

Femmes et santé au Maroc (1993-2003)

*Abdel-Ilah Yaakoubd
INSEA, Rabat*

Introduction :

S'intéresser à la santé des femmes en liaison avec l'évolution qu'a connue leur statut et apprécier les progrès réalisés et les retards accusés en la matière tout au long de la décennie qui vient de s'achever (1993-2003) est, nulle doute, un sujet à la fois d'un grand intérêt et non aisément abordable. Nombreux arguments peuvent, en effet, être évoqués pour justifier l'opportunité et la pertinence d'un tel sujet.

Le premier de ces arguments a trait à la composante même de la population que ce papier entend cibler; en l'occurrence les femmes. Cette composante, généralement considérée comme acteur et vecteur d'action à la fois de tout programme ayant pour objectif l'amélioration aussi bien de ses propres conditions de santé que de celles de sa progéniture demeure, paradoxalement, celle qui souffre le plus de l'exclusion à de multiples niveaux (analphabétisme le plus étendu, activité la moins répandue, autonomie la plus restreinte... etc) et qui participe le moins à l'effort de développement.

D'importance non moindre par rapport au premier, le second argument a trait à la problématique objet de l'étude elle-même ; en l'occurrence la santé. Traductrice, sans conteste, des plus fidèles du niveau de développement d'une nation, la santé, en général et celle des femmes, en particulier est un des soucis majeurs qui a retenu une attention grandissante aussi bien de la part des chercheurs que des preneurs de décision durant les dernières années. C'est aussi, particulièrement par rapport aux problèmes de santé que les retombées indésirables des conditions désavantageuses que vivent nombreuses femmes, sont les plus ressenties.

La période que la présente recherche s'est fixée pour circonscrire les faits et évaluer les progrès relatifs au domaine abordé; en l'occurrence la décennie 1993-2003, est un autre argument de nature à justifier encore plus l'opportunité du sujet. Cette période a été marquée par une résurgence de l'intérêt pour la question des femmes aussi bien au niveau international que national.

Au niveau international, la décennie 1993-2003 a vu la tenue d'une série de conférences mondiales à l'issue desquelles nombreux pays dont le Maroc se sont engagés à prendre des mesures visant l'amélioration des conditions de vie et de santé des femmes. Parmi ces conférences, il y a lieu de citer celle du Caire (1994) sur population et développement, celle de Beijing (1995) sur les femmes et celle de Copenhague (1995) sur le développement social. Suite à ces conférences, tant les politiques de développement que de population ont connu une réorientation dans le sens d'une prise en compte plus effective de la femme en tant qu'acteur pleinement responsable de ses choix individuels et cible concernée au premier chef par les programmes de développement, en général et de développement sanitaire, en particulier. Deux notions plus englobantes et plus pertinentes ont ainsi vu le jour et se sont rapidement popularisées au cours de cette décennie. Il s'agit de la notion de "santé reproductive", d'une part et de l'approche de "genre", d'autre part.

Au niveau national, la décennie 1993-2003 a enregistré un houleux débat au sujet de la question de la femme. Déclenché par le "plan d'action pour l'intégration des femmes dans le développement"¹, ce débat s'est soldé par une proposition de projet de révision de "la Moudawana" qualifié de révolutionnaire au sein du monde arabe. Ce projet dont les grandes lignes ont été annoncées par le discours Royal d'ouverture de la session parlementaire prononcé le vendredi 10 octobre 2003, a été adopté le Vendredi 16 Janvier 2004 à l'unanimité par la chambre des députés. Son entrée en application est synonyme de la réalisation d'un pas géant vers un statut plus citoyen de la femme marocaine. La décennie 1993-2003

¹ Voir : Secrétariat d'Etat Chargé de la Protection Sociale, de la Famille et de l'Enfance & Banque Mondiale (1998) : *Plan d'Action pour l'Intégration des Femmes au Développement*, 118p

succède, par ailleurs, à une décennie d'ajustement structurel avec tout ce que cela a induit comme conséquences au niveau des secteurs dits sociaux dont la santé fait, bien sûr, partie. Les effets prolongés de ce programme, restreignant davantage l'accès à la santé parmi les franges de la population déjà les plus fragilisées, ont été certainement plus ressentis parmi les femmes étant donné leur bas statut et leur participation très souvent limitée au pouvoir de décision concernant notamment leur propre santé et celle de leurs enfants.

1. Place et intérêt accordés à la santé des femmes :

L'appréciation de la place et de l'intérêt que la santé des femmes marocaines se sont vus accorder parmi les priorités du développement au cours de la décennie 1993-2003 peut se faire à travers des angles de vision différents. L'information, la recherche et l'action sont, sans doute, parmi les vecteurs les mieux indiqués pour ce faire. C'est à travers l'examen de l'intérêt que ces secteurs ont accordé à la santé des femmes qu'un bilan préliminaire sur la question sera, en premier lieu, tracé.

1.1 A travers les procédés d'information et les programmes de recherche :

Agir c'est d'abord connaître. Dans le domaine de la santé des femmes, comme dans tout autre domaine à causalité multiple et inextricable, les enquêtes et les études sont des instruments indispensables de diagnostic, d'appréhension des faits et facteurs et de ciblage des mesures et actions à entreprendre dans le futur. Leur fréquence et leur contenu sont, par ailleurs, révélateurs de l'intérêt plus ou moins important ou insuffisant que la question se voit accorder par les décideurs, d'une part et les chercheurs, d'autre part.

A ce stade, il y a lieu de noter que la décennie 1993-2003 a été marquée pour le Maroc par la réalisation d'une série d'enquêtes portant sur des aspects ayant directement ou indirectement trait à la santé des femmes². Elle a également vu la production d'une masse de travaux de recherche sur le statut des femmes, en général et leur état de santé, en particulier. La tenue de bon nombre de colloques et de rencontres scientifiques sur ces questions a aussi été un des faits marquants de cette décennie.

Cela témoigne, à l'évidence, de l'intérêt grandissant que la communauté, tant des chercheurs que des décideurs, accordent désormais à une telle problématique. Cela dénote, du même coup, de l'avancée indéniable que le Maroc a enregistré en termes d'accumulation de connaissances sur le thème tout au long de la décennie qui vient de s'écouler. Néanmoins, des lacunes subsistent et le chemin à parcourir est encore long pour que l'image classique suivant laquelle la santé féminine est encore largement appréhendée soit finalement dépassée.

De toutes ces lacunes et défaillances, il y a lieu de souligner ce qui suit :

- La portée limitée des enquêtes conduites par le ministère de la santé. Qu'il s'agisse de l'enquête DHS de 1992, PANEL de 1995 ou PAPCHILD de 1997, toutes ces enquêtes se cantonnent dans une vision limitée de la santé des femmes. Elles n'intègrent, en effet, et de manière systématique qu'une composante de celle-ci; à savoir la planification familiale, en particulier ou la santé reproductive de manière générale. Elles ne font, par ailleurs, référence aux aspects genre, combien déterminants, que très partiellement et quasi-exclusivement en rapport avec ces seules questions.

- La fréquence réduite de ces enquêtes. Ce qui n'autorise qu'un suivi périodique des indicateurs de santé féminine qu'elles sont les seules à produire et ne permettent, de ce fait, guère d'assurer un diagnostic régulier de leur évolution. L'on se doit de souligner, en effet, que la quasi-totalité des indicateurs ayant trait à la santé reproductive des femmes marocaines sont issus de ces enquêtes et que depuis 1997, date de conduite de l'enquête PAPCHILD, leur mise à jour n'a toujours pas été opérée. Seuls quelques indicateurs viennent d'être publiés dans le rapport préliminaire de l'enquête PAPFAM (2003-04).

² Parmi ces enquêtes citons la seconde Enquête Nationale sur la Population et la Santé (DHS, 1992), l'Enquête de Panel sur la Population et la Santé (PANEL, 1995), l'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (PAPCHILD, 1997) et l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (PAPFAM, 2003-04).

- La continuelle relégation des données qualitatives à un rôle secondaire. La décennie 1993-2003 a, certes, enregistré une conscience grandissante de l'utilité de ce type d'informations et un effort appréciable pour ce qui est de sa collecte et son analyse. Cependant, les investigations menées sous cet angle de vision demeurent limitées tant dans leur objet que dans leur portée. D'un côté, la plupart d'entre elles n'appréhendent la santé des femmes que dans sa composante reproductive, reproche déjà faite aux enquêtes de type quantitatif. De l'autre côté, elles sont, dans leur ensemble, encore rares et très peu élaborées en termes de genre. Au-delà de l'éclairage que peut apporter l'adoption de la thématique du genre comme grille d'analyse de la problématique de santé des femmes, les recherches qualitatives sont appelées à mieux se développer. Nul ne peut, en effet, contester aujourd'hui que c'est grâce à ces recherches que l'on peut valider, compléter et rendre plus intéressantes les données quantitatives. Nul ne peut ignorer non plus que c'est aussi grâce à ces recherches que l'on peut espérer aboutir à une image plus claire de la santé des femmes et identifier les mesures appropriées pour répondre aux besoins différents des divers groupes de population féminine.

- La description demeure encore la caractéristique dominante de la littérature scientifique sur la santé des femmes. Dans leur majeure partie, les recherches publiées au cours de la décennie 1993-2003 sur la question continuent, en effet, à se cantonner dans une vision descriptive se limitant à la lecture des chiffres et à la présentation des résultats d'enquêtes. Ce qui n'est pas totalement inutile. Mais décrire ne suffit pas. Il faut aussi expliquer et mettre en évidence les relations, intrer-relations et interactions entre les indicateurs de santé, d'une part et les facteurs qui, directement ou indirectement, en conditionnent le niveau, d'autre part. A cet effet, il y a lieu de noter que ce sont surtout les sciences humaines et sociales qui commencent à se préoccuper des questions de santé en relation avec le genre. En revanche, les recherches démographiques et biomédicales persistent à n'appréhender la santé en relation avec le sexe que dans sa seule dimension biologique. L'accent doit être mis à l'avenir sur la collaboration des disciplines et la multidisciplinarité des visions.

1.2. A travers les politiques et programmes d'action :

A l'évidence, les politiques et programmes auxquels allusion sera faite ici ne sont pas exclusivement à portée sanitaire. Nul n'a besoin de montrer, en effet, à quel point une politique sociale est en même temps une politique de santé. Nul doute aussi que toute action visant la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes a des retombées positives sur leur état de santé. Les politiques et mesures ayant marqué la décennie 1993-2003 et s'étant fixé comme objectifs l'amélioration du bien être et des conditions de la femme marocaine importent à ce niveau, tout autant que celles ayant directement visé de lui assurer un meilleur état de santé.

Dans le champ d'action propre à la santé, il y a lieu de souligner, tout d'abord, que les politiques et les programmes préconisés au cours de la décennie 1993-2003 ont accordé une place de premier rang à la santé des femmes et plus particulièrement à leur santé reproductive. Il faut noter à ce sujet que le début de cette décennie coïncide avec la tenue de la conférence du Caire (1994) sur population et développement. Or, au Maroc, comme dans beaucoup d'autres pays, l'après ICPD a connu un large regain d'intérêt pour les questions relatives à la santé reproductive des femmes. En témoigne la forte augmentation des dépenses publiques engagées pour la seule santé reproductive. Leur accroissement a été de l'ordre de 150% entre 1991 et 1997/98³. En témoigne également, l'importance des fonds d'aide internationale injectés dans la santé reproductive qui ont plus que doublé après la conférence.

Parallèlement à cela, l'amélioration des conditions de la femme a constitué un des volets clés des orientations de développement; notamment celles prescrites dans le plan de développement économique et social 2000-2004. Le contexte national marqué par une réelle volonté de promouvoir les droits de l'homme a, à son tour, contribué à un relatif essor des droits de la femme qui en constituent une composante essentielle.

³ Pour plus de détails à ce sujet voir : Belouali R. et Guédira N. (1998) : *Santé de la reproduction au Maroc : ICPD+5*. Rapport de synthèse de l'étude de cas coordonnée par le Population Reference Bureau, Washington, 61p

Au niveau institutionnel, la création d'un secrétariat d'Etat chargé de la Protection sociale, de la Famille et de l'Enfance (1998) auquel a succédé un Ministère chargé de la condition de la Femme, la Protection de la Famille et de l'Enfance et l'Intégration des Handicapés (2000) témoignent d'une conscience politique au plus haut niveau de l'urgence de se pencher sérieusement sur la question de la femme. Plusieurs départements ministériels ont, par ailleurs, inscrit dans leur programme des actions ciblées visant l'amélioration des conditions de la femme, en général et ses conditions de vie et de santé, en particulier. A ceux-là, il faudrait ajouter plus de 70 ONG, dont le tiers a été créée après 1994, qui ont mené des actions d'envergure pour la défense des droits de la femme.

Bien des progrès ont été réalisés au cours de la décennie qui vient de s'écouler et bien des pas ont été franchis tout au long de la même décennie pour assurer à la femme marocaine un état de santé meilleur et des conditions d'émancipation plus effectives. Il n'en demeure pas moins que les actions menées et les mesures prises ne sont toujours pas suffisamment coordonnées et appuyées pour qu'une réelle intégration de la femme marocaine au processus de développement soit enfin réalisée et pour qu'un véritable essor de ses conditions de vie et de santé soit, en conséquence, espéré.

Comme nous l'avons souligné plus haut, les programmes de santé ayant ciblé la composante féminine de la population marocaine, restent en priorité axés sur les aspects liés à la reproduction et les domaines d'intervention qui lui sont rattachés; à savoir la maternité sans risque, la planification familiale, la surveillance prénatale et postnatale, le sida et les maladies sexuellement transmissibles ... etc. De fait, la majeure partie de l'effort consenti et des moyens mobilisés par ces programmes ne sont en fin de compte destinés à couvrir les besoins en santé que d'une catégorie de la population féminine; celle en âge de reproduction. Bien d'autres catégories, dont certaines sont d'un poids démographique plus important, demeurent marginalement concernées par les actions en matière de santé et continuent, de ce fait, à subir les conséquences de la moindre attention jusqu'à lors accordée à leurs besoins en santé. Les jeunes filles, les adolescentes, les femmes ménopausées et les femmes âgées font partie de ces catégories.

Les programmes préconisés en matière de santé reproductive ne sont eux-mêmes pas exempts de lacunes et les femmes en âge de reproduction sont elles-mêmes loin de s'assurer une acceptable couverture de leurs besoins en la matière. La marginalisation économique et sociale d'une bonne frange de la population féminine continue à la priver des bénéfices des actions menées. Les fortes disparités régionales et la persistante iniquité géographique en termes de structures sanitaires et de personnel de santé œuvrent toujours dans le sens du maintien de l'exclusion de bon nombre de femmes dont les besoins en santé reproductive ne sont parfois même pas bien circonscrits ou totalement méconnus. La faible coordination des programmes menés et des actions engagées, aggravées par l'insuffisance des ressources matérielles et humaines mobilisées, handicapent, à leur tour, lourdement la portée de ces programmes.

Outre, leur conception à bien des égards encore classique et limitée, ces programmes pèchent aussi par leur faible prise en considération du rôle de l'homme et des relations de genre dans la problématique de santé des femmes. Nombreux d'entre eux persistent à aborder cette problématique sans se soucier de la variabilité des contextes et des situations qui la particularisent et conditionnent, du coup, le succès ou l'échec des solutions que l'on se propose de lui apporter. De ce fait, le mainstreaming de la problématique de genre dans le secteur de la santé est, désormais, loin d'être atteint. On peut même carrément affirmer qu'une politique de santé de genre n'existe pas à proprement parler au Maroc.

2. La santé de la reproduction à travers ses volets les plus conséquents:

Comme nous l'avons souligné dans ce qui précède, les programmes de santé conduits en faveur des femmes marocaines, se sont plus particulièrement intéressés à leur santé reproductive. En effet, depuis 1994; date de la tenue de la conférence du Caire, l'intérêt pour un tel volet est allé croissant. La décennie qui vient de s'écouler a, de ce fait, été marquée par la mobilisation de plus de fonds et de moyens pour le développement de ce secteur ainsi que par la multiplication des actions et mesures visant l'amélioration des principaux aspects qu'il est censé recouvrir. C'est ainsi que la part du budget de la santé publique consacrée aux soins de santé reproductive s'est accrue de 9% à 13,4% entre 1991 et 1998. Le nombre d'ONG opérant dans le domaine s'est, à son tour, multiplié : il a atteint 76 associations dont 32% ont été créées après 1994. Nombreux départements ministériels ont, par ailleurs, joint leurs efforts à ceux du

Ministère de la Santé dans le but de mener des actions mieux coordonnées et à plus vaste échelle dans le domaine.

Dans ce qui suit, nous allons porter notre attention sur les avancées réalisées par le Maroc au profit de la santé reproductive des femmes en se référant à un ensemble d'indicateurs en mesure de nous permettre de porter une appréciation sur ses aspects les plus cruciaux. Les risques liés à la maternité, le suivi de grossesse, l'assistance à l'accouchement, les maladies sexuellement transmissibles et le sida constituent l'essentiel de ces aspects.

2.1 La mortalité maternelle :

Plus qu'auparavant, la mortalité maternelle a, depuis 1994, constitué une des cibles prioritaires des programmes lancés par le Ministère de la Santé en faveur de la santé reproductive des femmes. Cependant, malgré les efforts consentis et les actions menées, son niveau demeure encore élevé comparativement à beaucoup de pays de la région ou encore à des pays à niveau de développement similaire. La baisse consécutive à ces efforts et actions est, certes, fort appréciable, mais le niveau auquel elle a conduit (228 pour 100 000 naissances vivantes) est encore 4 fois plus élevé que ceux enregistrés en Tunisie et en Libye (70 à 75 pour 100.000) et 6 fois plus élevé que celui atteint par la Jordanie (41 pour 100 000) ; pays à contexte socio-culturel et à niveau de développement économique à bien des égards similaires⁴.

Tableau 1 : Evolution par milieu de résidence du taux de mortalité maternelle (Décès pour 100.000 naissances vivantes) entre 1992 et 1997

	1992 ENPS	1997 PAPCHILD
Urbain	284	125
Rural	362	307
Ensemble	332	228

Source : ENPS (1992) et PAPCHILD (1997)

C'est dire combien le retard qu'accuse le Maroc en ce domaine est encore énorme et combien l'acte d'enfanter est encore préjudiciable pour la santé et la survie de la femme marocaine. Dans le rural plus que dans l'urbain, la maternité demeure un événement à haut risque. Elle est à l'origine de 307 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans les campagnes, contre 125 pour 100 000 dans les villes. Autrement dit, un niveau de risque encore presque trois fois plus élevé parmi les femmes rurales que citadines. Le rythme de régression de ce fléau a lui-même été deux fois moins important pour les premières que les secondes. De 1992 à 1997, l'indicateur de mortalité maternelle a reculé de près de 50% dans l'urbain. En revanche, il ne s'est atténué dans le rural que de 27% sur la même période.

L'excessive mortalité maternelle au niveau national, doublée de la forte inégalité des risques selon le milieu sont, tous deux, les résultantes de nombreuses insuffisances et lacunes qui continuent à handicaper les actions entreprises dans le domaine. Force est de souligner à cet effet que les services de soins en santé reproductive sont à la fois de couverture limitée et d'accessibilité réduite en milieu rural. Outre les difficultés réduisant l'efficacité des stratégies mobiles, on note une paradoxale insuffisance en sages femmes : moins de 500 pour tout le pays. Encore faut-il souligner que nombreuses d'entre elles ne sont ni formées ni outillées pour pratiquer des accouchements dans des conditions d'hygiène et de sécurité acceptables.

⁴ Voir PNUD (2001) : Rapport mondial sur le développement humain 2001, PNUD, 264p

Bien que nettement moins préjudiciable pour la santé des mères, la situation dans les villes est plus insidieuse qu'elle ne paraît l'être. Désormais, on note là aussi la persistance de nombreuses lacunes et insuffisances. D'un côté, le nombre de gynécologues exerçant dans le secteur public ne dépasse guère les 200 pour l'ensemble du pays, dont la grande majorité est concentrée sur l'axe Casablanca-Rabat. De l'autre côté, c'est paradoxalement aux couches sociales à revenus élevés ou intermédiaires que les services de santé publique continuent à bénéficier le plus (Belouali et Guedira, 1998).

2.2. La couverture des besoins en santé maternelle :

Un des facteurs qui est, en bonne partie, responsable de l'aggravation des risques liés à la maternité au Maroc est celui ayant trait à la faible couverture des besoins en santé maternelle. Cette insuffisante couverture est manifeste à plusieurs niveaux et est d'une ampleur variable selon la région et le milieu de résidence. La faiblesse des indicateurs repris dans le tableau 2 est suffisamment éloquente pour s'en rendre compte.

Les soins prénatals, par exemple, bien que leur pratique s'est sensiblement étendue entre 1992 et 1997, sont encore loin d'être des pratiques courantes parmi la population féminine marocaine. Plus de 6 femmes rurales sur 10 n'ont à aucun moment eu recours à des soins prénatals suite à leur grossesse et pas moins de 2 femmes urbaines sur 10 étaient dans le même cas en 1997.

A son tour, la vaccination antitétanique est loin d'être généralisée parmi les femmes enceintes. Plus de la moitié de ces femmes n'ont en 1997 reçu aucune injection pour se prémunir contre le tétanos et protéger leurs futurs enfants contre le tétanos néonatal. L'immunisation contre cette maladie à taux d'incidence encore assez élevé pour constituer une des cibles prioritaires des programmes de santé en faveur de la femme, semble même enregistrer un recul durant la période couverte par les deux plus récentes enquêtes nationales de santé.

Tableau 2 : Quelques indicateurs de couverture des besoins en santé maternelle selon le milieu de résidence des femmes en 1992 et 1997 (% des femmes)

	1992 ENPS		1997 PAPCHILD	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural
<u>Soins prénatals</u>				
- Médecin, infirmière ou sage-femme	60,6	17,6	85,5	39,9
- Aucun	39,0	82,3	22,4	63,8
<u>Vaccination antitétanique</u>				
- Au moins une injection	56,9	52,2	46,8	37,6
- Aucune	42,9	47,7	53,2	62,4
<u>Lieu d'accouchement</u>				
- Formation sanitaire	58,7	12,5	75,2	26,6
- Domicile	41,1	87,3	24,5	73,4
<u>Soins postnatals</u>	-	-	21,4	6,5

Sources : ENPS (1992) et PAPCHILD (1997)

Par ailleurs, l'assistance à l'accouchement n'est toujours que l'apanage d'une minorité des femmes marocaines. C'est dans le rural, plus particulièrement, que les futures mères s'exposent le plus à des complications du fait de leur accouchement à domicile souvent dans des conditions non hygiéniques et

entachées de risques. Jusqu'en 1997, près des 3/4 des enfants mis au monde dans les compagnes marocaines l'ont été à domicile. Ceux ayant vu le jour dans les villes sont pour leur 1/4 issus de mères ayant, pour une raison ou une autre, préféré ou été contraintes d'accoucher à domicile.

Il faut dire que de ce point de vue, la couverture sanitaire, bien qu'elle demeure insuffisante s'est nettement améliorée depuis 1992. Les formations sanitaires (maternité publique ou clinique privée) qui n'ont accueillis que 58,7% des accouchements enregistrés dans l'urbain en 1992, les ont couverts dans une proportion de 75,2% en 1997, les mêmes formations dans lesquelles 26,6% des mères rurales ont accouché en 1997 n'en avaient assisté lors de leur accouchement que 12,5% d'entre elles en 1992.

Notons, enfin, que plus que tout autre besoin en santé lié à l'enfantement, ceux de nature postnatale demeurent de loin les moins couverts à nos jours. Jusqu'en 1997, seules 6,5% des femmes rurales et 21,4% des femmes urbaines ont reçu des soins postnatals suite à leur accouchement. Force est de noter à ce stade, que les facteurs à incriminer pour expliquer la couverture considérablement restreinte à ce niveau, ne se réduisent pas aux insuffisances en termes d'infrastructures et de personnel médical, incessamment évoquées et à juste titre, d'ailleurs. Le comportement des femmes, la perception qu'elles se font de leur propre santé, le pouvoir de décision qu'elles s'accordent et se voient accorder au sein de la famille et du ménage, les priorités qu'elles se tracent en termes de besoins et de fonctions et tâches à assumer...etc sont autant de facteurs qui concourent à une relative négligence de suivi et de contrôle de leur état de santé dans la phase post-accouchement.

2.3. les maladies sexuellement transmissibles et le sida

Une des avancées les plus significatives du programme d'action du Caire est la reconnaissance de la sexualité en tant que dimension fondamentale et conséquente de la vie reproductive des femmes. Les maladies sexuellement transmissibles dont le sida font depuis lors partie intégrante du champ d'étude des aspects sanitaires de la reproduction. L'intérêt à leur porter en tant que telles ne se limite, cependant, pas aux seules populations féminines en âge de reproduction. Il s'étend au-delà pour inclure les adolescentes et même les jeunes filles dont les problèmes de santé ont jusque là moindrement préoccupé les services de santé publique. Les comportements sexuels pré-mariage des adolescentes et des jeunes filles les exposent, en effet, à des risques de maladies sexuellement transmissibles qui peuvent gravement porter atteinte à leur vie reproductive future ou même à leur vie tout court.

Tableau 3 : Evolution par sexe du nombre de cas de sida et d'ISTau Maroc (1995-2001)

	Sida		IST	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1995	41	16	32022	118519
1996	43	23	35142	121630
1997	57	35	39871	149150
1998	61	32	42124	170116
1999	98	67	57266	219484
2000	63	50	68750	240837
2001	71	52	77637	270018

Sources : Ministère de la Santé

A ce jour, la prévalence du sida, notamment parmi la population féminine, situe fort heureusement toujours le Maroc dans la catégorie des pays les moins touchés par ce fléau, au même titre d'ailleurs que ses voisins du Maghreb ou les pays arabes du Moyen Orient. C'est surtout l'incidence des infections sexuellement transmissibles qui est la plus inquiétante et la moins maîtrisée du fait des tabous qui entourent ces maladies, en particulier et la sexualité, de manière plus générale. De 1995 à 2001, le nombre de cas d'IST déclaré à l'échelle nationale a plus que doublé. Sa progression s'est faite à un rythme régulier et à une cadence nettement plus élevée parmi la population féminine que parmi celle masculine. La remarquable plus forte fréquence des cas féminins comparativement aux cas masculins a, par ailleurs, en permanence été une caractéristique marquante de l'évolution de la prévalence de ce type d'infections au cours de la période couverte. Cela s'explique dans la mesure où d'une part, ce sont les femmes qui sont biologiquement les plus prédisposées à ce type d'infections et d'autre part, ce sont les hommes qui recourent le moins aux services de santé lorsqu'ils sont sujets à de telles infections. Autrement dit, la sous-déclaration des cas est selon toute vraisemblance plus fréquente parmi les hommes que parmi les femmes.

D'une prévalence considérablement moindre, la pandémie du sida a, en revanche, de tout temps été moins répandue parmi les femmes que parmi les hommes. Son incidence moins forte parmi les femmes a, d'ailleurs, été une caractéristique immuable de la progression de ce fléau. Son rythme de propagation a, par contre, été variable selon le sexe de la population concernée. Entre 1995 et 2001, le nombre de cas masculins a été multiplié par 1,7. Sur la même période, la population féminine porteuse du virus a été multipliée par 3,3. Ce qui dénote d'un rythme d'extension du sida doublement plus important parmi les femmes que parmi les hommes. La progressive diminution du sexe ratio consécutive à cette continuelle plus forte incidence parmi les femmes est, désormais, en train de conduire à une convergence vers une situation où il y aurait autant de cas masculins que de cas féminins.

3. les dimensions extra-biologiques et médicales de la santé des femmes :

Outre ses dimensions d'ordre biologique et médicale selon lesquelles elle est, à tort, exclusivement le plus souvent appréhendée, la santé des femmes, tout comme celle des hommes d'ailleurs, revêt un caractère multidimensionnel. La santé est, comme n'a pas manqué de le souligner la définition adoptée par l'OMS, "un état dynamique de complet bien être physique, mental, spirituel et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Le social, l'économique, l'environnemental, le politique et l'institutionnel sont, de ce fait, autant de vecteurs à influence plus ou moins directe ou indirecte sur la santé des femmes. Les profils et catégories de femmes qui émergent en fonction des caractéristiques qu'elles s'attribuent eux égard aux modalités propres à chacun de ces vecteurs, ne sont, en effet, pas sans déterminer la nature des risques de santé auxquels elles s'exposent et la qualité des soins auxquelles elles sont en mesure d'avoir accès. Ils ne sont pas non plus sans conditionner le degré selon lequel elles bénéficient des actions menées dans le domaine. C'est à ces vecteurs, à leurs poids en tant que facteurs influençant la santé des femmes et aux progrès et retards enregistrés à leurs niveaux au cours de la décennie 1993-2003 que nous allons nous intéresser dans ce qui suit.

3.1. La dimension socio-économique :

L'inégalité sociale en matière de santé et d'accès aux soins est un fait d'observation qui se vérifie régulièrement quel que soit le temps et le lieu. Les caractéristiques d'identification du profil socio-économique des femmes (instruction, profession, statut social, revenu, niveau de vie ...etc) sont, de ce fait, incontestablement parmi les déterminants majeurs de l'état de santé et de la qualité de vie de ces dernières. Si l'on prend l'exemple de l'instruction et que l'on se réfère à la description donnée par J.C. Caldwell (1979) des mécanismes d'action liés à l'acquisition d'un niveau d'instruction par les femmes, trois voies d'influence directe ou indirecte de celle-ci sur la santé peuvent être distinguées :

- Du fait qu'elles sont instruites, les femmes peuvent rompre avec les pratiques traditionnelles et devenir moins fatalistes à l'égard de la maladie
- La deuxième explication se réfère à la capacité de la femme instruite à mieux faire usage des possibilités offertes. Elle sait mieux où trouver les services de soins nécessaires et se fait plus aisément comprendre par le médecin ou l'infirmière.

- La troisième voie d'explication est sans doute la plus fondamentale : l'accès des femmes à l'instruction modifie la structure traditionnelle des relations familiales et de genre. Cela en leur permettant davantage d'autonomie par rapport aux maris et aux autres membres de la famille (les belles-mères, notamment) dans les décisions concernant leur propre santé et celle de leurs enfants.

Le tableau 4, tiré de l'enquête PAPCHILD conduite en 1997 au Maroc, illustre à bien des égards le poids de l'instruction sur la santé. Quel que soit l'indicateur de santé féminine auquel on se réfère, la situation des femmes paraît, à l'évidence, de moins en moins confortable à mesure que le niveau d'instruction régresse. Partout, ce sont les femmes analphabètes qui sont les moins bien loties : elles s'adjugent la fécondité la plus élevée, la pratique contraceptive la moins répandue et l'accès le plus limité aux services de soins. En revanche, plus le niveau d'instruction s'élève plus la fécondité est basse, la pratique contraceptive est étendue, l'accès aux services de soins est élargi.

Tableau 4 : Quelques indicateurs de santé des femmes selon le niveau d'instruction (1997)

Indicateur	Analphabètes	Primaire	Secondaire et plus
- Indice Synthétique de Fécondité	3,7	2,3	1,3
- Prévalence contraceptive (%)	55,9	65,4	69,3
- Soins prénatals (%)	42,8	77,9	98,2
- Accouchement surveillé (%)	34,3	85,3	97,2
- Injection antitétanique (%)	38,5	52,9	41,3
- Soins postnatals	7,8	23,5	42,2

Sources : PAPCHILD (1997)

Des inégalités du même type que celles relevées ci-dessus en fonction du niveau d'instruction peuvent être dégagées en fonction d'autres critères d'ordre socio-économique. Il n'est pas de notre objet ici de chercher à les identifier tous et à illustrer le poids de chacun d'eux sur la santé féminine. Ce qui nous intéresse, en revanche, c'est d'apprécier la mesure dans laquelle des actions à caractère économique et/ou social ont réussi au cours de la décennie 1993-2003 à améliorer la situation des femmes et à alléger, du même coup, le poids du socio-économique sur la santé. Nous porterons notre attention à cet effet sur les mesures ayant ciblé plus particulièrement la lutte contre l'analphabétisme féminin et la pauvreté; deux des phénomènes sociaux à impact le plus conséquent sur la santé féminine.

Sur le plan de la lutte contre l'analphabétisme féminin, tout d'abord, la multiplication des campagnes d'alphabétisation en faveur des adultes et l'attention croissante accordée à la scolarisation des jeunes filles - celle du rural en priorité- qui ont marqué la décennie 1993-2003 n'ont donné lieu qu'à des résultats peu satisfaisants. De 1994 à 1998/1999, le recul de l'analphabétisme féminin n'a été que de piètre valeur aussi bien dans le rural que dans l'urbain. Les bénéfices des efforts déployés pour atténuer l'ampleur de ce phénomène ont visiblement plus profité aux hommes qu'aux femmes. L'inégalité sexuelle d'accès au savoir et à l'instruction, déjà fort importante en 1994, s'est encore plus creusée au cours de la seconde moitié de la décennie 1990. A la veille de l'an 2000, plus de 6 femmes marocaines sur 10 ne savaient toujours ni lire ni écrire et pas moins de 8 femmes rurales sur 10 étaient encore dans la même situation.

Tableau 5 : Taux d'analphabétisme (en %) selon le sexe et le milieu de résidence en 1994 et 1998/1999

Milieu de résidence	1994		1998/1999	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Urbain	25	49	21	46
Rural	61	89	50	83
Ensemble	41	67	34	62

Sources : R.G.P.H. (1994) et Enquête Nationale sur les Niveaux de vie des Ménages 1998/1999

Sur le plan de la lutte contre la pauvreté, il est regrettable de noter que les mesures mises en œuvre dans ce but n'ont guère eu d'effets. Tout au contraire, les résultats des enquêtes sur les niveaux de vie des ménages menées successivement au début et à la fin de la décennie 1990 dévoilent la remarquable extension des couches de pauvreté. Partout, l'ampleur prise par ce fléau est allée en s'aggravant. Le taux de pauvreté qui n'était évalué à l'échelle nationale qu'à 13,1% en 1990-91 est passé à 19% vers la fin des années 1990. Sa progression la plus forte a été enregistrée en milieu rural où il a grimpé de 18% à 27,2% sur la même période. Les populations rurales, déjà défavorisées par le manque d'infrastructures sanitaires et les difficultés d'accès liées, entre autres, à l'enclavement et à l'éloignement, se trouvent, du fait de leur incapacité économique croissante, davantage exclues du système de soins. Cette incapacité est d'autant plus aggravée que le programme d'ajustement structurel conduit au Maroc durant les années 1980 continue à avoir des effets prolongés se traduisant notamment par l'accroissement des coûts de soins et donc une accessibilité encore plus réduite aux services de santé.

Tableau 6 : Taux de pauvreté (en %) par milieu de résidence au Maroc En 1990 - 91 et 1998 - 99

Milieu de résidence	1990 - 91 ENNVM	1998 - 99 ENNVM
Urbain	7,6	12,0
Rural	18,0	27,2
Ensemble	13,1	19,0

Source : ENNVM (1990 - 91 et 1998 - 99)

Constant handicap pour le monde rural et les zones ayant toujours été à la marge du développement, ce manque d'accessibilité aux services de soins est, à l'évidence, nettement plus ressenti par les femmes que par les hommes. En plus de l'incapacité matérielle et des contraintes liées à l'éloignement, les femmes subissent les circonstances astreignantes auxquelles elles sont assujetties du fait de leur faible statut. L'exclusion de la participation à tout pouvoir de décision au sein de la famille ou du ménage et la privation de toute autonomie de décision concernant leur propre santé même sont des exemples de contraintes à caractère gendrier qui sont de nature à limiter davantage l'accès des femmes aux services de soins.

L'Enquête Nationale sur le Budget Temps des Femmes menée en 1997/1998 par la Direction de la Statistique n'a pas manqué de souligner l'important poids de ce genre de contraintes. Selon cette enquête, près de la moitié des femmes interrogées (47,1%) ont jugé obligatoire de se faire accompagner

pour se rendre à un centre de santé en vue d'une consultation médicale (voir tableau 7). C'est surtout en milieu rural que cette obligation est la plus ressentie. Plus des 2/3 des femmes rurales ont déclaré devoir s'y soumettre contre seulement 1/3 des femmes urbaines.

Tableau 7 : Répartition (en %) par milieu des femmes selon la nécessité de se faire accompagner lors d'une consultation médicale

	Urbain	Rural	Ensemble
- Obligatoire	34,1	67,8	47,1
- Si l'état de la femme l'exige	36,8	24,3	32,0
- Pas obligatoire	29,1	7,9	20,9

Source : Enquête Nationale sur le budget temps des femmes (1997/1998)

Dans l'ensemble, il est importun de constater qu'à ce jour l'ignorance et la pauvreté continuent à sévir avec une incidence aussi importante et combien conséquente pour la santé des femmes. Aussi élaborées qu'elles soient, les actions ciblant l'amélioration des conditions de santé de la femme marocaine n'auront que des retombées disparates et d'impact restreint tant que ces fléaux continuent à exclure de larges catégories de la population féminine marocaine des bénéfices des progrès réalisés et des possibilités offertes. Le développement de la situation sanitaire de la femme marocaine passe avant tout par l'amélioration de ses conditions économiques et sociales. L'échec ou le succès des actions envisagées à l'avenir pour ce faire demeurent largement tributaires de la mesure dans laquelle la dimension socio-économique de la santé est adéquatement et effectivement intégrée.

3.2. La dimension environnementale :

Sociale par excellence, la santé des femmes est aussi largement tributaire de l'environnement dans lequel elles vivent. Bien des maladies et des épidémies sont connues par leur propension à apparaître et à se propager plus facilement dans certains milieux de vie que dans d'autres. Les contraintes qu'impose le contexte environnemental ou les conditions plus ou moins avantageuses qu'il procure sont aussi des facteurs de nature à favoriser l'exposition des femmes à certains risques de santé ou à les prémunir contre. L'insalubrité du milieu qui, par exemple, caractérise plus les campagnes, les bidonvilles et les quartiers suburbains est, à l'évidence, en bonne partie responsable des forts taux de mortalité et de morbidité que continuent à connaître ces milieux. Dans la mesure où rendre plus hygiénique et moins insalubre l'environnement de vie du ménage ou de la famille sont des tâches qui incombent en premier lieu et le plus souvent exclusivement à la femme, elle est de par le rôle qu'elle doit assumer à cet effet, la plus exposée aux atteintes de santé qui transitent par des agents propres aux conditions environnementales.

L'approvisionnement en eau potable, par exemple, ne s'est que faiblement amélioré au cours de la décennie 1990 et n'est toujours l'apanage que de moins de la moitié des ménages marocains. Il n'est le privilège que d'une infime minorité des ménages ruraux. Selon l'Enquête Nationale sur les Niveaux de vie des Ménages (1998/99), seuls 5,3% des ménages habitant les campagnes sont desservis par le réseau d'eau potable. Bon nombre de familles rurales sont, de ce fait, contraintes de parcourir quotidiennement des distances plus ou moins longues pour s'approvisionner en eau. Cette tâche ardue, qui revient le plus souvent aux femmes est de nature à consommer leur énergie, aggraver leur vulnérabilité et fragiliser davantage leur état de santé étant donné les multiples charges qu'elles sont tenues d'assumer en plus (maternité, éducation des enfants, travaux ménagères, corvée de l'eau, ...etc).

Tableau 8 : Proportion de ménages branchés au réseau d'eau potable selon le milieu de résidence en 1990/91 et 1998/99

Milieu de résidence	1990/91	1998/99
Urbain	76,0	78,4
Rural	6,3	5,3
Ensemble	42,0	47,1

Source : ENNVN (1990/91 et 1998/99)

Si, en plus l'eau est contaminée, son utilisation expose ces populations et particulièrement les femmes parmi elles aux maladies qu'elle véhicule. L'importance de cette source vitale en tant que vecteur de transmission des maladies a été souligné par l'OMS. Selon cette organisation, 80% des maladies sont, en effet, liées à des conditions insatisfaisantes d'approvisionnement en eau. Le trachôme, par exemple, affecte près de 500 millions d'individus à travers le monde et cause la perte de vue pour nombreux d'entre eux. Au Maroc, bien que le Programme National de Lutte Contre la Cécité mis en œuvre depuis 1991 a fortement réduit la prévalence de cette endémie, sa gravité a toujours été relativement la plus marquée pour le sexe féminin. Le rapport récemment réalisé par le Ministère de la Santé sur "les 10 années d'épidémiologie au service de la santé" n'a pas manqué de souligner cet état des faits⁵

Tableau 9 : Quelques indicateurs de conditions d'habitation des ménages selon le milieu de résidence en 1990/91 et 1998/99

Indicateur de conditions d'habitation	1990/91			1998/99		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
- Taux d'occupation du logement	1,9	2,0	1,9	2,6	2,6	2,6
- % de ménages disposant de :						
- salle de bain	-	-	12,4	-	-	22,9
- toilette	-	-	-	-	-	74,4
- % de ménages raccordés au réseau d'égouts	79,0	1,2	40,9	80,4	0,8	46,3
- Mode d'évacuation des ordures (en %)						
- Ramassage communal	84,8	2,0	44,2	85,1	2,4	49,7
- Jetées dans la nature	13,6	92,0	52,0	11,0	96,8	47,7
- Autres	1,6	6,0	3,8	3,9	0,6	2,6

Source : ENNVN (1990/91 et 1998/99)

L'entassement, l'insalubrité, l'inconfort, le manque d'hygiène et l'absence des services de base sont d'autres conditions environnementales désavantageuses pour la santé des femmes qui continuent encore à

⁵ Voir à ce sujet : Ministère de la Santé (2000) : *10 années d'épidémiologie au service de la santé*. Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies, p 59

sévir à grande échelle (voir tableau 9). C'est ainsi que l'exiguïté des logements doublée d'une densité de plus en plus forte des ménages a continuellement conduit à une élévation progressive de leur taux d'occupation. Dans le rural comme dans l'urbain, le nombre de personnes par pièce s'est accru de 2 à près de 3 au cours de la décennie 1990. Cette aggravation de la densité des ménages est, chose connue, un facteur multiplicateur des maladies transmissibles. Elle l'est d'autant plus que comme le laisse clairement apparaître les résultats issus des enquêtes sur les niveaux de vie, nombreux ménages demeurent non raccordés aux réseaux d'évacuation des eaux usées et ne bénéficient aucunement des services de ramassage des ordures. C'est, avant tout, dans le milieu rural que les défaillances à ces niveaux sont les plus sérieuses et sans doute les plus conséquentes pour la santé de la population, en général et celle des femmes, en particulier. Moins de 1% des ménages ruraux sont, en effet, raccordés aux réseaux d'égouts et pratiquement 97% d'entre eux n'ont d'autres moyens de se débarrasser de leurs déchets que celui de les jeter dans la nature. Ce qui n'est pas sans aggraver la détérioration de leur milieu de vie et engendrer des conditions encore plus préjudiciables à leur santé. Du fait des rôles et fonctions qu'elle s'attribue et se voit le plus souvent attribuer, la femme est le membre du ménage qui est en contact le plus permanent avec ce milieu. Ce qui fait d'elle la personne, de loin, à exposition la plus forte aux maladies et atteintes à la santé qui sont susceptibles d'être véhiculées à travers son environnement immédiat de vie.

La situation pour les ménages résidant en milieu urbain, bien que globalement nettement moins préjudiciable pour leur santé, n'est pas sans souffrir de quelques insuffisances et ne s'est quasiment pas améliorée depuis le début des années 1990. Les conditions d'habitat peu enviables dans lesquelles se retrouvent encore bon nombre de ménages urbains ne sont pas, non plus, sans faire courir à une bonne partie de la population féminine des villes des risques de santé tout aussi conséquents. Avec une densité des ménages similaire à celle atteinte dans les campagnes et une couverture des services de base (assainissement, évacuation des déchets ... etc) toujours loin d'être généralisée, force est de reconnaître que les retombées néfastes du cadre de vie sur la santé des femmes, bien que moindrement importantes dans l'urbain que dans le rural, demeurent d'une ampleur considérable.

Ce sont là quelques illustrations des impacts divers que l'environnement et le milieu de vie continuent à avoir sur la santé des femmes. Bien d'autres exemples peuvent être cités, mais ceux évoqués ici suffisent à eux seuls pour montrer à quel point l'état de santé des femmes est encore conditionné par leur environnement de vie. Une meilleure compréhension des problèmes de santé de la femme marocaine devrait également tenir compte du poids de ce facteur et s'efforcer à identifier les multiples voies à travers lesquelles son impact s'exerce. Sans cela et sans une parfaite intégration et une réelle coordination des mesures prises au niveau des divers secteurs, les bénéfices des efforts consentis et à consentir à l'avenir pour améliorer les conditions de santé des femmes marocaines, continueront à être d'un impact restreint et disproportionné.

3.3. Les dimensions politique et institutionnelle :

Outre les facteurs socio-économiques et environnementaux, l'évolution des conditions de santé des femmes marocaines au cours de la décennie 1993-2003 a été également conditionnée par la place que cette problématique s'est vue accorder parmi les priorités du développement et par la mesure dans laquelle les responsables ont remédié aux insuffisances et dysfonctionnements des services de santé pour les rendre plus conformes aux normes d'accessibilité, d'équité et de qualité.

Au Maroc, la politique de santé mise en œuvre depuis le début des années 1980 s'est inscrite dans le cadre de la stratégie universelle "la santé pour tous" à laquelle le pays a souscrit. Cette politique, ayant accordé plus d'attention au développement des soins de santé primaire, n'a guère atteint les objectifs qu'elle s'est fixés. Depuis la conférence du Caire en 1994, des priorités nouvelles ont été tracées et une réorientation des objectifs en matière de politique de santé s'est progressivement et relativement rapidement opérée en faveur d'une attention grandissante pour la santé des femmes et pour leur santé reproductive, plus particulièrement. Nombreuses sont les actions menées au cours de cette décennie dans le but d'assurer aux femmes une vie reproductive moins hasardeuse et nombreux sont les acteurs qui ont multiplié leurs efforts en vue de mener à bien cet objectif. Aux mesures prises par les services publics se sont adjoints les actions conduites par les organisations non gouvernementales et les programmes rendus réalisables grâce à l'assistance technique et/ou financière des agences internationales. L'ambition

commune de ces efforts conjugués étant celle de progresser vers une meilleure proximité des objectifs et du calendrier tracés par les recommandations du Caire, principalement ceux ayant trait à la santé de la reproduction.

Cependant, en dépit de la volonté affichée d'agir et malgré les indéniables progrès engendrés par les actions conduites à différents niveaux et par différents acteurs, les efforts consentis continuent à buter contre les persistants dysfonctionnements et insuffisances du système de santé marocain. Ces dysfonctionnements et insuffisances, qui revêtent de plus en plus un caractère structurel, ont essentiellement trait aux problèmes d'iniquité du système, d'accès aux soins, de couverture médicale et de qualité des prestations assurées.

En matière d'accès aux soins, par exemple, il y a lieu de noter l'insuffisance majeure que continue à connaître le monde rural marocain. Les données sur les distances moyennes à parcourir pour accéder à la formation sanitaire la plus proche relatent parfaitement cette insuffisance. Selon la plus récente des enquêtes sur les niveaux de vie des ménages (ENNVN 1998/99), plus de 30% de la population rurale se trouve à plus de 10 kilomètres d'une formation sanitaire.

Un des volets importants en matière de couverture sanitaire et dont les retombées sont directement ressenties au niveau de la satisfaction des besoins en santé des femmes a trait à la prise en charge des accouchements en milieu rural. Un déficit notable est, désormais, encore à souligner à cet effet. Tant en termes de lits d'accouchement (1 lit pour 2770 femmes en âge de procréer) qu'en termes de nombre d'accoucheuses (seulement 65 sages femmes et accoucheuses exercent dans le milieu rural) les insuffisances sont, en effet, manifestes. Ce qui, en bonne partie, explique les forts taux de morbidité et de mortalité maternelles qui continuent à plus particulièrement ce milieu.

La centralisation poussée à l'extrême, qui a marqué les plans et politiques de développement conduits au Maroc depuis son indépendance, s'est traduite par un développement régional fort inégal auquel le secteur de la santé n'a nullement échappé. Les efforts de décentralisation et les démarches de proximité entrepris plus sérieusement durant les récentes années sont encore loin de combler les énormes déficits que les zones longtemps délaissées ont, à ce jour, cumulés. Ainsi et jusqu'à 2002, le nombre d'habitants par médecin, évalué au niveau national à 2123, n'est que de l'ordre de 380 à Rabat alors qu'il tourne autour de 6362 à Taounate. De même, le nombre de lits d'hôpitaux publics pour 100 000 habitants, estimé la même année à 87 pour l'ensemble du Maroc, passe à 444 à Rabat et n'est que de 31 à Berkane.

C'est dire combien le développement inégal longtemps entretenu a continuellement accentué la marginalisation de certaines régions du pays et a, en conséquence, injustement exclu les populations de ces régions des bénéfices des progrès accomplis. C'est ce qui explique ces contrastes et inégalités en matière d'accès aux soins. La précarité de la situation de la femme dans la majeure partie des zones géographiques désavantagées à ce niveau, laisse penser que ce sont les femmes, plus que les hommes, qui subissent le plus les retombées néfastes de cette situation du point de vue santé.

A cela, il faudrait ajouter le budget limité et ne répondant pas aux normes recommandées par les organisations internationales (telle que l'OMS) que le Maroc continue à affecter aux dépenses de santé. Ce budget, ne dépassant pas les 4% du PIB, est, en effet, en deçà des 5% recommandé par l'OMS et est faible en comparaison avec ceux consacrés à la santé par des pays à situation économique similaire, tel que la Tunisie⁶. Par ailleurs, l'assurance maladie, qui demeure largement facultative et ne couvre que 15% de la population marocaine, bénéficie plus aux populations des grandes villes (en particulier l'axe Casablanca-Kénitra) qu'à celles des campagnes ou des petites agglomérations urbaines. A son tour, la sécurité sociale ne couvre que 23% de la population active qui, comme on le sait, est majoritairement composée d'hommes. Les affiliés parmi ces derniers résident presque tous en milieu urbain.

Autant de faits qui sont de nature à aggraver l'exclusion d'une fraction importante de la population marocaine et de priver sa composante féminine de l'accès aux soins les plus élémentaires. Pis encore, il y a lieu de noter que même quand les services de santé sont physiquement accessibles, il n'est pas dit que leur

⁶ Voir PNUD (2001) : Rapport mondial sur le développement humain 2001, PNUD, 264p

utilisation effective ni leur qualité soient toujours évidentes. Nombreuses sont les études à avoir souligné et établi la véracité de cet état des faits. Parmi ces études, citons celle récemment réalisée par Dialmy (2001) qui a montré l'existence de communautés ne souffrant ni de manque d'infrastructures sanitaires ni de leur éloignement sans pour autant les utiliser. Citons aussi l'étude socio-anthropologique, conduite en 1996 par le Ministère de la Santé dans les provinces du nord du Maroc, qui a eu le mérite d'identifier nombreux facteurs à l'origine de la renonciation au recours aux services de soins. Parmi ces facteurs, il y a lieu de noter les suivants : clientélisme, mauvais accueil, mauvais traitement, mépris et parfois même insultes.

Désormais, les barrières d'ordre institutionnel en relation avec la qualité et l'efficacité des services de santé continuent à aggraver le manque de couverture déjà limitée par la faible accessibilité de larges catégories de femmes aux soins de santé de base. Les politiques de santé à envisager à l'avenir ne sont pas appelées à être conçues uniquement dans une démarche spatialement plus égalitaire, mais aussi dans une vision socio-culturellement mieux appropriée.

Conclusion :

Au terme de ce bilan quelque peu détaillé de l'évolution de la santé des femmes marocaines au cours de la décennie 1993-2003, nombreuses conclusions s'imposent. Elles ont trait à des domaines de natures diverses. La collecte de l'information, la recherche et l'action sont les principaux parmi ces domaines. De par la connaissance des faits et facteurs qu'ils autorisent, le décryptage des liens de causalité qu'ils permettent et les progrès qu'ils sont susceptibles d'occasionner, ces domaines constituent une sorte de baromètre de l'intérêt que la santé des femmes se voit accorder de la part des pouvoirs publics, des chercheurs et des preneurs de décision. Les avancées accomplies au niveau de l'un de ces domaines ne sont, par ailleurs, pas sans conditionner celles auxquelles on devrait s'attendre au niveau des autres. Ce qui fait d'eux des entités fort interdépendantes de la cohérence et de la coordination desquelles dépend, en dernier lieu, tout succès ou échec des politiques de santé engagées dans le but de promouvoir les conditions de santé de la femme. La recherche ne peut, en effet, se développer que moyennant un accès facile à des informations détaillées et de qualité. A son tour, la réussite des actions engagées est hautement tributaire de la mesure dans laquelle des recherches, préalablement conduites, ont posé les bonnes questions et apporté les réponses les plus claires et les plus complètes. Cela afin que les mesures prises ou à prendre soient effectivement bâties sur une réelle connaissance des faits et une parfaite prise en considération du contexte auquel elles sont destinées.

Cela dit, force est de constater la persistance de nombreuses lacunes ayant trait à l'un ou l'autre de ces domaines. La connaissance encore approximative et restreinte à certains aspects de la santé de la reproduction des femmes, la quasi-ignorance des problèmes de santé des femmes d'âge en dessous ou au delà des limites de la reproduction, la rareté des études qualitatives, le manque de mesures d'accompagnement, l'absence quasi-systématique, pour les actions entreprises, de tout effort d'adaptation selon le contexte, la faible coordination de ces actions et l'absence de gendorisation des politiques de santé...etc sont quelques unes de ces lacunes

Dans l'ensemble, le chemin à parcourir pour aboutir à un effectif essor de la santé féminine au Maroc est encore lent. Les étapes à traverser en vue de la réalisation de cet objectif sont nombreuses et non aisément franchissables. Les aspects auxquelles elles se réfèrent sont de natures diverses. Les lacunes que ces derniers présentent sont multiples et les difficultés pour y remédier sont de degrés de complexité variables. Le temps exigé pour s'en défaire est, à son tour, d'une longueur équivalente au retard accumulé à nos jours. Dans le domaine de la santé de la femme comme dans tout autre domaine, la connaissance prime sur l'action et le développement d'un système d'information riche et performant est une étape incontournable pour faire progresser la connaissance.

Références bibliographiques

- *Belouali R. & Guédira N. (1998)*: Santé de la reproduction au Maroc (CIPD + 10). Rapport de synthèse, 61p
- *CERED (1998)*: Genre et développement : Aspects socio-démographiques et culturels de la différenciation sexuelle. CERED, Rabat, 324p.
- *CERED (1998)*: Santé de reproduction au Maroc : facteurs démographiques et socioculturels. Etudes Démographiques, CERED, Rabat, 338p.
- *Dialmy A. (2000)*: La gestion socioculturelle de la complication obstétricale: Ministère de la Santé -USAID, 116p.
- *Dialmy A. (2001)*: Les problèmes relationnels entre parturientes et personnel paramédical dans la région Souss-Massa- Draa. Ministère de la santé -USAID, 27p.
- *Direction de la statistique (1996)*: Enquête Nationale sur la Famille 1995, Rapport de synthèse. 276p
- *Direction de la statistique (1999)*: Conditions socio-économiques de la femme au Maroc. Enquête Nationale sur le Budget Temps des Femmes (1997/98). Rapport de synthèse : vol. 1, 152p. et vol. 2, 198p.
- *Direction de la statistique (2000)*: Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages (1998/99). Premiers résultats, 246p.
- *Direction de la statistique (2002)*: Accessibilité aux soins de santé et niveau de vie, 326p.
- *Direction de la statistique (2003)*: Annuaire Statistique du Maroc 2003, 730p.
- *Gage A.J. et Njogu W. (1994)* : Gender inequalities and demographic behavior. The population Council. 84p.
- *Mason K.O. (1995)*: Gender and demographic change : What do we know? IUSSP monograph, IUSSP, 31p.
- *Ministère de la Santé (1984)*: Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale (1979-80). Rapport en 5 volumes.
- *Ministère de la Santé (1992)*: Approche de la mortalité et de la morbidité maternelles au Maroc. INAS, 130p.
- *Ministère de la Santé (1993)*: Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II) 1992, DHS, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire, 279p.
- *Ministère de la Santé (1996)*: Etude socio-anthropologique dans les provinces du nord du Maroc. Direction de la Population, 123p.
- *Ministère de la Santé (2002)*: Santé en chiffres 2000. 236p
- *Ministère de la Santé (1998)*: Les hommes et la planification familiale au Maroc; du côté des "oubliés". Direction de la Population, 115p.

- *Ministère de la Santé (1999)*: Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997, PAPCHILD, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire,. 333p.
- *Ministère de la Santé (2000)*: 10 années d'Epidémiologie au Service de la Santé. Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte Contre les Maladies, 217p.
- *Ministère de la Santé (2002)*: Plan Stratégique National de Lutte Contre le Sida 2002-2004. Direction de l'Epidémiologie et de Lutte Contre les Maladies, 56p.
- *Ministère de la Santé (2004)*: Enquête sur la Population et la Santé Familiale, Maroc 2003-04. Rapport préliminaire. PAFAM, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire,. 23p.
- *Obermeyer C.M. (1995)*: Family, gender and population in the Middle East, Policies in Context. The American University in Cairo Press, Cairo, 230p.
- *Ostergaard L. (1992)*: Gender and development, A practical guide. Routledge, London and New York, 220p.
- *PNUD (2001)*: Rapport mondial sur le développement humain 2001. PNUD, 264p
- *Secrétariat d'Etat Chargé de la Protection Sociale, de la Famille et de l'Enfance (1998)*: Plan d'Action pour l'Intégration des Femmes au Développement, Banque Mondiale, 118p
- *Toubia N. et al (1994)* : Arab women : A profile of diversity and change. The Population Council, 64p.