

Réaliser l'équité en Matière de Santé Maternelle dans la Région Arabe

En dépit des larges avancées enregistrées en matière de santé durant les quelques décennies passées dans la région arabe, la distribution des risques de santé demeure, de manière inadmissible, inégale tant à travers celle-ci qu'au sein des pays qui la composent¹. Aujourd'hui, des enfants nés au Soudan courent, en moyenne, dix fois plus le risque de mourir avant leur cinquième anniversaire que des enfants nés à Oman; et une femme vivant en Somalie fait face, au cours de sa vie, à un risque de mourir lié à la grossesse 30 fois et 100 fois plus grand qu'une femme en Égypte et au Bahreïn, respectivement².

En outre, les données sur des moyennes nationales occultent des disparités de santé parmi des groupes de population dans les pays concernés. Au Yémen, le taux de mortalité maternelle en milieu rural est de 164 décès pour 100.000 naissances vivantes contre 97 dans les zones urbaines³. Au Soudan, une femme mariée sur cinq, appartenant au quintile le plus riche de la population, utilise un moyen de contraception moderne tandis qu'une femme appartenant au quintile le plus pauvre en fait difficilement autant (voir Tableau 1). Ces disparités ainsi que d'autres relevées en matière de santé maternelle sont déloyales - ou injustes - parce-que les groupes de population défavorisés tels que les jeunes filles, les femmes illettrées, ou les populations déplacées subissent les niveaux les plus élevés de mauvaise santé qui sont connus pour être évitables.

Une « approche basée sur l'équité » en santé maternelle peut contribuer à réduire ou à éliminer les disparités de résultats en santé provenant de facteurs structurels et individuels tels que les inégalités fondées sur le genre et le manque d'opportunités ou d'accès à des ressources qui demeurent, par ailleurs, évitables et injustes⁴.

L'amélioration de la santé maternelle constitue le 5ème Objectif du Millénaire pour le Développement des Nations Unies (OMD), l'accès universel aux services de santé reproductive, - planification familiale comprise sont des cibles spécifiques associées à cet objectif. Les huit OMD, convenus après le Sommet du Millénaire en 2000, sont parfaitement corrélés entre eux et ont réussi à introduire la santé dans le discours de développement à travers le monde.

Les OMD se sont également avérés être un moyen efficace pour inciter les gouvernements à agir et à faire le suivi de leurs progrès. Cependant, les indicateurs habituellement destinés à mesurer le progrès se sont révélés inaptes à tenir compte du redressement des disparités parmi les sous-groupes d'un pays. En conséquence, les progrès enregistrés peuvent refléter les avancées dans le domaine de la santé pour les secteurs les plus favorisés de la population tandis que les secteurs les moins favorisés sont à la traine.

Cependant, avec les OMD qui arrivent à leur terme en 2015, la communauté internationale s'est mobilisée pour élaborer un programme de développement plus inclusif pour les 15 années à venir. Fondés sur les droits humains, les nouveaux objectifs connus en tant qu'objectifs de

Tableau 1 - Pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant la contraception moderne, par quintile de richesse

Pays	Le plus pauvre	Moyen	Le plus riche
Égypte	52	59	62
Irak	29	33	36
Jordanie	37	41	49
Libye	15	20	26
Maroc	55	59	57
Somalie	<0.5	<0.5	4
Soudan	<0.5	3	20

Note: Les quintiles de richesse (5 groupes de population à taille égale) sont basés sur des enquêtes relatives aux patrimoines des ménages. Les données sont présentées pour le 1er (le plus pauvre), le 3ème (le moyen) et le 5ème quintile (le plus riche). La contraception moderne inclut des pilules hormonales, des injectables et des implants ; des dispositifs intra-utérins, la stérilisation masculine et féminine ; et les préservatifs, les diaphragmes et autres méthodes.

Source: Bureau de Référence de Population, *Planning Familial Mondial 2013, Fiche technique*.

développement durable (ODD) seront dotés de cibles ambitieuses et d'indicateurs destinés à mesurer les progrès réalisés. L'objectif 3 proposé, à savoir «assurer des vies saines et promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges», sera assorti d'une cible pour la mortalité maternelle : «à l'horizon 2030, réduire le taux global de la mortalité maternelle à moins de 70 décès pour 100.000 naissances vivantes^{4 5}». La cible proposée pour la santé reproductive est «à l'horizon 2030, assurer l'accès universel aux soins des services de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, l'information et l'éducation, ainsi que l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et programmes».

Avec «Ne Laisser Personne De Côté» et «Centré sur les Populations» en guise de devise, le programme global de développement pour l'après 2015 offre aux gouvernements, y compris les gouvernements arabes, une occasion d'intégrer et de promouvoir l'équité en tant que mesure du progrès social et instrument de comparaison pour une société juste et équitable⁶.

Cette note d'orientation examine les positions globales des pays arabes dans le domaine de la santé maternelle avec leurs disparités internes. Elle montre également que l'atteinte d'une couverture médicale universelle et une approche de santé reproductive orientée vers une perspective d'équité constituent des étapes nécessaires vers l'amélioration de la santé maternelle et, plus généralement, le bien-être de la population.

Positions globales des pays arabes en matière de santé maternelle

Il y a des agences internationales qui publient régulièrement des rapports qui classent les pays dans des domaines spécifiques de développement. Le rapport intitulé «*La Situation des Mères dans le Monde*», publié annuellement par «Save the Children», présente un Indice des Mères combinant plusieurs indicateurs de santé et de bien-être des femmes, y compris la mortalité maternelle et infantile, l'éducation féminine, la participation des femmes dans le gouvernement national et le revenu par habitant. Le [Tableau 2](#) présente les derniers classements des pays arabes⁷. Les données montrent de larges disparités entre les pays arabes, avec l'Arabie Saoudite qui vient en tête au niveau régional (38ème à l'échelle mondiale) et la Somalie qui occupe le dernier rang, tant au niveau régional que mondial. Bien que les pays dotés des revenus par habitant les plus élevés aient tendance à converger en tête du classement et ceux ayant les revenus les plus faibles vers le bas, revenu par habitant et santé des mères ne sont pas nécessairement corrélés pour tous les pays. Par exemple, la Tunisie, pays à revenu intermédiaire, est classée 7ème immédiatement après la Libye et le Koweït, pays dont les revenus par habitant sont respectivement trois fois et dix fois supérieur à celui de la Tunisie. Le bon classement de la Tunisie est dû dans une large mesure à ses performances remarquables en termes de participation des femmes dans la vie publique, reflétant ainsi les conditions sociales meilleures dans lesquelles elles vivent.

Le risque que court une femme, au cours de sa vie, de mourir

des suites d'une grossesse est un indicateur communément utilisé pour évaluer l'état de la santé maternelle. En général, le risque de mortalité maternelle est élevé dans les pays où le taux de fécondité est élevé et l'accès aux services de santé est limité. En Somalie, pays où les femmes donnent, en moyenne, naissance à 6,8 enfants – taux de fécondité le plus élevé dans la région – le risque de mortalité maternelle y est aussi le plus important: 1 sur 16 (cf. Tableau 2).

Décès maternels et handicaps sont, néanmoins, en grande partie évitables si toutes les femmes ont accès et sont habilitées à utiliser des informations et des services de santé reproductive de qualité. Il est de notoriété publique que les informations et les services de planification familiale, les soins prénatals et les accouchements assistés par le personnel de santé améliorent la santé maternelle et contribuent à sauver la vie des mères et de leurs nouveau-nés. Pourtant, les femmes connaissent les taux les plus élevés de mortalité maternelle liées à la grossesse et à l'invalidité au sein de pays où les systèmes de santé échouent à assurer l'accès aux soins maternels de qualité à celles qui sont dans le besoin.

Inéquité en matière de santé maternelle au sein des pays

Les cibles fixées aux pays au niveau de l'OMD 5 sont comme suit: 1) réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle ; 2) atteindre l'accès universel aux services de la santé reproductive. Les indicateurs utilisés pour le suivi des progrès comprennent le taux de mortalité maternelle (le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes); la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié ; les proportions de femmes utilisant les moyens contraceptifs et présentant des besoins non satisfaits en contraception ; le taux de fécondité chez les adolescentes ; les prestations de soins prénatals reçus. Les données tirées d'enquêtes conduites dans la région montrent, cependant, des inégalités systématiques au sein des pays au sujet de ces mesures, indépendamment des progrès réalisés dans l'ensemble.

Les services de planification familiale se sont bien développés dans la région arabe et un nombre croissant de femmes utilise la contraception. Il n'en demeure pas moins qu'un nombre significatif de femmes présente des besoins non satisfaits de planification familiale – à savoir des femmes préférant éviter une grossesse pendant au moins deux ans, ou mettre un terme à la procréation mais qui n'utilisent pas une méthode moderne de planification familiale. Ces femmes courent le risque de subir des grossesses non intentionnelles susceptibles de compromettre leur santé ainsi que celle de leurs enfants et de constituer un fardeau pour la société dans son ensemble. Les causes des besoins de planification familiale non satisfaits sont complexes. Une gamme variée d'obstacles et de contraintes, allant des croyances individuelles aux conditions socio-économiques des femmes, et à de plus larges facteurs culturels, sociaux, juridiques et politiques, peuvent saper la capacité d'une femme à agir sur ses préférences de maternité. Ces circonstances désavantagent systématiquement les femmes les plus pauvres en matière de satisfaction

de leurs besoins reproductifs, y compris la planification familiale. Les graphiques 1 et 2 en page 4 présentent des exemples de telles disparités en Syrie, en Égypte, au Maroc et à Djibouti ^{8, 9, 10, 11}.

Le soin prénatal et les accouchements assistés par un personnel qualifié deviennent de plus en plus la norme dans les pays arabes. Les accouchements assistés par un personnel qualifié sont quasi universels - et donc

équitable - dans les pays du Conseil de Coopération du Golfe, en Jordanie et en Palestine¹². En Syrie et en Irak, respectivement, 10 et 18% des accouchements de femmes appartenant au quintile le plus pauvre ne sont pas assistés par un personnel de santé qualifié, alors qu'il en est rarement le cas pour celles appartenant aux quintiles les plus riches¹³ (voir graphique 3, page 5) Le pourcentage de celles ne bénéficiant pas de soins professionnels s'élève à plus de 70% et 80% pour le quintile le plus pauvre de la

Tableau 2 - Indice des mères dans les pays arabes

Rang lié à l'indice des mères (parmi les pays arabes)	Pays	Santé maternelle	Bien-être des enfants	Niveau d'éducation	Situation économique	Statut politique	Rang pour l'indice des mères (dans le monde)
		Risque de Décès Maternel relatif à la durée de vie (1 sur nombre indiqué)	Taux de Mortalité Infantile (enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes)	Nombre escompté d'années de scolarisation formelle des femmes (années)	Revenu national brut par habitant (\$US courant)	Participation des femmes au gouvernement national (% des sièges du parlement occupés par des femmes)	
		2010	2012	2103	2012	2014	
1	Arabie Saoudite	1.400	9	16	21.210	20	38
2	Bahreïn	1.800	10	13	14.820	19	50
3	Qatar	5.400	7	14	76.010	0	51
4	EAU	4.000	8	12	35.770	18	52
5	Koweït	2.900	11	15	44.100	5	57
6	Libye	620	15	16	12.930	16	58
7	Tunisie	860	16	15	4.150	28	59
8	Oman	1.200	12	14	19.110	10	69
9	Algérie	430	20	14	5.020	26	71
10	Liban	2.100	9	13	9.190	3	77
11	Jordanie	470	19	13	4.670	12	95
12	Irak	310	34	10	5.870	25	104
13	Syrie	460	15	12	2.610	12	115
14	Égypte	490	21	13	2.980	3	117
15	Maroc	400	31	12	2.960	11	121
16	Soudan	31	73	5	1.500	24	150
17	Djibouti	140	81	7	1.030	13	160
18	Yémen	90	60	9	1.270	1	162
19	Somalie	16	147	2	120	14	178

Source: Save the Children, *Situation des Mères dans le Monde 2014*.

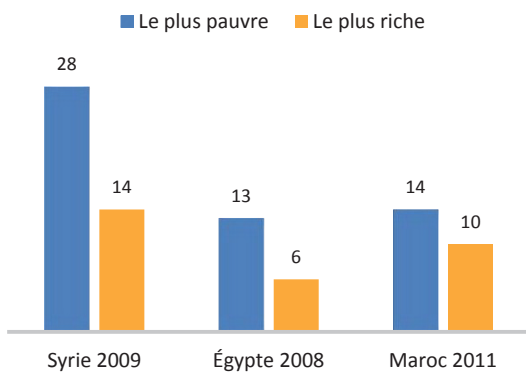
population au Soudan et au Yémen, respectivement¹⁴. Et comme ces pourcentages augmentent, il en va de même pour le gap entre les femmes les plus riches et les femmes les plus pauvres.

Les raisons sous-jacentes à l'iniquité dans l'utilisation des services de santé maternelle proviennent d'une combinaison de facteurs liés aux conditions de vie des femmes et à leurs situations individuelles. À Djibouti, par exemple, les femmes vivant dans des zones urbaines ont deux fois plus de chances d'utiliser les services de santé maternelle que leurs concitoyennes des zones rurales, là où vivent les trois quarts de la population du pays (cf. graphique 4). Dans tous les pays, la santé reproductive des femmes est influencée par la solidité des systèmes de santé ainsi que d'autres facteurs, comme le niveau d'éducation des femmes, la capacité de leurs familles à prendre en charge les frais de transport et les services de santé et la capacité des femmes à prendre des décisions au sein de la famille.

La réduction de plus de moitié de la mortalité maternelle au Maroc dans un temps relativement court est considérée comme une «histoire de succès» (cf. Encadré page 6), mais des disparités nécessitant d'être traitées persistent. Par exemple, le pourcentage des accouchements assistés

Graphique 1: Les femmes les plus pauvres ont des besoins insatisfaits en planification familiale plus élevés

Pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans désirant éviter une grossesse mais qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale, par quintile de richesse



Note: Les quintiles de richesse (5 groupes de taille de population égale) sont basés sur des enquêtes relatives aux patrimoines des ménages. Les données sont présentées pour le 1er (le plus pauvre) et le 5ème (le plus riche) quintiles de richesse.

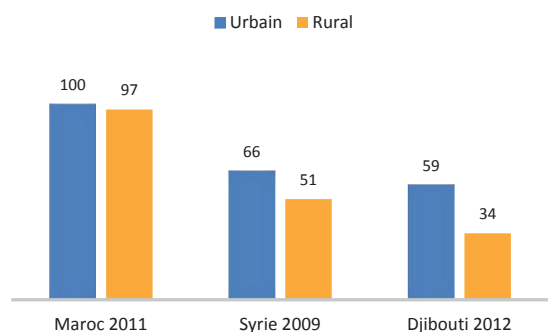
Source: Syrie, enquête des ménages 2009 ; Égypte, enquête démographique et de santé 2008 ; Maroc, enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPS) 2011.

par un personnel qualifié varie de 57 % à Taza Al-Hoceima à 92% au Grand Casablanca, avec une moyenne nationale de 74 % (cf. Graphique 5). L'Égypte est considérée, également, comme une «histoire de succès» en matière de réduction de la mortalité maternelle et d'amélioration de la santé reproductive, mais des disparités demeurent encore. L'enquête démographique et de santé conduite en Égypte en 2014 révèle que les soins prénatals d'au moins 4 visites durant la grossesse atteignent le niveau le plus élevé et sont quasi universels dans le Gouvernorat de Port Saïd, alors que dans le Gouvernorat de Matrouh, où le niveau des soins prénatals est le plus bas, plus du tiers des femmes enceintes ne reçoivent pas le minimum de 4 visites recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'expérience du Maroc, de l'Égypte et d'autres pays à travers le monde a mis en évidence la complexité des facteurs sociaux, culturels, politiques et financiers influençant les résultats en matière de santé. En conséquence, les experts internationaux de santé reconnaissent à présent que la réduction ou l'élimination des injustices dans le domaine de la santé requiert des politiques et des interventions spécifiquement conçues pour cibler les populations pauvres et marginalisées et traiter ce que l'on appelle les déterminants sociaux de la santé.

Graphique 2: Les femmes vivant dans des zones urbaines ont généralement des attitudes plus positives à l'égard de l'utilisation de la contraception.

Pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans considérant que l'utilisation de la contraception est acceptable.



Note: L'enquête a posé la question suivante: "Diriez-vous qu'en général vous approuvez ou désapprouvez les couples utilisant une méthode permettant d'éviter une grossesse ? » et a proposé aux personnes interrogées 4 réponses au choix : elles approuvent ; elles approuvent avec des conditions ; elles désapprouvent ; elles ne savent pas. Les pourcentages présentés dans ce graphique se réfèrent aux femmes qui approuvent et à celles qui approuvent avec des conditions.

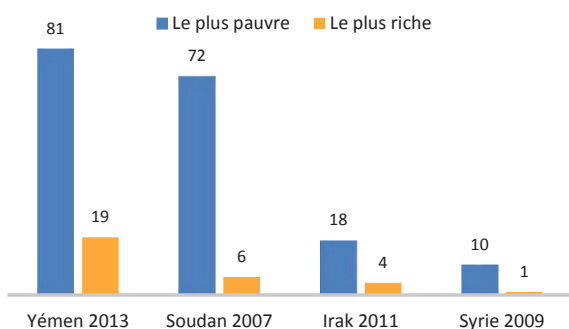
Source: Maroc, ENPS 2011 ; Syrie, enquête des ménages 2009 ; Djibouti, seconde enquête sur la santé familiale 2012.

L'approche basée sur l'équité en matière de santé et le programme de développement relatif à l'après-2015.

L'équité est au cœur du programme de développement pour l'après-2015, comme cela est mis en évidence dans le rapport sponsorisé par les Nations Unies et élaboré par le panel de haut niveau des éminentes personnalités ;

Graphique 3: les femmes pauvres reçoivent vraisemblablement des soins de santé maternelle pauvres.

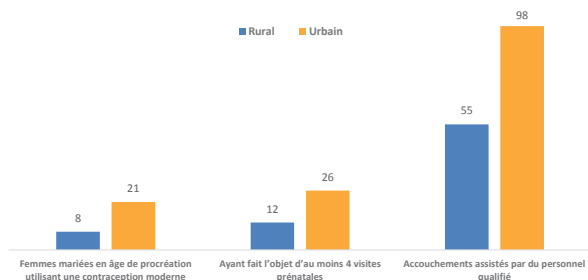
Pourcentage des accouchements non assistés par un personnel qualifié pour le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche de la population.



Note: Les quintiles de richesse (5 groupes de taille de population égale) sont basés sur des enquêtes relatives aux patrimoines des ménages. Les données sont présentées pour le 1er (le plus pauvre), le 3ème (le moyen) et le 5ème quintile (le plus riche).

Source: Yémen, enquête nationale de santé et de démographie 2013; Soudan, enquête de santé des ménages 2007 ; Égypte, enquête démographique et de santé 2008 ; Irak, enquête à indicateurs multiples 2011 ; Syrie, enquête des ménages 2009.

Graphique 4: Les femmes vivant dans les zones rurales ont moins de chance d'accéder aux services de santé maternelle, Djibouti 2012.



Source: Djibouti, seconde enquête sur la santé familiale 2012.

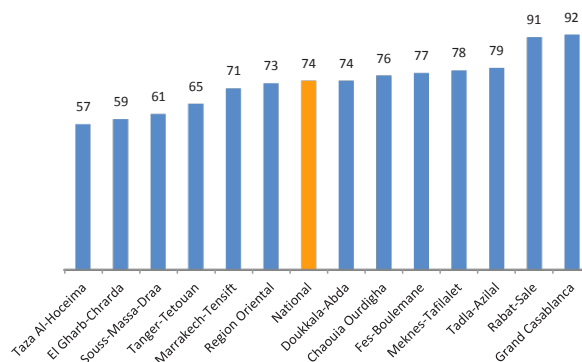
un nouveau partenariat mondial: éradiquer la pauvreté et transformer les économies par le biais du développement durable¹⁵. Le panel a proposé une série d'objectifs de développement assortis de cibles qui se substitueront aux OMD en 2015. Le rapport préconise que les pays continuent d'élaborer des rapports sur tous les progrès qu'ils font sur la voie de la réalisation de leurs cibles de développement, et fassent état aussi d'indicateurs ventilés selon la richesse, l'âge, la géographie et l'éducation, entre autres facteurs. Ils pourront ainsi assurer le suivi des progrès qu'ils réalisent en matière d'équité sur des cibles spécifiques.

L'approche basée sur l'équité de santé, qui est inhérente au programme de développement pour l'après-2015, signifie que chacun devrait avoir l'opportunité de réaliser son potentiel de santé - objectif qui ne peut être atteint sans une couverture médicale universelle. Le rapport du panel souligne que la communauté internationale et les pays pris individuellement «doivent faire des progrès réguliers dans l'assurance de la couverture médicale universelle et de l'accès à des services essentiels de santé de qualité»¹⁶. Les efforts visant à réaliser la couverture médicale universelle devraient inclure les points ci-dessous :

- Atteindre davantage de personnes;
- Elargir la gamme de services intégrés et essentiels disponibles pour chaque personne;
- Garantir que ces services soient à la portée de tous.

«Garantir l'accès universel aux soins des services de santé reproductive et sexuelle» est l'une des cibles de l'objectif proposé pour «assurer les conditions d'une vie en bonne santé et promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges». Le terme «universel» implique que les gouvernements soient tenus juridiquement d'assurer la santé reproductive et les droits à leurs citoyens, particulièrement à ceux qui sont défavorisés et exclus. Cependant, les gouvernements

Graphique 5: Les accouchements assistés par du personnel médical qualifié varient selon les provinces, Maroc 2010.



Source: Royaume du Maroc, Ministère de la santé, enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPS), 2011.

Amélioration de la santé maternelle au Maroc : une «histoire de succès» encore affectée d'inégalités

Au Maroc, la mortalité maternelle a diminué de plus de la moitié en moins d'une décennie, passant de 227 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2003 à 112 décès en 2010 (cf. graphique ci-dessous). Cette forte baisse résulte d'un engagement politique de haut niveau en faveur de l'amélioration de la santé maternelle, engagement qui s'est traduit par des investissements dans le système de santé du pays ainsi que par des efforts de coordination à différents niveaux locaux- preuves à l'appui. Depuis cette baisse, le Maroc est en ligne avec un petit groupe de pays à revenu intermédiaire dans la région, à l'instar de l'Égypte et de la Jordanie, pays en passe d'atteindre l'OMD5 de réduction de la mortalité maternelle des trois quarts entre 1990 et 2015.

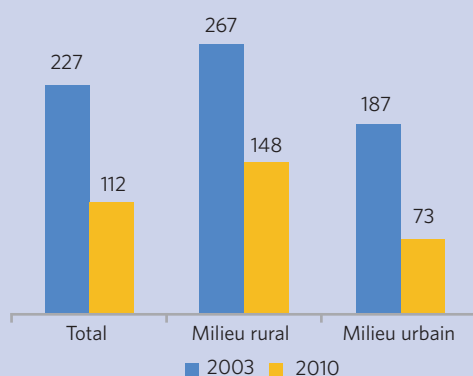
Concernant les accouchements au sein de structures de santé, l'enquête 2003-2004 de PAFAM au Maroc a montré que l'incapacité de payer était le principal obstacle: 74% des femmes n'ayant pas accouché dans une structure de santé ont évoqué l'incapacité de payer parmi les raisons à cela; 60% ont évoqué la distance comme étant un problème; et 46% ont mentionné l'absence de transport. En outre, les conclusions d'une étude socio-anthropologique menée au Maroc en 2006 ont montré une divergence de perceptions entre la population et la profession médicale concernant la nécessité d'un accouchement encadré. L'étude a mis en évidence les défaillances en termes de communication, de respect, d'intimité, et d'environnement propice à la femme en passe d'accoucher, défaillances contribuant fortement au fait que ces femmes soient peu enclines à utiliser ces structures.

Le Ministère marocain de la Santé a utilisé ces données ainsi que d'autres données supplémentaires pour développer une stratégie nationale en 2008 destinée à réduire la mortalité maternelle. La réduction de la mortalité maternelle est devenue une haute priorité, soutenue par un engagement financier destiné à mettre en place les améliorations souhaitées: le système de santé a été renforcé et des mesures ont été mises en place afin de réduire les obstacles aux soins obstétricaux d'urgence et d'améliorer la qualité des soins. Le Ministère a également mis en place un système national de surveillance destiné à fournir en temps et heure une information fiable concernant la mortalité maternelle.

En conséquence, la santé maternelle s'est améliorée à travers le pays et parmi les groupes vulnérables. De larges disparités persistent encore, néanmoins, au sein de différents groupes de population. À titre d'exemple, les femmes vivant en milieu rural présentent un risque de décéder des suites de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement deux fois supérieur au risque encouru par les femmes en milieu urbain. Le programme de développement pour l'après-2015 offre au Maroc et à d'autres pays arabes l'opportunité de réduire, et même d'éliminer, lorsque cela est possible, les disparités en matière de santé maternelle existant au sein des différents groupes socio-économiques et entre les espaces géographiques.

La Mortalité Maternelle a baissé au Maroc, mais les disparités entre milieu rural et milieu urbain persistent.

Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, 2003 et 2010



Source: Royaume du Maroc, ministère de la Santé, enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPS), 2011.

peuvent interpréter ce terme différemment, par exemple, comme étant le refus d'accorder l'accès aux services de santé à quelques personnes vivant à l'intérieur de leurs frontières nationales, à l'instar des réfugiés, des migrants non documentés, des nomades, ou des personnes dont la naissance n'a pas été enregistrée. Les autorités considèrent parfois ces groupes comme dépourvus d'un droit légal les rendant éligibles à n'importe quel droit aux soins de santé¹⁷. Ceci pourrait donner lieu à un problème dans certaines parties de la région arabe, où vivent un nombre significatif de migrants de travail et un effectif important de populations réfugiées. Des partenariats internationaux pourraient être utilisés pour assurer la couverture médicale universelle et, par extension, les soins de santé reproductive et sexuelle universelle, de manière à contribuer à la réduction ou à l'élimination des disparités qui sévissent parmi des sous-groupes de population.

Une autre question sensible pour les pays arabes est comment faire pour assurer aux jeunes l'accès universel aux soins de santé reproductive et sexuelle - un tel effort exige des politiques et des programmes culturellement appropriés. En outre, la discrimination envers les filles et les femmes, répandue dans les pays arabes, souligne l'importance de traiter les déterminants sociaux de la santé¹⁸. Assurer l'égalité des sexes dans les pays arabes, qui constitue la clé de la réalisation de l'équité en santé maternelle, exigera de larges changements dans l'environnement culturel, social, juridique et économique de ces pays.

L'âge auquel les filles se marient, par exemple, est en général un déterminant social critique de santé maternelle. Le mariage précoce des filles signifie une maternité précoce et de multiples grossesses, les exposant ainsi à un risque plus élevé de mauvaise santé maternelle et de décès que celles qui se marient plus tard. Les mariages précoces sont plus répandus dans les pays à faible revenu - Yémen, Somalie et Soudan - où le risque de mortalité maternelle est le plus élevé. Les conséquences néfastes d'un mariage précoce durent toute la vie, parce-que les filles abandonnent généralement l'école et sont socialement isolées, avec des occasions limitées de prendre des décisions qui concernent leur santé et leur bien-être.

Influencée par la tradition, la pratique des mariages précoces affecte d'une façon disproportionnée les filles les plus pauvres et les moins instruites. En Égypte, par exemple, les filles appartenant au quintile le plus pauvre de la population risquent six fois plus d'être mariées avant l'âge de 18 ans que celles appartenant au quintile le plus riche; les filles qui se marient avant leur 18ème anniversaire ont deux fois plus de chances d'être illettrées que celles qui se marient plus tard¹⁹. Au Maroc, les filles qui achèvent l'enseignement secondaire au moins sont rarement mariées avant l'âge de 18 ans versus 20% des filles n'ayant pas suivi du tout d'études ou simplement quelques études primaires. Que ce soit en Égypte ou au Maroc, l'âge minimal légal au mariage est fixé à 18 ans. Cependant, la pratique des mariages précoces démontre le besoin, mais aussi la complexité de traiter les déterminants des iniquités de la santé maternelle en dehors du système de santé. Elle montre aussi que pour pouvoir traiter ces déterminants des efforts collectifs seront requis sur tous les fronts - social, économique, juridique, religieux et politique.

La Voie à Suivre

Aujourd'hui, les pays arabes ont l'opportunité, compte tenu particulièrement des transformations sociales et politiques que connaît cette région de placer ainsi l'équité de santé au cœur de leurs objectifs de développement. De l'enfance à la vieillesse, les personnes qui se portent le mieux ont de meilleures chances de réaliser leur potentiel alors que celles qui se portent le moins bien risquent potentiellement de glisser dans la pauvreté.

Assurer l'accès aux soins de santé reproductive et sexuelle est essentiel pour la santé et le bien-être des familles et des individus. L'accès à une grossesse et un accouchement sécurisés, ainsi qu'aux informations des services de planification familiale devrait être considéré en tant que des droits humains de chaque femme et non pas des privilèges pour les segments les mieux lotis de la société, uniquement. La couverture médicale universelle constitue ainsi une étape nécessaire vers la réalisation de l'équité en matière de santé maternelle.

Il revient aux gouvernements de consolider leurs systèmes de santé pour répondre aux besoins et priorités des femmes et des filles et traiter toutes les causes évitables de la mortalité maternelle, de l'incapacité et du handicap lié à la reproduction. Les gouvernements ont besoin d'accorder la priorité à la réduction des iniquités et d'évaluer et de réformer la programmation et le financement de leurs stratégies de santé en vue de tendre le plus possible vers la généralisation de la couverture médicale.

La réalisation de l'équité en matière de santé maternelle exige, cependant, des efforts multisectoriels qui vont au-delà du système de santé. Il s'agit d'efforts tels que ceux visant à encourager l'éducation des filles, à décourager les familles qui veulent marier leurs filles à un jeune âge et à promouvoir le statut des filles et des femmes au sein de la famille et de la société. Les politiques et les programmes ont besoin d'aborder les circonstances culturelles, juridiques, économiques et politiques qui limitent les opportunités pour les filles et les femmes. La promotion de l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes et des filles devraient occuper une place de choix dans de tels efforts, en en faisant non seulement des objectifs nationaux de développement en eux-mêmes, mais aussi une partie intégrante de toutes les stratégies de développement et particulièrement de celles ayant pour finalité l'amélioration de la santé maternelle.

En conclusion, les gouvernements doivent s'assurer que leurs stratégies de développement sont documentées selon une approche basée sur l'évidence. Ils devraient collecter des données, analyser et élaborer un rapport sur la santé maternelle ventilés par groupes infranationaux et socio-économiques (par exemple, par niveau de revenu, âge, lieu de résidence, statut des migrants et origine ethnique) et par district administratif le plus fin, en temps opportun. De telles données aideront non seulement à orienter les politiques et les programmes, mais permettront aussi aux pays d'effectuer le suivi des progrès enregistrés dans l'amélioration de la santé maternelle à travers la population entière, avec l'objectif de « ne laisser personne de côté».

Références

1. The Arab region includes the 22 members of the League of Arab States that stretches from Morocco to Oman.
2. United Nations, World Population Prospects: The 2012 Version, accessed online on March 6, 2014, at http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_indicators.htm; and World Health Organization, Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010—WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank Estimates (Geneva: WHO, 2012): Annex 1.
3. Republic of Yemen, Ministry of Public Health and Population and Central Statistical Organization, League of Arab States, the Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM) and MEASURE DHS, Yemen National Health and Demographic Survey (YNHDS) 2013 (Calverton, Maryland, USA: ICF International, 2014).
4. M. Whitehead, "The Concepts and Principles of Equity and Health," *International Journal of Health Services* (1992): 22: 429-445.
5. Open Working Group, United Nations Sustainable Development report, accessed September 23, 2014 at <http://sustainabledevelopment.un.org/index.php?menu=1549>.
6. United Nations, A New Global Partnership: Eradicating Poverty and Transform Economies Through Sustainable Development, The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda (New York: United Nations, 2013).
7. Save the Children, State of World's Mothers 2014; accessed September 24, 2014 at http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM_2014.PDF.
8. Syrian Arab Republic, Central Statistics Office and League of Arab States, PAPFAM, Syria Household Survey 2009 (Cairo: PAPFAM, 2011).
9. Fatma El-Zanaty and Ann Way, Egypt Demographic and Health Survey 2008 (Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates and Macro International, 2009).
10. Kingdom of Morocco, Ministry of Health and League of Arab States, PAPFAM, Kingdom of Morocco National Population and Family Health Survey - ENPSF 2011 (Cairo: PAPFAM, 2012).
11. Ministry of Public Health, Department of Statistics and Demographic Studies, and League of Arab States, PAPFAM, Second Djiboutian Survey on Family Health (EDSF/PAPFAM 2), (Cairo: PAPFAM, 2012).
12. The countries of Gulf Cooperation Council are: Bahrain, Kuwait, Sultanate of Oman, Kingdom of Saudi Arabia, Qatar, and the United Arab Emirates.
13. Iraq Central Statistics Organization, Kurdistan Regional Statistics Office, Ministry of Health and UNICEF, Iraq Multiple Indicator Cluster Survey 2011, published 2012.
14. Sudan Federal Ministry of Health (FMoH) and Central Bureau of Statistics (CBS) and the Southern Sudan Commission for Census, Statistics and Evaluation (SSCCSE) Sudan Household Health Survey (SHHS), 2007.
15. United Nations, A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies Through Sustainable Development (New York: United Nations, 2013): Annex II: Evidence of Impact and Explanation of Illustrative Goals. The full report of the High-level Panel and additional and updated information are available on their website: <http://www.post2015hlp.org/>.
16. United Nations, A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies Through Sustainable Development (New York: United Nations, 2013): Annex II: Evidence of Impact and Explanation of illustrative Goals.
17. Thomas O'Connell, Kumanan Rasanathan, and Mickey Chopra, "What Does Universal Health Coverage Mean?" *The Lancet*, Volume 383, Issue 9913, Pages 277 - 279, 18 January 2014.
18. Arab Human Development report 2009: Challenges to human security in the Arab region, accessed September 24, 2014 at <http://www.arab-hdr.org/publications/other/ahdr/ahdr2009e.pdf>.
19. UNFPA and Population Council, The Adolescent Experience In-Depth: Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People, Egypt 2008 (New York: Population Council, 2010).

Remerciements

Cette note sommaire a été préparée par Dr. Maha El-Adawy, Mme. Farzaneh Roudi, Mme. Lori Ashford et Dr. Mohamed Afifi. Remerciements particuliers aux Dr. Hoda Rashad, Dr. Zeinab Khedr et au Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM) et à son Directeur, Dr. Ahmed Abdel Moneim, Mme. Jaqueline Mahon et M. Howard Friedman.



Réaliser un monde où
chaque grossesse est désirée
chaque accouchement est
sans danger et le potentiel de
chaque jeune est accompli