

Royaume du Maroc
Ministère de la santé



المملكة المغربية
وزارة الصحة

Evaluation de l'impact de la politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne au niveau de six provinces au Maroc.

Nouveaux outils, nouvelles connaissances

Avril 2014





Coordonnateurs du projet :

Chakib Boukhalfa, Mina Abaacrouche et Abderrahmane Maaroufi

Equipe de chercheurs FEMHealth

WP 2 : Politique, Finance et économie de la santé

Volet Finance et économie de la santé de la politique de gratuité

- ✓ Chakib Boukhalfa
- ✓ Saloua Abouchadi
- ✓ Nadia Cunden
- ✓ Sophie Witter

Volet Evolution de la politique de gratuité

- ✓ Hind Filali

WP 3 : Effets sur le système de santé local

- ✓ Amina Essolbi
- ✓ Hafid Hachri
- ✓ Mohammed Ababou
- ✓ Fabienne Richard
- ✓ Bruno Marchal
- ✓ Karen Van der Veken
- ✓ Vincent De Brouwere

WP4 : Indicateurs de santé et la qualité des soins

Volet Quantitatif

- ✓ Bouchra Assarag
- ✓ Fatima Zahra Meski
- ✓ Veronique Vellippi
- ✓ Jenny Cresswell
- ✓ Carine Ronsmans

Volet Qualitatif

- ✓ Hind Filali
- ✓ Mohammed Ababou
- ✓ Isabelle Lange



Comité de rédaction

Chakib Boukhalfa Amina Essolbi Bouchra Assarag Hind Filali
 Saloua Abouchadi Fatima Zahra Meski

Comité de lecture

Carine Ronsmans
 Chakib Nejari
 Hafid Hachri
 Mina Abaacrouche
 Vincent De Brouwere
 Sophie Witter

Sommaire

Remerciements	
Acronymes	
Résumé	
Introduction	
Méthodes de recherche	
2.1- Choix des sites	
2.2- Collecte des données.....	
2.3- Analyse des données.....	
2.4- Considérations éthiques.....	
Résultats	
3.1- Evolution de la politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne.....	
3.2- Modalités et degré de mise en œuvre de la politique.....	
3.2.1- Niveau national.....	
3.2.2- Niveau local.....	
3.3- Effets de la PGAC.....	
3.3.1- Dépenses des ménages.....	
3.3.2- Utilisation et Équité dans l'accès à l'accouchement et la césarienne.....	
3.3.3- Qualité technique des soins obstétricaux et néonataux.....	
3.3.4- Conditions de prise en charge des parturientes.....	
Discussion	
Recommandations	
Conclusion	
Annexe	

Les points de vue exprimés dans le présent document sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux du ministère de la Santé



Remerciements

Nous tenons à remercier vivement, son excellence Monsieur le ministre de la Santé et Monsieur le Secrétaire Général du ministère de la Santé. L'ensemble de ce travail a été rendu possible grâce à leur soutien, et à leur disponibilité.

Nous remercions,

- Les directions centrales du ministère de la Santé (DHSA, DPRF, DA, DP) qui nous ont accordé leurs temps et leur écoute afin de réaliser cette recherche
- Les directions régionales : Chaouia-Ouardigha, El Gharb-Chrarda, Fès-Boulemane, Marrakech Tensift- El Haouz - Souss-Massa-Draa et Tanger- Tétouan,
- Les délégués de la santé et directeurs des hôpitaux au niveau des provinces de Settat, Kenitra, Sidi Kacem, Fès, Boulemane, El Haouz, Marrakech, Ouarzazate et Tétouan.
- Les directeurs du CHU de Fès, Marrakech et Rabat.

Nos vifs remerciements vont aussi aux parturientes et leurs familles qui ont accepté de participer à l'enquête en répondant à nos questions, ainsi qu'au personnel de santé participants aux différentes études de ce projet de recherche,

Nous tenons à remercier d'une façon spéciale nos partenaires internationaux pour leur excellente collaboration, leur sens de l'organisation et leur soutien continu dans la bonne marche des travaux de ce projet de recherche :

- ✓ University of Aberdeen (Impact), UK (coordinateur)
- ✓ Agence de Formation, de Recherche et d'Expertise en Santé pour l'Afrique (AFRICSanté), Burkina Faso
- ✓ Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD), Benin
- ✓ Institut de Médecine Tropicale, Belgique
- ✓ Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Burkina Faso
- ✓ London School of Tropical Medicine, UK
- ✓ MARIKANI, Mali

Pour plus de détails : www.abdn.ac.uk/femhealth



Acronymes

Ce travail été mené dans le cadre du projet FEMHealth (www.abdn.ac.uk/femhealth), grâce au financement du programme (FP7/2007-13) de la CE (projet 261449).

AMO:	Assurance Maladie Obligatoire
AMS :	Accouchement en Milieu Surveillé
BONC :	Besoins Obstétricaux Non Couverts
CERB :	Comité d'Éthique pour la Recherche Biomédicale
CHP :	Centre Hospitalier Provincial
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CPN :	Consultation Périnatale
CPP :	Consultation Post Natale
DHSA:	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
EDS:	Enquêtes Démographiques et de Santé
ENSP:	Ecole Nationale de Santé Publique
EPSF :	Enquête sur la Population et Santé Familiale
GAR	Grossesse A Risque
HTA :	Hypertension Artérielle
IEC :	Information, Éducation, Communication
IMT :	Institut de Médecine Tropicale
IOM :	Interventions Obstétricales Majeures
LSHTM :	École d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres
MA :	Maison d'Accouchement
MAD :	Dirham Marocain
MH :	Maternité Hospitalière
MSR :	Maternité Sans Risque
NA :	Naissances Attendues
NV :	Naissances Vivantes
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de La Santé

ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PA :	Paquet d'Activité
PGAC :	Politique de Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne
PNRMMI :	Plan National de Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile
PRMM :	Plan de Réduction de la Mortalité Maternelle
RAMED :	Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis
RMM :	Ratio de Mortalité Maternelle
SAMU :	Service d'action Médicale d'Urgence
SNIS :	Système National d'Information Sanitaire
SONU :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU :	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB :	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC :	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SPSS :	Statistical Package for the Social Sciences
SSB :	Soins de Santé de Base
SSL :	Système de Santé Local
TMI :	Taux de Mortalité Infantile
TMN :	Taux de Mortalité Néonatale
TMPN :	Taux de Mortalité Post Natale
UMM :	Unité Médicale Mobile

Résumé

Les résultats de l'Enquête sur la population et la santé familiale 2003-2004, soulèvent le coût de l'accouchement comme étant un des obstacles majeurs à l'accès aux services de maternité. En 2008, le ministère de la santé met en œuvre un plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle (PRMM) qui prend en compte cette barrière financière en rendant l'accouchement et la césarienne gratuits au niveau des hôpitaux publics à partir de fin 2008. Cette politique permet à toute parturiente d'avoir accès aux soins obstétricaux gratuits, quelque soit son statut socioéconomique. En 2012, le paquet de soins gratuit a été élargi et renferme les prestations de l'accouchement et de la césarienne, le bilan biologique standard, la prise en charge des complications obstétricales de la parturiente au cours de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum, et la prise en charge du nouveau-né. Cette décision prise pour faciliter l'accès universel aux soins obstétricaux peut avoir des effets positifs et négatifs sur le système de santé local et il est nécessaire de les évaluer afin d'éventuellement adapter la politique.

L'objectif de la recherche FEMHealth est de déterminer si la politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne (PGAC) a permis d'augmenter l'accès aux soins obstétricaux et d'accroître l'équité de cet accès, ce qui supposerait une réduction des charges financières assumées par les ménages. Nous nous sommes également interrogés sur le coût de la politique et les capacités du système local de santé à se l'approprier. Il s'agissait également de documenter tous ses effets sur les différentes ressources, la communauté et la qualité des soins.

Pour tenter de répondre à cet objectif, nous avons mené une recherche évaluative transversale, mixant les méthodes quantitative et qualitative. Cette recherche couvre le niveau national pour l'analyse de la politique et du financement de la gratuité, et au niveau local, elle a été réalisée au niveau de six délégations sanitaires provinciales/préfecturales (DSP) avec leurs hôpitaux de référence, sélectionnées sur la base d'un certain nombre de critères. La durée de la recherche a été de 3ans.

Les principaux résultats de l'étude ont montré que la gratuité de l'accouchement et de la césarienne a été mise en œuvre de manière effective avec une formulation certes claire de ses objectifs globaux mais une définition peu établie du contenu de la politique à son démarrage (paquet, population cible, partie prenante et responsabilité ...etc.). La PGAC a probablement contribué au renforcement de l'utilisation des maternités hospitalières, en allégeant principalement la charge financière des parturientes et de leur entourage. Néanmoins, certains frais restent à la charge des parturientes, tel le coût médian de l'ordonnance à la sortie (313 MAD), et ceux liés au transfert inter structures pour certaines parturientes et à partir du domicile (entre 50 à 150 MAD).

Les disparités d'accès aux soins parmi les catégories socio-économiques ont été réduites, mais les évidences produites ne nous permettent pas d'attribuer ce constat à la PGAC, notamment en matière d'accès à la césarienne.

Concernant les besoins obstétricaux et néonataux non couverts, nous avons constaté au niveau des sites étudiés une couverture suffisante pour répondre aux complications obstétricales qui menacent la vie de la mère et du nouveau-né.

Pour approcher la qualité de prise en charge des femmes ayant accouché en milieu hospitalier, notamment les femmes et les nouveau-nés en état de near-miss, nous avons utilisé les scores d'omission (moyenne des indicateurs de qualité omis lors des différentes étapes de l'accouchement). Le constat dans les hôpitaux sites de l'étude a montré que la prise en charge de la mère est acceptable sur le plan technique, mais reste déficiente sur le plan relationnel. Le nouveau-né reste le parent pauvre de cette prise en charge.

L'augmentation de la charge de travail a été ressentie et semble avoir engendré une diminution de la satisfaction du personnel.

Au terme des constats émis, nous pouvons dès lors établir les forces et les limites de la politique et présupposer de sa pérennité. Ses forces sont relatives à la façon dont cette politique a été documentée, à ses sources scientifiques, au contexte social dans lequel elle a eu lieu et à la mobilisation financière qu'elle a suscitée. Pour leur part, ses limites réfèrent à une définition insuffisamment explicite du contenu du paquet de soins et du ciblage de la population, ainsi qu'à travers le processus d'information mis en place envers la population et le personnel.

En matière de pérennité, le suivi et l'évaluation permettent d'assurer les correctifs nécessaires.

Par ailleurs, la pérennité de la PGAC reste dépendante de sa confrontation avec l'instauration du RAMED et de la mise en place d'un système d'assurance pour les indépendants et les professions libérales.

Un autre élément lié à la pérennité a trait à son intégration souhaitée dans le processus de régionalisation.

Sur le plan financier, il est à noter que les activités du plan d'action relatif à la RMMI ne mobilisent que 2.8 % du budget global du ministère de la Santé. Et donc, si cette part est en mesure d'être reproduite, elle est susceptible de constituer un élément en faveur de la pérennisation de la politique.

La pérennité est également conditionnée par le degré d'appropriation de la politique dans les pratiques des professionnels de santé.

Enfin, rappelons que la portée de cette évaluation reste circonscrite aux sites de l'étude et que ses résultats restent non généralisables. Le défi à relever serait de mener d'autres études qui mettent en lien la pérennité de la PGAC dans un environnement qui tend à instaurer la couverture médicale universelle de la santé.

Executive summary

The results of the 2003-2004 population and family health survey identified the cost of delivery as being one of the major obstacles for access to maternity services. In 2008, the Ministry of Health implemented a plan for accelerating the reduction of mortality maternal (PRMM) which tackles this financial barrier by making delivery and caesarean section free in public hospitals from the end of 2008. This policy allows any woman giving birth to have access to free obstetric care, regardless of her socio-economic status. In 2012, the free care package was extended to include delivery and caesarean section, the standard biological check-up, management of obstetric complications of the woman during pregnancy, delivery and the postpartum period, and care for the newborn. The decision to facilitate universal access to obstetric care can have both positive and negative effects on the local health system and it is necessary to evaluate them in order to adapt the policy as required.

The objective of the FEMHealth research is to determine whether the free delivery and caesarean section policy (PGAC) helped increase access to obstetric care and to increase the equity of access, which implies a reduction in the financial burden for households. We also considered the cost of the policy and the capacity of the local health system to take ownership of the policy. The objective was also to document the effects of the introduction of the policy on the various resources, the community and on quality of care.

To meet this objective, we conducted a cross-sectional evaluative research combining quantitative and qualitative methods. This research was conducted at national level for the analysis of the free care policy and its funding, and at the local level, it was conducted in six provincial/prefectural health delegations (DSP) with their referral hospitals, selected on the basis of a number of criteria. The research lasted 3 years.

The main results of the study showed that the free delivery and caesarean section policy was implemented in an effective manner with a clear formulation of its overall objectives but little definition of the detailed content of the policy at its start (package, target population, stakeholder and responsibility... etc.). The PGAC probably contributed to an increase in the use of hospital maternity wards, substantially alleviating the financial burden on women and their families. However, some charges remain payable by the women and their families, such as the cost of the prescription at the time of discharge (median cost 313 MAD), and those associated with the inter-facility referrals for some women and from home (between 50 to 150 MAD).

The disparities in access to care among socio-economic groups have been reduced, but the evidence produced does not allow us to attribute this finding to the PGAC, particularly regarding caesarean section.

Regarding unmet obstetric and neonatal needs, we found at the study sites that coverage is sufficient to respond to obstetric complications that threaten the lives of mothers and the newborn.



To assess the quality of care for women who gave birth in a hospital, including women and the newborn who experienced a near-miss, we used omission scores (average of quality indicators omitted during the various stages of childbirth). It was noted in the study site hospitals, that care for the mother is acceptable technically, but remains deficient in terms of relations between staff and patient. Care for the newborn remains unsatisfactory.

An increase in workload was perceived and appears to have led to a decrease in staff satisfaction.

Given these findings, we can therefore establish the strengths and limits of the policy and assess its sustainability. Its strengths include the way this policy was documented, its evidence base, the social context in which it occurred and the financial mobilization it generated. With regards to the limits, they include an insufficiently explicit definition of the contents of the care package which blurs the information between both the population and the staff providing care and an insufficient targeting of the population.

The policy can be sustainable with good monitoring and evaluation, leading to any necessary corrections. Sustainability of the PGAC is also dependent on its compatibility with the establishment of RAMED as well as an insurance system for the self-employed and professional occupations. The policy will also need to be integrated into the regionalization process if it is to be sustained.

For financial sustainability, it should be noted that the activities of the RMMI action plan require only 2.8% of the overall budget of the Ministry of Health. If this proportion is confirmed nationally, it is likely to be an element in favour of the continuation of the policy. Sustainability also depends on the degree of ownership of the policy by health professionals.

Finally, it should be noted that the scope of this evaluation remains limited to the study sites and that its results are not necessarily generalizable. There is therefore a need to conduct other studies that assess the sustainability of the PGAC in other environments.

1. Introduction

La mortalité maternelle et néonatale constitue une problématique importante au Maroc. En 2003, l'enquête sur la population et la santé familiale (EPSF) révèle que le ratio de mortalité maternelle est de 227 pour 100 000 NV et que le quotient de mortalité néonatale est de 27 pour 100 000 NV. La barrière financière, mentionnée par 74% des femmes constitue le principal obstacle rencontré pour accéder aux soins de santé et obtenir un traitement, auquel s'ajoutent la distance à parcourir pour atteindre un établissement de santé (60 %) et l'obligation de prendre un moyen de transport (56%).

L'abolition du paiement des soins pour les accouchements et les soins obstétricaux d'urgence (SOU) constitue donc une des politiques introduites par plusieurs pays africains dans le but d'améliorer l'accès aux soins pour la mère et le nouveau-né. Mais peu de choses sont connues sur l'efficacité opérationnelle de ces politiques et leur impact sur la santé maternelle et néonatale.

En 2008, la politique de la gratuité de l'accouchement et de la césarienne (PGAC) a été instaurée au Maroc. Rappelons que la gratuité était toujours effective au niveau des SSB et que l'accouchement et la césarienne étaient supposés être pris en charge gratuitement en milieu hospitalier pour les personnes présentant un certificat d'indigence. Pour obtenir des données probantes concernant l'impact de cette politique, le Maroc a rejoint le projet FEMHealth à l'instar du Bénin, du Burkina Faso et du Mali¹. Ce projet se fixe pour objectifs de renforcer l'évidence scientifique et d'orienter la décision politique notamment à travers la dissémination des résultats. L'adhésion à la Communauté de pratique «Accès financier aux services de santé» (CoP AFSS), dans le cadre de cette recherche, constitue une approche novatrice pour favoriser les interactions entre chercheurs et décideurs.

Ce document rappelle comment la PGAC au Maroc a été élaborée et mise en œuvre et quels ont été ses effets sur le système de santé local, le personnel, l'utilisation des services, les dépenses des ménages, la motivation du personnel, la qualité et l'équité pour l'accès aux soins, ainsi que les effets sur les services hospitaliers non-ciblés.

¹ -Protocole projet FEMHealth

2. Méthodes de recherche

Il s'agit d'une étude multicentrique, transversale et évaluative réalisée sur une durée de 36 mois (janvier 2011- décembre 2013)

Quatre axes ont été étudiés (PA²) : i) le financement de la politique et son impact sur les dépenses des ménages et le système de santé, ii) l'évolution de la prise de décision de la PGAC, iii) les modalités et le degré de mise en œuvre de la politique et ses effets sur le système local de santé, iv) l'accès et la qualité de soins en contexte de gratuité.

2-1. Choix des sites

Les provinces éligibles répondent aux critères suivants : le nombre d'habitants supérieur à 150.000, un minimum de 50 césariennes réalisées par an avant la politique de gratuité. Sur cette base, un certain nombre de variables a été retenu pour choisir les sites d'étude. Il s'agit de la distance de la population par rapport aux structures de santé, l'indice de pauvreté et le niveau d'utilisation des structures sanitaires avant la mise en œuvre de la politique (Taux d'AMS et Taux de césarienne).

Ainsi, six sites ont été retenus. Il s'agit de Tétouan, Settat, El Haouz, Ouarzazate, Boulemane, Sidi Kacem. Ces sites comprennent cinq CHP et un CHR. Le CHR de Kénitra ainsi que les CHU de Marrakech et de Fès ont été rajoutés, comme hôpitaux de référence, respectivement pour les CHP de Sidi-Kacem, El Haouz et Boulemane.

2-2. Collecte des données

Le tableau suivant (Tableau 1) synthétise les principaux éléments liés au recueil de données.

2- PA désigne la dénomination retenue dans le projet FEMHealth sous le terme « Paquet d'activité » pour référer aux axes d'étude.

Tableau 1 : Outils de collecte de données par axe d'étude.

PA	Outils	Niveaux	Aspects étudiés	Sources de recueil/ échantillon
Volet « Économie et Finance »	Suivi des flux financiers	National, Régional, Provincial	Budget et dépenses globaux Budget et dépenses par province et par structure Dépenses en kits Répartition du budget et des dépenses par province et par structure Dépenses et ressources de l'hôpital Indicateurs de performance (données agrégées au niveau national, régional, provincial) Régularité et suffisance des fonds reçus par les établissements	Au niveau national (DHSA, DP, DA, DPRF) Au niveau local : 6 régions, 6 provinces et 6 hôpitaux.
	Entretiens de sortie avec les parturientes	CHU CHR CHP CSMA	Caractéristiques des ménages et leurs dépenses en pourcentage de consommation. Dépenses liées à l'accouchement (à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux.) Itinéraire thérapeutique et délais pour accès aux soins. Connaissance de la politique. Perception des femmes de la qualité des soins reçus et leur préférence pour l'établissement de santé.	973 femmes au niveau de 2 CHU, 2 CHR, 5 CHP, et 3 centres de santé avec module d'accouchement urbain et rural.
	Entretiens avec le personnel de santé	CHU CHR CHP	Charge de travail Sources de revenus Motivation au travail Connaissance de la politique. Perception sur la politique	187 personnels de santé (Gynécologues, sages femmes, médecins anesthésistes / réanimateurs, pédiatres résidents, infirmiers anesthésistes et infirmières accoucheuses 2 CHU, 2 CHR et 5 CHP.
Volet « politique »	Entretiens qualitatifs auprès des acteurs/ intervenants dans la prise de décision de la politique	Organismes internationaux, ministère de la Santé, ONGs, associations	Déterminants du changement de politique Rôle des bailleurs de fonds et des agences internationales dans ce processus Dynamiques enclenchées autour de la question Représentations en termes d'appropriation de la réforme Problèmes identifiés dans la mise en œuvre Suggestions	13 entretiens
	Revue de littérature sur l'évolution de la politique de gratuité au Maroc	Au niveau national et international	Retracer le processus de la prise de décision de la gratuité à travers les écrits sur la question.	Documents officiels Rapports Articles

Volet « Effets de la politique sur le système de santé local »	Entretiens semi-directifs, Outils de collectes de données quantitatives (Rétrospectives, prospectives, observation, documents et formation) Revue documentaire	CHU CHR CHP CSMA	EMEP/POLIAS (Evaluation de la mise en œuvre de la politique)	110 entretiens (Équipe cadre région, membres de l'équipe-cadre de la délégation, équipe-cadre de l'hôpital, cadre gestionnaires de la maternité et prestataires au niveau de la maternité et bloc opératoire, Médecin-chef et infirmier chef du centre, major CS, représentants de la commune,)
	Entretiens semi-directifs, Outils de collectes de données quantitatives (Rétrospectives, prospectives, observation, documents et formation) Revue documentaire	CHU CHR CHP CSMA	CEP /POEM- Cartographie des effets de la politique	110 entretiens (les mêmes personnes ont été interviewées pour le POLIAS et le POEM)
	Entretiens semi-directifs,	2 Sites	Évaluation réaliste	28 entretiens parmi ceux de EMEP et CEP (Equipes cadres des régions, délégations et hôpitaux cadres gestionnaires de la maternité et prestataires au niveau de la maternité et bloc opératoire)

Volet « Accès et qualité »	Questionnaire near-miss maternels ³ et near-miss néonataux ⁴ : -Indicateurs de qualité des parturientes ⁵⁻⁶	CHP CHU CHR	- Mesurer l'incidence des near miss maternels dans la communauté et son évolution dans le temps; - Mesurer l'incidence des near miss néonataux; - Documenter la qualité des soins prodigués aux parturientes	Toutes les parturientes originaires de Sidi Kacem (1 CHU, 1 CHR et 2CHP,) El Haouz (1 CHU, 1 CHR et 1 CHP) et Tétouan (1 CHU et 1 CHP) : - Femmes near-miss, décès maternels, nouveaux-nés near-miss, morts nés, décès néonataux précoces intra hospitaliers - Femmes césariées et femmes ayant eu un accouchement normal et moins compliqué Période: du 1er février 2012 jusqu'à 31 janvier 2013.
	Questionnaire Besoins obstétricaux non couverts (BONC)	CHP CHR CHU Cliniques privées	Déterminer si la gratuité des soins a permis de réduire les besoins obstétricaux non couverts	Toutes les femmes originaires de Boulemane et Ouarzazate ayant subi une intervention obstétricale majeure et/ou décédées pendant la grossesse (>28ème SA) ou en post-partum (<42 j après l'accouchement) au niveau de 6 CHP, 1 CHR, 2CHU et 14 Cliniques privées Période : 2008 et 2011
	Analyse secondaire des données EDS et SNIS	National	Déterminer si la gratuité des soins a contribué à accélérer l'augmentation des accouchements en milieu surveillé et à améliorer l'équité d'accès pour les plus démunies.	Période : 1987-2011

3 - Critères d'identification des near-miss maternels:

-Sahel et al, 2001 [1]

Critères cliniques

-OMS

Critères de dysfonctionnement d'organe

-Anémie

4 - Critères d'identification de near-miss néonataux :

-OMS

5 - 7 indicateurs de mesure de la qualité des soins couvrent le traitement et le suivi de la femme au cours de son séjour à l'hôpital et à sa sortie.

Quelque soit le mode d'accouchement, nous avons pris comme dénominateur, les naissances vivantes non gémellaires. Les critères de qualité étaient: la mesure de la pression artérielle, la mesure des Battements Cardio-Fœtaux, l'utilisation du partogramme, la mesure du pouls, la révision utérine et la prise de température. Nous avons utilisé le terme d'indicateur omis pour construire le score d'omission, ce dernier étant la moyenne d'indicateurs omis ou non, effectué à l'hôpital.

Pour les femmes ayant eu une césarienne, les critères de qualité sont les suivants : la prophylaxie en oxytocine, la prophylaxie en antibiotiques, la mesure des Battements Cardio-Fœtaux avant l'anesthésie, la mesure du pouls, la prise de pression artérielle après accouchement, le contrôle de la respiration et le contrôle de l'hémoglobine. Le concept du nombre d'indicateurs omis reste utilisé. Pour le nouveau-né, le dénominateur reste les naissances vivantes non gémellaires. Les critères de qualité sont l'APGAR, la couleur du bébé, la respiration, la mise au sein, la mesure de la température, les BCF à l'admission. Un score d'omission a été calculé.

6-Un score d'omission a été calculé, il désigne la moyenne des indicateurs omis pour évaluer la qualité de prise en charge des parturientes et des nouveaux-nés.

Volet qualitatif	Entretiens approfondis à domicile avec les near-miss maternels et leur entourage.	A domicile	Identifier les obstacles à la qualité des soins tels que vécus et représentés par les near miss.	15 à Sidi Kacem 15 à El Haouz
	Observations des maternités hospitalières et entretiens informels avec le personnel	CHP CHU		Sidi Kacem El Haouz Marrakech Période : 1 Mars au 15 avril 2013 20 Mai au 9 juin 2013

En ce qui concerne la qualité des données, précisons qu'elles ont été recueillies par des enquêteurs formés et supervisés. Les outils de recueil ont fait l'objet d'un pré test. La saisie des données quantitatives a été faite en double entrée sur logiciel Epi info. Le contrôle de cohérence et le nettoyage des bases de données ont été réalisés.

En matière de fiabilité, il est apparu que la nature auto déclarative (biais mémoire) de certains outils constitue une limite en elle-même. Par ailleurs, des contraintes sont apparues telle l'indisponibilité de certaines données financières relatives aux dépenses réelles de la PGAC et la résistance de certains professionnels à collecter l'information notamment celle en rapport avec la disponibilité du personnel. La multiplicité des sources des données a compliqué le choix d'information fiable en raison de la diversité de sources officielles pour un même indicateur. L'exactitude et la complétude des informations enregistrées dans les divers documents et registres ont constitué également une contrainte majeure.

2-3. Analyse des données

Cette partie décrit le plan d'analyse par axe d'étude.

Axe 1 : Financement de la politique et son impact sur les dépenses des ménages et le système de santé

Le plan d'analyse a fixé comme résultats attendus de :

- ✓ Estimer les dépenses des ménages liées à l'accouchement et les rapporter aux dépenses totales des ménages, selon le type d'accouchement et le quintile de bien-être⁷;
- ✓ Examiner d'une part les changements des habitudes du personnel en termes de charge de travail (nombre d'accouchements, heures de travail) et de salaire et d'autre part leur perception à propos de la politique⁸;
- ✓ Retracer l'évolution temporelle des flux financiers alloués à la politique de gratuité, analyser les besoins de financement de la politique, ses sources de financement et sa pérennité⁹.

7- Rapport « Entretien à la sortie avec les parturientes ».

8- Rapport « Entretien avec les prestataires de soins ».

9- Rapport « Le suivi des flux financiers ».

L'analyse des données recueillies par les questionnaires "parturientes" et "personnels" a été menée par logiciel Excel 2007 et SPSS version 20. Les données relatives au suivi des flux financiers ont été analysées par Excel 2007.

Axe 2 : Évolution de la politique de gratuité

S'appuyant sur les documents et les entretiens, une chronologie des principaux événements menant à la décision politique et à sa mise en œuvre a été élaborée. Ceci a permis de retracer les événements, les influences, les acteurs et les décisions, au niveau national et international, entrevus comme ayant influencé le processus décisionnel. Nous avons également pris en compte les incidents qui ont eu un impact sur la politique, tant dans ses aspects d'élaboration que d'implantation.

L'analyse de contenu sur le matériel constitué par l'ensemble des transcriptions d'interviews a permis de faire émerger les thèmes récurrents et de classer les données. Une première lecture attentive du matériel de recueil a permis de procéder à ce listing de thèmes clés et sur cette base de générer des schémas explicatifs¹⁰.

Axe 3 : Degré de mise en œuvre de la politique et ses effets sur le système local de santé

Pour décrire et analyser les effets d'une politique donnée sur le système de santé local, nous avons procédé en plusieurs étapes :

- ✓ La politique telle que planifiée ;
- ✓ La politique telle que mise en œuvre dans la réalité¹¹ et en comparaison avec ce qui était prévu ;
- ✓ L'évaluation de l'efficacité de la politique sur les services et populations ciblées (résultats attendus) ; le changement dans l'offre de soins des services ciblés¹² ;
- ✓ L'évaluation des effets sur les services et populations non ciblées ;
- ✓ L'évaluation des changements au niveau des ressources injectées dans le système de santé local (ressources financières, médicaments, consommables, équipement et également le système d'information sanitaire) ;
- ✓ L'évaluation des changements au niveau des ressources humaines (prestataires de soins et chefs d'unité) ;
- ✓ La description des effets de la politique sur la fonction de stewardship ;

L'analyse des dynamiques et interfaces entre les différents blocs : il s'agit d'un essai de compréhension des causes et effets attendus ou non attendus¹³.

10- Rapport « Entretiens qualitatifs auprès des acteurs ».

11 -Rapport « Evaluation de la mise en œuvre de la politique».

12- Rapport « Cartographie des effets de la politique».

13- Rapport « Evaluation réaliste ».

L'analyse a été effectuée au moyen du logiciel informatique N-VIVO 10 et Excel.

Tout changement observé dans la première partie descriptive est mis en relation avec des changements possibles au niveau des fonctions centrales (ressources humaines et stewardship)

Axe 4 : Accès et qualité de soins en contexte de gratuité

L'effet de la PGAC sur l'accès et la qualité des soins a été étudié à travers l'analyse secondaire des données DHS, l'analyse des besoins obstétricaux non satisfaits et l'évaluation de la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés. Dans notre étude, le concept de morbidité grave comprend principalement les cas de «near-miss» maternels et néonataux et de césariennes réalisées en urgence.¹⁴

Le plan d'analyse a fixé comme résultats attendus de :

- ✓ Étudier l'évolution, de 1987 à 2011, de l'utilisation des services des soins obstétricaux à travers le taux d'AMS et le taux de césariennes selon le quintile de bien-être, le milieu de résidence (urbain / rural) et le lieu d'accouchement (public/privé)¹⁵ ;
- ✓ Identifier et mesurer d'éventuels déficits en interventions obstétricales majeures (taux repère d'IOM), avant et après la mise en place de la PGAC;
- ✓ Évaluer la distribution des scores d'omission des indicateurs de la qualité de prise en charge des parturientes et des nouveaux-nés selon le mode d'accouchement et le type de complications ;
- ✓ Comprendre le cheminement des femmes near-miss et recueillir leurs représentations sur les soins reçus et les difficultés rencontrées¹⁶ ;
- ✓ Évaluer la qualité des soins reçus à travers l'observation continue de la prise en charge des parturientes¹⁷.

L'analyse des données quantitatives recueillies par les questionnaires a été menée par logiciel Stata version 12. Les données qualitatives issues des entretiens auprès des femmes near-miss à domicile ont fait l'objet d'une analyse de contenu, à savoir une analyse verticale par femme et par site et une analyse horizontale qui a permis de compléter les catégorisations thématiques dégagées. Quant aux entretiens menés auprès du personnel, leur analyse a été effectuée au moyen du logiciel informatique N-VIVO 10. Les informations issues des observations ont été répertoriées dans des fichiers Excel afin de rendre leur analyse plus crédible et permettre la comparaison entre les deux sites. De plus, nous avons eu recours à une analyse chronologique du déroulement des observations dans chaque site à travers les rapports quotidiens et les rapports finaux effectués.

14- Nous avons choisi d'étudier la morbidité grave, car sur le court terme, le nombre des décès maternels et néonataux n'est pas suffisant pour tirer des conclusions statistiques. Je crois que c'est vrai pour les décès maternels mais pas pour les décès néonataux. Au niveau national on en a plus de 2000 par an au niveau des hôpitaux.

15- Rapport quantitatif « Effets sur la qualité et l'accès aux services de soins »

16- Rapport qualitatif « Near-miss »

17- Rapport qualitatif « Observation et entretien avec personnels et parturientes »

Une triangulation a ainsi pu être réalisée par complémentarité entre données qualitatives et quantitatives et les résultats entre les différents paquets d'activités.

2-4 Considérations éthiques

Le protocole du projet FEMHealth a fait l'objet d'une évaluation éthique par le Comité d'Éthique pour la Recherche Biomédicale (CERB) de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat et, L'LSHTM et IMT pour des volets spécifiques. Après avoir reçu son approbation favorable en janvier 2012¹⁸, la collecte sur le terrain a commencé en février 2012.

La confidentialité a été maintenue à l'égard des données recueillies par le respect de l'anonymat des diverses identités sollicitées pour la conduite d'interviews. Une fiche d'information écrite et un formulaire de consentement éclairé ont été fournis aux personnes sollicitées pour entretiens et questionnaires.

18- n° 28 du 13 janvier 2012



RÉSULTATS



3. Résultats

3.1 Evolution de la politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne¹⁹

Depuis plusieurs années, la réduction de la mortalité maternelle constitue une priorité pour le gouvernement marocain. Ainsi depuis 1987, la santé maternelle et infantile a fait l'objet de recherche d'outils opérationnels et d'investissements conséquents. On peut citer, le projet néonatal au niveau de la région Souss Massa Draa, l'audit des soins obstétricaux au niveau de trois maternités hospitalières de la région Marrakech Tensift El Haouz (1998-2000), l'audit des near miss maternels à Tétouan et Sidi Kacem (1998-2000), et également la production d'un manuel de SONU (MS 2000), destiné au premier échelon. Aussi, en 2002, on a pu noter une amélioration sur le plan national de la disponibilité, l'utilisation et la qualité des SOU.

En 2004, un système de monitoring des indicateurs, des ressources et des besoins a été mis en place. La mobilisation sociale, le plaidoyer et le partenariat se sont également déployés autour de la maternité sans risque, à travers notamment, l'élaboration d'un programme conjoint du ministère de la Santé et des agences des Nations Unies; la priorité accordée à la lutte contre la mortalité maternelle et infantile dans les projets de coopération, la mobilisation des sociétés savantes, l'adaptation des directives cliniques, l'élaboration d'algorithmes, l'élaboration des normes de transfert, l'IEC autour de la MSR. En 2007, un kit d'accouchement et/ou d'épisiotomie par parturiente a été mis à la disposition des structures d'accouchement. Cependant, malgré tous ces efforts, force est de reconnaître que la stratégie de maternité sans risque semble s'être soldée par une stagnation du ratio de mortalité maternelle.

Par ailleurs, rappelons que l'EPSF de 2003 révélait que la barrière financière était mentionnée par 74% des femmes. L'hypothèse était donc que l'abolition des tarifs de soins en la matière devait contribuer à une amélioration de l'accessibilité aux structures de santé et donc à l'augmentation des accouchements en milieu surveillé, d'autant que la majorité des décès survenaient hors structures. Le taux des accouchements en milieu surveillé est de 95% parmi la population dont le quintile de bien-être est le plus élevé et de 29% pour celles dont le quintile de bien-être est le plus faible. Pour la césarienne, 16% pour la première catégorie contre seulement 1.5% chez la seconde. La même enquête a révélé 46 % de non-recours aux maternités par manque de transport et 63 % d'accès à un personnel qualifié.

Une étude qualitative en 2006 sur les déterminants de la sous-utilisation des maisons d'accouchement confirme pour sa part le rôle de la pauvreté, de l'enclavement et du comportement des professionnels dans la sous-utilisation des maisons d'accouchement²⁰.

Rappelons aussi que le 5^{ème} OMD prévoit une réduction des décès maternels de 75% entre 1990 et 2015 ; le Maroc en tant que signataire de cette charte internationale s'est pour sa part engagé à réduire, d'ici 2015, la mortalité maternelle des trois quarts.

¹⁹ - Rapport « Evolution de la PGAC au Maroc »

²⁰ - Ministère de la Santé 2006, Etude des déterminants de l'utilisation des maisons d'accouchement au Maroc

En 2008, le plan de réduction de la mortalité maternelle et infantile est adopté et intègre la politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne au niveau hospitalier. La lecture faite par les détenteurs d'enjeux sur les facteurs qui ont mené à cette décision réfère à sa nature politique, dans un « climat » qui lui était favorable : appui du premier ministre, pression sociale, ambition personnelle d'une ministre femme et politique. Parmi ces acteurs, certains se réfèrent au processus interne au ministère, à savoir le transfert du « dossier de lutte contre la mortalité maternelle » d'une direction à une autre, d'autres à une recherche réussie de financement²¹.

Dans le même temps, l'extension de la couverture pour tous, à travers l'AMO en 2006 et le RAMED en 2012, est confirmée.

3.2- Modalités et degré de mise en œuvre de la politique

Cette dimension a été étudiée à deux niveaux, national et local.

3-2-1 Niveau national

L'adoption stratégique de la PGAC a été instaurée à travers le plan national de l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile 2008-2012 (PNRMMI).

a-Les principes ayant présidé à la conception de la PGAC, selon les acteurs stratégiques, ont tenté de répondre à plusieurs préoccupations : la réduction de la barrière financière liée au transport, une mise à niveau des structures d'accueil, en termes de disponibilité de kits d'accouchement et de médicaments, l'exigence d'une référence entre deuxième et troisième niveau, l'adhésion des acteurs (en particulier les prestataires et les gestionnaires des hôpitaux de référence)²².

Une préoccupation majeure, sur le plan stratégique, a été de garantir le financement de cette politique. À cet effet, des négociations entre le ministère de la Santé et le ministère des Finances ont permis de débloquer un montant de 1 379 765 000 MAD sur 5 ans dédié au PNRMMI 2008-12, cette dynamique ayant été qualifiée par les acteurs concernés de véritable plaidoyer.

b-Concernant sa formulation, la PGAC apparaît comme une activité de l'action 84 intitulée « Gratuité des soins obstétricaux et néonataux/SONU ». Cette activité comporte deux principales sous activités : la mobilisation de fonds nécessaires pour la subvention des hôpitaux et la diffusion d'une circulaire ou note ministérielle²³.

c-Le paquet prévu par la PGAC, a été clarifié et modifié au fur et à mesure en fonction des réactions des acteurs locaux. Il englobe l'exemption des frais liés à l'accouchement et aux complications éventuelles y compris la césarienne, l'octroi de kits d'accouchement, de médicaments vitaux, de produits sanguins labiles, le bilan biologique standard et également le

21- Rapport « Evaluation de la mise en œuvre de la politique »

22- Rapport « Entretiens qualitatifs auprès des acteurs »

23-Ministère de la Santé du Royaume du Maroc (2008) Plan d'action santé 2008-2012: réconcilier le citoyen avec son système de santé, Ministère de la Santé, Rabat.

transfert inter structures. Un montant majoritaire de 782 400 000 MAD est prévu pour financer le fonctionnement et l'investissement de la gratuité des SONU (Annexe 1). L'estimation du manque à gagner a été calculée sur la base des recettes effectuées par les hôpitaux. En 2006, les hôpitaux ont réalisé 284 525 183 MAD de recettes propres dont 24% provenaient des accouchements. Ainsi, le manque à gagner a été estimé initialement à 68 000 000 MAD.

D'autres actions du plan de RMMI telles que présentées dans le tableau ci-dessous (Tableau 2), ont parallèlement, accompagné et renforcé cette mise en œuvre.

Tableau 2: Budget mobilisé pour renforcer la PGAC (En millions de MAD)

Actions	2009	2010
Subvention des hôpitaux	68	75.5
Mise à niveau des MH et MA	40	77
Kits d'accouchement et médicaments vitaux	63,6	63,6
Dépistage des GAR et acquisition de VTT (plan santé rurale)	20	147
Achat d'ambulances	15	20
Renforcement de la filière de néonatalogie	4	23
SAMU obstétrical rural	0,6	2.97
Communication	-	3.4
Total	211,2	412,47

Source : Rapport « Suivi des flux financiers »,

d-Le lancement de la politique s'est effectué par la diffusion de la circulaire ministérielle n° 108 du 11 décembre 2008 qui a pour objet « l'instauration de la gratuité de l'accouchement et de la césarienne au niveau de tous les hôpitaux publics à l'échelon national ». Des réunions ont été organisées au préalable avec les équipes régionales et provinciales pour présenter le PNRMMI.

e-En matière de suivi évaluation: Des réunions de la commission nationale permanente ont été tenues et des supervisions ont été effectuées par l'équipe centrale et un bilan annuel du plan de RMMI a également contribué à ce processus de suivi et d'évaluation.

f- En matière de l'adéquation de la PGAC, suite à l'élaboration de cette stratégie, il nous a semblé pertinent de recueillir les perceptions des acteurs stratégiques.

Cette politique ne réduirait pas pour autant le risque de complications, « parce qu'elle oblige la femme à suivre un circuit donné qui ne correspond pas à ses possibilités d'accès ni à son état d'urgence ».

La stratégie telle que conçue ne prendrait pas en compte les non-utilisatrices : aucune action, selon certains interviewés, ne les ciblerait.

Le «déficit» hospitalier ressenti, malgré l'octroi de subventions, est expliqué par la mésinterprétation du personnel du bureau des admissions.

L'action relative à l'observation des femmes, durant le séjour de 48h après l'accouchement: elle est entrevue par certains interviewés comme une illustration de la « *contradiction du discours* », à savoir celui tenu par les instigateurs de la PGAC : « *ceci a engendré beaucoup de nuisance, beaucoup de difficultés et beaucoup de problèmes et là, on a pu effectivement avoir deux femmes sur le même lit ou des parturientes qui étaient hospitalisées dans d'autres services* »
 Contradiction en ce sens que la PE est décidée pour faciliter l'accès et donc l'acceptabilité du recours au milieu surveillé.

Il a également été rappelé qu'une tendance à l'accroissement de l'accouchement en milieu surveillé s'est produite avant même la mise en œuvre de la politique et la question s'est donc posée de savoir quelle part reconnaître à un effet potentiel de la politique de gratuité.

L'augmentation du recours pour accouchement en milieu surveillé, mais dans un schéma-hôpital centrique un plus grand court-circuitage des structures ambulatoires ; certaines maisons d'accouchement sont alors « *non fonctionnelles, pourvues de 3 ou 4 sages-femmes.* »

Une baisse de la qualité, en raison même de l'accroissement du recours.

L'augmentation du taux de césariennes, et il est rappelé que trop important, il peut être dangereux.

Bien que la mise en œuvre du SAMU obstétrical rural ne relève de la PGAC que de manière indirecte, les acteurs interviewés estiment qu'elle se devait d'intégrer la dimension relative à la prise charge des nouveau-nés.

La réduction des délais pour procéder aux césariennes, ne serait-ce qu'à travers le temps auparavant consacré à l'achat du petit matériel : « *pas comme avant où les gens devaient aller acheter le fil, etc..* »

La corruption est également considérée comme pouvant s'aggraver avec l'application de la PGAC, en raison de la surcharge de travail et des pratiques antérieures.

La réduction du coût pour les ménages : certains interviewés considèrent que la PGAC a provoqué un coût accru pour les ménages en raison de l'accouchement en milieu hospitalier comparé à celui de l'accouchement à la maison d'accouchement ; d'autant plus que se surajoute le coût relatif aux accompagnantes, aggravées par la durée de séjour: « *quand elle reste 5, 6 jours ça stimule toute la famille du village et (.) tu ne peux pas rembourser les familles pour leurs déplacements* ».

3-2-2 Niveau local

a- Lancement et instauration de la PGAC

Selon les résultats de cette étude, la gratuité de l'accouchement et de la césarienne a officiellement démarré et a été mise en œuvre au niveau local suite à la diffusion par le niveau central de la circulaire 108 en date du 11 décembre 2008. La plupart des gestionnaires et prestataires interviewés ont déclaré que, cette circulaire, principal écrit officiel initialement envoyé au niveau local pour l'instauration de la PGAC, était formulée de manière assez large suscitant plusieurs questionnements et interprétations tant en rapport avec la population cible (non assuré ou toute la population), le paquet de soins officiellement couvert, le financement (type de subvention, remboursements), et les étapes de mise en œuvre. « *Elle n'est pas claire cette circulaire, elle a laissé une porte ouverte et chacun l'a comprises comme il veut* ».

La circulaire 108 n'a été accompagnée au départ d'aucun autre document officiel (présentation de la politique, guide de mise en œuvre, manuel des procédures) et n'a été précédée d'aucune expérience pilote. Elle a préconisé d'emblée le déploiement de la PGAC au niveau de toutes les structures hospitalières publiques à l'échelon national. « *Mais on ne savait pas exactement quels sont les actes qui devraient être payés et les actes gratuits...La politique de la gratuité n'est pas claire et nette, par exemple telle chose est gratuite ou telle chose est payante. Il n'y avait pas de réunion ni de formation* », « *Ce qui s'est passé ici, on a reçu une circulaire pas très claire d'ailleurs et on l'a suivie. C'est tout. Les instructions n'étaient pas très suffisantes pour comprendre ce que nous devons faire. On est des exécutants pour eux!* » (cadre gestionnaire)

La PGAC est essentiellement explicitée au fur et à mesure pour clarifier certains aspects et ceci à travers des circulaires, des lettres et des notes. Elle est perçue au niveau local comme étant une politique pertinente répondant à des besoins définis. Sa mise en œuvre n'a pas, selon les déclarations des professionnels de santé, été suffisamment précédée ou accompagnée de manière appropriée et concordantes d'un réel renforcement tant sur le plan structurel, logistique ou sur le plan des ressources humaines (ces actions étant néanmoins clairement prescrites dans le plan plus global de gratuité des SONU)

La mise en œuvre de la PGAC au niveau du SSL, est qualifiée avoir été entreprise de manière plutôt précipitée imposée par une décision politique. « *On n'était pas bien préparé car on ouvert la porte de la gratuité et quand on ouvre cette porte ça entraîne l'augmentation de la demande mais nous on n'était pas bien préparé, l'offre qu'on avait est resté la même et la demande a augmenté* » (cadre gestionnaire)

« *Il y en qui savent d'autres non pourquoi parce que la ministre s'est trouvée à un certain moment engagée, à un moment on voyait comme si elle a été entraîné ou elle a fait vite* » (cadre gestionnaire)

b- Composantes de la PGAC telles que perçues et mise en œuvre par le niveau local

- Population cible de la PGAC

Lors du lancement de la mise en œuvre de la PGAC, différentes questions ont été soulevées au niveau local par rapport à la population effectivement ciblée par cette dernière. Un doute persistait quant au fait d'offrir la gratuité aux parturientes disposant d'une couverture médicale. Afin de clarifier cet élément, différentes correspondances ont été envoyées par les responsables du niveau central vers le niveau périphérique établissant clairement en 2012 (circulaire 85 en date du 19 juin 2012) que la PGAC concernait toutes les femmes enceintes quel que soit leurs statuts sans aucune distinction.

- Types d'hôpitaux concernés par la PGAC

Dans le cadre de la PGAC, la gratuité du paquet de soins établi est censée être offerte au niveau de tous les hôpitaux du secteur public comportant une structure d'obstétrique et à différents niveaux de l'offre publique de soins. Au début de la mise en œuvre de la PGAC, ceci ne fut pas le cas dans les CHU. L'envoi de plusieurs correspondances explicitant les modalités de transfert du 2^{ème} vers le 3^{ème} niveau ont certes par la suite amélioré cet aspect mais des problèmes de prise en charge et de références anarchiques entre ces niveaux ont continué à persister. Une sage-femme du CHU rapporte ainsi : « *Oui, mais ce n'est pas la gratuité qui est responsable de l'afflux et de la surcharge de travail, c'est plutôt le fait qu'on est un centre de référence, donc tout le monde envoie ici.* »

- Paquet de la PGAC

Comme pour les autres composantes de la PGAC, le paquet des soins initialement décrit de manière assez large a permis la multiplication des interprétations au niveau local. En effet, les deux actes qui étaient initialement visés par la gratuité étaient l'accouchement et la césarienne, mais on ne parlait pas des médicaments, de la transfusion sanguine ou de la réanimation en cas de complications et les interprétations se sont multipliées et les décisions des gestionnaires se prenaient au cas par cas.

Avec l'avènement du nouveau ministre, le PRMMN 2012-2016 a non seulement renforcé mais également clairement explicité le paquet de soins devant effectivement être gratuit.

c- Permanence au niveau du SSL de l'offre des services ciblés par la PGAC

A priori, la gratuité de l'accouchement et de la césarienne doit être offerte à toute femme enceinte, 24h/24h, dans tous les hôpitaux publics du 1 et 2^{ème} niveau et en cas de référence dans le 3^{ème} niveau

Pour être à même d'assurer la permanence des services entre autres la césarienne, le décret n°1940 établi le 13 avril 2007 régissant la garde et l'astreinte a été mis en application le 23 octobre 2008 (ministère de la Santé, Direction de la Réglementation et du Contentieux, 2007).

Des indemnités furent prévues dans ce sens pour motiver le personnel de garde et un budget en conséquence fut prévu. Une flotte téléphonique fut octroyée à tout le personnel médical et paramédical impliqué dans la prise en charge des urgences obstétricales et donc engagé dans ces gardes et astreintes. La garde est donc certes codifiée, mais malgré cela, de multiples abus ont été notés:

- ✓ un fort taux d'absentéisme des GO « *les gynécologues à X s'absentent fréquemment, et même lorsque l'effectif des GO est suffisant pour assurer la garde, l'astreinte est retenue par la majorité des équipes comme une voie privilégiée* »²⁴.
- ✓ au-delà de 16 heures, dans plusieurs sites d'étude, des transferts abusifs sont fait vers le niveau supérieur (CHR ou CHU)
- ✓ l'abus de certificats médicaux parmi les GO est parfois utilisé afin que leur nombre se retrouve en dessous de 3 leur permettant ainsi de faire l'astreinte plutôt que la garde en résidentielle ou carrément ils ne font pas de garde²⁵.
- ✓ des formules de garde complaisantes ne répondant à aucune de celle édictée par le décret sont parfois utilisées par les GO « *Le problème qui existe à X est qu'on est à proximité d'Y, La plupart du staff médical habite à et fais la navette. Ils font la garde 24 heures et repartent, ils essayent de tout bâcler en deux jours par semaine* »

d- Opérationnalisation, suivi et évaluation de la PAGC

L'opérationnalisation de la PGAC au niveau local s'est principalement traduite, selon les cadres gestionnaires, par la diffusion locale de la circulaire 108, son affichage au niveau des différentes structures de soins et des réunions en interne.

« *Au niveau de la délégation, la mise en œuvre de la gratuité a été faite à l'hôpital par la diffusion de la circulaire* » « *Au cours de la mise en œuvre, on a d'abord informé le personnel, on a affiché comme je vous ai dit au niveau des bureaux d'admission et des maternités et des réunions ont eu lieu à l'hôpital.* »

Des messages simples ont été dits et transmis à tous: « *gratuit c'est gratuit* »

Les kits et les médicaments vitaux n'ont pas enregistré de rupture de stock au niveau de la plupart des sites

La subvention pour couvrir le manque à gagner a été octroyée de manière non individualisée et de ce fait ni son montant ni son affectation ne peuvent être maîtrisés au niveau local.

L'affectation de ressources humaines n'a pas répondu aux besoins engendrés par l'afflux des parturientes d'où une surcharge de travail perçue par les prestataires de soins au niveau local. « *Comment veux tu y faire alors que tu n'a pas les armes, on est dépassé. Il faut que les autres t'aident alors que l'administration locale lève la main, l'administration centrale lève la main aussi. Tu te trouves seule face à la population, comment veux tu faire face ?!* » (Prestataire)

24 - Rapport « Cartographie des effets de la politique ».

25- Rapport « Cartographie des effets de la politique ».

L'infrastructure hospitalière n'était souvent pas en adéquation avec les besoins engendrés par la mise en œuvre de la PGAC. « *Au début il y avait une certaine euphorie que ce projet allait réussir. Mais par la suite ; il était clair que ce projet était lancé dans ces conditions dans lesquelles on travaille et les mêmes conditions sont restées. Il y a seulement la femme qui ne paye pas. Le personnel de l'hôpital était prêt pour ce projet. Mais l'Etat n'a pas soutenu le personnel.* »

Il n'y a pas eu de nouveau système de rapportage incluant des indicateurs de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la PGAC en tant que telle au niveau des sites. La circulaire n°79 du 12 mai 2010 a mis en place un rapport d'activité trimestriel qui devait être transmis par les provinces à la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA). Cette circulaire a été élaborée suite aux constats rapportés par des équipes de supervision concernant les insuffisances dans la mise en œuvre des actions du PRMMI dont la gratuité. Il y a eu également à mi-parcours, une évaluation globale du plan d'action de réduction de la mortalité maternelle et infantile touchant de ce fait la mise en œuvre de la gratuité.

En 2012, avec le lancement du plan d'action 2012-2016 d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, une circulaire d'extension de la gratuité a été envoyée aux régions et des missions d'accompagnement des régions pour l'élaboration des plans d'action régionaux de réduction de la MMN ont été menées. Des supervisions et des contrôles de l'application de la gratuité au niveau des hôpitaux ont également été effectués.

e- Facteurs explicatifs du processus de mise en œuvre de la PGAC

- **Pertinence de la politique** : la politique est perçue par la majorité des acteurs au niveau des sites d'études comme étant pertinente, car elle répond effectivement à un besoin établi par l'évidence et l'information. Cette politique est d'autant plus intéressante, qu'elle est incluse dans un plan plus global qui théoriquement concerne les autres barrières à l'accès et à l'utilisation telles que les barrières géographiques, l'humanisation des services, etc. Il faut noter cependant que pour être efficaces, ces différentes actions auraient dû être mises en concordance et de manière imbriquée, car ils sont interdépendantes. En pratique, il est ressorti qu'il existe un manque d'intégration et un problème d'échelonnement des actions.

- **Traduction de la politique en programme** : elle s'avère presque inexistante. Les étapes de mise en œuvre, les parties prenantes, les responsabilités et dynamiques de coordination et de suivi n'ont pas été établies. La politique a été transmise au SSL sous forme de correspondances à contenu très bref et parfois inexplicite laissant peu de marge de manœuvre au SSL (ou, à l'inverse, le manque de détails laisse beaucoup de marge de manœuvre, mais non exploité). Il n'y a pas de guide ni de plan d'action établi pour cette mise en œuvre au niveau du SSL. Les mécanismes de financement se limitent à un montant global à l'échelon national, mais il n'existe pas de mécanisme clairement établi au niveau local.

- **Adoption de la politique** : dans tous les sites d'études, la PGAC a été mise en œuvre globalement et sans modifications majeures malgré sa non-édition concrète en politique, sa

non-traduction en programme, la non-clarté de ses objectifs selon les répondants, l'absence d'un guide de mise en œuvre et la moindre implication des parties prenantes locales. Ceci a été possible en ce sens que les pratiques des acteurs n'ont pas connu de changement tangible avec l'introduction de la PGAC.

- Information des prestataires

Dans nos sites d'études, globalement, tous les prestataires tous profils confondus sont au courant de l'établissement de la PGAC au niveau des hôpitaux publics. Les sources de cette information sont assez diverses: la circulaire de 2008 en plus parfois du plan d'action 2008-2012 (35%), la direction de l'hôpital (32%) ou les médias (13%). On retrouve paradoxalement, les parturientes comme étant également, les sources d'information des prestataires. « *Le message se transmet de bouche à oreille dans la population.* »

Malgré leur information sur la gratuité, les prestataires ne sont pas unanimes sur les détails de cette gratuité, à savoir sur la population concernée, le paquet de soins couverts, la subvention octroyée.

Sur 187 prestataires interviewés, 147 (soit 79 %) ont répondu que la gratuité de l'accouchement et de la césarienne est en vigueur dans l'établissement où ils exercent.

Plus de 87 % (129 /147) déclarent n'avoir pas reçu de document décrivant ou explicitant la gratuité ou de guide pour l'application de la politique. Les médecins anesthésistes et les infirmiers anesthésistes représentent le plus grand groupe qui n'avait pas reçu de documents. 90 % des sages femmes ont déclaré ne pas l'avoir reçu. (Annexe 6).

Les personnels déclarent que peu ou pas de séances ou d'ateliers décernés en particulier à la gratuité ont été menés. Ainsi, seulement 9 /147 (soit 6.12 %) des personnels de santé questionnés au niveau des sites d'étude, tous niveaux confondus, ont répondu avoir participé à des formations, ateliers, pour mieux appliquer la politique de gratuité (Annexe 7).

- Disponibilité des ressources

Concernant les ressources, la PGAC a bénéficié d'une subvention additionnelle, d'un apport en personnel qualifié de ressources matérielles et de médicaments.

Ressources financières : La subvention totale (Subvention usuelle + compensation) a été octroyée aux hôpitaux sites d'étude entre 2008 et 2010. En 2011, aucun hôpital du royaume n'a reçu de subvention.

Tableau 3: Evolution de la subvention détaillée des hôpitaux

Hôpitaux	Subvention usuelle de l'hôpital			Subvention additionnelle pour la maternité			Subvention totale		
	Sub usuelle 2008	Sub usuelle 2009	Sub usuelle 2010	Sub add 2008	Sub add 2009	Sub add 2010	Sub totale 2008	Sub totale 2009	Sub totale 2010
CHR3	4 871 672	10 112 698	10 200 000	0	1 921 000	1 921 000	4 871 672	12 033 698	12 121 000
CHP1	3 684 228	3 263 252	3 294 000	0	1 155 000	1 155 000	3 684 228	4 418 252	4 449 000
CHP5	3 456 080	2 564 359	2 638 000	0	334 000	334 000	3 456 080	2 898 359	2 972 000
CHP4	1 599 991	2 507 525	1 619 000	0	153 000	153 000	1 600 000	2 660 525	1 772 000
CHP6	3 400 000	7 010 340	5 863 000	0	740 000	740 000	3 400 000	7 750 340	6 603 000
CHP3	3 000 000	7 801 023	6 724 000	0	933 000	933 000	3 000 000	8 734 023	7 657 000
National					68 000 000	75 500 000			

Source : Rapport « Suivi des flux financiers »

La subvention additionnelle reçue en 2009 et 2010 par les hôpitaux reste la même. Le montant global de cette subvention au niveau national passe de 68 000 000 MAD à 75 500 000 MAD, ceci s'explique par l'ouverture d'autres maternités hospitalières.

Les dépenses estimées initialement pour l'accouchement représentent 24 % des recettes propres (RP) de l'hôpital comme mentionné auparavant.

La différence entre les dépenses estimées liées à l'accouchement en 2008 et la subvention additionnelle reçue en 2009 pour compenser le manque à gagner de l'hôpital est positive seulement pour 2 hôpitaux (CHP1 et CHP5). Pour le reste des hôpitaux (CHR3, CHP4, CHP6 et CHP3) cette différence est négative.

Ce pourcentage de 24 % ne devrait cependant pas rester constant, car si les accouchements augmentent, le manque à gagner augmente également.

Tableau 4: Différence entre les sommes reçues et les dépenses estimées liées aux accouchements par les hôpitaux

	Recettes propres 2008	24% des RP liés acch	Subvention de compensation reçue		Variation d'acc 2008-2010
			2009	2010	
CHR3	8 376 735,19	2 010 416,45	1 921 000 (-89 416)	1 921 000	38%
CHP1	3 273 181,50	785 563,56	1 155 000 (369 436)	1 155 000	38%
CHP5	871 181,90	209 083,66	334 000 (124 916)	334 000	19%
CHP4	1 317 302,50	316 152,60	153 000 (-163 153)	153 000	6%
CHP6	5 125 235,10	1 230 056,42	740 000 (-490 056)	740 000	13%
CHP3	9 977 745,98	2 394 659,04	933 000 (-1 461 659)	933 000	12%

Source : Rapport « Suivi des flux financiers »

La baisse de la proportion de la subvention de la compensation par accouchement entre 2009 et 2010 pour tous les sites, s'explique par le fait que la subvention additionnelle est restée constante sur ces deux années, alors que les accouchements augmentent d'une année à l'autre comme le tableau (Annexe 8).

Entre 2008 et 2011, une baisse régulière a été notée au niveau des excédents réalisés par quatre hôpitaux sites d'étude, à savoir CHR3, CHP3, CHP5 et CHP1. Malgré, que tous les hôpitaux site d'étude n'ont pas reçu la subvention de 2011, ils ont pu réaliser des excédents certes moins importants à la fin de cette année.

Ressources humaines : l'injection d'un personnel qualifié complète les mesures qui ont accompagné la PGAC et s'est traduite par l'affectation de 689 sages-femmes entre 2008 et 2010, l'augmentation du nombre d'admissions en filière sage-femme de 168 en 2007 à 530 en 2010 et l'augmentation du nombre de postes réservés à la formation de résidents par spécialité (2008-2009): En gynéco-obstétrique, ouverture de 80 postes (contre 50 en 2007), en pédiatrie, 74 postes (contre 35 en 2007) et en anesthésie-réanimation, 54 postes (contre 41 en 2007).

Dans nos sites d'étude, et comme le montre le tableau après, le taux d'accouchement réalisé a augmenté, atteignant parfois 32 % comme dans le cas de CHP1.

Dans tous les sites, le nombre de gynécologues n'a augmenté tout au plus que de 1 entre 2008 et 2011. Pour les sages femmes, le nombre a même presque doublé sur deux sites d'étude.

Tableau 5 : Évolution des effectifs des gynécologues et sages femmes entre 2008 et 2011 au niveau des sites d'étude FEMHEALTH

		2008		2009		2010		2011		Variation d'acc 2008-2011
		Effectif	Acc réel	Effectif	Acc réel	Effectif	Acc réel	Effectif	Acc réel	
CHR3	GO	5	5403	5	6488	6	7439	6	7759	30%
	SF	9		11		14		17		
CHP1	GO	3	3115	3	4029	3	4286	3	4599	32%
	SF	9		9		11		11		
CHP5	GO	1	1156	1	2201	2	1380	2	1235	6%
	SF	9		11		16		14		
CHP4	GO	3	1384	3	2275	3	1463	2	1540	10%
	SF	6		9		9		11		
CHP6	GO	3	2991	2	3398	3	3385	4	3756	10%
	SF	7		11		10		10		
CHP3	GO	7	5557	6	6024	7	6240	6	6463	20%
	SF	16		16		16		17		

Source : Rapport « Suivi des flux financiers »

Ce déficit en personnel est fréquemment retrouvé dans les déclarations des prestataires : « On trouve vraiment un grand problème pour assurer la continuité avec le manque du personnel »

Ressources matérielles : les autres chiffres reflétant les dépenses relatives à la PGAC et ayant pu être recueillis auprès des responsables sont ceux des kits distribués aux hôpitaux (accouchement normal et épisiotomie) et présentés dans le tableau ci-dessous:

Tableau 6 : Disponibilité des kits dans les hôpitaux au cours de la PGAC

Budget octroyé pour l'achat des kits	2009	2010	2011
CHR3	2 051 000	2 051 000	2 051 000
CHP1	1 335 000	1 335 000	1 335 000
CHP5	343 000	343 000	343 000
CHP4	195 000	195 000	195 000
CHP6	905 000	905 000	905 000
CHP3	943 000	943 000	943 000
National	63 600 000	63 600 000	63 600 000

Source : Rapport « Suivi des flux financiers »

Le niveau local a bénéficié d'une hausse importante d'acquisition des kits d'accouchement normal et d'épisiotomie. Le nombre a ainsi été plus que doublé dans tous les sites de l'étude. Il y a même eu une livraison supplémentaire entre 2009 et 2010 au profit de toutes les structures du royaume.

En ce qui concerne la couverture des accouchements par les kits, il y a un excédent important de kits octroyés dépassant parfois les 200% par rapport au nombre d'accouchements réalisés.

Tableau 7 : Évolution des kits octroyés à l'hôpital par rapport aux accouchements réalisés au niveau de l'hôpital 2008-2011

	2008	2009	2010	2011
CHR3	116,73%	135,08%	213,01%	158,99%
CHP1	137,69%	195,90%	93,33%	139,46%
CHP5	118,51%	148,64%	340,95%	230,52%
CHP4	44,73%	117,65%	89,13%	129,87%
CHP6	89,70%	120,66%	174,59%	141,11%
CHP3	98,88%	95,77%	157,05%	149,25%

Source : Rapport « Suivi des flux financiers »

Dans tous les sites d'études, la disponibilité des médicaments a été considérée parmi les points forts de la mise en œuvre de la gratuité. Il faut noter cependant que parallèlement à la PGAC, une politique des médicaments est mise en place.

Par contre, les prestataires rapportent un environnement de travail peu adéquat pour la mise en place de la PGAC faisant référence à la capacité litière et à l'infrastructure, etc. « On n'a pas les bonnes conditions pour appliquer la gratuité, généralement, on trouve des problèmes avec le manque ou la mauvaise qualité d'un certain produit du Kit. On a aussi un problème de lits et de couvre-lits : ils sont dépassés et presque déchirés. Oui, il y a un grand problème au niveau du matériel, mais on fait notre effort pour ne pas arrêter. »

- Le système d'information

Aucun système de rapportage n'a été établi avec la PGAC. Le système de routine a continué à être appliqué au niveau de tous les sites d'étude. Il faut cependant noter que ce système a toujours été considéré comme étant un système lourd comprenant de nombreuses redondances.

Le fait qu'avec la PGAC, il y ait une augmentation des services offerts et par suite la charge de travail en rapport avec le SIS a été démultiplié. Selon les gestionnaires, les sages femmes,

infirmières chefs des maternités ont à leur charge non seulement l'offre de soins, mais également la gestion des ressources humaines et logistiques au niveau de la structure et la coordination avec l'administration.

Ceci est d'autant plus vrai que ce SIS est perçu par la plupart des prestataires locaux comme étant un devoir purement administratif plutôt qu'un outil d'aide à la prise de décision.

3.3 Effets de la PGAC

Après avoir retracé l'évolution de la politique de la PGAC et dressé l'état des lieux de sa mise en œuvre, cette partie nous permet d'estimer les dépenses des ménages, de mesurer et les tendances pour l'utilisation des services ciblés et l'équité dans l'accès à l'accouchement et la césarienne et d'évaluer la qualité de prise en charge des parturientes.

3.3.1 Dépenses des ménages

Les dépenses des ménages ont été appréciées à travers les frais intra hospitaliers, les frais extra hospitaliers, le montant de l'ordonnance à la sortie et les frais déboursés par les accompagnants²⁶.

a- Frais intra hospitaliers, 71 % des parturientes ont répondu n'avoir rien payé lors du séjour à l'hôpital, plus de 9 % ignoraient si elles ont payé ou non et 19 % ont déclaré avoir payé des frais intra hospitaliers (y inclut les paiements informels). Il s'agissait pour la majorité de femmes ayant accouché par césarienne, soit 71,5%. La différence était significative entre les différents types d'hôpitaux ($p=0,0001$). Il est à noter que la totalité des femmes qui ont accouché au CHP6 n'ont rien payé ; alors que plus de la moitié des femmes qui ont accouché au CHU3 ont dû payer des frais intra hospitaliers .

A noter aussi qu'au niveau des CHU, il n'y a pas beaucoup de différence entre les référées et les non référées. Les premières ont acheté certains médicaments pendant leurs hospitalisations, les seconds, en plus des médicaments achetés, elles ont dû payer un forfait hospitalier, parce qu'elles n'ont pas respecté la filière de soins (Annexe 9).

Parmi les 183 femmes déclarant avoir payé, presque la moitié a accouché au niveau du CHU et seules 20 en ont précisé le montant. Le coût médian était de 175 MAD (40-310).

Au niveau des hôpitaux publics, l'analyse du paiement de l'accouchement par élément de coût a montré que les 3 éléments qui ont été le plus fréquemment payés sont les médicaments (près de 8%), les paiements informels (4%) et les consommables (3%). Alors qu'au niveau des CHU, les 3 éléments les plus fréquemment payés sont les frais d'opération (26%), l'enregistrement (25%) et les médicaments (12%).

La question qui se pose et qui nécessite un complément d'analyse, est ce que les médicaments achetés par les parturientes à l'extérieur pendant leurs hospitalisations font partie de la liste essentielle des médicaments prévus par la politique de gratuité ou non.

26- Rapport « Entretien à la sortie avec les parturientes »

b- Frais extra hospitaliers, 28 % des parturientes ont du payer divers frais liés à leur accouchement avant d'arriver à l'hôpital (examens, bilans, médicaments, transports du domicile et transferts). Le coût médian s'élève 300 MAD (30-1935).

c- Ordonnance à la sortie a été remise à 92% des femmes (874/973) avec une moyenne de 5 médicaments prescrits quelque soit le type d'accouchement ou le type d'établissement. Le coût médian de l'ordonnance s'est élevé à 313 MAD (27-1430). Le CHU3 a enregistré le coût le plus élevé avec plus de 600 MAD contre seulement 360 MAD au CHU2.

Tableau 8: Coût des médicaments prescrits à la femme par type d'accouchement et par établissement.

	Coût de l'ordonnance							
	Obs	Moyenne	Ecart –Type	Médiane	Q1	Q3	Min	Max
Type d'accouchement								
Accouchement normal	127	256	158	239	154	333	27	1235
Accouchement compliqué	307	281	145	282	160	353	41	800
Césarienne	465	409	215	388	238	550	29	1430
Type d'établissement								
CHU3	157	590	127	606	524	653	213	1430
CHU2	139	400	200	361	283	486	71	953
CSMA	26	136	61	142	59	177	58	282
CHP3	66	337	131	317	270	420	41	832
CHP4	61	171	178	108	104	160	48	933
CHP6	64	283	97	276	217	345	88	533
CHP1	60	304	178	308	212	384	44	1235
CHR3	147	181	95	169	130	223	27	800
CHR1	120	368	156	371	273	466	56	1185
CHP5	59	295	57	288	260	321	183	513
Total	899	344	198	313	184	464	27	1430

Source : « Entretien à la sortie avec les parturientes »

d- Frais des accompagnants: à côté des frais liés à l'accouchement, d'autres frais s'ajoutent à la charge des ménages ; il s'agit des frais des accompagnants durant l'hospitalisation des parturientes (frais de nourriture et de transport) dont le coût médian déboursé a été estimé à 150 MAD (Min 0- Max 2000) pour 452 familles. Notant que 88% des femmes (854/973) ont été accompagnées par au moins un membre de la famille.

Pour les 857 femmes qui ont déclaré avoir payé et pour lesquelles l'information a été précisée, le revenu du ménage ²⁷ a permis de couvrir les frais dans 59 % des cas, 19 % ont été aidé par

27- Revenu du ménage inclut également l'épargne et la réduction des dépenses

l'entourage, 17 % ont eu recours à l'emprunt et 4 % ont dû vendre un bien. La majorité des femmes catégorisées dans les 4^{ème} et 5^{ème} quintiles de bien-être soit 72%, ont utilisé le revenu propre du ménage. Alors que presque la moitié des femmes catégorisées pauvres (1^{er} et 2^{ème} quintiles) ont du recourir à l'aide de l'entourage (Annexe 10).

Les dépenses totales liées à l'accouchement (l'ordonnance à la sortie, les frais des accompagnants, les frais extra hospitaliers et les frais intra hospitaliers y compris les paiements informels) supportées par les ménages s'élèvent à 500 MAD (20- 3087). Les frais liés au transport entre le domicile et la structure et le transfert inter structures faisant partie des frais extra hospitaliers ont été estimés respectivement de 50 à 100 et de 100 à 150 MAD.

Tableau 9: Paiements liés à l'accouchement supporté par les ménages par type d'accouchement, établissement et quintile de bien-être.

	Coût total en MAD							
	Obs	Moyenne	Ecart Type	Médiane	Q1	Q3	Min	Max
Type d'accouchement								
Accouchement normal	139	452	295	383	267	559	25	1585
Accouchement compliqué	323	524	387	422	288	635	20	2499
Césarienne	473	638	395	552	401	733	44	3088
Etablissement								
CHU3	157	594	132	608	524	653	213	1430
CHU2	150	610	409	476	350	801	40	2230
CHP3	67	518	393	417	310	584	40	2218
CHP4	61	281	332	160	107	258	48	1666
CHP6	65	642	364	566	339	842	139	2054
CHP1	60	476	345	400	283	598	44	1933
CHR3	157	844	501	727	499	1071	60	3088
CHR1	133	463	317	400	313	518	20	2051
CHP5	59	429	216	358	291	477	183	1199
Type d'établissement								
CHU	307	602	301	571	432	657	40	2230
CHR	290	668	467	517	374	888	20	3088
CHP	312	469	354	380	252	598	40	2218
CS	26	334	200	283	170	527	69	680
Quintiles								
Le plus pauvre	122	632	443	515	358	806	25	2218
Second	209	605	441	512	327	768	20	3088
Moyen	275	548	374	450	306	701	25	2444
Riche	161	553	354	479	323	653	30	2054
Le plus riche	168	538	298	506	360	635	44	2230
Total	935	571	385	499	327	689	20	3088

Source : « Entretien à la sortie avec les parturientes »

Quatorze pour cent des 973 femmes de notre échantillon sont assurées. La différence entre les mutualistes et les non-mutualistes en ce qui concerne les dépenses totales n'est pas significative ($p=0,2021$)²⁸. La part la plus importante de ces dépenses revient à l'achat du médicament à l'extérieur de l'hôpital. À noter bien sûr que les femmes mutualistes seront remboursées par la suite, ce qui va alléger le fardeau financier par rapport aux autres femmes (Annexe 11).

88,37 % de la catégorie des plus pauvres et 64 % de la catégorie riche et les plus riches dépensent plus de 15 % de leurs dépenses mensuelles pour couvrir tous les paiements liés à l'accouchement. Notons que les ménages de la deuxième catégorie peuvent épargner, alors que les pauvres recourent aux emprunts et aides de l'entourage pour couvrir tous les frais.

Tableau 10: La proportion des ménages faisant face aux dépenses catastrophiques selon les quintiles.

Quintile	Dépenses soins - 15 % des dépenses mensuelles	Effectif	Total	%
Q1	<0	5	43	11,63%
	>0	38		88,37%
Q2	<0	16	78	20,51%
	>0	62		79,49%
Q3	<0	35	128	27,34%
	>0	93		72,66%
Q4	<0	23	62	37,10%
	>0	39		62,90%
Q5	<0	20	59	33,90%
	>0	39		66,10%

Source : « Entretien à la sortie avec les parturientes »

3-3-2 Équité dans l'accès à l'accouchement et la césarienne

L'évolution des indicateurs de couverture reste la principale entrée utilisée pour mesurer les effets de la PGAC sur l'équité, l'accès à l'accouchement et à la césarienne.

L'analyse des données issues des EDS a montré que les taux d'accouchements en milieu surveillé et de césarienne ont augmenté régulièrement au cours des deux dernières décennies. En effet, ils sont passés respectivement de 24,9 % en 1987 à 73,8% en 2010 (Figure 1); et de de 1,9 % en 1987 à 12,9% en 2010 (Figure 2). Cependant, nous n'avons pas observé un saut après l'introduction de la gratuité. Concernant la concordance entre les données des (EDS) et celles du système de routine; nous avons remarqué que les résultats des deux systèmes sont cohérents. Il faut noter que les proportions pendant des années avec moins de 100 accouchements ne sont pas présentées en raison de l'imprécision des estimations

28- Test ANOVA, $p=0,2021$

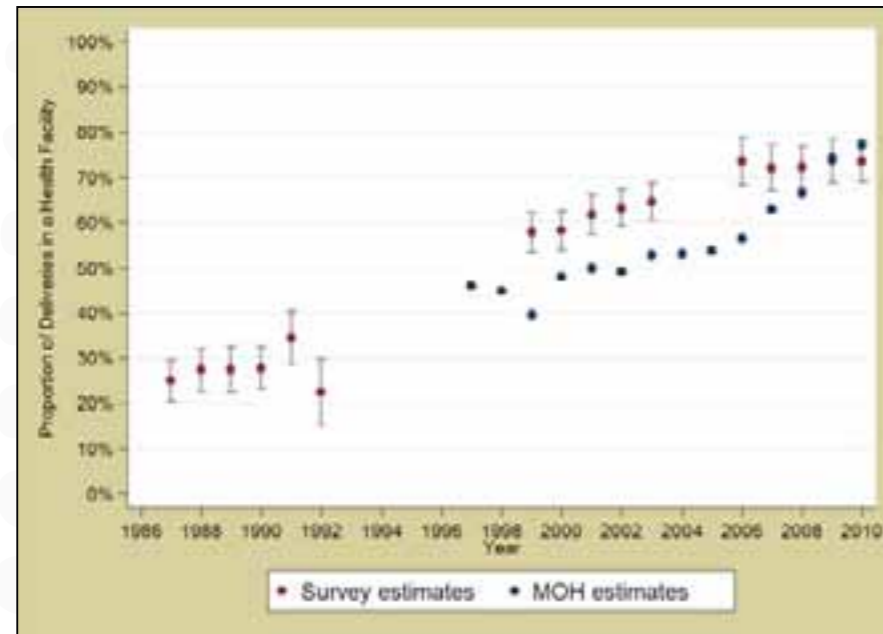


Figure 1: Evolution des accouchements en milieu surveillé à partir des enquêtes nationales et des statistiques de routine publiées par le ministère de la Santé. Maroc.

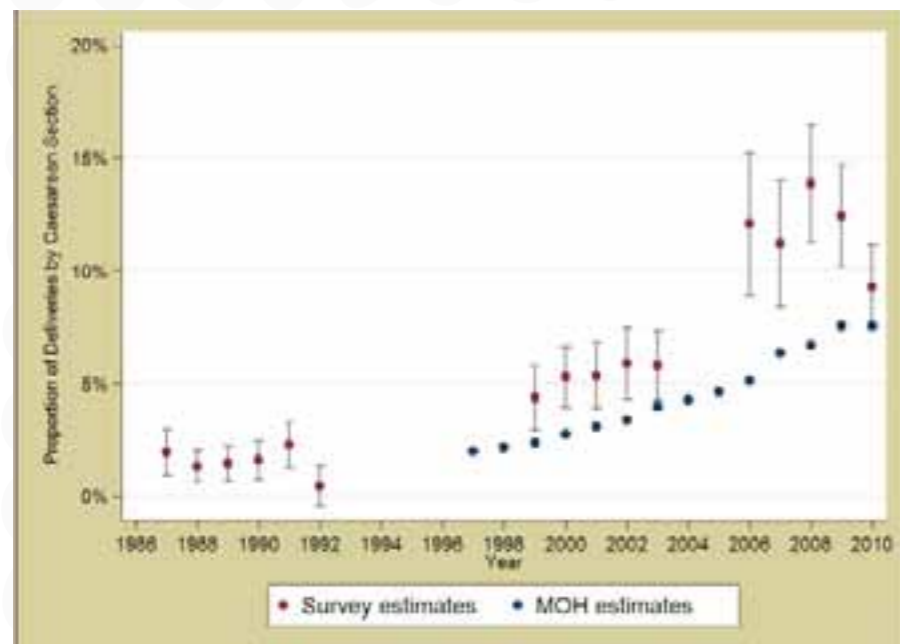


Figure 2: Evolution des tendances des césariennes à partir des enquêtes nationales et les statistiques de routines. MS. Maroc 1987-2010

Source : Rapport quantitatif, « Effets sur la qualité et l'accès aux services de soins »

Seulement 42.4% des femmes appartenant au quintile le plus pauvre ont accouché en milieu surveillé en 2010 (Figure 3) et les tendances selon les quintiles de bien-être, et le milieu de résidence (milieu/rural) et selon le lieu d'accouchement (privé/public) ont également été établies. Suite à l'analyse des tendances des taux annuels des accouchements en milieu surveillé et des césariennes selon la richesse relative, les césariennes ont augmenté dans tous les quintiles de richesse. Parmi les 20 % pauvre, 0,3% seulement ont eu une césarienne en 1989-1991, dix ans plus tard (entre 1999-2001), le taux de césarienne était de 1,0%, et dix ans après que (entre 2009-2011), il était de 8,5%. Parmi les 20% riches, le taux de césarienne a atteint 29,5 % en 2009-2011.



Figure 3: Tendances annuelles dans la proportion d'accouchement survenant dans les établissements de santé selon les données d'enquêtes nationales par quintile de richesse relative. EDS 1988-2010

Source : Rapport quantitatif, « Effets sur la qualité et l'accès aux services de soins »

Concernant l'analyse selon le milieu de résidence, la proportion d'accouchements en milieu surveillé a augmenté aussi bien pour les femmes du milieu urbain que du milieu rural. Elle est passée de 10% en 1988 à 52% en 2010 pour le rural et de 50% à 90% pour l'urbain (Figure 4). Le taux de césarienne a également augmenté passant de 0% à 6% en milieu rural et de 5% à 18 % en milieu urbain. Notons qu'après 2008, l'évolution des AMS est restée stable et celle des césariennes a connu quelques fluctuations (Figure 5).

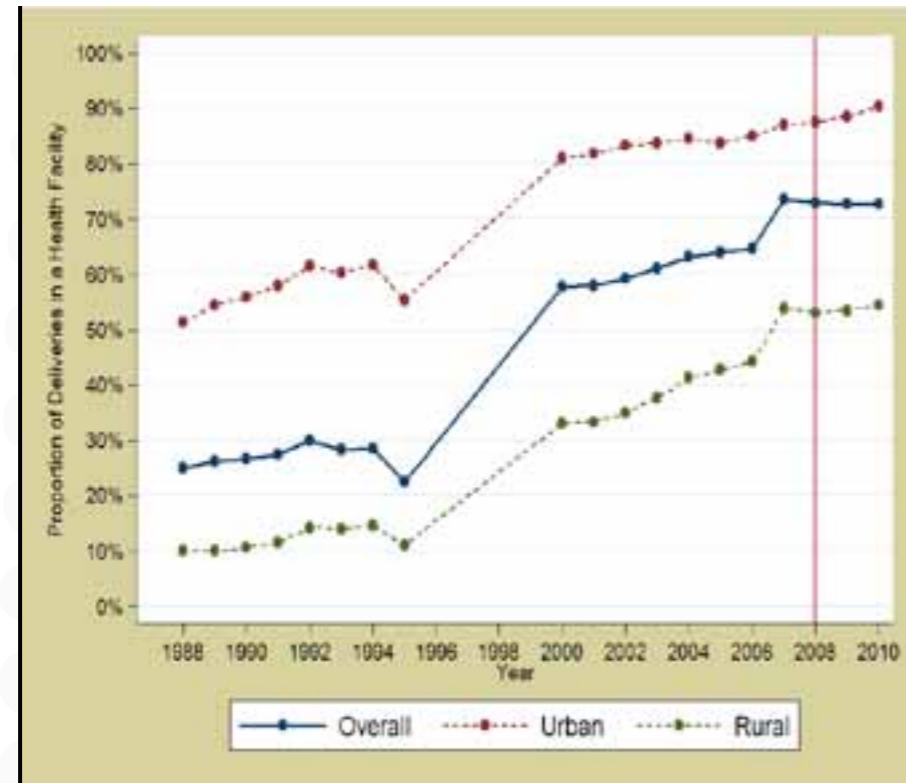


Figure 4 Tendances des accouchements au niveau des établissements de santé selon le milieu de résidence, EDS 1988-2010

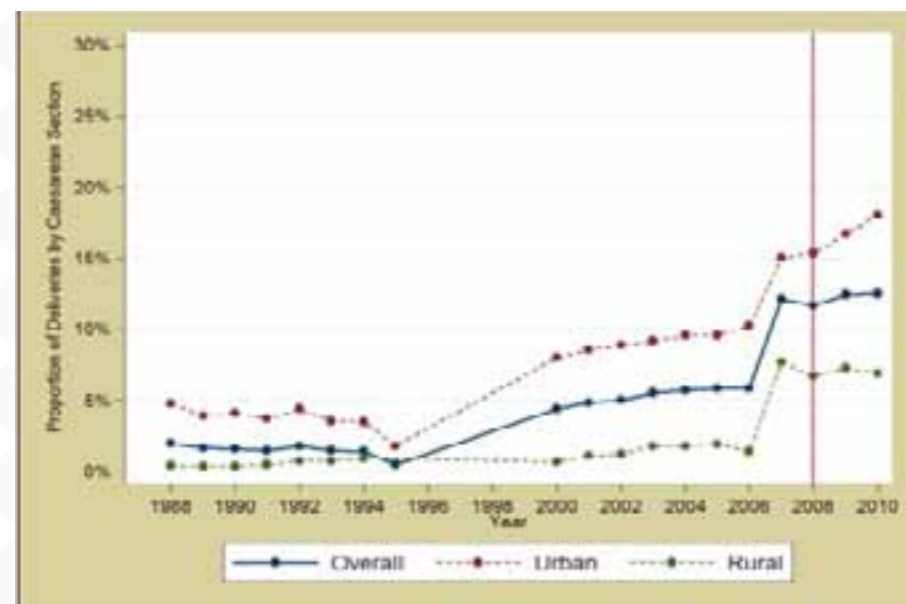


Figure 5 Tendances des accouchements au niveau des établissements de santé selon le milieu de résidence, EDS 1988-2010

Source : Rapport quantitatif, « Effets sur la qualité et l'accès aux services de soins »

En 2010, le secteur public a assuré 89% des accouchements en milieu surveillé. Ce taux au niveau des formations publiques a augmenté de façon sensible chez la catégorie économiquement moyenne passant de 74% à 80% entre 2006 et 2010. Dans la catégorie pauvre (1er et 2ème quintile), ce taux est passé de moins de 10% en 1988 à presque 56% en 2010. La catégorie des plus riches (5ème quintile) reçoit ses soins principalement en secteur privé. Le taux d'accouchement en milieu privé est passé de 20% en 1988 à 38% en 2010 (Figure 6).

Concernant la césarienne, chez les 40% des pauvres, son taux est passé de 1% en 1988 à presque 5% en 2010, principalement supportée par le secteur public. Chez la tranche de population riche, le taux de césarienne est passé de 2% en 1988 à presque 18% ; ces césariennes ont été réalisées par contre en grande partie au niveau du privé. Il est important de signaler que les taux de césarienne pour le quintile des riches réalisés en secteur privé dépassent les 15% (Figure 7). Après cette analyse nous pouvons déduire qu'il n'y a pas d'évidence que l'introduction de la PGAC a accéléré les tendances après deux ans de recul.

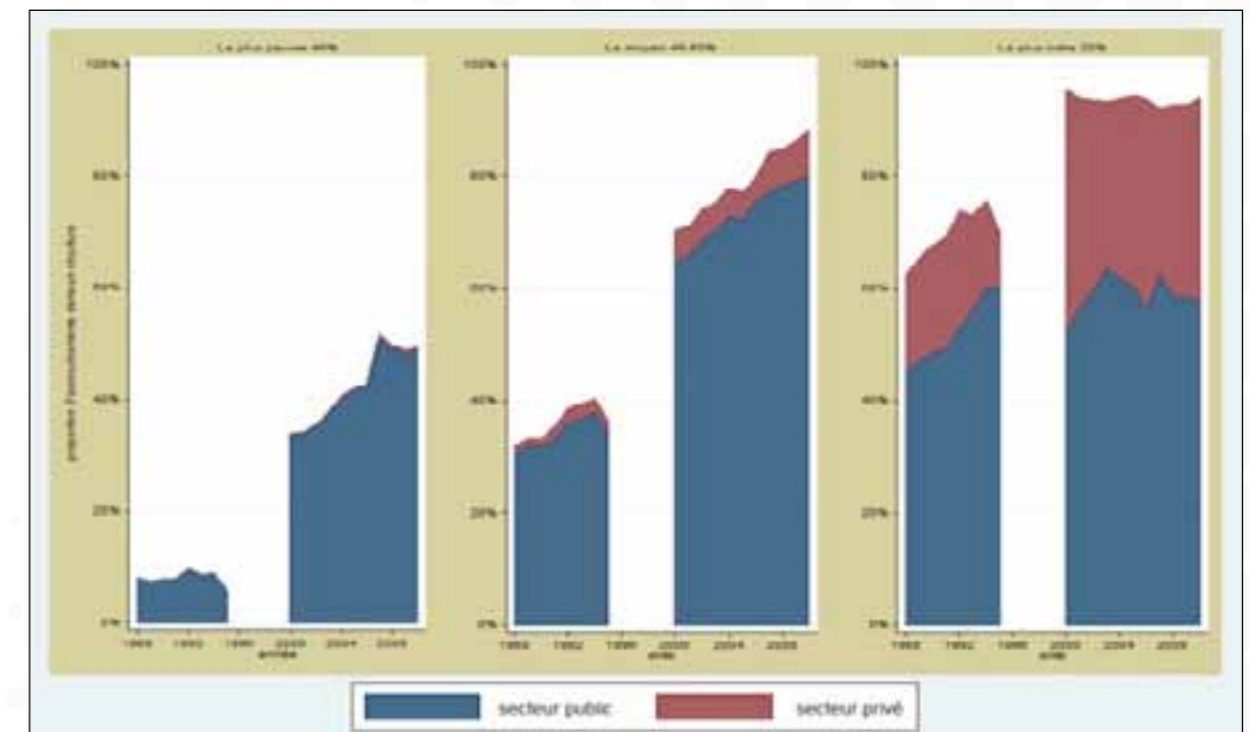


Figure 6: Evolution des accouchements en milieu surveillé selon les quintiles de bien être et lieu d'accouchement, EDS 1988-2010

Source : Rapport quantitatif, « Effets sur la qualité et l'accès aux services de soins »

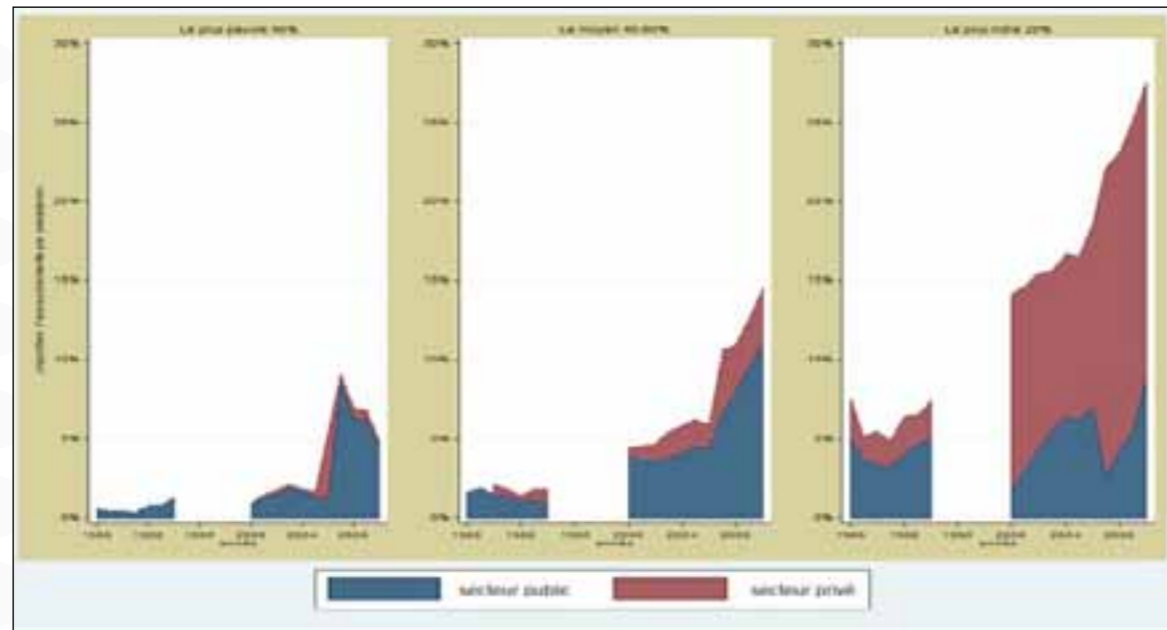


Figure 7 : Les tendances annuelles dans la proportion d'accouchements survenant par césarienne, selon les données d'enquêtes nationales, ventilées par la richesse et secteur public / privé.

Source : Rapport quantitatif, « Effets sur la qualité et l'accès aux services de soins »

Pour analyser les **besoins obstétricaux d'urgence non couverts (BONC)**, nous avons étudié 1685 dossiers de femmes originaires de CHP5 et CHP6 en 2008 et 2011²⁹, l'analyse des BONC, nous ont permis de voir est ce que les femmes ayant nécessité une intervention majeure pour sauver leur vie, ont eu accès.

Nous avons constaté que la proportion des interventions obstétricales majeures a augmenté, elle est passée à CHP5 de 60% à 76% et à CHP6 de 89% à 92% (Annexe 12).

Suite à l'analyse des besoins obstétricaux d'urgences³⁰, nous avons constaté que les besoins non couverts entre 2008 et 2011 ont régressé dans les deux provinces. En 2008, les besoins non couverts étaient de 16% à CHP5 et de 42% à CHP6. En 2011, les besoins en interventions obstétricales majeures³¹ pour une indication maternelle absolue³² ont été satisfaits dans leur globalité au niveau des deux provinces.

29- Rapport « Besoins Obstétricaux Non couverts »

30 - le taux de référence utilisé est de 1,5% (source : étude faite au Maroc par Vincent De Brouwere et al en 1989)

31 - Intervention Obstétricale Majeure : Césarienne, hystérectomie, laparotomie

32 - Indication maternelle absolue: hémorragie antépartum sévère (placenta praevia et hématome rétro-placentaire), hémorragie sévère du postpartum ,disproportion foeto-pelvienne ,position transverse, présentation du front ou de la face enclavée

Tableau 11: Répartition des déficits obstétricaux selon la province, 2008-2011

Province	NA		Nombre attendu		Nombre observé		Déficit (N)		Déficit %	
	2008	2011	2008	2011	2008	2011	2008	2011	2008	2011
CHP5	4654	4524	70	68	59	178	11	-	16	-
CHP6	12790	13459	192	202	112	251	80	-	42	-

Source : Rapport quantitatif, « Effets sur la qualité et l'accès aux services de soins »

3-3-3. Qualité technique des soins obstétricaux et néonataux³³, l'étude a recruté 6386 femmes dont 87 % ont eu un critère d'admission et 11% des femmes ont eu deux critères d'admission³⁴.

Selon le critère d'admission near-miss maternel, 347 femmes ont été recrutées, soit 1,8 % des accouchements hospitaliers. Soixante pour cent sont originaires du milieu rural et l'état near-miss a été déclenché avant l'admission pour 61 % des cas. L'admission aux soins intensifs a été notée chez 62%, dont 40 % ont séjourné entre 4 et 6 jours.

Les premières complications présentes chez les cas near-miss sont les troubles hypertensifs (éclampsie et pré-éclampsie sévère) (49%), l'hémorragie (48 %) et l'anémie (44 %) (Annexe 15). À noter que chez 75 near-miss maternels (soit 22 %), on retrouve deux critères d'identification (chez 63 near-miss maternels, nous avons retrouvé les critères de sahel et al, plus le critère de l'anémie. Chez 11 near-miss maternels nous avons retrouvé les critères de sahel et al et ceux de l'OMS. Pour une parturiente, ceux de l'OMS, plus le critère de l'anémie). Chez 21 near-miss maternels (soit 6%), on retrouve les 3 critères. Ces critères d'identification nous ont permis de voir à quel point nos cas de near-miss ont permis l'applicabilité aux critères de l'OMS.

En ce qui concerne le critère d'admission césarienne, 2042 femmes ont été recrutées. Notant que 37 % de ces femmes ont présenté une indication maternelle absolue (IMA). Les disproportions foeto- pelviennes ont représenté à elles seules 27 % des IMA, suivi des présentations dystociques (5%). Le délai entre la prise de décision et la pratique de la césarienne est de moins d'une heure pour 66 % des femmes (Annexe 16).

a. Évaluation de la qualité de prise en charge des parturientes : Nous avons mesuré la qualité des soins par des indicateurs (voir méthode).

Le score moyen d'omission au niveau des sites d'étude se présente comme suit : l'hôpital de CHR1 affiche un score moyen d'omission de 1.91. L'Hôpital d'CHP2 remplit tous les indicateurs pour 98% des admissions (Figure 8). À noter que le partogramme a été utilisé dans 71.3 % de tous les accouchements.

L'analyse des indicateurs omis pour les accouchements vaginaux a montré que le score moyen d'omission le plus élevé est 2.01 observé au niveau de CHR1 (Figure 9).

33 - Rapport quantitatif « near-miss »

34 -Césarienne, near miss maternel, néonatal, décès maternel, décès néonatal, siège, jumeaux, accouchement instrumental (ventouse, forceps), accouchement normal

Pour les accouchements par césariennes, le CHP4 a présenté le score moyen d'omission le plus bas (0.21), suivi par le CHP3 (1.11). Le CHR1 avec le score d'omission (2.74) reste le plus élevé (Figure 10).

Concernant, la morbidité durant et après la césarienne, 99 % des femmes n'ont pas eu de complications durant ou après l'acte chirurgical.

Un autre critère de qualité est celui de la qualité de transfusion, mesurée par le nombre de poches demandées comparé à celui reçu et transfusé. On a constaté que 88% des cas nécessitant une transfusion, ont eu un nombre de poche de sang reçues égaux à celui demandés

D'autres critères de qualité s'ajoutent aux premiers à savoir le recours à la césarienne après échec d'accouchement instrumental (1 %) et le retour à la salle d'accouchement pour une révision utérine (4%).

b- Évaluation de la qualité de prise en charge du nouveau-né :

Les résultats ont montré que tous les hôpitaux provinciaux n'ont pas accordé suffisamment d'intérêt aux nouveaux-nés en matière de mesure de la température en post-partum (99 %). Le score moyen d'omission a été de 2 pour 3/8 hôpitaux (CHP1, CHR1 et CHP3) (figure 11). Notant, que 1 % des femmes ayant eu des Bruits de cœurs fœtaux positifs à l'admission ont eu des mort-nés.

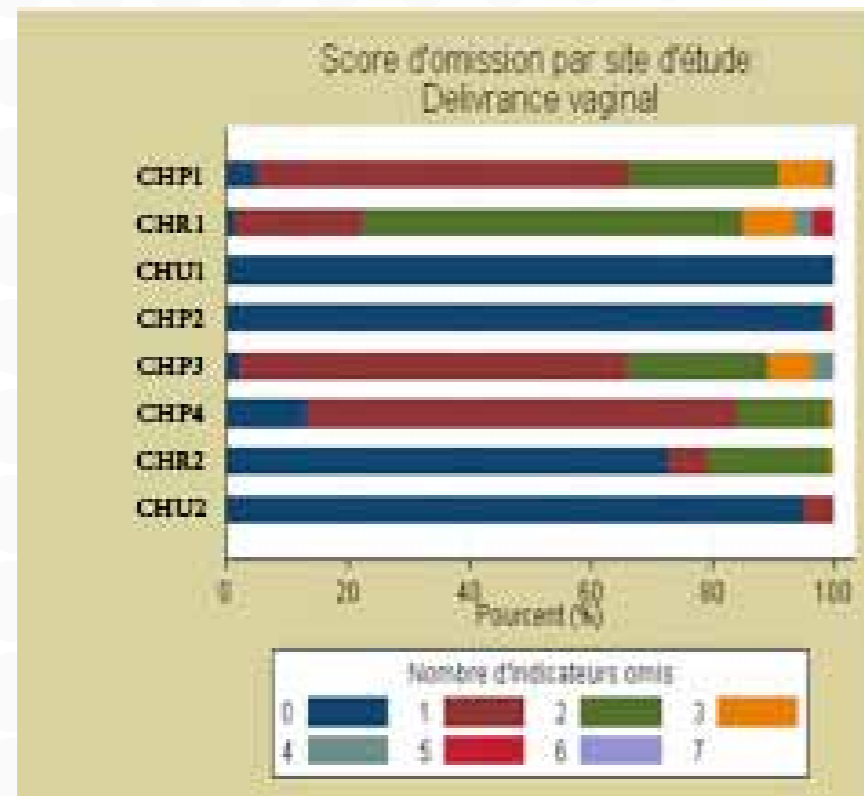


Figure 8: nombre d'Indicateurs omis par hôpital pour toutes les femmes selon les hôpitaux sites de l'étude :

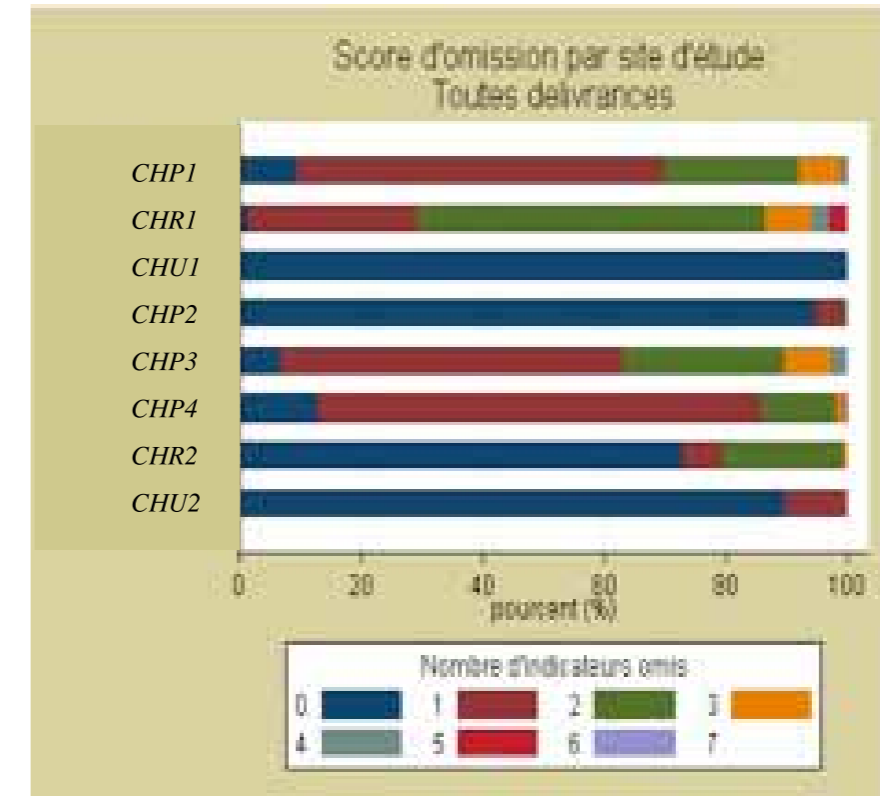


Figure 9 : Nombre d'Indicateurs omis par hôpital pour les femmes ayant un accouchement par voie basse.

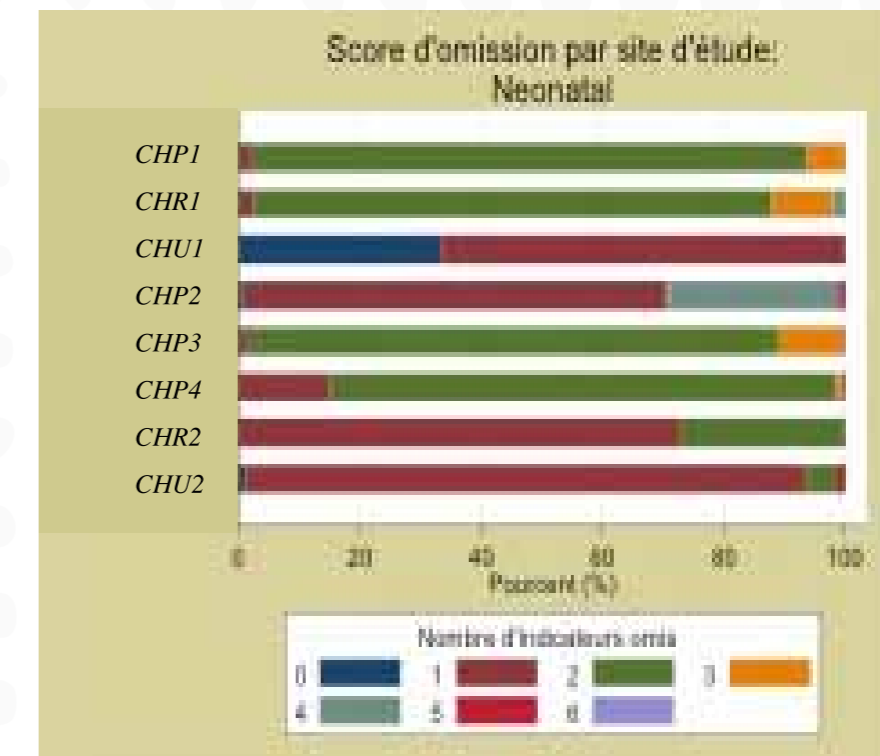


Figure 10: Nombre d'indicateurs de qualité des soins omis par hôpital pour les accouchements par césarienne

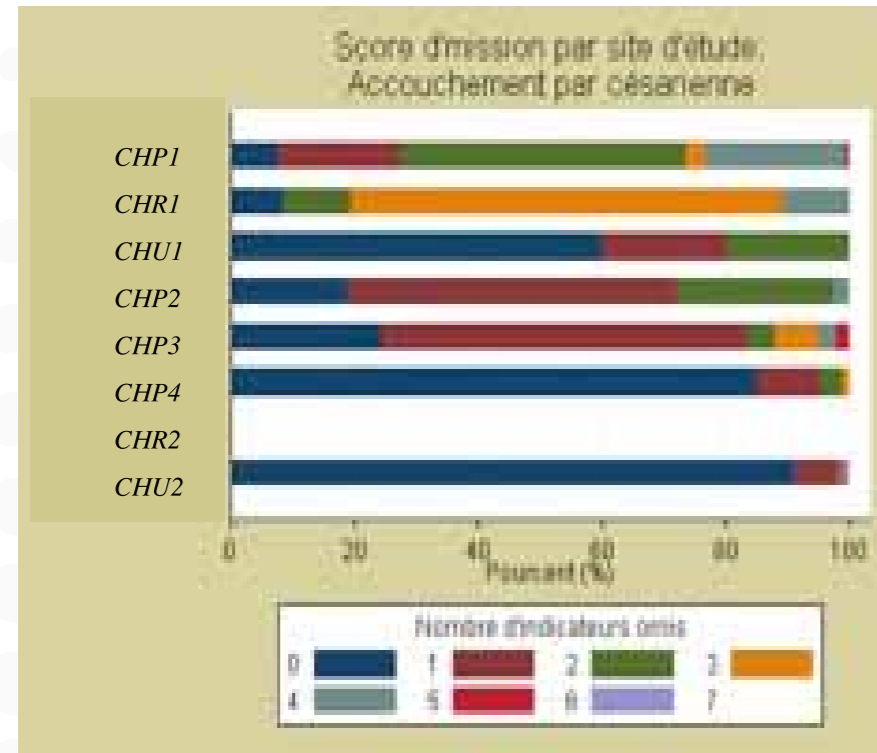


Figure 11 : nombre d'Indicateurs de qualité des soins omis par hôpital pour les soins néonataux pour les accouchements non gémellaires

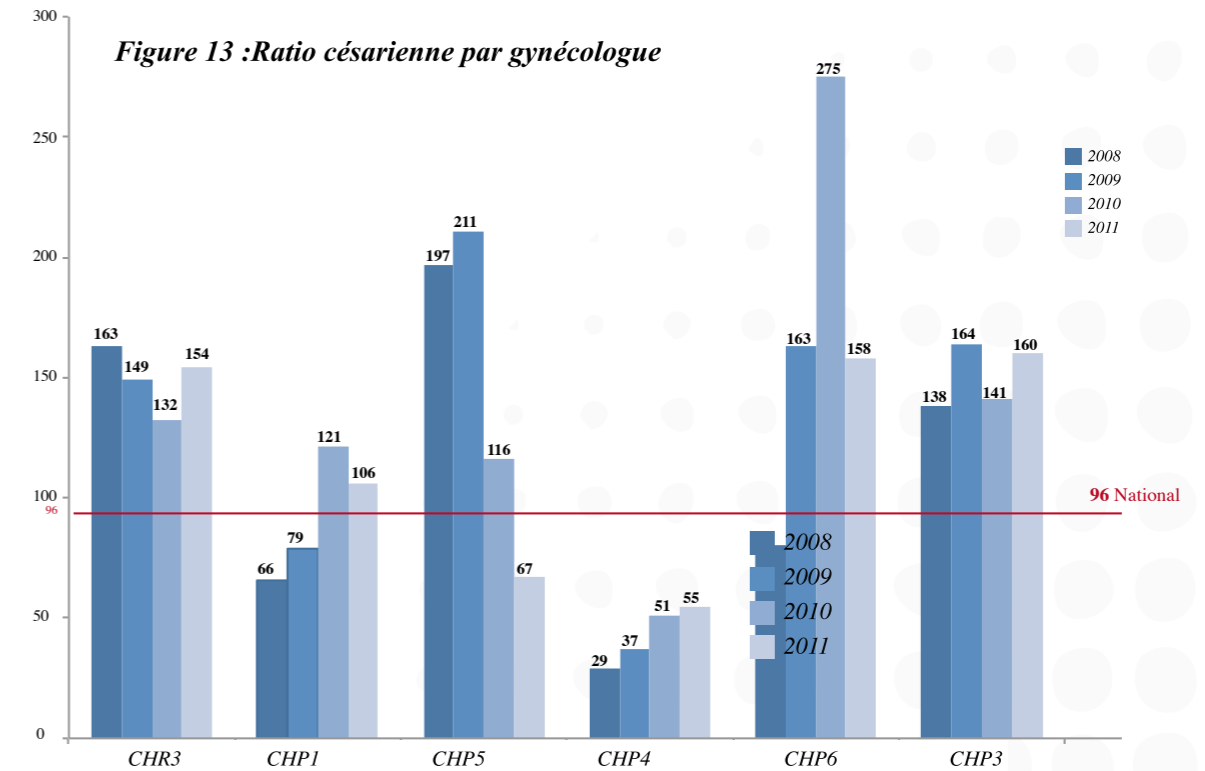
Source : Rapport quantitatif, « Effets sur la qualité et l'accès aux services de soins »

3-3-4. Conditions de prise en charge des parturientes

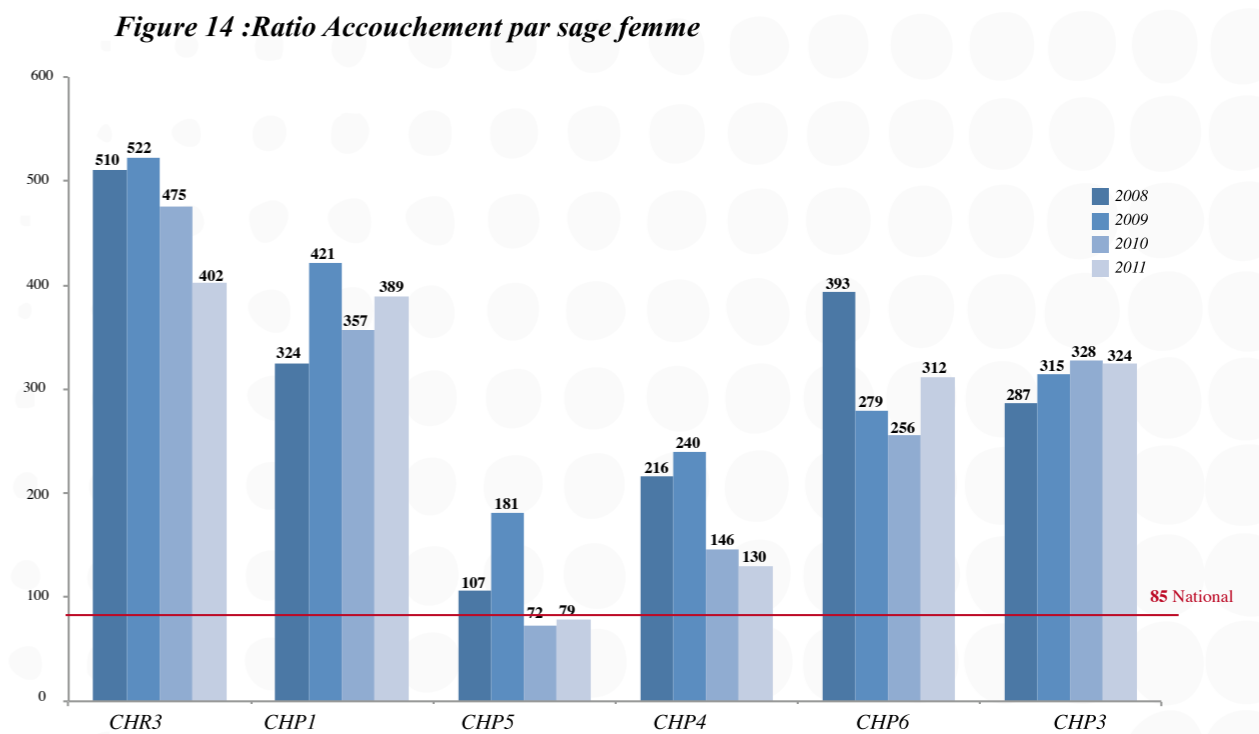
Cette dimension suppose une mise à niveau des conditions de travail du personnel de santé pour assurer des conditions optimales de prise en charge des parturientes et de leurs nouveau-nés. Les principales études menées ont donc focalisé sur la charge de travail déclarée par les prestataires et les gestionnaires concernés, de même que sur les expériences vécues par les patientes et leur entourage lors de leur séjour en hôpital.

a. *Charge de travail des prestataires* a été appréciée à travers l'analyse des données du SNIS et la perception des personnels de santé.

La majorité des hôpitaux n'a pas connu une fluctuation notable entre 2008 et 2011 du ratio césarienne par gynécologue par an (Figure 12) et du ratio accouchement par sage femme par an (Figure 13).



Source : Rapport « Suivi des flux financiers »



Source : Rapport « Suivi des flux financiers »

Cependant, 73 % des personnels de santé ont déclaré que les accouchements dans les établissements de santé ont augmenté dans le contexte de gratuité. Aussi, la plupart des prestataires, particulièrement le personnel paramédical, perçoivent la charge de travail comme s'étant accrue depuis la mise en œuvre de la PGAC. Les sages-femmes relèvent d'ailleurs l'impact négatif de cette surcharge sur la qualité des soins fournis.

Trois aspects ont été appréciés pour mesurer le changement net³⁵ dans les conditions de travail perçues par les prestataires depuis la mise en œuvre de la PGAC : le nombre d'heures de travail, de patientes vues et d'accouchements réalisés par semaine³⁶. Il en ressort que cette variation démontre une hausse hebdomadaire, pour toutes catégories confondues, de 8 heures de travail, de 26 patientes vues et de 19 accouchements réalisés, depuis la mise en œuvre de la politique.

68 % affirment que la politique de PGAC a augmenté leur charge de travail. 16,55 % n'ont rapporté aucun changement tandis que 7% ont même rapporté une diminution de la charge de travail. Cette charge de travail ressentie est expliquée par le personnel par le stress, l'absentéisme et un turn-over plus rapide du personnel³⁷.

Le personnel de santé, 120 sur 147 (82 %) ont déclaré que la PGAC ne s'est pas accompagnée d'une augmentation suffisante en ressources humaines.

L'étude s'est penchée sur la motivation de personnel, à travers la question de savoir, si sa rémunération s'est accrue ou non avec l'adoption de la politique, laquelle suppose une charge de travail accrue. La majorité, 78 %, a déclaré que la PGAC n'a ni augmenté ni diminué leur revenu. Le changement net calculé s'élève à 775,7 MAD. Or cette question se pose dans un contexte où le personnel de santé a un statut de salarié et toutes les variations de salaire observées ont concerné tous les fonctionnaires du secteur public.

Par ailleurs, les trois principaux facteurs qui motivent le personnel « à rester au travail » sont par ordre d'importance : le salaire, la vocation communautaire et le statut social. Le personnel a déclaré être moins motivé par les conditions de travail. Néanmoins, 58 % considèrent que la PGAC a amélioré la disponibilité en médicaments et consommables et 73 % déclarent qu'elle a été bénéfique aux pauvres.

35- Changement net = (Hausse x n1) – (baisse x n2) / N (N = n1 + n2) avec n1 : nombre de personnel qui ont mentionné une hausse et n2 : nombre de personnel qui ont mentionné une baisse

36- Rapport « Entretien avec les prestataires de soins »

37- Rapport « Evaluation de la mise en œuvre de la politique »

Tableau 12: Facteurs et score pondéré de motivation du personnel de santé

Facteur de motivation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Score pondéré
Salaire / Paie	74	15	14	11	8	4	0	4	0	5	9,43
Allocation additionnelles	4	6	7	4	11	17	16	8	5	8	5,21
Bonne conditions de travail	12	7	2	3	4	14	15	7	9	18	5,64
Opportunité de formation	21	7	9	7	6	8	11	10	11	9	6,57
Statut social	35	22	15	12	9	5	2	4	2	3	8,57
Droits de pension	19	17	15	16	13	1	2	5	1	3	7,64
Opportunité de servir la communauté	42	17	19	15	3	5	4	6	4	2	8,64
Aucune meilleure option n'est disponible ailleurs	21	11	3	8	15	6	7	7	2	6	6,86

Source : Rapport « Entretien avec les prestataires de soins »

Plus de 40 % des prestataires (58 / 143) ont déclaré que la PGAC a diminué leur niveau de satisfaction au travail, 11 % (16 / 143) ont rapporté une amélioration de leur satisfaction au travail. 53 % (76 / 143) rapportent une détérioration des conditions de travail (Tableau 13).

Tableau 13 : Impacts divers de mise en œuvre de la politique de gratuité

	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)

Source : Rapport « Entretien avec les prestataires de soins »

b- Perception des parturientes : ce point traite la satisfaction globale de la parturiente envers les services, le délai de prise en charge et le cheminement parcouru par les nears-miss.

- **Satisfaction des parturientes**³⁸, il s'avère qu'elle diffère selon le type d'établissement et le degré de complication. Trente-quatre pour cent n'ont pas été tout à fait satisfaites de leur séjour. La plupart ont accouché au niveau d'un CHR (Annexe 17).

38- Rapport « Entretien à la sortie avec les parturientes »

Même si les femmes sont dans l'ensemble satisfaites de l'existence de la PGAC, elles ignorent néanmoins la totalité des services offerts dans le cadre de la politique. Dans leur immense majorité, elles regrettent également que l'ordonnance à la sortie ne soit pas prise en charge (96 % d'elles se trouvent avec une ordonnance à la sortie de l'hôpital).

- **Le délai de prise en charge**, rappelons que le transport des parturientes de leurs domiciles vers les centres de santé ou les hôpitaux n'est pas compris dans les prestations instituées par la politique. Ce qui laisse perdurer le premier retard dans l'offre de soins. La valeur médiane de ce retard a été de 3,5 heures. Cinquante-cinq pour cent ont signalé qu'il n'y a pas eu de retard dans la prise de décision pour recourir à l'hôpital. Quatre-vingt-cinq pour cent ont mis plus d'une heure avant de se décider à chercher à obtenir des soins. Parmi ces dernières, presque 46% ont eu une césarienne. Cependant, ce premier délai a dépassé 5h chez 24% des femmes (Annexe 18).

Ce retard s'explique par trois raisons : 26,5% se sont adressées à une autre structure, 22 % par l'absence de transport et 7 % par manque d'argent.

Presque 50% des parturientes ont mis une heure et plus pour atteindre l'hôpital en raison des pannes d'ambulances et dans quelques cas en raison du manque de carburant. Ce délai a dépassé 2h pour plus de 21% des femmes. Dans le site de CHP6, ce retard a concerné 42% des parturientes (Annexe 19).

- **Entretiens near miss**, retracent le cheminement parcouru par la femme. En ce qui concerne le suivi de la grossesse, certaines femmes ont déclaré avoir reçu des soins incomplets et ont déploré un manque d'explication sur la nature des causes. L'absence de suivi, tel qu'illustré par E1 : le médecin privé découvre qu'elle est enceinte à la suite d'une consultation pour maladie. Elle compare alors les deux types de structures et insiste sur la qualité de la communication menée avec le médecin privé: « *je ne vais pas à l'hôpital public c'est loin tu dois aller à pied (...), il y a juste les infirmières elles t'examinent et te donnent les médicaments ; le médecin privé a dit je vais bien le bébé est normal, je lui ai demandé est-ce un garçon ou une fille il m'a dit je dois attendre encore un peu avant de savoir, je lui ai demandé si je n'avais pas de jumeaux il m'a dit non, il a demandé des analyses* ».

L'appréciation sur la seconde étape, à savoir le recours à la structure de proximité, structure de transfert, se fait en termes de déficits relevés, notamment l'absence de soins lors du transfert, et le coût. Lorsque l'ambulance est non disponible, la recherche de transport en situation d'urgence, de malaise, accroît le désarroi ressenti : « *je ne pouvais pas marcher, car l'eau coulait et j'avais vraiment peur, elle m'a dit de partir par ambulance, mais on n'avait pas les moyens, 100 DH. Mais quand on lui a dit qu'on ne pouvait pas, on n'a pas de moyens, elle nous a dit de prendre un taxi, et le taxi quand il a vu que j'étais enceinte il n'a pas voulu me transporter, il voulait qu'on loue, c'est-à-dire lui donner beaucoup d'argent pas comme le prix normal (...). Quand ma tante lui a dit que nous n'avons pas de quoi payer cette somme, il a accepté, mais il nous a fait descendre à la station des taxis. En plein midi. Alors on a pris un petit taxi et on est arrivé à l'hôpital. »*

La troisième étape, celle relative à la structure de référence souligne un point positif, à savoir la rapidité de l'admission au sein de cette structure : « *ils m'ont reçue, je leur ai montré les papiers et les analyses du diabète, le dossier de suivi l'échographie, elle a pris tous ces papiers et elle a parlé au médecin par téléphone, car elle a vu que j'étais souffrante et elle m'a emmenée directement à la réanimation.* »

Les soins en salle de réanimation sont quasi unanimement appréciés, de même que l'efficacité technique.

Par contre les décès de nouveau-nés n'induisent pas une prise en charge psychologique de la mère. De plus, les soins aux nouveau-nés semblent, parfois, être peu prioritaires. L'extrait suivant se situe après accouchement et réfère au bébé : « *la fille a passé la nuit en pleurant (i.e le bébé), ma mère ne pouvait rien lui donner, elle a demandé à droite et à gauche, mais personne n'a pu l'aider. Le lendemain, l'infirmière est venue examiner les bébés et quand l'infirmière l'a vue, elle a vite appelé le médecin et m'a dit que la fille est mourante et effectivement elle est morte peu à près.* »

Le séjour en 'service' est presque unanimement déprécié: il est considéré comme routinier, sans prestations particulières, dans des conditions d'hygiène problématiques. L'absence de surveillance le soir est également notée. C'est le sentiment d'être l'objet de soins automatiques, routiniers qui prédomine : « *alors je suis restée avec mes douleurs du matin jusqu'au lendemain, on vient te mettre un peu de coton et des médicaments et elles s'en vont, tu ne les revois plus.* »

De façon générale, les défaillances relatives aux comportements et attitudes empathiques sont unanimement soulignées : « *Les gens qui travaillent là-bas sont payés, mais leur comportement c'est comme s'ils font ce travail sans être payé par l'État. Elles hurlent, si la femme a des douleurs et qu'elle crie, elles lui demandent de se taire, même si c'est malgré elle. Il y a de l'aide de l'État, mais les gens qui travaillent te montrent comme si ce qu'ils font c'est sur leurs propres moyens, vous comprenez* ».

Sur le plan du confort de la parturiente, il est admis que l'alimentation est généralement ramenée par les familles, l'hygiène en salle reste à améliorer³⁹.

Dans l'ensemble, les parturientes near-miss déclarent avoir été reçues rapidement au niveau de l'hôpital et se sont montrées satisfaites de leur prise en charge au niveau de la réanimation. Leur séjour en salle reste mal apprécié surtout sur le plan de l'hygiène. De façon générale, les interactions avec les personnels de santé restent dépourvues d'empathie quoi que satisfaisantes sur le plan technique.

En matière de coûts, la référence est souvent entrevue comme un accroissement du coût. D'autant que la plupart affirment avoir payé l'ambulance. Même si l'accouchement en soi est reconnu comme étant gratuit, souvent n'en étant pas informée, l'appréhension d'avoir à payer

³⁹ Rapport qualitatif « near-miss »

le coût de l'acte ou de l'opération a persisté durant tout le séjour. De plus, malgré la gratuité, certaines personnes ont été confrontées au paiement du séjour en hôpital. Par ailleurs, une autre source de coûts est occasionnée par les différentes pannes de matériel, par la question des pourboires qui reste toujours d'actualité, par le séjour des familles qui constitue une source de dépenses conséquentes. De manière générale, le coût est perçu comme excessif. Il est d'ailleurs toujours associé dans les discours aux capacités financières. Pour y faire face, les familles mobilisent différentes stratégies, dont la solidarité familiale, le recours aux emprunts, l'endettement, les dons, la vente de biens. Lorsque cette question est abordée, l'affiliation au RAMED est dite comme désormais envisagée. Cependant la perspective de n'être pas éligible accroît l'inquiétude pour les grossesses à venir : « *si vous n'avez pas le RAMED, il faut payer, vous comprenez, parce qu'on n'a ni mutuelle ni autre chose* ».

Suite à cette expérience, les femmes near miss ont exprimé un certain nombre d'attentes en termes d'amélioration de la prise en charge dont la principale est celle relative à une humanisation des soins. Les parturientes et leurs familles souhaitent également une mise à niveau des centres de santé de proximité, une prise en charge des accouchements en structure proche, une amélioration des conditions de transfert, une 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.

Les points forts relevés par les interviewés sont relatifs à un service de réanimation très propre, une prise en charge rapide, à la catégorie de personnel qui désormais refuse le pourboire, aux soins efficaces dont elles ont pu bénéficier, à l'allègement du coût de la prestation lié à l'acte d'accouchement et de césarienne.

Le questionnaire sur ce que finalement la population interviewée retiennent de la gratuité, s'est traduit en l'expression d'un sentiment de reconnaissance exprimé vis-à-vis du roi mais également en un rappel des frais déboursés, du comportement du personnel, des contraintes endurées, de la non-attribution systématique de cette exemption des frais de l'accouchement et de la césarienne, de l'ambulance souvent indisponible, payante, non équipée. Le principal constat positif reste celui relatif à l'amélioration de la prise en charge en réanimation.

Leurs sources d'information sur la gratuité se révèlent diversifiées, de même qu'elle reste incomplète par rapport aux prestations qu'elle englobe. Cependant les femmes interviewées ayant vécu l'expérience near-miss, pour la plupart, désirent entamer une prochaine expérience de grossesse en milieu surveillé.

c- Observations au niveau de trois maternités hospitalières⁴⁰, ont permis de décrire leur environnement externe et interne : leur effectif en ressources, la disponibilité des gardes, leur équipement, la description de la salle d'accouchement, du bloc opératoire, du service néo-natal.

40- Rapport qualitatif « observation et entretien avec le personnel et parturientes »

Les constats révèlent une insuffisance en personnel et en organisation des équipes pour assurer la disponibilité des services. L'absence de garde est soulignée au niveau du premier site et est accentuée les nuits et les weekends. Les horaires du travail font état d'une plus grande disponibilité de services entre 9h et 15h. Selon le statut, la ponctualité est plus ou moins respectée, ainsi dans un site, la distance et le covoiturage justifierait ces constats. Le délai d'attente, dans certains cas, peut atteindre deux à trois heures en raison semble-t-il du flux important des femmes.

L'observation des activités de chaque catégorie de personnel fait ressortir celles assumées par les femmes de ménage, dans un site, en ces termes: elles assurent le nettoyage du service, elles aident les sages-femmes pendant l'accouchement, elles s'occupent du nettoyage du bébé, elles servent de traductrices auprès du personnel soignant pour les femmes qui ne parlent que le berbère.

La coordination entre prestataires est évoquée comme parfois défaillante et donc susceptible d'engendrer une série de coûts, de désagréments et de failles dans la prise en charge des parturientes. Dans ce sens, il a été noté que les réunions entre personnels soignants ne se sont jamais produites, durant le temps de l'observation.

En ce qui concerne, la relation entre les prestataires et la population, le personnel au niveau d'un site, dénonce l'attitude revendicatrice de la population et la met sur le compte de la politique de gratuité. La question du transfert est dite mal acceptée par les parturientes. Certaines sages-femmes avouent redouter les poursuites judiciaires et réfèrent par excès par crainte d'éventuelles complications. L'indisponibilité des ambulances est reconnue par le personnel. Cette question est d'ailleurs citée comme sujet de conflit entre parturientes, entourage et prestataires. Le personnel d'un site déclare que les femmes usent de stratégie pour accoucher dans un hôpital donné et éviter l'accouchement dans un autre, en raison d'expériences personnelles antérieures ou de celle de leur entourage. Les observations ont également soulevé le problème que constitue pour les parturientes le fait d'être renvoyées chez elles lorsqu'elles ne sont pas à terme, en raison d'un second paiement d'ambulance et en une duplication du coût du parcours, de manière générale.



DISCUSSION



4. Discussion

Cette étude a eu pour objectifs principaux de déterminer si la PGAC a permis d'augmenter l'accès aux soins obstétricaux et d'accroître l'équité de cet accès, ce qui supposerait une réduction des charges financières assumées par les ménages. Nous nous sommes également interrogés sur le coût de la politique et les capacités du système local de santé à s'approprier cette politique. Il s'agissait également de documenter tous ses effets sur les différentes ressources, la communauté et la qualité des soins. Au terme des constats émis, nous pouvons dès lors établir les forces et limites de la politique et présupposer de sa pérennité.

La gratuité entraîne-t-elle une amélioration de l'accès ?

Nous remarquons, d'après les données nationales, une tendance à la hausse de l'accouchement en milieu surveillé et de la césarienne, tendance qui a été amorcée 10 ans auparavant. Après l'introduction de la politique, cette évolution n'a pas connu un saut. Cette évolution est confirmée au niveau de nos sites d'études. Par contre, dans la revue de la littérature faite par Ridde et al, il a constaté que dans certains pays ayant des taux d'accouchements en milieu surveillé trop bas ont marqué une augmentation et un saut remarquable de l'utilisation après l'introduction de la politique de gratuité (Ridde & Meessen 2010).[2]

Au-delà de l'introduction de la gratuité, différents facteurs contextuels associés au Plan National de l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (les ressources humaines, logistiques, matérielles, etc.) interviennent donc sur ces taux et peuvent expliciter leurs évolutions.

Les tendances d'accouchement en milieu surveillé et la césarienne ont connu une augmentation régulière touchant également le quintile le plus pauvre de la population; deux ans après l'introduction de la PGAC, 42.4% des femmes les plus pauvres ont accouché en milieu surveillé en 2010 et le taux de césariennes dans ce groupe est passé de 0.3% (1989-1991) à 1% (1999-2001) à 8,5% entre (2009-2011). Malgré cette évolution, nous n'avons pas d'évidence que l'introduction de la PGAC a accéléré les tendances en accouchements assistés ou les accouchements par césarienne chez les pauvres.

Selon l'analyse secondaire au Maroc, le taux d'AMS est passée de 10% en 1988 à 52% en 2010 pour le rural et de 50% à 90% pour l'urbain. Quant au taux de césarienne, il est passé de presque 0% à 6% dans le milieu rural et de 5% à presque 18 % dans le milieu urbain. Néanmoins, l'évolution de ces taux demeure stable après 2008. Concernant la césarienne, à priori on pourrait croire que des disparités continuent à persister entre les milieux urbain et rural; chose qui pourrait induire en erreur notre interprétation. en faisant une analyse selon le secteur privé versus public nous pourrions dire que le privé entrainerait un taux élevé de césarienne, constat qui suscite une analyse approfondie pour explorer les déterminants de cette situation ; plusieurs études faites dans ce sens ont montré ce constat (Dahlen.HG et al, 2012 [3]; Khawaja.M et al, 2007[4]). Ce type de difficulté d'équité est souligné au niveau d'autres études, menées dans d'autres pays.

(De Allegri et al. 2011) [5]. Donc, la politique d'exemption à elle seule reste insuffisante pour assurer un accès équitable (Steinhardt et al. 2011 [6] ; Ridde et Diarra, 2009 [7]).

Les tendances des besoins obstétricaux non couverts (BONC) sont passées de 16% en 2008 à une couverture suffisante en 2011 à CHP5; et au niveau de CHP6 nous avons remarqué que ces besoins ont passé de 42% en 2008 à une couverture suffisante en 2011. Bien que la couverture en besoins obstétricaux dans les 2 sites soit suffisante, son inférence à la PGAC seule ne peut être établie. Cette étude a permis de confronter les acteurs du système de santé à l'ampleur des problèmes de complications graves dans leurs zones d'activité. Ceci dans le but, non seulement de les informer, mais surtout de générer une réflexion basée sur une situation concrète capable d'aboutir à des changements et à des programmes d'actions, visant à diminuer l'ampleur des complications obstétricales.

La gratuité affaiblit-elle ou renforce-t-elle le SSL ?

La décisions de la gratuité laisse supposer une gestion centralisée de la mise en œuvre de la PGAC qui touche également l'affectation des ressources humaines, l'institution d'une durée en matière d'hospitalisation pour les parturientes, la gratuité du transfert interstructures, tout type d'action entreprise sans réelle concertation avec les cadres gestionnaires. Ceci pourrait s'expliquer par le contexte d'urgence dans lequel la gratuité a démarré. L'analyse de la décision montre également que la gratuité est intervenue au tout début de l'instauration du Plan de la réduction de la mortalité maternelle, c'est-à-dire à un moment où les conditions optimales de la mise en œuvre de la gratuité n'étaient pas encore réunies. Les acteurs de terrain se sont donc retrouvés en confrontation entre les exigences du central et celles de la population.

La gratuité entraîne-t-elle une diminution des charges financières supportée par les ménages?

En ce qui concerne la charge financière supportée par les ménages, la plupart des études menées à ce jour ne focalisent pas sur la gratuite des césariennes. La littérature traite plutôt de l'exemption des soins en général comme le rapporte (Ridde, Robert & Meessen 2010)[2] ; l'exemption des soins a eu un impact généralement positif sur les dépenses des ménages. Dans notre étude, 74 % des femmes déclarent n'avoir rien payé par rapport aux éléments compris par le paquet institué par la PGAC. Bien que ce principe de gratuité soit favorablement apprécié, quelques motifs d'insatisfactions des femmes subsistent, notamment leur mécontentement en ce qui concerne la non-prise en charge de l'ordonnance prescrite à la sortie de l'hôpital. Le coût médian de l'ordonnance s'élève à 313 MAD avec une moyenne de 5 médicaments prescrits. De plus, quelques parturientes dénoncent la non-disponibilité des médicaments pendant leur séjour, ceci se produisant en raison de la rupture de stock ou de la mauvaise gestion. Presque 19 % continuent cependant à payer des frais inhérents au transport inter structures et certains médicaments à l'intérieur.

Les femmes qui se rendent dans une structure de soins pour accoucher sont généralement accompagnées par un membre de la famille ou par un voisin. L'étude a montré que 88 % des femmes ont été accompagnées par plus d'une personne (le plus souvent par leur mari) et 50% ont signalé que les accompagnants ont dû payer des frais de transport et de nourriture (à l'extérieur) durant leurs hospitalisations. Le coût médian encouru par les accompagnantes a été estimé à 150 MAD (Min 7- Max 2000). Ce dernier ne comprend que les frais de nourriture et de transport et non le coût d'opportunité en temps.

Certes, les coûts liés à l'accouchement en tant que proportion des coûts directs payés par les patientes ont diminué après la mise en place de la PGAC, mais une partie de la barrière financière persiste. Cette partie est constituée des coûts non hospitaliers, englobant l'ordonnance à la sortie et le transport. Ce même constat a été observé dans le cadre d'une étude de recherche dans une province au nord du Maroc, où les coûts hospitaliers ne représentent que 35 % de la somme des coûts non hospitaliers au niveau des hôpitaux SEGMA (Bennis et al 2010) [8].

Si l'accouchement se présente comme un événement heureux dans la famille et son entourage, le paiement direct (Annexe 20) qu'il engendre provoque par contre un choc sur le plan économique et sur le plan social, accélérant l'appauvrissement des ménages.

Sur le plan économique : Afin d'examiner l'impact économique des dépenses de l'accouchement, il est usuel de les comparer aux revenus des ménages. Les dépenses de santé sont souvent appelées «catastrophiques» si elles dépassent un seuil critique de revenus. Certains auteurs considèrent que lorsque les coûts sont supérieurs à 10% des revenus, ils sont déjà catastrophiques (Ranson 2002) [9].

L'étude FEMHealth a montré que 88.37 % de la catégorie des plus pauvres et 64 % de la catégorie des riches dépensent plus de 15 % de leurs dépenses mensuelles pour couvrir tous les paiements liés à l'accouchement. Les ménages de la deuxième catégorie, en plus de ce qu'ils dépensent, épargnent, alors que la première catégorie recourt aux emprunts et aides de l'entourage pour pouvoir assumer les soins. Le coût lié à ces soins peut amener les ménages pauvres à s'appauvrir davantage (Borghi et al. 2006) [10].

Sur le plan social : les dépenses liées aux soins obstétricaux présentent une dimension sociale importante, surtout lorsque des interventions coûteuses, telles que la césarienne, s'avèrent nécessaires. Dans beaucoup de régions à faibles revenus, les femmes contrôlent peu les ressources financières du ménage, ou y accèdent difficilement, et doivent compter sur les hommes pour payer leurs soins obstétricaux (Borghi, J, Storeng K.T & Filippi V. 2008 [11]). L'étude FEMHealth a montré que 75 % des maris assurent les frais de l'accouchement et ce quelque soit le type d'accouchement. Dans 20% des cas, il y a recours à la famille et dans seulement 2% des cas, c'est la femme qui paye. Ce manque d'autonomie financière peut être très anxiogène pour les femmes qui ont besoin de soins, et peut engendrer des tensions sociales, des conflits et même mettre le mariage en péril (Gruénais & Ouattara 2006 [12]; Storeng et al. 2008 [13]).

La gratuité influe-t-elle sur la qualité des soins?

La qualité des soins a été approchée par la mise en place de dix-huit critères. Les scores d'omissions ont révélé des variations entre hôpitaux. Ce score n'est bien évidemment jamais de 0, même dans les milieux cliniques les plus avancés (Health Fondation, 2011) [14]. Si la qualité de prise en charge de la parturiente demeure acceptable dans la majorité des hôpitaux sites de l'étude (1.91 au niveau de CHR1), les scores d'omission néonataux restent élevés. Les entretiens auprès des femmes nears-miss ont décrit des situations critiques qui laissent supposer une préoccupation des prestataires uniquement centrée sur la mère. Une étude qui viserait différentes facettes du processus de soins s'avère donc nécessaire ainsi que l'affirme (Knight et al, 2013) [15].

En effet, la concentration sur les niveaux d'erreurs ou de la performance et la triangulation des informations de plusieurs sources chaque fois que possible, par exemple en utilisant des données quantitatives et des données qualitatives est nécessaire. L'observation de l'environnement clinique et des entretiens avec des parturientes au Bénin et au Maroc nous a permis de confirmer et de compléter le constat quantitatif dans les sites de FEMHealth. D'autre part, la satisfaction des femmes ont déclaré dans des interviews de sortie n'a pas une bonne corrélation avec les scores d'omissions au niveau des structures de soins. La satisfaction des femmes est souvent concentré sur différents aspects de la qualité des soins tels que la propreté perçue des structures et le comportement des prestataires .

Nous avons également constaté une association entre le score brut de l'omission et les dépenses des femmes. En effet, les hôpitaux ayant des scores d'omission élevés continuent à faire payer aux femmes les frais intra hospitaliers et l'ordonnance à la sortie. Ceci pourrait être expliqué parfois par le style de management et l'environnement de travail au sein de ces maternités. À titre d'exemple, les responsables ont souvent constaté que certains médicaments prescrits aux femmes à la sortie sont disponibles au niveau de la pharmacie hospitalière; le prestataire semble donc ne pas coordonner avec le pharmacien. La qualité des soins va donc de pair avec le style de gestion au niveau de la maternité et reste conditionnée par la nécessité d'opter pour une prise en charge de la femme de façon intégrée et globale.

Dans cette optique, l'analyse de l'étude pilote réalisée par (Steinhardt et al. 2011)[6] en Afghanistan, renforce ce constat en soulignant que la qualité observée et perçue a augmenté dans les services, mais ne varie pas en fonction de la suppression des frais.

Les enquêtes qualitatives ont pour leur part démontré que la qualité relationnelle reste défailante, même si des prémices d'amélioration sont entrevues à travers l'engagement plus apparent de certaines professionnelles (les jeunes sages-femmes) et la catégorie du personnel qui n'accepte plus de paiements informels. Rappelons également le changement noté par les professionnels en matière d'attitude de la population, « plus revendicatrice » avec la gratuité.

La gratuité influe-t-elle sur l'organisation des services au niveau du SSL ?

Parmi les effets potentiels de la gratuité sur les systèmes de santé, Ridde et al évoquent l'augmentation massive de l'utilisation des services, provoquant une charge de travail plus lourde perçue par les professionnels de la santé. Dans nos sites d'études, même si aucune modification de la charge de travail n'est constatée de façon factuelle, le personnel de santé considère qu'elle s'est accrue avec la PGAC et qu'elle affecte la qualité des soins. A contrario dans d'autres pays (Ridde et Diarra, 2009)[7], les professionnels de santé estiment que leur pratique professionnelle s'est améliorée malgré la gratuité.

Dans le même sens, la littérature mentionne que l'attitude (Burnham et al. 2004) [16] et le moral des prestataires de soins semblent s'être détériorés avec la suppression des frais des soins (Kajula et al. 2004) [17].

Une autre étude récente faite au Burkina-Faso (Ridde V, Queuille L, Kafando Y. 2012) [18] montre que les prestataires de services cliniques manifestent leur satisfaction pour la prise en charge des femmes et leur mécontentement vis-à-vis de l'insuffisance et/ou de l'état du matériel médico-technique, le caractère non complet des kits et l'augmentation de la charge du travail. Il est vrai que les prestataires de soins, dans le cadre de notre étude, adhèrent à l'idée de soigner gratuitement les femmes. Nonobstant, on perçoit une démotivation, fruit d'une surcharge de travail ressentie par les prestataires. Cette surcharge perçue n'a pas été accompagnée par des primes de motivation du personnel. Le changement net calculé (775,7 MAD) n'est pas lié à la PGAC. Il s'explique par l'augmentation de 600 MAD net à partir du 1er mai 2011 dans le secteur public et aux allocations additionnelles⁴¹ reçues par le personnel de santé⁴².

Outre l'appréciation de la charge de travail par le personnel, il est admis qu'elle peut aussi entraîner des effets sur les délais d'attente. De Allegri et al (2011) [5] ont d'ailleurs mentionné cet effet au Burkina Faso.

De plus, la demande accrue peut engendrer une pression sur le SSL, en l'absence d'autres réformes de mises en œuvre et de mesures d'accompagnements en termes de structures, de ressources humaines et de médicaments (Ridde et al. 2012) [19]. La disponibilité permanente des médicaments, fongibles et équipement demeure une condition essentielle pour des soins efficaces de haute qualité (Ridde et al.2012)[19]. Dans nos sites d'études, les conditions d'instauration de la politique n'ont pas permis l'apport approprié et en temps voulu de toutes les ressources requises pour une mise en œuvre optimale, tel que évoqué ci-dessus.

En ce qui concerne la question du renforcement du stewardship au niveau local, il n'y a pas d'évidence que la mise en œuvre de la PGAC l'ait renforcé. Certes l'ensemble des managers et prestataires de services ont perçu les objectifs de la PGAC comme étant alignés aux besoins locaux, et y ont réagi positivement. Une plus grande visibilité et une implication plus poussée

41- Indemnités de garde, prime de rendement, prime de coordination ...etc.

42- Rapport « Entretien avec les prestataires de soins »

du niveau local par le niveau national dans la phase de réflexion et de design de la PGAC auraient probablement permis de donner plus de capacité d'action aux managers locaux pour pouvoir faire face aux défis qui se sont présentés. En effet, dans un système dominé par un groupe professionnel (i.e. les médecins), il faut un fort *stewardship* ou d'autres approches pour assurer la recevabilité.

La PGAC a été perçue par les gestionnaires locaux surtout au niveau provincial et régional comme inhibant leur marge de manœuvre. Les prestataires de services, forts de leur pouvoir, ont dans certains cas privilégié leur intérêt personnel par rapport à celui du service public, surtout face à un système de type bureaucratique qui les exclut du processus décisionnel.

On ne peut répondre de manière décisive et directe sur le fait que la PGAC ait globalement renforcé ou affaibli le SSL. Très peu d'écrits dans la littérature ont appréhendé la question d'une manière aussi intégrée ; cette dernière étant très complexe et dépendant de facteurs multiples, inhérents à la conception, la formulation, l'opérationnalisation effective de la politique. Tous ces facteurs interagissent de manière constante et à différents niveaux, se répercutant non seulement sur les résultats directs et indirects de la politique, mais également sur la mise en œuvre locale dans sa globalité et sur l'adoption ou pas de la politique par des acteurs locaux ayant ou non les capacités nécessaires pour cette mise en œuvre, à savoir, une vision forte, des compétences techniques, managériales et un pouvoir décisionnel pour pouvoir conceptualiser les actions à leur niveau.

La gratuité a-t-elle été adoptée par le SSL ?

Les principaux facteurs explicitant l'appropriation de la PGAC apparaissent comme étant :

1. Un fort pouvoir central qui à travers différents canaux (médias, réunion internationale, implication des plus hautes instances) a sensibilisé la population sur la gratuité. La gratuité a donc été perçue par la population comme un acquis indéniable à revendiquer auprès des structures de soins publiques.
2. Plusieurs composantes de la PGAC faisaient déjà partie du quotidien des gestionnaires locaux (très peu de changement dans la pratique courante sauf au niveau du BAF vers lequel les parturientes ne se dirigent plus). Les gestionnaires locaux sont appelés à appliquer la PGAC avec très peu de marge de manœuvre. Ils essayent d'adopter la politique qui leur est imposée aussi bien d'en haut que par la pression publique. Ils sont obligés de composer avec différents partenaires auxquels ils doivent rendre compte (DHSA, Directeur régional, société civile) et prestataires de soins (principaux acteurs de la mise en œuvre). Ils créent ainsi des alliances entre eux (délégué et directeur d'hôpital) et font des négociations (gestionnaires – prestataires) pour adapter les conditions locales à la gratuité (ressources humaines de plus en plus restreintes, ressources financières peu claires...) et pour répondre au mieux aux exigences établies et effets induits par la MEO de la gratuité.
3. Aussi bien les gestionnaires que les prestataires sont unanimes quant au meilleur accès à la PGAC pour la population.

4. La PGAC n'entre pas dans le champ de pratiques des prestataires (pour eux c'est un problème plus administratif). Ils l'utilisent cependant comme élément pour renforcer leur pouvoir de négociation avec la hiérarchie, car à travers elle, ils se retrouvent comme étant les principaux acteurs (détenant la technicité d'accomplir l'accouchement et la césarienne) dans la réussite ou l'échec de l'atteinte des objectifs établis.

5. Les sages-femmes exécutent ce qui est préconisé par la hiérarchie. Elles sont également convaincues de l'intérêt d'une telle politique pour la population.

6. L'implication de la communauté (élus et société civile) a été inexistante dans la mise en œuvre de la PGAC.

Quelles sont les forces et les limites de la PGAC ?

Les forces de la PGAC sont relatives essentiellement à la façon dont cette politique a été documentée, ses sources scientifiques, le contexte social dans lequel elle a eu lieu, la mobilisation financière qu'elle a suscitée.

Dans nombre de pays, la gratuité a émané d'un engagement de plus haut niveau, s'inscrivant dans une démarche globale de lutte contre la pauvreté. Au Maroc, elle s'est traduite par une déclaration officielle et une mobilisation de fonds conséquents. Cette politique a été implantée dans le cadre d'un plan global de réduction de la MMI. Ceci aurait pu avoir des effets particulièrement positifs sur les différents inputs au niveau local. En effet, cette intégration a permis à la PGAC de profiter des différentes actions incluses dans celles du plan global.

Malgré des objectifs assez larges et une formulation assez vague, cette politique a été adoptée et mise en œuvre sans trop de modification ni de retard.

Ceci a également été facilité par une capacité de réactivité du niveau central pour éviter les goulots d'étranglement de la mise en œuvre. Il y a eu ainsi un envoi de circulaires et notes de clarification par le niveau central tout au long du processus de mise en œuvre locale de la PGAC.

Unanimement, la disponibilité des kits et médicaments vitaux, tant à travers les perceptions des acteurs locaux, qu'à travers les revues de rapport et documents de gestion, apparaît comme un des points forts de la politique.

Une action du plan de RMM prévoit un renforcement tant en quantité et en qualité en ressources humaines. La gratuité n'a pu réellement en bénéficier en ce sens que cette action nécessite plusieurs années pour se concrétiser.

Les équipes locales font part de leur démotivation face à leur perception d'une charge de travail accrue. Cependant aucune évidence ne vient conforter qu'avec la gratuité il se soit produit une variation dans la charge de travail assumée.

La PGAC n'a pas instauré un système d'information spécifique au niveau local. Le système déjà existant n'a donc pas été alourdi.

Les limites de la PGAC réfèrent à une définition insuffisamment explicite du contenu du paquet de soins lors de lancement et du ciblage de la population. Cette insuffisance d'explication se

révèle également à travers le processus d'information mis en place envers la population et le personnel. Ainsi, en matière de sensibilisation des bénéficiaires de la PGAC, sur les services couverts, les décideurs déclarent que des campagnes ont certes été réalisées, mais seulement 27 % des parturientes de notre échantillon rapportent être au courant de la PGAC. De plus ces parturientes n'ont pas cité tous les éléments du paquet.

la durée de séjour de 48 heures après un accouchement normal et de 5 jours après une césarienne prévue dans le plan d'action ne peut être respectée dans un environnement de gratuité. En effet, les observations démontrent que cette durée d'hospitalisation est de 24 H pour un accouchement normal et de 72 heures pour une césarienne⁴³. Les déficiences apparaissent au niveau de la prise en charge du nouveau-né, en raison d'une absence de lit, lesquels se retrouvent dans le même lit que la mère.

La gratuité entraîne-t-elle d'autres effets que ceux attendus ?

En effet, il est à noter qu'une politique de gratuité peut induire d'autres effets que ceux attendus (Steinhardt et al. 2011) [6]. Au niveau des sites d'étude, les références, le recours vers les hôpitaux et le CHUs corroborent cette hypothèse.

En Zambie (Hadley, 2011)[20], les professionnels de santé ont déclaré que l'exemption des frais, produit un gaspillage de ressources. Dans les sites d'études, le même constat émerge en ce qui concerne l'octroi par le niveau central des kits et médicaments vitaux en surplus au niveau local.

En matière de pérennité, le suivi et l'évaluation ont une grande importance, car ils assurent les correctifs nécessaires. Par ailleurs, la PGAC se situe dans un contexte où coexistent d'autres modalités de couverture médicale, telles que l'AMO, l'AMI et le RAMED. Elle reste néanmoins, entrevue comme ciblant toute parturiente qui se présente à la maternité hospitalière, quel que soit son statut socio-économique, et draine donc toutes les utilisatrices non éligibles à ces modes de couverture. Certains prévoient qu'une partie des utilisateurs non éligibles au RAMED et vulnérables resteront cependant sans prise en charge. La pérennité de la PGAC reste dépendante en fonction de sa confrontation avec l'instauration du RAMED. Un autre élément lié à la pérennité a trait à son intégration souhaitée dans le processus de régionalisation. Sur le plan financier, il est à noter que les activités du plan d'action relatif à la RMMI ne mobilisent que 2.8 % du budget global du ministère de la Santé⁴⁴. Si cette part est en mesure d'être reproduite, elle constitue un élément en faveur de la pérennisation de la politique.

D'autres lient sa pérennité à son degré d'appropriation dans les pratiques des professionnels de santé.

Au terme de cette discussion, les limites entrevues de l'étude ont trait principalement à la non-généralisation de ses résultats (elle reste circonscrite aux sites de l'étude), et en second lieu, à l'absence d'une enquête auprès des ménages et à l'inexistence de données relatives à la qualité, antérieures à la politique. Ceci aurait pu nous permettre d'évaluer les soins dispensés avant la mise en œuvre de la PGAC, et donc d'établir des comparaisons « avant / après ».

43- Rapport qualitatif « Observation et entretien avec personnels et parturientes »

44- Rapport « Suivi des flux financiers »

RECOMMANDATIONS



5. Recommandations :

Trois profils clés, les décideurs, les chercheurs, les gestionnaires de soins sont interpellés par les résultats de cette étude. À cet effet, un listing par profil a émergé :

Pour les décideurs:

- ✓ Renforcer les mesures accompagnantes de la PGAC. En attendant la mise en place de la couverture universelle, la PGAC assure une couverture de transition pour toute parturiente non éligible aux autres modes de couverture.
- ✓ Assurer la mise en œuvre effective d'une politique par la formulation claire de ses objectifs, l'implication des acteurs concernés et l'apport des ressources nécessaires.
- ✓ Fournir plus d'efforts axés sur les populations vulnérables et mettre en place des interventions spécifiques pour les plus pauvres, notamment en zones enclavées.
- ✓ Intégrer la PGAC dans le processus de régionalisation avancée.
- ✓ Intégrer l'ordonnance à la sortie dans le paquet de soins.
- ✓ Généraliser le système informatisé des données tel qu'adopté dans certains CHU.
- ✓ Améliorer les actions de sensibilisation sur les prestations liées à la PGAC envers les parturientes et envers les professionnels de santé
- ✓ Former les professionnels de santé en éthique et déontologie pour renforcer la qualité de leurs interactions relationnelles avec les parturientes et leurs entourages.
- ✓ Prioriser une stratégie d'amélioration de la qualité des soins pour les nouveau-nés dans les hôpitaux.
- ✓ Rendre les maisons d'accouchements de proximité attractives (qualité technique, confort, intimité) afin de pallier le court-circuitage de la filière des soins.
- ✓ Optimiser un transfert de qualité : disponible, peu coûteux et sous surveillance.
- ✓ Augmenter en effectif suffisant les ressources humaines.
- ✓ Renforcer la qualité des ressources humaines à travers les formations.
- ✓ Former les prestataires de soins en développement personnel et en communication interpersonnelle.

Pour les gestionnaires de soins :

- ✓ Améliorer l'enregistrement des informations au niveau des dossiers médicaux et l'instituer d'une façon systématique.
- ✓ Constituer des données sur les near-miss maternels et néonataux pour les utiliser dans le cadre de l'audit clinique.
- ✓ Procéder à l'écoute des professionnelles de santé et la population en continu pour adopter des pratiques managériales correctrices afin d'améliorer la prise en charge des

parturientes et de leurs nouveau-nés.

- ✓ Renforcer la lutte contre le paiement informel.
- ✓ Coordonner entre structures pour pallier aux références abusives.
- ✓ Diminuer le temps d'attente des admissions par une réorganisation de la disponibilité des gynécologues, particulièrement dans les sites où ils ne résident pas sur place.
- ✓ Valoriser la qualité relationnelle de la prise en charge et l'humanisation des soins.
- ✓ Assurer des informations fiables à tous les niveaux du système d'information

Pour les chercheurs:

- ✓ Conduire d'autres études pour approfondir certains aspects d'utilisation des services (telle la pratique des césariennes en structures privées).
- ✓ Mener d'autres études afin d'améliorer la production des indicateurs de qualité, issus du système de routine vu leur disponibilité et les tester dans différents contextes pour augmenter leur validité.
- ✓ Approfondir la compréhension de l'instauration de politique publique dans un système complexe à travers des méthodes appropriées telles que l'évaluation réaliste.

CONCLUSION



6. Conclusion

En 2009 la PGAC a été instaurée dans les hôpitaux publics de manière effective pour réduire le coût de l'accouchement. Nous pouvons constater certes un allègement de la charge financière des parturientes et de leur entourage à travers le non-paiement de l'acte d'accouchement hormis le CHU. Néanmoins, les ménages continuent à payer en moyenne 500 MAD dont le coût de l'ordonnance à la sortie (313 MAD), et ceux liés au transfert interstructures et à partir du domicile (50 à 150 MAD). Alors même que la PGAC a été initiée pour tenter de réduire l'inéquité du recours au sein de la population. Or, le premier constat que nous pouvons émettre est qu'aucune évidence ne vient confirmer que cette politique ait accéléré la tendance des accouchements (avec ou sans césarienne) en milieu surveillé chez les plus pauvres au Maroc. Il fait noter que c'est tout à fait possible qu'elle ait aidé à la continuation.

Bien que nous ne puissions pas juger de la qualité offerte avant l'instauration de la politique par manque de données antérieures, le personnel de santé accuse une charge de travail accrue et une diminution de sa satisfaction à accomplir les soins. Ce contexte est ressenti par les parturientes comme se traduisant par une qualité de prise en charge technique probante et une qualité relationnelle déficiente.

Par ailleurs, l'étude a révélé que le processus d'appropriation de ce type de politique semble lié à l'importance accordée à la cohésion des ressources humaines, à la maîtrise des sources de financement et à l'allocation effective des ressources nécessaires (Richard F et al, 2013).

Les dimensions non couvertes par la politique outre celles mentionnées ci-dessus réfèrent aux modalités décisionnelles. Sur ce plan, nous pouvons noter la non-implication des principaux concernés, à savoir la communauté. Les actions à son égard se sont en effet réduites à des informations médiatiques pour l'inciter au recours en milieu surveillé.

Les pistes de recherches à mener gagneraient à s'orienter sur les données relatives à la pérennité de cette politique dans un contexte où la couverture médicale universelle en santé commence à être mise en place.



REFERENCES



- [1] Sahel A et al. Obstetric catastrophes barely just avoided: near misses in Moroccan hospitals. *Cahiers d'études et de recherches francophones*, 2001 Oct- Déc, 11(4): 229-35.
- [2] Ridde V. Robert E. Meessen B. Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. World Health Organization (WHO) [Geneva], 2010.
- [3] Dahlen HG et al. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ Open*. Sep 10 2012, 2 (5).
- [4] Khawaja M & Al-Nsour M. Trends in the Prevalence and Determinants of Caesarean Section Delivery in Jordan: Evidence from Three Demographic and Health Surveys, 1990-2002. *World Health & Population*, December 2007, 9(4), 17-28.
- [5] De Allegri et al. Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: a case study rural Burkina Faso. *Health policy*, 2011, 99: 210-8.
- [6] Steinhard LC et al. Removing user fees for basic health services: a pilot study and national roll-out in Afghanistan. *Health policy and planning*, 2011 Nov; 26 Suppl 2: ii 92-103.
- [7] Ridde V. Diarra A. A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa). *BMC Health Services Research*, 2009, 9 (89).
- [8] Bennis I. De Brouwere V. Fee exemption for caesarean section in Morocco. *Archives of Public Health*, 2010, 70 (3).
- [9] Ranson MK. Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges. *Bulletin of the world Health Organization*, 2002, 80 (8): 613-21.
- [10] Borghi J. Storeng K T & Fillippi V. Les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages. *Studies in Health Services Organisation & policy*, 2008, 25.
- [11] Borghi J et al. Household costs of healthcare during pregnancy, delivery, and the postpartum period: a case study from Matlab, Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 2006, 24(4): 446-55.
- [12] Gruenais ME & Outtara F. La prise en charge de la grossesse en Afrique subsaharienne, une nouvelle étape de la compensation matrimoniale. *Colloque international Familles et Santé : le regard des sciences sociales*, Oran, Algeria, April 4-5 2006.
- [13] Storeng KT et al. Paying the price: The cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 2008, 66(3): 545-57.
- [14] Health Foundation.(2011).Levels of harm. London: health foundation,

- [15] Knight H. Cromwell D. Van Der Meulen J. Patterns of maternity care in english NHS hospitals. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2012.
- [16] Burnham G M et al. Discontinuation of cost sharing in Uganda (Arrêt du partage des coûts en Ouganda), Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, Mars 2004, 82 (3) : p 187.
- [17] Kajula PW et al. Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. International Journal of Health Planning and Management, 2004. 19(S1): p133-53
- [18] Ridde V. Queuille L. Kafando Y. Capitalisation de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'ouest. CRCHUM/HELP/ECHO, 2012 ; 109-26
- [19] RIDDE V et al. Transversal analysis of public policies on user fee exemptions in six west african countries. BMC health services research, 2012, 12:409.
- [20] Hadley M. Does increase in utilization rates alone indicate the success of a user fee removal policy? A qualitative study from Zambia. Health policy, 2011, 103: 244-54.

Rapports thématique du projet FEMHealth

- ✓ Protocole Projet FEMHealth
- ✓ Rapport « Entretien à la sortie avec les parturientes », WP2
- ✓ Rapport « Entretien avec les prestataires de soins », WP2
- ✓ Rapport « Le suivi des flux financiers », WP2
- ✓ Rapport « Evaluation de la Politique de Gratuité de l'Accouchement et le la Césarienne au Maroc», WP2
- ✓ Rapport « Entretiens qualitatifs auprès des acteurs », WP2
- ✓ Rapport « Evaluation de la mise en œuvre de la politique), WP3
- ✓ Rapport « Cartographie des effets de la politique), WP3
- ✓ Rapport « Evaluation réaliste », WP3
- ✓ Rapport quantitatif « Effets sur l'utilisation et la qualité des services de santé maternels et néonataux », WP4
- ✓ Rapport qualitatif « Parturientes en situation de near-miss », WP4
- ✓ Rapport qualitatif « Observation et perception des parturientes et du personnel de santé », WP4
- ✓ PA 2008-2012 ministère de la Santé, 2008



ANNEXEES



Annexe 1 : Budget prévu dans le plan d'action 2008-2012 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile (montant en MAD)

Budget prévisionnel en dirhams	2008	2009	2010	2011	2012	Total
1) Gratuité des SONU						
Budget d'investissement			38 400 000			38 400 000
Budget annuel de fonctionnement	1 48 800 000	1 48 800 000	1 48 800 000	1 48 800 000	1 48 800 000	7 44 000 000
2) SAMU obstétrical rural						
Budget d'investissement			0			0
Budget annuel de fonctionnement	2 735 000	2 735 000	2 735 000	2 735 000	2 735 000	13 675 000
3-1) Disponibilité du personnel (sages femmes)						
Budget d'investissement			0			0
Budget annuel de fonctionnement	75	75	75	75	75	375
3-2) Stages de roulement des résidents 3-4e année						
Budget d'investissement			0			0
Budget annuel de fonctionnement	1 900 000	1 900 000	1 900 000	1 900 000	1 900 000	9 500 000
4) Renforcement des compétences						
Budget d'investissement			0			0
Budget annuel de fonctionnement	4 100 000	4 100 000	4 100 000	4 100 000	4 100 000	20 500 000
5) Renforcement de la PF, de la CPN et de la stratégie mobile						
Budget d'investissement			101 000 000			101 000 000
Budget annuel de fonctionnement	36 000 000	36 000 000	36 000 000	36 000 000	36 000 000	180 000 000
6-1) Audit des structures d'accouchement						
Budget d'investissement			0			0
Budget annuel de fonctionnement	880 000	880 000	880 000	880 000	880 000	2 640 000
6-2) Mise à niveau des structures d'accouchement						
Budget d'investissement			220 000 000			220 000 000
Budget annuel de fonctionnement	0	0	0	0	0	0
6-3) Création de services régionaux de réa néonatalogie						
Budget d'investissement			26 000 000			26 000 000
Budget annuel de fonctionnement	0	0	0	0	0	0
6-4) Concours qualité pour les structures d'accouchement						
Budget d'investissement			0			0
Budget annuel de fonctionnement	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	10 000 000
7) Humanisation des structures d'accouchement						
Budget d'investissement			2 250 000			2 250 000
Budget annuel de fonctionnement	0	0	0	0	0	0
8) Mise en place du système de surveillance						
Budget d'investissement			0			0
Budget annuel de fonctionnement	860 000	860 000	860 000	860 000	860 000	4 300 000
9) Mobilisation sociale et plaidoyer intersectoriel						
Budget d'investissement			0			0
Budget annuel de fonctionnement	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	7 500 000
Total						1 379 765 000

Annexe 2 : Chronologie de l'instauration et de la mise en œuvre de la GAC

Date	Activités
Auparavant	Gratuité de l'accouchement au niveau des SSB. Gratuité de l'accouchement et de la césarienne au niveau des hôpitaux CHP et CHR pour les indigents
Octobre à décembre 2007	Définition des priorités stratégiques parmi lesquelles la MMI priorité N°1
17 décembre 2007	Création de la commission nationale
Février 2008	Colloque national sur la santé
Mars-juin 2008	Plaidoyer au niveau du Ministère des Finances pour augmentation du budget (Budget de la pharmacie X 5 en 2009)
Juillet 2008	Plan d'action 2008-2012
3 décembre 2008	Circulaire 104/Disponibilité et l'accessibilité des médicaments et dispositifs médicaux vitaux au niveau des hôpitaux
11 décembre 2008	Circulaire 108/instauration de la gratuité de l'accouchement et de la césarienne
8 février 2009	Note 36 humanisations des structures d'accouchement
28 mai 2009	Circulaire n° 13430 du 28 mai 2009 relative à la prise en charge du couple mère nouveau-né en post-partum
1 juin 2009	Note aux CHU concernant la gratuité pour les femmes référées
4 juin 2009	Circulaire 116. Mise en application de la circulaire 108
22 octobre 2009	Lettre 170 /séjour 48h
19 février 2010	Nouvelle composition des kits d'accouchement et d'épisiotomie
16 septembre 2010	Circulaire n° 141 relative aux procédures de transfert des parturientes pour soins obstétricaux d'urgence
17 octobre 2011	Lettre relative à la référence vers les chu Nouveau ministre
17 avril 2012	Circulaire N° 557/gratuité du bilan biologique standard en pré natal Plan d'action 2012-2016
19 juin 2012	Circulaire 85 Élargissement du paquet de soins gratuits aux complications

Annexe 3 : Population cible pour la gratuité de la césarienne selon les correspondances

Document officiel	Population cible selon le document officiel
Circulaire 108/ 11 décembre 2008	Population pauvre et vulnérable. Toutes les femmes qui fréquentent les hôpitaux publics
Lettre 917 /29 mai 2009	Gratuité au niveau des CHU pour toute femme munie d'une fiche de référence
Lettre 116 en date du 4 juin 2009	Ne pas exiger le certificat d'indigence pour toute femme ne bénéficiant pas d'une couverture médicale à savoir l'assurance maladie obligatoire (AMO)
Circulaire N°13430/DP/00 du 28 mai 2009	Prise en charge du couple mère-enfant

Annexe 4 : Paquet de services gratuits pour l'accouchement et la césarienne selon le questionnaire de la CoP (Bamako). Accès financier

	Questionnaire	Réel
Population cible	Femme enceinte	Femme enceinte ne disposant pas de couverture médicale puis récemment toute femme enceinte
Services	Soins prénataux Accouchements Épisiotomie Complication pendant la grossesse (avant le commencement du travail) Cause obstétricale directe : hémorragie antepartum, pré – éclampsie / éclampsie, septicémie Pathologie associée à la grossesse : paludisme sévère, tuberculose, VIH, diabète, hypertension chronique, autres (précisé) : Infections sexuellement transmissibles, Anémie, Carence en acide folique, cancer du sein. Complication pendant le travail (dystocie, septicémie, éclampsie, hémorragie) Césarienne Autres chirurgies (hystérectomie pour hémorragie) Soins postnataux Complications postnatales (hémorragie postnatale, septicémie, thrombose, éclampsie) Planning familial postnatal Avortement Avortement compliqué Soins au nouveau – né	Accouchement, césarienne, complications
Début	11 déc 2008	11 décembre 2008
Couverture	Nationale	Nationale
Hôpitaux concernés	Publics	Publics
Niveau	HL, CHP, CHR, Référence CHU	HL, CHP, CHR, Référence CHU
Coût de transfert	Pris en compte	Pris en compte (transport du domicile à la maison non pris en compte)
Types de coûts exemptés	Transport vers la structure de santé (depuis le domicile) Transport dans le cadre des références/évacuation (entre les structures de santé) Tests de laboratoire Radiologie Echographie Médicaments (tous les médicaments) Médicaments limités aux soins obstétricaux Consultations externes (si oui, préciser le nombre de consultations couvertes par le forfait : _____) : les consultations externes sont gratuites pour les femmes enceintes chez qui un facteur de risque a été détecté au cours du suivi prénatal et qui sont référées par le niveau primaire vers l'hôpital. Le nombre de consultations n'est pas limité. Frais d'hospitalisation Soins médicaux Kits chirurgicaux Autres (préciser) Au niveau des établissements de soins de santé de base, les examens de laboratoire et l'échographie (quand ils sont disponibles) se font gratuitement. Et au niveau des hôpitaux, ces examens complémentaires sont gratuits pour les femmes présentant une complication obstétricale.	Transfert d'une structure à une autre Médicaments Consultation externe

Annexe 5 : Type de garde au niveau des hôpitaux

Type de garde	Profils concernés	Indemnités	Observations
12/12 (12 heures de garde présentielle et 12h de récupération)	Médecins anesthésistes Gynécologues-obstétriciens Chirurgiens Urgentistes	257 DH par unité de garde	
12/36(12 heures de garde en présentiel et 36h de récupération)	Médecins généralistes des services des urgences Infirmiers-hôpitaux (maternités, bloc opératoire, etc.) Sages-femmes au niveau des maisons d'accouchement	183DH par unité de garde par médecin 93 DH par unité de garde par infirmier	Possible seulement si nombre médecins de même profil > 3 à l'hôpital et si nombre de sage femmes > 3 dans MA Pas plus de 20 unités par mois
Astreinte	Médecins anesthésistes Gynécologues-obstétriciens Chirurgiens Urgentistes	94 DH par unité de garde	Quand le nombre < à 3 médecins de mêmes profils ou < à 3 sages-femmes Pas plus de 20 unités par mois
	Médecins généralistes des hôpitaux locaux, centres de santé ruraux, maisons d'accouchement	46 DH par unité de garde	
	Sages femmes des maisons d'accouchement	46 DH par unité de garde	

Annexe 6 : Répartition des personnels de santé qui ont reçu des documents pour mieux appliquer la politique selon la catégorie et le type d'établissement de santé

Fonction	Réception de documents		Total
	Oui	Non	
GO	7 (38,89)	11 (61,11)	18 (100)
MG	1 (50,00)	1 (50,00)	2 (100)
MA/R	0 (0,00)	7 (100)	7 (100)
SF	8 (9,09)	80 (90,91)	88 (100)
I Acc	2 (33,33)	4 (66,67)	6 (100)
I Ans	0 (0,00)	16 (100)	16 (100)
Pédiatre	0 (0,00)	8 (100)	8 (100)
Résidant	0 (0,00)	8 (100)	2 (100)
Structure	Oui	Non	Total
CHP	11 (21,56)	40 (78,43)	51 (100)
CHR	4 (11,76)	30 (88,24)	35 (100)
CHU	3 (4,84)	59 (95,16)	62 (100)
Province	Oui	Non	Total
CHP5	3 (42,86)	4 (57,14)	7 (100)
CHP4	4 (36,36)	7 (63,64)	11 (100)
CHU3	2 (5,00)	38 (95,00)	40 (100)
CHR1	3 (13,04)	20 (86,96)	23 (100)
CHU2	1 (4,55)	21 (95,45)	22 (100)
CHR3	1 (8,33)	11 (91,67)	12 (100)
CHP6	3 (42,86)	4 (57,14)	7 (100)
CHP1	1 (12,50)	7 (87,50)	8 (100)
CHP3	0 (0,00)	17 (100)	17 (100)
Total	18 (12,24)	129 (87,76)	147 (100)

Annexe 7: Répartition des personnels de santé qui ont participé à des formations pour mieux appliquer la politique selon la catégorie et le type d'établissement de santé.

Participation à l'atelier			
Fonction	Oui	Non	Total
GO	1 (5,56)	17 (94,44)	18 (100)
MG	1 (50,00)	1 (50,00)	2 (100)
MA/R	0 (0,00)	7 (100)	7 (100)
SF	4 (4,55)	84 (95,45)	88 (100)
I Acc	2 (33,33)	4 (66,67)	6 (100)
I Ans	1 (6,25)	15 (93,75)	16 (100)
Pédiatre	0 (0,00)	8 (100)	8 (100)
Résidant	0 (0,00)	2 (100)	2 (100)
Structure	Oui	Non	Total
CHP	4 (4,84)	47 (92,16)	51 (100)
CHR	4 (11,76)	30 (88,24)	34 (100)
CHU	1 (1,61)	61 (98,39)	62 (100)
Province	Oui	Non	Total
CHP5	2 (28,57)	5 (71,43)	7 (100)
CHP4	0 (0,00)	11 (100)	11 (100)
CHU3	1 (2,50)	39 (97,50)	40 (100)
CHR1	4 (17,39)	19 (82,61)	23 (100)
CHU2	0 (0,00)	22 (100)	22 (100)
CHR3	1 (8,33)	11 (91,67)	12 (100)
CHP6	1 (14,29)	6 (85,71)	7 (100)
CHP1	0 (0,00)	8 (100)	8 (100)
CHP3	0 (0,00)	17 (100)	17 (100)
Total	9 (6,12)	138 (93,88)	147 (100)

Annexe 8 : Evolution de la subvention additionnelle par accouchement au niveau de la maternité

	2009			2010		
	Sub Addi	Acc	Sub Add/acc	Sub Addi	Acc	Sub Add/acc
CHR3	1 921 000	6488	296	1 921 000	7439	258
CHP1	1 155 000	4029	287	1 155 000	4286	269
CHP5	334 000	1201	278	334 000	1380	242
CHP4	153 000	1275	120	153 000	1463	105
CHP6	740 000	3398	218	740 000	3385	219
CHP3	933 000	6024	155	933 000	6240	150

Annexe 9 : Paiements de frais intra hospitaliers par type d'accouchement, selon la survenue de complication et par type d'établissement

	Paiement						
	oui		Non		NSP		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre
Type d'accouchement							
Accch normal	17	10,97%	111	71,61%	27	17,42%	155
Acch compliqué	35	10,39%	265	78,64%	37	10,98%	337
Céseeurienne	131	27,23%	323	67,15%	27	5,61%	481
Survenue de complication							
Oui	165	20,52%	575	71,52%	64	7,96%	804
Non	18	10,84%	121	72,89%	27	16,27%	166
NP	0	0,00%	3	100,00%	0	0,00%	3
Type d'établissement							
CHU	88	27,94%	217	68,89%	10	3,17%	315
Référée	65	26,64%	172	70,49%	7	2,87%	244
Non référée	23	32,39%	45	63,38%	3	4,23%	71
CHR	52	16,56%	262	83,44%	0	0,00%	314
CHP	42	13,25%	213	67,19%	62	19,56%	317
CS	1	3,70%	7	25,93%	19	70,37%	27
Couverture sociale							
Oui	33	26,61%	84	67,74%	7	5,65%	124
Non	139	18,81%	528	71,45%	72	9,74%	739
NSP	11	10,00%	87	79,09%	12	10,91%	110
Province							
CHR3	18	11,39%	140	88,61%	0	0,00%	158
CHR1	34	21,79%	122	78,21%	0	0,00%	156
CHP1	3	3,45%	11	12,64%	73	83,91%	87
CHP5	11	17,46%	51	80,95%	1	1,59%	63
CHU3	85	54,14%	71	45,22%	1	0,64%	157
CHP4	24	38,71%	32	51,61%	6	9,68%	62
CHU2	3	1,90%	146	92,41%	9	5,70%	158
CHP6	0	0,00%	65	100,00%	0	0,00%	65
CHP3	5	7,46%	61	91,04%	1	1,49%	67
Total	183	18,81%	699	71,84%	91	9,35%	973

Annexe 10 : Moyens d'adaptation par type d'accouchement et par quintiles de bien être

Type d'accouchement	Ménage			Aide (Famille, amis)	Emprunt		Ventes			Autres	TOTAL
	Revenus	Epargne	Réduction dépenses		Emprunt famille	Emprunt prêteur	Biens	Produits agricoles	Animaux		
Acch normal	36	42	17	29	38	1	3	4	5	0	175
Acch compliqué	88	57	21	35	36	1	5	4	4	0	251
Césarienne	133	82	27	102	72	0	3	2	7	3	431
Quintiles											
1	16	23	6	26	32	0	3	4	7	0	117
2	30	35	12	37	30	1	5	2	5	2	159
3	75	58	19	47	51	1	2	4	4	0	261
4	70	23	8	23	16	0	1	0	0	1	142
5	66	42	20	33	17	0	0	0	0	0	178
TOTAL	257	181	65	166	146	2	11	10	16	3	857

Annexe 11 : Le paiement total selon le type d'accouchement pour les assurés et les non-assurés.

	Obs	Moyen	Ecart-type	Median	Q1	Q3	Min	Max
Mutualiste	117							
Acch normal	12	473,20	179,60	422,63	380,08	519,75	271,10	976,50
Acch compliqué	35	617,33	491,92	478,75	303,10	767,70	102,00	2229,55
Césarienne	70	646,30	371,79	590,85	414,55	732,90	74,10	2218,40
Non mutualiste	714							
Acch normal	106	487,22	321,79	395,88	276,30	636,50	25,00	1585,00
Acch compliqué	256	507,99	354,26	417,20	283,40	634,90	20,00	2320,00
Césarienne	352	644,04	409,50	551,45	400,63	766,20	44,10	3087,70

Annexe 12 : Répartition des femmes selon l'intervention

Catégorie d'intervention	CHP5						CHP6					
	2008		2011		Total		2008		2011		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IO Mineures												
Ventouse	5	2	10	3	15	2	8	3	20	3	28	3
Forceps	0	0	3	1	3	0	11	4	27	3	38	4
SS total IO Mineurs	5	2	13	3	18	3	19	7	47	6	66	6
IO du PP/AP												
Délivrance artificielle/révision utérine	12	5	11	3	23	4	2	1	1	0	3	0
Réfection de périnée	1	0	3	1	4	1	0	0	0	0	0	0
Curetage hémostatique	52	21	43	11	95	15	3	1	3	0	6	1
Réparation du col	15	6	2	1	17	3	1	0	0	0	1	0
Traitement	8	3	8	2	16	3	0	0	7	1	7	1
Transfusion	0	0	6	2	6	1	0	0	3	0	3	0
Transfusion/traitement	1	0	0	0	1	0	6	2	0	0	6	1
SS total IO PP/AP	89	36	73	19	162	26	12	4	14	2	26	2
IO Majeures												
Césarienne programmée	25	10	30	8	55	9	48	17	71	9	119	11
Césarienne urgente	116	47	254	66	370	59	203	71	619	80	822	78
Hystérectomie	0	0	1	0	1	0	1	0	3	0	4	0
Laparotomie	0	0	0	0	0	1	0	5	1	6	1	
Laparotomie pour GEU	5	2	4	1	9	1	0	0	15	2	15	1
Laparotomie pour perforation utérine	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
SS total IOM	146	60	290	76	436	70	253	89	713	92	966	91
Autres IO												
Acc Normal avec siège	2	1	4	1	6	1	0	0	0	0	0	0
Salpingectomie	2	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Salpingectomie rétrograde gauche sous	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Salpingectomie gauche et droite	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
SS total autre IO	5	2	6	2	11	2	0	0	0	0	0	0
Total	245	100	382	100	627	100	284	100	774	100	1058	100

Annexe 13 : Province de CHP5: déficits en IOM

Communes	2008			2011				
	Naissances attendues	IOM pour IMA		NA	IOM pour IMA		Déficits (%)	
		Attendues	Observées		Att	Obs		
Missour (Urbain)	420	6	21	-233,3	383	6	40	-596,3
Sidi Boutayeb-Missour	242	4	0	100,0	245	4	8	-117,7
Ouizeght-Missour	135	2	5	-146,9	130	2	1	48,7
Outat El Haj (Urbain)	353	5	11	-107,7	328	5	37	-652,0
Ermila-Outat El Haj	137	2	1	51,3	139	2	1	52,0
Ouled Ali Youssef	223	3	1	70,1	219	3	3	8,7
Tissaf-Outat El Haj	202	3	0	100,0	198	3	11	-270,4
El Orjane-Outat El Haj	196	3	2	32,0	194	3	5	-71,8
Guigou	268	4	2	50,2	293	4	5	-13,8
Ait Hamza	178	3	0	100,0	136	2	0	100,0
Immouzer Marmoucha (Urbain)	141	2	0	100,0	136	2	5	-145,1
Ait Bazza	103	2	0	100,0	101	2	1	34,0
Ait El Mane	16	0	0	100,0	17	0,3	0	100,0
Almis Marmoucha-Boulemane	75	1	0	100,0	74	1	3	-170,3
Talzimt	30	0	0	100,0	29	0,4	0	100,0
Ahchad	94	1	0	100,0	91	1,4	0	100,0
CHP5 (Urbain)	341	5	2	60,9	323	5	4	17,4
El Mers	124	2	0	100,0	122	2	0	100,0
Enjil	144	2	1	53,7	142	2	8	-275,6
Serghina-Boulmane	77	1	0	100,0	79	1	2	-68,8
Skoura M'daz	227	3	0	100,0	209	3	1	68,1
Ksabi-Moulouya	260	4	2	48,7	260	4	10	-156,4
Fritissa- Outat El Haj	670	10	7	30,3	660	10	26	-162,6
TOTAL	4656	70	55	21,2	4508	68	171	-152,9

Annexe 14 : Province de CHP6, deficit en IOM

Communes	2008			2011				
	Naissances attendues	IOM pour IMA		Déficits (%)	Naissances attendues	IOM pour IMA		Déficits (%)
		Attendues	Observées			Attendues	Observées	
CHP6 (Urbain)	1403	21	28	-33	1138	17	69	-304
Taznakhte (Urbain)	161	2	6	-148	141	2	4	-89
Ait Zineb	237	4	1	72	234	4	0	100
Amerzgane	204	3	3	2	186	3	4	-43
Aznaguen	322	5	0	100	270	4	0	100
Skoura Ahl El Oust	599	9	6	33	596	9	15	-68
Tarmigt	798	12	10	16	690	10	24	-132
Ghassate	215	3	0	100	117	2	0	100
Idelsane	203	3	1	67	215	3	2	38
Ighrem N'ougdal	360	5	5	7	287	4	9	-109
Imi N'oulaoune	507	8	1	87	518	8	1	87
Khouzama	193	3	0	100	216	3	1	69
Ouisselsate	394	6	2	66	315	5	6	-27
Siroua	249	4	2	46	198	3	3	-1
Telouat	362	5	2	63	293	4	2	54
Tidli	384	6	3	48	300	5	0	100
Toundoute	309	5	2	57	308	5	5	-8
Tinghir:								
Boumalne Dades (Urbain)	251	4	2	47	208	3	10	-221
Kelaat M'gouna (Urbain)	342	5	4	22	298	4	17	-280
Tinghir (Urbain)	836	13	5	60	703	11	23	-118
Ait El Farsi	121	2	0	100	118	2	1	44
Ait Ouassif	203	3	0	100	196	3	2	32
Ait Sedrate Jbel El Oulia	108	2	0	100	106	2	3	-89
Ait Sedrate Jbel El Soufla	118	2	0	100	114	2	2	-17
Ait Sedrate Shel Charkia	349	5	2	62	340	5	4	22
Ait Sedrate Shel Gharbia	409	6	3	51	340	5	5	2
Ait Youl	119	2	2	-12	116	2	3	-72
Ighil N'oumgoun	504	8	0	100	487	7	4	45
Ikniouen	424	6	5	21	416	6	6	4
Imider	97	1	0	100	89	1	4	-200
M'semrir	233	3	2	43	239	4	3	16
Ouaklim	242	4	1	72	239	4	3	16
Souk Lakhmis Dades	424	6	5	21	405	6	7	-15
Taghzoute N'ait Atta	369	6	0	100	49	1	2	-172
Tilmi	281	4	1	76	49	1	0	100
Toudgha El Oulia	141	2	0	100	132	2	0	100
Toudgha Essoufla	319	5	0	100	297	4	2	55
Total	12790	192	104	46	10963	164	246	-50

Annexe 15 : Distribution des near-miss selon les complications aux hôpitaux des sites au Maroc, 2012

	CHP1 N (%)	CHR1 N (%)	CHU1 N (%)	CHP2 N (%)	CHP3 N (%)	CHP4 N (%)	MRK N (%)	Total N (%)
Haemorragie	75(47)	15(75)	0	5(46)	34(56)	3(100)	36(41)	168(48)
Hypertension	87(50)	7 (35)	3(75)	7(64)	24(39)	1(33)	42 48)	171(49)
Dystocie (RU inclus)	13 (8)	4(20)	0	1 (9)	3(5)	0	13(15)	34 (10)
Infections	3(2)	0	0	0	0	0	3(4)	6(2)
Anemie	90(56)	15(75)	3(75)	7(64)	10(16)	1 (33)	28(32)	154(44)
Autre	3(2)	1(5)	1 (25)	0	0	0	6(7)	11 (3)
Total événements	269	40	7	20	69	5	124	534

Annexe 16: Indications à la césarienne (n=2035) et la laparotomie (n=7) au Maroc

Indications (par hiérarchie)		N(%) (%=nombre d'indication/2042)
Indications maternelles Absolues	Rupture uterine	27 (1.3)
	Mal présentation (transverse, oblique, face)	92 (4.5)
	DFP	550 (26.9)
	Hémorragie ante partum major due au placenta prævia	29 (1.4)
	hystérectomie	3 (0.2)
	Toutes	752 (36.8)
Échec dans la progression de travail		137 (6.7)
Césarienne antérieure		414 (20.3)
Hémorragie ante partum (IMA exclue)		53 (2.6)
Éclampsie ou pré-éclampsie		71 (3.5)
Indications fœtales		322 (15.8)
Présentation siège		107 (5.2)
Raisons psycho-social		8 (0.4)
Autres		168 (8.2)
Toutes		1794 (87.9)

Annexe 17 : Satisfaction globale des parturientes selon le mode d'accouchement, le type d'établissement et la province et par quintiles de bien être

Type d'accouchement	Satisfaction globale						Total
	Bonne	Passable	Mauvaise				
Acch Normal	117	76,97%	30	19,74%	5	3,29%	152
Acch Compliqué	205	61,19%	115	34,33%	15	4,48%	335
Césarienne	311	64,93%	140	29,23%	28	5,85%	479
Type d'établissement							
CHU	218	69,43%	88	28,03%	8	2,55%	314
CHR	139	44,84%	140	45,16%	31	10,00%	310
CHP	251	79,68%	56	17,78%	8	2,54%	315
CS	25	92,59%	1	3,70%	1	3,70%	27
Province							
CHP5	58	93,55%	4	6,45%	0	0,00%	62
CHP4	52	83,87%	10	16,13%	0	0,00%	62
CHU3	104	66,67%	45	28,85%	7	4,49%	156
CHR1	60	39,47%	78	51,32%	14	9,21%	152
CHU2	114	72,15%	43	27,22%	1	0,63%	158
CHP6	53	81,54%	11	16,92%	1	1,54%	65
CHR3	79	50,00%	62	39,24%	17	10,76%	158
CHP1	81	93,10%	4	4,60%	2	2,30%	87
CHP3	32	48,48%	28	42,42%	6	9,09%	66
Référée							
Oui	392	64,26%	187	30,66%	31	5,08%	610
Non	241	67,70%	98	27,53%	17	4,78%	356
Quintiles							
Le plus pauvre	85	13,43%	31	10,88%	12	25,00%	128
Second	140	22,12%	67	23,51%	9	18,75%	216
Moyen	190	30,02%	79	27,72%	14	29,17%	283
Riche	107	16,90%	56	19,65%	5	10,42%	168
Le plus riche	111	17,54%	52	18,25%	8	16,67%	171
Total	633	65,53%	285	29,50%	48	4,97%	966

Annexe 18: Le premier délai (N=827)

Délai 1		
Délai en heures	Effectif	%
< 1 heure	119	14.42
Entre 1 et 5 heures	348	42.18
Entre 5 et 24 heures	195	23.64
Entre 24 et 48 heures	98	11.88
≥ 48 heures	65	7.88
Délai en heures		
Médiane	3,5 h	
Q1	1 h	
Q3	12 h	

Annexe 19: Le deuxième délai (N=863)

Délai 2		
Délai en heures	Effectif	%
Moins 1/2 heure	216	25,00%
Entre 1/2 heure et 1 heure	224	25,93%
Entre 1 et 2 heures	238	27,55%
Entre 2 et 5 heures	149	17,25%
5 heures et plus	37	4,28%
Délai en heures		
Médiane	0,75 h	
Q1	0,5 h	
Q3	1,5 h	

Annexe 20 : Différents coûts liés à l'accouchement supportés par les ménages

	Paye	Ne paye pas	Coût (MAD)
Prénatal		X	
Transport domicile-hôpital	X	X (si SAMU OR)	50 à 150
Césarienne		X	
Médicament sur la liste essentielle (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 intra-hôpitaliers	X		177

