

Pour les femmes rurales, donner la vie est une mission à haut risque

Dans les campagnes et les montagnes marocaines, la naissance est trop souvent indissociable de la mort : chaque année, plusieurs milliers de femmes meurent en couches, restent handicapées à vie après l'accouchement ou perdent leur bébé.

Cette situation s'explique en grande partie par la faible proportion de femmes ayant accès aux soins de santé essentiels avant, pendant et après l'accouchement. Elles en sont empêchées par de multiples raisons

d'ordre géographique ou socio-culturel. Leurs maisons se trouvent à plus de dix kilomètres du centre de santé et elles n'ont pas le temps de s'y rendre lorsque le travail commence ; les routes sont inexistantes ou impraticables l'hiver et les moyens de transport rares et chers ; les maris sont absents ou s'opposent à une hospitalisation, qui créerait un contact intime avec d'autres hommes ; leurs familles sont trop pauvres pour payer l'ambulance et les médicaments. Pour beaucoup, elles ignorent tout simplement les dangers de l'accouchement à domicile et ont une perception négative des services de santé.



© UNICEF/MOR03 / Tahar Jmyae.

De nombreuses jeunes femmes sont trop pauvres ou trop isolées pour aller accoucher à la maternité.

Faits en chiffres LES MÈRES EN DANGER

- Le Maroc est la lanterne rouge de l'Afrique du Nord (hors Mauritanie) en matière de mortalité maternelle. Aujourd'hui encore, 227 femmes sur 100 000 naissances vivantes meurent pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum (période qui va jusqu'au 42ème jour après la naissance). En milieu rural, ce taux atteint 267 pour 100 000 (contre 187 en milieu urbain).
- Les principales causes de mortalité sont les mauvaises présentations fœtales et les ruptures utérines (15 à 28 %), les hémorragies (18 à 26 %), les infections (17 à 22 %) ou l'hypertension (13 à 25 %).
- Les soins prénatals, qui se résument souvent à une seule visite médicale au cours de la grossesse (au lieu des quatre recommandées) ne concernent que 48 % des femmes rurales, contre 89 % des citadines
- Lorsqu'elles accouchent, seules 38 % des femmes rurales sont assistées par un personnel formé, contre 83% en milieu urbain.

Source : Ministère de la Santé.

Par exemple, dans la province d'Al-Haouz en 2003, 42 % des femmes en moyenne bénéficiaient de soins prénatals et seulement 22 % accouchaient en milieu surveillé, généralement au centre de santé le moins éloigné. Dans certains villages de cette province proche de Marrakech - comme Setti Fadma, Oukaimden, Iguerferouane ou Tamazozte - la quasi-totalité des femmes accouchent chez elles, avec une parente ou une kabla (accoucheuse

traditionnelle) pour unique assistance. Il apparaît également que dans de nombreux douars, les femmes n'ont que des connaissances rudimentaires en matière de petite enfance. Beaucoup se contentent de reproduire les gestes de leurs parents, appliquant des remèdes traditionnels parfois dangereux en cas de maladie au lieu de consulter un médecin. L'expertise de ces femmes est inversement proportionnelle à leur niveau d'instruction et à la distance qui les sépare de la ville.



En milieu rural, un enfant de un à deux ans sur six n'a pas achevé sa vaccination.

Faits en chiffres NOS ENFANTS MÉRITENT MIEUX

- La mortalité néonatale (enfants de moins de 28 jours), étroitement liée à l'état de santé de la mère, est dramatiquement élevée : 33 ‰ en milieu rural (contre 27 ‰ en moyenne et 24‰ en milieu urbain).
- La mortalité infantile (enfants de moins d'un an) atteint 55 ‰ en milieu rural (contre 33‰ en milieu urbain).
- 16% des enfants ruraux de 12 à 23 mois n'ont pas achevé leur vaccination.
- 11,1% des enfants ruraux souffrent de malnutrition aiguë.
- Un enfant de moins de cinq ans sur trois est anémié et 41 % de 6 mois à six ans présentent une carence en vitamine A.

Source : Ministère de la Santé.

A partir des années 1990, l'Etat a affiché sa volonté de rattraper son retard en matière de santé maternelle et infantile. En septembre 2000, il a souscrit aux objectifs du Millénaire pour le développement des Nations unies, s'engageant à réduire la mortalité maternelle des trois quarts et la mortalité infantile des deux tiers entre 1990 et 2015.

En 2005, Sa Majesté le Roi Mohammed VI a clairement réaffirmé cette priorité en lançant l'Initiative nationale pour le développement humain (INDH). Dans le domaine de la santé de base, trois objectifs sont fixés pour les populations rurales défavorisées : l'augmentation du taux de recrutement aux consultations pré- et post-natales, du nombre d'accouchement en milieu surveillé et du pourcentage d'enfants de moins d'un an ayant achevé leur vaccination.

Une solution qui a fait ses preuves : les maisons d'attente

Dans tous les pays du monde, les femmes et leur famille ont connu les drames de l'accouchement à domicile. Mais ces catastrophes ne

sont pas inéluctables. Grâce à la généralisation de l'accès aux soins et de l'accouchement en milieu hospitalier au cours du XXe siècle, les pays occidentaux ont ramené leur taux de mortalité maternelle sous la barre des 20 pour cent mille. Quant à certains pays en développement, ils ont enregistré des progrès spectaculaires dans les dernières décennies, en investissant massivement dans la décentralisation des infrastructures de santé et la formation de personnel qualifié ou en trouvant des solutions alternatives lorsque les moyens faisaient défaut. La création de maisons d'attente dans les zones rurales enclavées en fait partie. Elle a fait ses preuves dans plusieurs pays comme Cuba, le Nigeria ou le Nicaragua.



Certaines villageoises doivent parcourir des kilomètres à pied ou à dos d'âne avant de rejoindre une voie carrossable.

Faits en chiffres DES MILLIONS DE FEMMES PAUVRES ET ISOLÉES

- Au Maroc, 22 % des localités sont inaccessibles par véhicules et 35% souffrent d'un enclavement saisonnier.
- 25 % de la population rurale vit à plus de dix kilomètres d'un service de santé de base.
- Le taux de pauvreté est supérieur à 30 % dans près du quart des communes rurales (348 au total).

Sources : Ministère de la Santé, Haut Commissariat au Plan.

Ces établissements sont des structures d'accueil où les femmes sont mises en observation avant et après la naissance. Au moment de l'accouchement, elles sont transférées à la maternité voisine, où elles mettent leur enfant au monde avec l'aide d'un médecin ou d'une sage-femme. En cas de complications, elles sont évacuées vers la maternité de l'hôpital le plus proche. Les maisons d'attente sont également des lieux d'apprentissage pour les jeunes mamans : on y dispense une éducation parentale, afin de guider les futurs parents en matière de soins de santé, nutrition et développement psychomoteur du jeune enfant. Cette solution est particulièrement adaptée au contexte marocain car elle permet

de réduire le délai d'accès aux services d'obstétrique dans les zones enclavées. De plus, malgré les efforts consentis pour créer et équiper de nouveaux hôpitaux, le Maroc rural reste extrêmement pauvre en sages-femmes et en maternités offrant un équipement et des conditions de séjour acceptables. Quand elles existent, les maternités ont trop peu de lits et de personnel pour accueillir les jeunes mamans le temps nécessaire. Ainsi, les femmes qui parviennent à faire le chemin de leur douar éloigné jusqu'au centre de santé en ressortent une à deux heures après la naissance. Or, on sait que les hémorragies du post-partum sont très fréquentes dans les jours suivant l'accouchement.

Pour toutes ces raisons, l'ouverture de maisons d'attente a été mise en œuvre dans le cadre du programme de coopération Maroc-UNICEF 2002-2006. On les appelle «Dar Al Oumouma» (DAO). Aujourd'hui, quatre DAO fonctionnent à Tazarine (Province de Zagora), Taznakht (Province de Ouarzazate), Ourika (Province d'Al Haouz) et Zoumi (Province de Chaouen). Chacune d'entre elles se trouve au centre d'un territoire comprenant une à sept communes peuplées d'au moins 50 000 habitants et où le nombre d'accouchements dépasse 1000 par an.

Ces projets pilotes ont été financés par l'UNICEF (appui technique à la conception des projets, enquêtes d'opinion, construction, achat d'ambulances et d'échographes, appui à la sensibilisation et à la formation du personnel) et les provinces concernées (appui à la construction et au fonctionnement, coordination), en

partenariat avec d'autres acteurs : les communes, le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Intérieur, certaines associations locales et le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA). La population s'est impliquée dans certains cas, notamment en aidant à la construction du bâtiment.

L'exemple d'Ourika

A la DAO d'Ourika, une petite ville serpentant au pied du Haut Atlas, tout le monde se souvient de cette femme dont la délivrance était imminente, mais que le mari était venu reprendre pour qu'elle accouche chez eux. Il ne voulait pas que l'infirmier de garde la touche. Peu après, le bébé était mort du tétanos parce qu'on lui avait appliqué un mélange à base de khôl sur le cordon ombilical. « Il faudra du temps pour que tout le monde accepte DAO », résume le président de l'association DAO et de la commune de Sidi Ghiat. Mais il se félicite que le projet ait déjà marqué des points importants.



© UNICEF/MOR05-01160/Giacomo Pirozzi

Plusieurs Dar Al Oumouma ont été construites en 2005. Ici à Ourika.



SAR la princesse Lalla Meryem, Présidente de l'ONDE a inauguré Dar Al Oumouma d'Ourika.

Inaugurée le 9 janvier 2006, la belle bâtisse en pierre aux fenêtres bleues avait accueilli 48 femmes deux mois après son ouverture et entraîné

une nette augmentation du taux de fréquentation du centre de santé voisin (voir encadré).

TROIS QUESTIONS AU MÉDECIN-CHEF DU CENTRE DE SANTÉ D'OURIKA

Les femmes sont-elles plus nombreuses à venir accoucher chez vous depuis que DAO est ouverte ?

Sans aucun doute. Nous avons fait 67 accouchements en deux mois, alors que l'an dernier, il nous avait fallu huit mois pour atteindre ce chiffre.

Les visites prénatales sont-elles plus nombreuses ?

Oui, depuis que l'UNICEF nous a fourni un échographe, les femmes sont attirées par la nouveauté et viennent plus nombreuses pour les visites prénatales. Nous en profitons pour les sensibiliser aux risques de l'accouchement et à l'utilité de DAO.

Comment allez-vous faire face à cet afflux de nouvelles patientes ?

Les centres de santé des six autres communes vont nous épauler. Nous sommes en train de mettre en place une rotation des gardes impliquant 10 sages-femmes et infirmières. Uniquement des femmes puisque les maris répugnent à voir leur épouse accoucher en présence d'autres hommes.

Tout est là pour assurer la sécurité et le confort des parturientes. Le centre de santé se trouve de l'autre côté de la clôture et un grand portail permet de passer d'un bâtiment à l'autre à tout moment. Deux ambulances, dont l'une

a été fournie par l'UNICEF dans le cadre du projet DAO, peuvent évacuer les cas de complications graves vers les hôpitaux de Tahanaoute ou de Marrakech, situés à un quart d'heure et vingt minutes de là, respectivement.

Quant à Dar Al Oumouma, elle est gaie et pratique : elle dispose de quatre chambres individuelles avec deux lits chacune pour permettre aux jeunes mamans de se faire accompagner ; d'une grande chambre supplémentaire

de six lits pour les jours d'affluence ; d'une salle de réunion et d'un salon équipé de matériel vidéo pour les séances d'éducation parentale ; d'une salle de bain, d'une cuisine équipée et de chambres pour le personnel.



© UNICEF/MOR05-01116/Giacomo Prozzi

Après l'ouverture de Dar Al Oumouma, le Centre de santé voisin a enregistré un accroissement du nombre de visites prénatales.

ATIQA ET FATEMA VONT BIEN

Atiqa est épuisée mais rassurée, son bébé minuscule niché à ses côtés. Elle est arrivée au centre de santé qui jouxte Dar Al Oumouma en pleine nuit, peu après les premières contractions. Son mari a dû trouver un taxi d'urgence et payer 50 DH, soit dix fois le tarif de jour, pour faire six kilomètres.

La mère et l'enfant vont bien. Mais il s'en est fallu de peu. Atiqa, 22 ans, très anémiée, a eu une hémorragie après l'accouchement. Le docteur a stoppé le flux de sang et lui a administré une perfusion avant de la transférer à DAO, où elle reste jusqu'à ce que tout danger soit écarté.

Bien nourrie, surveillée et soignée dans une chambre individuelle où sa sœur et les deux animatrices de DAO se relayent à son chevet, elle récupère et apprend à s'occuper de sa petite Fatema, à la baigner, à nettoyer ses yeux, son nez et son ombrilic. L'enfant ne pèse qu'1,8 kg et sa maman doit lui donner le sein le plus souvent possible. Pas question de lui faire boire des tisanes comme le veut la coutume.

Quand elle rentrera chez elle pour retrouver Oumeïma, sa première fille de trois ans et demi, Atiqa dira à ses amies qu'il ne faut plus avoir peur d'aller accoucher au centre de santé. Maintenant que Dar Al Oumouma est là, « que pourrions-nous demander de plus ? ».



© UNICEF/MOR06/T.J.

Suite à un accouchement difficile, une jeune mère et son bébé récupèrent à la DAO.

Les usagères de la DAO viennent des sept communes qui se sont associées pour mettre le projet en œuvre : Ghmat, Iguerferouane, Oukaimden, Ourika, Setti Fatma, Sidi Ghiat et Tamazozte. Pour que la DAO remplisse pleinement sa mission en attirant en priorité les femmes des zones les plus pauvres et enclavées, trois obstacles majeurs restent à surmonter : le coût du transport depuis les douars les plus éloignés ; l'accès aux médicaments ; la réticence des maris. Pour dépasser les deux premiers, l'association DAO met en place une mutuelle communautaire. En cotisant à hauteur de 150 DH par an, chaque famille peut avoir accès gratuitement aux médicaments et à l'ambulance. Quant aux obstacles culturels, ils s'effaceront au fil du temps, espère le président de l'association DAO. Dans une province maillée de plus d'un millier de structures

associatives, il sait qu'il faut s'appuyer sur ces relais communautaires et continuer les campagnes d'information pour convaincre. Et qu'au bout du compte, la meilleure publicité viendra des jeunes mamans satisfaites et en bonne santé qui retourneront dans leur douar raconter leur expérience.

Comment créer une DAO ?

La fondation d'une Dar Al Oumouma dans le Maroc rural est une expérience novatrice considérée comme une action-type éligible aux crédits alloués dans le cadre de l'INDH. Plusieurs projets ont déjà bénéficié de ce financement.

Divers acteurs peuvent prendre l'initiative de lancer un projet de Dar Al Oumouma : des provinces, des communes ou groupements de communes et des associations. Il convient alors de monter un dossier de projet et de

le soumettre au Comité provincial de l'INDH pour obtenir un financement. Cependant, les crédits de l'INDH ne pouvant en aucun cas suffire à subventionner l'ensemble de l'opération, de nombreux autres bailleurs de fonds peuvent être sollicités : UNICEF, Fonds

des Nations unies pour la population (UNFPA), Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), agences de coopération et fondations étrangères, Agence de développement social, mécènes, etc.

COMBIEN ÇA COÛTE ?

Le coût d'un projet DAO, à titre indicatif, varie d'un cas à l'autre mais peut être estimé de la manière suivante :

■ **Terrain, construction et équipement : 1 à 1,2 millions de DH** dont,

Achat d'un terrain de 300 m² au minimum : 50 000 à 100 000 DH. Dans certains cas, le terrain est offert par le ministère de la Santé ou la commune.

Construction, dans un premier temps, d'un bâtiment d'environ 150 m² : 500 000 à 600 000 DH. Si la capacité d'accueil devient insuffisante, il convient de construire une extension.

Équipement : 100 000 à 200 000 DH

Ambulance : 330 000 DH

Formation du personnel : 50 000 DH

Campagnes de sensibilisation : 30 000 DH

■ **Budget annuel de fonctionnement : 120 000 à 200 000 DH.** Ce budget couvre les frais de bouche, les charges diverses et les salaires des membres de l'équipe de DAO. Il varie selon la contribution des communes en ressources humaines (certaines prennent en charge les salaires des employés, d'autres pas).

Pour faciliter les démarches et la levée des fonds, l'initiateur du projet peut obtenir l'appui du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Intérieur ou de l'UNICEF.

DAO en action

Une fois le dossier bouclé, la DAO est construite et équipée sous la supervision d'un Comité provincial de coordination composé de représentants de la province, de la Délégation de la santé et des communes. Ensuite, une association DAO est créée pour assurer la gestion opérationnelle du projet. Elle peut rassembler, par exemple, des représentants des autorités

communales et d'ONG locales. Cette association élit un président, se dote de statuts et élabore un règlement intérieur. Elle se charge de recruter le personnel et de gérer les activités de la Dar Al Oumouma. Ce sont généralement les communes (en puisant dans le budget d'appui aux associations) et/ou la province qui couvrent les frais de fonctionnement annuels de la DAO

Une bonne équipe doit réunir une cuisinière, une femme de ménage, un gardien et au moins deux animatrices, généralement des jeunes femmes ayant terminé leurs études secondaires et suivi une formation dans le domaine de la santé publique.

Ces animatrices sont l'âme de la DAO : elles se relayent auprès des femmes, leur apportent les repas et veillent à leur confort, dispensent une éducation parentale en s'appuyant sur divers supports (notamment audiovisuels), font le lien avec le centre de santé, tiennent les registres et les comptes. Elles participent également aux campagnes

de sensibilisation de la population. Dans le cadre d'un comité de suivi, le président de l'association DAO se réunit périodiquement avec les présidents des communes, le médecin-chef et les représentants du gouverneur pour faire le point sur les problèmes rencontrés et l'état d'avancement du plan d'action de l'association.



© UNICEF/MOR05-01165/Giacomo Pirozzi

Les bienfaits de l'allaitement maternel sont trop souvent ignorés de la population.



Une DAO doit aller de pair avec un centre de santé bien équipé et offrant un accueil de qualité.

Les conditions du succès

- ◆ Pour jouer pleinement son rôle, une DAO doit se trouver à proximité d'une structure de santé disposant d'une table d'accouchement, d'un médecin, de sages-femmes, d'une ambulance et d'un téléphone. Elle doit impérativement être en mesure d'évacuer les femmes enceintes présentant des complications vers un hôpital en moins d'une heure.
- ◆ Des moyens de transport peu coûteux doivent être mis à la disposition des femmes enceintes enclavées qui souhaitent se rendre au centre de santé et à la DAO pour accoucher. Sur ce plan, un système de mutuelle communautaire ouvrant droit à l'utilisation gratuite de l'ambulance de la commune est une solution efficace.
- ◆ Aussi confortable et bien équipée soit-elle, une DAO ne peut pas remplir

sa mission si le centre de santé et l'hôpital de la zone n'offrent pas un accueil et des services de qualité. Les femmes des douars sont nombreuses à exprimer leur défiance à l'égard d'un personnel de santé qui les maltraite ou leur demande une contribution financière indue pour les prendre en charge.

- ◆ L'équipement des centres de santé communaux en échographes est un élément important. Ces appareils à la fois utiles sur le plan médical et attractifs pour la population permettent de relever le taux de fréquentation des consultations prénatales, de dépister les grossesses à risque et de préciser le terme des grossesses. Les femmes qui connaissent la date de leur accouchement peuvent se présenter à la DAO quelques jours à l'avance. Ainsi, elles évitent à la fois le risque de rester

bloquées chez elles au dernier moment et le coût élevé de l'ambulance.

◆ La féminisation du personnel de santé doit être envisagée dans les zones où les maris refusent de laisser d'autres hommes examiner et soigner leurs femmes.

◆ Pour s'appropriier le projet, la population doit se sentir impliquée dès sa conception. A cet effet, il est recommandé de réaliser une enquête préalable afin de cerner les priorités et la demande locales. Ensuite, tous les

relais communautaires – associations de développement et d'usagers, accoucheuses traditionnelles, fqih des mosquées, pharmaciens, etc. – seront mobilisés pour informer les futures mamans et leurs maris sur le projet.

◆ Sauver les femmes et les enfants doit devenir l'affaire de tous, depuis le gouverneur de la province jusqu'aux habitants des douars, en passant par les présidents des communes et les responsables des services de santé.



© UNICEF/MOR05-01129/Giacomo Pirozzi