



ARAB CONFERENCE ON THE IMPLEMENTATION OF THE
ICPD PROGRAMME OF ACTION

المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل
المؤتمر الدولي للسكان والتنمية



CONFERENCE ARABE SUR L'APPLICATION DU PROGRAMME D'ACTION DE LA
CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT

BEIRUT 22-25 SEPTEMBER 1998

بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول/سبتمبر ١٩٩٨

BEYROUTH 22-25 SEPTEMBRE 1998

UNITED NATIONS POPULATION FUND
(UNFPA)

صندوق الأمم المتحدة للسكان

FONDS DES NATIONS UNIES POUR
LA POPULATION (FNUAP)

LEAGUE OF ARAB STATES

جامعة الدول العربية

LIGUE DES ETATS ARABES

ECONOMIC AND SOCIAL COMMISSION FOR
WESTERN ASIA (ESCWA)

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

COMMISSION ECONOMIQUE ET SOCIALE POUR
L'ASIE OCCIDENTALE (CESAO)

Distr.
LIMITED

UN EC

SION

E/ESCWA/POP/1998/WG.1/7
14 September 1998
ORIGINAL: ARABIC

22 SEP 1998

LIBRARY + DOCUMENT SECTION

قضايا تتعلق بدمج عناصر الصحة الإيجابية:
حالة المغرب(*)

إعداد

د. رضوان بلوالي والاستاذ نجيب كديرة

98_9971

(*) الآراء الواردة في هذا التقرير تعبر عن وجهة نظر المؤلفين، ولا تمثل بالضرورة رأي اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا).

صدرت كما وردت من المصدر.

التصميم العام:

- 1- المقدمة
 - 2- مؤشرات الصحة الانجابية بالمغرب
 - 3- الملخص
 - 4- المنهجية
 - 5- سياسات الصحة الانجابية واستراتيجيتها
 - 6- وضع المرأة وانعاش دورها
 - 7- المراهقون والشباب
 - 8- خدمات الصحة الانجابية
 - 9- تمثلات الصحة الانجابية لدى العاملين والمستفيدين
 - 10- تمويل الصحة الانجابية
- المراجع.

1/ مقدمة :

خلال المؤتمر الدولي حول السكان والتنمية المنعقد بالقاهرة سنة 1994، توصل ممثلو 180 بلدا إلى إجماع لم يسبق له مثيل حول طريقة العمل الرامية إلى استقرار ساكنة العالم وتطوير التنمية .

وبصرف النظر عن الأهداف الديموغرافية، قرر المشاركون تبني مقاربة شاملة تتضمن التخطيط العائلي والصحة الإنجابية .

وهذه الدراسة، تندرج ضمن مجموعة من الدراسات تنجز حاليا بتنسيق مع "مكتب مرجع السكان"، في أربعة دول (المغرب، الهند، أوغندا والبرازيل) . وقد حددت أهدافها في الإلمام بالكيفية التي تنفذ بها خطة عمل القاهرة ومدى نجاعتها والصعوبات التي تعترضها .

ولإنجاز هذه الدراسة بالمغرب، تشكل فريق من الباحثين من مختلف الاختصاصات المرتبطة بالصحة الانجابية . ولتحقيق ذلك انصب الاهتمام على المحاور التالية :

* سياسة البرامج واستراتيجيتها .

* الخدمات المتوفرة .

* المعطيات الديموغرافية .

* المعطيات السوسيوانتربولوجية .

* اقتصاد الصحة .

* المباحث البيولوجرافية .

هذا ، وقد تمكن فريق الباحثين، اعتمادا على بروتوكول أولي وأسئلة البحث، مع وضع منهجية أدت إلى إنجاز تقارير فرعية في المجالات السالفة الذكر .

وهذا التقرير هو خلاصة كاملة للتقارير الفرعية .

إن العمل ضمن فريق متعدد الاختصاصات قد أوصل إلى نظرة متسعة للصحة الانجابية، الشيء الذي أعطى للإحصائيات مفهوما طبييا واجتماعيا وكذا مرامي سكانية وتنموية.

2/ مؤشرات الصحة الإنجابية :

الإطار: 1 - أهم مؤشرات الصحة الانجابية بالمغرب .

المؤشرات السوسيو اقتصادية	المجموع	الوسط الحضري	الوسط القروي	مصدر
1- عدد السكان	27.300.000	14.500.000	12.800.000	(1)
2- المساحة (كلم ²)	710.850	-	-	(2)
3- المنتج الوطني الخام لكل ساكن (بالسعر الحالي للدولار الأمريكي)	1300	-	-	(2)
4- نسبة السكان القرويين	47	-	-	(1)
5- نسبة مصاريف وزارة الصحة من بين المنتج الوطني الخام	3.7	-	-	(1)
6- نسبة ميزانية وزارة الصحة من ضمن ميزانية الدولة	4.9	-	-	(1)
7- معدل الأمية لدى النساء	69	48.5	89	(3)
8- نسبة التمدرس لدى الفتيات	58	80	26	(3)
9- المعدل الخام للنشاط (15 سنة فأكثر)	25	-	-	(3)
10- نسبة النساء ربات الأسر	15	-	-	(5)
11- عدد الجمعيات غير الحكومية	76	-	-	(4)

الموارد :

12- مستشفيات الولادة	50	-	-	(1)
13- الطاقة الإيوائية من الأسر بمستشفيات الولادة	2300	-	-	(1)
14- عدد الأسر لكل 1000 ولادة مرتقة	3	-	-	(1)

(1)	-	-	482	15- عدد أطباء التوليد وأمراض النساء
(1)	-	-	0.6	16- عدد أطباء التوليد لكل 1000 ولادة مرتقبة
(6)	1315	550	1900	17- عدد مؤسسات العلاجات الأساسية

المعطيات الديموغرافية :

(1)	3175000	3920000	7100000	18- عدد النساء في سن الإنجاب
(1)	1800000	1760000	3600000	19- عدد النساء في سن الإنجاب والمتزوجات
(1)	403.000	289.000	692.000	20- عدد الولادات المرتقبة
(1)	4.1	2.3	3.1	21- الخصوبة
				22- نسبة النساء والعازبات
(5)	-	-	90	15- 19
	-	-	62	20- 24

الحالة الصحية :

	307	125	228 *	23- وفيات الأمهات
(9b)	-	-	156.000	24- عدد الإصابات بالأمراض المنتقلة جنسيا المصروح بها
(9a)	63	380	443	25- عدد حالات السيدات المصروح بها
(8)	-	-	45	26- نسبة فقر الدم لدى النساء الحوامل

الإنتاجية :

(7)	51	66	59	27- نسبة استعمال وسائل منع الحمل
	20	69	42	28- نسبة التغطية أثناء الحمل
				29- عدد الولايات بالمؤسسات الاستشفائية

* 10 مئة ألف ولادة حية .

	-	-	86	-عادية
			14	-قيصرية
	-	-	6	-توليد بالملقط
				30-عدد عمليات التوليد القيصرية
(10)	1.8	8	4	من ضمن الولادات المرتقبة

المراجع :

- 1/ Santé en chiffres 1996 , MSP
- 2/ Annuaire Statistique au Maroc , 1997
- 3/ Recensement Générale de la Population et l'Habitat, 1994
- 4/ ONG au Maroc
- 5/ Ministère chargé de la Population, Direction de la Statistique
- 6/ Infrastructure de santé au Maroc, MSP.
- 7/ Enquête Papchild 1997.
- 8/ Enquête sur la Carence Nutritionnelle au Maroc, MSP, 1995
- 9a / Girection de l'Epidemiologie et Lutte contre les Maladies, MSP,
(cas cumulés de 1986- 1997) .
- 9b/ Iden, cas déclarés en 1996.
- 10/ Analyse des interventions obstétricales, MSP, INAS, 1992.

3/ ملخص:

نهجت المملكة المغربية، منذ بداية الستينات سياسة سكانية متطورة تهدف إلى التحكم في نمو السكان .

لقد عرف برنامج التخطيط العائلي، خلال العشرين سنة الفارطة عدة مراحل أدت من جهة إلى توسيع خدماته على الساكنة القروية ومن جهة ثانية إلى توسيع لائحة وسائل التخطيط العائلي وتوفير جودة الخدمات .

هذا، وقد وصلت الخصوبة، حتى حدود نهاية التسعينات، إلى 3.1 أطفال لكل امرأة، ونسبة استعمال وسائل التخطيط العائلي إلى 60 % ونسبة الزيادة في عدد السكان إلى 2.06 %

بالرغم من هذا المجهود ما زالت هناك مشاكل قائمة تتمثل في :

* عدم ضمان الاستمرارية في التمويل .

* ضعف استعمال الوسائل الطويلة المدى- ضعف التغطية الصحية للساكنة الفقيرة والمعزولة في الوسط القروي .

وفي نفس الاتجاه، أظهرت الدراسات السوسولوجية مدى اتساع انتشار وسائل التخطيط العائلي، لكن دون مرافقته بالاستشعار والتحسيس الكافيين للمستفيدين ولبعض المجموعات المستهدفة (الرجال والشباب) .

وقد سطر برنامج رعاية صحة الأم والطفل، منذ بداية الثمانينات مجموعة من الأنشطة تتمثل في الاستشارة والعلاج أثناء الحمل والمساعدة والإشراف أثناء الوضع، وعليه فقد تمت في هذا الإطار تغطية 40% من الولادات المرقبة .

وعلى الرغم من هذه المنجزات ما زالت وفيات الأمهات مرتفعة (228 وفاة من بين مئة ألف ولادة حية)، بالإضافة على أن عمليات التوليد القيصرية والجراحية لم تتعد 4% .

هذا وقد شككت مجموعة من الدراسات في جودة وفعالية الاستشارة والفحص أثناء الحمل . ومحاولة منها في تفسير ضعف الاستفادة من الخدمات المتعلقة بالأمومة، أعزت الدراسات السوسولوجية الأسباب، باستثناء العوامل الثقافية، إلى الصعوبة المتمثلة في تعذر الولوج والتكلفة .

وإذا كان توسيع البنيات التحتية يرمي إلى تجاوز تلك الصعوبات، فإن قلة الأطباء الإحصائيين في التوليد (أقل من 200 طبيب) والمولدرات (500 مولدة) حالت دون تحقيق ذلك في الوقت الذي تصل فيه حالات الحمل المرتقبة إلى 700.000 منها 50% مسجلة في الوسط القروي . وفي أواسط التسعينات، ومع انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية تعزز برنامج صحة الأم والطفل بأنشطة إضافية تمثلت في :

* إضافة الحديد في التغذية (إن نسبة فقر الدم لدى النساء الحوامل تقدر ب 45%).

* وضع برنامج عمودي خاص بالأمراض المنقولة جنسيا والسيدا (600 إصابة من بين مئة ألف ساكن).

وفي هذا الإطار، أبرزت الدراسات السوسولوجية أن هذه الفصيلة من الأمراض مازالت من المواضيع المسكوت عنها، وأن الاستشعار والإعلام بشأنها لا زال ناقصا حتى بالنسبة للعاملين بالقطاع الصحي . وفي نفس الاتجاه بقي الإجهاض (في الوسط القروي والحضري، لدى النساء المتزوجات والعازبات) ظاهرة من الظواهر المسكوت عنها يجرمها القانون ويعاقب عليها (تقدر حالة الإجهاض ب 130.000 كل سنة) .

ولتحديد الحاجيات الغير ملبأة في مجال الصحة الإنجابية، تنجز حاليا دراسة لتزويد السلطات الصحية بمعطيات حول حجم ومدى التمثل لهاته الحاجيات التي لا تتضمنها التغطية الصحية (سن اليأس - العقم - السرطان) . وفي سنة 1992، ساهمت الحركات النسائية في التأثير على أهم تعديلات مدونة الأحوال الشخصية، حيث أسهمت الإجراءات الجديدة في إدخال تعديلات حول الوصاية، تعدد الزوجات والطلاق (اعتبرت الحركة النسائية هاته التعديلات غير مرضية) . وقد استمر هذا الإلهام لرفع النقاب عن الميز ضد المرأة والذي ترجع أسبابه لعدة مصادر (ثقافية، دينية، قانونية واقتصادية) .

ففي مجال التعليم، وصلت نسبة الأمية لدى النساء القرويات إلى 89% أما نسبة الفتيات غير المتمدرسات يقدر ب 75%. وإذا أخذنا بعين الاعتبار مجال التشغيل، فإن 34% من النساء المشتغلات يعملن في القطاعات الأقل إلزامية للتأهيل والأكثر تدنياً للأجر.

وبالرغم من إقرار الدستور المغربي لمبدأ المساواة في الحقوق بين الرجل والمرأة، وتوافر قانون الشغل الذي يتوخى رعاية صحة المرأة في الشغل، فلا زالت هاته العناصر متراجدة .

وفي الأخير ما زال النقاب مستمرا على بعض الظواهر المؤلمة خصوصا المتعلقة منها بالعنف ضد المرأة والفتاة الأم .

وبالإضافة إلى المرافق الحكومية، تعمل 76 جمعية غير الحكومية من أجل النهوض بدور المرأة وإدماجها في التنمية (32% من هاته الجمعيات تأسست بعد مؤتمر القاهرة) .

إن البيئة التي توفرت بعد مؤتمر القاهرة، والتغيير الحاصل في مرافق أصحاب القرار قد ساعدا على تشجيع الحركات النسائية للقيام بدور فعال على الرغم من الصعوبات التي تعترض مسارها .

إن تحليل تطور الأحداث، أظهر أن مؤتمر القاهرة وتبني الصحة الانجابية قد ساعدا على:

* تقوية بعض الأنشطة المتوفرة وإدماج أنشطة أخرى تمثلت في توسيع البنية التحتية للعلاجات المرتبطة بالأم .

* تحسين التغطية الخاصة بالعلاجات في مجال الصحة الإنجابية .

* حصول بداية التغييرات في قانون الأحوال الشخصية وتأسيس جمعيات غير حكومية للدفاع عن حقوق المرأة .

وعليه، فإن بعض الثغرات المرتبطة بالظواهر الثقافية والقانونية والخدمات الصحية لا زالت قائمة وتتمثل هذه الثغرات في ضعف الاستشعار لوسائل التخطيط العائلي، ارتفاع وفيات الأمهات، ضعف الإعلام والأخبار خاصة للرجال والشباب، انعدام التكفل بالحالات المرضية المتعلقة بالصحة الإنجابية، ضعف التمدرس بالنسبة للمرأة وضعف اختراق ميدان الشغل .

تمثل مصاريف الصحة في المغرب نسبة 4.2% من الناتج الوطني الخام .ومنذ سنة 1994 تم استشعار السلطات الصحية بأهمية إعطاء الأولوية لخدمات الصحة الإنجابية. وقد ساهمت المنظمات غير الحكومية النسائية ومنظمات التعاون الدولي بقسط كبير في هذا الاستشعار ، وخلال السنوات الفارطة تم رفع الاعتمادات المخصصة للصحة الإنجابية ب 1.5 مرة خلال 6.5 سنوات منتقلة بذلك من 195 مليون درهم سنة 1991 إلى 486 مليون درهم سنة 1997-1998.

4/المنهجية :

4-1 - مجال الدراسة :

منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد بالقاهرة سنة 1994، وضعت الـ180 دولة الموقعة، استراتيجية، وبرامج من أجل تنفيذ توصيات خطة عمل القاهرة، كل في إطار محيطه، وتندرج هذه الدراسة الرامية إلى وصف و تحليل وضعية المغرب، في إطار التقييم المزمع إنجازه سنة 1999 (القاهرة +5 سنوات) .

4-2 - أهداف الدراسة :

* الإلمام والوقوف على الكيفية التي تم بها تعديل خدمات التخطيط العائلي، وكذا الخدمات الصحية للاستجابة للحاجيات الفردية الغير ملبأة في مجال الصحة الإنجابية كما تم تعريفها في إطار خطة عمل القاهرة ؟

* ماهي الإجراءات المتخذة لتحسين الظروف والتي تم في إطارها اتخاذ القرارات بالنسبة للصحة الإنجابية من لدن النساء ؟

* كيف تمت تعبئة الموارد وتوزيعها لتدعيم هاته التغييرات ؟

* هل فعلا ساعدت هاته التغييرات تلبية بعض الحاجيات غير الملباة في مجال الصحة الإنجابية ؟

4-3 - أسئلة البحث :

لقد تم طرح مجموعة من الأسئلة تتعلق بالسياسة العامة والخدمات، مواقف وتمثلات المستفيدين من الخدمات في مجال الصحة الإنجابية، الموارد المالية والحصّة المالية المرصودة للصحة الإنجابية .

4-4 - استراتيجيّة البحث :

ولتحقيق الأهداف المشتركة للدراسة، تكونت 6 مجموعات من الباحثين تبنت كل واحدة منهجية ملائمة، وبالإضافة إلى ذلك أجري مسح بإقليمين طبيين بغية الوقوف على تطور الخدمات المتوفرة ومدى تمثّل مفهوم الصحة الإنجابية لدى المستفيدين والعاملين على حد سواء.

5/ السياسات في مجال الصحة الإنجابية واستراتيجياتها.

5-1 - برامج الصحة الإنجابية :

5-1-1 تعريف الصحة الإنجابية :

من خلال الاستمارة التي وجهت إلى أكثر من مسؤول وعلى أكثر من مستوى (1) (وزارة الصحة، منظمات غير حكومية، بعض الوزارات، القطاع الخاص) تم استخراج الإجابات التالية

¹ وجهت 50 استمارة إلى المسؤولين، وقد تضمنت سؤالاً حول تعريف الصحة الإنجابية والعناصر المكونة لها .

- لقد ردد المستجوبون العناصر الأكثر ارتباطا بالبرامج المتوفرة والمنظمة (كالتخطيط العائلي، الاستشارة ورعاية صحة الأم أثناء الحمل) .

- إن الحمل غير المرغوب فيه، والاجهاض يعتبران من الحالات المرضية الخاصة بالأمومة، ومع ذلك تم إغفالها من طرف المستجوبين .

- إن الحالات المرضية المرتبطة بالسرطان، سن اليأس لم تتم الإشارة لهما إلا في بعض الأحيان .

- إن النهوض بالمرأة لم تتم الإشارة إليه كعنصر من عناصر الصحة الإنجابية ، حيث اعتبر من طرف المستجوبين شرطا أوليا لها .

إن تحليل مضمون محتوى الاستمارات أظهر مدى الاهتمام الذي حظيت به الجوانب التقنية، بينما بقيت الجوانب المرتبطة بالتمييز بين الذكور والإناث في مجال الصحة الإنجابية (النوع) غائبة .

3-1-5 - المتدخلون :

إن إدماج المرأة في التنمية، من اهتمام عدة مرافق حكومية و 76 منظمة غير حكومية. وتجدر الإشارة هنا أن أغلب الجمعيات تأسست بعد مؤتمر القاهرة (1994) . ويظهر الجدول أسفله، أهم المتدخلين في الصحة الإنجابية وكذا مجالات مساهمتهم (٢).

ومن أجل ضرورة التنسيق ، تم خلق اللجنة العليا للسكان (أنشئت سنة 1967، وتم تعيينها سنة 1996مع منح رئاستها لوزارة السكان). ومع ذلك، يبدو أن هناك صعوبات في تفعيلها، علاوة على أن اجتماعاتها لا تتعقد بشكل منتظم .

4-1-5 - المجالات المغطاة :

* قبل مؤتمر القاهرة (1994) .

- التخطيط العائلي .

² من ضمن البحث لدى المتدخلين .

- الاستشارة أثناء الحمل وبعد الولادة .
- الوضع .
- الاستشارة العلاجية العامة .
- * بعد مؤتمر القاهرة (1994) .
- توسيع مجال التخطيط العائلي مع إدماج طرق جديدة (الحقن ++) .
- الولادة وتوسيع العلاجات المستعجلة المتعلقة بالتوليد وأمراض النساء .
- التغذية محاربة فقر الدم واليود (iode)
- تطوير دور المرأة .

5-1-5 - المجالات غير المعطات :

- العقم .
- سن اليأس .
- سرطان فم الرحم والثدي .
- الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض .
- الرجال والمراهقون .

5-1-6 - المجالات الحساسة :

- الجنس عند المراهقين .
- الأمراض المنتقلة جنسيا لدى الشباب .
- الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض .
- الأمهات العزاب .
- العنف ضد المرأة .

الإطار 2 : المتدخلون في مجال الصحة الإنجابية

الكفاءة ومجال التدخل	البنيات
<ul style="list-style-type: none"> - التكفل بالنساء أثناء الحمل . - تطوير وتحسين ظروف الولادة بالمؤسسات الصحية وكذا بالبيت - تطوير وتوسيع استعمالات الوسائل الطويلة المدى. - تطوير برنامج التعقيم. - إشراك القطاع الخاص والصيدالة في تقديم خدمات التنظيم العائلي والأعلام والاتصال في مجال التربية السكانية . - تعبئة جميع الأطراف المتدخلة في حقل الصحة الإنجابية . - إخبار وتحسيس العاملين بالقطاع الصحي. - العمل على تقوية دور وسائل الإعلام. - تجربة مقاربات جديدة -وضع استراتيجية للإعلام والتربية والاتصال تتمشى والوسط المدرسي . - وضع برنامج في مجال الصحة الإنجابية لفائدة المراهقات المتمدرسات . - محاربة الأمراض المتقلة جنسيا والسيدا بالمدارس (إدماج هذا الموضوع في المقررات المدرسية) . 	<p>وزارة الصحة + مديرية السكان</p>
<ul style="list-style-type: none"> - إدماج مقارنة التناذر في التكفل بحالات الأمراض المتقلة جنسيا والسيدا . - إشراك وتقوية القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني . 	<p>+ مديرية الوقاية ومحاربة الأمراض</p>
<ul style="list-style-type: none"> - إدماج استبيان الصحة الإنجابية في التكوين . - البحث في مجال الصحة الإنجابية . - التكوين المستمر في مجال الصحة الإنجابية . 	<p>+ المعهد الوطني للإدارة</p>
<ul style="list-style-type: none"> - التخطيط وتحديد الموارد . - تطوير السياسة الصحية . - تصور وتحضير وتنفيذ وتحليل البحوث الوطنية المتعلقة بالصحة والسكان . - جمع المعطيات ونشرها . 	<p>+ مديرية التخطيط والموارد المالية</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تخطيط وتدبير نظام التكوين الأساسي والتكوين المستمر للمولدات 	<p>مديرية الموارد البشرية</p>

<p>والممرضين .</p>	
<p>- مركز التكوين والتوجيه في التخطيط العائلي والصحة الإنجابية .</p>	<p>مستشفى الولادة الجامعي . المركز الوطني للتكوين في مجال التناسل البشري</p>
<p>- إنتاج ونشر المعطيات الديموغرافية . - وضع استراتيجيات وسياسات اجتماعية . تنسيق برنامج الأولويات الاجتماعية . - تنفيذ الإحصاء العام للسكان والسكن . - الاسقاطات السكانية . - تحضير الملفات التقنية لوضع السياسات الوطنية للسكان في إطار اللجنة الوطنية العليا للسكان .</p>	<p>وزارة التوقعات الاقتصادية والتخطيط</p>
<p>- التكوين العالي في الإحصاء والاقتصاد التطبيقي . - الاعلاميات . - الديموغرافية والبحث الإجرائي . - التكوين في إطار البرنامج الدولي الفرنكفوني للتنمية البشرية المستدامة .</p>	<p>المعهد الوطني للإحصاء والاقتصاد التطبيقي</p>
<p>- تكوين أطر دور الشباب . - تصور ووضع مواضيع تربوية . - إنشاء وتكوين مواضيع تربوية . - إنشاء وتكوين فرق مسرحية . - التربية والإعلام والاتصال خاصة بالشباب والمراهقين . - تطوير التربية الاجتماعية عند النساء . - تحسيس النساء بقضايا الصحة والتطهير وذلك في إطار النوادي النسائية والوحدات المتنقلة . - إدماج المرأة في مشاريع تدر مداخيل وخاصة خلق الوداديات النسائية في الوسط القروي .</p>	<p>وزارة الشبيبة والرياضة</p>
<p>تنسيق ومتابعة التعاون الثقافي والدولي لإدماج التربية السكانية في التعليم . - وضع استراتيجيات إدماج مفاهيم التربية السكانية بالبرامج التعليمية .</p>	<p>وزارة التربية الوطنية</p>

<p>- المساهمة في خلق الوعي بالمظاهر الديموغرافية بالمدارس الابتدائية والثانوية .</p>	
<p>- تنسيق التعاون الثنائي والدولي . - المساهمة في وضع البرامج واستراتيجيات في مجال التعاون الدولي - تنسيق التعاون الثنائي والدولي في مجال الأنشطة المتعلقة بالصناعة التقليدية . - تطوير دور المرأة ونشاطها وذلك بخلق تعاونيات الصناعة التقليدية .</p>	<p>وزارة الخارجية والتعاون وزارة الصناعة والتجارة التقليدية</p>
<p>- إنعاش التخطيط العائلي . - توزيع وسائل التخطيط العائلي . - تحسيس النساء والشباب . - توسيع وسائل التخطيط العائلي في الوسط القروي على أساس المساهمة الجماعية . - الإعلام والتربية والاتصال وتعبئة المنظمات النسائية وتنسيق أنشطتها .</p>	<p>الجمعيات غير الحكومية - الجمعية المغربية للتخطيط العائلي الجمعية المغربية للمولودات</p>
<p>تعبئة المولودات من أجل الوقاية والقضاء على وفيات الأمهات . - تطوير استعمال وسائل منع الحمل الطويلة المدى . - تحسيس النساء والتعاون مع منظمات مشابهة للدفاع عن المولودة والاعتراف بدورها .</p>	<p>جمعية حماية الأسرة المغربية</p>
<p>- حماية الأم والطفل . - الدفاع من أجل صيانة حقوق الأسرة . - المشاركة في مشاريع تنموية وأنشطة تدر مداخل بالنسبة للمرأة . - محاربة الأمية لدى النساء والقضاء عن ظاهرة التخلي عن التمدرس بالنسبة للابتدائي .</p>	<p>الاتحاد الوطني النسائي المغربي</p>
<p>- الإعلام والتربية والاتصال من خلال النوادي النسوية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية . - تحسين المستوى التربوي والاقتصادي للمرأة . - تعريف المرأة بحقوقها ومحاربة العنف ضدها . - تقديم العون للنساء للدفاع عن حقوقهن الإدارية والقانونية .</p>	<p>الجمعية المغربية للدفاع عن حقوق المرأة</p>

- تحسيس الساكنة في سن الإنجاب بالصحة الإنجابية .
- محاربة الأمية .
- تخضير مشاريع مندمجة للمرأة والصحة والتنمية .

الإطار 3 : مراكز تكوين النساء والشباب

المستفيدون	المؤطرون	المجموع	قروي	حضري	
29722	1088	368	119	249	- نوادي نسوية(وزارة الشبيبة والرياضة)
74226	-	3121	-	-	- جمعيات الشباب(وزارة الشبيبة)
9045	840	306	101	205	- المراكز الاجتماعية التربوية(وزارة التشغيل والشؤون الاجتماعية)
17137	1942	478	204	274	- مراكز التربية والتشغيل(وزارة التشغيل والشؤون الاجتماعية)

دور الجمعيات النسائية غير الحكومية :

- الدفاع من أجل تغيير وضع المرأة .
 - الدفاع من أجل إدماج المرأة في التنمية .
 - تطوير أنشطة من أجل النهوض بالمرأة .
 - التربية والإعلام والاتصال، التنشيط، تشغيل المرأة، مراكز الاستماع .
- رغم حداتها والصعوبات التي تعترضها في أدائها، تتميز الجمعيات غير الحكومية باستعداد ودينامية ساعد المحيط الوطني والدولي في دعمها .

5-2- برنامج التخطيط العائلي

5-2-1- معالم تطوير برنامج التخطيط العائلي

الإطار 4 - معالم التخطيط العائلي

انطلاق نقاش رسمي حول القضايا السكانية بالمغرب (حسب تقرير البنك الدولي)	1964
المذكرة الملكية للتأكيد على أهمية تنظيم الولادات	1965
انطلاق البرنامج الوطني للتخطيط العائلي	1966
ألغى بمقتضى المرسوم الملكي المؤرخ ب 1 يونيو 1967 ظهير يونيو 1939 الذي كان يعاقب كل دعاية لموانع الحمل.	1967
خلق الجمعية المغربية للتخطيط العائلي	1971
انطلاق استراتيجية زيارات المنازل للتحسيس المنظم والرامية لانعاش التخطيط العائلي وتغطية الوسط القروي.	1977
خلق المركز الوطني للتكوين في تقنيات التناسل البشري.	1982
انطلاق برنامج التسويق الاجتماعي بغية الرفع من استعمالات اللولب والاقراص والعمل على مساهمة القطاع الخاص.	1983
خلق المجلس الاستشاري لحقوق الانسان.	1990
الزيادة في التعويضات العائلية بنسبة لثلاثة أطفال الأولين والتخفيض بـ 62,4 بالنسبة للباقيين.	1991
ادماج خدمات التخطيط العائلي أثناء مرحلة الطمث إدخال الغرسات، إدخال الحقن.	1994
خلق كتابة الدولة المكلفة بالمرأة والأسرة.	1998

5-2-2- مراحل تنمية برنامج التخطيط العائلي:

5-2-2-1- المرحلة الاجرائية:

وضع البنيات ، تنمية الموارد البشرية واستشعار السكان (سنوات 1970-1980 وبداية 1990).

قبل مؤتمر القاهرة :

- في سنة 1994، تاريخ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، كان توافر التخطيط العائلي يشكل مكسبا على مستوى البنيات العلاجية الأولية وأطباء وصيادلة القطاع الخاص.
 - بالنسبة للسكان الغير متمكنة من ولوج العلاج، فقد تم وضع برنامج الزيارات المنزلية للتحسيس المنتظم.
 - على مستوى المركز الجامعي (الرباط) تم خلق المركز الوطني للتكوين في مجال تقنيات التناسل البشري.
 - على المستوى الاقليمي تم انشاء 24 مركزا للتخطيط العائلي.
 - على المستوى الوطني والاقليمي تمت تنمية الكفاءات لتدبير التخطيط العائلي.
- وبفضل هذه الجهود، وصلت نسبة استعمال وسائل التخطيط العائلي في بداية التسعينات إلى 40 في المئة.

5-2-2-2 - مرحلة تحديد برنامج التخطيط العائلي وتفعيله:

بعد مؤتمر القاهرة :

- بعد مؤتمر القاهرة تم تطوير الجوانب التالية:
- انعاش الوسائل الطويلة المدى والرفع من استعمالاتها
 - * الغرسات
 - * الحقن
 - ادخال التخطيط العائلي اثناء مرحلة الطمث
 - تعميم اللولب بمصالح العلاجات الأولية
 - خلق شراكة مع القطاع الخاص من خلال:
 - * برنامج التصويق الاجتماعي للاقراص والغشاء الوقائي

* تكوين اطباء القطاع الخاص

* تنمية كلفة التخطيط العائلي وأثمنة الخدمات

* الاتصال والاعخبار لفائدة أطباء وصيادة القطاع الخاص

* التحريات الميدانية لصنع الاقراص في إطار صناعة الأدوية الوطنية.

- تنمية الاعلام والتربية والاتصال من خلال وضع استراتيجيات جديدة تهدف إلى إدماج واسع للوسائل السمعية البصرية.

- تحليل الجوانب القانونية والجمركية لفائدة التخطيط العائلي.

- البحث عن تحسين جودة الخدمات (دراسة الجودة) خلق مراكز نموذجية).

- البحث المتواصل عن تعاون متعدد القطاعات بغية ادماج وزارات اخرى ومنظمات غير حكومية في البرنامج الوطني للتخطيط العائلي.

- البحث عن استراتيجيات لضمان استمرارية البرنامج وخصوصا التمويل لتزويده بوسائل التخطيط العائلي (بعد الانسحاب المرتقب للوكالة الامريكية للتنمية).

كل هذه الجهودات أوصلت نسبة استعمال وسائل التخطيط العائلي إلى 60 في المئة في أواخر التسعينات.

الصعوبات المطروحة :

- تغطية الساكنة القروية الغير متمكنة من ولوج العلاج (34 في المئة)

- انعاش وسائل التخطيط العائلي الطويلة المدى (الاقراص تشكل 70 في المئة)

- كلفة وسائل التخطيط العائلي (6 ملايين من الولادات سنويا)

- قلة توافر الخدمات بالنسبة للفئة السكانية المحاطة بالمخاطر (الشباب والعازبات).

5-3 - برنامج الأمومة بدون مخاطر

لقد عرفت تنمية برنامج الأمومة بدون مخاطر مرحلتين:

5-3-1 - قبل 1992 المخططات الوطنية: 1980-85 و 1988-19

تقد أولت المخططات التتموية الاسبقية لتحسين تغطية الخدمات المرتبطة بالنساء أثناء الحمل (33 في المئة في نهاية التسعينات) واثناء الوضع (31 في المئة خلال نفس الفترة) (67).

2-3-5 - بعد 1992 وبعد مؤتمر القاهرة:

تقدر وفيات الامهات من خلال معطيات البحوث الوطنية بـ 300 وفاة من بين مئة ألف مولود حي .

إن توالي المؤتمرات في هذا المجال (نيروبي) وكذا البحوث الحديثة قد ساعدت أصحاب القرار إلى تبني مقاربة شاملة على مستوى:

الجماعة: اشراك المولدات التقليديات ومحاولة اشراك الجماعات المحلية (تكوين مئآت من المولدات التقليديات).

مصالح العلاجات الأولية: تطوير المراقبة أثناء الحمل وبعد الوضع (يشكو هذا الجانب من عدة ثغرات تتمثل في غياب الجودة)

تطوير مراقبة الولادة على مستوى البنيات الأولية(دور الولادة) والتي ما زالت خدماتها تتعثر مع غياب وقلة المولدات، وصعوبة تتقيل الحالات الصعبة والمسعجة (500 مولدة على الصعيد الوطني).

تطوير العلاجات المستعجلة لصالح النساء يصطدم غالبا بقلّة اطباء التوليد وامراض النساء (اقل من 200 طبيب على صعيد الوطني). وبالرغم من هذه الصعوبة، فإن تغطية التكفل بالنساء اثناء الحمل تقدر بـ 42 في المئة سنة 1997، وان المساعدة اثناء الولادة تقدر بـ 45 في المئة.

وعليه فان وفيات الام قد تراجعت ببيضى حيث انتقلت من 332 وفاة من بين مئة ألف مولود حي خلال الفترة 1980 - 1992 إلى 228 خلال الفترة 1993-1997 (74).

4-5 - برنامج الامراض المتنقلة جنسيا :

1-4-5 - السيدا:

الإطار 5 : تنمية محاربة السيدا

- 1986 - ظهور أول حالة مرضية من داء فقدان المناعة المكتسبة (السيدا) بالمغرب .
- خلق اللجنة الوطنية لمحاربة السيدا .
- وضع برنامج وطني
- 1990 ضمان امن عمليات تحاقن الدم وذلك بمراقبة وتحليل دم المتبرعين .
- 1993 وضع نقط الترصد للمراقبة الوبائية للسيدا لدى الفئات المستهدفة (وصل عدد النقط 15 سنة 1995) .
- المصابون بالأمراض المنقولة جنسيا
- المصابون بداء السل
- النساء الحوامل
- المتبرعون بالدم
- 1995 تقوم جميع المختبرات بتحليلات للتحقق من الإصابة بالسيدا. إن الكشف ، بأهم المدن المغربية، يتم بالمجان مع الحرص على السرية.
- 5-4-2 - الأمراض المتقلبة جنسيا:
- يهدف البرنامج الوطني لمحاربة الأمراض المتقلبة جنسيا الذي تم وضعه سنة 1995 إلى :
- الكشف عن الحالات المرضية، انطلاقا من مقارنة تزامن اعراض مرض من الأمراض، وعلاجاتها المنتظمة .
- خطة التربية والاعلام والاتصال بالنسبة للفئات المستهدفة .
- لقد ضم طرفي دائرة البرنامج لمجموعة من الدراسات الوبائية والاجتماعية.

5-5 - الاجهاض :

لا توجد أي إمكانية جديّة للتكفل بحالات الاجهاض ومضاعفاته.
إن استعمال الوسائل التقليدية (الخطيرة) وكذا اللجوء إلى القطاع الخاص (الباهض التكلفة) قد ترددا في الدراسات الاجتماعية.
من خلال التقديرات الغير مباشرة، تصل حالات الاجهاض سنويا إلى 130.000 حالة.

5-6 - برنامج التربية والاعلام والاتصال:

من استعمال الملصقات والكراسات، تتبنى وزارة الصحة العمومية استراتيجيات أخرى. ولقد جاءت هذه الاختيارات نتيجة مجموعة من الدراسات التقييمية التي بينت ان مشاكل الاعلام والاتصال حالت دون تنمية عدد من الانشطة وخصوصا:

* استعمال الوسائل الطويلة المدى

* انقطاع مواصلة استعمال طرق التخطيط العائلي وكذا الاستشارة أثناء

الحمل.

* ضعف الاستعمال والاستفادة من العروض العلاجية المتعلقة بالاستشارة

أثناء الحمل والمساعدة أثناء الوضع وبعد الولادة.

هدفان يتم إتباعهما:

- تحسين السلوك اتجاه الصحة

- شن ثقافة لصالح الصحة.

الاستراتيجيات ، تتموقع على ثلاثة مستويات

المستوى 1 - المتعلق بالبنيات الصحية

- خطة التواصل

- استعمال الوسائل السمعية البصرية

- التكوين في مجال الاتصال

المستوى 2 - التعبئة الاجتماعية

- اشراك قطاعات أخرى

(التعليم - الشباب - المنظمات غير الحكومية)

المستوى 3 - وسائل الاعلام - التلفزة والاداعة

تستعمل حاليا لانعاش الوسائل التي توخذ عن طريق الفم وكذا الحقن.

وفي المقابل تم انتاج أفلام خاصة بالأمومة السليمة و توزيعها على كل البنيات الصحية.

5-7 - برنامج التغذية النسائية :

لقد تمت مؤخرا مراجعة هذا البرنامج وتطبيقه .

الفقر في مادة الحديد:

لقد أظهر البحث الوطني المنجز سنة 1995 ان حالات فقر الدم جد مرتفعة بالمغرب.

45 في المئة من بين النساء الحوامل

30 في المئة من بين النساء في سن الانجاب

وفي هذا الاطار أصبح مند سنة 1996 علاج النساء الحوامل منتظما (إضافة الحديد و حامض فوليك) أثناء إستشارتهم اثناء الحمل بمصالح العلاجات الأولية.

الفقر في مادة اليود :

أظهر البحث الوطني المنجز سنة 1995، ان نسبة تدخل الغذة الدرقية تقدر بـ 22 في المئة، الشيء الذي تمت معه اضافة اليود بواسطة الكبسلات الزيتية، وكذلك بواسطة ملح المطبخ التي تم ادماج اليود بها.

5-8 - الحالات المرضية المرتبطة بالانجابية :

وحتى بداية 1998 ، لم تتوفر لدى المغرب معطيات حول الحالات المرضية المرتبطة بالانجابية، وتكسي المعطيات الحديثة، أهمية قسوى بالنسبة لهذا الموضوع:

- ويعتبر ، بصفة عامة، فقر الدم ، العقم والانتان من أكثر الحالات المرضية انتشارا باستثناء الحمل.

- الحالات المرضية المرتبطة بالحمل تتمثل في فقر الدم وتسمم الحمل والارتعاش.

- الحالات المرتبطة بالوضع وتتمثل بالولادة المعطلة والنزيف الدموي.

- الحالات المرضية المرتبطة بما بعد الولادة تتمثل في الإنتان والنزيف الدموي.

الخاتمة :

إذا كانت الحالات المرضية المتمثلة في فقر الدم قد تم تقييمها سنة 1995 وان استراتيجية إضافة مادة الحديد قد دخلت حيز التنفيذ، فان الحالات الاخرى يتم تقييمها حاليا (العقم سن اليأس والانتان) ويبدو من غير المستبعد وضع استراتيجية للتكفل بما قى المستقبل القريب.

وينجز حاليا (1998) مسح حول 300 امرأة في سن اليأس. وبطلب من جامعة هارفرد، ينجز نفس البحث في لبنان ويشمل مجتمع البحث بالاضافة للنساء في سن اليأس، العاملين بالقطاع الصحي.

وسينجز في المستقبل القريب، بحث طبي واثريولوجي يهدف إلى تحديد الحالة المرضية المرتبطة بالصحة الانجابية وذلك انطلاقاً من عينة البحث الوطني المنجز في إطار المشروع العربي للطفولة .

إن المعرفة الصادقة للظواهر المرضية المتعلقة بالصحة الانجابية، تشكل معطى أولى سيساعد مستقبلاً على تبني استراتيجية للتكفل الملائم بهذه الحالات المرضية.

الاطار 6 - الحالة المرضية المتصلة بالصحة الانجابية

1 - الحالة المرضية اثناء الحمل:

فقر الدم	45 في المئة
النزيف الدموي	" 4,7
ارتفاع ضغط الدم	" 5,2
الأورام	" 25,4
صداع في الرأس	" 31,5
آلام المعدة	" 26,6
حمى (ارتفاع الحرارة)	" 15,2
تشنج	" 3,6
حرق اثناء البول	" 23,5
اليرقان	" 2,6

2 - الحالة المرضية اثناء العمل:

أكثر من 12 ساعة من العمل	" 11
حمى	" 11,6
تشنج	" 2,2

" 11,4	نزيف دموي
" 3,3	عملية قصرية
" 9,6	توليد بالملغط
" 3,5	مشكل غشاء الجنين

3 - الحالة المرضية بعد الولادة:

" 5	نزيف دموي
" 5,8	حمى
" 3,4	بروز رائحة كريهة
" 6,2	ألم الحوض
" 6,5	ألم بالضهر
" 3,6	حرق أثناء البول
" 5,4	ألم وانتفاخ

4 - الحالة المرضية خارج الحمل :

" 30,8	فقر الدم
" 22	فقر اليود
" 18,6	العقم
" 12,9	هبوط الرحم
" 5,4	سلس البول
" 10,3	ضيق من المهبل
" 12,9	انتان التبول

6 - وضع المرأة وانعاش دورها:

6-1 - أنشطة لصالح انعاش وضع المرأة (بعد مؤتمر القاهرة)

- خلق الوزارة المكلفة بالمرأة والاسرة (1998)
- ميلاد مجموعة من المنظمات غير الحكومية التي تناضل من أجل الرفع من وضع المرأة.
- خلق مركز الانصاف ومرافقة النساء ضحايا العنف.
- خلق فضاءات لمحاربة الأمية .
- خلق مشاريع اقتصادية لصالح النساء في وضعية صعبة (القروض الصغيرة).
- خلق لجنة للمتابعة ومراجعة مدونة الأحوال الشخصية.
- إنجاز دليل لفائدة المرأة .
- إنجاز دراسة قانونية حول ظروف المرأة والصحة الانجابية.
- بحث حول العنف (تتجز حاليا على مستوى وزارة العدل).

6-2 - تطوير مدونة الحوال الشخصية:

في 7 مارس من سنة 1992 باشرت مجموعة من النساء حملة تحسيسية مطالبة بذلك تغيير مدونة الحوال الشخصية باعتبارها تكرر عدم المساواة بين الجنسين، والصورة الدنيا للمرأة وحرمانها من حقوقها (قانون 58). وترتكز هذه المطالب على مبدأ المساواة بين الرجل والمرأة (فصل 5 و 8 من الدستور).

إن مدونة الأحوال الشخصية تنظم العلاقات بين الزوجين بمناسبة الزواج، الطلاق، الحضانة، النسب والارث. ويشمل النقاش ثلاثة مواضيع : الولاية في الزواج، الطلاق وتعدد الزوجات.

وقد تم خلق اللجنة الوطنية التي أدخلت التغييرات التالية :

-الولاية في الزواج:

الفصل 5 (معدل بظهير معتبر بمثابة قانون (10 سبتمبر 1993) الذي يعتبر ان الزواج لا يتم إلا برضى الزوجة وموافقتها وتوقيعها على ملخص الزواج لدى عدلين. ولا يملك الوالي الاجبار في جميع الحالات مع مراعاة باقي مقتضيات الفصلين 12 و 13 .
للرشيذة التي لا أب لها أن تعقد على نفسها أو توكل من تشاء من الأولياء (الفصل 12 الفقرة 4) .

- الطلاق

الطلاق هو حل عقدة النكاح بإيقاع الزوج أو وكيله أو من فوض له في ذلك أو الزوجة أن ملكت هذا الحق أو القاضي.
إن التعديل قد تم ادخاله على الفصل 48 الذي كان ينص على وجوب الاشهاد بالطلاق لدى شاهدين عدلين، أما التعديل الأخير فينص في الفقرة الثانية، بالاضافة إلى حضور عدلين، بأن " لا يسجل الطلاق إلا بحضور الطرفين وبعد إذن القاضي".
إذا توصلت الزوجة بالاستدعاء ولم تحضر وأصر الزوج على ايقاع الطلاق استغني عن حضورها.

- تعدد الزوجات :

إن التعديلات التي طرأت على هذا الجانب حافظت على مبدأ تعدد الزوجات، مع جعل تطبيقه يتسم بشروط صعبة. في الوقت الذي أصبحت فيه تعدد الزوجات ليس من اسرار الرجل فإن الفصل 30 في صيغته الجديدة ينص " يجب اشعار الزوجة الاولى برغبة الزوج في التزوج عليها والثانية بانه متزوج بغيرها".

بالرغم من أهمية التعديلات التي أدخلت على مدونة الحوالم الشخصية، فان الحركات النسائية للدفاع عن حقوق المرأة عبرت عن خيبتها باعتبار التغييرات غير كافية ولا تستجيب إلى تطلماتهن.

6-3 - الحق في التعليم :

إن الوضع الاجتماعي والاقتصادي للمرأة رهين بمستواها التعليمي، وبالرغم من اقرار الدستور بحق التعليم لجميع المواطنين (الفصل 13)، فان هذا الحق لازال في الواقع بعيد المنال وتهميش المرأة في التعليم وخصوصا في الوسط القروي.

الجدول 1 : معدل الأمية والت مدرس حسب الجنس ووسط الإقامة

(73) 1994

الأمية	الذكور	الاناث
الحضري	24,6	48,5
القروي	60,6	89,1
الت مدرس	الذكور	الاناث
الحضري	87,5	80,4
القروي	59,6	26,6

6-4 - الحق في العمل :

يعترف الدستور المغربي للمرأة والرجل على السواء بالحق في العمل، وبصرف النظر عن المهام المخولة قانونيا للمرأة، وكذا الممارسات الاجتماعية والثقافية، فان ولوجها سوق العمل لازال محدودا. ان المستوى التعليمي للمرأة يبقى في غالب الاحيان

متدنيا مقارنة مع الرجل، الشيء الذي يقلص من حظوظها ارتقاء مناصب القرار بالرغم من أن القانون بمنحها نفس الامتيازات.

وعلاوة على ذلك، فقد تم الغاء الفصل 726 من قانون العقود والالتزامات الذي يخضع مزاوله الشغل من طرف المرأة لاذن زوجها، كما يبيح لهذا الأخير الغاء عقدة العمل المبرمة من طرف الزوجة.

كما أن الفصل 6 من القانون التجاري الذي يخضع مزاوله نشاط تجاري من طرف المرأة المتزوجة لاذن زوجها، قد تم إلغاؤه.

ان ادماج الساكنة النشيطة في سوق العمل حسب الجنس ونوع النشاط، ووسط الإقامة ساعد على إقامة مقارنة انطلاقا من معطيات الاحصاء العام للسكان والسكن المنجز سنة 1994 :

* 22,6 في المئة من الاناث و 20,8 في المئة من الذكور الذين يزاولون نشاطا مهنيا بالمغرب يشتغلن في القطاع الفلاحي والصيد البحري.
وتنتقل هذه النسب في الوسط القروي إلى 64,5 في المئة بالنسبة للاناث و 38,9 في المئة بالنسبة للذكور.

* تشتغل النساء في القطاعات المتدنية الاجور، وعليه فان 23 في المئة من النساء في الوسط الحضري لا يمكن تصنيف مهنهن، الشيء الذي يدل على بدائية العمل النسائي.
* ان معدل النشاط لدى النساء قد عدف تغييرا ايجابيا حيث انتقل من 2 في المئة إلى 7 في المئة مسجلا بذلك اختراقا محتثما لسوق العمل من طرف النساء.

الجدول 2: معدل النشاط حسب الجنس ووسط الإقامة للساكنة المتراوحة

اعمارهم 15 سنة وما فوق (73)

المجموع	الاناث	الذكور	وسط الإقامة
52	30	75	الحضري
61	39	84	القروي
56	34	79	المجموع

مصدر : مديرية الاحصاء

في الوظيفة العمومية يمثل العنصر النسوي 32 في المئة. يوجد في مجال الشغل اختلال بين الجنسين حيث تلج النساء الاعمال الغير ملزمة للتأهيل والتمتدية الاجر.

6-5 - الحقوق السياسية :

علاوة على ان الفصل 5 من الدستور يجعل " جميع المغاربة سواسية امام القانون"، فالفصل 8 منه ينص على ان الرجل والمرأة متساوين في التمتع بالحقوق السياسية . وبصفة عامة، فان النصوص القانونية التي تنظم وضعية المرأة تركز على مبدئين متعارضين، المساواة من جهة (الحق في التعليم ، في العمل، في الحياة السياسية..) والميز من جهة ثانية (الاحوال الشخصية والممارسات الاجتماعية والثقافية الشيء الذي يكرس دونية المرأة).

6-6 - حماية الصحة الانجابية للمرأة :

ان حياة المرأة، وطبيعتها الفيزيولوجية، تتعرض غالبا لمحاضرنااتجة عن الظروف الصعبة التي تعيشها نتيجة الولادة. ان المشرع المغربي قد وضع منذ الستينات نصوصا قانونية لحماية صحة المرأة وخصوصا تلك المتعلقة باستعمال وسائل التخطيط العائلي . كما تمنع نصوصا أخرى (القانون الجنائي) الاجهاض ولا تسمح به إلا عندما يشكل الحمل خطرا على صحة أو حياة الأم أو طفل أو هما معا.

ولحماية صحة الام والطفل، ينص القانون المدني على حماية المرأة العاملة وذلك بمنع تشغيلها في بعض الاعمال المضرة بالصحة (العمل بالمناجم)أو تشغيلها ليلا إلا إذا كان ذلك استعجاليا أو مؤقتا.

كما أن للمرأة العاملة أو الموظفة الحق في إجازة للامومة تقدر بـ 12 أسبوعا قبل وبعد الوضع.

6-7 - العنف ضد المرأة :

بصفة عامة ، يعتبر العنف الجسدي بالمغرب بمثابة المس بحقوق الاشخاص، يجرمه القانون ويعاقب عليه. إن تجريم عدد من الاعتداءات الجنسية التي تتعرض لها

المرأة يرمي إلى حمايتها من العنف المرأة من العنف الجنسي. وفي سنة 1990 اصدرت محكمة الجنايات حكما بالاعدام في احد قضايا الاعتداء الجنسي.

وعلى المستوى الاجرائي، يكون من الصعب التكفل بحالات الاعتداء أو التحرش الجنسي (البيئة القانونية والاجتماعية). وفي المقابل طورت بعض الجمعيات غير الحكومية استراتيجيات تهدف مرافقة النساء، ضحايا العنف الجنسي، على المستوى القضائي، الاجتماعي والصحي. وتجري حاليا وزارة العدل دراسة لتقييم حجم ظاهرة العنف والتحرش الجنسي.

الخاتمة:

إن النقل الاجتماعي إضافة لبعض المقترحات القانونية والمتمثلة في التطبيق من جانب الرجل، عدم قدرة المرأة عقد الزواج على نفسها، كرسا سمو الرجل في العلاقات الزوجية والعائلية. هذا الوضع، يقف أمام تحرر المرأة ومساواة الجنسين وي طرح اشكالا خصوصا في المناطق المعزولة والقروية.

7- المراهقون والشباب:

7-1 - الخصائص :

- الحجم الديمغرافي للشباب:

المراهقون = 6.000.000

23 في المئة من مجموع السكان

50 في المئة من الاناث

50 في المئة من فئة 15-19 سنة

5 في المئة متزوجون

- العوامل غير المشجعة:

الأمية

التسربات (التخلي عن الدراسة)

البطالة

- المظاهر الثقافية والاجتماعية الجديدة:

التمدن - الوسائل السمعية البصرية

الاعلام في مجال الصحة الانجابية

الامراض المتقلبة جنسيا

أظهرت البحوث الاجتماعية المنجزة، مدى رغبة الشباب في الاخبار والتعبير عن حاجياته غير الملباة في مجالات الاعلام والعلاج الشيء الذي يدفع بهؤلاء الالتجاء إلى صيادلة القطاع الخاص (27) (48) (20) .

وهناك حاجيات غير ملباة للفتيات والمتمثلة في معرفة الظواهر الفيزيولوجية المرتبطة بالجنس، الحمل، الوضع وطرق التخطيط العائلي.

الخاتمة :

إن ادماج الصحة الانجابية في المقررات المدرسية يستلزم الاستجابة للحاجيات المعبر عنها من طرف الشباب.

7-2 - العزاب :

جدول 3 : نسبة العزاب حسب الجنس و حسب السن، 15 السنة وما فوق

خلال 1994-96 (73)

الوسط الحضري	1994	1960	السن
94	90	70	19 - 15
77	72	30	24 - 20
56	49	12	29 - 25
30	25	5	34 - 30
15	11,9	2,4	39 - 35

الجدول 4 : متوسط العمر عند أول زواج حسب الجنس

خلال 1960-1994 (73)

الجنس	1960	1994
الذكور	24	30
الاناث	17,5	25,8

الخاتمة :

لاتولي برامج الصحة الانجابية، وخصوصا برنامج التخطيط العائلي، أي اهتمام لفئة العزاب التي تعرف تزايدا مضطردا بالوسط الحضري.

ويكون من الصعب على هذه الفئة الحصول من جهة على الارشادات في مجال التخطيط العائلي ومن جهة ثانية الاستفادة من العلاجات المتعلقة بالامراض المتعلقة جنسيا. وفي حالة وقوع حمل غير مرتقب، يتم اللجوء من طرف هؤلاء، إلى الاجهاض بالطرف التقليدية والالتجاء إلى القطاع الخاص.

8 - خدمات الصحة الانجابية :

8-1 - المستوى الوطني

8-1-1 - تقديم

8-1-1-1 - خدمات الصحة الانجابية:

إن الخدمات المتعلقة بالصحة الانجابية والمتوفرة بالمغرب هي:

- التخطيط العائلي

- الاستشارة والعلاج اثناء الحمل

- الاستشارة والعلاج بعد الولادة

- مراقبة الولادة والاشراف على الوضع
 - محاربة الامراض المتقلبة جنسيا والسيدا
 - أنشطة التربية والاعلام والاتصال
 - تشخيص الحالات المرضية المتصلة بالصحة الانجابية
- على المستوى الاداري يتوزع المغرب على 62 اقليما طبيا يشبه النموذج الصحي للمنطقة الذي تتبناه المنظمة العالمية للصحة:
- المستوى الأولي (مركز صحي بوحدة مكلفة بصحة الأم والطفل) ومستشفى للتوجيه (بقسم الولادة وجناح للعمليات).
- وفي الوسط القروي تشتمل المراكز الصحية على دور للولادة (أسرة بدون جناح للعمليات).

8-1-1-2 - المستويات وقطاعات الخدمات في مجال الصحة الانجابية

تصور نموذج المصالح المتعلقة بالصحة الانجابية

الاطار 8 -

المستوى المركزي	المديريات المركزية لوزارة الصحة المكلفة بوضع السياسات، والاستراتيجيات وتعبئة الموارد في مجال الصحة الانجابية.
(الوطني)	
المستوى الوسيط	المديريات الاقليمية:
	مكلفة بتدبير البرامج المتعلقة بالصحة الانجابية (التخطيط العائلي، الاستشارة أثناء الحمل، الامراض المتقلبة جنسيا) وأقسام الولادة.
	في المتوسط يغطي، كل اقليم:

300.000 ساكن

40.000 امرأة متزوجة في سن الانجاب.

70.000 ولادة مرتقبة .

المستوى المحلي
مركز صحي بوحدة مكلفة بصحة الام والطفل
(العلاجات، وضع اللولب، الولادة الفحص أثناء
الحمل).

في المتوسط تغطي كل دائرة صحية :

15.000 ساكنة

2.000 امرأة متزوجة في سن الانجاب

400 ولادة مرتقبة

40 في المئة من الساكنة تبعد ب 10 كيلومترات
عن الدائرة الصحية.

المستوى الصعب الاستهداف وحدات متقلبة وممرضون متجولون.

الخدمات في مجال الصحة الانجابية موجهة
خصوصا نحو التخطيط العائلي.

المصالح الموفرة للخدمات في مجال الصحة الانجابية:

الاطار 9 -

القطاع العمومي 2000 مركز صحي

القطاع الخاص 1500 عيادة خاصة

القطاع التقليدي الدايات التقليديات

القطاع الجمعي 72 جمعية نسائية.

يوجد هناك غياب وأحيانا انعدام علائق لربط مختلف المتدخلين في مجال الصحة الانجابية.

وبالرغم من بعض المحاولات لاشراك القطاع الخاص في مجال التخطيط العائلي فما زال هذا الأخير مبتعدا عن الصحة الانجابية.

8-1-2 - الامكانيات (83)

8-1-2-1 - البنيات

الاطار 10 - البنيات الخاصة بالصحة الانجابية

لفائدة 700.000 ولادة مرتقبة ، تتضمن بنيات القطاع العام:

- عدد أقسام الولادة بوحدات الجراحة 50 (3 مستشفيات جامعية)
- الطاقة الايوائية من الاسرة 2300 (400 خاصة بالمستشفيات الجامعية للولادة).
- عدد دور الولادة بدون قسم الجراحة 136 (106 بالوسط القروي)
- الطاقة الايوائية لدور الولادة 1206 سرسر
- عدد المراكز الصحية الوسط القروي 1303 (مركز لكل 290 ولادة مرتقبة)
- عدد المراكز الصحية الوسط الحضري 519 (مركز لكل 530 ولادة مرتقبة)
- تطور نسبة الاسرة لكل 1000 ولادة مرتقبة

1989 - 1996

2.2 - 1.6

رغم هذه البنيات فان ما يناهز 40 في المئة من الساكنة تقطن على بعد 10 كلم فأكثر من مؤسسة قارة للعلاجات الأولية. وفي حالات أخرى بمئات الكيلومترات من مستشفيات واقسام الولادة.

هذه الوضعية الجغرافية الصعبة الاستهداف تقود إلى تنمية استراتيجيات التغطية المتقلة:

- ممرضون متجولون (بدرجات نارية)

- فرق متنقلة (بالسيارات)

إن ما يناهز 1500 ممرض و وحدات متنقلة تجوب مناطق صعبة الاستهداف على الصعيد الوطني.

المنجزات:

- التوسيع المستمر للبنيات القارة، مند ما يقرب من 10 سنوات

- بناء المراكز الصحية

- تجهيز الوحدات المتعلقة بصحة الأم والطفل

- بناء وتجديد اقسام الولادة

- بناء وتجديد دور الولادة

وبفضل هذه المجهودات، فان التغطية في مجال الصحة الانجابية سائرة في طريق التحسن.

الصعوبات :

- لقد أصبح من الصعب مساندة الاستراتيجية المتقلة التي تغطي الساكنة القروية الصعبة الاستهداف وخصوصا في مجال التخطيط العائلي (10 في المئة من الخدمات المقدمة).

- المشاكل اللوجستكية : الصيانة والوقود ...

- مشكلة تحفيز العاملين

- غياب مساهمة السكان

- لقد أصبح من الصعب تفعيل البنيات المتواجدة وقلّة الموارد البشرية (خصوصا الممرضات).

8-1-2-2 - الموارد البشرية :

ندرس هنا الموارد البشرية وخاصة المتصلة بالصحة الانجابية (أطباء التوليد والمولّدات).

أ - أطباء التوليد :

الجدول 4 - توزيع أطباء التوليد وأمراض النساء حسب القطاع والجهة الاقتصادية

المجموع	الخاص	العمومي	الجهة
29	17	12	الجنوب
25	14	11	تاسيفت
183	134	49	الوسط
173	99	74	الشمال العربي
30	20	10	الوسط الشمالي
20	15	5	الشرق
22	13	9	الوسط الجنوبي
482	312	170	مجمود المغرب

الجدول 5 - توزيع أطباء التوليد وأمراض النساء حسب الاقليم وعدد الولادة المرتقبة

أ أقاليم	ب عدد الاقاليم	ت مجموع اطباء التوليد وأمراض النساء	ج الولادة المرتقبة	ح الولادات المرتقبة لكل طبيب في التوليد أمراض النساء
0 - طبيب التوليد وأمراض النساء	26	0	173.000	--
1- طبيب التوليد وأمراض النساء	11	11	170.00	23.500
2- أطباء التوليد وأمراض النساء	10	20	135.000	6.750
3- أطباء التوليد وأمراض النساء	9	27	86.000	3200
4-5- أطباء التوليد وأمراض النساء	6	28	94.000	3400
المجموع	62	86 ^(*)	658000	8000

إن تحليل الجدول اعلاه يبرز ما يلي:

* قلة أطباء التوليد المكونين يعتبر السبب في ضعف نسبة عمليات التوليد القيصرية والجراحية (4 في المئة).

* وبالإضافة الى قلة أطباء التوليد يزداد الوضع صعوبة مع سوء توزيعها بحيث تحتوي جهة الوسط والمراكز الجامعية على 70 في المئة من هذه الأطر.

الخاتمة:

لقد بدأ اصحاب القرار يطرحون السؤال التالي: هل بالامكان تكوين اطباء الطب العام في التوليد وأمراض النساء (في افق القيام بعملية قيصرية).

ب- المولدات :

(*) باستثناء أطباء التوليد بالمراكز الاستشفائية الجامعية.

تعتبر هاته الفئة من ضمن الموارد البشرية الاكثر كفاءة في ميدان الصحة الانجابية، وذلك للاعتبارات التالية:

- بوصفها انثى

- لتوفرها على مهارات تقنية (الالمام بالجهاز التناسلي، التخطيط العائلي، أمراض النساء ...)

- وضعها الاجتماعي يقربها أكثر من النساء

- تعمل في المؤسسات العلاجية الأولية

ان عنصر " الكوفا" وشروط القبول في التكوين حالت دون اعداد العدد الكافي: لقد تم تكوين 240 مولدة سنة 1964 ، وخلال سنة 1990 ساعد اصلاح النظام الدراسي لمعاهد تكوين مهنيي الصحة على تكوين 500 مولدة، ومع ذلك لم يتم تشغيل سوى 100 مولدة نظرا لقلّة المناصب المالية:

الخاتمة :

ان عددا مهما من أقسام الولادة قد تم اصلاحها وترميمها، وأخرى تم بناؤها وتجهيزها، ومع ذلك لم يتم تفعيلها نظرا لغياب وانعدام فرق من مولدات.

وأمام هذا المعطى يتعين على السلطات المكلفة بالصحة إعطاء الأسبقية لهذه الفئة وذلك بايجاد المناصب المالية .

ج- التكوين في ميدان الصحة الانجابية:

يشكل التكوين المستمر ركيزة اساسية في ميدان الصحة الانجابية، ومفهوم التكوين يتمثل من جهة في الدروس القصيرة الاجل الاستشعار واعادة التأهيل ومن جهة ثانية القيام بندوات ولقاءات.

التكوين من أجل اعادة التأهيل

المجالات ذات الاسبقية

- تقنيات خدمات التخطيط العائلي - وضع اللولب التعقيم بالمنطار، إجراء الحقن.

- الاستشعار مع مساعدة النساء لاختيار الطريقة الملائمة.

- تدبير التخطيط العائلي.

المستفدون:

لقد صرح 20 في المئة من الاطباء و26 في المئة من الممرضين أنهم استفادوا من دورات تكوينية مخصصة للتخطيط العائلي.

المشاكل المطروحة:

وحسب نفس البحث التقييمي لنتائج التكوين المستمر أظهرت الاجابات المتعلقة بالمعارف بعض الشكوك حول جدية التكوين، حيث ان 90 في المئة لا يعرفون معدل تغطية الاستشارة ورعاية صحة الام اثناء الحمل في المناطق التي يعملون بها.

وحسب نفس التقييم، تكون دورات التكوين أكثر نفعا كلما اقيمت في اماكن قريبة من المؤسسات التي يشتغل بها العاملون.

المؤتمرات - الندوات والملتقيات

إن بروز مفهوم الصحة الانجابية مند 1994 قد ساعد على خلق بيئة ملائمة لتنظيم هذا النوع من الملتقيات:

وفي هذا الاطار، خصصت الجمعية المغربية للعلوم الطبية ملتقين (1996 و1998) للصحة الانجابية الاول يتعلق بوفيات الأمومة والثاني بالتخطيط العائلي.

إن موضوع المرأة ووفيات الأمهات قد احتلا مكانة مهمة في الملتقيات مند 1992.

التكوين الخاص:

- بالقطاع الخصوصي:

تكوين 2000 طبيب وصيدلي بالقطاع الخاص ساعد على اشراك هذا القطاع في توفير خدمات التخطيط العائلي حيث تكفل بتزويد 37 في المئة من المستفيدين من الخدمات.

- بالمنظمات غير الحكومية:

يتزايد بشكل متنامي اشراك الجمعيات النسائية في الدورات التكوينية واللقاءات.

- بالصحفيين والمنتخبين والشباب:

لقد انعقدت مجموعة من اللقاءات الخاصة بهذه الفئة لتحسيسها بالقضايا المرتبطة بالصحة الانجابية.

8-1-3 - التغطية واستعمالات خدمات الصحة الانجابية:

8-1-3-1 - التخطيط العائلي:

نتائج الأبحاث الديمغرافية (92-97) (67) (74) منذ بداية التمنيات، الوقت الذي وصلت فيه نسبة استعمال وسائل التخطيط العائلي (19,4%)، مستوى نسبيا ضعيفا، عرف التخطيط العائلي، مع تبني استراتيجية زيارة المنازل للتحسيس المنتظم، فقرة نوعية جديدة: وعلية فقد سجلت نسبة الاستعمال 42,4 في المئة سنة 1992، وفي غضون ثلاثة سنوات (1995)، انتقلت إلى 50 في المئة لتصل سنة 1997 إلى 60 في المئة.

وتحليل المعطيات المتعلقة بالاستعمال حسب وسط الإقامة (القروي - الحضري) أبان عن تغيرات مهمة، وعلى هذا المستوى فإن 55 في المئة من النساء بالوسط الحضري يستعملن وسيلة ما من وسائل التخطيط العائلي، مقابل 32 في المئة من بين اللواتي يقطن بالوسط القروي، الشيء الذي وصل معه الفارق إلى 23 نقطة.

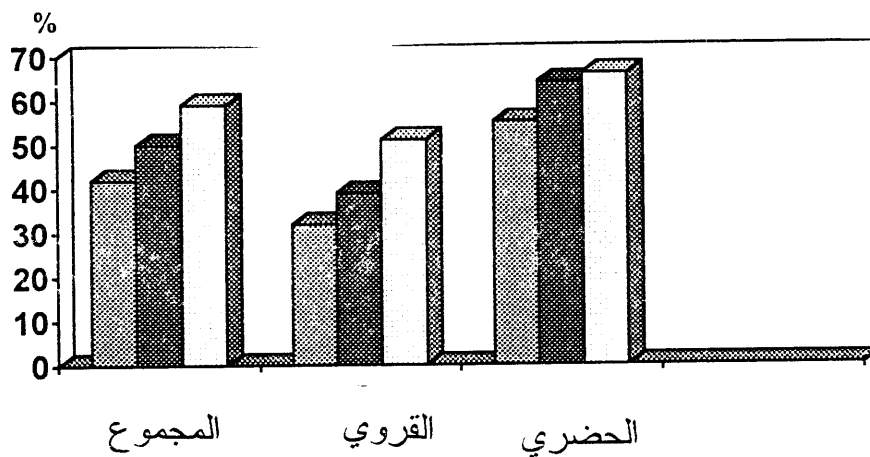
وفي سنة 1995، تزايدت نسبة الاستعمال في الوسط الحضري والقروي مسجلة على التوالي 64 في المئة و 39 في المئة مع المحافظة على نفس الفارق بين الواسطين. وفي غضون سنتين (1997) عرف الاستعمال تطورا في اتجاه الزيادة مع تقليص الفارق بين الواسطين : هذا وقد سجل الوسط الحضري 66 في المئة مقابل 51 في الوسط القروي. أي بفارق 15 النقطة.

وبالرغم من تنامي الاستعمال فإن نسبة لا يستهان بها من النساء المتزوجات (16) في المئة سنة 1995) مازالت احتياجاتهن في هذا المجال غير ملباة.

الجدول 7 : تطور استعمال وسائل التخطيط العائلي حسب وسط الإقامة

الوسط	1992	1995	1997
الحضري	55	64	66
القروي	32	39	51
المجموع	42	50	59
الفارق	23	25	15

مستويات وتوجهات استعمال التخطيط العائلي



1992



1995



1997



قد أبان البحث الوطني حول صحة الأم والطفل المنجز سنة 1997 في إطار المشروع العربي للنهوض بالطفولة على بعض الفوارق الجهوية، حيث انتقلت نسبة الاستعمال من 41 في المئة في جهة تازة - الحسيمة وتونات إلى 73 في المئة على مستوى

ولاية الدار البيضاء، أي بفارق 32 نقطة. وإذا أخذنا بعين الاعتبار المعطيات الإقليمية، يكون حجم الفارق مهما بحيث نجد 79 في المئة من النساء في ولاية المحمدية يستعملن وسيلة من وسائل التخطيط العائلي مقابل 34 في المئة بأقليم الحسيمة.

وفيما يتعلق بنوع الوسائل المستعملة، فإن التخطيط العائلي بالمغرب يتجه نحو استعمال الحبوب بحيث ان حصتها لم يطرء عليها أي تغيير خلال الفترة الممتدة من 1992 إلى 1997 (70 في المئة). وفي المقابل عرف استعمال اللولب تطورا ضئيلا خلال نفس الفترة، مسجلا على التوالي 8 في المئة و10 في المئة من مجموع الوسائل المستعملة. وهذه النسب إذا ما تم تحويلها إلى عدد النساء اللواتي يستعملن اللولب فتقدر ب 100.000 امرأة سنة 1992 و 200.000 امرأة سنة 1997. وعلى العكس من ذلك عرف استعمال الوسائل التقليدية تراجعا يقدر ب 6 نقط بحيث انتقلت حصتهم من 18 في المئة إلى 12 في المئة خلال نفس الفترة.

الجدول 8 - تطور وتوزيع صحة الاستعمال حسب الوسيلة المستعملة

الفترة 1992 - 1997

1997	1995	1992	
70	64	68	الحبوب
10	9	8	اللولب
5	8	7	ربط القنوات
2	3	2	الغشاء الذكري
1	1	1	طرق أخرى
12	16	14	الوسائل التقليدية
100	100	100	المجموع

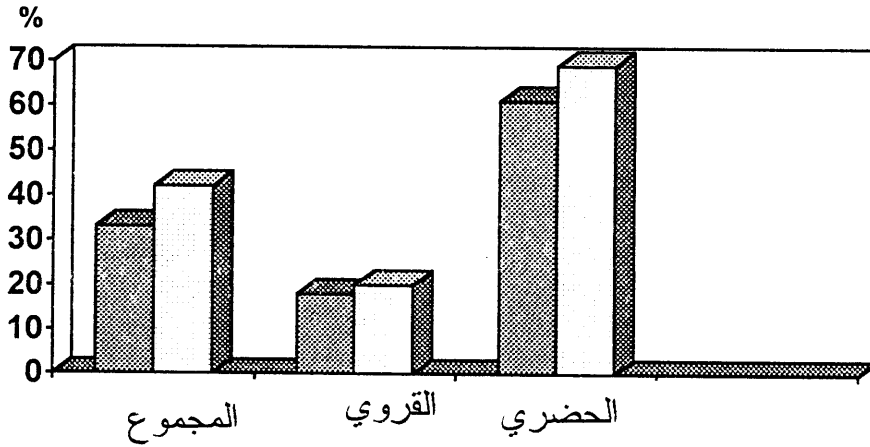
الجدول 10 : الاستشارة أثناء الحمل:

تطور نسبة المواليد الذين إتجأت امهاتهم لاستشارة واحدة

على الأقل أثناء الحمل، حسب وسط الإقامة

وسط الإقامة	1992	1997
الحضري	61	69
القروي	18	20
المجموع	33	42

تطور مستوى واتجاه الاستشارة أثناء الحمل



إن تحليل تطور الاستشارة أثناء الحمل، يبرز تواجد مشكل حقيقي بالنسبة للسكانة

القروية.

الجدول 11 - تمنيع الامهات ضد الكزاز

1995	1992	وسط الإقامة
66	57	الحضري
57	52	القروي
60	54	المجموع

وفيما يتعلق بمصادر التزود والحصول على وسائل التخطيط العائلي، فإن 63 في المئة من المستعملات قد التجأن سنة 1992 إلى القطاع العام، وخصوصا المراكز والمستوصفات الصحية. أما سنة 1995 فقد ضل القطاع العام المزود الرئيسي مسجلا بذلك نفس النسب مقارنة مع سنة 1992. وباعتبار أن التخطيط العائلي يرتكز أساسا على الجبوب فإن القطاع الخاص والمتمثل في الصيدلية يزود 33 في المئة من المستعملات.

8-1-3-2 - رعاية صحة الأم أثناء الحمل:

نتائج البحوث الديمغرافية (1992-1997) (67), (74) .

لقد سجل تمنيع النساء ضد الكزاز نتائج مهمة في الوسطين الحضري والقروي، الشيء الذي كان له تأثير على وفيات المواليد الجدد. ويتجلى من خلال تحليل نتائج البحوث الديمغرافية لسنوات 1987 و 1995، والمتعلقة برعاية صحة الأم أثناء الحمل، مايلي:

- تنامي اشراك الاطباء مقارنة بالاطر الأخرى، للتكفل بالنساء الحوامل، بحيث تضاعف خلال الفترة الممتدة من 1987 إلى 1992، عدد النساء اللواتي استشرن طبيا أثناء حملهن، في حين تضاعف هذا العدد ب 1,5 متر بالنسبة للمرضيين.

- تتراجع نسبة الاستشارة أثناء الحمل تمشيا مع ارتفاع رتبة الولادة.

- الارتباط الوثيق والايجابي للعلاجات اثناء الحمل والمستوى التعليمي للمرأة، ومع ذلك فإن التحليل المتعدد المتغيرات قد أبان على ان الارتباط لا يكون ايجابيا إلا بالنسبة للنساء ذات المستوى العالي من التعليم.

- في غالب الأحيان، تكتفي النساء بإجراء استشارة واحدة أثناء حملهن.

يبين تحليل العوامل المحددة للاستفادة من العلاجات والاستشارة أثناء الحمل، مدى أهمية تأثير العامل الجغرافي في استهداف تلك الخدمات، بينما تأثير العوامل الأخرى، المستوى الثقافي، المستوى الاجتماعي والاقتصادي، يبقى ضعيفا.

وعلى غرار الاستشارة أثناء الحمل، يوصى بإجراء الاستشارة بعد الولادة خلال الأسبوع السادس بعد الوضع. وإذا كانت المعطيات الإحصائية الروتينية للقطاع العام، تظهر نتائج مرضية، فذلك راجع إلى الخلط الحاصل بين المعطيات المتعلقة بتلقيح الأطفال ضد السل والمعطيات الخاصة بالاستشارة بعد الولادة.

8-1-3-3 - الولادات :

نتائج البحوث الديمغرافية (97-93) (67) (74).

الجدول 12 - الاشراف على الولادة ومكان اجرائها

نسبة المواليد الذين تم توليدهم على يد أطر مؤهلة

ونسبة الولادات التي أجريت في مؤسسات صحية (*)

مكان الولادة		المساعدة والإشراف على الولادة		وسط الإقامة
1997	1992	1997	1992	
70	59	75	64	الحضري
20	13	21	13	القروي
43	28	45	31	المجموع

إن معطيات الباحثين الديمغرافيين الأخيرين قد أظهر مدى التحسن في عملية المساعدة والإشراف على الولادة، الشيء الذي يعزى إلى عدة عوامل ومنها على

(*) المواليد التي تمت خلال الخمس سنوات قبل اجراء البحث.

الخصوص تطوير البنية التحتية، التغطية اثناء الحمل، التوجيه والارسال، تحسين العاملين بالقطاع الصحي وكذلك تحسين السكان بالاطار المرتبطة بالأمومة.

8-1-3-4 - الأمراض المنتقلة جنسيا والسيدا (81).

الجدول 13- تطور عدد حالات الامراض المنتقلة جنسيا خلال

الفترة الممتدة من 1991 إلى 1996

1996	1995	1994	1993	1992	1991	
156.772	150.541	142.505	100.984	103.434	50.767	مجموع الحالات
77,6	78,7	79,5	76	73	63	نسبة(%) النساء
555						نسبة الحالات لكل مئة الف ساكن

إن هذه المعطيات الحديثة مرتبطة بالأهمية التي تحتلها الأمراض المنتقلة جنسيا، باعتبارها مستقر لامراض السيدا.

إن تحسين العاملين بالقطاع الصحي بالأمراض المنتقلة جنسيا، قد أصبح أكثر من أي وقت مضى، ممارسة مستمرة تتم في إطار البرنامج العمودي لتلك الأمراض ومن خلال العناصر التالية:

- * التكوين السريري
- * ادماج مقارنة تزامن أعراض مرض من الأمراض
- * محاولة التزويد بالأدوية
- * استبيان في مجال التربية والتكوين والاتصال.

أ- معدل وفيات الأمومة :

الجدول 15- معدل وفيات الأمومة من بين مئة الف ولادة حية (74)(67)

المرحلة	الحضري	القروي	المجموع	طريقة الاحتساب
91-1985	284	362	332	غير مباشرة
97-1993	125	284	228	مباشرة

بالرغم من تراجع معدل وفيات الأمومة، فإن نسبة 200 وفاة من بين كل مئة ولادة حية تقلق أصحاب القرار وتترك مجالا لعدة تخمينات تتمثل:

- من جهة ، في الاختلال الوظيفي للخدمات الصحية وخصوصا تلك المتعلقة بالتوجيه، والتكفل بالحالات المرضية المستعجلة المرتبطة بالانجابية.

- ومن جهة ثانية، في تواجد ساكنة غير قادرة على استهداف العلاج، وكذا مستواها الاجتماعي والاقتصادي الشيء الذي يحول دون لجوئهم للعلاج وخصوصا عندما يتعلق الأمر بالحالات المستعجلة.

ب- الاتجاه الديمغرافي:

قدرت، حسب الاحصاء العام للسكان والسكنى المنجز سنة 1994، ساكنة المغرب ب 26 مليون ، تمثل من ضمنها الاناث 50 في المئة، أما النساء في سن الانجاب والمتروحة أعمارهن بين 15 و 49 سنة فيمتلن 6 ملايين و 629 الف. ومن ضمن هذه الفئة يقدر عدد المراهقات البالغات من العمر 15-19 سنة ، بمليون و 433 ألف، أغلبهن عازبات (87 في المئة). وحسب اسقاطات سنة 1998 ، قدر عدد هذه الأخيرة بمليون و 558 ألف أغلبهن أيضا عازبات (مليون و 500 ألف من العازبات).

أما متوسط الزيادة السنوية للساكنة خلال الفترة الفاصلة بين إحصاء 1992 وإحصاء 1994 قد قدر ب 2,06 في المئة. فعدد الاطفال المولودين أحياء لكل امرأة، والذي كان يقدر ب 6 أطفال في نهاية الثمسينات قد عرف انخفاضا قدر ب 50 في المئة ليصل سنة

1995 ، إلى 3,1 أطفال لكل امرأة. ويعزى هذا التراجع للخصوبة بشكل كبير إلى الاستعمال المتزايد لوسائل التخطيط العائلي وخصوصا خلال العشر سنوات الفارطة. ومع ذلك يلاحظ تواجد عدة اختلافات حسب بعض الخصائص : فحسب وسط الإقامة، تضاعف الخصوبة لدى النساء القرويات (4,1 أطفال لكل امرأة) خصوبة نظيراتها بالنوسط الحضري (2,3 اطفال لكل امرأة). أما بحسب المستوى التعليمي، فتقدر خصوبة النساء اللواتي لم يسبق وان تدرسن ب 4 أطفال لكل امرأة، مقابل 2,4 بالنسبة لصاحبات المستوى الابتدائي، لتنتقل بذلك إلى 1,9 أطفال للمتوفرات على المستوى الثانوي أو الجامعي.

ج- الخاتمة:

يوجد المغرب حاليا في مرحلة جد متقدمة من الانتقال الديمغرافي ، ولأسيما مع الانخفاض المستمر للخصوبة ووفيات الأطفال، ويعتبر تقدم العمر عند الزواج وكذا الاستعمال المتزايد لوسائل التخطيط العائلي، من العوامل المحددة لانخفاض الخصوبة.

فالنائج المشجعة في هذا الاطار، هو مستوى استعمال وسائل التخطيط العائلي في الوسط القروي، بحيث أن 50 في المئة من النساء يستعملن وسيلة ما من الوسائل.

فعلى مستوى التركيب، لم تعرف حصة كل وسيلة أي تغيير مع بقاء الحبوب تحتل المرتبة الأولى. وقد اتخذت منذ 1992 عدة مبادرات لتغيير هذه التركيبة دونما الوصول إلى النتائج المتوخاة.

لقد بين البحث الوطني حول صحة الأم والطفل المنجز سنة 1997 في اطار البرنامج العربي للنهوض بالطفولة ، على استمرار النواقص في مجال صحة الأم والطفل: فرغم انخفاض وفيات الاطفال قبل اكتمال الشهر الأول، فإن معدلها قدر أيضا ب20 في الألف، نتيجة ضعف الخدمات الصحية أثناء الحمل والولادة وخصوصا في الوسط القروي حيث ان أربع نساء من بين خمسة لم تستفدن من الخدمات تلك. وفي نفس الاتجاه، وبنفس الوسط فان وفيات الأمهات تفوق 300 وفاة من بين مئة ألف ولادة حية.

8-2 - دراسة خدمات الصحة الإنجابية على مستوى عينة من الأقاليم:

8-2-1 - التوافر :

الجدول 3- تطور البنية التحتية للصحة الإنجابية في إطار شبكة

العلاجات الأساسية لأقليم تازة ومراكش

1997	1996	1995	1994	1993	تازة
					<u>التخطيط العائلي</u>
65	64	64	64	64	الحبوب
32	30	16	12	8	اللولب
16	0	0	0	0	الحقن
65	64	64	64	64	الغشاء
37	35	36	36	36	الاستشارة أثناء الحمل
54	54	49	41	41	الولادة (أسرة)
24	23	23	23	22	مراكز صحية بطبيب
					مراكز المنارة
					<u>التخطيط العائلي :</u>
16	15	14	10	10	الحبوب
14	13	12	03	03	اللولب
16	15	14	0	0	الحقن
16	15	14	10	10	الغشاء
18	17	16	16	16	الاستشارة أثناء الحمل
19	05	05	05	05	الولادة (أسرة)
16	15	13	13	13	مراكز صحية بطبيب

إن ما يميز برنامج التخطيط العائلي هو إتساع عرض الخدمات القادرة على توفير الوسائل الطويلة الأمد وخصوصا اللولب والذي انتقل في إقليم تازة من 12 في المئة سنة 1994 إلى 32 في المئة سنة 1997، وبإقليم مراكش من 3 في المئة إلى 14 في المئة خلال نفس الفترة.

وعلى المستوى النوعي، أدخلت منذ 1995 الخدمات المتعلقة بالوسائل الطويلة الأمد ومنها الغرسات والحقن.

أهم المؤشرات حول توافر العلاجات المتعلقة بالصحة الانجابية

في اقليمي تازة ومراكش (1996)

مصالح خدمات التخطيط العائلي لكل امرأة في سن الانجاب	نسبة الاستشارة أثناء الحمل لكل ولادة حية	نسبة المؤسسات الأساسية لكل ساكن	
1/7200	1/520	1/28.000	مراكش المنارة
1/2700	1/620	1/11.600	تازة
1/4000	1/580	1/15.000	مجموع المغرب

وفيما يخص توفير الخدمات على مستوى مؤسسات التوجيه والارسال نلاحظ استقرار عدد الاسرة انطلاقا من بداية التسعينات، أي 161 سرير بإقليم مراكش المنارة و 29 بإقليم تازة.

ومقارنة مع المعدل الوطني (1/300)، فإن نسبة الاسرة باقسام الولادة الاستشفائية بإقليم تازة تناهز سرير واحد لكل 800 ولادة مرتقبة. وفيما يخص إقليم مراكش فالامريغتلف لكون قسم الولادة الاستشفائية يغطي ساكنة الخمس اقاليم المكونة لولاية مراكش. ان الفارق بين تازة والمستوى الوطني يبرز سوء توزيع الخدمات المتعلقة بالتوليد وأمراض النساء. وفي الوقت الذي ينتظر فيه التقليل من الفوارق الجهوية، نجد ان جهات

الوسط الشمالي، الجنوب، تانسيقت والوسط الشمالي اقل امكانيات مقارنة مع باقي الجهات الأخرى. وبالإضافة إلى ذلك، عرفت جهة الوسط الشمالي تراجعاً سنة 1996 إذا ما قورنت بما كانت عليه سنة 1989 (انظر الجدول 14).

جدول 6 - تطور أهم الموارد البشرية المتدخلة في أنشطة

الصحة الانجابية

1997		1996		1995		1994		1993		
2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	
تازة										
-	3	-	3	-	4	-	5	-	5	أطباء التوليد
31	16	29	17	31	14	33	7	26	5	أطباء (ط.ع)
21	19	18	19	17	19	15	11	14	11	المولدات
مراكش لمنارة										
-	3	-	4	-	4	-	4	-	5	أطباء التوليد
22	6	19	6	16	0	21	0	19	0	أطباء (ط.ع)
11	89	11	100	5	100	5	95	5	91	المولدات

1= مستشفى

2= مؤسسات العلاجات الأساسية

ط.ع= طب عام

عرف تعيين الموارد البشرية المؤهلة (أطباء التوليد، المولدات) منذ 1993 تراجعاً مهماً بالنسبة للتزايد المستمر لطلبات الخدمات في بعض الجوانب المرتبطة بالصحة الانجابية (الجدول 6).

أما الاختلافات الخاصة بالمولدات بأقسام الولادة وبمؤسسات العلاجات الأساسية، يرجع إلى الأهمية المعطاة لدور الولادة بالوسط القروي، باعتبار أن الساكنة القروية بتازة تمثل 77 في المئة. هذا فلا تتعد نسبة المولدات لكل عشرة آلاف ولادة مرتقبة بتازة، عن النسبة المسجلة على الصعيد الوطني، (17,7 مقابل 19,2).

8.2.2 - جودة الخدمات:

إن دراسة جودة الخدمات ستتم من خلال عاملين:

- العامل التقني ويتمثل في جودة التقنيات العلمية والطبية واحترام المقاييس.

-العامل غير التقني :

* ادماج العلاجات

* الاتصالية

* الشمولية

* الرضى والقبول

الاتصالية :

إن الاتصالية في استعمال وسائل التخطيط العائلي وإلى حدود 24 شهرا متوالية يقدر ب 40 في المئة بالنسبة للحبوب، و60 في المئة بالنسبة للولب.

إن 60 في المئة من حالات التوقف عن الاستعمال تعزى حسب المستجوبات إلى المضاعفات الثانوية .

أما الاستشارة أثناء الحمل، فيقدر عددها بأقل من اثنين في المتوسط.

الادماج :

إن ادماج خدمات الصحة الانجابية يشكل أحد المواضيع التي تشغل بال المسؤولين باعتبار وجود عدة حواجز حالت دون تحقيق ذلك على المستوى المركزي والخارجي:

- اقتسام برامج الصحة الانجابية بين عدد من المديریات على الصعيد المركزي
- غياب برامج منسجمة في مجال الصحة الانجابية .
- غياب تقارير ملخصة وملفات موحدة بالنسبة للنظام الاعلامي (الاحصائيات)

الرضى والقبول :

إن 60 في المئة من المستجوبين غير راضون عن الخدمات المقدمة، ويرجعون ذلك إلى سلوك العاملين، وسوء الاستقبال.

وفي إحدى الدراسات حول جودة الخدمات المتعلقة برعاية الأم أثناء الحمل تبين مدى الاختلال في التحاليل الملائمة لمراقبة الحمل. وأثناء الملاحظة الميدانية بالمراكز الصحية تم الوقوف على النواقص في طريقة الاستنطاق والتواصل وكذا على مستوى الفحوص السريرية.

الإطار 10 : جودة الاستشارة أثناء الحمل عدد الحالات التي تمت معاينتها 76

* نسبة الفحوص والتحليل والاستشارة التي لم تنجز أثناء الاستشارة أثناء الحمل

- العيوب في الهيكل العظمي % 64
- السوابق الانجابية % 51
- فحص الاجفان الداخلية للعين % 51
- سوابق مرضية عامة % 34
- الاورام % 20
- الفحوص المتعلقة بالتوليد وامراض النساء % 50
- الفحص بالتسمع عن قلب الجنين % 24
- مرض زهري % 24
- فصيلة ونوع الدم % 24
- السكر وألبومين % 24

إضافة إلى جودة الفحوص، فإن التحريات الميدانية بينت بعض الأسباب التي حالت دون توفير الجودة في الخدمات المخصصة للمرأة الحامل، ومنها:

- ضعف كفاءة العاملين
- غياب الاشراف والتكوين المستمر للعاملين
- ضعف واختلال التجهيزات التقنية
- عدم ملائمة ظروف العمل.

8-2-3 - الخاتمة :

أ- الفئات الأكثر عرضة :

تعرف المؤشرات الصحية الناتجة عن تغطية التخطيط العائلي، رعاية صحة الأم أثناء الحمل والولادة تقدما ملموسا. إن الفوارق الجهوية وحسب وسط الإقامة تؤكد وجود ساكنة محرومة من الخدمات في هذا المجال .

الجدول 14 - نسبة التغطية أثناء الحمل والاشراف والمساعدة أثناء

الوضع من خلال نتائج البحث الوطني لصحة الأم والطفل

المشروع العربي للنهوض بالطفولة(1997)

الاقاليم بأقل من 30 في المئة

المساعدةى اثناء الولادة	الاستشارة اثناء الحمل	
8,17	2,1	شفشاون
11,5	9,6	شيشاوة
11,5	10,6	ازيلا
13	14,1	ورززات
14,8	20,8	تاوانات
15	37,3	طاطا
15	29,9	بولمان
16	23	فكيك
19	19	الحوز
19	22,3	سيدي قاسم
20	31,4	الراشيدية
24	16,8	القلعة
25	23,6	تزنيت
27	22,5	الصويرة
28	44,3	خنيفرة
28	17,5	الحسيمة
29	29,3	تازة

9 - تمثيلات الصحة الانجابية :

انجز هذا التحليل على مستوى المؤسسات الصحية العمومية والخاصة، بالوسط القروي والحضري كما شمل النساء والرجال والشباب.

إن المعلومات المتوفرة تم استخراجها من المراجع ومن ضمن البحوث الميدانية التي اجريت في إقليم تازة ومراكش.

9-1 - العوائق والحواجز:

إن مختلف المصادر توجه من خلال مضمونها إلى تواجد عوائق ناتجة عن طريقة التواصل بين العاملين منتجي الخدمات والمستفيدين والتي تعزى إلى الظواهر التالية:

* وجود علاقات " سلطوية " (6) (48) (5)

* قلة العنصر النسوي من ضمن العاملين وخصوصا في الوسط القروي (6)

* عائق اللغة واللهجات في بعض المناطق (6)

* تعارض استعمال وسائل التخطيط العائلي مع عامل الدين.

* تتميز المؤسسات الصحية في بعض الاحيان بالازدحام والفوضى في

التنظيم (48).

9-2 - التخطيط العائلي:

- استعمال الوسائل التقليدية من لذن النساء المتقدمات في السن واللواتي تشككن بدورها في فعاليتها (5).

- تبرز مختلف التحريات الميدانية عن حصول تغييرات مهمة في سلوك النساء اتجاه توسيع عرض الخدمات ، ووسائل التخطيط العائلي.

- ان الحبوب واللولب الطريقتين الأكثر انتشارا (48).

- إن الادمج الحديث العهد للحقن أصبح معروفا لدى النساء (48)

- إن الاستئجار بوسائل التخطيط العائلي تم بتوافرها وخصوصاً، الحبوب، اللولب، الحقن والغشاء الذكري (48).

- إن اشراك القطاع الخاص يعتبر حديث العهد (48)

إن أغلب النساء اللواتي تم استجوابهن، عبرن عن خيبة أمل من خلال الأسئلة التالية.

لماذا لا يعطى لنا الشرح والتفسير المفصلين حول وسائل وطرق التخطيط العائلي؟

لماذا تتوفر لنا وسائل التخطيط العائلي دون العلاجات الأخرى؟

إن قرار استعمال التخطيط العائلي يؤخذ في غالب الأحيان من طرف الزوجين (80 في المئة). بينما تدبير الاستعمال يرجع للمرأة وحدها (6).

الإمام بطرق التخطيط العائلي.

إن الطرق التي ترددت بالاستمرار جاءت على الشكل التالي :

الحبوب، اللولب، الحقن، الغشاء الذكري، التعقيم، الرضاعة الحسابة، القذف جارج المهبل، الأعشاب والسحر (6).

أما دوافع الاستعمال حسب أهميتها جاءت كالتالي:

أسباب اقتصادية، صحة الأم، صحة الطفل، التوازن العائلي (6)

أما التخوفات من الاستعمال فقد رتبت على الشكل التالي:

بالنسبة للحبوب : العقم، السمنة ، الضغط الدموي، القوي

بالنسبة للحقن : توقف العادة الشهرية

بالنسبة للغشاء : الشك الذي يطال العلاقة الجنسية

9-3 - رعاية صحة الأم أثناء الحمل

متداولة في الوسط الحضري، بينما تتمثل لدى النساء القرويات كسلوك اجتماعي بالنسبة للولادة الأولى لدى النساء القاطنات بالوسط الحضري.

إن الاستشعار بالمحاضر يركز أساساً حول معاودة الاستشارة والوضع
بالمؤسسات الصحية.

9-4 - الولادة :

حسب تمثلات النساء بالوسط القروي، تعتبر الولادة بالمؤسسات الصحية غير
ملائمة (طاولة صلبة، البرودة...) (5).

يحاط الحمل الأول بعناية فائقة، بينما حالات الحمل الاضافية لاتستلزم في بعض الأحيان
أي اهتمام.

في الوسط القروي تعتبر الولادة حدثاً طبيعياً لا يستلزم التطبيب. فرغم العوامل
الثقافية التي تحول دون تحقيق ذلك، لا يجب إغفال العائق الاقتصادي وغياب العنصر
النسوي للتكفل بالولادات (48).

9-5 - الأمراض المتقلبة جنسيا :

بالإضافة إلى عامل الخجل الذي يهمن على أغلب المرضى 50%، فإن العاملين
بالقطاع الصحي لا يقدمون الشروحات الكافية في هذا المجال 84 % .

بوصفها من الظواهر المسكوت عنها، والشعور بالذنب، تعتبر الأمراض المتقلبة
جنسيا من الأمراض الراجعة إلى البرودة (27).

يبقى علاج الزوجة ضد هذه الأمراض من الحالات النادرة وأحيانا مستحيلة (48).

تبقى طلبات الشباب للمعلومات حول هذه الامراض غير متوفرة (48).

للأمراض المتقلبة جنسيا مفاهيم وتمثلات:

-تعتبر هذه الامراض من أمراض الرجال، بينما السيدا هي مرض خاص
بالأجانب.

- لم يتم ابراز الزنى، من طرف الزوجين، كأحد الأسباب للإصابة بمرض السيدا،

- اللجوء إلى صيادلة القطاع الخاص من أجل العلاج تبقى الممارسة الأكثر شيوعاً
(5) (6) (48).

9-6 - الاجهاض :

باستثناء العلاقات خارج إطار الزواج ، يبقى الاجهاض كذلك من ممارسة المتزوجات وذلك للأسباب التالية : تتابع الحمل، الصعوبات الاقتصادية ، الأسباب الصحية سوء التفاهم مع الزوج أو الحمات (6).

يمارس الاجهاض في سرية مطلقة باعتبار تمثلاته كجريمة لدى النساء، واجراءه يتم باللجوء إلى الوسائل التقليدية والخطيرة المضاعفات، او التوسل إلى القطاع الخاص المرتفعة التكلفة (48).

9-7 - الخدمات غير المغطات :

- العلاجات المتعلقة بالعقم

- التكفل بالنساء في سن اليأس (48) (74).

9-8 - الرجال :

بالرغم من اقبالهم على المصالح الصحية لتزود بالحبوب، لا تعطى لهم المعلومات الكافية ، الشيء الذي يرجع إلى سلوك العاملين (48).

9-9 - فئات أخرى :

يشكل أئمة المساجد والمدرسون صلة وصل مؤثرة يتعين اخبارهم واستشعارهم (30).

9-10 - الخدمات المحصل عليها :

يتم الحصول على خدمات الصحة الانجابية المتوفرة (التخطيط العائلي، الاستشارة أثناء الحمل، الولادة وعلاجات الأمراض المتقلة جنسيا) ، ومع ذلك لازالت بعض العوائق تحول دون الاستفادة من تلك الخدمات :

- البعد الجغرافي عن المؤسسات الصحية

- طول وقت الانتظار

- الرشوة

- السلوك السلبي للعاملين

ومع ذلك تبقى بعض الخدمات صعبة المنال (التعقيم، الاجهاض، العقم وسن اليأس.

وبما أن الأمراض المتعلقة جنسيا ظاهرة مسكوت عنها ومحضورة ، فان فئة مهمة من السكان لا تستطيع الحصول على العلاجات الوقائية او الاستشفائية (الشباب والمرأة العازبة) (5).

9-11 - تمثلات التحولات الاجتماعية :

- إن تباعد الولادات يتمثل كمؤشر لصحة جيدة .

- إن مشاركة الشباب المتزوج في الحياة الانجابية للزوجة أصبح يتجسد أكثر فأكثر.

- ظهور ملامح علاقات جديدة تتمثل في اتخاذ قرارات مشتركة من طرف الزوجين.

- إن المساهمة في التخطيط، وتقليص حجم العائلة يعتبر ايجابيا حسب تمثلات الأزواج الشابة .

9-12 - كلفة الخدمات :

بالرغم من مجانية الخدمات المرتبطة بالصحة الانجابية، تتعرض الساكنة الفقيرة إلى مصاريف إضافية تتمثل في :

التنقل ، الادوية والرشوة وتزداد هذه المصاريف عندما يكون الأمر متعلقا بالولادة أو الأمراض المتقلبة جنسيا.

بالإضافة إلى كونها طفلة ولا تستطيع التحكم في صحتها الجسدية والانجابية ، تبقى مهمشة لا فقط من طرف العائلة بل أيضا من لدن المصالح الصحية. كما أن القانون الجنائي يعاقب عن الأفعال الجنسية الخارجة عن إطار الزواج. وفي دفتر الحالة المدنية يسجل المولود باسم أب مجهول.

إن المنظمات غير الحكومية أصبحت تولى إهتماما خاصا لهذه الجوانب، ومع ذلك يبقى غياب الاستشعار بالقضايا المرتبطة بالجنس والتخطيط العائلي، والعامل الأكثر شيوعا.

الخاتمة:

- التلبية المتزايدة والمستمرة لأرضاء حاجيات النساء، واستشعارهن بتنوع وسائل وسائل التخطيط العائلي، وخصوصا الحبوب، اللولب والحقن.

- عدم استشعار الرجال من طرف العاملين بالقطاع الصحي،

- المعلومات حول خدمات الصحة الانجابية وتوافرها غير كافية للزيادة في استعمالها بالوسط القروي (الاستشارة اثناء الحمل، المساعدة والاشراف على الولادة).

- التوافر الحديث العهد لعلاجات الأمراض المتقلبة جنسيا، لم يصاحبها الاعلام والاطباء الملائم والكافي.

- عدم وجود أي مستجيب لطالبي بعض الخدمات (الأمراض المتقلبة جنسيا بالنسبة للشباب، وسن اليأس بالنسبة للنساء).

- تهمة طلبات الشباب والرجال على السواء.

- ان الاستعمال الجزئي لخدمات الصحة الانجابية يرجع حسب تمثيلات المستجوبات ليس فقط إلى الخدمات نفسها بل إلى ظروف الاستقبال وشروط العمل بالمؤسسات.

إن توسيع عرض وسائل التخطيط العائلي، لم يصاحبه الاعلام والاستشعار والشرح لمساعدة النساء على اختيار الوسيلة الملائمة.

إن البيئة السائدة بالمصالح الصحية موجهة إلى توافر الجانب التقني مع اغفال كل ما هو نفسي واجتماعي.

10 - تمويل الصحة الانجابية خلال الفترة الممتدة من 1991 الى 1997/98

نقدم في هذه الفقرة الخطوط العريضة للمصاريف بالمغرب. وفي هذا الاطار نركز على الجانب العمومي مع تحليل ميزانية وزارة الصحة ومكانتها بالنسبة لبعض المجامع الاساسية كالميزانية المرصودة للقطاعات الاجتماعية، الميزانية العامة للدولة، المنتج الوطني العام.

10-1 - تمويل نفقات الصحة من ميزانية وزارة الصحة:

تمثل المصاريف عن الصحة سنة 1997 بالمغرب ما يناهز 4,2 في المئة من المنتج الوطني الخام مقابل 3,4 في المئة قبل عشر سنوات. هذا وقد تزايدت هذه المصاريف ب 9,2 في المئة مقابل 7,2 في المئة بالنسبة للنواتج الوطني الخام. وتمثل مصاريف الأسر 50 في المئة ، وتتحمل الدولة 25 في المئة في حين تساهم الرعاية الاجتماعية ب 20 في المئة.

إن المصاريف العمومية عن الصحة تمول ب 90 في المئة من ميزانية وزارة الصحة العمومية وب 9 في المئة من وزارات أخرى ، بينما لا تساهم الجماعات المحلية إلا ب 1 في المئة.

الجدول 15- تركيب النفقات السارية عن الصحة خلال 98/1997

التوزيع (%)	النفقات العمومية السارية
48,1	الموظفون ، الادارة والاعباء المشتركة:
22,8	- شبكة العلاجات الاستشفائية
6,7	- شبكة العلاجات الوقائية
7,2	العلاجات والتكوين
4,2	الصيدلة
1,1	الصيانة والاصلاح
90,1	الوقاية والتطهير
9	مجموع وزارة الصحة
0,9	وزارات أخرى
100	الجماعات المحلية / الجهة
	النفقات العمومية السارية

10-2 - مكانة العلاجات الأساسية ضمن ميزانية وزارة الصحة :

تتدرج خدمات الصحة الانجابية في اطار النسق العمومي للعلاج، وخصوصا ضمن شبكة العلاجات الصحية الأولية.

إن الاهتمام الذي توليه الحكومة حاليا إلى توسيع هذه الشبكة ، سيكون له وقعا مهما على تطوير الخدمات المتعلقة بالصحة الانجابية وتسهيل ولوجها.

هذا، وقد وصلت النفقات على العلاجات الأساسية سنة 98/1997 ما قدره 1.346 مليون درهم أي ما يمثل 37 في المئة من ميزانية وزارة الصحة. ومن ضمن هذا الغلاف، خصصت 70 في المئة (941 مليون درهم) للتسيير و 30 في المئة (405 مليون درهم) للتجهيز.

وصلت الحصة المخصصة للعلاجات الأساسية من ضمن ميزانية التسيير 32,4 في المئة مقابل 56,3 في المئة من ميزانية التجهيز. الشيء الذي يظهر الاهتمام الخاص بالمؤسسات الصحية للعلاجات الأساسية في ميدان التجهيز والذي يرجع أساسا إلى الانجازات المحققة في إطار برنامج الأولويات الاجتماعية والتعاون مع المجموعة الأوروبية.

وعكس التجهيز، بقيت الصحة المرصودة للتسيير مستقرة خلال الفترة الممتدة من سنة 1990 إلى سنة 1998/1997. وعليه فقد انتقلت هذه الأخيرة من 31,6 في المئة سنة 1990 إلى 32,4 في المئة سنة 98/1997. ومع ذلك يعتبر تطور هذه الميزانية طبيعيا باعتبار أن رواتب الموظفين تشكل أهم النفقات من ميزانية التسيير. وبالإضافة إلى ذلك، بقي توزيع العاملين بين الإدارة والمستشفيات ومؤسسات العلاجات الأساسية مستقرا ولم يعرف أي تغيير: يمثل العاملون بمؤسسات العلاجات الأساسية سنة 1990 ما قدره 31,7 في المئة من مجموع موظفي وزارة الصحة مقابل 32,1 في المئة سنة 98/1997.

10-3 - تمويل الصحة الانجابية من طرف وزارة الصحة والتعاون الدولي :

ليس من السهولة بمكان تقييم الميزانية المخصصة من طرف وزارة الصحة والتعاون الدولي للصحة الانجابية وذلك للأسباب التالية:

- إن خدمات الصحة الانجابية مندمجة في إطار النسق العمومي للعلاجات، حيث يكون من الصعب فصلها،

- من الصعب إيجاد معلومات ممرضة حول المحاسبة السنوية المتعلقة بالتعاون الدولي ،

- غياب بعض التفاصيل لمعطيات السنوات الفارطة،

- التناقض بين مختلف مصادر المعلومات: حسب الوكالة الأمريكية للتنمية، تقدر مساهمتها في الصحة الانجابية خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 1998 ب 86,6 مليون دولار في حين احتسبت وزارة الصحة فقط 47 مليون دولار أمريكي.

- اختلاف مدد السنوات المالية: تغطي ميزانية وزارة الصحة الفترة الممتدة من يونيو إلى يوليو في حين يتم ترتيب ميزانية التعاون على السنة الشمسية.

10-3-1- التحليل الإجمالي لتمويل الصحة الانجابية:

لتمويل مصاريف التسيير والتجهيز الخاصين بالصحة الانجابية، خصصت وزارة الصحة العمومية سنة 98/1997 ما قدره 485 مليون درهم، أي ما يمثل 13,4 في المئة من ميزانية وزارة الصحة. بينما لم تخصص سنة 1991 سوى 194,5 مليون درهم، أي 9 في المئة من ميزانيتها الكلية. وهذا التطور قد ضاعف الميزانية المخصصة للصحة الانجابية ب 1,5 مرة خلال 6,5 سنوات. الشيء الذي اوصل معدل الزيادة السنوية إلى 15,1 في المئة (أنظر الجدول اسفله). كما أنه، وخلال نفس الفترة وصلت الزيادة السنوية لميزانية وزارة الصحة إلى 8,3 في المئة مقابل 9 في المئة بالنسبة للميزانية المرصودة للعلاجات الأساسية.

تطور مجموع الموارد المالية المرصودة للصحة الانجابية حسب الحكومة المغربية والمتبرعين في إطار التعاون الدولي خلال الفترة الممتدة

من 1991 إلى 98/1997 (10⁶ درهم)

معدل الزيادة السنوية %	97/98	97/96	1996*	1995	1994	1993	1992	1991	
7,6	284,0	244,0	97,5	206,5	205,0	205,0	200,0	176,5	الميزانية
45,3	201,5	155,0	66,0	113,0	36,0	36,0	36,5	18,0	المتبرعون
15,1	485,5	399,0	163,0	320,0	241,0	241,0	236,5	194,5	المجموع
	41,5	38,9	40,5	35,5	15,0	14,9	15,4	9,1	نسبة % المساعدة

* ستة أشهر فقط

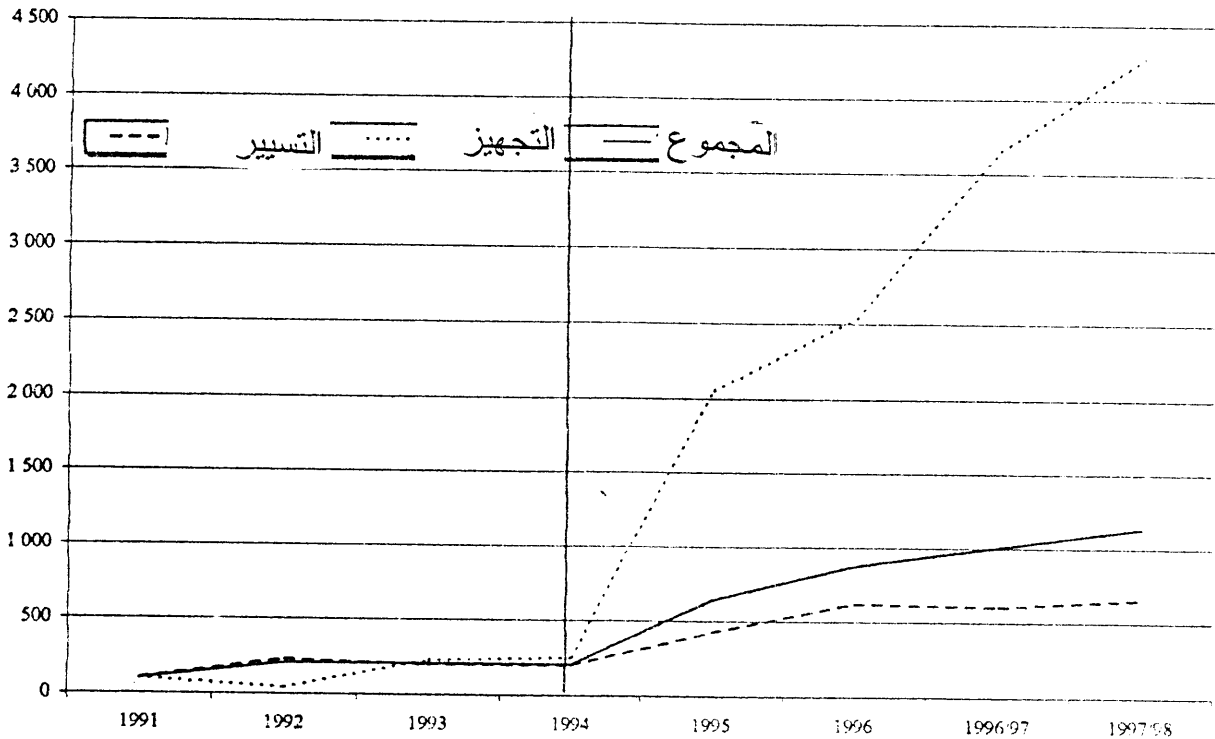
2-3-10- وقع مؤتمر القاهرة على تمويل الصحة الانجابية:

يظهر تحليل المعطيات المتعلقة بتمويل الصحة الانجابية، أن الحجم السنوي المخصص لها من طرف وزارة الصحة والمتبرعين خلال الثلاثة سنوات السابق لمؤتمر القاهرة (1991-1993)، قد قدر في المتوسط ب 224 مليون درهم مقابل 466 مليون درهم خلال الثلاثة سنوات بعد نفس المؤتمر (1995-1997). هذه المعطيات تدل على ان الميزانية المرصودة للصحة الانجابية قد تضاعفت بعد مؤتمر القاهرة، ومع ذلك تعتبر الزيادة بالنسبة للمتبرعين جد مهمة (230%) مقارنة مع وزارة الصحة (77%).

رغم أن هذا التحليل لم يشمل إلا معطيات مدة نسبيا قصيرة ، يبدو واضحا أن مؤتمر القاهرة كان من جهة حافزا للاسراع بادخال بعض العناصر المرتبطة بالصحة الانجابية، ومن جهة ثانية الحث على انعاش وتطوير العناصر المتواجدة سابقا.

تطور الموارد المرصودة للصحة الانجابية خلال الفترة الممتدة

من 1991 إلى 98/1997 (الاساس 1991=100)



وعموما ، تتزايد الموارد المرصودة للصحة الانجابية بشكل واضح. وعليه فان اتجاه الزيادة يختلف من نفقات التجهيز إلى نفقات التسيير.

10-3-3- التحليل المقارن لنفقات التجهيز والتسيير:

إذا كانت على العموم النفقات العمومية على الصحة الانجابية قد عرفت خلال الفترة الممتدة من 1991 إلى 98/97 زيادة تقدر ب150 في المئة، فان نفقات التجهيز قد زادت ب 350 في المئة، أي بزيادة سنوية قدرت ب 26 في المئة (انظر الجدول اسفله).

تطور الموارد المرصودة لنفقات التجهيز الخاصة بالصحة الانجابية

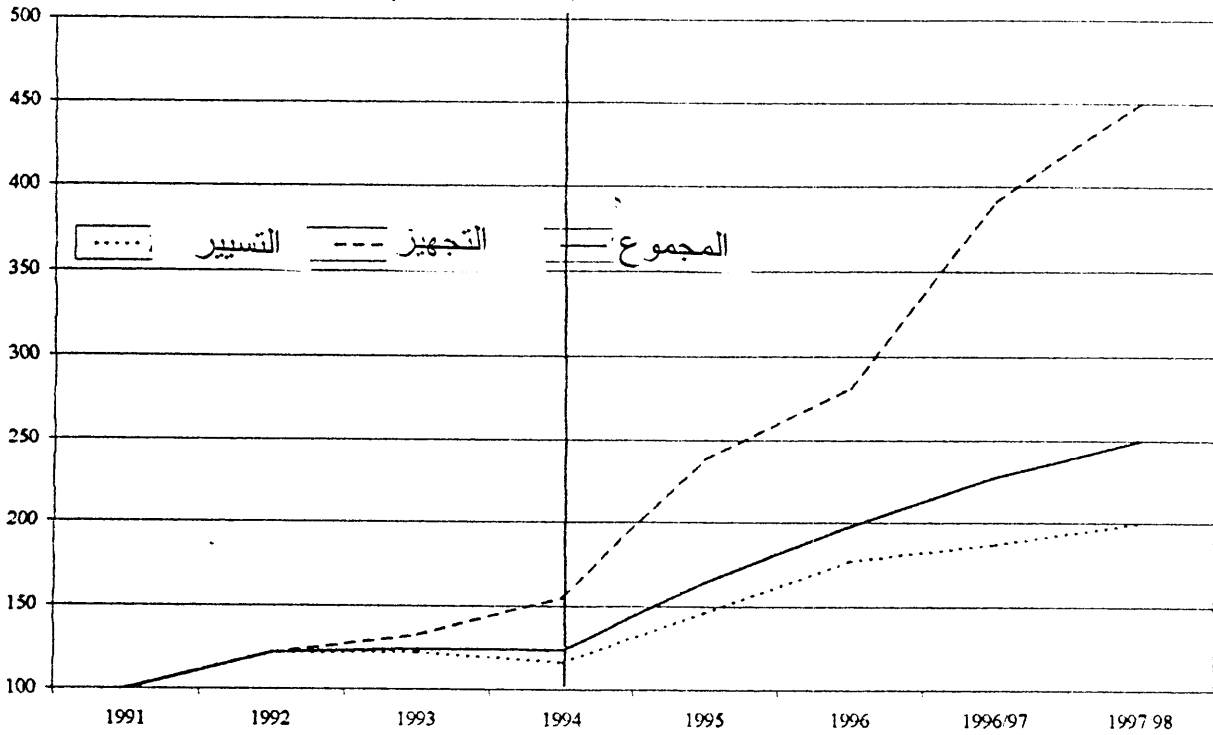
من طرف المغرب والمتبرعين الفترة 1991 - 98/1997

معدل الزيادة السنوية %	97/98	97/96	1996*	1995	1994	1993	1992	1991	
11,6	74,5	57,0	16,5	44,0	54,0	46,0	46,0	36,5	الميزانية
78,2	100,0	71,0	16,5	48,0	6,0	5,0	1,0	2,5	المتبرعون
26,1	174,5	128,0	33,0	92,0	60,0	51,0	47,0	39,0	المجموع
	57,3	55,3	50,1	52,1	9,7	10,4	2,1	6,0	نسبة % المساعدة

* ستة أشهر فقط

تطور المساعدات الدولية المخصصة للصحة الانجابية خلال

الفترة 1991 - 1997/98 (100 = 1991)



* إن ميزانية وزارة الصحة تولى للتسيير أهمية بالغة وخصوصا رواتب الموظفين على حساب التجهيز.

* يسعى المتبرعون لتشجيع المغرب على وضع آليات لاستمرارية الخدمات الصحية وخصوصا على مستوى تغطية المصاريف الجارية. وذلك سيتم بالبحث على ميكانيزمات للتمويل البديل كالتأمين عن المرض أو تسوية مصاريف العلاج من طرف المستفيدين من الخدمات الصحية.

إن ميزانية التسيير الخاصة بالصحة الانجابية هي في غالب الاحيان ممولة من ميزانية وزارة الصحة. وخلال الفترة الممتدة من 1991 إلى 98/1997 قدرت حصة هذه الميزانية ب 75 في المئة مقابل 25 في المئة بالنسبة للمساعدات الدولية. وفي هذا الاطار نلاحظ أن الزيادة السنوية للمساعدات الدولية قد انتقلت من 10 في المئة سنة 1991 إلى 33 في المئة سنة 98/1997 (انظر الجدول أسفله).

تطور الموارد المرصودة لتنفقات التسبير

الخاصة بالصحة الإيجابية، من طرف المغرب والمتميز عن

(1991 - 198/97)

معدل الزيادة السنوية	المعدل السنوي	98/97	97/96	1996*	1995	1994	1993	1992	1991			
6,4	191,0	210,0	186,5	80,5	162,5	150,0	159,0	154,0	140,0	ميزانية وزارة الصحة صحة الأم والطفل التخطيط العائلي الأمر اض الجنسية والسيدا		
3,4	155,0	146,0	154,5	66,0	136,5	124,0	133,0	129,0	117,0			
11,7	19,0	32,0	15,0	6,0	11,0	13,0	15,0	16,0	15,5			
24,9	17,0	32,0	17,0	8,5	15,0	13,0	11,0	9,0	7,5			
33,7	63,5	101,5	84,5	49,5	65,5	30,0	31,0	35,5	15,5		المساعدات الدولية صحة الأم والطفل التخطيط العائلي الأمر اض الجنسية والسيدا	
17,3	5,0	4,5	5,0	3,5	6,0	4,0	4,0	1,5	1,5			
35,6	54,5	90,0	75,0	44,0	55,5	22,5	24,0	32,0	12,5			
28,6	4,0	7,0	4,5	2,0	4,0	3,5	3,0	2,0	1,5			
--	255,0	311,0	271,0	130,0	128,0	181,0	190,0	190,0	156,0			وزارة الصحة والمساعدات صحة الأم والطفل التخطيط العائلي الأمر اض الجنسية والسيدا نسبة (%) المساعدات
11,2	159,0	150,0	159,0	69,5	143,0	128,0	130,0	130,0	119,0			
3,7	74,0	122,0	90,0	50,0	66,0	36,0	48,5	48,5	28,0			
25,4	22,0	39,0	21,5	10,5	19,0	17,0	11,5	11,5	9,0			
25,5	24,9	32,6	31,2	38,0	28,8	16,7	18,7	18,7	9,9			

* ستة أشهر من سنة 96

REFERENCES

Références qualitatives

- 1- R. Bourquia :
"Rituel, symbole et aléas dans la société Marocaine"
Publication de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Rabat,
1993

- 2 - R. Bourquia :
"Femmes et fécondité"
Afrique Orient, 1996

- 3 - A. Belarbi :
"l'Enfance au quotidien"
Éditions le Fennec, Casablanca, 1991

- 4 - H.Filali: -
"Étude sociologique sur les hospitalisations"
INAS, MSP, 1991

- 5 - F. N. Bouchama
"Étude sur les pratiques sociales et l'acceptabilité des services de santé
materno-infantils et P.F"
Rabat, 1994

- 6 - Al Harras :
"Aspects socioculturels de la population"
Revue de Littérature
Rabat, 1998

- 7 - IHEM, MSP :
"Étude socio-anthropologique dans la province du nord du Maroc"
1996

- 8 - CM Obermayer :
"Maternité sans risque: une analyse culturelle de la naissance au Maroc"
Université
Harvard, USA, 1998

- 9 - A; Belarbi :
"Le salaire de Madame"
Éditions de Fennec, Casablanca, 1993

- 10 - Mr Nennani Cheraïbi :
"Soumis et Rebelles au Maroc, les jeunes au Maroc"
Édition le Fennec
CNRS, Paris, 1994
- 11 - A Belarbi :
'Pouvoir et contre pouvoir: Peut-on réellement contrôler la fécondité féminine dans le
contexte actuel ?"
Éditions Le Fennec, Casablanca, 1990
- 12 - Ministère chargé de la population. Études démographiques. La femme rurale au
Maroc: Sa place, sa condition et ses potentialités. Direction de la statistique
(CERED).
- 13 - Ministère de la Santé Publique, Première conférence maghrébine sur la
population et la planification familiale, Avril 1993
- 14 - Ministère de la santé publique : Rapport de l'étude juridique et institutionnelle sur
la pratique de la planification familiale au Maroc Experdata, juin 1994.
- 15 - Donna lee Bowen:, Abortion Islam and the 1994 Cairo population conference, in
middle East Stu,29 (1997) pp 161-184.
- 16 - ADFM : Rapport parallèle provisoire des ONG marocaines au CEDAW, 1995
- 17 - AFJEM. Maghreb deux mille deux : cinq ans après (1989-94) 188 p.
- 18 - Akharbach Latifa, rerhaye Narjis. Femmes et média. Casablanca. Le Fennec 1992
- 19 - Femme et politique. Casablanca ; Le Fennec, 1992
- 20 -AMP.F. *Les besoins des jeunes en matière de sexualité et de santé reproductive.*
Experdata./Communication, 1995.
- 21 - Association Maghrébine pour l'Étude de la Population. *Journées d'études sur le
thème femme et développement.* Rabat, 1995
- 22 - Barkallil Nadira, Chiche Jeanne, Lemrini Amina, Naciri Rabéa. *Femmes et
éducation . blocages et impacts.* Casablanca: Le Fënnic 1994 119p
- 23 - Belarbi Aïsha; (sous la dir. De) et al. Femmes et Islam. Casablanca: Le Fennec,
1998. (Collection Approches).
- 24 - Belarbi Aïsha . situation de la jeune fille au Maroc. Rabat : Association
Marocaine de Soutien à l'UNICEF (AMS). Casablanca. 1991. 117 P
-

- 25 - Bourquia Rahma, Charrad M., GallghrN (Sius ka dir. De)n, Femmes, culture et société au Maghreb. 2 Tomes, Casablanca : Afrique Orient, 1996
- 26 - Dernouny Mohamed "Corps croyances et institution médicale au Maroc", in. Longuenesse Elisabeth (sous la dir. De). *Santé, médecine et société dans le monde arabe*. Paris: L'Harmattan, Maison de l'Orient Méditerranéen, 1995.
- 27 - Dialmy Abdessamad. " La prise en charge éducative des patients MST dans la santé publique". Etude qualitative par FG. Direction de l'Épidémiologie. Ministère de la santé. En collaboration avec l'Union Européenne 1997.
- 28 - Direction de la statistique. *Mesure de la condition de la femme au développement : étude de type anthropologique sur les activités exercées par la femme*. Rapport méthodologique, 1997.
- 29 - Droit de citoyenneté des femmes au Maghreb. La condition socio économique et juridique des femmes, le mouvement des femmes (ouvrage collectif). Casablanca: Le Fenec, 1997.
- 30 - Ministère de la santé publique. Etude socio-anthropologique sur la planification familiale dans les provinces du Nord. Rapport final, octobre 1996
- 31 - Ministère de la population. Population et développement au Maroc : Rapport National, CIPD, 1994 (en arabe et français) 90 p. Pour le texte en français.
- 32 - Ministère de la santé publique. Le premier congrès national "femmes et santé". Résumé des interventions. Décembre 1996
- 33 - Nations unies/FNUAP. Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement. 1994
- 34 - Nations unies. Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, Beijing. 1995
- 35 - Nations unies / Royaume du Maroc. Note de stratégie nationale. Maroc 1996 2000- Rabat février 1996
- 36- USAID. Projet de soutien aux institutions démocratiques au Maroc. Renforcement des ONG pour la démocratisation et le développement durable : enquête sur les ONG. Février 1996
- 37 - USAID/AMSED. Les filles mères dans la réalité marocaine. Etude du terrain. Décembre 1996

- 38 - UNICEF : Analyse de la situation des femmes et des enfants au Maroc. 1995.
- 39 - Amélioration du statut de la femme au Maroc. Thèse doctorat d'Etat. Aix en-Provence . Tome III; 1998
- 40 - My Rachid A. La condition de la femme au Maroc, Édition de la faculté des juridiques, économiques et sociales de Rabat N° 33 1985
- 41 - Maroc S/M/E/R/ 1ère Edition, 1992. Les obstacles à la ratification par le Maroc de la convention de Copenhague, in association démocratique des femmes du Maroc
- 42 - El Mossadiq R. Consensus ou jeu de consensus ? Pour le réajustement de la pratique politique au Maroc Imprimerie El Jadida Casablanca, 1995
- 43 - Obermayer K. M., Demographic and culturel aspects of maternal health in north africa . A comparaison of Morocco and Tunisia, 1992
- 44 - Société Marocaine des Sciences Médicales. XVIIème Congrès Médical Maghrébin, Mai 1998. Planification Familiale au Maghreb (Rapport marocain préliminaire)
- 45 - Etude sur la ménopause au Maroc (MSP, Harvard School) 1998
(Etude en cours)
- 46 - Etude sur les hommes et la contraception au Maroc, MSP, 1998
(Etude en cours.)
- 47 - MPF. Enquête sur les opinions, attitudes et connaissances de la population masculine en matière de planification familiale. 1991.
- 48 - Etude sur les perceptions des services de santé de la reproduction au niveau de 2 provinces du Maroc Ramram F. Et Ouafae M. PRB, 1998
- 49 - Genre et développement : Aspects socio-démographiques et culturels de la différentialisation sexuelle. Ministère de la Prévision Économique et du Plan, CERED, 1998.

Études sur les services de soins

- 50 - "Références et contre-références"
INAS, 1997
- 51- N. Hajji et A. Lakssir :
" Etude qualitative sur le DIU"
MSP, 1996

- 52- A. Zguiouar :
"Besoins non satisfaits en PF"
MSP, 1997
- 53 - A. Zayyoun :
"Stratégie mobile de couverture sanitaire"
INAS, MSP, 1995
- 54 - "Projets de partenariat pour la santé"
MSP, Alco, 1996
- 55- Ministère de la prévision économique. Demande de soins de santé dans les provinces cibles niveau et déterminants. Programme des priorités sociales(BAJ 1) .
- 56 - Ministère de la santé publique : Direction de la Prévention et de l'Encadrement Sanitaire. La qualité des services de santé maternelle, Juin 1994.
- 57 - Ministère de la Santé Publique, Institut national -d' administration Sanitaire.
Approche de la mortalité et de la morbidité maternelles au Maroc, l'analyse des interventions obstétricales 1991.
- 58- Société Marocaine des Sciences Médicales. La mortalité maternelle. Xv Congrès Médical national (Rabat, 5 et 6 Déc. 1996)
- 59- Carolina Population Center. Quality of Care Family Planning Services in Morocco, August 1995
- 60 - Center for population an Family Health, Faculty of Medecine. Columbia. Universityn New-York, "Programme pour la maternité sans danger : Options et problèmes".
- 61 - Document du programme de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Guide du programme
- 62- Programme de PF/guide de programme
- 63- Programme des MST SIDA : Guide du programme
- 64 - Enquête sur la disponibilité des services de santé MSP/PF, 1995
- 65- Évaluation de l'impact du programme de DIU. MSP/PF, 1996
- 66 - Contribution des ménages en charge de l'hospitalisation au Maroc. Dossier population et santé. MSP, 1996



Etudes et enquêtes quantitatives

- 67 - Ministère de la santé publique Enquête Nationale sur la population et la santé ENPS, 1992
- 68 - Ministère de la santé publique: Enquête Nationale Panel sur la populations et la santé, 1995
- 69 - CERED. *Croissance démographique et développement du monde rural*. Rabat, 1995. 220 p.
- 70 - *Populations vulnérables. profil socio-démographique et répartition spatiale*. Rabat, 1997.
- 71 - *Résultats définitifs de l'enquête nationale sur les niveaux de vie, principaux enseignements. Mars 1992*
- 72- Premier Ministre, Secrétariat d'Etat à la Population, 1997. "Situation et Perspectives Démographiques du Maroc" Centre d'Études et Recherches Démographiques, (CERED)
- 73- Premier Ministre, Ministre Chargé de la Population, 1995 "Recensement général de la population et de l'Habitat de 1994"(RGPH). Population du Maroc. Direction de la Statistique
- 74 - Ministère de la Santé Publique. 1998. Résultats préliminaires de l'Enquête Pap.child 1997. Direction de la Planification et des Ressources Financières. Service des Études et de l'Information Sanitaire.
- 75- Mohamed Ayad et al 1997. Transition des déterminants proches de la fécondité au Maroc. Direction de la Planification et des Ressources Financières. Service des Études et de l'Information Sanitaire. Dossier population et santé n°6
- 76- Enquête nationale sur les carences en fer. MSP, INAS, 1995
- 77 - Etude sur l'offre des soins obstétricaux au Maroc, INAS Faculté de Médecine 1996
- 78- Qualité of care in family planning services in Marocco. M. Tyane et all, 1995
- 79- Etude du focus groupe sur la perception des MST par les professionnels de santé, Service de MST SIDA 1997 (non publié)