

Droits et santé en matière de reproduction

Le programme national de planification familiale

(Pr. Moulay Mohammed Tahar Alaoui)

I. Historique

Le problème démographique et notamment l'aspect accroissement de la population n'apparaissent pas dans les préoccupations des premiers gouvernements du Maroc indépendant. Ils devaient affronter d'autres priorités liées à la restructuration et au développement de l'appareil administratif pour le rendre plus opérationnel à même de reprendre et gérer les domaines de la sûreté, de la défense, l'enseignement, la santé, l'agriculture, la justice, le marché et son approvisionnement, pour asseoir sur de bonnes bases le jeune Etat moderne.

Rares étaient, dans les années cinquante, et le début des années soixante, les nations indépendantes du Tiers-Monde, à l'exception de l'Inde¹ et de la Corée du Sud² notamment, qui de façon explicite, considéraient les questions de l'accroissement de population et leurs éventuelles conséquences comme l'un des paramètres de toute stratégie de développement sur lequel il fallait agir.

Au plan national, la prise en considération de cet aspect du problème et les décisions appropriées qui seront prises par les responsables politiques et au plus haut niveau, ont tenu compte et ont été très grandement influencées et facilitées par une connaissance plus appropriée de notre population (recensements 1960-1971) et par les résultats des études et des projections réalisées par les démographes et les économistes, principalement des pays de l'hémisphère Nord, qui ont commencé à insister sur les effets de ce qui sera dorénavant appelé « l'explosion démographique ».

La relation, pour notre pays, entre développement socio-économique et la nécessité de la maîtrise de l'accroissement rapide de la population dans le cadre d'une action globale, a été clairement posée et portée à l'attention du gouvernement, des partis politiques et des organisations syndicales en date du 20 avril 1965 par le Mémoire Royal dans lequel S. M. Le Roi souligne l'importance que revêt ce problème et ses conséquences, et incite les différents responsables publics et

¹ en 1952, l'Inde a été cofondateur de l'IPPF.

² en 1954, la Corée du Sud, dès la fin de la guerre Nord-Sud a inscrit le problème démographique parmi les priorités du plan de développement.

associatifs à rechercher et proposer les actions à entreprendre dans le cadre de programmes intégrés de développement.

A la suite de quoi un certain nombre de décisions juridiques, réglementaires et organisationnelles dès 1966 et 1967 sont prises qui permettront d'asseoir les fondements de notre programme de planification familiale (PF), qui, dès le départ et jusqu'à nos jours, a été conçu dans le cadre d'une politique globale de développement socio-économique et réalisé à travers les activités du ministère de la santé publique, comme partie intégrée du service de la protection de la santé maternelle et infantile.

A cette époque, il n'est pas sans intérêt de rappeler que pour les intellectuels et les responsables politiques qualifiés de progressistes, s'intéresser à la maîtrise démographique comme l'un des facteurs de l'équation du développement relevait d'une attitude « archaïque » « réactionnaire » et même « impérialiste », position idéologiquement dominante chez la plupart des pays du Tiers-Monde, et de ce fait les oppositions étaient vives à l'encontre de ceux qui défendaient les stratégies d'intégration des paramètres démographiques parmi les facteurs de tout plan de développement.

II. Cadre institutionnel

Dans ce contexte, toutes les décisions, dont nous rappellerons les plus importantes, d'ordre politique, réglementaire et de programmation des actions entreprises durant les trois dernières décennies, s'inscrivent dans une stratégie cohérente, pragmatique orientée vers une véritable politique de population soutenue par un engagement politique sans équivoque, en dépit des oppositions internes et des obstacles et dont les outils sont à classer en:

1. Instruments d'ordre politique, juridique, administratif

- le Mémoire Royal du 20 avril 1965 : adressé au gouvernement, aux partis politiques, aux syndicats, qui inscrit « le contrôle des naissances dans le cadre des relations à moyen et long terme entre la croissance démographique et le développement socio-économique... » ;
- la signature par SM HASSAN II, de la déclaration des chefs d'Etat et de gouvernements en faveur de la formulation et de la mise en œuvre d'une politique de population par l'ONU en décembre 1966 ;
- la création de la Commission Supérieure de la Population et des Commissions Provinciales de la Population dont le secrétariat sera assuré par le Ministère de la Santé (Décret août 1967) pour « élaborer et coordonner la politique gouvernementale dans le domaine de l'accroissement démographique, de veiller à sa mise en œuvre et d'en contrôler l'exécution » ;

- l'abrogation de la loi (Dahir 1939) interdisant la propagande anticonceptionnelle et codifiant les conditions de l'avortement thérapeutique. (Décret juillet 1967.) ;
- la création de l'Institut National Supérieur de Statistiques et d'Economie appliquée en 1965 où l'enseignement de la démographie constitue une part importante du programme ;
- la création du Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (1970) dont le rôle comme outil d'analyses et de projections deviendra de plus en plus notable avec le développement des enquêtes démographiques ;
- la Création de l'Association Marocaine de Planification Familiale en 1971 qui sera reconnue d'utilité publique en 1972 ; première organisation non gouvernementale qui jouera un rôle pour la diffusion des informations concernant la PF et qui permettra de tester certains programmes novateurs avant leur extension dans le réseau sanitaire (distribution à base communautaire de contraceptifs C.B.D., utilisation des foyers féminins dès 1974) ;
- la création du Ministère de la Population (actuellement Ministère de la Prévision Economique et du Plan) en 1995 qui a pour attribution, entre autres, d'élaborer et de mettre en œuvre, en liaison avec les ministères concernés, la politique gouvernementale en matière de population ;
- le transfert du secrétariat de la Commission Supérieure de la Population du Ministère de la Santé au Ministère de la Prévision Economique et du Plan qui assure sa présidence. Le secrétariat de cette commission est assuré depuis fin février 1998 par le CERED relevant du actuellement Ministère de la Prévision Economique et du Plan.

2. Instruments de programmation, d'exécution, de suivi

A partir de l'instauration des plans de développement triennaux et quinquennaux, les objectifs démographiques ont toujours été précisés :

a) en terme de réduction de la natalité :

- Plan 1968-1972 (de 50‰ à 45‰)
- Plan 1978-1977 (de 45‰ à 43‰)

b) ou en terme de prévalence contraceptive des femmes mariées en âge de reproduction (FMAR)

- Plan 1981-1985 (de 12% à 24%)
- Plan 1988-1992 (35% à 40%)

3. Instruments de support et d'encadrement

Dans les plans de développement sectoriels, une partie importante des activités est dévolue au soutien de la politique de population, définie par le plan national et notamment par les ministères sociaux :

- intégration par le Ministère de l'Education Nationale de l'éducation en matière de population dans le premier cycle de l'enseignement fondamental et secondaire ;
- intégration par le Ministère de la Jeunesse et des Sports (Foyers féminins, Maisons de Jeunes) et par le Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales, des concepts et de l'éducation en matière de PF dans les programmes d'alphabétisation.. ;
- intégration dans les programmes de vulgarisation agricole (Ministère de l'Agriculture et de la Réforme Agraire) des notions de maîtrise démographique et de planification familiale ;
- Intégration et utilisation des données et des projections démographiques dans la programmation des plans de l'Aménagement du territoire (Ministère de l'intérieur...) ;
- soutien du ministère de l'information et utilisation d'émissions spécifiques consacrées à la PF par le réseau de la radiodiffusion nationale (antenne centrale et antennes régionales) ;
- soutien du actuellement Ministère de la Prévision Economique et du Plan en recueillant les statistiques et en réalisant les études et les recherches relatives à la population et à la PF en particulier.

4. Instrument d'exécution du programme national de planification familiale et rôle du Ministère de la Santé

Les objectifs démographiques précisés, les stratégies définies, il importait de mettre à la disposition des couples qui le souhaitent, les moyens sûrs et efficaces pour planifier leurs descendances, responsabilité qui a été dévolue au ministère de la santé publique lequel est devenu le maître d'œuvre chargé de la conception et l'exécution du programme national de planification familiale.

En tant que secrétaire des commissions supérieure et provinciales, de la population (selon le décret de 1967), il participait à toutes les délibérations et décisions de portée nationale sur cet aspect.

Le Secrétariat est actuellement assuré par le CERED relevant du Ministère de la Prévision Economique et du Plan. Parmi les modifications qui ont été apportées à l'organisation de la commission supérieure de la population, il y a eu création des

comités techniques ; l'un des comités est chargé de la santé et de la planification familiale qui est présidé par le Ministère de la Santé aura pour tâche de coordonner et de proposer les mesures relatives à PF au niveau national et régional.

Dès 1968, il sera créé au niveau central le service chargé du programme de planification familiale à côté du service de la santé maternelle et infantile (SMI), décision de portée lointaine et riche en développements dans la mesure où cette intégration, dans ce qu'on appellera plus tard « les soins de santé primaires ou de base » se révélera l'un des fondements de la réussite de ce programme.

Le programme de planification familiale, depuis lors, fera partie de façon organique, de la division de la population (1977) devenue Direction de la population (1988), donnant à cette structure les moyens organisationnels et les outils de travail pour appliquer et exécuter son programme PF au sein de la division de la santé de la mère et de l'enfant, avec le support de la division de l'éducation sanitaire chargée de l'I.E.C. (Information, Education, Communication) et la division de la santé scolaire.

Seul organisme chargé de la formation nationale du personnel infirmier, le ministère, dans les programmes de cet enseignement, va réserver le tiers du cursus aux cours et aux stages relatifs à la santé de la mère et de l'enfant et à la planification familiale.

Coresponsable avec le ministère de l'Enseignement Supérieur de la formation médicale dans les facultés de médecine, il inscrira dans le cursus de l'enseignement de l'obstétrique et de la gynécologie, la planification familiale ainsi que les stages y afférents.

Pour ce qui est des prestations, elles sont mises à la disposition des clientes au niveau de l'unité SMI-PF aussi bien aux dispensaires qu'aux centres de santé de tout le réseau sanitaire national, appuyés dès 1974 par les centres de référence de PF comme lieux de validation pour l'introduction des nouvelles méthodes contraceptives, des consultations spécialisées, et de formation continue.

Le tournant et l'extension du programme national face à une demande devenant de plus en plus évidente et différenciée suivra la décision du ministère de mettre au point et de s'engager dans :

- Le programme de visite à domicile de motivation systématique (VDMS) testé dès 1978, dans la province de Marrakech, pour l'acceptabilité de l'offre à domicile des moyens de contraception, puis étendu par la suite aux provinces les plus démunies en infrastructure et à la périphérie des grandes villes ;
- La paramédicalisation de certaines prestations jusque là classiquement réservées au corps médical, comme l'insertion du DIU (1981), les injectables...

- L'introduction et la mise en service de 22 unités mobiles dans le cadre du programme des soins de santé de base (dès 1982) au niveau de 22 provinces, de prestations couvrant les soins de SMI-PF ;
- La diversité et la disponibilité des moyens de contraception dans le réseau de santé publique et leur mise en vente au niveau des pharmacies ;
- La création en 1982, du centre national de formation en reproduction humaine (CNFRH), prestataire de services de gynécologie, d'obstétrique et de PF, chargé de la formation de base et continue et de la recherche appliquée dans ces domaines et de la diffusion des protocoles et des attitudes dans le réseau sanitaire ;
- La mise à la disposition des couples qui le souhaitent et dans des conditions précises, des services de contraception chirurgicale volontaire (C.C.V.) au niveau de 45 unités au sein des maternités, dont la mise en place a commencé dès 1983 pour couvrir l'ensemble du Royaume ;
- Le lancement du marketing social par des ONG avec le soutien du ministère, lesquelles utiliseront tous les médias pour atteindre le plus grand nombre de couples (1987-88)
- Le programme de partenariat avec le secteur médical privé pour dynamiser dans ce cadre la prestation de PF avec une offre de formation continue prise en charge par le ministère et ce depuis 1996 ;
- la réalisation particulièrement depuis 1979³ avec l'appui et la participation du Ministère du Plan d'études, de recherches et d'enquêtes nationales et régionales de santé et de planification familiale, qui, en complément des recensements décennaux, ont apporté une connaissance de plus en plus précise des paramètres démographiques et permis d'apprécier les attitudes et les comportements vis-à-vis de la fécondité, de l'utilisation des prestations offertes par le réseau sanitaire, et surtout la connaissance et l'utilisation des différents moyens de contraception et leur évolution

³ *Enquête nationale sur la fécondité et la planification familiale 1979-80 ;*
- *Planification Familiale fécondité et santé familiale 1983-1984 ;*
- *Enquête Nationale sur la Planification Familiale, Fécondité et la Santé de la Population au Maroc 1987 ;*
- *Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS II) 1992 ;*
- *Enquête de Panel sur la population et la santé (EPPS) 1995 ;*
- *Enquête Papchild 1998.*

III. Les Stratégies utilisées par le Programme National de Planification Familiale

Les résultats obtenus par le programme, depuis son lancement jusqu'à nos jours, sont le résultat de deux grandes stratégies appliquées en deux étapes successives et qui ont pris en considération pour leurs conceptions et exécutions :

- la perception et la prise de conscience par les couples et la société des problèmes démographiques et leurs conséquences ;
- la disponibilité, l'accessibilité des formations sanitaires et le type et la compétence du personnel de santé ;
- la variété des moyens contraceptifs offerts ;
- la demande et son évolution.

Chronologiquement, le programme a connu une évolution en deux étapes :

La première période, du lancement des activités de PF en 1966 jusqu'au milieu des années soixante dix, a été la période de la stratégie fixe et de la médicalisation des prestations.

L'information, l'éducation et la motivation étaient offertes au niveau des dispensaires., les consultantes par la suite étaient orientées vers le centre de santé médicalisé de leur circonscription pour le choix et la prescription de la méthode de contraception. Elles pouvaient aussi dans certains cas, s'adresser au centre de référence ou à la maternité de leur secteur.

Cette stratégie était dictée par des raisons de sécurité, les méthodes à l'époque n'étaient pas aussi bien maîtrisées que de nos jours, et par des raisons d'encadrement et de disponibilité des médecins mais qui étaient encore peu nombreux pour couvrir un grand nombre de formations de deuxième niveau. Aussi et du fait de la sécurité plus grande obtenue par les nouvelles méthodes de contraception, la décision de la paramédicalisation des prescriptions des moyens jusque là réservées aux seuls médecins nous a permis d'introduire :

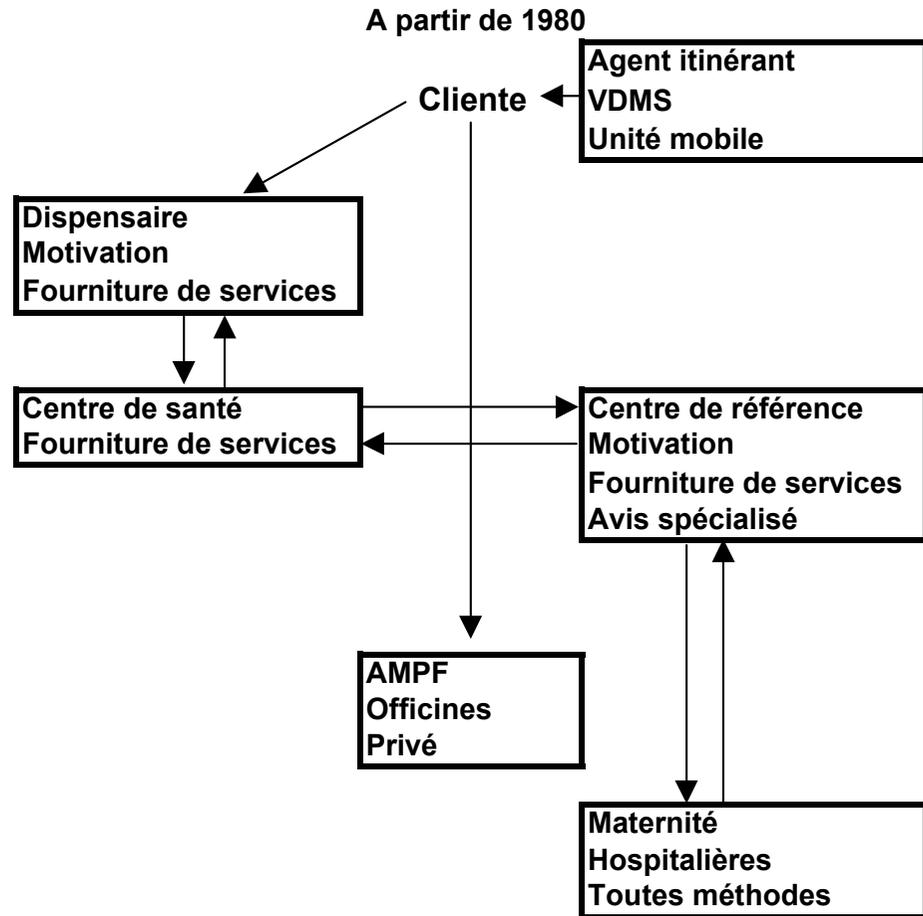
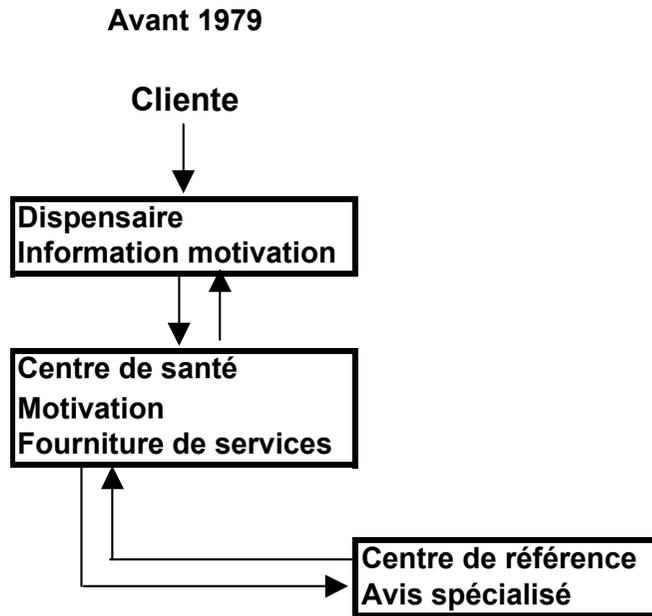
La stratégie mobile en complément de la stratégie fixe, profitant de la plus grande sécurité acquise par les nouvelles méthodes de contraception, permettra d'étendre les services et les prestations, par l'utilisation comme prescripteurs des infirmiers itinérants, des infirmières des unités mobiles de SMI-PF, des dispensaires et des centres de santé, réduisant ainsi fortement les déperditions des utilisatrices potentielles constatées auparavant entre le premier et le deuxième niveau.

Cette deuxième étape, associant les deux stratégies, s'est traduite, du fait de la disponibilité de l'offre pratiquement à domicile et à tous les niveaux de l'infrastructure, par une extension remarquable de la prévalence contraceptive.

Cette approche stratégique, pragmatique, intégrée et cohérente, a agi concomitamment sur trois niveaux :

- l'information des adultes à travers les médias, pour expliquer et faire adhérer la population aux bienfaits de la PF, en même temps que la préparation des jeunes dans le cadre de l'enseignement primaire et secondaire, comme futurs utilisateurs de PF ;
- La mise à la disposition des couples au niveau du réseau sanitaire, de l'information spécifique et des prestations choisies, par des programmes, adaptés aux moyens existants (compétence du personnel, couverture ...) et aux conditions et à la diversité des situations ;
- La stimulation de la demande et l'adaptation graduée de l'offre, fondement de la programmation des stratégies appliquées, dont les résultats obtenus en terme de prévalence contraceptive, témoignent du bien fondé de leurs conceptions et de la justesse de leur application.

Stratégies -Programme PF.



1. Mise en place et développement du Programme

Le concept de planification familiale était pratiquement inconnu dans notre société durant la décennie soixante et soixante dix, encore dominée par un comportement procréateur naturel pour compenser aussi une mortalité infantile et juvénile élevée ; les actions entreprises par le programme en terme d'information et d'éducation, de formation du personnel, d'extension de l'infrastructure, d'adaptabilité et de disponibilité des prestations, n'ont commencé à influencer de façon significative l'utilisation de la contraception que vers le milieu des années soixante dix.

Le Programme dès son initiation en 1966 jusqu'à nos jours, a mis à la disposition des couples les moyens de contraception existants et validés par la communauté scientifique internationale, en conformité avec notre contexte social et religieux, après formation adéquate du personnel en charge des prestations, acceptabilité des couples, suite à des programmes pilotes d'expérimentation, avant toute généralisation au niveau national.

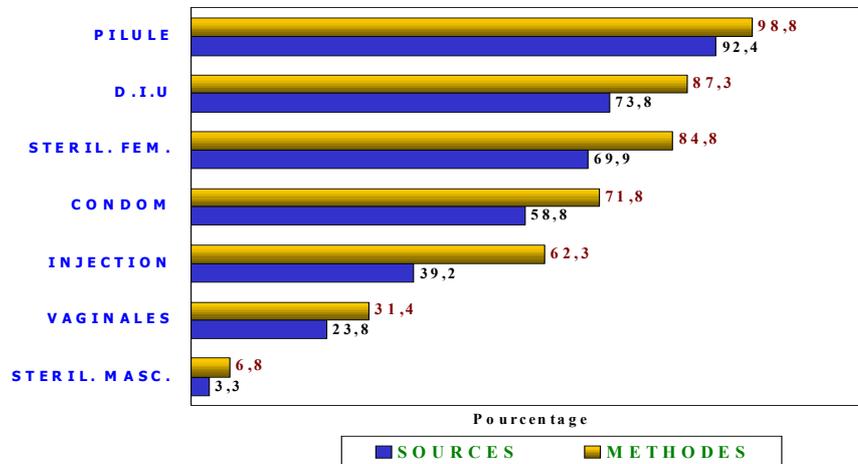
Cette stratégie d'introduction de toute nouvelle méthode, par étapes, devenue règle de programmation, dès le début des années soixante dix, (à la suite de l'échec de la première campagne nationale, insuffisamment préparée, du lancement du dispositif intra-utérin en 1968-1969) associée à la mise en place, sur le marché et dans le réseau de santé, d'une gamme variée de contraceptifs, ont constitué des facteurs déterminants du succès du programme de PF, basé sur la liberté, le choix et le consentement informé de la population.

Une fois le Programme National bien structuré, les obstacles et les oppositions circonscrits ou aplanis, une offre plus grande et diversifiée l'implication de plus en plus effective du secteur privé, la prévalence contraceptive s'est développée de façon continue principalement en milieu urbain dont l'exemple servira de locomotive pour le milieu rural.

2. Connaissance de la Contraception

Les efforts déployés pour faire connaître la PF ont abouti, dès le début des années 80, auprès de la population urbaine et rurale, non seulement à admettre l'existence du programme comme tel, mais aussi à savoir apprécier les moyens de contraception et à déterminer les sources d'approvisionnement (système public, privé, pharmacies, AMPF...).

CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES ET LEURS SOURCES (Femmes Mariées 15-49 Ans)



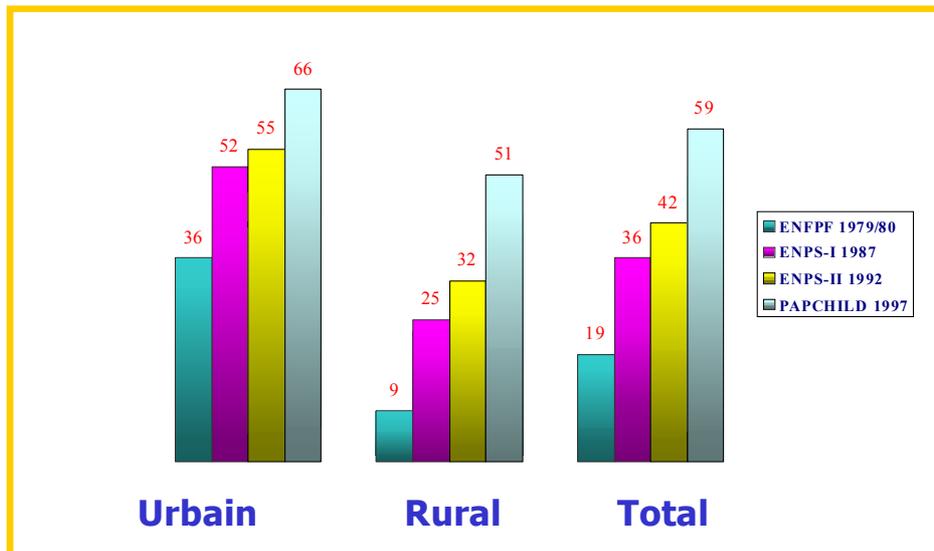
Source: ENPS-II 1992

3. Prévalence contraceptive et Sources d'approvisionnement

Les enregistrements réalisés en continu par le système public notamment, ainsi que les résultats des différentes enquêtes, attestent de la progression ascendante et continue de l'utilisation des moyens de contraception, passés de 19% en 1979-80, à une prévalence de 58,8% en 1997 (Enquête PAPCHILD) dont 7,8% de méthodes traditionnelles.

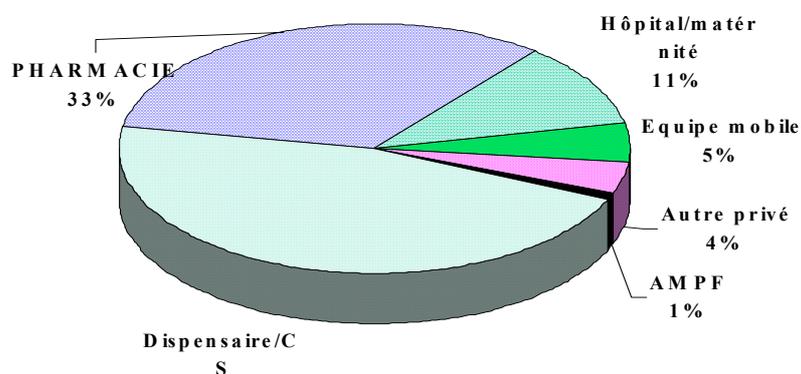
S'il persiste en terme de prévalence en 1997 une différence entre le milieu urbain et le milieu rural, de 15% (Urbain 69%, rural 54%) elle représentait en 1979 pratiquement 25% (rural 9%, urbain 36%). Cette évolution remarquable témoigne d'une nette prise de conscience aussi de la part de la population du milieu rural qui profite de la disponibilité des prestations mieux ciblées. En plus de cette différence globale s'ajoute des disparités régionales qui nécessitent des stratégies et des programmations appropriées.

Utilisation actuelle de la contraception par les femmes Mariées de 15-49 ans



Quant aux sources d'approvisionnement, force est de constater que le secteur public, à travers les dispensaires, centres de santé, unités mobiles, centres de références et maternités, reste le pourvoyeur principal, à hauteur de 63% des moyens de contraception, alors que les pharmacies, principalement pour le réapprovisionnement en pilules (33%), le secteur médical privé (4%) couvre le reste (Enquête Panel, 1995).

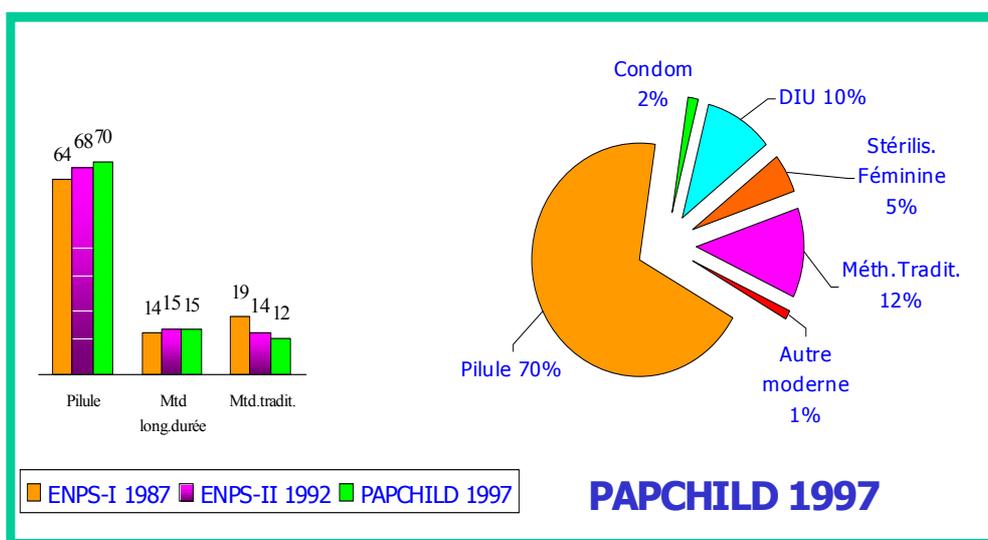
Sources des méthodes contraceptives modernes



EPPS 1995

Les méthodes utilisées par la population sont dominées par la pilule (70%) suivie par le DIU (10%) la ligature tubaire (5%), le condom (2%), les injectables et le Norplant (1%) ; en comparaison le Programme National se distingue des programmes des pays asiatiques ou latino-américains notamment, par la relative faible utilisation des méthodes contraceptives de longue durée (PAPCHILD, 1997).

Utilisation actuelle et passée de la contraception par méthode



4. Impact du Programme National de PF

Tous les indices démographiques et notamment la fécondité, ont subi un changement très notable qu'attestent l'évolution de cette dernière qui est passée de 7,2 en 1960, à 5,9 en 1979-80, 4 en 1992 à 3,1 en 1997.

Cette évolution, aussi rapide, ne peut pas s'expliquer par les seuls changements économiques et sociaux survenus durant ces trois décennies et notamment :

- l'urbanisation, même accélérée, dont on connaît les effets sur le mode de vie ;
- et sur le comportement vis à vis de la procréation. Le Maroc est passé d'une population rurale de 70,9% en 1960, à 64,9% en 1971, 57,3% en 1982 et 48,6 % en 1994 par la conjugaison de l'exode rural vers la périphérie des grandes agglomérations et la création de villes moyennes, se traduisant par une nouvelle configuration spatiale d'inégale importance et répartition selon les régions et

devant imposer une réadaptation du programme de PF et des prestations conformes à ces changements ;

- la prolongation du célibat et l'élévation de l'âge au premier mariage, aussi bien dans l'urbain que dans le rural, qui passe de 17,3 ans en 1960 à 27,8 ans en 1994, avec leurs conséquences directes sur la procréation.

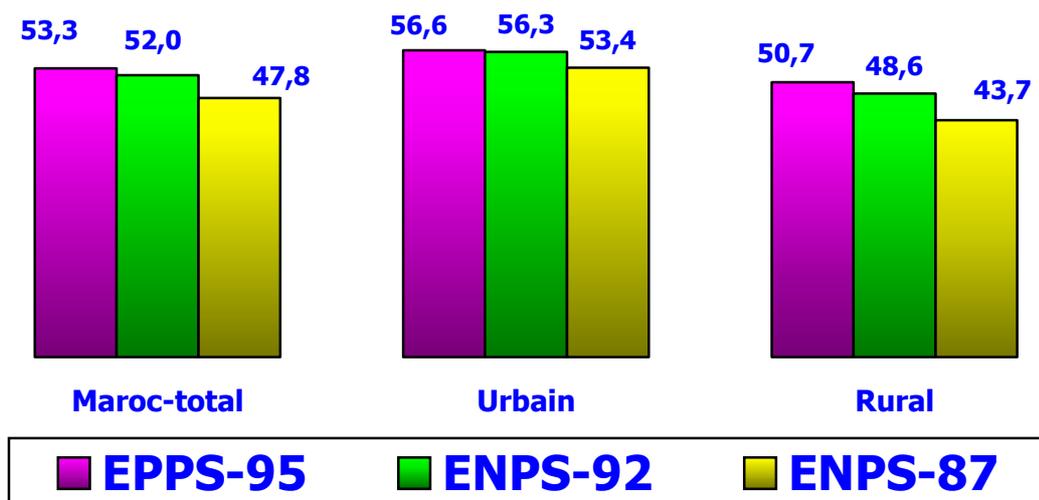
Cependant, bien que ces deux phénomènes, l'urbanisation et son corollaire de contraintes socio-économiques, la nuptialité tardive et son effet sur l'âge de la première grossesse, modifient la perception vis à vis de la procréation et réduisent la durée d'exposition à la grossesse, ils ne peuvent à eux seuls expliquer la diminution de la fécondité et particulièrement son ampleur et sa rapidité sans l'effet et l'efficacité du programme National de Planification Familiale qui a mis à la disposition des couples, informés et motivés pour un espacement des naissances, les moyens de contraception qui leur permettent d'atteindre leurs objectifs.

5. Besoins non satisfaits

Cela dit le programme a-t-il été en mesure de couvrir et d'offrir les prestations à toutes les femmes désireuses d'espacer ou de limiter leurs naissances ?

Les constats des enquêtes de santé (EDS) de 1987, 1992 et Panel 1995 qui ont cherché à apprécier cette situation (selon la définition de Westoff) font apparaître l'existence, sur le plan national, d'une évolution du taux de 47,8% à 53,3% des femmes mariées qui ne désirent plus d'enfants (la différence entre l'urbain et le rural ne dépasse pas 6 points en 1995).

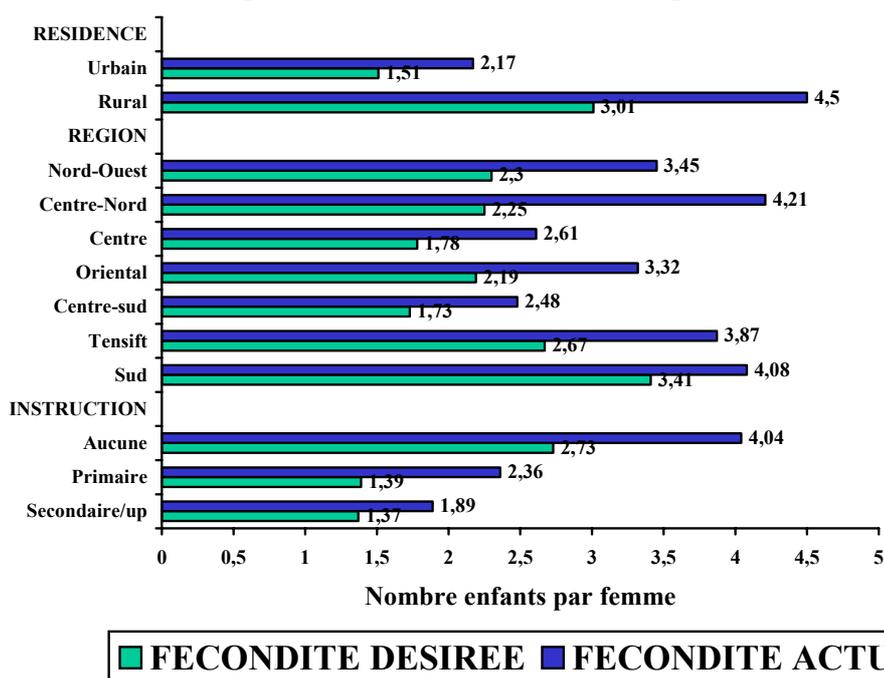
Pourcentages de femmes actuellement mariées qui ne veulent plus d'enfants (y compris les femmes stérilisées) par milieu de résidence.



Quant à leurs intentions de pratiquer une méthode de contraception, en 1995, 41% d'entre elles, le feraient dans les 2 ans, 9% au delà de 2 ans, situation qui reflète un besoin encore élevé à satisfaire à travers un programme plus approprié.

Le niveau de ces besoins non satisfaits et de l'intention d'utiliser une contraception est tributaire du milieu de résidence et régions, ainsi que du niveau d'instruction de la femme. Les différences sont grandes entre le milieu rural et le milieu urbain, entre les régions (Centre-Ouest et Sud par rapport aux autres), entre les femmes sans instructions et celles ayant atteint le niveau secondaire et supérieur.

Indice synthétique de fécondité et indice synthétique de fécondité désirée.



Ces inégalités régionales quant à la couverture et à la satisfaction des besoins, les effets « inhibiteurs » du milieu de résidence et de l'instruction vis à vis de la pratique de la contraception, doivent faire l'objet d'études et d'analyses plus approfondies de la part des responsables politiques. Plus préoccupants sont les problèmes de la dépendance du Programme National de PF, en partie, des bailleurs de fonds (USAID, UNICEF, FNUAP) dont les deux premiers ont programmé leurs retraits, du moins sous la forme jusque là utilisée, ainsi que la dépendance, pouvant être considérée par certains comme excessive, vis à vis de la pilule.

Aussi convient-il, pour maintenir les performances acquises et accroître la capacité du système (public et privé) pour faire face à une demande de plus en plus variée et pour des services de qualité, de tirer les leçons de l'expérience riche et des réalisations remarquables du Programme National de PF, pour affronter les nouveaux défis, dans le cadre d'une politique de développement et d'auto-financement durables.

6. Les raisons du succès du Programme National de Planification Familiale

Le taux de 58,8% de prévalence contraceptive atteint par le Programme (PAPCHILD, 1997) est le résultat d'un ensemble d'actions et de décisions politiques déterminants et dont les plus importants sont :

- le leadership éclairé et soutenu du Chef de l'état en faveur de la maîtrise démographique pour le développement ;
- l'implication et l'engagement du gouvernement pour la mise en œuvre d'une politique active de population ;
- la détermination d'objectifs quantifiés en terme démographique ;
- l'engagement du Ministère de la Santé pour faire de la planification familiale, un programme intégré dans le réseau des soins de santé de base et particulièrement dans le programme de protection de la santé de la mère et de l'enfant ;
- l'information pour la liberté du choix et de la décision éclairée des couples pour l'espacement des naissances avec la mise à leur disposition d'une gamme variée de moyens de contraception, validés, sûrs et efficaces ;
- l'implication du secteur privé et le partenariat avec le milieu associatif, pour prendre graduellement place comme prestataires de PF ;
- la qualité des données démographiques des Enquêtes de santé.

Ces actions cohérentes, déterminées et pragmatiques ont permis de faire admettre, par la société et ses représentants, le concepts de la maîtrise démographique comme élément de l'équation de la politique de développement. Cette attitude transparait, particulièrement dans le comportement de la jeunesse qui adhère à la notion de famille restreinte et qui fait de l'espacement des naissances, l'un des facteurs clés du bien-être.

IV. Les futurs enjeux

Cependant, bien que les progrès enregistrés soient impressionnants et parfois rapides, nous devons considérer ces résultats comme sujets à consolidation et même quelque peu fragiles dans la mesure où ils ont été atteints avec une aide appréciable des bailleurs de fonds, particulièrement, l'USAID, le FNUAP et l'UNICEF ; l'assistance bilatérale devant s'arrêter, sous cette forme en l'an 2000, des adaptations sont nécessaires pour le maintien de l'acquis et pour répondre aux nouveaux besoins. Aussi la continuité du programme et son développement qui représentent de véritables défis exige :

- la nécessité de la recherche de l'autofinancement, le retrait de l'USAID, posera le problème de la gratuité des prestations de PF jusque là pratiquées dans le réseau sanitaire public par notamment la mise en place de l'assurance maladie... ;
- la couverture des besoins non satisfaits par des solutions adaptées où la prise en charge des prestations pour certaines catégories de population dans des conditions de précarité devrait continuer à être supportée par les pouvoirs publics ;
- l'allègement ou la suppression de la fiscalité sur les moyens de contraception pour abaisser les coûts de prestations en niveau du privé ;
- la continuité des efforts programmatiques pour l'accroissement de l'utilisation des méthodes de longue durée ;
- l'orientation de l'information, de l'éducation et de la motivation en matière de planification familiale pour inclure les hommes et surtout la jeunesse ;
- l'amélioration de la qualité des services SMI/PF, objet des demandes pressantes des populations urbaines comme rurales ;
- la nécessité de développer la mise en place d'un réseau continu de recueil des données...

Ces actions, doivent comme par le passé, être intégrées dans les programmes de la santé de la reproduction où la planification familiale constitue l'un des axes. Cependant le problème le plus préoccupant dans ce domaine que constitue la mortalité maternelle qui se double d'une mortalité néonatale encore élevée, risque, s'il n'est pas attaqué, d'obérer tous les efforts jusque là réalisés.

Aussi et avec l'expérience acquise, les activités et le programme SMI/PF doivent constituer, surtout le volet mortalité maternelle et néonatale, la priorité pour la maîtrise démographique du début du 3^{ème} millénaire.

Les résultats obtenus par le Programme, les acquis en terme de conceptualisation, de programmation, d'exécution et d'évaluation, le sens des opportunités et le pragmatisme des décideurs, la participation du secteur associatif et son dynamisme, sont en mesure de relever ces défis.

La santé maternelle

(Ahmed Laabid et Redouane Belouali)

Introduction

Depuis son indépendance jusqu'à la fin des années 1980, en matière de population le Maroc a poursuivi une politique de santé orientée essentiellement vers la santé infantile et le planning familial. C'est ainsi que le taux de mortalité infantile est passé de 130‰ en 1959 à 73‰ en 1987 et l'indice synthétique de fécondité est passé de 6,7 en 1962 à 4,6 en 1987. A l'instar de la majorité des pays en développement, le Maroc a négligé la santé maternelle durant cette période et le ratio de mortalité maternelle⁴ qui était de 359 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1978-84 s'est maintenu à un niveau élevé de 332 pour la période 1985-91. Les activités en faveur de la mère ont commencé à être standardisées à partir de 1972 et intégrées au programme de santé infantile. Dans le plan 1973-77, le concept de PMI (protection maternelle et infantile) a été remplacé par celui de PSE (protection de la santé de l'enfant). Ce virage ne signifiait pas pour autant un abandon des consultations prénatales organisées dans quelques centres de santé urbains.

De 1974 à 1987, date de création du programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement, alors que le nombre des grossesses augmentait, le volume des visites à la consultation prénatale est resté constant (près de 120 000 par année). Dans le contexte de la fin des années 1980, plusieurs systèmes de prise en charge des accouchements coexistaient : un système traditionnel bien implanté en milieu rural, un système de santé moderne essentiellement gouvernemental et un système de santé privé qui occupe déjà une bonne place dans le domaine des soins de première ligne.

L'objet de ce chapitre est de présenter l'état actuel de la santé maternelle au Maroc à travers un certain nombre d'indicateurs de morbidité et de mortalité. Dans une première partie il traitera de leurs causes et déterminants tout en mettant l'accent sur la définition des concepts utilisés et en fournissant les données disponibles sur l'ampleur du problème de morbidité et de mortalité maternelles. Dans une seconde phase, la question de l'offre de soins maternels sera abordée.

I. Situation actuelle de la santé maternelle au Maroc

1. Morbidité maternelle

Si la mortalité maternelle est considérée comme un indicateur qui reflète la situation sanitaire de la mère, il ne représente cependant que la partie visible de l'iceberg. En effet, le décès maternel n'est qu'une forme et un aboutissement d'un

phénomène morbide mais pas forcément le plus grave. Au-delà des chiffres d'incidence, il serait nécessaire, pour estimer l'ampleur de la morbidité maternelle, d'évaluer à moyen terme et à long terme les conséquences individuelles : stérilité, incontinence urinaire et les conséquences sociales et économiques liées à cette morbidité, telles que l'exclusion familiale, l'abandon du mari, la marginalisation sociale.

1.1. Ampleur du problème

L'ampleur de la morbidité maternelle est mal connue en règle générale en raison des insuffisances des systèmes d'enregistrements des données. Mais on peut estimer qu'au Maroc où des conditions défavorables pour la santé maternelle sont réunies, la morbidité maternelle devrait être importante. Il s'agit particulièrement d'une faible utilisation des soins maternels curatifs (57% d'accouchements se font encore à domicile) et préventifs (58% de femmes enceintes ne suivent pas les consultations prénatales), d'une fécondité encore élevée notamment en zone rurale, d'un taux de césarienne dépassant rarement 1%, etc. Seules des estimations grossières sont disponibles : la morbidité maternelle grave serait de 10 à 15 fois plus fréquente que la mortalité (Royston et Armstrong, 1990).

Au Maroc, le taux de césarienne à l'échelle nationale en 1995 (SMSM, 1996) montre une faible progression par rapport à 1989 (INAS, 1992) (respectivement 1,2% et 1,0%). Ce bas niveau d'interventions obstétricales comparé aux normes admises par l'OMS⁵, indique l'existence d'un déficit important. L'écart observé signifie par conséquent une incapacité du système de santé à répondre d'une manière efficace à la demande de la population en soins obstétricaux. Dans ce sens, les résultats d'une étude⁶ sur « les besoins en interventions obstétricales pour accouchements compliqués menée en 1985 dans les provinces de Settat et d'Agadir-Taroudant » indiqueraient qu'une grande proportion (plus de la moitié) des femmes qui auraient dû subir une césarienne pour une dystocie ou une hémorragie mettant en péril la vie de la mère ne sont jamais entrées à l'hôpital. Une autre étude (INAS, 1992) des interventions obstétricales en milieu hospitalier en 1989 a révélé l'existence d'un déficit en interventions majeures de près de 70% chez la population rurale. Dans cette dernière étude, les causes des décès maternels étaient dominées par les hémorragies (53%). En 1995, une étude conjointe de la faculté de médecine de Rabat et de l'Institut National d'Administration Sanitaire (SMSM, 1996) a montré que 18% des accouchements en

⁴ Le ratio de mortalité maternelle est le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

⁵ L'OMS estime que les taux de césarienne doivent être compris entre 5 et 15%.

⁶ Il s'agit d'une étude multi-critère non publiée.

milieu hospitalier étaient dystociques et que 0,9% présentaient une toxémie⁷. La prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de reproduction était de 30% en 1994⁸.

1.2. Définition

Avant d'aborder les déterminants et les composantes de la morbidité maternelle il est utile de discuter le concept de cette morbidité à la lumière de l'émergence d'un nouveau concept lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Le Caire, 1994). La Santé Reproductive est définie comme : « un état de bien être général tant physique que mental et social pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions, son fonctionnement, et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

La Santé Sexuelle est également définie par cette résolution, elle vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles.

Cette définition a un caractère très complet, mais qui s'avère complexe et d'utilisation difficile pour l'élaboration d'une politique de santé reproductive. Le recours au nouveau concept est une traduction d'un constat d'échec et d'une mise en cause de l'approche fondée sur les programmes verticaux conçus pour un ensemble relativement limité de problèmes de santé reproductive et n'intéressant que les femmes en âge de procréer. Le programme de planification familiale par exemple est axé sur le contrôle de la fécondité et sur la distribution de contraceptifs presque exclusivement chez les femmes en âge de reproduction puis qu'en dehors du condom, les autres méthodes contraceptives masculines sont d'usage exceptionnel. Or, le concept de santé reproductive est beaucoup plus large car il s'adresse aux femmes et aux hommes tout au long de leur vie, tout en préservant une place privilégiée à la santé de la femme. Mais pour répondre à une telle panoplie de besoins, les systèmes de santé existants devront s'adapter à cette nouvelle approche et prévoir des mécanismes d'intégration dans les structures opérationnelles.

1.3. Les déterminants

La littérature internationale sur la morbidité maternelle (Younis et al, 1994) (figure 1) fournit un cadre de référence qui met en relief l'importance de trois groupes de facteurs déterminants :

-

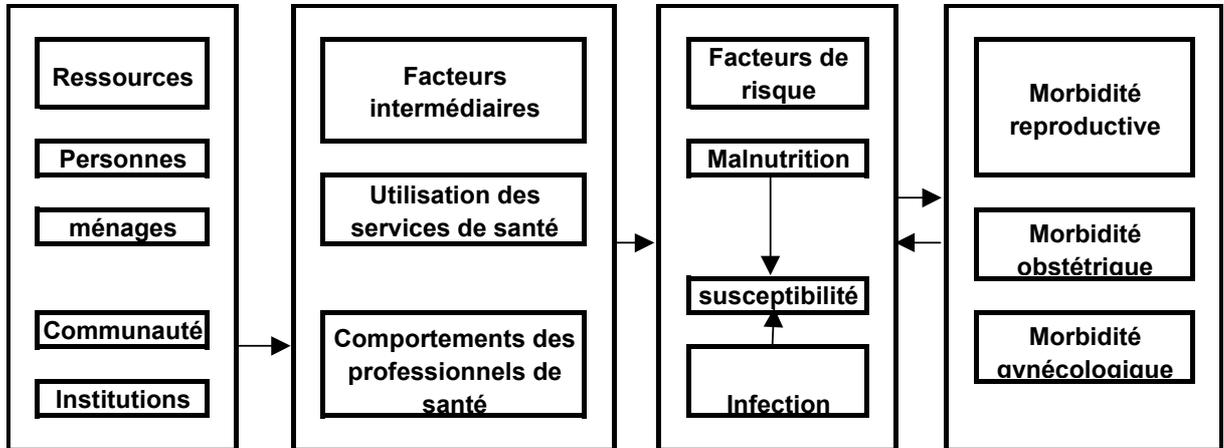
⁷ La toxémie est un état morbide qui traduit l'existence d'une hypertension artérielle chez la femme enceinte que ce soit au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans les six semaines du post-partum.

⁸ Ministère de la Santé (1995), *Enquête Nationale sur les Carences en Fer et en Iode*.

* Source : *Enquête PAPCHILD*, 1997.

- les ressources requises ;
- les facteurs intermédiaires ;
- les facteurs de risque.

Figure 1 : les déterminants de la santé reproductive



Ce modèle met en évidence l'importance d'un premier élément de taille, à savoir les ressources qui doivent être mobilisées pour faire face aux problèmes de santé maternelle, qu'il s'agisse des ressources personnelles, de la communauté ou des institutions agissant dans les différents domaines en rapport avec la santé maternelle. Nous ne disposons pas d'informations sur les ressources financières des personnes et des ménages qui sont destinées à la morbidité maternelle mais les données collectées dans le cadre de l'Enquête Panel (1995) montraient que les dépenses moyennes de santé des ménages sont très modestes, soit respectivement 172 Dh et 116 Dh par épisode de maladie en urbain et en rural. Ces dépenses représentaient 7% du budget des ménages en urbain contre 5% en rural. L'affectation des ressources humaines relevant du Ministère de la Santé et particulièrement les gynécologues et les sages-femmes connaît des disparités régionales très accentuées. En 1995, les deux régions du Nord-Ouest et du Centre disposaient de 77% des gynécologues du secteur public et de 63% des sages-femmes du secteur hospitalier. Quant à la seconde catégorie de déterminants, liée à la première en ce qui concerne la disponibilité de l'offre de soins, elle se caractérise par une faible utilisation des services de soins maternels et de planification familiale notamment en zone rurale (tableau 1).

Tableau 1 : Evolution de l'utilisation de la contraception et des soins maternels selon le milieu de résidence

Années et sources	Prévalence contraceptive			Consultation prénatale			Accouchement en milieu surveillé		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
1987 (ENPS I)	52	25	36	48	13	25	56	11	26
1992 (ENPS II)	55	32	42	60	17	33	59	14	28
1997 (PAPCHILD)	66	51	59	69	20	42	70	20	43

L'utilisation est elle même déterminée par des caractéristiques individuelles. Selon une étude du Ministère de la Santé (MS, 1996), les déterminants de l'utilisation des soins maternels les plus importants sont l'éducation, le statut socio-économique et la parité des mères. En zone rurale, les mères ayant été scolarisées utilisaient les services des soins prénatals et d'accouchement trois fois plus que les femmes sans instruction⁹. Parmi les facteurs liés à l'environnement, la difficulté d'accessibilité géographique aux services de santé représente le principal déterminant de cette utilisation. Dans ce sens, les femmes qui résident à plus de 30 minutes d'une formation sanitaire utilisaient 20% en moins les services prénatals.

Le comportement des professionnels de santé est une variable constante dans les déterminants de l'utilisation des services de santé. Des études (Makhlouf, 1996) ont montré le lien étroit entre recours aux soins modernes et comportement des professionnels de santé. Trois indicateurs traduisent l'influence de ce comportement :

- le faible taux d'utilisation de certains services de santé dans des situations où les problèmes d'accessibilité géographique et financière ne se posent pas ;
- la faible adhésion à la référence des patients orientés vers des structures de soins de haut niveau ;
- la faible continuité des consultations préventives (CPN) et des maladies chroniques.

Le rôle des facteurs de risque liés à la morbidité maternelle tels que la malnutrition et les infections est évoqué à travers l'incidence et la prévalence de ces morbidités. Les nouveaux cas de MST enregistrés en 1996 étaient de 156 772, soit 555 cas pour 100 000 habitants, un chiffre probablement sous-estimé en raison de déclarations incomplètes. La femme est particulièrement exposée à ces infections pour des raisons socio-économiques et biologiques. Chez les patients atteints de MST, la prévalence de l'infection à VIH est de l'ordre de 1 pour 1000. Dans 50% des cas les personnes atteintes de MST s'auto-médicalisent et les méthodes de prévention sont

⁹ Odds ratio = 2,7.

peu utilisées. Ainsi le SIDA maladie est à 29,04% chez les femmes contre 70,96% chez les hommes avec une prédominance entre dans les tranches d'âge de 15 et 49 ans.

Concernant les maladies de carences nutritionnelles la femme enceinte ou allaitante peut souffrir de maladies de carence ou de déséquilibres alimentaires, qui peuvent avoir des conséquences graves aussi bien sur sa santé que sur celle de sa progéniture. Les formes les plus courantes de malnutrition et des maladies de carence sont les carences en oligo-éléments (fer, iode, vitamine A) et la malnutrition protéino-énergétique. Ces troubles de nutrition se transmettent de génération en génération, et se manifestent de plusieurs manières. De nombreuses recherches ont montré que 80% des cas d'insuffisance pondérales des enfants à la naissance résultent d'une malnutrition maternelle. Ainsi, l'enquête nationale du Ministère de la Santé Publique en 1992¹⁰ a montré qu'un enfant sur quatre souffre de retard de croissance ou de sous-nutrition chronique.

La carence en fer : La carence en fer constitue un véritable problème de santé publique. L'OMS estime que 30% de la population mondiale est touchée. Le Maroc est parmi les pays à forte prévalence d'anémie par carence en fer. 45% des femmes enceintes, 30,8% de celles en âge de reproduction ainsi 35,4% des enfants cibles en sont affectés. Les femmes anémiques sont 5 à 10 fois plus exposées à la mort par hémorragie, pendant ou après l'accouchement.

Les carences en Iode : Jusqu'en 1990, le Maroc ne disposait pas d'informations qui lui permettent d'avoir une vue globale sur l'ampleur du problème. Une enquête pilote réalisée en 1992 à Azilal a montré que 85% des personnes examinées ont un goitre. De même, les résultats de l'enquête nationale de 1994 a permis d'évaluer sa prévalence moyenne à 22% avec des extrêmes de 0% à 77,4% : ainsi le crétinisme peut exister dans les régions d'endémie dès que la prévalence du goitre est supérieure à 20%. Chez les femmes enceintes la carence en iode augmente le risque d'avortement spontané, de mortalité périnatale de crétinisme et de déficience du développement cérébral du fœtus et peut être cause de crétinisme et de déficience du développement cérébral du fœtus engendrant des handicaps mentaux. Actuellement le Ministère de la Santé Publique a entamé une procédure d'iodation du sel et une supplémentation d'iode sous forme de capsules d'huile iodée à la population cible.

1.4. Les composantes

Se référant au nouveau concept de la santé reproductive, on constate l'ampleur des défis que les planificateurs de la santé sont appelés à relever. Sur le plan

¹⁰ *Enquête Nationale de Santé et Population* (1992). Cette enquête s'est fondée sur les caractéristiques anthropométriques (Poids/Taille, Poids/Âge, Taille/Âge) en comparaison avec une population de référence internationale.

opérationnel, la tâche s'annonce très difficile car l'efficacité des programmes actuels est globalement douteuse, hormis la planification familiale. L'exemple le plus convaincant est fourni par la consultation prénatale. Il résulte des différentes applications de l'approche de risque¹¹ que son efficacité n'est pas confirmée dans tous les cas [Ren-Ying Yan et al., 1991 - Maine D., 1992 - Rooney C., 1992]. Ses limites apparaissent plus évidentes dans les cas de complications obstétricales difficilement prévisibles comme l'hémorragie du post-partum. Il ne s'agit pas là d'une remise en question totale de l'approche elle-même, mais de la manière dont elle mise en application.

Une façon de résoudre cette difficulté consiste à dresser une liste de composantes des programmes correspondant aux différents buts de la santé reproductive tels qu'énoncés par la CIPD (tableau 2). Il devient impératif en effet de revoir la stratégie de la maternité sans risque, en adaptant les approches déjà en œuvre pour obtenir une meilleure efficacité¹².

¹¹ Cette approche qui est à la base du programme de surveillance de la grossesse repose sur l'utilisation des facteurs de risque (tels que la petite taille, la nulliparité ou les antécédents de maladies chroniques) qui peuvent prédire une issue défavorable de la grossesse.

¹² En Chine, par exemple, l'utilisation d'un score à partir des douze facteurs de risque identifiés chez la femme enceinte [Ren-Ying Yan et al. 1991], a permis d'améliorer la valeur prédictive des accouchements compliqués. Le ratio de mortalité périnatale est ainsi passé de 26 à 17‰.

**Tableau 2 : Buts et composantes essentielles des programmes de santé reproductive
(d'après la CIPD, 1994)**

<i>Buts</i>	<i>Activités ou Programmes</i>
1. Connaître un développement sexuel sain et atteindre la maturité sexuelle et avoir la capacité d'entretenir des relations équilibrées et responsables.	Éducation des adolescentes Préparation sexuelle parentale (jeunes filles)
2. Avoir le nombre d'enfants désiré en toute sécurité et sans risques pour la santé, au moment où elles le veulent, et si elles le veulent.	Planification familiale (Femmes, Jeunes filles)
3. Eviter les maladies, les affections et les incapacités liées à la sexualité et à la procréation et bénéficier de soins appropriés en cas de besoin.	Consultation prénatale (FAR) Assistance à l'accouchement (FAR) Consultation postnatale (FAR) Prévention et traitement des MST/SIDA (femmes, hommes, jeunes) Prévention et traitement des avortements (FAR) Prévention et traitement de la morbidité reproductive. Dépistage et traitement des cancers sein/col Prévention de la stérilité (femmes, hommes, jeunes) IEC des groupes à risque
4. Etre à l'abri des pratiques nuisibles liées à la sexualité et à la procréation ainsi que des actes de violence.	IEC (femmes, hommes, jeunes)

2. La mortalité maternelle

2.1. Le concept

L'OMS dans sa dixième révision de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (OMS, 1993)¹³ définit la mort maternelle comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ». Ce concept évolue de la même manière que celui de la mortalité périnatale dans la mesure où certains pays prolongent la durée de la période post-partum jusqu'à une année afin d'inclure les causes de la mortalité maternelle tardive telles que les embolies pulmonaires et les suicides liés à la déprime postnatale.

La mesure de la mortalité maternelle a été longtemps faite à l'aide d'un ratio¹⁴, le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Il exprime la probabilité du décès chez les femmes enceintes, c'est-à-dire le risque lié à la grossesse. Son usage répandu tient à la facilité relative d'obtention des informations. Trois autres indicateurs sont de plus en plus utilisés pour la mesure de la mortalité maternelle (Maine, 1992) :

(i) le taux de mortalité maternelle soit le nombre de décès maternels pour 100 000

¹³ OMS, (1993), *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10^{ème} révision, Vol. 1, Genève.

¹⁴ Considéré à tort comme un taux, car le numérateur ne fait pas partie du dénominateur.

femmes en âge de procréer et par an qui présente l'avantage de prendre en considération le nombre de femmes qui accouchent pendant l'année (donc tient compte de la fécondité) : (ii) le risque cumulé de décès maternel : chaque fois qu'une femme est enceinte, elle court le risque de décès maternel. Ce risque augmente avec l'âge de la femme et est cumulé : (iii) le pourcentage du décès maternel par rapport à la mortalité féminine.

2.2. L'ampleur du problème

La prise de conscience par la communauté internationale du problème de mortalité maternelle a été relativement tardive par rapport au problème de mortalité infantile. Cette prise de conscience s'est traduite dans les faits par l'organisation de rencontres et de conférences internationales et régionales (Nairobi en 1987, Amman et Paris en 1988, Niamey en 1989, Ouagadougou en 1990, Marrakech en 1991, etc.). A l'heure actuelle, il apparaît que le ratio de mortalité maternelle est l'indicateur de santé qui mesure le plus l'écart entre pays riches et pauvres. En effet, si les moyennes (30 pour 100 000 dans les pays développés versus 700 pour 100 000 en Afrique subsaharienne) reflètent déjà des ratios 25 fois plus élevés dans les pays pauvres, les disparités régionales montrent des écarts plus importants (de l'ordre de 100 fois). La mortalité maternelle au Maroc est élevée. Les données d'enquêtes de population disponibles montrent des taux encore élevés : 332 pour 100 000 naissances vivantes (ENSP II, méthode des sœurs, 1992) puis plus récemment 228 pour 100 000 naissances vivantes (PAPCHILD, estimation directe, 1997).

Bien que les déterminants de la mortalité maternelle soient nombreux et variés (voir plus bas), l'étude historique de la mortalité maternelle au Royaume-Uni montre qu'en 1937, lorsque le taux de mortalité maternelle était de 400 pour 100 000 naissances vivantes (Loudon, 1986), les taux étaient faibles là où les services de santé étaient disponibles et efficaces alors que le niveau socio-économique de la population était des plus bas. A l'inverse, ces taux étaient élevés dans les régions, voire même les quartiers riches, mais ne disposant pas de services de santé suffisamment développés. Or au Maroc, l'offre de service n'a pas évolué dans les mêmes proportions que la baisse de la mortalité maternelle (voir offre de service plus bas). On a alors du mal à comprendre cette baisse importante, de 31% entre les deux dernières enquêtes de 1992 et de 1997.

Les données de routine provenant des maternités hospitalières donnent des ratios variant de 10 à 300 pour 100 000 accouchements. Des amplitudes aussi fortes, révélées par les études hospitalières, se rencontrent ailleurs dans le monde. Il est par ailleurs difficile d'interpréter ces ratios hospitaliers de mortalité maternelle, d'une part à cause d'un biais de sélection qui surestime cette mortalité (cas où la couverture des

accouchements en milieu surveillé est très basse et où les cas à risque sont sous représentés), et d'autre part à cause d'une sous notification des décès qui surviennent en dehors de l'hôpital.

2.3. Les causes et les déterminants

De nombreuses classifications ont été adoptées dont voici les principales :

- l'OMS distingue deux groupes de causes : le premier concerne les causes obstétricales directes résultant de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus. Le second est relatif aux causes obstétricales indirectes résultant d'une maladie préexistante ou d'une affection aggravée par la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse ;
- l'American Medical Association (AMA) : chaque mort maternelle est examinée sous le triple angle : cause, évitabilité, responsabilité. La cause : elle est obstétricale directe, obstétricale indirecte ou non obstétricale. L'évitabilité : il s'agit de mort évitable, non évitable ou peut-être évitable. La plupart des morts évitables sont dues à des causes obstétricales indirectes ou non obstétricales. A l'inverse, les causes évitables sont presque toujours retrouvées dans la classe des causes obstétricales directes (Chevront-Breton et al., 1985). La responsabilité : du médecin, de l'hôpital de la malade ou indéterminée ;
- la classification clinique de Rivière : adoptée en général par les auteurs européens, elle obéit à deux facteurs principaux : la recherche de la cause exacte de la mort et la détermination du rôle de la grossesse. Cette classification correspond en fait à la catégorie des « causes » de l'AMA citée ci-dessus. D'autres auteurs notamment Loudon (Loudon, 1986), distingue deux groupes de facteurs déterminants : les éléments cliniques y compris les connaissances obstétricales, les soins et la disponibilité du personnel : les éléments socio-économiques qui influencent la santé de la mère.

Les principales causes de mortalité maternelle au Maroc¹⁵ sont représentées par les hémorragies (18-26%), l'infection (17-22%), la toxémie (13-15%), les dystocies (15-18%). Quand on analyse les causes des décès maternels, il est quasi impossible d'éviter différents biais tels que la fiabilité du diagnostic, le sous enregistrement des données, l'interdépendance entre les causes, etc. (Dujardin et Van Bale, 1991). Dans une analyse comparative des principales causes de mortalité maternelle (avortement

¹⁵ Communication présenté par M.T. Alaoui à la Conférence maghrébine sur la Maternité sans risques, Marrakech, 1991.

non compris), ressortent au premier rang des causes les dystocies et les ruptures utérines (20 à 30%) suivies des hémorragies du post-partum (15 à 25%). Les infections puerpérales¹⁶ viennent en 3^{ème} lieu (10 à 20%).

II. Développement de l'offre de soins maternels au Maroc

1. Les ressources

Dans la mesure où nous ne disposons pas d'informations fiables sur les ressources financières spécifiques à la santé maternelle, nous nous limitons à l'infrastructure et aux ressources humaines.

1.1. L'infrastructure

Le réseau d'infrastructure ambulatoire a connu un développement remarquable depuis le début des années 1970 comme en témoigne le ratio Population/formation sanitaire qui est passé de 280 500/1 en 1970 à 14 800/1 en 1991. L'effort entrepris par le Maroc a été plus marqué en milieu rural par rapport à l'urbain (tableau 3).

Tableau 3 : Evolution de la densité de l'infrastructure de base au Maroc (1970-91)

<i>Ratio</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1991</i>
Population urbaine/CSU+DU	25 220	26 650	29 790
Population rurale/CSR+DR+HR	17 500	14 270	9 750

CSU (Centre de santé urbain, DU (Dispensaire urbain), CSR (Centre de santé rural), DR (Dispensaire rural), HR (hôpital rural).

Source : De Browere V., (1997), les besoins obstétricaux non couverts : Thèse de doctorat en santé publique, Université Catholique de Louvain, Belgique.

Pour l'infrastructure du réseau ambulatoire qui offre des prestations de santé maternelle et particulièrement les soins prénatals et la planification familiale, le milieu urbain est favorisé (tableau 4).

Tableau 4 : Etat de l'offre de service de santé publique en matière de soins prénatals et PF (Maroc, 1996)

Milieu	Ratio Service de CPN/NA	Ratio services de PF/FMAR
Urbain	1/504	1/2 300
Rural	1/650	1/8 400

CPN (Consultation prénatales), NA (Naissances attendues), PF (Planification familiale), FMAR (Femme mariée en âge de reproduction).

Source : Société Marocaine des Sciences Médicales, (1996), XV^{ème} Congrès Médicale National, Rabat, 5 et 6 déc. 1996.

En matière de prise en charge des accouchements, la capacité litière des maternités hospitalières demeure globalement insuffisante puis que le ratio de

¹⁶ L'infection puerpérale est une pathologie du post-partum (six semaines après l'accouchement) qui représente l'une des complications majeurs de l'accouchement.

lit/1 000 accouchements attendus n'était que de 1,6¹⁷ en 1995. En zone rurale, un investissement substantiel a été réalisé dans la construction des maternités rurales dont la capacité litière totale atteignait 1 151 en 1995.

1.2. Les ressources humaines

Depuis la création du profil de sage-femme en 1964, la production de l'ensemble des écoles du Royaume n'a pas dépassé un effectif total de 239 sages-femmes. En 1986, la filière « infirmière accoucheuse » a été instituée et a permis de renforcer le rang des sages-femmes grâce à la formation de 820 infirmières. En 1988, cette dernière formation a été arrêtée et en 1994, le Ministère de la Santé a procédé à la mise en place d'une nouvelle réforme des études de sages-femmes. Dans les structures d'accouchement de toutes catégories confondues, la disponibilité des accoucheuses en 1996 était assez insuffisante avec un ratio d'une infirmière accoucheuse pour 442 accouchements, soit près de la moitié de la norme préconisée par l'OMS (une accoucheuse pour 220 naissances). Quant aux gynécologues-obstétriciens, leur ratio pour 10 000 accouchements attendus n'était que de 3,5 en 1995. La répartition spatiale de ces gynécologues est inégale dans la mesure où 77% d'entre-eux sont affectés dans les deux régions du Nord-Ouest et du Centre.

2. Les activités et programmes

Les activités de santé maternelle développées dans les structures du secteur public relèvent des domaines de la PF, des soins prénatals, des soins obstétricaux et des soins curatifs des autres problèmes de santé maternelle. Ces services sont pour le moment organisés pour assurer essentiellement des prestations préventives dans le cadre des programmes de PF et de PSGA (programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement) et pour prendre en charge les soins obstétricaux dans les formations du réseau des soins de santé de base et des hôpitaux. Mais pour les soins curatifs des autres morbidités maternelles, il n'existe pas - en dehors des MST - d'activités ou programmes structurés pour lutter contre l'anémie ou les cancers de sein et du col utérin par exemple. Grâce au développement de l'offre (voir plus haut), le Maroc a pu réaliser d'importants progrès dans le domaine de la couverture des populations en prestations de PF et de soins maternels.

3. La qualité de l'offre

Les soins maternels offerts par le secteur public concernent essentiellement les soins prénatals, les soins obstétricaux et la planification familiale. La qualité de cette offre a été appréciée à travers différentes méthodes dont les plus courantes portent sur

¹⁷ Ce ratio correspond à une capacité totale de 1 368 lits. Sur la base d'un taux d'occupation de 60% et d'une durée de séjour moyenne de 2 jours, cette capacité ne permet de prendre en charge qu'environ 35% des accouchements attendus au Maroc à l'heure actuelle.

l'opinion des usagers des services. Les résultats de ces études font, d'une manière générale, ressortir une insatisfaction de la population. Cependant les méthodes qui évaluent le processus de la qualité des soins sont peu connues et très peu utilisées. En milieu hospitalier c'est la technique d'audit médical interne qui commence à être privilégiée. Dans les quelques maternités où elle a été testée, elle a montré l'existence de nombreux dysfonctionnements et des problèmes de qualité qui sont liés non seulement à une insuffisance des ressources comme l'ont souvent exprimé les professionnels de santé mais aussi et surtout à des problèmes de gestion et de compétences. Dans les services ambulatoires, une méthode d'évaluation de la qualité des soins prénatals vient d'être mise au point par une équipe marocaine avec l'assistance de l'OMS. cette méthode est fondée essentiellement sur l'observation du diagnostic et du traitement des patientes par des personnes de référence. Testée dans 27 centres de santé de la région du Nord-Ouest, elle a montré les résultats suivants :

3.1. La démarche diagnostic connaît deux dysfonctionnements majeurs. Le premier, inhérent au système de santé, porte sur les insuffisances relevées dans le domaine des équipements techniques et de la supervision et formation continue du personnel. Le second est relatif aux professionnels de santé responsables de la prestation des soins prénatals. Leurs insuffisances résident essentiellement dans leur niveau de qualification insatisfaisant et leur relation avec les parturientes caractérisée par une faible qualité de communication.

3.2. La prise en charge ou traitement est déjà limité du fait de l'insuffisance de dépistage des facteurs de risque. Mais, deux autres problèmes s'y ajoutent : le non-respect des normes techniques préconisées par la stratégie notamment en matière de mesures préventives et l'absence de suivi qu'impose toute prise en charge nécessitant une référence ou une surveillance particulière. Deux niveaux de responsabilité se trouvent alors incriminés : la structure centrale et le niveau local. La stratégie nationale élaborée à l'échelle centrale accorde peu d'importance aux activités d'encadrement du personnel de terrain, à l'évaluation des performances et au système de référence. Quant aux acteurs locaux, ils jouent plus un rôle d'exécutants des tâches routinières et développent très peu d'habileté, de leadership, d'initiatives et d'innovations.

4. La stratégie du Ministère de la Santé

Pour promouvoir la santé maternelle, la stratégie adoptée par le Ministère de la Santé repose sur quatre axes principaux.

4.1. Les soins obstétricaux d'urgence dans les maternités hospitalières : les actions développées visent l'amélioration de la qualité des soins dans les maternités

à travers la mise en œuvre d'une série d'interventions dont les plus importantes sont la mise à niveau des bâtiments et des équipements techniques, la formation des personnels impliqués et l'introduction de techniques de gestion rationnelles.

4.2. Les soins de santé de base dans les structures de première ligne : l'action principale porte sur la décentralisation de ces services, leur dotation en personnel qualifié et leur équipement en technologie adéquate.

4.3. Les programmes et activités d'appui : les activités d'appui concernent principalement la planification familiale et portent d'une part sur la décentralisation des services qui le fournissent à travers la mise en œuvre de modes de couverture adaptés et d'autre part sur l'élargissement de la gamme de l'offre en matière de méthodes contraceptives durables. Pour renforcer l'offre de service de PF, les médecins du secteur privé ont également été impliqués, à la suite d'un vaste programme de formation sur l'insertion des dispositifs intra-utérins.

4.4. La communication et la mobilisation sociale : la stratégie d'information, éducation et communication est orientée non seulement vers la population cible des programmes de santé maternelle mais également vers les professionnels de santé, la société civile et les différents partenaires concernés par la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle.

Conclusion

La situation de la santé maternelle du Maroc est comparable à celle des autres pays en développement et le niveau élevé de mortalité maternelle traduit un retard du système de santé dans la lutte contre ce fléau. Il existe des solutions à l'ensemble des causes médicales de la mortalité maternelle. Les technologies modernes sont connues et appliquées dans les maternités hospitalières du pays mais ne sont accessibles qu'à une proportion limitée de la population. La stratégie du Ministère de la Santé est centrée sur la prévention des problèmes de santé maternelle par la consultation prénatale dont la couverture reste faible et l'efficacité douteuse. Les décideurs ont longtemps hésité dans la reconnaissance formelle des accoucheuses traditionnelles comme ressource communautaire pouvant jouer un rôle dans la réduction de certains problèmes liés à la santé maternelle. Cette position s'explique par le fait que certaines autorités, notamment universitaires, ont manifesté une résistance passive car ils percevaient cette stratégie comme une régression et non comme un progrès. Entre-temps, la professionnalisation des soins obstétricaux est restée timide en termes de nombre d'accoucheuses qualifiées formées et de gynéco-obstétriciens. Les personnels les plus qualifiés sont restés concentrés dans les grandes villes. L'accès aux soins obstétricaux d'urgence est un problème pour une grande partie de la population

rurale et des villes éloignées des maternités hospitalières. La faible disponibilité de l'infrastructure hospitalière associée à la disparité de sa répartition spatiale montrent à quel point le système de santé marocain est peu adapté pour répondre aux besoins de soins obstétricaux d'urgence. En milieu rural, l'offre médicale est devenue plus importante (installation de jeunes médecins privés et décision politique d'affecter un médecin dans chaque centre de santé rural), mais la compétence de ces médecins reste inadéquate. Tous ces éléments des composantes du système de santé marocain, nécessaires à la santé maternelle, indiquent un manque de ressources, mais ils montrent aussi une absence de remise en cause de la structuration du système de soins que l'on pourrait fort bien attribuer à un manque de volonté politique.

Références

- Chevront-Breton O. et al., (1985), *Mort maternelle d'origine obstétricale : aspects médico-légaux*, J. Gyneco. Obst. Biol. Reprod. Vol. 14, pp. 385-93.
- Dujardin B. et Van Balen H., (1991), *l'initiative pour une maternité sans risques : quelles perspectives ?*, J. Gyneco. Obst. Biol. Reprod. Vol. 20, pp. 397-405.
- Dujardin B., (1993), *Une approche globale pour améliorer la santé maternelle*, Thèse de doctorat en santé publique, Université Libre de Bruxelles.
- INAS, (1992), *Approche de mortalité et de morbidité maternelle au Maroc*.
- Loudan I. (1986), *Obstetric care, social class and maternal mortality*, British Medical Journal, 293, pp. 606-608.
- Maine D., (1992), *Programme pour la maternité sans danger : options et problèmes*, Centre pour la Population et Santé Familiale, Université de Columbia, N.Y.
- Makhlouf Obermeyer C., (1996), *Analyse culturelle de la naissance au Maroc* (inédit).
- Ministère de la Santé et The Evaluation project/Tulane University, *The dynamics of the Moroccan Family Planning Program*, 1992-97.
- Ministère de la Santé Publique, (1992), *Approche de mortalité et de morbidité maternelles au Maroc*, INAS.
- Navez-Bouchanine F., (1994), *Etude des pratiques sociales et de l'acceptabilité des services de santé materno-infantiles et de planification familiale*.
- OMS, *Rôle des soins maternels dans la réduction de la mortalité périnatale*, Genève, 1986.
- Ren-Ying Yan et al., (1991), *The risk approach in perinatal health, Shunyi County, China*, Atlanta, CDC.
- Roony C., (1992), *Antenatal care and maternal health, how effective is it? a review of evidence*, WHO/MSM, Geneva, WHO.
- Royston E. et Armstrong S., (1990), *La prévention des décès maternels*, OMS, Genève
- Société Marocaine des Sciences Médicales (SMSM), *XV^{ème} Congrès National*, Rabat, déc. 1996.
- Younis N. et al, (1993), *A community study of gynecological and related morbidities in rural Egypt*, Studies in family Planning, 24,3 pp. 175-186.

***Les maladies sexuellement transmissibles,
sexualité et relation entre les sexes
(Saida Choujaa Jrondi)***

Introduction

La définition du concept de santé de la reproduction adopté par la conférence du Caire en 1994, a mis l'accent sur la santé de la reproduction dans ses composantes de bien-être physique, mental et social concernant l'appareil de reproduction et la sexualité. Au Maroc, bien qu'il n'existe pas encore de politique explicite, ni de programme global en santé de la reproduction, le gouvernement a mis en place plusieurs programmes axés sur les problèmes prioritaires. Les maladies sexuellement transmissibles constituent une composante de ce programme, rendu nécessaire du fait de leur fréquence et de leurs conséquences socio-démographiques et économiques fâcheuses.

Au Maroc, les maladies sexuellement transmissibles (MST) constituent un problème majeur de santé publique. Car en plus des souffrances individuelles qu'elles causent, elles peuvent entraîner des complications graves, induisant des coûts de santé considérables. Hormis le cas du virus de l'immunodéficience humaine-syndrome d'immunodéficience acquise (VIH-SIDA), qui affecte surtout l'homme, les effets les plus graves des MST affectent surtout la femme et le nouveau-né. Au rang des complications affectant les femmes, figurent le cancer du col de l'utérus, le syndrome inflammatoire pelvien, les infertilités, les douleurs pelviennes chroniques, les grossesses extra-utérines, dont certaines peuvent accroître le risque de mortalité maternelle.

La femme est particulièrement exposée aux MST pour des raisons socio-économiques et biologiques. Comparé à celui des hommes, l'appareil reproducteur féminin est plus sensible aux infections par le VIH et aux MST. Cette sensibilité, d'ordre biologique, est particulièrement prononcée chez les jeunes filles¹⁸. A la vulnérabilité biologique, s'ajoute le statut socio-économique. Les femmes ont rarement le contrôle de leur corps et de leur vie sexuelle du fait de leur dépendance vis-à-vis de l'homme. Une dépendance qui est la rançon de l'analphabétisme, du sous-emploi ou de l'emploi comme aide-familiale ainsi que de la difficulté d'accès à l'information, qui affectent leur santé reproductive et leur sexualité.

L'absence d'éducation sexuelle et d'information adaptées, accroissent la vulnérabilité des adolescents aux MST et donc au VIH-SIDA,. L'incidence élevée des

¹⁸ ONUSIDA, (1998), *Campagne Mondiale de lutte contre le SIDA*.

MST chez les jeunes (40% des personnes affectées ont de 15 à 29 ans) montre la fréquence élevée des rapports sexuels non protégés et en conséquence de l'exposition potentielle au VIH¹⁹. Il est prouvé en effet, sur les plans biologique et épidémiologique, que les MST favorisent la propagation du VIH et que la prévention des MST a un effet déterminant sur celle du VIH²⁰.

I. Diagnostic de la situation

1. Aspects épidémiologiques

1.1. Les MST

D'après une publication récente de l'OMS²¹, 333 millions au moins de nouveaux cas de MST ont été estimés dans le monde en 1995. Plus de 900 000 personnes seraient infectées chaque jour. En Afrique du Nord et au Moyen Orient, l'incidence annuelle est de 10 millions de cas. Le Maroc ne déroge pas à cet état de fait : l'incidence des MST ne cesse d'y augmenter.

Ces chiffres inquiétants sont pourtant en deçà de la réalité, en raison de la sous notification des cas par les services de santé et du recours à l'automédication, estimée chez les patients porteurs de MST à 50%. Les 189 000 cas de MST notifiés en 1997, 727 pour 100 000 habitants, concernent surtout les femmes (76% des cas) et les jeunes de 15 à 29 ans (40%).

Les germes pathogènes les plus fréquemment rencontrés au Maroc sont responsables de tableaux cliniques très divers (tableau 2).

Tableau 1 : Evolution des maladies sexuellement transmissibles selon la manifestation clinique 1991 et 1997

<i>Maladies</i>	<i>1991</i>	<i>1993</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>
Leucorrhées	26 646	69 119	106 621	108 631	133 625
Urétrites	14 402	19 948	28 260	32 397	35 603
Syphilis	4 952	5 635	4 915	5 084	5 226
Chancre mou	2 161	3 153	4 742	4 289	5 871
Condylomes	761	429	804	1 937	689
Hépatites	792	1 195	948	1 138	2 008
Herpès génital	598	477	458	574	561
Autres MST	255	1 109	3 793	2 722	5 438
Total	50 567	101 065	150 541	156 772	189 021

Source : Ministère de la Santé, 1997.

1.2. Le VIH-SIDA

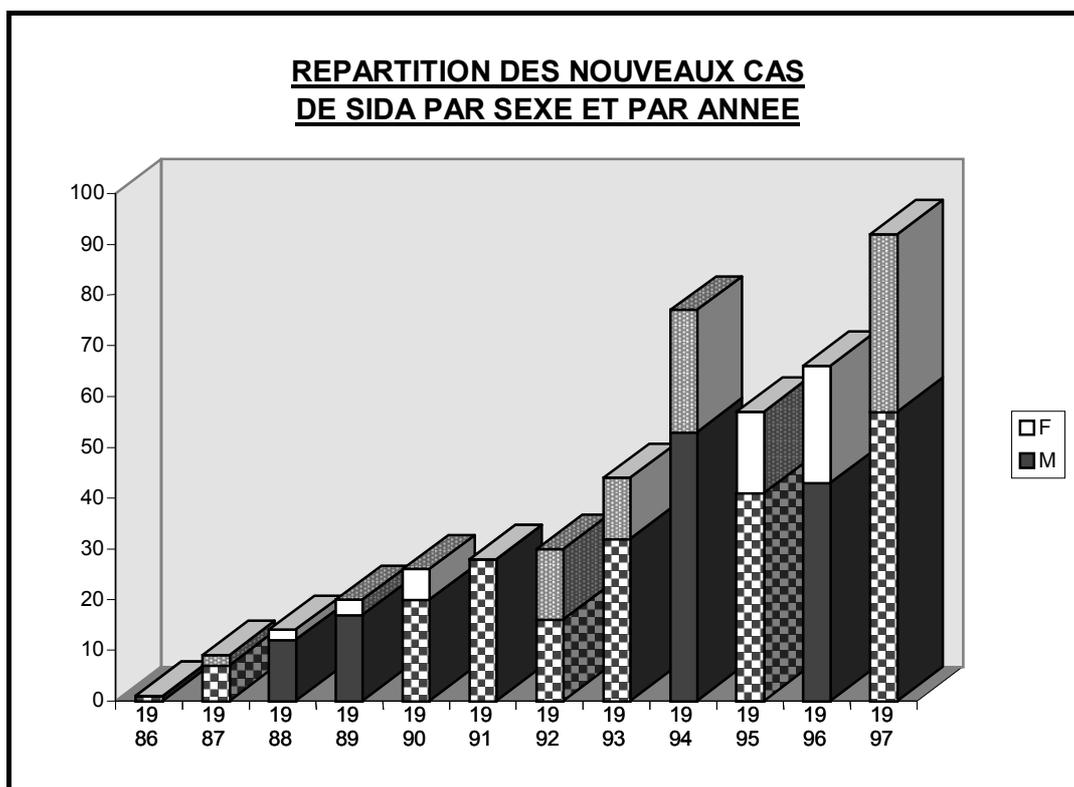
L'OMS a estimé en 1997 que 30,6 millions de personnes vivaient avec le VIH-SIDA, dont 12 millions de femmes. L'OMS a estimé le nombre de nouveaux cas à 16 000 par jour, dont plus de 90% dans les pays en développement, 1 600 cas chez

¹⁹ Ibid.

²⁰ Dallabelta G., Laga M., Lamptey P., (1997), *La lutte contre les Maladies sexuellement Transmissibles*, Manuel pour l'Elaboration et la Gestion des Programmes, AIDSCAP/Family Health international.

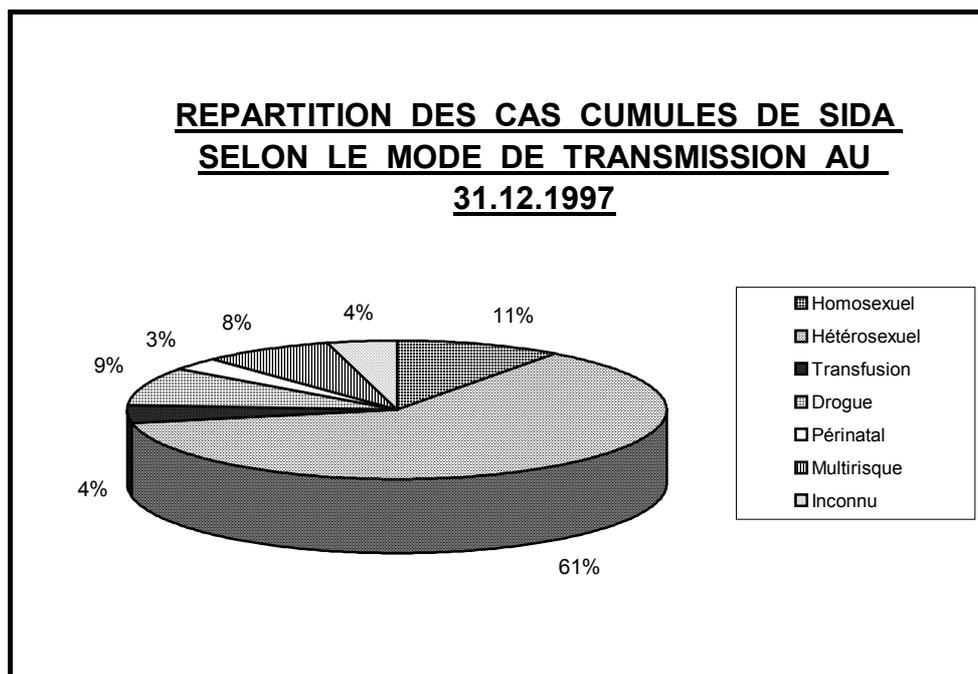
²¹ ONUSIDA/OMS, (1997), *Surveillance mondiale du VIH/SIDA et des MST*, Rapport de déc. 1997.

les enfants de moins de 15 ans et environ 14 000 cas chez les adultes (plus de 40% chez la femme et plus de 50% chez les 15-24 ans). Au Maroc, 464 cas de SIDA ont été notifiés entre 1986 et 1997. Les jeunes sont particulièrement touchés, 45% des malades ont entre 30 et 39 ans et 24% entre 20 et 29 ans. Cela suppose que des jeunes ont été infectés par le VIH pendant leur adolescence. 29% des cas sont des femmes, dont 34% sont mariées, 29% divorcées, 20% célibataires et 17% veuves. La majorité des patientes ont été infectées par le VIH dans le cadre du mariage.



Source : Ministère de la Santé.

La prévalence de l'infection VIH, chez les patients qui consultent pour une MST est de 1‰ (entre 1993 et 1996). La prédominance du mode de transmission hétérosexuel de l'infection à VIH (61% des cas) conjuguée à la forte incidence des MST, sont des facteurs aggravants pour la propagation du VIH dans notre pays.



Source : Ministère de la Santé.

2. Aspects socioculturels

2.1. Construction sociale²²

L'absence de vulgarisation suffisante de la littérature médicale relative aux MST, la nature de l'information et de la communication sur ces maladies, les fausses croyances relatives à leur cause et à leur transmission, apparentent les MST au Maroc à une construction sociale où se mélangent des éléments divers : scientifique, religieux, moraux et économiques. Les MST ne sont pas encore perçues par la population marocaine comme une pathologie organique causée par des germes bien identifiés et transmis par les relations sexuelles. Au Maroc, la conception des causes et la transmission des MST, témoigne du caractère socialement construit des maladies, l'identification du microbe comme cause de MST reste peu fréquente dans la connaissance ordinaire. Les Marocains expliquent souvent les MST par le « *berd* » (le froid). Ici, le *berd* est à la fois un mode d'appellation, un mode d'explication et un mode de déculpabilisation²³. « Mode d'appellation parce qu'il ne veut pas appeler les choses par leur nom, d'explication parce qu'il ne veut pas reconnaître l'origine sexuelle qui est en fait une façon de se déculpabiliser ». De là, les conséquences négatives sur la prise en charge du malade, d'autant plus que même le professionnel de santé n'est pas totalement libéré de ces tabous. Dans la mentalité populaire, même si la transmission sexuelle est concevable, elle l'est surtout dans le sens femme-homme. Le caractère

²² Ministère de la Santé, (1997), *Les maladies sexuellement transmissibles au Maroc, Construction sociale et comportements thérapeutiques*, Recherche d'Intervention ciblée.

²³ Ibid.

asymptomatique de certaines MST chez la femme pousse l'homme à l'accuser de couvrir la maladie et de contaminer son partenaire²⁴.

2.2. Conséquences sociales des MST²⁵

Au Maroc, les MST n'ont pas que des effets psycho-individuels. Elles ont également des conséquences sur le statut de l'individu dans la société, sur son image et sur les relations interpersonnelles. La dissolution du couple constitue la première et la plus importante conséquence des MST. Cela constitue un obstacle dans la stratégie de contrôle des MST, où l'information et le traitement du partenaire est essentielle. Même les professionnels de santé participent à ce « silence stratégique ». Ils tendent souvent à accréditer l'explication populaire de la MST par le *berd*, pour éviter une éventuelle dissolution du couple.

La stigmatisation du malade qui présente une MST est souvent due à une réaction inconsciente qui relie les MST aux relations sexuelles extra-conjugales, donc illégales. La peur de cette stigmatisation, ainsi que le sentiment de honte qui envahit ces malades, les empêche de parler de leur maladie, au point même de ne pas chercher à se soigner. Chez l'homme, la peur d'une maladie qui touche l'appareil génital, donc la virilité, surmonte le sentiment de honte et l'incite à chercher des soins, souvent de manière déguisée, en ayant recours à l'automédication.

2.3. Conséquences économiques

Les MST représentent une cause importante de mortalité, d'incapacité et de perte de productivité. Ils engendrent aussi des coûts supplémentaires dans les dépenses de santé. Les charges et les coûts associés aux MST sont mal définis. Le problème posé par les MST est particulièrement aigu dans les pays en voie de développement. Selon une étude de la Banque Mondiale²⁶ de 1993, dans ces pays les MST et le VIH seraient responsables de la perte de 15% des années de vie de bonne santé chez les femmes et de plus de 10% chez les hommes. Il faut rappeler que chez les sujets de 15-65 ans les années de vie de bonne santé perdues vont sérieusement affecter la productivité.

Les résultats de l'étude sur le financement des soins de santé au Maroc, a montré que les ménages financent 55% des dépenses de santé, dont 37% sont représentés par les produits pharmaceutiques²⁷. Cette situation s'aggrave chez les ménages défavorisés : moins de 3% de la population défavorisée est couverte par un organisme

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

²⁶ Ministère de la Santé, (1998), *La prise en charge syndromique des MST*, Manuel de formation.

²⁷ Ministère de la Population, (1994), Direction de la Population.

d'assurance²⁸. Ces ménages ne dépensent que l'équivalent de 100 Dh par personne et par année pour l'hygiène et les soins de santé²⁹. Ce qui laisse supposer une faible consommation de médicaments dans les catégories démunies. Face à cette situation, il existe un risque de ne pas pouvoir traiter certaines pathologies, les MST entre autres, dont les complications en l'absence de traitement sont graves aux plans individuel et communautaire.

3. Accès aux soins

Les problèmes relatifs aux conditions structurelles offertes aux malades MST par les services de santé publique sont à l'origine de la faible fréquentation des services de santé et du recours fréquent des malades à l'automédication et aux services du secteur privé. Dans la plupart des cas, le médecin du secteur privé est choisi par décision individuelle : mais peuvent être coûteux³⁰. Les services de santé du secteur public sont alors préférés pour leur gratuité. Les professionnels de santé, qu'ils soient dans le secteur public ou privé, n'arrivent pas encore à se libérer des normes sociales sexuelles intériorisées depuis l'enfance. Parler des maladies sexuelles, est un tabou d'un second degré car elles sous - entendent des pratiques sexuelles socialement interdites. « ni le malade, ni le soignant n'osent parler franchement, il y a une sorte de barrière »³¹. Le médecin arrive rarement à établir une relation de confiance qui va permettre au patient de se confier librement. Les explications relatives à la maladie et à son traitement sont absentes. Les conseils éducatifs font place à la morale, voir la réprimande. Ceci accentue la peur chez le malade qui cherche plutôt à être sécurisé³².

Une étude sur la qualité de la prise en charge des MST dans les secteurs public et privé³³, a montré que seuls 2% des patients qui ont consulté pour une MST ont reçu une information correcte sur leur maladie et des conseils relatifs à la prévention. 84,5% des patients interviewés au cours de cette étude ont déclaré que le médecin ne leur a donné aucune explication sur la cause de leur maladie. L'utilisation du préservatif a été très rarement conseillée (9% des patients). Très peu de patients ont été informés sur l'intérêt du traitement du partenaire (14,7% des cas). Seuls 13,9% des patients de sexe masculin ont été pris en charge correctement sur le plan de la recherche des facteurs de risque, de l'examen clinique et du traitement. La qualité de la

²⁸ Ibid.

²⁹ Ministère de la Santé, (1995), Direction de la Planification et des Ressources Financières.

³⁰ Ministère de la Santé, (1997), *Les maladies sexuellement transmissibles au Maroc, Construction sociale et comportements thérapeutiques*, Recherche d'Intervention ciblée.

³¹ Ibid.

³² Ministère de la Santé, (1997), *La prise en charge éducative des patients par les professionnels de santé*, Etude qualitative par focus group.

³³ Ministère de la Population, (1994), Direction de la Population.

prise en charge des patientes est encore plus médiocre. Elle n'a été correcte que dans 2,7% des cas.

4. Principaux aspects de la vulnérabilité vis-à-vis des MST

Il est actuellement admis que l'évolution inquiétante de la prévalence des maladies sexuellement transmissibles est déterminée par des facteurs à la fois socio-économiques et individuels. Le multipartenariat sexuel, la pauvreté, l'accès à l'information et aux soins et le niveau d'alphabétisation sont évoqués dans la plupart des situations. Il n'est pas possible à ce stade d'établir des corrélations directes entre ces facteurs et l'épidémiologie inquiétante des MST au Maroc, mais la revue des aspects et des caractéristiques sociales, permettent d'avoir une idée sur la vulnérabilité de certaines catégories sociales.

4.1. La situation des jeunes et des adolescents

Les jeunes de 13 à 25 ans (6 millions environ), scolarisés (3 millions) ou non scolarisés, intégrés dans le milieu professionnel ou chômeurs, de par la faible perception du risque semblent plus vulnérables, l'absence d'éducation sexuelle et les difficultés d'accès aux préservatifs et aux services de santé reproductive³⁴. Cette situation est encore plus sérieuse en milieu rural : les activités destinées aux jeunes étant principalement orientées vers les grandes agglomérations. En milieu urbain, en revanche, même si les actions d'éducation d'information et de communication sont assez bien développées, des problèmes structurels entravent l'accès aux services plus particulièrement aux préservatifs.

4.2. La situation de la femme

La plus grande vulnérabilité de la femme aux MST et au VIH est un fait universel. Ceci est souvent lié à sa situation économique et à son statut social Rappelons qu'au Maroc, parmi les femmes de 15 à 44 ans, 30% sont célibataires. L'âge moyen au mariage pour les femmes est de plus en plus élevé : plus de 26 ans. 90% des femmes de moins de 20 ans sont encore célibataires). Le taux d'analphabétisme féminin reste très élevé (55%). Le taux d'activité est plutôt faible et l'emploi féminin marqué par la précarité : 62% des femmes sont des aides familiales³⁵. Pour les droits politiques et socio-économiques, l'égalité des genres est garantie par la constitution et la législation du travail. Toutefois, le statut de la femme dans la famille est projeté dans sa vie sociale et est à l'origine de son traitement discriminatoire dans la société³⁶ caractérisé par la dépendance et l'analphabétisme élevés. Or ces trois éléments :

³⁴ Ministère de la Santé, (1995), *Plan National Stratégique Quinquennal (1996-2000)*.

³⁵ Groupe d'Etudes et de Recherche Appliquée, (1992), *Etude des Mouvements Migratoires*, Fac. des Lettres et des Sciences Humaines, Rabat.

³⁶ Ibid.

éducation, statut économique et juridique sont des conditions préalables pour la promotion de la santé de la reproduction. Ainsi le concept de santé de la reproduction entre-t-il nécessairement dans le cadre plus global du développement de la femme et du développement en général.

4.3. Les mouvements migratoires³⁷

L'ampleur de la migration interne a provoqué une déformation inquiétante du tissu urbain avec le développement des bidonvilles et de l'habitat non structuré. Il y a là un facteur de diffusion des MST. Cette migration concerne les hommes et les femmes. Le taux d'analphabétisme de cette population migrante est de 69%, le taux de ceux qui sont scolarisés jusqu'au primaire ne dépasse pas les 15%. Le taux brut d'activité de ces migrants ne dépasse pas les 43%. La vulnérabilité de ce groupe de population est liée aux aspects socio-économiques et démographiques du migrant (niveau d'éducation, pauvreté, âge, célibat, etc.). De même, le Maroc a connu au cours des trente dernières années, une forte émigration vers l'étranger, essentiellement vers l'Europe occidentale et accessoirement vers les pays arabes producteurs de pétrole. Malgré la nette diminution de ces dernières années, le lien avec le pays reste très fort : chaque année, plus d'un million de marocains résidants à l'étranger reviennent au pays pour passer leurs vacances. La propagation de certaines MST pourraient en résulter.

4.4. La toxicomanie

En dehors de quelques études très ponctuelles sur des échantillons très réduits, on ne dispose pas de données significatives sur l'usage des drogues au Maroc³⁸. Ces quelques études montrent que la toxicomanie due à l'usage de drogue par voie intraveineuse existe, surtout dans la région Nord du pays. Ces études laissent entendre qu'il y a quelques centaines d'héroïnomanes par voie intraveineuse. L'âge moyen du toxicomane se situe autour de 17 ans.

4.5. La prostitution

La prostitution est essentiellement féminine mais aussi masculine. On n'utilise pas le préservatif, comme moyen de protection, par manque d'information mais aussi par manque de disponibilité et d'accessibilité. Le préservatif est distribué gratuitement dans les structures des soins de santé de base, mais essentiellement dans le cadre de la planification familiale, rarement comme moyen de protection. Il est également vendu dans les pharmacies, mais son prix reste assez élevé. Bien qu'interdite par la loi, la prostitution existe au Maroc, mais son ampleur exacte n'est pas connue. Selon des

³⁷ CERED, (1993), *Migration et Urbanisation au Maroc*, Rabat, Maroc, 264 p.

³⁸ Lamsaouri S. A., (1993), *Drogue, adolescence et milieu Scolaire*.

Ministère de la Santé, (1993), *Enquête Nationale sur l'usage du tabac, du cannabis et des autres drogues en milieu lycéen marocain*.

estimations approximatives, 20 000 à 80 000 femmes et 5 000 hommes seraient concernés par le commerce du sexe. Les tabous qui entourent ce groupe social, le laissent confronté aux difficultés d'accès à l'information, à l'éducation et aux soins.

II. Stratégie de contrôle des MST

La prévalence inquiétante des MST, leur expansion par le biais du multipartenariat sexuel et des réseaux sexuels obligent la recherche préventive appliquée à considérer les MST, non seulement comme une pathologie organique creusant le lit du SIDA, mais également comme un phénomène social, d'où la nécessité d'agir au niveau de tous les déterminants de l'épidémiologie des MST. Ces déterminants sont liés à trois catégories d'environnement³⁹ : le micro-environnement physiologique (microbiologique, immunologique et hormonal), l'environnement comportemental et personnel (comportements sexuels, consommation de drogues, comportements liés à la santé), enfin le macro-environnement socioculturel (économique, démographique, politique, technologique, épidémiologique). La multiplicité de ces facteurs et leur interaction entretiennent la transmission et la propagation des maladies sexuellement transmissibles. La prévention et le contrôle des MST ne peuvent être réalisés qu'à travers des programmes sociaux et de santé publique.

1. Plan National Stratégique (1996-2000)

A partir de ce constat et en s'inscrivant dans le cadre des recommandations qui ont été fixées lors de la Conférence du Caire de 1994, le Ministère de la Santé a élaboré un Plan National Stratégique Quinquennal (1996-2000).

1.1. L'objectif général de ce plan national

Il s'agit de prévenir l'infection à VIH au Maroc, de renforcer la prise en charge des patients et de réduire l'impact individuel et communautaire pour les personnes infectées et leur famille.

1.2. Les interventions sélectionnées

Sont visées en priorité la transmission sexuelle du VIH et des autres MST. Les interventions visant la prévention de la transmission sanguine et périnatale ainsi que le diagnostic et le traitement précoces de ces infections sont également considérées. Les secteurs concernés de la société, gouvernementaux ou non, sont étroitement associés à la mise en place, à l'exécution et à l'évaluation de ce programme.

³⁹ Dallabeta G., Laga M., Lamptey P., (1997), op. cit.

1.3. Groupes cibles prioritaires

Ce programme de prévention et de lutte contre les MST et le VIH-SIDA concerne la population générale mais la priorité est accordée à certains groupes sociaux qui semblent plus vulnérables du fait de leurs caractéristiques sociales, économiques, démographiques ou culturelles. Il s'agit des femmes, des jeunes, des patients porteurs de MST, des prostitués(es), des toxicomanes et des migrants.

2. Stratégies et interventions actuelles

Douze ans après le début de l'épidémie et à mi-parcours du Plan National Stratégique (1996-2000), le Programme National de Lutte contre les MST-SIDA (PNLS), considère que la maîtrise de l'épidémie du VIH-SIDA au Maroc ne peut se réaliser qu'à travers trois actions prioritaires, en plus de la garantie de la sécurité transfusionnelle qui est assurée. Ces actions sont :

2.1. Le contrôle de la transmission par la lutte contre les MST

Une stratégie nationale pour améliorer la qualité de la prise en charge des MST est en cours. Elle est fondée sur l'approche syndromique préconisée par l'OMS. Elle vise le diagnostic et le traitement précoces des cas de MST. C'est une prise en charge globale, clinique et éducative avec promotion des comportements sexuels sains et responsables. Ses principaux axes sont la formation des professionnels de santé, l'information et l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments et des préservatifs. L'approche syndromique permet de diagnostiquer et de traiter correctement et rapidement les cas de MST dans les services de soins de santé primaires, sans avoir recours aux examens de laboratoire. Elle permet également d'intégrer la prise en charge des MST aux activités de santé reproductive, ce qui permet de dépister et de traiter précocement les MST chez la femme. Ceci réduit considérablement les risques de certaines complications, telles que les infertilités, le cancer du col, et les maladies inflammatoires pelviennes.

2.2. La réduction de la vulnérabilité

Depuis février 1998, le PNLS procède à une analyse de la situation et de la réponse nationale face à l'épidémie due au VIH-SIDA, chez les jeunes scolarisés, non scolarisés ou déscolarisés et chez certains groupes sociaux concernés par la prostitution, la toxicomanie ou la migration. Le but de cette analyse est d'identifier les principaux déterminants de cette vulnérabilité, en vue de formuler des actions-interventions plus ciblées, dans un cadre de partenariat multisectoriel et multidisciplinaire.

2.3. Le dépistage et la prise en charge précoces des personnes infectées

Une stratégie nationale pour la prise en charge du VIH-SIDA a été définie en Novembre 1997, lors d'un séminaire de consensus national. Le principe de la trithérapie, considérée actuellement comme une forme de prévention du VIH, a été adopté. De grands efforts sont déployés pour une mobilisation des fonds, nationaux et internationaux, afin de rendre la trithérapie accessible à toutes les personnes en attente de ces traitements. Pour rendre le dépistage de l'infection à VIH plus accessible et plus précoce, une stratégie de multiplication des centres de dépistage, dans les différentes régions est en cours.

3. Les intervenants

3.1. Le Ministère de la Santé

Le principal intervenant par le biais du PNLS, sous l'égide d'un Comité National multisectoriel de Lutte contre le SIDA (CNMLS). Le CNMLS est une instance intersectorielle consultative et a été jusqu'ici peu opérationnelle. Elle est présidée par le Ministre de la Santé. Sa composition est en majorité sanitaire. Les autres départements ministériels et les représentants du mouvement associatif y jouent un rôle mineur. Des comités provinciaux de lutte contre les MST-SIDA, qui ne couvrent pas toutes les provinces, ont été créés pour coordonner les interventions intra et multisectorielles, mais ne semblent pas avoir une activité régulière et efficace.

3.2. Le Ministère de l'Education Nationale

Ce département n'a pas un véritable programme de lutte contre le SIDA, mais il a intégré en 1990 dans le cursus scolaire de la 6^{ème} année de l'enseignement de base (élèves de 12 ans) des chapitres relatifs à la reproduction humaine et aux maladies sexuellement transmissibles. En 1995, une brochure a été élaborée pour les élèves de la 8^{ème} année (âgés de 15-16 ans), avec la collaboration de ce ministère, du PNLS et d'une association non gouvernementale. Comme les jeunes constituent un public vulnérable en raison des difficultés d'accès à l'information et à l'éducation sexuelle, le Ministère de l'Education Nationale devrait envisager, avec la collaboration d'autres intervenants, un programme national de formation des jeunes adolescents en santé reproductive, intégrant des modules d'éducation sexuelle, de planification familiale et de prévention des MST et du SIDA, afin de les préparer à assumer en toute responsabilité leur vie sexuelle et reproductive. Plusieurs institutions seraient en mesure d'appuyer ce département pour l'élaboration de ce programme, tels que l'UNESCO, le FNUAP et L'ONUSIDA, ainsi que d'autres départements ministériels.

3.3. Les autres Ministères

Le Ministère de la Jeunesse et des Sports, le Ministère de la Justice (prisons), du Tourisme, et de l'Intérieur (Communication) interviennent ponctuellement dans des campagnes d'information et de sensibilisation. Leur action reste très limitée à l'IEC en faveur des groupes socioprofessionnels dépendant de leur tutelle.

3.4. Le mouvement associatif

Dès 1988, la lutte contre le SIDA s'est développée à l'échelle non gouvernementale. Le bénévolat et le volontariat en est une caractéristique majeure. Le mouvement associatif à base communautaire n'est pas très impliqué. Il commence depuis 1994 à s'intéresser à la lutte contre les MST-SIDA et à l'intégrer à quelques projets de développement communautaire. Les interventions des associations de lutte contre le SIDA se déroulent surtout dans l'information. Une seule association intervient dans la contribution à la prise en charge des frais de soins de quelques malades du SIDA. La plupart des associations sont peu structurées et ne peuvent compter que sur un nombre restreint de professionnels ou de fonctionnaires. Elles ont aussi très peu d'expérience dans la gestion et le développement structurel. Cependant tout développement de la communication sociale ne peut se faire qu'avec le renforcement du mouvement associatif et l'intégration de cette communication dans le cadre des volets de vulgarisation des projets et des programmes de développement social ou économique.

Conclusion

En souscrivant aux déclarations de Londres en 1988 et Paris en 1994, le Maroc s'est engagé à respecter certains principes fondamentaux pour la prévention et le contrôle du VIH/SIDA. Les interventions sont orientées vers la prévention de la transmission sexuelle du VIH et des autres MST. D'autres interventions visant la prévention sanguine et périnatale, la prise en charge des patients infectés ou malades, la réduction de l'impact sur l'individu et la communauté, sont aussi prises en considération. Un plan stratégique a été élaboré où tous les secteurs sont invités à présenter des plans d'actions sous la coordination du ministère de la santé. Dans cette stratégie l'accent est mis sur le renforcement des activités d'IEC. La recherche de solution pour faciliter l'accès des jeunes aux services, l'implication des médecins et des pharmaciens du secteur privé, l'accès à la population à risque, la promotion du préservatif et la prise en charge des partenaires sont des problèmes sur lesquels se penchent actuellement les responsables du programmes.