



Objectif 4

Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans

Depuis l'an 2000, le ministère de la Santé a adopté une série de plans d'action pour accélérer la réduction de la mortalité infanto-juvénile en ciblant la période périnatale. Les objectifs du dernier plan d'action 2012-2016 vont au-delà de la cible de l'OMD 4, puisqu'ils visent d'ici 2016 la réduction de la mortalité infanto-juvénile à 20 ‰, la mortalité infantile à 19 ‰ et la mortalité néonatale à 12 ‰.

1. Situation actuelle

La mortalité infanto-juvénile au Maroc a fortement diminué durant les trois dernières décennies, passant de 76 ‰ naissances vivantes en 1987-1991 à 47 ‰ au cours de la période 1999-2003 puis à 30,5 ‰ en 2007-2011 (ENPSF/MS, 2011) (graphique n°21). Elle passerait à 27,6 ‰ en 2015 selon les estimations du groupe Inter-Agences du système des Nations Unies*.

Quant au taux de mortalité infantile, il est passé de 57 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1987-1991 à 40 en 1999-2003, puis à 28,8 en 2007-2011, soit des régressions respectives de 30% et de 49%. Il serait de 23,7 ‰ en 2015, d'après le groupe Inter-Agences du système des Nations Unies*.

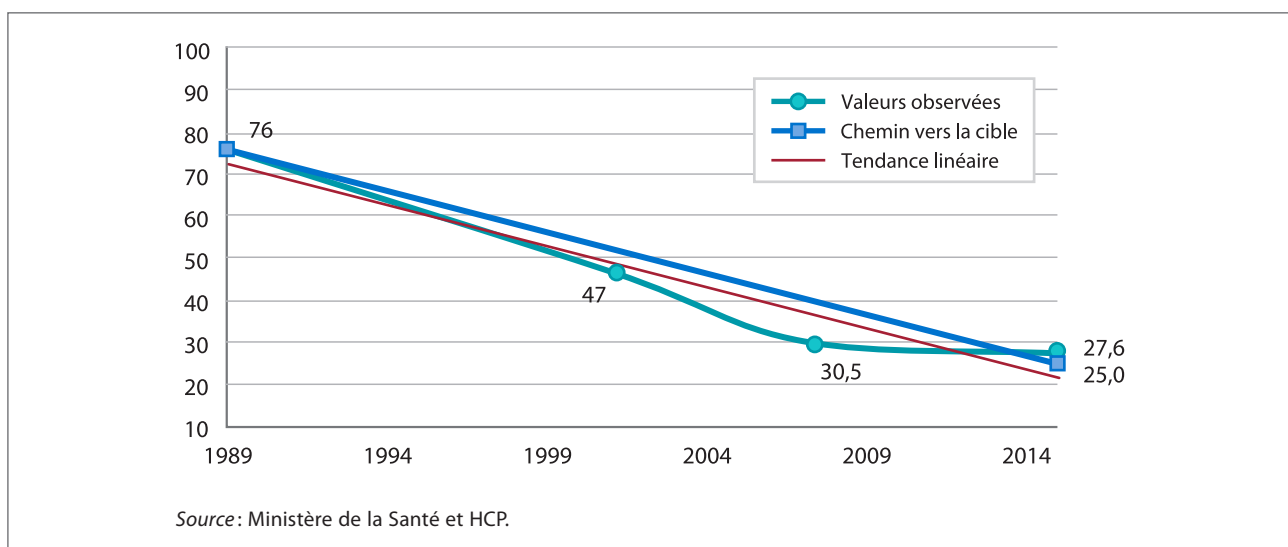
La mortalité juvénile a, quant à elle, chuté respectivement de 20 à 7 ‰ puis à 1,7 ‰, soit des diminutions successives de 65% et de 91,5%.

Parallèlement, la mortalité néonatale a diminué, passant de 31 ‰ en 1987-1991 à 21,7 ‰ en 2011 (variation relative de 30%), mais elle continue de représenter près de 71% de la mortalité infanto-juvénile. Elle atteindrait 17,6 ‰ en 2015 selon la même source citée auparavant.

Ces résultats ont été enregistrés grâce au renforcement des soins de santé primaires et à la conjugaison de plusieurs programmes et activités et qui ont eu un impact sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. Parmi ces programmes nationaux, on peut citer le Programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement, le Programme de planification familiale, la Prise en charge intégrée de l'enfant (PCIE) et le Programme national d'immunisation (PNI), le Programme de lutte contre les carences en micronutriments et la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Par ailleurs, Le PNI a intégré le vaccin contre le rotavirus pour réduire les formes sévères de diarrhée dues au rotavirus et le vaccin anti-pneumococcique pour prévenir les infections invasives dues au pneumocoque. Pour éliminer la rougeole et la rubéole, le Maroc a conduit

Graphique n°21

Evolution du taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1 000 naissances vivantes)



* Estimations du groupe Inter-Agences du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, la Banque mondiale et la division de la Population du département des Affaires économiques et sociales du SNU).

durant l'année 2013 une campagne nationale de vaccination qui a ciblé les enfants et les adolescents âgés de neuf mois à dix-neuf ans.

Grâce à la couverture vaccinale, dépassant les 90 % chez les enfants de moins d'un an, le Maroc a pu éliminer depuis 1987 la poliomyélite et depuis 1991 la diphtérie. Le Maroc est le premier pays de la région à avoir validé l'élimination du tétanos néonatal selon le protocole de l'OMS-UNICEF, en mars 2002.

D'autre part, selon l'Enquête nationale sur la population et la santé familiale 2011, l'état nutritionnel des enfants a connu une amélioration notable, comme le montrent le recul de la prévalence du retard de la malnutrition chronique (retard de croissance), qui est passé de 18,9 % en 2004 à 14,9 % en 2011, et l'insuffisance pondérale, qui a été réduite de 9,3 % en 2004 à 3,1 % en 2011 chez les enfants de moins de cinq ans.

Le nouveau calendrier national de supplémentation en micronutriments préconise une supplémentation systématique préventive en fer au profit des femmes enceintes et la supplémentation en vitamine A pour les enfants de moins de deux ans, la supplémentation en vitamine D pour les femmes enceintes à partir du 7^e mois.

Par ailleurs, conscient de l'importance de l'amélioration de la qualité des soins de santé primaire, le ministère de la Santé a adopté la Stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant comme approche efficiente incontournable pour atteindre l'OMD 4.

2. Contraintes

Malgré les progrès enregistrés, des iniquités persistent dans l'accès aux soins infanto-juvéniles entre régions, entre milieu urbain et milieu rural et entre niveaux socio-économiques. En effet, la baisse de la mortalité infanto-juvénile a davantage profité aux enfants issus des familles les plus aisées. Le taux de mortalité infanto-juvénile est 2,5 fois plus élevé chez les enfants des ménages du quintile le plus pauvre (37,9 ‰) que chez ceux du quintile le plus aisé (15,2 ‰) et 1,4 fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain.

En fait, les problèmes d'accessibilité physique et financière aux soins infanto-juvéniles, l'absence d'une filière structurée de prise en charge néonatale ainsi que la qualité insuffisante des services de santé pédiatriques constituent les principales contraintes ciblées par le plan d'action 2012-2016 ; sans omettre les déterminants sociaux qui constituent autant de contraintes à l'accès aux soins infanto-juvéniles et qui nécessitent une action multisectorielle intégrée.

3. Stratégie adoptée

Le ministère de la Santé a adopté un plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité infanto-juvénile sur la période 2012-2016 en ciblant la période périnatale. Ce plan d'action est basé sur des interventions efficaces et efficientes qui visent à assurer l'équité de l'offre de soins entre les régions et entre milieux urbain et rural ainsi qu'à y faciliter l'accès pour les plus démunis, surtout en milieu rural. Les objectifs de ce plan d'action vont au-delà de la cible de l'OMD 4, puisqu'ils visent d'ici 2016 la réduction de la mortalité infanto-juvénile à 20 ‰, la mortalité infantile à 19 ‰ et la mortalité néonatale à 12 ‰.

Ce plan d'action s'adresse dans plus de la moitié de ses mesures au nouveau-né, comme le recommandent l'UNICEF et l'OMS. Il est structuré autour de 6 axes d'intervention et 24 mesures pour réduire la mortalité néonatale et accélérer la réduction de la mortalité infanto-juvénile. Les axes d'intervention s'articulent autour de l'organisation et du renforcement de l'offre de soins à travers la mise à niveau des structures d'accouchement et le renforcement de la surveillance néonatale pendant le post-partum, l'amélioration de la qualité de la prise en charge du nouveau-né, la mise en place d'un système d'information adapté et le développement de la recherche dans le domaine de la santé périnatale. Le renforcement de la communication et de la mobilisation sociale constitue une mesure qui accompagne le plan d'action.

En plus de ce plan, le ministère de la Santé a initié un ensemble de programmes et de stratégies nationales ciblant notamment le milieu rural afin d'atteindre l'OMD4 :

- la généralisation du RAMED, régime d'assistance médicale destiné aux personnes économiquement démunies, qui donne droit à une prise en charge gratuite par les hôpitaux publics de plus de huit million de citoyens ; le RAMED vient consolider l'Assurance maladie obligatoire lancée en 2005 et qui couvre actuellement plus de 34 % de la population marocaine ;
- la Stratégie nationale de nutrition (2011-2019) comme levier majeur d'amélioration de l'état de santé de la population durant tout le cycle de vie ;
- pour gagner le pari de l'équité, le Plan de santé en milieu rural vise à améliorer l'utilisation des services de santé et redynamiser l'équipe mobile et l'implication communautaire avec la mise en place d'un système de régulation des urgences obstétricales ;
- le Programme national d'immunisation qui vise une couverture vaccinale supérieure ou égale à 95 %, répartie de manière uniforme au niveau national ;
- la généralisation de la stratégie de Prise en charge intégrée de l'enfant (PCIE) en tant qu'approche de soins de santé primaires de prise en charge de l'enfant.



Tableau n° 13

Evolution des indicateurs de l'OMD 4

Cibles	Indicateurs	Désagrégation	1982-1991	1994-2003	2002-2011	Valeur cible 2015
Cible 14 Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (‰)	Ensemble	76 (#)	47 (-)	30,5(**)	25
		Garçons	88	59	35,2	
		Filles	80	48	25,5	
		Urbain	59	38	25,4	
		Rural	98	69	35,0	
	Taux de mortalité infantile (‰)	Ensemble	57 (#)	40 (*)	28,8(**)	19
		Garçons	69	51	33,8	
		Filles	57	37	23,5	
		Urbain	52	33	23,6	
		Rural	69	55	33,5	
	Taux de mortalité néonatale (‰)	Ensemble	31 (#)	27 (-)	21,7(**)	10
		Garçons	39	33	28,3	
		Filles	29	23	14,9	
		Urbain	30	24	18,3	
		Rural	36	33	24,7	
	Taux de mortalité juvénile (‰)	Ensemble	20 (#)	7 (-)	1,7(**)	
		Garçons	20	8	1,4	
		Filles	24	11	2,0	
		Urbain	7	5	1,9	
		Rural	31	15	1,6	
	Proportion des enfants ayant fait toutes les vaccinations (%)	Ensemble	(1992) 75,7	(2003-2004) 89,1	87,7	
		Garçons	75,5	86,8	88,7	
		Filles	76,0	91,2	86,8	
	Proportion des enfants vaccinés contre la rougeole (%)	Ensemble	(1992) 79,8	(2003-2004) 90,4	89,3	
Garçons		79,7	88,2	90,6		
Filles		79,9	91,2	88,1		
Taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois (%)	Ensemble	(1992) 51	(2003-2004) 31	27,8		

Sources : Ministère de la Santé ENPS (1985 et 1992), ENSME (1997), ENPSF (2003/2004), ENPSF 2011, HCP, END 2009-2010.

(.) 1999-2003.

(#) 1987-1991.

(*) END, HCP 2009-2010.

(**) 2007-2011.

Capacité de suivi et d'évaluation

	Fort	Moyen	Faible
Capacité à collecter les données		X	
Qualité de l'information récente		X	
Capacité à suivre l'information statistique		X	
Capacités à l'analyse statistique	X		
Capacités à incorporer l'analyse statistique dans les mécanismes d'élaboration des politiques de planification et d'allocation des ressources	X		
Mécanismes de suivi et d'évaluation		X	

Aperçu de la situation

L'objectif sera-t-il atteint à l'horizon 2015 ?			
Probablement	Potentiellement	Invraisemblablement	
Etat de l'environnement favorable			
Fort	Moyen	Faible mais s'améliorant	Faible