

**Éliminer les décès évitables des mères et des
nouveau-nés
Stratégie 2017-2021
«*Toute mère et tout nouveau-né comptent*»**

Préface

La santé de la mère et du nouveau-né a toujours été considérée comme une priorité de premier ordre par le Ministère de la Santé.

La volonté politique, réaffirmée dans la déclaration gouvernementale, s'est traduite par la nette réduction du ratio de la mortalité maternelle dans notre pays qui a reculé de 35 % entre 2010 et 2016, prouvant que le changement est possible et attestant clairement que le Maroc a accompli des progrès notables en matière d'amélioration de la santé maternelle et qu'il a honoré ses engagements en rapport avec l'atteinte du cinquième Objectif du Millénaire pour le Développement, dont le terme a été fixé pour fin 2015.



Aujourd'hui, de nouvelles perspectives émergent avec les Objectifs de Développement Durable. De ce fait, les résultats affichés grâce à l'engagement permanent des plus hautes autorités du pays, interpellent l'ensemble des intervenants dans le champ de la santé à s'inscrire dans la continuité et à poursuivre leurs efforts afin de mettre en place des pratiques et des interventions efficaces en faveur de la santé maternelle et néonatale. Ainsi, le nouveau plan pour la période 2017-2021 sous le slogan « *Toute mère et tout nouveau-né comptent* » vise la consolidation des acquis et la synergie des actions pour l'élimination des décès évitables des mères et des nouveau-nés.

Cette option exige de nouveaux impératifs tendant à plus de mobilisation de ressources humaines et financières, une gestion de proximité pour assurer la disponibilité et la qualité du paquet d'interventions efficaces pour la mère et le nouveau-né à tous les niveaux du système de soins, une amélioration de la gouvernance et une adaptation des interventions communautaires dans les zones rurales et enclavées afin de prodiguer des soins et des services centrés sur le citoyen et qui répondent à ses besoins dans des délais acceptables.

Notre vision est de mettre l'accent sur la fédération des initiatives et des interventions autour d'objectifs permettant le continuum de soins, la réduction des inégalités et la maîtrise de la lutte contre les causes évitables de la mortalité maternelle et néonatale à la lumière des évidences scientifiques dans ce domaine et dans le cadre des ODD, auxquels notre pays a souscrit, à l'instar de la communauté internationale.

La présente stratégie a bénéficié d'un processus d'élaboration axé sur une approche participative active et consensuelle de toutes les parties prenantes. Elle détermine clairement que le succès attendu relève entièrement de la responsabilité des intervenants intersectoriels au bénéfice des populations cibles avec un égal accès à des soins de qualité.

Ce document, pour la période 2017-2021, représente assurément une structure nouvelle longtemps attendue. Nous sommes convaincus qu'avec cet outil, nous franchissons un pas de plus dans la bonne direction en relevant le défi d'éliminer les décès évitables des mères et des nouveau-nés.

Le Ministère de la Santé, à travers la Direction de la Population, remercie toutes les personnes qui ont contribué à la réflexion, à l'élaboration et à l'appui pour la production de ce document.

Ce document de travail a été élaboré

- Sous les orientations de Monsieur le Ministre de la Santé.
- Sous la direction de Monsieur le Directeur de la Population Dr Lahlou Khalid.

Appui technique :

Dr BELOUALI Redouane.

Expertise scientifique :

- Pr BARKAT Amina.
- Pr KHARBACH Aicha.

Coordination :

- Dr YAHYANE Abdelhakim, Chef de la Division de la Santé Maternelle et Infantile.
- Dr DGHOUGHI Nouzha, Chef de Service de la Protection de la Santé Maternelle par intérim,
- Madame ACHARII Laila, Responsable de la section santé à l'UNFPA-Rabat et ex Chef de Service de la Protection de la Santé Maternelle.

Contribution des :

- Dr BENZAOUZ Mohamed Responsable du Programme National d'Immunisation, à la Direction de la Population.
- Dr BOUHMADI Brahim, Responsable du Programme National de Prise en charge des Femmes et Enfants Victimes de Violence, à la Direction de la Population.
- Madame AMMARI Laila, Responsable du Programme National de Nutrition, à la Direction de la Population.
- Dr LYAGHFOURI Aziza, Chef de Service de la Protection de la Santé Infantile, à la Direction de la Population.
- Madame ELMENDILI Jamila, Responsable du Système d'Information, à la Direction de la Population.
- Feu Dr BOURQUIA Nabil ex Chef de la Division de la Planification Famille.
- Dr BENCHAMA Nabil, Délégation du Ministère de la Santé à la province d'El jadida.
- Mr MARNISSI Abdelilah, Chef de la Division de la Planifications et des Etudes.

Comité de rédaction :

- Dr YAHYANE Abdelhakim, Chef de la Division de la Santé Maternelle et Infantile.
- Dr DGHOUGHI Nouzha Chef de Service de la Protection de la Santé Maternelle par intérim, à la Direction de la Population.
- Madame ACHARII Laila, Responsable de la Section santé à l'UNFPA-Rabat et ex Chef de Service de la Protection de la Santé Maternelle.
- Dr MAAROUI Loubna, Responsable du dispositif de Riposte contre les Bronchiolites Aiguës Virales du nourrisson à la Direction de la Population.
- Dr ELMANJRA Choukri, Cadre au Service de la Protection de la Santé Maternelle.

Comité de lecture :

- Directions centrales du Ministère de la Santé.
- Directions Régionales du Ministère de la Santé.
- Divisions, Services et Programmes de la Direction de la Population.
- Organisation Mondiale de la Santé, Bureau de Rabat.
- Fonds des Nations Unies pour la Population, Bureau de Rabat.
- Fonds des Nations unies pour l'enfance, Bureau de Rabat.

Table des matières

Résumé :	7
Contexte :	8
Première partie : Etat des lieux actuels de la santé maternelle et néonatale.	13
1. Principaux éléments de l'analyse de l'état des lieux.	13
2. Synthèse des éléments de l'état des lieux.	22
Deuxième partie : objectifs, stratégie et orientations 2017-2021.	29
1. Objectifs.	29
2. Stratégie.	30
2.1. Vision.	32
2.2. Cadre stratégique : axes d'intervention.	32
2.3. Le choix des indicateurs.	33
2.4. Pilotage de la performance.	34

Liste des acronymes

ACS	Animatrice Communautaire de Santé
AMS	Accouchement en Milieu Surveillé
CARMMA	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIPD	Conférence Internationale pour la Population et le Développement
CL	Collectivité Locale
CPN	Consultation Pré Natale
CPoN	Consultation Post Natale
CRAC	Comité Régional d'Audit confidentiel
CQ	Concours Qualité
CS	Centre de Santé
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DP	Direction de la Population
DPRF	Direction de la Planification et des Ressources Financières
DRH	Direction des Ressources Humaines
EMRO	Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale
ENPSF	Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale
HCP	Haut Commissariat au Plan
INDH	Initiative Nationale du Développement Humain
LMD	Licence Master Doctorat
LOF	Loi Organique de Finances
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire de Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEH	Projet d'Etablissement Hospitalier
PF	Planification Familiale
PSGA	Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RESS	Réseau des Etablissements de Soins de Santé
RH	Ressources Humaines
RISUM	Réseau Intégré des Soins d'Urgence Médicale
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
SAMU-OR	Service d'Assistance Médicale d'Urgence Obstétricale Rurale
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMS	Short Message Service
SONU	Soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SROS	Schéma Régional de l'Offre de Soins
SSDM	Système de Surveillance des Décès Maternels
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNSM	Unité Nationale de Surveillance de la Mortalité Maternelle
UMP	Urgences Médicales de Proximité

Résumé :

Le présent document de stratégie est principalement basé sur la série de rencontres organisées par la Direction de la Population, les résultats de l'évaluation des stratégies précédentes, la consultation des directions centrales et un groupe de régions ainsi que l'utilisation des documents de référence internationales et principalement la stratégie globale de santé de la femme (OMS, 2015) et la revue de littérature sur les interventions efficaces basées sur l'évidence scientifique.

L'objectif 2021 de cette stratégie est de réduire la mortalité maternelle à 50 pour cent mille naissances vivantes et la mortalité néonatale à 15 pour mille naissances vivantes¹.

Pour atteindre ces objectifs, il est proposé d'assurer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des interventions efficaces aux niveaux primaire, secondaire et communautaire. Le paquet d'interventions efficaces aura pour objectif premier d'éliminer les principales causes de décès maternels (l'hémorragie, l'éclampsie, pré-éclampsie et l'infection) et néonataux (la prématurité, l'asphyxie et les infections).

Le contrôle et le suivi des décès par ces causes feront l'objet d'un suivi et audit continu au niveau local, régional et national.

Au vu des résultats des évaluations, certains domaines d'action sont prioritaires :

- Assurer une plus grande équité dans l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence à travers un ciblage plus accru des zones rurales et des populations pauvres et une action sur les déterminants de la santé maternelle et néonatale.
- Assurer la plus grande disponibilité possible et compétence des ressources humaines ainsi que leur implication dans tout le processus de planification.
- La mise en place d'un système de suivi-évaluation et le soutien à une gouvernance régionale.

Le document de la stratégie est présenté en une intervention stratégique prioritaire pour toutes les régions qui vise l'amélioration de la qualité de l'information sur les décès maternels et néonataux, en plus de cinq axes stratégiques qui seront déclinés en plans d'action régionaux prenant en compte les spécificités de chaque région:

Axe stratégique 1 : Renforcement de la disponibilité pour tous du paquet d'interventions essentielles de qualité pour les mères et les nouveau-nés durant tout le continuum de soins

Axe stratégique 2 : Réduction des iniquités d'accès et élargissement de la couverture et la protection financière pour les soins maternels et néonataux.

Axe stratégique 3 : Développement des interventions communautaires, de mobilisation sociale, de communication et du plaidoyer dans une perspective multisectorielle.

Axe stratégique 4 : Renforcement du pilotage et de la gouvernance de la stratégie au niveau régional.

Axe stratégique 5 : Renforcement du Plan de mise en œuvre et le cadre de suivi et évaluation de la stratégie et de la redevabilité.

Dans chaque axe stratégique, sont proposées une série d'actions clés pour l'atteinte des objectifs tout en laissant une marge de manœuvre importante aux équipes régionales pour l'adaptation et l'innovation. Chaque Direction Centrale et Région/Province utilisera ce cadre stratégique pour élaborer des plans d'action annuels avec un cadre d'action dit « 7C » et de suivi-évaluation dont les modèles sont présentés dans le document de la stratégie. Les plans d'action régionaux seraient signés sous forme d'un contrat programme entre la (les) direction (s) centrale (s) et chaque région. Ils seront revus annuellement en plus d'une revue à mi-parcours et à terme de la stratégie.

¹ L'objectif fixé pour la réduction du taux de mortalité néonatale à 15 pour mille naissances vivantes à l'horizon 2021 semble être en deçà des ambitions du Ministère de la Santé, compte tenu des efforts déployés et des ressources mobilisées. En effet, selon la tendance de baisse enregistrée entre 2004 (27 p1000 NV) et 2011 (21,7 p1000 NV), ce taux devrait atteindre 16 à l'horizon 2021. Ce niveau semble être en parfaite cohérence avec la cible de l'ODD3 qui stipule la réduction du taux à moins de 12 p1000 NV à l'horizon 2030. Un ajustement des objectifs est prévu dès la publication des résultats de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale de 2017.

Contexte :

Au terme des objectifs du Millénaire pour le développement qui ont enclenché une dynamique de promotion de la santé, le bilan, dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, reflète des avancées majeures. En effet, les indicateurs relatifs à la réduction des mortalités maternelle et néonatale ont affiché une réduction importante et ceux mesurant les progrès de lutte contre les morbidités ont enregistré une progression considérable témoignant des efforts consentis par le Ministère de la Santé^{2,3}. Toutefois, ces résultats d'une part, demeurent fragiles puisqu'ils restent liés au nombre des effectifs et par conséquent à la priorité accordée aux ressources humaines (RH)^{4,5}. D'une autre part, ils cachent des inégalités entre groupe de personnes et territoires^{6,7}.

Ainsi, et par rapport aux énormes enjeux de santé publique et de développement humain, malgré que l'ODM 5 a été atteint, un retard est accusé par rapport aux objectifs nationaux fixés⁸, malgré le volume important de ressources injectées dans les différents plans d'actions^{9,10,11}. De plus, l'absence d'utilisation effective des outils de planification et de gestion pour le suivi et la décision au niveau locorégional^{12,13,14}, apparaît comme un goulot d'étranglement réel¹⁵. En d'autres termes, il existe un décalage entre, d'une part, la nécessité de promouvoir une approche multidimensionnelle et multisectorielle de la santé, d'autre part, une tendance, dans les faits, à la dissémination d'une manière déconcentrée des moyens mobilisés sur les territoires, sans identifier les différents leviers et dispositifs permettant de suivre l'utilisation des ressources et éventuellement implanter les actions correctives nécessaires. Dans ce sens, la pertinence des actions implantées, n'est pas véritablement remise en cause mais l'efficacité de la territorialisation de leur exécution serait à améliorer.

Aujourd'hui, de nouvelles perspectives émergent avec les ODD qui succèdent aux OMD¹⁶, et on pourrait s'inscrire dans les efforts souhaités en faveur de la santé, dans les ODD ainsi définis, selon deux niveaux de réponse. D'abord, la vision conceptuelle des ODD prône une approche moins cloisonnée que celle des OMD et ici l'intersectorialité (partenariat et contractualisation) déclinée au niveau régional serait un atout majeur pour la convergence des

² Ministère de la Santé., « Rapport de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale - ENPSF » - 2011.

³ Déclaration du Ministre de la Santé, lors d'une conférence de presse, le mercredi 03 mai 2017, dévoilant les premiers chiffres de la 6^{ème} Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale de 2017 : réduction importante du ratio de la mortalité maternelle au Maroc, qui a baissé à 72,6 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes contre 112 en 2010, soit une réduction de 35%. Les milieux urbain et rural ont enregistré une nette amélioration, avec une réduction de 39% en milieu urbain et de 25% en milieu rural.

⁴ Le plan d'action 2008-2012 évoque « une politique de ressources humaines basée sur le renforcement et le développement des compétences notamment par le biais de la formation et la formation continue, la prise en compte de la performance, la motivation, le contrôle, et la mise en place de programmes sociaux au profit du personnel de la santé ». Ce qui reste encore timide.

⁵ Le « livre blanc : Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé » de 2013, évoque qu'« il faut plus de professionnels et des personnels d'un type nouveau et de compétences diversifiées pour fournir l'expertise nécessaire pour s'attaquer aux déterminants de la santé. [...] Il faut des cadres avec des capacités nouvelles de négociation, de pilotage, d'utilisation intelligente de l'information et des connaissances pour assurer la tutelle du système. Le problème est d'abord quantitatif [...] Mais il est également qualitatif et lié à la formation des professionnels : à l'heure actuelle elle ne prépare ni aux problèmes de santé prévalents, ni au travail en équipe, ni au travail avec les nouveaux outils ».

⁶ Ministère de la Santé : « Livre blanc : Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé » - 2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé, Marrakech, Juillet 2013.

⁷ Ibidem.

⁸ Le plan d'action 2008-2012 s'est engagé de réduire le ratio de Mortalité Maternelle à 50 décès pour 100.000 à l'horizon 2012.

⁹ Plan d'action sectoriel 2008-2012., « Réconcilier le citoyen avec son système de santé » - Ministère de la Santé, 2008.

¹⁰ Stratégie Sectorielle « Santé » pour la période 2012-2016 – Ministère de la santé, 2012.

¹¹ Initiative régionale de Dubaï., « Sauver les vies des mères et des enfants » - Comité régional de la Méditerranée orientale, 67^{ème} session, 2013.

¹² Décret n° 2-14-5 6 2 du 7 chaoual 1436 (24 juillet 2015), relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins.

¹³ Dans la préface de la Stratégie sectorielle 2012 – 2016, il a été prévu de renouer avec la gestion axée sur les résultats à travers la mise en place de contrats-programmes avec les directions régionales de santé et la mise en place également des mécanismes de supervision et de ciblage.

¹⁴ La supervision a été institutionnalisée en 2016 par la Circulaire Ministérielle N°005 en date du 06 janvier 2016.

¹⁵ Le « livre blanc : Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé » de 2013, évoque 3 grands chantiers pour moderniser la façon dont le Maroc gouverne son secteur de la santé : la contractualisation de la complémentarité public privé afin d'augmenter l'efficacité, la qualité et la cohérence de l'ensemble du système de santé ; la refonte du système d'information et le chantier des ressources humaines.

¹⁶ Rapport du Groupe de travail sur les ODD lors de la 68^{ème} session de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2014.

actions. Ensuite, l'utilisation des outils de planification (SROS), au niveau locorégional, conjugués aux dispositions de la nouvelle loi de finances et la régulation à travers la nouvelle carte sanitaire ne pourraient que renforcer la territorialisation synergique de l'action publique.

Actuellement, il est unanimement admis que la santé du couple « mère ; nouveau-né » est intimement corrélée avec les caractéristiques bio-socio-démographiques du nouveau-né et de la mère. Cette relation résulte de leurs interactions qui prennent source dans le comportement procréateur de la femme, le niveau de vie, les conditions de l'environnement externe¹⁷ incitant une intervention globale et intégrée dans le continuum de soins.

Au Maroc, cette règle ne fait pas exception, et l'évaluation des stratégies, en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né, montre que la disponibilité des services est l'action de base¹⁸. Pour ce fait, il existe des interventions efficaces et à haut impact qu'il faut mettre en place aux niveaux : primaire, secondaire et communautaire. Il faudrait donc redéfinir le paquet minimum de soins pour chaque population cible (continuum de soins) et pour chacun des 3 niveaux¹⁹. Le succès de ces interventions repose aussi bien sur leur implantation à large échelle (créativité, ciblage) avec un suivi à travers une supervision décentralisée (compte à rendre pour la redevabilité) que sur le principe d'un seul leadership, un seul système de suivi-évaluation et un seul système de rapports (cadrage) et c'est la source du succès de la gouvernance²⁰.

Aussi, si la qualité des soins reste, d'une part, la priorité majeure et dont l'insuffisance est certainement la cause de décès évitables, les démarches de progrès restent essentielles pour implanter une culture de résultat²¹. D'autre part, l'insuffisance de ressources critiques en ressources humaines, dues aux départs et les recrutements limités, du moins jusqu'en 2016, risque de freiner la réalisation des objectifs si des décisions importantes ne sont pas prises en termes de disponibilité, de compétence et de motivation²². De même, la dimension financière sous tous ses aspects devrait faire l'objet de « contrats programmes » avec les régions et basées sur des objectifs et des résultats²³.

Il importe tout particulièrement de consolider les programmes préventifs (consolidation des acquis), de développer les mesures correctives (créativité et démarches de progrès) et curatives à grand impact à court terme tout en recommandant une responsabilité de proximité (compte à rendre pour la redevabilité) par des outils « prônés » par la réforme budgétaire disposée par la Loi des finances telle que la contractualisation. Celle-ci permettra non seulement la mise en relief directe du couple « ressource-résultat » mais aussi la prise en compte des spécificités locorégionales²⁴.

Ainsi, la stratégie présentée ci-après, en prenant comme référence les recommandations de la Conférence Nationale sur la Santé qui s'est tenue à Marrakech en Juillet 2013 et les

2ème

¹⁷ Barbieri Magali., « Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers-Monde » - Centre Français sur la Population et le Développement / Les Dossiers du CEPED n° 18, Paris, octobre ,1991.

¹⁸ Belouali R., « Plan stratégique pour l'élimination des décès maternels et néonataux évitables 2017-2021 » - Ministère de la Santé – OMS, Juillet 2016.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Ibidem.

²¹ Ibidem.

²² Ibidem .

²³ Ibidem.

²⁴ La Loi organique N° 130-13 relative à la Loi de finances vise essentiellement le renforcement de la performance de la gestion publique, la mise en place d'un ensemble de règles contribuant à l'amélioration de la transparence des finances publiques. Aussi, elle dispose une programmation budgétaire triennale actualisée annuellement, ciblant une meilleure visibilité des choix stratégiques. De même qu'elle focalise, dans son article 39, la budgétisation sur la prise en considération de l'approche genre lors de la fixation des objectifs et des indicateurs relatifs à chaque programme budgétaire.

orientations du Ministère de la Santé pour la période 2017-2021²⁵, a pour but de consolider les acquis en matière de soins de santé primaire avec un focus sur la dimension préventive et mettre un terme aux décès évitables des mères et des nouveau-nés dans une démarche où le système, comme détenteur d'obligations, répondrait à l'état de santé de la population cible, détenteur de droits. Ceci n'aurait de sens qu'en multipliant les efforts pour favoriser l'équité dans l'accès aux soins et en mettant l'accent sur la réduction des inégalités inter et intrarégionales en matière de santé, tout en conjuguant les efforts avec l'amélioration de la qualité des prestations prodiguées dans un continuum de soins, selon les besoins de chacune des populations vulnérables.

La stratégie s'articule autour de plusieurs domaines prioritaires (résultat à court et moyen terme), et repose sur des composantes identifiées comme leviers d'efficacité. C'est le cadre des « 7C »²⁶. Sur le plan conceptuel, les « 7C » constitueraient des leviers d'efficacité ramenés au contexte précis dans lequel évolueraient les plans d'action issus de la stratégie. Chaque « C » est interdépendant des autres et la réalisation de l'un ne peut se faire au détriment d'un autre. Ainsi, le résultat d'une action influencerait en cascade la mise en œuvre d'autres actions, et met en évidence l'articulation et les liens de causalité entre les différentes composantes du cadre des « 7C » qui seraient des leviers d'action efficaces et agissant en interactions pour l'atteinte des objectifs.

Les « 7C » se traduisent ainsi²⁷ :

La « Consolidation « des acquis », c'est-à-dire préserver les réalisations qui ont permis le maintien du niveau de performance affiché, par le renforcement des déterminants de succès des interventions.

Le « Ciblage », c'est-à-dire l'action de choisir à la fois les causes évitables, les catégories des populations vulnérables et les territoires qui enregistrent le plus de cas.

Le « Continuum » des soins, c'est-à-dire un paquet d'activités qui va accompagner la mère et le nouveau-né, depuis la préconception jusqu'à l'âge de 01 mois, voir au-delà.

Le « Cadrage » des interventions, c'est-à-dire l'élaboration d'orientations, de recommandations et d'objectifs spécifiques à atteindre.

La « Contractualisation » et le développement du partenariat, c'est-à-dire l'engagement des acteurs en charge de l'exécution des plans d'action, issus de la stratégie, à remplir leurs obligations sur des bases préalablement discutées.

Le « Compte à rendre » pour la redevabilité²⁸, c'est-à-dire un ensemble d'activités permettant de communiquer sur l'exercice d'une responsabilité en termes de « proximité et accessibilité », de « l'efficacité et l'efficacité des interventions », et de « l'équité et transparence ». L'ancrage de système de surveillance des décès maternels et néonataux fiables est essentiel pour comprendre

²⁵Atelier de préparation de la stratégie nationale de santé pour la période 2017-2021, tenu à Marrakech les 12 et 13 avril 2017 et duquel a découlé trois axes d'orientations : i) la consolidation des réformes et des plans stratégiques liés à la politique de santé, ii) la mise en œuvre d'un programme pour l'amélioration de l'accès des citoyens aux services de santé iii) la valorisation et l'investissement dans les ressources humaines en santé.

²⁶Réunion de l'OMS/EMRO et les responsables du Ministère de la Santé sur l'adoption de la Vision Post 2015 à Rabat le 17 et 18 septembre 2015. Cette vision de laquelle découle une feuille de route spécifiant les orientations en post 2015 pour la lutte contre les principales causes de la mortalité maternelle, néonatale et infantile-juvénile.

²⁷Il ne s'agit pas de la définition du concept décrivant sa nature, mais de la définition nominale, décrivant ce qu'il signifie dans le contexte de la présente stratégie.

²⁸Organisation mondiale de la Santé., « Tenir les promesses, mesurer les résultats » - Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, Genève, OMS, 2011.

les causes médicales et circonstances sous-jacentes de ces décès et pour mettre en place des interventions prioritaires et adaptées au contexte marocain.

La « Créativité » dans les mesures à entreprendre, c'est-à-dire un ensemble d'outils²⁹ permettant de faire mieux dans le cadre des plans d'action issus de la stratégie et rester dans les attentes des objectifs assignés.



Cadre schématisant des relations d'interdépendance et de causalité des "7C".

En somme, la conception de cette stratégie s'est fondée sur le principe de renforcer la cohérence des processus majeurs déjà existant dans le pays, de promouvoir les synergies, de repérer les actions clés permettant une optimisation des ressources en faveur du maximum de résultat et de mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation prenant en compte les interventions en cours.

De plus, une marge de manœuvre non négligeable a été laissée à la région sanitaire, eu égard aux spécificités locorégionales, pour préciser le niveau de contribution sur des facteurs socio-économiques, très défavorables sur certains territoires, ainsi que celui des facteurs liés à l'organisation des soins, et d'identifier les mesures à mettre en œuvre par les différentes parties prenantes régionales dans le cadre de la convergence de l'action publique.

Il importe de souligner que les documents des stratégies spécifiques mondiales de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA, de même que les documents du pays représentent les références pour le développement de la stratégie 2017-2021 relative à la santé maternelle et néonatale. Bien entendu, la prochaine décennie sera encore plus décisive puisque le Maroc, à l'instar de communauté internationale est engagé dans la réalisation de l'ODD3 à l'horizon 2030 et dont les

²⁹Ce cadre pourrait être un brainstorming ou une contrainte de temps, économique, organisationnelle, d'amélioration...etc. et peut même correspondre à un nouveau produit, un nouvel usage ou la combinaison des deux.

deux premières cibles sont une réduction de la mortalité maternelle et néonatale plus accélérée. Dans ce sens, l'élaboration du présent document a adopté une démarche participative et consensuelle.

Dans un premier temps, la réunion des responsables de l'OMS/EMRO avec leurs homologues du Ministère de la Santé, sur l'adoption de la vision post 2015 à Rabat le 17 et 18 septembre 2015, a permis l'élaboration d'une feuille de route pour s'inscrire dans les ODD dès 2016 et ceci en matière de lutte contre les principales causes évitables de la mortalité maternelle et néonatale.

Ensuite une consultation externe a dressé un état des lieux sur les résultats enregistrés dans le domaine de la santé maternelle et néonatale depuis 1990 avec un éclairage spécifique sur la période 2008-2015. Le document d'évaluation a émis à la fin des conclusions, ainsi que des recommandations utiles pour réorganiser, restructurer l'action future et réorienter, améliorer et accélérer l'atteinte des objectifs dans le cadre de l'ODD3.

Dans une troisième étape, une série d'ateliers de consensus, avec l'ensemble des directions centrales et régionales, a été effectuée. Parallèlement, l'équipe responsable du programme de protection de la santé maternelle et néonatale a procédé à une analyse des bilans d'activités semestriels remontant des services déconcentrés. Ceci a permis de mettre sous éclairage spécifique les modes de coordination en vigueur et les freins réels à la mise en œuvre de certaines directives centrales. L'équipe s'est déplacée dans les régions et provinces pour confirmer certains constats.

Enfin, dans une approche participative, il a été discuté et validé les objectifs et axes d'interventions, l'identification des actions clés de mise en œuvre, ainsi que la définition des modalités d'évaluation, de coordination et de suivi. Toutes ces démarches ont respecté les orientations gouvernementales, la continuité des politiques publiques appuyant l'amélioration de la gouvernance de la gestion publique et la consécration de l'obligation de la reddition des comptes ainsi que le territoire « région » comme cadre de développement. Afin de maximiser l'impact des interventions, le couple direction centrale-direction régionale apparaît comme une solution pour l'atteinte des objectifs fixés.

Première partie : État des lieux actuels de la santé maternelle et néonatale.

1. Principaux éléments de l'analyse de l'état des lieux.

Le Ministère de la Santé a commandité, en 2015, une évaluation dont les objectifs ont cherché à faire une analyse approfondie des réponses sanitaires en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né, des réalisations, des succès et des contraintes mais surtout l'alignement des axes et des interventions pour la période 2017-2021 et celle du post 2015 s'articulant autour des ODD et leurs réalisations à l'horizon 2030³⁰.

Cette évaluation a comporté une revue des stratégies depuis les années 1990, une revue des réalisations notamment entre 2008-2015, une analyse sur la base des évidences scientifiques de la littérature, des conclusions et enfin l'élaboration de recommandations. Le rapport final a exposé 12 volets qui se présentent comme suit :

1. Politiques et stratégies :

Depuis 1990, l'action du Ministère de la Santé a été influencée par plusieurs facteurs dont les engagements du Maroc avec la communauté internationale (CIPD, OMD...etc.), l'engagement politique national, l'évolution des ressources, l'information disponible sur les interventions efficaces, le style de management des équipes des directions centrales, les modalités de mise en œuvre des plans d'action. De même que la prise de conscience effective que la santé est un levier de développement a engendré des préparatifs pour l'alignement sur les ODD dès 2015³¹.

De plus, l'avènement de la Constitution de 2011 et les recommandations de la 2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé de 2013, marquent un nouveau contexte où les droits humains et les droits de la femme, l'extension de la couverture médicale de base et le défi des RH, nécessiteraient inéluctablement de nouvelles décisions politiques.

2. La vulnérabilité et la santé des femmes :

De grands progrès ont été consentis par le Maroc dans les domaines économique et social. Ainsi, l'offre en matière d'éducation, de formation et de santé a connu un fort développement. La mise en œuvre de l'Initiative Nationale du Développement Humain (INDH) en 2005, a permis d'accroître les capacités des populations vulnérables et de promouvoir les activités génératrices de revenus. Des réformes ont été menées depuis le début de la décennie 2000, consistant notamment, en la réhabilitation du statut et des droits de la femme et le développement de la société civile. Les grandes réformes structurelles engagées depuis 2001 sont poursuivies, pour développer la couverture médicale de base. Une attention particulière a été accordée à la généralisation du RAMED devenue effective suite au discours de Sa Majesté le Roi du 13 mars 2012 et à l'élargissement de la couverture médicale aux populations indépendantes. Des mécanismes de redevabilité sont devenus effectifs tels que les plaintes au niveau de l'Inspection

³⁰Belouali R., Bucagu M., Laabid A., Vandenbussche P., « Évaluation des stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Maroc entre 1990 et 2015 » - Ministère de la santé – OMS, 2016.

³¹Réunion de l'OMS/EMRO et les responsables du Ministère de la Santé sur l'adoption de la Vision Post 2015 à Rabat le 17 et 18 septembre 2015. Cette vision de laquelle découle une feuille de route spécifiant les orientations en post 2015 pour la lutte contre les principales causes de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

Générale du Ministère de la Santé et celles en ligne³² apportant des réponses concrètes aux usagers des services de santé sur la suite donnée aux plaintes.

Aussi, les inégalités de genre au Maroc placent les femmes en position de vulnérabilité. Pour réduire les écarts, les femmes restent les bénéficiaires centrales des programmes de santé. De plus, une attention particulière est actuellement portée sur l'amélioration de l'accès aux soins pour les femmes victimes de violence au profit desquels un programme de santé spécifique vient d'être créé³³.

Le projet de performance³⁴ du Ministère de la Santé au titre de 2015a retenu 58 indicateurs, ordonnés autour de six programmes budgétaires dont le « *Programme 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques* » et évoque les enjeux de santé des femmes au sujet des risques et des pathologies auxquelles les femmes sont spécifiquement exposées³⁵ ou surexposées.

Malgré les avancées enregistrées, les progrès accomplis demeurent fortement conditionnés par le niveau socioéconomique et le milieu de résidence. Le ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité néonatale sont plus élevés chez les familles pauvres que chez les familles riches^{36,37,38,39}.

Ainsi, les inégalités spatiales et sociales demeurent importantes. Seul 55% des femmes rurales, contre 92% en milieu urbain, accouchaient en présence d'un personnel qualifié, et alors que 96% pour les femmes issues des ménages les plus riches ont bénéficié d'une assistance qualifiée, elles n'étaient que 38% parmi les femmes des ménages les plus pauvres⁴⁰.

Le niveau d'éducation des femmes est aussi un facteur de discrimination puisque la presque-totalité (99%) des femmes ayant atteint au moins le niveau du secondaire ont bénéficié d'une assistance qualifiée lors de leur dernier accouchement, contre seulement deux femmes sans instruction sur trois (66%)⁴¹.

L'accès à la santé de la reproduction, connaît aussi des disparités importantes. Par exemple, en 2011, au niveau national, le taux de consultation postnatale (22%) était encore très faible au vu de l'objectif de 80% fixé pour 2015. C'est en milieu rural que cette couverture est la plus défaillante (14%) contre 31% en milieu urbain⁴².

³²Le programme baptisé « khadamati » comporte « Allo Chikaya » qui est un service destiné à recueillir les plaintes et réclamations en rapport à la qualité des prestations de santé. Ce service répond à la logique du Décret n°2.17.265 du 23 juillet 2017 fixant les modalités de réception des remarques et proposition des usagers, du suivi et du traitement de leurs réclamations. Ce dernier fait en effet obligation d'implanter, dans les structures publiques, le Système national de gestion des réclamations. Il est à noter que ce programme « Khadamati », comprend d'autres services commewww.mawiiidi.ma pour la prise des rendez-vous dans les hôpitaux publics, « Allo Veille épidémiologique », « Allo Intoxication », « Allo SAMU 141 », des portails web : « Sehaty » et « Santé des jeunes » et des réseaux de communication sociale: Facebook, LinkedIn, Twitter et YouTube.

³³Circulaire Ministérielle n° 041 du 30/08/2017 portant sur l'institutionnalisation du Programme National de Prise en charge des Femmes et des Enfants Victimes de Violence.

³⁴Ce rapport de performance est annexé au projet de budget annexe, dans le cadre de la mise en œuvre de la Loi Organique des Finances (LOF).

³⁵Violences, cancer du sein, cancer du col de l'utérus...etc.

³⁶Belouali R., Bucagu M., Laabid A., Vandenbussche P., « Évaluation des stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Maroc entre 1990 et 2015 » Ministère de la santé – OMS, 2016.

³⁷Haut-Commissariat au Plan., « Exclusion, inégalité et pauvreté : la transition sociale et ses déterminants » - Étude dans le cadre de la réflexion prospective sur le Maroc 2030, HCP, Avril 2006.

³⁸Santé et vulnérabilité au Maroc : A. Aboussad, Mohamed Cherkaoui, Patrice Vimard, HAL, 2011.

³⁹Études sur les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc Études de cas, ONDH 2012.

⁴⁰Belouali R., Bucagu M., Laabid A., Vandenbussche P., « Évaluation des stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Maroc entre 1990 et 2015 » Ministère de la santé – OMS, 2016.

⁴¹Ibidem.

⁴²Ibidem.

Sur le fond de la toile le “ *problème devient encore plus sérieux lorsqu’on analyse la répartition de cette offre en ressources humaines entre régions du Royaume et au sein de la même région. On découvre une iniquité flagrante entre régions, dans les deux secteurs public et privé, notamment en matière de médecins et plus particulièrement les médecins spécialistes* ⁴³ ”.

3. La gouvernance :

S’adaptant aux changements de l’environnement le Ministère de la Santé a fait évoluer la gouvernance de son système de soins. Ainsi, des efforts de déconcentration ont été faits, avec la création de directions régionales du Ministère de la Santé. Leurs missions ont été définies par l’Arrêté de déconcentration de 2016⁴⁴ qui leur offre de larges prérogatives en matière de planification, coordination et gestion des ressources humaines.

Analysée sous les aspects des enjeux, les acteurs, l’intersection et les procédures, la gouvernance fait constater que les enjeux internes se trouvent au niveau de la définition des rôles et des responsabilités des directions centrales et régionales. Au niveau des acteurs, il apparaît clair que leur participation a connu une évolution notable mais elle reste tributaire du style de management des gestionnaires et il apparaît que les professionnels de terrain ont été peu impliqués. Les procédures ont été marquées par l’absence d’un cadre de gestion par les résultats. La mise en place de commissions nationales et régionales (Comités régionaux de monitoring, de suivi et d’évaluation des soins obstétricaux et néonataux puis task force)^{45,46} était un succès au début et dont il faudra revoir l’organisation, la gestion et le leadership.

4. La prestation de services :

L’offre de soins a connu un développement important. Les indicateurs d’impact issus des différentes enquêtes du Haut Commissariat au Plan (HCP) et du Ministère de la Santé mettent en exergue l’évolution positive de l’état de santé de la population.

Pour ce qui est de la réduction de la mortalité maternelle, les efforts ont été maintenus dans le sens de l’amélioration des SONU, du suivi et de la prise en charge de la grossesse et de l’accouchement, permettant ainsi, de réduire les facteurs de risque. Il s’agit, en particulier, de l’élargissement de la gratuité à la prise en charge des complications liées à la grossesse et aux analyses biologiques de suivi de la grossesse, de l’augmentation du nombre des services médicaux obstétricaux d’urgence en milieu rural, de la réalisation de 8 guides de bonnes pratiques médicales pour la prise en charge des complications liées à la grossesse et de la formation des professionnels de la santé, ainsi que de la création de protocoles de soins pour faciliter l’accès aux établissements de soins et la coordination entre les différents niveaux de soins⁴⁷.

⁴³Ministère de la Santé., « La Démographie Médicale et paramédicale à l’horizon 2025 » - Direction de la Planification et des Ressources Financières /OMS, 2009.

⁴⁴Arrêté du Ministre de la Santé n° 003-16 du 23 rabia I 1437 (4 janvier 2016) créant et fixant les attributions et l’organisation des services déconcentrés du Ministère de la Santé, publié au bulletin officiel 6452.

⁴⁵Lettre Ministérielle n° 042 DHS/2013 du 03 juin 2013 portant sur la mise en place d’instances d’impulsion et de suivi de la mise en œuvre du plan d’action national 2012-2016 pour l’accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

⁴⁶Circulaire du Ministre de la Santé n° 103 du 3 décembre 2008.

⁴⁷Rapport sur le budget axé sur les résultats tenant compte de l’aspect Genre accompagnant le projet de Loi de Finances 2017 - Ministère de l’Economie et des Finances 2017.

Toutefois, ce paquet de prestations devrait inclure le large éventail des interventions essentielles en santé maternelle et néonatale basées sur les évidences situées tout au long du continuum des soins, comme préconisé par l'OMS.

5. La qualité des soins :

Le paquet de services en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né est déployé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, avec un souci croissant d'améliorer leur qualité, c'est-à-dire leur capacité à offrir une meilleure prise en charge à un plus grand nombre de femmes, notamment par des soins efficaces à moindres risques et dispensés avec compétence technique^{48,49}.

Le Ministère de la Santé recommande aux femmes enceintes au moins quatre consultations prénatales pour détecter les problèmes potentiels, les prendre en charge et réduire le risque de complications maternelles et néonatales. Les référentiels des soins prénatals mis en place, englobent également des informations sur le mode de vie, la prévention des maladies, l'hygiène et la planification familiale. Il faut noter aussi la régularité de la mise à jour et l'adaptation de ces référentiels avec la participation de tous les acteurs des soins et la contribution des organismes internationaux.

Pour les nouveau-nés les techniques préconisées par l'OMS et l'UNICEF, comme le contact peau à peau, la mise au sein précoce et la promotion de l'allaitement, ont été institutionnalisées. En plus, le maintien à chaud, les soins des yeux et du cordon, l'administration de la vitamine K et les vaccins dans un milieu propre et favorisant la lutte contre l'infection nosocomiale, constituent des directives nationales.

Des indicateurs de processus ont été implantés dans le cadre des SONU. Ils mesurent la mise en œuvre d'une fonction (activité) faisant partie de la séquence de soins de la parturiente. Lorsque les tâches constituant l'activité sont fondées sur une recommandation de bonnes pratiques, l'indicateur permet d'évaluer la conformité d'une partie de la prise en charge par rapport à une référence. L'indicateur analyse la sécurité dans la réalisation du processus, l'accessibilité, la continuité, le respect des délais ou encore l'implication des professionnels et des services dans les activités le concernant.

Une procédure de certification des maisons d'accouchements et des maternités hospitalières a été mise en place. Dans ce cadre, des professionnels de santé mandatés par le Ministère de la Santé réalisent les visites de certification sur la base d'un référentiel. Celui-ci permet d'évaluer le fonctionnement global de la structure d'accouchement. Aujourd'hui, les orientations post 2015 et conformément à la Loi 34-09, l'accréditation tend à devenir la procédure obligatoire.

Une démarche de progrès dite « Concours Qualité », initiée depuis 2007 et à laquelle se sont inscrits la majorité des structures de soins, a connu un essor particulier au regard des rapports publiés au terme de chaque édition. Plusieurs entretiens avec des responsables au niveau déconcentré ont pu confirmer le caractère du CQ comme un outil de changement en faveur

⁴⁸ Circulaire Ministérielle n° 1989 DP/ du 26/09/2013, portant sur le renforcement de la responsabilité de proximité pour la surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

⁴⁹ Lettre de la Direction de la Population n° 1562 DP/00 du 11/07/2013, portant sur la préparation du Budget-Programme 2014-2016.

d'une « gestion basée sur les résultats ». Toutefois, une analyse approfondie de ces rapports serait d'une grande valeur pour renseigner sur le degré de mise en œuvre effective, par les services déconcentrés, des plans d'amélioration issus des audits préconisés par le CQ⁵⁰.

Il reste à souligner que malgré les démarches de progrès introduites depuis l'année 2000⁵¹, les contraintes à la qualité restent nettement liées, au degré d'apprentissage organisationnel, aux structures, aux processus et aux résultats. La certification, l'audit confidentiel des décès maternels, les recommandations de bonnes pratiques...etc. ont été initiés dans une perspective de maîtrise des décès évitables. Aujourd'hui, ne serait-il pas souhaitable de les revoir sous l'angle d'une évaluation ex post des effets ? Les outils de gestion, comme les indicateurs de qualité et de sécurité des soins ou les tableaux de bord articulés sur la qualité et sécurité des soins, ne sont pas encore généralisés. Aussi, le rôle de la recherche action, comme levier de performance, n'a pas été suffisamment pris en compte.

6. Les ressources humaines :

C'est la contrainte historique et presque irréductible. Malgré le succès de plusieurs nouvelles approches innovantes pour assurer leur disponibilité, les problèmes de distribution géographique, de motivation et de l'absentéisme endémique sont toujours des freins au développement même de la performance du système de santé⁵².

Le Ministère de la Santé est le deuxième employeur public après l'Éducation Nationale avec, en 2015, un effectif de 45 697 fonctionnaires, dont 57% de femmes⁵³. La Direction des Ressources Humaines (DRH) du Ministère de la Santé a publié une « *stratégie de développement* » qui « *se résume dans l'élaboration et la modernisation de la politique de gestion des ressources humaines*⁵⁴ », cependant la mise en œuvre reste très lente.

Par ailleurs, la situation de l'offre en personnel médical en 2007 montre aussi que la gynécologie ne représente que 5% de l'ensemble de l'effectif médical dans le secteur public et que la chirurgie générale, la gynécologie, la pédiatrie en plus de l'anesthésie réanimation ne représentent que 14% de l'effectif des spécialités existantes⁵⁵. Ce qui n'est pas sans influence sur la mise en œuvre de la politique nationale de santé qui priorise la santé maternelle et infantile dont l'impact est déterminant sur les indicateurs de développement du pays. Aussi, la part des « *sages-femmes, profil paramédical, trop demandé par le système de santé pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, ne représente que 9% de l'ensemble des*

⁵⁰Le Concours Qualité est une compétition mis en place par le Ministère de la Santé depuis 2007. C'est une approche globale d'amélioration des processus de gestion au niveau des structures de soins et administratives. Le CQ, organisé périodiquement, commence par une autoévaluation qui est suivi d'un audit de structures participantes avec un plan d'amélioration qui est évalué dans l'édition suivante. Au terme, sur la base des scores de l'autoévaluation et de l'audit, un classement des structures est fait. Celles en tête de classement sont primées par l'octroi d'un prix.

⁵¹Dans la préface du document « Programme National d'Assurance de la Qualité (PNAQ) », il est souligné par le Ministère de la Santé que : « le département a défini la stratégie d'institutionnalisation de l'assurance qualité à tous les niveaux du système de santé pour répondre à une priorité nationale d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé ».

⁵²Il est cité dans le plan d'action sectoriel 2008-2012 à la page 32 « Une évaluation de la situation des cumuls d'emplois concernant les médecins et les infirmiers employés par le secteur public et qui travaille en même temps dans le secteur libéral, a été tentée en 2000. Il n'a pas été possible de les dénombrer, mais certaines estimations vont jusqu'à mentionner qu'environ 50% du personnel des cliniques privées proviennent des hôpitaux (qui y travaillent quelques fois en dehors de leur horaire régulier de travail à l'hôpital, pendant les jours de récupération, parfois à plein temps quant la personne travaille la nuit à l'hôpital). [...] Quoiqu'il existe, ce phénomène n'a jamais été bien documenté pour en apprécier l'importance et ses répercussions sur le fonctionnement des hôpitaux ».

⁵³Conseil Economique, Social et Environnemental., « Les dimensions sociales de l'égalité entre les femmes et les hommes : Constats et Recommandations » - Auto-Saisine n°24/2016.

⁵⁴Direction des Ressources Humaines., « Stratégie de développement des RH » - site web du Ministère de la Santé : drh.sante.gov.ma/PublicationDRH/Strategie%20de%20developpement%20DRH.pdf

⁵⁵Ministère de la Santé., « La Démographie Médicale et paramédicale à l'horizon 2025 » - Direction de la Planification et des Ressources Financières /OMS, 2009.

paramédicaux qui exercent dans le secteur public. Cette situation prouve que l'offre en cette catégorie de personnel ne répond pas aux besoins réels du système de santé⁵⁶ ».

En termes de création de postes budgétaires au cours de la période 2007- 2016, le Ministère de la Santé n'a bénéficié que de 10% sur le total des postes budgétaires créés. Pour ce qui est du flux des départs à la retraite, le département a enregistré 9% du total des suppressions au cours de la période 2007- 2016⁵⁷. Il est à noter qu'entre 2015 et 2016 l'effectif du Ministère de la Santé a connu une augmentation très timide passant de 48 731 à 48775 soit une évolution de 0,09%, avec une répartition de 2022 (4,15%) pour les services centraux et 46753 (95,85%) pour ceux déconcentrés⁵⁸.

En 2007, la densité médicale et paramédicale ne dépassait guère 1,64 pour 1000 habitants alors que le seuil critique fixé par l'OMS s'élève à 2,5 personnels soignants pour 1000 habitants⁵⁹. Une initiative du Gouvernement pour former 3300 médecins à l'horizon 2020 est lancée depuis 2007. Cependant, elle semblerait dépendre de la construction de nouvelles facultés de médecine et centres hospitaliers de formation qui restent tributaires dans le secteur public aussi bien d'un financement lourd que du temps pour la réalisation.

Actuellement, la formation de base des sages-femmes au Maroc a bénéficié d'une nouvelle réforme globale à travers l'implantation du système LMD au niveau de tous les instituts supérieurs des professions infirmières et techniques de santé avec la mise à disposition d'un référentiel des activités professionnelles et de compétences. Cependant certains aspects dans la formation de base et de la formation continue méritent une révision incontestable⁶⁰.

7. Médicaments, dispositifs médicaux et produits sanguins labiles :

Selon l'OMS, aucun pays dans le monde ne peut offrir un accès illimité à tous les médicaments. À cet effet, la notion de médicaments essentiels a été introduite avec pour objectif d'assurer leur disponibilité au niveau des structures de soins et une couverture des besoins de la population en médicaments et dispositifs médicaux.

Le Ministère de la Santé a adopté une liste des médicaments essentiels qui lui a permis d'améliorer la gestion des médicaments. Particulièrement, la prise en charge de la santé de la mère et du nouveau-né aussi bien sur le plan préventif que curatif, a bénéficié de la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux gratuitement au niveau de la première ligne comme au niveau des hôpitaux publics.

Dans tous les hôpitaux publics, il y a eu l'affectation des pharmaciens et la pharmacie hospitalière a été érigée en service individualisé attaché au directeur de l'hôpital⁶¹. Il y a eu aussi la mise en place des comités du médicament au niveau des délégations, la normalisation et la mise à niveau des pharmacies hospitalières, la promotion du médicament générique et l'adaptation et

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ Ce taux est calculé pour permettre d'assurer une couverture vaccinale de 80%, garantir des accouchements assistés pour 80 % des femmes enceintes et assurer une amélioration durable des indicateurs de santé pour l'ensemble de la population (Joint Learning Initiative, 2004, OMS, 2006 : Humanresources for health: overcoming the crisis. Cambridge: Harvard University Press; OMS. 2006. Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – « Travailler ensemble pour la santé ». Genève : OMS).

⁶⁰ Ici, le volume horaire pour certaines composantes de la filière, notamment les stages, seraient à revoir.

⁶¹ Arrêté du Ministère de la Santé N° 456-11 du 23 Rajeb 1431 (6 juillet 2010) portant règlement Intérieur des Hôpitaux ; publié au Bulletin Officiel N° 5926 du 12 rabii II 1432(17, Mars 2011)

l'amélioration des méthodes de gestion de la pharmacie hospitalière ainsi que la sensibilisation des prescripteurs et la formation des gestionnaires.

Malgré cela, et au-delà des aspects de financement et de la logistique du médicament et pour lesquels le Ministère de la Santé a fait de grands efforts (disponibilité de la transfusion sanguine à travers la régulation et l'installation des dépôts de sang, des médicaments essentiels, des kits...), le comportement des prescripteurs et la gestion scientifique du médicament posent des écarts importants par rapport aux attentes⁶².

8. Les ressources matérielles : Infrastructure, équipement et transport :

Le transport est la clé du deuxième délai et n'est maîtrisable que dans le cadre de partenariats entre les parties prenantes. L'absence de moyens de transport ou leurs inaccessibilités par les parturientes habitant loin d'une structure de soins, accroissent les risques de mortalité maternelle et néonatale.

L'infrastructure développée se heurte encore à un excès de décentralisation et à la pénurie des ressources humaines⁶³. Dans les zones enclavées, les liens et les choix de mixité entre l'extension de l'infrastructure, le développement du réseau de transport, l'utilisation de la technologie de communication disponibles et les approches communautaires restent encore peu développés. Pour leur part les équipements médicaux restent affaiblis par le manque de plans régionaux d'investissement, de maintenance et de formation à l'utilisation.

9. Le financement :

Les ressources allouées au Ministère de la Santé étaient de 13,1 milliards de dirhams en 2015, (soit près de 5,3% du budget général de l'État). Avec un taux de progression annuel moyen de 7,2%⁶⁴ sur la période 2001-2015. Une ventilation du budget d'investissement par programme budgétaire en 2015, révèle l'importance du programme « santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations spécifiques » qui a bénéficié de près de 31% du budget d'investissement du Ministère de la Santé en 2015, soit environ 467,4 millions de dirhams. L'immunisation et la nutrition totalise à elles seules plus de 26% du budget d'investissement du Ministère et près de 84,6% du budget d'investissement alloué au programme^{65,66}.

Quant au programme : « Actions et prestations de soins primaires, pré-hospitaliers et hospitalier », il bénéficie d'un financement à hauteur de 158,4 millions de dirhams au titre du budget d'investissement, ce qui représente une part de 10,6%^{67,68}.

⁶²Obligation de l'ordonnance médicale pour dispensation des médicaments onéreux, objet de la Circulaire Ministérielle n° 92 DHS/00 de 2008, reste largement non effective.

⁶³Dans son rapport sur : « l'évaluation des fonctions essentielles de santé publique », publié en 2016, l'OMS évoque que le système de soins du pays enregistre une forte dépendance d'un personnel de santé vieillissant. De plus, « le Maroc manque cruellement de personnels de santé » et que « le secteur de la santé souffre également de la mauvaise répartition des personnels tant d'un point de vue géographique qu'en termes de combinaison de compétences et de spécialités ». Il est aussi souligné qu'il existe « une faible fidélisation et une faible motivation du personnel médical surtout dans les zones reculées, la généralisation de la double pratique, qui contribue à réduire la performance ».

⁶⁴Conseil Economique, Social et Environnemental., « Les dimensions sociales de l'égalité entre les femmes et les hommes : Constats et Recommandations » - Auto-Saisine n°24/2016.

⁶⁵Rapport sur le budget axé sur les résultats tenant compte de l'aspect Genre accompagnant le projet de Loi de Finances 2017 - Ministère de l'Economie et des Finances 2017.

⁶⁶La santé de la mère est une composante prédominante dans ce programme.

⁶⁷Rapport sur le budget axé sur les résultats tenant compte de l'aspect Genre accompagnant le projet de Loi de Finances 2017 - Ministère de l'Economie et des Finances, 2017.

⁶⁸La santé de la mère est une composante prédominante dans ce programme.

Conformément à l'intérêt accordé au développement du monde rural, une ligne budgétaire a été dédiée à l'appui à la couverture sanitaire mobile dans le monde rural dans le cadre du programme : « Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations spécifiques », avec une dotation budgétaire de l'ordre de 32,7 millions de dirhams, dont près de 9,6 millions au titre du budget d'investissement et près de 23,2 millions au titre du budget de fonctionnement^{69,70}.

Il apparaît clairement que la réduction des mortalités maternelle et néonatale a été parmi les priorités des pouvoirs publics et de l'autorité sanitaire. En effet, cet engagement s'est soldé par la décision de gratuité de l'accouchement en plus d'un effort financier substantiel afin de réduire les barrières de l'accès financier : augmentation du budget alloué à la stratégie, soutien financier de l'INDH⁷¹, augmentation significative et très visible des RH, moyens de mobilité, équipements et médicaments. L'impact s'est traduit par une augmentation importante à l'accès et l'utilisation des services notamment les accouchements en milieu surveillé et les césariennes et aussi par un plus grand accès aux populations les plus pauvres.

Ainsi, au titre de l'année 2013 et tout en gardant le même niveau que celui de 2010⁷², les dépenses consacrées aux activités liées à la santé de la mère et de l'enfant s'élèvent à près de 1,7 milliards de Dirhams, soit 54 Dirhams par habitant et 144 Dirhams par personne cible (femme en âge de procréer et enfants de moins de cinq ans). Comparativement aux résultats publiés en 2006, on a constaté que les dépenses des activités de Santé Maternelle et Infantile ont augmenté à près de 994 millions de Dirhams. La grande partie de ces dépenses est drainée vers les programmes de santé, avec une proportion de 40 % en 2013⁷³. La part des CHU représente 26 % des dépenses totales dédiées à la SMI contre 34% pour les hôpitaux publics⁷⁴. Les dépenses engagées par les deux services (la maternité et la pédiatrie) représentent 15,9% en 2013 de l'ensemble des dépenses des hôpitaux y compris les CHU contre 15,3% en 2010⁷⁵. La part des dépenses des deux services (la maternité avec 9,2 % et la pédiatrie avec 6,7 %) est relativement faible comparée aux dépenses des autres services et aux charges administratives des hôpitaux qui représentent respectivement un pourcentage de 16,8 % et 67,3 %.

Par ailleurs et depuis 2008, plusieurs femmes seraient confrontées à l'obstacle financier et la « gratuité » est venue comme une solution de « court terme » en attendant d'une solvabilité de toutes les franges de la population^{76,77,78}. Mais il faudrait préciser que la généralisation du RAMED, n'a pas compensé le manque à gagner des hôpitaux. Les budgets de ces derniers restent inflationnistes par rapport aux résultats.

⁶⁹ Rapport sur le budget axé sur les résultats tenant compte de l'aspect Genre accompagnant le projet de Loi de Finances 2017 - Ministère de l'Economie et des Finances 2017.

⁷⁰ La santé de la mère est une composante prédominante dans ce programme.

⁷¹ L'INDH vise la réduction de la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale en permettant d'instaurer une dynamique en faveur du développement humain, cohérente avec les objectifs du millénaire. Elle repose sur le ciblage des zones et des catégories les plus démunies ainsi que sur la participation des populations pour une meilleure appropriation et viabilité des projets et des interventions. Dans ce cadre, elle privilégie l'approche contractuelle et le partenariat avec Le tissu associatif et les acteurs du développement local et de proximité.

⁷² Ministère de la Santé., « Comptes Nationaux de la Santé » - Rapport 2015, DPRF, 2016.

⁷³ Ibidem.

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ Ibidem.

⁷⁶ L'Enquête sur la Population, la Santé et la Famille de 2003 a révélé que la barrière financière était mentionnée par 74% des femmes. L'hypothèse était donc que l'abolition des tarifs de soins en la matière devait contribuer à une amélioration de l'accessibilité aux structures de santé et donc à l'augmentation des accouchements en milieu surveillé, d'autant que la majorité des décès survenaient hors structures de soins.

⁷⁷ La politique de la gratuité de l'accouchement et de la césarienne au niveau hospitalier a été instaurée au Maroc par la Circulaire Ministérielle n° 108 du 11 décembre 2008. Cette politique a toujours été effective au niveau de la première ligne et que l'accouchement et la césarienne étaient supposés être pris en charge « gratuitement » en milieu hospitalier pour les personnes présentant un certificat d'indigence.

⁷⁸ La politique de la gratuité de l'accouchement et de la césarienne au niveau hospitalier reste dépendante de sa confrontation avec l'atteinte des objectifs du RAMED et de la solvabilité de l'ensemble de la population. C'est-à-dire la couverture médicale universelle.

Aujourd'hui, le souci n'est pas le financement. Mais quel budget pour quels résultats ? En l'absence d'outils « effectifs »⁷⁹ de planification et de gestion axée sur les résultats, les stratégies restent financées sur la base d'estimations souvent historiques. En d'autres termes, on ne finance pas vraiment des résultats mais beaucoup plus des activités, et des moyens avec pour principal indicateur de performance, le taux de dépense.

10. L'information :

Au cours de la dernière décennie, le système d'information sanitaire a enregistré beaucoup d'améliorations. Néanmoins, beaucoup d'informations sont générées par le système d'information au niveau opérationnel, mais sont peu utilisées pour la prise de décision. Les enquêtes de population et santé sont les plus utilisées pour évaluer l'impact des stratégies nationales. Sur les deux niveaux territoriaux à savoir la délégation et la région, les informations ne sont pas analysées. Quand les tableaux de bord existent, ils sont descriptifs et ne permettent pas l'aide à la décision.

Le Système de Surveillance des Décès Maternels a été une mesure importante implantée par le Ministère de la Santé pour obtenir l'information et améliorer la gouvernance du programme de lutte contre la mortalité maternelle. En effet, en 2009, notre pays a pu mettre en place un SSDM basé sur l'enquête confidentielle de tous les décès maternels survenus à domicile et dans les établissements de soins⁸⁰. Ce système redynamisé en 2015, a été mis en place en collaboration avec le Ministère de l'Intérieur⁸¹. Trois rapports nationaux d'enquêtes confidentielles ont été élaborés (2009, 2010 et 2015). Ces rapports constituent une source d'information importante sur les causes et circonstances des décès maternels. Néanmoins, le SSDM est confronté à deux défis majeurs : l'incomplétude des données et l'insuffisance de leurs utilisations pour une action de santé publique. Le problème, ne réside pas uniquement dans le recensement du nombre de décès maternels mais aussi dans l'analyse et l'interprétation des données produites et surtout dans l'action qui est décidée sur la base de l'analyse. Afin d'accompagner la période du post 2015, le Ministère de la Santé a engagé en 2016 un processus de redynamisation de la surveillance des décès maternels en créant une Unité Nationale de Surveillance de la Mortalité Maternelle⁸².

Il est à souligner que malgré le chantier de renforcement du système d'enregistrement de l'état civil mené par le Ministère de l'Intérieur et aussi le projet, en cours, mené par le Ministère de la Santé (DPRF) sur l'amélioration de la certification des causes de décès, la sous-notification demeure un obstacle fondamental à l'obtention de données exactes.

11. La couverture :

La couverture par le Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement depuis 1987, au regard des prestations retenues dans les différentes stratégies, a atteint des niveaux satisfaisants, tous les centres de santé fonctionnels possèdent une cellule santé maternelle et infantile. Toutefois, la plupart des décès étant évitables, on dispose aujourd'hui de possibilités

⁷⁹Plusieurs outils de planification existent mais ne sont pas effectivement utilisés. L'exemple des SROS et des PEH est éloquent dans ce sens.

⁸⁰L'enquête confidentielle utilise deux méthodes d'investigation, l'audit confidentiel pour les décès dans les établissements de santé et l'autopsie verbale pour les décès à domicile.

⁸¹Circulaire conjointe entre le Ministère de la Santé sous n° 0069 du 20/10/2015 et le Ministère de l'intérieur sous n° CR4154 du 06/10/2015.

⁸²Cette unité est domiciliée à l'École Nationale de Santé Publique.

sans précédent d'agir en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né, en particulier lorsque les soins maternels et néonataux sont intégrés. On connaît mieux maintenant les interventions efficaces, les systèmes de prestation des services, ainsi que les approches permettant d'améliorer la couverture et la qualité des soins apportés.

12. L'impact :

Des progrès importants ont été réalisés en termes de réduction des mortalités maternelles et néonatales entre 1990 et 2015. Cependant, la mortalité maternelle intra hospitalière reste à un niveau élevé et inacceptable eu égard aux investissements consentis.

La dernière enquête démographique de santé révèle une réduction du ratio de mortalité maternelle de près de 35 % par rapport à l'enquête précédente de 2011 et de 78,1% en vingt cinq ans, entre 1990-2015⁸³. Le risque de décès maternel sur la durée de vie entière a donc considérablement baissé. Les données disponibles portent sur des femmes qui ont bénéficié de soins prénatals au moins une fois par un professionnel de santé confirmé (infirmier, sage-femme ou médecin), ce qui est considérable. Cependant, les quatre visites pendant la grossesse, restent à réaliser⁸⁴.

Il est à noter que les accouchements, en milieu surveillé, ont connu un essor significatif et le SSDM⁸⁵ a permis de déterminer les causes et circonstances de survenue des décès maternels. En 2010, il s'agissait principalement, de l'hémorragie (41%), la pré-éclampsie/éclampsie (18,4%), l'infection (6,1%), et l'avortement (4,2%) qui représentaient près de 70 % des causes de décès maternels. La proportion des décès jugés « évitables » était de 73%. Les facteurs les plus fréquemment identifiés parmi les décès à l'hôpital étaient la sous-évaluation de la gravité de l'état de la femme, le délai de sa prise en charge au sein de la structure de soins, le retard ou erreur de diagnostic et la décision thérapeutique inappropriée⁸⁶. Aussi, les femmes qui accouchent en milieu urbain ont plus de chances de ne pas avoir de complications que celles qui accouchent en milieu rural^{87,88}.

2. Synthèse des éléments de l'état des lieux.

En somme, dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, le Maroc a réalisé d'importants progrès durant la période 1990-2015, comme en témoigne, l'évolution des principaux indicateurs de résultat/d'impact qui leur sont associés.

Le défi de l'OMD5 avec l'objectif de réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le ratio de mortalité maternelle et atteindre 83 décès pour 100 000 naissances vivantes est réalisé, avec une

⁸³Déclaration du Ministre de la Santé, lors de la conférence de presse du mercredi 03 mai 2017, dévoilant les premiers chiffres de la 6^{ème} Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale de 2017 : réduction importante du ratio de la mortalité maternelle au Maroc, qui a baissé à 72,6 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes contre 112 en 2010, soit une réduction de 35%. Les milieux urbain et rural ont enregistré respectivement une nette amélioration de réduction de 39% et de 25%.

⁸⁴Ministère de la Santé., « Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale 2003–2004 » DPRF, 2004.

⁸⁵Rapport national sur l'audit confidentiel des décès maternels publié en 2010 par le Ministère de la Santé. Ce rapport révèle que sur les 303 décès maternels identifiés au niveau des provinces et audités par le Comité national d'experts sur l'audit confidentiel, 230 décès étaient évitables. En d'autres termes 75,9% des mères auraient pu être sauvées. Les principaux facteurs incriminés sont, l'insuffisance de suivi de soins avec 45,6% des cas, l'inadéquation de la décision thérapeutique dans 43,9% des cas et enfin le délai de recours de la famille aux soins dans 41,9 des cas. Ces chiffres sont facilement transposables au nouveau né. Les rapports publiés ultérieurement, notamment le troisième publié en 2017 montre les mêmes constats.

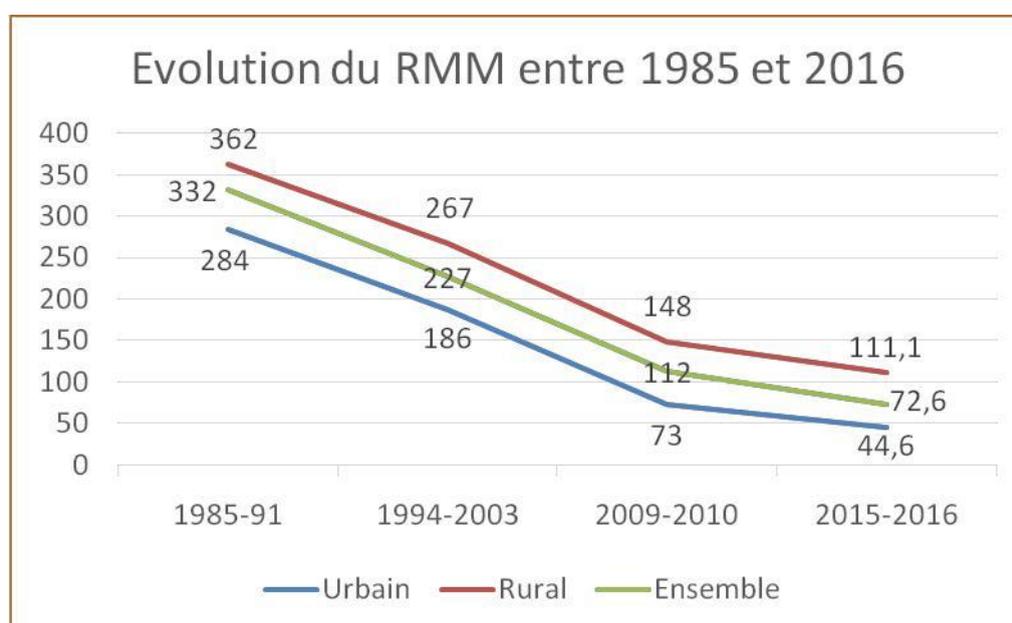
⁸⁶Ibidem.

⁸⁷L'investissement dans le « hard », qui accusait un certain retard jusqu'en 1997 (PAPCHILD, 1997), s'est nettement amélioré mais l'investissement dans le « soft » ne suivait pas la même cadence, ce qui laissait paraître d'une manière confirmée une sous utilisation des ressources (Evaluation du Monitoring des SONU au Maroc, 2013). Aussi, les dysfonctionnements organisationnels évoqués autour de l'accouchement (Rapports sur l'audit confidentiel des décès maternels publiés par le Ministère de la Santé) sont facilement transposables au nouveau né et retentiraient sur la santé néonatale en général.

⁸⁸Kharbach A, « Evaluation de la qualité de la consultation prénatale et postnatale et élaboration d'un modèle d'intervention opérationnel pour réduire les risques de complications évitables en amont de l'accouchement : Cas du dépistage et prise en charge de l'HTA gravidique » - Rapport de consultation, DP-OMS, 2015.

réduction de 66% en vingt ans, passant de 332 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1985-1991 à 112 en 2009-2010 et de 35% en cinq ans, passant de 112 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2010 à 72,6 en 2016.

Cette baisse de la mortalité maternelle est expliquée par l'évolution favorable notée dans l'utilisation des services de santé offerts à la femme à travers l'offre de soins de façon globale. Ainsi, l'amélioration des indicateurs de suivi de la grossesse et une meilleure prise en charge de l'accouchement ont contribué de manière déterminante à l'amélioration de ce taux même si des efforts restent encore à fournir, notamment, l'augmentation du nombre des consultations prénatales et celui de l'accouchement surveillé en milieu rural. En effet, en matière de suivi de la grossesse, le pourcentage des femmes ayant eu recours à une consultation prénatale a atteint 77,1% au niveau national en 2011 selon l'ENPSF, en amélioration de près de 9 points par rapport à 2004, mais avec un écart important entre les milieux urbain et rural avec des taux respectifs de 91,6% et de 62,7%.



Évolution du ratio de mortalité maternelle (RMM) au Maroc entre 1985 et 2016.

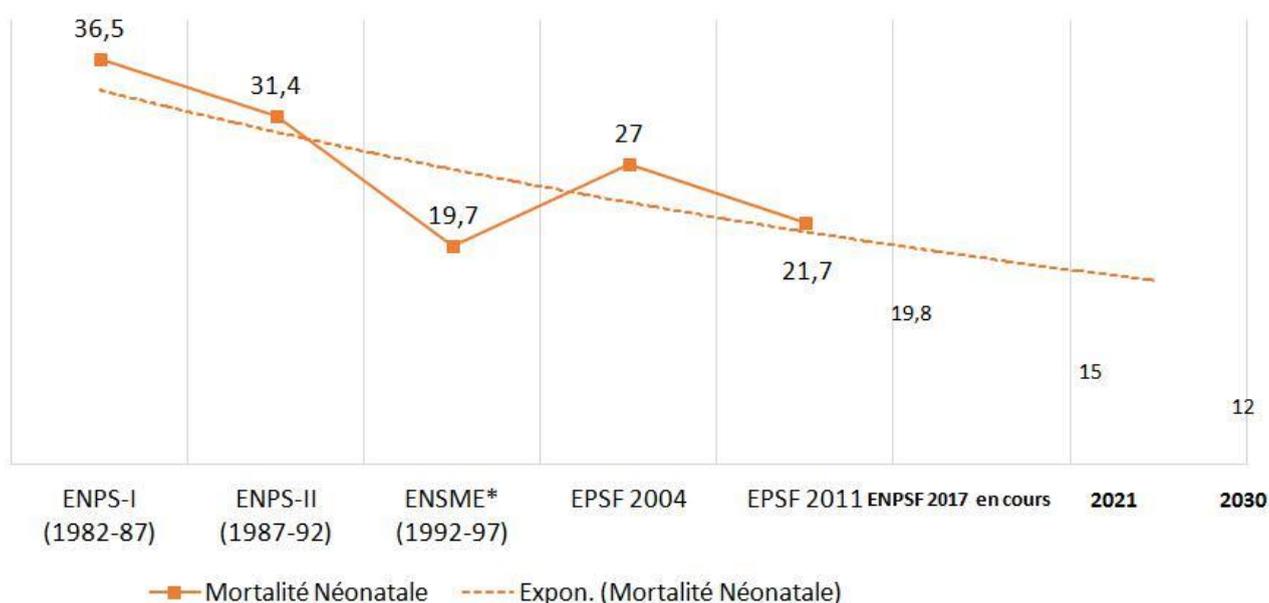
Il est important de noter le rôle que jouerait l'éducation dans le suivi de la grossesse, puisque 98,9% des femmes ayant obtenu le certificat d'études secondaires ont eu recours aux soins prénatals, contre seulement 70,3% pour les femmes qui n'ont aucun certificat.

Pour les femmes ayant opté pour un accouchement en dehors des structures de santé, les raisons les plus importantes invoquées selon l'ENPSF 2011, sont essentiellement l'accouchement prématuré ou soudain, citées dans 20,7% des cas (33% en milieu urbain contre 18,1% en milieu rural) et l'éloignement des centres de santé (20,9%), en particulier en milieu rural (23,5%).

Le SSDM constitue donc un outil incontournable pour analyser les causes et circonstances des décès maternels. Il a révélé que les décès étaient dus principalement à l'hémorragie, la pré-

éclampsie/éclampsie, l'infection, et l'avortement. Il a également montré que la majorité des décès étaient évitables et que des efforts sont à déployer durant les années à venir pour améliorer la qualité de prise en charge des parturientes au niveau des structures de santé afin de pouvoir éliminer les décès maternels évitables.

Par ailleurs, les études nationales identifient les pathologies maternelles avec répercussion notable sur le nouveau-né. Il s'agit de l'hypertension artérielle, le diabète, les infections maternelles, les pathologies placentaires avec pour principales conséquences le retard de croissance intra utérin et les malformations congénitales. En plus des pathologies pré citées, et au regard des publications internationales, l'âge de la mère de plus de 35 ans la primiparité, l'obésité, ne sont pas à écarter⁸⁹.



En conséquence, les éléments les plus probants à retenir sont le suivi de grossesse « inadéquat » qui se caractérise par un retard dans la prise en charge, des décrochages nombreux dans le suivi et un recours « quasi » fréquent aux urgences sans suivi cohérent de la grossesse⁹⁰. Ceci entraîne inéluctablement des soins sous-optimaux⁹¹. La difficulté pendant 5 années⁹² à organiser un circuit spécifique de prise en charge des grossesses pathologiques dans les maternités ayant un niveau de soins adapté^{93,94} et la sous utilisation des soins par une population « qui n'est pas

⁸⁹Flenady V , Middleton P , Smith GC , et al. , « Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis», Lancet. 2011 Apr 16;377(9774):1331-40. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62233-7.

⁹⁰Rapport national de l'enquête confidentielle sur les décès maternels de 2009 du Ministère de la Santé. Ce rapport révèle que sur les 303 décès maternels identifiés au niveau des provinces et audités par le comité national d'experts sur l'audit confidentiel, 230 décès étaient évitables. En d'autres termes 75,9% des décès maternels auraient pu être évités. Les principaux facteurs incriminés sont, l'insuffisance de suivi de soins avec 45,6% des cas, l'inadéquation de la décision thérapeutique dans 43,9% des cas et enfin le délai de recours de la famille aux soins dans 41,9 des cas. Ces chiffres sont facilement transposables au nouveau né. Les rapports qui suivent ne reflètent pas l'inversion de cette tendance.

⁹¹Rapports nationaux de l'enquête confidentielle sur les décès maternels du Ministère de la Santé.

⁹²Durée du plan d'action sectoriel 2012-2016 qui prévoit dans l'action 27, la « mise en place d'un circuit visible de prise en charge spécialisée des grossesses à haut risques ».

⁹³Circulaire Ministérielle n° 1374 DP/00 du 26/06/2014, portant sur le renforcement de la prise en charge des grossesses à haut risques.

⁹⁴L'organisation d'un circuit préférentiel pour les grossesses à risques est une mesure centrale du plan d'action sectoriel 2012-2016 et des plans d'action spécifiques cités dans le 2^{ème} paragraphe de l'introduction du présent document. Cependant, ce circuit peine à se concrétiser au niveau régional et ceci malgré les ressources déployées à cet effet par les directions centrales.

toujours bien informée »^{95,96,97}, constituent des facteurs de contre-performance. Ainsi, toute action, sans intervention adéquate en amont de l'accouchement, ne ferait qu'augmenter les dépenses de santé sans résultat équivalent. Dans ce sens, l'introduction de l'approche « classe des mères » est venue comme une réponse appropriée au changement de comportement souhaité pour la femme afin qu'elle sollicite les services d'un professionnel de santé en premier recours^{98,99}.

Dans un autre ordre d'idées concernant le nouveau-né, les taux de prématurité et d'hypotrophie observés diffèrent d'une région à l'autre¹⁰⁰. D'abord, il est constaté un déficit de la régionalisation des soins pour les nouveau-nés¹⁰¹. Ensuite, les ressources humaines compétentes en néonatalogie sont en pénurie constante¹⁰². Enfin, et en l'absence d'un système d'information propre au nouveau-né, la programmation des ressources ne suit pas la demande des soins en néonatalogie¹⁰³. Aussi, dans les zones enclavées ou à prédominance rurale, l'offre de soins en néonatalogie est rare ou diluée dans les services des urgences des hôpitaux locaux et provinciaux, ce qui conduit à des références vers le niveau supérieur de soins et donc des prises en charge plus tardive.

En 2005, des analyses portant sur la santé maternelle et néonatale, parues dans la revue médicale « The Lancet », présentent des données prouvant que des interventions essentielles sauvant la vie des mères et des nouveau-nés, qui ont fait leurs preuves en ce qui concerne la réduction des décès, aucune n'exige de soins intensifs nécessitant une technologie avancée. Toutes ces interventions sont très efficaces par rapport aux coûts si elles sont réalisées dans le cadre d'enveloppes se situant le long de la continuité des soins.

Par ailleurs, les inégalités d'accès aux soins pourraient être assimilées à toute relation entre la santé et l'appartenance à un territoire donné¹⁰⁴. Ici, le développement du partenariat locorégional, portant sur les déterminants sociaux de la santé, et une meilleure articulation entre les objectifs de santé et ceux du plan de développement régional, constituerait une réponse efficace à court et à moyen terme.

Il paraît donc que la régionalisation avancée comme levier de performance du système de santé est une réalité qui annonce des perspectives de synergie d'action, ouvrant ainsi la voie à l'instauration de nouveaux rapports entre toutes les parties prenantes et l'effort pourrait être soutenu par le processus d'accréditation des établissements de santé^{105,106}.

Le système de soins permet une allocation de ressources pour un territoire de santé, en fonction des besoins exprimés. Il appartient ainsi aux responsables locorégionaux de focaliser les efforts

⁹⁵Circulaire Ministérielle n° 1373 DP/00 du 28/06/2014, portant sur l'accélération de la généralisation de l'approche « classe des mères ».

⁹⁶La classe des mères, comme outil de communication, n'est pas encore généralisé.

⁹⁷L'exploitation des données du système de gestion des plaintes « allo Chikaya » laisse entrevoir que plus de la moitié des appels ne sont pas pour des plaintes mais constitue une demande d'information.

⁹⁸Introduite pour la première fois en 2005, cette approche consiste à offrir un enseignement à un rythme précis aux femmes enceintes et accouchées par un professionnel de santé, dans une structure de santé. Ceci permet un apprentissage en groupe, par le biais de discussion et de travaux pratiques en stimulant l'intérêt des femmes par des questionnements et par la recherche de solution afin de les amener à changer de comportement en faveur de la promotion de la santé.

⁹⁹Circulaire Ministérielle n° 1960 DP/DSMI/PSM/32 du 12/10/2104, portant sur l'organisation de la campagne nationale de communication et de mobilisation sociale pour la promotion de la surveillance de la grossesse, du postpartum et de l'accouchement en milieu surveillé.

¹⁰⁰Rapport de supervision des services de néonatalogie dans les hôpitaux publics, Ministère de la Santé/Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, 2015.

¹⁰¹Ibidem.

¹⁰²Ibidem.

¹⁰³Ibidem.

¹⁰⁴Potvin L., « Réduire les inégalités sociales en santé » - INPES éditions, 2010.

¹⁰⁵Puech F., « Éditorial. Inégalités de santé périnatale : une évaluation à améliorer » - Bull EpidémiolHebd. 2015.

¹⁰⁶Loi cadre 34-09 relative au système de santé et l'offre de soins, publiée au bulletin officiel n° 5962, pp. 1856-1860 du 21-07-2011.

aussi bien sur les soins que sur les droits en s'inscrivant dans le développement du réseau médicosocial¹⁰⁷ par la prise en compte des populations spécifiques dans le territoire de santé. Ceci trouve une application concrète dans les schémas régionaux de l'offre de soins qui seraient porteurs de cette recherche d'équité.

D'autres interventions doivent recevoir un appui particulier, tel que le renforcement des réseaux des urgences (RISUM)¹⁰⁸ et des Soins de Santé (RESS)¹⁰⁹ de même que les dispositifs de réponse hospitaliers. La mise en relief des relations et circuits de prise en charge entre les services des urgences (hôpital et UMP) et les autres services hospitaliers et de soins de santé de la première ligne, au sein du territoire de santé reste un facteur déterminant pour une bonne gestion des flux de la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés. Ici, la filière spécifique au nouveau-né reste incontournable et ses retombées sur la gestion des flux et la qualité de la prise en charge ne sont pas à démontrer. Le résultat escompté serait de grande valeur ajoutée en matière de renforcement des synergies dans la pratique aussi bien pour préserver les acquis en matière de prévention et de soins que d'introduire le concept de protection (approche droit), en se focalisant sur des populations ciblées (groupes à risque, enfants à besoins spécifiques...etc.) et faire émerger une offre en répondant aux besoins exprimés (présents) ou attendus (futurs). S'ajoute à cela, l'adoption des protocoles thérapeutiques à tous les niveaux du système de soins afin d'harmoniser les pratiques professionnels et qui serviront également comme critère d'évaluation des structures de soins dans les procédures d'accréditation.

À ce titre, la carte sanitaire¹¹⁰ définit la filière de soins comme étant «une organisation verticale hiérarchisée de la prise en charge des patients avec un premier contact d'accès aux soins, représenté par le Médecin Généraliste ou le Médecin traitant relevant du secteur public ou privé, et des niveaux de recours aux soins organisés selon la nature de la morbidité et les protocoles thérapeutiques quand ils existent ». Ainsi, des filières spécifiques ont été développées pour huit morbidités¹¹¹, dans l'objectif de «favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires»¹¹², et facilitant la «circulation des patients entre les différents niveaux de soins »¹¹³. À cette image, et pour donner un sens aux engagements en faveur de la santé du nouveau-né, une filière spécifique précisant le cadre organisationnel et de fonctionnement dans un continuum de soins, dans la période périnatale, devient un impératif. Surtout que le panier de prestations hospitalières, par niveaux d'intervention, situe la réanimation néonatale au troisième niveau et ne l'explique pas aux soins intensifs et réanimation polyvalente au premier et au deuxième niveau¹¹⁴.

Aussi, il importe de souligner que dans le cadre de l'ODD 3, le Ministère de la Santé serait amené à développer une démarche et des interventions globales et intégrées pour la périnatalité et qui mettraient l'accent sur le renforcement des moyens techniques adéquats dans les maternités et services ou unités de néonatalogie, la formation des professionnels et leur disponibilité immédiate de même que la disponibilité des médicaments et le paquet de soins essentielles tout

¹⁰⁷Décret n° 2-14-5 6 2 du 7 chaoual 1436 (24 juillet 2015) relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins.

¹⁰⁸Ibidem.

¹⁰⁹Ibidem.

¹¹⁰Ibidem.

¹¹¹Circulaire Ministérielle n° 129/DE du 9 octobre 2015.

¹¹²Ibidem.

¹¹³Ibidem.

¹¹⁴Annexe 1 du Décret n° 2-14-5 6 2 du 7 chaoual 1436 (24 juillet 2015), relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins. Paru au B.O n° 6388 – 4 kaada 1436 (20-08-2015) et pris pour l'application de la Loi-cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.

en privilégiant une offre de soins organisée en réseau pour le nouveau-né. Ces orientations porteraient aussi, et dans le respect de la carte sanitaire en vigueur¹¹⁵, sur la restructuration des « unités ou services » d'accouchements qui seraient amenées à recevoir le nouveau-né dans un cadre de qualité et de sécurité des soins et dans des conditions compatibles avec les bonnes pratiques prônées par les sociétés savantes voir des standards et des normes quand ils existent.

En plus, et compte tenu de la spécificité (vulnérabilité) du nouveau-né, la création des réseaux de soins, ne devrait pas se superposer au « classement hiérarchique » des maternités ou des professionnels y travaillant, comme il est souvent perçu, mais s'identifier par la précision de leur attribution (rôle en terme de mission) en fonction de l'adéquation du plateau technique et du niveau de compétence nécessaire pour le suivi de la grossesse, son terme et de la pathologie maternelle et/ou fœtale diagnostiquée. Sans omettre pour autant, au regard de certaines pathologies maternelles ou gravidiques spécifiques, les exigences en termes de disponibilité et de proximité de services spécialisés. Aussi, la place du secteur privé est à prendre en compte dans le cadre du partenariat public-privé et celle des ONG dans le cadre de la stratégie communautaire.

Ceci ne pourrait être effectif qu'à travers des textes réglementaires pris pour application de la Loi 34-09 relative au système de santé et l'offre de soins¹¹⁶. Ces textes fixeraient entre autre les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé (tels que définis dans la Loi 34-09)¹¹⁷ pour la pratique des activités de périnatalité, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

Dans la dimension organisationnelle et malgré l'importance et la place qu'occupe la santé maternelle dans les budgets du Ministère de la Santé, aucun rapprochement « ressource-activité » n'existe entre le dispositif de surveillance épidémiologique et d'évaluation de la performance et le suivi de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale¹¹⁸.

Tous les centres de santé du Royaume, dont le nombre est estimé à plus de 2500¹¹⁹, disposent d'une cellule santé maternelle et infantile. Toutefois, la disponibilité du service ou des personnels et parfois les deux, accusent un dysfonctionnement manifeste¹²⁰. Le manque d'outils de gestion permettant le suivi d'utilisation des ressources est flagrant^{121,122}.

Il est aussi à souligner que le SROS¹²³ prend place au sein d'une politique de santé profondément renouvelée par les textes. Les schémas régionaux doivent intégrer désormais non seulement les soins mais aussi la prévention et la prise en charge médico-sociale. Ici, un intérêt particulier doit être accordé aux populations vulnérables, en particuliers les femmes en âge de procréation en situation de handicap et les nouveau-nés victimes de négligence voir les migrants avec des

¹¹⁵Décret n° 2-14-5 6 2 du 7 chaoual 1436 (24 juillet 2015) relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins.

¹¹⁶Article 16 de la Loi cadre 34-09 relative au système de santé et l'offre de soins, publiée au bulletin officiel n° 5962, pp. 1856-1860 du 21-07-2011.

¹¹⁷Article 11 de la Loi cadre 34-09 relative au système de santé et l'offre de soins, publiée au bulletin officiel n° 5962, pp. 1856-1860 du 21-07-2011.

¹¹⁸Ministère de la Santé., « Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile période 2008-2012 », Mars 2008.

¹¹⁹Ministère de la Santé., « Santé en chiffres » - DPRF, 2015.

¹²⁰Dans ce sens le plan d'action sectoriel 2008-2012, « Réconcilier le citoyen avec son système de santé », reconnaît de façon explicite l'existence du phénomène d'absentéisme à la page 32.

¹²¹Dans une première lecture des états financiers au niveau des services déconcentrés, le budget est utilisé comme un simple outil de dépense. A titre d'exemple, le matériel acquis n'apparaît dans aucun document du suivi des activités. L'achat des mini analyseurs et les échographes constituent des exemples éloquentes.

¹²²Circulaire Ministérielle n° 359 DP/32 du 7/03/2013, portant sur l'opérationnalisation des mini analyseurs pour les examens biologiques et hématologiques.

¹²³SROS : schéma régional de l'offre de soins (Décret n° 2-14-5 6 2 du 21 juillet 2014).

identifications dans le cadre des 7C cités précédemment^{124,125,126,127}. À elles seules ces réponses témoigneront du degré d'« enracinement » de l'approche droit dans l'action publique.

De même que le contrat comme mode de gestion évolué prendra toute sa valeur, notamment pour ce qui est de la prise en compte des variabilités et multiplicité des situations locales, et traiter ainsi plus équitablement les inégalités spatiales.

Le contrat devrait intégrer les critères de la performance à savoir : efficacité, productivité, accessibilité, continuité, qualité, efficience et réactivité, ce qui est en cohérence avec la nouvelle préfiguration de l'exécution du budget énoncée par la Loi des finances.

Enfin, les indicateurs choisis¹²⁸ sont au cœur des règles de contractualisation et donneraient un cadre de suivi plus structuré aux relations entre le service central du Ministère de la Santé et les régions sanitaires du pays. Ils restent en adéquation aux objectifs poursuivis, sans difficultés d'interprétation, de périodicité ou encore de fiabilité.

¹²⁴Ministère de la Santé : « Livre blanc : Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé » - 2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé, Marrakech 1, 2 et 3 Juillet 2013.

¹²⁵Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH), « Etrangers et Droits de l'Homme au Maroc : pour une politique d'asile et d'immigration radicalement nouvelle » - CNDH, 2013.

¹²⁶Soucieux de promouvoir la santé des migrants, les Etats membres de l'OMS ont adopté en 2008, lors de la 61^{ème} Assemblée mondiale de la Santé, la résolution 61.17 sur la santé des migrants. En mars 2010, l'OMS, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et le Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement espagnol ont organisé à Madrid (Espagne), une consultation mondiale sur la santé des migrants en vue de donner suite à cette résolution. Les priorités d'action suivantes ont été arrêtées : a) Surveillance de la santé des migrants : Garantir la normalisation et la comparabilité des données sur la santé des migrants et faciliter la ventilation et le regroupement de cette information comme il convient. b) Cadres politiques et juridiques : Adopter des lois et des pratiques nationales qui respectent le droit des migrants à la santé, conformément aux lois et normes internationales ; mettre en œuvre des politiques nationales qui favorisent l'égalité d'accès des migrants aux services de santé ; étendre la protection sociale à la santé et améliorer la sécurité sociale pour tous les migrants. c) Systèmes de santé attentifs aux besoins des migrants : Veiller à ce que les services de santé offerts aux migrants soient adaptés sur le plan linguistique et culturel ; renforcer la capacité du personnel de santé et des autres intervenants à répondre aux questions sanitaires liées à la migration ; dispenser de manière globale, concertée et financièrement viable des services qui incluent les migrants. d) Partenariats, réseaux et cadres multinationaux : Promouvoir la coopération et la collaboration transfrontalières et intersectorielles dans le domaine de la santé des migrants

¹²⁷ Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), « Migration and the Right to Health: A Review of International Law » - International Migration Law Series, n° 19, Genève, 2009.

¹²⁸Voir le paragraphe réservée au choix des indicateurs.

Deuxième partie : objectifs, stratégie et orientations 2017-2021.

1. Objectifs.

Aujourd'hui le pays a accompli des progrès importants dans le champ de la santé maternelle et néonatale et la tendance affiche que l'atteinte des cibles pour 2021 et 2030 est réaliste et réalisable. Ces progrès consentis restent disproportionnés entre milieux, entre régions et entre différentes catégories de la population¹²⁹. Ce qui nécessite une optimisation des politiques sectorielles à travers une véritable intégration de la problématique des disparités dans leurs multiples dimensions (mise en cohérence des politiques sectorielles). De même que la promotion des initiatives locorégionales en faveur du développement humain (régionalisation avancée).

Ainsi que l'implication de l'ensemble des parties prenantes dans le processus de planification et de mise en œuvre des politiques de développement (outils de planification évoqués dans les différents textes réglementaires).

Aussi, l'ODD 3 recommande d'octroyer à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Cet objectif vise d'ici 2030 de faire passer le ratio mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes, de ramener la mortalité néonatale au plus à 12 pour 1 000 naissances vivantes et la mortalité des enfants de moins de 5 ans au plus à 25 pour 1000 Naissances Vivantes¹³⁰.

En plus, il cible d'assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux. Dans ce sens, l'utilisation des services publics de santé devient un objectif essentiel pour le système national de soins, en prônant l'action sur l'inadéquation actuelle de l'offre de services au type de demande¹³¹.

La projection de ces estimations au niveau national fixe les objectifs, d'ici 2030, comme suit:

Atteindre un ratio de mortalité maternelle de ~~35~~ **36** décès pour 100 000 naissances vivantes ; Atteindre un taux de mortalité néonatale de ~~12~~ **07** pour 1000 naissances vivantes.

La réalisation de ces objectifs stratégiques reste tributaire de la réalisation d'objectifs intermédiaires, eux même fruit d'actions à court et moyen terme (2017-2021). Ainsi, les objectifs escomptés en 2021 de cette stratégie sont:

De réduire le ratio de mortalité maternelle à 50 pour 100 000 naissances vivantes ;
De réduire le taux de mortalité néonatale à ~~15~~ **12** pour 1000 naissances vivantes¹³² ;

¹²⁹Ministère de la Santé., « Rapport de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale - ENPSF » - 2011.

¹³⁰Compte tenu de la difficulté à recueillir des mesures directes, exactes et standardisées de la mortalité maternelle, le Groupe inter-organisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG) – constitué de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies – a noué un partenariat avec une équipe de l'Université de Massachusetts à Amherst (États-Unis d'Amérique), de la Université nationale de Singapour (Singapour) et de l'Université de Californie à Berkeley (États-Unis d'Amérique) pour produire des estimations, du ratio de mortalité maternelle, comparables sur le plan international, avec l'avis indépendant d'un groupe consultatif technique comprenant des scientifiques et des universitaires experts en matière de mesure de la mortalité maternelle.

¹³¹Ministère de la Santé : « Livre blanc : Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé » - 2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé, Marrakech 1, 2 et 3 Juillet 2013.

¹³²L'objectif fixé pour la réduction du ratio de mortalité néonatale à 19,5 pour mille naissances vivantes à l'horizon 2021 semble être en deçà des ambitions du Ministère de la Santé, compte tenu des efforts déployés et des ressources mobilisées. En effet, selon la tendance de baisse enregistrée entre 2004 (27 p100 NV) et 2011 (21,7 p1000 NV), ce ratio devrait atteindre 16 à l'horizon 2021. Ce niveau semble être en parfaite cohérence avec la cible de l'ODD3 qui stipule la réduction du ratio à moins de 12 p1000 NV à l'horizon 2030. Un ajustement des objectifs est prévu dès la publication de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale de 2017.

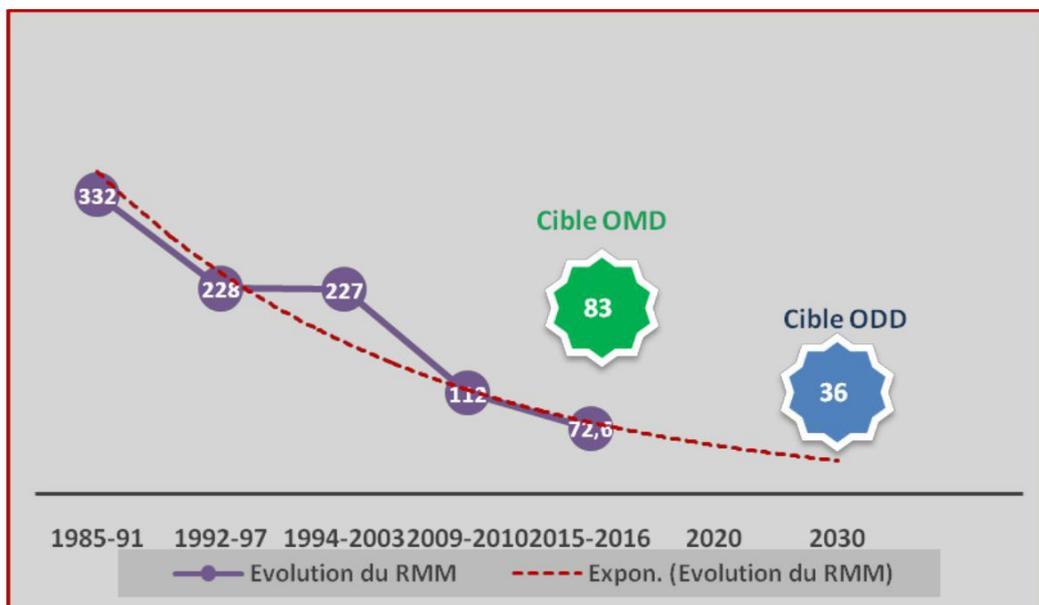
D'augmenter la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié à 90% ;
 D'augmenter la proportion de recrutement en consultation prénatale à 90% .

Ces estimations sont calculées sur la base du ratio de la mortalité maternelle et du taux de la mortalité néonatale depuis les enquêtes ENSPF de 1992 à 2017 (voir tableau ci-dessous) comme suit :

Selon les résultats de la sixième Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale, réalisée en 2017, le ratio de la mortalité maternelle (RMM) a connu une réduction de 35% entre 2010 et 2016, soit un taux de réduction annuel moyen de l'ordre de 7% pour la même période. En supposant que les efforts de réduction annuelle seraient maintenus pour la période 2017-2021, le RMM devrait atteindre 50 pour 100.000 naissances vivantes à l'horizon 2021.

Enquête	Mortalité Maternelle	Mortalité Néonatale
ENPS 1992	332	31,4
ENSME 1997	228	19,7
EPSF 2004	227	27
ENPSF 2011	112	21,7
ENPSF 2017	72,6	13,58

~~Selon la même enquête 2017 De même pour le niveau de la mortalité néonatale a connu aussi une réduction allant de l'ordre de 21,7 en 2011 à 13,58 pour 1000 naissances vivantes en 2016 soit une réduction annuelle moyenne de 3%. En considérant ce même niveau de réduction pour la période allant de 2012 à 2021, le taux de la mortalité néonatale devrait atteindre approximativement 15,12 décès pour 1000 naissances vivantes. Cette cible pourrait être révisée en fonction des résultats qui seront publiés par le Ministère de la Santé, après à l'achèvement de la deuxième phase de l'ENPSF de 2017.~~



Tendance de la réduction du ratio de mortalité maternelle à partir des résultats des enquêtes ENSPF .

Par rapport au cadre des « 7C », ces objectifs s'articulent autour des actions suivantes:

Réduire les mortalités maternelle et néonatale en intra-hospitalier à travers :

- a) la consolidation des acquis en matière de prévention et de prise en charge des femmes en âge de procréation en maintenant les efforts ayant permis l'atteinte du niveau de performance affiché.
- b) l'amélioration de l'accès aux soins prénataux et à l'accouchement en milieu surveillé par la redynamisation des termes de la circulaire ministérielle N° 1374 du 26 Juin 2014 portant sur le « circuit préférentiel » des grossesses à risque entre les niveaux de soins.
- c) l'instauration du paquet de prestations essentielles préconisées par l'OMS.
- d) le renforcement de l'utilisation des fonctions SONU.
- e) l'amélioration de la qualité de l'information sur les décès maternels et néonataux.

Cibler les femmes en situation de vulnérabilité dans le milieu rural et les principales complications en causes.

Instaurer un continuum de soins allant de la préconception au post partum.

Faire du contrat-programme en matière de santé maternelle et néonatale un outil de gestion privilégié.

Améliorer la performance par un pilotage régional fondé sur un suivi rapproché et responsable par la redynamisation formalisée d'instances d'impulsion et d'appui régionales.

Cadrer le dispositif de pilotage locorégional par l'identification participative des actions permettant une optimisation des ressources.

Faire des nouvelles technologies de l'information un levier de performance.

2. Vision et stratégie.

La 2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé a donné lieu à une remise en cause importante des conceptions verticales et cloisonnées des actions en santé. Elle a donné une impulsion pour se concentrer sur les déterminants de la performance pour atteindre le maximum de résultat. À cet effet, deux grands types d'intervention paraissent complémentaires et incontournables.

Le premier type d'intervention est l'utilisation des « outils modernes » de gestion, fondées sur l'idée que ce ne sont pas tant les « volumes » supplémentaires de ressources qu'il faudrait injecter ou le montant des dépenses qui devrait être atteint par année¹³³, mais plutôt quelles ressources seraient nécessaires et comment les utiliser¹³⁴.

Le second type d'intervention est le fait, et dans le cadre de la régionalisation effective, de laisser une marge de manœuvre aux régions, au regard de leurs spécificités locorégionales, tout en créant un environnement de responsabilité de proximité favorisant la redevabilité.

¹³³Lors des entretiens, plusieurs responsables assurent qu'il est largement admis de s'appuyer sur le taux de dépense pour apprécier la performance d'une action qu'elle relève du budget général ou celui des organismes de coopération. Les mêmes responsables défendent l'importance de cet indicateur mais exigent son croisement avec d'autres informations. L'idée serait de ne pas se contenter de savoir combien ils ont dépensé mais surtout comment ils l'ont fait.

¹³⁴Ministère de la Santé., « Evaluation du Monitoring des SONU au Maroc », DP – UNFPA, 2013.

Le croisement de ces deux types d'interventions constituerait un socle solide pour opérationnaliser la stratégie selon les orientations gouvernementales.

2.1. Vision.

Cette stratégie s'intitule : « *Éliminer les décès évitables des mères et des nouveau-nés : Stratégie 2017-2021* ». Elle se propose comme slogan: « Toute mère et tout nouveau-né comptent » ce qui signifie qu'aucun d'entre eux ne devrait être davantage exposé au risque de décès évitables.

Elle repose sur une valeur centrale qui est la protection de la santé maternelle et néonatale sans distinction de ressources, ni de statut socio-économique. Sa vision se présente comme suit :

« Contribution à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales en ciblant l'élimination des décès évitables à travers la lutte contre les principales causes et en adoptant une approche globale et intégrée ».

2.2. Cadre stratégique : axes d'intervention.

Pour l'atteinte des objectifs sus cités, une intervention stratégique prioritaire pour toutes les régions ainsi que 5 axes stratégiques définis pour servir de cadre de référence et guider les activités prioritaires. L'opérationnalisation de ces actions se fera au moyen de plans d'action régionaux qui prendront en compte les spécificités locorégionales. Ainsi que l'aptitude des acteurs locorégionaux à inscrire les attentes, du sous-système de santé relatif à la santé maternelle et néonatale, dans les objectifs du plan de développement régional, et leur capacité à prendre en compte les déterminants sociaux de la santé, en synergie avec les différents intervenants locorégionaux.

De prime abord, l'intervention stratégique prioritaire est de fournir une information de qualité sur les décès maternels et néonataux à travers la redynamisation du SSDM à tous les niveaux (provincial, régional et national) et la généralisation des audits intra-hospitaliers des décès néonataux. Ces systèmes permettront d'améliorer les résultats et d'adapter l'action de lutte contre les décès évitables.

Les cinq axes stratégiques sont définis comme suit:

- 1. Axe stratégique 1 :** Renforcement de la disponibilité pour tous d'interventions essentielles de qualité pour les mères et les nouveau-nés durant tout le continuum de soins.
- 2. Axe stratégique 2 :** Réduction des iniquités d'accès et l'élargissement de la couverture et la protection financière pour les soins maternels et néonataux.
- 3. Axe stratégique 3 :** Développement des interventions communautaires, de mobilisation sociale, de communication et du plaidoyer dans une perspective

multisectorielle.

4. **Axe stratégique 4** : Renforcement du pilotage et de la gouvernance de la stratégie au niveau régional.
5. **Axe stratégique 5** : Renforcement du plan de mise en œuvre et le cadre de suivi et évaluation de la stratégie et de la redevabilité.

2.3. Le choix des indicateurs.

a) Les indicateurs de routine.

Dans le cadre du projet de performance relatif au budget, il n'est pas forcément aisé d'appréhender le programme et les indicateurs se rapportant à la politique sanitaire. Le découpage et le contenu des programmes sont en effet le reflet des structures ministérielles qui en ont la « responsabilité ». C'est le cas pour la « politique » de santé en faveur de la mère et du nouveau-né¹³⁵. Toutefois, une articulation pourrait être envisagée (et reste réalisable) en prenant en compte l'identification de l'activité en faveur de la santé de la mère ou du nouveau-né et sa budgétisation spécifique. En d'autres termes, le taux d'émission, de l'enveloppe globale destinée à la santé de la mère ou du nouveau-né, ne sera plus un indicateur de pilotage et par conséquent n'interviendrait pas comme un indicateur « majeur » en matière de prise de décision.

Les indicateurs nécessaires pour le suivi des cibles devraient idéalement satisfaire une série de normes garantissant la viabilité technique, la faisabilité, la fréquence des rapports, la comparabilité et la disponibilité dans le temps. Pour plus de simplicité, les plans d'action se concentreront sur deux critères, notamment :

Alignement : l'objet de la mesure doit être valide et fiable dans toutes les régions, de façon à ce que l'indicateur utilisé ait la même signification et la même importance à tous les niveaux. Plus l'indicateur sera spécifique (ou concret), plus ce sera le cas.

Comparabilité: les données doivent être collectées au niveau des régions (ou groupe de territoires définis selon des critères de comparabilités) à intervalles réguliers et rapprochés. Ici, l'utilisation d'une plateforme informatique est un déterminant de la performance dans le sens du suivi de l'utilisation des ressources.

Concernant le suivi des inégalités, certaines variables seront présentées comme essentielles et indispensables pour la recherche action aussi bien au niveau national que territorial. D'autres variables seront présentées comme complémentaires, permettant de mieux comprendre la tendance enregistrée.

¹³⁵Programme budgétaire n° 2 : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques. Ainsi, pour l'action 2.10. relative à la Santé de la mère et du nouveau-né, les actions retenues visent à contribuer à accélérer la réduction de la mortalité et à assurer le bien-être (ODD3) à travers la généralisation du paquet de soins essentiels dans une logique de renforcement des soins de santé primaires (SSP). Cette approche transversale et globale constitue un maillon fort pour assurer l'équité notamment à travers le continuum de soins aussi bien durant le cycle de vie que par niveau de soins en agissant en amont (information et éducation sanitaire) et en aval (prise en charge par niveau et référence guidée vers le niveau supérieur de soins). Toutefois, concernant l'immunisation et la nutrition les actions sont individualisées dans le point 2.30.

Ainsi, classiquement, le statut socioéconomique d'une personne est scruté au moins par deux critères « éducation et revenus ». Aussi, l'analyse par sexe reste complémentaire, tant les inégalités sociales de santé affectent différemment, dans nombre de domaines, les hommes et les femmes. Les classes d'âge doivent être retenues dans le cycle de vie des personnes, qui peut être différent d'un groupe social à l'autre .

De même, être capable d'identifier les populations immigrées et issues de l'immigration reste un enjeu important, pour faire la part, dans les inégalités sociales observées, des origines socioéconomiques (liées aux conditions de vie) ou culturelles, en lien avec des phénomènes de discrimination (liés au patronyme, au lieu de résidence, au portage d'une affection ...).

L'emploi de ces indicateurs découle du fait que la capacité de mesurer est un préalable à l'action et la première traduction de l'objectif. Pour cela l'introduction de l'enregistrement de ces variables dans un registre est primordiale et aisée du fait de la simplicité de l'information. Le niveau d'éducation par exemple pourrait être apprécié selon 4 niveaux (0 = sans ; 1 = primaire ; 2 = secondaire et 3 = universitaire). Le revenu est corrélé à la couverture médicale (AMO ou RAMED). La situation professionnelle est appréciée par l'activité (avec ou sans travail). Le registre comportera en plus du sexe, l'âge des parents les précisions sur l'origine migratoire (lieu de naissance) et le handicap.

La mesure des inégalités sociales de santé est un préalable incontournable à la mise en œuvre des politiques territoriales de réduction de ces inégalités. L'absence d'informations individuelles à caractère socioéconomique dans les bases de données médico-administratives ne permet pas de les évaluer directement. L'ensemble des données exposées ci-dessus seront recueillies pour intervenir. Le caractère très vaste des déterminants de la santé implique de raisonner en approches intersectorielles et de cesser de penser la santé comme une catégorie à part des autres domaines sociaux et économiques. Ici, le rôle de la région sanitaire est primordial pour inscrire les objectifs de santé dans le plan de développement régional.

b) Les indicateurs clés.

Ce sont des chiffres élaborés de manière à transmettre une grande quantité d'information et permettre de savoir à quel niveau déclencher les actions correctives. Par exemple, dans le contexte des plans d'action régionaux, les indicateurs clés porteraient sur le nombre de décès audités et les actions correctives mises en œuvre par rapport au dysfonctionnement identifié.

Ces indicateurs seront élaborés en consensus avec tous les acteurs et validés dans les réunions de la task-force régionale.

2.4. Pilotage de la performance.

La notion de pilotage, dans le cadre des plans d'action régionaux, s'accroche à l'atteinte des objectifs de performance, que s'est fixé l'ensemble des acteurs à partir des leviers d'efficacité.

De ce fait, un outil décisionnel, le tableau de bord de pilotage, serait nécessaire pour conduire / piloter la mise en œuvre selon la direction des objectifs. Ainsi, plus le suivi est rapproché plus le maintien de la mise en œuvre sur la trajectoire prédéfinie est meilleur. D'autant plus que la correction serait relativement facile en se focalisant sur l'origine du dysfonctionnement. Contrairement à l'approche par « bilan » qui supporte l'analyse durant une période donnée, généralement un exercice, et à la diffusion des résultats, déjà les ressources sont consommées et la correction ne se fera que pour l'exercice suivant (parfois avec des ressources additionnelles à injecter reflétant une logique de moyens).

Ce tableau de bord est composé d'un nombre « réduit » d'indicateurs, qui sont clés dans la mesure où à eux seuls refléteraient la tendance du niveau de performance et l'action de correction porteraient sur le domaine qu'ils mesurent. Par exemple, en analysant le croisement du taux des grossesses à risques dépistées avec le taux des complications obstétricales prises en charge, on aurait des indications sur les efforts déployés en matière de qualité des consultations en faveur de la femme enceinte, la « maturité » des processus et la réactivité des structures de soins.

Il y a ainsi 5 domaines de mesure : ressources humaines, processus, améliorations, femmes enceintes et patients de la néonatalogie.

Le modèle du tableau de bord sera élaboré en consensus avec tous les acteurs et validé dans les réunions de la task-force régionale¹³⁶.

¹³⁶A titre d'exemple, il serait composé de différents supports d'informations, se distinguant en pratique par trois catégories d'indicateurs de pilotage. Ceux prévisionnels permettant de s'intéresser au « futur », par exemple le « taux des grossesses à risque dépistées » et toutes les dispositions à prévoir aussi bien pour la mère (césarienne programmée par exemple) que pour le nouveau-né (couveuse). Ceux qui comparent les résultats aux objectifs et permettent d'interpréter les écarts et prendre les décisions correctives, par exemple « taux du dépistage par pathologie ». Enfin, ceux qui constatent le niveau de performance et tendent à fournir des explications, par exemple « effectif formé dans les actions prioritaires en faveur de la mère et du nouveau-né ». Pour ces derniers, ils pourraient être assimilés à des facteurs de succès qui participeraient à l'accomplissement des objectifs définis (les variables d'actions).

**Intervention stratégique prioritaire de court terme pour toutes les régions :
Fournir une information de qualité sur les décès maternels et néonataux selon un processus systématique et continu.**

Résumé :

Action visant à institutionnaliser le système de surveillance des décès maternels et les audits intra hospitaliers des décès néonataux en tant qu'outils favorisant un apprentissage collectif pour l'action aux différents niveaux.

Résultats attendus:

D'ici 2021 :

- Tous les décès maternels au niveau des établissements de soins et dans la communauté sont identifiés et notifiés par les provinces ;
- Tous les cas de décès maternels identifiés sont revus au niveau régional dans le cadre de l'enquête confidentielle des décès maternels ;
- Les résultats du SSDM orientent efficacement la prise de décision et l'action au niveau des régions pour éliminer la mortalité maternelle évitable ;

Indicateurs :

- Un rapport annuel d'enquête confidentielle sur les décès maternels est produit par chaque région avant la fin du 1^{er} semestre de l'année qui suit ;
- % des décès maternels attendus déclarés par région ;
- % des recommandations mises en œuvre par niveau et par année ;
- Nombre de décès néonataux audités par rapport aux décès notifiés ;
- % des recommandations, issues des audits des décès néonataux, mises en œuvre par niveau et par année.

1. Systématisation des Revues des Décès Maternels.

Actions visant le renforcement du cadre institutionnel et stratégique du SSDM :

- 1) Opérationnaliser l'Unité Nationale de Surveillance des Décès Maternels créée au niveau de l'École Nationale de Santé Publique en tant qu'instance responsable du SSDM au niveau national¹³⁷ ;
- 2) Élaborer un plan d'action national et des plans d'action régionaux pour la redynamisation du SSDM ;
- 3) Réviser le guide national de 2009 sur l'implantation des décès maternels tenant compte des orientations de l'OMS de 2013 relatives à la surveillance des décès maternels et

¹³⁷ Lettre du Ministère de la Santé, n° 150/ENSP du 27/04/2016, portant sur la domiciliation du système de surveillance des décès maternels au niveau de l'École Nationale de Santé Publique.

riposte ;

- 4) Élaborer des Décisions Ministérielles pour intégrer les données sur les décès maternels survenus dans les secteurs militaire et privé dans le cadre du SSDM ;
- 5) Obtenir un consensus auprès des différents acteurs aux différents niveaux sur le principe « Pas de nom, pas de blâme » dans le cadre de l'enquête confidentielle des décès maternels.

Actions visant l'amélioration de l'exhaustivité et la qualité des données du SSDM :

- 1) Mettre en œuvre les termes de la circulaire conjointe Ministère de la Santé/Ministère de l'Intérieur ;
- 2) Organiser la collecte des données au niveau provincial de façon continue ;
- 3) Généraliser et renforcer l'informatisation du SSDM ;
- 4) Opérationnaliser les Comités Régionaux de Revue des Décès Maternels.

Actions visant l'amélioration de l'utilisation des données du SSDM pour l'action :

- 5) Assurer la rétro information vers les établissements de soins et le personnel de santé ;
- 6) Assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations à tous les niveaux.

2. Systématisation de l'audit intra hospitalier des décès des nouveau-nés.

- 7) Mettre en place un dispositif de suivi-évaluation au niveau régional pour l'analyse des données et le suivi de la mise en œuvre des recommandations (les indicateurs définis, doivent être désagrégés par milieu et suivi annuellement par chaque région/province) ;
- 8) Mettre en place un processus d'analyse secondaire de toutes les fiches standards de notification des décès néonataux au niveau régional.

Axe stratégique1 : Amélioration de l'accessibilité au paquet de soins essentiels de qualité pour les mères et les nouveau-nés durant tout le continuum de soins.

Résumé :

La qualité des soins est la priorité majeure et dont l'insuffisance n'est certainement pas sans effet sur les décès maternels et néonataux évitables. Il s'agit de renforcer certains aspects existants et d'ajouter de nouvelles interventions. Les soins essentiels pour la mère et le nouveau-né doivent être garantis au niveau de la première ligne et dans les maternités hospitalières y compris les médicaments, l'équipement et la formation du personnel. Les Revues de Bonnes Pratiques doivent être effectuées régulièrement, complétées et disséminées à tout le personnel. Une large diffusion de l'information et la connaissance scientifique pour la prise en charge de qualité des complications maternelles et néonatales, le suivi au niveau régional et national des indicateurs de qualité et l'instauration de l'auto-évaluation préconisée par les démarches de progrès constituent un déterminant essentiel de la performance du programme.

Résultat attendu :

100 % des services primaires et secondaires ont implanté le paquet d'interventions essentielles de soins pour la mère et le nouveau-né.

Indicateurs :

- % d'établissements de soins publics effectuant les SONU avec le paquet de soins essentiels disponible dans les établissements de soins publics fonctionnels.

Paquet de soins essentiels mère et nouveau-né selon le continuum de soins.

9) Actions visant la disponibilité du paquet de soins essentiels selon les directives de l'OMS.

- Actualiser les référentiels de bonnes pratiques et leurs diffusions ;
- Réviser et implanter le paquet de soins essentiels de qualité ;
- Implanter dans les structures d'accouchement la méthode « mère-kangourou » ;
- Produire un texte réglementaire relatif à la périnatalité ;
- Modéliser et mettre en place des réseaux régionaux de prise en charge des complications néonatales ;
- Étendre le dépistage néonatal de l'hypothyroïdie congénitale aux différentes régions ;
- Implanter le dépistage de la surdité congénitale ;
- Introduire l'utilisation des NTIC pour l'appui à la promotion des bonnes pratiques de lutte contre les causes évitables de la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales ;
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication pour inciter les femmes enceintes à avoir précocement recours aux structures de soins ;

- Promouvoir l'information adaptée pour réduire les grossesses non désirées et avertir sur les risques de l'avortement ;
- Réaliser des enquêtes régionales de la satisfaction et de la réactivité au moins une fois tous les 5 ans ;
- Poursuivre des démarches de progrès (Concours Qualité et accréditation) des maternités hospitalières et des maisons d'accouchement.

Axe stratégique 2 : Réduction des iniquités d'accès et élargissement de la couverture et la protection financière pour les soins maternels et néonataux.

Résumé :

Meilleure disponibilité équitable possible et compétence nécessaire ainsi que la motivation des RH pour assurer la surveillance des grossesses, la prise en charge de l'accouchement et des complications obstétricales et néonatales pour toutes les femmes quel que soit leurs provenances et statuts économiques.

Résultat attendu:

Toutes les maisons d'accouchement fonctionnelles doivent assurer la continuité (astreinte avec au moins 2 sages-femmes et un médecin généraliste compétent en SONU)

Indicateurs :

- Nombre et pourcentage de SOU de base et de référence assurant un service continu tous les jours par un personnel qualifié ;
- Nombre de personnels de SOU ayant bénéficié de formation continue en standards de SONU ;
- Nombre et distribution des gynéco-obstétriciens, des réanimateurs et des sages-femmes.
- Nombre d'accouchements par structure et par sage-femme ;
- Nombre de césariennes par maternité hospitalière et par gynécologue ;
- Nombre de contrats réalisés.

1. Les Ressources Humaines.

Actions visant la disponibilité des RH.

- 10) Consolider les gardes résidentielles, astreintes et stages des personnels impliqués dans la continuité de service dans les maisons d'accouchement et les maternités ;
- 11) Prioriser le milieu rural et les zones dont l'accès est difficile lors des affectations ;
- 12) Mettre en place un système de « roulement » pour les sages-femmes et les gynécologues affectés dans les zones d'accès difficile ;
- 13) Augmenter le nombre de résidents en obstétrique, pédiatrie, néonatalogie et anesthésie réanimation ;

- 14) Publier les textes d'application de la Loi 44/13¹³⁸ sur les actes de la sage-femme ;
- 15) Envisager un processus d'achat de services de gardes et des consultations spécialisées en gynécologie obstétrique et en pédiatrie.

Actions visant le renforcement de la compétence.

- 16) Intégrer les recommandations sur les bonnes pratiques dans la formation de base des études portant sur les soins ;
- 17) Mettre en œuvre un plan de formation continue annuel régional avec appui particulier pour les professionnels de santé en milieu rural ;
- 18) Développer des formations en e-Learning ;
- 19) Intégrer l'approche psycho-sociale et les droits humains dans le cursus de formation de base et continue des obstétriciens, pédiatres, réanimateurs, sages-femmes et infirmières de néonatalogie ;
- 20) Redynamiser le stage de perfectionnement instauré par la Circulaire Ministérielle en vigueur¹³⁹, selon des indicateurs de performance des équipes impliquées dans la santé maternelle et néonatale ;

2. Médicaments, dispositifs médicaux et produits sanguins labiles.

Actions visant la disponibilité des médicaments.

- 21) Réviser et compléter la liste des médicaments essentiels pour la mère et le nouveau-né¹⁴⁰ ;
- 22) Assurer la disponibilité des médicaments essentiels pour la mère et le nouveau-né en fonction des besoins pour chaque région ;
- 23) Assurer la disponibilité du kit de réanimation du nouveau-né en plus des kits préexistants ;
- 24) Assurer la disponibilité de la transfusion dans 100% des maternités hospitalières.

3. Infrastructure, équipement et transport.

Actions visant la disponibilité des services.

- 25) Promouvoir les Projets d'Établissements Hospitaliers et réviser ceux qui existent pour intégrer les questions liées à la maternité et la réanimation néonatale pour améliorer la disponibilité des services, la qualité des soins et éliminer la mortalité évitable ;
- 26) Assurer la disponibilité et la liste standard des équipements dans toutes les structures impliquées dans la prise en charge des complications maternelles et néonatales ;

¹³⁸Dahir n° 1-16-83 du 22 juin 2016 (16 ramadan 1437) portant promulgation de la loi n° 44.13 relative à l'exercice de la profession de sage-femme, publiée au Bulletin Officiel N° 6500 du 15-9-2016 (13 hija 1437).

¹³⁹Circulaire Ministérielle n° 013429 du 28/05/2009 portant sur l'instauration d'un stage de perfectionnement pour toute nouvelle recrue.

¹⁴⁰OMS, médicaments prioritaires dessinés aux mères et aux enfants, WHO/EMP/MAR/2011.

- 27) Poursuivre et consolider l'implantation du SAMU-OR avec l'introduction d'une composante multisectorielle prenant en compte l'engagement des partenaires locorégionaux ;
- 28) Utiliser les outils de recherche opérationnelle pour le choix des meilleurs scénarios de couverture des localités à accès difficile, en combinant les stratégies fixes, mobiles, le transport, les agents de santé communautaires quand ils existent et la téléphonie mobile dans la communauté, de même que les équipements nécessaires au transfert du nouveau-né ;
- 29) Mettre à la disposition des régions l'assistance technique pour élaborer un plan d'investissement dans les technologies biomédicales les plus appropriées au niveau primaire et secondaire et de mise à niveau des structures de santé en considérant les aspects liés à la pertinence, l'efficacité, le coût, l'utilisation, la formation continue et la maintenance ;

4. Financement.

Actions visant l'appui à la mise en œuvre de la stratégie et la gestion axée sur les résultats.

- 30) Promouvoir l'action dans le cadre des budgets programmes en santé maternelle et néonatale entre les régions et l'administration centrale avec une budgétisation basée sur des indicateurs de résultats, des activités retenues dans les plans d'action régionaux y compris le plan d'intervention dans les zones rurales et d'accès difficile pour le ciblage des territoires vulnérables ;
- 31) Mobiliser des ressources additionnelles, dans le cadre de partenariat dans chaque région ;
- 32) Promouvoir la budgétisation sensible au genre ;
- 33) Promouvoir la généralisation du RAMED, dès la première consultation prénatale, pour les femmes non encore couvertes ;

Axe stratégique 3: Développement des interventions communautaires, la communication et le plaidoyer dans une perspective multisectorielle.

Résumé:

Les interventions communautaires contribuent de façon significative à la réduction des décès maternels et néonataux¹⁴¹. L'information et le soutien à travers des agents de santé communautaire formés et motivés, la communication, la garantie du transport et l'usage de la téléphonie mobile en sont les piliers.

Résultat attendu:

La santé de la mère et du nouveau-né est une priorité pour la communauté.

Indicateurs :

- Nombre de sites couverts par les interventions communautaires et nombre d'agents de santé communautaires actifs ;
- Nombre des priorités retenues en fonction des besoins recensés ;
- Nombre de provinces utilisant les NTIC.

1. Actions sur les interventions communautaires

- 34) Identifier les communes et douars enclavés dans chaque région/province ;
- 35) Élaborer les plans d'interventions communautaires avec des activités et un partenariat (INDH, CL, ONG, région et autres secteurs) ;
- 36) Consolider la stratégie des relais communautaires ;
- 37) Dialoguer avec Morchidate Assiha (Animatrice Communautaire de Santé) en partenariat avec les ONG locales, les collectivités locales, l'INDH et d'autres parties prenantes et créer des liens avec les ACS du Ministère des Habous et des Affaires Islamiques, au niveau des communes rurales enclavées ;
- 38) Développer des conventions de partenariat pour assurer le transport surtout dans les communes rurales et enclavées ;
- 39) Développer un partenariat entre le Ministère de la Santé et les secteurs de la téléphonie mobile pour lancer une campagne de SMS et messages éducatifs ;
- 40) Faire de la téléphonie mobile un outil de travail des sages-femmes et des infirmières pour la communication avec les femmes enceintes dans le suivi de la CPN, l'accouchement, la CPoN et la surveillance du nouveau-né, dans toutes les maisons d'accouchements et les unités SMI/PF des Centres de santé ;
- 41) Diffuser des informations sur la santé de la mère et nouveau-né à large échelle et surtout dans les communes et douars enclavés dans chaque région/province.

¹⁴¹OMS, « Plan d'action Chaque Nouveau-né » - OMS / UNICEF, 2014.

2. Plan de communication

- 42) Élaborer un plan de communication autour de la stratégie nationale et visant les professionnels de santé, les partenaires (autres secteurs, collectivités territoriales, INDH, ONG...) et la population ;
- 43) Organiser une campagne annuelle selon le modèle de la CARMMA (Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique) ;
- 44) Élaborer, présenter et diffuser des documents de plaidoyer (factsheet, Policy brief...) aux autres partenaires avec des messages, des objectifs et un suivi pour leur implication.

Axe stratégique 4 : Renforcement du pilotage et de la gouvernance de la stratégie au niveau régional

Résumé:

Dans chaque région /province un plan d'action est établi, validé par la taskforce régionale et suivi par des rapports trimestriels et un rapport régional annuel d'évaluation.

Résultat attendu:

L'allocation des ressources est faite selon des critères objectifs et la gestion des activités est appréciée par périodes rapprochées.

Indicateurs :

Nombre de réunions des taskforces régionales organisées ;
Nombre d'actions correctives mises en œuvre effectivement.

1. Actions visant l'amélioration du pilotage de la stratégie.

- 45) Promouvoir l'action dans le cadre des SROS et les PEH ainsi que les projets de service ;
- 46) Promouvoir la responsabilité de proximité par l'instauration formalisée d'instances d'impulsion et d'appui régionales (taskforce régionale) ;
- 47) Développer et diffuser un guide de Gestion axée sur les Résultats pour la santé maternelle et néonatale (Modèles standards de plans d'action, de modalités d'implantation et de coordination, de rapports semestriels/annuels et de collecte et analyse des indicateurs de suivi et évaluation) ;
- 48) Décliner la stratégie en plans d'action régionaux de santé maternelle et néonatale avec préparation d'un plan d'action annuel avec les objectifs, les indicateurs de résultats, les activités détaillées et les besoins en ressources avec des estimations budgétaires ;
- 49) Promouvoir des mécanismes de plaidoyer auprès des autres secteurs, instances régionales, conseils des élus, INDH, coopération internationale et ONG au niveau Régional ;
- 50) Élaborer un rapport régional annuel de suivi de la mise en œuvre de la stratégie.

2. Action visant à soutenir les droits des femmes à la santé.

- 51) Développer des textes de loi et notes circulaires relatifs aux droits de la femme et la grossesse et accouchement ;
- 52) Mettre en place un mécanisme (Budgétisation Sensible au Genre) pour assurer l'équité (et le ciblage) au niveau de l'allocation des ressources et le suivi-évaluation au niveau des régions, provinces et communes rurales notamment les zones enclavées et pauvres ainsi que l'intégration de la stratégie dans les programmes existants de santé rurale et ciblage

des douars pauvres ;

- 53) Réaliser une étude socio-anthropologique sur les conditions d'accouchement, la sécurité, le respect de la dignité et la confidentialité et le respect des femmes.

3. Cadre de suivi-évaluation au niveau régional/provincial

- 54) Élaborer et diffuser un rapport régional « santé en chiffres » avec les indicateurs SONU (Infrastructure SOUB et SOUC, RH pour les SONU, PF, CPN, AMS, taux de césariennes, prise en charge des complications obstétricales et néonatales, décès maternels et néonatales, CPoN) désagrégés par province et milieu rural/urbain ;
- 55) Élaborer et diffuser un rapport de la disponibilité du paquet minimum de soins essentiels pour la mère et le nouveau-né par province, niveau et milieu ;
- 56) Élaborer un rapport annuel sur les activités réalisées du plan d'action et l'évolution des indicateurs ;
- 57) Élaborer et mettre en œuvre un plan annuel de supervision de proximité sur la base de la liste des soins du paquet minimum de soins, l'utilisation des services, la surveillance de la qualité des soins et les critères relatifs à la santé de la mère et du nouveau-né.

Axe stratégique 5 : Renforcement du suivi -évaluation de la stratégie et de la redevabilité.

Résumé:

La stratégie et les actions proposées sont adaptées au contexte de chaque région et chaque province. Les actions proposées sont réalisées sous le leadership des équipes régionales et provinciales avec la participation des professionnels de santé et des autres secteurs. Ils peuvent mettre un terme au décès évitables des mères et des nouveau-nés et marquer un saut dans l'évolution de la santé publique au Maroc.

Les propositions ne sont pas limitatives et laissent une grande marge de manœuvre au potentiel innovateur et créatif de chaque équipe.

Résultat attendu :

Le pilotage des actions en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né est assuré et Les compétences régionales et nationales en termes de gouvernance de la stratégie sont renforcées

Indicateurs :

- Taux de réalisation des activités des plans d'action régionaux ;
- Évolution des indicateurs de disponibilité du paquet essentiel, de réduction de la mortalité évitable et l'évolution de la couverture (PF, AMS, CPN...).

Cadre de suivi-évaluation au niveau central.

- 58) Développer un nouveau modèle de rapport annuel (santé en chiffres) avec des paragraphes analytiques ;

- 59) Concevoir, à partir du rapport national, des indicateurs de suivi et évaluation des objectifs de la stratégie (Infrastructure SOUB et SOUC, RH pour les SONU, PF, CPN, AMS, taux de césariennes, prise en charge des complications obstétricales et néonatales, décès maternels et néonatales, CPoN) ;
- 60) Élaborer et mettre en œuvre un plan annuel de supervision des régions sanitaires ;
- 61) Évaluer la mise en œuvre de la stratégie à mi-parcours et à la fin du cycle quinquennal.