

*La santé de la reproduction dans la politique
de population au Maroc*

Introduction

En 1994, les représentants de 180 pays se sont réunis lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire et ont approuvé le Programme d'action qui a mis en évidence la nécessité d'améliorer la santé en matière de reproduction de leurs populations, particulièrement dans les pays en développement.

Ce programme d'action, auquel le Maroc a pleinement participé, a servi de guide pour l'élaboration des stratégies et programmes du gouvernement dans les domaines de la population et de la santé de la reproduction. Dans ce sens, un nouveau cycle de coopération vient d'être entamé aux niveau de 13 provinces avec l'assistance du Fond des Nations Unies pour la population. Le présent projet s'inscrit dans la politique de développement de la Santé de reproduction. Il a pour objectif général l'amélioration des performances du système de santé et la qualité des services pour une meilleure satisfaction des besoins de la population en santé reproductive.

Vue l'ampleur des problèmes que vivent ces populations dans les domaines de la santé de la reproduction, des mesures seraient à prendre d'urgence pour y remédier et pour que les objectifs de la CIPD deviennent une réalité; c'est à dire des naissances planifiées, des grossesses et accouchements qui se déroulent dans de bonnes conditions et une sexualité saine. L'intégration de ces prestations et services peut avoir plusieurs avantages particulièrement en matière de gestion et de recrutement des populations cibles. Cependant, elle peut surcharger le personnel prestataire et risque de ne pas être adaptée pour les services spécialisés. Ainsi, la question d'intégration des services «à tout prix» est un problème essentiel dont la configuration et l'application devraient être

adaptées à chaque situation. Au début des années 1980, avec l'extension du «*Programme de visite à Domicile de Motivation Systématique*», le Maroc, a mis en place une intégration effective des activités de Planification Familiale et de Santé Materno-Infantile au niveau des stratégies de couverture aussi bien fixe que mobile.

D'un point de départ limité à la Planification Familiale et à la santé de la mère et de l'enfant, la santé reproductive au Maroc s'est élargie à d'autres aspects tels les MST/SIDA sans pour autant intégrer la morbidité reproductive. Des actions multisectorielles impliquant les autres départements et des ONG ont obtenu certains acquis tels la révision et la modification du statut de la femme et lever le voile sur d'autres comme la lutte contre la violence à l'encontre des femmes. Ainsi, les perceptions des différentes franges de la population se modifient et les ressources allouées aux prestations de la S.R ont connu une augmentation importante.

Ainsi, le champ d'activité des services de la santé de la reproduction est très étendu, allant des problèmes les plus immédiats qui concernent la santé de la mère et de l'enfant à des questions qui intéressent la santé des individus de tous âges et l'état sanitaire de la collectivité dans son ensemble. Par leur action en faveur du développement de l'enfant et de l'éducation sanitaire des parents et des enfants, ce que les services de SR cherchent à obtenir en définitive, c'est la possibilité pour tous les individus de jouir d'une bonne santé physique et mentale tout au long de leur existence. On ne saurait assez insister sur l'importance de soins maternels avisés, pour la santé de la famille, sur la corrélation entre la santé qui règne au sein de la famille et la santé publique, ainsi que sur le rôle déterminant de ces facteurs pour le développement de l'individu, du groupe social et de collectivité nationale.

Au cours des 20 dernières années, les efforts entrepris par le ministère de la santé, conjugués à l'amélioration du niveau de vie résultant des progrès socio-économiques ont entraîné une amélioration importante de la santé de la population marocaine. Les résultats de ces efforts peuvent être appréhendés à l'aide d'un certain nombre d'indicateurs, plus particulièrement les indicateurs de mortalité et ceux portant sur la santé de la mère et de l'enfant ainsi que sur la planification familiale, la fécondité et ses déterminants qui se sont améliorés par rapport au passé. Cependant, la mortalité néonatale reste élevée et la mortalité maternelle demeure un problème majeur de santé.

Les changements démographiques en cours exigent de nouvelles adéquations des services de S.R pour répondre à des besoins anciens formulés différemment (surveillance de la grossesse et de l'accouchement, ...) mais aussi pour répondre à de nouveaux besoins surtout des jeunes (contraception, MST).

Par ailleurs, ces changements exigeront aussi une mobilisation différente pour revoir certains aspects juridiques et environnementaux surtout ceux liés à la condition féminine. Au niveau de chacun de ces départements, il existe un ou plusieurs services qui vont intervenir dans des domaines différents.

Afin d'assurer la coordination, une «*commission supérieure de la population*» a été créée et réactivée depuis 1996 par la présidence du Ministère Chargé des Prévisions Economique et du Plan. Jusqu'à maintenant, cette commission reste peu opérationnelle et la coordination semble encore difficile.

Certains départements agissent par le biais de centres d'éducation de femmes et des jeunes au nombre de 4 273 implantés au niveau des provinces du royaume.

L'intégration de la femme au développement a nécessité l'intérêt d'un grand nombre d'associations. Environ 76 associations opèrent dans ce domaine dont 32% ont été créées après la CIPD. Ces ONG agissent dans plusieurs domaines dont les plus importants sont: le plaidoyer pour le statut de la femme, le plaidoyer pour l'intégration de la femme au développement, le développement d'activités pour la promotion du rôle de la femme, l'Information, l'Education, le travail féminin,...

L'intérêt porté à la femme, par son intégration au développement par les départements ministériels a pris des dimensions importantes durant les dernières années. Par ailleurs, le nombre et les rôles des ONG se sont accentués parallèlement aux différentes manifestations internationales.

Ces accumulations se sont déroulées dans un environnement politique largement favorisé par un mouvement des droits de l'homme (création d'associations spécialisées,...) par une démocratisation de la société, elle-même concrétisée par une alternance politique.

L'ensemble de ces événements laisse penser que l'environnement est favorable pour franchir d'autres étapes concernant l'habilitation de la femme et le renforcement de son rôle dans la société.

L'évaluation régulière des résultats obtenus par les programmes qui visent l'amélioration de la Santé Reproductive des populations cibles sont révélés par un certain nombre d'études et recherches aussi bien qualitatives que quantitatives effectuées par le ministère de la santé et autres partenaires. Ces enquêtes ont donné aux planificateurs et aux

responsables des programmes des informations essentielles sur les soins de santé maternelle et infantile, la mortalité infanto-juvénile, la fécondité, la planification familiale, les MST/SIDA ainsi que l'impact des activités d'Information, Education et Communication.

Le présent travail s'articule autour de 5 parties qui se distinguent comme suit:

- ◆ Une première partie donne un aperçu sur l'évolution de la politique sanitaire au Maroc avec ses objectifs et ses stratégies ;
- ◆ Une deuxième partie trace l'organisation sanitaire du Maroc en mettant particulièrement l'accent sur le réseau ambulatoire qui est la base d'exécution des programmes de la santé dans le secteur public ;
- ◆ La troisième partie répertorie les ressources humaines déployées pour répondre aux besoins de la population et donne une esquisse de l'offre de soins ;
- ◆ La quatrième partie traite les indicateurs relatifs au programme national de planification familiale, à celui de la maternité sans risque en focalisant l'analyse sur l'utilisation des soins et des services offerts. Elle relate quelques activités concernant le programme de lutte contre les MST/SIDA et L'IEC dans le cadre de la santé de la reproduction au Maroc ;
- ◆ Enfin, la cinquième partie donne un aperçu sur l'évolution du financement de la santé en général et de la SR en particulier par le Ministère de la Santé et par la coopération internationale.

I. Evolution de la politique sanitaire au Maroc

A. Le système national de santé

Le système de santé au Maroc a connu au fil des années un développement considérable. D'un réseau de prévention embryonnaire et quelques lits d'hôpitaux, le pays s'est doté d'une infrastructure adéquate pour répondre à une demande de plus en plus croissante des services de santé.

Quant aux moyens humains nécessaires pour le fonctionnement de cette infrastructure, leurs effectifs se sont multipliés et la part des étrangers, importante au début, n'a cessé de diminuer en faveur des nationaux.

Le Système National de Santé est composé de:

- ◆ Un secteur public réunissant les structures du Ministère de la Santé et le service de santé des Forces Armées Royales.
- ◆ Un secteur privé à but non lucratif comprenant les établissements de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et les établissements mutualistes, et
- ◆ Un secteur privé à but lucratif où exercent des médecins, des chirurgiens dentistes, des pharmaciens, des auxiliaires médicaux (sages femmes, infirmiers, etc.)

Le recours à la médecine traditionnelle reste une pratique assez courante dans la société marocaine. Cependant, cette pratique ne repose sur aucune réglementation et échappe à tout contrôle. L'intervention du Ministère de la Santé dans ce domaine, se limite actuellement à la formation et à l'équipement de certaines accoucheuses traditionnelles en vue d'améliorer les conditions d'accouchement à domicile.

Les composantes du Système de Santé sont organisées comme suit:

Le Ministère de la Santé a la responsabilité de l'exécution de la politique sanitaire du gouvernement. Celui-ci, garant de la protection de la santé de l'ensemble de la population et du contrôle des problèmes sanitaires, développe des actions de prévention, de promotion de la santé et de soins curatifs à travers deux réseaux: le réseau de soins de santé de base et le réseau hospitalier.

1. Le réseau d'établissements de soins de santé de base

Conçu pour agir sur les conditions de santé des habitants, il est la base opérationnelle de toute l'action sanitaire. C'est à travers ce réseau que se développe la stratégie de la couverture de la population par les services de santé de base (promotion de la santé, prévention, soins essentiels). Il comprend: le dispensaire rural, le centre de santé communal avec ou sans maison d'accouchement, l'hôpital local et le centre de santé urbain. Il existe deux modes de couverture: un mode de couverture fixe reposant sur la fourniture des prestations dans les différents établissements de soins de santé de base et un mode de couverture mobile qui repose sur les infirmiers itinérants et les équipes mobiles.

Tous les établissements du réseau de soins de santé de base sont appuyés, pour certains programmes prioritaires, par des structures d'appui et d'investigation (le centre de référence pour la planification familiale, le centre de diagnostic spécialisé de la tuberculose et le laboratoire d'épidémiologie et d'hygiène du milieu).

2. Le réseau d'établissements hospitaliers (RH)

Il comprend deux types d'établissements: l'hôpital général qui comprend les disciplines de base (chirurgie, médecine, obstétrique, pédiatrie et urgences) et l'hôpital spécialisé dans une discipline donnée, (psychiatrie par exemple). Le R.H. est hiérarchisé en trois niveaux d'intervention: le premier niveau comprend la polyclinique de santé publique (PSP) et le centre hospitalier provincial (CHP), le second niveau comprend le centre hospitalier régional (CHR) et le troisième niveau comprend le centre hospitalier universitaire (CHU).

3. Le secteur privé à but lucratif

Il se compose de cliniques, cabinets médicaux de consultation, cabinets d'examens radiologiques, laboratoires d'analyses médicales, cabinets de chirurgie dentaire, cabinets de soins infirmiers, sages femmes, officines de pharmacie.

4. Le secteur privé à but non lucratif

Il comprend essentiellement les hôpitaux et les cliniques exerçant sous la tutelle de certains organismes mutualistes et d'assurance (CNOPS, CNSS, etc.) et de certains offices publics (OCP, ONE, etc.)

B. Evolution des objectifs et stratégies de santé

La santé constitue l'une des préoccupations majeures de l'Etat. Au niveau doctrinal, la Première Conférence Nationale sur la Santé organisée en 1959, sous la présidence effective de feu S.M. Mohammed V, énonçait déjà les grandes lignes qui régiront, par la suite, ce que sera le système marocain en matière de Santé Publique à savoir que:

- ◆ «La santé de la nation incombe à l'état» et que «le Ministère de la Santé doit en assurer la conception et la réalisation»;

- ◆ «Une politique de la santé, pour être valable, doit s'inscrire dans le cadre d'une politique générale du gouvernement»;
- ◆ «la prévention doit être surtout à la charge de l'Etat et bénéficier de la priorité des préoccupations du Ministère de la Santé»;
- ◆ «Pour assurer une bonne qualité des soins et en améliorer le rendement, le ministère de la santé publique ne disposant pas de crédits suffisants, le système de sa gratuité générale et intégrale des soins appliqué jusqu'à présent doit être abandonné»;
- ◆ «Il faut envisager de faire payer ceux qui en ont les moyens et faire participer les collectivités rurales et urbaines aux charges, tout en laissant la gestion essentiellement au Ministère de la Santé»;
- ◆ «Pour améliorer l'infrastructure de la santé, il faut recommander aux collectivités rurales et urbaines, qui en ont les moyens, la construction de formations sanitaires»;
- ◆ «La formation des médecins et du personnel reçoit une priorité dans son développement»;
- ◆ Les différents programmes qui seront mis en œuvre, ultérieurement, pour la concrétisation de ces grands principes reflètent sans aucune équivoque l'intérêt accordé à la question de la santé publique et communautaire au Maroc.

1. Les plans de développement sanitaire

a) le plan quinquennal 1960-64

Lors de ce plan, l'accent devait être mis sur le développement des activités et de l'infrastructure de prévention ainsi que sur le développement de la formation professionnelle. En accordant la priorité à tout ce qui a trait à la prévention, ce plan visait à mettre en œuvre une

campagne de lutte contre les fléaux sociaux, le renforcement des groupes sanitaires mobiles, l'accroissement des services d'hygiène scolaire (ruraux et urbains), le développement des dispensaires urbains, la transformation des salles de visites rurales à ouverture périodique en dispensaires ruraux dotés de personnel paramédical permanent, et enfin, l'éradication du paludisme.

La priorité que constituait la prévention ambitionnait l'augmentation de la densité du réseau de formations sanitaires qui soutiennent les activités de prévention, la modernisation des infrastructures existantes de manière à disposer au terme du plan d'un centre de santé pour 45 000 habitants et d'un dispensaire pour 15 000 habitants.

Le plan de développement sus-indiqué misait à un autre niveau sur le développement de la formation afin de pourvoir le secteur en médecins, mais également, en personnel paramédical en vue de rentabiliser, à court terme l'infrastructure existante et de permettre l'élévation progressive du niveau sanitaire du pays tout en parachevant la marocanisation du personnel paramédical.

Au niveau hospitalier, ce plan visait l'achèvement des hôpitaux en chantier, la modernisation et la construction de certains hôpitaux.

b) Le plan triennal 1965-67

Au cours de ce plan les principaux axes d'action ont porté sur la prévention, la cure, la mobilité du personnel et la lutte contre les fléaux sociaux. Au niveau du réseau des soins ambulatoires et de prévention, les prévisions du plan portaient sur la construction de centres de santé et de dispensaires

S'agissant de l'action hospitalière, il fallait achever les projets antérieurs et amorcer de nouveaux projets. L'accent sera mis également sur la formation des personnels médical et paramédical.

Par ces actions, le plan visait la poursuite de la lutte contre les maladies transmissibles, la protection des habitants contre les nuisances du milieu et, enfin, à initier et inciter les habitants à participer à l'amélioration de leur santé.

c) Le plan quinquennal 1968-72

Ce plan sera marqué par une accentuation de la formation du personnel médical et paramédical, la maintenance du patrimoine hospitalier ainsi que le développement et la rentabilisation des réseaux de diagnostic et de soins ambulatoires et de prévention, tant en milieu urbain que rural.

L'intégration de la planification familiale constitue l'innovation de ce plan et visait à rendre les familles capables de choisir le nombre d'enfants qu'elles désirent et quand elles le veulent, en fonction de leurs moyens, en mettant à leur disposition l'information et l'éducation nécessaires. Par cette intégration, le planificateur ambitionnait également d'assurer la participation volontaire de la population et d'offrir aux familles la possibilité de choisir parmi les méthodes anticonceptionnelles, celle qui leur convenait le mieux. Le plan se proposait également d'équiper les services de santé publique en matériel et de les doter en personnel afin qu'ils puissent donner des consultations de planning familial.

d) Le plan quinquennal 1973-77

Durant cette période, l'effort était porté, essentiellement sur le développement et la normalisation de l'infrastructure sanitaire, sur

l'accentuation de la formation du personnel médical et paramédical ainsi que sur la poursuite de la politique d'intégration de la planification familiale dans les activités de santé publique.

L'action ambulatoire a connu, lors de cette période, la reconduction des normes retenues par les plans précédents:

- ◆ un infirmier itinérant pour 5 000 habitants, constituant un sous secteur;
- ◆ un dispensaire pour un secteur sanitaire de 15 000 habitants;
- ◆ un centre de santé pour une circonscription sanitaire de 45 000 habitants.

Au niveau de l'action hospitalière, ce plan amorçait pour la première fois un processus de normalisation systématique aux échelons de zone, de province et de région à savoir:

- ◆ un hôpital de zone pour quatre à cinq circonscriptions sanitaires;
- ◆ un centre hospitalier provincial au niveau de chaque province;
- ◆ un centre hospitalier régional au niveau de chaque région économique;
- ◆ un centre hospitalier universitaire (qui est un hôpital de niveau national) auprès de chaque faculté de médecine.

Afin de garantir l'accélération de cette action de normalisation, l'accent a été mis encore une fois sur la formation du personnel médical et paramédical. L'extension du CHU de Rabat et à la construction d'une deuxième faculté de médecine à Casablanca ont ainsi été édifiées.

e) Le plan triennal 1978-80

Au niveau des infrastructures, les efforts ont porté essentiellement sur l'adaptation aux normes préétablies, le rattrapage des insuffisances

qui s'étaient manifestées antérieurement et la mise en place d'une meilleure intégration du secteur privé dans la poursuite des objectifs de santé publique. Quant à la formation il s'agissait de:

- ◆ changer le curriculum des études médicales, le contenu, l'esprit des programmes de formation afin de mieux préparer les médecins aux besoins de santé publique ;
- ◆ accentuer la formation du personnel paramédical ;
- ◆ au niveau hospitalier, le planificateur visait à rentabiliser au maximum la rotation lit/malade écourtant les durées moyennes de séjour ;
- ◆ la modernisation des moyens techniques pour accroître la fiabilité et la rapidité des diagnostics et l'efficacité des traitements;
- ◆ la rationalisation de la gestion.

Renouant avec l'un des grands principes doctrinaux énoncés par la première conférence nationale sur la santé (avril 1959), le plan invitait les collectivités locales à participer à cet effort national par des actions à caractère local.

Au niveau social, les directives du Plan soulignaient la nécessité de procéder à l'extension du système de sécurité sociale et de mutuelle, ainsi que de maintenir les mêmes objectifs de politique de planification familiale.

f) Le plan quinquennal 1981-85

Durant cette période, un nouveau concept était entré en action: «*les soins de santé primaires ou de base*» et ce conformément à la déclaration d'Alma Ata. Groupés en «*paquet d'actions*», ces soins concernaient essentiellement:

- ◆ les vaccinations contre les maladies infectieuses infantiles;

- ◆ la lutte contre les diarrhées infantiles;
- ◆ l'amélioration et le développement de la prise en charge de la femme enceinte par l'augmentation des consultations pré-natales;
- ◆ l'amélioration des conditions d'accouchement;
- ◆ la mise à la disposition de la population cible des services de la planification familiale ;
- ◆ le contrôle de la qualité de l'eau potable;
- ◆ la prévention des maladies transmissibles;
- ◆ le développement des activités d'éducation pour la santé;
- ◆ la fourniture des médicaments essentiels.

Parallèlement, l'accent avait été mis sur la rentabilisation des infrastructures de l'action hospitalière.

Pour atteindre ces objectifs, il était nécessaire d'améliorer la gestion hospitalière, d'assurer un meilleur encadrement médical et paramédical, de renforcer les équipements médico-techniques et des services généraux, de résoudre le problème de maintenance, d'assurer suffisamment de moyens pour le fonctionnement de l'hôpital, en particulier des produits pharmaceutiques et médicaux, et enfin, d'améliorer l'accueil des malades.

Ce plan a fixé pour la première fois des objectifs quantifiés en faveur de la réduction de la mortalité infantile.

g) Le plan quinquennal 1988-92

Ce plan s'est attaché à l'achèvement des projets entamés au cours des précédents plans de développement économique et social, à la maintenance des infrastructures, à la rénovation et à la réhabilitation des unités en dégradation. Durant cette période, l'accent a été mis sur le

développement des soins de santé de base et des programmes sanitaires visant la réduction de la mortalité infantile, l'espacement des naissances et l'amélioration de l'état nutritionnel des mères et des enfants.

Cette période a été également marquée par l'acuité de la problématique de gestion et de financement du secteur. Des efforts ont été ainsi déployés pour définir une politique de financement des tarifications adéquates et pour inciter la participation des collectivités locales et des individus à la prise en charge des coûts des actes et des prestations. Parallèlement, le ministère a entamé la mise en place de procédures de gestion fondées sur l'optimisation et la rationalisation dans l'affectation des ressources.

h) Le plan quinquennal 1999-2003

Ce plan est en cours de finalisation par les différentes commissions. Cependant, les recommandations émises et prise en considération pour le renforcement du programme national de la santé de la reproduction sont les suivantes:

(1). En matière de prestations de Santé reproductive

- ◆ Elargir les prestations de santé reproductive pour le traitement du cancer de la femme, de la stérilité, de la ménopause, de l'éducation des adolescents et adolescentes, des carences en fer et iode ;
- ◆ Restructurer les maisons d'accouchement et renforcer les compétences du professionnel de santé (PS) pour améliorer la qualité des prestations ;
- ◆ Améliorer la formation des médecins généralistes pour la détection précoce des grossesses à risque et assurer la mise à niveau de l'ensemble des PS (gynéco., Infirmiers etc.) et

information et sensibilisation de la femme dans le cadre de la lutte contre le cancer ;

- ◆ Améliorer la prise en charge de la grossesse des femmes en situation difficile ;
- ◆ Promouvoir les partenariats en matière de santé reproductive auprès d'autres structures que le MS (ONG, MJS, MEN, etc.) ;
- ◆ Offrir à la femme une gamme de méthodes contraceptives variée en matière de planification familiale et l'aider à choisir celle qu'elle considère le mieux répondre à son état de santé et à ses préoccupations ;
- ◆ Introduire le volet «*santé de la reproduction*» dans toute sa globalité dans le cursus de formation de base des professionnels de la santé.

(2). En matière d'IEC

- ◆ Promouvoir les actions sur les déterminants de la santé et créer des pressions pour la protection de la santé et proposer des projets de textes législatifs et réglementaires et pour la mise en place des instruments d'application.
- ◆ Renforcer le rôle et la mission de contrôle qu'exerce le ministère de la santé à travers un arsenal de textes réglementaires.
- ◆ Explorer les possibilités de collaboration avec le ministère de la jeunesse et des sports qui sont très vastes, en association notamment avec le ministère de l'éducation nationale pour l'élaboration d'un programme intégré de prévention pour la promotion de thèmes tels que «*sports pour tous*» et pour «*la promotion de modes de vie sains*».
- ◆ Plaider pour la gratuité des passages de messages de promotion de santé à travers la radio et la télévision.

- ◆ Concevoir des émissions TV «*grand public*» qui traitent de thèmes de santé et qui font passer des messages d'éducation sanitaire concernant la santé de populations.
- ◆ Proposer la dotation des unités d'équipe mobiles en ouvrages techniques pour contribuer à «*révéhiculer*» la formation continue à l'intention des professionnels de santé qui exercent dans les zones rurales éloignées et difficiles d'accès.
- ◆ Proposer la création d'un comité interministériel ou national pour la sensibilisation et l'éducation en vue de promouvoir la santé et le bien être. Ce comité pourrait être appuyé par une structure interministérielle qui rationalise et canalise les ressources en matière de programmes de sensibilisation en y associant notamment les différentes ONG.

2. La stratégies des soins de santé primaires

C'est à Alma Ata, capitale de Kazakhstan, lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaires (6 au 12 septembre 1978) qu'a été développé l'objectif: «*santé pour tous d'ici l'an 2000*». Cet objectif soulignait la nécessité d'accorder la priorité à la prévention et aux soins curatifs essentiels.

Le concept «*Santé pour tous*» (SPT) signifie que, dans un pays donné, la santé soit mise à la portée de chaque individu. Et par «*santé*» il faut entendre un état personnel de santé qui permette à chacun, non seulement d'accéder à des services sanitaires, mais de mener une vie socialement et économiquement productive. Cela implique la suppression des obstacles à la santé, c'est-à-dire la disparition de la malnutrition, de l'ignorance, de l'eau de boisson contaminée et des logements insalubres, tout autant que la solution de problèmes purement

médicaux, tels que le manque de médecins, de lits d'hôpitaux, de médicaments et de vaccins.

La SPT est un concept intégral qui exige que des efforts soient déployés dans les domaines de l'agriculture, de l'industrie, de l'éducation, de l'habitat et des communications, tout autant que dans ceux de la médecine et d'apporter la santé à des individus qui souffrent de la faim et vivent dans des conditions difficiles.

Les Soins de Santé Primaires ou de Base (SSP ou SSB) constituent la pierre angulaire de l'objectif de la SPT. Ils ont été décrits dans les termes suivants lors de la conférence d'Alma-Ata.

«... Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire».

Les SSP reposent donc sur trois choix fondamentaux:

- ◆ une approche multisectorielle de la santé;
- ◆ la participation communautaire;

- ◆ l'adoption d'une technologie appropriée.

A leur tour, ils doivent constituer l'assise de tous les programmes de santé et de l'infrastructure sanitaire. Ils placent l'individu, la famille et la communauté au centre du système de santé, ils font de l'agent de santé primaire (premier échelon du système sanitaire avec lequel la communauté entre en contact) le pivot des personnels de santé.

Au Maroc, avant les années quatre-vingts, quoique les SSP n'aient pas encore fait l'objet d'une attention particulière, les pouvoirs publics accordaient déjà une priorité à toutes les activités dites de prévention et de lutte contre les maladies qui ressortaient explicitement dans les orientations de politique générale des différents plans successifs de développement sanitaires. Mais depuis 1981, la politique de santé mise en œuvre s'est inscrite dans le cadre des résolutions de l'assemblée mondiale de la santé sur l'objectif «*Santé pour tous*» auxquelles le Maroc a souscrit. De ce fait, elle a accordé plus d'attention aux soins de santé primaires comme stratégie fondamentale de l'action sanitaire. Cette période a été également marquée par la consolidation du processus de démocratisation du pays, et par une volonté politique de plus en plus forte des représentants de la population au niveau des collectivités locales de jouer un rôle actif dans la planification et la gestion des services de santé.

Pour la première fois aussi, des objectifs visant la réduction de la mortalité infantile ont été clairement définis avec le développement et le renforcement des programmes. Une restructuration du réseau des établissements de SSP a été réalisée pour résoudre au maximum les problèmes d'accessibilité physique de la population aux services de santé, mais surtout pour mettre en place et renforcer les modalités de couverture et amener un «*paquet*» de prestations minimales à domicile. C'est ainsi, par exemple, que s'est développé le programme de visite à

domicile de motivation systématique (VDMS) qui a porté en quelques années la connaissance des services de la planification familiale à l'ensemble de la population, aussi bien, en milieu urbain que rural et fait passer la couverture par une méthode contraceptive des femmes mariées en âge de procréation d'environ 19% au début des années 80 à 41% en 1992. D'autres exemples peuvent être cités et qu'on retrouvera plus loin, tel la vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la malnutrition, etc.

Toutes ces actions d'envergure et mobilisatrices ont été menées dans l'esprit des SSP et de ce fait, le système de santé a pu réaliser des progrès considérables qui ont eu pour effet d'améliorer notamment l'état de santé de la population. Mais, la consolidation de ces progrès demeure importante et dépendra largement de la capacité future du système à:

- ◆ étendre la disponibilité des Soins de Santé Primaires et en faciliter l'accès à l'ensemble de la population particulièrement à celle des zones rurales éloignées;
- ◆ satisfaire la demande de soins curatifs qui ne cesse de croître sous l'effet de facteurs tels que l'urbanisation accélérée, l'augmentation de l'espérance de vie, l'amélioration du niveau éducationnel.

Ces exigences engendrent une pression importante sur le système sanitaire à un moment où les dépenses publiques de santé ne peuvent s'accroître rapidement, et où il est devenu nécessaire de concevoir et de mettre en place des alternatives appropriées en matière de financement de santé et de l'organisation du système.

II. Infrastructure sanitaire au Maroc

A. Dans le secteur public:

Satisfaire le maximum de besoins préventifs, curatifs et d'assistance, telle est la tâche de l'infrastructure sanitaire de base qui comprend:

- ◆ un réseau d'action ambulatoire, ou préventif, considéré comme la base d'exécution de tous les programmes de la santé publique ;
- ◆ un réseau d'action hospitalière, ou curatif, qui s'adresse surtout à des malades demandeurs de moyens de diagnostic et de traitement difficiles ;
- ◆ un réseau de laboratoires nécessaire pour soutenir les activités aussi bien du réseau ambulatoire qu'hospitalier.

1. Le réseau ambulatoire

A la suite de l'indépendance du Maroc, la situation du secteur de la santé était précaire. Le taux d'incidence des maladies était élevé. L'infrastructure sanitaire faisait défaut ou était concentrée dans des régions spécifiques (régions militaires ou présentant une forte concentration de la population européenne).

Devant cette situation, et en vue de satisfaire les besoins sans cesse croissants en soins de santé, il était nécessaire d'agir à la base, de toucher le maximum d'individus et de prévenir plutôt que guérir.

Pour ce faire, le choix s'est porté sur le développement du réseau ambulatoire. C'est au niveau de ce réseau que s'applique la stratégie de prévention formulée comme étant la priorité de l'action sanitaire au Maroc. C'est à ce niveau d'ailleurs que se fait le premier contact des citoyens avec le système de santé publique.

La conférence nationale sur la santé tenue en 1959 a permis d'identifier les problèmes et de proposer des normes pour la programmation de l'infrastructure. Les normes d'un dispensaire pour près de 15 mille habitants et d'un centre de santé pour près de 45 mille habitants furent retenues.

Le choix du seul critère «*population desservie*» est discutable, surtout en milieu rural où l'habitat est dispersé et par conséquent le rayon d'action des formations sanitaires trop étendu. C'est pour cette raison que ces normes ont été modifiées et que d'autres paramètres ont été ajoutés au facteur «*population desservie*» pour la programmation de l'implantation des dispensaires et des centres de santé.

La prise de conscience par les pouvoirs publics de la nécessité de développer le réseau préventif s'est concrétisée par la suite à l'occasion de la préparation du plan de développement économique et social de 1960-64.

Parmi les lignes directrices de ce plan, il y a lieu de révéler le développement du réseau de prévention et la priorité donnée aux activités y afférant.

Si c'est au niveau des centres de santé que se font les premiers contacts population-médecin, c'est à partir des dispensaires que les programmes de santé publique sont exécutés.

Les efforts menés depuis l'indépendance ont permis de doter le pays d'un réseau de centres de santé, de dispensaires, d'hôpitaux ruraux ou locaux répartis à travers tout le territoire national. L'évaluation du niveau de la couverture sanitaire, effectuée dans le cadre de l'étude sur la carte sanitaire, révèle actuellement ce qui suit:

En 1998, le Maroc comptait 1980 établissements de SSB dont 1416 en milieu rural. Malgré une nette amélioration de cette infrastructure au cours de la dernière décennie, la couverture sanitaire de la population montre que 31% de la population se trouve à plus de 10 Km d'une formation sanitaire fixe et parfois à plusieurs centaines de Km d'une maternité. Cette inaccessibilité physique a conduit le pays à développer des stratégies de couverture mobiles. La répartition de la population par mode de couverture montre qu'en 1996, 35% de la population est couverte par la stratégie fixe, 22% par les équipes mobiles, 19% par les points de contact et 18% par les visites à domicile par les infirmiers itinérants dont le nombre s'est réduit de presque 12% entre 1992 et 1996.

L'indicateur « nombre d'habitants par type d'établissements », quoique sommaire, donne néanmoins un ordre de grandeurs de la population desservie par établissement et par milieu de résidence. En effet, à l'échelon national, le Maroc comptait en 1997 une formation sanitaire pour 14012 habitants. Par milieu de résidence, cette couverture a connu une amélioration en milieu rural puisqu'elle est passée de 1237 ESSB en 1991, soit 1 pour 10.129 habitants, à 1386 en 1997, soit 1 ESSB pour 9225 habitants alors que dans les villes, une Formation Sanitaire dessert à peu près 25 000 habitants. Les efforts déployés tout au long d'une décennie ont permis de réduire sensiblement la charge des centres de santé en milieu urbain. En effet, ces centres de santé ont vu leur nombre augmenter d'une façon importante et leur charge diminuer relativement. Cette situation peut s'expliquer par la médicalisation d'un nombre important de dispensaires qui ne doivent plus désormais être classés en tant que tels, mais en tant que centres de santé.

Les renseignements que l'on peut tirer du ratio population desservie/Formation Sanitaire sont relativement corrects et valables pour le milieu urbain mais non significatifs pour le milieu rural.

En milieu urbain, l'habitat regroupé et la disponibilité des moyens de communication facilitent l'accessibilité de la population aux formations sanitaires dispensaires et aux centres de santé. Le rayon d'action de ces formations sanitaires, qui mesure la distance moyenne (en km ou en unité de temps) que doit parcourir le demandeur du service pour atteindre la formation sanitaire dont il dépend, n'est pas ainsi trop large. En plus, les activités du secteur public sont soutenues par les médecins du secteur privé auxquels le malade peut faire appel.

Pour le milieu rural, qui se caractérise par un habitat très dispersé, une infrastructure routière et des moyens de transport insuffisants ou inexistant, de tels indicateurs ne sont pas significatifs et ne reflètent pas la réalité.

Conscients de cette situation, les pouvoirs publics ont procédé à la restructuration du réseau ambulatoire en vue d'asseoir la planification de l'infrastructure sanitaire en milieu rural sur des bases solides.

Concernant le rayon d'action des formations sanitaires, les efforts entrepris ont abouti à la réduction de la distance de ces formations sanitaires à la population. Cependant, entre les villes et les campagnes, des disparités persistent et le rayon d'action, en terme de distance, des formations sanitaires demeure encore élevé en milieu rural.

2. Le réseau hospitalier:

Le réseau hospitalier est dominé par le secteur public (110 hôpitaux avec une capacité litière de 25 676 lits). Il est concentré dans les

régions du Centre et du Nord-Ouest, où se trouvent les deux centres hospitalo-universitaires (CHU) de Rabat et Casablanca.

Le nombre de maternités hospitalières avec bloc opératoire est de 50 avec une capacité litière de 2300 lits et le nombre de maisons d'accouchement sans bloc opératoire est de 136 dont 106 en milieu rural avec une capacité litière totale de 1206 lits. Le ratio lits de maternité pour mille naissances attendues est passé de 1,6 en 1989 à 2,2 en 1996.

B. le secteur privé

Ce secteur est constitué en grande partie par des cabinets de consultations de médecine générale ou spécialisée. Au début de l'année 1997, le nombre de cabinets médicaux de consultation s'élève à 3470 soit une moyenne de 7870 habitants par cabinet. Il faut noter cependant que 96% de ces cabinets sont implantés dans les grandes villes et les petits centres urbains. Il comprend également des établissements hospitaliers appelés «*cliniques privées*». A la fin de l'année 1997, quelques 172 cliniques privées à but lucratif totalisent une capacité de l'ordre de 3855 lits.

Ce secteur est soutenu par réseau d'officines qui couvre presque la totalité du pays avec environ 2868 pharmacies ainsi que des laboratoires d'analyses et des cabinets de radiologies.

Les services de santé semi-publiques disposent de cabinets de consultations et de soins mais aussi d'établissements à caractère hospitaliers appelés «*cliniques privées à but non lucratif*» qui sont au nombre de 25 totalisant 1779 lits.

III. Les ressources humaines et l'offre de soins

A. Le personnel médical

En 1997, il existe au Maroc près de 10 000 médecins dont la moitié exerce dans le secteur public. Les médecins généralistes représentent 53% dont 42% dans le secteur public. Les spécialistes constituent environ 47% des médecins et les gynéco-obstétriciens (GO) près de 8% des spécialistes du secteur public et près de 14% des spécialistes du secteur privé, soit un effectif total de 482 médecins GO approximativement dont 170 dans le secteur public et 312 dans le secteur privé. Là aussi, la concentration est forte dans les CHU et la région Rabat-Casablanca. D'autres régions par contre sont mal desservies.

Les médecins généralistes ne reçoivent pas une formation de base qui leur permette d'assurer convenablement certaines activités relatives à la Santé Reproductive de leurs consultants (surveillance de la grossesse et de l'accouchements, le recours au counseling et la prescription de certaines méthodes de contraception telles les injectables et le dispositif intra-utérin méthodes, l'encadrement du personnel infirmier.

B. Le personnel para-médical

L'effectif du personnel paramédical du secteur public est estimé à 25 000 pour l'année 1997. Ce personnel est formé dans 8 instituts qui forment des infirmiers, sages-femmes, techniciens de laboratoire, etc. Pour faire face au nombre insuffisant de sages-femmes qualifiées (300 au total, dont 30% exercent dans les CHU) la formation a récemment été revue, et le nouveau système devrait permettre de former plus de 200 sages-femmes diplômées par an à partir de 1997. Des tentatives ont été

faites pour l'éducation des accoucheuses traditionnelles, mais il n'existe pas d'évaluation systématique des résultats de ces programmes.

Dans ce qui suit, on mettra l'accent beaucoup plus sur le secteur public que privé, car c'est pour ce secteur que l'information est abondante, particulièrement pour les soins de santé de base.

C. L'offre de soins

Les prestations et les activités du système sanitaire sont multiples et diversifiées. Parallèlement aux activités d'hospitalisation et de soins dispensés par les hôpitaux à des malades ne pouvant pas se déplacer, l'action des centres de santé et des dispensaires est menée auprès des citoyens soit à domicile (infirmiers itinérants et unités mobiles) soit au niveau de la formation.

Les activités de chaque type d'établissements se distinguent nettement. Tandis que les hôpitaux ont une mission curative, les centres de santé et les dispensaires ont une mission à tendance préventive. Par la décentralisation du réseau ambulatoire, le personnel exerçant dans les dispensaires et les centres de santé est plus près de la population.

Depuis quelques années un certain nombre de programmes de prévention ont été mis en place. Il s'agit plus particulièrement du programme national de planification familiale, du programme national d'immunisation, des programmes de santé en faveur de la mère et de l'enfant, des programmes de lutte contre certaines maladies, telles que les maladies diarrhéiques et les MST/SIDA.

Si globalement, l'offre des soins de santé, dans le public et le privé, s'améliore, les différences entre régions restent importantes: la moyenne nationale, était de 3,5 médecins pour 10 000 habitants en 1996, mais dans

les provinces les plus pauvres, elle tombe à 1,2 alors que dans les zones les plus urbanisées elle était de 4,2. Il est intéressant de souligner que le secteur privé joue un rôle de plus en plus important dans cette offre: la part des médecins privés, dans l'effectif total des médecins, est passée de 50% en 1994 à 7,4% en 1996. Cette contribution est plus forte dans les provinces les plus pauvres.

Les populations pauvres sont donc pénalisées par les conditions dans lesquelles l'offre de soins se déploie sur le territoire national. Cet handicap est en plus aggravé par leurs conditions socio-économiques qui freinent la demande de soins de ces couches de la population.

En effet, et comme on peut le constater dans le tableau suivant, les inégalités d'accès sont importantes. Ainsi, le pourcentage des personnes assurées contre la maladie est de 25,3% dans les zones urbaines et seulement de 1,3% dans les zones rurales. Ces inégalités sont encore plus fortes entre les catégories socioprofessionnelles: le taux des assurés sociaux va jusqu'à 61,9% chez les cadres supérieurs, contre 1,1% chez les exploitants agricoles.

La faiblesse des revenus primaires et de la couverture sociale entrave fortement la demande de soins des populations les plus défavorisées. Ceci apparaît clairement au niveau du recours au système de soins, exprimé par le taux de consultation. Au niveau national, ce taux est de 60,5%. Mais là aussi les écarts sont fortement marqués: dans les provinces les plus pauvres, il n'est que de 45,3% en milieu rural contre 72,7% dans l'urbain.

Il est bon de rappeler que les inégalités d'accès ne sont pas une fatalité. La meilleure preuve en est donnée par le résultat des campagnes nationales de vaccination. Grâce à celles-ci, le taux de vaccination est

supérieur à 80% pour pratiquement tous les entants du pays, quel que soit leur lieu de résidence ou la condition socio-économique de leurs parents; il avoisine les 100% dans beaucoup de cas.

Malheureusement, en l'absence d'un pareil volontarisme, on retrouve ces inégalités dans le domaine du suivi de la grossesse et de l'accouchement assisté. Dans le milieu rural, le suivi de la grossesse et de l'accouchement par un personnel médical est très faible: moins de 30% pour le premier et moins de 20% pour le second. La situation s'aggrave naturellement quand s'ajoutent à ce premier facteur, celui de la pauvreté, et celui de l'analphabétisme.

IV. Evolution des indicateurs de l'état de santé de la reproduction

Dans cette partie on évoquera quelques-uns seulement de ces programmes destinés à l'amélioration de l'état de santé de reproduction de la population. Afin d'apprécier les résultats obtenus par les différents composantes du système de soins au Maroc, on sera amené à appuyer nos commentaires par des données d'enquêtes. Ces enquêtes ont pour objectif d'évaluer l'état de santé de la population dans son ensemble sans faire parfois la distinction entre ce qui a été réalisé par le secteur public et ce qui a été réalisé par le secteur privé.

A. La planification familiale au Maroc

Pour cerner les facteurs qui déterminent, à un moment ou à un autre, le comportement procréateur d'une population humaine et, exercent une influence sur la pratique ou non de la planification familiale que ce soit en termes de politique nationale ou de choix individuel, il est indispensable de replacer les données démographiques dans le cadre du système de relations complexes qui fonde la famille et la société. Et ce,

d'autant plus que les données sus-citées ne peuvent être appréhendées indépendamment des facteurs sociaux, culturels, économiques et politiques qui les déterminent dans une large mesure.

La maîtrise de la croissance démographique au niveau d'un pays ou la baisse de la fécondité, au niveau des individus, ne peuvent être spontanées. La première ne peut être que le résultat élaboré par les gouvernants et qui œuvrent concrètement en ce sens. La seconde n'a aucune chance de se réaliser sans *l'adhésion volontaire et le libre choix des individus, hommes et femmes*, lesquels ne peuvent s'exercer sans des moyens mis en œuvre aussi bien sur le plan de l'information, de la sensibilisation, voire de l'éducation à la base, que celui de la prestation de services en termes de disponibilité quantitative des produits contraceptifs, mais aussi de qualité de soins. Une fois ces principes énoncés, il nous semble que toute présentation des politiques et/ou stratégies en matière de population et Planification Familiale ne peuvent se faire sans une approche historique pouvant, en partie, expliquer la situation actuelle et éclairer, en même temps, le cheminement suivi en matière de population, programmes de planification familiale et stratégies mises en œuvre.

1. les grandes étapes du programme marocain de planification familiale

Le 20 Avril 1965 un mémorandum royal a été adressé aux partis politiques, aux organisations syndicales et aux différents groupements nationaux, faisant état des implications majeures d'une croissance trop rapide de la population marocaine et mettant l'accent sur le contrôle des naissances dans le cadre d'un programme d'action global. C'est dans ce contexte et avec l'unanimité autour de ces points qu'un certain nombre de mesures sur les plans législatif, politique et médico-social ont été adoptées.

Dès 1965, un programme de Planification Familiale a été mis au point pour être lancé en 1966 à travers toutes les structures du Ministère de la Santé Publique.

La Planification Familiale a été aussi intégrée dès 1968 dans les différents plans quinquennaux comme facteur lié au processus de développement socio-économique.

A titre de repère, les principales orientations et les événements les plus marquants depuis 1966 dans la mise en place du programme marocain de planification familiale ont évolué schématiquement à travers trois phases:

- ◆ 1966-77: mise en place des structures et des prestations ;
- ◆ 1978-91: consolidation de l'intégration des activités de PF dans les soins de santé materno-infantiles ;
- ◆ 1992-99: renforcement des ressources, diversification des sources d'approvisionnement, accélération des activités et intégration des prestations dans le programme national de santé de la reproduction.

2. Aperçu sur le programme national de planification familiale

Intégrés dans les soins de santé de base, les services de planification familiale ont été rendus accessibles à la quasi totalité de la population marocaine. *La planification familiale contribue à réduire considérablement les risques de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles* en permettant aux femmes de procréer aux périodes les plus favorables à leur santé comme à celle de leurs enfants. Elle permet aux familles de protéger leur santé et de décider du nombre d'enfants voulu au moment voulu en mettant à leur disposition les informations et les services nécessaires pour effectuer *un choix libre et bien informé*.

Pour répondre aux besoins de la population, le programme marocain de PF a recours à une série de stratégies de couverture et de services dont:

- ◆ Un Mode de couverture fixe au niveau des dispensaires, des centres de santé urbains et ruraux, Centres de référence, Centre National de Formation en Reproduction Humaine, des maternités et maisons d'accouchements des différentes provinces et préfectures ;
- ◆ Un Mode de couverture mobile surtout au niveau du milieu rural par les agents de santé dans le cadre des équipes mobiles, des visites à domicile et des points de contact ;
- ◆ Une implication effective des partenaires des secteurs public, privé et associatif ;
- ◆ Les activités et les prestations sont basées sur:
- ◆ L'information, la sensibilisation et la motivation des populations cibles en vue de connaître les avantages et les bienfaits de l'espacement des naissances et de la P.F afin de bénéficier des prestations qui leur sont offertes à différents niveaux ;
- ◆ La prise en charge et le suivi des femmes et des couples ayant opté pour une méthode de planification familiale. Les méthodes proposées sont la pilule, le Dispositif Intra Utérin ou stérilet, la ligature tubaire, le condom ou préservatif, le Norplant et les injectables ;
- ◆ L'évaluation continue des activités, des performances et de l'impact du programme de planification familiale.

L'exécution des activités du programme de PF est assurée par le personnel médical, paramédical et administratif. L'ensemble de ce

personnel reçoit une formation de base et il est périodiquement recyclé dans les différents domaines de la planification familiale.

3. Impact du programme marocain de planification familiale

a) Connaissance des méthodes contraceptives

Selon l'enquête de Panel de 1995, la quasi-totalité des femmes mariées (99%) ont entendu parler d'au moins d'une méthode de contraception, et la plupart d'entre-elles savent où obtenir des renseignements ou des services pour au moins une méthode. Par ordre décroissant, les méthodes modernes les plus connues sont la pilule (100%), le dispositif intra-utérin (95%), la ligature tubaire (92%), le préservatif (81%), les injectables (70%) le Norplant (48%) et les méthodes vaginales (33%). Presque neuf femmes mariées sur dix connaissent une méthode traditionnelle.

b) Utilisation de la contraception

Le taux de prévalence contraceptive ou le pourcentage d'utilisation des méthodes contraceptives au moment de l'Enquête PAPCHILD (1997) est de presque 59% avec 66% en milieu urbain et 51% en milieu rural.

Le taux de prévalence est passé de 19% en 1980 à 59% en 1997, soit une augmentation au cours de cette période de presque 40 points. Cet accroissement a été plus important en milieu rural (gain de 42 points) qu'en milieu urbain (gain de 30 points).

Le taux de prévalence contraceptive recouvre des différences importantes selon les milieux et selon les catégories socio-économiques. En effet ce taux passe à 66% en milieu urbain contre seulement 51% en milieu rural. Mais les différences sont encore plus accentuées puisque la

prévalence se situe au niveau de 73% à Casablanca et reste inférieure à la moyenne nationale dans les régions du Sud.

Plus d'une femme mariée sur deux utilise une méthode contraceptive moderne notamment la pilule qui représente 70% de l'ensemble des méthodes. Le dispositif intra utérin 10%, la stérilisation féminine 5%, le condom 2%, et les autres méthodes modernes 1%. Dans cette structure les méthodes traditionnelles représentent 12%.

De même, l'analyse de la pratique contraceptive en fonction du niveau d'instruction des femmes montre une très nette corrélation entre ces deux variables. En effet, 2/3 (65,7%) des femmes possédant un niveau d'instruction secondaire ou plus utilisent une méthode contraceptive, et 63% parmi celles ayant un niveau d'instruction primaire alors que parmi les femmes non scolarisées ce taux n'est que de 45%.

Le niveau des études est incontestablement un facteur important: plus ce niveau est élevé, et plus la demande de soins augmente. Cela se vérifie au niveau de presque tous les domaines touchés par l'enquête. C'est le cas aussi pour la prévalence contraceptive.

Il est intéressant de souligner que l'accès à l'enseignement de base (primaire) augmente le taux de prévalence de pratiquement 18 points (de 45% à 63%), alors que l'accès à l'enseignement secondaire n'ajoute que 3 points à ce taux, et que l'acquisition d'un niveau d'étude supérieur ne le modifie pratiquement pas (de 64,8% à 64,9%). L'importance, dans ce domaine, du développement de l'instruction est donc évidente.

Le pourcentage des femmes qui sont contre la planification familiale, ou dont le mari refuse la contraception, est de 8,1% chez celles qui sont sans instruction ou qui n'ont qu'un niveau préscolaire, alors qu'il

n'est que de 3,7% chez celles qui ont été dans le fondamental. Il baisse encore, à 3,0% chez celles qui ont fait le secondaire et à seulement 1,7% chez celles qui ont un niveau d'études supérieur.

Lorsque l'on examine les autres raisons qui expliquent la non utilisation d'un moyen contraceptif, on trouve que la première cause est la maternité: au niveau national, 38,7% des femmes n'utilisent pas de moyens contraceptifs parce qu'elles sont enceintes ou allaitantes. Cette raison est prédominante quelle que soit la catégorie socio-économique et professionnelle de la femme, son niveau d'instruction ou sa zone de résidence.

Elle est suivie par le désir d'avoir des enfants (19,6% au niveau national), la stérilité de l'un des partenaires (16,6%), le refus de la planification familiale (7%) et les problèmes de santé et effets secondaires des contraceptifs (6,2%). Il faut souligner ici que le facteur financier arrive en dernière position.

Les femmes qui n'utilisent pas la contraception pour des raisons de coût des contraceptifs ne représentent que 0,5% au niveau national; avec cependant des écarts significatifs: 0,2% en milieu urbain et 0,7% en milieu rural. Le taux le plus fort est enregistré dans le rural des provinces du sud (2,2%). Néanmoins, il est clair que l'obstacle financier joue ici un rôle négligeable dans la mesure où en général les contraceptifs sont assez bon marché dans le privé grâce à la politique de marketing social, et sont fournis gratuitement par le Ministère de la Santé. Mais encore faut-il les trouver ! Au niveau national, 1,3% des femmes mariées n'utilisent pas de moyens contraceptifs à cause des difficultés d'approvisionnement ou à cause du manque d'information. Cette proportion est de 1,9% en milieu rural, et de 3,3% dans le rural des provinces du sud.

c) Sources d'obtention des Services de Planification Familiale

L'enquête de 1995 montre que la majorité des femmes ayant recours à la contraception l'ont obtenue auprès des sources du secteur public (62%), principalement les dispensaires, les centres de santé, les maternités, les équipes mobiles et les agents visiteurs à domicile dans le cadre du programme VDMS (visites à domicile de motivation systématique). Les autres sources citées sont la pharmacie (33%), les médecins privés, les sages femmes, les cliniques ainsi que l'Association Marocaine de Planification Familiale pour le reste.

d) Demande potentielle en matière de services de planification familiale

Les femmes marocaines optent de plus en plus pour des familles de tailles plus réduites. L'enquête de 1995 a établi que presque 3 femmes mariées sur 4 souhaiteraient limiter ou espacer leurs naissances. Près de la moitié (49%) des femmes mariées ont déclaré ne plus vouloir du tout d'enfants et plus d'une femme sur 4 (26%) désire espacer sa prochaine naissance d'au moins deux ans. En permettant aux femmes de réaliser leurs préférences en matière de fécondité grâce à l'emploi des méthodes contraceptives, on parviendrait à réduire le nombre de naissances non désirées ou mal planifiées.

e) La fécondité

L'évolution de l'indice synthétique de fécondité a connu une diminution progressive entre 1962 et 1995. Il est ainsi passé de 6,96 enfants par femme à 3,1 au niveau national. Cependant de grands écarts persistent entre le milieu urbain (2,3 enfants) et le milieu rural (4,1 enfants). Selon le niveau d'instruction, les femmes n'ayant pas fréquenté l'école ont une fécondité de 4 enfants contre 2,4 enfants chez celles de

niveau d'instruction primaire et 1,9 enfants chez celles de niveau secondaire ou universitaire.

f) Evolution du taux d'accroissement de la population

Ce taux a également connu une diminution progressive très nette passant de 2,8% entre 1960 et 1971 à 2,06% entre 1982 et 1994.

B. Santé de la mère et de l'enfant

Les programmes de santé maternelle et infantile au Maroc ont, comme dans d'autres pays, évolué d'abord à partir des programmes de protection de la santé de l'enfant, puis dans un deuxième temps l'accent été mis sur la santé maternelle. Des programmes de surveillance de la grossesse étaient en place depuis 1970, mais leurs actions préventives étaient surtout orientées vers l'enfant ; graduellement au cours des années 1980 ils ont incorporé des éléments qui tentaient de prévenir les risques liés à la maternité. En 1987 le Programme de Surveillance de la grossesse et de l'accouchement a introduit la vaccination antitétanique, a amélioré les efforts de couverture, les consultations pré et postnatales, la collecte d'information par le biais de fiches, et a aménagé des centres de santé avec lits d'accouchement pour encourager l'accouchement en milieu surveillé.

1. Consultations prénatales et assistance à l'accouchement

La surveillance de la grossesse et l'assistance à l'accouchement ont toujours constitué l'une des préoccupations des pouvoirs publics. En effet, une grossesse surveillée permet de prévenir un certain nombre de complications, surtout au moment de l'accouchement, et de garantir à la mère et à l'enfant un environnement favorable pour la délivrance.

a) Les Consultations prénatales

Les données sur les consultations prénatales telles que présentées par les différentes enquêtes portent sur les naissances survenues au cours des cinq dernières années précédant chaque opération. En 1992, l'ENPS II a montré que pour plus des deux tiers (67%) des naissances, les mères n'ont consulté personne au cours de leurs grossesses. Ce pourcentage est passé à 58% à l'enquête Papchild de 1997. Malgré cette baisse, la majorité des mères continuent donc à ne pas consulter.

Si le recours à la consultation prénatale, à l'échelon national, reste relativement faible, la situation en milieu rural est préoccupante. En milieu urbain, pour 61% des naissances, les mères ont bénéficié d'au moins une consultation contre seulement 18% en milieu rural. Cinq ans après, l'analyse des données de l'enquête Papchild montre que l'amélioration constatée au niveau national s'est faite en grande partie en faveur du milieu urbain puisque le pourcentage de consultations y est passé à 69% (soit un gain de 8 points).

En milieu rural, ce pourcentage a atteint 20% (soit un gain de 2 points seulement).

Pour l'immunisation des mères contre le tétanos et surtout la prévention du tétanos néonatal qui menace les enfants nés à domicile sans précaution d'asepsie, l'enquête de 1992 a montré que plus d'une femme enceinte sur deux (54%), sans différence notable entre les citadines (57%) et les rurales (52%).

En 1995, l'EPPS montrait que ces pourcentages ont atteint 60% au niveau national, soit un gain de 6 points en l'espace de 3 ans. En milieu urbain le pourcentage a atteint 66% contre 57% en milieu rural.

L'évolution en termes de nombre de points a été presque la même dans les deux milieux de résidence.

b) L'assistance et le lieu de l'accouchement

Concernant toujours les naissances survenues au cours de la période des 5 années ayant précédé l'observation, l'ENPS II de 1992 a montré que plus de sept naissances sur dix (72%) ont eu lieu à domicile contre seulement trois naissances sur dix (28%) ayant eu lieu dans un milieu surveillé. L'enquête a montré par ailleurs que les femmes ayant consulté pour les soins prénatals étaient celles qui accoucheut le plus souvent en milieu surveillé.

Par milieu de résidence et selon la même source, 59% des naissances urbaines ont eu lieu dans une formation sanitaire, contre à peine 13% parmi celles du milieu rural.

Le recours aux données de Papchild de 1997 montre que la situation s'est, relativement, nettement améliorée puisque à l'échelle nationale le pourcentage des naissances ayant eu lieu en milieu surveillé a atteint 43%, soit un gain de 15 points en l'espace de 5 ans. Mais la disparité urbaine/rurale reste énorme puisque le pourcentage dans le premier milieu a atteint 70%, alors qu'en milieu rural le gain n'était que de sept points en passant de 13% (chiffre de 1992) à 20%.

Concernant l'assistance à l'accouchement, l'enquête de 1992 montre que les mères de 31% des naissances seulement ont été assisté par un professionnel de santé (médecin, sage femme/infirmière) lors de l'accouchement. Au niveau du milieu de résidence, plus de six mères sur dix vivant en milieu urbain(64%) ont bénéficié de cette assistance alors que seul une femme sur huit (13%) du milieu rural en ont bénéficié.

Les données de Papchild de 1997 relatives aux accouchements, montre que 45% des accouchements ont été assisté par un personnel de santé. En milieu urbain cette assistance touche 75% des accouchements (soit trois accouchement sur cinq).

c) Consultations postnatales et vaccination des enfants (12 à 23 mois)

Elle est recommandée systématiquement chez toutes les femmes dans les six semaines qui suivent l'accouchement. Le système d'information montre des taux de couverture satisfaisants parce que cette consultation est liée à la vaccination antituberculeuse du nourrisson laquelle est assimilée à une consultation postnatale. En effet, la quasi-totalité (98%) des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG contre la tuberculose, quel que soit l'âge à la vaccination

En 1981, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que tous les enfants soient vaccinés avant l'âge d'un an. La vaccination des enfants en bas âge contre les six principales maladies de l'enfance (tuberculose, diptérie, téanos, coqueluche, poliomyélite et rougeole) constitue un pilier majeur de l'action entreprise au Maroc en faveur de la santé de l'enfant.

Un programme élargi de vaccination a été mis en place en 1981. Ce programme, qui a été remplacé en 1987 par le programme national d'immunisation, prévoyait en plus des activités permanentes, l'organisation de journées nationales de vaccination et la vaccination en masse des femmes en âge de procréer. Ces efforts conjugués ont permis d'accroître le niveau de la couverture vaccinale.

Pour la mesure des performances obtenues dans ce domaine, on se limite aux données concernant les enfants de 12-23 mois, âge où les enfants devraient être complètement vaccinés. Pour l'ensemble du

Maroc, près de neuf enfants sur dix (89%) sont protégés contre les six maladies de l'enfance, selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère.

La quasi-totalité (98%) des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG contre la tuberculose, quel que soit l'âge à la vaccination. Pour les trois doses de polio/DT Coq, le pourcentage est de 89%. Quant à la rougeole, près de neuf enfants sur dix (89%) ont été vaccinés contre cette maladie.

2. Pratique de l'allaitement

L'allaitement est presque universel au Maroc puisque 95% des enfants sont allaités pendant un certain temps.

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que tous les enfants âgés de moins de 4 mois soient sous allaitement maternel exclusif. Au Maroc, près de la moitié des enfants (45%) de 0-3 mois ont reçu un allaitement exclusif avec de l'eau. L'alimentation au biberon, qui est fortement déconseillée, est relativement répandue dans le pays: le niveau d'utilisation du biberon est de 31% chez les enfants de 0-3 mois. En 1992, le pourcentage d'enfants ayant reçu le biberon était de 22%.

3. Evolution de la mortalité des enfants

Durant la période de 0-4 ans avant l'enquête, l'ENPS II de 1992 montrait que sur mille naissances 57 enfants décédaient avant d'atteindre l'âge de un an. Parmi ces 57 enfants, 31 mouraient avant d'atteindre l'âge d'un mois. Ceci montre qu'une part importante (54%) des décès de la première année de la vie ont lieu durant le premier mois qui suit la naissance.

Relativement au milieu de résidence, l'urbain connaissait encore une mortalité néonatale élevée puisqu'elle se situait à 30‰. En milieu rural, ce taux atteignait 36‰.

Cinq ans plus tard, l'enquête Papchild montre que la situation s'est, relativement améliorée puisque la mortalité infantile se situe actuellement à 37‰ et que la mortalité néonatale, reste élevée, à 20‰.

4. mortalité maternelle

La mortalité maternelle reste un problème majeur de la santé publique. De 332 décès p. 100 000 naissances vivantes pour la période 1985-91, la mortalité maternelle s'est réduite d'environ 30% entre 1992 et 1997 (enquête PAPCHILD 1997). Le taux de mortalité maternelle se chiffre à 228 décès pour 100 000 naissances vivantes (125 en urbain et 307 en rural), soit un taux de 15 à 20 fois supérieur à ceux des pays occidentaux. Une étude réalisée par l'Institut National d'Administration Sanitaire en 1990 a mis en évidence un déficit important en interventions obstétricales majeures, notamment en milieu rural. Les femmes enceintes résidant en zones rurales, alors qu'elles représentent les deux tiers de l'ensemble des parturientes du pays, ne bénéficient que du tiers de l'ensemble de ces interventions.

Les études entreprises sur le terrain sur les pratiques sociales et l'acceptabilité des services materno-infantiles et de planification familiale ont révélé les points suivants:

- ◆ Le recours à un service de santé ne s'effectue qu'au moment où apparaissent les complications ;
- ◆ Dans le cas de recours à un établissement de soins de santé, la référence reste tardive ;

- ◆ L'accouchement en maternité n'est envisagé qu'en cas de complications au cours de la grossesse ou au cours de l'accouchement ;
- ◆ Le mauvais accueil du personnel, le recours à l'automédication par les plantes, le recours à des guérisseurs traditionnels, la résistance de l'entourage de la femme (mari/belle mère) et l'existence de fausses rumeurs concernant les moyens contraceptifs, limitent la demande des services de Santé reproductive.

La stratégie de la maternité sans risque avait mis l'accent sur la consultation prénatale depuis la restructuration du service de la protection de la santé de la mère en 1987. Cependant le bilan des activités suggère que l'impact de cette approche a été assez restreint. Le programme s'est donc récemment réorienté et a mis l'accent sur la prise en charge des urgences obstétricales au niveau des structures d'accouchement.

C. les infections sexuellement transmises (IST)/SIDA

Au Maroc, le nombre des IST déclaré ne cesse de croître chaque année et constitue un problème majeur de santé publique. Depuis l'instauration de la déclaration des IST notifiés on a remarqué une augmentation d'année en année: puisqu'il est passé de 103 434 en 1992 à 212 240 en 1998. Les femmes représentent la majorité des cas déclarés (70%). Compte tenu de l'importance de la sous notification, de la fréquence du recours aux soins dans le secteur privé et de la pratique de l'automédication (surtout chez l'homme), le Ministère de la Santé estime l'incidence des MST dans le pays à 600 000 nouveaux cas par an.

Les IST les plus couramment rencontrées en santé publique au Maroc se manifestent par des leucorrhées (pertes vaginales), des urétrites (écoulement urétral) ou des ulcérations génitales dues à la syphilis, le chancre mou ou l'herpès).

Par ailleurs, les IST touchent davantage les tranches d'âge les plus productives dans une population, la prévention et la lutte contre les IST figurent parmi les interventions de santé publique ayant le meilleur rapport coût/bénéfice.

Au Maroc, 553 cas cumulés de SIDA-maladie ont été déclarés en fin 1998. Cette maladie est plus fréquente chez l'homme célibataire (55%) et chez la femme mariée (35%) avec une prédominance nette de la transmission hétérosexuelle (61%).

Vue l'ampleur des IST au Maroc, la lutte contre ces maladies est un aspect essentiel dans la prévention de l'infection à VIH étant donné qu'il existe une relation étroite entre ces infections.

Le service des maladies transmissibles de la Direction de l'Epidémiologie a développé un protocole pour le traitement des IST et organisé des sites sentinelles dans 10 provinces. Mais le fait qu'une proportion considérable des cas échappe à la surveillance, que l'automédication est élevée et que les méthodes de prévention telles que le condom est peu utilisé, souligne la nécessité de se pencher sur les comportements et les motivations qui influencent la transmission et le traitement de ces maladies.

D. L'information, éducation et communication

Les programmes d'IEC en appui à la santé reproductive concernent surtout la PF, la santé maternelle et infantile et les IST/SIDA.

En 1992, le programme national de PF a mis en œuvre une stratégie nationale d'IEC impliquant les différents intervenants et partenaires des secteurs public, privé et associatif.

Le Ministère de la Santé anime régulièrement des campagnes (planification familiale, maternité sans risque, vaccinations, maladies diarrhéiques,..) autour desquelles sont mobilisés les médias et les agents des autres départements. Cette approche semble faciliter la coopération avec les autres ministères, surtout au niveau de la province. Ce partenariat est important pour amplifier plus largement les activités de sensibilisation et demande à être renforcé d'une façon plus continue en appuyant les cellules provinciales.

Une émission quotidienne à la Radio nationale traite des thèmes en rapport avec la santé reproductive. La collaboration avec les radios régionales a été renforcée ces dernières années.

Dans le domaine de la Maternité Sans Risque, un nouvel effort de communication est également mis en œuvre depuis quelque 5 années. Il cible le public à travers la tournée d'une troupe de théâtre avec des acteurs d'une renommée nationale. Cette troupe théâtrale ainsi que d'autres supports IEC ciblent aussi bien le personnel de santé, les professionnels de la communication que les décideurs (films-vidéo et brochure, dossiers de presse...)

Parallèlement à l'action du département de la santé qui avait au départ la quasi-totalité des tâches, un certain nombre de départements ministériels, d'organisations privées et d'organismes semi-publics contribuent au programme national de Santé de la Reproduction en jouant un rôle important surtout dans les domaines de l'information et de la motivation de leur public-cible. La société civile participe efficacement à cet effort de sensibilisation et d'éducation des population cibles. A titre indicatif on peut citer:

L'Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF) qui joue un rôle important dans l'IEC en appui à la PF et Santé reproductive (spots de radio, émissions de radio et télévisées, conférences...)

L'Association Marocaine pour la Lutte Contre le SIDA (ALCS) a déployé des efforts louables en vue de porter le problème du SIDA à l'attention de la population marocaine à travers la TV, la Radio, la presse et les conférences.

V. Evolution du financement de la santé de la reproduction et coopération internationale

Dans cette section, nous allons commencer par présenter les grands traits de la dépense de santé au Maroc, en insistant davantage sur sa partie publique; nous analyserons le budget du MS, en mettant en évidence ses grandes caractéristiques, et en essayant de le situer par rapport à certains agrégats fondamentaux tels que le budget social, le budget général de l'Etat et le PIB.

A. Le financement de la dépense de santé par le budget du Ministère de la Santé

Au Maroc, la dépense de santé représente environ 4,85% du budget général de l'état en 1996-97 (0,99% du PIB) contre 3,49% (0,90%) dix ans plus tôt.

Les ménages supportent directement la moitié de cette dépense de santé¹, suivis par l'Etat, qui en finance 25%, et la Protection Sociale qui en couvre 20%.

La dépense publique courante de santé est financée à 90% par le budget du MS, à 9% par d'autres ministères et à seulement 1% par les collectivités locales.

Le budget du Ministère de la Santé a augmenté en moyenne de 10% par an sur les trente dernières années. Cependant, L'augmentation réelle par habitant est en fait beaucoup plus faible. En effet, l'Etat a consacré en moyenne, à travers le budget du MS, quelque 12,5 dollars par tête à la santé en 1997-98, contre un peu plus de 4 en 1980. Le budget par habitant de la santé publique a donc été multiplié par trois sur une période de quelque 18 ans, connaissant en cela une croissance annuelle moyenne de 6,4%. Et, si l'on élimine, en plus, l'effet de l'inflation, on constate que cette hausse se réduit davantage puisque la dépense par tête passe de 4,1 dollars en 1980 à 5 dollars en 1997-98, soit à peine 16% de plus sur toute la période. Ce qui réduit le taux annuel moyen de hausse à 0,8% seulement. Si l'Etat a fait un effort pour

financer le secteur de la santé, il s'avère donc que les effets de ce financement ont été complètement laminés par la croissance démographique et l'inflation.

Le gouvernement accorde actuellement une attention marquée à l'extension du réseau de soins de santé de base, ce qui va avoir un impact important sur le développement de la prestation des services de santé reproductive, et sur l'amélioration de l'accès à ces mêmes services.

En 1997-98, les dépenses de soins de santé de base (SSB) ont représenté 1 346 millions de dirhams², et leur part dans le budget du MS était de l'ordre de 37,2%. Sur ce montant, 70%, soit 941 millions de dirhams, ont été consacrés au fonctionnement et 30% à l'investissement qui atteignait 405 millions de dirhams. La part des soins de santé de base dans le budget de fonctionnement a été de 32,4% cette année là, et dans le budget d'investissement de 56,3%. Les formations de SSB reçoivent donc une attention particulière en matière d'investissement; et ce depuis la seconde moitié de cette décennie. Par contre, cette part est restée pratiquement la même dans le budget de fonctionnement durant toute la période, passant de 31,6% en 1990 à seulement 32,4% en 1997-98.

¹ Les ménages contribuent également au financement de la dépense publique de santé. Cette contribution prend deux formes: d'abord le paiement des factures émises par l'hôpital, sur la base des tarifs publics en vigueur, et en deuxième lieu une participation informelle, en nature, aux dépenses hospitalières. En 1994, cette deuxième forme de contribution représentait 43,3% des dépenses de médicaments, de consommables et d'examens contre 53,7% en 1990.

² 1 dollars US = 9.5 dirhams.

B. Le financement de la santé reproductive par le Ministère de la Santé et la coopération internationale

A. Analyse globale du financement de la santé reproductive

En 1997-98, le Ministère de la Santé a consacré 485,5 millions de dirhams au financement des dépenses d'investissement et de fonctionnement destinées à couvrir les prestations publiques de santé reproductive. Ce qui représentait 13,4% du budget total de ce ministère. Or en 1991, ce montant était de 194,5 millions de dirhams et ne représentait que 9% du budget du Ministère de la Santé. Ce qui veut dire qu'il a augmenté en moyenne de quelque 15% par an. Dans le même laps de temps, le budget total du Ministère de la Santé avait augmenté en moyenne de 8,3% par an, et celui des soins de santé de base de 9%.

L'évolution de l'ensemble des ressources affectées à la santé reproductive par le gouvernement du Maroc et par les donateurs internationaux de 1991 à 1997-98 montre que cette augmentation est en très grande partie due à l'apport de la coopération internationale dont la contribution est passée de 18 millions de dirhams en 1991 à 201,5 millions en 1997-98, connaissant par là une croissance remarquable de 45,3% par an; alors que le financement sur les ressources propres de l'Etat n'augmentait que de 7,6% par an en moyenne. C'est ce qui fait que le rôle joué par les donateurs est aujourd'hui presque équivalent à celui joué par le budget du Ministère de la Santé: 41,5% aux premiers contre 58,5% au ministère. En 1991, ce dernier finançait 90,9% des services de santé reproductive, alors que les donateurs n'en couvraient que 9,1%.

En matière de santé reproductive, L'USAID est le premier donateur, puisqu'en 1997, sa contribution a représenté 47,6% de l'aide accordée à ce secteur, suivi par l'Union Européenne (36,8%), la Banque

Mondiale (5,8%) et le PNUD (2,9%). Le reste, c'est à dire 7%, est partagé entre les autres donateurs, particulièrement le FNUAP, l'OMS et le BIT. Mais, il faut souligner que l'USAID soutient ce secteur depuis longtemps, et dans des proportions importantes, particulièrement en ce qui concerne la planification familiale. D'ailleurs en 1991, sa contribution représentait 77% de l'aide internationale accordée à la santé de la reproduction. Par contre l'intervention de l'Union Européenne et de la Banque Mondiale est relativement récente, et se situe essentiellement après la conférence du Caire. Ces dernières interventions ciblent davantage la maternité sans risque et les MST/SIDA.

Cependant, pour les années à venir, le rôle de l'USAID va probablement continuer à décliner, conformément au plan de retrait et de redéploiement de son aide au Maroc. Par contre, celui de l'Union Européenne, de la Banque Mondiale et des organismes des Nations Unies, en particulier le FNUAP et le PNUD, va s'amplifier davantage.

B. L'impact de la Conférence du Caire sur le financement de la santé reproductive

Si la politique de planification familiale est déjà ancienne, le développement des programmes de lutte contre le Sida et de Maternité Sans Risque est par contre beaucoup plus récent puisqu'il se situe vers le milieu de la décennie 90.

L'analyse des données financières relatives à la santé reproductive montre clairement une nette accélération du rythme de croissance de ces financements à partir de 1994, surtout au niveau de l'aide internationale: le financement annuel moyen a été de 224 millions de dirhams lors des trois années qui ont précédé la Conférence du Caire (1991-1993), contre

466 millions lors de la période triennale qui a suivie cette conférence (1995-1997). Ce qui veut dire qu'en moyenne, les fonds injectés dans la santé reproductive ont plus que doublé après la conférence. Cette augmentation a été plus importante pour les donateurs (230%) que pour le Ministère de la Santé (77%), et elle a plus touché le budget d'investissement que le budget de fonctionnement.

Globalement donc, les ressources consacrées à la santé de la reproduction sont en nette augmentation. Cependant, cette tendance se décline différemment selon que l'on se situe au niveau des dépenses d'investissement, ou à celui des dépenses de fonctionnement.

C. L'analyse comparée des dépenses d'investissement et de fonctionnement

Si globalement, les dépenses publiques de santé reproductive avaient augmenté de 150% entre 1991 et 1997-98, cette augmentation a été de presque 350% pour les seules dépenses d'investissement³; ce qui correspondait à un taux annuel moyen de croissance légèrement supérieur à 26%. Il est donc évident qu'un effort particulier a été fait par le Maroc, avec le soutien de ses partenaires étrangers, pour développer les infrastructures de base et les moyens de mobilité nécessaires à un plus grand déploiement des soins de santé de base en général, et de la santé reproductive en particulier. Cet effort s'est concentré d'une façon massive sur des provinces pauvres à majorité rurale, situées surtout dans le Nord, dans le Sud-est, et dans les régions montagneuses du pays.

³ Certaines dépenses en médicament, en carburant et en frais de déplacement sont inscrites au budget d'investissement financé par l'Union Européenne et la Banque Mondiale. Nous ne les avons pas comptabilisé comme dépenses d'investissement, mais comme dépenses de fonctionnement.

L'apport financier des donateurs a été déterminant au niveau de l'investissement puisqu'en 1997-98 ils ont couvert 57,3% des dépenses d'investissement consacrées à la santé reproductive, contre 46,7% pour le Ministère de la Santé. De 2.5 millions de dirhams en 1991, l'investissement financé par l'aide est passé à 100 millions en 1997-98, c'est à dire qu'il a été multiplié par 40. Cette progression a été rendue possible grâce à la coopération avec l'Union Européenne, et la Banque Mondiale qui ont financé une partie importante du budget d'investissement, essentiellement depuis l'année budgétaire 1996-97⁴.

La coopération internationale a donc joué un rôle important dans le développement des services de santé reproductive, particulièrement en encourageant le Maroc à investir dans ce domaine. Elle s'est davantage focalisé sur l'investissement, en laissant au Maroc le soin de veiller à en assurer le fonctionnement.

Le fonctionnement de la santé reproductive est, en effet, essentiellement financé par le budget du Ministère de la Santé. Durant la période 1991-1997-98, la part de ce dernier a été de 75%, contre 25% pour les donateurs. Mais, là aussi on constate que les donateurs ont fait un effort important puisque le budget a augmenté de 6,4% par an en moyenne au moment où l'aide connaissait une croissance annuelle moyenne de 33,7%. C'est pourquoi sa part dans le fonctionnement de la santé reproductive est passée de 10% environ en 1991 à presque 33% en 1997-98.

L'analyse comparée de l'évolution des budget d'investissement et de fonctionnement de la santé reproductive montre donc que:

⁴ Il faut cependant souligner que l'aide de la Banque Mondiale se fait par le biais d'un prêt, que le Maroc doit rembourser, et non pas d'un don.

- ◆ la coopération internationale joue le rôle de locomotive pour encourager le Maroc à développer les services de santé reproductive;
- ◆ un effort particulier est accompli en matière d'investissement pour étendre les infrastructures, et développer les moyens d'évacuation des mères en cas d'accouchement à risque;
- ◆ cette aide couvre aussi les dépenses de fonctionnement, particulièrement pour la fourniture de médicaments, les fournitures de bureau et certains coûts de fonctionnement (carburant, frais de déplacements, indemnités salariales).

Ce qui nous amène à poser quelques questions, et notamment:

Si la coopération internationale est la locomotive du développement de la santé reproductive, quel sera le devenir de cette dernière en cas de retrait de ces donateurs comme c'est le cas pour l'USAID?

Si le risque d'un recul dans ce domaine ne doit pas être écarté, il nous semble néanmoins qu'il n'est pas très grand car le gouvernement du Maroc semble déterminé à développer ces services et à rattraper le retard du pays dans ce domaine, mais sa tâche n'est pas facilitée par la conjoncture actuelle des finances publiques. Par ailleurs, la société civile est en train de s'organiser et de s'affirmer comme un acteur clé dans ce domaine. Il faut souligner le rôle particulier que jouent les associations féminines pour la promotion du statut de la femme, son éducation, et sa protection, ainsi que celui joué par les associations de lutte contre le Sida pour la sensibilisation et l'éducation des populations sur les risques liés aux MST et au Sida, et sur les moyens de prévention et de traitement

existants. Le travail de ces associations contribue à ancrer ces activités de santé reproductive.

En finançant davantage l'investissement, il est certain que l'on contribue à rattraper le retard accumulé dans ce domaine, particulièrement dans les zones les plus défavorisées. Cependant n'y a-t-il pas là un risque de déphasage dans le sens où l'on construit, réhabilite et équipe des formations sanitaires, mais est-on sûr de trouver le personnel nécessaire pour les faire fonctionner ?

Il est certain que le budget de fonctionnement augmente moins vite que le budget d'investissement. Ce qui veut dire que les possibilités de création de postes budgétaires resteront limitées. Le risque est grand alors de voir des établissements fonctionner au ralenti, voire pas du tout faute de personnel.

Il faut aussi rappeler que le Ministère de la Santé est en train actuellement de former en moyenne 500 sages-femmes par an. Mais les postes budgétaires créés pour cette fonction ne sont que d'une centaine par an. Ce qui veut dire que 400 sages-femmes n'auront pas d'emploi, faute de moyens financiers dans le secteur public et faute de structures adéquates pour les accueillir dans le privé. Le même problème s'était posé dans les années 80 pour les paramédicaux en général ce qui a conduit le ministère à fermer plusieurs écoles de formations de ces cadres, au moment où le pays en manque.

Le financement de certains coûts de fonctionnement est quelquefois nécessairement lié à la mise en œuvre immédiate de certains investissements, mais si l'on prend l'exemple du médicament qui est massivement financé par le BAJ n'y a-t-il pas là un risque majeur de

rupture de l'approvisionnement à la fin du projet si aucun mécanisme n'est mis en place d'ici là?

Ce risque est très important, et n'est pas nouveau. Il faudrait mettre en place, le plus rapidement possible des solutions alternatives afin de 1) trouver des ressources additionnelles notamment par la mise en place de systèmes de recouvrement des coûts, 2) « solvabiliser » la population dont le pouvoir d'achat est limité par l'intermédiaire de l'assurance maladie et de l'assistance médicale aux populations démunies, et 3) encourager le secteur privé à fournir ce type de prestations notamment au profit des populations à revenu moyen et à revenu élevé, afin que le Ministère de la Santé se consacre davantage à servir les populations les plus défavorisées, particulièrement dans le milieu rural.

Si ces risques ne sont pas à négliger, il est cependant clair que les solutions existent. Néanmoins, ces solutions doivent être mises en œuvre sans trop tarder, et dans le cadre d'une stratégie globale de développement de la santé reproductive qui implique l'ensemble des acteurs concernés (Etat, société civile, professionnels de santé du secteur public et du secteur privé), et qui coordonnent entre l'ensemble des moyens mis en œuvre d'une part au niveau national toutes les institutions concernées, et d'autre part, entre ces institutions nationales et les donateurs internationaux.

D. L'évolution du financement des différentes composantes de la santé reproductive

La composante qui utilise le plus gros budget est la maternité et la santé maternelle qui aurait consommé 63% des ressources de la santé reproductive, contre 29% pour la planification familiale et 8% pour les IST/Sida.

Mais la part de la maternité et de la santé maternelle a sérieusement diminué tout au long de la période, passant de 76% en 1991 à 48% en 1997-98; alors que celle de la planification familiale passait de 18% à 39% et celle des IST/Sida de 8% à 13% durant la même période. La baisse de la part de la première composante est liée à celle des dépenses liées à l'accouchement dans les formations publiques qui ont stagné en valeur absolue (92,1 millions de dirhams en 1991 contre 92,0 millions en 1997-98), et dont le pourcentage, dans les dépenses de santé reproductive, est passé de 49% en 1991 à 30% seulement en 1997-98. Par contre, les montants consacrés à la santé maternelle sont passés de 27 millions de dirhams en 1991 à 58 millions en 1997-98; soit une augmentation de 115% sur toute la période. Leur part dans les dépenses de santé reproductive a cependant connu une évolution en dents de scie, passant de 17% en 1991 à 23% en 1994, pour retomber à 15% en 1995, puis ensuite augmenter à nouveau à 25% en 1997-98, et conclure à 18% en fin de période.

En résumé, l'accès aux soins reste aujourd'hui encore fortement inégal. Ces inégalités se situent au niveau du déploiement de l'offre de soins par le secteur privé et par le secteur public. Cette offre reste fortement concentrée sur le milieu urbain. Par ailleurs, la demande de soins par les ménages est fortement conditionnée par la situation socio-économique et socioprofessionnelle, et par le niveau d'instruction du chef de famille. L'ensemble de ces facteurs joue en défaveur des populations les plus pauvres.

Mais ces facteurs ne sont pas une fatalité. La mise en place d'une politique volontariste et globale pour la prise en charge d'un domaine peut augmenter nettement les taux de couvertures et réduire considérablement les inégalités d'accès. L'exemple en est donné par les

campagnes nationales de vaccination où, à côté d'une stratégie appropriée de déploiement de l'offre de service par le Ministère de la Santé, le gouvernement a aussi mené une large campagne de sensibilisation auprès de la population, et mis en place, avec les donateurs internationaux, les mécanismes de pérennisation du financement de cet effort.

Malheureusement, ce modèle reste encore trop isolé et les inégalités d'accès sont toujours dominantes. On constate aussi, malgré les efforts réalisés, que les dépenses publiques sont encore trop mal ciblées.

Il faut rappeler que nous parlons ici des femmes mariées. Ce qui veut dire qu'une partie de la demande, celle qui émane des femmes non mariées n'est donc pas prise en considération dans ces statistiques.

Les efforts qui ont été entrepris par le gouvernement depuis le début des années 90 visent à élargir la couverture en soins de santé essentiels afin de renforcer la place de la prévention et de la lutte contre les maladies pré-transitionnelles qui sont responsables d'une partie importante de la charge de morbidité globale. Cependant, L'allongement de l'espérance moyenne de vie à la naissance, le vieillissement relatif de la population, et l'augmentation de la prévalence des maladies post transitionnelles font également pression pour développer le système de soins curatifs et tertiaires.

Or, le budget de l'Etat n'est pas aujourd'hui en mesure de répondre à toutes ces attentes. C'est pourquoi, il faudrait d'abord essayer d'impliquer davantage le secteur privé dans la prestation de services de santé de base, ne serait ce que pour les populations solvables, directement grâce à leur revenu, ou indirectement par un tiers payant.

Il faudrait aussi essayer de mieux utiliser les ressources existantes, en luttant contre les gaspillages et en révisant l'allocation de ces ressources au niveau de l'espace, et entre les catégories socio-économiques. Il faudrait enfin trouver des ressources alternatives pour financer le système public de santé, d'abord à travers des mécanismes de financement solidaire, ensuite par le développement de dispositifs de recouvrement des coûts dans les formations publiques de santé, et enfin à travers l'appel à la coopération internationale. Ces mécanismes alternatifs doivent assurer la pérennité du système.

La route à parcourir est donc encore longue, elle sera difficile car le pays doit faire face à de multiples défis, dans une conjoncture internationale difficile. Cependant il faut aborder ces réformes en considérant que le développement social n'est pas un fardeau pour le développement économique, mais qu'au contraire c'est une dimension essentielle du développement durable qui améliorera la qualité des ressources humaines du pays, qui deviendront alors un atout dans le renforcement de la compétitivité internationale du pays.

Conclusions et recommandations

Il n'y a aucun doute. Nous pouvons confirmer que les actions développées en faveur de la santé de la mère et de l'enfant par le Ministère de la Santé Publique ont eu des résultats positifs sur les indicateurs de santé. Ainsi, la mortalité infantile a été réduite de moitié passant de 130 pour mille naissances vivantes en 1960 à 36,6% en 1997 (enquête PIPCHILD, 1997). Cette régression a surtout intéressé la mortalité juvénile (1-4 ans). Cependant, la mortalité néonatale reste élevée. La mortalité maternelle demeure une préoccupation nationale puisque elle atteint 228 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Pour la fécondité et la planification familiale, les résultats des différentes enquêtes confirment une fois de plus les changements profonds que connaissent les comportements procréateurs du couple marocain, ces changements de comportements sont traduits par une baisse continue de la fécondité. Pour la première fois, l'indice synthétique de fécondité est à 3,1 enfants par femme.

Les deux variables les plus déterminantes de la baisse de la fécondité sont l'augmentation de l'âge au mariage et l'utilisation de plus en plus importante de la contraception qui atteint 59%.

Un autre résultat encourageant de l'enquête est l'augmentation non négligeable de l'utilisation de la contraception moderne en milieu rural.

Bien que ce constat soit positif, il y a encore des défis pour le programme marocain de planification familiale.

- ◆ L'éventail des méthodes reste statique, la pilule étant la méthode la plus utilisée, il est évident qu'il faut élargir cet éventail, d'autant plus que la moitié des femmes mariées en âge de reproduction souhaitent limiter leur descendance.
- ◆ La prévalence contraceptive a certes augmenté en milieu rural, mais les différences dans le taux d'utilisation entre les femmes urbaines et les femmes rurales restent importantes.

Pour la santé de la mère et de l'enfant, la mortalité juvénile a connu une baisse non négligeable durant ces 15 dernières années.

Il y a une nette amélioration dans les indicateurs de santé maternelle (augmentation des proportions des visites prénatales et de l'assistance à l'accouchement), en particulier avec l'introduction au cours

des huit dernières années du programme de vaccination antitétanique pour les femmes mariées en âge de reproduction.

Le taux de couverture vaccinale des enfants continue à augmenter, parmi les enfants âgés de 12 à 23 mois, ce taux atteint 85% pour les six maladies de l'enfance.

Les résultats de l'enquête montrent aussi certaines insuffisances dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant:

- ◆ Bien que la mortalité des enfants ait baissé, les taux restent relativement élevés, il est urgent et nécessaire d'entreprendre des actions destinées à réduire la mortalité néonatale en milieu rural;
- ◆ Il y a une grande amélioration au niveau de l'utilisation des soins de santé maternelle, mais, dans l'ensemble, il y a près de trois femmes sur cinq qui ne bénéficient pas des soins prénatals ou de l'assistance du personnel de santé lors de l'accouchement;
- ◆ Bien que le pourcentage d'enfants recevant les différentes thérapies de réhydratation par voie orale (TRO) contre les conséquences diarrhéiques ait doublé entre 1992 et 1995, il convient de continuer à encourager les mères à utiliser la TRO;
- ◆ Sur le plan nutritionnel, il faudrait encourager et soutenir les programmes d'information et d'éducation des mères en matière d'allaitement, afin que l'utilisation du biberon soit limitée et l'introduction des compléments nutritionnels soit faite au moment propice.

Pour conclure, les résultats des Enquêtes sur la population et la santé réalisées par le Ministère de la Santé au Maroc illustrent la nécessité d'accroître l'accessibilité et l'acceptabilité des services de santé préventives et d'informer davantage les différents publics cibles sur ces

questions. Les femmes et les enfants vivant en zones rurales ainsi que les mères non instruites sont particulièrement désavantagés au niveau de leur santé et de l'utilisation des services de santé. L'évolution du niveau d'instruction des femmes marocaines aura un impact certain sur la demande future en matière des services de santé préventive en général et de santé reproductive en particulier.

Les faibles niveaux d'éducation et d'instruction de la femme marocaine particulièrement dans les zones rurales sont à la fois effet et cause de leurs conditions. La scolarisation de la fille en milieu rural reste faible malgré l'ampleur des moyens consacrés à l'éducation nationale.

La fragilité du tissu économique affecte surtout les femmes en raison du chômage et des bas salaires. La participation de la femme à des postes de responsabilité, dans l'administration ou dans le privé, à l'échelle nationale ou locale reste faible. C'est surtout dans les ONG que les femmes participent à la prise de décision. La réforme de la Moudaouana a introduit des améliorations significatives sur le mariage et le divorce.

Références bibliographiques

- Ministère de la santé Publique, 1^{ère} conférence maghrébine sur la population et la planification familiale, Maroc-Avril 1993
- Ministère de la santé publique: Rapport de l'étude juridique et institutionnel sur la pratique de la planification familiale au Maroc Experdata, 1994.
- Ministère chargé de la population, CERED, La femme rurale au Maroc: Sa place, sa condition et ses potentialités, Rabat, 1995.
- ADFM, Rapport parallèle provisoire des ONG marocaines au CEDAW, 1995.
- Akherbach L. Rehaye N., (1992), *Femmes et politique*, Ed. le Fennec, Casablanca.
- Moussadeq R., (1990), *La femme et la politique*, Ed. Toubkal, Casablanca.
- AMPF, Les besoins des jeunes en matière de sexualité et de santé reproductive. Experdata/Communication, 1995.
- Association Maghrébine pour l'Etude de la Population. Journées d'étude sur le thèmes femme et développement Rabat, 1995
- Barkallil N. et Al, (1994), *Femmes et éducation, Blocages et impacts*, Ed. le Fennec, Casablanca.
- Belarbi A., (dir.) et al. Femmes et islam. Casablanca Le Fennec 1998. (Collection Approches).
- Belarbi A., (1991), *Situation de la petite fille au Maroc*, AMS-UNICEF. 117 p.
- Bourqia, R. et al., Femmes, cultures et société au Maghreb, v. I, Culture, femmes et famille, Casablanca, Afrique Orient, 1996, (2 Tomes).
- Dernouny M. « Corps croyances et institution médicale au Maroc », in Longeunesse E. (sous la dir. De). Santé, médecine et société dans le monde arabe. Paris: L'Harmattan, Maison de l'Orient Méditerranéen, 1995.
- Diamly A., « La prise en charge éducative des patients MST dans le santé publique », étude qualitative par FG. Direction de

l'épidémiologie. Ministère de la santé. En collaboration avec l'Union Européenne 1997.

- Direction de la statistique. Mesure de la condition de la femme au développement: études de type anthropologique sur les activités exercées par la femme. Rapport méthodologique, 1997.
- Droit de citoyenneté des femmes au Maghreb. La coordination socio-économique et juridique des femmes, le mouvement des femmes (ouvrages collectif). Le Fennec, 1997.
- Ministère de la santé publique. Etudes socio-anthropologique sur la panification familiale dans les provinces du Nord. Rapport National, CIPD 1994 (en arabe et français) 90 p. Pour le texte en Français.
- Ministère de la santé publique. Le premier congrès national « femmes et santé ». Résumé des intervenants. Décembre 1996
- Nations unies./FNUAP. Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement, 1994
- Nations unies, Rapport de la quatrième conférence mondiale sur la femme,Beijing,1995
- Nations Unies, Royaume du Maroc. Note de stratégie nationale. Maroc 1996-2000- Rabat février 1996
- USAID. Projet de soutien aux institutions démocratique au Maroc. Renforcement des ONG pour la démocratisation et le développement durable: enquête sue les ONG. Février 1996
- USAID/AMSED. Les filles mères dans la réalité marocaine. Etude du terrain. Décembre 1996
- UNICEF: Analyse de la situation des femmes et des enfants au Maroc 1995.
- Amélioration du statut de la femme au Maroc. Thèse de doctorat d'Etat. Aix-en-Province. Tome III; 1998.
- Moulay Rchid A., (1985), *La condition de la femme au Maroc*, Ed. de la Faculté des sciences sociales au Maroc, Rabat.
- Maroc S/M/E/R 1^{ère} Edition, 1992 Les obstacles à la ratification par le Maroc de la convention de Copenhague, in association démocratique des femmes du Maroc
- Moussadeq R., Consensus ou jeu de consensus? pour le réajustement de la pratique politique au Maroc Imprimerie El Jadida Casablanca, 1992

- Obermayer C.M., Démographic and cultural aspect of maternal health in north africa. A comparaison of Morocco and Tunisia,1992
- Société Marocaine des services Médicales. XVII^{ème} Congés Médical Maghrébin, Mai 1998 Planification familiale au Maghreb (Rapport Marocain préliminaire)
- Etude sur la ménopause au Maroc (MSP, Harvard school) 1998 (Etudes en cours)
- Etudes sur les hommes et la contraception au Maroc,MSP,1998
- AMPF. Enquête sur les opinions, attitudes et de la population masculine en matière de planification familiale.1991
- Etude sur les perception des services de santé de la reproduction au niveau de 2 provinces du Maroc Ramram F. Et Mouhsine.O PRB 1998
- Ministère de la Prévision Economique et du plan, CERED, Genre et développement: Aspects socio-démographiques et culturels de la différentiation sexuelle. 1998.

Etudes sur les services de soins

- « Référence et contre-référence » INAS,1997
- Hajii N. et Lakssir A., « Etude qualitative sur le DIU » MSP, 1996.
- Zguiouar A., « Besoins non satisfaits en PF » MSP, 1997
- Zyyoun A., « Stratégie mobile de couverture sanitaire « INAS, MSP,1995
- MSP, Alco, « Projet de partenariat pour la santé », 1996
- Ministère de la prévision économiques. Demande de soins de santé dans les provinces cibles niveau et déterminants. Programme des priorités sociales (BAJ).
- Ministère de la santé publique, Direction de la prévention et de l'Encadrement Sanitaire. La qualité des services de santé maternelle, juin 1994
- Ministre de la santé publiques, Institut national d'administration Sanitaire. Approches de la morbidité maternelles au Maroc, l'analyse des interventions obstétricales 1991.
- Société Marocaine des Sciences Médicales. La mortalité maternelle. XV^{ème} Congés Médical national (Rabat, 5 et 6 Déc. 1996)

- Center for population an family health, Faculty of Medecine. Columbia University New-York, « Programme pour la maternité sans danger: Options et problèmes ».
- Document du programme de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Guide du Programme
- Santé de la Reproduction au Maroc (CIPD + 5) Etude de cas coordonnée par «Population Référence Bureau», Washington, USA, 1998
- Programme de PF/guide de programme
- Programme de MST/SIDA: Guide du programme
- Enquête sur la disponibilité des services de santé MSP/P, 1995
- Evaluation de l'impact du programme de DIU. MSP/P, 1996
- Contribution des ménages en charges de l'hospitalisation au Maroc. Dossier population et santé. MSP, 1996

Etudes et enquêtes quantitatives

- Ministère de santé publique Enquête Nationale sur la population et la santé ENPS, 1992
- Ministère de la santé publique: Enquête Nationale Panel sur la populations et la santé 1995
- CERED. Croissance démographique et développement du monde rural. Rabat, 1995.220p.
- CERED. Populations vulnérables. profil socio-démographique et répartition spatiale. Rabat, 1997
- Résultats définitif de l'enquête national sur les niveau de vie, principaux enseignement. Mars 1992
- Premier Ministre Secrétariat d'Etat à la population, Centre d'Etudes et recherches Démographique,(CERED), 1997. Situation et Perspectives Démographiques du Maroc.
- Premier Ministre, Ministre chargé de la Population, Direction de la Statistique 1995 « Recensement général de la population et de l'Habitat de 1994 « (RGPH).Population du Maroc.
- Ministère de la Santé Publique. 1998. Résultats préliminaires de l'enquête PAPCHILD 1997. Direction de la planification et des Ressources Financières. Services des Etudes et de l'information Sanitaire.

- Ayad M. et al 1997. Transition des déterminants proches de la fécondité au Maroc. Direction de la planification et des ressources Financières. Service des Etudes et de l'Information Sanitaire. Dossier population et santé n° 6
- Enquête nationale sur les carences en fer. MSP,INAS,1995
- Etudes sur l'offre des soins obstétricaux au Maroc, INAS Faculté de Médecine 1996
- Tybet M. all, Quantity of care in family Planning services in Morocco, 1995
- Etude du focus groupe sur la perception des MST par professionnels de santé, Services de MST SIDA (Non publié)
- Les actes de l'atelier sur la santé et de la reproduction. Ministère de la famille et de l'Enfant juillet 1998
- Ministère de la santé, Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies Bulletin épidémiologique n° 28, Bilan 1996.
- Ministère de la santé: Santé en chiffres 1994.
- Ministère de la santé: en chiffres 1996.
- Répertoire de l'offre de soins Ministère de la santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières, Janvier 1996.
- Annuaire statistique au Maroc Secrétariat d'Etat à la Direction de la Statistique, 1997
- Appréciation de la qualité du diagnostic clinique du traitement et d'enregistrement des données MSP, 1997.
- Avortement provoqué dans le monde en développement: Estimations indirectes.
- Heidibart Jonston et Kenneth H. Hill, Perspectives interventionnelles sur la PF. 1996 (Numéro spécial).
- Le Royaume du Maroc et les instruments internationaux relatifs aux droits de la femme.
- Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération. Direction de la coopération multilatérale. Mars, 1997. Indicateurs socio-économiques relatifs à l'intégration de la femme au développement. Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération. Novembre 1993.

- Ministère de la Santé Publique. Projet « partenariat pour la santé » Revue secondaire. ALCO, 1996.