

Chapitre 3 CONSTATATION DE LA PERTINENCE DU PROJET

3-1 Effets du Projet

3-1 -1 Effets de l'exécution du Projet

(1) Effets directs

Effets par l'amélioration des services obstétricaux

Dans le cadre du projet, il est prévu d'aménager les installations de maternité et équipements concernés dans les établissements sanitaires à trois niveaux mentionnés ci-après.

Lorsqu'un milieu de services maternels est aménagé d'une manière appropriée, il est certain qu'on peut voir une grande promotion des activités de consultation maternelle et des accouchements au sein des établissements sanitaires au rural. D'autre part, si les femmes villageoises comprennent que la maternité sans risque est davantage assurée par l'accouchement au sein d'une maternité formation sanitaire, on présume qu'elles veulent aller à la consultation prénatale et postnatale même si elles ont la difficulté d'accessibilité et préfèrent l'accouchement dans une maternité que celui à domicile.

• Niveau des centres de santé (DR, CSCA)

La plupart des centres de santé et/ou dispensaires situés dans une commune ayant une population de quelques mille habitants n'ont pas de salle d'accouchement ou n'ont que celle pauvrement équipée de telle façon que les services obstétricaux ne sont pas en fonctionnement. Il est prévu dans le cadre du projet d'aménager les installations de maternité et équipements nécessaires ou de fournir seulement des équipements pour 14 établissements sanitaires. Avec le personnel nécessaire (médecin, infirmière, accoucheuse etc.), il est possible d'assurer la consultation prénatale et postnatale, l'accouchement eutocique surveillé en faveur des femmes villageoises. Il est également possible de diminuer les risques liés à la grossesse et à l'accouchement par le système de référence.

• Niveau des hôpitaux locaux (HL) et CSUA

Les établissements sanitaires situés dans de petites villes régionales ayant une population de quelques dizaines mille habitants sont normalement disposés d'un service obstétrique. Mais il est souvent étroit et/ou non fonctionnel à cause du vieillissement des installations et/ou équipements. Il est prévu de construire les maternités équipées ou de fournir les équipements pour les 9 établissements sanitaires.

Par la réalisation du projet, il est possible d'améliorer les conditions maternelles pour assurer l'accouchement sans risque en faisant la consultation des femmes en âge reproductif qui habitent dans la zone de couverture, l'accouchement eutocique, et en

prenant les mesures appropriées à l'égard des femmes enceintes nécessitant l'hospitalisation ou l'évacuation.

- Niveau des polycliniques (PSP), HGP, HGR

Dans les provinces où les hôpitaux provinciaux couvrant une zone de quelques dizaines mille à quelques centaines mille habitants n'ont pas de salle d'opération obstétricale, l'accouchement dystocique ne peut pas être pris en charge et il faut évacuer les femmes enceintes en question à d'autres hôpitaux plus performants situées à une longue distance. Il est à noter que 200 cas d'évacuation par an ont été enregistrés au Sud et que la distance d'évacuation est d'environ 300 km dans la Province de TaTa.

Dans le cadre du projet, on envisage d'aménager les salles d'opération obstétricale équipées à trois HGP et 1 polyclinique pour qu'ils puissent prendre en charge l'accouchement dystocique. On peut espérer que le système de référence sera amélioré.

Dans le laboratoire de ces formations, la santé des femmes enceintes est vérifiée par l'analyse du sang et par l'analyse biopsique. Mais leur service n'est pas fonctionnel à cause de la panne et/ou vieillissement des équipements d'analyse et à cause du manque de dispositif périphérique.

Pour parer à ces inconvénients, il est prévu d'aménager des équipements d'analyse et dispositifs périphériques dans les 14 laboratoires. Cela contribue à éviter ou à diminuer les complications des femmes enceintes.

Amélioration du système de référence pour les malades urgents

Il manque d'ambulances au rural de telle façon que les femmes enceintes sont obligées de prendre un taxi pour aller à l'hôpital dans le cas urgent.

Dans le cadre du projet, il est prévu de renouveler les ambulances ou d'en fournir nouvellement pour les 13 formations sanitaires constituant les points de base du système de référence dans la province concernée pour qu'on puisse évacuer d'une manière urgente les femmes enceintes. On peut espérer que les risques des mères et nouveau-nés sont diminués.

Par l'exécution du projet, le système de référence à l'égard des accouchements urgents et dystociques est bien renforcé par l'aménagement des ambulances et par l'amélioration des services obstétricaux à différents niveaux des établissements sanitaires.

Activités de sensibilisation et de tournée de consultation

Les femmes villageoises qui ont accès difficile aux centres de santé n'ont pas d'occasion de jouir des services de santé maternelle et de sensibilisation permettant leur donner des connaissances maternelles.

Il est prévu de fournir un véhicule mobile pour une province sud et un autre pour une province nord en choisissant deux sites comme modèle, et ceci en vue de déployer et

renforcer les activités de la tournée de sensibilisation, de consultation maternelle, de dépistage précoce des risques maternels, de vérification de l'état de la santé postnatale des mères et nouveau-nés par le personnel sanitaire (accoucheuse de CSCA concerné) et la personne chargée de la Délégation Provinciale. On présume que cela contribue beaucoup à la promotion de la santé reproductive des femmes villageoises.

(2) Effets indirects

Effets positifs élargis dans toute la province

On peut espérer que les effets positifs seront élargis dans toute la province concernée. Actuellement tous les établissements sanitaires présentent mensuellement un rapport (Rapport d'activités des programmes SMI/PF et curatifs) à la Délégation Provinciale concernée. Par conséquent, on peut examiner les indices maternels avec des données rapportées concernant le nombre de consultation périnatale, le nombre des risques dépistés, le résultat des activités de planification familiale etc.

Après avoir fait des activités renforcées de la tournée pendant un an, il est pertinent d'examiner les effets du projet et d'appliquer cette approche pour les autres sites suivant le résultat de l'examen. Si les activités de la tournée de consultation sont élargies au niveau de CSCA, ensuite au niveau provincial et à celui régional, les indices maternels tels que le taux de consultation maternelle, le taux d'accouchement en milieu surveillé etc. seront améliorés et enfin, à long terme, le taux de mortalité maternelle qui est actuellement très élevé, soit 330 à 600.

Gestion de la santé dans la famille

On dit que si les femmes villageoises prêtent attention à la gestion de la santé périnatale, elles font en principe attention à la santé des membres de la famille, enfants, mari, parents, sœurs et frères. C'est ainsi que les effets sont certainement élargis dans tout village de façon que les soins de santé primaire soient améliorés au rural.

Intégration dans les activités de planification familiale et de programme d'immunisation

Le MS déploie des activités de divers programmes tels que la planification familiale, la santé materno-infantile, le programme national d'immunisation etc. Mais les activités pour la maternité sans risque et la gestion de la santé périnatale vis-à-vis des femmes villageoises ne sont pas développées en comparaison avec d'autres activités. Comme le MS attache de l'importance à "la maternité sans risque", il est préférable que les activités effectuées par le présent projet d'amélioration du service des soins de santé maternelle en milieu rural seront exécutées et développées d'une manière effective et durable en les intégrant dans les autres programmes de planification familiale, du programme de la santé des mères et enfants etc.

Les effets présumés par l'exécution du projet et les améliorations visées sont récapitulés dans le tableau 3-1.

Tableau 3-1 Effets et améliorations par le projet

Situation actuelle, problème	Mesures à prendre (projet)	Effets et améliorations
<p>< Problèmes obstétricaux > Installations de maternité Le taux de mortalité maternelle En milieu rural est plus élevé que celui des pays voisins. Le nombre des CSCA n'est pas suffisant. La plupart des CSCA sont vieilliss et donc sont en fonctionnement d'une manière insatisfaisante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Extension des locaux de service obstétrique dans 17 CSCA et hôpitaux locaux. (Salles d'accouchement, de consultation, de suite de couches, de préparation, de traitement des déchets etc.) • Fourniture des équipements obstétricaux à 18 formations y compris ceux mentionnés ci-dessus. (Table d'accouchement, ventouse, kit de réanimation, couveuse, table de consultation) 	<ul style="list-style-type: none"> • L'accessibilité des femmes en âge reproductif (1.060.000) aux maternités et l'environnement du service obstétrical seront améliorés. • On présume que le nombre des accouchements au sein des maternités faisant l'objet du projet augmente de 4.398 en 1999 à 16.434 en 2009 (soit 3,7 fois) . • Les femmes villageoises fréquentent davantage les formations sanitaires, malgré la difficulté d'accessibilité.
<p>Salle d'opération Dans la province où les hôpitaux provinciaux n'ont pas de salle d'opération obstétricale aménagée, les femmes enceintes à risques doivent être référées (évacuées) à une grande distance, ce qui augmente le nombre des risques des mères et fœtus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Extension de salle d'opération obstétricale pour 3 hôpitaux provinciaux et 1 polyclinique. (salle d'opération, antichambre, vestiaire, salle de préparation, salle de traitement des déchets) • Fourniture des équipements nécessaires (table d'opération, bistouri électrique, tensiomètre automatique, appareil d'anesthésie, autoclave de stérilisation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les hôpitaux provinciaux peuvent faire l'opération césarienne à l'égard des femmes enceintes à risque comme celles qui étaient évacuées à un hôpital situé dans une autre province à une grande distance. (Il y avait 200 cas par an au Sud.) • Le nombre des opérations par an sera augmenté de 153 à 992 en 2009 dans 4 hôpitaux. • Le nombre des femmes enceintes qui vont aux hôpitaux sera augmenté en raison du service permanent du gynécologue.
<p>Laboratoire L'analyse clinique est faite au laboratoire dans les HGP et HGR à l'égard des femmes enceintes donnant des signes de risque. Cependant, leur service n'est suffisamment pas en fonctionnement à cause de l'état vétuste (ou la panne) des appareils analytiques et du manque de dispositifs périphériques etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On aménage des appareils d'analyse et dispositifs périphériques pour 14 hôpitaux (pH-mètre, spectrophotomètre, photomètre à flamme, distillateur, étuve séchoir etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du nombre des analyses dans 14 hôpitaux de 3 régions: <ul style="list-style-type: none"> - Analyse du sang de 210.000 à 320.000 - Analyse biopsique de 130.000 à 190.000
<p>Evacuation urgente Il y a des ambulances qui appartiennent à l'hôpital, à CSU et/ou à la commune. La plupart des habitants utilisent le taxi à cause du manque ou de vieillissement d'ambulances.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fourniture des ambulances aux formations sanitaires situées au noyau dans la zone et renouvellement des ambulances aux hôpitaux (en tout 13 ambulances). 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la santé des mères et enfants par l'aménagement des ambulances aux formations sanitaires situées au noyau dans la zone et aux hôpitaux, permettant l'évacuation appropriée dans les 3 régions (4.160 cas en 2000) .
<p>Activités de sensibilisation et de tournée Le taux d'immunisation et le taux de consultation de planification familiale sont élevés même s'il y a des difficultés d'accessibilité, par contre le taux d'accouchement surveillé et de consultation prénatale n'est pas élevé. Les femmes villageoises n'ont pas de connaissances maternelles suffisantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un véhicule mobile à une province nord et un autre à une province sud en choisissant 2 provinces comme site modèle. • Faire les activités de tournée de consultation maternelle en visitant les femmes villageoises qui habitent dans un rayon de 10 km de CSCA et ceci par le personnel sanitaire de CSCA (accoucheuse) tous les deux mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il est possible de visiter environ 20.000 femmes n'ayant pas d'accès aux formations sanitaires dans la province de TaTa et environ 30.000 femmes dans la province de Boulmane par la tournée de consultation maternelle, de sensibilisation, de dépistage de risque. • Par la tournée de consultation, les femmes qui ont enregistré vont fréquenter la formation sanitaire pour la consultation périodique et l'accouchement etc.

3-1-2 Etude sur la population bénéficiaire

(1) Etude sur la population faisant l'objet de l'étude

Au Maroc, la population estimée est calculée à la base des données démographiques du recensement en 1994. La population totale marocaine ainsi estimée en 1999 est de 28.240.000 habitants. Le taux de la population urbaine est de 54,5%. La population de 3 Régions faisant l'objet du projet est au total de 3.890.000 habitants dont la population de la Région de Guelmane (excepté celle de la Province d'Essmara) est de 370.000, celle de Meknes est de 2.040.000, celle de Fes est de 1.480.000. Quant à la population de la province, celle de la Province d'Assa-Zag de la Région de Guelmim au Sud est de 25.000 (la plus petite dans la zone du projet), celle de la Province d'Errachidia est de 555.000 (la plus grande dans la zone du projet). Les provinces dont le taux de population urbaine est grand sont d'abord Tan-tan au Sud, dû à la concentration démographique aux oasis, soit 95%, et ensuite 3 provinces (Errachidia, Boulemane et Did-Dar Dbibagh) au Nord, soit plus de 90%, comprenant les habitants périphériques des villes de Meknes et de Fes.

Le taux des femmes en âge reproductif est de 59 % dans l'ensemble du pays. Par contre celui de TaTa au Sud et de Boulemane au Nord est très bas, soit respectivement 27.9 % et 26.9 %, ceci se traduit par le fait qu'il y a des régions montagneuses parsemées de petits douars.

Tableau 3-2 Population estimée des Provinces faisant l'objet du projet (en 1999)

	Population (habitants)	P. urbaine		Femmes an âge reproductif		
		(h)	Taux urbain (%)	(h)	T. par rapport au total (%)	Taux urbain (%)
Région de Guelmim	368,000	214,000	58.2	93,093	25.3	57.0
Province d'Assa-Zag	25,000	14,000	56.0	5,521	22.1	48.6
P. de Guelmim	156,000	102,000	65.4	39,997	25.6	67.1
P. de Tan-tan	62,000	59,000	95.2	15,185	24.5	95.6
P. de Tata	125,000	39,000	31.2	32,388	25.9	27.9
R. de Meknes	2,038,000	1,092,000	53.6	553,181	27.1	57.5
P. d'Errachidia	555,000	310,000	92.3	139,203	25.1	32.9
P. d'Ifrane	137,000	75,000	38.1	37,061	27.1	51.8
P. Khenifra	501,000	175,000	31.5	131,327	26.2	54.3
P. El Menzeh	312,000	66,000	48.2	87,277	28.0	71.1
P. El Hajeb	197,000	252,000	50.3	52,592	26.7	39.5
P. Al Ismalia	336,000	214,000	68.6	105,721	31.5	93.4
R. de Fes-Boulemane	1,483,000	1,072,000	72.3	413,477	27.9	75.3
P. de Boulemane	171,000	303,000	95.0	42,962	25.1	26.9
P. de Did-Dar Dbibagh	319,000	284,000	95.3	98,889	31.0	95.6
P. de Fes-Media	298,000	116,000	46.6	86,735	29.1	96.0
P. de Sefrou	249,000	328,000	73.5	69,041	27.7	49.6
P. de Z-M Yaacoub	446,000	41,000	24.0	115,851	26.0	75.7
<P. bénéficiaire >						
P. bénéficiaire direct	-	-	-	1,059,751	27.2	64.4
P. bénéficiaire indirect	3,889,000	2,378,000	61.1	-	-	-
Total	28,241,000	15,401,000	54.5	7,643,545	27.1	59.2

Source) Annuaire de la santé du Maroc en 2000

(2) Etude sur les valeurs cibles du projet

Dans le cadre du Plan National de Développement de la Santé, le Gouvernement du Maroc vise à augmenter le taux d'accouchements surveillés en milieu rural de 22 % (en 1997) à 30 % (en 2004) ainsi que de 55.5 % (en milieu urbain en 1997) à 80 % (en 2004). Comme la figure 3-1 l'indique, le rapport d'augmentation légère du taux d'accouchements surveillés en milieu urbain a tendance à diminuer légèrement. Par contre celui du taux d'accouchements surveillés au rural n'est pas stable (scénario A). Cependant nous pensons qu'il a plutôt tendance à augmenter légèrement (scénario B). Par conséquent, on peut présumer que le taux d'accouchements surveillés au rural augmente de 28.8 % (en 2003) à 47 % (en 2009) suivant la courbe d'augmentation légère depuis 2003.

Le taux de la population urbaine des Régions faisant l'objet du projet est de 61 % (en 2000). Nous avons posé le taux d'accouchements surveillés en 2009 (5 ans après l'accomplissement du projet) à 66.6 % (valeur moyenne entre celui en milieu urbain et celui au rural). D'autre part, comme il n'y a pas de service d'accouchement surveillé dans les activités de la tournée, nous avons considéré que le taux d'accouchements surveillés est le même que celui d'accouchements au sein de la maternité.

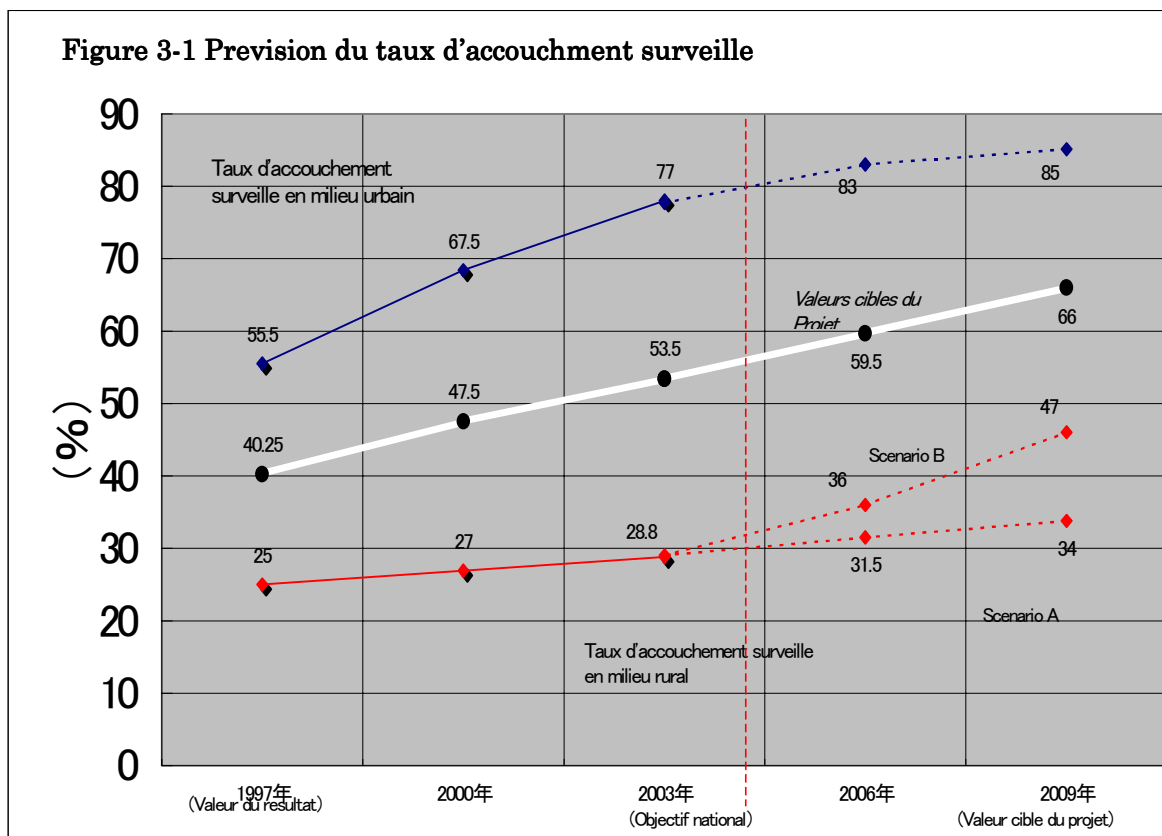


Tableau 3-3 Valeurs cibles du taux d'accouchement surveillé (%)

	1997 (Résultat)	2000	2003 (Objectif du Plan Dévelop.)	2006	2009 (Objectifs du Projet)
Urbain	*55.5	67.5	*77	83	85
Rural (Scénario A)	*25	27	*28.8	31.5	34
Rural (Scénario B)				36	47
Valeur cible du Projet (en moyenne)	40.25	47.5	53.5	59.5	66

Source) *Les valeurs du résultat (1997) et objectifs du Plan de développement sont des données du “Plan National de Développement de la Santé”(1997-2003)”.

(3) Prévision du nombre d'accouchements

Dans le cadre du projet, il est prévu d'aménager les installations obstétricales et équipements nécessaires pour 18 établissements sanitaires et d'aménager seulement les équipements pour 17 établissements sanitaires. Pour le premier cas, on présume que par rapport à la population ajustée et faisant l'objet du projet (370.000) le nombre de grossesses (naissances brutes) en 2009 sera de 11.146 dont le nombre d'accouchements au sein de la maternité sera de 7.430 (66 %). Et pour le dernier cas, on présume que par rapport à la population faisant l'objet de 450.000 le nombre d'accouchements au sein de la maternité sera de 9.004 en 2009. Le total des accouchements au sein de la maternité en 2009 est de 16.434 qui est 3,7 fois plus grand que celui enregistré en 1999.

Tableau 3-4 Prévision des grossesse et accouchements aux CSCA et HL

	Population		Estimation des grossesses	Accouchements au sein de la maternité	
	Population faisant l'objet	Population ajustée		Nombre enregistré en 1999	Prévision en 2009
A : 18 formations faisant l'objet de l'aménagement des installations et équipements	404,336	371,522	11,146	3,022	7,430
B : 6 formations faisant l'objet de l'aménagement des équipements seuls	452,221	450,183	13,505	1,376	9,004
			Total	4,398	16,434

(4) Etude sur le nombre d'opérations

Par l'aménagement des locaux obstétricaux pour 4 HGP, on présume que par rapport à la population ajustée (600.000) le nombre d'accouchements au sein de la maternité sera de 11.980 dont 10 % serait de nombre d'opérations césariennes, soit 1.198. (Le taux d'opérations est de 15 à 20 % au Japon). Ce chiffre est 7,8 plus grand que celui enregistré en 1999 (153 cas). Parmi ces 4 hôpitaux, deux hôpitaux n'ont pas encore résultat, il est nécessaire de désigner un gynécologue pour chaque hôpital et les placer en permanence avant l'exécution du projet.

Pour les autres hôpitaux qui ont un résultat des opérations, soit de 1.708, il est prévu d'aménager les équipements. On présume que le nombre d'opérations augmentera à 8.491

qui est de 10 % de 84.912 (nombre d'accouchements au sein de la maternité).

C'est ainsi que le système de prise en charge des accouchements dystociques est aménagé et peut prendre en charge 9,689 cas (5.2% des accouchements au sein de la maternité).

Tableau 3-5 Nombre des opérations par formation sanitaire

	Population		Accouchements au sein de la maternité		Opérations	
	P. faisant l'objet	Population ajustée	Résultat en 1999	Prévision	Résultat en 1999	Prévision
A : 4 formations faisant l'objet de l'aménagement des salles d'opérations et équipements	599,000	599,000	4,918	11,980	153	1,198
B : 8 formations faisant l'objet de l'aménagement d'équipements concernés seuls	5,691,000	4,245,5760	23,322	84,912	1,708	8,491
					Total	9,689

(5) Etude sur le nombre des analyses

Dans les laboratoires de 6 hôpitaux qui font actuellement les analyses cliniques , on fait annuellement l'analyse du sang d'environ 200.000 de spécimens, l'analyse biopsique d'environ 120.000 spécimens. On présume une augmentation de 15 % par an. Egalement on peut présumer le même pourcentage d'augmentation dans les laboratoires de 8 hôpitaux où les activités analytiques sont faibles. Par conséquent, on présume qu'on fera au total 320.000 d'analyses du sang et 190.000 d'analyses biopsiques.

Tableau 3-6 Résultat et prévision des analyses cliniques

	Population faisant l'objet	Résultat		Analyses par rapport à la Population (%)		Prévision	
		Analyse du sang	Analyse biopsique	Analyse du sang	Analyse biopsique	Analyse du sang	Analyse biopsique
A : 6 formations ayant un résultat assez important	5,413,000	208,185	123,710	3.85	2.29	239,413	142,267
B : 8 formations ayant un résultat peu important	3,885,000	2,548	1,937	2.85	1.70	80,273	47,747
	Total	210,733	125,647			319,686	190,014

3-1-3 Etude des indicateurs

(1) Constatation des données sanitaires existantes

La statistique des données sanitaires est faite systématiquement au Maroc. Les données sanitaires de chaque formation sanitaire (CSC et/ou CSU) sont présentées par le rapport mensuel des activités au SIAAP où elles sont traitées par le système informatique et transmises au système informatique principal du SEIS (service statistique du MS).

Ces données sont d'abord collectées au niveau des centres de santé et comprennent aussi celles collectées par l'équipe mobile. Elles sont normalement traitées comme valeur par

commune. Les données obstétricales des SEGMA (hôpitaux gérés de manière autonome) sont également traitées au SEIS.

Le tableau suivant montre une partie de ces données. On peut poser comme indicateurs sanitaires quelques taux par rapport à la population des femmes en âge reproductif ou aux autres items marqués par ●. Dans l'évaluation, il est nécessaire de faire attention à ce que la population par commune est celle estimée et sera ajustée lors du prochain recensement en 2004.

Tableau 3-7 Données sanitaires utilisables comme indicateurs

	Items utilisables comme indicateurs	Nombre standard (2000)			Objectifs à atteindre en 2009
		R.Fes	Meknes	Guelmim	
Données des CSCA et SIAAP					
Consultation prénatale et postnatale	Nouvelle inscription	16,641	26,107	6,286	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de chaque nombre • Amélioration par rapport au nombre des femmes en âge reproductif dans la zone de consultation
	1ère consultation	9,568	13,543	29,19	
	Autres consultations	22,963	31,977	5,759	
	Grossesses à risque	3,663	3,392	589	
	Nombre d'évacuations	1,426	1,387	321	
	Consultant postnatal	26,637	30,554	7,077	
Concernant l'accouchement (mères)	Accouchements	17,142	20,580	4,465	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentat.de nombres • Amélioration par rapport au nombre d'accouchemt. • Amélioration par rapport au nombre des femmes en âge reproductif dans la zone de consultation • Accouchements au sein de maternité à 66 %
	< Dystocique >				
	Opération césarienne	913	981	2	
	Nombre d'observations	5,911	5,540	216	
	Nombre de traitements	5,180	1,890	133	
	Nombre d'évacuations	808	3,637	83	
Concernant l'accouchement (nouveau-nés)	Naissances	17,272	20,461	4,367	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentat.de nombres • Amélioration par rapport au nombre d'accouchemt. • Amélioration par rapport au nombre de naissances • Amélioration par rapport au nombre des femmes en âge reproductif dans la zone de consultation
	< Dystocique >				
	Né-mort	554	669	108	
	N-né à poids faible	859	720	132	
	Nombre d'observation	1,501	904	18	
	Nombre de traitements	1,306	740	8	
	Nombre d'évacuation	205	176	6	
	Décès (dans 24 heures)	136	48	27	
Données des SEGMA (HGP, HGR)					
Concernant l'accouchement (mères)	Accouchements	6,872	11,299	3,386	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentat.de nombres • Amélioration par rapport au nombre d'accouchemt • Amélioration par rapport au nombre des femmes en âge reproductif dans la zone de consultation • Taux d'opérations : 10 %
	A. eutociques	4,857	8,109	2,799	
	A. compliqués	1,299	2,421	462	
	Opération césarienne	716	769	125	
	Nombre d'évacuation	108	367	164	
	Nombre des décès	14	14	1	
	Né-mort	297	520	76	
Concernant les analyses cliniques	Analyse du sang	78,592	79,884	7,186	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentat.de nombres • Amélioration par rapport au total des analyses
	Analyse biopsique	32,076	59,859	7,119	
	Total	121,494	169,299	17,330	

Source) SEIS du MS en 2000

(2) Etude sur les indicateurs pour évaluation

Nous avons étudié sur les indicateurs utiles pour l'évaluation à la base des objectifs de service obstétrique du Plan National de Développement de la Santé 2000 à 2004 du Maroc et en tenant compte des données écrites dans le tableau 3-7.

Taux de consultation prénatale

Il est possible de poser l'objectif concernant le taux de consultation prénatale à l'horizon 2009 à partir du taux d'accroissement des objectifs du Plan de Développement, à savoir le taux de consultation prénatale en milieu urbain à 63 %, celui en milieu rural à 40 %, le taux de consultation postnatale en milieu urbain à 93 % et celui en milieu rural à 80 %.

Le résultat concernant la consultation prénatale est indiqué par de plusieurs items, à savoir le nombre de consultants nouvellement inscrits, celui de la 1ère consultation prénatale, celui d'autres consultations comme le tableau 3-7 les indique.

Tableau 3-8 Taux de consultation prénatale

		Valeur de base (2000)	Objectif du P.D (2004)	Objectif du projet (2009)
Taux de consultation prénatale	Urbain	57	60	63
	Rural	23	36	40
Taux de consultation postnatale	Urbain	86	90	93
	Rural	40	65	75

Taux d'accouchements au sein de la maternité

Nous avons posé l'objectif concernant le taux d'accouchements au sein de la maternité à l'horizon 2009 à partir du taux d'accroissement des objectifs du Plan de Développement, à savoir le taux d'accouchements au sein de la maternité en milieu urbain à 85 %, celui en milieu rural à 35 %. Comme le tableau 3-7 l'indique, le nombre d'accouchements au sein de la maternité en milieu urbain est de 42.187 au niveau de CSC et de 15.765 au niveau des hôpitaux dans l'ensemble des 3 Régions faisant l'objet du projet en 2000.

On peut présumer que le nombre d'accouchements au sein de la maternité dans 18 établissements sanitaires faisant l'objet de l'aménagement des installations et équipements dans le cadre du projet sera augmenté de 3.022 à 7.340.

**Tableau 3-9 Taux d'accouchements au sein de la maternité
(taux d'accouchement surveillé)**

		Valeur de base (en 2000)	Objectifs du P.D.(en 2004)	Objectifs du projet
Taux d'accouchement au sein de maternité(surveillé)	Urbain	67.5	80	85
	Rural	27	30	35

Nombre d'évacuation des femmes enceintes

On peut présumer que le nombre d'évacuation des femmes enceintes augmente de 30 % lors de la consultation prénatale et de 15 % à l'accouchement

Tableau 3-10 Nombre d'évacuation des malades (en milieu rural)

		Actuel (en 2000)	Objectif du projet (en 2009)
Nombre d'évacuation (en milieu rural)	Lors de consultation	3,134	Augmentation de 30%
	A l'accouchement	4,528	Augmentation de 15%

Nombre des consultations par la tournée

L'accroissement du nombre des consultations par le véhicule mobile est déterminé par la comparaison du résultat du nombre des consultations avec celui de l'année de commencement de la tournée.

La population totale du milieu rural de la Province de Tata est d'environ 90.000 en 2000. Celle de la Province de Boulemane est d'environ 145.000.

Si l'on estime la population en 2009 en supposant que le taux d'accroissement démographique est de 0,03, on obtient le nombre des femmes en enceinte suivant :

Province de Tata : environ 130.000

Province de Boulemane : environ 200.000

Si l'on suppose que le taux de naissance brute pour mille est de 30, on obtient la population des femmes en enceinte suivante :

Province de Tata : $130.000 \times 30/1000 = 3.900$

Province de Boulemane : $200.000 \times 30/1000 = 6.000$

Et si l'on suppose qu'il y aura le nombre des consultations qui est deux fois plus grand que le nombre des femmes en enceinte, on obtient le nombre des consultations des deux Provinces comme suit :

$3.900 + 6.000 = 9.900$ (femmes en enceinte) $\times 1/3$ (taux d'accouchements à domicile en 2000) $\times 2 = 6.600$

Tableau 3-11 Nombre des consultations par la tournée

	Année de 2000	Année de commencement de la tournée	Objectif du projet (2009)
Nombre des consultations par la tournée	3.800	Résultat	6.600

3-2 Problèmes et recommandations

(1) Problèmes auxquels la partie marocaine doit s'attaquer

Les centres de santé locaux (CSC, DR) sont les formations sanitaires en liaison étroite avec la vie des habitants. Cependant ils ne sont pas en bon fonctionnement dans le domaine du service des soins de santé maternelle. Bien que le taux d'immunisation soit très élevé à 82 % même en milieu rural, le taux de consultation prénatale au rural est d'environ 30 % et le taux d'accouchements surveillés n'est que de 25 %. Il y a des raisons avec lesquelles les femmes villageoises n'utilisent pas bien les centres de santé, à savoir le problème d'accès, le manque de centre de santé, le petit nombre des infirmières (ou accoucheuses) par rapport au nombre des infirmiers, peu de contact des accoucheuses avec les femmes villageoises etc.

Il est nécessaire de renforcer les activités de sensibilisation par la tournée pour contacter les femmes villageoises qui ne vont pas volontairement aux établissements sanitaires ou n'ont pas accès

<Continuation des activités de sensibilisation et de la tournée>

Contact avec toutes les femmes par le personnel sanitaire

Pour améliorer les soins de santé maternelle au profit des femmes villageoises, il est indispensable d'aménager l'environnement où les femmes villageoises peuvent se consulter franchement en milieu rural comme les femmes habitant en urbain le font auprès des formations sanitaires. Pour ce faire, le personnel sanitaire de CSCA doit saisir les circonstances concernant la santé des femmes villageoises habitant dans la zone de la couverture. Et les femmes villageoises doivent également connaître les fonctions et rôles des CSCA.

Activités de l'éducation sanitaire et d'IEC au profit des femmes villageoises

Le personnel sanitaire explique aux femmes villageoises les connaissances sur la grossesse et l'accouchement, et l'importance de la gestion de santé par les activités de sensibilisation et d'IEC par la tournée dans toute la zone de couverture concernée. Il doit également faire l'enregistrement de consultation et le dépistage des femmes enceintes et les inciter à aller à la consultation auprès d'une maternité d'une manière continue, donc trois fois de consultations périnatales.

Dépistage précoce des risques liés à la grossesse

Lorsque le personnel sanitaire trouve un signe de risque liée à la grossesse par la tournée de consultation, il incite la femme en question à aller passer un examen auprès d'un hôpital. Il est nécessaire de faire aller périodiquement au CSCA pour faire la consultation et/ou attendre la prochaine visite de tournée.

En cas de l'accouchement à risque, il est nécessaire de référer au temps opportun à une maternité hospitalière et faire comprendre qu'il est désirable d'accoucher en milieu

surveillé ou au sein d'une maternité même en cas de l'accouchement eutocique.

Gestion de la santé postnatale et planification familiale

Il faut suivre la santé postnatale des mères et enfants, et vérifier le rétablissement de la vigueur physique des femmes. Il est également nécessaire de recommander aux femmes en âge reproductif l'espacement des naissances par la planification familiale pour minimiser l'influence néfaste de l'accouchement sur le corps de la mère.

Il est important que le personnel sanitaire des CSCA continue les activités de tournée de consultation et de sensibilisation en collaboration avec la Délégation Provinciale concernée de telle façon que les femmes villageoises ayant accès difficile aient correctement les connaissances de la grossesse et de l'accouchement et que les risques liés à la grossesse et à l'accouchement diminuent sensiblement.

(2) Etude sur la coopération technique

Il est prévu de fournir les services de conseils (soft component) dans le cadre de la coopération financière non-remboursable. Pour effectuer ces services de conseils d'une manière fructueuse, il est souhaitable d'avoir des conseils techniques par quelque expert. Concernant le service de conseils pour les activités de tournée, il est possible d'expédier un expert japonais juste au commencement de ce service ou à un moment donné après l'établissement du planning de la tournée et aussi tôt que possible.

Concernant un autre service de conseils pour la gestion de la maintenance des équipements, il est nécessaire donner non seulement des instructions et conseils par le spécialiste d'équipement sur l'utilisation des équipements, mais aussi des conseils par un professionnel sanitaire. En effet il est souhaitable d'envisager l'envoi d'un expert et d'un volontaire au niveau des formations sanitaires faisant l'objet du projet.

Il est recommandé de faire un stage au Maroc au profit du personnel sanitaire afin de transmettre plus largement des connaissances et techniques des experts japonais ainsi que des personnes compétentes marocaines.

Egalement il est recommandé de formuler un stage au Japon (stage spécifique par pays qui est une des formes de coopération japonaise) sur la gestion hospitalière et l'approche (et/ou la méthode) du service des soins de santé en milieu rural à l'égard des responsables des Délégations Provinciale, SIAAP, hôpitaux provinciaux etc., et ceci pour compléter une coopération technique faite au Maroc. D'autre part, il est désirable de faire d'autres stages sur les soins de santé des femmes villageoises et l'exploitation correcte des équipements par un (des) formateur(s) japonais au profit du personnel sanitaire des CSCA faisant l'objet du projet.

Dans le domaine du service des soins de santé en milieu rural au Maroc, les différents bailleurs de fonds ont apporté beaucoup de coopérations depuis longtemps. Par contre le

Gouvernement du Japon n'a presque pas d'expérience de la coopération jusqu'ici dans ce domaine, excepté une expérience de l'aide faite dans le cadre de la coopération multilatérale avec le FNUAP. Or, il est donc utile de formuler d'autres projets de la coopération technique que le présent projet pour renforcer et supporter ce dernier à travers des études et délibérations avec le cadre du M.S. ainsi qu'avec les responsables délégués au niveau des régions et en tenant compte du système de l'exécution du projet du côté marocain et de la situation actuelle sanitaire, ceci comme on a fait depuis le début du présent projet les enquêtes par le personnel du bureau de JICA sur la pertinence du projet, la cohérence avec les projets faite et à faire par d'autres donateurs etc.

(3) Collaboration avec d'autres donateurs

Le présent projet vise à améliorer le service des soins de santé maternelle principalement par l'aménagement des installations et équipements. Cependant comme il est difficile de promouvoir le changement des consciences et comportements des villageois et de motiver le personnel sanitaire dans un sens du développement de la maternité sans risque seulement par l'aménagement des installations et équipements dans le cadre du présent projet, il y a lieu de formuler certaine coopération technique du Japon et de collaborer avec d'autres donateurs tels que le FNUAP qui a apporté beaucoup d'aides depuis longtemps pour la formation personnelle.

Surtout dans le domaine de la santé, la Banque Mondiale, le FNUAP, l'USAID, l'UE, l'UNICEF, la BOAD etc. ont beaucoup d'expériences de coopération pour la construction des installations, la fourniture des équipements et la coopération technique. Il nous faut réaliser un projet en tenant compte des leçons des expériences de leurs collaborations et en prêtant attention à ne pas produire des inconvénients et/ou contradictions par rapport aux approches et contenus de leurs aides.