

***IV- SANTE EN MATIERE DE REPRODUCTION,
MORBIDITE ET MORTALITE***

APPROCHES QUALITATIVES EN SANTE REPRODUCTIVE

Mme. Hind FILALI

Introduction

La Santé Reproductive, non encore dénommée en ces termes, a depuis des décennies constitué un champ de recherche pour les politiques de santé qui se sont succédées en vue de l'amélioration de l'offre en prestations liées à ce domaine. Cette réalité peut-être cernée par une analyse de la mise en place progressive du cadre institutionnel en matière de promotion d'une politique de population¹.

En 1966, le programme de planification a été initié et si les priorités sont principalement orientées vers les politiques tendant à favoriser les pratiques contraceptives, le champ va progressivement s'élargir, à divers aspects de la santé maternelle et infantile². L'importance des productions en recherches qualitatives dans le domaine de la contraception souligne cette évolution.³

Sur un plan international la Conférence du Caire en 94, apporte une délimitation spécifique au champ de la Santé Reproductive qui bénéficie de l'adhésion du Maroc dans ses grandes lignes. Il serait donc pertinent de se montrer attentif aux contenus qui en principe tendent à initier ou à apporter des correctifs aux changements introduits par l'opérationnalisation de ce concept. D'autant que, comme il a été souvent réitéré, il s'agit d'un concept qui en quelque sorte, est encore à la

¹ POPULATION ET DEVELOPPEMENT AU MAROC. CERED. 1998. In « Droit et santé en matière de reproduction. Le programme national de planification familiale. » Pr MT Alaoui.

² SANTE DE REPRODUCTION AU MAROC in Chapitre introductif: « Perspectives globales pertinentes aux réalités marocaines ». Page 15. CERED 1998.

³ « Fiches de synthèse des enquêtes, études et recherches en matière de planification familiale au Maroc » Dr A. Abaacouche, 1998.

recherche de ses modes d'application,⁴ liés pour une large part à des éthos de pratiques et de valeurs intériorisées de manière différenciée.

L'étude de la participation à ces recherches exclura une approche globale, en termes d'évaluation ou de nature juridiques par exemple, et se limitera essentiellement à l'étude de la contribution des études dites « socioculturelles » à ces questions.

Il s'agira donc de procéder à une revue des principales productions en la matière commanditées par le ministère de la santé. Principales, car le recueil des études peut avoir subi, comme dans toute revue de littérature, une marge d'erreurs ou encore en raison de la non-disponibilité de la totalité des écrits produits sous ces conditions.

Une telle analyse de contenu, sur documents, tendra à cerner les conditions de production pour permettre une amélioration de leur intégration au niveau des politiques en matière de population. Mais il faut souligner que cette approche reste quand même partielle. Pour être complétée, cela suppose la prise en compte du type d'interactions qui sont relatives à celles établies entre professionnels d'un corps donné avec les « experts » ou « universitaires ». Sachant que ces relations s'établissent selon un contrat de nature économique dans la plupart des cas et peu importe son importance, il aurait été souhaitable d'une part de situer le mode d'identification de « l'expert », la trame de la négociation, notamment en termes de modifications apportées à l'objet de recherche tel qu'exposé par le commanditaire, aux délais accordés, et d'autre part à l'impact de ce type d'études sur les prises de décisions institutionnelles. Bien que ces questions déterminent en partie la production fournie, le but de cette revue est beaucoup plus sommaire, ne serait-ce que pour des raisons méthodologiques évidentes qui supposeraient (pour l'atteinte de tels objectifs) des entretiens approfondis avec les divers acteurs concernés.

Pour cette première étape, l'analyse se bornera au contenu explicite, à savoir la production en elle-même.

⁴ SANTE DE REPRODUCTION AU MAROC, op. cit.

Ainsi il s'agira de cerner l'adéquation des objectifs annoncés (ou questions de recherche) au contenu recueilli, de rendre compte des méthodes de recueil et d'analyse, de la nature des recommandations émises, ainsi que de soulever quelques questions de forme.

Une lecture critique, limitée à ces seuls aspects se veut cependant constructive pour une extension du pouvoir d'influence en matière de population, pouvoir relevant d'acteurs sociaux, les spécialistes en sciences sociales, dont le background épistémologique et méthodologique légitime qu'ils soient en premier lieu interpellés sur ce type de questions.

Cette délimitation du champ d'analyse étant ainsi posée, il convient à présent de se remémorer les implications théoriques que suppose le concept de Santé Reproductive. Ce rappel est important pour situer les domaines d'intervention des études socioculturelles.

Ainsi une mise en adéquation des données de terrain avec les objectifs annoncés institutionnellement en Santé Reproductive permet de cerner dans quelle mesure les études socioculturelles ont permis de « défricher » le champ, et de relever également leurs lacunes en la matière.

Comme il a été énoncé, il convient dans un premier temps de rappeler brièvement que la Santé Reproductive suppose diverses composantes, qui impliquent différentes (sinon toutes) classes d'âge, diverses pathologies.

Il convient de rappeler également que le concept se voulait novateur par sa volonté de dépasser les conceptions bio-médicales, par son approche globale en termes d'intégration et d'approche participative, de groupes vulnérables et de réduction des disparités entre milieu rural et milieu urbain, d'extension de l'offre mais également de la demande pour toutes prestations relatives à la Santé Reproductive.

Cette revue de littérature qui tente de recouvrir la production socioculturelle qui remonte à 94 n'est pas exhaustive pour les raisons

évoquées ; dans un premier temps il s'agira donc de rendre compte du contenu prospecté sous forme synthétique.

Comme attendu, il couvre un ensemble de données relatives aux représentations de la population non seulement sur l'offre en prestations mais également sur ses pratiques et aspirations en santé.

De même que ce contenu a trait aux représentations du personnel de santé et à ses attitudes, telles qu'elles émanent de l'observation, ou des déclarations du personnel, ou même de leur perception par la population.

Ce foisonnement de données sera alors soumis à une lecture critique, non pas à partir de son contenu intrinsèque (et donc selon une procédure proche de la méta analyse), mais suivant les termes annoncés plus haut, qui sont relatifs aux conditions de sa production dans le sens restreint du terme.

Cette lecture critique tentera également d'analyser les données relatives aux recommandations, catégorie particulièrement sollicitée par les institutionnels.

Enfin il s'agira à travers ces différents niveaux de contenus de faire apparaître les orientations éventuelles à un renforcement des capacités de ce corps de professionnels à valoriser leur contribution et rendre cette contribution opérationnelle dans les décisions en matière de population.

Cependant avant de procéder au compte-rendu du dépouillement de ces diverses études, il convient de situer ces représentations par rapport aux données chiffrées de comportements en santé, principalement en matière de contraception et de façon générale en terme de recours.

I- Données factuelles

Le recours est présenté, toutes pathologies confondues, par genre, par secteur (public, privé), par âge, par zone (urbaine, rurale), par registre (traditionnel, moderne).

- Selon le sexe et la zone: le taux de recours national, pour les deux sexes est 53, 35 %. Ces taux sont quasiment égaux pour les femmes et pour les hommes.

De légères différences sont notées par zones, les femmes semblent exercer un recours plus fréquent au secteur public.

- Selon l'âge et le secteur: le recours au public est plus fréquent pour les jeunes (51,3 au niveau national). Cependant en zone rurale le recours des femmes de plus de 59 ans est plus important.

- Selon le registre: les femmes recourent plus aux médecines traditionnelles que les hommes (2 fois plus), et plus en milieu rural qu'en milieu urbain.

On note des différences non notables entre sexes, la seule spécificité étant celle d'un plus grand recours au secteur public.⁵

- Selon le besoin en soins obstétricaux 42%(97) des mères ont consulté en prénatal ; 20% issues du milieu rural entame ce recours.⁶

- 43% sur le plan national accouchent en milieu surveillé, 70% proviennent du milieu urbain et 20% du milieu rural.⁷

- La même source relève un taux de mortalité maternelle de 228 pour 100000 naissances vivantes. Cela suppose une baisse de 31% par rapport aux données fournies par ENPS II, en 1992. Alors même que l'offre de services n'a pas suivi cette évolution.⁸

*** La répartition des MST/SIDA par genre**, montre que les femmes sont plus nombreuses à être touchées que les hommes (76% des

⁵ :M.N. GUEDIRA. « FEMME ET SANTE » in FEMMES ET DEVELOPPEMENT. Publication de l'Association Maghrébine pour l'Etude de la Population. Rabat, 4-5 octobre 1993. p325 à 332.

⁶ PAPCHILD 97

⁷ ibid.

⁸ POPULATION ET DEVELOPPEMENT AU MAROC. CERED. 1998 in « La santé maternelle »A. Laabid. R. Belouali.

cas en 97) par les MST, alors que les hommes continuent à être les plus atteints par le SIDA, 71 % en 97.⁹

La prédominance de la transmission selon le mode hétérosexuel (61% des cas), ainsi que l'importance de l'incidence des MST sont relevés comme facteurs aggravant la propagation du SIDA.¹⁰

* **Le taux de prévalence contraceptive** est d'environ 59% à l'échelon nationale (97); alors que 10 années auparavant ce taux n'atteignait pas les 36%; de même que sur la même période l'ISF est passé de 4,8 à 3,1.

Cependant les disparités entre milieu urbain et milieu rural subsistent: 66% en urbain pour 52% environ en milieu rural, de même que les extrêmes se situent à 40 et 72%.¹¹

* **Le mode de décision** montre que 11% de l'entourage désapprouve les méthodes contraceptives, dont 6% en urbain et 15% en milieu rural.

Toujours selon la même source pour 86,7%, la décision en matière contraceptive se prend au sein du couple, 9% des femmes prennent seules ce type de décision, pour 2% des maris, ces résultats concernant toutes catégories de femmes quelque soit leur degré d'instruction. L'auteur qui rapporte ces constats conclut au peu de poids de la décision de l'homme sur la décision de recours à la contraception. La discontinuité d'utilisation trouverait ainsi ses sources dans « les effets secondaires, les problèmes de santé, l'absence du mari et la fréquence faible des rapports sexuels,.. ».¹²

⁹ EVALUATION DU PROGRAMME National de Lutte Contre les MST-SIDA, 1997,MS.

¹⁰ POPULATION ET DEVELOPPEMENT AU MAROC. CERED. 1998 in « Les maladies sexuellement transmissibles, sexualité et relation entre les sexes. » S. Choujaa Jroni.

¹¹ PAPCHILD 97.

¹² « Genre et développement. aspects socio-démographiques et culturels de la différenciation sexuelle. » CERED 1998.p 170.

II- Les représentations

L'intérêt de procéder à une meilleure connaissance des représentations (et donc des pratiques) de toute cible de prestations de services est validée par le fait que ces représentations « ne prennent pas place dans un vide culturel mais au contraire sont activement interprétées par les personnes qu'elles touchent, et que tous les comportements dans ce domaine sont influencés par les notions de genre ainsi que par le système de valeurs qui prévaut dans le contexte local. »¹³

En termes de messages institutionnels pour inciter à telle ou telle pratique ou comportement santé, ce travail de nécessaire réinterprétation, effectué par tout destinataire, doit faire l'objet d'un décryptage, tâche effectuée par les chercheurs lorsqu'ils tentent de rendre compte des représentations élaborées.

Ce travail doit en principe permettre un réajustement des messages en termes d'actions préventives et de stratégies de proximité.

Il permet aussi d'explicitier aux professionnels de santé les démarches qui leur paraissent, de façon phénoménologique, irrationnelles. La méthodologie qui consiste à retracer le cheminement en termes de quêtes de soins, « les itinéraires thérapeutiques » constituent l'instrument privilégié « pour aider à mieux comprendre les logiques des patients vis-à-vis des institutions sanitaires et évite les interprétations univoques basées sur les seules logiques institutionnelles, soit sur les seules représentations médicales. »¹⁴

Ainsi lorsque « le rationnel populationnel » émerge il devrait en principe se produire un correctif au niveau de l'offre de soin pour réaliser un moindre coût en santé tant au niveau des professionnels que pour la population. Plus encore des actions de promotion de la santé peuvent sur cette base être engagées et permettre d'approcher la finalité réitérée

¹³ SANTE DE REPRODUCTION, op. cit. page32.

¹⁴ ANTHROPOLOGIE ET SANTE PUBLIQUE EN PAYS DOGON. Thierry Berche. Editions karthala, 1998.p.32.

dans toute demande des commanditaires, à savoir « l'amélioration des conditions de santé de la population. »

Les chercheurs concernés n'ont pas failli à ce type de méthodologie, propre à la prospection qualitative qui se veut une « déconstruction de l'objet », « de l'intérieur », pour tenter de rendre compte du rationnel inhérent aux pratiques des acteurs concernés. Certains chercheurs n'ont pas hésité à affirmer que là réside l'essentiel de leur démarche, en tant que « porte-parole » de la population.

Les instruments méthodologiques sont donc principalement le focus group et les entretiens semi-directifs, tant auprès de la population que des professionnels de santé.

Les domaines prospectés soulèvent des questions relatives à l'acceptabilité des services, aux mécanismes qui régissent l'utilisation des services, aux relations inter structures, à la communication personnel de santé/patient.

Cependant il conviendrait de procéder à une grille de lecture du recueil de ces données selon les paramètres théoriques, en matière d'offre de soins, inhérents au concept Santé Reproductive, essentiellement donc en termes d' « intégration » et de « qualité de la communication professionnels de santé/ population. »

III- Les caractéristiques dominantes du cheminement

Elles se présentent comme suit :

- *Les recours sont de nature multiples, successifs ou concomitants :*

Les auteurs relient ces recours aux registres tant traditionnels que celui qui prévaut dans le mode dominant. Les stratégies pour l'obtention d'un maximum d'efficacité thérapeutique, selon les ressources économiques et le mode de valeurs prônées, poussent le patient en situation de sickness (reconnu comme ayant acquis le statut de malade) à entamer des recours auprès de thérapeutes traditionnels (en général le fquih, la guérisseuse), mais aussi auprès du thérapeute professionnel tant

au niveau du secteur public, que privé, du pharmacien, du para -médical ou du médical.

L'analyse insiste alors sur un calcul tant pragmatique que culturellement assigné, comme étant sous-jacent aux stratégies de recours. La qualité de l'offre, notamment dans ses aspects interactionnels avec le personnel de santé structure également les choix de recours, suscitant des modes préférentiels ou au contraire d'évitement ainsi que des mobilisations de ressources auprès de réseaux traditionnels ou ceux façonnés par les nouvelles composantes de la sociabilité (solidarité familiale, de voisinage, crédits auprès de diverses sources dont le pharmacien.)

- *Les recours sont tributaires de la contingence de la situation :*

Les zones urbaines ou rurales ne semblent pas transparaitre dans ces écrits comme caractérisées par une empreinte plus ou moins marquée par le système patrilinéaire, assignant un statut/ rôle à la femme de façon unilatérale, sur le mode, par exemple, plus accentué en zone rurale, en ce qui concerne ces aspects.

La plupart des études ont tenté de toucher les divers profils selon les catégories d'âge, de sexe, de milieu de résidence. Le fait que ces chercheurs n'aient pas tenté de catégoriser les représentations selon ces profils tient à l'argument principal selon lequel une recherche de type qualitatif ne tend pas à la généralisation, extrapolation ou représentativité des données qu'elle est en mesure de faire émerger.

Ces recherches ne peuvent donc faire état de recours préférentiel pour telle ou telle catégorie au sein de ménages.

Par contre une typologie des attitudes est souvent esquissée dans la mesure ou les précautions de validations méthodologiques d'usage en recherche qualitative ont été observées, telles la méthode de saturation, le choix raisonné dans la constitution de l'échantillon, le recoupement des données par triangulation.

La validité de contenu est alors assurée, sans cependant permettre l'octroi d'un droit d'extrapolation. D'autant que le chercheur qualitatif cherche une toute autre finalité, à savoir, faire émerger la structuration des processus complexes, selon une démarche en profondeur, compréhensive, et non selon une démarche strictement factuelle, d'ordre plutôt démographique.

- *Les recours sont tributaires des interrelations entre services. :*

Le symptôme aggravé par les retards, les délais de recours prolongés font partie des discours de stigmatisation des comportements considérés comme hors normes par le personnel de santé. Cette stigmatisation peut désigner le recours à une structure éloignée de la structure de proximité, de même qu'un certain nombre d'attitudes résumées dans l'expression « refus de compliance » (i.e refus de suivre les injonctions du personnel de santé).

Ainsi les zones d'incompréhension entre usagers et prestataires s'étendent. Face à cela le chercheur qualitatif, par le biais des représentations décryptées, essaye de re situer (restituer) les logiques des comportements de part et d'autre de l'interaction.

Pour le professionnel de santé, le système de santé est structuré en niveaux de recours hiérarchisés, spécialisés, à vocation intrinsèque. Pour cet acteur, le patient doit donc suivre un parcours donné, tracé en quelque sorte, qui se traduit par un système de référence, et dans le meilleur des cas de contre- référence. Pour le patient les structures ne sont pas non aussi nettement catégorisées, ni même supposées établir des liens entre elles ; il est en situation de recherche d'efficacité thérapeutique, en fait d'efficience, qui permettra une économie en termes de coût social. Sa référence ne sera donc pas celle désignée par le système (à supposer que les messages soient clairs à ce niveau) mais celle qui lui permettra un moindre coût en termes de transports, de prise en charge sans délais excessifs (par rapport à ses capacités à y faire face). Ceci permet de mieux appréhender les questions de cloisonnement des

services et de leurs effets pervers à savoir, l'automédication et le recours initial aux pharmaciens prennent sens.

Le recueil des données relatives aux représentations rend explicite les conduites de non-adhésion aux discours des professionnels. De même qu'à partir du discours des professionnels, en miroir avec celui de la population, une dynamique des interactions peut être retracée. D'autant que cette dynamique est située dans un contexte professionnel, décrit par rapport aux conditions qu'il offre par rapport aux missions assignées à tout rôle professionnel.¹⁵

Les différentes composantes, requis et pré-requis de la qualité l'offre, en structure professionnelle, ne peuvent alors qu'être soumises à l'analyse.

IV- Contraception et comportement sexuel

Les interviewés ont été amenés à apprécier les produits contraceptifs, dont ils ont fait usage, dont ils ont entendu parler ou qu'ils comptent adopter.

Toutes les méthodes contraceptives offertes par le système public semblent connues des interviewés ; à celles-ci s'ajoutent les méthodes traditionnelles, ainsi que la méthode des comptes.

Les effets secondaires ont été évoqués mais ce recueil a pu dépasser une simple évaluation des qualités intrinsèques du produit, dans la mesure où il a pu situer cette utilisation par rapport au contexte global.

Ainsi ont été appréciées les conditions de prestations, l'intégration de cette démarche contraceptive selon les contextes d'appartenance des sujets et selon la nature des méthodes.

Si l'importance de certains déterminants a pu être notée, il semble que les analystes se soient surtout attachés à souligner les processus

¹⁵ « Identification des conditions d'amélioration de la référence/ contre- référence dans le district de santé. Changement de comportement des professionnels de santé » H. Filali. MS. INAS. 1997.

d'appropriation de ces pratiques, en soulignant le poids des facteurs de résistances.

En ce qui concerne le premier point, à savoir les conditions de prestation, on peut noter que ce volet d'offres est le moins critiqué; que le personnel est apprécié. D'autant que ce constat a été émis dans les régions Centre Nord où se manifestent les discours les moins tolérants par rapport à ces questions comme le relèvent la même étude sur le sujet¹⁶. Cependant si les interactions avec le personnel ne sont pas mises en cause, la frustration est d'autant plus exprimée par rapport aux lacunes en matière de proximité. Ainsi même par rapport à la ligature de trompes, estimée comme soulevant des résistances affirmées, une analyse a pu relever ce type de demande, à savoir en faciliter la disponibilité malgré l'éloignement. La ligature de trompes est dite attractive mais se heurterait à l'éloignement, aux refus du mari, à son irréversibilité.¹⁷

Le second point, à savoir l'intégration du comportement contraceptif dans les pratiques, offre un tableau variable selon les contextes. Cependant une adhésion aux méthodes contraceptives est dite désormais du domaine de l'acquis; une étude plus récente vient à confirmer ce constat dans les zones Nord, bien que ce soit toujours dans ce contexte que les pratiques traditionnelles soient encore réifiées¹⁸. Les résistances y sont surtout d'ordre religieux, bien que l'auteur suggère que ce type de résistances puisse relever également des stratégies féminines contre le divorce.

Une autre étude, menée en 96 vient confirmer ces nuances par le constat d'une résistance au DU dans cette région Nord¹⁹.

¹⁶ « Etude des pratiques sociales et de l'acceptabilité des services de santé materno-infantile et de PF ». F. Navez- Bouchanine. Août 94. Etude réalisée avec le soutien du FNUAP

¹⁷ « Les maladies sexuellement transmissibles au Maroc. Constructions sociales et comportements thérapeutiques. » Recherche d'intervention ciblée. Pr A. Dialmy, L. Manhard. Jul. 97. MSP AIDS CAP- UNIVERSITY OF WASHINGTON

¹⁸ *ibid*

¹⁹ IHEEM/MSP 1996

Pour les facteurs favorisant les pratiques contraceptives, l'auteur note que la croyance en une contraception par allaitement se fait de plus en plus rare.

L'importance du facteur « éducation » a été soulignée par divers auteurs. L'un d'entre eux s'exprime en ces termes: « au même âge (18 ans), les jeunes filles rurales non scolarisées reproduisent le même comportement que les mères, les mêmes représentations sur la PF. »²⁰

La vision « la plus globale et la plus précise », en matière de connaissances sur les diverses méthodes contraceptives, se retrouverait chez les jeunes célibataires. L'auteur attribue cet output « au travail effectué par l'école autour de ces questions sur les dernières années »²¹

Le comportement contraceptif semble fortement déterminé par la nature de la méthode proposée ; ainsi l'utilisation du condom est encore perçue comme hors normes, non intégrée dans le quotidien. De même, il a été noté une absence de suivi lorsque la femme opte pour le stérilet. En milieu rural, il est perçu comme contraignant. L'auteur note que bien qu'il constitue la seconde méthode de recours il est fortement associé aux effets secondaires.²²

Certains relèvent que les utilisatrices semblent relier l'efficacité du contraceptif à divers éléments, à savoir

- La source d'approvisionnement où le secteur privé, en l'occurrence, s'avérerait plus fiable.
- Le renforcement par des aliments nutritifs, lorsqu'il s'agit de la prise de pilules.

Comme le souligne un auteur, la dénomination même du contraceptif, « selk » pour le DIU peut engendrer de l'appréhension.²³

²⁰ ibid

²¹21 « LES HOMMES ET LA PLANIFICATION FAMILIALE AU MAROC. DU COTE DES « OUBLIES ». » A Akhchichine. MSP/ USAID. OCT.98.

²² ibid

²³ ibid

Le choix des méthodes ne semble donc pas faire ressortir les processus de mode décision, bien que l'implication des maris fasse partie des recommandations d'usage. En fait la plupart des recueils semblent s'attacher aux sensibilités exprimées par rapport aux diverses méthodes, aux raisons invoquées pour justifier l'adhérence ou le refus.

Le recours au secteur public pour IST est dominant par rapport au recours au privé, bien que la perception à ce niveau soit valorisée. L'ambivalence réside dans le fait que le secteur public, est perçu à la fois comme un lieu de corruption mais également de services. Cependant par rapport à ces questions l'automédication est semble-t-il largement pratiquée; les raisons invoquées réfèrent à la contrainte d'accessibilité (dans toutes les acceptions du terme).

Pour certains sites l'expression « contamination massive » a néanmoins été usitée, les IST représentant 1/3 des 70% des consultations.

Le prototype d'utilisateur est incarné par celui de la femme démunie qui a recours aux structures publiques, pour motif de « leucorrhée » sans qu'elle soit en mesure d'établir un lien entre ce symptôme et les IST.

En secteur public, cette étude menée en 97 fait apparaître que les examens de laboratoire sont rarement prescrits. Le personnel invoque, en agissant de la sorte, la nécessité de ne pas induire un abandon du traitement²⁴

Selon la même étude les patients IST feraient l'objet d'une perception négative (réprobation) ou de pitié (discrimination positive) de la part du personnel de santé.

En matière de comportement sexuel, les différents auteurs ont tenté de dépasser les questions liées aux simples aspects de la prise en charge des pathologies sexuelles et ont tenté de démontrer que tout comportement en matière de prévention ou de recherche de soins

²⁴ Etude Dialmy, op.cit

curatifs est liée à la construction sociale forgée sur ces questions, et qui est plurielle selon le cadre de référence dont elle émane et les aspirations vers lesquelles elle tend.

L'information relative aux IST reste non recherchée bien que souhaitée, principalement par le genre masculin du fait que les jeunes filles semblent ne pas assumer ces aspects mais les subir.²⁵

L'évaluation des informations détenues dans une zone urbaine, par un groupe d'ouvrières démontre cependant que les différentes IST sont connues, que la propagation du Sida est perçue comme résultant de rapports hétérosexuels non protégés. De plus pour ces pathologies, 19,3% de cette population de femmes se sont déclarées exposées.²⁶

En milieu socio-économique moyen, une étude menée auprès de jeunes âgés de 15 à 25 ans montre que 88% d'entre eux ne considèrent plus la sexualité comme un sujet tabou. Cependant la représentation mutuelle entre genres reste négative. De plus, en cas de problème sexuels, 73% d'entre eux ne recherchent pas l'assistance familiale. Les auteurs relèvent qu'il existe une demande réelle en matière de prévention.²⁷

La taxinomie courante s'appuie sur la notion de « berd », notion considérée par les analystes comme une notion « écran », qui entretient le tabou sur les IST. La notion de « sida » vient cependant structurer également cette perception et supplante ainsi la notion de « nouar ». Pour l'analyste, cette structuration en deux grandes catégories exerce des fonctions spécifiques ; ainsi la notion de « berd » permettrait une sorte de déculpabilisation, alors même que la découverte d'une MST

²⁵ *ibid*

²⁶ « Evaluation d'une stratégie d'éducation sanitaire pour les femmes employées dans le secteur de l'industrie des produits de mer (Agadir) » MSP. ALCO/JSI. Oct.95.

²⁷ « Le besoin des jeunes en matière de sexualité et de santé reproductive. » EXPERDATA/AMPF 1995.

déclencherait la peur et la recherche de soins, aux prix de stratégies non avouées dans certains cas.²⁸

Sur le plan du comportement sexuel, il a été noté un effet de la migration sur ces questions, en ce sens que l'information détenue en la matière s'accroît avec la migration. Une étude comparative dans ce domaine, démontre le degré de différence dans les connaissances acquises entre les deux catégories migrants- non migrants.²⁹

En matière de demande de prise en charge pour IST (infections sexuellement transmissibles), le contenu opérationnalisable est rendu explicite surtout en termes de recommandations.

V- Soins obstétricaux

En matière d'accouchement les pratiques traditionnelles restent très prégnantes. Les études socioculturelles sont très prolixes sur ces aspects et nous offrent une palette descriptive très large sur ce plan. Ces aspects sont, avant même la période de grossesse, illustrés par les pratiques rituelles menées pour pallier l'infécondité.

L'accouchement à domicile, assistée par qabla, en position accroupie, reste dominant en milieu rural.

L'étude sur ce type de représentations s'effectue de façon simultanée avec un recueil relatif aux représentations sur la qualité des soins en milieu « surveillé », recueil qui laisse apparaître des perceptions à dominantes négatives³⁰.

Dans un tel cadre, l'accouchement à l'hôpital qui se produit en cas d'évacuation, est synonyme de « malheur ».³¹ Cependant la surveillance de la grossesse, de même que l'accouchement en milieu surveillé tendent

²⁸ Dialmy A.(97). op cit

²⁹ Cette étude compare deux sous-échantillon (migrants, non migrants) de 181 hommes. In « Sexualité, émigration et SIDA au Maroc » (A. Dialmy) in « Emigration et Identité », Faculté de lettres, Fés 1995.

³⁰« La gestion socioculturelle de la complication obstétricale . Pr. A. Dialmy. MS/USAID. 1999.

³¹ F. Navez- Bouchanine. 94 op.cit.

à être représentés de façon moins négative, puisque entrevus comme porteurs d'une diminution du risque.³²

Les obstacles de recours avancés sont de nature variable, ils ont trait à la non-féminisation du personnel, aux conditions matérielles, etc.. Par exemple l'étude de Bouchanine et al fait état de l'inadéquation des lieux (table dure et froide), de l'inadéquation de la position (allongée alors que traditionnellement cet acte se produit en position assise), de l'inadéquation de la communication (violence et corruption)³³

Un autre type d'obstacle est inhérent à la méconnaissance et à l'interprétation biaisée des symptômes de risque.³⁴

Dans un tel contexte de difficulté d'accessibilité économique et symbolique, le processus global de la grossesse est considéré comme naturel et ne nécessite donc pas une démarche de suivi en milieu surveillé.

Cependant la période de fin de grossesse peut susciter une démarche de recours pour connaître la position ou pour se protéger (fquih), afin d'assurer un accouchement à domicile dans de bonnes conditions. Cette démarche n'est donc pas entamée en vue d'une recherche d'efficacité biomédicale.³⁵

La prise en charge en matière de suivi des nourrissons à ce niveau est perçue de façon positive. Ainsi le vaccin anti-rougeole est lié au recul de la mortalité infantile. Cette perception se révèle d'autant plus à prendre en considération que les nouveaux-nés sont représentés comme cibles de forces occultes et sont donc préférentiellement traités au niveau traditionnel.

Cependant si une attention est accordée aux nourrissons en suite de couches, la même étude qui relève cette stratégie fait état

³² La gestion socioculturelle de la complication obstétricale ,op. cit.

³³ F. Navez- Bouchanine. 94 op.cit.

³⁴ Dialmy (99)op.cit

³⁵ F. Navez- Bouchanine. 94 op.cit.

parallèlement d'une absence d'information sur la nécessité de consulter en post natal.³⁶

VI- Les recommandations

En règle générale les recommandations s'annoncent dans le sens d'un accroissement de l'action préventive, d'éradication de la corruption, de l'amélioration de la communication prestataire/ patient, de l'amélioration des différents aspects de la qualité de l'offre, de décloisonnement des structures, de leur féminisation, et en règle générale de la réduction du coût social de diverses façons.

Toujours dans des termes généraux, il a été souligné (ou encore en ne mettant pas le focus sur ce paradigme) qu'il ne faudrait pas incriminer le « blocage culturel », autant qu'une insuffisance de promotion du monde rural³⁷ qui transformerait « la tradition en refuge ».³⁸

Sur un autre plan, il a été recommandé de tenir compte dans l'élaboration des prises de décisions institutionnelles de la non-fiabilité des catégories « utilisatrices », « non-utilisatrices » : une utilisatrice pouvant se transformer en non utilisatrice et inversement. D'autant que la variable « scolarisation »³⁹, reste plus pertinente à utiliser pour tenter d'élucider les comportements en matière de santé.

L'impératif linguistique et la mise en œuvre d'une stratégie décisionnelle spécifique aux sites enclavés, constituent également des recommandations réitérées, pour des prestations de nature diverse.

VII- Contraception et prévention des IST

L'accent est mis sur la nécessité de restaurer la confiance dans le système de santé.

³⁶ ibid

³⁷ IHEM/ MSP96op.cit

³⁸ Dialmy (99)op.cit

³⁹ SANTE DE REPRODUCTION AU MAROC. Op.cit.

Si ce contenu est plus ou moins exprimé tout au long des diverses productions, il est formulé en termes explicites au niveau d'une étude consacrée à la prospection des attitudes des hommes face à la planification familiale. ⁴⁰Sachant par ailleurs que cette étude en soi est produite pour tenter de répondre à la recommandation de cibler les maris⁴¹, il se produit lors de cette approche une sorte de transformation de l'appréhension de l'analyste pour son objet de recherche dans la mesure où son terrain lui révèle que la nature du problème est autre, qu'elle ne réside pas dans une résistance de la part des tenants du pouvoir économique et symbolique au sein des ménages mais que ces réticences sont imputables à la qualité de l'offre, à la nature de la communication instaurée entre prestataires et usagers ou usagers potentiels.

Par ailleurs outre la catégorie « maris », d'autres cibles sont désignées comme devant constituer les éléments « relais » d'une approche IEC tels les instituteurs⁴², les imams,⁴³ les pharmaciens⁴⁴, les vendeurs⁴⁵, les professionnels de santé⁴⁶, les accoucheuses professionnelles⁴⁷...

Les approches socioculturelles dans le domaine de la contraception en particulier sont perçues désormais comme de plus en plus nombreuses et leur impact est perçu essentiellement comme « dorénavant décisif sur l'amélioration de la qualité des activités et des recherches dans le domaine de l'IEC. »⁴⁸

⁴⁰ AKHCHICHINE.98 Op. cit.

⁴¹ IHEEM/ MSP 96 recommandation particulière pour Chefchaouen et pour les sites au niveau rural, couverts par l'étude AMPF 91.

⁴² IHEEM/96

⁴³ ibid

⁴⁴ Etude Dialmy (97), op. cit les considère comme sous-informés.

⁴⁵ ibid

⁴⁶ ibid

⁴⁷ « La gestion socioculturelle de la complication obstétricale » (99)

⁴⁸ POPULATION ET DEVELOPPEMENT. CERED. 1998. In Chapitre « Liens réciproques entre population et développement au miroir de la recherche : état des lieux. »A. Ezzine .Page 440.

L'idée sous-jacente demeurant qu'une approche éducative, pédagogique est susceptible d'engendrer une optimisation des capacités professionnelles et induire de la sorte une plus grande attractivité des services de santé, plus précisément celle des services ambulatoires, préventifs. Or il apparaît à ce niveau une sorte d'ambiguïté dans ce type d'approches dans la mesure où il émane d'analystes qui en principe saisissent le rationnel sous-jacent aux pratiques en santé. Toute l'analyse qui en général précède ce type de recommandations sert en effet à démontrer que la population élabore ses recours sur la base non à partir d'une sous information par rapport à l'existence d'offres de service mais par « nécessités » sociales, économiques, symboliques, qui en quelque sorte ne leur permettent pas de cheminer dans le système de santé selon le schéma tracé sur un plan institutionnel, ce qui explique par exemple le court circuitage des structures du premier échelon. Ce n'est donc pas par ignorance quant à l'existence de ces structures mais par stratégies en termes de réduction du coût social et des délais d'attentes que les recours sont de la sorte entamés. Lorsque les analystes prônent des actions pédagogiques, les leçons tirées du terrain semblent alors déviées de leur principal apport, à savoir permettre la prospection de nouvelles pistes de recherche.

Une autre ambiguïté, en termes d'IEC réfère à sa fonction d'encourager le recours à des structures qui ne garantissent pas des soins de qualité. Ce qui pourrait contribuer, paradoxalement, à étendre la gamme des besoins insatisfaits au lieu de les réduire.⁴⁹

En plus de l'approche cible « relais » et des recommandations en termes d'attitudes en situation interactionnelle (empathie, préservation de l'intimité lors des consultations) la typologie établie laisse apparaître une troisième catégorie de recommandations, celle liée aux qualités et contenus que devraient comporter les messages. Ainsi il est préconisé :

- d'accorder une attention particulière aux effets secondaires d'autant qu'en matière de contraception un déficit en

⁴⁹ « La gestion socioculturelle de la complication obstétricale » (99)

informations de ce type est susceptible de se traduire en accroissement du taux de grossesses non désirées.⁵⁰

- de tenir compte dans les messages préventifs «des images, craintes et rumeurs» qui construisent les pratiques⁵¹; ceci s'appliquant également aux messages destinés à réguler les comportements sexuels.

Une autre catégorie de recommandations a trait à l'extension de la couverture, dans ces domaines. Ainsi il conviendrait d'inciter les équipes mobiles à dépasser leurs pratiques partielles sur cette question. D'autant que les itinérants et les équipes mobiles sont perçus comme procédant à la distribution de plaquettes, sans fournir d'explications.

Une autre conception de l'extension de la couverture est relative aux minimisations de coûts des traitements IST, qui souvent semblent constituer un frein pour une prise en charge adéquate et exclurait le traitement destiné au conjoint.⁵²

Dans le même sens, les messages doivent davantage être focalisés sur les groupes cibles vulnérables.⁵³

En termes de communications de masse outre celles liée aux messages, il a été recommandé de prospecter et d'informer sur la question PF et Islam.

Grossesses à risque avortements

- Les recommandations sur ces plans soulignent la nécessité des équipements dont les structures sanitaires doivent être dotées pour faire face aux situations d'urgence obstétricales. Ces équipements englobent

⁵⁰SANTE REPRODUCTIVE AU MAROC , op ;.cit.

⁵¹ ibid

⁵² Dialmy, op.cit.

⁵³ les mères allaitantes, les moussems. Ibid.

les moyens d'évacuation. Pour la même finalité il est également appelé à procéder aux édifications en infrastructures routières.⁵⁴

La prévention en termes de reconnaissances des signes de risque obstétrical a également fait partie des recommandations d'usage, afin de dissuader, dans de telles conditions l'accouchement à domicile. Comme le souligne un auteur, il s'agit au préalable pour ces stratégies de prévention de saisir le sens accordé aux notions de risque.⁵⁵

Un autre type de recommandations concerne la réorganisation des services; il s'agirait ainsi de séparer les services d'accouchement des services d'admission.⁵⁶ La simple observation de terrains permet de faire ce constat d'amalgame d'unités à vocations différentes. Dans un tel cas de figure la parturiente consultante peut se retrouver en témoin obligé de femmes en situation d'accouchement. Il s'agit donc de séparer les lieux d'examen clinique des lieux d'accouchement.

Une troisième catégorie de recommandations dans ce domaine a trait à l'optimisation des conditions empathiques, en termes de confort (éviter les tables « dures et froides », assurer l'eau chaude et le chauffage), mais également en effort de reconnaissance et d'acceptation de la part des prestataires des pratiques usuelles obstétricales, telle la pratique des accouchements en position assise.^{57/58}

VIII- Evaluation critique

Avant de procéder à la lecture critique des données produites par les études socioculturelles, il faudrait d'abord préciser l'importance d'une telle production qui au delà des approches quantitatives cherche à

⁵⁴ Rapport US du Conseil National de la Recherche (97), cité par Santé de la reproduction au Maroc, op.cit.

⁵⁵ Santé de la reproduction au Maroc, op.cit.

⁵⁶ Il s'agit de résultats d'une étude en cours, pluridisciplinaire, sur des audits « near miss », relatifs à la morbidité maternelle. Cette étude, en collaboration avec la London School , implique au niveau du Ministère de la Santé, l'INAS et les délégations de Sidi Kacem et de Tétouan.

⁵⁷ Bouchanine 94 op cit.

⁵⁸ Dialmy (99), op. cit.

donner du sens, à rendre signifiants et compréhensibles les pratiques en santé. Toutefois il reste à regretter la relative rareté de cette production, d'autant qu'en santé publique, les prospections relatives aux diversités contextuelles sont à même de générer une action plus percutante dans la mesure où elles permettent de faire émerger des besoins ciblés.

Par ailleurs, la production ici répertoriée et analysée révèle que les principes régulateurs en santé reproductive n'ont pas précisément guidé les promoteurs de ces recherches, il ne s'agit pas de recherches évaluatives sur la question.⁵⁹ De par leur formation en sciences humaines les chercheurs rejoignent cependant ce type de paradigme, bâti principalement sur la globalité de la prise en charge.

De même que le principe implicitement entendu en santé reproductive selon lequel cette approche serait en mesure de permettre une rationalisation des soins⁶⁰ ne semble pas correspondre aux objectifs que les chercheurs qualitatifs mobilisés pendant cette période (depuis l'adoption par le Maroc des principes défendus par la Conférence du Caire en 94) se sont assignés.

Cette lecture critique se propose de procéder à l'examen des méthodologies de recueil et d'analyse, des recommandations émises, des contenus bibliographiques, autant dans leurs aspects de fond que dans leurs contours de forme.

Ce repérage opéré selon la grille inhérente aux soubassements méthodologiques qualitatifs devrait permettre une contribution mieux adaptée de ce type d'analyse aux besoins exprimés ou latents en santé reproductive.

⁵⁹ Une évaluation de ces aspects s'est initiée avec la participation d'une équipe pluridisciplinaire. Confère : « Intégrations des activités de santé reproductive dans les centres de santé. Evaluation de l'expérience de la wilaya de Marrakech et de la province d'El Kelaa. » Dr A. Laâbid. Dr M. Lardi. H.Filali MS INAS novembre 1999.

⁶⁰ Santé de la reproduction au Maroc, op.cit.p.18.

Auparavant, afin d'opérer au mieux ce type d'analyse, il convient de cerner quelques aspects liés au contexte préalable à toute étude de ce type.

*** L'implication dans une étude.**

En premier lieu cette contribution devrait non seulement répondre aux demandes exprimées par les commanditaires, mais en les réévaluant, en les réajustant par rapport à des préoccupations qui ne se réduiraient pas à des besoins fonctionnels de service ou améliorations des indicateurs de performance.

A ce niveau également le chercheur qualitatif se doit, de part les concepts intériorisés en matière de pratiques et de changements sociaux d'être à même de cerner les questions de recherche selon une perspective globale.

Outre cette nécessaire réévaluation des demandes émanant de professionnels de santé, l'initiation des champs de recherches devrait relever de leurs préoccupations premières ; mais pour que cela se produise il faudrait encore que le chercheur sollicité soit impliqué dans les phases initiales d'un projet. Or il semble que ce soit l'inverse qui se produise.⁶¹

Cette position deviendrait légitimée et renforcée s'il se produisait une multiplication de rencontres autour de questions de recherches précises susceptibles d'interpeller les professionnels de santé, dont les plates-formes seraient constituées par des colloques, conférences/débats, parutions scientifiques, etc..⁶²

⁶¹ ANTHROPOLOGIE ET SANTE PUBLIQUE EN PAYS DOGON. Op.cit. Page 86 à 88, l'auteur retrace les conditions de productions des besoins ressentis et évoque la notion d' « oubli anthropologique » pour souligner l'analyse effectuée par les seuls professionnels de santé, à visée éducative.

⁶² L'initiative de susciter une rencontre pluridisciplinaire autour de thèmes relatifs au champ Santé Reproductive s'inscrit dans ce type de dynamisation de la recherche (rencontre initiée par le LIDESP et l'association AMADES prévue à Fès en décembre 99.)

La prospection d'une question de recherche donnée devrait en principe mobiliser une équipe pluridisciplinaire et non un spécialiste dans une branche spécifique, la réalité sociologique présentant de multiples facettes qui dépassent en principe les compétences du seul spécialiste sollicité.

Les contributions conjuguées de l'économiste, du géographe, du démographe,... induiraient une approche plus précise de la question à prospecter.⁶³

*** Les méthodologies de recueil**

Les méthodologies de recueil semblent présenter des lacunes en termes de triangulation des sources : focus group et entretiens de face à face peuvent certes figurer comme techniques utilisées, mais elles le sont de telle manière, qu'elles ne répondent pas à l'impératif de triangulation à savoir le recoupement des données. Elles restent utilisées pour les commodités pratiques qu'elles présentent en gain de temps et de ressources. Les catégories qu'elles prospectent tant sur le plan cognitif que des cibles qu'elles mobilisent permettent certes l'avantage de compléter les données, mais nullement leur recoupement.

Inversement la seconde condition de la triangulation, à savoir la diversification de la source n'est pas respectée : par exemple le chercheur se propose de saisir l'attitude d'un groupe cible par rapport à telle pratique, l'interview se centrera alors uniquement sur ce groupe, sans tenter de recueillir les données auprès d'une source différente. Or celle-ci s'avérerait plus « parlante » pour décrypter les attitudes que le chercheur tente de saisir ; d'autant que le discours qui évalue les pratiques présente un biais certain, celui de la rationalisation.

Par ailleurs le travail de déconstruction se doit de saisir les stratégies qui émanent des sources qui modèlent les statuts rôles à analyser.

⁶³Santé de la reproduction au Maroc, op.cit

En fait les conditions d'urgence de la production semblent inférer considérablement sur toute les précautions visant à garantir une validité de contenu; or en termes de recherche qualitative cette validité seule est à même de permettre une production acceptable.

Les biais de recueil sont également apparents lorsque l'équipe mobilisée pour procéder aux entretiens fait partie du corps des professionnels de santé : l'orientation des discours, dans les deux sens, ne peut alors que s'en ressentir.

Dans le même ordre de biais, lorsque les lieux où se déroulent précisément les entretiens ne sont pas indiqués, il convient de se demander si là encore le chercheur n'a pas cédé à l'urgence, à la facilité en procédant à des recueils sur les lieux de services sanitaires.

De même, lorsque les entretiens se déroulent à domicile, si là encore, le repère des adresses individuelles, qui certes est souvent épineux, n'a pas été facilité par les bons services d'un membre du personnel de santé notoirement connu dans le site en question...

*** L'analyse des données**

Chaque production semble être pionnière en la matière; il n'y a pas de références à des travaux similaires, ni de comparaisons inter sites. Cependant même si la production est souvent quasi inexistante, la littérature grise et d'autre part la comparaison possible avec des sites extra- nationaux qui présentent des similitudes contextuelles, permettraient d'amorcer une revue de la littérature sur la question.

Le processus de capitalisation de la recherche ne semble donc pas se produire et sur ce plan, outre les conditions d'urgences assignées à la production, il serait pertinent de saisir les facteurs qui empêchent ce type de démarche, pourtant indispensable à l'investissement d'un champ de recherches.

Une hypothèse pourrait avoir trait à l'absence de publication et de diffusion de ces études.

Sur le plan du traitement des données, elles procèdent en général par typologies des conduites aboutissant à un devis proche de celui des enquêtes d'opinions sans analyse qui dépasserait le niveau des données recueillies sur le terrain.

Ainsi les références à des champs théoriques sont rarement effectuées.

De même il arrive que le contenu ne réponde pas à la question de recherche annoncée : par exemple lorsqu'on se propose de prospecter le processus de mode décision en matière de recours à une prestation sanitaire donnée, on se rend compte que le chercheur s'est arrêté au recueil de perceptions sur la prestation en question, en scotomisant l'essentiel de ce qu'il se proposait, à savoir cerner les interactions, les dynamiques autour d'enjeux de pouvoirs.

Il convient à présent de tenter de relier la nature des données produites aux présupposés inhérents au concept Santé Reproductive.

Les champs de couverture en Santé Reproductive englobent diverses catégories d'âge, de genres, de pathologies, de statuts sociaux, de pratiques thérapeutiques pour améliorer les conditions de prises en charge de groupes « vulnérables » dans le sens où ils peuvent se trouver en marge des normes socialement assignées (par exemple les mères célibataires, les sidéens, les candidates aux avortements).

Le concept « santé reproductive » englobe également un ensemble d'approches méthodologiques sensées favoriser l'intégration du concept dans les pratiques des professionnels, telle la prise en charge globale des patients, ce qui suppose une offre de prestations sur le mode intégré, un ancrage également relié à la participation communautaire.

Seules les études évaluatives permettront de saisir l'inscription du concept en ces termes. Cependant au niveau des données socioculturelles force est de constater d'une part que toutes les catégories ciblées par le concept ne sont pas même mentionnées.

Il en est ainsi par exemple de questions relatives à la ménopause, à la stérilité masculine au cancer du sein.

L'évaluation opérée par les utilisateurs sur la qualité des soins révèle une interaction personnel de santé /population qui ne répond aux exigences d'une approche globale fondée et constitue une réponse donc approximative à la simple demande exprimée. Par ailleurs pour aborder l'impact des approches intégrées en santé reproductive, il conviendrait d'analyser les situations où l'implantation en ces termes s'est réellement opérée. Cependant force est de constater qu'à l'exception de prospections qualitatives dans le domaine contraceptif et obstétrical, et dans une moindre part en IST, les interventions socioculturelles ne sont pas encore sollicitées par rapport à l'analyse des prestations reproductives telles que définies par la conférence du Caire.

Il n'en reste pas moins que les études menées dans les seuls domaines mentionnés ne reflètent que dans une moindre part l'approche préconisée, telle par exemple la prise en charge des nourrissons en post partum, bien que même à ce niveau une exigence administrative vienne expliquer le changement perçu.

L'approche globale est entendue dans son acception sur le plan interactionnel, mettant en situation de face à face deux individus engagés dans un nécessaire rapport de force. En l'occurrence prestataires de services et population en situation de demande. Cette approche peut également être entendue dans une politique de sanitaire de proximité où il se produit une écoute de la communauté à travers notamment les mécanismes que favorise l'approche « participation communautaire. » Une analyse utilisant les instruments qualitatifs a dans ce cadre été menée et a permis de relever les écueils auxquelles ce type de démarche peut avoir à faire face.⁶⁴

⁶⁴ Analyse du processus de la participation communautaire au projet « besoins minimums de développement ». Dr A. Belghali. INAS/MS Juillet 1998

En matière de contraception, force également de constater à travers la revue de la littérature sur la question depuis 94 que les données recueillies mentionnent toujours une approche non personnalisée (ainsi en zone enclavée la distribution de plaquettes sans examen clinique préalable). De même si l'approche globale suppose en premier lieu des capacités de communication empathiques, les données relatives aux soins obstétricaux font apparaître des attitudes qui révèlent une absence de formation des professionnels sur ce plan.

Il est aussi intéressant de noter que les recommandations en termes d'infrastructures lourdes soient quasi absentes de la production des consultants nationaux. Il faut souligner également la rareté des actions intersectorielles ou en termes de participation communautaire sur telle ou telle question.

Sur un autre plan, au niveau des procédures méthodologiques, les analystes semblent procéder de façon standardisée (l'analyse de contenu thématique, et sur le plan du devis de la recherche, l'enquête exploratoire) bien que la recherche action présente des caractéristiques qui concordent avec les principes d'approche du patient, en transformant la situation de recherche en situation positive pour la population prospectée.⁶⁵

*** La présentation des « rapports » :**

La forme de présentation des rapports est souvent identique ; elle se situe à mi-parcours entre une forme de présentation universitaire et un rapport destiné à des institutionnels ; ceux-ci exerçant une pression pour échapper à une longue lecture réclament des « synthèses de résultats », or dans certains cas ceux-ci pèchent par excès de complaisance et on se retrouve devant un listing de tirets qui a pour principal méfait de réduire

⁶⁵ La recherche « near miss » sus mentionnée, ainsi que l'étude sur les références/contre-références (INAS 98) permettent ce type de gains pour les utilisateurs du système de soins, induits par la recherche même.

la complexité des processus sociaux, complexité qui constitue en principe la matière de ce type de contenu.

Le terme « rapport », terme usité par les commanditaires, dévoile en partie la nature de leurs attentes d'une telle production. Pour eux il s'agit d'un document de travail sur la base duquel des décisions doivent être prises. La complexité des termes employés, de l'analyse détaillée, la longueur de ce qui pour eux relève du descriptif, traduit une difficulté à inscrire ces « paperasses » dans l'ensemble de paperasses qu'ils ont l'habitude de traiter quotidiennement.

D'autant qu'une fois ce type d'appréhension dépassée leur attente par rapport à des indications précises est d'autant plus insatisfaite que le cycle qualitatif est caractérisé par sa méthodologie circulaire, une étude débouchant en général sur des pistes nouvelles de recherches⁶⁶. Ce qui en partie expliciterait la nature des recommandations, de nature passe partout, comme détachées du corps du texte et qui pourrait signifier une sorte de concession accordée aux commanditaires.

Une autre source de déception peut également provenir d'une attente quant à la portée extrapolatoire de ces études, de leur capacité à être représentatives, étant entendu qu'en matière de planification les procédures standardisées sont plus aisées à mettre en place. Or les commanditaires semblent exiger sur ce point une prouesse méthodologique irréalisable tant le choix des sites et des méthodes de recueil, la courte durée, avant même le stade des « résultats », excluent cette généralisation.

D'autre part les complexités sociologiques sont de nature contingentes, les pratiques étant déterminées de façon relative.

Par ailleurs la finalité des études qualitatives ne revendique en aucune façon la représentativité des données produites. Leur finalité est

⁶⁶ INTRODUCTION AUX METHODES DES SCIENCES SOCIALES. LOUBET DEL BAYLE, J.L. TOULOUSE, PRIVAT, 1991

autre, à savoir permettre de faire émerger les données et leur donner un sens.

Le souci des commanditaires sur cette question relève aussi de l'appréhension que ces études, en n'étant pas caractérisées par la représentativité statistique, soient susceptibles « de ne pas être prises au sérieux et représenter seulement une sorte d'appendice de la recherche fondamentale qui reste démographique ou économique, alors que c'est très souvent sur la base d'études qualitatives que les fondements inadéquats de recherches quantitatives ont été formulés. »⁶⁷ Comme le soutient l'auteur, les décideurs attendent des réponses simples, des facteurs explicatifs « exotiques » alors que l'accent est mis sur « la pauvreté, le manque d'accès ou la qualité inférieure des soins. »⁶⁸ par les professionnels de santé

Toujours sur le plan de la présentation, il reste à noter que les recommandations sont souvent exprimées sans hiérarchisation des priorités, dans des termes généraux et rarement d'action, souvent induites par le contenu, sans réel lien avec la question de recherche.

Dans le même sens, les références bibliographiques font défaut dans un nombre appréciable de ce type de productions.

⁶⁷ Santé de la reproduction au Maroc, op.cit page 33.

⁶⁸ *ibid*

Documents analysés

- MSP AIDS CAP- UNIVERSITY OF WASHINGTON: Recherche d'intervention ciblée.
- « Les maladies sexuellement transmissibles au Maroc. Constructions sociales et comportements thérapeutiques. » Pr A. Dialmy, L. Manhard, MPH. Juil. 97.
- sites: Tanger, Khénifra, Safi: en zone urbaine, périurbaine et rurale.
- Choix raisonné pour faire apparaître toutes les catégories socioprofessionnelles, les variables sexe, âge, niveau d'instruction, l'état matrimonial.
- « Etude des pratiques sociales et de l'acceptabilité des services de santé materno-infantile et de PF ». F. Navez- Bouchanine. Août 94. Etude réalisée avec le soutien du FNUAP.
- sites: Errachidia, Azilal, Ouarzazate.
- Triangulations des sources qualitatives de recueil.
- cibles: différentes catégories.
- Projet de priorités sociales: études préliminaires; rapport 7:
- représentation du personnel de santé sur les services de santé de base et les stratégies mobiles en milieu rural: étude sociologique. Saaf. A. Rabat, INAS/MS, 1995.
- Sites : Taounate, Ouarzazate, Azilal, El Kelaa , Marrakech, Khemisset, Témara.
- Entretiens, Focus group, questionnaires administrés oralement, entretiens informels.
- Projet de priorités sociales: études préliminaires; rapport 8: la
- perception des prestations sanitaires par la population: étude
- sociologique. Bourara, K. Rabat, INAS, 1995,
- Sites : Taounate, Ouarzazate, Azilal, El Kelaa , Marrakech (SYBA) .
- Entretiens semi-directifs, focus group.
- « La prise en charge des patients MST dans la santé publique. » MSP. UE Pr A. Dialmy.
- Sources: FG
- Cible: 32 PS 16 médecins (femmes et hommes). , 16 infirmiers.
- Sites: Tanger, Khénifra, Essaouira.
- « Etude socio-anthropologique dans les provinces du Nord du Maroc ». IHEEM/MSP 1996
- Sites : Chefchaouen, Tanger, Oujda,, Alhoceima, Taounate.
- « Maternité sans risques. une analyse culturelle de la naissance au Maroc » C. Obermeyer. Univ. de Harvard. Département de Population et Santé Internationale.
- Les sites choisis reflètent la palette des niveaux socio-économique et des soins en santé maternelle.

- « Santé reproductive : perspectives globales pertinentes aux réalités marocaines. »
- C. Obermeyer. Univ. de Harvard. Département de Population et Santé Internationale.
- Draft, avril 98. Travail de synthèse préparé pour le projet CERED/FNUAP.
- EXPERDATA/AMPF « Le besoin des jeunes en matière de sexualité et de santé reproductive. » 1995
- échantillon: 418 jeunes des 2 sexes.
- sites: Tanger, Meknes, El Jadida, Ouarzazate.
- Milieu socio-économique moyen pour 74,5%
- « Identification des conditions d'amélioration de la référence/ contre- référence dans le district de santé. Changement de comportement des professionnels de santé » H. Filali. MS. INAS. 1997.
- Site : Khemisset
- « Les hommes et la planification familiale au Maroc. Du côté des « oubliés ». » A Akhchichine. MSP/ USAID. OCT.98.
- « Etude sur la perception des services de santé de la reproduction au niveau de 2 provinces du Maroc. » Ramram F. et Mohsine O. PRB 1998.
- « Fiches de synthèse des enquêtes, études et recherches en matière de planification familiale au Maroc » Dr A. Abaacouche. MS. INAS 1998.
- Autour de la vie foetale.Fragments du savoir féminin en matière de santé. N. Harrami. In SANTE DE REPRODUCTION AU MAROC : FACTEURS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-CULTURELS. CERED 1998.
- Analyse du processus de la participation communautaire au projet « besoins minimums de développement ». Dr A. Belghali. MS. INAS juillet 1998
- Site : fraction Oulad Ayad. El Jadida.
- « La gestion socioculturelle de la complication obstétricale ». Pr. A. Dialmy. MS/USAID. 1999.
- Sites ruraux dans la province d'AL HOCEIMA , dans la province de TAOUNATE , dans la province de SEFROU,dans la province de ZOUAGHA-MOULAY YACOUB.
- 24 Focus group auprès de professionnels de santé, de parturientes de profils différents , de maris , de parentes de femmes décédées.
- Intégrations des activités de santé reproductive dans les centres de santé. Evaluation de l'expérience de la wilaya de Marrakech et de la province d'El Kelaa. Dr A. Laâbid. Dr M. Lardi. H.Filali MS INAS novembre 1999.

Bibliographies

- Femmes et développement. Publication de l'Association Maghrébine pour l'Etude de la Population. Rabat, 4-5 octobre 1993.
- Genre et développement. Aspects socio-démographiques et culturels de la différenciation sexuelle. CERED 1998.
- Facteurs socioculturels et comportements dans les politiques/programmes de population et d'éducation ». M. Al Harras. CERED/FNUAP.1998.
- Femmes et fécondité. Rahma Bourquia Afrique Orient mai 1996 ;
- Santé de reproduction au Maroc : facteurs démographiques et socio-culturels. CERED 1998.
- ANTHROPOLOGIE ET SANTE PUBLIQUE EN PAYS DOGON. Thierry Berche. Editions karthala, 1998.
- Introduction aux méthodes des sciences sociales. Loubet Del Bayle, J.L. TOULOUSE, PRIVAT, 1991
- Améliorer la santé en matière de reproduction dans les pays en développement : résumé des conclusions du conseil national de recherche de l'académie des sciences des états-unis. Population référence bureau (prb) washington, 1997.
- Population et développement. CERED. 1998.
- Reproductive health in policy & practice : morocco
- Belouali.r & guedira, n. Population référence bureau washington 1998
- Santé de la reproduction : politiques et pratiques : études de cas : brésil, inde, Maroc, Ouganda.
- Ashford, l. & makinson,
- C. Population référence bureau Washington 1999.

MORTALITE, MORBIDITE EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION

*Dr Mostafa TYANE et
Dr Ali BENSALAH*

Introduction

Depuis la conférence de NAIROBI EN 1987, la mortalité maternelle a été reconnue comme un problème de santé prioritaire (environ 600.000 décès par an, la plus grande proportion se trouve dans les pays en développement).

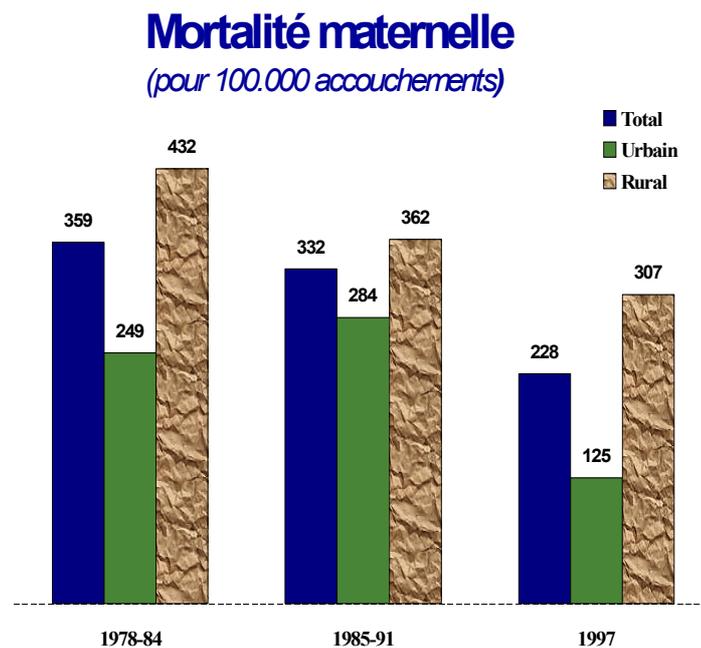
Son impact socio-culturel et économique est très important du fait quelle entraîne une perte importante en ressources humaines à la fleur de l'âge. Elle pose également des problèmes d'ordre sociologiques liés à l'augmentation du nombre d'orphelins.

La réduction de la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales figure parmi les objectifs de la communauté internationale en raison de son importance comme un indicateur du développement humain et social au niveau d'une communauté, d'une société, ou d'un pays. En effet, la mortalité maternelle est un indicateur révélateur de la condition féminine, du niveau socio-économique, du taux d'alphabétisation, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins.

Au Maroc La mortalité maternelle⁶⁹ est très élevée. D'après l'enquête PAPCHILD de 1997, le taux de mortalité maternelle à l'échelle nationale est de 228 pour 100 000 naissances vivantes (46% décèdent après l'accouchement, 33% au moment de l'accouchement et 21% au

⁶⁹ Définition de la mortalité maternelle (OMS) : Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse, ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, par une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite .

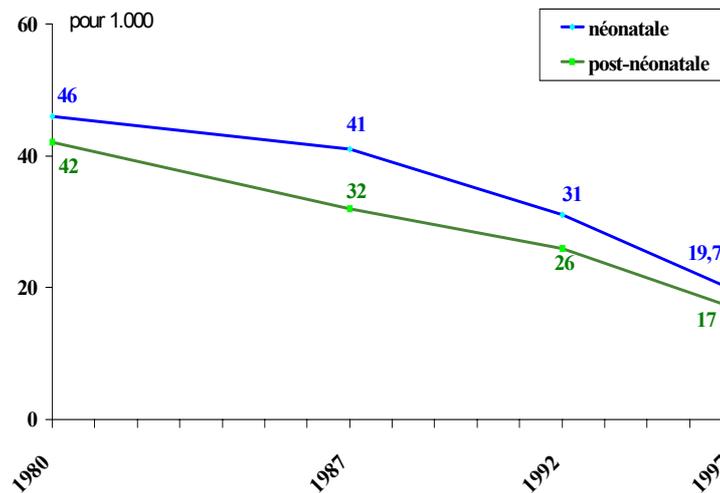
cours de la grossesse). Le chiffre est encore plus élevé en milieu rural (307 pour 100000 naissances vivantes contre 125 en milieu urbain). Autrement dit, il y a plus de 1 600 décès maternels au Maroc chaque année, où 4 à 5 décès/ jour, soit plus de sept fois les décès aux Etats-Unis avec une population qui dépasse les 250 millions.



Cette situation est particulièrement inaccessible dans un pays comme le Maroc où l'infrastructure sanitaire est assez bien développée.

D'après la même enquête la mortalité néonatale est de 19 pour mille naissances vivantes (soit 13 300 décès néonataux chaque année ou 37 décès / jour), la mortalité post néonatale est 17 pour mille.

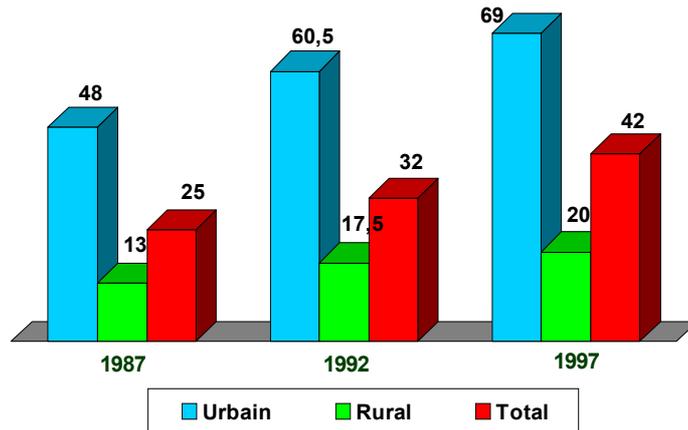
Mortalité néonatale et post-néonatale



Le niveau de mortalité maternelle et périnatale reste élevé et représente un problème majeur de santé publique.

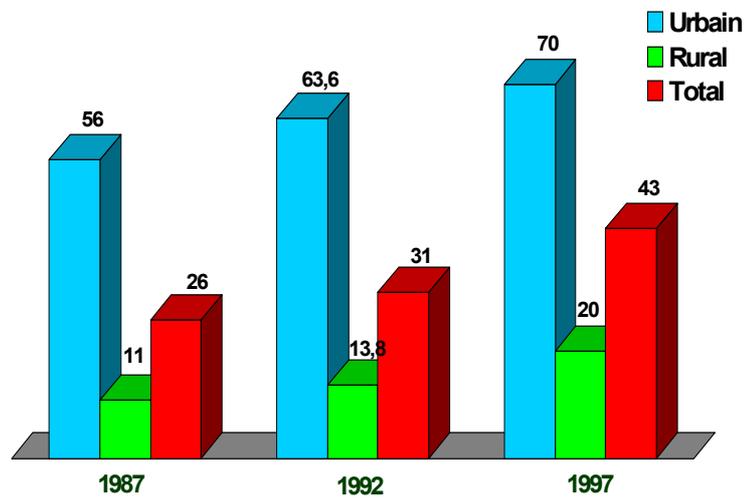
Associé au problème des décès maternels et néonataux, il y a lieu de signaler l'importance des cas de morbidité maternelle et néonatale qui occasionnent souvent des handicaps physiques et mentale et sur lesquels il n'existe pas encore de données fiables. Mais selon l'OMS: devant 1 cas de décès maternel 100 cas de morbidités peuvent être notifiés.

Evolution du % des femmes bénéficiant des consultations prénatales par milieu



Source : ENPS 1987-1992, PAPCHILD 1997

Evolution des accouchements en milieu surveillé par milieu (en %)



Source : Ministère de la Santé, 1997

57

Le taux élevé de mortalité maternelle est associé à une faible fréquentation des services de consultation prénatale (42% selon l'enquête PAPCHILD 1997), à un faible taux de couverture d'accouchement en milieu surveillé (43%), un déficit en interventions obstétricales majeures et plus particulièrement en milieu rural (étude menée par l'INAS en 1989) et à l'incapacité de certaines maternités hospitalières à fournir des services de qualité.

Les efforts entrepris par la communauté internationale notamment dans les pays en développement dans le cadre de l'amélioration de la santé infantile et infanto-juvénile ont été couronnés de succès comme en témoignent les indicateurs sanitaires de l'enfant. Ce n'est pas le cas pour la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales car l'attention, au niveau mondiale, n'a été accordé que récemment à la santé de la mère à tel point que l'attention de la communauté a été attiré sur l'absence du M dans les programmes de la SMI . En effet, les efforts ont été accés sur la Consultation prénatale (CPN).

Actuellement, la valeur de la CPN en terme de réduction de la morbidité et la mortalité maternelles est remise en question à l'échelle mondiale. Elle ne permet pas de prévoir la majorité des complications obstétricales qui surviennent sans prévenir, et qui sont les causes directes des décès maternels.

I- Causes de la mortalité et la morbidité

Les principales causes de décès maternels rapportées par la littérature internationale sont représentées par : l'hémorragie, la dystocie, les troubles tensionnels et la septicémie.

Les causes indirectes sont :

- l'anémie ;
- les cardiopathies ;
- les troubles neurologiques (épilepsie) ;
- troubles digestifs, urinaires ;

- cancers ;
- causes accidentelles ;
- autres.

Les facteurs de risque sont :

- Les conditions d'accueil, de confort qui font que de nombreuses femmes préfèrent accoucher à domicile ;
- Des carences dans la gestion et l'organisation du travail ;
- Des déficits dans le plateau technique tant en matière de diagnostic que de traitement ;
- Une insuffisance des compétences pour une prise en charge de qualité ;
- Une communication inter-personnelle peu développée avec les parturientes ;
- L'absence de relations fonctionnelles avec les services des soins de santé de base chargés de la Santé Maternelle ;
- Délai quant au recours aux soins ;
- Autres : transport, banque de sang ;

Quant à la morbidité (selon la littérature mondiale) les causes sont :

- L'anémie et autres carences nutritionnelles ;
- L'infertilité ;
- Cancers génitaux ;
- Ménopause ;
- Affections cardio-vasculaires ;
- Diabète ;
- Complications obstétricales (fistules, prolapsus) ;
- Infections sexuellement transmissibles.

*** Morbidité Reproductive au niveau National**

L'enquête PIPCHILD s'est intéressée, entre autres, à l'aspect investigation à l'appréciation de la morbidité reproductive ; à ce niveau 25% des femmes ayant fait l'objet de cette investigation ont déclaré présenté des symptômes suggérant un problème de santé reproductive. Ces symptômes et plaintes rapportés se répartissent selon leur importance :

Les symptômes suggestifs de maladies reproductives sont

Infécondité	18,6 %
Troubles des règles	13,5 %
prolapsus génital	12,9 %
Infection urinaire	12,9 %
Pertes vaginales	10,3 %
Incontinence urinaire	5,4 %
Autres symptômes non liés à la santé reproductive	5,1 %

NB : une femme peut présenter plus d'un symptôme

La morbidité ressentie durant la grossesse

Céphalées	31,5 %
Douleur hypogastrique	26,6 %
Œdèmes	25,4 %
Brûlure mictionnelle	23,5 %
Hyperthermie	15,2 %
Hypertension	5,2 %
Hémorragie	4,7 %
Convulsion	3,6 %
Ictère	2,6 %

La morbidité maternelle : il s'agit

Hypertension	9,3 %
Rhumatisme	5,4 %
Problème des reins	3,6 %
Anémie	3,4 %
Problème cardiaque	3,1 %
Hépatites	2,6 %
Goitre	1,9 %
Tuberculose	1,8 %
Ulcère gastrique	1,7 %
Asthme	1,5 %
Diabète	1,1 %

L'expérience a démontré qu'il est possible de faire régresser la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales lorsque les communautés savent déceler les signes et symptômes de danger ou de risque, et lorsque les services des soins sanitaires de qualité sont disponibles et accessibles, y compris un système d'orientation-recours pour la prise en charge de complications au niveau le plus élevé du système des soins de santé.

II- L'approche stratégique

L'importance du besoin non satisfait en interventions obstétricales dans les régions et l'arrivée des femmes dans un état grave aux maternités de référence impose le renforcement des structures aussi bien de références que périphériques dans le cadre d'une approche de santé publique.

La priorité de l'approche s'adresse au problème des complications obstétricales parce qu'elles sont connues (hémorragie, toxémie, infection et dystocie) et sont les mêmes à travers le monde d'autant plus qu'elles ne sont ni prévues ni prédites.

Cette approche adoptée est fondée sur le principe qu'une mise à niveau des capacités de prise en charge des complications obstétricales permet de réduire les retards dans les délais de prise en charge. Cette mise à niveau consiste à réorganiser les soins obstétricaux de manière à ce que toute structure sanitaire puisse offrir un paquet minimum de soins-- appelé soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) -- avant de référer la femme, si nécessaire, pour des soins plus complets -- les SOUC- tels une césarienne ou une transfusion sanguine. La mise à niveau des capacités de prise en charge des complications obstétricales inclut les compétences cliniques du personnel médical et paramédical, l'aménagement des lieux, l'équipement, les moyens d'évacuation et le matériel technique nécessaire pour fournir des SOUB/SOUC.

Ce choix a été fait pour sauver le maximum de femmes et de nouveau-nés qui peuvent courir le risque de mourir ou de garder des séquelles le long de leur vie.

Il est à noter également qu'une prise en charge de qualité au niveau des cellules de suivi prénatal contribue sans doute à une réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

III- La stratégie développe dans le cadre de la «maternité sans risque »

Objectifs généraux :

Prendre en charge correctement tous les épisodes morbides et infectieux

- Développer et généraliser des soins prénatals de qualité (personnel formé, plateau technique adéquat, références et contre références adéquates, IEC des mères correcte) ;
- Accouchement assisté à encourager surtout devant les grossesses à haut risque ;
- Prise en charge adéquate des complications obstétricales mineures et majeurs.

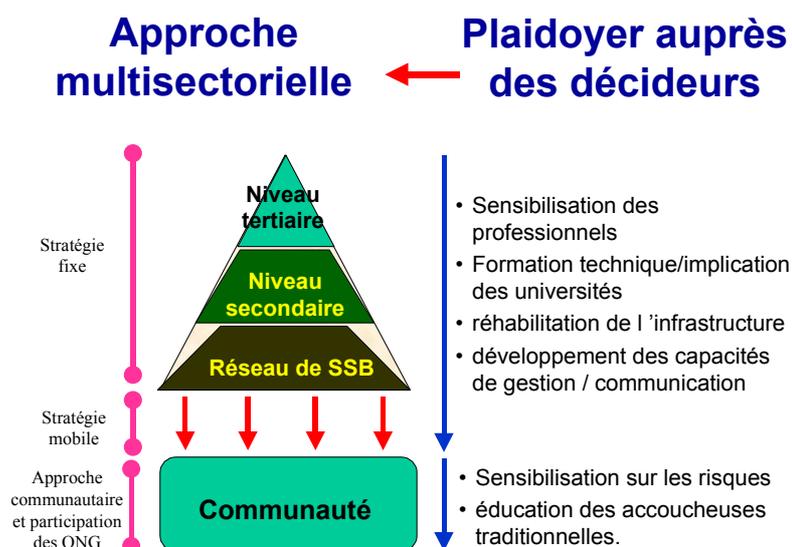
Objectifs généraux de la réduction de la mortalité maternelle :

- Améliorer la qualité de la prise en charge des accouchements ;
- Réduire le déficit en interventions obstétricales majeures ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge des complications obstétricales, et du nouveau né ;
- Réduire certains états morbides secondaires à la grossesse, à l'accouchement et au post partum ;
- Augmenter et renforcer les connaissances de population en matière de recours aux services de santé.

Objectifs spécifiques : D'ici l'an 2003

- réduire la mortalité maternelle de 30 %
- réduire la mortalité néonatale de 25 %
- atteindre une couverture en Consultation prénatale de 50 %
- atteindre un taux d'accouchement en milieu surveillé de 50%
- réduire certains états morbides secondaires à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum.

La stratégie proposée dans le cadre du prochain plan quinquennal diffère des autres actions pour trois raisons :



- La première, c'est d'adopter une perspective décentralisée dans la résolution du problème à travers une dynamisation du travail de l'équipe encore au niveau de la région
- La deuxième, c'est d'agir dans une perspective d'intégration des activités relatives à la santé de la mère sous le chapeau de santé de la reproduction,

- La troisième, c'est d'impliquer des partenaires potentiels dans les actions visant la résolution de ce problème qui est souvent multifactoriel.

En effet, compte tenu de la dispersion de l'habitat en milieu rural, le problème de routes, d'alphabétisation, de l'infrastructure de base, il ne peut être envisagé une réduction significative à moyen et à long terme.

Aussi, le principe mis de l'avant dans la stratégie du département est que chacun, là où il est, peut faire quelques choses pour réduire la mortalité maternelle.

Les axes d'intervention

Ils ont été définis précédemment :

- Améliorer la qualité de prise en charge de l'accouchement au niveau hospitalier ;
- Améliorer la couverture et la qualité de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au niveau du réseau de soins de santé de base et améliorer les relations entre les différents niveaux d'intervention ;
- Améliorer les conditions de l'accouchement à domicile ;
- Renforcer les actions en faveur de la Planification Familial ;
- Développer une stratégie IEC ;
- Créer une dynamique de mobilisation sociale autour du thème « Maternité Sans Risques et Planification Familiale ».

IV- Les activités proposées dans le cadre du plan sont

- augmenter le nombre de structures qui offrent les soins de santé aussi bien de base que complet.
- équiper les structures qui manquent de matériel pour les mettre à niveau.

- affecter du personnel compétent dans ces structures délivrant les soins obstétricaux et améliorer les compétences du personnel déjà existant par une formation appropriée.
- Cette formation pour être de qualité on a impliqué les enseignants des Centres hospitalo-Universitaires ainsi que les sages-femmes des Instituts de Formation aux carrières de Santé pour assurer l'encadrement.
- renforcer le dispositif d'évacuation par l'affectation d'une ambulance au niveau de chaque structure offrant les soins obstétricaux.
- dotation des provinces en médicaments essentiels
- dotation des provinces en matériel technique
- dotation des provinces en supports opérationnels
- l'IEC : La stratégie IEC a pour objectif la sensibilisation des publics clés à l'ampleur du problème et à sa nature non fatale ; et elle englobe plusieurs activités afin d'atteindre les cibles diversifiées : décideurs, prestataires, et grand public. Toutes les activités prévues dans le cadre de la phase de sensibilisation ont été entamées et ont engendré une mobilisation remarquable, en témoigne l'avalanche d'articles dans la presse écrite et les programmes radio et télévision dénonçant le taux élevé de mortalité maternelle.

Le documentaire vidéo pour décideurs « Khlat Eddar », a récemment été utilisé comme document de référence pour la préparation d'un programme télévisé sur la mortalité maternelle. La cassette a aussi été distribuée à la majorité des décideurs nationaux dans les ministères et institutions à caractère social et lors d'une formation sur la Planification Familiale et la maternité sans risques, organisée par l'Union Nationale des Femmes Marocaines (UNFM).

- les études et recherches. L'activité est proposée pour éclairer le problème des mortalités au Maroc liées à la grossesse, l'accouchement, le nouveau-né et l'enfant,
- le suivi et les évaluations. Au cours de ces dernières années, plusieurs supports opérationnels ont été mis à la disposition du personnel de santé qui visent la collecte et l'exploitation des données au niveau périphérique. Un processus d'audit médical des décès maternels et néonataux a été initié.

V- Recommandations

1. Intégration des Services

- Planification familiale ; Consultation prénatale ; Consultations plus intégrée post-natale ; Grossesses à risque ; Accouchement à moindre risque ; Complication de la grossesse et l'accouchement ; MST/SIDA ;

2. Elargissement de la gamme des services

- Cancers, ménopause, infertilité...

3. Populations particulières

- Hommes, Femmes à risque, Adolescents.

4. Autres

4.1. Adaptation de la stratégie

- Combinaison appropriée de stratégies pour atteindre les populations concernées en tenant compte de leurs caractéristiques et leurs besoins spécifiques.
- Développer des complémentarités et synergies entre les différents intervenants (publique ; privé ; ONG)
- Développer des normes et standards de qualité et des mécanismes d'agrément des services.

4.2. Révision de l'approche de programmation

- Axer les efforts sur la réduction des besoins non satisfaits plutôt que sur l'offre des services.
- Intégrer les besoins prioritaires dans le cadre d'un paquet minimum de service de santé de la reproduction
- Tenir compte des spécificités et des besoins dans la détermination du mix (dosage) de service dans le cadre d'une planification décentralisée (régionalisation).

4.3. Financement

- Accroître l'effort budgétaire de l'Etat et l'orienter vers les populations qui en ont le plus besoins.
- Développer des mécanismes alternatifs pour un financement approprié et durable pour le programme (assurance maladie ; prise en charge des indigents ; recouvrements des coûts...)
- Besoins plus accrus du soutien des partenaires de la coopération internationale pour concrétiser les engagements du Caire (consolidation de l'expérience et des acquis ; population momentum ; besoins accrus en investissements ; déficit en milieu rural...)
- Assurer une synergie et une complémentarité des différentes sources de financement dans le cadre d'un programme de santé reproductive.

**INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
ET VIH/SIDA: PROBLEMATIQUE
ET STRATEGIE DE LUTTE**

Dr Kamal ALAMI

I- Problématique des IST et du VIH/SIDA

I-1. Les IST : généralités et épidémiologie

I.1.1- Définition et classification des IST

Les maladies sexuellement transmissibles (IST) constituent un groupe de maladies transmises principalement par contact sexuel entre deux partenaires dont l'un est infecté. L'être humain représente le seul réservoir connu pour les germes qui sont à l'origine de ces maladies.

Bien que toutes les IST peuvent être prévenues, un traitement curatif n'est pas disponible actuellement pour l'ensemble de ces infections. Ainsi, on classe ces maladies en IST curables et IST incurables (infections à étiologie virale comme le VIH, l'hépatite B et l'herpès). Les germes qui peuvent être transmis par voie sexuelle sont classés en cinq groupes : les bactéries, les virus, les protozoaires, les champignons et les ectoparasites

I.1.2- Les IST : Cause importante de morbidité et d'incapacité

Longtemps négligées, les IST ont connu un regain d'intérêt dans les dernières années suite à l'arrivée d'une nouvelle IST qui s'est rapidement disséminée jusqu'à atteindre l'ampleur d'une vraie pandémie : celle du VIH/SIDA.

Les IST sont fort répandues. L'OMS estimait en 1995 que plus de 330 millions de nouveaux cas de IST curables apparaissaient chaque année dans le monde. Deux régions semblent être les plus touchées : l'Asie du Sud-Est et l'Afrique Subsaharienne.

Au Maroc, depuis l'instauration de la déclaration des IST, le nombre de cas de IST notifiés accuse une augmentation d'année en année: il est passé de 103.434 en 1992 à 212.240 en 1998. Les femmes représentent la majorité des cas déclaré (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 IST 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) qui sont moins fréquentes.

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. Selon une étude de la Banque Mondiale en 1993, dans ces pays les IST et le VIH seraient responsables de 15% des années de vie de bonne santé perdues chez les femmes et de plus du 10% chez les hommes. Il faut rappeler que chez les sujets âgés de 15-65 ans les années de vie en bonne santé correspondent aux années de vie productive.

1.1.3- Vulnérabilité des femmes aux IST

Les femmes sont particulièrement vulnérables aux IST en raison des facteurs suivants :

- l'ampleur de la superficie muqueuse de l'appareil génital qui favorise la transmission sexuelle des germes de l'homme à la femme;
- l'immaturation du col utérin, accentuée par les changements hormonaux et le déficit immunitaire local lorsque le début de la vie sexuelle est précoce ;

- la nature souvent asymptomatique ou peu symptomatique des IST chez la femme ;
- les difficultés d'accès aux services de soins de santé en raison du caractère stigmatisant de la maladie.

1.1.4- Complications et séquelles des IST

Les complications et les séquelles des IST chez les femmes sont de deux ordres :

- *Gynécologiques* suite à l'ascension des germes vers le haut appareil génital,
- *Obstétricales* avec des conséquences graves sur la grossesse et sur le nouveau-né. La plupart des IST sont transmissibles de la mère au nouveau-né pendant la grossesse et au cours de l'accouchement.

Les complications chez l'homme sont plus rares et comprennent principalement le rétrécissement de l'urètre et la stérilité.

1.1.5- L'infection à VIH/SIDA: une nouvelle IST incurable et mortelle

Dès le début des années 80, une nouvelle IST incurable et mortelle (l'infection à VIH/SIDA) a été identifiée, elle s'est rapidement disséminée à travers le monde entier jusqu'à atteindre l'ampleur d'une vraie pandémie. La transmission sexuelle est responsable d'environ 80% des cas d'infection à VIH/SIDA.

Historique de l'épidémie du VIH/SIDA	
1981	<i>Premier cas de SIDA rapporté aux Etats-Unis;</i>
1982	<i>Définition du cas de SIDA par le CDC d'Atlanta;</i>
1983	<i>VIH-1 et VIH 2 isolés.;</i>
1985	<i>Test de diagnostic (Elisa) développé et commercialisé</i>
1985-90	<i>Progression rapide en Afrique Sub Saharienne, Amérique du Nord, Europe de l'Ouest, Amérique Latine, Australie. Mise en place des programmes de contrôle du SIDA;</i>
1990-95	<i>Progression rapide en Asie du Sud et du Sud Est et Europe Orientale. Incidence élevée en Afrique sub Saharienne. Stabilisation en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest.</i>
1995	<i>Introduction de la trithérapie.</i>
1998	<i>Estimation de l'ampleur de la pandémie VIH/SIDA (Source :UNAIDS)</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Personnes vivant avec le VIH/SIDA : 33.4 millions</i> • <i>Nouveaux cas d'infection en 1998 : 5.8 millions</i> • <i>Nombre cumulé de décès dus au SIDA : 13.5 millions (2.5 millions en 1998)</i> • <i>70 % des cas mondiaux dans le continent Africain</i>

La propagation du VIH dans la région de l'Afrique du Nord et du Moyen Orient a commencé à la fin des années 80. En 1998 l'ONUSIDA estime à 210 000 le nombre d'adultes et d'enfants vivant par le VIH/SIDA dans la région.

Au Maroc, le premier cas de SIDA a été diagnostiqué en 1986. Jusqu'en fin octobre 1999, 673 cas cumulés de SIDA-maladie ont été déclarés :

- Le ratio M/F est de 2/1, les tranches d'âge les plus touchées sont celles situées entre 20 et 40 ans (68%) ;
- La maladie est plus fréquente chez l'homme célibataire (55%) et chez la femme mariée (35%) avec une prédominance de la transmission hétérosexuelle (61 %).

L'évolution de l'infection à VIH au Maroc est suivie dans le cadre d'une surveillance sentinelle au niveau de plusieurs sites sélectionnés. Cette surveillance a montré que la prévalence de l'infection à VIH dans la population reste faible jusqu'ici.

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 (encadré suivant).

Relation IST et infection à VIH

- **Prédominance de la transmission sexuelle;**
- **Mesures de prévention et groupes cibles communs;**
- **Consultation IST-->contact avec personnes à risque VIH;**
- **Forte association entre : présence d'une IST et risque accru de transmission sexuelle du VIH.**

1.2- Déterminants de la transmission sexuelle des IST

Ces déterminants peuvent être classés en trois groupes:

- Déterminants liés au micro-environnement physiologique (microbiologique, hormonal et immunologique),
- Ceux liés à l'environnement comportemental et personnel (comportements sexuels, consommation de toxiques, comportements liés à la santé),
- Ceux liés au macro-environnement socio-culturel (économique, comportemental, démographique politique, technologique et épidémiologique).

La multiplicité de ces différents facteurs et surtout leur interaction entretiennent la transmission IST. D'où l'intérêt de mettre en place une approche multiple de contrôle des IST en prenant en considération les limites de toute intervention isolée.

Deux études ont été réalisées pour identifier les déterminants spécifiques au contexte marocain, notamment ceux liés à l'environnement comportemental/ personnel et socio-culturel.

Ces deux études ont permis d'identifier d'une part, les perceptions et les comportements sociaux à l'égard des IST, et d'autre part les connaissances, les attitudes et les pratiques des prestataires des soins de santé de base en matière de IST.

Les principaux constats sont les suivants :

➤ Les IST au Maroc sont une véritable construction sociale où se mélangent des éléments divers: scientifiques, religieux, moraux et économiques. Le oui-dire reste capital dans la formation des savoirs populaires et des opinions. les IST constituent en effet le tabou par excellence. Les relations sexuelles sont soumises à la notion du « Aïb » (honte), notion vécue comme une obligation de silence sur la sexualité et ses maladies. IL y a une méconnaissance générale des IST, le terme «berd» est le plus souvent employé pour désigner toutes les IST.

➤ Les IST n'ont pas que des effets psycho-organiques individuels, elles ont également des conséquences sur le statut de l'individu dans la société, sur son image, et sur les relations interpersonnelles. Les problèmes relatifs aux conditions structurelles offertes par les services de santé publique aux malades IST sont à l'origine de la fréquentation faible des services de santé et le recours fréquent des malades à l'automédication et aux services de santé du secteur privé.

II- Stratégie de contrôle des IST et du VIH

La prévention et le contrôle des IST et du VIH-SIDA peuvent être réalisés à travers des programmes sociaux et de santé publique. Dans ce cadre l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande trois stratégies prioritaires de santé publique pour prévenir la transmission sexuelle du VIH :

⇒ Interventions pour changer les comportements.

⇒ Diagnostic et traitement précoces des maladies sexuellement transmissibles

⇒ Promotion de l'utilisation du préservatif.

II.1- objectifs et stratégie du Contrôle des IST

Objectifs du contrôle des IST

- Interrompre la transmission des IST;
- Réduire les risques d'acquisition et de transmission des IST;

Actions pour le contrôle des IST

- Promotion de comportements sexuels sains ;
- Promotion de l'utilisation du préservatif);
- Promotion de la fréquentation des services de santé pour contrôler les IST ;
- *Disponibilité des services pour le contrôle des IST*

Promouvoir la fréquentation des services de santé est un objectif qui va de paire avec la nécessité d'améliorer le fonctionnement des services de santé. En effet, le diagnostic et le traitement précoce constituent un moyen de prévention secondaire dans le cas des IST, et une mesure de prévention primaire dans le cas du VIH et des nouveaux cas de IST. Une bonne prise en charge des IST implique le développement aux niveaux des différentes structures de santé des points suivants :

⇒ Utilisation de l'approche syndromique des IST selon des organigrammes préétablis ;

⇒ l'élaboration de messages éducatifs ;

⇒ la mise en place de structures de conseil et de communication avec les partenaires sexuels.

MISE EN PLACE DE SERVICES DE SANTE ADEQUATS

Les patients souffrant de IST peuvent avoir recours à des services de santé, aussi bien du secteur public que du secteur privé. Ce dernier inclut non seulement des médecins, mais aussi des prestataires de services non accrédités (guérisseurs), des vendeurs de médicaments (pharmacies). L'amélioration de la qualité des services de santé du secteur public et privé accrédités est indispensable. En effet, seuls des services adéquats permettront d'améliorer l'utilisation des services de santé et diminuer l'utilisation des services non accrédités.

LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES CAS D'IST

Cette approche a été préconisée par l'OMS à partir des années 1980 pour pallier aux insuffisances et limites des approches classiques dans la prise en charge des cas de MST d'une part et d'autre part pour répondre à l'émergence de l'épidémie des MST et du SIDA.

Déjà utilisée pour d'autres problèmes de santé (IRA, diarrhées etc.), l'approche syndromique est basée sur deux composantes : l'identification du syndrome (*diagnostic syndromique*) et le traitement de tous les germes pouvant causer ce syndrome (*traitement syndromique*).

Au Maroc, les algorithmes proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont nécessité un travail d'adaptation et de validation pour mieux répondre aux besoins des utilisateurs et aux caractères spécifiques du contexte marocain.

Cela a conduit à la réalisation d'une série d'études qui ont fourni des données concernant :

- la perception des symptômes par les patients et leurs attitudes en matière de recherche des soins⁷⁰
- les pratiques courantes dans la prise en charge des cas de MST⁷¹

⁷⁰ Etude socio-anthropologique : PNLS avec l'appui de AIDSCAP, 1997

⁷¹ Etude d'évaluation de la qualité de la prise en charge : PNLS avec l'appui de AIDSCAP, 1997

- la prévalence/incidence locale des MST, l'étiologie des syndromes MST, la validité des algorithmes ainsi que leur acceptabilité⁷².

Trois algorithmes ont été retenus :

- Algorithmes de l'écoulement urétral ;
- Algorithme de l'ulcération génitale ;
- Algorithme des pertes vaginales et/ou douleurs du bas ventre.

Ces algorithmes seront soumis à une évaluation régulière pour assurer leur efficacité et prévenir le développement des résistances aux antibiotiques et ce par des études ponctuelles qui seront menées dans différents sites pour :

- suivre la fréquence des germes MST ;
- suivre la sensibilité des germes aux antibiotiques ;
- évaluer la performance des algorithmes ;
- évaluer la qualité de la prise en charge des cas de MST.

STRATEGIE DE CONTROLE DES IST ET DU VIH-SIDA

Le programme national de lutte contre les IST/SIDA mène une politique de prévention et de contrôle de ces maladies qui s'inscrivent dans les directives et les orientations du gouvernement et en application des recommandations techniques de l'OMS et des règles éthiques internationales. La nouvelle stratégie du PNLS dont les axes sont rapportés ci-après vient compléter les interventions déjà mises en place.

- **Objectifs**
- Réduire l'incidence des IST de 5 % par an
- Limiter la prévalence du VIH dans la population aux chiffres actuels.

⁷² Etude de validation des algorithmes, PNLS avec l'appui de AIDSCAP, 1996

➤ **Éléments de la stratégie**

La stratégie de prévention et de contrôle des IST et du VIH/SIDA est basée sur deux axes principaux :

- L'amélioration de la qualité des services en matière de prise en charge des cas de IST et VIH/SIDA.
- L'implication des différents secteurs et de la société civile dans le domaine de la prévention et du contrôle de ces maladies étant donné leur caractère multifactoriel.

➤ **Axes d'intervention**

- Amélioration de la prise en charge des cas de IST par l'introduction de l'approche syndromique, et son intégration dans les soins de santé de base.
- Renforcement des activités d'information éducation et communication (IEC) ciblées vers les groupes les plus vulnérables.
- Mise en place d'une stratégie de dépistage et de prise en charge des cas de VIH/SIDA
- Développement d'une approche multisectorielle en réponse à la multiplicité et l'interaction des déterminants de la transmission sexuelle de ces maladies.
- Renforcement du rôle de la société civile dans cette lutte, considérant leur accès à la communauté et aux groupes difficilement accessibles.