateurs, la mesure de la réalisation des objectifs

Ils permettent de mesurer les progrès réalisés par le projet à chaque niveau et de rendre un objectif clair et évident.

h. L'analyse des risques

Elle permet d'identifier, analyser et apprécier les différents facteurs qui d'une manière ou d'une autre auront un impact sur le projet et sur les possibilités de réaliser les objectifs fixés.

Généralement les risques sont répartis en deux catégories, risques externes (impossibilité de les contrôler par le groupe du projet) et risques internes (sur lesquels le projet a des possibilités de contrôle).

A la suite de l'identification des risques, il faut que le groupe du projet cherche à les prévenir en élaborant un plan de gestion des risques (risk management).

i. L'analyse des conditions préalables à la réalisation des objectifs

Un projet n'existe pas dans un vide social, économique et politique, il dépend de la situation institutionnelle d'un pays, de ce fait le projet se trouve subordonné à des hypothèses plus ou moins favorables, d'où la nécessité de les analyser avant le lancement du projet. Ces hypothèses constituent des conditions préalables à la réalisation des objectifs, elles sont généralement indiquées à chaque niveau d'objectifs dans la matrice de la MCL.

L'ensemble de ses étapes ne se déroule pas selon un ordre bien établi, à la fin de cette analyse le projet doit être résumé sous forme de matrice qui est plus pratique à utiliser que le document de projet dans sa totalité

3.3 L'expérience du stage à l'Hôpital National de Saint Maurice

3.3.1 *Résumé du contexte et du contenu du stage*

Le stage de mise en situation professionnelle fait partie intégrante dans le cursus de formation de l'université Senghor d'Alexandrie-Egypte. Ainsi j'ai pu réaliser mon stage au niveau de l'Hôpital national de Saint Maurice (HNSM), au niveau du département d'information médicale (DIM) pendant la période : début Mai au 31 Juillet 2008, sous la direction Dr Vincent LEROUX directeur du DIM et Chef de projet de création d'un pôle de santé publique de l'Est-Parisien (PSPEP). Le stage avait pour objectif de développer les divers aspects du management de projet de coordination en relation avec la santé maternelle pour pouvoir progresser dans mon mémoire sous le thème « projet de création d'un réseau de prévention et promotion de la santé maternelle dans la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaer au Maroc».

L'Hôpital National de Saint-Maurice a été fondé en 1858 par l'Empereur Napoléon III. Il est aujourd'hui un centre actif de proximité et de référence dans le domaine de la rééducation et la réadaptation fonctionnelle, la réinsertion et les soins de suite pour l'adulte et l'enfant, ainsi que dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique. Son département d'information médicale est chargé d'assurer l'information médicale au niveau de l'hôpital, il possède deux pouvoirs : un pouvoir médical et un pouvoir administratif.

Afin de valoriser les activités existantes et de s'inscrire dans les politiques de santé publique, l'HNSM a proposé la création d'un pôle de Santé publique clinique (Prévention – Éducation- Promotion - Dépistage - Prédiction).

Ce pôle vise des actions de coordination en matière de prévention entre une équipe de santé publique clinique, un réseau de professionnels et des experts de la santé dans leurs relations avec les familles, en regroupant les besoins exprimés par la population du territoire.

Le stage que j'ai effectué sous l'encadrement efficace de mon directeur et les échanges fructueux avec les deux responsables au niveau du DIM, m'a permis de mieux enrichir mes connaissances et d'acquérir une expérience pertinente pour mon avenir professionnel et personnel.

On a aussi profité de l'expérience du stage pour réaliser d'autres activités en parallèle. Donc j'ai pu assister à une réunion de pilotage du projet « violences faites aux femmes enceintes» ainsi qu'une soirée d'information sur le même thème, au niveau de la Maternité de l'Hôpital Louis Mourier, COLOMBES ; à une Journée de périnatalité du GHU Nord à la Faculté Xavier Bichat ; à des consultations prénatales au niveau de la maternité de l'HNSM ; à une journée de formation au niveau

de la banque ARN-AMRO sur le développement durable et la gestion du risque et à une présentation de Dr Leroux V sur la gestion du risque et la gouvernance.

Aussi nous avons visité l'hôpital Expo aux portes d'expositions à Paris où se regroupent tous les acteurs de la santé pendant tous les jours de l'exposition, pour s'échanger, communiquer et suivre toutes les innovations dans le domaine.

3.3.2 *Apport du stage à la réalisation du mémoire*

Une recherche thématique

Elle s'est basée principalement sur une recherche documentaire sur mon sujet de mémoire, des entretiens avec les personnes ressources. Les résultats de cette recherche nous ont permis d'avoir une idée générale sur le système de prise en charge maternelle en France.

Le projet du PSPEP

L'expérience au sein du projet de création du PSPEP, m'a permis d'approfondir des aspects clefs et fondamentaux en matière d'approche et de gestion des projets en santé publique, d'organisation du travail au sein d'un réseau et de coordination entre acteurs. Ainsi elle a été une occasion pour tester la faisabilité de mon projet de mémoire, puisque mon sujet de mémoire fait partie du projet en création dans l'HNSM. Ainsi l'idée principale que j'ai assimilée de cette expérience, c'est que la santé publique doit d'abord être clinique avant d'être technique puis gestionnaire.

Notre participation concrète était la création d'un projet thématique sur le Netvibes⁸, ainsi on a créé un alerteur thématique sur la prévention de la santé maternelle sur le net, dans le but d'assurer une veille sanitaire permanente sur le thème traité. Il s'agit d'un outil qui sert à présenter et faire reconnaître le pôle par les internautes, aussi il permet de créer un espace de communication entre les professionnels de santé, la population cible et les responsables du pôle de santé publique de l'Est parisien.

Cet alerteur consiste à regrouper toute l'actualité, sur un thème donnée, sur une plate forme et il permet de prendre connaissance des informations renouvelables en temps réel.

Cet outil de veille permettra également de chercher en permanence tous les sites et les liens utiles sur un thème donné et les regroupés dans un seul endroit.

Le système d'information et d'évaluation : AUDIPOG

L'AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossier Informatisé en Périnatalité, Obstétrique et Gynécologie) est née en 1980 à la suite des travaux du Comité Consultatif pour l'Informatique Médicale (CCIM) au sein du Ministère de la Santé, dans le but de mettre en place un dossier périnatal commun

⁸ - Annexe 7 : Netvibes.

en France et développer l'informatisation des maternités. Cette association regroupe toutes les catégories d'acteurs de santé impliqués dans la périnatalité et contribue à deux grandes fonctions, assurer l'information sur la santé périnatale en France et une évaluation permanente des réseaux périnataux (Mamelle & Lémery, 2004).

Au cours de notre stage, nous avons pris contact avec les acteurs du réseau AUDIPOG, principalement Dr Catherine Crenn Hebert, Gynécologue à la Maternité de l'Hôpital Louis Mourier, COLOMBES et responsable de la qualité du système d'information et de la base de données PERINAT-ARHIF et Mlle Elodie Lebreton, Statisticienne responsable du programme de médicalisation des systèmes d'informations au niveau du APHP - Perinat-ARHIF. En plus on a pu assister à un ensemble d'activités réalisées par ce réseau.

L'AUDIPOG et le CNGOF, en partenariat avec AUDIVAL et l'unité INSERM 369, ont développé un système d'information « France-Périnat », dans le but de surveiller la santé périnatale, évaluer les pratiques et évaluer les Réseaux de Soins (Mamelle & Lémery, 2004).

Le mode d'action de ce système d'information peut se résumer en 4 axes :

- Une définition de dossier médical commun pour chacun des acteurs de santé en périnatalité, assurant ainsi la cohérence du recueil des données périnatales quel que soit le lieu de prise en charge des femmes enceintes ou des enfants.
- L'informatisation des dossiers, avec un codage unique et des outils informatiques de saisie et du traitement des données, cohérent d'un lieu à l'autre.
- Une informatisation cohérente d'un lieu de prise en charge à l'autre grâce au dossier périnatal partagé et à la communication au sein du réseau.
- Un système d'évaluation des pratiques et des réseaux, suite à l'entrepôt de l'ensemble des informations sur une seule base de données périnatale, ce qui permet une surveillance des indicateurs de santé, une auto-évaluation des pratiques et une évaluation du fonctionnement et de l'efficacité de l'organisation en réseau.

D'une façon générale, l'informatisation du dossier périnatal partagé permet une meilleure prise en charge de la femme enceinte et son enfant durant son parcours.

Ainsi dans ce système chaque intervenant sur chaque étape du parcours de la parturiente, recueille les informations à l'aide de son logiciel et archive ses prestations et remarques sur le disque dur de son ordinateur ou du serveur de son établissement, en suite il y a un transfert systématique d'une copie vers une plateforme de communication (base de donnée), à chaque nouvel acte l'intervenant consulté importe, de la plate forme, la dernière version à jour du dossier, qu'il enrichit à son tour avant de renvoyer la copie enrichie vers la plate forme de communication, et ainsi de suite....

Ainsi, ce système permet l'accessibilité de l'ensemble des données recueillies sur une même parturiente et son enfant par l'ensemble des intervenants dans leur prise en charge.

Dans le respect de la propriété des données confidentielles du dossier, la structure partagée des données AUDIPOG ne peut être utilisée sans accord préalable de la parturiente et une authentification des intervenants. En plus les dossiers AUDIPOG et documents AUDIPOG ne peuvent être reproduits.

Pour des fins d'évaluation, une base de donnée « anonymisée » est extradée de celle nominative, afin de pouvoir exploiter les données en vue de les exportée vers un serveur d'évaluation.

4 Résultats et discussions

L'organisation des soins est l'un des déterminants d'une meilleure prise en charge de la grossesse. La gestion et la continuité de la prise en charge maternelle grâce à un système d'information simple et fiable, puis la communication et la standardisation à travers la formation continue et l'élaboration d'un projet de grossesse, sont des composantes incontournables de cette organisation.

Au Maroc, la prise en charge des femmes enceintes est assurée par plusieurs intervenants et structures⁹: le secteur public, le secteur privé. Cependant, nous relevons une faible utilisation des soins prénatals, une prise en charge inefficace et inefficente et un cloisonnement entre les différentes structures et niveaux d'intervention du fait de l'absence de mécanismes formels de coordination, de communication et de collaboration. Tout ceci se répercute négativement sur l'état de santé maternelle.

C'est dans cette vision que s'inscrit notre projet qui vise l'amélioration de l'organisation des soins prénatals et la mise en place d'une prise en charge globale et de qualité. Par conséquent, nous allons appliquer notre projet dans une zone pilote au Maroc. Etant donné que nous avons une expérience professionnelle dans la région RSZZ et une connaissance de ses réalités socio-économiques et organisationnelles, ainsi que pour des raisons de faisabilité, le projet sera implanté dans cette région.

4.1 Développement du projet

4.1.1 Le contexte du projet

Au Maroc, le système de santé est composé de trois secteurs principaux : le secteur public (le plus important), le secteur privé à but non lucratif et le secteur privé à but lucratif. L'Etat s'occupe de la production des soins et services, du financement des soins, du management des établissements et de la régulation du secteur.

Le système national d'information sanitaire permet la collecte d'information du terrain et son retour vers le niveau central. Toutefois, ce système d'information ne permet pas la rétro-information.

La situation de la santé maternelle dans la région de RSZZ, n'est pas différente de celle du reste du pays. On y retrouve les mêmes causes et facteurs socio-économiques et culturelles, ainsi que les mêmes faiblesses du système de santé en matière de couverture et d'organisation des soins maternels.

⁹ - Annexe 8 : Le parcours des femmes enceintes au Maroc.

Présentation de l'environnement externe:

Le choix du lieu du projet a porté sur la région Rabat-Salé-Zemmour-Zaer¹⁰, située sur la côte atlantique au Nord Ouest du Royaume sur une façade maritime de 45 Km et 1,4 % de la superficie totale du pays. Surnommée "cœur du pays", elle présente un taux d'urbanisation de 81% dépassant largement la moyenne nationale (56%) et dispose de fortes potentialités naturelles, humaines et économiques.

Compte tenu de ses caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques, cette région est un territoire à forte attraction, surtout avec le poids administratif de la ville de Rabat, en tant que capitale du Maroc, ainsi que sa vocation universitaire et son rôle de noeud de communications. La population totale de la région est de 2 349 000 habitants soit 8 % de la population nationale avec un taux d'accroissement démographique de 1,4% et une densité élevée. Cette population est extrêmement jeune (58,6% ont moins de 30 ans) principalement en milieu rural. La population cible des programmes de la santé maternelle est estimée à 725 816 femmes âgées entre 15 et 49 ans et 393 079 femmes mariées en âge de procréer.

Le taux d'analphabétisme, de scolarisation, d'activité économique et les conditions d'habitations sont des facteurs déterminants pour l'état de santé de la population. Ainsi, la région a enregistré une nette progression dudit taux. Cependant, cette amélioration reste inégalitaire entre les deux sexes et les deux milieux de résidences. Les langues et dialectes parlés au niveau de la région sont l'Arabe et le Berbère.

Présentation de l'environnement interne :

L'offre de soins de santé¹¹ de base est composée essentiellement des établissements de soins de santé de base (ESSB) du ministère de la santé (4,4% de la couverture nationale) et des cabinets de consultations privées (2ème rang au niveau national).

Pour l'offre de soins de santé hospitalière, la région occupe le 1er rang avec 13% de la capacité nationale publique. Concernant le secteur privé, elle est classée en 2ème position avec 8% de la capacité nationale privée.

Au niveau de la région, les ressources humaines sont insuffisantes pour satisfaire la demande de soins de sa population et surtout en infirmiers et techniciens de santé, par contre l'effectif médical global de la région est relativement important (18% de leur effectif national).

Pour les ressources en matériel, la région dispose d'un nombre important en équipements biomédicaux. Mais la presque totalité est concentrée au niveau des hôpitaux notamment universitaires.

En dépit de l'accroissement récent et remarquable de ses ressources financières, la région souffre encore de l'insuffisance d'allocation budgétaire.

¹⁰ - A défaut de mener une étude personnelle de la région, nous nous sommes contentés des données récentes publiées dans une monographie d'Avril 2008, fournie par le délégué régional de la santé.

¹¹ - Annexe 9 : L'offre de soins existant de la région Rabat-Salé-Zemmour-Zaer au Maroc.

L'analyse des performances régionales des programmes de la santé maternelle montre que même si la plupart des indicateurs de la maternité sans risque se sont améliorés et sont supérieurs ou au même niveau que la moyenne nationale tels que par exemple : le taux de couverture par la consultation prénatale (56% contre 54% national), la moyenne des visites par femme (2,2 égale au taux national) le taux de dépistage des grossesses à haut risque (6% contre 7% par rapport au taux national), le taux de couverture par l'accouchement en milieu surveillé (83% avec un écart positif de 27 par rapport au national), le taux de prise en charge des complications obstétricales (presque 100% et 36% sans le CH Ibn Sina) et le taux des césariennes (11% dépassant le national de deux points). Il reste à diminuer les taux de mortalité maternelle (24 cas enregistrés dont 16 au CH Ibn Sina), à réduire les disparités entre les préfectures et provinces de la région et à améliorer l'utilisation qualitative, en particulier, des maternités hospitalières et également, celle quantitative et qualitative des maisons d'accouchement rurales et des cellules de SMI urbaines et rurales.

De même, une amélioration est enregistrée au niveau régional en ce qui concerne la planification familiale.

Analyse SWOT :

L'analyse de l'environnement du projet¹² (mondial, national et régional) peut être résumée sous forme de forces, faiblesses, opportunités et menaces.

4.1.2 Les parties concernées

Le groupe cible :

Le groupe cible est défini par rapport aux personnes physiques ou morales visées par les interventions stratégiques retenues.

Les principales cibles sont les suivantes :

- Cibles primaires : Les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer;
- Cibles secondaires : Les familles et les communautés ;
- Cibles tertiaires : Les prestataires de soins (public et privé), les décideurs politiques et les partenaires.

Les acteurs :

a. Les acteurs directs

Ce sont entre autres :

¹² - Annexe 10 : Analyse SWOT de la région Rabat-Salé-Zemmour-Zaer au Maroc.

- Ministère de la Santé ;
 - Les professionnels de santé : Sages-femmes, Gynécologues obstétriciens et gynécologues, Médecins généralistes, Radiologues et échographistes, Biologistes, généticiens, Psychologues.... ;
 - L'ensemble des établissements de santé publiques et privés de la région RSSZZ ;
 - Communautés et organisations communautaires ;
 - ONGs /Société Civile/ Associations ;
 - Organisations religieuses ;
 - Partenaires au développement (organismes internationaux) ;
 - Sociétés Savantes et Associations Professionnelles ;
 - Ordres et Syndicats.
- b. Les acteurs indirects (Partenariat interministériel)
- Ministère du développement social, de la famille et de la solidarité ;
 - Ministère de l'éducation nationale ;
 - Ministère de la Justice ;
 - Ministère de la Communication ;
 - Département des nouvelles technologies ;
 - Département de l'alphabétisation et de l'éducation non formelle ;
 - Département de la formation professionnelle ;
 - Département de la jeunesse.
- c. Les bailleurs de fond

Il s'agit principalement du ministère de la santé. Certains organismes internationaux qui financent la stratégie de maternité sans risque au Maroc (UNICEF, OMS, UNFPA, JICA). On retrouve également le secteur privé notamment l'industrie agroalimentaire et pharmaceutique ainsi que les sociétés savantes.

4.1.3 Les objectifs et résultats attendus

Objectif général du réseau:

- Améliorer la prise en charge des femmes enceintes au niveau de la région de RSZZ.

1.3.2 Objectifs spécifiques:

- Créer un espace commun de coordination et de communication représentant 100% les acteurs de la santé maternelle de la région RSZZ ;
- Augmenter la demande de soins prénatals par les femmes de la région à 90 % d'ici 2012 ;
- Offrir des services et des soins prénatals continus, organisés et de qualité à 95% des femmes enceintes de la région.

Les résultats attendus :

- Amélioration de la continuité et de la qualité des soins maternels ;
- Dépistage des grossesses à haut risque ;
- Prévention et promotion de la santé maternelle ;
- Sensibilisation des femmes enceintes et leurs familles sur le suivi de la grossesse ;
- Mobilisation sociale autour de la santé de la mère ;
- Information, éducation et communication en matière de santé maternelle ;
- Développement des compétences des personnels de santé ;
- Amélioration de la relation soignant-soignée ;
- Renforcement de la confiance dans le système de santé ;
- Réorganisation de l'offre de soins prénatals par une stratégie horizontale ;
- Amélioration de la coordination et de la communication dans le réseau ;
- Décloisonnement des relations entre les acteurs du réseau ;
- Partenariat multisectoriel consolidé ;
- Amélioration du suivi et de l'évaluation des soins prénatals ;
- Renforcement de la circulation de l'information ;
- Amélioration de la collecte et d'analyse des données dans le domaine de la santé de la mère.

4.1.4 L'arbre des causes-conséquences

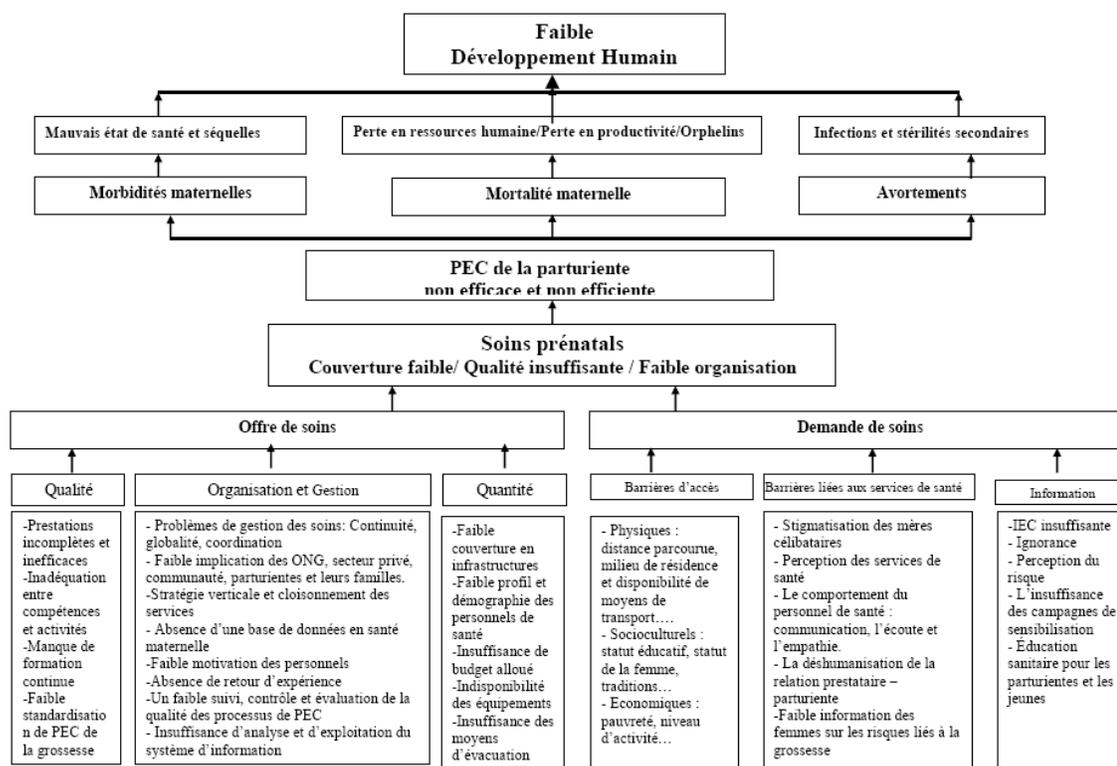


Figure 2 Arbre des causes- conséquences

4.1.5 Les axes stratégiques

Elargissement de la prise en charge de la parturiente en amont de la grossesse

- Éducation des jeunes en santé maternelle ;
- Information et sensibilisation des femmes en âge de procréer ;
- Incitation des jeunes filles aux consultations préconceptionnelles.

Prévention et promotion de la santé maternelle

- Promouvoir un mode de vie sain en tant que programme pour lutter contre les facteurs de risque d'une grossesse ;
- Promouvoir la participation communautaire ;
- Prévenir les grossesses non désirées par la planification familiale ;
- Prévenir les risques liés à la grossesse par une éducation sanitaire des parturientes et leurs familles sur les signes de risques.

Augmenter la demande de soins

- Amélioration de la qualité des prestations d'IEC ;
- Intégration des parturientes et prise en compte de leurs attentes ;
- Amélioration de l'accueil et l'accès à l'information et à la communication ;

- Mener des enquêtes auprès des parturientes pour recenser leurs besoins et évaluer leurs satisfactions.

Augmenter l'offre de soins

- Equiper les établissements de santé en matériels informatiques (ordinateur, chaises, logiciels...);
- Doter les services de matériel et de supports éducatifs nécessaires pour les séances d'IEC ;
- Assurer une dotation suffisante en bandelettes et kites pour les examens biologiques ;
- Renforcer l'équipe des infirmiers existant par une sage femme par cellule de SMI ;
- Développer le partenariat avec la société civile, les fondations selon un plan de plaidoyer et de négociation auprès des concernés par la santé maternelle.

Organiser les services de soins

- Etablir un système d'information (référence/contre référence, base de données et dossier parturiente partagé) ;
- La mise en place des moyens de coordination et de communication : la supervision, la standardisation, la formation continue ;
- Impliquer les acteurs dans une prise en charge standardisée et continue des femmes enceintes ;
- Assurer des soins globaux (consultation prénatales, spécialisées et IEC) ;
- Standardiser les protocoles de prise en charge des parturientes ;
- Elaboration d'un projet de grossesse pour chaque parturiente, suite à un entretien prénatal, pour mieux orienter les femmes enceintes et pour une meilleure gestion des risques.

Renforcer les compétences du personnel

- Formation continue des acteurs impliqués dans les activités de prise en charge des parturientes ;
- Intégration de nouveaux modules dans la formation professionnelle ;
- IEC centrée sur les grossesses à risques et les complications ;
- Utiliser rationnellement des ressources existantes et mobiliser d'autres profils.

Contrôler et évaluer

- Mettre en place un comité de suivi, de supervision et d'évaluation pour la pérennisation du réseau ;
- Analyser les données collectées dans la base de données centralisée du réseau ;
- Evaluer les activités du réseau.

4.1.6 Les ressources

Les ressources humaines :

L'organisation interne du réseau¹³ est assurée par quatre organes principaux, un comité directeur, un comité de pilotage, un groupe de travail et un comité médical et scientifique. Cette organisation est coiffée par le Ministère de la santé qui est l'acteur principal du réseau. Une assemblée générale doit se tenir annuellement pour l'élection des comités et l'évaluation et la communication des résultats des activités du réseau.

- Comité directeur : il est composé d'un représentant de chaque catégories d'acteurs, il est élu lors de l'assemblée générale annuelle, est chargé de l'administration et de la gestion courante du réseau sous réserve des pouvoirs de l'assemblée générale.
- Comité de pilotage: présidé par le délégué régional du ministère de la santé est constitué du chef du service administratif et économique, du médecin chef du SIAAP, des délégués provinciaux de la région RSZZ, il a pour rôle l'application stratégique du projet, le suivi des activités, la facilitation des contacts avec les différents acteurs, l'allocation des ressources et permettra la pérennisation du projet.
- Le groupe de travail est constitué d'une équipe multidisciplinaire dont le rôle est la consultation, l'opérationnalisation des actions et l'encadrement à travers des réunions hebdomadaires.

Des compétences internes : médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, psychologue, assistante de direction, coordinateur administratif, technicienne de statistique, technicienne en informatique. Ils sont des salariés du réseau ;

Des experts externes : conseillers en organisation, conseiller juridique, experts comptables. Ils sont nommés par le comité directeur.

- Comité médical et scientifique : il analyse et valide tous les écrits élaborés par le réseau (Protocole commun, charte du réseau, rapports d'activités...). Il veille à ce que tous ces écrits soient conçus selon les normes scientifiques et les meilleures connaissances disponibles.

Les ressources matérielles :

La détermination des ressources matérielles, sera négociée lors des réunions du groupe de travail du réseau en fonction des recommandations des experts et des moyens financiers disponibles. Toutefois, on peut citer quelques uns : local, matériel informatique et logiciels neufs, équipement mobilier, petit matériel et fourniture de bureau, consommable, matériel pédagogique ou de formation...

¹³ - Annexe 11 : Organigramme du réseau.

Les ressources financières :

Les sources de financement du réseau se composent de trois types : ressources propres (Fonds propres du Ministère de la santé, Dons), ressources locales (participation des bénéficiaires, association locale) et ressources privées (laboratoires pharmaceutiques, fondations, associations, presse féminine). En revanche leur montant sera déterminé suite aux accords du plaidoyer auprès des bailleurs de fond.

Un budget sera élaboré après l'estimation des besoins en ressources.

4.1.7 La matrice du cadre logique

La matrice du cadre logique consiste à décliner les axes stratégiques en activités, à proposer les indicateurs pour atteindre et mesurer la réalisation des objectifs spécifiques du projet.

La matrice du cadre logique¹⁴ que nous avons élaboré présente un résumé de notre projet.

4.1.8 L'analyse de Faisabilité

Faisabilité organisationnelle

Il n'y a pas de contre indication pour la faisabilité du projet puisque son objet verse dans le même sens que l'initiative nationale d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle.

Faisabilité technique

Les ressources techniques pour la réalisation du projet ont une forte probabilité d'être disponibles, à travers : le redéploiement des acteurs existants, le recrutement d'un nombre faible des ressources humaines pour l'organisation interne, l'implication des établissements de santé régionaux publics et privés intervenant dans la santé maternelle et la disponibilité des spécialistes pour les consultations, la disponibilité des standards (programme national de surveillance de la grossesse et de l'accouchement et les référentiels internationaux).

Faisabilité socioculturelle et politique

L'adhésion de la population cible visée par le projet sera assurée par une communication adéquate et adaptée en faisant appel aux éducateurs pairs.

Compte tenu de ses caractéristiques géographiques, socio-économiques et politiques, la région RSZZ regroupe la plupart des forces politiques nationales. Ce qui va faciliter leur engagement à notre cause. En plus, la santé maternelle est une des principales priorités du ministère de la santé.

¹⁴ - Annexe 12 : La matrice du cadre logique du réseau.

Faisabilité logistique

La mise en place d'un système d'information prénatal informatisé pourrait être possible grâce à l'essor du secteur des NTIC au Maroc. Le ministère de la santé a amorcé sa stratégie et ses orientations concernant les NTIC dans son système de santé. En conséquence, il a procédé par une extension de l'utilisation des ordinateurs et de service Internet dans les établissements sanitaires.

Pour l'utilisation du dossier parturiente partagé, sa faisabilité est liée à la volonté du ministère de la santé de s'investir dans l'achat des outils informatiques nécessaires et à la motivation des acteurs d'utiliser un dossier commun puis, de manipuler le matériel informatique.

Pour l'analyse des données, lors de notre stage, le réseau AUDIPOG en France nous a suggéré de lui envoyer les données recueillies selon la codification internationale, il va les analyser et rédiger un rapport de résultat. Toutefois, il faut lui envoyer à l'avance la quantité des données pour qu'il estime son devis du coût. Cette possibilité pourrait être efficace et rentable en attendant l'achat des logiciels nécessaires.

4.1.9 L'analyse des risques

Le plus grand problème sera la résistance de certains professionnels de santé et d'une partie de la population. En effet, les agents communautaires qui jouent un rôle assez important auprès des populations rurales peuvent refuser de s'intégrer dans cette démarche. Aussi, le secteur privé peut manifester un refus de coordination par souci de profit. Il serait important d'adopter une approche participative afin de les motiver et faire en sorte qu'ils s'approprient l'idée du projet. Il faudra les rassurer de ce que le réseau peut leur offrir et savoir exprimer tout ce qu'on escompte en retour.

Ensuite, un désengagement des bailleurs de fonds réduirait les budgets additionnels et risquerait de retentir sur la pérennité du réseau. Donc il faut envisager de chercher d'autres bailleurs de fonds ou bien réduire les activités du réseau afin de les adapter aux ressources financières disponibles.

En plus, si les mécanismes de coordination et de communication ne sont pas suffisamment clarifiés et maîtrisés, on risque d'aggraver davantage le cloisonnement entre les acteurs et les structures impliquées dans la PEC des femmes enceintes, ainsi, que le chevauchement des activités et le gaspillage des ressources.

Au final, la création du réseau pourrait être contrecarrée par des obstacles administratifs et des procédures juridiques lentes.

A partir de ces risques soulevés et ceux du cadre logique, un plan d'action de maîtrise de risques doit être élaboré par les organes internes du réseau.

4.2 La présentation du projet

Le présent projet intitulé « La création d'un réseau de prévention et de promotion de la santé maternelle, dans la région Rabat-Salé-Zemmour-Zaer au Maroc» est un projet qui intervient dans le domaine de la maternité sans risque et vise la réduction de la mortalité maternelle par une réorganisation de la prise en charge de la santé maternelle.

Son but est de mettre en œuvre des actions afin d'assurer une meilleure orientation de la parturiente, de favoriser la coordination et la continuité des soins et promouvoir la complémentarité des compétences et la délivrance de soins de qualité dans la région de RSZZ.

4.2.1 Intérêt

La mise en place de ce réseau permettra des avantages en efficacité, en qualité et en connaissance.

En matière de l'efficacité :

On notera une structuration des soins prénatals, un développement de la coordination et de la communication entre les acteurs. Cette efficacité se traduit par un placement de la parturiente au centre d'intérêt et partir de ses besoins pour l'élaboration des actions de soins. Il y aura un partage des responsabilités, une diminution du temps du parcours de la parturiente, une limitation des procédures administratives. En plus de la réduction du temps et des coûts de la collecte et de l'analyse d'information, il y a aussi une diminution de la charge de remplissage d'un grand nombre de registres et carnets ainsi que le renforcement de la confiance dans les structures de soins publiques.

Gain en termes de qualité :

Ce gain est manifesté par l'intégration d'une démarche préventive et éducative ; le développement de la promotion de la santé maternelle ; la revalorisation de la qualité et de l'efficacité des soins prénatals ; la prise en charge psychologique de la femme enceinte, le partage des bonnes pratiques professionnelles et le décloisonnement institutionnel ; la standardisation des protocoles de PEC maternelle.

Gagner en connaissance :

En termes de connaissance, le réseau créera un espace commun pour ses acteurs. Il diffusera l'information au public, en partageant ses connaissances et expériences. Le réseau organisera des formations interdisciplinaires puis développera les technologies nouvelles de communication d'information et de formation entre acteurs.

4.2.2 Plan global de mise en œuvre du réseau

Ce projet couvre la période allant de Juin 2009 au décembre 2012. Il est subdivisé en deux grandes phases :

-Début Juin 2009-fin Mai 2010: Phase de préparation, de sensibilisation et de consolidation.

-Début Juin 2010-fin décembre 2012 : Phase de mise en œuvre et de suivi.

La première phase sera consacrée à des activités de préparation, de planification, de consolidation des activités mises en chantier, de sensibilisation des acteurs et de lancement du réseau. À sa fin une évaluation des progrès accomplis sera programmée, afin d'apprécier l'avancement du processus et prendre des actions subséquentes. Lorsque les résultats de cette évaluation seront satisfaisants, une deuxième phase commencera par la mise en œuvre des interventions stratégiques du réseau, avec un suivi permanent de leur application. Toutefois, cette phase fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours et une autre à sa fin. Cette évaluation concluante a pour objectif d'évaluer le niveau d'exécution des activités en vue de comparer les objectifs atteints à ceux fixés.

4.2.3 *Fonctionnement du réseau*

Un continuum de soins est une base d'une prise en charge efficace, il doit assurer des soins avant, pendant et après la grossesse. Notre projet se focalisera sur le suivi prénatal, vu son intérêt à identifier les éventuelles complications et à améliorer le confort et le vécu de chaque femme enceinte. Mais ce suivi doit être rapidement et aisément accessible à toute femme et adapté à ses besoins, d'où la nécessité de l'organiser en réseau.

Principes de base

Le réseau est un instrument de rationalisation et de réorganisation de l'offre de soins selon des principes à savoir :

- La complémentarité de la prise en charge globale et collective des bénéficiaires
- Un parcours adapté au besoin de la parturiente et des soins gradués ;
- Une multidisciplinarité de la prise en charge globale et collective des bénéficiaires ;
- Une bonne communication interprofessionnelle ;
- Une maîtrise du rapport coûts/ efficacité ;
- Un multi partenariat ;
- La place centrale de l'utilisateur ;
- Une circulation de l'information.

Prestations

Les prestations de services au niveau du réseau s'effectueront en deux temps :

- a) Premièrement : Une prise en charge en amont de la grossesse

Cette phase se basera sur des activités de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé, en faveur des jeunes, des femmes en âge de procréer et de la communauté.

- Les jeunes :

Investir dans les jeunes c'est investir dans l'avenir, ainsi, la promotion de la santé des jeunes et des adolescents, fait partie des priorités du Ministère de la santé au Maroc, elle a pour objectif de leur permettre d'adopter un comportement sain dans un environnement en perpétuelles mutations. Pour répondre à cet objectif des « Espaces Santé Jeunes » ont été créés. Les activités du réseau pour ce groupe de la population vont consister sur l'organisation des séances d'éducation à la santé au niveau de ces espaces, en intégrant des messages éducatifs sur la santé maternelle. Les buts de ces séances sont principalement :

- ✓ L'initiation des jeunes au programme de la maternité sans risque
- ✓ La sensibilisation des jeunes, surtout ceux du sexe masculin, sur leur rôle à la préservation de leurs futures femmes.
- ✓ L'éducation et l'information des jeunes, en vue d'instaurer un changement de comportement et des préjugés socioculturels qui nuisent à la santé des femmes
- ✓ Amener ces futurs adultes à intégrer tôt, l'habitude de programmer et de faire suivre la grossesse dès le premier trimestre.
- ✓ Motivation des jeunes femmes pour la consultation pré-conceptuelle.

- Les femmes en âge de procréation et la communauté :

Afin de les impliquer dans l'amélioration de la santé maternelle, le réseau organisera des campagnes de sensibilisation sur l'importance du suivi de la grossesse. Ainsi, que des consultations préconceptionnelles pour les jeunes femmes, au niveau des centres de santé pour apprécier le plus précocement possible le niveau de risque et recommander des changements des comportements à risques. Néanmoins, il faut encourager l'utilisation de méthodes contraceptives pour l'espacement des naissances, la promotion de la santé maternelle et la prévention des grossesses non désirées.

b) Deuxièmement : Une prise en charge pendant la grossesse

L'offre de soins pendant la grossesse est assurée principalement par quatre composantes :

- La consultation prénatale :

Comme l'OMS le recommande, le suivi d'une grossesse normale se fera en 4 CPN. Cependant si des risques réels ou potentiels sont détectés, la fréquence des CPN sera augmentée.

La 1ère consultation, présente le point de départ d'une PEC intégrée de la parturiente. Son but principal est de tenir un entretien médico-psycho-social, qui élaborera le diagnostic de la grossesse et déterminera les éventuels facteurs de risque. A la fin de cet entretien, un projet de grossesse est

élaboré avec la participation de la parturiente et dont le contenu pourrait être modifié en fonction de l'évolution de la grossesse.

Le but de ce projet de grossesse est d'améliorer l'identification des situations à risque pouvant compliquer l'évolution de la grossesse, afin d'adapter le suivi en conséquence du niveau du risque : grossesse à haut risque, grossesse à risque incertain et grossesse à bas risque, sans pour autant oublier que toute grossesse est à risque et qu'elle peut basculer d'un niveau de risque à un autre. Par conséquent le but d'une PEC efficace et efficiente d'une grossesse est d'assurer à chaque parturiente un continuum de soins qui répond à ses besoins, de telle sorte de promouvoir les grossesses à bas risque, prévenir le passage à un niveau supérieur de risque et enfin prévenir les complications par une orientation vers des soins spécifiques selon le type de risque.

A la fin de cette première consultation, le prestataire des soins doit remplir un « dossier parturiente partagé » par les résultats de ces prestations.

En complément des examens clinique général et obstétrical puis l'IEC, les trois autres consultations se dérouleront selon le niveau de risque apprécié, par conséquent leurs fréquences et leurs contenus seront renforcés.

Le contenu des CPN fera l'objet d'une révision et standardisation des prestations selon leurs valeurs prédictives du risque ainsi que leur intérêt psychosocial.

- La consultation médicale :

Leurs fréquences, contenus et type seront fixés en fonction de l'état et de l'évolution de la grossesse. Toutefois, l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé même lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque.

- L'échographie fœtale :

De même leurs fréquences et leurs types (diagnostic et/ou du dépistage) seront fixés en fonction de l'état et de l'évolution de la grossesse. En revanche, il est recommandé d'effectuer au moins trois échographies fœtales.

- Les analyses biologiques :

La liste des examens biologiques obligatoires et ceux supplémentaires sera fixée lors de l'élaboration des protocoles standard de l'organisation des soins dans le réseau.

Organisation des soins

L'organisation des soins en réseau vise le maillage des quatre composantes des soins prénatals citées ci-dessus, avec une PEC en amont de la grossesse, le tous basé sur une démarche de prévention, de promotion et d'éducation à la santé. Afin de faciliter le parcours de la parturiente et d'optimiser sa prise en charge.

Toutefois cette organisation en réseau, implique la mise en place d'un système d'information commun à tous les acteurs du réseau afin de faciliter la circulation de l'information et le circuit de la parturiente d'un acteur à un autre. Il permet aussi le suivi et l'évaluation des pratiques prénatals puis des activités du réseau.

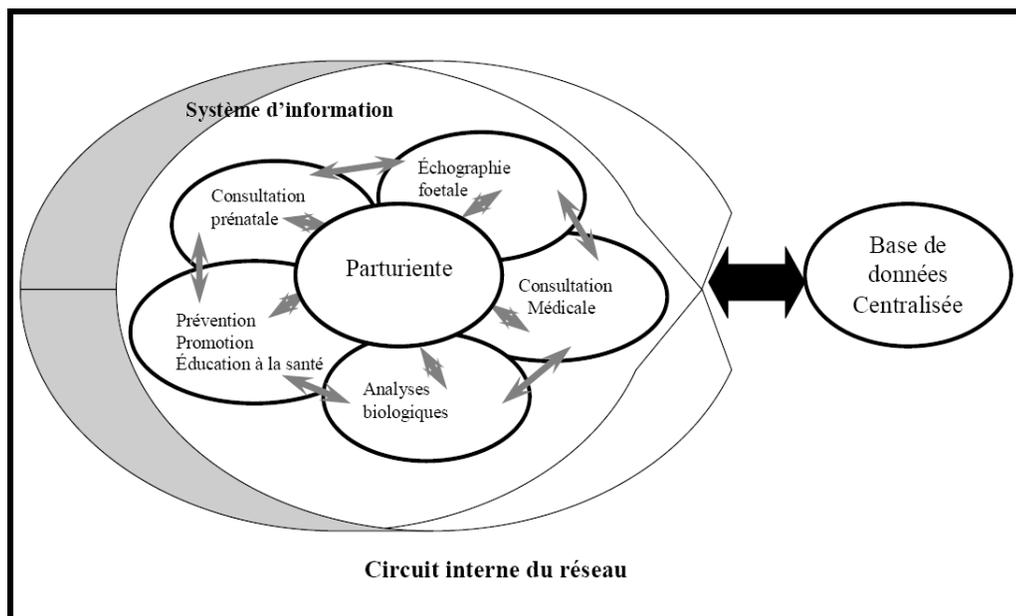


Figure 3 Circuit interne du réseau

Outils de fonctionnement et de communication

Ces outils regroupent entre autres la charte, le règlement intérieur, la convention constitutive, la fiche d'adhésion des membres, l'annuaire des acteurs du réseau, le dossier parturiente partagé, un site Internet ou d'un intranet, un alerteur thématique, les protocoles du contenu et d'organisations des soins prénatals, les documents et les guides de formation, les supports d'IEC, revue semestrielle des indicateurs, le cahier des charges et des dépenses, des rapports d'activités.

Le projet sera orienté vers une culture de partage de l'information entre les différents acteurs. En conséquence nous proposons un alerteur thématique. Il s'agit d'un portail web qui permettra une veille permanente d'actualités sur la santé maternelle. Ce portail web rassemblera un ensemble de modules d'information, l'annuaire de tous les acteurs du réseau, les liens des organismes et établissements de la région et un espace de communication etc.

Il permet également de faire reconnaître le réseau par la population de la région de RSSZZ, puis de créer un espace commun de communication et d'échange d'information ou de questionnement entre les différents acteurs du réseau.

4.2.4 Perspectives du réseau

Notre réseau se focalise sur la prise en charge de la période en amont et pendant la grossesse. Or, l'amélioration de la santé maternelle ne peut se faire qu'avec un continuum des soins avant, pendant et après l'accouchement. De ce fait, les perspectives de notre projet seront, sa généralisation sur l'ensemble du territoire national et son extension par l'intégration de deux étapes :

- Une PEC de la femme pendant et après l'accouchement ;
- Une PEC du nouveau-né.

Toutefois cet élargissement ne pourra se faire qu'après la validation de la première étape suite aux résultats de son évaluation finale.

Le projet peut apparaître futuriste, mais son importance le rend une nécessité.

Conclusion

En guise de conclusion, nous avons pu constater que la mortalité maternelle est un véritable problème de développement, du fait qu'elle est fortement liée avec le niveau du développement du pays et qu'elle résulte d'un ensemble de causes et facteurs associés.

Plusieurs recommandations et stratégies ont été proposées pour répondre à cette problématique et assurer une maternité sans risque. Selon l'UNICEF, un continuum de soins, qui regroupera des soins prénatals, une assistance qualifiée pendant l'accouchement, des soins obstétricaux d'urgence, des soins post-partum, une contraception et une planification familiale, apportera une bonne couverture de soins et une prévention des risques élevés de mortalité et de morbidité liés à des complications avant, pendant et après la naissance.

L'organisation des soins prénatals en réseau informatisé est susceptible d'améliorer l'organisation de l'offre et la continuité de soins, la gestion de l'information sanitaire, la qualité des prestations et le partage des connaissances entre l'ensemble des acteurs du réseau pour une prise en charge intégrée de la santé maternelle.

Au Maroc, la maternité sans risque est l'une des priorités de santé publique. Toutefois, et malgré les stratégies mises en place des défaillances persistent et le taux de la mortalité maternelle demeure élevé par rapport au pays au niveau de développement similaire. Ainsi, l'offre des soins prénatals est limitée, mal organisé et de faible qualité.

Le réseau proposé dans ce travail, vise à répondre à cette problématique, en réorganisant la prise en charge de la santé maternelle dans une région pilote au Maroc.

Néanmoins, la mise en place du réseau au Maroc, sera probablement confrontée à certaines contraintes et risques : la résistance de certains professionnels de santé et d'une partie de la population, l'absence de culture du travail en équipe, la faible implication du secteur privé, les limites financières et organisationnel du système de santé, des obstacles administratifs et juridiques et le contexte socioculturel.

Dans ce contexte il serait important d'adopter une approche assez participative avec l'appui du ministère de la santé, des associations professionnels et les relais communautaires, afin de surmonter ses contraintes et faire en sorte que tous les acteurs s'approprient l'idée du réseau et participent à l'amélioration de la santé maternelle au Maroc.

Techniquement, le développement d'un réseau informatisé aura une double finalité : optimiser les trajectoires des parturientes et améliorer la performance technique du système de santé.

Finalement, pour assurer la pérennité et l'efficacité du réseau que nous voulons créer, nous recommandons l'élargissement de son champ d'action sur toutes les composantes du continuum des soins maternelles.

5 Références bibliographiques

Badonnel Y, Berland M, Lacroix I, Patricot M.-C, Revol A. Pregnancy and perinatal: biological follow-up; *Annales de biologie Clinique* 1997, vol. 55, no4, pp. 289-304.

Banque Mondiale. Mortalité Maternelle. À un coup d'œil, Mai 2006.
[<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/MatMortalityFrench.pdf>], page consulté le 12/01/2009.

Bérard A, Daigne M, Dômont A, Hannoun m, Leroux V, Mezzadri A-M. Les établissements et réseaux de santé. Dans : Réformer la santé par les réseaux, Paris, Éditions de santé, 2004, p.67-101.

Bergsjo P. Est-ce que les soins prénatals aident à réduire la morbidité et la mortalité maternelle ? Dans : Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 18, 2001, p. 37-58.

Bourret C. Les réseaux de santé ou la rencontre de la santé et des TIC pour décloisonner le système de santé français, *Revue tic&société* [En ligne], 2(1), 2008, p. 85-107.
[<http://revues.mshparisnord.org/ticsociete/docannexe/file/396/bourret.pdf>], page consultée le 27/11/2008.

Bouvier-Colle M.H. Pourquoi un dossier consacré à la santé maternelle en Afrique francophone. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2002/31, p.40-43.

MR Campbell O. Qui fait quelles politiques de santé maternelle dans les pays en développement? Une analyse des cinq dernières décennies. Dans : De Brouwere V, Van Lerberghe W (Eds), Réduire les Risques de la Maternité : *Stratégies et Evidence Scientifique. Studies in Health Services Organisation & Policy*, 18, 2001.p. 441-477.

Comité Régional d'Education pour la Santé (Languedoc-Roussillon). Education pour la santé. Actions : découvrez la méthode, Octobre 2005 p 19.

Conference International pour la Promotion de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Vers une nouvelle santé publique, Ottawa, OMS, Association canadienne de santé publique, 1986.

Daigne M, Bonnin M, Farsi F et Grémy F. Le développement des réseaux de soins et de santé: contexte éthique et politique. *Santé publique*, n° 41, 2004/1, p. 133-146.

Diallo FB, Diallo AB, Diallo Y, Goma O, Camara Y, Cisse M, Diallo MS. Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie. *Médecine d'Afrique Noire*, 1998, 45 (12).

Disease Control Priorities Project (DCPP). La mortalité maternelle, Un manque de progrès inacceptable. (mars 2007), [<http://www.dcp2.org/file/88/DCPP-Maternal%20Deaths-French.pdf>], page consulté le 02/12/2008.

Dongmo R, Fenieys D., Aminou M., Calvez T., Gruénais M.-E. and Thonneau P. Introduction of an obstetric health information system: results of a pilot study in North Cameroon. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2006;54 507-515.

Fernandez H, Weil O. Maternité sans risque : une initiative orpheline ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999 ; 28, p. 205-210.

Grosjean S et Bonneville L. Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé, *Revue française de gestion* 2007/3, n° 172, p. 145-157.

Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), recommandations pour la pratique clinique. HAS, 2005. 79 p.

Leroux V. Promoteurs d'organisation de santé: quels risques ne voulez-vous pas avoir apparaître ? *Gestion hospitalière* 2008. p. 399-408.

Mamelle N, Bernard M, Rozan MA, Marès P. Agir pour améliorer la santé périnatale à la lumière des résultats 2002 du réseau sentinelle. Lyon, AUDIPOG, Faculté de Médecine, juin 2003, 10 p.

Mamelle N, Lémery D. Organisation en réseau de soins périnatals : Acceptabilité par les professionnels et les usagers. Mise en place d'un système d'information innovant. Elaboration et test d'un protocole commun d'évaluation. Réseau de santé périnatal d'Auvergne / INSERM- U 369-Lyon/CHU Clermont-Ferrant; décembre 2004, 201p.

Mamelle N, David S, Roch Se, Maria B. Informatisation du système de santé en périnatalité : communication, gestion, interrogation des bases de données médicales via Internet. Dans : Lamure M, Rigaud-Bully C (Eds) *Santé et biotechnologies : aspects juridiques et économiques. Santé et systémique* Vol.5 n°1-2/2001. p. 232-242.

Maria B, Mamelle N, Sureau CL. Livre blanc France-Périnat, Réseau national d'information sur la naissance, un projet réaliste pour le troisième millénaire, CNGOF, AUDIPOG, Décembre 1999. [http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/LB_FP.pdf], page consulté le 16/07/2008.

Médecins Sans Frontières. Les cliniques mobiles accèdent aux populations isolées. Médecins sans frontières sur le terrain. 2003 [<http://www.msf-azg.be/fr/main-menu/actualites/infos/news-detail/table/444.html>], page consultée le 14 février 2009.

Ministère de la santé et des solidarités (France). Circulaire N DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

Ministère de la santé et des solidarités Français (France). L'éducation pour la santé: un enjeu de santé publique, 28 février 2001 p 45-46, [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/edu_sant/dp.pdf], page consulté le 24/07/2008.

Ministère de la santé (Maroc). Service des études et de l'information sanitaire, Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF). Enquête sur la population et la santé familiale (EPSF), 2003-2004, 249 p.

Ministère de la santé (Maroc). Direction de la planification et des ressources financières. Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME), 1997.

Ministère de la santé (Maroc). Plan d'action santé, 2008-2012, « Réconcilier le citoyen avec son système de santé », Juillet 2008.

Ministère de la Santé (Maroc). Plan stratégique régional (Région RSSZZ), 2008, 80p.

Ministère de la prévision économique et du plan. Population et développement, Droits et santé en matière de reproduction. Royaume du Maroc, 1998.p. 31.

Moquet-Anger M-L (Ed). L'éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens, Éducation pour la santé pour mieux vivre, éditions CFES, Collection Séminaires, Octobre 2001. p.28.

Naiditch M, Bourgueil Y, Grignon M, Midy F, Develay A, Mino J-C, Polton D. Apports potentiels des réseaux dans l'évolution des systèmes de soins ; Perspective soignante, n 9 Ed. Selim Aslan, décembre 2000, p. 6-29.

N'Diaye P, Tal Diaa A, Fall C, Diédhiou A et Badji Aris F. Intérêt économique de l'échographie gynécologique et obstétricale en stratégie avancée dans la région de Zinguinchor (Sénégal), Santé publique 2003/1, n° 15, p. 61-67.

Obermeyer Makhoulouf C. Une analyse socio-anthropologique de la naissance au Maroc. Revue.Epidém. et Santé Publique, 2000, 48, p.71-79.

OMS. Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié : une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO. Genève:OMS; 2005 (b).

OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2008. Genève:OMS; 2008.

OMS. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Rapport sur la santé dans le monde, Genève, OMS, 2005 (a).

OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale. Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune, OMS; 1999. 45 p.

Örtengren K. La Méthode du Cadre Logique. Unité des méthodes, Asdi 2003, [www.sida.se/shared/jsp/download.jsp?f=LFA_franska-03.pdf&a=2379], page consulté le 27/01/2009.

Pruat A., De Bernis L. and Ould El Joud D. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique subsaharienne. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2002; 31 90-99.

Pruat A. La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement: théorie et pratique. Médecine Tropicale 2004; 64 (6): 569-575.

Ronsmans C. Comment mesurer les progrès vers une amélioration de la santé maternelle ? Dans : De Brouwere V, Van Lerberghe W (Eds), Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique. Studies in Health Services Organisation & Policy, 18, 2001.p:337-363.

Royaume du Maroc. Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement 2007, Septembre 2008.

Sidani R. Maroc : une clinique mobile peut éclairer leur avenir 2004 [<http://www.ifrc.org/fr/docs/news/04/04060701/>], page consultée le 14/02/2009.

Siiber D. Information et santé, L'e-santé est-elle source d'économie ? Séve- hiver 2005, p.75-82.

Soulie AM. Le travail en réseau : une solution en matière de santé, Gestion Hospitalières, 1995, p. 747-749.

Thonneau PF. Mortalité maternelle et avortements dans les pays en développement. Dans : De Brouwere V, Van Lerberghe W (Eds), Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique. Studies in Health Services Organisation & Policy, 18, 2001.p: 159-80.

UNICEF. Progrès pour les enfants ; Mortalité maternelle, bilan statistique, Numéro 7, septembre 2008, New York (USA) : UNICEF; 2008.

Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé & Consortium Canadien de Recherche en Promotion de la Santé. Déterminer l'avenir de la promotion de la

santé: Priorités d'action ; Promotion & Education, 2007. p. 7-10,
[<http://www.iuhpe.org/upload/File/Shaping.pdf>] page consultée le 11/12/2009.

USAID et ACCESS. Soins prénataux focalisés : Fournir des soins intégrés, individualisés au cours de la grossesse, février 2007, [http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/saving-newborn-lives/publications/ACCESS_FANC-20_French.pdf], page consultée le 04/02/2009.

Van Lerberghe W, De Brouwere V. Impasses et succès : les conditions historiques du déclin de la mortalité maternelle. Dans : De Brouwere V, Van Lerberghe W (Eds), Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique. Studies in Health Services Organisation & Policy, 18, 2001.p: 7-35.

Vangeenderhuysen.C, Abdellahi.M.B, Isselmou.S. Santé maternelle en Afrique francophone. La formation des sages-femmes en échographie obstétricale dans les pays en développement : pourquoi et comment ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 : 100-106.

6 Annexes

6.1 Annexe 1 : Les actions et les activités du plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

Actions	Activités
Axe stratégique 1 : Réduction des barrières d'accès aux soins obstétricaux et néonataux (SONU) et améliorer la disponibilité d'un personnel qualifié dans les structures d'accouchement	
Action 84: Gratuité des soins obstétricaux et néonataux SONU.	<ul style="list-style-type: none"> • Instauration de la gratuité de l'accouchement et de la césarienne dans les hôpitaux ; <ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les fonds nécessaires de compensation ; - Diffusion d'une circulaire ou note ministérielle. • Gratuité du transport à partir des maisons d'accouchements vers une structure de référence en cas de besoin pour la mère ou pour le nouveau né ; (Priorité 2008) : <ul style="list-style-type: none"> - Acquisition des ambulances nécessaires ; - Equipement des ambulances ; - Mobilisation des moyens de fonctionnement ; - Elaboration et diffusion d'une circulaire aux provinces. • Disponibilité des médicaments vitaux (liste), les produits sanguins labiles et les fournitures d'obstétrique dans toutes les structures d'accouchement. Dans ce cadre, et en plus des kits d'accouchements qui seront renforcés, il sera mis en place des trousse de césarienne dans toutes les maternités hospitalières; (Priorité 2008) : <ul style="list-style-type: none"> - Identification des produits manquants ; - Autorisation de la mise sur le marché des produits manquants ; - Normalisation par circulaire des produits vitaux des SONU ; - Elaboration et mise à disposition des kits de césarienne ; - Suivi et supervision de la mise en place.
Action 85: SAMU obstétrical en milieu rural.	<ul style="list-style-type: none"> • Création des mini-SAMU obstétricaux pour réguler les urgences obstétricales et néonatales dans le milieu rural : (Priorité 2008) <ul style="list-style-type: none"> - Identification des besoins par commune INDH ; - Acquisition des moyens de communication ; - Mise en place du dispositif ; - IEC ; - Suivi et supervision de la mise en place.
Action 86: Disponibilité d'un personnel qualifié.	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un système de garde résidentielle des obstétriciens dans les hôpitaux (à partir 4 gynécologue obstétriciens) et veiller à la continuité des soins obstétricaux dans les maisons d'accouchement (au moins 2 sages femmes/maison accouchement, puis régulation des effectifs selon le volume d'activités). (Priorité 2008). • Doublement du nombre de postes réservés à la formation de sages femmes et au résidanat en gynéco obstétrique et en anesthésie réanimation (en attendant de disposer de ressources humaines spécialisées (gynécologues, réanimateurs, néonatalogistes) en quantité suffisante, il y a lieu, moyennant une formation de courte durée d'impliquer les médecins généralistes dans les actions de santé maternelle et infantiles). • Instauration dans le cursus de formation des résidents un stage dans les hôpitaux publics par roulement de 6 mois des résidents en gynéco obstétrique (3e et 4e année) et en pédiatrie (3e année) en veillant à leur prise en charge.
Action 87: Renforcement de compétences.	<ul style="list-style-type: none"> • Instauration de nouveaux mécanismes de renforcement des compétences des ressources humaines impliquées dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement : (Priorité 2008) <ul style="list-style-type: none"> - l'instauration de l'obligation pour les accoucheuses des

	<p>maisons d'accouchement de réaliser un stage de maintien de la compétence d'une semaine/an dans la maternité de référence ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la réalisation de 2 visites de coaching par an des maisons d'accouchement par les obstétriciens de la maternité de référence ; - L'organisation d'une session de formation croisée par an entre obstétriciens et pédiatres au profit des accoucheuses, des sages femmes, des obstétriciens et des pédiatres; - Le recyclage du médecin généraliste pour lui permettre de jouer un rôle actif dans le suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.
<p>Action 88: Prévention et dépistage des grossesses à risque notamment par la mise en place des unités médicales mobiles (UMM).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidation des acquis en matière de planification familiale en renforçant les méthodes de longue durée et le counseling ; (Priorité 2008).
	<ul style="list-style-type: none"> • Restructuration de la stratégie de couverture sanitaire mobile autour de la santé de la mère et de l'enfant et doter les provinces des moyens de mobilité et de fonctionnement nécessaires pour couvrir toutes les zones d'accès difficile. (Les Unités Médicales Mobiles) (Priorité 2008).
	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation du dépistage systématique au cours de la consultation prénatale de l'anémie, de l'HTA et du diabète ainsi que l'établissement du groupe sanguin. (Priorité 2008)
	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la participation communautaire et investir sur les personnes relais. (Priorité 2008)
<p>Axe stratégique 2 : Amélioration de la qualité de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement</p>	
<p>Action 89: Audit et mise à niveau des structures d'accouchement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Audit de toutes les maisons d'accouchement et de toutes les maternités hospitalières. Cet audit doit reposer sur des normes de structure et des normes de processus. Les résultats de ces audits doivent être utilisés comme base pour la mise à niveau des structures d'accouchement et le redéploiement du personnel.
	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation et normalisation l'offre de soins en néonatalogie et création d'au moins un service de réanimation néonatale et de prématurité dans chaque région. (Priorité 2008)
	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un concours qualité spécifique aux structures d'accouchement pour motiver le personnel et reconnaître les mérites.
	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la qualité de la CPN pour le dépistage et la pris en charge des GAHR, de l'accouchement assisté et de la consultation du post partum.
<p>Action 90: Humanisation des structures d'accouchement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation du séjour de 48 heures après un accouchement normal dans toutes les structures d'accouchement. (Priorité 2008)
	<ul style="list-style-type: none"> • Installation de séparations entre les box d'accouchement pour respecter l'intimité des femmes. (Priorité 2008)
	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitation du soutien familial en permettant à un membre de la famille d'assister à l'accouchement à sa demande. (Priorité 2008)
	<ul style="list-style-type: none"> • Aménagement d'un espace d'accueil pour les accompagnants des parturientes (accouchement = un événement heureux de convivialité). (Priorité 2008)
	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un « numéro économique » pour recueillir les plaintes et les doléances des femmes.
<p>Axe stratégique 3 : Amélioration du pilotage du programme</p>	
<p>Action 91: Mise en place d'un système de surveillance des décès maternels et néonataux et de suivi des actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de l'obligation de la déclaration obligatoire de tous les décès de femmes entre 15 et 49 ans.
	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionnalisation de l'audit confidentiel de décès maternels et néonatal et mise en place d'un comité provincial d'audit des décès maternels et périnataux dont le rôle est de réaliser des autopsies verbales et des audits de décès maternels déclarés. (Priorité 2008)
	<ul style="list-style-type: none"> • Opérationnalisation du comité régional de monitoring, de suivi et d'évaluation des soins obstétricaux et néonataux. (Priorité 2008)
	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un registre national auprès de la commission nationale pour le suivi des décès maternels et néonataux (comité

	d'experts).
	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision régulière et suivi périodique par la commission de la mise en œuvre des actions du plan d'action maternité sans risque, notamment dans les zones à faible couverture (7 régions).
Action 92: Mobilisation sociale, plaidoyer et partenariat autour de la maternité sans risque	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de campagnes de mobilisation sociale autour de la maternité sans risque avec l'implication des différents départements du gouvernement, la société civile et les médias. (Priorité 2008)
	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place auprès de Monsieur le Premier Ministre, d'une commission nationale chargée du suivi de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.
	<ul style="list-style-type: none"> • Implication des sociétés savantes dans la mise en œuvre du plan d'action et la mobilisation des professionnels (recommandations de bonnes pratiques, formation continue, congrès,...).

Source : Plan d'action santé, 2008-2012 – *Réconcilier le citoyen avec son système de santé*, MSM, Juillet 2008.

6.2 Annexe 2 : Evolution du TMM au Maroc entre 1978-2004

Taux de mortalité maternelle	1978-1984	1985-1991	1992	1994-1997	2003-2004
Urbain	249	284	284	125	187
Rural	432	362	362	307	267
Total	359	332	332	228	227
Source	ENSP-II 1992	ENPS-II 1992	Santé en chiffre 1997	Santé en chiffre 2002	Santé en chiffre 2004

6.3 Annexe 3 : Objectifs spécifiques d'ici l'an 2012, pour la santé maternelle. Plan d'action 2008-2012.

Indicateurs	Situation de départ (2006)	2009	2012
Consultation prénatale	55 %	57 %	80%
Accouchements en milieu surveillé	56 %	58 %	90%
Taux de césariennes	5 %	5,6 %	7%
Consultation post-natale	7 %	20 %	80%

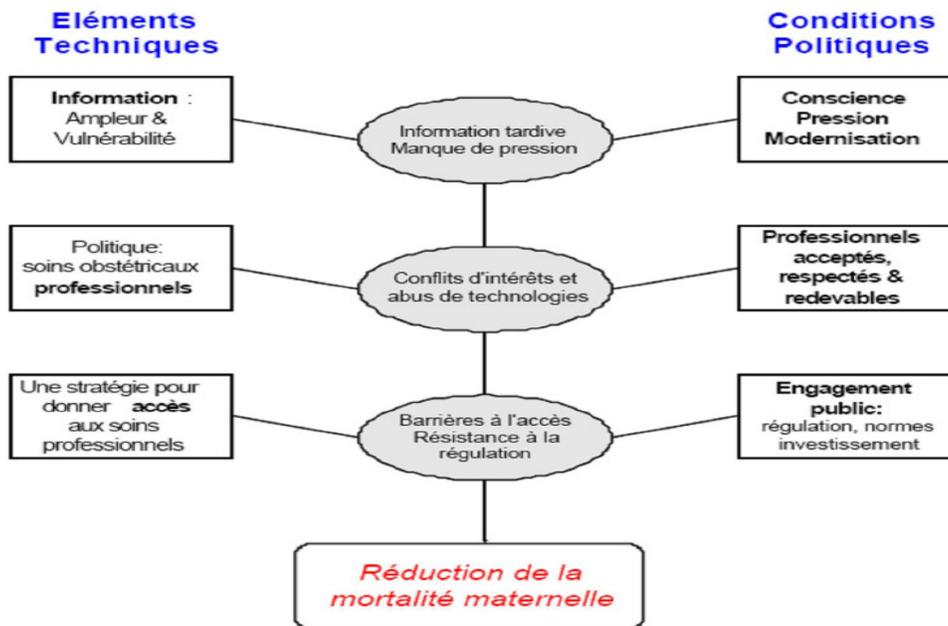
Source : Plan d'action santé, 2008-2012 – *Réconcilier le citoyen avec son système de santé, MSM, Juillet 2008.*

6.4 Annexe 4 : Exemple d'indicateurs pour l'évaluation des programmes pour une maternité sans risque.

<i>Indicateur</i>	<i>Question</i>	<i>Exemple d'indicateurs</i>
Offre	Les services sont-ils disponibles et accessibles?	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et distribution de Services fournissant des Soins Obstétricaux Essentiels (SOE) • SOE fournis dans les services • Coût des services
Qualité	La qualité est-elle suffisante?	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de létalité • Proportion de cas qui répondent à des critères de qualité prédéfinis
Utilisation	Les services sont-ils utilisés?	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de naissances assistées par assiste un personnel qualifié • Proportion de naissances dans des services SOE • Proportion de césariennes sur le total des naissances
Utilisation par ceux qui en ont besoin	Les services sont-ils utilisés par le sous-groupe avec des besoins spécifiques?	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de toutes les femmes avec complications traitées dans des services de soins obstétricaux d'urgence • Interventions obstétricales majeures pour indications maternelles spécifiques, comme proportion de toutes les naissances • Complications observées versus complications attendues
Impact	Y a-t-il des améliorations dans la morbidité ou la mortalité?	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des naissances avec morbidité sévère • Ratio de mortalité maternelle

Source : Ronsmans C. Comment mesurer les progrès vers une amélioration de la santé maternelle ? Dans : De Brouwere V, Van Lerberghe W (Eds), Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique. Studies in Health Services Organisation & Policy, 18, 2001.p:337-363 (339).

6.5 Annexe 5 : La combinaison des facteurs techniques et politiques qui ont permis une réduction précoce de la mortalité maternelle dans certains pays et les obstacles dans les autres pays.



Source : Van Lerberghe W, De Brouwere V. Impasses et succès : les conditions historiques du déclin de la mortalité maternelle. Dans : De Brouwere V, Van Lerberghe W (Eds), Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique. Studies in Health Services Organisation & Policy, 18, 2001.p. 7-31 (14).

6.6 Annexe 6 : Actions prénatales d'efficacité avérée et réalisables dans les PVD.

Risque ou pathologie	Moyens	Actions	Âge gestationnel optimum
Dépistage des facteurs de risque confirmés			
– Antécédents (vie reproductive, médicaux)	– interrogatoire – carnet de santé maternelle	– référence éventuelle – plan d'accouchement	Tout âge gestationnel
– Utérus cicatriciel	– interrogatoire – carnet de santé maternelle – examen clinique	– plan d'accouchement en maternité chirurgicale – prudence avec les ocytociques	Tout âge gestationnel
– Métrorragies	– interrogatoire – examen clinique	– références immédiates – pas de toucher vaginal après 1 ^{er} trimestre	Tout âge gestationnel
– Malposition fœtale	– examen obstétrical de base (échographie ?)	– plan d'accouchement en maternité chirurgicale – version par manœuvre externe (siège) – césarienne préventive (transverse)	≥ 36 SA
– Grossesse multiple	– examen obstétrical de base (échographie)	– plan d'accouchement en maternité chirurgicale	Tout âge
– Rupture prématurée des membranes	– interrogatoire – examen clinique	– antibiothérapie – référence – induction éventuelle du travail	≥ 36 SA
Prévention/dépistage/prise en charge des pathologies médicales de la grossesse			
Troubles hypertensifs de la grossesse	– interrogatoire/antécédents – mesure TA & protéinurie	– prévention par supplémentation en calcium quand alimentation pauvre en calcium – traitements anti-hypertenseurs – sulfate de magnésie à titre préventif chez femmes hypertendues ?	≥ 20 SA ?
Infections			
* paludisme	– prévention – examen clinique	– chimioprophylaxie sulfadoxine-pyriméthamine – traitement présomptif	20 et 30 SA Tout âge gestationnel
* syphilis	– test rapide systématique	– traitement femmes et partenaires – information/prévention	Tout âge gestationnel
* gonocoques * VIH	– identification femmes à risque – conseil et dépistage volontaires	– traitement présomptif femmes et partenaires – référence – prévention transmission verticale – prévention transmission sexuelle – préservatifs – traitements infections intercurrentes – plan d'accouchement en maternité chirurgicale (césarienne ?)	Tout âge gestationnel
* tétanos néonatal * infections urinaires	CPN ou campagnes de vaccination interrogatoire	vaccination – traitement antibiotique femmes symptomatiques – test combiné urinaire pour dépistage bactériuries asymptomatiques	Tout âge gestationnel Tout âge gestationnel
Anémies et carences en micronutriments			
* Anémie	– prévention – dépistage clinique et biologique des anémies sévères	– prophylaxie fer et acide folique – traitement étiologique et symptomatique – référence si persiste au 3 ^e trimestre – transfusion	Tout âge gestationnel
* Carences en vitamine A et bêta-carotène	prévention	prophylaxie systématique en zone d'endémie	Tout âge gestationnel
Diabète gestationnel	Interrogatoire biologique si symptômes	– référence : – traitement – régime alimentaire – dépistage macrosomie (échographie) – plan d'accouchement	Tout âge gestationnel
Conseiller, soutenir, informer femmes et proches	Dialogue, écoute	– dialogue individuel en CPN – plan d'accouchement – information collective – mobilisation sociale	Tout âge gestationnel

Source : Prual A., De Bernis L. and Ould El Joud D. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique subsaharienne. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2002; 31 90-99 (97).

6.7 Annexe 7 : Netvibes

NETVIBES

1 - Qu'est-ce que c'est que « Netvibes » ?

Netvibes est un site Internet utilisant les technologies du Web 2.0 permettant à tout internaute de se créer une page personnalisée accessible de tout point connecter à Internet. Cette page peut contenir des flux RSS pour faire de la veille, la liste de vos book marks, des outils de recherche (images, vidéos, podcast...), de communication (boîte mail...), des applications pratiques (calendrier, gestionnaire de tâches, bloc-notes...), des applications externes (Google docs, Face book...).

Au final, Netvibes peut permettre de se créer un véritable bureau virtuel et ce, sans aucune publicité.

2 - Inscription à Netvibes :

Etape 1 : Créer un compte mail personnel pour avoir une adresse mail et un mot de passe. (Gmail, Yahoo, Hotmail...).

Etape 2 : Allez sur <http://www.netvibes.com>

Etape 3 : Cliquez sur **Connexion** dans le coin haut à droite.

Etape 4 : À gauche de l'écran, cliquer sur « **enregistrez-vous** » et introduire l'adresse mail et le mot de passe créer dans la 1ère étape ; puis cliquée ensuite sur « M'enregistrer ».

Etape 5 : **Fermer.** Vous recevez un courriel avec vos coordonnées sur l'adresse mail personnelle, ce qui vous permettra a se reconnecter à Netvibes.

Etape 6 : Après la création du compte Netvibes, l'étape suivante c'est : *personnaliser votre page*. Cette étape est la plus longue est la plus importante, elle vous permet de choisir et regrouper tous les liens, les sites et les adresses, qui sont en relation avec votre centre d'intérêt.

Pour y arriver, il suffit de cliquer sur  , en haut de la page a gauche, et vous avez le choix entre : des blocs déjà choisie par Netvibes selon les catégories, ou bien de les

créer soit même par : Ajout des **flux RSS**  ou  , Ajout des **widgets**, Ajout des modules

«**Recherche** », en introduisant le(s) mot(s) clé(s) à partir du menu « Rechercher », modules « **Communication** », en ajoutant à votre page l'assistant email, ce qui permettra a configurer votre *boîte de messagerie* pour faire apparaître vos messages directement sur votre page Netvibes...

Etape 7 : Finaliser et gérer la page personnelle, **d'abord** par le choix d'un titre pour la page, **ensuite** regrouper les contenus ajouter et/ou choisies, dans plusieurs onglets thématiques correspondant à autant de pages différentes que vous allez créer. Vous pourrez les nommer en fonction de ce vous y mettez, finalement vous pouvez ajouter de l'esthétique et à l'ergonomie de l'outil, en cliquant en haut à droite sur **Options**.

3 - Comment fonctionne Netvibes :

La page ainsi créer est unique et n'est visible que par votre identifiant et votre mot de passe. Elle s'ouvre de n'importe quel ordinateur relié à Internet.

Netvibes fonctionne comme un portail Web personnel composé de petits modules d'information (flux RSS...), c'est une sorte de veille, dont le but est d'avoir en permanence l'actualité et les informations sur le thème a la base de la création de ce compte Netvibes.

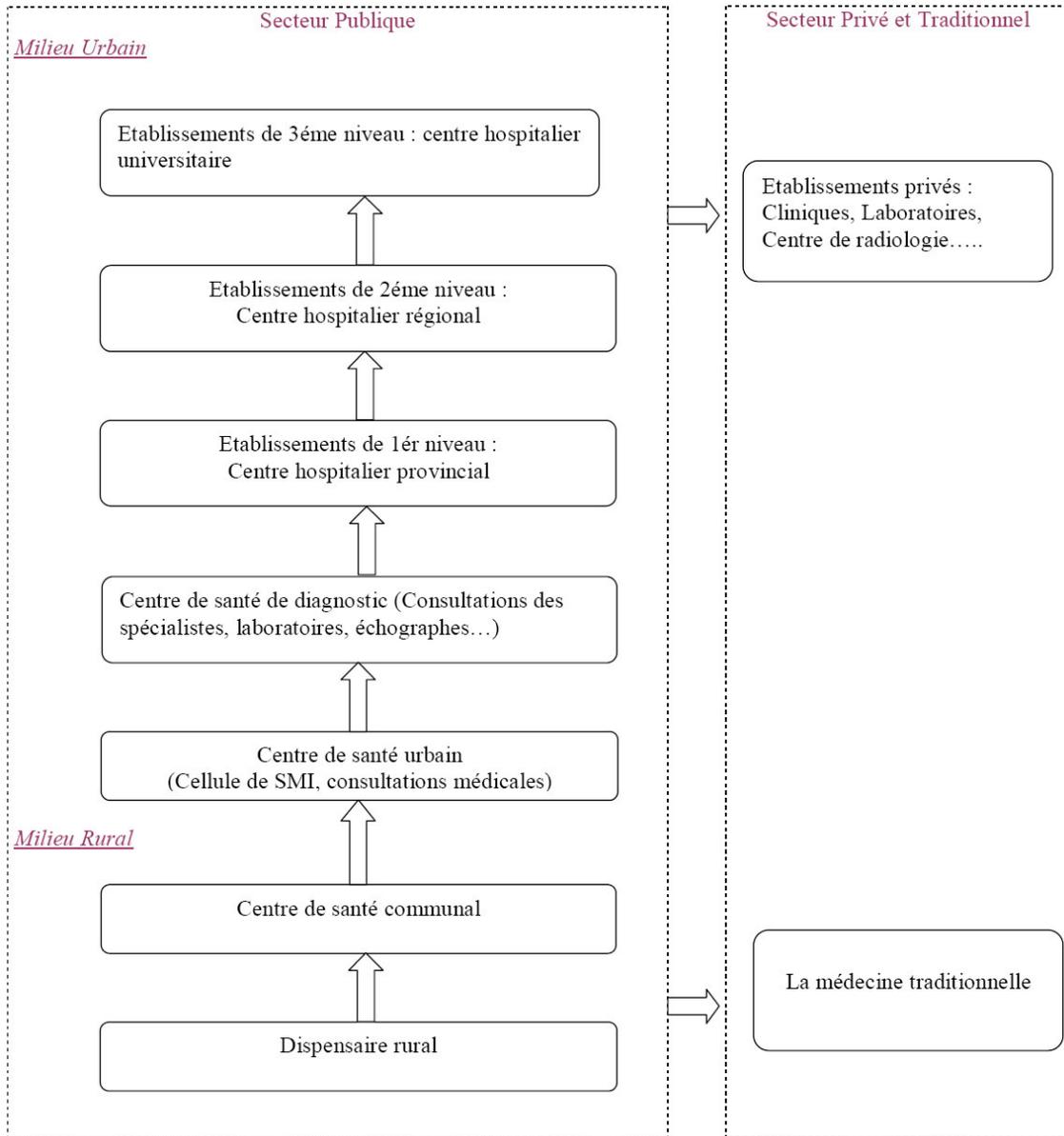
4 – Conclusion : Résultat final

The image shows a screenshot of a Netvibes dashboard in a Windows Internet Explorer browser window. The dashboard is titled 'Alerteur en santé publique' and features a green background. It contains several widgets and modules. Annotations with arrows point to specific elements, explaining their functions:

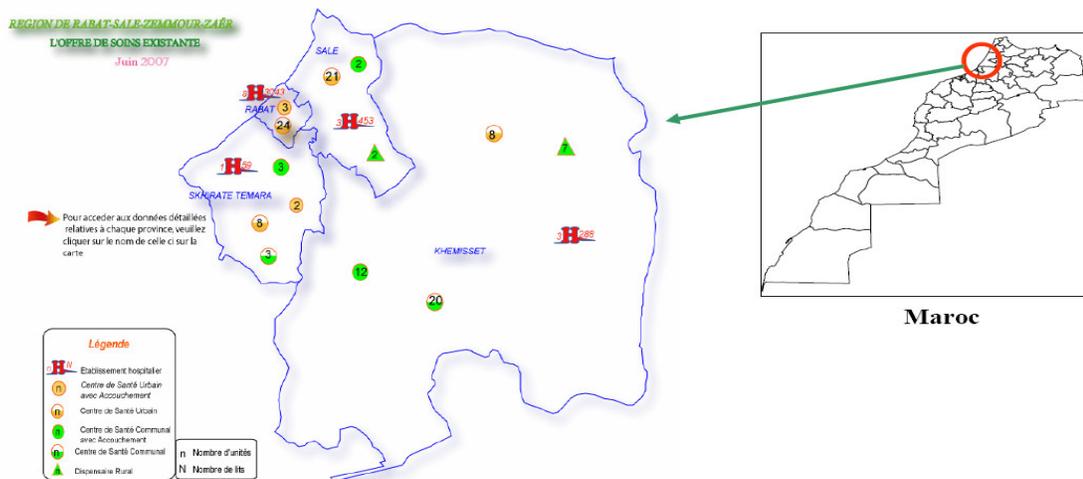
- Ajouter du contenu :** flux RSS, widgets, modules recherches, modules
- Le titre de la page personnelle à définir selon le choix**
- Les différents onglets, selon les sujets en relation avec le thème traiter.**
- Option :** paramètres généraux, langue, thème, contenu local...
- Des widgets sous forme de notes, pour présenter cet alerteur thématique, le pôle de Santé publique de l'est parisien...**
- Un des modules (HNSM), qui présente les différents acteurs de l'est parisien.**
- Un widgets sous forme d'image module, qui nous a permet d'ajouter à la page le logo du pôle de SPEP**
- Aide :** En cliquant sur aide, vous trouverez tous les informations sur le Netvibes et son utilisation.

Après la création et la finalisation de votre page personnelle, vous pouvez la rendre publique, par un simple clique en haut a gauche sur : Accéder a ma page publique et suivre les instructions.

6.8 Annexe 8 : Le parcours des femmes enceintes au Maroc.



6.9 Annexe 9 : L'offre de soins existant de la région Rabat-Salé-Zemmour-Zaer au Maroc.



Région de : Rabat-Salé-Zemmour-Zaër

1-/ **Population** :

	2006			2010			2015		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Effectif	1988969	451855	2440824	2203799	468584	2672383	2493302	490610	2983912
%	81,49	18,51	100	82,47	17,53	100	83,56	16,44	100

2-/ **Découpage administratif** :

Nombre de :	Communes urbaines ou municipalités.....:	8	Arrondissements :	10
	Cercles.....:	7		
	Caidats.....:	21		
	Communes rurales.....:	40		

3-/ **Récapitulatif de l'offre de soins disponible**

Provinces & Préfectures	INFRASTRUCTURE PUBLIQUE								INFRASTRUCTURE PRIVEE								
	Hopitaux		Etablissements de SSB				Chir. dent.	Med. C.L.	C.P.B.L		C.P.B.N.L		Cab. RX	Lab. méd.	Cab. cons.	Pharm./ dépôt	Chir. dent.
	Nbre	Lits	Existant		En cours				Nbre	Lits	Nbre	Lits					
			Urbain	Rural	Urbain	Rural											
Khemisset	3	288	8	39			2	11	5	64			1	2	60	170	23
Rabat	8	3043	27		1		21	8	27	409	2	55	26	48	821	263	305
Salé	3	453	21	4	2		8	14	9	159			6	7	137	199	75
Skhirat-temara	1	59	10	6	1		9	18	1	16				5	100	154	42
Total région	15	3843	66	49	4	0	40	51	42	648	2	55	33	62	1118	786	445

4-/ **Principaux indicateurs de desserte**

	REGIONAL	NATIONAL
Nombre d'habitants par établissement de soins de santé de base...:	21225	11826
Nombre d'habitants par cabinet de consultation privé.....:	2183	5127
Nombre d'habitants par lit hospitalier.....:	537	905
Nombre d'habitants par médecin.....:	651	1678
Nombre d'habitants par chirurgien dentiste.....:	5033	12159
Nombre d'habitants par pharmacie ou dépôt de médicaments.....:	3105	4713

Source : Ministère de la Santé (Région RSSZZ), Monographie régionale, Avril 2008. Pages 80.

6.10 Annexe 10 : Analyse SWOT de la région Rabat-Salé-Zemmour-Zaer au Maroc.

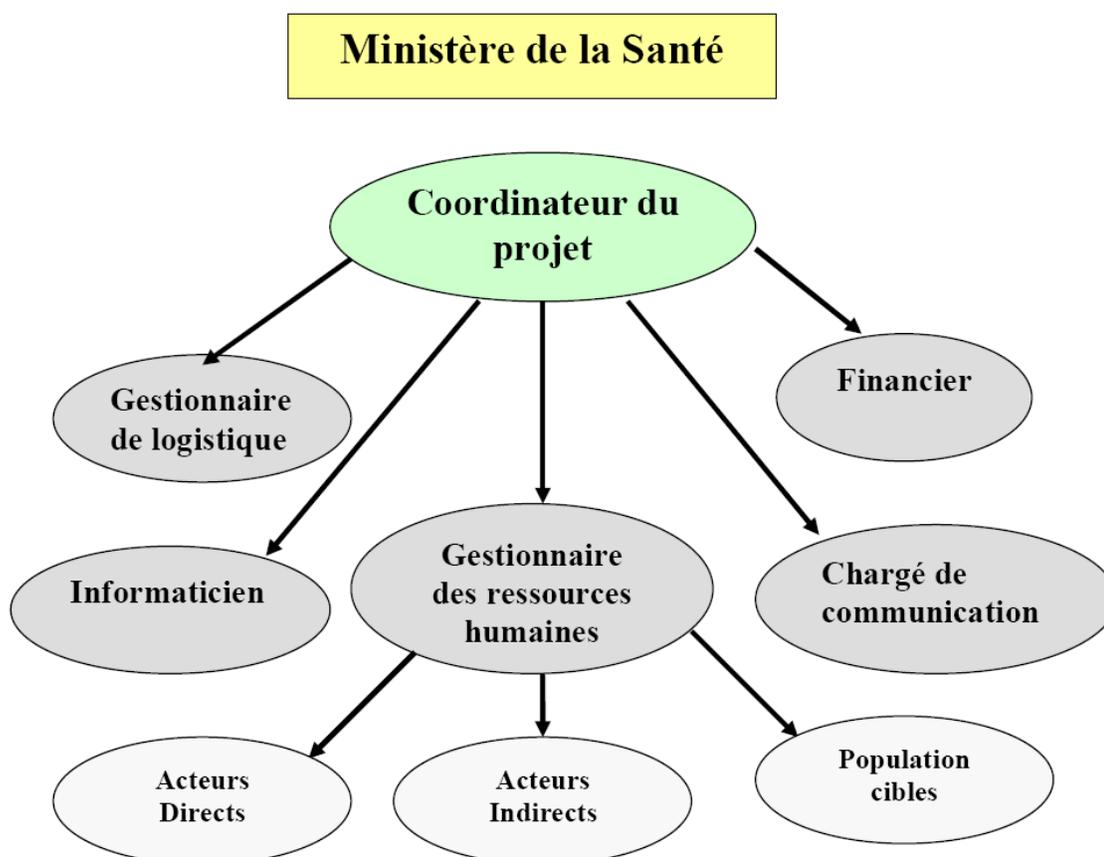
Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Début du processus de régionalisation sanitaire • Accessibilité satisfaisante du moins sur le plan géographique des structures de soins de santé de base • Couverture satisfaisante de la population urbaine en ESSB • Evolution quantitative importante des ESSB • Secteur de santé privé très développé • Ressources humaines qualifiées, expérimentées et spécialisées • Existence de presque toutes les spécialités médicales • Médicalisation de presque la totalité des ESSB de la région • Existence de toutes les spécialités de formation paramédicale • Proximité des instituts universitaires de santé • Formation continue opérationnelle ; • Proximité du CH Ibn Sina et son plateau technique performant ; • Dépenses publiques rationalisées • Réforme du système de santé et hospitalière • Opérationnalisation de la stratégie nationale de qualité notamment par la participation au concours de qualité. • Bonne couverture de la population scolaire et universitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Régionalisation sanitaire non encore institutionnalisée et structurée • Problème de coordination entre le réseau de soins de santé de base et le réseau hospitalier • Faible implication du secteur de santé privé • Défaillance du système d'information sanitaire • Déficit en établissements de soins de santé de base • Insuffisance en ressources humaines particulièrement en personnel paramédical avec une répartition inéquitable • Gestion des ressources humaines restant centralisée • Absence de mécanismes de motivation du personnel • Difficulté de la mise en oeuvre de la stratégie de la formation continue • Insuffisance du budget alloué • Problématique des médicaments • Manque de moyens de mobilité adéquats • Pénurie de certaines ressources avec une disparité dans leur distribution. • Stratégie de couverture sanitaire inadéquate • Problématique du contenu de l'offre de soins, de disponibilité des soins et de prise en charge des populations • Sous utilisation par la population des structures sanitaires notamment de soins de santé de base • Inadéquation entre les profils des ressources humaines et les postes • Faiblesse de la qualité de soins dans la prise en charge des urgences et de la mère
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • La mobilisation internationale • Engagement du pays envers les objectifs du millénaire pour le développement • Respect et consolidation des droits de l'Homme, y compris le droit à la santé • Proximité et appui des organisations internationales (FNUAP, OMS, ...) • Volonté politique forte à très haut niveau (hautes orientations Royales) • Apport louable de l'initiative nationale pour le développement humain (INDH) • Le plan d'action ministériel 2008-2012 	<ul style="list-style-type: none"> • Densité régionale de la population très élevée • Accroissement démographique restant élevé au niveau régional • Urbanisation régionale très intense et anarchique avec présence d'habitat insalubre en péri urbain et population en péri urbain vulnérable et en forte croissance avec toujours de nouveaux besoins spécifiques • Analphabétisme au niveau régional surtout en milieu rural et pour les femmes rurales • Faiblesse de la scolarisation régionale en milieu rural surtout pour les filles • Inégalité dans la pauvreté entre les préfectures et

- Réforme du système de santé
- Appui des ONG et des associations, nationales régionales ou locales.
- Couverture médicale : AMO, INAYA et RAMED
- Politique de régionalisation, de déconcentration et de proximité
- Territoire régional à fortes attractions et potentialités
- Baisse de la fécondité et de la mortalité infantile au niveau régional
- Population régionale concentrée et facilement accessible en urbain
- Amélioration importante de l'analphabétisme au niveau régional sauf pour les femmes rurales
- Légère progression de la scolarisation régionale
- Diminution de la pauvreté à l'échelon régional
- Amélioration du degré d'équipement des logements occupés par les ménages de la région

- Inaccessibilité géographique, économique et culturelle au niveau régional
- Emergence de nouveaux besoins et de nouvelles populations cibles
- Population de plus en plus exigeante
- Lenteur dans le processus de régionalisation et de déconcentration administrative
- Faible implication des autorités locales et des élus dans le secteur de la santé
- Partenariat peu développé et absence de mécanismes institutionnels de partenariat entre le public et le privé.

Source : Ministère de la Santé (Région RSSZZ), Monographie régionale, Avril 2008. Pages 80.

6.11 Annexe 11 : L'organigramme du réseau.



6.12 Annexe 12 : La matrice du cadre logique du réseau.

Objectifs	Axes stratégiques	Activités	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses/ Risques
Créer un espace commun de coordination et de communication représentant 100% les acteurs de la santé maternelle de la région RSSZZ.	Identification et élaboration des besoins financiers pour le fonctionnement du réseau	-Elaboration du budget -Plaidoyer auprès des bailleurs de fonds	-Somme de fonds collectés	-Les registres de comptabilité du réseau	- Désengagement des partenaires -Manque de financement
	Création des organes de gestion du réseau	-Election d'un comité directeur et un autre de pilotage - Recrutement d'équipe projet - Aménagement d'un local pour le réseau	-Nombre de comités créés - Représentativité des profils dans les comités -Nombre de personnes recrutées - Existence du local	-Rapports d'activités du réseau -Budget de fonctionnement	-Indisponibilité des profils demandés
	Identifier le réseau et lui attribuer un statut	- Identifier le statut juridique et la charte du réseau	- Identification du réseau dans le bulletin officiel	- Bulletin officiel du ministère de la santé	-Difficultés administratives
	Prise de contact et sensibilisation de l'ensemble des acteurs	- Mener des réunions et des ateliers avec les acteurs du réseau - Rédaction et diffusion de notes de services. - Communiqué de presse et rencontres de terrain	- Nombre des réunions et des ateliers - Nombre des notes de services et de communiqués de presse diffusés - Nombre de rencontres effectués	-Rapports d'activités du réseau -Registre de la presse nationale	-Désintéressement des acteurs -Messages non assimilés

Assurer des formations pour les acteurs et les réalisateurs du réseau	Stratégie intersectorielle et participation communautaire	-Consolider les connaissances des acteurs sur la surveillance de la grossesse	-Nombre des acteurs formés	-Rapports d'activités du réseau	-Démotivation des acteurs
		Amélioration des capacités des acteurs par rapport aux techniques de l'IEC et aux outils informatiques	- % des personnes ayant acquis des connaissances	- Résultats du questionnaire	-La résistance des acteurs au changement
		Proposition des activités interministérielles favorisant les soins maternels en réseau	- Nombre de convention signée et appliquée - % de participation dans les activités du réseau	-Rapports d'activités du réseau	-Cloisonnement intersectoriel
		Incitation des leaders communautaires et des ONGs	- Nombres des accords bilatéraux	-Rapports d'activités du réseau	-Indisponibilité des leaders communautaires -Faible collaboration des ONGs
Développement des partenariats	Motivation du secteur privé et des associations locales	- % d'adhésion au réseau	-Rapports d'activités du réseau	- Recherche de profit par le secteur privé - Compétition public-privé	

	<p>Améliorer le système d'information et les moyens de communication</p> <p>Centraliser les données épidémiologiques</p>	<p>Intégrer les NTIC</p> <p>Informatisé le système d'information</p> <p>Créer un dossier patient partagé (DPP)</p> <p>Assurer la circulation de l'information entre acteurs</p> <p>Création d'une base de données centralisées</p> <p>Elaborer une codification commune</p>	<p>-Niveau d'utilisation des NTIC</p> <p>- Taux d'utilisation du système informatisé</p> <p>- Nombre de DPP créés et utilisés</p> <p>- Taux de retour d'information</p> <p>- Existence d'une base de données, fonctionnelle.</p> <p>- % des valeurs codifiées</p>	<p>-Analyses des données de la base centralisée du réseau</p> <p>-Rapports d'activités du réseau</p> <p>- Les publications du système d'information</p> <p>-Rapports d'activités du réseau</p> <p>- Les publications du système d'information</p>	<p>- Faible maîtrise des NTIC</p> <p>- Risques logistiques</p> <p>-Défaillance de nature matérielle</p> <p>- Risque aléatoire lié au traitement de données ou à leur archivage</p> <p>- Risques de fautes de saisie</p>
<p>Augmenter la demande de soins prénatals par les femmes de la région à 90 % d'ici 2012</p>	<p>Améliorer l'accès aux soins prénatals.</p>	<p>-Mieux organiser le parcours des parturientes</p> <p>- Informer les parturientes et leurs familles sur les signes de risque</p>	<p>- % des parturientes satisfaites de leurs parcours</p>	<p>-Résultats du questionnaire</p>	<p>- La persistance des barrières d'accès</p> <p>- Retards dans la prise de décisions de consulter</p>
	<p>Regagner la confiance en services de santé</p> <p>Sensibilisation de la population cible</p>	<p>-Organiser des cliniques mobiles dans les zones enclavées</p> <p>-Proposition d'élaboration de lois favorisant l'accès des femmes aux soins</p> <p>Renforcer les capacités de communication des professionnels de santé</p> <p>Améliorer la qualité d'accueil des parturientes</p> <p>Lutter contre la corruption</p> <p>Mener des campagnes d'IEC en faveur des parturientes, leurs familles et la communauté</p> <p>Améliorer l'éducation pour la santé vis-à-vis des jeunes</p>	<p>- Nombre des cliniques mobiles organisées</p> <p>- Nombre des lois promulguées</p> <p>- % des parturientes satisfaites du comportement des personnels de santé</p> <p>- Nombre de campagne d'IEC organisées</p> <p>-Nombre de personnes sensibilisées</p> <p>-Nombre de séances organisées</p>	<p>-Rapports d'activités du réseau</p> <p>-Bulletin officiel du Royaume</p> <p>- Résultats du questionnaire</p> <p>-Rapports d'activités du réseau</p>	<p>-Absence de volonté du ministère de la justice</p> <p>-Difficultés de changement des comportements des personnels de santé</p> <p>-L'état socioculturel des parturientes pourrait influencer négativement leur compliance</p> <p>-Obstacles culturels</p>

