



Royaume du Maroc



Ministère de la Santé

Evaluation de la gratuité des accouchements et de la césarienne dans les hôpitaux publics au Maroc

Ouagadougou, 27 Nov 2013



Océan Atlantique

Tanger Tétouan Ceuta Melilla

Rabat Casablanca Fès Meknès Oujda

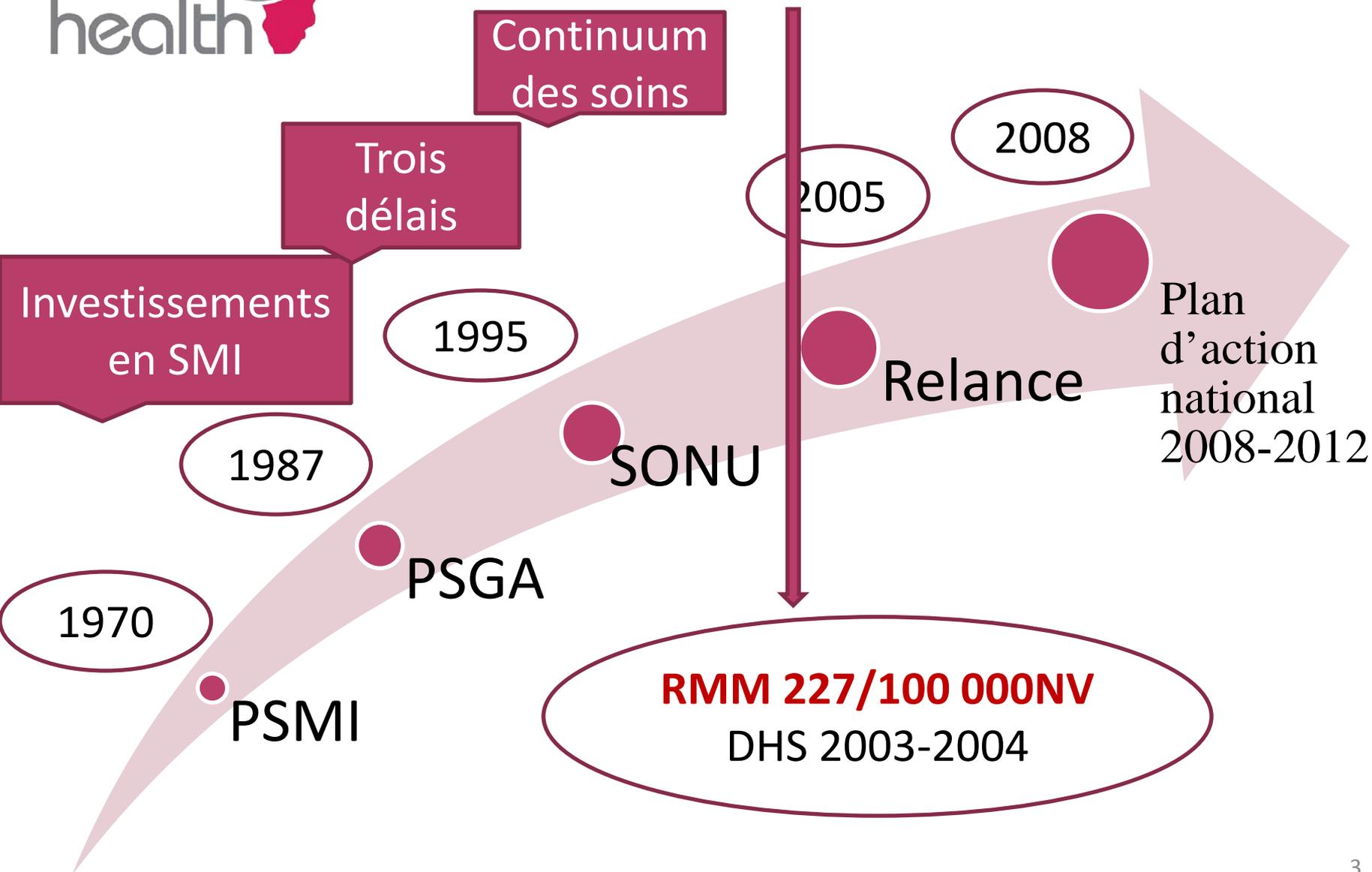
Safi Marrakech
Essaouira Agadir Ouargazate

Goulmine
Tarfaya
Laâyoune
Boujdour

Dakhla



Avant 2008



Constat 2008

- Chaque jour:
 - 1800 femmes tombent enceintes
 - 500 femmes sont victimes d'une complication liée à la grossesse ou l'accouchement
 - 4 femmes meurent
 - 70 enfants meurent avant leur premier anniversaire
- Taux AMS de 63% et un taux de césarienne de 5,4%.
Mais seules 30% des femmes du quintile le plus pauvre accouchent en milieu surveillé et 2% d'entre elles bénéficient d'une césarienne
 - Couverture médicale 34%
 - **RMM** : 227 Décès Maternels pour 100 000 NV
 - **TMI**: 40 %^o

Données probantes

- Principaux obstacles d'accès au soins obstétricaux:
 - Financiers: 74% (1)
 - Physiques:
 - Distance: 60 % (1)
 - Moyens de transport: 46 % (2)
- Confirmation du rôle de la pauvreté, de l'enclavement (étude qualitative sur les déterminants de la sous utilisation au Maroc) (3)
- Coûts de prise en charge en structures publics accouchement 63\$ et césarienne: 219\$ (4)



Réengagement politique fort 2008

Objectif: Réduire mortalité maternelle et infanto-juvénile (OMD 4 et 5)

Mécanismes:

- Création d'une commission nationale permanente
- Plan d'action pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile (5)

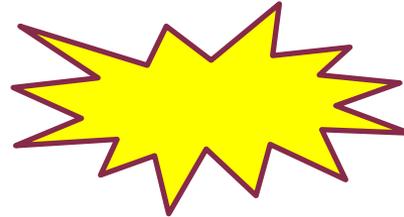


**Gratuité de
l'accouchement et de la césarienne
au niveau des hôpitaux publics**

**Elément phare du plan d'action spécifique pour
l'accélération de la réduction de la MMI
(2008-2012)**

**Sachant que les accouchements au niveau des
soins de santé de base ont toujours été gratuits**

Facteurs favorisant la GAC



- Climat favorable: appui du premier ministre
- Pression sociale
- Dossier prioritaire de la ministre de la santé
- Recherche réussie de financement (leadership politique)



Mise en place de la GAC dans les hôpitaux publics

- Plaidoyer auprès des détenteurs d'enjeux
- Mobilisation des fonds
- Subvention des hôpitaux pour le manque à gagner
- Acquisition des fournitures d'obstétrique
- Mise à disposition de médicaments vitaux



Trois ans après

**Nécessité de
Génération de données probantes
sur la gratuité des soins obstétricaux**

Projet FEMHealth/ENSP

Sites d'étude

	Taux césar	% AMS	Pop<6km	Indice de pauvreté	Description
Groupe1	3.0	48.5	69.6	13	Utilisation faible, population concentrée, indice de pauvreté élevé: Site 5, Site 2
Groupe 2	1.5	34.8	6.7	12.9	Utilisation très faible, population très dispersée et indice de pauvreté élevé: Site 1, Site 4
Groupe 3	6.6	61.7	43.3	8.3	Bonne utilisation, population moyennement concentrée, et indice de pauvreté moyen: Site 6, Site 3

Méthodes (1)

Etudes	Niveau	Public cible / sources de données
Suivi des flux financiers	National, Régional, provincial, Structurel.	Revue documentaires Systèmes d'information de routine
Etudes sur les dépenses des ménages	CHU, CHR, CHP, CSMA	973 parturientes
Etudes sur l'incitation à la performance du personnel	CHU, CHR, CHP	187 Prestataires de soins
Cartographie des effets de la politique Revue documentaire	CHU, CHR, CHP, CSMA	110 entretiens (cadres gestionnaires, prestataires, les autorités)
Evaluation réaliste	2 Sites	Systèmes d'information de routine Documents de la politique
Etudes qualitative auprès des détenteurs d'enjeux	OI, Ministère de la Santé, ONGs, associations 13 entretiens	Décideurs, représentants des organismes
Revue de littérature sur l'évolution de la GAC	Documents officiels Rapports Articles	Revue documentaires

Méthodes (2)

<p>Etude sur les near-miss maternels et néonataux</p>	<p>4 CHP, 2 CHU, 2 CHR</p>	<p>Toutes Near miss, décès maternels, tous les nouveau-nés near miss, les mort-nés, les décès néonataux intra-hospitaliers et toutes femmes ayant une césarienne du 1er février 2012 au 31 janvier 2013.</p>
<p>Etude sur les besoins obstétricaux non couverts</p>	<p>6 CHP, 1 CHR, 2 CHU 14 Cliniques privées</p>	<p>Toutes les femmes ayant une intervention Obstétricale Majeure (entre la 28e semaine de grossesse et le 42e jour du post-partum) et/ou sont décédées dans une formation sanitaire pendant cette période de leur grossesse .</p>
<p>Etude analyse secondaires du DHS de 1987 à 2011</p>	<p>National</p>	<p>DHS de 1987 à 2011</p>
<p>Etude qualitative sur les near-miss maternels</p>	<p>2 CHP</p>	<p>30 near-miss</p>

Questionnements

1. Comment la GAC a-t-elle été mise en œuvre?
2. La GAC réduit-elle efficacement les charges financières?
3. La GAC augmente-elle l'accès aux soins obstétricaux?
4. La GAC assure t-elle l'équité ?
5. Quelles sont les mesures pour renforcer la GAC ?
6. Quelles sont les évidences sur les effets de la GAC en matière de qualité des soins?
7. Le système de santé local est-il renforcé ou affaibli par la GAC?
8. La GAC peut-elle être pérenne?

Comment la GAC a-t-elle été mise en œuvre?

Procédures de mise en œuvre

Plan de RMM

FEM

3 Axes d'intervention = 9 Leviers d'action

Axe 1	Axe 2	Axe 3
Réduire les barrières d'accès aux soins obstétricaux et néonataux & améliorer la disponibilité d'un personnel qualifié dans les structures d'accouchement	Améliorer la qualité de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement	Améliorer le pilotage du programme de lutte contre la mortalité maternelle et infantile
1. Instaurer la gratuité des consultations et néonataux	2. Mettre en place le SAMU obstétrical en rural	3. Assurer la disponibilité d'un personnel qualifié
2. Mettre en place le SAMU obstétrical en rural	4. Assurer la disponibilité d'un personnel qualifié	5. Mettre en place un système de surveillance des décès maternel et néonataux et de suivi des actions
3. Assurer la disponibilité d'un personnel qualifié	5. Mettre en place un système de surveillance des décès maternel et néonataux et de suivi des actions	6. Mettre en place un système de surveillance des décès maternel et néonataux et de suivi des actions
4. Renforcer les compétences	6. Mettre en place un système de surveillance des décès maternel et néonataux et de suivi des actions	7. Mobilisation sociale, plaidoyer et partenariat autour de la mortalité sans risque
5. Améliorer la prévention de la dégradation des grossesses à risque notamment par la mise en place des unités mobiles	7. Mobilisation sociale, plaidoyer et partenariat autour de la mortalité sans risque	

11 déc 2008: Circulaire 108: Instauration de la gratuité de l'accouchement et de la césarienne

- Note aux CHU concernant la gratuité pour les femmes référées
- Séjour de 48H
- Note de rappel de la Mise en application de la circulaire 108
- Lettre relative à la référence vers les CHU
- Circulaire sur gratuité du bilan biologique standard en prénatal
- Circulaire Elargissement du paquet de soins gratuits aux complications

Sous action de l'action 84: Instauration de la gratuité de l'acc et de la césarienne

- Diffusion d'une circulaire
- Mobilisation de fonds

Gratuité du transfert
 SAMU obstétrical rural
 RH/quantité et qualité
 Certifications des MA
 Humanisations
 Système surveillance des DC Mat
 Plaidoyer / mobilisation sociale
 /MM

Mise en œuvre de la gratuité De la césarienne au niveau local

Mise en œuvre des autres actions du PA pour RMM





Cible de la GAC et paquet de soins

**Circulaire 108 du 11 décembre
2008**

- Accouchement
- Toutes les complications éventuelles
- Césarienne

- Femmes pauvres et vulnérables
- Toutes les femmes se présentant dans les structures publiques

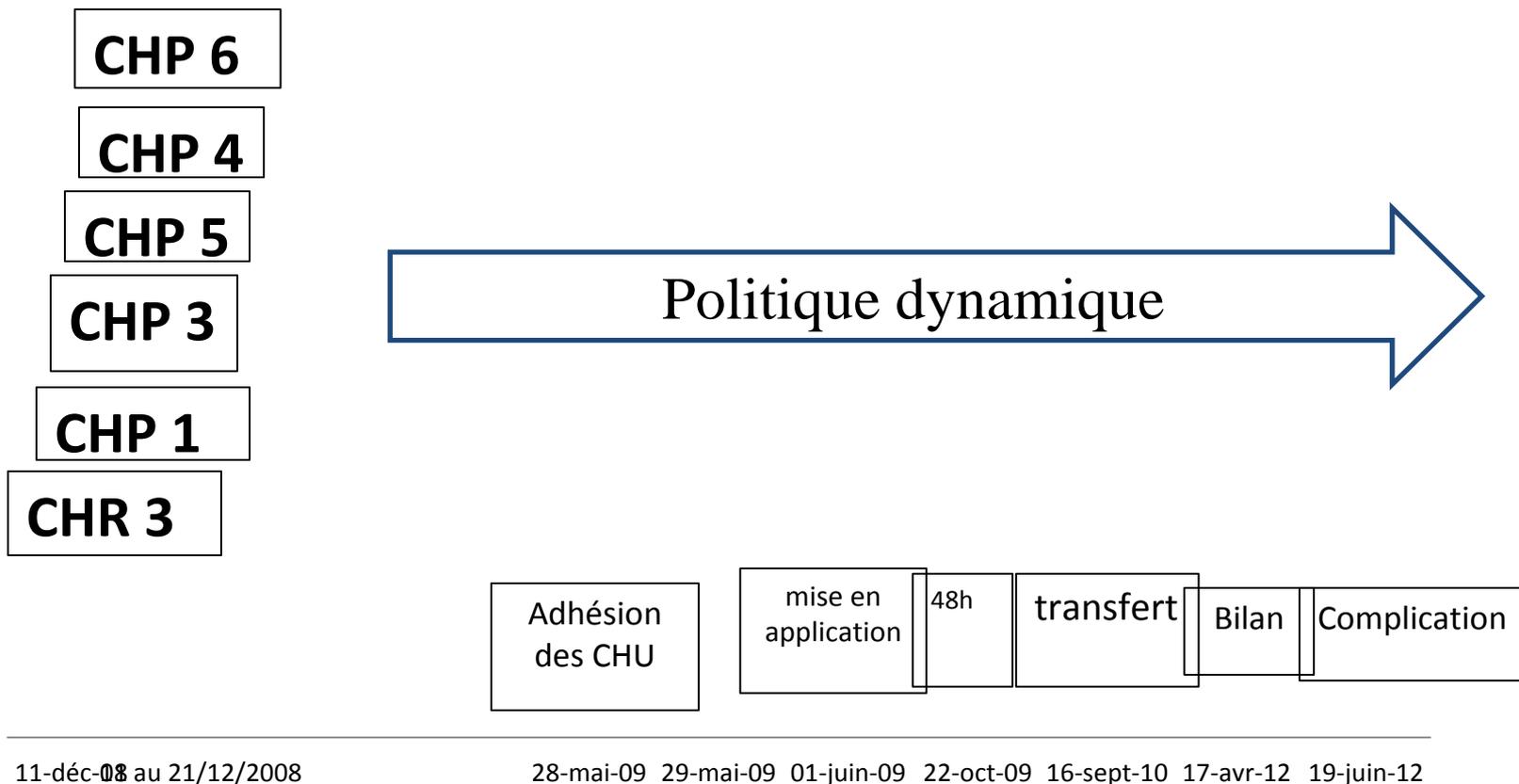


Clarification sur la cible de la GAC et le paquet de soins lettres et Circulaires 2012

- Pré natal
- Accouchement
- Césarienne
- Bilan biologique standard
- Médicaments
- Transfert inter structure et SAMU rural
- Séjour du post partum
- Complications liées à la grossesse, l'accouchement et le post partum
- Exonération des paiements au niveau des hôpitaux publics pour toutes les parturientes

Mécanismes d'implantation

Implantation de la politique



Diffusion de la circulaire 108

Degré de mise en œuvre de la gratuité (circulaire 2012)

	CHR 3	CHP1	CHP 6	CHP 3	CHP 4	CHP 5	%
Accouchement							100
Toutes les complications							58,3 3
Césarienne							100
Transfert inter structure							50
Médicaments sur la liste							100
Bilan biologique standard de la grossesse							100
Total	83	83	91,6	91,6	75	83	



100 %



50 %



0 %

Implication des acteurs à tous les niveaux

Implication des gestionnaires

- **Engagement selon niveau hiérarchique et degré d'implication**

B1 : Il y a eu des réunions de lancement de la politique au niveau central auquel j'ai été invité à participer. Ce sont des réunions importantes pour expliquer la politique de la gratuité, j'y ai participé.

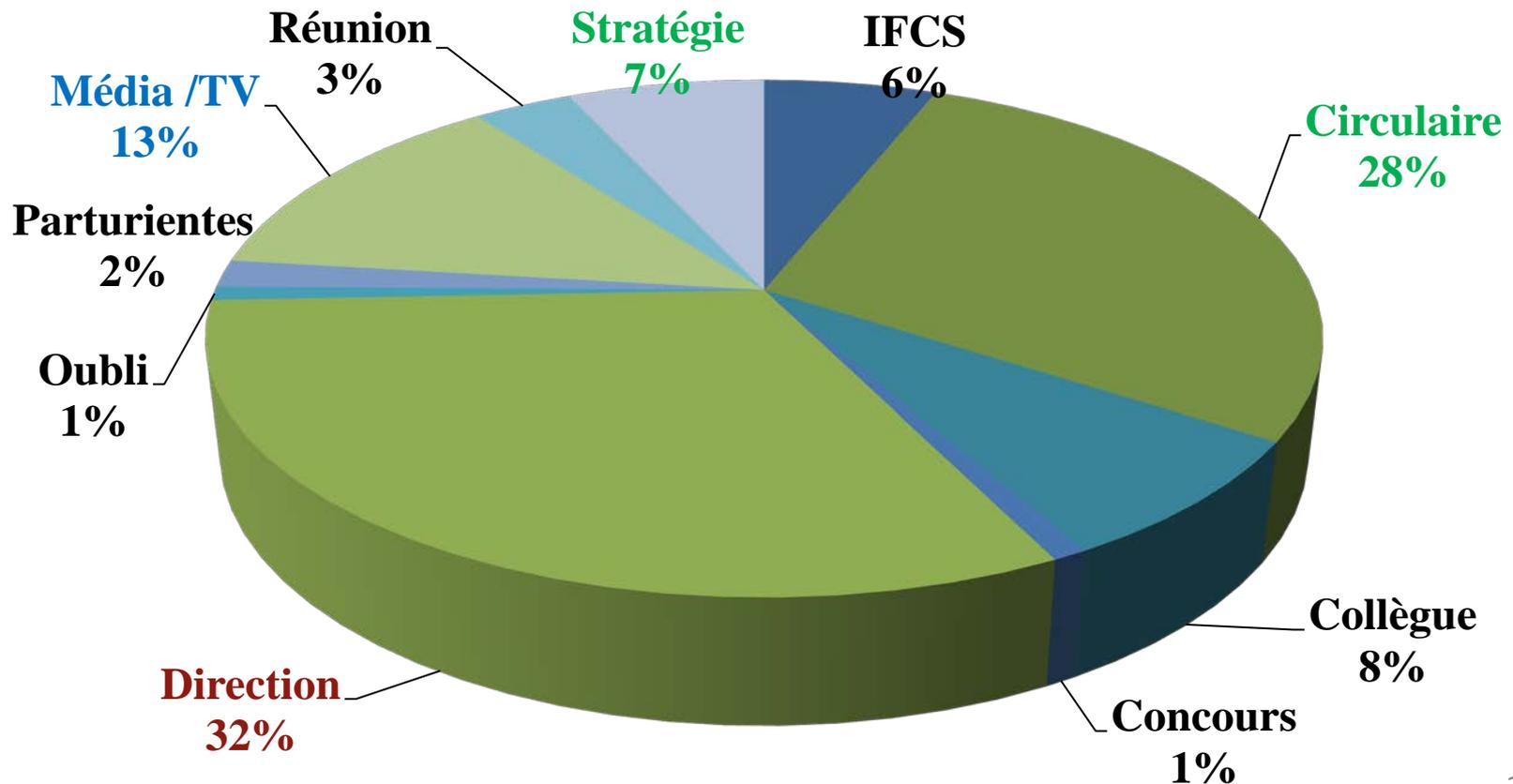
- **Charge de travail:** Pas effective, mais stress induit par doléances des prestataires et par le niveau central.
- **Motivation et attitude:** Recherche d'un consensus et compromis local (force de pouvoirs, cadre managers versus techniciens (gynécologue et sage femmes))

Implication des prestataires

- 87 % n'ont reçu aucun document **explicitant** la gratuité
- **Seulement 6,12 %** des personnels de santé questionnés au niveau des sites d'étude, ont répondu avoir participé à des formations, ateliers, pour mieux appliquer la gratuité.
- La majorité des prestataires (Sages femmes et gynécologues) rapportent avoir les capacités techniques de mettre en œuvre la gratuité .
- Pas d'évaluation des besoins en formation directement liés à la politique de gratuité
« Il n'y a jamais eu quelqu'un qui est venu pour nous demander de quoi on avait besoin, ils ne voient que les résultats »

Sources d'information des prestataires

76,47% sont au courant la gratuité de l'accouchement et de la césarienne



La GAC réduit-elle efficacement les charges financières?

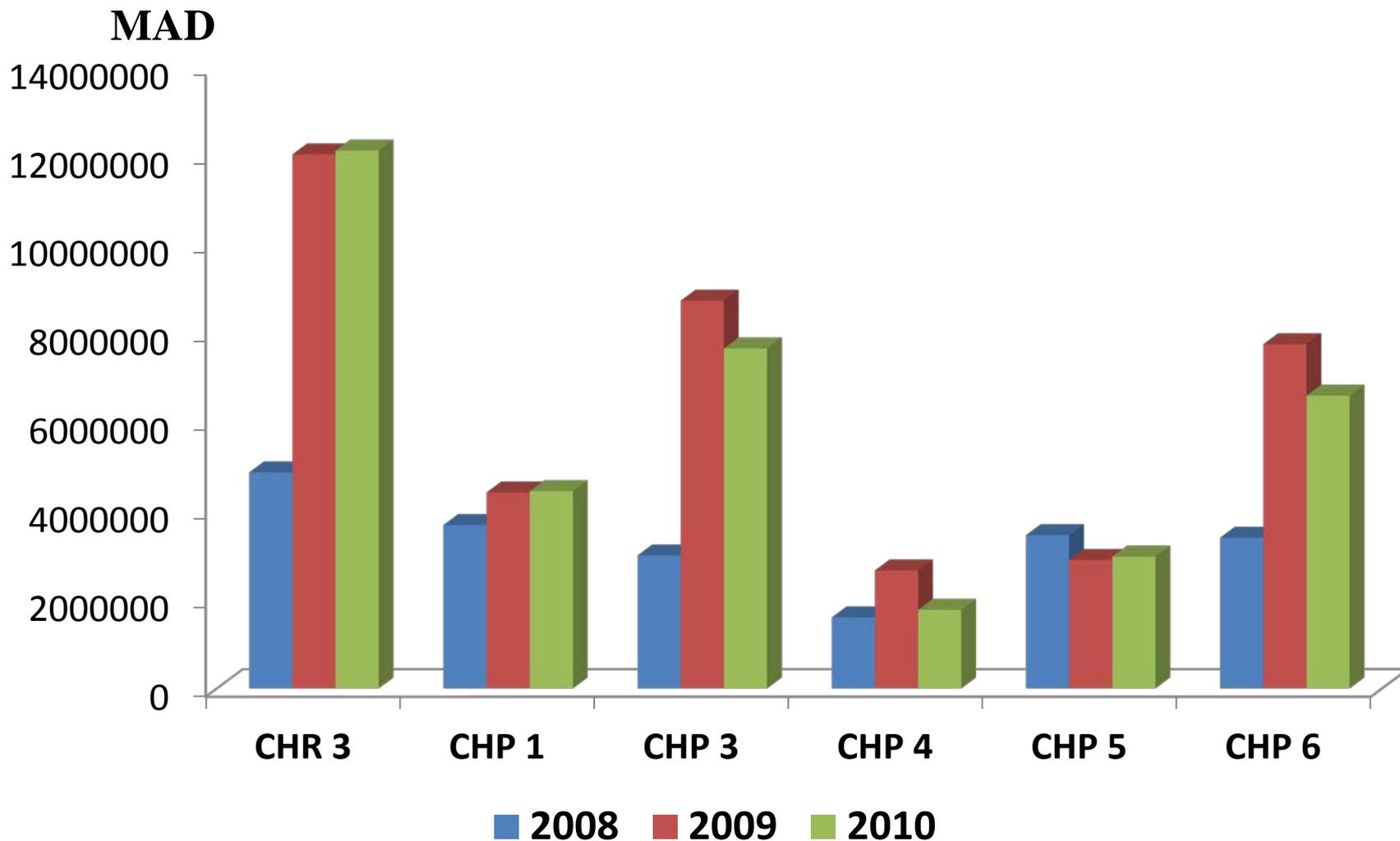
Sécuriser le financement pour la GAC

Financement

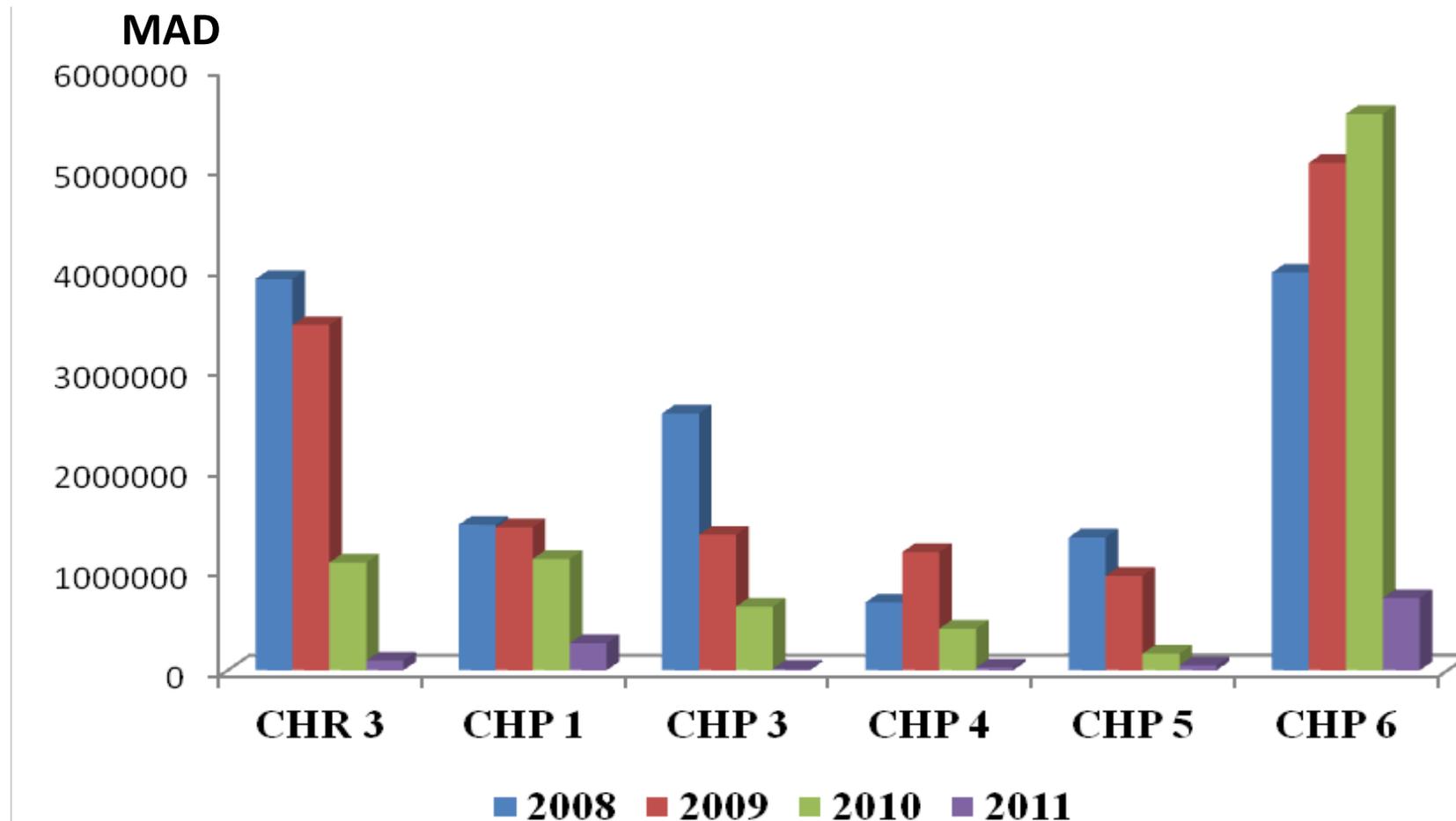
Subvention des hôpitaux pour compenser leur « manque à gagner »

- 2009: **68 millions MAD (14% du Budget du MS)**
- 2010: **75,5 millions MAD (15% du Budget du MS)**

Evolution de la subvention octroyée aux hôpitaux



Excédent réalisé par les hôpitaux



Aucun déficit enregistré au niveau des hôpitaux site de l'étude

Diminution des coûts pour la parturiente

La parturiente paye t-elle?

	Paye	Ne paye pas	Combien (DH)
Prénatal		X	
Transport dom-hôpital	X	X (si SAMU OR)	50 à 150
Césarienne		X	
Médicament sur la liste essentiels (ocytocine, S. Mg, etc.)		X	
Ordonnance à la sortie	X		350
Test de Labo	X (avant circulaire 2012)	X (après circulaire 2012)	
Transfert	X (si pas de gasoil)	X	100 à 150
Soins au Nouveau Né		X	
Complications (Hgie, éclampsie, avortement,etc)	X (au début de la gratuité)	X	
Autres coûts	X		177

La GAC augmente-elle l'accès aux soins obstétricaux?

Accessibilité géographique

Références des near-miss

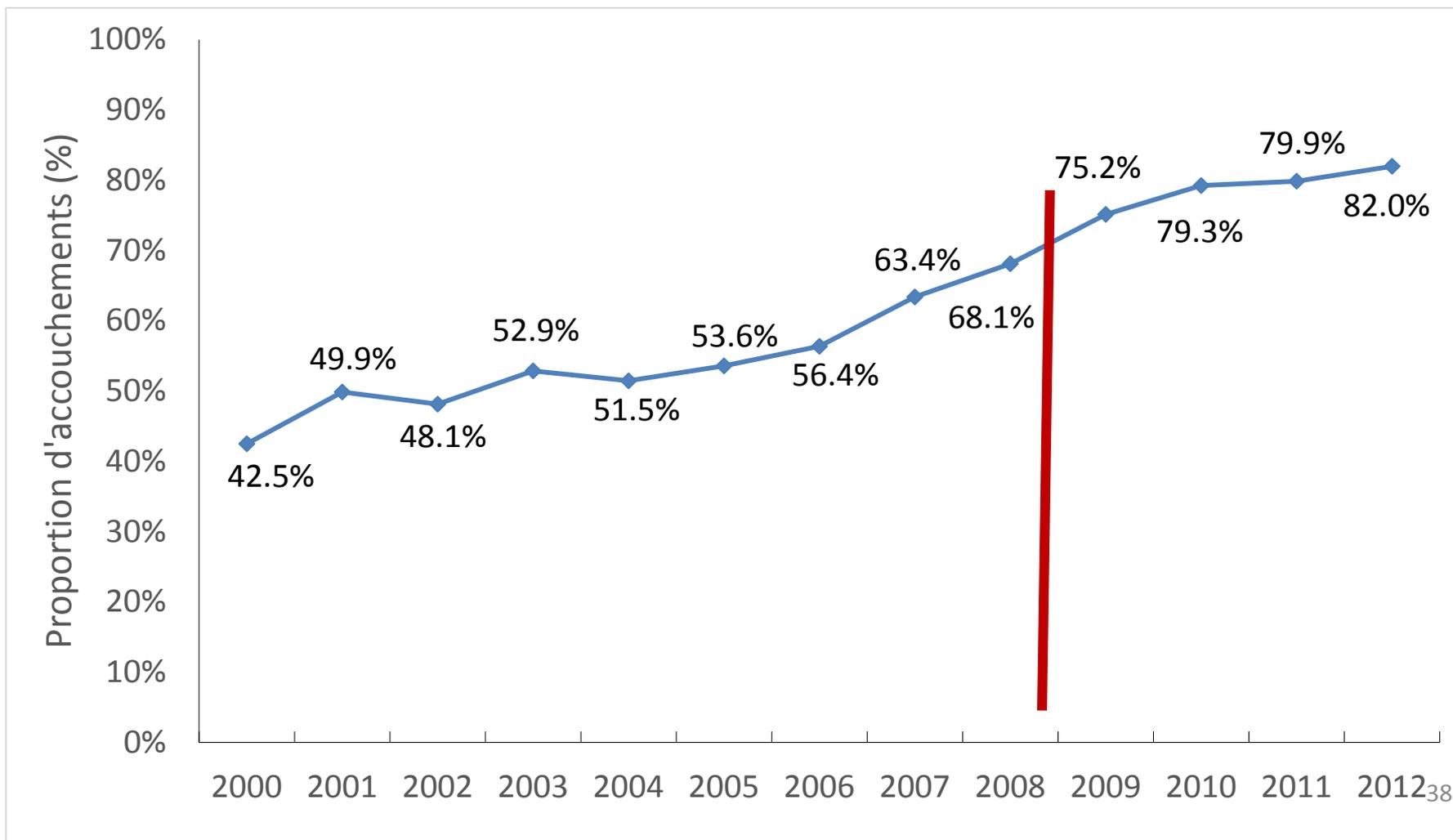
	Site 1	Site 2	Site 3	Total
Near miss transférés par ambulance	78 (86.7%)	47 (24%)	20 (32.8%)	145 (41.8%)

« Il y'a l'ambulance, il faut l'appeler, mais ils ne voudront pas venir à 3 heures du matin »



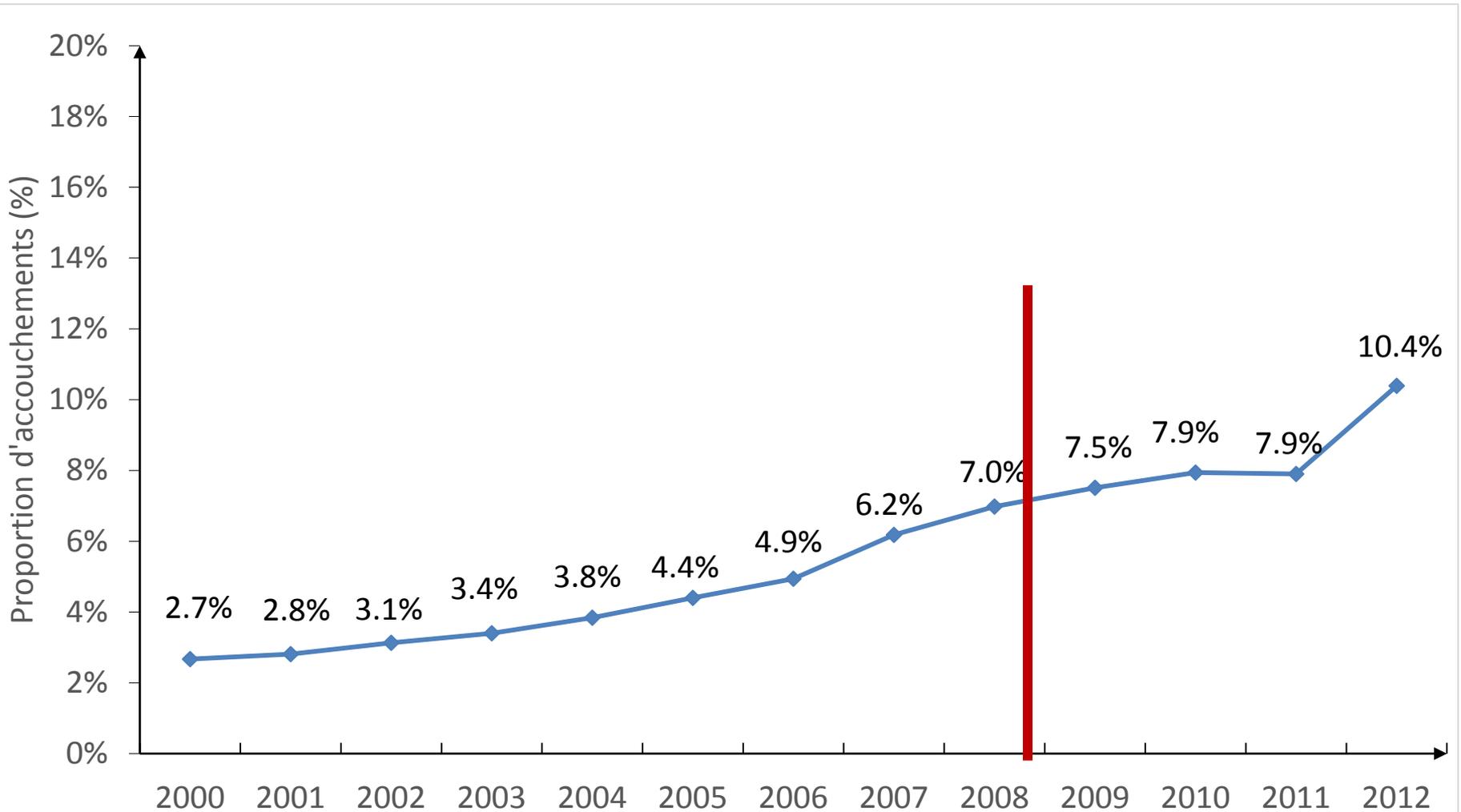
Utilisation des services

Tendance des taux d'accouchements en milieu surveillé au niveau national





Tendance des taux de césariennes au niveau national



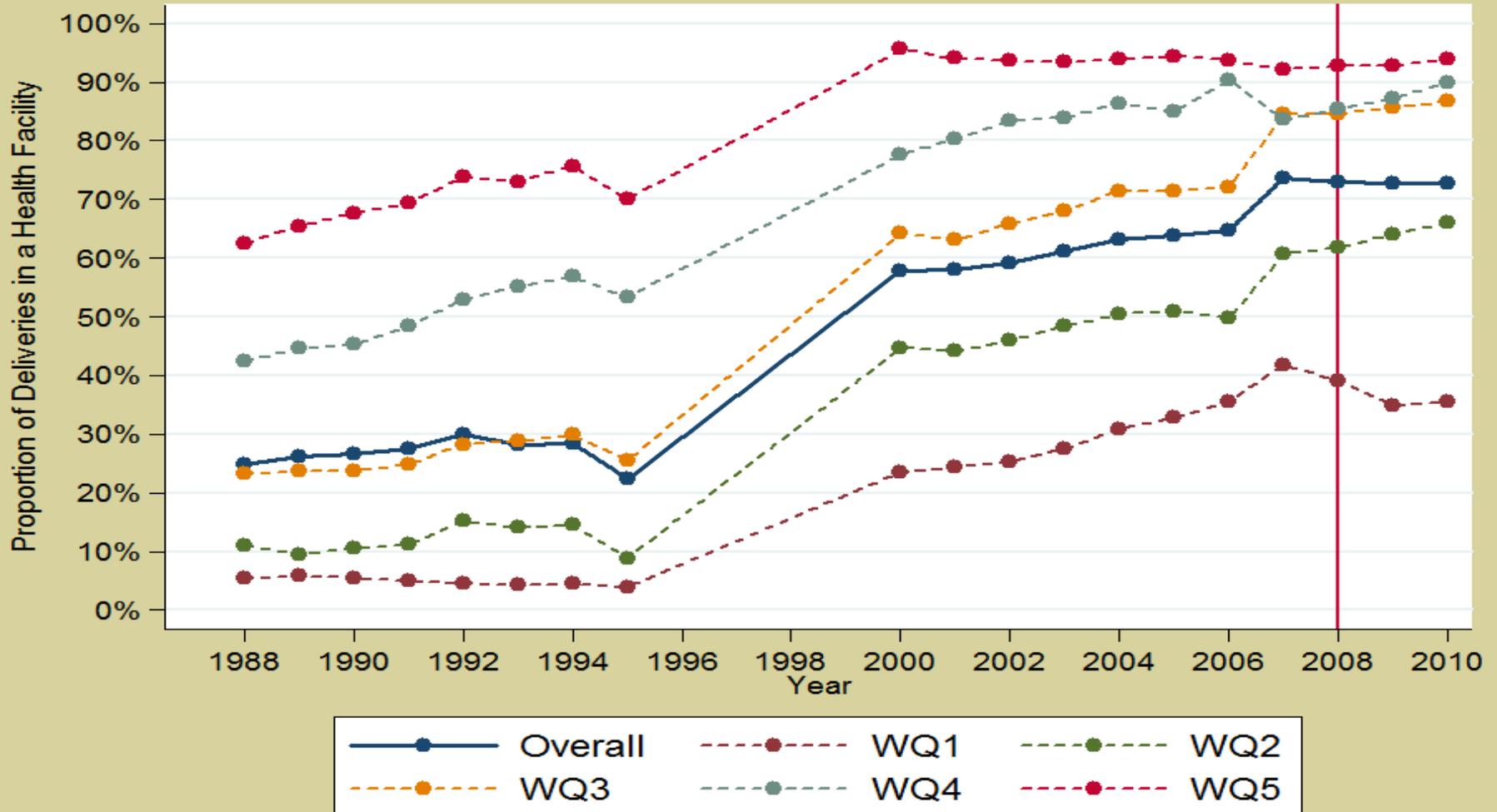
Tendance des Besoins Non Couverts

Province	Année	Nbre Attendu	Nbre Obs	Déficit	%
Site 4	1989	97	4	93	96
	2008	70	59	11	16
	2011	68	178	+110	-
Site 5	1989	368	129	239	65
	2008	192	112	80	42
	2011	202	251	+49	-

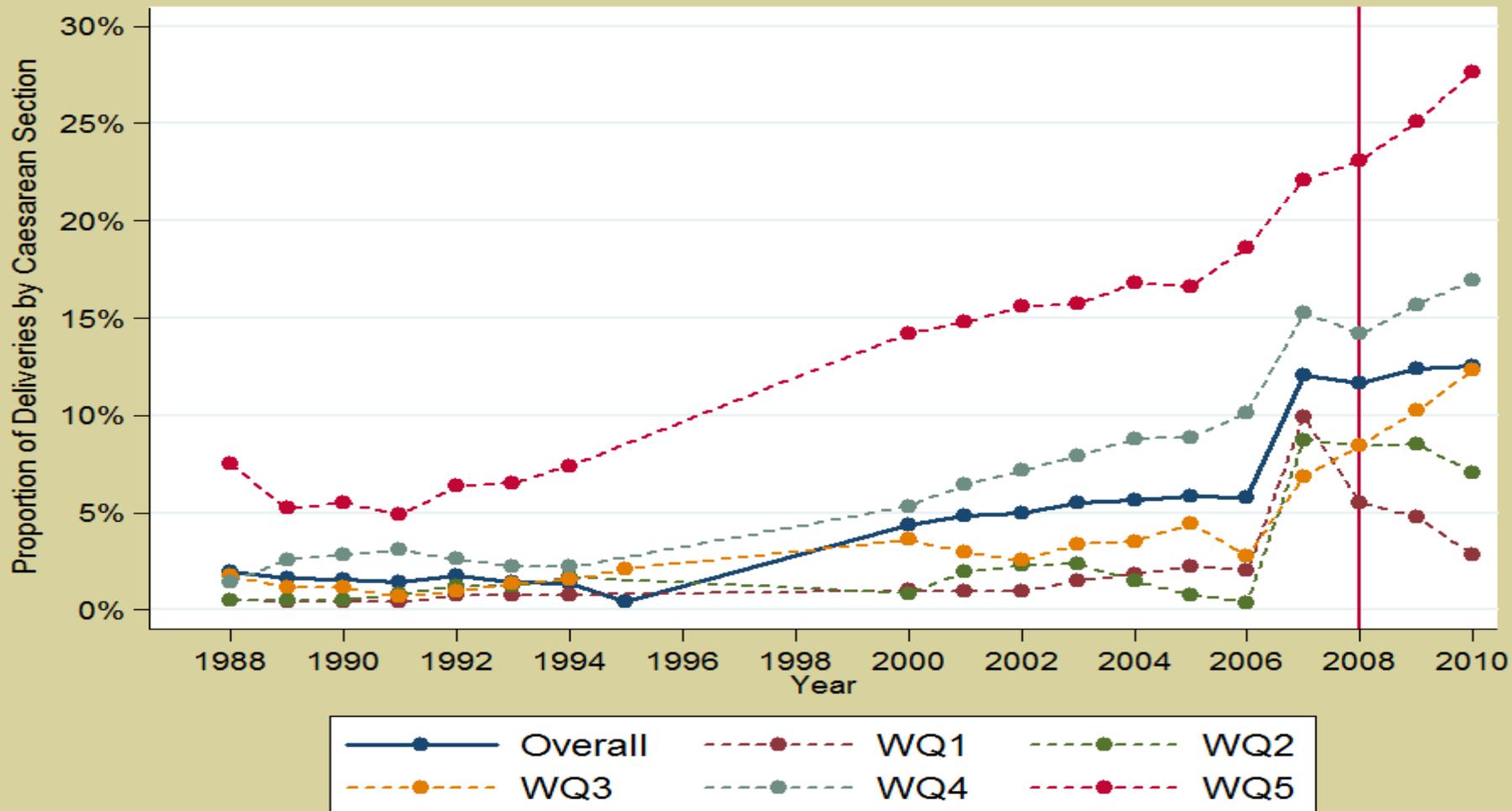
La GAC assure t-elle l'équité ?

L'équité socio-économique

Tendances des AMS par quintile de bien être économique



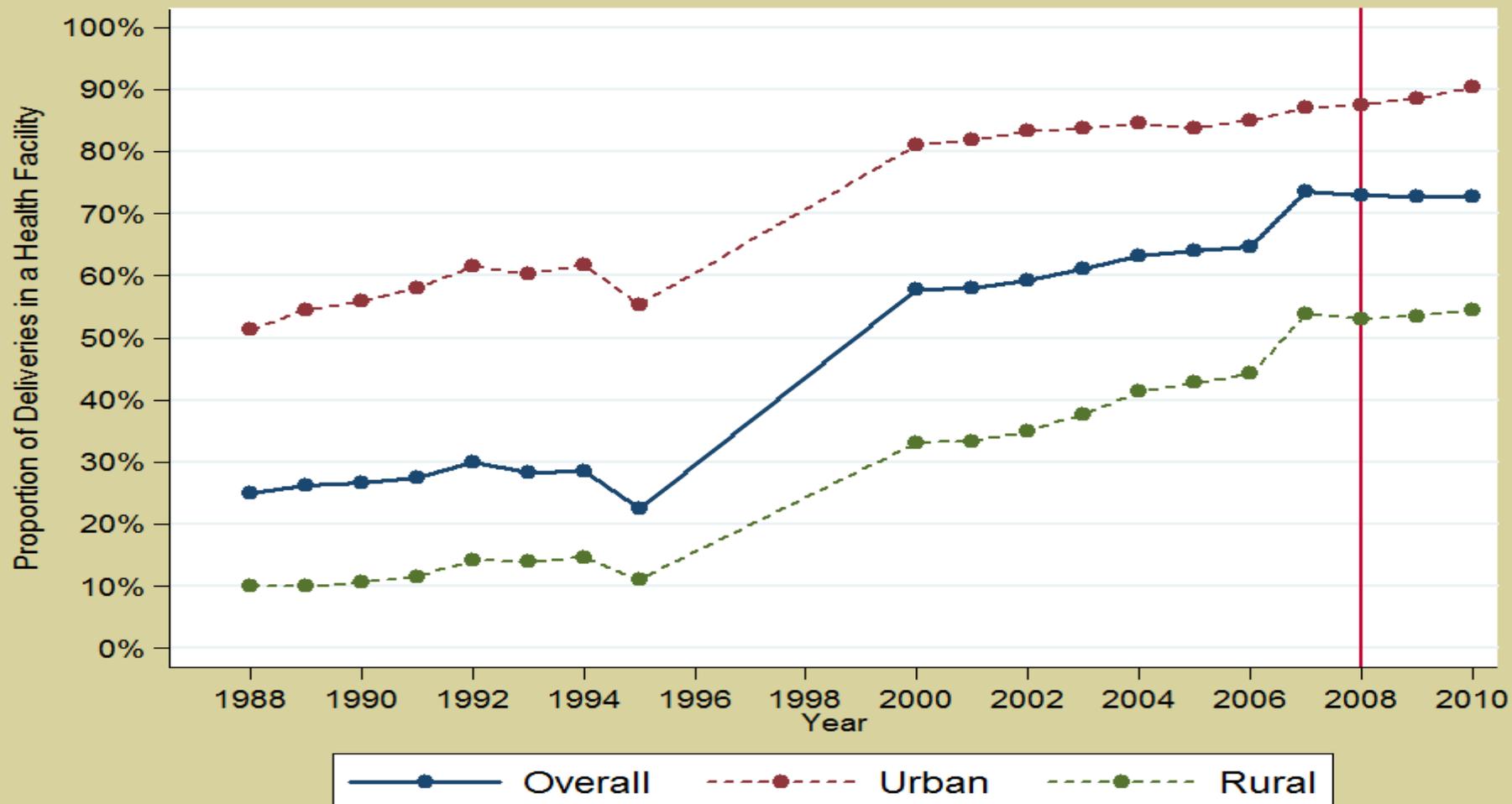
Tendances des césariennes par quintile de bien être économique



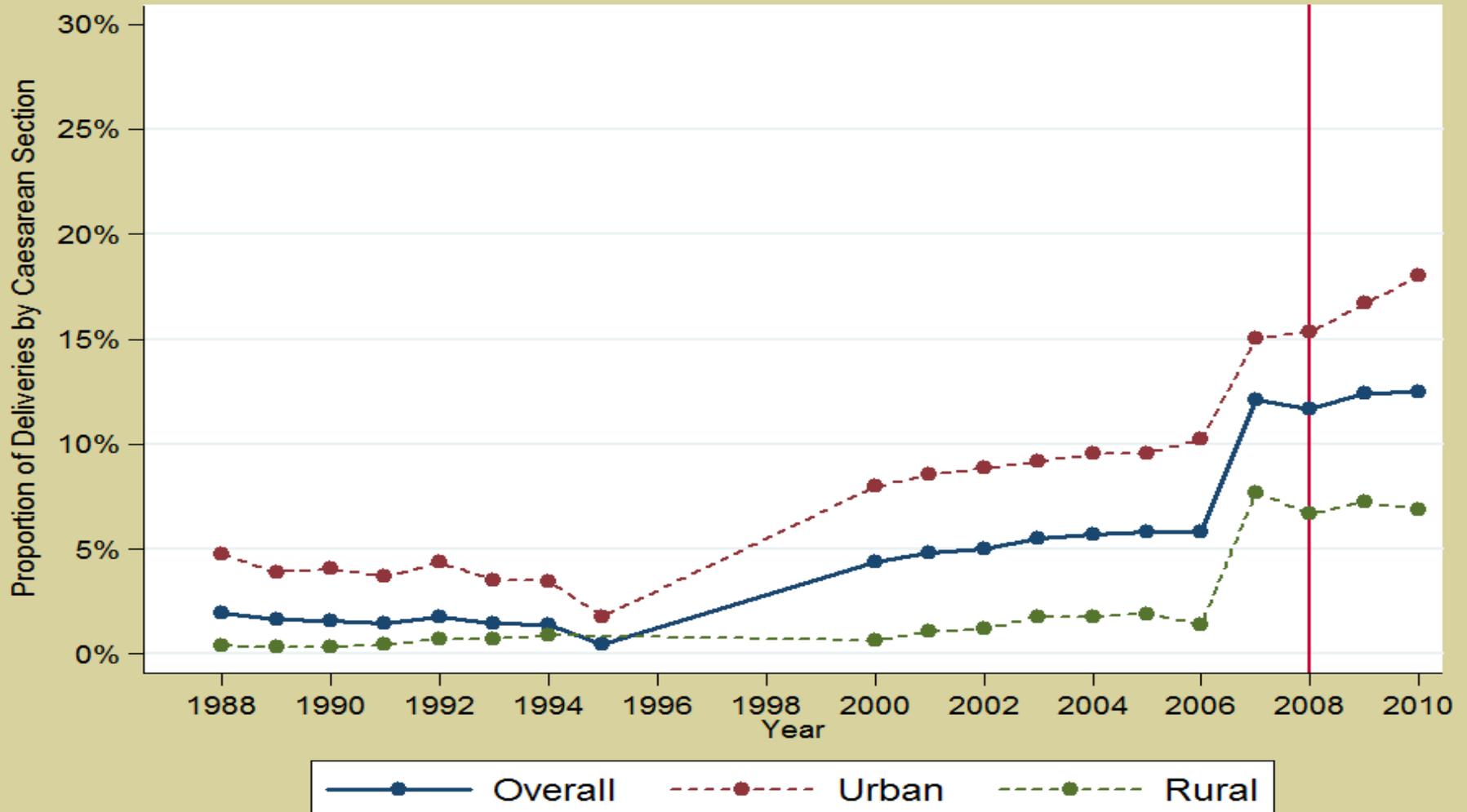


Equité géographique

Tendances des AMS (Urbain /Rural)



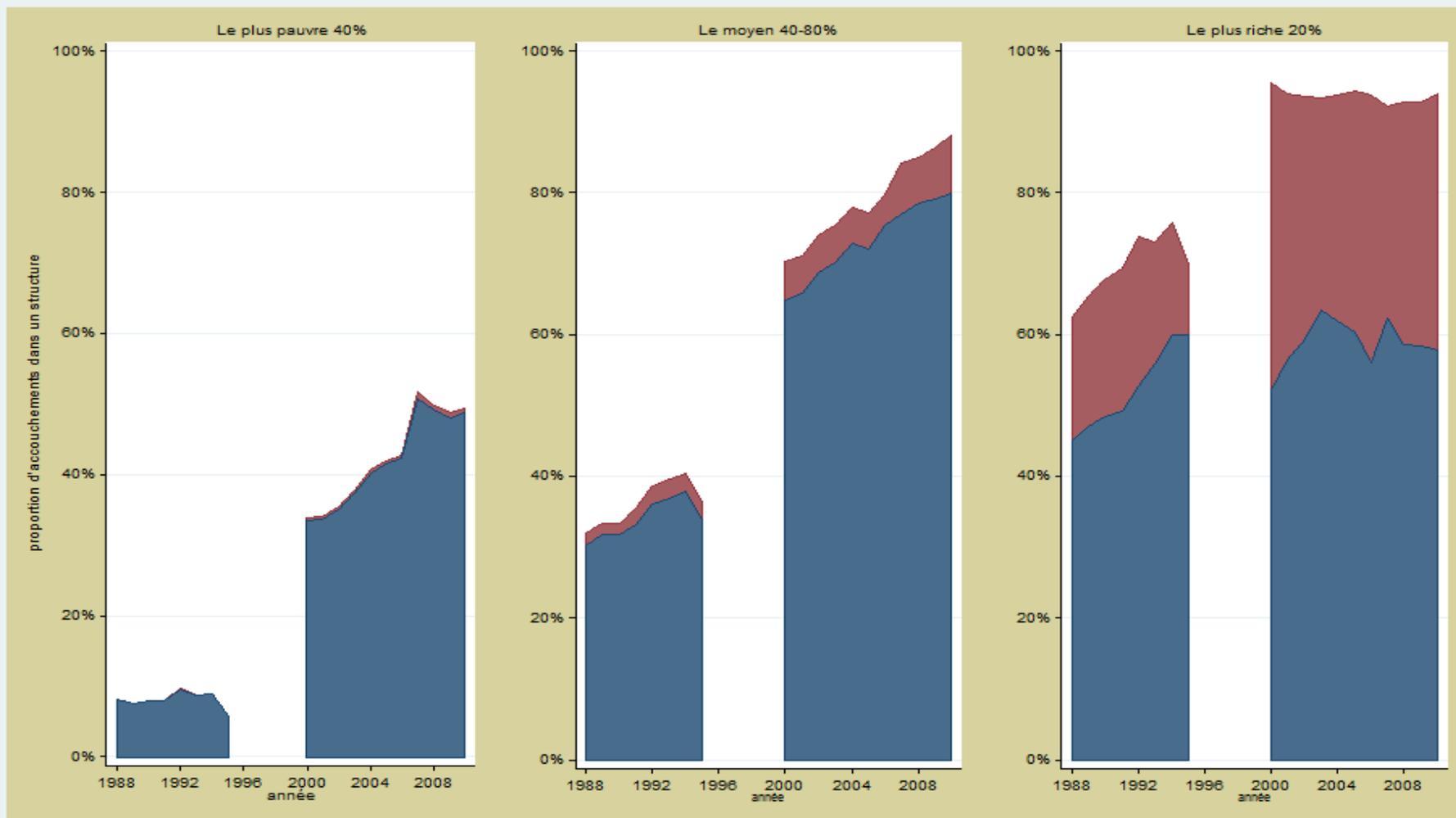
Tendances des taux césariennes (urbain /Rural)



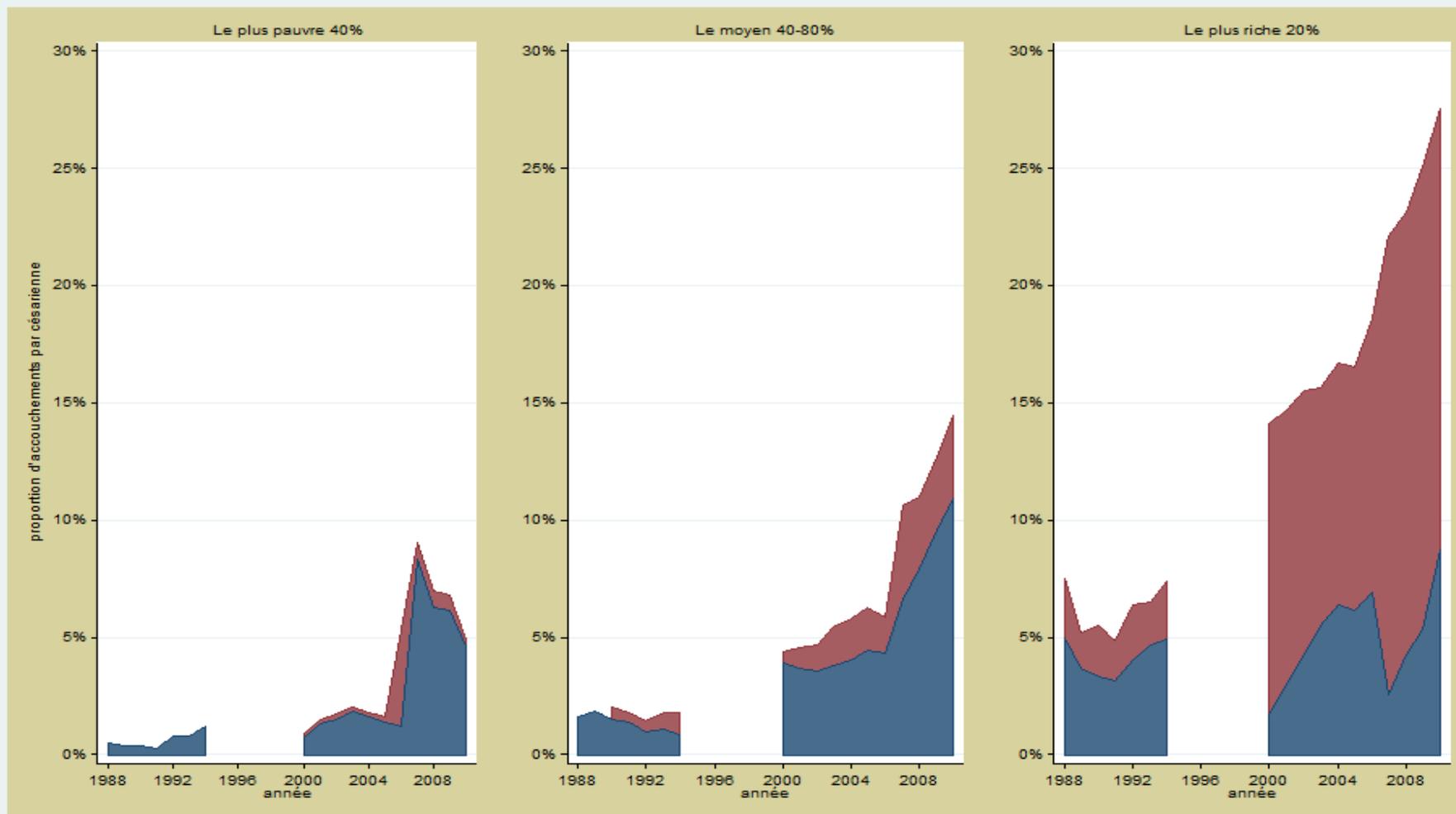


Secteur (Public/Privé)

Taux d'accouchement en milieu surveillé par secteur



Taux de césarienne par secteur



secteur public
 secteur privé

Quelles sont les mesures pour renforcer la GAC ?

Disponibilité des ressources humaines

Renforcement de la disponibilité en personnel qualifié (1)

Sages femmes

- Affectation de 689 Sages femmes (2008-2010)
- Ouverture entre 2008 et 2009 de la filière sage-femme dans 9 IFCS ;
- Augmentation du nombre d'admissions en filière sage-femme de 168 en 2007 à 530 en 2010.

**Réduction du déficit en sages-femmes de
16 % en 2008 à 4 % en 2012**

Renforcement de la disponibilité en personnel qualifié (2)

Médecins spécialistes

- Augmentation du nombre de postes réservés à la formation
- de résidents par spécialité (2008-2009):
- Obstétrique: 80 postes (contre 50 en 2007)
- Pédiatrie: 74 postes (contre 35 en 2007)
- Anesthésie-Réanimation : 54 postes
(contre 41 en 2007)



Ressources matérielles



Budget mobilisé pour renforcer la GAC

En millions de DHS et hors Coopération Internationale

Actions	2009	2010
Mise à niveau des MH et MA	40	77
Renforcement de la filière de néonate	04	23
Achat d'ambulances	15	20
SAMU OBT. RUR		2.97
Dépistage des GAR et VTT (santé rurale)	20	147
Subvention gratuité accouchement	68	75.5
Kits d'accouchement	49	50
Communication		3.4
Total	196	398.87 ₅₆

Disponibilité des médicaments

- Le budget des médicaments triplé par rapport à 2005
- Pas de rupture de stock des kits ou de consommables
- Passage d'un kit complet à un kit dispatché suite au constat de perte des consommables

E3: « Non, on a jamais eu de rupture de kits, je gère ceci par des stocks de sécurité pour ne pas avoir des problèmes avec la population »

Evolution des kits octroyés par accouchements réalisés

Année	Kit/Acch réel 2008	Kit/Acch réel 2009	Kit/Acch réel 2010	Kit/Acch réel 2011
CHR 3	116,73%	150,59%	235,72%	177,86%
CHP 1	137,69%	191,04%	93,33%	139,16%
CHP 5	118,51%	149,88%	333,04%	234,82%
CHP 4	44,73%	117,65%	89,13%	129,87%
CHP 6	89,70%	120,66%	174,59%	141,11%
CHP 3	98,88%	95,45%	157,05%	148,54%



GAC



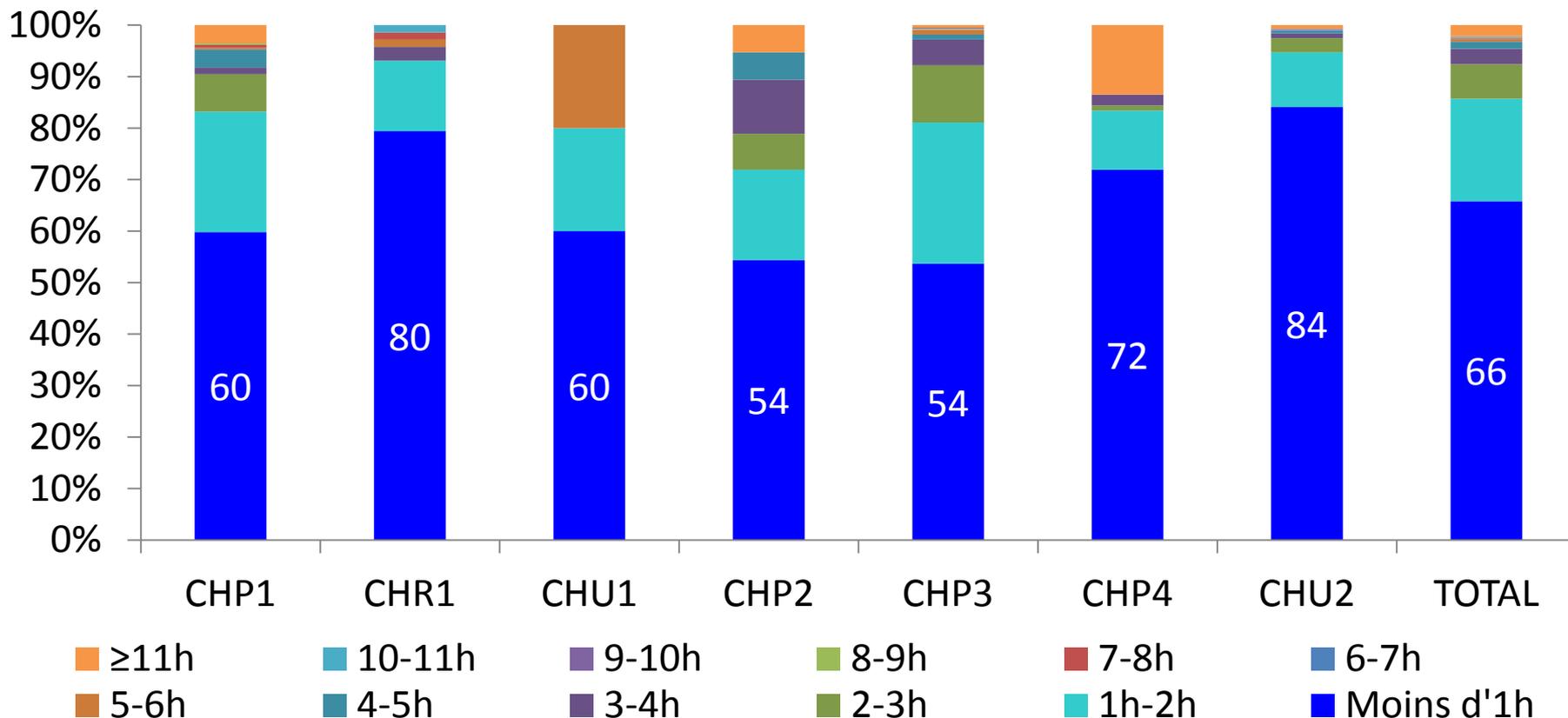
Quels sont les effets de la GAC sur la qualité des soins?

Prise en charge

○ **Parturiente**

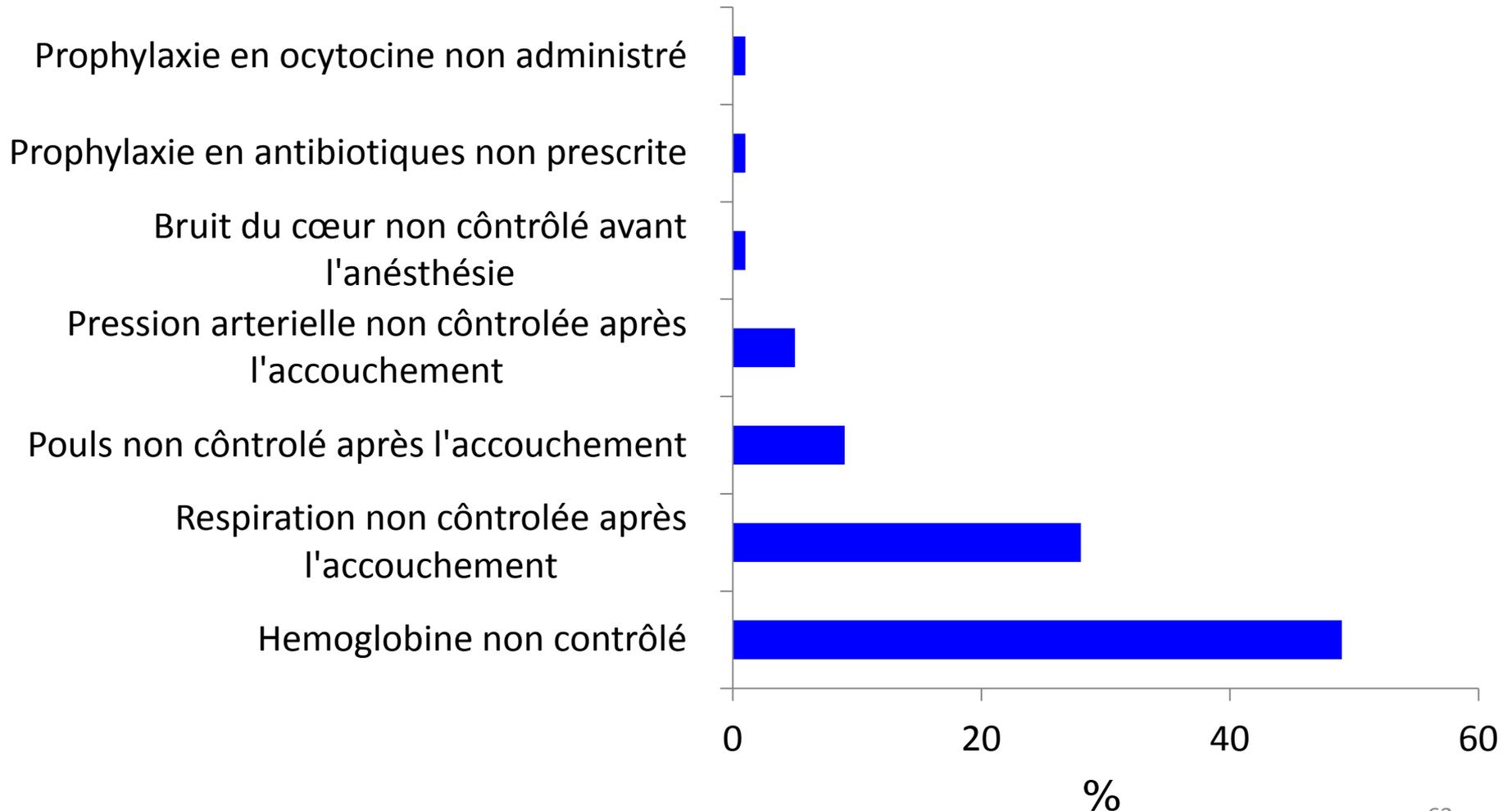
○ **Nouveau-né**

Délai entre la prise de décision et la pratique de la césarienne



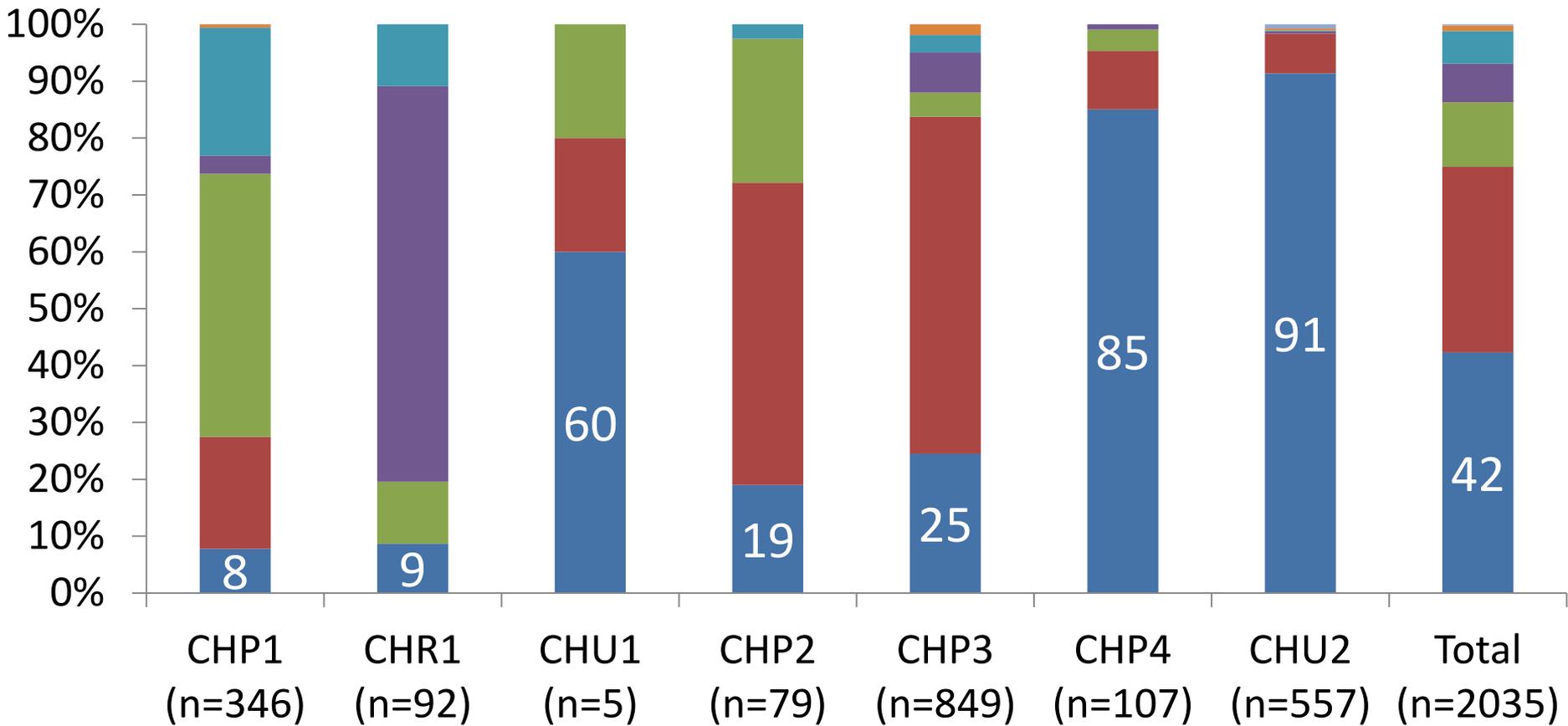
- 1 % des femmes césarisées ayant eu une tentative d'accouchement par ventouse avant la césarienne
- 99% n'ont pas eu de complications durant ou après l'acte chirurgicale. ⁶²

Indicateurs de qualité omis pour les césariennes et laparotomies





Nombre d'indicateurs de qualité non couverts pour les césariennes



Nombre d'indicateurs omis



Indicateurs de qualité pour le suivi de la parturiente et du Nné

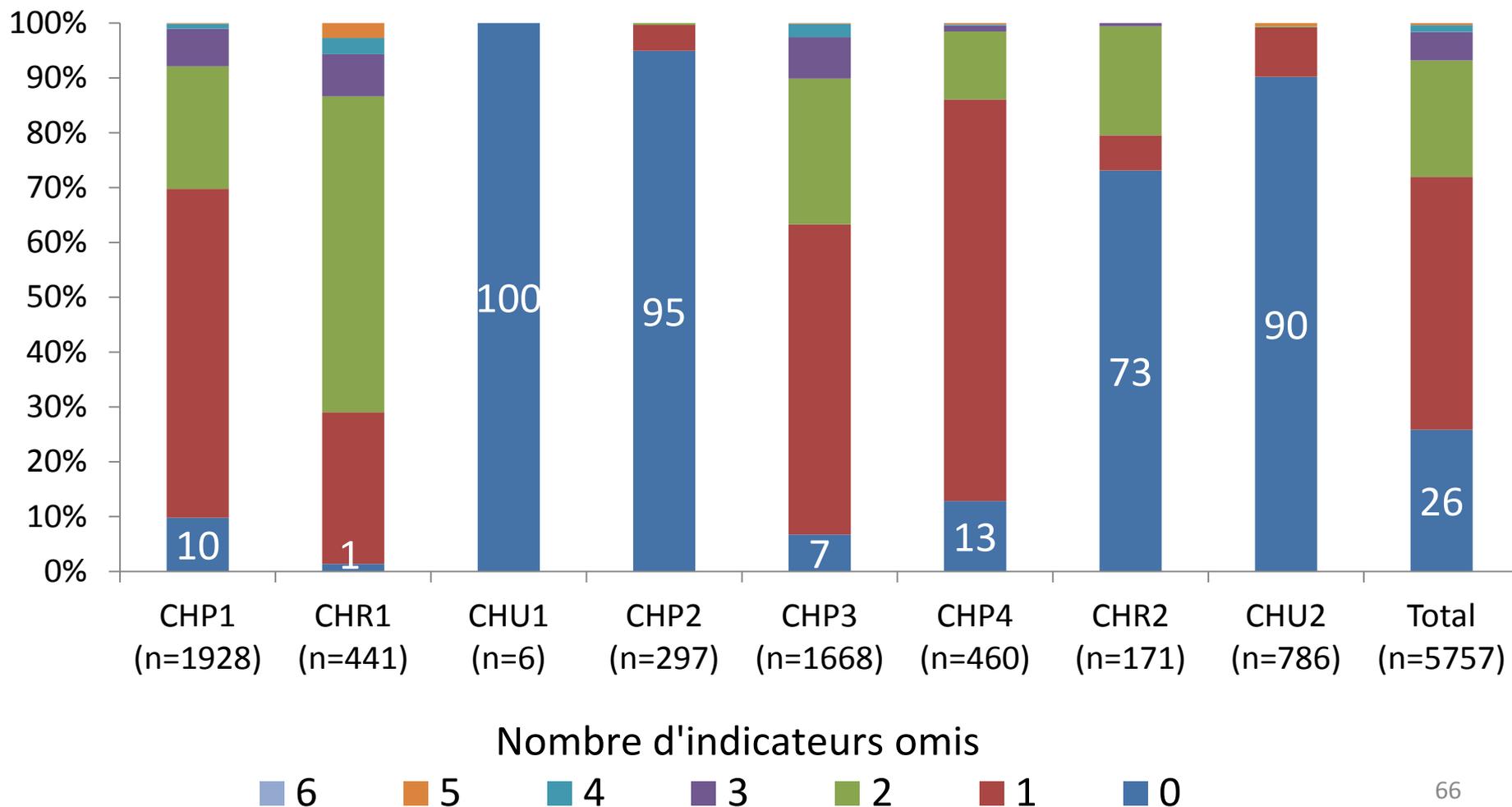
Suivi de la parturiente

Indicateur de qualité	Pourcentage de mesure (n=5757)
Pression artérielle	88.1%
BCF	89.3%
Partogramme	71.3%
Pouls	82.6%
Pression artérielle	97.2
Révision utérine	98.6%
Température	13.5%

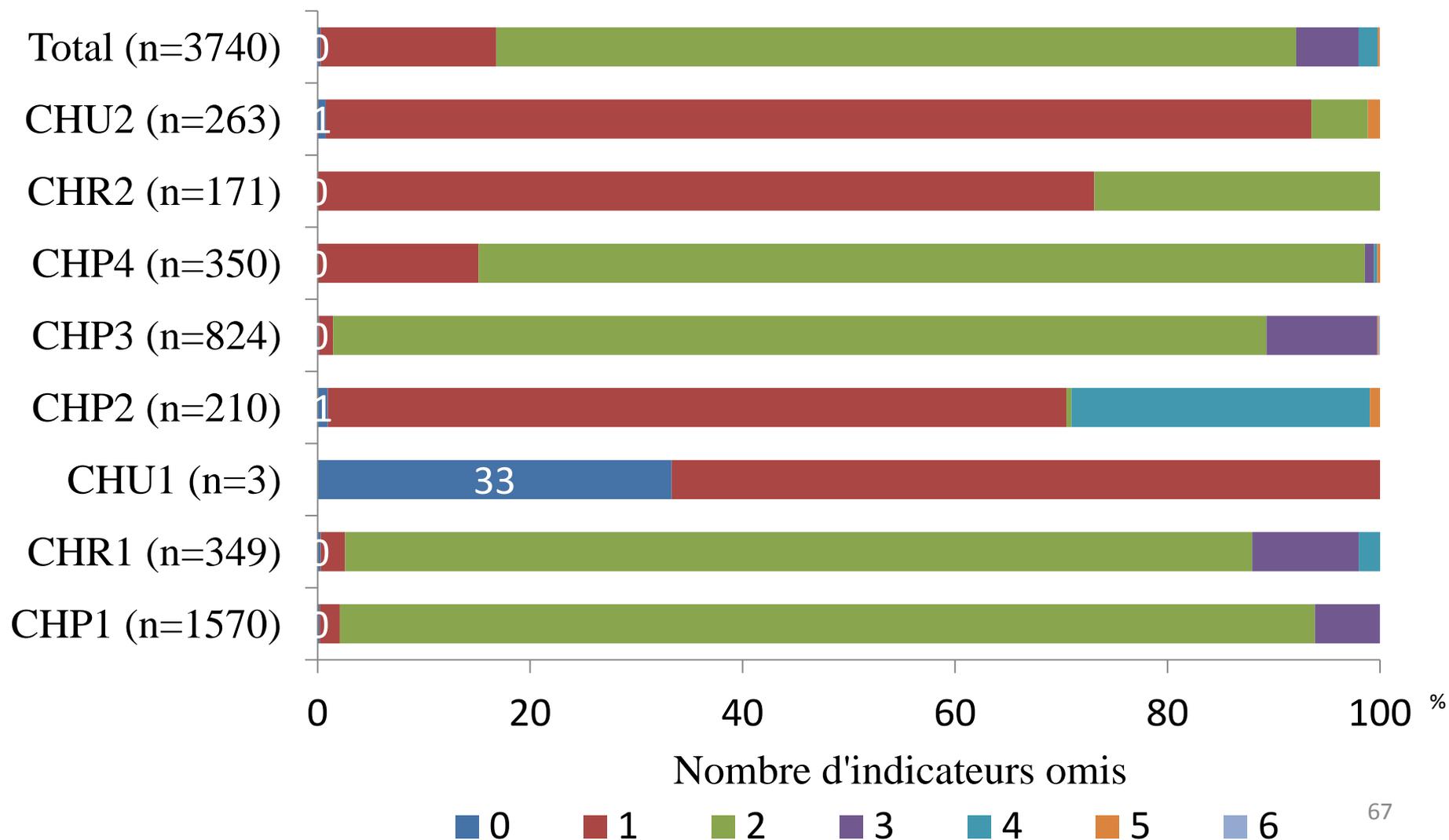
Suivi du Nné

Indicateur de qualité	Pourcentage de mesure (n=3741)
BCF à l'admission	98.9%
BCF durant la phase active	95.7%
Apgar à 5min	99.3%
Couleur	98.9%
Respiration	98.9%
Mise au sein	94.5%
Température	0.4%

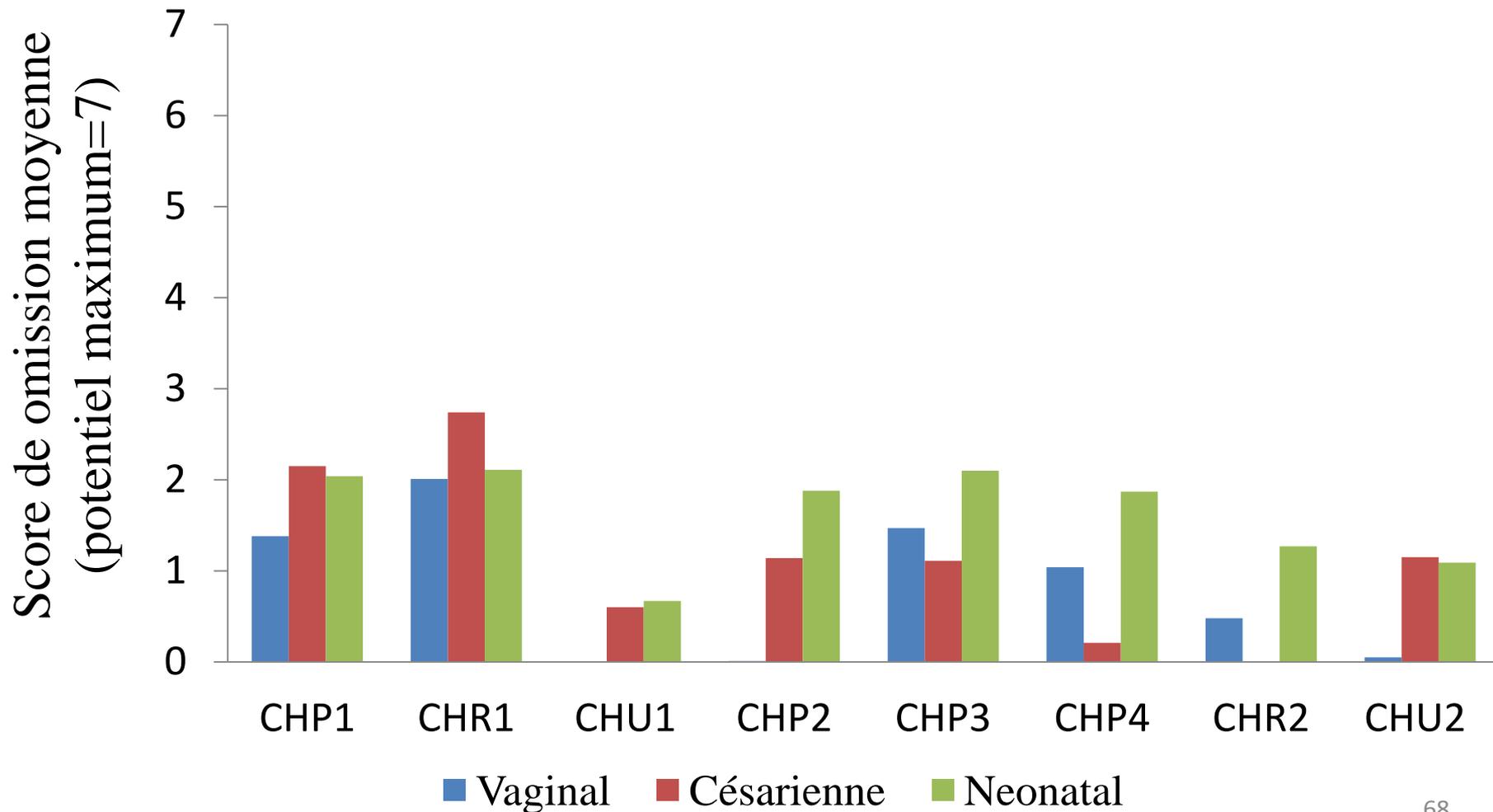
Nombre d'indicateurs de qualité des soins de la parturiente non couverts



Nombre d'indicateurs de qualité omis (soins du Nné)



Qualité des soins: le score d'omission moyen



Perception des parturientes et de leur entourage sur la qualité

- Service de réanimation propre
- Prise en charge rapide
- Une partie du personnel refuse le pourboire
- Soins efficaces
- Allègement du coût
- Néanmoins, l'ambulance souvent indisponible, payante et non équipée.



Attentes des femmes sur la qualité des soins

- Humanisation des soins
- Mise à niveau des centres de santé de proximité
- Prise en charge des accouchements en structure proche
- Amélioration des conditions de transfert
- Plus grande sensibilisation sur le problème qui a compliqué leur grossesse et accouchement
- Une surveillance de meilleure qualité après l'opération
- Une amélioration des conditions d'accueil, de l'effectif des ressources humaines, des médicaments.
- Un accompagnement gratuit, même de nuit.
- Une plus grande hygiène.

Le système de santé local est-il renforcé ou affaibli par la GAC?

Effet de la gratuité sur le système de santé local

Subvention recue avec retard et non individualisée

Effet sur le Stewardship
Renforcement des forces de pouvoirs des prestataires au dépend du steward

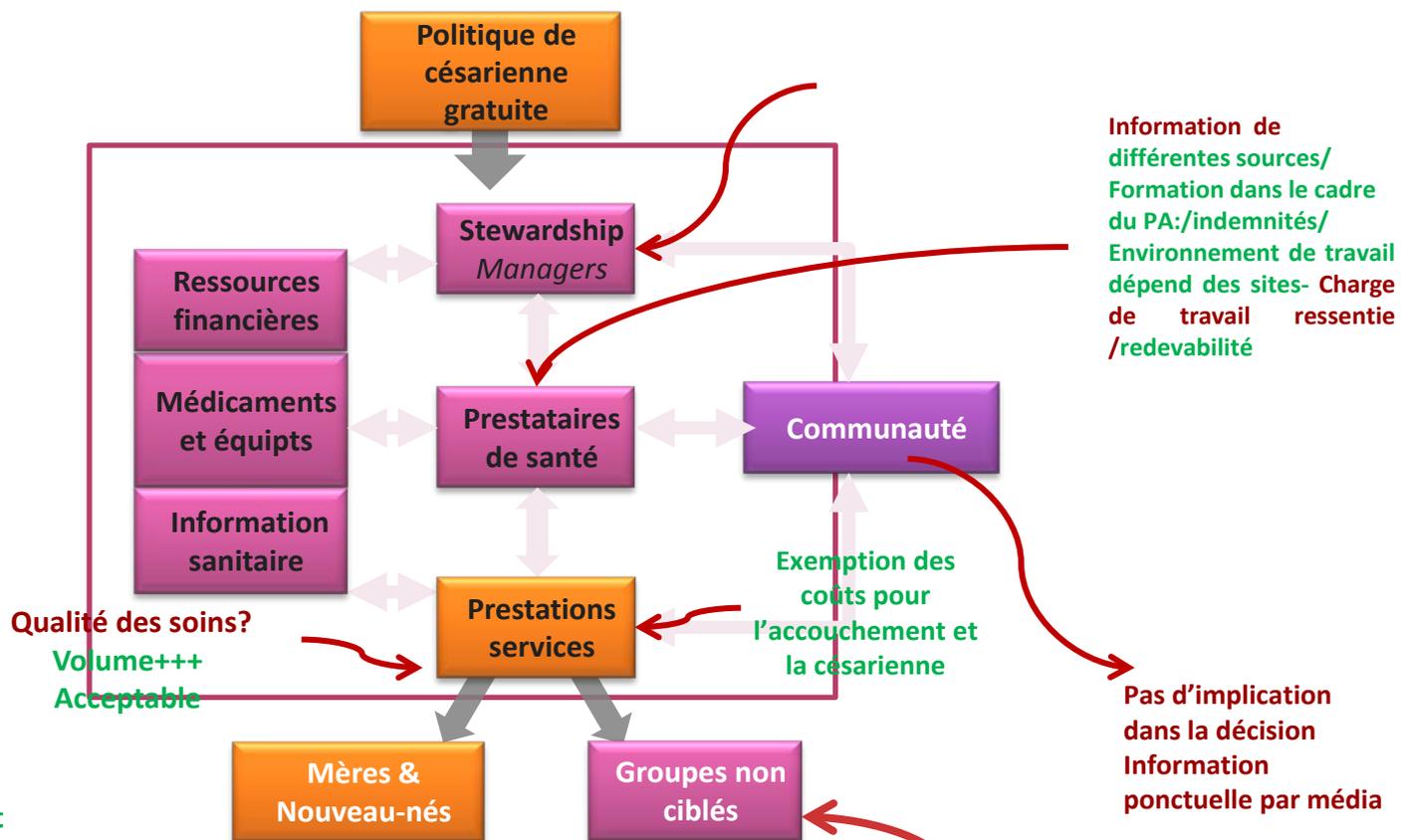
Subvention nationale

Med. essentiels, césarienne,

budget médicament++ disponibilité

Système de rapportage

Pas de changement du système existant



Perceptions des prestataires

	Augmentation N (%)	Diminution N (%)	Identique N (%)	NSP N (%)
Charge de travail	94 (67,63)	10 (7,19)	23 (16,55)	12 (8,63)
Revenu	6 (4,48)	1 (0,75)	105 (78,36)	22 (16,42)
Satisfaction	16 (11,19)	58 (40,46)	49 (34,27)	20 (13,99)
Conditions de travail	8 (5,59)	76 (53,15)	42 (29,37)	17 (11,89)



Implication de la communauté

Perception des parturientes

- Le niveau de connaissance de la GAC varie d'un site à un autre. Il peut aller de 20 % à 71 %.
- L'expression d'un sentiment de reconnaissance exprimé vis-à-vis du roi
- Une source d'information diversifiée et non généralisée
- Une sous information par rapport aux prestations liées à la gratuité



La GAC peut-elle être pérenne?

- Engagement politique
- Evidences scientifiques /Résultats probants
- Régionalisation
- Couverture médicale universelle (AMO, RAMED et AMI)



Conclusion

Conclusion

Les prestations de l'accouchement et de la césarienne sont gratuites

MAIS

certains frais restent parfois à la charge de la parturiente:

- ✓ Ordonnance à la sortie
- ✓ Transfert inter structure
- ✓ Transfert à partir du domicile

Conclusion

- La gratuité a **contribué** au renforcement de l'utilisation des services
 - TMS : 68% -82% (2008-2012)
 - Tx de césarienne:7-10% (2008-2012)
- L'équité reste à déployer au niveau rural et dans la catégorie la plus pauvre
- Le relationnel avec la parturiente et son entourage reste à améliorer.

Limites

- Absence d'études d'envergure antérieures sur l'évaluation de la gratuité
- Portée non généralisable de l'étude
- Données non toujours disponibles

Références

1. Ministère de la Santé, enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant: 2003-2004, PapFemm 2004, 70 p.
2. Ministère de la Santé, enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant: 1996-1997, Papchild 1999, 22 p.
3. BENSALD D (2006). Etude des déterminants de l'utilisation des maisons d'accouchement au Maroc.
4. Ministère de la santé, rapport de routine sur les indicateurs de la santé maternelle et infantile, 2012
5. Ministère de la santé. Plan d'Action Santé 2008-2012
6. Ministère de la Santé du Royaume du Maroc: Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale [EPSF 2011] Rabat, Direction de la Planification et des Ressources Humaines, 2012.



Remerciements

- **Population & Acteurs de santé**
 - Parturientes et leurs entourage
 - Prestataires et gestionnaires
 - Responsables stratégiques
 - Enquêteurs

- **Partenaires du projet techniques et financiers**
 - Union Européenne (PCRD 7)
 - Coordonnateurs et chercheurs FEMHealth.



Merci de votre aimable attention