

Couverture sanitaire universelle pour la santé sexuelle et reproductive au Maroc

Note de synthèse factuelle

Données probantes et implications en termes de politiques



Messages clés

- ▶ Au Maroc, l'importance de l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) complets dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU) est de plus en plus reconnue, et certains progrès ont été accomplis.
- ▶ Les soins de santé maternelle (y compris les soins prénatals, intrapartum et postnatals) constituent un élément essentiel des services de SSR. Ces soins sont considérés comme une priorité nationale, les services afférents étant inclus dans les systèmes nationaux d'assurance-maladie et dispensés gratuitement dans les établissements de santé publique.
- ▶ Malgré les progrès réalisés pour résoudre les problèmes liés à la violence fondée sur le genre, les interventions du secteur de la santé restent limitées. Des travaux supplémentaires sont nécessaires afin de mieux intégrer ces questions aux services de SSR dans les établissements de soins de santé primaires.
- ▶ Des progrès ont été accomplis dans la prévention des grossesses non désirées, grâce à la mise au point d'outils de communication visant à promouvoir la planification familiale. Un guide de formation sur les soins post-avortement est venu renforcer les compétences des agents de santé au niveau des soins de santé primaires. Les services de soins prénatals ont adopté des messages d'information, d'éducation et de communication afin de prévenir les grossesses non désirées.
- ▶ Une série de mesures politiques spécifiques visant à résoudre les difficultés liées à la mise en œuvre des programmes et à la prestation de services ont été proposées afin d'accélérer les progrès dans les domaines suivants : les services de soins de santé maternelle, la prévention des grossesses non désirées, les soins post-avortement et les services de prévention de la violence fondée sur le genre (ainsi que les soins aux personnes concernées). Ces mesures comprennent la participation des femmes et des groupes vulnérables et marginalisés à la prise de décisions publiques et aux processus politiques liés à la définition des priorités, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à la redevabilité des politiques et des programmes relatifs à la santé sexuelle et reproductive et à la couverture sanitaire universelle.

Introduction

La couverture sanitaire universelle (CSU) désigne « une situation dans laquelle toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières. Elle englobe la gamme complète des services de santé essentiels de qualité, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, des traitements, de la réadaptation et des soins palliatifs

à toutes les étapes de la vie » (1). L'accès universel à une gamme complète de services de santé sexuelle et reproductive est fondamental pour instaurer la couverture sanitaire universelle (1).

Depuis l'adoption du programme d'action de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement au Caire (Égypte), le Maroc a réalisé des progrès considérables dans l'amélioration de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Plusieurs réformes politiques et stratégies sanitaires (voir

encadré 1) visent à faciliter l'intégration des services de SSR à la CSU. Celles-ci ont été consolidées par l'adoption de la Constitution nationale de 2011, qui renforce les droits fondamentaux des citoyens et met l'accent sur la mobilisation de toutes les ressources disponibles pour faciliter l'accès équitable de l'ensemble de la population, en particulier des femmes, aux services de santé (2).

Pour progresser davantage vers la CSU, le Maroc a mis en place un système national d'assurance-maladie fondé sur trois régimes principaux. Le premier est l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), qui repose sur les cotisations des employeurs et des salariés. Le second est le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) au profit des personnes démunies, fondé sur des subventions publiques et une contribution des communes. Le troisième est le régime d'assurance-maladie des indépendants. Ces régimes couvraient environ 62 % de la population.

Les paniers de prestations de santé de l'AMO et du RAMED sont similaires. Les services de santé sexuelle

et reproductive inclus comprennent la planification familiale, les soins prénatals, les soins intrapartum, les soins postnatals, le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et du VIH/sida, et le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. Les régimes diffèrent en ce sens que la RAMED ne permet l'accès aux services que dans les établissements de santé publique.

En avril 2021, un accord-cadre relatif à la protection sociale (loi n°09-21), prévoyant une assurance-maladie publique pour tous les Marocains d'ici fin 2022, a été adopté. Cela est conforme au nouveau modèle de développement concernant les transformations économiques et sociales, qui mentionne la protection sociale comme un droit fondamental des citoyens. La plupart des services de SSR sont fournis gratuitement par l'intermédiaire des établissements de soins de santé primaires.

Encadré 1. Étapes clés

Au Maroc, un processus de réforme visant à établir la CSU par le biais d'un système de sécurité sociale en partie subventionnée a été lancé en 2002. Ce processus comportait les éléments suivants :

- Loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base, promulguée par le dahir 1-02-296 du 3 octobre 2002 – Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO) pour les salariés mise en œuvre en 2005 ;
- Gratuité des accouchements par voie basse et des césariennes dans les services de santé publique (circulaire ministérielle n°108 du 11 décembre 2008) ;
- Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les personnes économiquement défavorisées – testé en 2008 et étendu au niveau national en 2012 ;
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
- Plan d'action national pour la santé 2008-2012 ;
- Constitution de 2011 ;
- Stratégie nationale pour la santé reproductive 2011-2020 ;
- Assurance-maladie pour les indépendants (loi 98-15 relative à l'Assurance Maladie Obligatoire de base pour les catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non salariées exerçant une activité libérale) – adoptée en 2017 ;
- Plan national des soins de santé 2025 ;
- Projet de loi n°10-16 sur l'avortement ;
- Loi n°103-13 relative à la lutte contre les violences faites aux femmes ;
- Nouvelle loi n°09-21 relative à la protection sociale ;
- Stratégie nationale de lutte contre les violences faites aux femmes 2020-2030.

À propos de la présente note de synthèse factuelle

La présente note de synthèse factuelle s'appuie sur une étude de cas menée au Maroc sur le processus d'intégration des services de SSR dans les politiques, programmes et stratégies relatifs à la CSU, et sur l'état d'avancement de ce processus. L'étude s'est concentrée sur trois indicateurs de référence : la santé maternelle, la violence fondée sur le genre, et la prévention des grossesses non désirées et les soins post-avortement. Elle reposait sur un examen documentaire et des entretiens avec des partenaires clés, notamment des responsables de l'élaboration des politiques, des administrateurs de programmes, des experts nationaux, des prestataires de services, des organisations non gouvernementales (ONG) et des représentants des institutions des Nations Unies.

Principaux résultats

Différences dans l'établissement des priorités et la mise en œuvre des programmes de SSR

Les degrés de priorité et de mise en œuvre varient en fonction des trois interventions repères.

Santé maternelle

Degré de priorité

La santé maternelle a bénéficié d'un engagement politique fort de la part du ministère de la Santé, des partenaires du développement et des agences gouvernementales nationales. Plusieurs stratégies et plans de développement sanitaires ont ainsi été érigés en priorité nationale. Cette démarche a renforcé l'engagement du pays à l'égard de la Stratégie mondiale pour la santé de la mère et de l'enfant, et sa participation en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et les objectifs de développement durable (ODD).

La priorité accordée à la santé maternelle a été renforcée par son inclusion en tant qu'élément clé dans le premier plan d'action national pour la santé élaboré par le ministère de la Santé couvrant la période allant de 2008 à 2012. Tous les départements concernés ainsi que les principaux partenaires (partenaires du développement, autres départements ministériels et ONG) ont été impliqués. Le plan prévoyait l'intégration d'un accouchement sans risque, par voie basse ou par césarienne, pratiqué gratuitement dans les établissements de santé publique à tous les niveaux.

La santé maternelle a également été intégrée au « Plan d'action national pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale » 2012-2016 afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement no4 et 5. Le programme de soins gratuits a été élargi de façon à inclure l'accouchement (par voie basse ou par césarienne), les examens médicaux standard, la prise en charge des complications obstétricales (pendant la grossesse, l'accouchement et la période du postpartum) et les soins de santé néonatale. Cette politique permet aux femmes enceintes d'accéder gratuitement aux soins obstétricaux, quel que soit leur statut socio-économique. La santé maternelle est également incluse dans le Plan national de santé 2025 en tant que priorité nationale, afin de lutter contre la mortalité maternelle et néonatale évitable. Des actions connexes sont mises en œuvre par le ministère de la Santé dans le cadre d'une approche multisectorielle, avec une forte participation d'autres départements ministériels, de la société civile et de la communauté.

Programmation et mise en œuvre

L'engagement du Maroc en matière d'amélioration de la santé maternelle se manifeste par la mise en œuvre de plusieurs interventions sanitaires. En voici quelques exemples : le renforcement du programme « Maternité sans risque » (2000), l'ensemble d'actions pour la santé reproductive et maternelle (2008), le Plan d'action national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2008), le Plan national de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale évitable (2012) et le Plan national de santé 2025, qui souligne l'importance d'inscrire la santé maternelle dans la continuité de soins de SSR, et dans les politiques et les stratégies en matière de CSU.

Ces engagements ont permis d'améliorer considérablement les résultats en matière de santé maternelle. Entre 2011 et 2018, la couverture des soins prénatals a progressé au niveau national (passant de 77,1 % à 88,4 %) ; le nombre de naissances assistées par du personnel de santé qualifié s'est amélioré (de 73,6 % à 86,6 %) et la mortalité maternelle a diminué (de 112 à 72,6 pour 100 000 naissances vivantes) (4).

Malgré ces progrès, des défis persistent. L'on peut citer à titre d'exemple les disparités d'accès en fonction des zones géographiques (urbaines ou rurales), du statut socio-économique et de diverses situations de vulnérabilité, comme l'exclusion sociale ou la marginalisation. Par exemple, l'écart reste important en matière de mortalité maternelle entre les zones urbaines et rurales (44,6 contre 111,1 pour 100 000 naissances vivantes) (3). La proportion de naissances assistées par

du personnel de santé qualifié est plus élevée chez les femmes instruites (99 %) que chez celles n'ayant pas accès à l'éducation (91 %) (3). Il existe également un écart considérable entre les riches et les pauvres en termes d'accès à l'assistance par du personnel de santé qualifié lors de l'accouchement (98 % et 68 %, respectivement).

La qualité des soins de santé maternelle demeure également un souci majeur au Maroc. Par exemple, l'enquête confidentielle sur les décès maternels de 2015 a révélé les principales causes de décès maternels : l'hémorragie (58 %), l'hypertension (26 %) et les infections (8 %). L'enquête a également montré que la majorité de ces décès (80,9 %) étaient évitables et liés à des problèmes de qualité des soins. Les problèmes recensés incluaient un traitement inapproprié (42 %), des systèmes de suivi insuffisants (39 %) et des retards dans la prise en charge (32 %) (3).

Violence fondée sur le genre

Degré de priorité

Pour lutter contre la violence fondée sur le genre, le Maroc a adopté plusieurs politiques et cadres juridiques. Par exemple, en s'engageant dans la convention internationale recommandant de « mettre fin à l'impunité des actes de violence à l'égard des femmes » (résolution 63/155 des Nations Unies, 2008). La Constitution nationale de 2011 interdisait et invitait à combattre toutes les formes de violence et de discrimination fondées sur le genre. Par ailleurs, elle réformait la loi criminalisant les violences faites aux femmes, adoptée en 2018. Une stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes (2020-2030) a également été lancée.

Programmation et mise en œuvre

Les interventions du secteur de la santé pour lutter contre la violence fondée sur le genre comprennent l'identification précoce des cas à travers des enquêtes cliniques, un appui et une riposte de première ligne, ainsi que des traitements et des soins aux survivantes dans ce type de situations. Des unités de soutien aux survivantes et des postes d'agent d'accueil dans les hôpitaux, les services de police et les tribunaux ont également été créés, afin de garantir un soutien efficace aux victimes. Outre ces mesures, des commissions nationales, régionales et locales ainsi que des services hospitaliers de prise en charge des femmes victimes de violences ont été mis en place. Par ailleurs, un « Observatoire national de la violence contre les femmes » a été constitué en 2014. Des campagnes annuelles de sensibilisation sont également organisées

pour aborder les questions liées à la violence fondée sur le genre.

En 2008, un programme multisectoriel (TAMKINE) a été lancé pour lutter contre ce phénomène. Il met l'accent sur l'autonomisation des femmes et des filles, ainsi que sur l'éradication de la violence à l'égard des femmes, en promouvant l'application de politiques tenant compte des sexospécificités et en mettant en place des systèmes d'orientation-recours multisectoriels pour les femmes et les filles victimes de violence.

Les résultats des enquêtes sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes, menées par le Haut-Commissariat au Plan en 2009 et 2019, montrent une tendance générale à la baisse de la violence fondée sur le genre. Le taux de prévalence de ce type de violence, toutes formes confondues (physique, sexuelle, psychologique et économique) et dans tous les contextes (domicile, travail, voie publique, etc.), a diminué chez les femmes de 18 à 64 ans, passant de 63 % en 2009 à 57 % en 2019 (4).

Bien que ces résultats puissent suggérer une diminution de la violence fondée sur le genre sur une période prolongée en raison de l'action politique et sociale, il est important de noter que les actes de violence à l'égard des femmes sont rarement rapportés. En effet, seules 10,4 % des survivantes de violence fondée sur le genre interrogées ont déclaré avoir signalé l'incident à la police ou à une autre autorité compétente (4). En outre, l'intégration des interventions du secteur de la santé pour lutter contre la violence fondée sur le genre (à savoir l'identification précoce des cas à travers des enquêtes cliniques, un appui et une riposte de première ligne, des traitements et des soins dans les situations de violence exercée par le partenaire intime et d'agression sexuelle) dans les établissements de soins de santé primaires reste limitée, et les services de soins cliniques et psychologiques ne sont disponibles que dans les hôpitaux des zones urbaines.

Prévention des grossesses non désirées et soins post-avortement

Degré de priorité

L'avortement est la quatrième cause de mortalité maternelle au Maroc. Les résultats générés par l'enquête confidentielle sur les décès maternels menée en 2015 ont montré que 1,3 % des causes obstétricales directes de mortalité maternelle est lié aux complications d'un avortement (2). L'avortement provoqué est illégal au Maroc, comme le stipule l'article 449 du code pénal. Toutefois, la prévention des grossesses non désirées et les services de soins post-avortement sont considérés

comme des priorités nationales par le ministère de la Santé.

Les efforts de plaidoyer de la société civile ont contribué à placer la prévention des grossesses non désirées et les soins post-avortement dans le débat public et politique. En 2015, une conférence nationale sur l'avortement a été organisée et un projet de loi (loi n°10-16) (5) modifiant le code pénal (article 453) et visant à assouplir les lois sur l'avortement en cas de viol, d'inceste et de malformations congénitales a été soumis au Parlement.

Programmation et mise en œuvre

Des progrès importants ont été réalisés dans la prévention des grossesses non désirées et dans l'amélioration des services de soins post-avortement au Maroc. Plusieurs actions ont été menées, au niveau national, afin de prévenir les grossesses non désirées. Ces actions incluent l'élaboration d'outils permettant de communiquer des messages sur les grossesses non désirées et de promouvoir l'utilisation de méthodes de planification familiale modernes et efficaces. Ces outils (capsules, vidéos, prospectus et affiches) sont destinés aux femmes en âge de procréer et à leurs partenaires. Les prospectus portent notamment ce message clé : « Pour éviter une grossesse non désirée et tomber enceinte à un moment qui vous convient, vous avez le choix entre plusieurs méthodes de planification familiale. » Un guide d'éducation à la santé sexuelle et reproductive destiné aux agents de soins de santé a également été rédigé pour fournir des informations fiables sur ce thème. Il aborde la question de la prévention des grossesses non désirées. Le programme national de planification familiale a également intégré la pilule contraceptive d'urgence dans la gamme de contraceptifs qu'il propose. La pilule contraceptive d'urgence est désormais disponible dans les établissements de soins de santé primaires et les services hospitaliers de prise en charge des femmes victimes de violence.

Le gouvernement est en train d'élaborer des guides de formation sur les soins post-avortement, afin d'assurer le renforcement des capacités des agents de santé dans les établissements de soins primaires. Ces guides de formation soulignent la qualité des soins qui devraient être dispensés aux femmes victimes d'un avortement spontané ou de complications consécutives à un avortement provoqué.

Progrès accomplis dans le suivi et les mécanismes de responsabilisation utilisés pour la santé sexuelle et reproductive

Suivi

Des progrès ont été accomplis dans le suivi des résultats des programmes de santé ainsi que dans l'affectation des ressources. Depuis 1980, des enquêtes démographiques et sanitaires en population au niveau national ont permis au ministère de la Santé de suivre l'évolution d'un certain nombre d'indicateurs relatifs à la fécondité, à la mortalité, à la santé maternelle et infantile, et à la planification familiale. Les données de routine provenant du système national d'information sanitaire sont également importantes pour évaluer les performances des programmes de santé sexuelle et reproductive selon plusieurs indicateurs de processus et de résultats. Le ministère de la Santé a lancé un examen du système national d'information sanitaire en vue de l'intégration de la santé sexuelle et reproductive.

Le suivi et l'évaluation des programmes de santé nationaux, y compris des services de santé maternelle et de lutte contre la violence fondée sur le genre, permettent de mesurer les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des indicateurs et des cibles connexes. En outre, les conséquences de la violence fondée sur le genre et les progrès réalisés en vue de son élimination sont également suivis au moyen d'enquêtes menées par le Haut-Commissariat au Plan.

Responsabilisation

En général, les mécanismes de responsabilisation utilisés pour la santé sont principalement politiques (c'est-à-dire mis en œuvre par le parlement ou les médias) ou financiers (audits et procédures administratives utilisant des rapports de programme et des enquêtes périodiques). Le Maroc travaille toujours au renforcement des outils et mécanismes de responsabilisation afin d'atteindre les cibles des objectifs de développement durable en matière de santé sexuelle et reproductive d'ici 2030. Dans le cadre de cette initiative, et pour évaluer la performance du système de santé, le ministère de la Santé a établi en 2018 un ensemble d'indicateurs de base pour la santé sexuelle et reproductive, parmi lesquels on compte les suivants : la proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié, l'utilisation de méthodes contraceptives modernes, le nombre de femmes victimes de violence admises à l'hôpital, ainsi que des indicateurs liés au cancer et au VIH. Cette mesure fait partie des cadres financiers annuels, et

les progrès sont rapportés et examinés sur une base annuelle.

En 2009, le Maroc a mis en place un système de surveillance des décès maternels, basé sur une enquête confidentielle concernant ces décès. Ce système a permis de mieux en comprendre les causes et les circonstances et a fourni une base pour les mesures à prendre. Les feuilles de route de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant ont été élaborées avec l'appui de l'OMS. Elles précisent les mécanismes de responsabilisation découlant du plan d'accélération pour la santé maternelle et infantile élaboré conformément à la Déclaration de Dubaï en 2013. En vue d'améliorer la mise en œuvre de la stratégie nationale d'élimination de la mortalité maternelle et infantile, des comités consultatifs (groupes de travail) ont été institués au niveau des districts par décision ministérielle n°13867 en 2017. Cela a permis aux différents partenaires d'examiner et d'évaluer les questions liées aux programmes de santé maternelle et infantile.

La deuxième enquête nationale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes indique que seules 28,2 % des femmes ayant subi des violences l'ont signalé. La majorité des femmes ayant signalé une violence fondée sur le genre vivent en zone urbaine. En outre, seules 6,6 % des victimes ont porté plainte (4).

Le Maroc a déployé des efforts considérables pour prévenir les grossesses non désirées et fournir des services de soins post-avortement. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour garantir l'accès aux médicaments et aux équipements essentiels pour les soins post-avortement dans les établissements de soins de santé primaires et secondaires. Il est nécessaire de promouvoir davantage les mesures de prévention et de prise en charge pour les personnes vulnérables qui sont plus susceptibles de pratiquer un avortement provoqué. Le renforcement des capacités des agents de santé en matière de soins post-avortement est également nécessaire pour améliorer la qualité des services. Enfin, un engagement politique en faveur du maintien d'un budget suffisant pour garantir la disponibilité continue des ressources, y compris des équipements, des infrastructures et des produits pertinents, est impératif.

En ce qui concerne l'utilisation des technologies de l'information et de la communication en vue d'améliorer le suivi et l'évaluation des programmes de santé et d'en accroître la transparence, des projets pilotes visant à

établir des plateformes intégrées de santé sexuelle et reproductive sont toujours en cours d'élaboration par le ministère de la Santé et devraient être déployés prochainement.

Implications pour les politiques et les programmes

Une stratégie clé consiste à ce que le gouvernement, la société civile, le secteur privé et tous les partenaires du développement unissent leurs forces dans le cadre d'une approche multisectorielle, afin d'assurer l'intégration efficace de la santé sexuelle et reproductive dans la couverture sanitaire universelle. Plus précisément, les efforts devraient être axés sur les points suivants :

- Encourager, par le biais des ONG et des organisations de la société civile, la participation active des groupes marginalisés et vulnérables aux processus de prise de décision et de définition des priorités, afin de leur donner l'occasion d'influencer les décisions liées à la santé sexuelle et reproductive et de tenir les autorités de l'État pour responsables des engagements qu'elles ont pris.
- Renforcer les efforts de plaidoyer en faveur de la santé sexuelle et reproductive, en ciblant les législateurs en tant que partenaires clés jouant un rôle dans la législation, l'allocation et la surveillance budgétaires, afin de tenir le gouvernement pour responsable de ses engagements en matière de santé sexuelle et reproductive.
- Entreprendre une analyse des politiques de santé sexuelle et reproductive afin d'identifier les questions que les décideurs doivent prendre en compte lors de la conception et de la mise en œuvre de programmes visant à améliorer les services de SSR et à combler le fossé entre les politiques et la mise en œuvre des programmes.
- Promulguer une législation supplémentaire sur la CSU, afin de garantir le droit à la santé sexuelle et reproductive, y compris la santé maternelle, les services de soins post-avortement et la prévention de la violence fondée sur le genre et des grossesses non désirées, dans la loi et dans la pratique, et de veiller à ce que les services connexes soient inclus dans les paniers de prestations de santé.
- Instaurer des mécanismes de responsabilisation appropriés pour suivre les progrès dans la mise en place de la couverture sanitaire

universelle, y compris l'intégration de la santé sexuelle et reproductive dans la réalisation des examens nationaux volontaires des objectifs de développement durable, la mise en œuvre des outils d'évaluation rapide pour identifier la violence sexiste spécifique au contexte, la prévention des grossesses non désirées, l'amélioration des soins post-avortement, l'évaluation de l'ampleur de ces problèmes et la mise en œuvre des réponses appropriées pour les améliorer.

- Accroître la sensibilisation du public au rôle de la santé sexuelle et reproductive, y compris des services liés à la prévention des grossesses non désirées et des soins post-avortement, dans l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes et de leurs partenaires, pour favoriser une participation et une mobilisation sociale accrues, pour s'attaquer aux lacunes dans la conception et la mise en œuvre des programmes et porter efficacement la voix des groupes marginalisés.

Références

1. Couverture sanitaire universelle (CSU). Aide-mémoire. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 ([https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))), consulté le 3 janvier 2022).
2. Bezaïd R, Bouchra A, El Alami El Fellousse A, Ababou M; Analysis of the design and implementation of sexual and reproductive health services within universal health coverage. (Unpublished). Rabat: World Health Organization; 2020.
3. Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF-2018). Rabat : Ministère de la Santé ; 2018.
4. Note sur les violences faites aux femmes et aux filles : L'enquête nationale sur la violence à l'encontre des femmes et des hommes 2019. Rabat: Haut Commissariat au Plan du Maroc ; 2019 (<https://morocco.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Morocco/Documents/Publications/2021/HCP%20note%20de%20synthese%20ENVEF%202019%20fr%20final%20electronique.pdf>), consulté le 2 janvier 2022).
5. Chambre des représentants du Royaume du Maroc. Projet de loi sur l'organisation de l'interruption médicale de grossesse. Rabat: Chambre des représentants ; 2018 (document en langue arabe, 085 (chambredesrepresentants.ma), consulté le 20 décembre 2021).

Remerciements

L'unité Intégration de la santé sexuelle et reproductive dans les systèmes de santé (SHS/OMS) est reconnaissante envers les personnes et les organisations qui ont contribué à l'élaboration de cette note de synthèse factuelle : Karima Gholbzouri (OMS/Bureau régional de la Méditerranée orientale), Hafid Hachri (OMS, Maroc), Abdelylah Lakssir (Partenaires pour la population et le développement, Bureau régional de l'Afrique) et le ministère de la Santé du Maroc. Le processus d'élaboration a été coordonné par Georges Danhoundo (OMS/SSR) et Veloshnee Govender (OMS/SSR).



Contactez-nous :
Santé sexuelle et reproductive et recherche/Département
Amélioration de la santé des populations
Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale
Rue Monazamet el Seha el Alamia
Prolongement de la rue Abdel Razzak el Sanhour
B.P. 7605, Cité Nasr
Le Caire 11371, Égypte
<http://www.emro.who.int/fr/health-topics/reproductive-health/index.html>

Couverture sanitaire universelle pour la santé sexuelle et reproductive au Maroc : données probantes et implications en termes de politiques. Note de synthèse factuelle.

ISBN 978-92-9022-984-1 (Version électronique)
ISBN 978-92-9022-983-4 (Version imprimée)

© **Organisation mondiale de la Santé 2022**. Certains droits réservés. Ce document est disponible sous la licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.