

**INTRODUCTION**



*Essentiellement rurale où près de 80% de la population réside dans des communes rurales, la province de TIZNIT compte parmi les provinces les plus sous-équipées sur le plan sanitaire.*

*Bien que les besoins et attentes en matière de santé publique restent énormes, l'effort des autorités publiques depuis le lancement du programme des priorités sociales est notoire en équipements et en personnel.*

*Les communes rurales de la province totalisent 3 hôpitaux locaux (Lakhssas-Anzi-Taфраout) et près de 24 centres de santé communaux (C.S.C) dont 15 équipés en unités d'accouchement ( C.S.C. A) . Ce réseau sanitaire est complété par 37 dispensaires ruraux, soit en total, 61 établissements sanitaires.*

*Le nombre de médecins dans le milieu rural a augmenté de 18 à 30 médecins entre 1996 et 2000 . Le nombre de sage-femmes a notamment augmenté de 2 à 8 durant la même période, alors que le nombre d'infirmiers a régressé de 192 à 182 .*

*Toutefois, la province de Tiznit souffre d'insuffisances notoires en la matière :*

*Concernant le personnel médical, la moyenne provinciale est d'un médecin pour 12 000 habitants, alors que la moyenne nationale se situe autour d'un médecin pour 6000 hab . Soit, deux fois moins que la moyenne nationale .*

*Même constat pour le nombre d'infirmiers, dont la moyenne nationale est le double de celle de la province de Tiznit ; avec respectivement 1 infirmier / 1000 hab contre seulement 1 infirmier / 2000 hab sur le plan provincial .*

*Concernant la femme rurale, il serait utile de mentionner que la province de TIZNIT compte plus de femmes que d'hommes ; avec 156628 Femmes contre 125293 hommes (recensement 1994). 80 % de cette population réside dans des communes rurales.*

*Compte tenu des indicateurs alarmants concernant le taux de mortalité en phase pré ou post natale (1), notre association a jugé utile de soutenir les efforts en matière d'équipement, de formation et d'information (...), dans le cadre du programme provincial axé sur les soins maternels et infantiles.*

*Seuls 10 centres de santé sur 24 sont équipés en modules d'accouchement. la fréquentation des centres de santé communaux en milieu rural est faible et le personnel spécialisé insuffisant (2).*

*Les indicateurs de santé publique restent faibles avec un taux de mortalité maternelle de 232/100 000, un faible taux de naissances dans les hôpitaux locaux provinciaux (18%).*

*L'éloignement des structures sanitaires rurales caractérise la distribution en province de Tiznit avec près d'un tiers des habitants qui réside à plus de 10 km du centre de santé le plus proche.*

*Dans le domaine éducatif, 67.2 % de la population âgée de plus de 10 ans est analphabète. En effet, l'alphabétisation en milieu rural est très faible (39,4 %), alors qu'en milieu urbain, elle presque deux fois supérieure et atteint 74.4 %. Quant à la situation de la femme rurale, elle est particulièrement défavorable puisque plus de neuf femmes rurales sur dix sont analphabètes contre moins de six citadines sur dix.*

*L'objectif de la première phase des contacts avec certaines ONG oeuvrant dans le même domaine d'intérêt, est de pouvoir diagnostiquer en premier lieu la situation des Centres de Santé Communaux ( C.S.C) de la province afin de proposer un programme d'action adapté. tout en intégrant ultérieurement, l'équipement des unités sanitaires rurales et la formation qu'exigera la mise en œuvre du programme .*

*Notre objectif est de rapprocher les soins de santé maternelle et infantile des 70 000 femmes rurales de la province en âge de procréer .*

(1) Ce taux est de 232 cas de décès pour 100 000 naissances en 1997 sur le plan national , associé à un faible taux des naissances (fréquentation-soins sous contrôle médical) dans les établissements sanitaires ruraux de la province n'excédant guère les 18 %

(2) La Région S.M.D compte parmi les 13 régions les plus démunies sur le plan sanitaire.

Les communes rurales de la province de tiznit comptent en moyenne :

Un médecin	pour	12000 habitants
Un infirmier	pour	2000 habitants
Un lit	pour	9200 habitants
Une ambulance	pour	35000 habitants

*La mortalité maternelle au Maroc*

*La taux de mortalité maternelle au Maroc est de l'ordre de 3,2 à 2,28 ‰ naissances, selon le recensement de 1992 et de 1997. Il s'avère en tenant compte du niveau de couverture du système de la SMI et de la difficulté d'accès aux services sanitaires spécialisés, que les taux supérieurs sont les plus proches de la réalité.*

*En comparaison avec le niveau des services de la PMI des pays voisins : le taux de mortalité maternelle est de 0,90 ‰ en Algérie, de 0,69 ‰ en Tunisie, et de 1,10 ‰ au Niger. Alors qu'il n'est que 0,15 ‰ en Europe occidentale.*

*Ceci démontre l'ampleur des défis et des enjeux qui attendent notre pays dans ce domaine, afin de réduire ce chiffre alarmant.*



Considérant que la construction et l'équipement du centre d'hémodialyse à Tiznit n'est qu'une phase de l'action humanitaire et sociale que nous avons entrepris dans le domaine il y a trois ans, nous avons décidé de soutenir les établissements sanitaires ruraux dans le domaine de la Protection Maternelle et Infantile.

**PARTENARIAT AVEC  
Gynécologie Sans Frontières  
(GSF)**

*Pour une Maternité Sans Risque*

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

(4) **1 femme** décède toutes les **trois heures** au Maroc à cause des conséquences de l'accouchement ; c'est à dire près de **trois milles décès chaque année**.

(\*) SMI : Santé Maternelle et Infantile

## Présentation

Consciente de l'inadéquation des moyens mis en œuvre et des attentes accrues des populations, l'Association BANI, à l'instar d'autres ONG régionales de soutien aux établissements de la santé, tente de mobiliser des moyens humains et financiers pour pallier les insuffisances actuelles sur le plan sanitaire et soutenir l'action publique à l'échelle de la province de Tiznit par :

- La mise en place de programme d'équipement de centres de santé communaux de la province dans la mesure du possible.
- La mise à disposition des communes rurales d'ambulances et équipements de santé maternelle et infantile.
- La contribution à l'amélioration des conditions d'accueil des malades aux établissements de la santé publique par l'acquisition de matériel et d'équipement médical.
- La contribution à l'amélioration de la qualité de la formation.

*Toutefois, certains corollaires apparaissent indispensables. Ainsi en est-il de l'amélioration non seulement de la gestion mais aussi de la qualité des soins de santé de base dans le milieu rural qui est ; en dépit de l'inégale répartition des équipements et ressources humaines, appelé à s'adapter aussi bien aux transitions démographiques et épidémiologiques que techniques et médicales tout en répondant aux attentes accrues d'une population de plus en plus exigeante en matière d'hygiène et de santé.*

Compte tenu des insuffisances en matière d'équipement et d'infrastructures sanitaires dans notre province et essentiellement dans les zones rurales, il nous sera donc essentiel, aussi bien pour la gestion du centre d'hémodialyse que pour le projet de soutien au programme des soins maternelles et infantiles et aux centres de santé communaux (C.S.C), de réaffirmer notre volonté de soutien à la population rurale, que la forte dispersion de l'habitat et l'enclavement des régions montagneuses et périphériques d'une part, associés à la hausse continue des coûts des soins d'autre part, éloignent de plus en plus de l'accès aux soins médicaux.

Notre but est de participer à l'amélioration des unités sanitaires provinciales afin d'assurer à la population provinciale en difficulté un niveau de santé satisfaisant et une qualité optimale des soins de santé de base.

## SAVE THE MOTHERS PROJECT

Province de Tiznit

Quand on analyse le système de santé maternelle (3) et les difficultés d'accès aux soins, on a tendance à retenir le chiffre le plus élevé. Quelques chiffres d'autres pays pour comparer et mesurer l'ampleur du problème et le retard de notre pays en la matière : 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 (4), 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.

*Notre association avait pris contact auparavant avec une ONG française qui oeuvre dans le domaine de la santé : Gynécologie Sans Frontières GSF, pour l'équipement des établissements sanitaires et la formation nécessaire aux ressources humaines ayant en charge la santé maternelle et infantile ( SMI ) et opérant dans le monde rural.*

La coordination et l'évaluation des besoins des centres de santé provinciaux dans le domaine de la SMI (\*), a nécessité la visite de plus de vingt établissements sanitaires dans la province durant la période du 9 au 15 Avril 2001. A l'issue de cette visite de terrain, la délégation médicale française composée de trois médecins spécialisés et l'équipe de notre association qui les accompagnaient lors de cette visite, ont exploré plusieurs pistes de travail qui nous permettront, dans les prochaines étapes, de proposer un programme d'intervention qui comprendra les volets : formation, sensibilisation et équipements. Ce programme concerté avec les intervenants sur place sera l'objet d'un partenariat entre les différents opérateurs du secteur.

Le ministère de la santé fixe les causes de la mortalité maternelle à trois niveaux :

- \* Premier niveau : Prise de décision à la maison
- \* Deuxième niveau : Arrivée et accueil aux services sanitaires
- \* Troisième niveau : Protection sanitaire de la femme enceinte

Au niveau de l'hôpital provincial de Tiznit, un seul gynécologue assure près de 2500 accouchements par an, dont 17% par césarienne, avec astreinte 5 j sur 7. Les urgences obstétricales de week-end sont assurées par le chirurgien de garde.

En milieu rural, il existe actuellement 18 médecins généralistes et le nombre de sages femmes et infirmières accoucheuses sont passés de 2 à 8, mais reste en deçà des besoins.

Afin de répondre à l'éparpillement de la population et à la dispersion de l'habitat, la politique sanitaire pour le monde rural est articulée autour de la couverture médicale mixte (fixe et itinérante) menée de la façon suivante :

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

## DONNEES GENERALES

Lorsque la décision est prise tardivement, la mère et le bébé sont exposés au danger de mort. Aussi, le recours aux méthodes traditionnelles pour accoucher peut réduire pour une grande part l'efficacité de l'intervention à l'arrivée de la femme enceinte aux services sanitaires ; si cette intervention s'impose.

lors des accouchements effectués à la maison, l'accoucheuse considère l'utérus comme « une boîte qu'il faut vider ! ». L'accouchement traditionnel peut entraîner des retombées sanitaires très dangereuses comme la rupture de l'utérus ou l'hémorragie. Ces cas ne permettent pas d'intervenir en lieu hospitalier après accouchement traditionnel sans exposer la vie de la mère et du bébé au danger.

Et, même au moment du diagnostic d'une situation dangereuse exigeant une prise en charge en milieu hospitalier, et alors que la décision de s'adresser aux services sanitaires est prise, la difficulté commence lorsque la femme va être transportée, soit par l'isolement des habitants, soit par le manque des moyens de transport au moment opportun avec un prix acceptable.

La femme peut aussi être exposée à plusieurs dangers lors de son transport par l'absence du contrôle médical immédiat et l'impossibilité de fournir des soins d'urgence pendant le transport vers l'établissement sanitaire spécialisé.

Parfois la femme enceinte peut arriver à l'hôpital au bon moment sans recevoir les soins nécessaires à temps, soit parce que sa situation n'est pas bien diagnostiquée comme étant urgente et nécessitant une intervention rapide, soit à cause du manque de personnel médical qualifié, ou encore par absence d'équipements médicaux nécessaires.

Ainsi, le retard dans la prise de décision, l'éloignement des services sanitaires et la lourdeur du système de prise en charge et d'intervention médicale, sont des raisons qui peuvent engendrer le décès de la femme enceinte ou la perte de son bébé ou lui causer des handicaps définitifs.

Selon les sources du ministère de la santé au Maroc, trois mille femmes décèdent suite aux complications pré ou post-natales, soit en moyenne le décès d'une femme toutes les trois heures.

**L'amélioration de l'efficacité des services sanitaires, au niveau humain et médical, ainsi que la généralisation de la sensibilisation et de l'information appropriée lorsque la femme est enceinte, peuvent contribuer à limiter les décès maternels dans notre pays.**

Aussi faut-il garantir une couverture sanitaire appropriée qui permettra d'effectuer des visites médicales sur tout nouveau-né, notamment en zones rurales qui connaissent un grand manque en infrastructures et en mesures sanitaires d'accompagnement, alors qu'elles abritent près de 85% de la population globale de la province, dans un espace caractérisé par la dispersion de l'habitat et par l'inégale répartition de la population dans le territoire en question.

## Constats et Éléments pouvant expliquer la faible fréquentation des structures de santé.

Le diagnostic à l'issue de la visite exploratoire a permis de définir un plan d'action local articulé autour des éléments suivants :

- 1- Facteurs culturels
- 2- La Qualité de l'offre de soins
- 3- Les moyens de transports et de communication
- 4- Formation des Sages Femmes (SF) et des Infirmières Accoucheuses (IA)
5. Absence de coordination entre l'hôpital régional, l'hôpital provincial, les hôpitaux locaux et les centres de santé



L'équipe de « Gynécologie Sans Frontières » en compagnie du président de l'association Bani, lors d'un entretien avec Monsieur Ahmed EL HLIMI ALAMI (ministre de l'économie sociale, chargé des affaires générales du gouvernement) en présence de Monsieur Le gouverneur de la province de Tiznit à Tafraout le 13 Avril 2001

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

(\*\*) Les mesures suivantes s'imposent

- Développement du système de téléphonie mobile pour la couverture de tout le territoire et l'installation du téléphone fixe dans toutes les unités 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.
- L'infirmier du centre de santé devra veiller à la disponibilité de tous les médicaments d'urgence, afin d'éviter les scénarios tant observés de membres de famille ou proches en train de chercher des médicaments alors que la patiente est en grande difficulté.

La clé est dans les recommandations de l'OMS pour une Maternité sans risque. Une adaptation au contexte rural marocain et pour ce projet destiné en premier lieu 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 et infantiles.

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 en plus que la volonté politique pour la lutte contre la mortalité soit renforcée, tout en intégrant les éléments suivants :

- 1- Proposition d'une loi sur la déclaration obligatoire de la grossesse
2. Intervention dans la formation et le recrutement des SF :
  - 2-1 Rôle des Assistantes maternelles
  - 2-2 **Place des Accoucheuses Traditionnelles (AT)**
3. Amélioration de l'accueil et du fonctionnement des centres de santé
  - **Améliorer les conditions de travail du personnel (\*\*)**
- 4- Au niveau de l'hôpital provincial :
  - **Renforcer et accompagner le rôle du gynécologue de la maternité de Tiznit.**

## Conclusion

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

Les moyens humains restent les plus importants. La prise de conscience de la problématique de la mortalité et de 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 de plus en plus large à la santé.

La mise en place d'un réseau de soins maternels pour la province de Tiznit est portée par un tissu associatif provincial, qui s'élargit au fur et à mesure de l'avancée du projet. Il ne pourra voir le jour que par sa mobilisation et ne sera effectif que par le suivi qu'elle va lui assurer.

Ce réseau intervient tout d'abord au niveau des mentalités et des pratiques. C'est pour cela qu'il demande beaucoup d'efforts d'explication, de sensibilisation et un accompagnement à tous les niveaux.

En cas de réussite de cette démarche partenariale, la province de Tiznit servira de modèle pour les autres provinces de la région Souss Massa - Draa. Et l'expérience pourra être transposée pour d'autres régions du pays.

Les principales conclusions, au terme de cette démarche exploratoire de la délégation de GSF à Tiznit, ont été exposées lors de « l'atelier d'initiation à l'approche partenariale » organisé à Tiznit le 15 Novembre 2001 par le Conseil régional Souss Massa-Draa dans le cadre de la présentation du projet Progress.

Un projet de programme d'action axé sur six centres pilotes a été proposé à l'issue de cette rencontre. Toutefois, cette démarche partenariale est restée depuis, à sa phase préparatoire.

Néanmoins, cette approche exploratoire a donné lieu à une réflexion élargie autour de l'utilité d'une unité médicale mobile capable d'assurer la fonction d'accueil, d'information, de vulgarisation, de sensibilisation et de suivi médical...