

Conclusion

Patrice VIMARD, Mohamed CHERKAOUI et Abdelmounaim ABOUSSAD

Au terme de cet ouvrage, il nous appartient de considérer l'intérêt d'étudier les relations entre santé et vulnérabilités, qui ont été l'objet principal du livre. Nous examinerons cet intérêt tout d'abord d'une manière générale, puis en portant l'attention sur le contexte marocain examiné à travers les études présentées dans les chapitres précédents. Il nous faut tout d'abord faire un petit retour en arrière sur la manière dont la pauvreté a été abordé dans la recherche. Les recherches sur la pauvreté des populations ont été tout d'abord fondée sur la mesure de la pauvreté monétaire et sur les effets que pouvaient avoir la variation des revenus sur les comportements humains. Nous avons assisté ensuite à une extension de ce concept de pauvreté avec la prise en compte, à la suite principalement des travaux de Amartya Sen (1982, 1985), de la pauvreté des conditions d'existence et de la pauvreté des capacités. Il s'agit là de formes de pauvreté qui sont également souvent citées sous le terme de pauvreté humaine, popularisé par le PNUD dans ses rapports annuels sur le développement humain. Avec cette extension du concept, il est maintenant admis qu'il existe différentes formes de pauvreté et que celle-ci est, le plus souvent, multidimensionnelle en recouvrant plusieurs aspects de la vie des individus.

L'intérêt de la prise en compte des vulnérabilités dans les recherches sur la santé

Aujourd'hui, on assiste à une nouvelle extension du concept de pauvreté avec l'introduction de la notion de vulnérabilités dans les recherches en sciences sociales. La vulnérabilité peut se caractériser, selon Jean-Pierre Lachaud (2002) par « une insuffisance de moyens pour répondre à des situations déstabilisantes et à des événements perturbateurs ou se prémunir contre eux ». Cette définition peut être utilisée dans différents domaines de recherche. Dans le domaine qui nous intéresse ici, les sciences sociales de la santé, on pourrait considérer que des individus sont vulnérables s'ils ne peuvent accéder de façon appropriée : aux moyens de prévention et de soin contre les maladies, aux méthodes de régulation de leur procréation ainsi

qu'aux moyens de subvenir à leurs besoins essentiels et à ceux de leur famille.

En ce sens, la notion de vulnérabilité ne signifie pas un manque ou une privation, pouvant correspondre à un état de pauvreté au sens strict, « mais un état sans défense, insécure, et l'exposition aux risques, choc et stress » (Chambers, 1989, cité par Obrist, 2006). La vulnérabilité est ainsi l'opposée de la sécurité : d'une part, les individus qui vivent dans cet état sont exposés plus que d'autres à différents risques et, de l'autre, ils manquent de moyens pour surmonter ces risques ou pour les surmonter sans perte dommageable. Cela fournit une nouvelle perspective pour analyser les liens entre pauvretés et santé, pour différentes raisons que nous allons évoquer succinctement. Tout d'abord, la vulnérabilité va au delà des dispositions physiques et mentales des individus, souvent les seules considérées dans les approches bio-médicales, pour prendre en compte les dimensions sociales et économiques de la vie des individus et des communautés (Obrist, 2006).

L'utilisation de ce concept est particulièrement intéressante pour une autre raison, qui est de permettre une approche dynamique des facteurs qui conditionnent la santé des individus et leurs accès aux soins. En effet, ce n'est pas seulement le niveau de pauvreté ou de précarité d'un individu à un moment donné qui va déterminer ses comportements de santé et le niveau de celle-ci. D'une part, son état de santé n'est pas uniquement défini par sa situation actuelle mais aussi par l'ensemble des conditions qu'il a connu durant sa vie. D'autre part, son comportement de santé et la manière dont il va gérer les risques sanitaires ne sont pas seulement déterminés par son niveau de pauvreté, mais se trouve également défini par les risques d'être vulnérable qu'il escompte pour lui-même ou sa famille, à court, moyen ou long terme. Ce risque d'être vulnérable, comme d'ailleurs les conditions de vie passées, sont déterminés par différents facteurs, d'ordre biologique, démographique, culturel, socio-économique ou environnemental, qui interagissent de manière dynamique. En outre, les phénomènes dont il s'agit, dans ce domaine de recherche relatif à la santé, sont eux-mêmes des processus pour lesquels chaque événement (qu'il s'agisse de maladie, de naissance, d'expérience de soins ou de contraception) modifie les conditions de survenue des événements suivants.

L'emploi de ce concept est également utile dans le contexte actuel d'une montée des incertitudes à l'échelle mondiale. Cette montée des incertitudes accroît les risques potentiels de vulnérabilité pour les individus qui y sont confrontés de manière croissante. Cette montée des incertitudes correspond à

différentes évolutions qui affectent la vie et la survie des ménages dans beaucoup de pays, principalement, mais pas seulement, du Sud. Cela concerne aussi bien la baisse des surfaces foncières des exploitations agricoles familiales, la précarisation du travail urbain, la progression du secteur privé de la santé et de l'éducation, la montée des inégalités socioéconomiques, les différentes instabilités d'ordre politique et militaire, les crises et les récessions économiques et, enfin, les périls écologiques croissants.

Compte tenu de ces différents risques, notamment économiques ou environnementaux, on peut considérer que la vulnérabilité peut concerner tous les individus à un moment ou à un autre de leur cycle de vie. Mais on observe également, qu'en matière de santé, des pays, et, à l'intérieur des pays, des groupes de population ou des individus sont plus particulièrement concernés par des vulnérabilités de différentes natures. Il peut s'agir de groupes pauvres, de minorités ethniques, de populations montagnardes ou nomades, de population isolées... Il peut s'agir également d'individus qui sont touchés par des vulnérabilités diverses de manière temporaire ou pérenne : chômeurs, orphelins, handicapés, etc.

Au delà de ces groupes ou individus particuliers, il est admis plus généralement que les femmes et les enfants, qui représentent le plus souvent les individus les plus fragiles socialement et économiquement, sont les plus touchés par la privation de l'accès aux soins et à la santé. Le Rapport de l'Unicef de 2006 consacré à la situation des enfants « Exclus et invisibles » en fournit de multiples preuves. Ainsi, 270 millions d'enfants, soit 14 % de tous les enfants vivant dans les pays en développement, n'ont aucun accès au système de santé ; de même, en Asie du Sud comme en Afrique subsaharienne, un enfant sur quatre ne reçoit aucun vaccin ou ne bénéficie pas de traitement ; en outre, chaque année un demi-million de femmes décèdent pour des causes liées à leur maternité et plus de dix millions d'enfants meurent avant d'avoir atteint leur cinquième anniversaire, alors que beaucoup de ces décès seraient évitables (Unicef, 2005). Ces quelques chiffres démontrent l'iniquité des systèmes de santé dans beaucoup de pays du monde et la grande vulnérabilité sanitaire des femmes et des enfants (Green et Gering, 2005). Cela justifie également l'attention particulière qui a été portée aux femmes et aux enfants dans les études consacrées au Maroc, dont nous allons évoquer maintenant certaines des conclusions essentielles.

Santé et vulnérabilités au Maroc : quelques résultats significatifs

Les chapitres de cet ouvrage apportent un certain nombre d'analyses significatives sur les relations entre vulnérabilités et santé au Maroc : des analyses menées à différentes échelles, de portée nationale ou régionale, relatives à la santé en général ou plus spécifiquement dédiées à une maladie donnée. Dans les pages suivantes, nous évoquerons quelques résultats qui nous apparaissent utiles à prendre en compte pour une meilleure compréhension des déterminants de la santé dans le royaume chérifien.

Abdel-Ilah Yaakoubd met en relation les inégalités sociales, d'une part, et les inégalités en matière de santé, d'autre part, à différentes échelles spatiales relatives aux milieux et aux régions de résidence (chapitre 1). Cela lui permet de montrer l'imbrication des dimensions sociales et des dimensions géographiques dans les inégalités sanitaires. Dressant un panorama approfondi des déterminants sociaux de la santé au Maroc, il met également en évidence l'importance des relations de genre dans les phénomènes sanitaires et l'effet majeur joué par l'infériorité des femmes en ce domaine. Au delà de cela, il relève la forte vulnérabilité qui pèse sur la santé des femmes et des enfants au Maroc. Sur ces individus, socialement les plus fragiles, pèse une vulnérabilité multidimensionnelle qui est directement liée à des contextes sociaux et géographiques où ces catégories de la population sont particulièrement touchées par l'ignorance, la pauvreté, l'enclavement et l'éloignement des infrastructures sociales et sanitaires de base.

Cette vulnérabilité, qui touche en priorité les femmes et les enfants, est plus accusée en milieu rural, comme nous le montre l'étude de Muriel Sajoux (chapitre 2) sur le contenu et sur les facteurs de ce qu'elle appelle la *rurospecificité*. Une rurospecificité qui est perceptible en matière de santé comme en d'autres domaines au Maroc. Pour Muriel Sajoux, la forte inégalité en matière d'accès à l'éducation, au détriment des populations rurales et tout particulièrement de la partie féminine de ces populations, est le facteur primordial des disparités dans les niveaux de santé en défaveur du monde rural. Des disparités qui sont attestées par les écarts dans les niveaux de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité maternelle mis en exergue dans l'étude. Outre son impact sur les chances de survie des mères et de leurs enfants, cette inégalité d'instruction a et aura, d'après l'auteur, un effet sur les conditions de vieillissement de la population. Les personnes les moins alphabétisées ont en effet tendance à davantage ressentir les effets de l'âge, tout en ayant, le plus souvent, moins que d'autres les possibilités matérielles d'avoir une vie décente durant leur vieillesse faute de pouvoir

disposer de pensions de retraite. Le défaut d'instruction est par conséquent source d'une vulnérabilité actuelle et future en matière de santé.

Comme l'étude précédente de Muriel Sajoux, l'analyse conduite par Patrice Vimard *et al.* (chapitre 3) confirme les grandes inégalités qui frappent les enfants devant le risque de décéder durant la période infanto-juvénile, soit jusqu'à leur cinquième anniversaire. Les inégalités, entre les pays comme entre les milieux socio-économiques, sont bien réelles et elles ont tendance à perdurer voire à s'accroître au cours du temps, dans la mesure où les progrès de la lutte contre la surmortalité infantile sont très disparates en fonction du niveau de développement, des structures sociales et familiales, de l'organisation du système de santé, du budget qui lui est consacré... Mais l'analyse des auteurs met ici principalement l'accent sur les écarts des niveaux de mortalité des enfants à l'échelle nationale et régionale au Maroc. A l'échelle nationale, on observe des inégalités selon les milieux de résidence et les niveaux d'instruction. Ces inégalités sont encore plus fortes si l'on distingue la population selon son niveau de pauvreté ou sa catégorie sociale : les catégories les plus démunies ou les moins élevées dans la hiérarchie sociale se trouvent fragilisées par rapport au risque de décès de leur enfants avec une mortalité infanto-juvénile beaucoup plus élevée que la moyenne nationale. A l'échelle régionale du Haut Atlas occidental, les progrès socio-économiques et le développement du système de soin ont permis de surmonter efficacement des vulnérabilités environnementales fortes liées aux conditions physiques et climatiques du milieu pour parvenir à une diminution d'environ 80 % des niveaux de mortalité infanto-juvénile, en un peu plus de quatre décennies. Cependant, ces progrès demeurent encore très insuffisants lorsque les vallées sont particulièrement touchées par la précarité environnementale et socio-économique tout en étant confrontées à l'absence de centre de santé.

Les études précédemment citées montrent l'importance de variables agrégées, comme la nature de l'environnement ou le milieu de résidence, et de variables individuelles, comme l'éducation, dans la détermination des vulnérabilités sanitaires appréhendées de manière globale. Le quatrième chapitre de l'ouvrage, d'Amine Arfaoui *et al.*, met pour sa part en évidence l'importance des facteurs individuels que sont l'âge et le sexe dans la détermination des risques de mortalité par cancer. L'effet de ces deux facteurs étant médiatisés par le type de cancer qui conditionne fortement les risques de survie. L'étude des risques de décès, menée par les auteurs, a ainsi révélé que les cancers pulmonaire, oesophagien, davantage le fait des hommes, pancréatique et hépatique, plutôt le fait des femmes, évoluent

significativement vers le décès, plus que d'autres types de cancers. Ces inégalités, qui varient selon la nature du cancer, doivent être reliées à des facteurs de comportement et d'exposition, qui sont souvent liés à la vie professionnelle et sont variables selon le genre : ainsi le tabagisme et l'exposition aux substances cancérigènes, plus important chez les hommes, sont des facteurs majeurs des cancers du larynx, du poumon et de la vessie. Les inégalités selon le type de cancer doivent être également liées à des données intrinsèques comme la nature des hormones sexuelles féminines, facteur important des cancers vésiculaires et thyroïdiens.

Les chapitres précédents montrent combien les facteurs qui interviennent, d'une manière ou d'une autre, sur la santé des individus sont multiples et d'ordre varié, dépassant et de loin la seule sphère des déterminants biomédicaux. Compte tenu de cela, Saad Lahmiti et Abdelmounaim Aboussad mettent en exergue le concept de « promotion de la santé » (chapitre 5). Ce concept concerne la nécessaire mise en œuvre d'une approche globale des questions de santé prenant en compte l'ensemble des dimensions sociales, économiques, culturelles, etc. qui affectent et conditionnent la vie et la survie des populations. Cette approche nécessite en conséquence l'implication d'intervenants de différentes natures : politique, économique, sociale, communautaire, au delà des seuls intervenants du secteur de la santé. A cet égard, différents projets mis en œuvre au Maroc ont mérité l'attention des auteurs dans la mesure où ils illustrent bien la philosophie de la promotion de la santé qui souhaite accorder aux populations et aux individus eux-mêmes les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé. Il en est ainsi du projet Dar Al Oumouma, concernant les espaces d'accueils pour l'accouchement des femmes enceintes du milieu rural, des mutuelles communautaires et, avec une portée plus ambitieuse, de l'Initiative nationale pour le développement humain (INDH).

L'analyse de Mohamed Cherkaoui *et al.* met en évidence les effets de l'implantation des centres de santé primaires sur l'accès aux soins de santé et de santé de la reproduction des populations, surtout lorsqu'elles comptent parmi les plus isolées du pays (chapitre 6). Ainsi, l'évolution des comportements de contraception dans différentes vallées du Haut Atlas occidental montre combien l'existence d'un dispensaire est importante dans la progression, relativement rapide, de l'accès des femmes à la planification familiale. Cela, quelles que soient les contraintes environnementales et économiques fortes auxquelles sont confrontées les populations de la région. Au delà du rôle des infrastructures sanitaire de base, c'est l'efficacité de

l'ensemble du système de santé qui est démontrée par les progrès de la vaccination des enfants, l'un des facteurs décisifs de la baisse de la mortalité infanto-juvénile, soulignée précédemment. Quels que soient les progrès dans le Haut Atlas, le décalage entre les niveaux de mortalité et d'accès aux soins qui y sont mesurés et ceux caractérisant le milieu rural à l'échelle nationale montre l'ampleur des progrès qui demeurent à apporter pour parvenir à une plus grande équité en matière de santé maternelle et infantile au Maroc.

L'étude de Mariam Zouini *et al.*, dans le septième chapitre, consacrée à la morbidité maternelle de ces mêmes populations du Haut Atlas occidental, confirme ce retard dans l'accès aux soins de santé maternelle. L'étude relève en effet une fréquence de l'accès au suivi prénatal et posnatal et de l'accouchement en milieu surveillé bien inférieure à ce qu'elle est au niveau national en milieu rural. Cette déficience de l'accompagnement médical accroît bien entendu les risques de complications ou de morbidité, pour la mère ou le nouveau né, pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. La faiblesse du recours aux soins de santé préventifs et curatifs semble liée à des considérations financières, l'accès aux centres de santé représentant souvent une charge lourde pour des familles aux conditions économiques précaires. Elle est aussi dépendante des représentations socioculturelles, favorables à l'accouchement au domicile de la femme, qui font obstacle à des changements des pratiques en la matière. L'analyse montre également que cette insuffisance en matière d'environnement médicalisé de la grossesse dépend en partie des lacunes du système de soin lui-même, que celles-ci concernent la couverture en centres de santé primaires, encore incomplète pour couvrir l'ensemble des vallées, ou la qualité insuffisante de la surveillance prénatale ou postnatale.

L'analyse de Latifa Adarmouch *et al.* permet d'estimer la prévalence des différents facteurs de risque cardiovasculaire au sein de la population montagnarde de la vallée d'Azgour (chapitre 8). Alors que les maladies cardiovasculaires prennent de plus en plus d'importance dans les pays émergents et notamment dans les pays du Maghreb, en devenant une cause importante de morbidité et de mortalité, il est important de cerner les facteurs favorisant le risque cardiovasculaire. Dans ce cadre, l'âge apparaît comme une variable déterminante, en tant que facteur majeur d'hypertension artérielle, une hypertension qui touche 39 % de la population. Le surpoids et l'obésité ainsi que la sédentarité sont des facteurs de maladie cardiovasculaires également fréquemment rencontrés dans la population étudiée, ainsi que le tabagisme, facteur qui touche surtout les hommes. Concordants avec les mesures effectuées à l'échelle nationale et dans les

pays voisins, les résultats de l'analyse soulignent le fait que les facteurs de risque cardio-vasculaires sont répandus chez les populations du Haut Atlas. Cela rend d'autant plus nécessaire la mise en place d'actions adaptées visant le contrôle de ces facteurs de risque dans le contexte de la transition démographique et épidémiologique que vit le Maroc.

Si les comportements en matière de santé maternelle et infantile semblent relativement lents à se diffuser au sein de la population, l'exemple marocain montre que la diffusion de la planification familiale est plus rapide, surtout lorsqu'elle est favorisée par une insertion urbaine des populations. L'étude de Fatima Zahra Hamdani *et al.*, relative aux femmes migrantes de la ville de Marrakech, l'atteste de manière très démonstrative (chapitre 9). Les attitudes de forte fécondité des femmes issues du rural ont progressivement évolué vers des comportements plus urbains de natalité réduite, ceci en une dizaine d'années. Ce changement progressif de comportement reproductif repose sur l'adoption par les femmes d'un usage plus fréquent et plus précoce de moyens de contraception entraînant un espacement plus grand des naissances. Si cette évolution est favorisée par l'autonomie des couples et des femmes envers leur environnement familial rural d'origine, il l'est également par les difficultés propres à la vie urbaine relatives à l'accès au logement, au travail et aux autres biens et services. Celles-ci rendent la vie en ville de plus en plus difficile ce qui exerce des effets inhibiteurs sur la fécondité : face aux difficultés économiques, les femmes nouvellement urbanisées aspirent à avoir peu d'enfants et ne sont pas opposés à la limitation des naissances.

L'alimentation constitue une donnée majeure de l'état de santé d'une population, la malnutrition constituant le déterminant d'un certain nombre de problèmes sanitaires en pouvant être à l'origine de carences sévères ou en constituant le facteur aggravant de différentes morbidités. A ce titre, les changements de régime alimentaire qui affectent la population, à tous les âges de la vie, doivent être suivis avec attention. Nadia Ouzennou *et al.*, dans le dixième chapitre, montrent ainsi le recul de l'allaitement au sein des nourrissons dans la ville de Marrakech ; recul concomitant d'une introduction plus précoce des aliments de complément. L'étude révèle que ces aliments de complément, correspondant le plus souvent aux aliments consommés par les parents, souffrent des mêmes déséquilibres que ces derniers : richesse en glucides (céréales) et en lipides (matières grasses) et pauvreté en aliments d'origine animale. Cet apport important en lipide, commun avec le régime alimentaire des pays développés, risque d'exposer les nourrissons aux mêmes problèmes nutritionnels qui affectent ces pays, en

particulier l'obésité. En outre, le régime alimentaire des nourrissons entraîne des déficits nutritionnels, notamment des carences en Fer, en vitamine D et en niacine, dans la mesure les aliments qui en sont riches (les viandes, les abats et les œufs) ne sont pas consommés en quantités suffisantes. Le prix des viandes est un obstacle à leur consommation pour certaines couches sociales, de même que le manque d'informations relatives à l'âge et à l'importance de leur introduction chez les nourrissons.

L'étude de Mohamed Kamal Hilali *et al.* confirme l'existence d'une transition nutritionnelle au Maroc, une transition que l'on peut rencontrer également dans d'autres pays en développement (chapitre 11). Cette étude révèle l'existence de problèmes nutritionnels chez les adolescents scolarisés de la ville de Marrakech, problème qui se partage presque également entre insuffisance pondérale, d'un côté, surpoids et d'obésité, de l'autre. Ces problèmes nutritionnels sont liés, comme le montre l'analyse, à une évolution des comportements et des activités des adolescents : changements dans les activités ludiques et dans les modes de transport, notamment. Ainsi on note que le surpoids et l'obésité, sans être dépendants d'une appartenance socioéconomique, sont davantage présents chez les élèves qui utilisent l'ordinateur et l'Internet plus de deux heures par jour. Ils sont également excédents chez les élèves qui sont motorisés ou qui utilisent la voiture familiale comme moyen de transport pour aller à l'école.

Dans le douzième chapitre, Mohammed Ababou nous montre l'intrication des multiples vulnérabilités auxquelles doivent faire face les personnes vivant avec le VIH/Sida. Leur vulnérabilité relative à leur état de malade est renforcée du fait qu'ils sont atteints d'une maladie considérée comme honteuse, car liée à une déviance sexuelle ou sociale. Aussi, la vulnérabilité relative à la maladie s'articule, le plus souvent, avec une vulnérabilité socio-économique et une vulnérabilité relationnelle. L'étude de l'auteur met en évidence les diverses formes de discrimination et de stigmatisation dont souffrent les personnes vivant avec le VIH/Sida dans les sphères sociales et professionnelles, malgré les campagnes de sensibilisation et le travail quotidien des associations depuis plus d'une vingtaine d'années au Maroc. Ceci conduit les malades à garder le secret sur leur séropositivité, ce qui entraîne une relative absence de visibilité du sida dans l'espace marocain, ou peu de cas de sida ont été officiellement recensés, constituant ainsi une entrave à la prévention et de ce fait un grave problème de santé publique.

L'analyse de la prise en charge des enfants infectés par le VIH/Sida, menée par Marc-Éric Gruénais *et al.* (chapitre 13), confirme la

marginalisation des personnes vivant avec cette maladie, qu'il s'agisse des enfants ou de leurs parents. Les retards des diagnostics et la prise en charge tardive des enfants attestent de cette marginalisation tout en étant en grande partie la cause de la fréquence élevée des décès chez les enfants atteints. En outre, la proportion importante de perdus de vue est la conséquence des difficultés des familles d'accéder au système de santé et de la situation vulnérable dans laquelle se trouvent les enfants vivant avec le VIH/Sida et leurs familles. L'étude a également permis de souligner la grande difficulté des services de référence à organiser une prise en charge adéquate (en raison de problèmes liés à l'organisation du suivi biologique et à la faible implication de nombre de personnels de santé) ainsi que les risques importants de stigmatisation de l'enfant et de ses parents qui viennent aggraver des situations de grande précarité sociale et économique. Bien que les acteurs impliqués dans la lutte contre le sida soient conscients de la gravité du problème, la complexité des situations et la relative nouveauté de la question au Maroc expliquent qu'il y ait encore peu à ce jour d'activités spécifiques dirigées vers les enfants infectés par le VIH/Sida.

Les limites actuelles des études sur la relation santé-vulnérabilités

Dans les pages précédentes, nous avons présenté les résultats qui nous paraissent les plus significatifs au regard des relations entre santé et vulnérabilités au Maroc, ou plutôt au regard de l'effet des vulnérabilités sur la santé, puisque c'est essentiellement de cela qu'il s'agit dans les études contenues dans cet ouvrage. Les impacts de la santé sur les vulnérabilités et notamment ceux que pourraient avoir une mauvaise santé ou un état morbide sur la situation de vulnérabilité d'un individu ont été en effet faiblement évoqués dans les analyses, à l'exception des travaux sur le VIH/Sida dont il faut souligner l'apport en ce domaine.

Par contre, les études présentées ont mis en évidence l'effet de plusieurs facteurs qui déterminent des degrés de vulnérabilité variables en matière de santé. Ces facteurs peuvent être de différents ordres : démographique, comme l'âge et le sexe ; économique, comme le niveau de revenu et le statut professionnel ; environnemental, comme le type du milieu de vie et de l'habitat. Parmi ces différents facteurs, il ressort de la plupart des études que le niveau d'éducation est un déterminant très puissant en matière de vulnérabilité et de précarité. L'absence ou la faiblesse de l'instruction constitue en effet une vulnérabilité en elle-même tout en étant à l'origine de nouvelles précarités en matière d'accès à l'emploi et à un revenu décent, de capacité à se soigner de manière adéquate et à être un citoyen actif.

Ce que nous disons de l'éducation vaut également pour d'autres variables, dans la mesure où, comme plusieurs études le montrent, l'état de vulnérabilité dans lequel se trouve un individu ou une communauté ne repose sur un seul facteur isolément mais plutôt sur une pluralité de facteurs. Cette pluralité peut concerner une série de facteurs, dont les effets s'additionnent, ou un système de facteurs, qui agissent en interaction de manière dynamique. En ce sens il est important de porter davantage l'attention sur les interactions entre les différents phénomènes en jeu susceptibles de conduire à des situations de vulnérabilité ou constitutifs de ceux-ci : insécurités d'ordre multiple, inégalités croissantes, processus de paupérisation, marginalisation culturelle ou sociale. Sur ce plan, les recherches demeurent encore trop parcellaires, même si les analyses multivariées ont pu apporter des résultats. Mais, en ce domaine, les approches longitudinales, qui seraient très utiles pour mettre en évidence les processus d'interaction dans le temps, sont encore trop peu développées. Cela est particulièrement vrai pour les phénomènes sanitaires parce qu'il est difficile pour la recherche d'appréhender l'impact des différentes situations de précarité tout au long de la vie et leur effet cumulatif sur l'accès aux soins et sur le niveau de santé.

Or, comme le montre la plupart des études de cet ouvrage, l'équité en matière de santé au Maroc et la lutte contre les différentes vulnérabilités, qui sont autant de contraintes à l'amélioration de l'état de santé de tous les individus et de toutes les communautés, constitue l'un des défis majeurs pour les années à venir. Un défi qui ne pourra être relevé que si la recherche progresse également pour mieux identifier la nature des vulnérabilités et leur réelles interactions, afin de mieux éclairer les politiques publiques.

Références bibliographiques

- Chambers R., 1989, Editorial Introduction: Vulnerability, Coping and Policy, *IDS Bulletin*, 20 (2), p. 1-7.
- Green A. et Gerein N., 2005, « Exclusion, inequity and health system development : the critical emphases for maternal, neonatal and child health », *Bulletin of the World Health Organization*, juin 2005, 83 (6), Version web seulement, disponible à <http://who.int/bulletin>
- Lachaud J.-P., 2002, *La dynamique de pauvreté au Burkina Faso revisitée : pauvreté durable et transitoire, et vulnérabilité*, Documents de travail 77,

Centre d'Economie du Développement de l'Université Montesquieu
Bordeaux IV, 38 p. <http://ced.u-bordeaux4.fr/ceddt77.pdf>

Obrist B., 2006, Risque et vulnérabilité dans la recherche en santé urbaine, *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement* [En ligne], Hors-série, 3 décembre 2006, [En ligne], mis en ligne le 20 décembre 2006. URL : <http://vertigo.revues.org/1483>. Consulté le 11 octobre 2010.

Sen A. K., 1982, *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*, Oxford, Clarendon Press.

Sen A. K., 1985, *Commodities and Capabilities*, Amsterdam, North Holland.

Unicef, 2005, *La situation des enfants dans le monde 2006. Exclus et invisibles*, Unicef, New York, 143 p.

Vimard Patrice, Cherkaoui M., Aboussad A. (2010).

Conclusion.

In : Aboussad A. (ed.), Cherkaoui M. (ed.), Vimard Patrice (ed.). Santé et vulnérabilité au Maroc.

Marrakech (MAR) ; Marseille : Université Cadi Ayyad ; LPED, 239-250.

ISBN 978-9954-8576-3-2