

Royaume du Maroc



Ministère de la Santé

PLAN D'ACTION 2012 – 2016
POUR ACCELER LA REDUCTION DE LA
MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE



Fin du Compte à rebours 2015

Avec l'appui de



Contexte

En souscrivant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Maroc s'est engagé à réduire de trois quarts la mortalité maternelle (OMD 5) et de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans (OMD 4) à l'horizon 2015. Dans ce cadre le Maroc a réalisé d'importants progrès grâce aux efforts déployés depuis les années 90 et particulièrement lors du dernier quinquennat. En effet, le ratio de mortalité maternelle a diminué de près de 66% en vingt ans, passant de 332 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 112 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010. Le niveau de mortalité infanto-juvénile a été réduit de 84 en 1992 à 30 pour mille naissances vivantes en 2011 soit une réduction de 64%.

Malgré ces progrès, des iniquités persistent dans l'accès aux soins obstétricaux et néonataux entre milieux urbain/rural, entre régions et entre niveaux socio-économiques. Le ratio de mortalité maternelle en milieu rural est deux fois plus important qu'en milieu urbain (148 contre 73 décès pour 100000 naissances vivantes). L'enquête confidentielle réalisée pour les décès maternels en 2009 a montré que les soins sub standards (suivi de soins insuffisant et traitement inapproprié) étaient des facteurs fréquents de décès maternels évitables et que même lorsque la femme parvient à surmonter les barrières d'accès, elle ne bénéficie pas systématiquement de soins de qualité.

La mortalité néonatale, qui est actuellement de 19 pour mille naissances vivantes, continue à représenter près de 62% de la mortalité infanto-juvénile. La prématurité, le faible poids à la naissance, l'asphyxie néonatale et l'infection en constituent les principales causes. L'effort d'élaboration des normes cliniques et de prise en charge du nouveau-né n'a pas eu de traduction opérationnelle sur le terrain et ce pour de multiples raisons. Les niveaux de prise en charge ne sont pas identifiés et par conséquent non hiérarchisés. L'absence d'échelons intermédiaires et les trous fonctionnels qui en résultent font que la prise en charge du nouveau né passe directement du niveau le plus élémentaire au plus élevé. Or, l'inaccessibilité géographique aux centres spécialisés et l'insuffisance de leur capacité d'accueil engendrent des dysfonctionnements dans la prise en charge des urgences néonatales.

Tenant compte de la fin du compte à rebours pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, le nouveau plan d'action 2012-2016 du Ministère de la santé pour l'accélération de la la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, se veut un plan de consolidation des acquis, de renforcement de la gestion de proximité et de ciblage des actions pour le le milieu rural et les zones sous couvertes. Il comprend 51 mesures et est organisé en deux parties concernant respectivement la mortalité maternelle et la mortalité néonatale. Il s'agit là d'une organisation de commodité qui ne remet pas en cause la continuité de la prise en charge de la mère et de l'enfant.

Objectifs à l'horizon 2016

Ce plan d'action se fixe pour objectifs d'ici 2016 de :

- Réduire la mortalité maternelle de 112 à 50 décès pour 100 000 naissances vivantes ;
- Réduire la mortalité néonatale de 19 à 12 pour mille naissances vivantes.

| Indicateur | Situation de référence 2011 | | Cible 2016 | |
|----------------------------|--------------------------------|-------|------------------|-------|
| | Ratio | Nbre | Ratio | Nbre |
| Mortalité maternelle | 112 p. 100 000 NV | 700 | 50 p. 100 000 NV | 300 |
| Mortalité infanto juvénile | 30 p. 1000 NV | 18000 | 20 p. 1000 NV | 12000 |
| Mortalité infantile | 29 p. 1000 NV | 17500 | 19 p. 1000 NV | 11500 |
| Mortalité néonatale | 19 p. 1000 NV | 11500 | 12 p. 1000 NV | 6 500 |

Afin d'atteindre ces objectifs, le plan d'action du Ministère de la Santé compte réaliser **les objectifs de couverture** suivants :

- Augmenter la couverture des accouchements en milieu surveillé de 73% à 90% (de 55% à 75% pour le milieu rural);
- Atteindre un taux de césarienne de 10%;
- Augmenter la couverture en consultation prénatale (CPN) de 77% à 90%;
- Atteindre une couverture de 95% par la consultation du post-partum (CPP);
- Maintenir un taux de prévalence contraceptive supérieur ou égal à 67%.

| Indicateur | Situation de référence Année 2011 | | Cible 2016 | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---------|---------------|---------|
| | Taux | Nbre | Taux | Nbre |
| Accouchements en milieu surveillé | 73% | 500 000 | 90% | 550 000 |
| milieu rural | 55% | 120 000 | 75% | 160 000 |
| Césariennes | 8 % | 50 000 | 10 % | 60 000 |
| Consultations prénatales | 77% | 460 000 | 90% | 550 000 |
| Consultations du post - partum | 23% | 140 000 | 95% | 560 000 |

4 Axes d'intervention

27 Mesures pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle



Axe d'intervention 1 :
Consolidation de la politique d'exemption des soins obstétricaux et néonataux d'urgence

- Mesure 1 :** **Etendre la gratuité**, en plus de l'accouchement et de la césarienne, à la prise en charge d'autres complications survenues au cours de la grossesse (grossesse extra utérine, avortement, menace d'accouchement prématuré, grossesse molaire, pré éclampsie et éclampsie) et en post-partum notamment les hémorragies et les infections du post-partum ;
- Mesure 2 :** **Réaliser gratuitement le bilan biologique standard de la grossesse** (*Groupage sanguin, glycémie à jeun, hémoglobine, TPHA/VDRL, examen des urines*) au niveau des centres de santé avec module d'accouchement (automates) et au besoin au niveau des laboratoires d'analyses des hôpitaux de référence afin de dépister certains facteurs de risque au cours de la grossesse (anémie, diabète, albuminurie, ...);
- Mesure 3 :** **Garantir la gratuité du transfert** entre les structures de soins pour toutes les femmes et/ou les nouveaux nés et renforcer le SAMU obstétrical rural à travers son extension à **20 nouveaux sites** relevant de zones inaccessibles et sous couvertes.

Axe d'intervention 2 : **Amélioration de la qualité de prise en charge** **des complications obstétricales**

- Mesure 4 :** Améliorer la disponibilité du sang à travers la normalisation du circuit du sang et l'élargissement de l'implantation des banques ou antennes de sang à tous les hôpitaux provinciaux/préfectoraux;
- Mesure 5 :** Systématiser la surveillance de la parturiente en post-partum à travers l'élaboration d'une fiche de suivi standard afin de lutter contre la mortalité maternelle au niveau des structures de santé par hémorragie du post – partum qui constitue la 1ère cause des décès maternels au Maroc ;
- Mesure 6 :** Assurer la disponibilité des médicaments vitaux et des réactifs notamment les bandelettes urinaires au niveau de toutes les structures de soins ;
- Mesure 7 :** Assurer la garde résidentielle au niveau de toutes les maternités hospitalières régionales et provinciales par le renforcement des effectifs en ressources humaines, notamment des gynéco-obstétriciens et réanimateurs anesthésistes ;
- Mesure 8 :** Instaurer un stage de 6 mois au niveau des hôpitaux publics dans le cursus de formation des résidents en gynéco-obstétrique (3^{ème} et 4^{ème} année) et en pédiatrie (3^{ème} année) ;
- Mesure 9 :** Elaborer et mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques afin d'améliorer la qualité de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement et des complications obstétricales;
- Mesure 10 :** Réaliser en 2012 la 2^{ème} édition d'audit des maisons d'accouchement et procéder à leur certification;
- Mesure 11 :** Organiser chaque année le concours qualité pour les maternités hospitalières ;
- Mesure 12 :** Appuyer le comité national d'experts de l'audit confidentiel des décès maternels pour réaliser les enquêtes confidentielles des décès maternels :
- élaborer le rapport annuel sur les décès maternels de 2010 et veiller à sa diffusion auprès des professionnels de santé notamment les médecins spécialistes (gynéco obstétriciens et anesthésistes réanimateurs) pour garantir leur implication dans l'amélioration de la qualité de prise en charge des parturientes ;
 - revoir l'organisation et le fonctionnement du Comité National d'experts d'Audit confidentiel des décès maternels ;
 - renforcer le secrétariat du comité par l'affectation d'un personnel permanent qui servira d'équipe d'appui technique aux régions mais aussi de suivi et contrôle (statisticien, agent de saisie) ;
 - concentrer les audits entre 2011 et 2013 sur les décès maternels survenus au niveau des structures de soins.

Axe d'intervention 3 :

Renforcement de la responsabilité de proximité sur la surveillance de la grossesse et de l'accouchement

- Mesure 13 :** Accélérer la mise à niveau des centres de santé avec module d'accouchement selon les résultats de l'audit des maisons d'accouchement réalisé en 2012;
- Mesure 14 :** Instaurer le diagnostic de la grossesse au niveau de tous les centres de santé afin d'améliorer le recrutement précoce des parturientes à la consultation prénatale (**test de grossesse**);
- Mesure 15 :** Intégrer le dépistage volontaire du VIH parmi les activités de suivi prénatal chez la femme enceinte ;
- Mesure 16 :** Mettre en place un circuit de prise en charge spécialisée des grossesses à haut risque ;
- Mesure 17 :** Médicaliser la 1^{ère} et la 3^{ème} consultation prénatale avec la réalisation d'au moins deux échographies obstétricales (1^{er} et 3^{ème} trimestre) ;
- Mesure 18 :** Acquérir 57 ambulances équipées au profit des centres de santé avec module d'accouchement afin de garantir l'accès au moyen d'évacuation en urgence pour les femmes présentant une complication obstétricale ;
- Mesure 19 :** Former les médecins généralistes en matière de consultation prénatale et consultation post-natale, soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), échographie obstétricale et utilisation des mini- analyseurs ;
- Mesure 20 :** Médicaliser la 1^{ère} consultation du post-partum (48h) : Un examen et avis médical sont obligatoires pour évaluer l'état de santé de la parturiente et de son nouveau-né avant leur sortie de la structure d'accouchement ;
- Mesure 21 :** Prioriser les provinces sous couvertes en surveillance d'accouchements par l'affectation des sages- femmes pour avoir au moins deux sages-femmes par structure d'accouchement de base ;
- Mesure 22 :** Instaurer la permanence au niveau des centres de santé avec module d'accouchement : garde résidentielle à partir de 4 sages-femmes et astreinte à partir de 2 sages-femmes.

Axe d'intervention 4 :

Amélioration du pilotage régional du programme

- Mesure 23 :** Elaborer et mettre en œuvre un plan d'action régional de réduction de la mortalité maternelle et néo-natale en déclinaison du plan d'action national ;
- Mesure 24 :** Décentraliser le processus d'audit des centres de santé avec module d'accouchement, et assurer leur certification tous les 2 ans ;
- Mesure 25 :** Elargir l'approche des relais communautaires au niveau des zones sous couvertes ;
- Mesure 26 :** Améliorer le suivi du programme à travers le renforcement du système de surveillance des décès maternels :
- Elaboration d'une Circulaire Conjointe entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur ;
 - Régionalisation et informatisation du Registre des décès maternels afin d'améliorer la notification des décès maternels et la détermination de leurs causes;
- Mesure 27 :** Décentraliser au niveau régional l'organisation et la réalisation des programmes de formation continue en matière de santé périnatale.

6 Axes d'intervention

24 Mesures pour accélérer la réduction de la Mortalité Néonatale



Axe d'intervention 1 : **Mise à niveau des structures d'accouchement**

- Mesure 1 :** **Permettre à toute parturiente d'accoucher en milieu propre :**
- *Equiper toutes les salles d'accouchement en postes de lavage des mains (robinet à commande) avec distributeur de savon liquide ou d'antiseptique et distributeur d'essuie mains en papier à usage unique et veiller à leur disponibilité;*
 - *Installer des distributeurs de solutions hydro-alcooliques à proximité des zones de soins.*
- Mesure 2 :** **Assurer la surveillance de la dynamique de l'accouchement :**
- *Doter toutes les structures d'accouchement de doptones (Doppler moniteur fœtal);*
 - *Rendre disponible des cardiotocographes au niveau de toutes les maternités hospitalières.*
- Mesure 3 :** **Faciliter la transition néonatale à la vie extra-utérine :**
- *Aménager au niveau de chaque salle d'accouchement un espace spécialement dédié à la réception néonatale d'urgence et l'équiper en tables chauffantes ;*
 - *Doter toutes les salles de naissance/d'accouchement en chariot d'urgence néonatale (secourisme néonatal) ;*
 - *Rendre disponible à côté de chaque table d'accouchement, un berceau nouveau-né en vue d'initier l'allaitement maternel dans la demi-heure qui suit l'accouchement et de faciliter la surveillance du couple mère-nouveau-né.*

Axe d'intervention 2 :

Organisation et renforcement de l'offre de soins en néonatalogie

- Mesure 4 :** Définir les filières de soins en néonatalogie, incluant la définition des normes en ressources humaines et équipements pour chaque niveau de prise en charge néonatale ;
- Mesure 5 :** Réglementer l'organisation des soins périnataux par l'élaboration et la publication d'un décret sur la santé périnatale ;
- Mesure 6 :** Créer pour chaque région une unité individualisée de soins intensifs en néonatalogie et veiller à la disponibilité de l'équipement requis par niveau de prise en charge néonatale ;
- Mesure 7 :** Assurer la garde résidentielle des pédiatres, après leur formation en néonatalogie, au niveau des unités régionales de néonatalogie ;
- Mesure 8 :** Elaborer des procédures standards de transfert et re-transfert néonatal entre les niveaux de soins ;
- Mesure 9 :** Assurer la disponibilité du citrate de caféine au niveau de toutes les unités de néonatalogie et des Immunoglobuline Anti-D, corticoïdes et antibiotiques au niveau de toutes les structures d'accouchement.
- Mesure 10 :** Créer des unités Kangourou pour les nouveaux nés prématurés et de faible poids à la naissance au niveau des hôpitaux où les soins néonataux conventionnels ne sont pas disponibles.

Axe d'intervention 3 :

Renforcement de la surveillance néonatale pendant le post-partum

- Mesure 11 :** Médicaliser l'examen initial de réception (l'examen à la naissance) de tout nouveau-né ainsi que celui avant sa sortie des structures d'accouchement ;
- Mesure 12 :** Instaurer le dépistage néonatal de l'hypothyroïdie ;
- Mesure 13 :** Documenter l'état de santé de tout nouveau-né sur le carnet de santé de l'enfant, à rendre disponible au niveau de toute structure d'accouchement ;
- Mesure 14 :** Organiser, en milieu rural, en coordination avec les relais communautaires, des visites à domicile avant le 8ème jour du post-partum pour le suivi des parturientes (ayant accouché en milieu surveillé ou à domicile) et leurs nouveau-nés.

Axe d'intervention 4 :

Amélioration de la qualité de prise en charge du nouveau-né

- Mesure 15 :** Elaborer des guides de bonnes pratiques cliniques de prise en charge néonatale ;
- Mesure 16 :** Instaurer l'audit clinique autour des cas de mort-naissance en intra-partum et de mortalité néonatale par asphyxie néonatale et prématurité ;
- Mesure 17 :** Instaurer l'obligation d'un stage de maintien des compétences, des professionnels des unités de néonatalogie, de deux semaines tous les 2 ans, dans les services universitaires de réanimation néonatale ;
- Mesure 18 :** Former tous les professionnels de la naissance en secourisme néonatal et dans la prise en charge des parturientes et des nouveaux nés en situation d'accouchement prématuré ;
- Mesure 19 :** Créer l'option d'infirmière puéricultrice au sein des formations polyvalentes des IFCS ;
- Mesure 20 :** Créer des groupes de soutien technique en santé néonatale et élaborer des programmes de supervision formative des unités de néonatalogie.

Axe d'intervention 5 :

Mise en place d'un système d'information adapté et développement de la recherche dans le domaine de santé périnatale

- Mesure 21 :** Adapter le système d'information pour y intégrer les données de monitoring de la santé périnatale ;
- Mesure 22 :** Réaliser des études sur les décès néonataux survenus entre la sortie de la structure d'accouchement et le 7ème jour de vie.

Axe d'intervention 6 :

Mesures d'accompagnement

- Mesure 23 :** Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication autour du plan d'action et en collaboration avec les associations de la société civile et cibler particulièrement les Ministères des Habous et des Affaires Islamiques, Education Nationale, Jeunesse et Sport ;
- Mesure 24 :** Renforcer la mobilisation sociale:
- Identifier et mobiliser les groupes influant au niveau locorégional autour de la santé périnatale
 - Impliquer d'avantage les ONG « spécialisées dans la protection de l'enfance » dans la prise en charge des nouveau-nés abandonnés.