

# SAVE THE MOTHERS PROJECT

Région Sous Massa Draa  
Province de Tiznit

Zouhair LAHNA

## Introduction

La mortalité maternelle au Maroc varie selon deux enquêtes en 1992 et 1997 de 320 à 228 pour 100 000 naissances.

Quand on analyse le système de santé maternelle et on regarde les difficultés d'accès aux soins, on a tendance à retenir le chiffre le plus élevé. Quelques chiffres pour comparer et mesurer l'ampleur du problème : Algérie 90/100000, Tunisie 69/100000, Niger 110/100000 et 15/100000 naissances en Europe.

La mortalité maternelle n'est que la partie visible de l'iceberg, la morbidité est estimée à 10 à 15 fois la mortalité : les déchirures périnéales, les fistules vesico-vaginales, les incontinences urinaires et fécales et les prolapsus. Cette morbidité a des conséquences directes sur les couples et peut aboutir à une exclusion de la femme voir à la répudiation.

## Situation et Acquis de la province

La province de Tiznit est située au sud ouest de la région Souss Massa Draa.

Elle compte 350 000 habitants environ, repartis en 4 communes urbaines et 40 communes rurales.

La population compte une forte proportion féminine, de nombreux hommes ont émigrés dans les grandes villes ou à l'étranger pour travailler. L'analphabétisation est aux alentours de 75%.

La population est à 80% rurale et 88% des accouchements se font à domicile.

### *Evolution de la carte sanitaire de la province*

Il existe 80 unités sanitaires, dont :

- Un hôpital provincial (Un gynécologue pour 2500 accouchements, dont 17% par césarienne, astreinte 5j/7, les urgences obstétricales de week-end sont assurées par le chirurgien de garde)
- Trois hôpitaux Locaux.
- 24 centres de santé dont 15 équipes de modules d'accouchements.
- 37 dispensaires.

Cette évolution s'est effectuée de la façon suivante :

- Les Hôpitaux Locaux sont passés de un à trois
- Les centres de santé de 8 à 24,
- Les maisons d'accouchements de 3 à 15.
  
- Et une diminution du nombre des dispensaires de 63 à 37 à cause de la médicalisation progressive de ces derniers.
- Il existe actuellement 18 médecins généralistes en milieu rural et le nombre de sages femmes et Infirmières accoucheuses sont passé de 2 à 8.

Afin de répondre à l'éparpillement de la population, La politique sanitaire marocaine pour le monde rural est menée de la façon suivante :

- Unités de soins pour la population située entre 0 et 3 km
- Infirmier itinérant 3 et 10 km
- Unités mobiles au-delà de 10 km

De l'avis de tous les intervenants : personnel médical et paramédical, élus locaux, autorités locales, représentants des associations locales et de la population, cette politique a montré ses limites et qu'en dehors des campagnes de vaccinations, elle avait une efficacité très limitée. La maladie et la souffrance n'attendent pas les rares passages de l'infirmier itinérant ou les passages sporadiques des équipes mobiles pour se déclarer.

## **Points Forts de la région et par conséquent de la province**

Un très bon tissu associatif, efficace et qui a montré ses preuves en participant aux désenclavements des villages. Ces associations ont initié et amené les communes et les pouvoirs publics à prendre conscience de la nécessité du désenclavement par la construction de routes. Elles ont œuvré également pour l'électrification des villages et l'implantation des écoles. Les associations de développement et les associations féminines font par ailleurs de grands efforts pour l'alphabétisation des femmes.

### ***La mission***

La mission exploratoire de GSF (Gynécologie Sans Frontières) s'est déroulée du 9 au 15 avril 2001.

Soutien Logistique : Association BANI et les autorités locales.

Partenaire : Association BANI pour le soutien aux établissements sanitaires dans la province de Tiznit

Un premier rapport détaillant l'itinéraire de la mission, a été établi par Isabelle Matheron. Ce rapport est en complément du précédent.

## **Constats et Eléments pouvant expliquer la très mauvaise fréquentation des structures de santé.**

### ***1- Facteurs culturels et civilisationnels***

\* La conviction que la grossesse et l'accouchement ne nécessitent ni surveillance ni assistance, et que la grossesse et l'accouchement sont un état physiologique normal. Ceci n'est pas tout à fait faux puisque 85% des grossesses et des accouchements se passent bien et toute la surveillance médicale prénatale et au cours de la délivrance ne vise que les **10 à 15% de ces grossesses qui peuvent se compliquer et aboutir plus ou moins rapidement à des drames.**

#### **\* L'analphabétisation et l'émancipation des femmes**

L'analphabétisation féminine dans le monde rural atteint un chiffre très important qui frôle les 90%. Beaucoup d'efforts s'effectuent çà et là pour l'alphabétisation, comme les

émissions de télévisions et le travail sur le terrain par les associations locales et les associations féminines.

En parallèle à ces efforts d’alphabétisation, qui demandent par ailleurs beaucoup de patience - les premiers résultats ne peuvent être visibles qu’au bout d’une génération ou deux -, une aide pour **la prise de conscience de l’intérêt des accouchements médicalisés est possible en usant des explications et en utilisant le bon sens et la lucidité de ces femmes**. Pour la réussite de l’entreprise il est, par ailleurs, impératif de convaincre les tuteurs.

**\* Le dictat familial ( Patriarcat et Matriarcat)**

La société du souss est comparable à toute société marocaine traditionnelle, elle possède en plus ses propres spécificités. La société marocaine est régie par un système patriarcal qui prend ses racines de la religion, la culture et la tradition. Les rapports entre les hommes et les femmes ne se sont jamais basés sur une égalité comme on l’entend en occident mais sur un équilibre social où l’homme prend les commandes du foyer et assure subsistance et soutien à toute la famille. Le pouvoir féminin affiché est acquis avec l’âge : plus la femme est âgée, plus elle est écoutée et respectée dans la famille.

Ce petit préambule sur le rapport de la femme dans la société traditionnelle marocaine pour dire que tout projet pensé en dehors des décideurs familiaux est voué à un échec certain.

## *2. La Qualité de l’offre de soins*

Les maisons d’accouchements de proximité se faisaient très rares jusqu’au dernier programme BAJ ou projet de priorités sociales. Ce projet, alimenté par la banque mondiale, a permis la construction de 400 unités de soins maternels, dont une douzaine dans la région de Tiznit. Ces structures, bien équipées par ailleurs, sont très peu utilisées voir non fonctionnelle par manque de personnel : sages femmes et infirmières accoucheuses.

Pour la population, l’inexistence de maisons d’accouchements ou des unités non fonctionnelles ne change rien à leur comportement, plutôt méfiant. Les patients n’ont recours à l’hôpital, qu’en cas de nécessité absolue. Ajouter à cela, les grandes difficultés de transport et de communications.

## *3. Les moyens de transports et de communication*

- Les centres de santé ne sont pas équipés de moyens de communications, même les nouvelles constructions du programme BAJ ne sont pas dotées de téléphone.
- La téléphonie mobile est fonctionnelle sur la côte est dans la région de Tafraout
- Les dix ambulances de la province sont sous utilisées : Considérées comme propriétés de certaines unités de soins, voir de certaines personnes. La participation familiale est variable, parfois très élevée.
- La prise en charge du fonctionnement ( entretien et salaire du chauffeur) de l’ambulance par la commune est une excellente initiative, le carburant est à la charge de la famille. Cependant, il faudrait que le patient soit déjà arrivé à la bonne unité de soins pour qu’il puisse bénéficier de ce transport sanitaire.
- Il ne reste qu’un moyen aléatoire et illégal de transport entre le domicile et les centres de santé, c’est celui que les Marocains appellent “Khattaf” des particuliers qui possèdent des véhicules et les font fonctionner comme des taxis, mais à des prix exorbitants, par

exemple un transport particulier en urgence peut coûter 500dh : Budget de subsistance de la plupart des familles pour deux ou trois semaines.

#### *4. Formation et fonctionnement des Sages Femmes et Infirmières Accoucheuses*

Depuis 1994, la formation de sages femmes a été faite suite à celle des Infirmiers Accoucheuses, trois ans au lieu de deux ans. Le nombre de SF reste très bas par rapport aux besoins. On nous a appris qu'il existe deux promotions de SF au chômage faute de recrutement par la santé publique, et qu'une école de SF aurait fermé ses portes...

La région de Tiznit a recruté six nouvelles SF pour le milieu rural, leur chiffre passe ainsi de 2 à 8 SF pour 15 maisons d'accouchement. L'affectation ne pouvait pas se faire par groupe, mais a suivi la logique de couverture du territoire sanitaire.

Le résultat est sans appel, le taux d'accouchement dans ces nouvelles maisons d'accouchement varie entre zéro et dix par an en moyenne.

On a relevé, par ailleurs, une exception dans une maison d'accouchement qui fonctionne depuis quelques années. C'est **le centre de santé de Tioughza qui se distingue par un nombre d'accouchements en progression constante pour atteindre le chiffre de 250 pour l'an 2000.**

Une petite analyse nous permet de comprendre ce qui se passe dans cet établissement sanitaire :

- Le personnel féminin est composé d'une IA et une IDE qui a été formée par sa collègue pour pratiquer des accouchements
- Fonctionnement avec un système de garde une semaine sur 2.
- Qualité de l'accueil et présence sur les lieux 24 heures sur 24.
- Acceptation de la famille au sein de la structure pour accompagner la parturiente pendant le travail, l'accouchement et les suites de couches.
- Le nombre d'accouchements pourrait être supérieur si les femmes avaient les moyens techniques (véhicules) ou financiers pour se déplacer vers le centre de santé.
- Refus des deux accoucheuses de pratiquer des accouchements à domicile, en expliquant aux femmes leur préférence pour la sécurité dans le centre de santé.
- Accessibilité d'une ambulance pour les évacuations sanitaires en cas de besoin
  
- Point important : La stabilité familiale de ces deux infirmières a été sans doute un élément déterminant pour leur intégration dans la communauté et pour la pérennité du fonctionnement du centre. Les époux de ces deux infirmières ne sont que les deux autres infirmiers de l'équipe.

#### *5. Absence de coordination entre l'hôpital régional, l'hôpital provincial, les hôpitaux locaux et les centres de santé*

- Les SF et IA évoluent sans véritable hiérarchie, ils n'ont aucun rapport avec le gynécologue chef de la province, leur rapport avec le médecin généraliste du centre de santé varie en fonction des connaissances de ce dernier de l'obstétrique.
  - Non-productivité de jeunes SF qui sortent de l'école, par manque d'expérience et de maturité. Elles se retrouvent seules dans un milieu rural pour lequel elles n'ont eu aucune préparation mentale ni professionnelle.
  - Nombre très insuffisant par rapport aux besoins.

- L'éparpillement des affectations.
- Aucune coordination du travail entre les IA et SF du milieu rural et le gynécologue de la province.

*La désaffectation des centres de santé ruraux par la population et le personnel médical est multi factorielle, on ne peut s'attaquer à un problème, en occultant les autres, on ne peut même pas s'attaquer aux problèmes par pallier, il faudrait par conséquent, une mobilisation de tous les intervenants.*

## PROPOSITIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA SANTE MATERNELLE

La clé est dans les recommandations de l'OMS pour une Maternité sans risque. Une adaptation au contexte marocain et pour ce projet à la province de Tiznit, est toutefois nécessaire.

Ces recommandations ont pour objectif l'établissement d'un système de réseau pour la prise en charge des soins maternels.

Les éléments que nous avons réunis lors de notre mission, ont permis de mettre le doigt sur le facteur humain.

En effet, une mobilisation de tout le potentiel communautaire est nécessaire pour la réussite de l'entreprise. Tout le monde est concerné **de la jeune femme, son époux, sa famille (le tuteur ou la tutrice), de la disponibilité et le fonctionnement des moyens de communications et de transports, de la qualité humaine et professionnelle des agents de santé et enfin de la coordination des soins.**

Il faudrait que la volonté politique pour la lutte contre la mortalité soit renforcée par des lois ou des associations qui œuvrent pour le développement.

Sur le plan juridique :

**1.** Proposition d'une loi sur la **déclaration obligatoire de la grossesse**, cette loi qui nous paraît nécessaire, pour inciter la femme enceinte à une consultation prénatale.

Cette consultation au centre de santé, permettra d'**établir un premier contact** avec les lieux de l'accouchement. Ce premier contact permettra à l'équipe soignante de fournir des explications sur la physiologie de l'accouchement et des éventuelles complications, en évitant toute dramatisation afin de ne pas susciter la peur et l'effet inverse.

Objectif : Encourager les femmes à accoucher dans les centres de santé.

La femme enceinte et son entourage seront informées des possibilités de communications et de transports qui leur sont offerts, leur participation sera symbolique (prix du carburant et de la communication).

Création des conditions comparables au domicile, en apportant la chaleur familiale dans les maisons d'accouchements. A cet effet, l'entourage sera invité à accompagner toutes les étapes de la naissance.

**2.** Intervention dans **la formation et le recrutement des SF** : La formation des SF ne peut plus se faire en dehors des spécificités régionales et socioculturelles du Maroc,

Le recrutement et la formation des SF dans les écoles devraient se faire en tenant compte de leurs origines, leurs motivations et leurs capacités d'adaptation. Quelques reformes nous semblent nécessaires.

- **La formation devrait obligatoirement comporter des stages en milieu rural et une prise de décision graduelle.**
- La nécessité d'**encourager financièrement** ces sages femmes rurales par des primes mensuelles, reste à trouver le moyen de cette valorisation.
- La mise en place d'un système de rotation pour éviter le désengagement et la démotivation qui guette ces professionnels de la santé.

### ***Rôle des Assistantes maternelles***

En attendant ces réformes et leur mise en application, **une solution locale, efficace et périssable** est l'inclusion de ce qu' on pourrait appeler des **assistantes maternelles** au système de santé rural.

Pour cela, il faudrait identifier et **former des jeunes femmes des villages à devenir en six mois ou un an des accoucheuses médicalisées** qui exerceront sous la responsabilité des médecins généralistes des centres de santé. Cette formation théorique et pratique sur le terrain avec des IA qui ont de l'expérience, permettra en peu de temps une large couverture de la province. Cette solution de recrutement locale de jeunes femmes, issues des villages avec des liens communautaires forts permettent de franchir les obstacles de langue et des coutumes, de renforcer les liens et de créer la confiance.

Et encore une fois, une grande probabilité de pérennisation de la fonction, puisqu'on aurait évité les inconvénients d'une transplantation de jeunes femmes venues des grandes villes ou d'autres régions. Ces jeunes accoucheuses locales pourront collaborer avec les Accoucheuses Traditionnelles.

### ***Place des Accoucheuses Traditionnelles***

Les contacts que nous avons établis avec les AT et les associations féminines nous ont permis de constater le savoir sommaire de ces dames qui ne font qu'accompagner une naissance qui aurait pu se faire toute seule, elle n'a que très peu de connaissances sur les conduites éventuelles à tenir en cas de problèmes. L'idée de départ d'essayer d'identifier un certain nombre entre elles pour une éventuelle formation s'est heurtée à cette réalité.

D'autres part, on peut estimer que la moitié des accouchements à domicile se font par des parentes d'un certain âge.

**Les AT et la famille devraient être intégrés au réseau de soins maternels pour le dépistage des grossesses à risque et l'orientation vers les centres de santé**, afin d'obtenir leur collaboration et éviter une résistance qui ne peut être que nuisible. Des mécanismes de travail entre les assistantes maternelles et les AT devraient être imaginés pour éviter les ressentiments et les blocages,

### **3. Améliorer l'accueil et le fonctionnement dans les centres de santé**

- **Améliorer les conditions de travail du personnel :**

1. Préférer le regroupement efficace du personnel à un éparpillement qui ne répond pas aux besoins de la population.
2. La concentration du personnel pour établir un système de garde avec présence 24 h sur 24 au centre.
3. Mobiliser le personnel infirmier des dispensaires souvent sous utilisés pour renforcer l'équipe de centre.
4. La contre partie du déplacement de ces infirmiers deux ou trois fois par semaines du dispensaire vers le centre de santé, est la mise a disposition de la communauté, en cas d'urgence, de moyens de communication et de transport.

▪ **Développement du système de téléphonie mobile pour la couverture de tout le territoire et installation de téléphone fixe dans toutes les maisons d'accouchement.**

▪ **Disponibilité de véhicule qui servira désormais à ramener les patientes de leur domicile ou d'un point accessible préalablement identifié vers la maison d'accouchement et de ramener la famille après l'accouchement**, la famille prendra en charge les frais du carburant et une caisse servira pour les urgences et les plus démunis.

▪ Les centres de santé situés dans des régions difficiles d'accès ou qui ont un taux de sorties important du véhicule doivent bénéficier d'un véhicule adapté ou d'un véhicule supplémentaire.

▪ Le major du centre de santé devra veiller à la disponibilité de tous les médicaments d'urgence, afin d'éviter les scénarios tant observés de famille en train de chercher des médicaments et une patiente en grandes difficultés.

## **Hôpital Provincial de Tiznit**

- Renforcer et accompagner le rôle du gynécologue de la maternité de Tiznit.
- Ne plus tolérer sa solitude et trouver les moyens pour rendre attractif une présence médicale en province.
- Octroyer au gynécologue le rôle de coordonnateur et de réfèrent en obstétrique de toutes les SF et IA, et de tous les médecins généralistes de la province.
- Etablir des liens de collaboration entre Tiznit et l'hôpital régional d'Agadir.
- La maternité de référence de Tiznit, devrait être suffisamment dotés en matériel consommable et surtout en médicaments d'urgence.
- Le bloc opératoire a été récemment réaménager et rééquiper dans le cadre du programme BAJ, les problèmes du vide, de l'oxygène et de la climatisation devraient être réglés bientôt pour optimiser son fonctionnement.
- Nécessité d'une banque de sang à jour.
- Nécessité d'un bon fonctionnement de la réanimation maternelle.
- Formation pour la remise à niveau des SF et IA de toute la province et établir avec tous les intervenants d'une check-list pour codifier les indications et les délais des transferts.

## *Conclusion*

Ces moyens à la fois simples et difficiles à mettre en exergue demandent une participation de tout le monde,

Le moyen humain reste le plus important. La prise de conscience de la problématique de la mortalité et la morbidité maternelle a pris son chemin chez les politiques et les professionnels de santé. La population de son côté réclame de plus en plus une offre de soins de qualité et le droit à la santé.

Le réseau de soins maternel pour la province de Tiznit est réclamé par la société civile, il ne pourra voir le jour que par sa mobilisation et ne sera effectif que par le suivi qu'elle va lui apporter.

Ce réseau intervient sur les mentalités, c'est pour cela qu'il demande beaucoup d'efforts d'explication et un accompagnement à tous les niveaux. En cas de réussite de cette « aventure », la province de Tiznit servira d'exemple pour les autres provinces du Souss Massa Draa et peut être pour le reste des provinces du Maroc.