AGD
التنمية الاجتماعية ، حياتنا اليومية !
Le développement social, notre quotidien !

RdR MAROC
Association Nationale de Réduction des Risques des Drogues

atf MST SIDA TUNIS

marsa
Sexual Health Center

ACCÈS À LA SANTÉ DES FEMMES DANS LA RÉGION MENA

FORSS

BARRIÈRES, DISCRIMINATIONS ET EXCLUSIONS INTERSECTIONNELLES

LIBAN • MAROC • TUNISIE • MAURITANIE

Étude régionale | 641 participantes | 4 pays | Méthodologie mixte
Recherche-action participative féministe (RAPF) | 2025

Solidarité SIDA
Des Jeunes contre le SIDA

ITPC
INTERNATIONAL TREATMENT PREPAREDNESS COALITION
MENA

L'INITIATIVE
sida, tuberculose, paludisme

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES 2

CHIFFRES-CLÉS 3

CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE 4

BARRIÈRES ÉCONOMIQUES ET MATÉRIELLES 5

STIGMATISATION, DISCRIMINATION ET ATTITUDES DES PRESTATAIRES 6

DÉFAILLANCES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET QUALITÉ DES SOINS 7

- Contraste public / ONG 7

OBSTACLES LOGISTIQUES ET CENTRALISATION 8

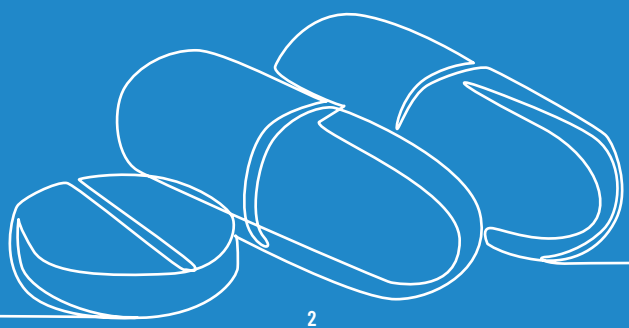
MÉCANISMES SYSTÉMIQUES D'EXCLUSION 8

EXCLUSIONS INTERSECTIONNELLES 9

RECOMMANDATIONS 10

- Politiques publiques 10
- Système de santé 10
- Prestation de services et ressources humaines 10
- Responsabilisation et données 10

CONCLUSION ET APPEL À L'ACTION 11



CHIFFRES CLÉS

641

Femmes marginalisées enquêtées dans quatre pays (Liban, Maroc, Tunisie, Mauritanie).

~75%

Déclarent que le **coût des soins médicaux** est **trop élevé**.

89%

En **Tunisie**, proportion estimant que les **soins coûtent trop cher**.

>30%

Citent l'**absence d'argent** comme **raison principale de renoncement aux soins**.

100%

La totalité des **femmes migrantes** en situation précaire (n=24) rapportent des **barrières financières aux soins** (Tunisie/Liban).

Ce résultat, bien que cohérent avec les autres données de l'étude, doit être interprété avec prudence compte tenu de la taille limitée du sous-échantillon et du biais de sélection inhérent au recrutement par réseaux associatifs.

~30%

Au Maroc, ont **subi** des **discriminations sévères** en milieu de **soins**.

48 VS. 1

Occurrences de stigmatisation : secteur public (48) vs. secteur ONG (1).

68,7%

Déclarent qu'il n'y a **pas de soutien psychologique adapté** disponible.

75%

Des **migrantes** rapportent des **discriminations sévères** (vs. ~21% des autres femmes).

R=0,92

Corrélation **paternalisme médical** / **peur envers les patientes** au Maroc.

0

Mécanismes de plainte efficaces identifiés dans le secteur public.

R=0,80

Corrélation distance/transport en Tunisie — barrière quasi insurmontable.

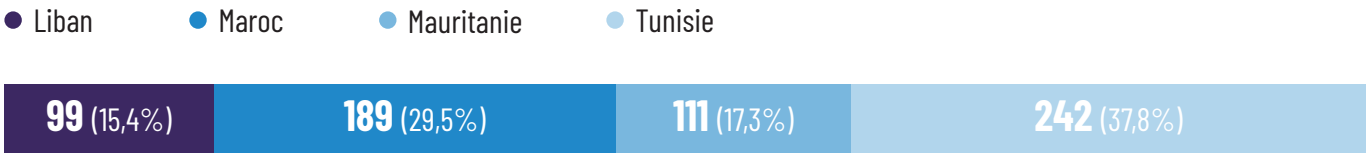
1. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

Dans la région MENA, l'accès à la santé des femmes demeure profondément structuré par des inégalités de genre, de statut social et de pouvoir. Bien que les pays disposent de cadres formels reconnaissant le droit à la santé, **l'accès effectif reste conditionné par des facteurs économiques, juridiques, institutionnels et normatifs affectant de manière différenciée les femmes marginalisées.** Les systèmes de santé se caractérisent par une fragmentation marquée entre secteurs public, privé et associatif, des coûts directs et indirects importants, une disponibilité géographique inégale des services, et des cadres juridiques restrictifs. Au-delà de ces dimensions structurelles, **la stigmatisation et les rapports de pouvoir** dans les interactions avec les professionnel·le·s de santé **constituent des barrières actives à la demande de soins, à leur continuité et à leur qualité.**

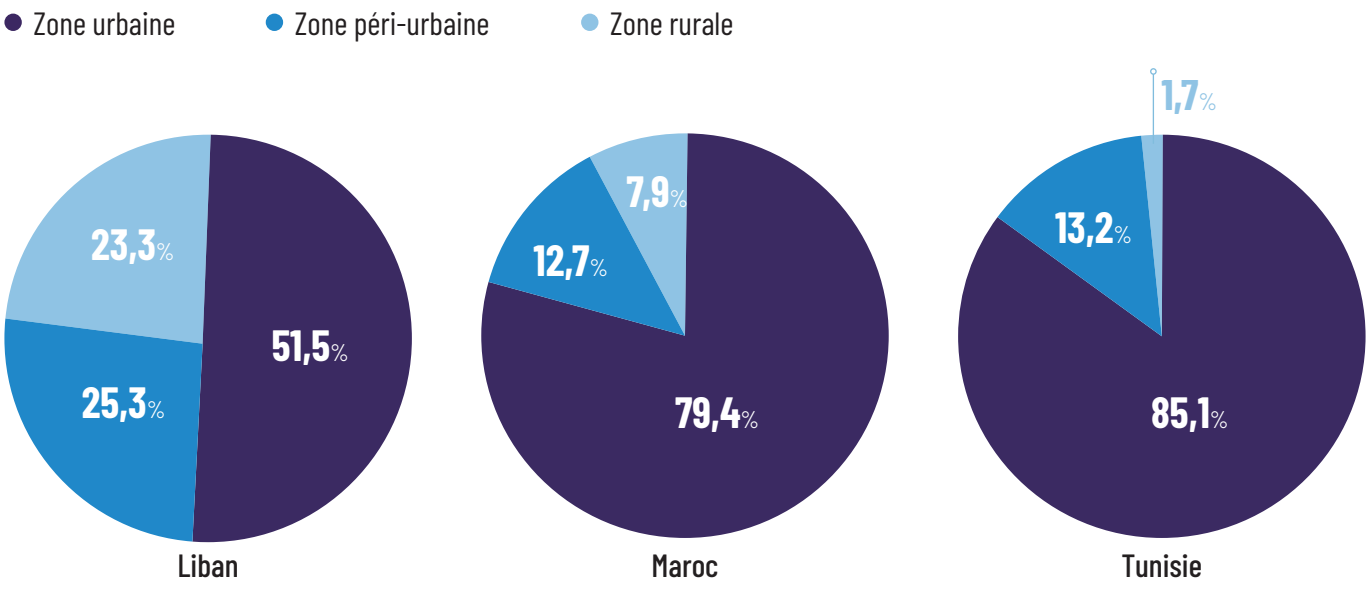
Les données primaires ont été collectées entre mars et octobre 2025 dans une approche méthodologique mixte ancrée dans une recherche-action participative féministe (RAPF). La composante quantitative repose sur un questionnaire structuré (641 répondantes), intégrant l'Échelle des obstacles aux soins et l'Échelle de discrimination en milieu médical. La composante qualitative combine des focus groups dans les quatre pays et 14 entretiens avec informateur·ice·s clé·e·s. L'étude porte une attention particulière aux femmes vivant avec le VIH, aux femmes usagères de drogues, aux travailleuses du sexe, aux femmes LGBTIQ+, aux femmes migrantes et réfugiées, aux mères célibataires, et aux femmes en situation de handicap.

ÉCHANTILLON PAR PAYS

Effectif de l'échantillon



Répartition des zones*



* Les données pour la Mauritanie ne sont actuellement pas disponibles.

2. BARRIÈRES ÉCONOMIQUES ET MATÉRIELLES

Les barrières financières directes constituent l'obstacle le plus transversal à l'accès aux soins. Près de trois quarts des participantes déclarent que le coût des soins est trop élevé, particulièrement en Tunisie (~89%) et au Maroc (>75%). Au Liban, la crise économique a créé des barrières financières absolues, avec une forte corrélation (r=0,73) entre difficultés financières immédiates et précarité structurelle. **Plus de 30% des femmes ayant renoncé aux soins citent l'absence d'argent comme raison principale. Les coûts indirects**, notamment les dépenses de transport et la perte de revenu, **aggravent les inégalités d'accès.**

La corrélation entre « centre de santé trop éloigné » et « pas de moyen de transport » atteint r=0,80 en Tunisie et r=0,74 en Mauritanie. **Les paiements informels** («pots-de-vin») dans les hôpitaux publics **créent une inégalité de traitement supplémentaire**. Les motifs financiers et les motifs de crainte de stigmatisation tendent à s'exclure mutuellement : en Mauritanie, une corrélation négative parfaite (r=-1,00) est observée entre ces deux facteurs, révélant deux profils distincts de non-recours.

Type de barrières	Liban	Maroc	Mauritanie	Tunisie
Coûts directs	Très élevés (crise)	Très élevés	Élevés	Très élevés
Transport	Élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé (30 DT*/jour)
Paiements informels	Très élevés	Modérés	Faibles	Élevés
Assurance	Fragmentée	Limitée	Quasi inexistante	Limitée

*DT = Dinars Tunisiens

> ***Ma vie est en suspens depuis deux mois juste parce que je dois venir ici tous les jours... Et le jour où je n'ai pas pu venir parce que je n'avais pas d'argent, j'ai fait la plus grosse dépression de ma vie.***

Patiente sous méthadone, Tunisie

Les perspectives institutionnelles confirment que les « coûts cachés » constituent un frein majeur. Les barrières économiques représentent le second obstacle le plus cité par les informateur·ice·s clé·e·s (9,5% de l'ensemble des obstacles codifiés), un niveau élevé compte tenu de la gratuité affichée. Le coût est devenu un mécanisme primaire d'exclusion : les femmes les plus marginalisées font face non seulement à des coûts plus élevés mais aussi à des barrières supplémentaires pour accéder aux soins subventionnés.

> ***Pour ceux qui ont l'hépatite C il y a l'accès, il y a les médicaments, ils disent que c'est gratuit, mais pour prendre le médicament il faut faire toutes les analyses à l'extérieur, qui peuvent s'élever à 650 ou même 1000 dinars... pour des personnes usagères de drogues c'est impossible.***

Responsable Projet VIH Droits Humains, Avocats Sans Frontières, Tunisie

3. STIGMATISATION, DISCRIMINATION ET ATTITUDES DES PRESTATAIRES

Les données quantitatives font apparaître un « syndrome de stigmatisation globale » où manque de respect, attitudes condescendantes et comportements de peur/évitement surviennent conjointement. En Tunisie, l'absence de courtoisie et le manque de respect sont quasi synonymes (r=0,82). Au Maroc, la corrélation entre paternalisme et peur atteint (r=0,92), traduisant un continuum de mépris. Ces comportements ont des conséquences directes : dans les quatre pays, discrimination perçue et soins de moindre qualité sont systématiquement associés.

~5 À 6%

des répondantes ayant renoncé à consulter citent la peur d'être jugée comme motif principal.

Cinq formes de discrimination ont été documentées : la divulgation non consentie du statut VIH entraînant des refus de soins ; la stigmatisation et la maltraitance active envers les usagères de drogues ; le rejet des personnes LGBTIQ+ incluant des appels à la police et des tentatives de « conversion » ; la violence obstétricale envers les mères célibataires (insultes, isolement, privation de contact avec le nouveau-né) ; et en Mauritanie, les mutilations génitales féminines et l'exclusion des femmes célibataires de l'accès aux contraceptifs.

> ***Ils mettent toujours dans vos papiers que vous êtes porteuse d'un virus [...] ils refusent de vous laisser entrer... d'autres auront peur de vous.***
>
> Femme vivant avec le VIH, Tunisie

3 FACTEURS SYSTÉMIQUES

sous-tendent ces pratiques : le manque de formation du personnel (21,7% des barrières identifiées par les Entretien avec les Informateur·rice·s clé·e·s, obstacle n°1), la persistance d'un jugement moral l'emportant sur la déontologie médicale, et l'absence quasi totale de mécanismes de responsabilisation. Dans le secteur public, l'absence de redevabilité a été mentionnée 31 fois (15,3% des barrières).

> ***La formation des prestataires ne suffit pas à elle seule. Il faut éliminer les antécédents personnels, les stigmates et les tabous qui entourent les populations clés. Les prestataires doivent se débarrasser des jugements et des préjugés qu'ils apportent de leur milieu.***
>
> Coordinatrice de Projet à MENA Rosa, Liban

4. DÉFAILLANCES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET QUALITÉ DES SOINS

Les défaillances structurelles sont multiples. Environ 50% des répondantes déclarent ne pas avoir reçu les soins requis à temps. Au Liban, 18% indiquent qu'un·e professionnel·le a refusé de les soigner. Plus de 55% estiment qu'il manque des prestataires formé·e·s dans leur région (75% en Mauritanie). **La santé mentale est le domaine le plus négligé** : 68,7% déclarent un manque de soutien psychologique adapté, et 56% un manque de psychologues ou psychiatres. Environ 17% craignent que leurs informations médicales ne restent pas privées.

Les témoignages révèlent des délais extrêmes, des infrastructures malsaines, des consultations sans confidentialité, et des pratiques néfastes en santé mentale (médication sans thérapie, comportements de certain·e·s professionnel·le·s s'apparentant à des tentatives de *«conversion»*[*] des personnes LGBTIQ+). Les services de santé mentale ne représentent que 0,9% des services utilisés par les populations clés, malgré une détresse généralisée, et 90% du soutien psychologique accessible provient d'initiatives associatives.

CONTRASTE PUBLIC / ONG

Dimension	Secteur public	Secteur ONG
Stigmatisation	48 occurrences	1 occurrence
Formation	Très insuffisante	Personnel formé et sensibilisé
Redevabilité	0 mécanisme de plainte	Procédures internes
Coût	Coûts cachés, paiements informels	Gratuit ou subventionné
Approche	Moralisatrice, paternaliste	Accueil inconditionnel, respect de la confidentialité
Limites	Sous-financement, inertie	Financements courts, capacité limitée

Les ONG jouent un rôle crucial de « système de santé parallèle », mais cette dépendance est précaire. L'enjeu est d'institutionnaliser les bonnes pratiques des ONG dans le système public, plutôt que de laisser coexister deux univers parallèles.

[*] Il s'agit ici de comportements individuels (discours moralisateurs, incitations à «changer», prêches religieux) et non de programmes structurés de «thérapie de conversion» tels que définis dans la littérature internationale

5. OBSTACLES LOGISTIQUES ET CENTRALISATION

La distance et le manque de transport forment une double barrière quasi insurmontable. Les corrélations atteignent (r=0,80) en Tunisie, (r=0,74) en Mauritanie et (r=0,61) au Maroc. Au Liban, l'absence d'argent corrèle avec la distance (r=0,52) et l'absence de transport (r=0,57), démontrant l'interaction cumulative entre barrières logistiques et économiques. **La centralisation des services spécialisés dans les capitales est le résultat d'une logique de développement sanitaire historiquement centrée sur les grands pôles urbains, non corrigée par des politiques publiques d'équité territoriale**, comme par exemple: au Maroc, 80% des psychiatres se trouvent sur l'axe Rabat-Casablanca.

Les femmes enceintes, à mobilité réduite, et les femmes migrantes sont particulièrement affectées. Les migrantes font face à un enchevêtrement de barrières : langue, absence de documents, peur d'être dénoncées, méconnaissance du système. Les horaires limités des structures publiques (horaires de bureau uniquement) pénalisent les femmes qui travaillent ou ont des enfants à charge. Les informateur·ice·s clé·e·s soulignent que **ces problèmes logistiques constituent un « angle mort » des politiques publiques**.

> ***C'est difficile pour elles l'accès aux soins, la plupart d'entre elles n'ont pas de cartes d'identité, elles n'ont pas les moyens de transport, pour partir à l'hôpital - ici ils stigmatisent beaucoup, surtout les femmes. [...] Elles n'ont pas les frais de transport, elles n'ont pas de carnet pour dire que tu es tunisienne pour payer le minimum de frais, il faut avoir une carte blanche, et toutes ces femmes ne l'ont pas encore eu. La difficulté c'est aussi les horaires, elles arrivent à 5-6h du matin avant l'ouverture de l'hôpital, et elles restent plus que 4-6 heures pour voir les médecins. Et parfois elles n'arrivent pas accéder au médecin.***
>
> Responsable centre les Jasmins-Tunisie

6. MÉCANISMES SYSTÉMIQUES D'EXCLUSION

Les barrières décrites constituent les manifestations structurées de dynamiques de pouvoir profondément enracinées.

L'ÉTUDE IDENTIFIE CINQ MÉCANISMES INTERCONNECTÉS.

1

PATERNALISME MÉDICAL

Autorité unilatérale dépossédant les patientes de leur autonomie. Corrélation condescendance / qualité inférieure : r>0,87.

Droits enfreints :
Autonomie de la patiente, consentement éclairé, droit à l'information.

2

CONTRÔLE MORAL DES CORPS

Gouvernance genrée : contraceptifs réservés aux femmes mariées, abus envers les mères célibataires, rejet des LGBTIQ+.

Droits enfreints :
Non-discrimination, dignité, autonomie corporelle.

3

PUNITION DES « DÉVIANCES »

Refus de soins, attentes déraisonnables, exclusion des services pour femmes VIH+, usagères de drogues, travailleuses du sexe, femmes trans.

Droits enfreints :
Droit à la santé sans discrimination, dignité, égalité de traitement.

4

INÉGALITÉ STRUCTURELLE

Système de Kafala*, absence d'assurance, exploitation des migrantes. Barrière absolue pour les travailleuses migrantes.

Droits enfreints :
Couverture sanitaire universelle, protection sociale, non-discrimination liée au statut.

5

MARGINALISATION LÉGALE

Criminalisation créant une auto-exclusion. Corrélation peur de la police / évitement des hôpitaux : r≈0,6.

Droits enfreints :
Droit à la santé sans crainte de poursuites, confidentialité médicale, liberté de recours aux soins

7. EXCLUSIONS INTERSECTIONNELLES

Les obstacles ne s'additionnent pas : ils se renforcent mutuellement. **Les femmes à l'intersection de plusieurs motifs de marginalisation subissent une discrimination cumulative et qualitativement distincte.** Ce phénomène est remarquablement similaire dans les quatre pays, suggérant un problème systémique régional. Les femmes migrantes subissent une triple peine : exclusion légale, barrières économiques absolues (100% en Tunisie/Liban), et discriminations xénophobes systématiques (75% vs. ~21% des autres femmes). Les mentions de sexisme médical (36 occurrences, 7,1%) visent quasi exclusivement des femmes appartenant à d'autres groupes marginalisés. **Les conséquences psychologiques cumulées sont alarmantes : dépression, idées suicidaires, renoncement total aux soins.**

> ***« Elles me disent : « je suis déjà réfugiée et les gens sont déjà racistes, alors pour leur dire en plus que je suis une personne queer et réfugiée en même temps ? » Elles ne vont tout simplement pas chercher une assistance médicale.***

Coordinatrice d'éducation et de outreach, Marsa, Liban

> ***« Je peux être à la fois une femme transgenre, PS, et vivante avec le VIH. Donc c'est une sorte d'intersectionnalité de la vulnérabilité de population qui cause parfois dépression, dépression légère ou même des idées suicidaires.***

Chargée de Plaidoyer, ATL, Tunis

* Système de parrainage qui lie le statut légal des travailleuses migrantes à leur employeur individuel et les exclut des protections du droit du travail et de la sécurité sociale (Fernandez, 2018)

8. RECOMMANDATIONS

Des transformations structurelles sont nécessaires pour garantir un accès équitable à la santé pour toutes les femmes. Six axes d'action sont identifiés.

1 POLITIQUES PUBLIQUES

Décriminaliser les populations clés. Abroger les dispositions pénales criminalisant le travail du sexe, l'identité LGBTIQ+ et la consommation de drogues. Octroyer un statut légal garantissant l'accès aux droits sociaux. Aucune stratégie de santé ne réussira tant que la crainte du policier l'emportera sur la confiance envers le médecin.

Garantir l'accès universel indépendamment du statut. Instaurer une couverture sanitaire universelle incluant migrantes, réfugiées et travailleuses informelles. Interdire aux hôpitaux de vérifier le statut migratoire. Découpler le droit à la santé de tout statut administratif.

Protéger le secret médical. Adopter des cadres juridiques garantissant la confidentialité absolue. Sanctionner toute violation. Interdire la présence policière dans les hôpitaux.

2 SYSTÈME DE SANTÉ

Décentraliser l'offre de soins. Ouvrir des centres dans les zones rurales et marginalisées. Implanter des cliniques mobiles. Développer la télémédecine. Améliorer les infrastructures (espaces sains, salles confidentielles, équipements adéquats).

Institutionnaliser les services adaptés. Intégrer dans le système public les programmes de réduction des risques, la santé sexuelle et reproductive inclusive, la santé mentale communautaire, et les parcours intégrés pour survivantes de VBG.

Formaliser les partenariats public-communautaire. Financer de manière pérenne les programmes des ONG. Créer des mécanismes de référencement bidirectionnel. Étendre l'approche bienveillante des ONG à l'ensemble du système.

3 PRESTATION DE SERVICES ET RESSOURCES HUMAINES

Instaurer une culture de soins non-discriminante. Protocoles de tolérance zéro, Chartes du patient, sanctions exemplaires. Intégrer des médiatrices de santé issues des communautés au sein des hôpitaux. Horaires étendus, consultations sans rendez-vous, unités mobiles, simplification administrative.

Former les professionnel·le·s de santé. Modules obligatoires sur les déterminants sociaux, la stigmatisation et les droits humains en formation initiale et continue. Impliquer directement des membres des populations concernées dans la formation. Créer des postes pérennes de médiateur·rice·s en santé issu·e·s des communautés.

Éliminer les coûts cachés. Approvisionnement ininterrompu en médicaments vitaux, prise en charge des examens complémentaires, remboursement des frais de transport pour les malades chroniques. Chaque interruption de traitement pour raisons financières représente un échec du système.

4 RESPONSABILISATION ET DONNÉES

Mettre en place des mécanismes de plainte et de sanction. Établir des instances indépendantes de recueil des plaintes avec pouvoir d'enquêter et de sanctionner. Adopter des lois anti-discrimination spécifiques. Inclure les communautés dans la gouvernance du système de santé : « Rien pour nous sans nous. »

Renforcer la collecte de données désagrégées. Désagréger systématiquement les données par genre, statut migratoire et population clé. Créer des observatoires communautaires nationaux. Intégrer des indicateurs de stigmatisation et de qualité perçue. Élaborer un tableau de bord national de l'équité en santé.

9. CONCLUSION ET APPEL À L'ACTION

L'accès à la santé pour les femmes marginalisées dans la région MENA demeure dramatiquement restreint par des barrières multiformes et systémiques. La quasi-totalité des femmes interrogées est confrontée à des obstacles économiques, une part significative subit des discriminations sévères, et certaines sous-populations cumulent toutes les barrières. **L'exclusion n'est pas un dysfonctionnement marginal mais la norme pour les plus vulnérables.**

Les barrières s'entrecroisent et se renforcent mutuellement, créant un «verrouillage de la vulnérabilité» qu'aucun effort individuel ne peut briser sans changements structurels. La pauvreté empêche de se déplacer vers les centres éloignés ; le mauvais accueil décourage la continuité des soins ; la criminalisation crée une opposition frontale entre santé publique et répression. **Tant que ces femmes risquent l'arrestation en franchissant la porte d'un centre de santé, aucune amélioration technique ne pourra garantir leur accès aux services.**

Les témoignages rappellent que l'inaccessibilité des soins n'est pas une abstraction mais bien une réalité vécue : c'est la femme séropositive qu'une infirmière fait attendre par crainte irrationnelle ; c'est la survivante de viol à qui on refuse un soutien psychologique parce qu'elle est jugée «immorale» ; c'est la mère célibataire qu'on humilie devant d'autres patientes. Le droit fondamental à la santé est encore loin d'être effectif. **L'accès aux soins reste un privilège conditionné au statut de la patiente, plutôt qu'un droit inaliénable.**

Il ne s'agit pas d'ajouter des services à un système structurellement discriminatoire, mais de transformer profondément la manière dont les soins sont organisés, financés et rendus. Les solutions existent : décriminalisation, couverture universelle, décentralisation, formation, redevabilité. La convergence régionale de ces mécanismes d'exclusion appelle une réponse coordonnée des décideur·euse·s politiques et des bailleurs. **Améliorer l'accès pour toutes les femmes passe nécessairement par des stratégies ciblées sur celles qui cumulent les vulnérabilités**, car c'est en répondant aux besoins de la « périphérie cumulative » que l'on rendra le système plus inclusif dans son ensemble.

UNE INITIATIVE

Solidarité SIDA
Des jeunes contre le sida

ITPC
International Treatment Preparedness Coalition
MENA

EN COLLABORATION AVEC

AGD
التنمية الاجتماعية، حياتنا اليومية !
Le développement social, notre quotidien !

RdR Maroc
Association Nationale de Réduction des Risques des Drogues

marsa
Sexual Health Center

atl
MST SIDA
TUNIS

AVEC LE SOUTIEN DE

L'INITIATIVE
sida, tuberculose, paludisme

WWW.FORSS-PROGRAM.COM