

Partie I : Aspects socio-démographiques

Chapitre 2 : Préférences, comportements et besoins non-satisfaits en matière de planification familiale

Introduction

L'étude des connaissances, des attitudes et des préférences en matière de planification familiale facilite la compréhension des déterminants des comportements en matière de procréation. A cet égard, la femme, de par son rôle dans le processus de reproduction, constituait l'unité d'analyse privilégiée de la plupart des études qui s'intéressaient aux mécanismes déterminant les comportements de contraception. L'homme n'était pris en considération qu'à travers des données obtenues par le biais de la femme, elle-même. Les opinions, attitudes et comportements du mari ont été le plus souvent négligés. Récemment, la nécessité de mieux clarifier le rôle joué par les hommes commence à se faire sentir, notamment parce que la théorie classique de la transition démographique ne permettait pas d'expliquer totalement les changements de la fécondité dans différents contextes culturels¹. Pour répondre à ces préoccupations, les enquêtes sur la population et la santé (DHS) ont intégré un module sur les connaissances, les attitudes, les préférences et comportements relatifs à la planification familiale et la reproduction de l'homme, soit des données obtenues à travers des questions adressées directement à l'homme, lui-même. Aussi, la recherche démographique commence, de plus en plus, à s'intéresser à l'explication des stratégies de procréation des hommes et des femmes pour concrétiser leurs désirs et aspirations en matière de reproduction.

Cette étude, qui s'inscrit dans le cadre de ce courant d'idées, part de l'hypothèse selon laquelle l'homme tient un rôle aussi important que

¹ Greene, Margaret E. et Ann E. Biddlecom. *Absent and problematic men: Demographic accounts of male reproductive roles*. **Policy Research Division Working Paper** n° 103 New York: Population Council. 1997. p. 2.

celui de la femme dans le processus de prise de décision relatif à la régulation de la reproduction. En effet, plusieurs indications montrent que les hommes sont concernés par l'utilisation de la contraception, directement en tant qu'utilisateurs des méthodes masculines de contraception, et indirectement en raison des coûts engendrés par le recours à la contraception.

Ainsi, sur le plan financier, les hommes participent aux frais qui découlent de l'adoption ou de la continuité de la contraception. Ils sont également concernés sur le plan de la santé. En effet, quand la femme se trouve en état de morbidité à cause des effets secondaires résultant de l'utilisation d'une méthode contraceptive, sa contribution au bien-être du ménage diminue. Par exemple, une diminution de sa participation à l'activité économique suite à une maladie pourrait se traduire par une réduction de sa contribution financière aux ressources du ménage. Une mère malade et fatiguée ne peut pas s'occuper de son foyer et entretenir ses enfants aussi bien que lorsqu'elle est en bonne santé. Outre l'effet psychologique de cette situation sur le mari, on peut noter que celui-ci est souvent appelé à assumer les coûts financiers des soins médicaux éventuels de son épouse. Enfin, sur le plan social, l'utilisation de la contraception pourrait être une source de déconsidération du couple. En fait, dans les groupes où la pratique contraceptive est vue comme indicateur d'affaiblissement du contrôle de l'homme sur sa conjointe ou d'une anomalie affectant sa virilité, les coûts sociaux potentiels que génère le recours à la contraception peuvent être plus élevés pour l'homme que pour la femme¹. Il n'est donc pas étonnant que les époux poursuivent, parfois, des buts différents en matière de procréation

¹ Biddlecom, A. E. et al., *Men's and women's views of contraception*,. **The Population Council. Working papers**, n° 92. New York, NY 1007. 1996. p. 18.

entraînant, quelquefois, une utilisation secrète de la contraception de l'un des conjoints¹.

Pour étudier les différences d'attitudes et de comportements en matière de reproduction entre les hommes et les femmes, on comparera les valeurs moyennes relatives aux variables de connaissances, de préférences et de comportements des maris à celles des épouses. En raison de l'effet de compensation des variations de différents signes, une telle démarche pourrait sous-estimer la fréquence des discordances entre les réponses des conjoints. Aussi, des comparaisons seront-elles faites au niveau du couple. On s'intéressera alors d'une part, aux déclarations des conjoints sur leurs connaissances et pratiques contraceptives (connaissance, utilisation passée et actuelle de la contraception) et, d'autre part, sur les réponses concernant leurs préférences et intentions en matière de reproduction (méthode préférée, désir d'avoir des enfants supplémentaires et intentions d'utiliser une méthode contraceptive dans le futur). Le but étant de mesurer le degré de concordances/discordances qui peuvent exister entre les conjoints et d'en expliquer les raisons et motivations. Par exemple, quand ces derniers n'ont pas les mêmes avis, on peut supposer qu'ils ont des difficultés en matière de prise de décision relative à la planification familiale², et que l'un des conjoints sera frustré dans ses aspirations, notamment en raison du manque de communication au sein du couple.

En effet, on avance souvent que le degré de concordance des attitudes et d'opinions varie selon la nature des relations entre les partenaires. Ainsi, on montre qu'en matière de pratique contraceptives et

¹ Au sujet de l'utilisation secrète de la contraception « *covert contraceptive use* », voir: Biddlecom, Ann E. et Fapohunda, Bolaji M *Covert contraceptive use: prevalence, motivations, and consequences*. **Population Council. Policy Research, Division**. Working Paper. n° 108. 1998.

² Jaccard, James et al. *Couple decision-making : individual and dyadic-level analysis*, in Brinberg, David and James J. Jaccard (eds.), **Dyadic Decision Making**, pp. 81-103. New York : Springer-Verlag. 1989 (cité in Biddlecom, Ann. E. et al. 1996, op. cit. p. 12).

de préférence de fécondité, plus l'écart d'âge ou le niveau différentiel d'autorité entre conjoints est grand, plus est important le risque que les déclarations du mari et de l'épouse soient discordantes¹. En particulier, lorsque les conjoints discutent de la planification familiale et des préférences de fécondité, les chances pour qu'ils finissent par partager des points de vue similaires sont plus importantes que dans le cas contraire. C'est ce qu'on abordera dans un autre axe de la présente étude. Enfin, en combinant les réponses relatives aux questions sur le désir d'avoir des enfants supplémentaires et la pratique contraceptive actuelle nous étudierons l'évolution des besoins non-satisfaits de la femme en matière de planification familiale avant d'approfondir cette notion en estimant, aux niveaux des hommes et du couple, les besoins non-satisfaits pour limiter le nombre de naissances à partir de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé de 1992 (ENPS-II), seule source disponible ayant adressé des questions aux femmes aussi bien qu'aux hommes au Maroc.

I. Connaissances et pratiques en matière de planification familiale

La mesure du niveau des connaissances de la contraception fournit des indications partielles mais utiles sur le degré de réussite des activités d'information, d'éducation, et de communication dans le domaine de la planification familiale, et d'identifier les zones d'ombre nécessitant des efforts et des mesures politiques².

Au Maroc, selon les données de l'ENPS-II de 1992 (tableau 1), les femmes mariées ont entendu parler d'une méthode contraceptive quelconque dans une proportion pratiquement identique à celle des hommes mariés : 99,0% contre 97,7%, soit dans les deux cas des niveaux

¹ Doodoo, F. et A. Seal, *Explaining spousal differences in reproductive preferences: A gender inequality approach*, **Population and Environment**, 15, n° 5, 1994, pp. 379-394.

² Siân L. Curtis et K. Neitzel. *Contraceptive Knowledge, use, and Sources*. Macro International Inc. **DHS. Comparative Studies**. N°19. 1966. Calverton, Maryland USA.

de connaissance assez élevés. C'est le cas également en Egypte (99,6% contre 96,7%, respectivement parmi les femmes et parmi les hommes). Les méthodes modernes sont largement plus connues que les méthodes traditionnelles, aussi bien par les femmes que par les hommes.

Par méthode spécifique, la pilule est la technique contraceptive la plus connue suivie par le « device intra uterine » (i.e. DIU ou stérilet) en ce qui concerne les épouses et du préservatif (i.e. Condom) en ce qui concerne les maris. La stérilisation féminine vient en troisième lieu dans les deux cas. Elle est beaucoup plus connue que la stérilisation masculine, probablement parce que celle-ci n'est pas pratiquée au Maroc. L'abstinence périodique est la méthode traditionnelle la plus connue : 61,1% pour les femmes et 57,4% pour les hommes contre respectivement 53,5% et 50,4% pour le retrait.

Tableau 1 : Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement mariés qui connaissent une méthode contraceptive spécifique.

<i>Méthode contraceptive</i>	<i>Femmes actuellement mariées</i>	<i>Hommes actuellement mariés</i>
Toutes méthodes	99,0	97,7
Méthodes modernes	98,9	97,4
Pilule	98,8	97,3
DIU	87,3	72,7
Injection	62,3	47,0
Méthodes vaginales	31,4	14,3
Condom	71,8	79,9
Stérilisation féminine	84,8	77,6
Stérilisation masculine	6,8	8,5
Méthodes traditionnelles	73,1	69,4
Abstinence périodique	61,1	57,4
Retrait	53,5	50,4
Autre	12,4	5,1
Effectif	5118	939

Source : Rapport national de l'ENPS-II, 1992.

Vu le niveau de connaissances élevé chez les hommes aussi bien que chez les femmes, le pourcentage des couples dont les deux conjoints ont entendu parler d'une méthode contraceptive quelconque est aussi élevé : 96,5%. Cette proportion est pratiquement identique à celle observée au niveau des méthodes modernes, 96,1%. S'agissant des

méthodes traditionnelles, la connaissance de l'une d'entre elles par les deux conjoints simultanément est beaucoup moins importante : 56,8% seulement. Toutefois, chez un couple sur dix uniquement (11,5%) les deux partenaires ont déclaré ne pas connaître de méthode traditionnelle. Autrement dit, pour 9 couples sur dix, au moins un des conjoints a entendu parler de ce type de méthodes et c'est le plus souvent l'épouse, notamment en ce qui concerne l'abstinence périodique.

Tableau 2 : Répartition (en %) des couples connaissant, au moins, une méthode contraceptive spécifique.

Méthode	L'homme et la femme connaissent	L'homme connaît, la femme non	La femme connaît, l'homme non	Aucun des deux ne connaît	Total	Effectif des couples
N'importe quelle méthode	96,5	1,4	1,9	0,1	100,0	747
Méthode moderne	96,1	1,5	2,2	0,1	100,0	747
Pilule	96,0	1,5	2,4	0,1	100,0	747
DIU	71,9	4,9	17,1	6,2	100,0	747
Injection	38,1	12,1	27,2	22,7	100,0	747
Méthodes vaginales	6,3	8,7	24,0	61,0	100,0	747
Condom	64,7	18,9	7,5	8,9	100,0	747
Stérilisation féminine	69,8	9,4	15,9	5,0	100,0	747
Stérilisation masculine	1,1	7,7	4,6	86,6	100,0	747
Méthode traditionnelle	56,8	13,8	17,8	11,5	100,0	747
Contenance périodique	44,4	14,7	18,9	22,0	100,0	747
Retrait	31,1	21,0	22,3	25,6	100,0	747
Autres méthodes	1,3	3,0	12,1	83,7	100,0	747

Source :Tableau 11.7. Rapport national de l'ENPS-II, 1992

La connaissance d'une méthode signifie tout simplement que l'enquêté en a entendu parler ; sans que cela implique son approbation ou son utilisation. Aussi, les proportions de la pratique passée de ces méthodes sont moins élevées (tableau 3). Elles atteignent 66,2% selon les déclarations des femmes actuellement mariées et un peu moins (62,5%) selon les hommes actuellement mariés. La différence entre ces deux proportions peut provenir, entre autres, d'une expérience passée avec d'autres partenaires et du fait que les femmes mariées ne résident pas toutes avec leur mari, en raison de l'absence de ce dernier ou de la polygamie. Cette différence est plus marquée pour les méthodes modernes (62,8% chez les femmes actuellement mariées contre 59,0%

chez les hommes actuellement mariés), notamment pour ce qui est de l'utilisation du condom (respectivement 5,6% et 18,9%) puis la pilule (respectivement 59,5% et 54,5%). Concernant les méthodes traditionnelles, l'écart le plus important de l'utilisation contraceptive à un moment quelconque est enregistré au niveau de la continence périodique (9,4% pour les femmes et 13,3% pour les hommes). Pour les deux sexes, l'utilisation contraceptive la plus répandue correspond, d'une part, à la pilule, puis le DIU et le condom en ce qui concerne les méthodes modernes et, d'autre part, à la continence périodique et dans une moindre mesure au retrait en tant que méthodes traditionnelles.

Par tranche d'âge, les déclarations des maris et celles des épouses, sur l'utilisation à un moment quelconque de la contraception s'écartent le plus au niveau des personnes de moins de 30 ans, en particulier en raison du décalage d'âges au mariage entre conjoints et du profil de la pratique contraceptive selon l'âge (généralement les hommes se marient à des femmes plus jeunes et l'utilisation contraceptive se fait le plus fréquemment après avoir atteint le nombre d'enfants désirés ou, en cas d'espacement des naissances, après avoir eu un premier ou un deuxième enfant). Par ailleurs, on peut noter que le pourcentage des personnes ayant utilisé une méthode traditionnelle au moins une fois par rapport à l'ensemble des utilisateurs (toutes méthodes confondues) augmente selon l'âge. Autrement dit, les jeunes se distinguent des anciennes générations par un poids moins important d'utilisation passée ou en cours des méthodes traditionnelles, ce résultat peut être vérifié par le niveau de l'utilisation actuelle. Il peut être considéré en tant qu'élément fort encourageant du programme de planification familiale ciblant les méthodes modernes.

Tableau 3 : Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement mariés ayant déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode spécifique, selon l'âge

<i>Femmes actuellement mariées*</i>														
<i>Groupe d'âges</i>	<i>N'importe quelle méthode</i>	<i>N'importe quelle méthode moderne</i>	<i>Pilule</i>	<i>DIU</i>	<i>Injection</i>	<i>Méth. Vaginales</i>	<i>Condom</i>	<i>Stéril. féminine</i>	<i>Stéril. masculine</i>	<i>N'importe quelle méthode tradit.</i>	<i>Contin. Périodique</i>	<i>Retrait</i>	<i>Autres</i>	<i>Effectif</i>
< 30	60,9	57,8	55,9	4,9	0,4	1,1	4,8	0,1	0,0	12,4	6,9	6,3	0,7	1813
30-39	71,2	67,5	64,6	11,9	2,3	2,8	6,5	2,7	0,0	20,7	12,0	10,6	2,2	2107
40-49	65,5	62,0	56,1	11,9	2,3	2,4	5,3	7,7	0,1	18,0	8,9	8,9	3,2	1198
Tous âges	66,2	62,8	59,5	9,4	1,6	2,1	5,6	3,0	0,1	17,1	9,4	8,7	1,9	5118
<i>Hommes actuellement mariés**</i>														
< 30	45,3	42,1	38,5	1,8	1,1	0,0	56,3	0,0	ND	11,0	7,0	4,1	2,0	96
30-39	77,5	72,9	69,5	8,8	0,6	1,6	20,8	1,8	ND	21,0	17,1	6,6	1,3	321
40-49	68,1	65,7	61,3	11,6	0,8	1,2	15,8	7,0	ND	22,9	16,8	11,5	1,2	253
50 ou plus	45,6	42,0	35,7	5,9	1,6	1,1	6,2	6,2	ND	12,8	7,8	6,2	1,6	269
Tous âges	62,5	59,0	54,5	8,0	1,0	1,2	18,9	4,3	ND	18,1	13,3	7,5	1,4	939

* pourcentages calculés à partir du tableau 4.3 du rapport de l'ENPS-II, 1992.

** source : Rapport national de l'ENPS-II. tableau 11.8.

ND : données non disponibles, probablement parce qu'elles sont insignifiantes.

Si on se limite à l'utilisation actuelle de la planification familiale, et selon l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II) de 1992, la prévalence contraceptive s'élève à 41,5% d'après les déclarations de femmes mariées (35,5% pratiquent des méthodes modernes et 6% une méthode traditionnelle) et à 39,2% selon les hommes actuellement mariés (34,5% une méthode moderne et 4,7% une méthode traditionnelle). Le niveau de la prévalence contraceptive ne s'écarte donc pas trop selon les deux types de déclarations, notamment en ce qui concerne les méthodes modernes¹. Cette similitude au niveau des proportions agrégées peut, néanmoins, masquer des divergences au niveau du couple.

Pour en savoir plus, examinons le tableau 4 tiré d'un échantillon de l'ENPS-II, constitué de 714 couples dont le mari n'est pas polygame et dont les deux conjoints ont répondu aux questions relatives à la pratique contraceptive de l'ENPS-II de 1992. Il montre que les déclarations des deux conjoints sont cohérentes dans 89,3% des cas. C'est-à-dire que les réponses des deux conjoints concernant l'utilisation contraceptive actuelle ont été concordantes dans pratiquement neuf couples sur dix. Pour 37,7% des couples, les deux conjoints utilisent la contraception. Alors que selon les maris en tant que groupe, la prévalence contraceptive serait de 42,4% et de 43,7% selon les épouses, prises séparément², soit, dans les deux cas de figures, une prévalence plus élevée que celle observée au niveau du couple. Le fait que les deux conjoints ne soient pas toujours d'accord sur l'utilisation actuelle de la contraception peut être dû, essentiellement, à des déclarations volontairement erronées de la

¹ Dans la grande majorité des pays ayant réalisé des enquêtes DHS, y compris l'Égypte, les hommes déclarent une utilisation actuelle de la contraception plus élevée que les femmes, chose non attendue puisque l'utilisation contraceptive se réfère soit à l'homme soit à sa conjointe (Ezeh, A.C. et al. *Men's fertility, contraceptive use and reproductive preferences. DHS. Comparative studies* n°18, 1996, p. 20).

² Ce pourcentage est légèrement plus élevé que celui obtenu à partir de l'ensemble des femmes mariées (41,5%) de l'enquête car il concerne les femmes en union monogame et dont le mari est un membre présent du ménage.

part de l'un des conjoints, ou tout simplement à l'ignorance du mari quant à la conduite de sa femme vis-à-vis de la pratique contraceptive, probablement en raison du manque de communication à ce propos (i.e. « secret use of contraception »). Il peut également être dû au fait que les deux partenaires perçoivent différemment certaines méthodes contraceptives comme telles [par exemple, le préservatif peut être déclaré comme méthode par le mari s'il l'a utilisé récemment alors que sa femme peut ne pas le considérer en tant que telle que si le mari l'utilise fréquemment et inversement] ou parce qu'ils n'interprètent pas de la même façon les questions sur la contraception, plutôt qu'aux relations sexuelles extra conjugales du mari¹.

Tableau 4 : Couples monogames selon la déclaration des conjoints quant à l'utilisation actuelle de la contraception

Déclaration de l'homme ↓	Déclaration de la femme		
	Utilise une méthode quelconque	N'utilise aucune méthode	Total
Utilise une méthode quelconque	37,7	4,7	42,4
N'utilise aucune méthode	6,0	51,6	57,6
Total	43,7	56,3	100,0
			(714)

Source : ENPS-II, 1992.

En examinant la cohérence des déclarations des couples, dont les deux conjoints disent utiliser une méthode contraceptive spécifique, on trouve un taux de concordance de déclaration assez élevé : pour 95,2% des couples, les deux conjoints ont déclaré pratiquer la même méthode, alors que pour seulement 4,8% des couples, les conjoints ont déclaré utiliser des méthodes différentes, soit une fraction faible, surtout si l'on admet que même en cas de monogamie les deux conjoints peuvent utiliser deux méthodes différentes, par exemple la continence périodique et le retrait, particulièrement quand l'homme n'est pas informé de la

¹ Ezech, A.C et G.Mboup, *Gender differentials in contraceptive prevalence rates*, **Studies in Family Planning**, 28 n°2 1997: 104-121, p. 104.

méthode utilisée par sa femme¹. C'est ce que suggère, en partie, le tableau suivant, qui montre que lorsque l'homme utilise une méthode traditionnelle de contraception, la proportion des couples dont les conjoints ont déclaré utiliser des méthodes différentes est plus importante : 46,7% pour le cas du retrait, 44,4% pour la continence périodique et 33,3% pour le cas du condom. Ces proportions sont beaucoup moins importantes en ce qui concerne les méthodes modernes : 16,7% pour le DIU et 3,6% pour la pilule.

Tableau 5 : Couples (en %) monogames dont les conjoints sont tous les deux utilisateurs de la contraception selon que ces conjoints déclarent utiliser la même méthode de contraception ou non par méthode spécifique

<i>Méthode</i>	<i>% de couples dont les deux conjoints déclarent utiliser la méthode spécifique en question par rapport aux couples dont au moins un conjoint utilise cette méthode</i>	<i>% de couples dont l'un des conjoints déclare utiliser la méthode en question, mais pas l'autre</i>	<i>Total</i>
Pilule	96,4	3,6	100,0
DIU	83,3	16,7	100,0
Injections	100,0	0,0	100,0
Stérilisation féminine	100,0	0,0	100,0
Méthodes vaginales	100,0	0,0	100,0
Condom/préservatif	66,7	33,3	100,0
Continence périodique	55,6	44,4	100,0
Retrait	53,3	46,7	100,0
Total	95,2	4,8	100,0
			(268)

Source : ENPS-II, 1992.

¹ On explique quelquefois les désaccords des déclarations entre conjoints sur la pratique actuelle de la contraception par la différence d'utilisation du Condom : les hommes mariés déclarent une utilisation du condom plus fréquente que les femmes mariées (lors des rapports sexuels de celles-ci) en raison de l'utilisation des condoms lors de relations extra conjugales comme moyen de prévention contre les maladies sexuellement transmissibles. Le retrait est une autre explication possible car l'homme pourrait le pratiquer au cours de relations extra conjugales pour ne pas avoir un enfant illégitime. Cet argument ne tient pas vraiment dans le cas de l'abstinence périodique...

II. Intentions d'utiliser une méthode contraceptive

Lorsque l'enquêté n'est pas un utilisateur de la contraception, on lui pose la question sur son intention d'en utiliser ou pas dans l'avenir. Les informations ainsi obtenues sont essentielles pour les programmes de planification familiale. Elles permettent aux planificateurs d'évaluer la demande future en matière de contraception et d'élaborer un système facilitant l'accès aux services des programmes en question. C'est ce que suggère une étude¹ faite sur la base d'un échantillon de femmes marocaines, âgées de 15 à 46 ans dont l'union n'a pas été rompue entre 1992 et 1995 et n'utilisant pas la contraception en 1992. En effet, parmi ces femmes, 52%, avaient l'intention d'utiliser une méthode contraceptive en 1992, les autres ne voulaient pas ou n'étaient pas sûres. En les interrogeant en 1995, on a constaté que le pourcentage de celles qui ont utilisé effectivement une méthode contraceptive est beaucoup plus élevé chez le premier groupe de femmes que chez le deuxième. Par exemple, il est de 76% parmi celles qui voulaient utiliser la contraception dans 12 mois, contre 30% parmi celles qui, en 1992, ne voulaient pas utiliser une méthode contraceptive. Une analyse de régression multiple montre que l'effet de la variable « intention d'utiliser ou non » sur la pratique contraceptive subséquente reste important même quand d'autres variables sont introduites dans le modèle de régression², particulièrement en milieu urbain.

Il n'en reste pas moins que, malgré cette association, et comme le signalent les auteurs de cette étude, plus d'un quart des femmes enquêtées se sont comportées d'une manière incohérente avec leurs intentions. Il s'agit, en ce qui concerne celles qui avaient l'intention de pratiquer la contraception, en général, de femmes âgées, moins fertiles,

¹ Curtis, S. L. and C. F. Westoff Intention to use contraceptives and subsequent contraceptive behavior in Morocco. **Studies in Family Planning**, (27), 5, 1996.

² Parmi les variables introduites dans le modèle, l'utilisation passée de la contraception, le fait d'avoir perdu un enfant entre 1992 et 1995, avaient également un effet explicatif

voulant avoir un enfant de plus, n'ayant jamais pratiqué la contraception, pensant que les messages de radio sur la planification familiale sont inappropriés ou dont l'un des enfants est décédé. Parallèlement, en ce qui concerne celles qui déclaraient, en 1992, qu'elles n'entendaient pas utiliser la contraception et qui l'ont pratiqué en fait, il s'agit de femmes généralement plus fertiles, ne voulant souvent pas d'enfants supplémentaires, ayant déjà utilisé la contraception dans le passé. Ces femmes, généralement jeunes, trouvent que les messages de radio sur la planification familiale sont acceptables, et/ou ayant perdu l'un de leurs enfants entre les deux enquêtes, ENPS-II et EPPS. Toutefois, cette étude n'a pas tenu compte des intentions des hommes, variable qui peut jouer un rôle non moins important.

D'après le tableau 6, les femmes entendent pratiquer plus que les hommes la planification familiale dans le futur : un peu plus de quatre femmes sur dix (44,1%) actuellement mariées n'utilisant pas au moment de l'enquête une méthode contraceptive ont l'intention d'en utiliser, soit une proportion sensiblement plus élevée que celle correspondant aux hommes (34,9%). Ceux ayant déjà utilisé la contraception ont une propension d'en utiliser dans le futur plus élevée que ceux ne l'ayant jamais utilisé, quel que soit le sexe. Ceci est normal car d'une part, une utilisation passée réussie de la planification familiale est un déterminant puissant de l'utilisation future¹. D'autre part, on sait que l'intensité d'utilisation contraceptive est généralement plus importante parmi celles ou ceux ayant plus d'enfants, donc généralement plus âgés et ayant eu une expérience d'utilisation dans le passé.

assez important mais moindre que l'intention d'utiliser.

¹ Par exemple, voir Ringhein, K. *Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men* **Studies in Family Planning**, 24, n°2, 1993, pp 87-99.

Tableau 6 : Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement mariés n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive, par intention d'en utiliser dans l'avenir, selon l'expérience passée en matière de contraception.

<i>Intention d'utiliser dans le futur</i>	<i>Hommes actuellement mariés</i>	<i>Femmes actuellement mariées</i>
N'a jamais utilisé la contraception		
Intention d'utiliser	14,0	17,2
N'est pas sûr d'utiliser	2,7	2,7
N'a pas l'intention d'utiliser	43,9	37,7
ND	0,7	0,1
A déjà utilisé la contraception		
Intention d'utiliser	20,9	26,9
N'est pas sûr d'utiliser	1,6	1,2
N'a pas l'intention d'utiliser	15,5	13,7
ND	0,7	0,5
Total	100,0	100,0
Ensemble de ceux (celles) actuellement non-utilisateurs (non-utilisatrices)		
Intention d'utiliser	34,9	44,1
N'est pas sûr d'utiliser	4,3	3,9
N'a pas l'intention d'utiliser	59,4	51,4
ND	1,4	0,6
Total	100,0	100,0
Effectif	571	2994

Source : Rapport national de l'ENPS-II, 1992 tableaux 4.14 et 1.10

En parallèle, l'ENPS-II permet de constater que la raison expliquant l'attitude de la plupart des femmes qui n'avaient pas l'intention d'utiliser une méthode de contraception était marquée par un sentiment d'ambivalence concernant le calendrier de leur prochaine naissance. D'autres ont donné comme raison le manque d'informations sur les méthodes, des problèmes de santé, le refus de leur mari ou les effets secondaires. Cette catégorie de femmes faisait partie de celles qu'on a enquêtées une deuxième fois, en 1995, lors de l'Enquête Panel sur la Population et la Santé. Westoff et Bankole¹ ont utilisé cette approche pour étudier dans quelles mesures ces raisons n'ont pas empêché la femme d'utiliser une méthode contraceptive. Ils ont dégagé le pourcentage des femmes qui, en 1992, n'entendaient pas pratiquer la

¹ Westoff, C.F and A. Bankole. *The time dynamics of unmet need: an example from Morocco*, **International Family Planning Perspectives**, 1998, 24,(1). 12-14.

contraception, mais l'ont utilisée entre 1992 et 1995, sur la base de la raison qui justifie l'intention de non-utilisation d'une méthode telle que déclarée au départ. Il en découle que le refus de pratiquer la contraception, essentiellement pour des raisons religieuses ou à cause de la désapprobation du conjoint, était la cause la plus difficile à surmonter, alors que la peur des effets secondaires était le frein le moins difficile à une utilisation éventuelle.

Dès lors, il va de soi qu'exprimer une intention n'implique pas nécessairement sa réalisation. Plusieurs facteurs peuvent empêcher sa concrétisation, le changement des conditions socio-économiques de l'individu concerné en est un. L'accès et les coûts de la méthode, les difficultés de concevoir ou les problèmes de santé peuvent constituer d'autres facteurs. Aussi, elle peut être difficile à réaliser si cette intention n'est pas partagée par le conjoint. Dans ce cas, le degré de communication et d'entente entre partenaires s'avère déterminant. A ce propos, le tableau 7 permet de voir dans quelle mesure les deux conjoints partagent ou non l'intention d'utiliser la contraception dans le futur. Il ne renseigne, toutefois ni sur l'intensité des intentions, la convergence ou la divergence entre conjoints concernant le moment de concrétiser leurs intentions, ni sur la méthode à choisir pour accomplir ceci. De tels éléments sont des facteurs à ne pas négliger dans une analyse plus poussée. Cependant, les données disponibles ne nous permettent pas toujours d'en tenir compte.

Pour la moitié des couples¹ dont aucun des partenaires n'utilise la contraception les deux conjoints entendent utiliser une méthode contraceptive. Pour le reste des couples, pratiquement la moitié, seul un des conjoints a une telle intention, alors que l'autre n'entend pas

¹ Il s'agit des couples monogames non utilisateurs de la contraception et où les deux conjoints éligibles (20 ans et plus pour les hommes et 15 à 49 ans pour les femmes) étaient présents lors du passage des équipes d'enquêteurs dans les grappes de l'échantillon et qui ont répondu aux questions sur l'intention future. Il s'agit donc d'un échantillon assez réduit.

pratiquer ou ne sait pas (pour 10% des couples c'est la femme qui a exprimé son intention d'utilisation future et pour 13% c'est le mari). Ces derniers constats corroborent les remarques qui précèdent.

Tableau 7 : Couples n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive, par intention d'en utiliser dans l'avenir

<i>Intention d'utiliser de l'épouse</i>	<i>Intention d'utiliser du mari</i>			<i>Total</i>
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Ne sait pas</i>	
Oui	51,3	9,1	1,3	61,7
Non	12,3	24,0	0,7	37,0
Ne sait pas	0,7	0,6	0,0	1,3
Total	64,3	33,8	2,0	100,0
				(154)

Source : ENPS-II,1992

Même quand les deux conjoints sont d'accord pour pratiquer la planification familiale, il n'est pas certain qu'ils vont effectivement recourir à une méthode donnée, car le choix de celle-ci dépend de la perception de chacun des conjoints quant à sa performance en termes d'efficacité, de facilité d'utilisation, de durée (celle-ci doit être convenable), de ses effets secondaires et enfin des considérations liées directement à la santé de l'utilisateur, soit des facteurs qui peuvent varier selon l'individu et être sources de mésentente. Ainsi, même au niveau agrégé, on peut constater que les méthodes préférées des hommes ne sont pas des femmes. A titre d'exemple, la stérilisation féminine, l'abstinence périodique et le condom semblent être préférés par les hommes plus que par les femmes. Ces dernières, au contraire, semblent privilégier la pilule et le DIU.

Tableau 8 : Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement mariés n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive mais ayant l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par méthode préférée

<i>Méthode Contraceptive préférée</i>	<i>Femmes actuellement mariées</i>	<i>Hommes actuellement mariés</i>
Pilule	67,7	61,3
DIU	11,5	6,5
Injections	3,5	4,9
Diaph./Mousse/gelée	0,4	0,0
Condom	0,7	3,2
Stérilisation fém.	10,9	14,6
Abstinence périodique	2,8	6,0
Retrait	1,0	0,9
Autre	0,4	0,0
Non déclaré	1,0	2,5
Total	100,0	100,0
Effectif*	1355	199

* Quatre femmes qui n'ont pas déclaré leur intention font partie du total de l'effectif
Source : Rapport national de l'ENPS-II.

III. Préférences en matière de fécondité

Lorsque la fréquence des enfants non désirés et de l'infécondité sont relativement faibles, les déterminants de la fécondité actuelle s'apparentent à ceux relatifs aux préférences de la fécondité, d'où la nécessité d'étudier ces dernières.

Parmi les déterminants avancés à ce sujet, on trouve la composition par sexe des enfants déjà nés vivants. L'âge de ces enfants, surtout du plus jeune, en est un deuxième facteur. L'âge au mariage, la durée du mariage, le nombre d'enfants vivants que la personne a déjà eu, la taille de la fratrie et la qualité des relations conjugales constituent une troisième série de facteurs¹.

Etant donné que ces facteurs varient d'une personne à une autre, particulièrement entre maris et épouses, et que les décisions en matière de reproduction n'impliquent pas que la femme seule, une évaluation de

¹ Pullum, T.W. *Correlates of family-size desires*. in Bulatao, R.A. et R.D. Lee (ed) **Determinants of fertility in developing countries**. National Academy Press. Washington, D.C. 1983. pp. 278-298.

la demande future d'enfants devrait tenir compte des préférences de toutes les personnes impliquées. Dans ce qui suit, on examinera cette demande à travers une question posée lors de l'ENPS-II : le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires. Cette question sur les intentions de procréation représente les attitudes personnelles de l'individu et reflète, généralement, le court terme. Elle est donc appropriée pour une prévision de la demande future d'enfants.

Selon l'enquête Nationale sur la population et la Santé (ENPS-II), 1992, deux maris sur cinq (40,4%) désirent avoir d'autres enfants. Ceux qui désirent limiter leur descendance sont légèrement supérieurs : 43%. Si l'on ne compte que les maris qui pensent qu'aucun des conjoints n'est stérile, cette proportion atteint 50%.

S'agissant des femmes mariées, près de la moitié (49,0%) ne veulent plus d'enfant, proportion qui atteint 52% si l'on fait abstraction des femmes qui pensent que l'un des conjoints est stérile. Les désirs des hommes et des femmes de limiter leur descendance sont donc pratiquement identiques, compte tenu de ce que pense chacun des conjoints de la capacité de concevoir de son partenaire.

Tableau 9 : Pourcentage des épouses et des maris selon le désir d'avoir des enfants supplémentaires

<i>Désir d'avoir d'autres enfants</i>	<i>Epouses</i>	<i>Maris</i>
Veut un autre	42,5*	40,4
Indécis	3,1	2,5
Ne veut plus d'enfant	49,0	43,2
Femme(stérilisée ou stérile)/homme stérile	5,4	11,6
Non déterminé	0,1	2,2
Total	100,0	100,0
	(5118)	(939)

* Y compris la grossesse actuelle

Source : ENPS-II, 1992.

Par ailleurs, l'évolution de la proportion des femmes fécondes qui ne veulent plus avoir d'enfants est en hausse. Elle était de 42% en 1979/80 avant d'atteindre 53% en 1995. Il s'agit là d'une tendance qui confirme que le Maroc est en voie d'achever sa transition démographique

et d'une indication de la demande latente des services de planification familiale. En effet, au début de la transition démographique, le nombre d'enfants désirés et la mortalité infanto-juvénile sont élevés. Dans ces conditions, peu de femmes sont en mesure de concrétiser la taille de la famille souhaitée. Par conséquent, la proportion de celles désirant limiter leurs naissances est faible. En revanche, dans les pays qui sont dans leur dernière étape de transition démographique, le nombre d'enfants désirés avoisine le niveau du remplacement des générations, environ deux enfants. La mortalité infanto-juvénile est de plus en plus faible. Peu d'années sont alors nécessaires pour concrétiser la taille de la famille désirée. Aussi, la proportion des femmes désirant limiter le nombre de leurs naissances est relativement élevée¹. Le Maroc, avec un indice synthétique de fécondité désirée évalué entre 1989-92 à 2,66 enfants par femme et une proportion d'environ 50% de femmes ne voulant plus d'enfant, semble plus proche des pays en voie d'achever leur transition démographique.

Il n'empêche qu'en croisant les désirs du mari et de la femme d'avoir des enfants supplémentaires, on constate que 31% des couples seulement veulent limiter leur descendance. Une proportion presque similaire, 32%, veut des enfants supplémentaires, soit des pourcentages inférieurs à ceux qu'on obtient si l'on considère chaque conjoint à part. Pour 18% des couples, les conjoints sont en désaccord, le plus souvent parce que le mari désire plus d'enfants alors que sa femme désire en limiter le nombre (10,6%) alors que l'inverse représente 7,5%².

¹ Bongaarts, J. *Do reproductive intention matter ?*. In IRD/Macro International, Inc. **Actes de la Conférence Mondiale sur les Enquêtes Démographiques et de Santé**, Vol. 1. Washington, D.C., 1991. Columbia, Maryland, pp. 223-248.

² Ces proportions sont tirées du tableau 11.17 du rapport de l'ENPS-II, 1992. Des proportions différentes, basées sur une analyse de tous les types de couples, ont été calculées par Bankole et Singh. Elles permettent d'aboutir à la même conclusion que celle dégagée ici. Dans 37,9% de 671 couples, les deux partenaires voulaient plus d'enfants et 38,8% n'en voulaient plus. Dans 9,4% le mari seul en veut plus et dans 13,9% c'est l'inverse, la femme seule qui en veut plus. (Bankole, A et S. Singh.

L'importance de la proportion des couples dont les conjoints sont en désaccord sur la décision de limiter le nombre de leurs naissances mérite une attention particulière de la part des programmes d'information, éducation et communication en matière de planification familiale. En effet, on montre que ces désaccords affectent, à la fois, la décision de pratiquer la planification familiale et le choix de la méthode¹, surtout si l'un des conjoints détient le pouvoir exclusif de prise de décision. C'est ainsi que, selon Bankole et Singh², la prévalence contraceptive³ atteint 62,1% quand les deux conjoints ne veulent plus avoir d'enfant, 35,0% seulement quand c'est le mari seul qui n'en veut plus et 45,5% quand c'est l'épouse.

IV. Communication entre conjoints en matière de reproduction

Définie ici en tant que verbalisation d'informations, d'idées, d'attitudes, et de croyances par un individu vers un autre, la communication n'implique pas nécessairement des flux d'informations en deux ou plusieurs directions. Elle peut être ou non considérée comme signe d'ouverture d'esprit et prédisposition à accepter d'autres avis. Plusieurs recherches montrent que la communication au sein du couple est un facteur associé à la fréquence des concordances des déclarations, voire des consensus d'opinions des conjoints vis-à-vis de la planification familiale. Evidemment, l'effet de la communication au sein du couple dépend de sa fréquence et de sa nature. Toutefois, en raison des données disponibles, ces aspects ne seront pas abordés ici.

Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries : hearing the man's voice. International family planning perspectives. (24), n° 1. 1998).

¹ Thomson, E. *Dyadic models of contraceptive choice, 1957 and 1975*. In Brinberg, David and James J. Jaccard (eds.), **Dyadic decision making**, pp. 268-285. New York : Springer-Verlag, 1989. (cité in Biddlecom et al, 1996, op.cit, p. 24.

²Bankole, A et S.Singh, 1998, op.cit. p. 21.

³ Prévalence d'utilisation des méthodes modernes de contraception ajustée pour contrôler l'âge, l'éducation, le milieu de résidence et le nombre d'enfants vivants des époux.

Environ un mari sur quatre (28%) n'a jamais discuté de la planification familiale avec sa femme, en particulier les couples dans lesquels l'époux est âgé de 50 ans ou plus (48%). D'autre part, dans les cas où ce sujet a été soulevé entre mari et femme, la majorité des couples en ont discuté au moins trois fois au cours de l'année ayant précédé l'enquête (47% par rapport à 70%).

Tableau 10 : Répartition (en %) des hommes connaissant une méthode contraceptive par nombre de fois qu'ils ont discuté de la planification familiale avec leurs femmes au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon l'âge actuel.

<i>Groupes d'âges</i>	<i>Nombre de discussion sur la planification familiale</i>				<i>Total</i>	<i>Effectif</i>
	<i>Jamais</i>	<i>1 ou 2 fois</i>	<i>3 fois ou +</i>	<i>N. D</i>		
<30	23,6	29,0	47,4	0,0	100,0	96
30-39	16,2	26,2	57,4	0,3	100,0	321
40-49	22,4	22,6	50,3	4,7	100,0	253
50 ou plus	47,8	18,1	30,5	3,6	100,0	269
Ensemble	27,7	23,2	46,7	2,4	100,0	939

Source : Rapport national de l'ENPS-II, 1992. Tableau 11.5,

Selon l'ENPS-II, près d'un tiers des maris (33,5%) ont déclaré n'avoir jamais discuté du nombre d'enfants voulu avec leurs épouses, soit une proportion pratiquement similaire à celle correspondante aux déclarations des épouses (31,7%). Près des deux tiers l'ont fait au moins une fois (63,5% pour les hommes actuellement mariés et 65,6% pour les femmes de même situation matrimoniale). Etant donné le pourcentage élevé de ceux ou celles qui connaissent au moins une méthode contraceptive (97,7% pour les maris et 99,9% pour les épouses), on peut dire que la communication entre époux n'est pas aussi importante qu'on peut le supposer. Son niveau se situe entre ceux observés en Egypte (46%), en Jordanie (60%) et ceux enregistrés dans les pays d'Amérique Latine où plus de 70% des femmes ont discuté avec leur partenaire de ce sujet¹.

¹ Bankole, A. et C.F. Westoff. *Childbearing attitudes and intentions*. Macro International Inc. **DHS Comparative Studies** n°17. Calverton, Maryland, USA. 1995.

Au niveau des couples monogames, on peut constater que la proportion de ceux dont le mari a déclaré avoir discuté du nombre d'enfants voulu avec son épouse est plus élevée que celle correspondant aux déclarations des femmes (72,8% contre 64,8%) et que dans les deux tiers des cas (51,4+13,8%, soit 65,2%) les déclarations des deux conjoints sont concordantes. Dans l'autre tiers, les conjoints ont répondu différemment, probablement en raison des problèmes de mémoire, de la tendance à faire plaisir à l'enquêteur/enquêtrice, de l'appréciation de chacun de la notion de discussion, du fait que celui qui l'a initiée s'en rappelle plus et de sa nature (i. e, sa fréquence, s'il y a eu consensus ou non à propos du sujet discuté), soit des éléments qui ne sont pas nécessairement les mêmes chez l'époux et sa conjointe.

Tableau 11 : Couples monogames selon que chacun des conjoints a déclaré ou non avoir déjà discuté avec son partenaire du nombre d'enfants voulu.

<i>Déclaration du mari</i>	<i>Déclaration de l'épouse</i>		
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
Oui	51,4	21,4	72,8
Non	13,4	13,8	27,2
Total	64,8	35,2	100,0
			(681)

Source : ENPS-II, 1992

En supposant que les discussions relatives au nombre d'enfants voulu entre conjoints peuvent permettre au couple de ne pas avoir d'enfants non désirés, en l'incitant à adopter une méthode contraceptive efficace, on doit s'attendre à une prévalence contraceptive plus élevée parmi les couples ayant ce type de discussion. C'est en effet, ce qui ressort du tableau ci-après. La prévalence contraceptive est de 21,3% chez les couples où on ne discute pas du nombre d'enfants désiré, mais plus que le double (47,1%) chez les couples où les deux conjoints ont déclaré avoir eu une telle discussion. Même quand un des conjoints seul déclare avoir eu ce type de discussion, la prévalence contraceptive est plus élevée que lorsqu'il y a absence de communication sur ce sujet selon

les deux partenaires, preuve de l'importance de la communication entre conjoints pour l'adoption de la planification familiale.

Tableau 12 : Couples monogames selon l'utilisation ou non d'une méthode contraceptive et les déclarations des maris et des épouses relatives à la discussion du nombre d'enfants avec le conjoint.

Utilisation actuelle de la contraception selon la déclaration de la femme	Personne ayant déclaré avoir déjà discuté avec son conjoint du nombre d'enfants voulu				Total*
	Aucun	Epouse	Mari	Les deux	
Non	78,7	60,4	63,7	52,9	57,6
Oui, méth. traditionnelle	2,1	5,5	4,8	5,7	4,9
Oui, méth. moderne	19,2	34,1	31,5	41,4	37,5
Oui, toutes méthodes	21,3	39,6	36,3	47,1	42,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	94	91	146	350	714

* y compris les non déclarés de la question sur la discussion du nombre d'enfants voulu.
Source : ENPS-II.

Cette conclusion reste valable quand on examine les intentions d'utiliser la contraception. En effet, se limitant aux couples dont aucun des conjoints n'est un utilisateur actuel de la contraception, la proportion de ceux dont au moins l'un des conjoints entend l'utiliser dans le futur est de 57,1% parmi les couples où, à la fois, le mari et son épouse ont déclaré ne pas avoir discuté ensemble du nombre d'enfants désiré, alors qu'elle est de 80,4% parmi les couples dont les deux partenaires ont déclaré le contraire et de 63,7% parmi ceux dans lesquels seul l'un des conjoints a déclaré avoir eu une telle discussion.

V. Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale

La notion de besoins non-satisfaits en matière de planification familiale est fréquemment utilisée dans la littérature démographique. Mesurée aux niveaux des femmes, le plus souvent celles mariées mais, quelques fois aussi celles qui le sont pas, cette notion n'est pas sans poser de problèmes, notamment le fait qu'elle est mesurée par le chercheur sur la base de données quantitatives (i.e. « objectives ») sans analyse approfondie d'ordre qualitative (i.e. données « subjectives ») qui tient

compte des avis des femmes concernées. A titre d'exemple, il y a une grande probabilité que certaines femmes actuellement utilisant la contraception, et donc comptées comme n'ayant pas de besoins non-satisfaits, discontinuent la méthode utilisée pour une raison ou une autre, notamment à cause de problèmes de santé, dus particulièrement à des effets secondaires. D'autres, bien qu'elles soient usagers de la contraception, peuvent la pratiquer d'une manière inappropriée. Cette catégorie de femmes ont des besoins non-satisfaits en matière d'information et de qualité de services.

Tout en reconnaissant que les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, mesurés au moyen de questions relatives d'une part à l'utilisation actuelle de la contraception et d'autre part au désir d'avoir d'autres enfants supplémentaires, peuvent être liés à d'autres type de besoins (de formation des fournisseurs de services, d'information, et de qualité de services...), ce concept garde son utilité, car il permet de donner une certaine évaluation des programmes de planification familiale. C'est en prenant en compte ces considérations que l'on propose de le discuter dans le cas marocain.

1. Besoins non-satisfaits de limitation et d'espacement des naissances au niveau des femmes

Définis comme étant la proportion de femmes fécondes vivant en union, n'utilisant aucune méthode de contraception au moment de l'interview et souhaitant soit différer la prochaine grossesse d'au moins deux ans, soit ne plus en avoir, les « besoins non-satisfaits »¹ en matière de planification des naissances sont une mesure utilisée, le plus souvent, pour souligner la nécessité d'améliorer des programmes fournissant les services en matière de contraception. On dit alors des femmes qui ne

¹ Pour une revue sur l'évolution de la notion des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, le lecteur est invité à lire : Population Information Program, Center for Communication Programs. *Besoins non-satisfaits: nouvelle stratégies pour y répondre. Population Reports Série J.* n° 43. The Johns Hopkins School of Public Health.1996.

veulent plus avoir d'enfants qu'elles ont un besoin non-satisfait de limitation des naissances, tandis qu'on qualifie celles qui veulent avoir d'autres enfants, mais pas avant au moins deux ans, comme ayant un besoin non-satisfait d'espacement des naissances.

En se basant sur la définition adoptée par Westoff et Bankole¹, et en l'appliquant aux femmes mariées de 15 à 49 ans, on trouve trois catégories de femmes en situation de besoins non-satisfaits de planification familiale :

- les femmes enceintes au moment de l'enquête et qui ont déclaré vouloir cette grossesse, mais pour plus tard, et celles qui ne désiraient plus d'enfants ;
- Les femmes en aménorrhée ayant déclaré qu'elles voulaient la grossesse qui a conduit à la naissance du dernier enfant, mais plus tard, et celles ne l'ayant pas voulu du tout.
- Les femmes qui n'étaient ni enceintes ni en aménorrhée, et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance, ou celles ne voulant plus d'enfants.

A l'opposé, les catégories de femmes suivantes ne sont pas considérées en besoin non-satisfait :

- les femmes non mariées ;
- les femmes utilisant actuellement une méthode contraceptive ;
- les femmes actuellement en aménorrhée ou enceintes qui utilisaient la contraception au moment de tomber enceintes ;
- les femmes actuellement en aménorrhée ou enceintes dont la grossesse était désirée, selon leur déclaration ;
- les femmes stériles, et
- les femmes fertiles qui veulent avoir un enfant dans moins de deux ans.

¹ Westoff, Charles F et Akinrinola Bankole. 1995. *Unmet Need: 1990-1994*, **DHS Comparative Studies** N°16. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

Selon ces critères, la proportion de femmes en situation de besoin non-satisfait de planification familiale par rapport à l'ensemble des femmes mariées en âge de reproduction, 15-49 ans, a connu une baisse significative, puisqu'elle est passée de 22% en 1987 à 20% en 1992 puis à 16% en 1995. En ajoutant à cette proportion celle correspondant aux femmes utilisant au moment de l'enquête une méthode contraceptive¹, on obtient une estimation de la demande potentielle totale en contraceptifs, soit une fraction de l'ensemble des femmes mariées en âge de procréation qui dépasse de loin la moitié : 61% en 1987, 64% en 1992 et 66% en 1995. La comparaison de ces deux types de proportions montre que le pourcentage de la demande satisfaite en matière de planification familiale est en progression de 59% en 1987 à environ 77% en 1995.

En le décomposant, on relève que le besoin non-satisfait pour espacer les grossesses, en diminuant de 12,5% à 6% entre 1987 et 1995, ne constituait que 37% en 1995 par rapport à l'ensemble des besoins alors qu'il représentait 57% en 1987. Au contraire, la part du besoin de limitation des naissances a augmenté au cours de la même période, soit un phénomène caractérisant les pays dont le niveau de fécondité est en baisse. Ces remarques restent valables selon le milieu de résidence.

¹ A laquelle on ajoute la proportion d'échec de méthode contraceptive.

Tableau 13 : Besoin non-satisfait de planification familiale parmi les femmes actuellement mariées de 15 à 49 ans selon ses composantes par milieu de résidence : 1987, 1992 et 1995.

<i>Année</i>	<i>Composantes du besoin</i>	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	<i>Ensemble</i>
1987+	Total	15,7	26,6	22,1
	Espacement	9,1	14,9	12,5
	Limitation	6,7	11,7	9,6
1992++	Total	12,4	25,3	19,7
	Espacement*	4,7	10,3	7,9
	Limitation*	7,6	14,4	11,4
1995*	Total	11,4	19,8	16,1
	Espacement	3,6	8,4	6,3
	Limitation	7,9	11,4	9,8

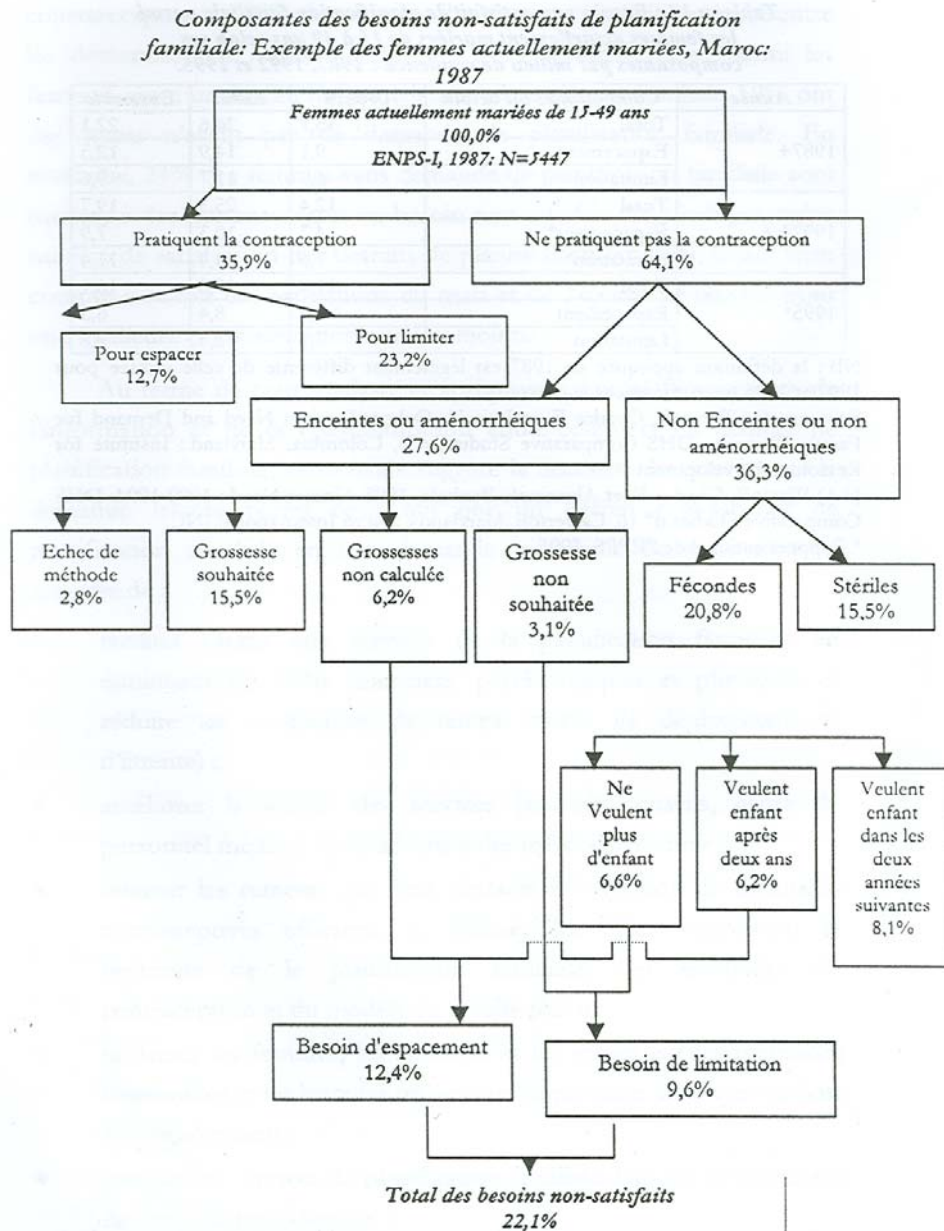
NB : la définition appliquée en 1987 est légèrement différente de celle utilisée pour 1992 et 1995 (voir références ci-dessous)

Sources : (+) Westoff, Charles F. et Luis H. Ochoa. Un met Need and Demand for Family Planning. DHS Comparative Studies, n°5, Colombia, Maryland : Institute for Resource Development.

(++) Westoff, Charles F. et Akinrinola Bankole. 1995. Unmet Need : 1990-1994. DHS Comparative Studies n° 16. Calverton, Maryland : Macro International INC.

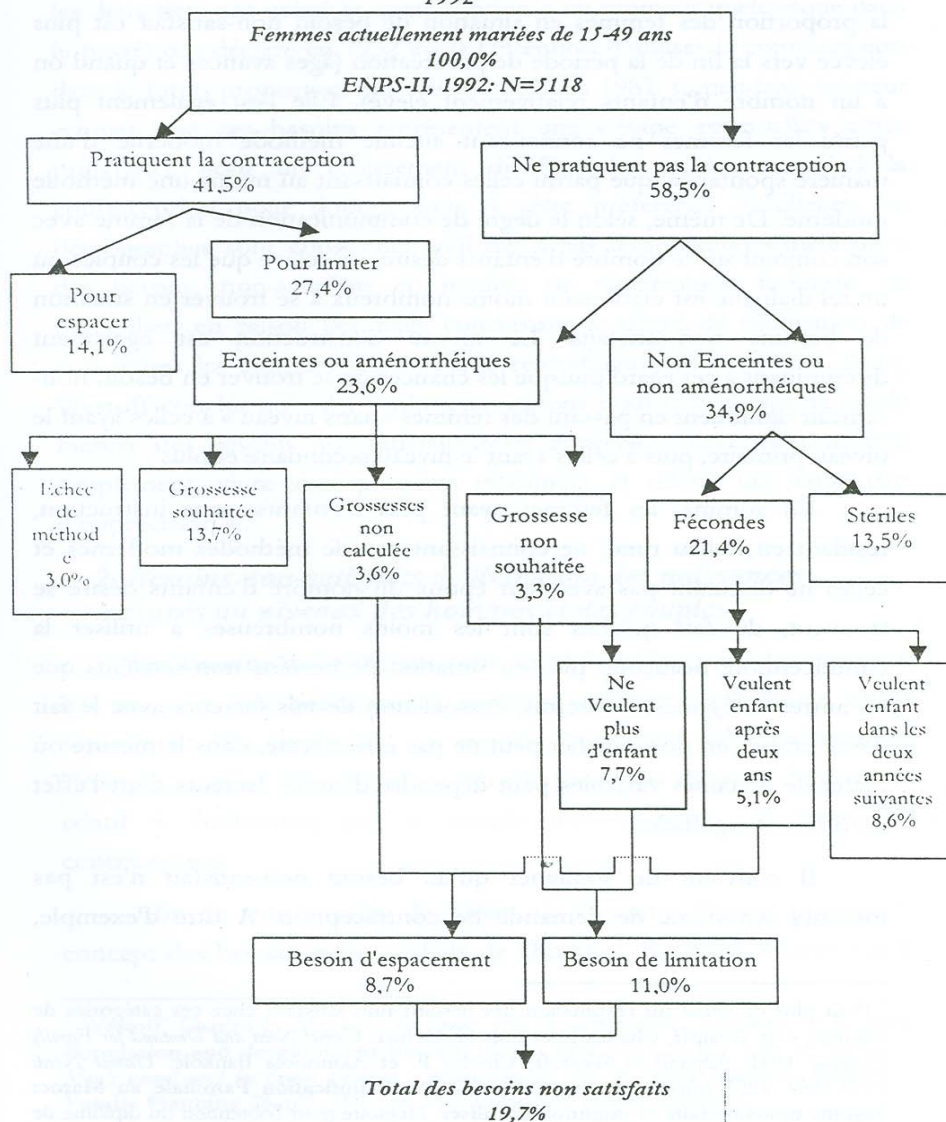
* Rapport national de l'EPPS, 1995.

**Composantes des besoins non-satisfaits de planification familiale :
Exemple des femmes actuellement mariées, Maroc : 1987**



**Composantes des besoins non-satisfaits de planification familiale :
Exemple des femmes actuellement mariées, Maroc : 1992**

*Composantes des besoins non-satisfaits de planification
familiale: Exemple des femmes actuellement mariées, Maroc:
1992*



Par caractéristique socio-démographique, des variations substantielles existent au niveau des besoins non-satisfaits. Par exemple, la proportion des femmes en situation de besoin non-satisfait est plus élevée vers la fin de la période de procréation (âges avancés et quand on a un nombre d'enfants relativement élevé). Elle l'est également plus parmi les femmes ne connaissant aucune méthode moderne d'une manière spontanée, que parmi celles connaissant au moins une méthode moderne. De même, selon le degré de communication de la femme avec son conjoint sur le nombre d'enfants désiré, on relève que les couples où un tel dialogue est établi sont moins nombreux à se trouver en situation de besoins non-satisfaits. Le niveau d'instruction est également discriminant à cet égard puisque les chances de se trouver en besoin non-satisfait diminuent en passant des femmes « sans niveau » à celles ayant le niveau primaire, puis à celles ayant le niveau secondaire et plus¹.

En somme, les femmes ayant plus d'enfants, sans instruction, résidant en milieu rural, ne connaissant pas de méthodes modernes et celles ne discutant pas avec leur époux du nombre d'enfants désiré se trouvent, du fait qu'elles sont les moins nombreuses à utiliser la contraception, beaucoup plus en situation de besoins non-satisfaits que les autres catégories. Toutefois, l'association de tels facteurs avec le fait d'être en besoin non-satisfait peut ne pas être directe, dans la mesure où l'effet de certaines variables peut dépendre d'autres facteurs dont l'effet est direct et significatif.

Il convient de souligner qu'un besoin non-satisfait n'est pas toujours synonyme de demande de contraception. A titre d'exemple, parmi les femmes en situation de besoin non-satisfait en matière de

¹ Pour plus de détail sur l'estimation des besoins non-satisfaits chez ces catégories de femmes, voir Westoff, Charles F. et Luis H. Ochoa. *Unmet Need and Demand for Family Planning*. 1991. (Op.cit) et Westoff, Charles F. et Akinrinola Bankole. *Unmet Need: 1990-1994*. 1995 (op.cit) ainsi que Zguiouar, A. **Planification Familiale au Maroc: besoins non-satisfaits et intention d'utiliser**. Mémoire pour l'obtention du diplôme de

planification familiale, en 1992, environ la moitié seulement (55% dont les deux tiers ont utilisé la contraception à un moment quelconque dans le passé) ont déclaré en 1992 avoir l'intention d'utiliser la contraception dans le futur, proportion qui était de 50% en 1987. Cependant, on peut estimer que ces besoins représentent une « étape essentielle » entre préférence pour un abaissement de fécondité et le recours à la contraception pour donner suite à cette préférence. D'ailleurs, les démographes sont conscients qu'il n'y a pas d'estimation « meilleure » des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, en particulier, en raison des biais concernant le degré de motivation de concrétiser les attitudes relatives à la reproduction de la femme. Ainsi, Westoff conclut qu'« il y a plusieurs raisons pour que n'importe quelle mesure des besoins non-satisfaits reste imprécise...nous devons, tout simplement, vivre avec plusieurs inconnues et tolérer une large part d'imprécision »¹.

2. Besoins non-satisfaits de limitation des naissances mesurés au niveaux des hommes et des couples

Les besoins non-satisfaits sont un phénomène multidimensionnel qui ne peut être parfaitement compris si les individus sont traités séparément. En particulier, on montre que, dans plusieurs sociétés, l'homme joue un rôle important dans le processus de prise de décision relatif à l'utilisation par le couple des méthodes modernes de contraception.

maître es science en démographie. Université de Montréal, 1995, en ce qui concerne l'ENPS-II,1992.

¹ Westoff, Charles F. *Measuring the unmet need for contraception : Comments on Bongaarts. Population and development Review* 18, n°1,1992. pp. 123-125. Cité in Ngom, P. *Men's unmet need for family planning : implications for African fertility transitions. Studies in Family Planning* 28, n°3, 1997. pp. 192-202. p. 193 (notre traduction).

Afin de tenir compte des désirs de l'homme, Ngom¹ propose le concept des besoins non-satisfaits de l'homme. Il a ainsi, estimé, sur la base des données des enquêtes démographiques sur la santé (DHS) du Ghana et du Kenya, une limite inférieure de ces besoins pour limiter le nombre de naissances, en considérant les hommes mariés, qui ne désirent plus avoir d'enfants et qui n'utilisent aucune méthode de contraception au moment de l'enquête comme ayant un besoin non-satisfait de planification familiale. Pour des besoins de comparaison, la même définition a été appliquée aux femmes. Il a proposé, également, une mesure des besoins non-satisfaits du couple par la proportion des couples (paires) de conjoints dont l'un au moins a des besoins non-satisfaits, en distinguant quatre cas : ceux où seul l'un des deux conjoints est en besoin non-satisfait (deux cas), celui où tous les deux ont de tels besoins, et enfin celui où aucun des deux n'a ces besoins.

Toutefois, de l'avis de l'auteur, les concepts des besoins non-satisfaits de l'homme et du couple posent des problèmes lorsqu'une grande divergence est constatée entre les déclarations des maris et des épouses en ce qui concerne l'utilisation actuelle de la contraception. A titre d'exemple, dans une population monogamique, quand le niveau d'utilisation de la contraception est anormalement élevé parmi les maris et bas parmi les épouses, ces concepts ne sont pas tellement utiles, car leur pertinence est biaisée par le différentiel par sexe des mauvaises déclarations de la pratique contraceptive.

Au Maroc, les niveaux de la prévalence contraceptive selon les maris et selon les épouses ne s'écartent pas trop, comme on l'a vu précédemment, notamment en ce qui concerne les méthodes modernes. De même, au niveau du couple, les deux sources de divergence de déclaration des maris et de leurs épouses produisent des biais de

¹ Ngom, P. Men's unmet need for family planning: implications for African Fertility Transitions. *Studies in family planning*. 28, n°3, 1997, pp. 192-200.

l'estimation des besoins non-satisfaits de signes opposées¹. Aussi, l'incohérence des déclarations des maris et leurs épouses ne pourrait avoir qu'un effet négligeable sur l'estimation des besoins non-satisfaits des hommes.

Les tableaux suivants présentent les résultats des estimations obtenues selon la procédure de Ngom, décrite ci dessus². Notons toutefois que ces estimations brutes ne prennent pas en compte les variables d'exposition au risque de grossesse. Aussi, sont-elles différentes de celles discutées auparavant. En les présentant, nous ne cherchons pas à mesurer avec précision lesdits besoins, mais plutôt à montrer la nécessité de tenir compte des attitudes et comportement des hommes lors de l'évaluation de la demande potentielle de planification familiale.

Les résultats obtenus suggèrent que les hommes actuellement mariés ont dans une proportion non négligeable, des besoins non-satisfaits de limitation des naissances : 10% ne veulent plus avoir d'enfants tout en n'utilisant pas une méthode de contraception. Toutefois, leurs besoins semblent beaucoup moins élevés que ceux obtenus au niveau des femmes actuellement mariées. En effet, parmi

¹ Comme le fait remarquer Ngom, (1997, op.cit, p.201), ce biais est nul si les déclarations des maris sont toujours correctes dans les situations de contradiction. Sinon, le niveau observé des besoins non-satisfaits des hommes mariés est surestimé par les fausses déclarations des maris qui disent qu'ils ne sont pas des utilisateurs de la contraception alors que leurs femmes déclarent qu'elles pratiquent la planification familiale, et il est sous-estimé par les déclarations des maris qui se trompent en disant qu'ils sont des usagers alors que leurs femmes déclarent le contraire. L'importance de ces biais sont beaucoup plus bas que le suggère les données du tableau 1, en raison de : 1) les déclarations des maris ne sont pas toujours erronées en cas de divergence ; 2) les maris dont les déclarations concernant l'utilisation de la contraception sont fausses ne désirent pas tous ne plus avoir d'enfant ; 3) l'utilisation de la contraception par les maris en dehors du mariage peut entraîner une contradiction si la femme déclare ne pas utiliser la contraception.

² Ngom n'a tenu compte que des méthodes de contraception moderne. Dans la présente étude, toutes les méthodes sont prises en compte, pour minimiser les cas des non-déclarés aux questions sur la planification familiale, surtout que le taux de réponse de l'enquête homme n'est que de 63% et que parmi les hommes interviewés actuellement mariés, 2,2% sont dans la catégorie des non déclarés des réponses à la question sur le désir d'enfant supplémentaire...

celles-ci, les femmes ne voulant plus d'enfant et n'utilisant pas de méthode contraceptive représentent plus que le double, 24%.

Au lieu de calculer ces proportions séparément pour chaque sexe, le tableau suivant présente les estimations brutes des besoins non-satisfaits des maris et des épouses pris conjointement. Les catégories qui y figurent sont définies comme suit : par « demande satisfaite », on entend la proportion des personnes utilisant au moment de l'enquête une méthode de contraception. La catégorie « besoin non-satisfait de limitation » groupe l'ensemble des personnes ne désirant plus avoir d'enfant et n'utilisant pas une méthode de contraception au moment de l'enquête. Les enquêtés ne se trouvant pas dans l'une des catégories précédentes sont supposés comme n'ayant pas de demande de contraception (toutes méthodes de contraceptions confondues).

Ainsi répartis, la majorité des couples se trouvent dans des catégories similaires : pour 71% des couples monogames, à la fois, les maris et les épouses n'ont pas une demande ou bien ont un besoin non-satisfait ou tous les deux ont déclaré utiliser une méthode de contraception. Il n'en reste pas moins que pour 29% des couples, il y a une certaine discordance entre les demandes des maris et celles de leurs épouses. Constat qui indique que la mesure des besoins non-satisfaits sur la base de données se référant uniquement aux femmes peut cacher une réalité qu'il est nécessaire de prendre en compte, à savoir le rôle des hommes dans l'adoption de la planification familiale.

Tableau 14 : Proportion des femmes et des hommes actuellement mariés en union monogame selon la catégorie de la demande de planification familiale : ENPS-II, 1992

<i>Type de la demande de planification familiale</i>		
Epouses	Maris	%
Pas de demande	Pas de demande	29,5
	Besoin non-satisfait de limitation	2,4
	Demande satisfaite	5,6
Besoin non-satisfait de limitation	Pas de demande	13,5
	Besoin non-satisfait de limitation	6,4
	Demande satisfaite	2,8
Demande satisfaite	Pas de demande	3,3
	Besoin non-satisfait de limitation	1,2
	Demande satisfaite	35,3
Total		100,0
Effectif		762

Source : ENPS-II, 1992.

Ainsi, parmi les femmes ayant un besoin non-satisfait de planification familiale, 59% ont des maris n'ayant pas de demande de planification familiale. En revanche, 24% des femmes sans demande de planification familiale sont mariées à des hommes ayant un besoin non-satisfait. Ceci indique, qu'en matière de satisfaction des besoins de planification familiale, il faut tenir compte à la fois des aspirations des maris et des épouses et de faciliter la communication entre conjoints.

Tableau15 :Proportion* des maris et des épouses vivant en union monogame dont le conjoint a un besoin non-satisfait de planification familiale selon le type de demande de planification familiale : ENPS-II, 1992.

<i>Type de la demande de planification familiale</i>	<i>%</i>
<i>Femmes dont le mari a un besoin non-satisfait de limitation</i>	
Pas de demande	23,7
Besoin non-satisfait de limitation	64,5
Demande satisfaite	11,8
Total	100,0
Effectif	76
<i>Maris dont l'épouse a un besoin non-satisfait de limitation</i>	
Pas de demande	59,5
Besoin non-satisfait de limitation	28,3
Demande satisfaite	12,1
Total	100,0
Effectif	173

*Les couples dont au moins l'un des conjoints n'a pas répondu aux questions sur l'utilisation actuelle de la contraception et/ou sur le désir d'avoir d'autres enfants dans le futur ne sont pas pris en compte.

Source : ENPS-II, 1992

Conclusion

Pratiquement tous les couples marocains connaissent au moins une méthode contraceptive moderne (96%). Toutefois, si la pilule puis le stérilet (i.e. « device intra-utérine » : DIU) sont assez connus, le préservatif (i.e. condom) l'est dans une moindre mesure, alors que l'injection et les techniques de contraception vaginale restent peu répandues. D'où la nécessité de poursuivre les efforts visant à informer le public des différentes procédures de planification familiale, afin que chacun trouve la méthode qui lui convient.

Il n'empêche que la prévalence contraceptive au Maroc a beaucoup augmenté, passant de 19% en 1980 à 59% en 1997. Ces estimations sont calculées sur la base des déclarations de femmes mariées en âge de reproduction (i.e. 15-49 ans). Elles ne s'écartent pas significativement de celles qu'on pourrait obtenir auprès d'hommes actuellement mariés. Dans ces deux cas, chaque sexe est pris séparément. En considérant le couple en tant qu'unité d'analyse, on constate que les déclarations des deux conjoints concernant le recours à la contraception au moment de

l'interview sont concordantes dans pratiquement neuf couples sur dix. L'ignorance de l'un des conjoints quant à la conduite de son/sa partenaire vis-à-vis de la contraception, ainsi que le fait qu'une méthode contraceptive n'est pas considérée ou reconnue comme telle par l'un ou l'autre, sont parmi les sources des discordances observées entre conjoints.

S'agissant des non utilisateurs de la contraception, l'analyse des données recueillies par le biais de la question « avez-vous, vous ou votre conjoint, l'intention d'utiliser une méthode contraceptive ? » montre que l'effet de la variable « intention d'utiliser ou non » sur la pratique contraceptive subséquente reste important même quand d'autres variables sont prises en considération. Il n'en reste pas moins que plus du quart des femmes enquêtées en 1992 et 1995 se sont comportées d'une manière incohérente avec leurs intentions initiales. Parmi les femmes qui, en 1992, n'entendaient pas pratiquer la contraception, mais l'ont utilisée entre 1992 et 1995, le refus de pratiquer la planification familiale, essentiellement pour des raisons religieuses ou parce que le conjoint le désapprouve, était la cause la plus difficile à surmonter alors que la peur des effets secondaires était le facteur le moins difficile. Là encore, des programmes d'informations s'avèrent essentiels, notamment pour sensibiliser l'entourage de la femme sur l'utilité de la contraception.

Même quand les deux conjoints sont d'accord pour recourir à la planification familiale, il n'est pas certain qu'ils vont effectivement pratiquer une méthode donnée, car le choix de celle-ci dépend de la perception de chacun des conjoints quant à sa performance en termes d'efficacité, de durée, de ses effets secondaires et de considérations liées directement à la santé de l'utilisateur. A cet égard, la communication entre conjoints semble essentielle pour rapprocher les attitudes du mari et de son épouse et pour permettre au couple de ne pas avoir d'enfants non désirés. A titre d'exemple, on observe une prévalence contraceptive plus élevée parmi les couples ayant discuté du nombre d'enfants désiré : 47%

contre 21% pour ceux qui ne l'ont pas fait. De même, pour 57% des couples non-utilisateurs de la planification familiale, en 1992, au moins l'un des partenaires entend utiliser une méthode de contraception, quand aucun des conjoints n'a déclaré avoir discuté du nombre d'enfants désiré avec son partenaire. Cette proportion passe à 80% quand le mari et son épouse ont déclaré le contraire.

Par ailleurs, en conjuguant le désir de la femme d'avoir des enfants supplémentaires et son intention d'utiliser la contraception dans le futur, cette étude montre une baisse des besoins non-satisfaits en matière de contraception de 22% à 16%, entre 1987 et 1995. En parallèle à cette tendance, la part de ces besoins pour des fins d'espacement des naissances cède le pas à ceux des femmes motivées pour des fins de limitation, soit une évolution caractérisant les pays dont le niveau de fécondité est en baisse rapide. Il convient de souligner qu'un besoin non-satisfait n'est pas toujours synonyme de demande de contraception. A titre d'exemple, parmi les femmes en situation de besoin non-satisfait en matière de planification familiale, en 1992, environ la moitié seulement déclare avoir l'intention d'utiliser la contraception dans le futur.

En fait, l'évaluation de la demande de contraception doit tenir compte, non seulement des attitudes des femmes mais également de leurs maris. En essayant de mesurer les besoins non-satisfaits au sein des couples et non seulement chez les femmes, et en se limitant pour des raisons de données, aux besoins de limitation des naissances, on a pu constater que pour 29% des couples, il y a une certaine discordance entre les demandes des maris et celles de leurs épouses. Ainsi, parmi les femmes ayant un besoin non-satisfait de planification familiale, 59% ont des maris n'ayant pas de demande de planification familiale. En revanche, 24% des femmes sans demande de planification familiale sont mariées à des hommes ayant un besoin non-satisfait. Ceci indique, qu'en matière de satisfaction des besoins de planification familiale, il faut tenir

compte à la fois des aspirations du mari et de l'épouse et œuvrer pour une meilleure communication entre conjoints.

Au terme de cette analyse, et après avoir montré l'importance de l'information et de la communication entre conjoints en matière de planification familiale, cette étude suggère la nécessité de transformer la demande latente parmi ceux qui ont un besoin non-satisfait de planification familiale en une demande manifeste. Pour ce faire, il importe de :

- faciliter l'accès aux services de la planification familiale, en diminuant les coûts financiers, psychologiques et physiques et réduire les contraintes de temps (durée de déplacement et d'attente) ;
- améliorer la qualité des services (accueil, conseils, genre de personnel médical, diversification des méthodes fournies) ;
- dissiper les rumeurs qui font obstacle à l'adoption de méthodes contraceptives efficaces, et diffuser les idées concernant la légitimité de la planification familiale, des méthodes de contraception et du modèle de famille réduite ;
- informer les femmes, les hommes et les jeunes sur les méthodes disponibles et les lieux où on peut se les procurer ainsi que sur leur fonctionnement ;
- intégrer les services de planification familiale dans les programmes de santé de reproduction ;
- favoriser la discussion entre les conjoints et autres membres de la famille sur la planification familiale ;
- viser aussi bien les hommes que les femmes.

Bibliographie

Azelmat, M, M. Ayad, et L. Housni,. **Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la Population au Maroc (ENPS-II) 1992**. Columbia, Maryland : Ministère de la Santé Publique et institute for resource Development/Westinghouse. 1993.

- Bongaarts, J., *Do Reproductive intentions matter ?* **Conférence Mondiale sur les Enquêtes Démographiques et de la Santé**, vol. 1 1991, pp : 223-248.
- Bongaarts, J., *The KAP-GAP and the unmet need for contraception*. **Population and Development Review** 17, n°2 1991, pp : 293-313.
- Bongaarts, John and Judith Bruce. *The causes of unmet need for contraception and the social content of services*. **Studies in family planning** 26, n° 2 1995, pp :57-75.
- Bankole, A., *Desired fertility and fertility behaviour among the yoruba of Nigeria : A Study of couple preferences and subsequent fertility*, **Population Studies** 49, n° 2 1995, pp :317-328.
- Bulatao, R. A. and R. D.Lee (eds.). *Determinants of fertility in. Developing countries : Fertility Regulation and institutional Influences*, volume 2. 1983, New York. Academic Press.
- Card, J.J. *The correspondence of data gathered from husband and wife : Implications for family planning studies*, **Social biology**, 25, n° 3 1978, pp : 196-204.
- Casterline, J.B., A. E. Perez, et A. E. Biddlecom. *Factors underlying unmet need for family planning in the philippines*, **Research Divisions Working Paper** No. 84. 1996, New York : The Population Council.
- Curtis, S. L. et K. Neitzel. *Contraceptive knowledge, use, and sources*, **DHS Comparative Studies** n°19. Calverton, MD : Macro International, 1996.
- Curtis, S.L. et C.F. Westoff. *Intention to use contraceptives and subsequent contraceptive behavior in Morocco*, **Studies in Family Planning** 27, n° 5 1996, pp : 239-250.
- Doborah, S. DeGraff et V. de Silva. *Unmet Need for Contraception in Srilanka*. **International Family Planning Perspective**. 17, n°4 1991, pp : 123-130.
- Dodoo, F.N.A. *A couple analysis of micro level supply/demand factors*, **Fertility regulation Population Research and Policy Review**, 12.1993, pp : 93-101.
- Dodoo, F. N.A et A. Seal *Explaining spousal differences*, in. reproductive preferences : A gender inequality approach, **Population and Environment** 15, n° 5. 1994, pp : 379-394.
- Ezeh, A. C., M. Seroussi, et H. Raggars. *Men's Fertility, contraceptive use, and reproductive preferences*, **DHS Comparative Studies** n°. 18 1996, Calverton, MD : Macro International.
- Freedman, R. A.I.Hermalin et N.C.Chang. *Do statements about family size predict fertility ?* **The case of Taiwan Demography**, 12 ; 1975, pp : 407-416.
- Ezeh, A.C., *The influence of spouses over each others contraceptive attitudes in GHANA*, **Studies in Family Planning**, 24 1993, pp : 163-174.
- Mason, Karen O. and Anju M. Taj. *Differences between women's and men's reproductive goals in developing countries*, **Population and Development Review** 13, n° 1987, pp : 611-638.
- Mc Donald, E.T et L.L.Bampass. *Fertility desires and fertility. Hers, his and theirs ?* **Demography**, 27 1990, pp 579-588.
- Morgan, S. P. *Individual and couple intention for more children : A research note*, **Demography** 22, n° 1 1985, pp : 125-132.
- Mott, F.L. et S. H. Mott. *Household fertility decisions in west africa : A comparison of male female survey results*, **Studies in Family Planning** 16, n° 2 1985, pp : 88-99.

- Nortman, Dorothy. *Measuring the Unmet Need For Contraception to space and limit Births*. **International Family Planning Perspectives** 8, n°4 1982, pp : 125-134.
- Jaccard, J, D. Brinberg, et P. Dittus. *Couple decision-making : individual- and dyadic-level analysis*, in David Brinberg and James J. Jaccard (eds), **Dyadic Decision Making**, 1989, pp :. 81-103. New York : Springer-Verlag.
- Joesoef, M. R., A. L. Baughman, et B. Utomo, *Husband's approval of contraceptive use, in metropolitan indonesia : program implications*, **Studies in family plannig** 19,no.3 1988, pp :162-168.
- Koenig, M. A., G. B. Simmons et B.D. Misras, *Husband-wife inconsistencies in contraceptive use reponses*, **Population Studies** 38,n° 2 1984, pp : 281-298.
- Rutenbeg, N, M. Ayad, L. H. Ochoa, et M. Wilkinson. *Knowledge and use of contraception*, **DHS Comparative Studies**, n°6. Columbia Maryland : Institute for Ressource Development,1991.
- Ringheim k. *Factors that determine prevalence of use of contraceptive methodes for men*, **Studies in. Family Palnning** 24, n° 2 1993, pp : 87-99.
- Salways, S., *How attitudes toward family plannig and discussion between wives and husbands affect contraceptive use in ghana*, **International Family Planning Perspectives** 20, n° 2 1994, pp :44-47.
- Thomson, E.Mc D, et L Bumpass. *Fertility desires and fertility : his, hers, and theirs*, **Demography** 27, n°4 1990, pp : 579-588.
- Westoff, C.F. et L.H. Ochoa., *Unmet and Demande For Family Planning*. **DHS Comparative Studies** n°5, Columbia, Maryland : Institute for Ressource Development/Macro,1991. International, Inc.
- Westoff, C. et R.A. Peibly, *Alternative mesures of unmet need for family planning in Developing Countries*. **International family planning perspectives**. 7, n°4, 1981, pp : 126-136.
- Westoff, C. F., *The Potential Demande for Family Planning : A New Mesure of Unmet Need and Estimes for Five Latin American Countries*. **International Family Planning Perspectives**. 7,n°4, 1988, pp : 126-136.

Chapitre 3 : Avortement, consultation prénatale et grossesse non désirées

Introduction

Bien qu'un mauvais état de santé chez la mère et l'enfant soit étroitement corrélé aux conditions socio-économiques, la santé de la mère et celle de l'enfant n'ont pas souvent été traitées de manière simultanée. Les soins prodigués à la femme enceinte ont même souvent eu la justification implicite que les bénéfices vont uniquement à l'enfant, ce qui a conduit certains auteurs comme Rosenfield et Maine (1985) à se poser la question « Where is the M in the MCH ? »¹ Depuis, les débats se sont multipliés aux niveaux national et international et la santé maternelle a finalement reçu plus d'attention.

Cette prise de conscience a été suscitée par la conférence de 1987 tenue à Nairobi sur la Maternité Sans Risque et la Conférence de 1989 à Niamey et à Bamako sur l'initiative relative à la revitalisation des soins de santé primaire qui recommandait que l'accent soit davantage mis sur la santé maternelle et infantile. Tout récemment, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), tenue au Caire en 1994 a développé un concept qui traduit une vision plus globale sur les questions entourant la santé de la reproduction.

Dans cette perspective, le Maroc, conscient de l'interaction entre la population et le développement économique, souscrit aux principes relatifs à la planification familiale et à la santé reproductive. Dans ce cadre, la définition de la santé de la reproduction qui est adoptée dans le programme d'action de la CIPD et approuvée par l'Assemblée Générale des Nations Unies dans sa résolution 49/128, fait référence à la

¹ Notre traduction : où est la mère dans la santé maternelle et infantile (SMI).

définition de la santé contenue dans la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). On entend donc par santé reproductive :

« Le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Une telle définition suppose qu'une personne :

- peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu qu'elle le désire.

Cette dernière condition implique qu'homme et femme ont le droit d'être informés et :

- d'utiliser la méthode de planification des naissances de leur choix, qui ne soit pas contraire à la loi, méthode qui doit être sûre, efficace, abordable et acceptable ;
- d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien leur grossesse et accouchement et qui donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation, en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine.

On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non seulement la prestation de conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles.

Dans le même cadre, la section 8.25 de la CIPD mentionne que « l'avortement ne devrait en aucun cas être promu en tant que méthode

de planification familiale ». La même section appelle à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et de réduire le recours à celui-ci. Pour avancer dans ce domaine, il faut accroître et offrir des services de planification familiale de qualité.

A travers cette définition, réduire le recours à l'avortement, accroître les possibilités de choix en matière de procréation pour éviter les grossesses non désirées, et offrir les soins prénatals de qualité constituent les buts et les recommandations de la CIDP.

Ces aspects seront analysés dans le cadre de cette étude qui s'emploiera à :

- donner un aperçu sur le contexte juridique et religieux de l'avortement ;
- apprécier le volume des avortements à travers les différentes études réalisées au Maroc ;
- étudier les facteurs qui influencent les grossesses non désirées ; et
- étudier la consultation prénatale et ses déterminants.

I. Définition

Selon l'OMS, on entend par avortement l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit capable de mener une vie extra-utérine indépendante. On admet traditionnellement que le fœtus est viable à la 28^{ème} semaine de gestation, à compter du premier jour des dernières règles.

On entend par avortement provoqué celui qui résulte d'une intervention délibérée de la femme elle-même ou d'un tiers en vue d'interrompre la grossesse. Tous les avortements qui ne sont pas volontairement provoqués sont qualifiés de spontanés, même en présence d'une cause extérieure telle qu'un traumatisme, un accident ou une maladie. On donne également le nom de fausse-couche à l'avortement spontané ».

II. Contexte juridique

L'avortement est un phénomène réglementé dans un grand nombre de pays par des législations nationales, qui s'accordent le plus souvent avec la jurisprudence des théologiens, des oulémas et des penseurs ainsi qu'avec leur position concernant le droit à la vie et la protection de la santé de la femme enceinte. Au Maroc, le législateur a abordé l'avortement dans le cadre du Code Pénal de 1962.

1. Interdiction de l'avortement comme « principe »

Comprenant 10 articles (449-458), la section avortement du Code Pénal tel qu'il est modifié et complété, aborde l'interdiction de l'avortement comme « principe ». A cet effet, l'article 449 stipule en particulier que :

« Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par autre moyen, a procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, est puni de l'emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 200 à 500 dirhams. » Si la mort en est résultée, la peine est la réclusion de dix à vingt ans ».

Il ressort de cet article, que même avec le consentement de la femme, l'avortement au Maroc reste interdit.

Par ailleurs, le législateur a doublé les sanctions dans le cas où le coupable se livre habituellement aux actes précités par l'article 449 ; celles-ci sont prévues dans l'article 450 qui stipule :

« S'il est établi que le coupable se livrait habituellement aux actes visés par l'article précédent, la peine d'emprisonnement est portée au double dans le cas prévu à l'alinéa premier, et la peine de réclusion portée de vingt à trente ans dans le cas prévu à l'alinéa 2 ».

Dans le cas où en vertu des dispositions de l'article 449 ou du présent article, une peine délictuelle est seule encourue, le coupable peut, en outre, être frappé pour cinq ans au moins, et dix ans au plus de l'interdiction d'un ou plusieurs des droits mentionnés à l'article 40 du Code Pénal et de l'interdiction de séjour.

En outre, le législateur a inventorié la liste des personnes pratiquant ou ayant une relation avec la pratique médicale, paramédicale, pharmaceutique et traditionnelle. Ils sont eux mêmes assujettis aux sanctions prévues par les articles 449 et 450. La liste de ces personnes et les sanctions sont précisées dans l'article 451 comme suit :

« les médecins, chirurgiens, officiers de santé, dentistes, sages-femmes, *muwallida*, pharmaciens, ainsi que les étudiants en médecine ou art dentaire, les étudiants ou employés en pharmacie, les herboristes, bandagistes, marchands d'instruments de chirurgie, infirmiers, masseurs, guérisseurs et *qabla*, qui ont indiqué, favorisé ou pratiqué les moyens de procurer l'avortement sont, suivant les cas punis des peines prévues aux articles 449 ou 450 ci-dessous »

L'interdiction d'exercer la profession prévue à l'article 87 du Code Pénal est, en outre, prononcée contre les coupables, soit à titre temporaire soit à titre définitif. Le contenu des articles 449 à 451, fait apparaître clairement que le législateur marocain interdit l'avortement et son interdiction est retenue comme « principe ». Il a appuyé ceci par diverses mesures et sanctions. Toutefois, il s'est confronté à des situations où la santé ou la vie de la femme courent un danger réel. Devant cette situation, il a permis l'avortement avec des conditions additionnelles. A cet effet, le décret royal, en date du 1^{er} juillet 1967, a abrogé le dahir du 10 juillet 1939 réprimant la provocation de l'avortement et la propagande anticonceptionnelle. Le même décret a modifié les dispositions de l'article 453 du code pénal qui prévoit désormais que :

« L'avortement n'est pas puni lorsqu'il constitue une mesure nécessaire pour sauvegarder la santé de la mère et qu'il est ouvertement pratiqué par un médecin ou un chirurgien avec l'autorisation du conjoint.

Si le praticien estime que la vie de la mère est en danger, cette autorisation n'est pas exigée. Toutefois, avis doit être donné par lui au médecin-chef de la préfecture ou de la province.

A défaut du conjoint, ou lorsque le conjoint refuse de donner son consentement ou qu'il en est empêché, le médecin ou le chirurgien ne peut procéder à l'intervention chirurgicale ou employer une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse qu'après avis écrit du médecin-chef de la préfecture ou de la province attestant que la santé de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'un tel traitement ».

Là encore, le Ministère de la Santé a arrêté les conditions de prise en charge de l'avortement thérapeutique¹. Il précise que le médecin intéressé doit réaliser toute intervention ayant pour but une interruption de grossesse, à l'instar des autres interventions, dans les règles de déontologie, d'éthique et de sécurité. Pour ce faire, les interventions doivent toujours être pratiquées dans les formations sanitaires ou établissements de soins disposant de toute infrastructure médicale et chirurgicale nécessaire à cet effet ».

¹ Ministère de la Santé Publique, circulaire n° 35 DR/10 du 10 Octobre 1993, adressée à l'ensemble des médecins délégués aux Wilayas, Provinces et Préfectures médicales et avec une ampliation au Président du Conseil National de l'Ordre National des Médecins

2. Respect du « principe » de l'interdiction par le législateur marocain

Il n'est pas sans intérêt de relever que les textes juridiques du Code Pénal marocain relatifs à l'avortement font prévaloir l'école malékite sans toutefois mentionner la période de 120 jours de gestation (avant le souffle de vie) durant laquelle et selon certains *fugaha*, l'avortement thérapeutique est permis.

Dans ce cas, l'article 454 stipule que :

« est puni de l'emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 120 à 500 dirhams la femme qui s'est intentionnellement faite avorter ou a tenté de le faire, ou qui a consenti à faire usage de moyens à elle, indiqués ou administrés à cet effet ».

Dans cette même perspective, le législateur a prévu des sanctions pour toute propagande ou publicité en faveur de l'avortement quel que soit le moyen de communication utilisé, y compris les enveloppes fermées (article 455).

En vertu des disposition de cet article :

« est puni des mêmes peines, quiconque aura vendu, mis en vente ou fait vendre, distribué ou fait distribuer, de quelque manière que ce soit, des remèdes, substances, instruments ou objets quelconques sachant qu'ils étaient destinés à commettre l'avortement, lors même que ces remèdes, substances, instruments ou objets quelconques, proposés comme moyens d'avortement efficaces, seraient, en réalité, inaptes à le réaliser.

Toutefois, lorsque l'avortement aura été consommé à la suite des manœuvres et pratiques prévues à l'alinéa précédent, les peines de l'article 449 du code pénal seront appliquées aux auteurs desdites manœuvres ou pratiques ».

Plus encore, les sanctions vont jusqu'à l'interdiction des condamnés ou complices d'exercer une fonction et de remplir un emploi, à quelque titre que ce soit, dans des cliniques ou maisons d'accouchement et tout établissement public ou privé recevant habituellement à titre onéreux ou gratuit et en nombre quelconque, des femmes en état réel apparent ou présumé de grossesse (article 456).

Le législateur ajoute dans l'article 457 « en cas de condamnation prononcée par une juridiction étrangère, et passée en force de chose jugée pour une infraction constituant, d'après la loi marocaine, une des infractions spécifiques à la présente section, le tribunal correctionnel du domicile du condamné déclare, à la requête du ministère public, l'intéressé dûment appelé en la chambre du conseil, qu'il y a lieu à application de l'interdiction prévue à l'article précédent ».

En dernier lieu, l'article 458 stipule que « Quiconque contrevient à l'interdiction dont il est frappé en application des articles 456 ou 457 est puni de l'emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 200 à 1 000 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement ».

III. Contexte religieux

Le Coran et la tradition du Prophète/la Sunna n'ont pas expressément évoqué l'avortement. Par ailleurs, l'infanticide (*Wa'd*) qui fut une pratique anté-islamique est sévèrement condamnée. A cet effet, plusieurs versets du Coran sont consacrés à cette coutume. Voici quelques versets repris par M. Ayad (1977)¹ et A. Kouaouci (1983)² :

¹ Ayad, M., **La doctrine de population en Islam**, thèse de doctorat, Université de Paris, Panthéon-Sorbone 1976-1977, p 88-90

² Kouaouci, A., **Normes, familles islamiques et fécondité en Jordanie**, Département de démographie-Louvain- la Neuve, 1983.

« Ne tuez point vos enfants par crainte de la pauvreté, nous leur donnerons leur nourriture ainsi qu'à vous. Les meurtres que vous commettez sont un péché atroce »¹ ;

« Ils sont perdus ceux qui tuent leurs enfants par folie, par ignorance »² ;

« Ne tuez point vos enfants à cause de l'indigence »³.

Dans ce même ordre d'idées, la législation marocaine sanctionne sévèrement cette pratique. L'article 397 de la section « l'homicide volontaire de l'empoisonnement et des violences » du Code Pénal marocain stipule que : « Quiconque donne intentionnellement la mort à un enfant nouveau-né est coupable d'infanticide et puni, suivant les distinctions prévues aux articles 392 et 393, des peines étudiées à ces articles ».

Toutefois, la mère, auteur principal ou complice du meurtre ou de l'assassinat de son enfant nouveau-né, est punie de la peine de la réclusion de cinq à dix ans, mais sans que cette disposition puisse s'appliquer à ses coauteurs ou complices ».

Plus encore, les dispositions religieuses concernant la pratique de l'avortement sont abordées plutôt par les différentes écoles juridiques (*Madhàhib*) qui ont fait leur apparition au début de l'époque Abbasside au 8^{ème} siècle.

L'école Malékite, qui est le rite (*Madhabab*) en vigueur au le Maroc, interdit l'avortement sauf dans le cas où la poursuite de la grossesse risque de mettre la santé ou la vie de la mère en danger. Elle distingue, à l'instar des autres écoles orthodoxes (Shafi'ite, Hanbalite et Hanafite)

¹ Les traductions sont puisées de Kasirmirski, Paris, Garnier, Flammarion, 1970 : Coran, Sourate 17, verset 31.

² Coran, Sourate, 6, verset 142.

³ Coran, Sourate, 6, verset 152.

l'avortement avant et après le souffle de vie, qui correspond généralement à 120 jours de gestation¹.

Les fondateurs de ces écoles, leurs zones d'influence² et leur position concernant l'avortement avant le souffle de vie sont donnés dans le tableau suivant :

<i>Ecoles</i>	<i>Fondateurs</i>	<i>Sources de la Sharia</i>	<i>Zones d'influence</i>	<i>Position relative à l'avortement. Avant le souffle de vie (120 jours de gestation)</i>
Malékite	Malek Ibn Anas (713-795)	Coran, sunna, consensus (<i>Ijmâ'</i>)	Maghreb, Niger, Sénégal, Haute Egypte	Prohibe l'avortement, mais l'autorise dans le cas où la santé de la mère est en danger
Hanifite	Abou Hanifa (699-767)	Coran, sunna, principe d'analogie (<i>Qiyâs</i>)	Turquie, Basse-Egypte, URSS, Inde, Pakistan et Chine	Permis mais blâmable si la femme le pratique sans raison valable
Shafi'ite	Al-Shâfi'î (767-820)	Coran, sunna, analogie, consensus	Syrie, Indonésie, Afrique Orientale	Avis partagés entre permis et interdit
Hanbalite	Ahmed Ibn Hanbal (780-855)	Coran, sunna. Refus de toute innovation	Arabie Saoudite	Illicite assimilé à un péché

Après le souffle, toutes les écoles déclarent interdit l'avortement au-delà de 120 jours de gestation et l'assimilent à un crime réel. Toutefois, le recours à celui-ci reste permis lorsque la poursuite de la grossesse constitue un danger pour la vie de la mère.

¹ M. Ayad, Op. cit.

² Milot, J. R., **Islam et Musulman**, Montréal, FIDES, 1975, p. 108.

IV. Mesure de l'avortement

Les restrictions juridiques, religieuses et culturelles n'éliminent pas le recours à l'avortement. Son incidence et ses tendances sont difficiles à évaluer faute de données et études appropriées sur le sujet. En revanche il est malaisé d'estimer le nombre d'avortements privés et illégaux. Néanmoins, les enquêtes démographiques et de prévalence contraceptive ont introduit des questions limitées sur l'avortement. Par ailleurs, l'Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés de 1986- 1988 a, entre autres, porté sur l'observation des cohortes de femmes enceintes. Ces données seront complétées par une estimation indirecte (Johnston et Hill, 1996) et par l'étude sur les besoins en santé sexuelle de la population de Dchira (Agadir) et Jnanate (Fès) réalisée en 1997 par l'Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF).

En 1984, l'Enquête Nationale sur la Prévalence Contraceptive (ENPC) a introduit deux questions¹ sur l'avortement provoqué. Celles-ci ont permis d'estimer le volume des avortements et de connaître l'opinion des femmes sur le recours à ceux-ci. Cette enquête a révélé que sur un total de 5243 femmes non célibataires interrogées, 247 (soit 4,7%) avaient déclaré avoir eu recours à l'avortement pour interrompre leurs grossesses. Elles totalisent 372 avortements, dont 20 cas ont eu lieu au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Durant la même année 1520 naissances ont été enregistrées. Ces données sont donc nécessaires pour apprécier certains indicateurs, plus particulièrement le taux

¹ Q318- Certaines femmes demandent au docteur ou à la sage femme de mettre fin à leur grossesse en pratiquant un avortement. En ce qui vous concerne, avez vous eu déjà un avortement provoqué ?

Si OUI, combien de fois avez-vous avorté ?

Q321- Etes vous d'accord qu'une femme aille chez le docteur pour un avortement ?

d'avortement et le rapport d'avortement¹. En outre, l'Enquête de Panel réalisée en 1995 a introduit une question sur l'avortement provoqué².

1. Fréquence des avortements

Au Maroc, la pratique de l'avortement reste un phénomène moins fréquent. L'ENPC de 1984 a révélé que seulement 4,7% des femmes non célibataires ont déclaré avoir eu recours au moins une fois à l'avortement. Ce chiffre, selon l'EPPS de 1995, est passé à 4%.

Tableau 1 : Répartition des femmes selon le nombre d'avortements

<i>Nombre d'avortements</i>	<i>ENPC (1984)</i>		<i>EPPS(1995)</i>	
	<i>Nombre</i>	<i>%</i>	<i>Nombre (*)</i>	<i>%</i>
1	167	68	42	39
2	65	26	31	28
3 et plus	15	6	36	33
Total	247	100	109	100

* Y compris les fausses couches

Mais le fait le plus saillant est la fréquence fort élevée des avortements répétés. A ce niveau, parmi 247 femmes ayant déclaré en 1984 avoir eu recours à un avortement au moins, 80 femmes (32%) ont avorté au moins deux fois. Elles totalisent à elles seules 205 avortements, soit 55% de l'ensemble. Cette même tendance est observée en 1995, étant donné que le phénomène d'avortement est très souvent répété chez les mêmes femmes. Parmi les 109 femmes, 67 ont avorté au moins deux fois. Elles totalisent 219 avortements sur 261, soit 80% du total déclaré.

¹ Taux d'avortement est le nombre d'avortements par femme âgée de 15-49 ans durant une année donnée multiplié par 30 ans qui correspond au nombre d'années d'exposition.

Taux d'avortement=30*(nombre d'avortements/Femmes 15-49 ans)

Le rapport d'avortement est le nombre d'avortements par 1000 naissances vivantes durant une année donnée :

Rapport d'avortement=(Nombre d'avortements/Naissances vivantes)*k

² Q355- Avez-vous jamais eu une grossesse non désirée que vous (ou quelqu'un d'autre) avez stoppée ?

En dernier lieu, il n'est pas sans intérêt de relever que pour la période allant de 0 à 11 mois avant l'enquête, l'ENPC de 1984 a montré que le taux d'avortement est de 13‰ naissances vivantes.

Dans une étude récente (AMPF, 1997) réalisée dans la localité urbaine de Dcheira (Agadir) et la localité urbaine de Jnanate (Fès), on remarque que, sur un effectif de 473 femmes âgées de 15 à 50 ans, 165 ont eu recours au moins une fois à l'avortement, soit 35%. Là encore le phénomène d'avortement apparaît peu fréquent et ne concerne et se répète que chez les mêmes cas, étant donné qu'une femme sur trois a connu au moins deux avortements.

Concernant le statut matrimonial, l'enquête révèle que les femmes non mariées ont eu aussi, à un moment de leur vie féconde, des antécédents d'avortement. Selon le niveau d'instruction, les femmes du niveau supérieur sont plus nombreuses à recourir à l'avortement que les autres.

Tableau 2 : Répartition des femmes ayant des antécédents d'avortement selon l'état matrimonial et le niveau d'éducation dans les deux localités (Fès et Agadir), 1997

<i>Caractéristiques des femmes</i>	<i>Effectif</i>	<i>(%) des antécédents d'avortement</i>
<i>Etat matrimonial</i>		
Mariée	380	31
Célibataire	22	54
Divorcée	54	52
Veuve	17	47
<i>Niveau de scolarité</i>		
Sans instruction	195	34
Primaire	132	33
Secondaire	98	33
Supérieur	48	46
Total	473	35

Source : Etude sur les besoins de la population de Dcheira et Jnanate en santé sexuelle et reproductive, AMPF, 1997

Cette même enquête a été complétée par une étude en milieu hospitalier de Rabat. Ses résultats montrent que sur un total de 508

femmes ayant un antécédent d'avortement, 106 ont eu recours au moins deux fois (21%) à l'avortement contre 402 femmes avec au plus une fois (79%). Le nombre d'avortements cumulé correspond à 677, soit une moyenne de 1,33 avortement par femme.

2. Risque d'avortement

Au cours de sa grossesse, chaque femme enceinte est exposée à un certain risque d'avortement. La survie de la grossesse jusqu'au 6^{ème} mois, durée après laquelle l'avortement n'est plus possible, est estimée par l'observation longitudinale entreprise dans le cadre de l'Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés de 1986-88. Toutefois les données disponibles ne permettent pas de distinguer entre l'avortement provoqué et la fausse couche.

Au cours des quatre passages effectués, 264 cas d'avortement ont été observés parmi 6262 grossesses dont la durée ne dépassait pas 6 mois. Ces données ont permis de construire, par analogie à la table de mortalité classique, une table de mortalité fœtale par durée (en mois) de grossesse. Les résultats montrent, qu'au niveau national, le quotient d'avortement est plus élevé au cours du premier trimestre de la grossesse : le quotient qui est de 30‰ au premier mois de grossesse passe à 34‰ entre le 2^{ème} mois et le 3^{ème} pour atteindre seulement 10,5‰ entre le 6^{ème} et 7^{ème} mois. Mais si l'on fait référence au milieu de résidence, on constate des différences importantes : en milieu urbain les différents quotients sont plus élevés qu'en milieu rural et surtout au cours des quatre premiers mois de grossesse. A ce niveau on remarque que les femmes urbaines recourent précocement à l'avortement (durant le premier mois) comparées aux femmes rurales.

3. Perception de l'avortement :

D'après l'ENPC de 1984, les femmes mariées sont moins nombreuses à approuver le recours à l'avortement : 29% seulement sont pour l'avortement dans le cas où la vie ou la santé de la femme enceinte

est en danger. Mais, lorsque l'enfant risque de naître handicapé, 18% sont pour le recours à celui-ci. Ces données comportent des différences selon l'âge, l'éducation et la pratique antérieure de l'avortement. Concernant le niveau d'instruction, plus de 60% des femmes ayant un niveau secondaire ou plus, sont pour le recours à l'avortement lorsque la vie ou la santé de la femme enceinte est en danger, et 45% lorsque l'enfant risque de naître handicapé. Par ailleurs, les femmes de moins de 30 ans et celles ayant déjà avorté sont plus nombreuses à approuver l'avortement que les autres. Le tableau 2 met en évidence ces différences.

Tableau 3 : Opinion des femmes mariées sur le recours à l'avortement

<i>Caractéristiques des femmes</i>	<i>Pour l'avortement lorsque la vie de la femme est en danger</i>	<i>Pour l'avortement lorsque la santé de la mère est en danger</i>	<i>Pour l'avortement Lorsque l'enfant risque de naître handicapé</i>
<i>Age actuel</i>			
Moins de 30 ans	31,6	31,2	21,6
30 ans et plus	25,6	26,4	12,9
<i>Education</i>			
Sans instruction	26,3	26,6	15,7
Primaire	40,3	39,7	29,8
Secondaire et plus	63,8	60,0	45,4
<i>Pratique antérieure de l'avortement</i>			
A déjà avorté	49,4	48,6	34,8
N'a jamais avorté	28,5	28,5	17,6
<i>Total</i>			
%	29,4	29,4	18,4
Nombre	1544	1544	967

Source : Service des études et de l'information sanitaire. Flash d'information sanitaire, n°3, novembre 1987

En guise de conclusion, on relève que l'avortement est un acte généralement désapprouvé par les femmes marocaines. Son approbation est plus ressentie chez les femmes avec un niveau d'éducation supérieur, et plus une fois la vie (64%) ou la santé (60%) de la mère est en danger ou lorsque, l'enfant risque de naître handicapé (45%).

4. Vécu de l'avortement

La partie qualitative de l'étude menée par l'AMPF en 1997 a mentionné que trois femmes sur quatre ne sont pas informées sur les risques et les complications de l'avortement. Dans ce même ordre d'idées, l'avortement se pratique le plus souvent dans la discrétion : la moitié des familles de cas ayant subi un avortement n'était pas au courant, étant donné que cet acte est jugé illégal par la loi, la religion et les coutumes (*hareem*). Toutefois, l'étude a révélé que 47% des femmes avortées, ont eu recours à l'assistance de personnes étrangères à leur famille et voisinage.

5. Estimation indirecte

Dans une étude comparative récente (Johnston et Hill, 1996) l'avortement résiduel est estimé à partir du modèle de Bongaarts. Ce modèle qui mesure les effets « inhibiteurs » des déterminants immédiats de la fécondité permet, par un réarrangement de ces composantes, de déduire l'indice d'avortement.

L'équation du modèle de Bongaarts se présente comme suit :

$$ISF = C_m * C_c * C_a * C_i * TF$$

ISF = l'indice synthétique de fécondité calculé sur l'ensemble des femmes. Il mesure le nombre total d'enfants qu'une femme aurait eu à la fin de sa vie féconde si elle était soumise à des taux de fécondité par âge influencés par l'ensemble des quatre variables intermédiaires.

TF est l'indice de fécondité totale ou potentielle. Il mesure la fécondité totale qu'aurait une femme continuellement mariée entre 15 et 49 ans, n'allaitant pas, n'utilisant pas de méthodes contraceptives et n'ayant pas d'avortement provoqué (sa valeur est fixée à 15,3)

C_m est l'indice pour la réduction proportionnelle de la fécondité causée par la non exposition aux rapports sexuels ;

C_c est l'indice pour la réduction proportionnelle de la fécondité causée par l'utilisation de la contraception ;

C_a est l'indice pour la réduction proportionnelle de la fécondité causée par l'avortement provoqué ;

C_i est l'indice pour la réduction proportionnelle de la fécondité causée par l'insusceptibilité post-partum.

A partir de l'équation de Bongaarts, l'indice résiduel de l'avortement peut être estimé de la manière suivante :

$$C_a = ISF / (C_m * C_c * C_i * TF)$$

Tout comme les indices relatifs aux autres variables intermédiaires, l'indice de l'effet de l'avortement représentant les effets réducteurs qu'exerce l'avortement sur la fécondité devrait avoir une valeur entre 0 et 1. L'indice égal à 1 signifie que le facteur correspondant n'a aucun effet sur la fécondité, 0 indique théoriquement l'inverse : le facteur n'a aucun effet sur la fécondité.

Tableau 4 : Indice synthétique de fécondité et estimation des indices relatifs aux variables intermédiaires de certains pays

Pays	ISF observé	Indice de mariage	Indice de contraception	Indice d'insusceptibilité	Indice de l'avortement
Maroc (1987)	4,84	0,619	0,718	0,735	0,967
Maroc(1992)	4,04	0,612	0,662	0,760	0,856
Egypte(1988)	4,69	0,683	0,672	0,891	0,891
Egypte(1992/89)	3,93	0,653	0,577	0,821	0,821
Jordanie (1990)	5,57	0,604	0,724	0,941	0,941
Turquie(1993)	2,65	0,614	0,609	0,515	0,515

Source : Perspectives internationales sur le planning familial. Numéro spécial de 1996.

D'après le tableau 4, l'impact de l'avortement sur la fécondité au Maroc est faible mais il n'est pas marginale. Estimé à 0,986 en 1987, son effet semble légèrement augmenter puisqu'il est de 0,856 en 1992. Comparativement avec d'autre pays, le Maroc se situe, au début des années quatre vingt dix, entre l'Egypte et la Jordanie avec respectivement 0,821 et 0,941.

Les restrictions juridiques, religieuses et culturelles n'éliminent pas le recours à l'avortement. Il est perçu comme un « pêché » et se déroule dans le silence et la discrétion¹. Les conséquences de cette pratique constituent un problème de santé du fait des risques de mortalité et de morbidité² qui lui sont liés. Mais en l'absence de possibilité de prise en charge des cas, et des complications de l'avortement, les programmes de santé offrent des services de prévention des grossesses non désirées et le dépistage des grossesses à risque dans le cadre de la consultation prénatale.

V. Consultation prénatale et grossesses non-désirées

1. Consultation prénatale

Le schéma de la consultation prénatale au Maroc prévoit trois visites à raison d'une visite par trimestre de grossesse. Toutefois et selon le cas, des visites supplémentaires sont recommandées. Le but de la consultation est de traiter les affections ou les complications survenant pendant la grossesse, prévenir les décès et la morbidité tant du côté maternel que fœtal, et promouvoir la santé de la mère et de l'enfant.

Avec les données de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II) de 1992 et la publication toute récente des résultats préliminaires de l'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (PAPCHILD) de 1997, le Maroc dispose d'informations lui permettant d'étudier l'évolution de la consultation prénatale. Cette étude

¹ Selon El Haras [...] « Considéré en général comme étant secret et invisible, l'avortement est justifié par les grossesses répétées, les difficultés économiques pour entretenir les enfants, et des raisons inhérentes à la santé de la mère, ainsi que par les malentendus avec le mari ou la belle-mère. Il est parfois aussi justifié, en cas de grossesse illégitime par compassion pour le bébé et les jeunes (Ain Bida) ». Cf. pour cet auteur, Comprendre les facteurs socioculturels affectant les comportements en matière de démographie et les implications pour la formulation et l'exécution de politiques et de programmes de population, Rabat, 1998.

² L'OMS estime que « l'avortement illégal et donc souvent dangereux, est une des causes majeures de la mortalité maternelle et il est probable la cause de 150000 décès ou plus chaque année », **Population Bulletin**, Vol 50, n° 1, 1995

sera complétée par une analyse approfondie en utilisant les données de l'Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS) de 1995.

Les données sur les consultations prénatales telles que présentées par les différentes enquêtes portent sur les naissances survenues au cours des cinq dernières années précédant chaque opération. En 1992, L'ENPS-II a montré que pour plus des deux-tiers (67%) des naissances, les mères n'ont consulté personne au cours de leurs grossesses. Ce pourcentage est passé à 58% à l'enquête PAPCHILD de 1997. Malgré cette baisse, la majorité des mères marocaines continuent donc à ne pas consulter.

Si le recours à la consultation prénatale, à l'échelon national, reste relativement faible, la situation en milieu rural est préoccupante. En effet, l'enquête de 1992 a montré une très grande disparité entre les deux milieux. En milieu urbain, pour 61% des naissances, les mères ont bénéficié d'au moins une consultation, contre seulement 18% en milieu rural. Cinq ans après, l'analyse des données de l'enquête PAPCHILD montre que l'amélioration enregistrée au niveau national s'est faite en grande partie en faveur du milieu urbain, puisque le pourcentage de consultations y est passé à 69% (soit un gain de 8 points). En milieu rural, ce pourcentage a atteint 20% (soit un gain de 2 points seulement).

Tableau 5 : Evolution des pourcentages de naissances pour lesquelles les mères ont eu au moins une consultation prénatale, par milieu de résidence (1987-1997)

<i>Milieu</i>	<i>1987</i>	<i>1992</i>	<i>1995</i>	<i>1997</i>
Urbain	49	61	79	69
Rural	13	18	28	20
Total	25	33	45	42

La faible couverture en milieu rural trouve sa principale explication dans l'insuffisance de l'offre que connaît ce milieu. En fait, 39% de la population rurale se situe à environ dix kilomètres et plus des structures de santé de base. En plus du facteur d'accessibilité physique on rencontre d'une part, une pénurie en personnel de santé qualifié et surtout les infirmiers de sexe féminin (500 sages femmes pour tout le pays et 200

gynécologues dans le secteur public)¹ et d'autre part, une absence quasi totale du secteur privé.

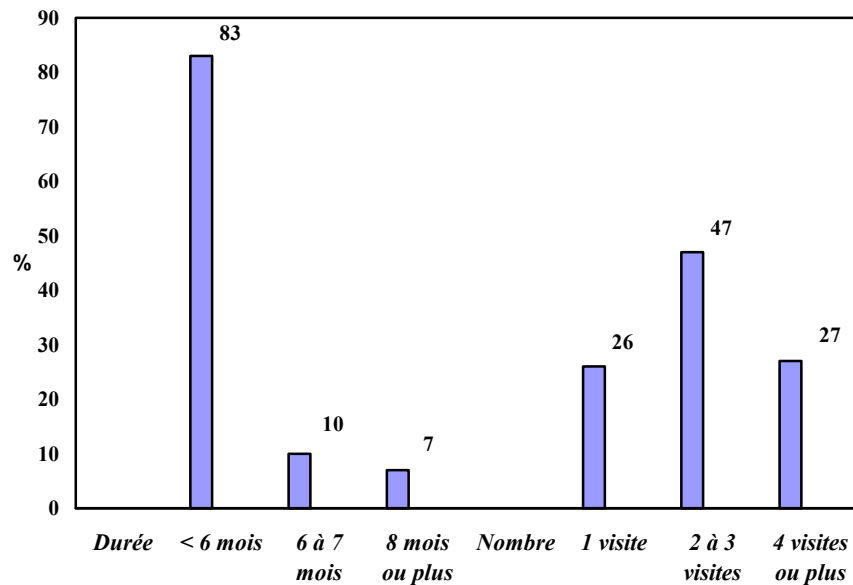
L'utilisation de la consultation prénatale peut être appréciée aussi par la précocité de la première visite et le nombre de visites (fréquence) ; il est donc important de savoir si les visites ont été faites au bon moment puisque cette information revêt une importance toute particulière dans l'étude de l'impact du suivi prénatal sur l'issue de la grossesse.

En référence à la grossesse ayant conduit à la dernière naissance survenue au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, l'EPPS de 1995 montre qu'une femme sur deux (51%) a effectué au moins une consultation prénatale. Parmi ce groupe, on relève qu'une femme sur quatre (26%) l'a effectué une seule fois, et trois sur quatre au moins deux fois.

La consultation prénatale suivant la durée de la grossesse se caractérise par la précocité, du fait que 83% y ont eu recours au cours des cinq premiers mois de la grossesse, contre 17% après le 6^{ème} mois.

¹ Répertoire de l'offre des soins, Ministère de la Santé, Janvier 1996

Visites prénatales selon la durée de grossesse à la première visite



Ces données montrent aussi que des insuffisances subsistent dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, mais l'analyse différentielle de la consultation prénatale au moment de la grossesse ayant conduit à la dernière naissance selon certaines caractéristiques socio-démographiques, montre aussi des disparités notoires. A ce niveau, on relève qu'en milieu rural, seule une femme sur trois (33%) a consulté pour des soins prénatals contre quatre femmes sur cinq (81%) en milieu urbain. Par région, les données montrent des disparités, puisque 64% des femmes résidant dans la région du Centre-Sud ont eu recours aux soins prénatals, contre 40% dans la région du Centre-Nord et la région du Sud.

En ce qui concerne le niveau d'instruction des mères, les différences sont plus accentuées : pour les mères sans instruction, 40% ont subi au moins une consultation contre 73% pour celles ayant reçu une instruction primaire et 91% pour les mères ayant accédé à l'enseignement secondaire ou plus.

Selon certains aspects de la fécondité, on constate que la consultation diminue en fonction du nombre d'enfants nés vivants puisque 68% des femmes, avec au plus une naissance vivante, ont subi au moins une consultation contre 42% parmi celles ayant eu 4 naissances ou plus.

Tableau 6 : Répartition(en %) des femmes non-célibataires par consultation prénatale au moment de la grossesse ayant conduit à la naissance du dernier enfant au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques EPPS, Maroc 1995.

<i>Variables</i>	<i>Consultation prénatale</i>		<i>Ensemble des femmes</i>
	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>	
<i>Age</i>			
15-29	332	50	660
30-39	367	53	691
40-49	126	49	257
<i>Education</i>			
Sans	468	40	1177
Primaire	149	73	204
Secondaire ou plus	208	91	227
<i>Milieu</i>			
Urbain	495	81	612
Rural	330	33	996
<i>Ex-régions économiques</i>			
Nord-Ouest	169	55	308
Centre-Nord	100	40	247
Centre	232	57	409
Oriental	68	62	109
Centre-Sud	75	64	117
Tensift	72	40	181
Sud	109	46	237
<i>Naissances vivantes</i>			
Au plus un enfant	205	68	303
2 à 3	284	56	507
4 et plus	336	42	798
<i>Tentative antérieure d'avortement</i>			
Oui	307	59	524
Non	518	48	1084
<i>Désir de la grossesse</i>			
Le plus tôt	549	49	1125
Plus tard	117	54	216
Ne voulait pas	159	60	267
Total	825	51	1608

Toutefois, les femmes ayant tenté au moins un avortement pour stopper une grossesse non désirée consultaient plus (59%) que les autres (48%). Dans ce même ordre d'idées, les femmes qui ne désiraient pas la grossesse ayant conduit à la naissance du dernier enfant consultaient plus (60%) que celles qui la voulaient au moment où elles sont tombées enceintes (49%).

A travers cette analyse descriptive, pouvons-nous conclure que ces facteurs socio-démographiques influencent le recours à la consultation prénatale ? Parmi ces facteurs, existe-il certains dont l'effet n'apparaît que par leur dépendance avec d'autres ? Pour répondre à ces deux questions, nous allons, par l'analyse multivariée, évaluer l'effet net de chaque facteur.

1.1. Analyse multivariée

Cette analyse est utilisée pour déterminer l'effet net de chacune des variables indépendantes sur une variable dépendante. La variable dépendante considérée correspond au fait de recourir à la consultation prénatale ou non, est de nature dichotomique. Cette modalité explique donc le choix du modèle de régression logistique pour l'analyse de nos données.

Propriété de la fonction logistique

La fonction logistique s'apprête à l'étude des variables dépendantes non continues et souvent qualitatives. Son avantage réside dans le fait qu'elle est approximativement proche de la fonction cumulative normale et elle est simple d'application. Elle permet de modéliser la relation entre une variable dépendante qualitative à deux modalités (avoir consulté au moment de la grossesse ayant conduit à la naissance du dernier enfant ou non) et plusieurs variables indépendantes qui peuvent être quantitatives ou qualitatives. L'expression mathématique du modèle logistique se présente comme suit :

Si P désigne la proportion de femmes appartenant à une sous-population donnée ayant eu recours à la consultation prénatale, le modèle se présentera ainsi :

$$\text{Log} (P/1-P) = a + bx + e$$

« a » est la constante, « e » la variation aléatoire et « b » le vecteur des coefficients qui mesurent l'effet net de « x » sur « P », « x » étant un vecteur des variables indépendantes.

Les paramètres logistiques sont estimés par la méthode du maximum de vraisemblances. Ils indiquent l'effet net de chaque variable indépendante et procurent un test d'association entre la variable indépendante spécifique et la mesure de la consultation prénatale, en tenant constantes les autres variables. A partir des paramètres estimés, nous pouvons calculer :

Les probabilités que l'événement étudié se réalise dans les sous-populations considérées. Elles sont données par :

$$e^{(a+bx)} / 1 + e^{(a+bx)}$$

Le risque relatif, qui permet de mesurer le risque (probabilité) encouru par un individu appartenant à la catégorie « i » d'une variable par rapport à celui appartenant à la catégorie « j » (catégorie de référence) vis-à-vis de l'événement étudié. Il est donné par le rapport de la probabilité que l'événement survienne chez les individus de la catégories « i » d'une variable (par exemple femmes urbaines) à la probabilité de l'événement pour ceux de la catégorie de référence pour cette variable (exemple : femmes résidant en milieu rural).

1.2. Application du modèle

a. Les variables indépendantes :

* L'âge

15-29 ans (age1) ®¹

30-39 ans (age2)

40-49 ans (age3)

* Education

Sans instruction (educ1)®

Primaire (educ2)

Secondaire ou plus (educ3)

* Naissances vivantes au moment de la grossesse

Au plus un enfant (naiss1)®

2 à 3 naissances (naiss2)

4 naissances et plus (naiss3)

* Milieu de résidence Rural (résid1)® Urbain (résid2)

* Région de résidence (Ex- région économique)

Oriental (reg4)®

N. Ouest (reg1)

C. Nord (reg2)

Centre (reg3)

C. Sud (reg5)

Tensift (reg6)

Sud (reg7)

* Désir de la grossesse ayant conduit à la naissance du dernier enfant Ne voulait pas la grossesse ou la voulait mais à plus tard (veut1)®

Voulait la grossesse en ce moment(veut2)

* Discussion avec le mari sur la planification familiale durant leur vie conjugale

Ne discute pas (dispf1)®

Discute (dispf2)

* Discute avec le mari sur le nombre d'enfants que le couple voudrait avoir

Ne discute pas (disna1)®

Discute (disna2)

* Tentative de stopper une grossesse non désirée durant sa vie féconde

Non (avort1)® Oui (avort2)

¹ ® Variable indicatrice de référence.

b. La variable dépendante

Au moins une consultation prénatale au moment de la grossesse ayant conduit à la naissance du dernier enfant survenu au cours des cinq dernières années précédant l'enquête (consul).

c. Résultats

i. Age

L'âge de la femme influence, d'une manière relativement significative et positive, l'utilisation des soins prénatals. En effet, les résultats du tableau ci-après montrent que les femmes âgées de 30 ans et plus sont plus nombreuses à recourir à la consultation prénatale que celles âgées de moins de 30 ans. En d'autres termes les femmes âgées de 30 à 39 ans de 40-49 ans ont respectivement 1,33 et 1,69 fois plus de chance d'effectuer une consultation que les femmes de moins de 30 ans.

ii. Education

L'éducation apparaît comme étant la variable la plus déterminante de l'utilisation des soins prénatals. Elle influence, d'une manière significative et positive la consultation dès qu'on passe des sans instruction au primaire puis au secondaire ou plus. Les femmes du niveau primaire et celles du niveau secondaire ou plus sont plus nombreuses à recourir à la consultation prénatale que les sans instruction : elles ont respectivement 1,67 et 2,28 fois plus de chance de l'effectuer que les sans instruction. Ces résultats viennent confirmer ceux identifiés par l'étude réalisée en Thaïlande par Raghupathy (1996) où l'éducation de la femme émerge comme un déterminant puissant de l'utilisation de la consultation prénatale. Son effet n'est pas uniforme lorsque chaque niveau scolaire est pris séparément¹. D'autre part, l'étude menée au Mali (Zoungrana,1993) montre que l'impact de l'éducation de

¹ Selon Raghupathy. S « The odds of using prenatal care and formal delivery assistance is much greater for women with primary schooling compared to the reference group (the reference is women with 0 year of schooling) ; the effects of higher levels of education on health service use are even stronger ». Cf. pour cet auteur. Education and the use of maternal health care in Thailand, Soc. Sci. Med. Vol 43 n° 4, pp459-471, 1996.

la femme diminue sensiblement quand l'éducation de son conjoint est introduite dans le modèle¹

iii. Naissances vivantes

La prise en compte du nombre de naissances vivantes au moment de la grossesse montre que plus ce nombre augmente, plus la femme a moins de chance de recourir à la consultation prénatale. A cet effet, les femmes avec 2 à 3 enfants et celles avec 4 ou plus ont respectivement moins, soit 0,42 et 0,61 fois de chance d'effectuer au moins une consultation que les femmes avec au plus un enfant. La parité exerce un grand effet significatif et négatif sur l'utilisation des soins de santé maternelle. A mesure que le nombre d'enfants augmente, la femme acquiert l'expérience en matière de soins maternels et pourrait éviter d'y recourir (Zoungrana,1993).

iv. Milieu de résidence

Le milieu de résidence influence positivement et d'une façon significative le recours à la consultation prénatale puisque les résultats de la régression logistique montrent que les femmes du milieu urbain ont 1,24 fois plus de chance de recourir aux soins prénatals que les femmes résidant en milieu rural.

v. Discussion entre conjoints au sujet du nombre d'enfants

Les femmes qui discutent avec leur mari du nombre d'enfants désiré ont 1,24 fois de chance de recourir aux soins prénatals que les autres.

vi Autres variables

Les résultats de la régression logistique (tableau 7) montrent que la région de résidence, les tentatives antérieures d'avortement, la discussion du couple sur la planification familiale et le désir de la grossesse ayant

¹ Selon Zoungrana.C.M « L'impact de l'éducation de la femme diminue sensiblement quand les mesures de l'éducation de son conjoint entre dans le modèle. Il en est de même pour l'éducation du conjoint quand l'effet du type d'activité qu'il exerce est contrôlé » Cf. Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako(Mali).Ph.D en démographie, Université de Montréal Canada, 1993.

conduit à la naissance du dernier enfant n'expliquent pas significativement le recours à la consultation prénatale.

En somme, les services de santé maternelle se caractérisent par une faible utilisation de la consultation prénatale : à hauteur de 58% des naissances survenues au cours de la période 1993-97, les mères n'ont effectué aucune consultation quand elles étaient enceintes. La sous-utilisation est liée à la perception de la grossesse, qui est considérée comme un événement naturel et donc ne relève pas de la médecine moderne (Bouchanine,1994). Elle est vue comme une affaire privée et exclusivement féminine, que l'environnement sanitaire risque de violer. Par ailleurs, plusieurs études (Chang 1980 ; Onyemunwa 1988) citées par Zoungrana 1993, ont identifié l'importance de l'état de santé pendant la grossesse comme étant un déterminant puissant pour la consultation prénatale¹

¹ Cf « [...] l'apparition de conditions anormales pendant la grossesse était une motivation suffisante pour rechercher des soins prénatals et conduit à une surveillance plus intense. IL a été également démontré qu'en particulier, les faibles utilisatrices des services de santé sont connues pour rechercher des visites prénatales si seulement elles sont malades ou si elles perçoivent des complications en cours de grossesse ».

Tableau 7 : Estimation de la probabilité relative à l'utilisation de la consultation prénatale au cours de la grossesse ayant conduit à la naissance du dernier enfant survenu au cours des cinq dernières années chez les femmes mariées âgées de 15 -49 ans, selon les caractéristiques socio-démographiques. L'EPPS (1995).

Variables	Effectif	Probabilité	Risque relatif
Age			
15-29 ®	635	0,31	1
30-39	675	0,4	1,33 *
40-49	247	0,5	1,69 *
Education			
Sans ®	1143	0,31	1
Primaire	194	0,51	1,67 *
Secondaire & +	220	0,7	2,28 *
Naissance vivante au moment de la grossesse			
0-1 (r)	278	0,31	1
2-3	494	0,12	0,58 *
4 & +	785	0,38	0,39 *
Milieu de résidence			
Rural ®	964	0,31	1
Urbain	593	0,7	1,24 *
Région de résidence			
Oriental (r)	109	0,31	100
N. Ouest	295	0,29	0,97
C. Nord	234	0,27	0,97
Centre	397	0,27	0,88
C. Sud	113	0,34	1,11
Tensift	178	0,27	0,89
Sud	231	0,37	1,22
Tentative d'avortement			
Non (r)	1051	0,31	1
Oui	506	0,38	1,24
Discussion avec le mari sur la planification familiale			
Ne discute pas (r)	461	0,31	1
Discute	1096	0,34	1,11
Discussion avec le mari sur le nombre d'enfants			
Ne discute pas (r)	442	0,31	1
Discute	1115	0,39	1,28 * *
Désir de la grossesse			
Désirée (r)	1091	0,31	1
Non désirée	466	0,34	1,11

Log Likelihood = -794.55987

(r) Modalité de référence

* Signification au seuil de 1%

** Signification au seuil de 5%

2. Grossesses non désirées

Parmi les femmes ayant eu leur dernière naissance vivante au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, certaines femmes au moment où elles sont tombées enceintes, ne désiraient pas cette grossesse puisqu'elles ne voulaient plus avoir d'enfants. Par contre, d'autres la désiraient mais, pour plus tard. Ces deux catégories de femmes dont la grossesse n'était pas désirée figurent parmi celles ayant eu un besoin non-satisfait en planification familiale pour limiter ou pour espacer leurs naissances.

Cette partie analyse l'opinion des femmes quant à cette grossesse. Pour cela l'enquêtrice, dans le cadre de l'EPPS de 1995, a posé à ces femmes la question suivante : «Au moment où vous êtes tombée enceinte de (nom), vouliez vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfants » ?

Parmi les 1608 femmes non-célibataires interrogées sur la grossesse ayant conduit à la naissance du dernier enfant survenu au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, 30% déclaraient qu'elles ne voulaient pas cette grossesse au moment où elle s'est produite. Ce pourcentage se compose de 17% des femmes qui ne voulaient plus avoir d'enfant et 13% qui désiraient encore des enfants mais, pour plus tard (généralement dans plus de deux ans).

Si l'on examine ces données selon certaines variables socio-démographiques, on relève des différences notoires. Concernant l'âge de la femme, les différences s'accroissent au fur et à mesure qu'on passe des jeunes aux vieilles générations : 40% des femmes âgées de 40 à 49 ans ne désiraient pas cette grossesse contre 34% parmi celles âgées de 30 à 39 ans et 19% parmi celles de moins de 30 ans.

Concernant le nombre de naissances vivantes, on remarque que les grossesses non-désirées sont plus accentuées chez les femmes ayant 4

naissances ou plus, avec 42% contre 24% chez les femmes ayant 2 à 3 naissances vivantes, et 7% parmi celles ayant un enfant au plus.

Mais si l'on tient compte des tentatives antérieures d'avortement, on relève que les femmes ayant fait au moins une tentative durant leur vie sont plus nombreuses à considérer cette grossesse comme étant non-désirée (81%). Par ailleurs, on remarque que seulement 6% des femmes n'ayant jamais eu recours à l'avortement pour stopper une grossesse ont déclaré cette grossesse non-désirée.

Selon le niveau d'instruction, les femmes avec un niveau secondaire ou plus sont moins nombreuses à déclarer qu'elles ne voulaient pas cette grossesse au moment où elle s'est produite. Elles représentent 26% contre 33% parmi celles avec un niveau primaire, et 30% des sans instruction.

L'urbanisation traduit une différence relative étant, donné que 34% des femmes citadines considéraient cette grossesse comme étant non-désirée, contre seulement 28% parmi celles résidant en milieu rural. Mais au niveau régional, la région du Centre-Nord et la région du Centre-Sud affichent le plus grand nombre de femmes ayant déclaré cette grossesse non désirée (42%). A l'opposé, la région du Sud enregistre le plus faible pourcentage (17%).

Tableau 8 : Répartition(en %) des femmes non-célibataires par désir de la grossesse ayant conduit à la naissance du dernier enfant au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EPPS Maroc 1995.

<i>Variables</i>	<i>Désire en ce moment</i>	<i>Désire pour plus tard</i>	<i>Ne voulait pas</i>	<i>Total</i>	<i>Total effectif</i>
Age					
15-29	81	15	4	100	600
30-39	66	14	20	100	691
40-49	51	8	41	100	257
Education					
Sans	70	12	18	100	1177
Primaire	67	16	17	100	204
Secondaire ou plus	74	16	10	100	227
Milieu					
Urbain	66	16	18	100	612
Rural	72	12	16	100	996
Région					
N. Ouest	62	21	17	100	308
C. Nord	58	16	26	100	247
Centre	75	10	15	100	409
Oriental	71	10	19	100	109
C. Sud	58	19	23	100	117
Tensift	79	8	13	100	181
Sud	83	9	8	100	237
Rang de naissances vivantes					
1	93	6	1	100	303
2 à 3	76	19	5	100	507
4 et plus	58	12	30	100	798
Tentative antérieure d'avortement					
Oui	19	33	48	100	524
Non	94	4	2	100	1084
Total	70	13	17	100	1608

2.1. Effet net des facteurs explicatifs

Par ailleurs, l'effet de certains facteurs n'apparaît que par leur dépendance avec d'autres. A ce niveau encore, l'analyse logistique permettra de mesurer l'effet net des variables indépendantes.

Les résultats du tableau 9 montrent que les femmes non célibataires ayant tenté au moins un avortement pour stopper une grossesse non-désirée ont un comportement significativement différent de celui des femmes n'ayant jamais eu recours à l'avortement. En

d'autres termes, la grossesse ayant conduit à la naissance du dernier enfant est davantage non - désirée chez les femmes avec des tentatives antérieures d'avortement que chez les autres.

En tenant compte du nombre de naissances vivantes au moment de la grossesse, les résultats de la régression logistique montrent que les grossesses non-désirées sont influencées, d'une façon significative, par le nombre de naissances vivantes. A cet effet, les femmes avec au moins deux enfants sont plus nombreuses à juger leur grossesse comme étant non-désirée au moment où elle s'est produite, que les femmes avec un enfant au plus. Par ailleurs, l'âge, le niveau d'instruction, le milieu de résidence et la région de résidence n'expliquent pas significativement les grossesses non-désirées.

Tableau 9 : Régression logistique : estimation de l'effet des variables indépendantes sur les grossesses non-désirées chez les femmes non célibataires, ENPS, 1995

Variables Indépendantes		Coefficient	Signification
Age	16-29 ans®		
	30-39 ans	-0.078	0.739
	40-49 ans	0.575	0.057
Education	Sans instruction ®		
	Primaire	0.112	0.691
	Secondaire ou plus	-0.312	0.319
Milieu de résidence	Rural ®		
	Urbain	0.078	0.723
Tentative d'avortement	Non ®		
	Oui	4.143	0.000
Naissance vivante	Au plus 1 naissance ®		
	2 à 3 naissances	0.677	0.042
	4 ou plus	1.062	0.004
Région	Oriental®		
	Nord-Ouest	1.260	0.001
	Centre-Nord	0.531	0.178
	Centre	0.423	0.257
	Centre-Sud	0.985	0.032
	Tensift	0.316	0.469
	Sud	0.457	0.281
	Constante	-4.287	0.000

Log Likelihood = -466.15893

® modalité de référence

Conclusion

Les restrictions juridiques, religieuses et culturelles n'éliminent pas le recours à l'avortement. Les pratiques abortives sont soit traditionnelles et dangereuses, soit du ressort du secteur privé, ce qui en fait un acte souvent coûteux. Elles constituent un problème de santé eu égard aux risques de mortalité et de morbidité qu'ils entraînent.

Toutefois, son niveau et son importance restent, jusqu'à nos jours, mal connus étant donné le manque de données statistiques. Néanmoins, les enquêtes et études disponibles permettent de tirer certaines indications.

Le résultat le plus intéressant qui se dégage est la fréquence fort importante des avortements répétés. En milieu urbain, les avortements se pratiquent le plus souvent dès le début de la grossesse (précocité). Les risques d'y recourir chez les femmes urbaines sont plus élevés que chez celles vivant en milieu rural. Par ailleurs, l'effet de l'avortement sur la fécondité, estimé indirectement à partir du modèle de Bongaarts, n'est pas négligeable. Il est en légère augmentation, puisque l'indice d'avortement est passé de 0,967 en 1987 à 0,856 en 1992.

De telles données revêtent une importance toute particulière pour les planificateurs, en vue d'identifier de nouvelles stratégies en matière d'information-éducation-communication (I.E.C) visant la prévention des grossesses non désirées, considérées comme des besoins non-satisfaits en planification familiale, afin d'éliminer le recours à l'avortement.

Quant au recours aux soins prénatals, l'ENPS-II de 1992 a montré que pour plus des deux tiers (67%) des naissances, les mères n'ont consulté personne au cours de leurs grossesses. Ce pourcentage est passé à 58% à l'enquête Papchild de 1997. Malgré cette baisse, la majorité des mères marocaines continuent à ne pas consulter.

L'analyse de la consultation prénatale relative à la grossesse ayant conduit à la dernière naissance survenue au cours des cinq dernières années précédant l'EPPS de 1995, a permis de mettre en exergue les facteurs qui expliquent la probabilité de recourir aux soins prénatals. A ce niveau, l'éducation, le milieu de résidence et la parité émergent comme étant les variables indépendantes les plus déterminantes.

En effet, plusieurs études ont montré la sous-utilisation des soins prénatals qui, comme dans la majorité des cas, se sont concentrés sur les résultats visés sans toutefois prendre en compte l'hétérogénéité en santé, les spécificités sociales et affectives de la femme enceinte.

Dans ce même ordre d'idée, selon les déclarations des femmes concernant le désir ou non de cette grossesse, les résultats de la régression logistique montrent que les grossesses non-désirées sont influencées, d'une façon significative, par le nombre de naissances vivantes. Cet écart entre une fécondité désirée et l'échec de la régulation des naissances (Gap Kap) constitue un besoin non-satisfait en planification familiale. Des stratégies permettant aux femmes qui ont des grossesses non-désirées d'accéder à une information fiable et des conseils empreints de compréhension doivent être développées.

***Annexe I : Résultats de la régression non linéaire (Modèle logit)
générés à partir de la fonction « logit » du logiciel STATA***

Régression : Facteurs influant le recours à la consultation prénatale

Logit Estimates Number of obs = 1512

chi2(17) = 505.68 Prob > chi2 = 0.0000

Log Likelihood = -794.55987 Pseudo R2 = 0.2414

<i>consul</i>	<i>Coef.</i>	<i>Std. Err.</i>	<i>z</i>	<i>P> z </i>	<i>[95% Conf. Interval]</i>	
age2	0,4467486	0,1712528	2,609	0,009	0,1110993	0,7823979
age3	0,8908088	0,2261232	3,939	0,000	0,4476155	1,334002
educ2	0,8658511	0,2009935	4,308	0,000	0,4719112	1,259791
educ3	1,667713	0,2795113	5,967	0,000	1,119881	2,215546
naiss2	-0,7028552	0,1956637	-3,592	0,000	-1,086349	-0,3193614
naiss3	-1,189871	0,2327325	-5,113	0,000	-1,646018	-0,7337238
avort2	0,3335961	0,214818	1,553	0,120	-0,0874394	0,7546317
resid2	1,678209	0,1508213	11,127	0,000	1,382605	1,973813
veut2	0,1584514	0,2145125	0,739	0,460	-0,2619853	0,5788882
dispf2	0,1561975	0,1704433	0,916	0,359	-0,1778652	0,4902602
disna2	0,3841293	0,1704056	2,254	0,024	0,0501405	0,7181181
reg1	-0,0369507	0,2774442	-0,133	0,894	-0,5807314	0,50683
reg2	-0,1460561	0,2798454	-0,522	0,602	-0,694543	0,4024309
reg3	-0,1671077	0,2602717	-0,642	0,521	-0,6772308	0,3430154
reg5	0,1563556	0,3345513	0,467	0,640	-0,4993529	0,8120641
reg6	-0,1585547	0,2937682	-0,540	0,589	-0,7343298	0,4172205
reg7	0,3027062	0,2795461	1,083	0,279	-0,2451941	0,8506066
_cons	-0,8164651	0,3078897	-2,652	0,008	-1,419918	-0,2130125

Régression : Facteurs influant la grossesse non-désirée

Logit Estimates Number of obs = 1608

chi2(14) = 1033.24 Prob > chi2 = 0.0000

Log Likelihood = -466.1589 pseudo R2 = 0.5257

<i>veut</i>	<i>Coef.</i>	<i>Std. Err.</i>	<i>Z</i>	<i>P> z </i>	<i>[95% Conf. Interval]</i>	
age2	-0,0779811	0,2341491	-0,333	0,739	-0,536905	0,3809428
age3	0,5754694	0,3021559	1,905	0,057	-0,0167453	1,167684
educ2	0,1124863	0,2826388	0,398	0,691	-0,4414754	0,6664481
educ3	-0,3117011	0,3127971	-0,996	0,319	-0,9247722	0,3013699
resid2	0,0784417	0,221014	0,355	0,723	-0,3547378	0,5116212
avort2	4,143153	0,1911691	21,673	0,000	3,768468	4,517837
naiss2	0,6767298	0,3329431	2,033	0,042	0,0241733	1,329286
naiss3	1,06247	0,3733351	2,846	0,004	0,3307471	1,794194
reg1	1,260471	0,3920663	3,215	0,001	0,4920348	2,028907
reg2	0,5312194	0,3943153	1,347	0,178	-0,2416244	1,304063
reg3	0,422924	0,3731638	1,133	0,257	-0,3084636	1,154312
reg5	0,9851665	0,4583252	2,149	0,032	0,0868655	1,883467
reg6	0,3161616	0,4365017	0,724	0,469	-0,539366	1,171689
reg7	0,4568992	0,4236293	1,079	0,281	-0,3733989	1,287197
_cons	-4,287538	0,480552	-8,922	0,000	-5,229402	-3,345673

Références Bibliographiques

1. Azelmat, M, Mohamed Ayad et El Arbi Housni, **Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS) 1995**, Calverton, Maryland (USA) : Ministère de la Santé Publique, Direction de la Planification et des Ressources Financières, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire et Macro international Inc. 1996
2. Azelmat, M., Mohamed Ayad et El Arbi Housni, **Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II) 1992**, Calverton, Maryland (USA) : Ministère de la Santé Publique, Direction de la Planification et des Ressources Financières, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire et Macro international Inc. 1993
3. Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF), **Etude sur les besoins de la population de Dcheira et Jnanate en santé reproductive**, Rapport définitif, 1997.
4. Ayad, M. et al., Transition des déterminants proches de la fécondité au Maroc, Direction de la planification et des ressources Financières, Service des Etudes et de l'information Sanitaire. **Dossier Population et Santé** n° 6 ; 1997
5. Ayad, M., **La doctrine de population en Islam**, Thèse de Doctorat, Université de Paris, Panthéon-Sorbone, 1976-1977.
6. Blanc, F.-P.,. Recueil de texte juridique. Code Pénal, 1977.
7. Chang, M., *Factors influencing prenatal care*, **Journal of Nursing** 27, 1980
8. Johnston.H.B et K. H. Hill, *Avortement provoqué dans le monde en développement : estimation indirecte*, **Perspectives Internationales sur le Planning Familial**, Numéro spécial de 1966, 40 p.
9. Kouaouci, A. Normes, **familles islamiques et fécondité en Jordanie**, Département de démographie-Louvain la Neuve, 1983.
10. Navez-Bouchanine, F., **Etude des pratiques sociales et de l'acceptabilité des services de santé materno-infantile et de planification familiale**, Ministère de la Santé Publique. Direction de la Prévention et de l'Encadrement Sanitaire, 1994.
11. Onyemunwa, P., Health care practices and use of health services as factors affecting child survival in Benin City, Nigeria, **Congrès Africain de Population**, UIESP, Dakar, 1988.
12. Ministère chargé de l'Incitation de l'Economie, **Enquête Nationale à Passage Répétés 1986-1988**, Direction de la statistique, Septembre 1993.
13. Ministère de la Santé, **Résultats préliminaires de Papchild 1997**, Direction de la Planification et des Ressources Financières. Service des Etudes et de l'Information Sanitaire.1998
14. Royston, E., et Sue Armstrong, **La prévention des décès maternels**, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Genève, 1990.
15. Ministère de la Santé, *Avortement au Maroc*, **Flash d'Information** n°3, Service de l'Information Sanitaire,1987.
16. Mboup, G., **Etude des déterminants socio-économiques et culturels de la fécondité au Sénégal à partir de l'Enquête Sénégalaise sur la**

- Fécondité (ESF, 1978) et l'Enquête Démographique et de Santé (ESD, 1986)**, Collection de thèses et mémoires, Université de Montréal, 1992.
17. Milot, J.B, **Islam et musulman**, Montréal, FIDES, 1975.
- Rosenfield. A et D. Maternal mortality a neglected tragedy : where is the M in MCH ? Lancet, 1985.
- Shobana Raghupathy, *Education and the use of maternal health care in Thailand*, **Soc.Sci. Med.** Vol 43. N° 4. Pp 459-471, 1996.
18. Zguiouar, A., **Planification familiale au Maroc : utilisation, besoins non-satisfaits et intention d'utiliser**, mémoire pour l'obtention du diplôme de maître es sciences en démographie, Université de Montréal, 1995.
19. Zoungrana.C.M, **Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali)**, Thèse présentée pour l'obtention d'un Ph.D en démographie, Université de Montréal, Canada, 1993.
20. Wannacott, T.H., R. J. Wannacott, **Introductory statistics**, 3 rd ed. New York : John Wiley and sons, 1976.

Chapitre 4 : Mortalité néonatale : tendances, causes et facteurs de risque

Introduction

La mortalité néonatale est un indicateur important de santé. Elle reflète l'état de la santé d'une population, la situation socio-démographique et la qualité des services obstétricaux. Elle est classée parmi les indicateurs les plus sensibles pour mesurer l'impact des soins de santé maternelle et infantile.

L'analyse des tendances de la mortalité infantile et du produit national brut par habitant, en Scandinavie, a montré que si le taux de mortalité infantile donne une bonne image du niveau socio-économique d'une collectivité, celui de la mortalité néonatale renseigne davantage sur la couverture sanitaire et la qualité des soins obstétricaux. De ce fait, son amélioration s'avère beaucoup plus sensible aux interventions de santé spécifiques qui sont susceptibles d'avoir des effets plus immédiats sur l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes, de l'accouchement et du nouveau-né¹.

En effet, les pays industrialisés qui ont réussi à réduire le taux de mortalité néonatale et périnatale ont axé leurs actions sur l'amélioration des facteurs socio-démographiques d'une part, et sur la lutte contre les causes directes de décès d'autre part (par le développement des soins obstétricaux d'urgence ciblés sur la mère et sur l'enfant). Dans ces pays, la baisse de la mortalité néonatale a été expliquée au début des années 70, par l'amélioration des indicateurs démographiques et plus particulièrement par la chute du taux de natalité, qui s'est accompagné d'un changement dans la structure d'âge maternel et la parité. Mais à partir des années 1975, cette baisse a été imputée, en grande partie, à

l'amélioration des soins périnataux à savoir : le renforcement des soins prénataux, la qualité de la prise en charge des accouchements et la qualité des soins dispensés aux nouveau-nés. Le développement des services de néonatalogie a joué un rôle important dans la réduction de la mortalité néonatale grâce à une action curative sur les pathologies les plus vulnérables, telles que les infections du nouveau-né, la prématurité, la souffrance fœtale aiguë etc. De ce fait, dans les pays industrialisés, les causes directes de décès infantiles sont actuellement constituées, en grande partie, par des pathologies difficilement évitables, tels que les grands prématurés non viables et les malformations congénitales.

Or, différentes études² ont montré que dans la plupart des pays en voie de développement, la gestion des ressources, humaines ou matérielles, et les stratégies mises en place pour réduire le risque de décès liés à la grossesse et à l'accouchement restent encore responsables d'un grand nombre de décès dans la période néonatale.

Ainsi, l'évaluation du risque de décès dans la période néonatale s'avère très utile pour identifier les conditions d'accès aux soins obstétricaux d'urgence et des facteurs qui s'y associent.

Au Maroc, le niveau de mortalité de la population âgée de 0 à 5 ans est bien connu. Les informations fournies par les différentes études³ montrent une diminution très significative du niveau de la mortalité

¹ World Health Organization, *La prévention de la mortalité et de la morbidité périnatales*, Cahiers de santé publique N°42

² Bartlett A, Paz de Bocaletti ME, Bocaletti MA., *Reducing perinatal mortality in developing countries : high risk or improved labour management ?* **Health Policy and Planning** 1993, vol.8, N°4, pp :360-8 ; Becerra JE, Atrash HK, Perez N ; Saliceti JA. *Low birthweight and infant mortality in Puerto Rico*. **American Journal of Public Health** 1993, vol.83, N°11, pp :1572-6 ; Wilkinson D. *Avoidable perinatal deaths in a rural hospital : strategies to improve quality of care*, **Tropical Doctor** 1995, vol.25, N°1, pp :16-20.

³ A travers les études et enquêtes menées par les différents départements ministériels. On peut citer à ce propos : l'Enquête Nationale sur la Planification familiale et la Fécondité (ENPF de 1979), l'Enquête Nationale sur la Population et Santé (ENPS de 1987 et 1992), l'Enquête Panel sur la Population et la Santé (1995), l'Enquête Nationale à Passages Répétés (1986/87) et l'Enquête de PAPCHILD (1997).

infantile et infanto-juvénile de façon globale. En effet les années 1977 - 1997 ont été marquées par une baisse importante du quotient de mortalité infantile. La mortalité des enfants de moins de cinq ans a été divisée par trois en l'espace de 20 ans. La tranche d'âge 1- 4 ans est celle qui a enregistré la plus forte réduction. Cependant la stratification du quotient de mortalité par tranche d'âge de moins d'un an a révélé que la mortalité infantile reste largement dominée par la mortalité néonatale. Cette dernière constitue 50% des décès infantile et dont la baisse n'a pas connu le même rythme de régression que dans les autres tranches d'âge.

Si on ne tient compte que des actions de santé, l'analyse des stratégies menées en faveur de la réduction de la mortalité infantile et juvénile n'ont pas eu le même impact sur la mortalité dans les différentes tranches d'âge. En effet, si la tranche d'âge 1- 5 ans a été ciblée par un certain nombre d'actions très pertinentes tels que le programme de vaccination contre les maladies cibles, le programme de lutte contre les maladies hydriques et les infections respiratoires aiguës ou encore le programme de lutte contre les maladies de carence, les actions orientées vers la mortalité néonatale se sont avérées moins efficaces (sauf pour le tétanos néonatal grâce au programme élargi de la vaccination des femmes en âge de procréer). Dans ce sens, la mortalité néonatale reste très étroitement liée à la santé de la mère en général, et aux conditions de suivi de la grossesse et de l'accouchement, en particulier, comme le montre la répartition des causes de décès dans cette tranche d'âge.

Cette étude se propose de faire une analyse, à travers les données disponibles des tendances de la mortalité néonatale, des causes de décès directes ainsi que des facteurs favorisants, considérés comme facteurs de risque. L'ensemble de ces éléments devrait permettre de réfléchir sur les actions menées jusqu'à présent, mais aussi de tracer les grandes lignes d'une stratégie visant la réduction de la mortalité néonatale.

Pour aborder l'analyse des causes et des facteurs de risques de la mortalité néonatale, la méthode la plus utilisée repose sur des études

longitudinales par le suivi des cohortes. Pour des raisons de faisabilité, nous allons essayer de cerner certains facteurs à travers l'analyse des données de ENPS-II (1992)¹. Cette démarche a été inspirée des études faites en Tanzanie et qui ont utilisé les données des études DHS².

Pour ce faire, nous suivrons la démarche ci après :

1. Analyse des tendances et des causes de la mortalité néonatale dans le cadre plus global de la mortalité infantile et juvénile ;
2. Analyse des facteurs de risque de la mortalité néonatale ;
3. Analyse des interventions dans le cadre du programme national de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale.

I. Analyse des tendances et des causes de la mortalité néonatale³

1. Evolution du quotient de la mortalité infantile et juvénile : le constat

Selon les résultats des différentes enquêtes menées au Maroc portant sur les décès survenus entre les périodes 1977 et 1997, on constate que globalement, la mortalité infanto-juvénile a connu une baisse très significative en l'espace de 20 ans, passant ainsi de 136‰ à

¹ ENPSII : parce que l'échantillon est grand, on aurait souhaité utiliser les données de PAP CHILD (1997) mais les données pour l'analyse des facteurs de risque n'étaient pas disponibles.

² Mturi AJ ; Curtis SL. *The determinants of infant and child mortality in Tanzania*. **Health Policy and Planning** 1995, Vol.10, N°4, pp : 384-94.

³ La définition des différents quotients pour la classification de la mortalité infantile et juvénile est celle de l'OMS.

Le quotient de mortalité néonatale (MN) : probabilité de décéder avant d'atteindre un mois ;

Le quotient de mortalité post néonatale (PNN) : la probabilité de décéder entre un mois et le douze mois.

Le quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$) : probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire.

Le quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$) : probabilité de décéder entre le premier anniversaire et le cinquième anniversaire.

Le quotient de mortalité infantile et juvénile (${}_5q_0$) : probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.

46‰ (tableau 1). La période qui a connu la plus forte réduction correspond aux années 1990. Cette baisse a intéressé la mortalité juvénile qui a connu une baisse très significative, passant de 48‰ à 9,8‰.

Durant cette même période, la mortalité infantile a aussi enregistré une réduction importante, passant de 92‰ à 37‰. La probabilité de mourir durant le premier mois de la vie est toujours supérieure à la probabilité de mourir entre le premier mois et le douzième mois (19,7‰ contre 16,9‰ selon PAPCHILD). De ce fait, les décès néonataux représentent un peu plus de la moitié des décès infantiles. Ce constat était également observé entre 1977 et 1981, puisque ces quotients étaient respectivement de 48.8‰ et 43.6‰. D'autre part et selon le tableau 2, la réduction de la mortalité néonatale n'a pas connu la même tendance à la baisse que les autres types de mortalité.

Si l'on ne retient que la mortalité néonatale, on peut relever que l'essentiel de la baisse a eu lieu entre 1987 et 1997, puisque le quotient de mortalité néonatale est passé de 41.1‰ à 19.7‰, soit une réduction relative de 52% en 10 ans. Sur le plan des activités de santé, deux événements ont marqué cette période, il s'agit d'une part de l'introduction de la vaccination des femmes pour prévenir le tétanos néonatal qui constituait, selon l'Enquête Nationale sur les Causes et les Circonstances des décès des enfants de moins de 5 ans, la première cause de décès chez les enfants de moins d'un mois, et d'autre part, de la restructuration du programme de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement pour lutter contre la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale.

Tableau 1 : Evolution des quotients de mortalité infanto-juvénile selon ses composantes par période : 1977-1980 à 1994-1997

<i>Sources</i>	<i>Périodes</i>	<i>MN</i>	<i>MPN</i>	<i>1q0</i>	<i>4q1</i>	<i>5q0</i>
PAPCHILD (1996-97)	1993 -97	19,7	16,9	36,6	9,8	45,8
ENPS-II (1992)	1988-92	31,4	25,9	57,3	20,0	76,1
ENPS-I (1987)	1982-86	41,1	32,2	73,3	31,2	102,2
ENFPF (1979-80)	1977-81	48,8	43,6	92,4	48,0	136,0

Tableau 2 : Variations absolues des quotients de mortalité infanto-juvénile selon ses composantes par période : 1977-1981 à 1994-1997

<i>Période/Études</i>	<i>MN</i>	<i>MPN</i>	<i>1q0</i>	<i>4q1</i>	<i>5q0</i>
ENPS-II-PAPCHILD	-11,7	-9,0	-20,7	-10,2	-30,3
ENPS-I-ENPS-II	-9,7	-6,3	-16,0	-11,2	-26,1
ENPFPPF-ENPSI	-7,7	-11,4	-19,1	-16,8	-33,8
ENPFPPF-PAPCHILD	-29,1	-26,7	-55,8	-38,2	-90,2

En outre, il faut signaler qu'étant donnés les effets de « télescopage » engendrés par la définition même de la mortalité néonatale, beaucoup de décès qui sont classés comme relevant de la période post-néonatale, sont en fait attribuables à des causes qui trouvent leurs origines dans la période néonatale. C'est notamment le cas de certaines infections ou de la prématurité.

Dans les pays occidentaux, où la technologie de prise en charge des problèmes liés à la pathologie néonatale est très développée (services de réanimation des nouveau-nés, couveuses etc.), on assiste de plus en plus à une réduction de la mortalité néonatale et à une augmentation de la mortalité post néonatale¹. Ce phénomène nouveau s'explique, en grande partie, par le fait que la technologie mise en place a permis de prolonger la période de survie d'un grand nombre de nouveau-nés qui risquaient auparavant de décéder dans leur premier mois. Ainsi, une proportion non négligeable de ces nouveaux nés qui sont arrivés à franchir la période néonatale vont continuer à être à risque élevé de décès dans la période post néonatale. Sur le plan des statistiques démographiques, ces décès seront enregistrés comme des décès post-néonataux (exemple, les enfants nés avec un poids très bas). Ce phénomène pose actuellement le problème de la définition de la mortalité néonatale dans ces pays².

¹ World Health Organization, *The health of Europe*, European serie N°49 ; 1993.

² Ibid.

2. La mortalité par milieu de résidence et par région

L'analyse de la mortalité infanto-juvénile par milieu de résidence fait ressortir les éléments suivants :

- En milieu urbain, le quotient de mortalité juvénile, qui est de 7,2‰, a tendance à rejoindre celui enregistré dans les pays industrialisés. Mais en milieu rural, ce quotient est 4 fois supérieur à celui du milieu urbain (30,7‰) et semble être comparable à celui des pays les moins avancés. Ce constat témoigne encore une fois du manque d'égalité devant la mort dans un même pays entre la population urbaine et celle rurale. On retrouve ces disparités également au niveau de la mortalité infantile et post-néonatale.
- S'agissant de la mortalité néonatale, les disparités entre le milieu urbain et rural sont moins fortes. Le milieu rural n'enregistre que 6 décès pour mille de plus que le milieu rural, contre 23‰ décès pour la mortalité post néonatale et juvénile.

Tableau 3 : Quotients de mortalité des enfants de moins de 5 ans selon ses composantes et le milieu de résidence (10 ans précédant l'ENPS-II)

Milieu	MN	MPN	190	491	590
Urbain	29,9	22,0	51,9	7,2	58,7
Rural	36,2	33,1	69,3	30,7	97,8
Total	34,0	29,2	63,1	22,1	83,9
Rural-Urbain	+6,3	+11,1	+17,4	+23,5	+39,1

Sources ENPS-II

Selon les anciennes régions économiques, le quotient de mortalité néonatale varie entre 27‰ et 40‰. Deux régions ont enregistré un quotient de mortalité inférieur à 30‰ (Centre-Sud et Centre), 4 régions ont enregistré un quotient compris entre 30 et 35‰ (Sud, Tensift, Centre, Nord-Ouest) et une région a enregistré plus de 35 décès pour mille (Centre-Nord). La région du Centre-Nord a le quotient de mortalité néonatale le plus élevé et le Centre-Sud le plus faible. S'agissant de la mortalité post néonatale et de la mortalité juvénile, c'est plutôt la région du Centre qui a enregistré les quotients les plus bas. Ainsi, comme le

montre le tableau 4, un niveau élevé de mortalité néonatale dans une région ne s'accompagne pas systématiquement d'un niveau élevé de mortalité infantile ou juvénile et inversement. En dehors des effets de télescopage, ce constat suggère que la mortalité néonatale est imputable à des causes et à des facteurs de risque qui ne sont pas toujours les mêmes que ceux qui affectent la mortalité juvénile et post néonatale.

Tableau 4 : Quotients de mortalité des enfants de moins de 5 ans selon l'âge au décès par région (ex-régions économiques, 10 avant l'ENPS-II)

<i>Ex-Régions économiques</i>	<i>MN</i>	<i>MPN</i>	<i>1q0</i>	<i>4q1</i>	<i>5q0</i>
Centre-Nord	39,9	29,9	69,8	27,7	95,5
Sud	35,1	35,4	70,6	43,1	110,7
Nord-Ouest	34,9	42,4	77,3	20,2	96,0
Tensift	33,6	29,3	62,9	23,6	85,0
Centre	32,6	17,4	50,0	11,0	60,4
Oriental	29,5	28,1	57,6	15,7	72,4
Centre-Sud	27,5	21,3	48,9	24,5	72,1

Sources ENPS-II

Pour expliquer les tendances et les niveaux de mortalité néonatale ainsi que sa répartition par milieu de résidences, nous allons procéder à une analyse des causes de décès.

3. Les causes de décès

L'Etude Nationale sur les Causes et les Circonstances de la Mortalité des enfants de moins de 5 ans au Maroc (ECCD, 1988-89)¹, utilisant la technique de l'autopsie verbale, constitue la seule référence en matière d'analyse des causes de décès dans la période néonatale spécifiquement, et dans les autres tranches d'âges, en général.

Les résultats de cette étude montrent que :

- Dans la période post néonatale et juvénile les causes directes de décès sont dues aux complications des maladies diarrhéiques

¹Ministère de la Santé Publique. **Etude Nationale sur les Causes et les Circonstances de la mortalité infantile et juvénile (ECCD) 1988-1989**. Rabat, MSP, 1991, 88 p.

(35,9%), des maladies respiratoires aiguës (14,2%) et des maladies infectieuses (18,9%). La malnutrition sévère et les autres formes de malnutrition présentent un facteur prédisposant dans 22% des cas. Les décès dont les causes relèvent des maladies cibles du programme de vaccination (rougeole, diphtérie, coqueluche, tétanos et tuberculose) ne représentent que 6,3%.

- Dans la période néonatale les causes directes de décès sont surtout en rapport avec les circonstances de la grossesse et de l'accouchement. Parmi les 128 décès de nouveau-nés, trois grandes causes viennent largement en tête et pratiquement à égalité : le tétanos néonatal (21%), les souffrances fœtales (20%) et les prématurités (20%). A elles seules, ces trois causes constituent les 2 tiers des décès néonataux. La fréquence élevée de ces causes témoigne du manque de prévention lors de la grossesse (tétanos et prématurité) et du manque d'assistance à l'accouchement et dans les premiers jours de la vie (souffrances fœtales et hypotrophie) et ceci quel que soit le lieu de l'accouchement (25% des décès par prématurité se produisent dans une structure sanitaire).

Cependant, si la vaccination des femmes devait réduire, voire éradiquer, les décès par tétanos néonatal, il n'en reste pas moins que, pour être jugulées, les autres causes de décès dans la période néonatale nécessitent des actions ciblées sur l'amélioration de la qualité de prise en charge de la femme enceinte dans les consultations prénatales par l'identification des facteurs de risque chez les femmes enceintes (femmes âgées, multipares, primipares, diabétiques, anémiées, hypertendues ou présentant une infection etc.), sur l'amélioration des conditions de l'accouchement et de la prise en charge du nouveau-né en post-partum. Ainsi donc la stratégie de lutte contre la mortalité néonatale entre dans le cadre plus global de la maternité sans risque et des soins obstétricaux d'urgence, tels que formulés par la politique du Ministère de la Santé.

Tableau 5 : Causes de décès néonataux, post-néonataux et juvéniles selon la tranche d'âge

<i>Causes de décès néonataux</i>		<i>Causes de décès post-néonataux et juvéniles</i>	
<i>Causes</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Causes</i>	<i>Pourcentage</i>
Tétanos Néonatal	21,1	Maladies diarrhéiques	35,8
Souffrance fœtale	20,3	Maladies respiratoires	14,2
Prématuré	21,1	Maladies infectieuses	18,9
Hypotrophie	7,8	Maladies cibles des programmes	6,0
Pneumopathie	9,4	Autres causes	6,3
Malformation	3,1	Accidents	3,1
Diarrhée	7,5	Indéterminés	15,7
Hémorragie	7,5	Total	100,0
Ictère	7,5		
Autres infections	7,5		
Indéterminés	8,6		
Total	100,0		

Sources : Ministère de la Santé Publique. Etude nationale sur les causes et les circonstances de décès des enfants de moins de cinq ans. 1988.

Le tableau 6 donne d'une part, la répartition des décès dus à une cause selon le milieu de résidence et d'autre part, le pourcentage de chaque cause par rapport à l'ensemble des causes dans le même milieu.

Selon ce tableau (hormis les cas de souffrance fœtale qui sont plus difficiles à interpréter et qui sont parfois secondaires au retard d'évacuation), il semble ne pas y avoir de différence significative quant à la répartition globale des causes. La répartition proportionnelle des causes est approximativement la même dans les deux milieux de résidence. Le tétanos néonatal est responsable de 19% des décès en milieu urbain et de 23% en milieu rural. Les décès par souffrance fœtale et par prématurité sont retrouvés chez 22% des cas en milieu urbain et 20% des cas en milieu rural, quant à l'hypotrophie, elle semble être moins fréquente en milieu rural (13,5% en urbain contre 5,4% en rural). En fait cette dernière donnée concernant l'hypotrophie est plus difficile à interpréter dans la mesure où la nuance entre prématurité et hypotrophie est plus difficile à cerner par la technique de l'autopsie verbale. Le prématuré est hypotrophique, mais l'hypotrophie peut être/ou pas secondaire à un état de prématurité. De plus, souvent les femmes en milieu rural trouvent des difficultés à déterminer l'âge de leur grossesse,

attribuant ainsi le caractère de prématurité à tout nouveau-né hypotrophique.

La fréquence des décès par les infections néonatales dans les deux milieux de résidence indique que l'accouchement se fait souvent dans de très mauvaises conditions. La présence d'une forte proportion de décès par prématurité et hypotrophie, même en milieu hospitalier, appelle à une prise de conscience sur la nécessité de prendre en charge spécialement ces catégories à haut risque, de manière efficace. Le quart des décès par prématurité et hypotrophie sont nés dans une structure sanitaire, ce pourcentage, le même que celui existant au niveau de la population générale, suggère que la prise en charge des prématurés et des hypotrophiés dans les structures de santé n'est pas suffisante.

La forte proportion de prématurés, de souffrance fœtale et d'hypotrophie témoigne que la femme enceinte est peu consciente des conditions dans lesquelles doit se dérouler une grossesse (hygiène, repos, régime alimentaire etc.). La fréquence élevée d'anémie chez les femmes enceintes (la prévalence de l'anémie est de 63% pendant le troisième trimestre de la grossesse) en est un bon indicateur. Par ailleurs, les décès par malformation congénitale, principale cause de décès dans les pays développés, ne représentent qu'une faible proportion des décès dans notre pays.

Tableau 6 : Répartition des décès néonataux et post néonataux par milieu

<i>Causes de décès</i>	<i>% des décès par une cause selon le milieu</i>		<i>% des causes au sein de chaque milieu</i>	
	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>
Tétanos néonatal	25,0	75,0	18,9	23,0
Souffrance fœtale	30,8	69,2	21,6	19,7
Prématuré	30,8	69,2	21,6	19,7
Hypotrophie	50,0	50,0	13,5	5,4
Pneumopathie	33,3	66,7	10,8	8,7
Malformation	25,0	75,0	2,7	3,2
Autres causes	18,2	81,8	5,4	9,8
Indéterminé	18,2	81,8	5,4	9,8
Total	28,9	71,1	100,0	100,0

Source : Ministère de la Santé Publique. ECCD, 1989

Chez les enfants de moins de cinq ans, l'analyse des causes de décès selon le milieu de résidence montre que la morbidité la plus couramment rencontrée est représentée par les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et les maladies infectieuses. Ces affections sans gravité au début, peuvent se compliquer et entraîner la mort lorsque la prise en charge curative n'est pas effective.

Le tableau 7 donne la fréquence relative des pathologies les plus couramment rencontrées chez l'enfant de moins de cinq ans selon le milieu de résidence, ainsi que le pourcentage de recours aux soins pour chaque pathologie. Il s'agit des types de morbidité présentés par les enfants de moins de cinq dans les quinze jours ayant précédé l'enquête et pour lesquels la famille a utilisé ou pas un service de santé. Ce tableau montre que la fréquence des infections respiratoires aiguës en milieu rural et urbain représentent respectivement 17,6% et 11,8%. Or, le recours aux soins auprès d'une structure de santé n'a été observé que dans 14,9% des cas en milieu rural contre 26,6% des cas en milieu urbain. Le même résultat peut être avancé pour la fièvre dont la fréquence en milieu urbain est de 25,7% avec un pourcentage de recours aux soins de 28,9%, alors qu'en milieu rural pour une fréquence de 28,1%, le pourcentage de recours aux soins est de seulement 13,6%. Pour les diarrhées, la différence concernant le recours aux soins entre les milieux rural et urbain est moins importante probablement à cause des campagnes de sensibilisation sur la diarrhée et sur l'utilisation à domicile du sel de réhydratation orale (SRO).

Ainsi, les disparités concernant les niveaux et les causes de décès selon le milieu observées dans la mortalité post-néonatale et juvénile engendrent un accès inégal aux soins. Pour une structure de morbidité identique, la population du milieu urbain a tendance à utiliser 2 à 3 fois plus les services de santé.

Tableau 7 : Répartition de la morbidité par diarrhée, infections respiratoires aiguës et fièvre des enfants par milieu et par recours aux soins.

Type de morbidité	Fréquence de la morbidité (%)		% de recours aux soins* en cas de morbidité	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Diarrhée	10,5	13,9	12,5	9,7
Infections respiratoires aiguës	11,8	17,6	26,6	14,9
Fièvre	25,7	28,1	28,9	13,6

* dans un établissement sanitaire ou chez un médecin.

Sources : ENPS-II, 1992

II. Les facteurs de la mortalité néonatale

L'analyse des déterminants de la mortalité néonatale permettra de passer d'une simple mesure du phénomène à l'analyse différentielle qui mettra en évidence l'importance de certains facteurs dans l'évolution du quotient de mortalité néonatale.

Plusieurs modèles ont été proposés pour l'étude des déterminants de la mortalité infantile et néonatale¹ ; Ces modèles ont tous mis l'accent sur les causes directes, les facteurs intermédiaires et les facteurs lointains.

Les facteurs directs ou immédiats en relation avec l'état morbide responsable du décès : il s'agit des causes de décès citées plus haut (tétanos néonatal, souffrance fœtale, infections néonatales, prématurité, et hypotrophie). Ces facteurs sont dans la plupart du temps vulnérables à des actions de santé préventives, telle la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, et à des actions curatives représentées par la prise en charge du nouveau-né en post-partum.

Les facteurs intermédiaires ou facteurs favorisant, sont liés à l'existence d'un système de santé adéquat, de qualité et accessible, au comportement des femmes vis à vis de la procréation (âge, parité, espace intergénéral), à l'état nutritionnel de la mère etc.

¹ Den Broek JV, Roger Eeckels and Guy Massa, *Maternal determinants of child survival in a rural African community*. **International Journal of Epidemiology** 1996 ; vol.25, N°5, pp :998-1004 ; Millard AV. *A causal model of high rates of child mortality*. **Social Science and Medicine** 1994, vol.38, N°2, pp :253-68.

Les facteurs lointains reflètent, entre autres, la place de la femme dans la société à travers son niveau d'instruction, son accès au revenu et son degré d'indépendance. Ces facteurs ont un impact sur la fécondité, l'issue de la grossesse, et sur l'accessibilité aux services de santé.

Sur le plan opérationnel, le choix des interventions prioritaires pour lutter contre la mortalité néonatale sera fonction, d'une part, du poids de chacun des facteurs et, d'autre part, de la pertinence, de la vulnérabilité et de faisabilité des actions.

Selon les données de la littérature, les facteurs intermédiaires et les facteurs obstétricaux¹ sont les plus importants en tant que déterminants de la mortalité néonatale. On montre aussi que le risque de décès fœtal est en relation étroite avec l'âge de la mère, la parité et l'histoire obstétricale. Certes, il est évident que le niveau socio-économique a une influence sur le poids à la naissance (facteur immédiat qui joue un rôle majeur dans la mortalité néonatale) mais les facteurs obstétricaux vont être déterminants dans la survie du nourrisson hypotrophique grâce à une prise en charge adéquate.

Dans une perspective épidémiologique et de santé publique, quantifier ces déterminants permet de cibler les interventions prioritaires et de mettre en place des actions pertinentes. Dans cette étude l'analyse portera sur :

- les facteurs liés à la mère à travers son âge, son niveau d'instruction, son milieu de résidence ;
- le caractère procréateur à savoir le rang de naissance ;
- l'utilisation des services de santé pour la consultation prénatale et l'accouchement ;
- le poids à la naissance comme caractéristique de l'enfant.

¹ Kalipeni, E. *Determinants of infant mortality in Malawi : a spatial perspective*. **Social Science and Medicine** 1993, Vol.37, N02, pp :183-98.

1. Méthodologie

Les déterminants de la mortalité néonatale ont été analysés en utilisant l'information recueillie par l'enquête ENPS-II (1992). Elle a porté sur 1146 enfants dont 169 sont décédés à moins d'un mois, et sur 977 des enfants de moins d'un an qui ont franchi la période néonatale (qui ont survécu après les premiers 28 jours de leur vie).

Les enregistrements ont porté sur les caractéristiques de la mère et de l'enfant. Le plan d'analyse a porté sur le risque de décès en fonction des caractéristiques de la mère, de l'enfant et du milieu.

2. Risque de mortalité néonatale en fonction des caractéristiques de la mère

Le tableau 8 présente les résultats obtenus en analyse bivariée concernant les facteurs liés aux caractéristiques de la mère. Il en ressort les résultats suivants :

2.1. L'âge de la mère

Notre étude n'identifie pas l'âge de la mère comme facteur de risque de décès néonatal (odds ratio statistiquement non différent de 1). Pour que l'âge devienne un facteur significatif, il aurait fallu le stratifier selon des catégories multiples qui prennent en considération les décès chez les adolescentes âgées de 14, 15 et 16 ans¹. Or dans notre étude cette stratification n'était pas possible, du fait du faible effectif dans cette tranche d'âge.

2.2. Le niveau d'instruction de la mère

Contrairement à la mortalité infantile, très peu d'études ont touché au phénomène de la mortalité néonatale et sa relation avec l'éducation de la mère. Les rares études qui ont été menées ont montré que l'analyse de l'éducation de la mère de manière isolée est complexe. En effet, celle-ci est souvent associée à une strate socio-économique relativement élevée

se traduisant par un bon statut alimentaire, un niveau élevé d'utilisation des services de santé en prénatal, et un meilleur accès aux structures d'accouchement de bonne qualité. Ce sont ces trois éléments qui jouent un rôle important en faveur de la survie du nouveau-né. Ainsi donc, l'éducation de la mère devient un facteur de risque dans la période néonatale lorsqu'elle est associée à d'autres facteurs telle la pauvreté. Par contre, plusieurs auteurs sont unanimes pour considérer l'éducation de la mère comme un facteur de risque déterminant dans la survie de l'enfant dans la seconde année de vie², où celle-ci va jouer un rôle à travers la lutte contre la malnutrition et la prise en charge des maladies diarrhéiques. Ce constat pourrait expliquer les résultats obtenus dans notre étude où le niveau d'instruction de la mère apparaît clairement comme un facteur de risque de décès néonatal. Ce dernier est 3,4 fois plus élevé lorsque la mère est sans instruction ou du niveau primaire, que lorsqu'elle est du niveau secondaire ou supérieur ($p < 0,001$).

2.3. Le milieu de résidence

L'hypothèse selon laquelle il y aurait une surmortalité néonatale en milieu rural par rapport au milieu urbain ne semble pas être vérifiée dans notre cas. Ce constat est en contradiction avec les études menées dans d'autres pays³ où le milieu de résidence est très discriminant. Selon ces études, le risque de décès néonatal est de 38% fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Ce constat est important, il vient appuyer l'idée annoncée plus haut selon laquelle le milieu ne devient un facteur de discrimination qu'à travers les facilités d'accès à des services de qualité.

¹ Friede A ; Boldwin W ; Rhodes Ph ; Buehler J.W ; Struass L.T. *Older maternal age and infant mortality in the United States*. **Obstetric Gynecology**. 1988, Vol 72, pp :152-157.

² Arntzen A, Moum T, Magnus P, Bakkevig LS. *The association between maternal education and postneonatal mortality. Trends in Norway, 1968-1991*, **International Journal of Epidemiology**, 1996, Vol.25, N°3, pp :578-84 ; Bloland P., Slutsker L., W. Steketee R., JJ Wirima, Heymann DL ; and J. G. Breman. *Rates and Risk factors for mortality during the first two years of life in rural Malawi*. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene** 1996, Vol.55, N°1, pp :82-86 ; Den Broek JV, Roger Eeckels and Guy Massa, op. cit.

³ Mturi AJ, Curtis SL., op. cit.

Tableau 9 : Risque de décès néonatal et caractéristiques (en %) de la mère

Caractéristiques de la mère	Age de décès < 28 jours	Survivants après 28 jours	OR	Intervalle de confiance à 95%
	N = 169	N = 977		
Age (en années)				
15-19	7,1	6,9	1,1	0,6-2,2
20-34*	62,1	68,4	1*	0,9-2,0
35+	30,8	24,6	1,4	
Niveau d'instruction				
Sans + primaire	97,0	90,6	3,4	1,2-9,5**
Second. + supérieur*	3,0	9,4	1*	
Milieu de résidence				
Rural	68,6	67,7	1,04	0,7-1,5
Urbain*	31,4	32,3	1*	

* Catégorie de référence

** Statistiquement significatif $p < 0,001$

3. Risque de mortalité néonatale en fonction des caractéristiques de l'enfant et du lieu d'accouchement

Les résultats de l'analyse concernant les facteurs liés aux caractéristiques de l'enfant et des conditions d'accouchement de la mère sont présentés dans le tableau 10. Les caractéristiques étudiées sont :

- le poids à la naissance (subdivisé en deux catégories) : petit et moyen ou gros,
- le rang de naissance avec trois catégories : rang 1, rang 2 ou 3 et rang 4 ou plus,
- le lieu de l'accouchement : domicile ou milieu surveillé.

3.1. Le poids à la naissance

Seul le poids à la naissance émerge nettement comme un facteur de risque de décès néonatal. Le risque de décès néonatal est deux fois supérieur chez les enfants à petit poids à la naissance par rapport à ceux de poids moyen ou gros à la naissance ($p < 0,0001$). Les résultats de notre étude rejoignent parfaitement toutes les autres études où le poids de naissance reste un déterminant majeur dans le pronostic de survie du

nouveau-né¹. Là aussi, les données disponibles ne permettent pas de faire la différence entre les nourrissons avec un poids de naissance très bas et donc non viables, et ceux pour lesquels une prise en charge dans une structure de néonatalogie serait indiquée.

3.2. Le rang de naissance

Les résultats des études sur le rang de naissance sont controversés. Pour devenir un facteur de risque, le rang de naissance doit être combiné avec d'autres facteurs tels que l'âge de la mère ou l'intervalle intergénésiq. Dans notre échantillon l'analyse bivariée ne classent pas le rang de naissance comme facteur de risque de décès néonatal. En effet cette variable n'est pas statistiquement significative.

3.3. L'accouchement en milieu surveillé

D'après les données de la littérature², le risque de décès est multiplié par deux lorsque l'accouchement est fait à domicile. En milieu surveillé selon la qualité des services offerts, le risque peut devenir de 20 à 30 fois supérieur entre un hôpital où la qualité de services est meilleure par rapport à un autre hôpital où la qualité est moindre. Dans notre étude, les données existantes, n'ont pas permis de faire une analyse plus approfondie qui tiendrait compte du niveau technique de la structure d'accouchement³.

¹ Allen J. and All. *Birth Weight and Prenatal Mortality: The Effect of Gestational Age*, **American Journal of Public Health** 1992, Vol.82, N°3 ; pp :378-382 ; Becerra JE, Atrash HK, Perez N, Saliceti JA., op. cit. ; Cesar G Victoria ; Fernando C Barros ; Sharon R A Huttely ; Ana Maria B Teixeira and J Patrick Vaughan. *Early Childhood Mortality in a Brazilian Cohort: The roles of Birthweight and Socioeconomic Status*. **International Journal of Epidemiology** 1992, Vol.21, N° 5, pp :911-915.

² Mturi AJ ; Curtis SL., op. cit. ; Wilkinson D., op. cit.

³ Au Maroc, selon le niveau de technicité, les structures d'accouchement sont représentées par les centres de santé avec lit, les maisons d'accouchement en milieu urbain et les maternités rurales dans le réseau des soins de santé de base et par les maternités hospitalières dites de référence appartenant aux hôpitaux de province, de région et des centres hospitaliers et universitaires et enfin par les maternités des cliniques privées.

Tableau 10 : Risque de décès néonatal et caractéristiques (en %) de l'enfant et du lieu d'accouchement

Caractéristiques de l'enfant	Décès <28 jours (N=169)	Survivants après 28 jours (N=699)	OR	Intervalle de confiance à 95%
Poids à la naissance				
Petit	56,6	37,9	2,1	1,5-3,0**
Moyen ou gros*	43,4	62,1	1*	
Rang de naissance				
1	24,2	20,8	1,4	0,8-2,2
2-3*	25,4	30,1	1*	-
4 et +	50,4	49,1	1,2	0,8-1,8
Lieu d'accouchement				
Domicile	63,3	62,4	1,04	0,7-1,5
Milieu surveillé*	36,7	37,6	1*	

* Catégorie de référence ** Statistiquement significatif $p < 0,0001$

Mais l'hypothèse selon laquelle les maternités hospitalières, de part leur niveau technique, contribuerait à réduire le risque de décès dans les premiers jours de la vie n'est pas toujours vérifiée. Selon l'étude réalisée en 1996 portant sur l'analyse de l'offre des services obstétricaux au Maroc dans le secteur public¹, le taux de mortalité néonatale au niveau des maternités hospitalières de référence varie entre 35‰ et 63‰ (tableau 11).

Ce constat explique en grande partie les résultats obtenus dans notre étude où le lieu de l'accouchement ne semble pas jouer un rôle important dans la survie du nouveau-né. En effet pour que ces services puissent jouer un rôle, il faut qu'ils soient capables d'offrir des soins de néonatalogie beaucoup plus performants que ceux dispensés à domicile.

¹ Etude de l'offre de services obstétricaux dans les structures de santé publique. Etude réalisée par L'INAS et La Faculté de médecine et de Pharmacie de Rabat en 1996 et qui a porté sur les données de 1995. Rapport du XV^{ème} Congrès Médical National (Rabat, 5 et 6 décembre 1996)

Tableau 11 : Répartition de la mortalité et néonatale dans les maternités hospitalières par région (ex-régions économiques du Maroc)

<i>Régions économiques</i>	<i>Nombre d'Accouchements</i>	<i>Mortalité Néonatale</i>	
		<i>Nombre</i>	<i>Taux (pour mille)</i>
Sud	21602	1033	48
Tensift	26106	1639	63
Centre	48152	1926	40
Nord-Ouest	47738	1650	35
Centre-Nord	19995	1009	50
Oriental	12540	521	42
Centre-Sud	8577	464	54
Total	184710	8242	45

Source : Etude réalisée par l'INAS et la Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat en 1996 et qui a porté sur les données de 1995. Rapport du XV^{ème} Congrès Médical National, Rabat, 5 et 6 décembre 1996.

Il faut signaler que ce taux de mortalité néonatale intra hospitalière reste sous estimé dans la mesure où il ne tient pas compte des décès qui surviennent après les 24 heures qui suivent l'accouchement (la durée moyenne de séjours des parturientes en post-partum ne dépasse guère les 24 heures). Par ailleurs, et bien que le système de notification des causes et des circonstances de décès mis en place ne permet pas de déterminer la part de responsabilité des services de santé dans ces décès, des études ponctuelles menées dans des maternités hospitalières ont révélé l'existence de grosses lacunes dans la prise en charge du nouveau-né.

III. Les actions de santé en faveur de la réduction de la mortalité néonatale

La mortalité néonatale est un phénomène complexe impliquant plusieurs facteurs de risque et plusieurs interactions. Sa double dimension sociale et biomédicale conditionne le succès de tout programme d'action sanitaire. Parmi les mesures destinées à réduire la mortalité néonatale, certaines ne peuvent avoir d'impact qu'à long terme. Il s'agit d'actions ciblées sur l'environnement intra utérin du fœtus par l'amélioration des conditions économiques et sociales des futures mères, ce qui nécessite des actions multisectorielles et un engagement politique

clair. A court terme des actions préventives et curatives, portant directement sur les causes directes de décès et ayant montré leur efficacité dans les pays occidentaux, peuvent être envisagées. En effet, même si un certain nombre d'actions en faveur de la réduction de la mortalité néonatale s'avère être identique à celles déployées pour la réduction de la mortalité post néonatale, certaines causes de décès dans la période néonatale restent étroitement liées aux interventions orientées vers les conditions du déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

C'est ainsi qu'au Maroc, le ministère de la santé a élaboré une stratégie visant de façon explicite la réduction de la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale à travers le programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement présenté dans le plan 1988-92. Sur le plan opérationnel les actions sont orientées vers un niveau élevé de la couverture prénatale et d'accouchement en milieu surveillé.

Dans ce chapitre, nous allons essayer de décrire cette stratégie, d'identifier les moyens humains et matériels mis en place et d'analyser les obstacles qui entravent l'efficacité du programme.

1. Organisation soins obstétricaux au Maroc

Au Maroc les soins obstétricaux sont dispensés par plusieurs secteurs à savoir :

- le secteur public, composé par les formations sanitaires relevant du ministère de la santé,
- le secteur semi-public : composé par les formations sanitaires de la CNSS, de l'OCP, de l'ONE...
- le secteur privé constitué par les cliniques privées et les cabinets de gynécologie,
- le secteur traditionnel qui occupe encore une place non négligeable dans la prise en charge des accouchements notamment en milieu rural.

En raison de la non disponibilité de données sur les autres secteurs, nous nous limiterons dans notre travail au seul secteur public qui est d'ailleurs le principal prestataire de soins en matière d'accouchement (84%)¹.

Selon le type de prestations offertes, on distingue deux volets dans la prise en charge des soins obstétricaux : un volet curatif et un volet préventif.

- **Le volet curatif** pour la prise en charge de l'accouchement et qui est assuré d'une part par les formations du réseau hospitalier (RH), représentées par les maternités hospitalières qui se trouvent au niveau des différentes catégories d'hôpitaux (Centres hospitaliers universitaires, hôpitaux régionaux, hôpitaux provinciaux et polycliniques ou hôpitaux de zone) et d'autre part par les formations du réseau de soins de santé de base (RSSB ou réseau ambulatoire ou maternités périphériques). Ces dernières sont constituées par les centres de santé avec lits, les maternités rurales et les maisons d'accouchement en milieu urbain.

Les formations sanitaires du réseau des soins de santé de base ont pour rôle d'effectuer les accouchements normaux et d'identifier à temps les complications nécessitant une référence vers la maternité hospitalière. Les maternités hospitalières, en plus des accouchements normaux qu'elles effectuent, sont dotées d'un bloc opératoire qui permet de prendre en charge toutes les urgences obstétricales.

- **Le volet préventif**, il porte sur la consultation prénatale, et la planification familiale dont les prestations sont fournies principalement par les établissements du réseau de soins de santé de base. Le schéma suivant représente la filière des soins obstétricaux dans le système de santé du secteur public pour les soins curatifs et préventifs.

¹ Ministère de la Santé Publique. **Approche de la mortalité maternelle au Maroc**. Institut National d'Administration Sanitaire. (INAS), 1992.

2. La prise en charge des accouchements à domicile

Au Maroc, sauf problèmes particuliers durant la grossesse, accoucher à la maison constitue une pratique normale. L'accouchée peut être amenée à l'hôpital si un problème survient, et que la population pense qu'une technique peut encore lui sauver la vie.

L'idée de former systématiquement les accoucheuses traditionnelles qui a fait son chemin dans le pays dès les années 1970, a été initiée au Maroc dans les années 1980. Mais sa concrétisation de cette idée au Maroc s'est heurtée à deux obstacles majeurs.

- le profil de l'accoucheuse traditionnelle très différent d'une région à une autre. Il varie de l'accoucheuse traditionnelle avec des compétences limitées mais certaines, à la vieille femme qui a une vague expérience des accouchements ; ce qui rend difficile leur identification,
- les accoucheuses traditionnelles ne sont pas en général reconnues par le personnel de santé.

La seule expérience de collaboration avec les accoucheuses traditionnelle est celle qui a été menée par une équipe provinciale du ministère de la santé, au début des années 1980, dans une partie de la province de Taroudant. Cette expérience a été très positive, mais elle est restée très locale. Actuellement les actions du Ministère de la Santé pour la formation des accoucheuses traditionnelles se limitent à l'information-éducation en matière de l'hygiène de l'accouchement et à la fourniture de Kit d'accouchement.

3. La prise en charge des grossesses dans la consultation prénatale

Les activités en matière de surveillance prénatale occupent une position clé dans la prévention de la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales liées à la grossesse et à l'accouchement. Ces activités

constituent à la fois le premier maillon essentiel dans la prise en charge des grossesses et la porte d'entrée dans le système de santé en général.

Au Maroc, le programme de surveillance de la grossesse mis en place dans les années 80 a été restructuré en 1987. Il a été orienté vers les activités suivantes :

- le dépistage des grossesses à risque et leurs références à temps vers les structures compétentes ;
- le dépistage et le traitement des problèmes de la santé chez les femmes enceintes (infection, diabète, hypertension artérielle etc.) ;
- la surveillance de la grossesse ;
- l'information et l'éducation afin de promouvoir l'hygiène de la grossesse et de préparer la mère à l'accouchement et au planning familial.

Pour améliorer la couverture prénatale, un certain nombre d'interventions ont été proposées :

- création des cellules de santé maternelle (SMI) et formation du personnel ;
- création de la fiche opérationnelle pour le suivi individuel de la femme enceinte ;
- équipement de toutes les cellules de SMI avec des Kits standard pour la consultation prénatale et postnatale ;
- vaccination antitétanique systématique.

Pour assurer un suivi régulier des femmes enceintes, le programme prévoit, en moyenne, une consultation à chaque trimestre de grossesse. La surveillance de la grossesse est assurée, en grande partie, par le réseau des soins de santé de base, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

En dépit des efforts consentis par le ministère de la santé en terme d'extension de la couverture sanitaire (le ratio structure sanitaire par naissance est de 1/504 en milieu urbain et 1/650 en milieu rural), la

fréquentation de la consultation prénatale est restée très faible particulièrement en milieu rural. En effet, seule une femme sur trois en milieu rural bénéficie d'une consultation prénatale et deux tiers en milieu urbain, la fréquence des visites pour chaque femme ne permet pas d'assurer un suivi régulier : 13% des femmes n'ont bénéficié que d'une visite, 20% de deux visites et 12% de trois visites. Environ le tiers (37%) des visites seulement se font avant 6 mois¹.

Le faible recours à la consultation prénatale peut être expliqué, en partie, par :

- les obstacles géographiques surtout en milieu rural, où une forte proportion de population (40% en 1992) se trouve à plus de 10 km d'une formation sanitaire de base ;
- les aspects culturels surtout lorsque le personnel féminin n'est pas disponible pour assurer la consultation prénatale, c'est une situation assez fréquente dans certaines zones rurales défavorisées ;
- la qualité de la communication entre le personnel et la population, et enfin ;
- la défaillance des composantes techniques du service. Car hormis l'introduction de la vaccination antitétanique en 1987 chez les femmes en âge de reproduction, qui est un bon moyen de lutte contre le tétanos néonatal, les autres activités de la consultation prénatale ne sont pas toujours réalisées de façon adéquate (manque de moyens de dépistage, compétence du personnel, absence de suivi etc.). Ces aspects qui touchent à la qualité technique sont responsables de l'absence d'efficacité en terme de prévention de la mortalité néonatale. De ce fait, même si le recours aux soins prénataux est nettement plus important en milieu urbain qu'en milieu rural (tableau 12), il nous semble être insuffisant pour réduire la mortalité néonatale. Le résultat attendu de ces services

¹ Données du MSP, Division de la santé de la mère et de l'enfant, 1995.

ne peut être atteint que grâce à l'amélioration de la qualité technique des soins.

Tableau 12 : Pour cent de femmes ayant bénéficié des visites prénatales et d'accouchement en milieu surveillé selon le milieu : 1987, 1992 et 1997

Année de l'enquête	Milieu	Visites prénatale	Accouchements en milieu surveillé
1987	Urbain	49	56
	Rural	13	11
	Les 2 milieux	25	26
1992	Urbain	61	64
	Rural	18	14
	Les 2 milieux	33	31
1997	Urbain	69	70
	Rural	20	20
	Les 2 milieux	42	43

Sources : ENPS-I (1987), ENPS-II (1992) et PACHILD (1997).

4. La prise en charge des accouchements dans le secteur public

4.1. Les structures d'accouchement

Le secteur public comprend 63 maternités hospitalières, dont 3 maternités de centre hospitalier (CH), 5 maternités régionales, 41 maternités provinciales et 12 maternités de polyclinique (ou hôpitaux de zone). Ces structures totalisent 1368 lits réservés à l'obstétrique (Tableau 13). Le nombre de formations du réseau des soins de base qui prennent en charge les accouchements est de 238 avec une capacité litière de 1584, dont la majorité se situent en milieu rural. Les variations régionales sont importantes. Ce sont les régions du Nord-Ouest et de l'Oriental qui présentent le ratio le plus faible de lit (0,21/1 000 naissances attendues) alors que la région du Centre-Sud présente le ratio le plus élevé (0,58/1 000 naissances attendues).

Tableau 13 : Répartition des structures d'accouchement (unité) par réseau et par région (année 1996)

Structures d'accouchement	Ex-régions économiques du Maroc							
	Sud	Tensift	Centre	Nord-Ouest	Centre-Nord	Oriental	Centre-Sud	National
Réseau hospitalier								
MH-CH	0	0	1	2	0	0	0	3
MH- Régional	1	1	0	0	1	1	1	5
MH-Province	9	3	10	10	3	3	3	41
M-Polyclinique*	1	0	3	3	1	0	4	12
Autres	1	0	0	0	1	0	0	2
Total	12	4	14	15	6	4	8	63
Ratio (p.r.1000na)	0,11	0,04	0,06	0,08	0,06	0,07	0,13	0,08
RSSB	46	29	52	38	27	12	34	238
Urbain	9	7	15	11	3	2	7	54
Rural37	37	22	37	27	24	10	27	184
Ration (p.r.000na)	0,4	0,25	0,23	0,21	0,26	0,21	0,58	0,28

na : naissances attendues

*polyclinique : nouvelle appellation de l'hôpital de zone.

Source : Enquête Nationale, INAS, Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat 1996 et services de la carte sanitaire (données de 1995)

Les deux réseaux hospitalier et ambulatoire totalisent 2950 lits. Mais le taux d'occupation moyen reste très faible : 64% pour les maternités de CH, 82% pour les maternités régionales, 60% pour les maternités de province et 49% pour les polycliniques. Dans le réseau des soins de santé de base, le taux d'occupation moyen ne dépasse guère 34%.

Le nombre total de lits dans le réseau hospitalier est de 1368. Le ratio lit pour 1000 naissances attendues est de 1,6 avec des disparités régionales importantes (tableau 3.3). Ce ratio passe de 1,4 dans la région du Centre à 1,8 dans la région du Centre-Nord. L'axe Casa-Rabat (constitué par les provinces du grand Casablanca, Rabat, Mohammédia, Benslimane, Kénitra, Salé et Témara) présente un ratio largement supérieur à la moyenne nationale 2,1 pour 1000 naissances attendues. Dans le réseau des soins de santé de base le nombre de lits est de 1 585, soit un ratio de 1,9 pour 1000 naissances attendues (tableau 15). La

répartition géographique des lits montre une variation encore plus importante que pour les maternités hospitalières. Les régions du Centre et du Nord-Ouest possèdent le ratio le plus faible (1,6 et 1,5) bien qu'elles regroupent 48% de la population du pays. Les régions du Sud et du Centre-Sud possèdent les ratios les plus élevés (3,3 et 2,7). Ainsi donc, les deux réseaux hospitalier et ambulatoire regroupent 2953 lits.

Tableau 14 : Répartition de la capacité litière des maternités hospitalière par région.

<i>Ex-régions économiques du Maroc</i>	<i>Naissances attendues</i>	<i>Nombre de lits</i>	<i>Ratio (pour1000 n.a)</i>
Sud	103 127	181	1,7
Tensift	111 725	188	1,6
Centre	218 569	310*	1,4
Nord-Ouest	179 570	343*	1,9
Centre-Nord	96 183	176	1,8
Oriental	55 676	81	1,5
Centre-Sud	60 243	89	1,5
National	825 097	1 368	1,6
Axe Casa/Rabat	181 184	392*	2,1

* Y compris les lits des CH

Source : Enquête nationale INAS et Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat 1996 (données de 1995).

Tableau 15 : Effectif des lits d'accouchements du RSSB par milieu et par région.

Ex-régions économiques au Maroc	Milieu			Ratio lit/1000 na
	Urbain	Rural	Total	
Sud	68	270	338	3,3
Tensift	36	154	190	1,7
Centre	103	240	343	1,6
Nord-Ouest	123	152	275	1,5
Centre-Nord	24	148	172	1,8
Oriental	20	84	104	1,9
Centre-Sud	60	103	163	2,7
Total	434	1151	1585	1,9

Source : Service de la Carte Sanitaire 1995.

4.2 Les ressources humaines

La prise en charge des accouchements dans les maternités hospitalières est assurée par les médecins spécialistes en gynécologie obstétrique et les accoucheuses. En l'absence du médecin gynécologue, les chirurgiens peuvent assurer les urgences obstétricales. Selon le niveau

de compétences, les accoucheuses comprennent les sages femmes, les accoucheuses et les faisant -fonction d'accoucheuses. Au niveau du réseau des soins de santé de base, en plus des accoucheuses, les médecins généralistes interviennent dans l'encadrement de ces dernières.

En 1996, le Maroc disposait de 292 gynécologues. L'étude de la répartition de ces gynécologues dans le secteur public montre que les régions du Centre et du Nord regroupent 85% des effectifs, alors qu'elles abritent moins de la moitié de la population(48%), cela est essentiellement dû à la présence de deux Centres Hospitaliers (tableau 16). Le ratio gynécologue pour 10 000 naissances attendues dans les régions du Centre et du Nord-Ouest est nettement plus élevé par rapport aux autres régions (respectivement 4,5 et 4,2). Le Tensift possède le ratio le plus faible (0,7).

Le nombre d'accoucheuses qui exercent au niveau des structures d'accouchement publiques est de 1584, soit un ratio de 19,2 pour 10000 naissances attendues. Dans cet effectif, on compte 1 066 infirmières faisant fonction d'accoucheuses, soit 67% de l'effectif total des accoucheuses, 384 accoucheuses, soit 25%, et enfin seulement 134 sages femmes, soit 8%. Près du tiers (32%, soit un effectif de 572) des accoucheuses toutes catégories confondues exercent dans les maternités hospitalières contre 68% au niveau du réseau des soins de santé de base (tableau 17). Les structures périphériques fonctionnent le plus souvent avec des faisant fonction d'accoucheuses, donc avec du personnel moins qualifié et souvent mal ou pas du tout encadré. Face à ces insuffisances, le Ministère de la Santé a procédé à la mise en place en 1994 d'une réforme des études pour le renforcement de la formation des sages-femmes. L'objectif étant de préparer des praticiennes compétentes et en quantité suffisante.

Tableau 16 : Répartition des ressources humaines médicales par région.

Personnel paramédical	Ex-régions économiques du Maroc							
	Sud	Tensift	Centre	Nord-Ouest	Centre-Nord	Oriental	Centre-Sud	National
Hôpiaux Gynécologues								
Nb	12	8	99*	148*	9	7	9	292
Ratio/1000 n.a	1,2	0,7	4,5	4,2	0,9	1,3	1,5	3,5
Réanimateurs								
Nb	3	4	9	16	1	1	3	37
Ratio/1000 n.a	0,3	0,3	0,5	0,9	0,1	0,2	0,5	0,5
RSSB								
Médecins généralistes Nb	151	133	336	357	155	87	110	1329
ratio/1000 n.a	15	12	15	20	16	16	18	16

* Y compris les médecins en cours de spécialisation (94)

Source : Enquête nationale INAS, Faculté de Médecine de Rabat 1996 et Service de la Carte sanitaire (données de 1995).

Tableau 17 : Répartition du personnel paramédical :sages femmes, accoucheuses(ASDE) et faisant fonction d'accoucheuses (ASB)¹ et ratio par rapport au naissances attendues selon la région (ancienne région économique) et le niveau de soins

(MH et MA du RSSB).1995

Personnel paramédical	Sud		Tensift		Centre		Nord-Ouest		Centre-Nord		Oriental		Centre-Sud		Total	
	Nbre	Ratio	Nbre	Ratio	Nbre	Ratio	Nbre	Ratio	Nbre	Ratio	Nbre	Ratio	Nbre	Ratio	Nbre	Ratio
Sages-femmes																
MA	10		3		12		16		0		4		3		46	
MH	11		7		20		31		12		2		5		88	
Total	21	2,0	10	1,0	32	1,5	47	2,5	12	1,2	6	1,0	8	1,3	134	1,6
Accoucheuses ASDE																
MA	34		10		15		6		32		2		8		135	
MH	38		28		70		84		26		25		45		273	
Total (1)	72	6,7	38	3,5	85	3,5	90	5,0	58	5,3	27	4,8	53	8,5	408	3,4
Total (1+2)	93	8,7	48	9,8	117	5,3	137	7,9	67	6,9	33	5,9	59	9,8	542	6,5
Accoucheuses ASB																
MA	133		147		203		117		138		82		127		947	
MH	40		6		26		22		12		10		10		97	
Total (2)	173	16,0	153	13,7	229	10,0	139	7,7	150	15,3	85	15,2	137	21,0	1044	12,6
Total Général																
MA	177	17,0	160	14,3	230	10,5	139	7,7	170	17,6	88	15,8	138	22,9	1100	13,0
MH	79	7,6	41	3,7	101	4,6	137	7,6	45	4,6	30	5,3	53	8,7	466	5,9
Total	266	24,8	201	18,0	331	15,0	276	15,3	215	22,3	118	21,2	191	31,7	1586	19,2

Sources : Enquête national, INAS et fculté de médecine

¹ ASDE : adjoint de santé diplômé d'Etat ; ASB : adjoint de saté breveté.

4.3. Utilisation des services

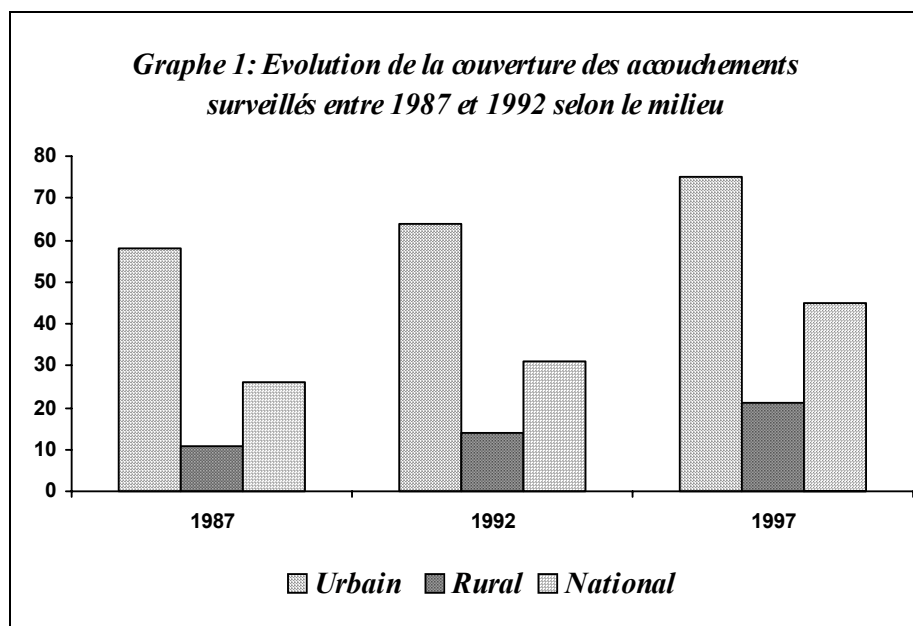
L'analyse de l'utilisation des structures d'accouchement mesurée par le taux d'occupation moyen (TOM) montre que celles-ci restent largement sous-utilisées. Dans certaines maternités, ce taux ne dépasse guère 13%. La moyenne étant de 82% dans les maternités régionales, 60% dans les maternités de province, 49% dans les maternités des polycliniques et 34% dans le réseau ambulatoire. Le taux d'occupation diminue au fur et à mesure qu'on descend dans la hiérarchie des structures, dénotant ainsi une certaine désaffection pour les structures d'accouchement les plus périphériques. Ce constat vient renforcer les données des enquêtes où la couverture des accouchements en milieu surveillé demeure faible, particulièrement en milieu rural (graphique suivant).

Les raisons de la non-utilisation des structures d'accouchement restent les mêmes que celles évoquées pour la consultation prénatale. Cependant, et au-delà des aspects quantitatifs en terme de couverture, les aspects qualitatifs en rapport avec la qualité technique de la prise en charge de la mère et de l'enfant restent à prendre en considération. Dans ce sens, plusieurs études¹, mais à caractère très ponctuel, ont permis d'identifier de grandes lacunes au niveau des maternités périphériques et hospitalières.

¹ AbouKinane , Evaluation de la qualité des soins au niveau de la maternité d'El Jadida, INAS, 1993.

Kouallaa, Evaluation de la qualité des soins à la Maternité de l'hôpital El Farabi d'Oujda, INAS 1997.

Bijjou, Evaluation de la qualité de prise en charge des hémorragies à la maternité El Idrissi de Kénitra, INAS 1997



Sources : Enquête nationale de planification familiale 1983, Enquête Nationale sur la Planification familiale, la Fécondité et la santé de la Population au Maroc 1987 et 1992 et l'enquête de PAPCHILD 1997.

5. La prise en charge du nouveau-né en post-partum

On distingue deux niveaux de prise en charge :

Dans l'immédiat, après la délivrance dans les structures d'accouchement, le personnel de santé est tenu d'assurer, dans de bonnes conditions, les soins systématiques à tous les nouveau-nés, et être apte à assurer les premiers soins d'urgence à tous les nouveau-nés avant de les orienter vers un centre hospitalier. Pour réaliser ces activités, le Ministère de la Santé a mis en place le matériel nécessaire, a procédé à la formation du personnel et a prévu un système d'évacuation efficace.

Sur le plan opérationnel, la prise en charge du nouveau-né reste très sommaire. On note que ¹ :

- l'attention du personnel reste focalisée surtout sur la mère,

¹ Voir notes en bas de la page précédente.

- le nouveau-né n'est pas soigneusement observé et examiné pendant les dix premières minutes de la vie extra-utérine, en vue d'évaluer sa maturité et la qualité de son adaptation périnatale.
- pendant son séjour à l'hôpital, le nouveau-né ne fait pas toujours l'objet d'une observation soutenue. L'application des règles d'hygiène n'est pas toujours rigoureuse,
- la durée moyenne de séjour ne dépasse pas 24 heures ce qui ne permet pas d'assurer un suivi du nouveau-né dans les premiers jours de la vie,
- le manque d'une stratégie claire et intégrée par l'ensemble du personnel sur le suivi en post-partum,
- et enfin le personnel en périphérie de par ses compétences se trouve dans l'incapacité de réaliser certains gestes vitaux pour le nouveau-né.

Plus tard dans les consultations postnatales : ces consultations sont organisées dans les services de santé de base. Elles ont lieu dans les deux semaines qui suivent la naissance. Elles constituent plus une occasion pour administrer le BCG qu'une opportunité pour prendre en charge le couple mère - enfant.

Conclusion

Contrairement à la mortalité infantile, la mortalité néonatale (comme la mortalité maternelle) s'est montrée moins sensible aux investissements dans les programmes de santé. La mortalité infantile a pu être réduite grâce à des actions ciblées mises en place rapidement et efficacement, dont le programme de vaccination, le programme de lutte contre les complications des maladies hydriques, le programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës, et le programme de lutte contre les maladies de carence.

Au Maroc, bien que le programme de la maternité sans risque intègre dans sa stratégie la composante néonatale, en raison d'un accès

limité aux soins (pour de multiples raisons), de gros efforts restent à faire dans le sens de l'amélioration de la qualité des soins, pour rendre ces services plus accessibles et plus acceptables.

Le programme de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales, par le biais de la consultation prénatale au niveau des services de santé de premier niveau (centres de santé et cabinets privés) a prévu, en plus de l'examen complet et des examens complémentaires standards, une prise en charge éducative des femmes enceintes. L'information-éducation des femmes est axée sur l'évolution de la grossesse ; leur attention est attirée vers les dangers que représente pour le fœtus, l'exposition aux différents risques et agents physiques, sur les règles d'hygiène de la gestation, en particulier l'importance d'une alimentation complète et bien équilibrée. Mais, en plus de la faible fréquentation des services de surveillance de la grossesse, les problèmes de communication et le faible taux des grossesses à risque dépistées rendent cette activité peu efficace.

Le partogramme introduit en 1992, en tant qu'outil de gestion de l'accouchement, dans les structures y afférentes, avait pour objectifs d'améliorer la surveillance du travail pour assurer la survie de la mère et du nouveau-né. Sur le plan opérationnel, cet outil s'est avéré insuffisant en l'absence d'installations adéquates et d'une équipe médicale et paramédicale diversifiée, et compétente dans le domaine de la néonatalogie.

Dans les maternités périphériques, la formation du médecin généraliste et des infirmières accoucheuses sur la conduite de l'accouchement ne met pas suffisamment l'accent sur la prise en charge des problèmes de néonatalogie. Ceci est d'autant plus capital que le médecin généraliste joue un rôle important dans le domaine du dépistage et de la prévention. Car les niveaux de soins divers (domicile, maisons d'accouchement et maternités rurales, hôpitaux provinciaux et régionaux) rendant la décentralisation de la technologie difficile, nécessitent le

renforcement des capacités du personnel dans la prestation des soins d'urgence simples, mais indispensables pour la survie de l'enfant.

Références bibliographiques

1. Allen J. and All. *Birth Weight and Prenatal Mortality: The Effect of Gestational Age*, **American Journal of Public Health** 1992 ; Vol.82 ; N°3 ; pp :378-382
2. Arntzen A ; Moum T ; Magnus P ; Bakketeig LS. *The association between maternal education and postneonatal mortality. Trends in Norway, 1968-1991*, **International Journal of Epidemiology**, 1996 ; Vol.25 ; N°3 ; pp :578-84.
3. Bartlett A 3d ; Paz de Bocaletti ME ; Bocaletti MA. *Reducing perinatal mortality in developing countries: high risk or improved labour management?* **Health Policy and Planning** 1993 ; vol.8 ; N°4 ; pp :360-8.
4. Becerra JE ; Atrash HK ; Perez N ; Saliceti JA. *Low birthweight and infant mortality in Puerto Rico*. **American Journal of Public Health** 1993 ; vol.83 ; N°11 ; pp :1572-6.
5. Bloland P. ; Slutsker L. ; W.Steketee R. ; JJ Wirima ; Heymann DL ; and J ;G. Breman. *Rates and Risk factors for mortality during the first two years of life in rural Malawi*. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene** 1996 ; Vol.55 ; N°1 ; pp :82-86
6. Cesar G Victoria ; Fernando C Barros ; Sharon R A Huttely ; Ana Maria B Teixeira and J Patrick Vaughan. *Early Childhood Mortality in a Brazilian Cohort: The roles of Birthweight and Socioeconomic Status*. **International Journal of Epidemiology** 1992 ; Vol.21 ; N° 5 ; pp :911-915
7. Den Broek JV ; Roger Eeckels and Guy Massa. *Maternal determinants of child survival in a rural African community*. **International Journal of Epidemiology** 1996 ; vol.25 ; N°5 ; pp :998-1004
8. Friede A ; Boldwin W ; Rhodes Ph ; Buehler J.W ; Struass L.T. *Older maternal age and enfant mortality in the United States*. **Obstetric Gynécology**. 1988, Vol 72, pp :152-157
9. Hellerstedt, WL ; Pirie PL ; Alexander GR. *Adolescent parity and infant mortality, Minnesota, 1980 through 1988*. **American Journal of Public Health** 1995 ; vol.85 ; N°8 ; pp :1139-42.
10. Kalipeni, E. *Determinants of infant mortality in Malawi : a spatial perspective*. **Social Science and Medicine** 1993 ; Vol.37 ; N02 ; pp :183-98.
11. Millard AV. *A causal model of high rates of child mortality*. **Social Science and Medicine** 1994 ; vol.38 ; N°2 ; pp :253-68.

12. Ministère de la Santé Publique. **Etude Nationale sur les Causes et les Circonstances de la mortalité infantile et juvénile (ECCD) 1988-1989**. Rabat, MSP, 1991, 88 p.
13. Ministère de la Santé Publique. **Approche de la mortalité maternelle au Maroc**. Institut National d'Administration Sanitaire. (INAS), 1992
14. Mturi AJ ; Curtis SL. *The determinants of infant and child mortality in Tanzania*. **Health Policy and Planning** 1995 ;Vol.10 ; N°4 ;pp :384-94.
15. Parazzini F ; Pirotta N ; La Vecchia C ; Bocciolone L ; Fedele L. *Determinants of perinatal and infant mortality in Italy*. **Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique/Epidemiology and Public Health** 1992 ; Vol.40 ; N°1 ; pp :15-24.
16. Wilkinson D. *Avoidable perinatal deaths in a rural hospital : strategies to improve quality of care*, **Tropical Doctor** 1995 ; vol.25 ;N°1 ;pp :16-20.
17. World health Organization. *La prévention de la mortalité et de la morbidité périnatales*. **Cahiers de santé publique** N°42
18. World Health Organization, *The health of Europe*, **European serie** N°49 ; 1993

Chapitre 5 : Niveaux, Variations et Déterminants de l'Infécondité au Maroc

Introduction

La focalisation sur l'accroissement démographique par le biais d'actions visant à réduire le niveau de fécondité, occulte le fait qu'une partie non négligeable de la population est inféconde, et se trouve frustrée dans son désir d'engendrer au moins un enfant.

Une bonne politique démographique qui s'emploie à diminuer les taux de fécondité, doit en même temps permettre aux couples inféconds d'avoir une descendance. En effet, pour que les femmes apprennent à mieux gérer celle-ci, il faut qu'elles aient le sentiment de pouvoir avoir le nombre d'enfants désirés au moment voulu.

La stérilité au Maroc est considérée comme un phénomène marginal, elle est de ce fait, peu connue. Cette étude s'inscrit dans ce contexte. Elle s'emploiera d'abord à trouver une définition démographique de l'infécondité permettant d'approcher la stérilité, et ensuite à examiner les approches permettant d'en appréhender la mesure afin de pouvoir en évaluer les niveaux et tendances, aussi bien sur le plan national que régional, et d'en analyser les causes et déterminants, ainsi que quelques conséquences sociales évidentes.

Pour ce faire, les données provenant des Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat de 1982, et de 1994, de l'Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale (ENFPF) de 1979-80, de l'Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la Population au Maroc (ENPS) de 1987, de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS) de 1992, de l'Enquête Panel sur La Population et la Santé (EPPS) de 1995, de l'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (Papchild) de

1996-97 et de l'Enquête Nationale sur la Famille de 1995, constitueront les sources de base de ce travail.

I. Concepts, définitions et approches de mesure de l'infécondité

En raison du peu d'intérêt accordé à l'étude de l'infécondité, son analyse démographique s'est toujours heurtée, jusqu'à une date récente, à l'absence d'une part d'un concept univoque du terme, et d'autre part au manque de données permettant de mesurer ce phénomène. Ce peu d'intérêt résulte à la fois du caractère localisé de l'infécondité dans quelques régions, et de la concentration des efforts sur l'appréhension et la réduction des niveaux élevés de la fécondité dans le tiers-Monde.

Les termes stérilité et infécondité sont souvent utilisés vaguement sans référence à une définition précise. C'est pourquoi, avant d'entamer cette étude, il semble utile de définir ces deux phénomènes.

Est désigné stérile, tout couple qui se trouve dans l'incapacité de concevoir pendant un an ou deux de rapports sexuels normaux, sans précaution anticonceptionnelle. La stérilité est primaire quand un couple n'est jamais parvenu à concevoir. Elle est secondaire quand il y a au moins une conception, mais que le couple n'est pas actuellement en mesure de concevoir.

L'approche socio-démographique de l'infécondité s'intéresse à la mesure des résultats de la procréation plutôt qu'à celle des capacités physiologiques de concevoir, d'ailleurs difficilement mesurables. Ainsi, en terminologie démographique, la stérilité est appréciée de façon indirecte en considérant les statistiques des événements : naissances vivantes, mort-nés, avortements spontanés ou provoqués, qui surviennent au cours de la vie reproductive. Est infécond un couple ou un individu qui n'a pas procréé au cours d'une période donnée, c'est-à-dire qui n'a pas eu d'enfant né-vivant.

L'infécondité est définie par l'absence de naissance vivante chez une femme, un homme ou un couple au cours d'une période donnée¹. Cette absence de naissance vivante peut être le fait d'une incapacité de concevoir de la femme (stérilité féminine) ou de féconder chez l'homme (stérilité masculine). Elle peut aussi être due à la mortalité fœtale (fausses couches, avortements et mort-nés) ou bien être le fait pour une femme féconde de ne pas être exposée au risque de grossesse.

L'infécondité se manifeste sous deux formes : l'infécondité primaire et l'infécondité secondaire. L'infécondité primaire s'appliquera aux femmes en âge de procréer qui n'ont pas encore eu de naissance vivante, et l'infécondité secondaire à celles qui, ayant eu au moins une naissance vivante, n'en ont plus eu au cours d'un intervalle de temps donné, après la dernière naissance.

L'infécondité sera mesurée dans cette étude de deux manières. La plus simple correspond à la proportion de femmes qui, jusqu'au moment du recensement ou d'une enquête, n'ont pas eu d'enfant né-vivant. Cette proportion calculable par âge ne permet pas de mesurer l'infécondité d'une femme, elle reflète plutôt des comportements en matière de planification familiale et de nuptialité. En effet, cette mesure peut surestimer l'infécondité, puisqu'elle inclut des femmes récemment mariées.

Cette mesure confond l'infécondité avec la stérilité. Si l'on considère uniquement les femmes se trouvant à la fin de leur vie génésique (45-49 ans), l'infécondité du moment mesure alors l'infécondité totale, qui se rapproche de la stérilité primaire définitive (Evina AKAM, 1996). Bien que l'infécondité ne soit pas synonyme de stérilité, elle nous permet une certaine approche du phénomène et pallie ainsi au manque de données sur la stérilité.

¹ Cette définition se démarque de l'approche médicale de ce phénomène qui définit l'infécondité par l'incapacité de concevoir (OMS, 1975).

La seconde mesure se fonde également sur la proportion de femmes qui n'ont pas eu d'enfant né-vivant, mais requiert, en plus, qu'au moment de l'enquête il y ait eu 5 ans ou plus d'exposition au risque de concevoir. Toutefois, cette mesure ne sera fournie qu'à travers les données des enquêtes se prêtant à son calcul, à savoir, l'ENPS de 1987 et l'EPPS de 1995.

II. Niveaux et tendances de l'infécondité

Cette section sera consacrée à l'analyse exploratoire de l'infécondité au Maroc. Après un aperçu global sur le phénomène et son évolution aux recensements de 1982 et de 1994, à travers les proportions de femmes sans enfant né-vivant au moment du recensement, on traitera d'une façon plus précise de son incidence dans l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS) de 1987 et l'Enquête Panel sur la Population et la santé (EPPS) de 1995 à travers les femmes engagées dans une union pendant au moins 5 ans au moment de l'enquête.

1. Infécondité aux recensements de 1982 et 1994

La mesure précise de l'infécondité requiert des données relatives aux femmes exposées à la possibilité de procréer. L'étude de l'infécondité ne sera donc pertinente que si elle s'applique aux couples, ou aux femmes non célibataires, et plus spécifiquement aux femmes continuellement en union, pour tenir compte de l'exposition passée ou présente au risque de concevoir. Toutefois, les recensements ne permettent pas de connaître les femmes qui sont toujours en première union. Aussi, on est contraint de se contenter des femmes mariées au moment des recensements.

L'analyse des données provenant du recensement de 1994 (tableau 1) révèle que les femmes non célibataires ont toujours un taux d'infécondité plus élevé que les femmes mariées, ce qui s'explique par la proportion de veuves et divorcées non remariées au moment du

recensement, et qui n'ont pas eu d'enfant pendant leur vie de couple, susceptible d'être plus courte que celle des femmes actuellement mariées.

Les femmes marocaines se caractérisent par un niveau d'infécondité totale, mesurée à la fin de la vie génésique (groupe d'âges 45-49 ans), relativement faible. Ainsi, on observe que 4,9% de femmes non célibataires et 3,9% de femmes mariées n'ont pas encore eu de naissance vivante en 1994.

Tableau 1 : Proportions (%) de femmes n'ayant pas encore eu de naissance vivante selon l'âge au recensement de 1982 et 1994

Groupe d'âges	Femmes non célibataires		Femmes mariées	
	1982	1994	1982	1994
Ensemble du pays				
35-39	5,3	6,3	4,3	4,9
40-44	6,6	5,9	5,2	4,7
45-49	5,9	4,9	4,8	3,9

Ces données révèlent également que la prévalence de l'infécondité totale à la fin de la vie génésique (40-44 ans et 45-49 ans) a décru, aussi bien chez les femmes non célibataires que chez les femmes mariées. A titre indicatif, la proportion de femmes sans enfant né-vivant à 45-49 ans ou la proportion de femmes totalement infécondes est passée de 5,9% en 1982 à 4,9% en 1994 pour ce qui est des femmes non célibataires et de 4,8% à 3,9% pour les femmes mariées.

Cette tendance à la baisse du taux d'infécondité totale vers la fin de la vie génésique (40-44 ans et 45-49 ans) résulte probablement du recul de certaines maladies en raison des meilleures conditions sanitaires, dont ont pu bénéficier les nouvelles générations de femmes en âge de procréer au cours de cette période (assistance à l'accouchement par le personnel médical, soins prénatals), de l'amélioration des conditions socio-économiques, en particulier, en termes d'alphabétisation et d'augmentation des revenus, facilitant ainsi l'accès aux soins médicaux.

En revanche, le taux d'infécondité a augmenté entre 1982 et 1994 dans le groupe d'âges : 35-39 ans, aussi bien pour les femmes mariées

que pour les non célibataires. L'explication la plus plausible est l'augmentation de l'âge au premier mariage, permettant de retarder la première naissance.

2. Incidence de l'infécondité à l'EPPS de 1995

Comme on a pu le voir précédemment, la mesure basée sur les femmes non célibataires, ou sur celles actuellement mariées, peut être biaisée par les femmes divorcées, les veuves et les femmes qui étaient au tout début de leur union et qui sont en général sans enfant né-vivant d'une part, et par le remariage d'autre part. Aussi, une période d'exposition de cinq ans est généralement prise en compte, pour distinguer les femmes infécondes de celles qui mettent longtemps à se trouver enceintes. Une fraction négligeable de femmes pourrait bien sûr retarder leur première naissance au-delà de 5 ans de mariage, mais on considère que cela n'affectera pas tellement l'ordre de grandeur de nos estimations. Puisque l'histoire complète des mariages n'est pas disponible, il n'est pas possible d'identifier les femmes qui ont été exposées continuellement à la conception durant une période de cinq ans, à moins qu'elles ne soient en leur première union. C'est pourquoi, les mesures de l'infécondité qui seront calculées à partir des données de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS) de 1987 et de l'Enquête Panel sur la Population et la Santé (EPPS) de 1995 seront basées sur les femmes actuellement mariées, et dont la première union a eu lieu il y a au moins cinq ans, et les femmes actuellement en première union depuis au moins cinq ans. La mesure basée sur les femmes actuellement mariées peut légèrement sous-estimer l'infécondité dans la mesure où celle-ci est une cause de rupture d'union. Pour cette raison, les mesures seraient basées également sur les femmes non célibataires même si celles-ci n'étaient pas nécessairement exposées au risque de concevoir, pour au moins cinq ans.

Normalement, l'absence de naissance due à la pratique contraceptive donnerait lieu à une surestimation de l'infécondité, mais

l'examen des données relatives à la pratique contraceptive à travers les données de l'EPPS de 1995 semble indiquer qu'il n'y a pas de distorsion des estimations sous l'effet de ce facteur. En effet, aucune femme inféconde âgée de 45-49 ans n'a déclaré avoir utilisé la contraception à un moment donné de sa vie, aussi bien parmi les femmes actuellement en première union depuis au moins cinq ans, que les femmes actuellement mariées, dont la première union a lieu il y a au moins cinq ans.

En se référant aux données du tableau 2, on constate que l'infécondité en 1995 demeure à un niveau faible. La prévalence de l'infécondité totale à 45-49 ans se situe à 2,2% chez les femmes mariées, dont la première union a eu lieu il y a au moins cinq ans, et à 2,1% pour les femmes actuellement en première union, depuis au moins cinq ans. A l'instar des données des recensements de 1982 et 1994, les proportions de femmes sans enfant né-vivant, calculées pour les femmes non célibataires, sont les plus élevées par rapport aux autres catégories de femmes.

La comparaison avec certains pays voisins, tels que l'Égypte et la Tunisie à travers les données des enquêtes DHS réalisés durant la période 1986-89, permet de constater que le Maroc détient les taux d'infécondité les plus élevés, suivi par la Tunisie et l'Égypte, quel que soit le groupe de femmes pris en considération. En se limitant, à titre indicatif, aux femmes actuellement en première union depuis au moins cinq ans, on relève que le taux d'infécondité totale à 45-49 ans est de 2,8% au Maroc, suivi par la Tunisie avec 2,1%, puis enfin l'Égypte avec 1,9%¹.

Selon le milieu de résidence, on observe des niveaux d'infécondité totale à 45-49 ans plus faibles en milieu urbain qu'en milieu rural : 1,9% contre 2,3% chez les femmes en première union depuis au moins cinq

¹ Voir comparative studies, Fertility. DHS, IRD, n° 2, octobre 1990.

ans, et 1,6% contre 2,6% pour les femmes actuellement mariées, dont la première union a eu lieu il y a au moins cinq ans, constat qui peut s'expliquer par des niveaux sanitaires et socio-économiques meilleurs dans les villes que dans les campagnes.

Tableau 2 : Proportions (%) de femmes n'ayant pas encore eu de naissance vivante par âge et milieu de résidence, EPPS 1995

Groupe d'âges	Femmes non célibataires	Femmes act. Mariées	F. act. mariées dont la 1 ^{ère} union a eu lieu il y a au moins 5 ans	Femmes act. en 1 ^{ère} union depuis au moins 5 ans
Milieu urbain				
35-39	7,7	5,4	4,3	2,0
40-44	3,3	2,6	2,7	2,4
45-49	3,4	1,6	1,6	1,9
Milieu rural				
35-39	4,7	3,8	3,4	3,2
40-44	4,1	3,0	2,5	2,5
45-49	2,8	2,5	2,6	2,3
Ensemble du pays				
35-39	6,3	4,6	3,8	2,6
40-44	3,7	2,8	2,6	2,2
45-49	3,1	2,2	2,2	2,1

La baisse de l'infécondité observée précédemment à partir des données des recensements de 1982 et 1994 se confirme entre l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS) de 1987 et l'Enquête Panel sur la Population et la Santé (EPPS) de 1995, quel que soit le groupe de femmes pris en considération comme dénominateur (tableau 3). Si nous nous en tenons, par exemple, aux seules femmes actuellement en première union depuis au moins cinq ans, le risque d'infécondité a décru de 2,8% en 1987 à 2,1% en 1995 à l'âge 45-49 ans, et de 2,5% à 2,2% pour le groupe d'âge 40-44 ans.

Tableau 3 : Evolution de la proportion (%) de femmes sans enfant né-vivant entre l'ENPS de 1987 et l'EPPS de 1995

Groupe d'âges	Femmes non célibataires		Femmes act. mariées		F. act. mariées, dont la 1 ^{ère} union a eu lieu il y a au moins 5 ans		Femmes act. en 1 ^{ère} union depuis au moins 5 ans	
	1987	1995	1987	1995	1987	1995	1987	1995
35-39	5,3	6,3	4,8	4,6	4,5	3,8	2,9	2,6
40-44	3,4	3,7	3,4	2,8	3,4	2,6	2,5	2,2
45-49	4,9	3,1	3,8	2,2	3,7	2,2	2,8	2,1

3. Incidence de l'infécondité par province et préfecture aux recensements de 1982 et 1994

La connaissance détaillée de la répartition géographique de l'infécondité permet de mieux cibler les campagnes de santé publique destinées à en prévenir ou réduire l'incidence. Dans cette section, l'analyse sera axée principalement sur l'infécondité totale à 45-49 ans, que l'on peut assimiler approximativement à une stérilité définitive car, à cet âge, l'infécondité ne pourra pas être le résultat d'un meilleur contrôle des naissances, mais plutôt d'origine pathologique. Cette analyse se limitera aux femmes non célibataires car, bien que leurs niveaux d'infécondité soient partout nettement supérieurs à ceux des femmes mariées (du fait que les femmes infécondes sont plus susceptibles que leurs homologues fécondes de se retrouver abandonnées par leurs conjoints), ils varient de façon presque similaire par provinces et préfectures. Une autre raison tient au fait que pour les besoins de comparaison entre les deux recensements, les données sur l'infécondité relatives au recensement de 1982 ne sont disponibles que pour les seules femmes non célibataires.

Ainsi, l'infécondité est pratiquement présente avec de nettes variations apparentes par provinces et préfectures en 1982 et en 1994 (tableaux 4, 5).

3.1. Situation au recensement de 1982

En milieu urbain, (tableau 4) on peut distinguer trois catégories de provinces et préfectures :

- La première catégorie concerne les six provinces très fortement atteintes, de 9.2% à 11.1%. Elles constituent un noyau d'infécondité (urbain et rural) dans le centre du pays, avec les provinces de Khénifra, Ifrane et Boulemane, auxquelles s'ajoutent deux provinces plus isolées, caractérisées par une infécondité essentiellement urbaine : Essaouira et Tiznit, et enfin la province de Skhirate-Témara.
- La seconde catégorie regroupe les provinces les moins touchées, de 2.6% à 6.3%, elles constituent pour l'essentiel un arc périphérique allant de Nador à Taroudannt. Mais d'autres provinces plus éparses ont un taux faible comme Kénitra, El Kelâa Des Sraghna...
- La troisième catégorie à infécondité moyenne, constitue la majorité des provinces marocaines, le taux d'infécondité y est compris entre 6.3 et 9.2%.

La répartition de l'infécondité totale en milieu rural, en 1982, est beaucoup plus simple que celle du milieu urbain. Les neuf provinces touchées sont contiguës. Elles se situent autour d'Ifrane, province la plus fortement atteinte avec 16,5%. L'infécondité semble alors se diffuser d'abord à Khénifra et Boulemane, dont les taux sont respectivement de 11% et 11.1% puis à d'autres provinces plus périphériques et moins fortement atteintes comme Azilal, Béni Mellal, Khouribga, Khémisset, Ben Slimane et Skhirate-Témara, dont les taux d'infécondité varient de 6.3 à 9.7%.

En dehors de ces provinces, et malgré l'absence de données pour les provinces du sud, on peut penser, qu'en 1982, les zones rurales sont bien protégées du fléau que constituent les MST et l'infécondité qu'elles

peuvent entraîner. Par ailleurs, en ce qui concerne les provinces les plus touchées, on peut sans doute, y voir le résultat d'une diffusion par l'intermédiaire des migrants, de comportements urbains, dans des campagnes déstructurées par l'exode. On peut expliquer la diffusion de l'infécondité vers l'est par le fait que ces provinces ont tendance à avoir une urbanisation développée, conjuguée à l'exode rural et à la déstabilisation sociale qu'il entraîne.

Ces tendances se sont-elles maintenues ? Les différentes provinces ont-elles connu une amélioration ou bien une aggravation du phénomène au recensement de 1994 ?

3.2. Situation au recensement de 1994

La situation en milieu urbain au recensement de 1994 (tableau 5) diffère sur certains points de celle de 1982. La situation s'est améliorée dans certaines provinces, dans d'autres, au contraire elle s'est aggravée. On constate tout d'abord en milieu urbain que le noyau du centre s'est maintenu : Ifrane (9%), Khénifra (7,4%), Boulemane (6,5%), à l'inverse d'Essaouira, Tiznit et Skhirate-Témara. D'autres provinces se singularisent par de forts taux d'infécondité, comme Settât (7,2%), Al Hoceïma (8,1%), Rabat (7,1%), Casablanca Anfa (7,6%) et Mechouar de Casablanca (12,6%).

En revanche, les villes de certaines provinces comme celles du nord (Tanger, Tétouan, Chefchaouen, Larache...) ont vu leur infécondité baisser. Il semble qu'entre 1982 et 1994, il y a eu une diffusion vers l'Est de comportements associés à l'infécondité, comme si le fléau avait franchi les montagnes, et le développement de deux grandes zones plus préservées, l'une comprenant Ouarzazate, Tata, Taroudannt, Azilal..., que l'on peut attribuer, comme en 1982, à l'importance des valeurs traditionnelles, et l'autre le Nord cité précédemment, puisqu'en 1982 ces communes étaient relativement touchées.

Pour ce qui est du milieu rural (tableau 5), alors qu'en 1982 on notait une certaine cohérence et une unité en matière de répartition de l'infécondité, la situation est tout autre en 1994. Si on retrouve toujours Ifrane (9,6%) et Khénifra (9,3%) comme les provinces les plus touchées, la province de Laâyoune (11,1%) dont le taux n'était pas connu en 1982, est venu s'y ajouter, ainsi que celle de Jerrada (10,9%). Les cas de Laâyoune et Jerrada sont d'autant plus particuliers que le taux d'infécondité y est faible dans les communes urbaines de ces provinces, constat qui pourrait s'expliquer par des erreurs de sondage (en raison des effectifs réduits) et des erreurs d'observation (présence de nomades parmi les ruraux pour le cas de Laâyoune).

Dans la catégorie un peu moins atteinte, mais dont les taux restent relativement importants, on retrouve Boulemane (7,3%), mais aussi des provinces qui en 1982 ne laissaient pas présager d'une telle évolution telles que : Nador (6,4%), Errachidia (6,7%), Tétouan (7,4%), Guélmim (8,6%) et Essemara (8,3%). Les explications de ces évolutions sont d'autant plus difficiles à donner que les provinces sont éparses et ne constituent pas des entités géographiques et sociologiques distinctes des zones où elles se trouvent.

Enfin, parmi le reste des provinces, l'infécondité n'est pas non plus homogène. Elle semble s'être diffusée dans le sud à Tata, à l'ouest dans la province d'El Jadida, dans le nord à Chefchaouen ou Taza, sans que cette diffusion soit un facteur d'homogénéisation.

Par ailleurs, on peut noter deux particularités, d'une part la province de Laâyoune, dont le cas a déjà été étudié, et dans laquelle le taux d'infécondité est nettement plus élevé en milieu rural qu'urbain ; et le cas opposé, des provinces de Al Hoceima et Settat où l'infécondité est essentiellement urbaine.

4. Evolution par provinces et préfectures entre 1982 et 1994

4.1. Variations de l'infécondité en milieu urbain entre 1982 et 1994

Au regard des données des tableaux 4 et 5 relatives à l'infécondité totale des femmes non célibataires à la fin de leur vie génésique (45-49 ans) en milieu urbain, on peut distinguer une tendance générale à l'amélioration entre 1982 et 1994.

En effet, il apparaît que toutes les provinces marocaines, hormis six, ont connu une baisse de leur infécondité. Cette baisse n'a pas été d'égale ampleur dans toutes les provinces, puisqu'on distingue une baisse très forte dans les villes du nord, des Jbala et Rhomara telles que Tanger, Tétouan, Chefchaouen, dans des provinces du centre comme Azilal, Khouribga et El Kelâa Des Sraghna et dans des provinces du sud : Agadir et Taroudannt, toutes déjà faiblement touchées, et à Skhirate-Témara, ce qui lui a permis d'atteindre un niveau moyen.

On distingue ensuite une majorité de provinces où la baisse a été moyenne. Y figurent la plupart des provinces de forte infécondité en 1982, telles que Boulemane et Khénifra. Les huit provinces restantes ont connu une baisse relativement faible entre les deux recensements.

S'il est difficile d'établir une certaine logique entre les provinces dont l'infécondité a baissé, les provinces dont la variation s'est faite à la hausse ne sont pas exemptes d'une certaine unité.

En effet, excepté Rabat qui constitue un cas particulier, les provinces de haute infécondité se situent sur l'arc périphérique de l'Atlas, allant de Al Hoceïma à Ouarzazate(+30%). Ces provinces ont subi une profonde mutation, passant d'une société très traditionnelle et enracinée à une société plus moderne, avec tous les bouleversements que cela implique.

Dans le monde urbain, la plus forte variation est celle de Figuig avec un accroissement du taux d'infécondité de 130%, passant ainsi de

2.7 à 6.2%. En ce qui concerne Oujda, en 1994, la variation était très légèrement négative, voire nulle, on peut penser qu'elle a suivi depuis la même tendance à la hausse que les provinces environnantes.

Malgré de telles augmentations, les taux d'infécondité en 1994, hormis Al Hoceima, restent modérés. Car si la variation relative est effectivement forte, puisque ces provinces avaient en 1982 des taux de base faibles, cela ne veut pas dire que les variations absolues aient été particulièrement fortes.

L'évolution de la répartition de l'infécondité a totalement changé, l'étude des provinces par leur rang en matière d'infécondité en 1982 et 1994, fait apparaître qu'il n'y a pas de réelle constance et qu'une amélioration de la situation est possible pour chaque province. Ainsi, Tanger qui était 31^{ème} sur 41 provinces considérées en 1982, a connu une forte amélioration puisqu'elle est la deuxième province en 1994 pour la faiblesse de son taux d'infécondité urbaine. En revanche, Figuig qui, en 1982, était la 2^{ème} province ayant le taux d'infécondité le plus faible, se retrouve au 33^{ème} rang en 1994, devancée par 31 provinces. De même pour Oujda, qui est passée de la 7^{ème} à la 32^{ème} place.

Il y a donc deux mouvements parallèles en matière d'infécondité en milieu urbain, l'augmentation de ce taux dans des provinces faiblement touchées et la baisse dans les autres, baisse parfois importante dans des provinces déjà faiblement touchées.

4.2. Variation de l'infécondité en milieu rural entre 1982 et 1994

Là encore, les différences entre l'infécondité du monde urbain et celle du monde rural sont significatives. Comment penser que l'infécondité du monde rural est totalement corrélée à celle du monde urbain, alors que les différences d'évolution sont si marquées ?

En effet, pour le monde rural (tableaux 4 et 5), bien qu'on puisse distinguer légèrement l'arc des provinces périphériques avec Nador,

Oujda, Errachidia, et Tata, (Ouarzazate étant encore légèrement à la baisse et n'ayant pas de données fiables pour Figuig), l'évolution à la hausse ne se cantonne pas à ces provinces. On distingue en effet un autre pôle constitué par des provinces du nord : Tanger, Tétouan, Chefchaouen, Kénitra et Sidi Kacem, dont l'augmentation a été modérée, mais qui est d'autant plus remarquable qu'elle s'oppose à la baisse simultanée qu'a connue le milieu urbain de ces provinces.

Cette augmentation, si l'on en croit les données de 1994, n'a fait que réduire la dichotomie qui existait en matière d'infécondité, dans ces provinces, entre les villes et les campagnes. Ce phénomène se retrouve dans les autres provinces qui ont connu une infécondité en hausse telles que Tata, Guélmim ou Agadir, où le taux d'infécondité rural a augmenté, alors qu'il a baissé simultanément dans les villes. Ce qui permet de penser que pour certaines provinces, il y a une tendance à l'homogénéisation entre ville et campagne.

Pour ce qui est de la diminution du taux d'infécondité, les plus fortes baisses concernent Azilal, Béni Mellal, Salé et Ain Chock. On a donc d'une part des provinces du centre, et d'autre part deux provinces beaucoup plus urbanisées, dans lesquelles la diffusion de la ville à la campagne se fait d'autant plus rapidement que l'espace rural de ces provinces est en réalité périurbain.

Pour les provinces qui ont connu une baisse plus modérée, on distingue trois unités géographiques. La première constitue « un croissant » allant de Al Hoceima à Boulemane en passant par Taounate, Fès, Meknès et Ifrane. La seconde est composée de trois provinces contiguës, Ben Slimane, Settat et Khouribga. La troisième, située plus au sud, regroupe Essaouira, Marrakech et Safi. Skhirate-Témara se situe aussi dans ces mêmes niveaux de baisse, mais constitue une province à part.

Toutes les autres provinces ont connu une faible baisse de leur taux d'infécondité, à part les provinces totalement urbaines et celles situées au sud de Guélmim, dont les données qui les concernent ne sont pas disponibles en 1982.

Tableau 4 : Proportions de femmes non célibataires sans enfant névivant à la fin de la vie génésique (45-49 ans) selon les provinces et préfectures et milieu de résidence en 1982.

<i>Province ou préfecture</i>	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	<i>Total</i>
Agadir	9,4	4,8	6,7
Al Hoceïma	7,4	4,4	4,9
Azilal	7,9	8,1	8,1
Ain Chock-Hay Hassani	6,9	4,4	6,3
Ain sbaa-Hay Mohammadi	6,2	-	6,2
Al Fida-Derb Sultan	-	-	-
Béni Mellal	8,4	6,3	7,2
Ben Slimane	6,3	6,7	6,6
Boulemane	9,7	11,1	10,9
Ben Msik-Sidi Othmane	6,0	5,2	5,9
Chefchaouen	7,1	3,4	3,9
Casablanca-Anfa	7,7	3,9	7,7
El Jadida	9,2	4,9	5,8
El Kelâa Sraghna	6,1	2,9	3,3
Errachidia	3,1	3,3	3,2
Essaouira	10,0	4,4	5,2
Fès	6,6	5,2	6,2
Figuig	2,7	5,6	4,5
Guélmim	7,9	5,9	6,5
Ifrane	9,3	16,5	13,2
Kénitra	5,6	3,2	4,3
Khémisset	8,4	7,2	7,8
Khénifra	11,1	11,0	11,1
Khouribga	7,7	7,6	7,7
Mohammédia-Zénata	7,4	6,0	6,9
Marrakech	7,0	4,3	5,5
Meknès	7,4	3,2	5,8
Nador	4,6	4,8	4,7
Oujda	5,5	4,8	5,3
Ouarzazate	2,6	4,9	4,7
Rabat	6,6	-	-
Safi	7,8	4,9	6,1
Settat	7,8	5,6	6,1
Sidi Kacem	7,1	3,3	4,4
Salé	6,9	4,6	-
Skhirate-Témara	10,1	7,1	-
Tanger	8,3	4,3	7,2
Tan-Tan	-	-	-
Taounate	3,1	3,2	3,2
Taroudannt	5,4	4,4	4,5
Tata	-	4,2	4,2
Taza	7,7	4,5	5,2
Tétouan	6,4	5,1	5,8
Tiznit	10,1	6,2	6,6

(-) : Ou bien l'estimation n'existe pas pour la province en question, ou bien l'effectif des femmes est tellement faible que l'estimation est insignifiante.

Tableau 5 : Proportions de femmes sans enfant né-vivant à la fin de la vie génésique (45-49 ans) selon les provinces et préfectures au recensement de 1994

Province ou Préfecture	Femmes non célibataires			Femmes mariées		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Agadir-Ida Outanane	4,8	5,1	4,9	4,6	4,4	4,5
Aïn Chock-Hay Hassani	4,6	1,3	4,3	3,0	1,5	2,8
Aïn Sebâa-Hay Mohammadi	4,6	-	4,6	2,9	-	2,9
Al Fida-Derb Sultan	6,9	-	6,9	4,4	-	4,4
Al Haouz	8,6	1,4	1,9	8,3	1,3	1,8
Al Hoceïma	8,1	2,5	4,0	7,5	2,2	3,6
Al Ismailia	7,4	1,2	6,5	7,2	1,3	6,2
Assa-Zag	4,2	5	4,5	3,6	2,8	3,3
Azilal	4,0	3,8	3,8	3,7	3,1	3,2
Béni Mellal	5,9	3,1	4,3	5,3	2,3	3,6
Ben M'sick-Sidi Othmane	4,6	-	4,5	3,7	-	3,6
Ben Slimane	4,3	3,9	4,1	5,0	3,4	3,8
Berkane	4,9	4,5	4,8	4,3	3,7	4,0
Boujdour	2,4	-	4,5	1,5	-	3,5
Boulemane	6,5	7,3	7,1	5,1	5,8	5,6
Casablanca-Anfa	7,6	-	7,6	5,6	-	5,6
Chefchaouen	3,1	4,5	3,3	2,9	5,1	3,2
Chichaoua	1,5	3,1	3,0	1,7	2,8	2,8
Chtouka-Ait Baha	3,9	4,1	4,1	3,5	3,2	3,3
El Hajeb	5,5	6	5,8	5,6	5,1	5,3
El Jadida	6,1	4,6	5,0	4,5	4	4,1
El Kelâa Des Sraghna	2,7	2,4	2,4	2,0	1,5	1,6
Errachidia	5,3	6,7	6,4	4,2	6,1	5,6
Essaouira	6,5	2,3	3,0	4,3	2,1	2,4
Essemara	4,3	8,3	4,4	4,9	-	4,6
Fahs-Bni Makada	4,5	2,6	3,1	5,1	2,4	3,1
Fès El Jadid-Dar Dbibagh	5,6	5,6	5,6	4,6	6,3	4,7
Fès-Médina	5,2	-	4,8	4,2	-	3,8
Figuig	6,2	-	-	5,1	-	-
Guélmim	4,5	8,6	6,3	3,3	6,8	4,9
Ifrane	9,0	9,6	9,3	4,3	8,8	6,8
Inezgane-Ait Melloul	6,1	6,1	6,1	6,3	7,3	6,4
Jerrada	4,8	10,9	7,6	3,2	10	6,5
Kénitra	4,5	3,9	4,2	4,0	3	3,5
Khémisset	5,2	5,8	5,6	3,4	5,1	4,5
Khénifra	7,4	9,3	8,4	5,7	7,9	6,9
Khouribga	3,7	4,3	3,9	3,4	3,6	3,5
Laâyoune	2,6	11,1	2,9	1,9	6,3	2,2
Larache	2,0	4,9	3,5	1,8	4,6	3,2
Machouar de Casablanca	12,6	-	12,6	9,0	-	9,0
Marrakech-Médina	5,8	-	5,8	4,5	-	4,5
Marrakech-Ménara	3,5	-	2,9	2,6	-	2,2
Meknès-El Menzeh	5,8	1,6	4,4	3,9	1,8	3,2
Mohammédia	5,3	-	5,3	3,5	-	3,5
Nador	5,4	6,4	6,0	4,1	5	4,6

<i>Province ou Préfecture</i>	<i>Femmes non célibataires</i>			<i>Femmes mariées</i>		
	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	<i>Total</i>	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	<i>Total</i>
Ouad Eddahab	4,8	-	4,8	3,6	-	3,6
Ouarzazate	3,4	4,3	4,2	3,7	4	3,9
Oujda-Angad	6,1	6,1	6,1	3,1	3,5	3,1
Rabat	7,1	-	7,1	5,7	-	5,7
Safi	4,5	3,2	3,8	2,8	2,8	2,8
Salé	4,9	2	4,7	4,2	2,2	4,1
Sefrou	6,9	4	5,2	5,5	2,9	4,0
Settat	7,2	3,5	4,5	4,7	3,3	3,6
Sidi Bernoussi-Zénata	5,2	2,7	4,7	4,0	1,3	3,4
Sidi Kacem	5,0	4,2	4,4	4,2	3,1	3,4
Sidi Youssef Ben Ali	3,9	2,6	3,5	3,0	2,2	2,7
Skhirate-Témara	5,3	5,3	5,3	3,6	5,2	4,0
Tanger-Assilah	2,5	6,3	5,9	2,9	5,4	5,1
Tan-Tan	4,5	-	8,3	2,7	-	7,2
Taounate	2,4	2,4	2,4	-	2,6	2,4
Taourirt	4,9	4,5	4,8	4,3	3,7	4,0
Taroudannt	2,6	4	3,7	1,5	3	2,8
Tata	3,1	5,9	5,2	1,0	3,4	2,8
Taza	4,5	3,8	4,0	3,8	2,9	3,1
Tétouan	2,8	7,4	6,0	2,2	5,7	4,6
Tiznit	5,6	5,5	5,5	4,0	5,1	4,9
Zagora	3,4	4,3	4,2	3,7	4	3,9
Zouagha-Moulay Yacoub	4,4	1,5	3,6	2,9	1,6	2,5

(-) :Ou bien l'estimation n'existe pas pour la province en question, ou bien l'effectif des femmes est tellement faible que l'estimation qui en découle est insignifiante.

III. Déterminants de l'infécondité

1. Cause principale : les maladies sexuellement transmissibles

Dans la présente section, l'infécondité sera toujours considérée à la fin de la vie génésique (45-49 ans), donc comme une infécondité totale ou stérilité, l'infécondité aux âges moins avancés correspond, comme nous l'avons vu, pour une large part, à la pratique contraceptive ou à l'entrée tardive en union.

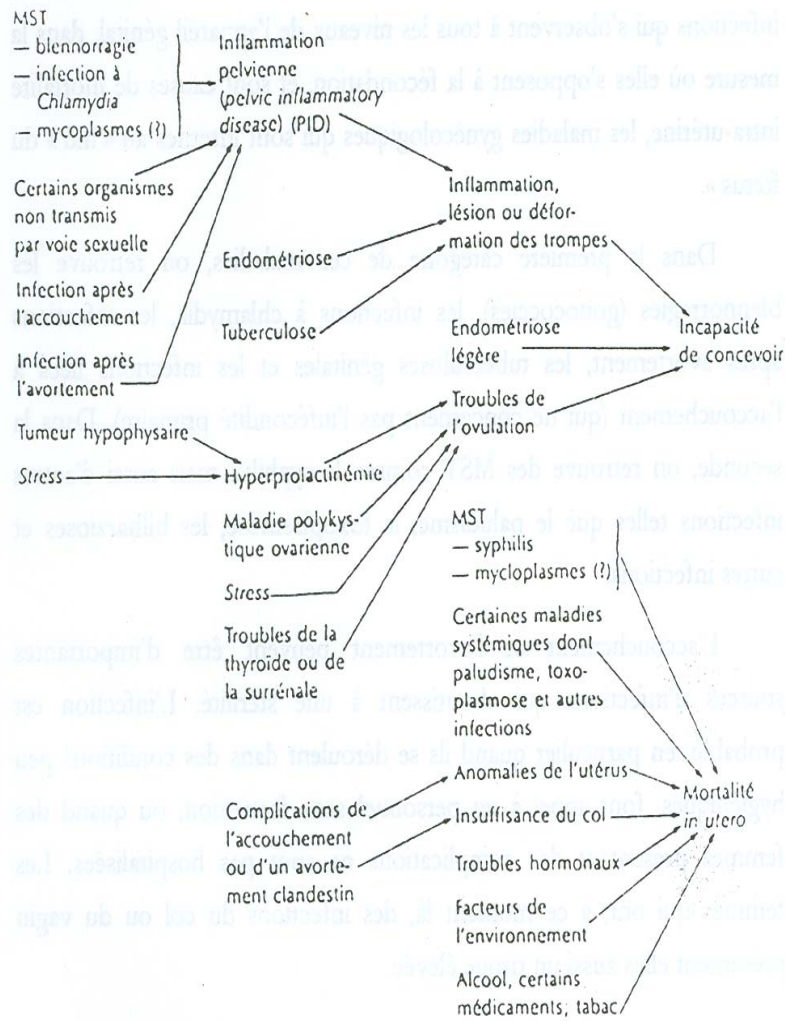
Il est probable qu'environ 50% à 70% de toutes les stérilités sont imputables aux facteurs féminins¹. Les causes immédiates de stérilité chez la femme (voir figure 1) peuvent être :

¹ Voir « La stérilité et les maladies sexuellement transmissibles : un problème de santé publique », Population reports, série L, numéro 4, septembre 1984.

- des infections et lésions ou l'oblitération des trompes de Fallope qu'elles entraînent ;
- des troubles hormonaux ou des troubles de l'ovulation ;
- l'endométriose (excroissance de tissus de l'endomètre en dehors de l'utérus).

Dans les pays développés, les troubles hormonaux et l'endométriose sont souvent la cause de la stérilité, mais il est possible de les traiter, avec de plus en plus de succès. C'est la stérilité provoquée par les séquelles de diverses infections génitales, y compris les MST, qui est la plus commune dans les pays en voie de développement et la plus difficile à traiter. Des infections peuvent aboutir à des cicatrises ou à l'occlusion définitive des trompes de Fallope, rendant ainsi la fécondation impossible. Elles peuvent aussi provoquer une inflammation qui interrompt le mouvement des spermatozoïdes et de l'ovule. Certaines MST, comme la syphilis, peuvent infecter le fœtus dans l'utérus, entraînant sa mort intra-utérine.

Figure 1 : Rapports entre certaines causes directes et indirectes de la stérilité féminine



L'infection la plus fréquente des trompes de Fallope est l'inflammation pelvienne provoquée essentiellement par les MST. De nombreuses études (Frank O.,1983, et Besley 1979) ont montré que, le plus souvent, l'infécondité totale ou stérilité est la conséquence directe des maladies sexuellement transmissibles (voir tableau 6). On distingue deux catégories de MST, les maladies stérilisantes et les maladies abortives. D'après A. Retel Laurentin (1979), « sont stérilisantes, les infections qui s'observent à tous les niveaux de l'appareil génital, dans la mesure où elles s'opposent à la fécondation, et sont causes de mortalité intra-utérine, les maladies gynécologiques qui sont internes au « nid » du fœtus ».

Dans la première catégorie de ces maladies, on retrouve les blennorragies (gonococcies), les infections à chlamydia, les infections après avortement, les tuberculoses génitales et les infections liées à l'accouchement (qui ne concernent pas l'infécondité primaire). Dans la seconde, on retrouve des MST comme la syphilis, mais aussi d'autres infections telles que le paludisme, la toxoplasmose, les bilharzioses et autres infections.

L'accouchement et l'avortement peuvent être d'importantes sources d'infections qui aboutissent à une stérilité. L'infection est probable, en particulier quand ils se déroulent dans des conditions peu hygiéniques, font appel à un personnel sans formation, ou quand des femmes présentant des complications ne sont pas hospitalisées. Les femmes qui ont, à ce moment là, des infections du col ou du vagin présentent elles aussi un risque élevée.

Tableau 6 : Résumé des rapports entre stérilité de la femme et maladies dans les pays en voie de développement

Maladie	Incapacité de concevoir Relation cause/effet	Morts in utero relation cause/effet
Maladies sexuellement transmissibles		
Blennorragie	Oui-bien établie	Non
Infections à <i>Chlamydia</i>	Oui-quelques données	Non
Syphilis	Non	Oui-bien établie
Mycoplasmes		
M. hominis	Possible	Non
M. urealyticum	Non	Possible
Autres pathologies		
Infection après accouchement	Oui-bien établie	Non
Infection après avortement	Oui-bien établie	Non
Tuberculose	Oui-bien établie	Non
Paludisme	Non	Possible-quelques données
Toxoplasmose	Non	Oui
Schistosomiase	Possible-quelques données	Non

Source : d'après Belsey, M.A. The epidemiology of infertility a review with particular reference to sub-Saharan Africa. [L'épidémiologie de l'infécondité examen portant en particulier sur l'Afrique au sud du Sahara.] Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé 54(3) : 319-341, 1976.

Par ailleurs, les MST ne sont pas les seules maladies responsables de la stérilité, notamment en Afrique tropicale et équatoriale, où les bilharzioses et le paludisme se développent du fait de la chaleur et de l'humidité. On soupçonne d'autres maladies d'être en relation avec l'infécondité, mais on manque encore d'informations sur ces liens.

Au-delà de la dimension pathologique, les relations qui existent entre maladies et infécondité sont la résultante d'un mode de vie et de rapports au sein d'une population. Des variables sanitaires et sociales viennent ensuite modifier les données et favoriser ou non le développement du foyer. On distingue trois types de déterminants des MST :

- le micro environnement physiologique qui concerne directement l'immunologie et la santé de l'individu ;
- l'environnement comportemental et personnel, en matière de sexualité, de toxicomanie, de comportements liés à la santé ;

- le macro environnement socioculturel, aussi bien économique, démographique, politique, technologique qu'épidémiologique.

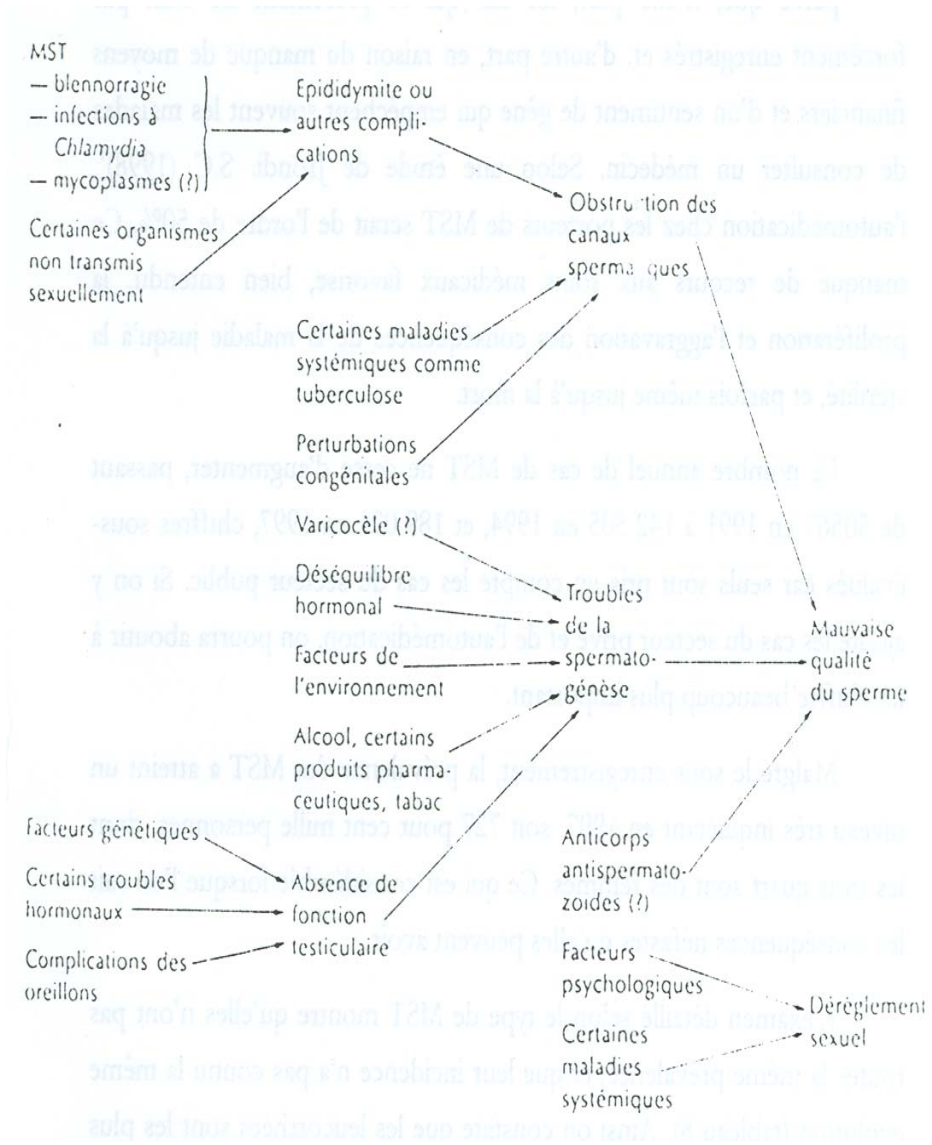
Par ailleurs, on sait beaucoup moins de choses à propos de la stérilité chez l'homme. Elle s'explique essentiellement par une faible concentration des spermatozoïdes dans le sperme, ou par une proportion élevée de formes morphologiquement anormales. Dans les pays en voie de développement, la stérilité masculine comme la stérilité féminine, d'origine tubaire, est souvent provoquée par des infections génitales qui ne sont pas soignées, et dont beaucoup sont transmises par voie sexuelle. Ces infections peuvent durer des années, atteindre les organes reproducteurs et provoquer des inflammations et des cicatrices susceptibles de bloquer la migration des spermatozoïdes. Les mêmes MST qui entraînent la stérilité de la femme, notamment la blennorragie, l'infection à Chlamydia et peut être les mycoplasmes frappent aussi les hommes (voir figure 2 et tableau 7).

Tableau 7 : Résumé des rapports entre la stérilité masculine et maladies dans les pays en voie de développement

Maladie	Relation cause/effet
Maladies sexuellement transmissibles	
Blennorragie	Oui-bien établie
Infections à Chlamydia	Oui - peu de données
Mycoplasmes <i>M. urealyticum</i>	Possible
Autres maladies	
Tuberculose	Oui-bien établie
Filariose à bancrofti	Possible-peu de données
Lèpre	Oui-bien établie
Oreillons	Oui - bien établie
Schistosomiase	Possible-peu de données

Source : d'après Belsey M.A. The epidemiology of infertility : a review with particular reference to sub-Saharan Africa. [L'épidémiologie de l'infécondité : examen portant en particulier sur l'Afrique au sud du Sahara.], Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé 54 (3) : 319-341, 1976.

Figure 2 : rapports entre certaines causes directes et indirectes de la stérilité masculine



2. Données chiffrées sur les MST au Maroc

La difficulté d'analyse de la situation marocaine tient à l'insuffisance des données. En effet, malgré les efforts des pouvoirs publics pour mieux connaître la prévalence de ce type de maladies, le sous-enregistrement est encore important¹,

parce que, d'une part, les cas qui se présentent ne sont pas forcément enregistrés et, d'autre part, en raison du manque de moyens financiers et d'un sentiment de gêne qui empêchent souvent les malades de consulter un médecin. Selon une étude de Jroni. S.C (1998)¹, l'automédication chez les porteurs de MST serait de l'ordre de 50%. Ce manque de recours aux soins médicaux favorise, bien entendu, la prolifération et l'aggravation des conséquences de la maladie jusqu'à la stérilité, et parfois même jusqu'à la mort.

Le nombre annuel de cas de MST ne cesse d'augmenter, passant de 50567 en 1991 à 142.505 en 1994, et 189.021 en 1997, chiffres sous-évalués car seuls sont pris en compte les cas du secteur public. Si on y ajoute les cas du secteur privé et de l'automédication, on pourra aboutir à un chiffre beaucoup plus important.

Malgré le sous-enregistrement, la prévalence des MST a atteint un niveau très inquiétant en 1997, soit 727 pour cent mille personnes, dont les trois quart sont des femmes. Ce qui est considérable lorsque l'on sait les conséquences néfastes qu'elles peuvent avoir.

L'examen détaillé selon le type de MST montre qu'elles n'ont pas toutes la même prévalence, et que leur incidence n'a pas connu la même évolution (tableau 8). Ainsi on constate que les leucorrhées sont les plus nombreuses et qu'elles ont connu en 6 ans une augmentation de 96%,

¹ C'est à la suite des premiers cas de sida en 1986 que le Maroc comme beaucoup de pays a pris conscience de la nécessité de mieux connaître la prolifération des MST, afin de mieux les prévenir.

d'autres maladies ont connu le même type d'accroissement telles que le chancre mou 97%, les urétrites 53%..., le taux d'accroissement d'autres maladies tend, au contraire, à diminuer telles que la syphilis, qui est passée de 5.506 nouveaux cas déclarés en 1992 à 5.226 en 1997, mais aussi les condylomes avec 689 cas en 1997 et l'herpès génital 561.

Il existe de nombreuses MST au Maroc qui ont toutes ou presque une conséquence sur l'infécondité. Néanmoins certaines sont encore plus favorables à une évolution vers la stérilité. Ce sont essentiellement l'ulcère génital, la syphilis, l'herpès génital, les chlamydia, les gonorrhée, les trichomonas et les verrues ano-génitales, soit des infections particulièrement inflammatoires.

Tableau 8 : Evolution des cas incidents des MST au Maroc de 1992 à 1997

<i>Maladie</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>
Urétrites	23.207	19.948	27.012	28.260	32.397	35.603
Syphilis	5.506	5.635	5.226	4.915	5.084	5.226
Leucorrhées	68.176	69.119	102.214	106.621	108.631	133.625
Chancre mou	2.981	3.153	3.720	4.742	4.289	5.871
Condylomes	775	429	451	804	1.937	689
Herpès génital	651	477	502	458	574	561
Hépatites	1.594	1.195	1.367	948	1.138	2.008
Autres MST	544	1.109	2.013	3.793	2.822	5.438
Total	103.434	101.065	142.505	150.541	156.772	189.021

Source :Direction de l'Epidémiologie et de la lutte contre les maladies, Ministère de la Santé Publique.

Comme dans beaucoup de pays, les femmes sont plus touchées que les hommes, respectivement 149.150 cas déclarés contre 39.871 en 1997. Cela s'explique par le fait que l'homme détient au sein du ménage le pouvoir économique ; il peut donc consulter, se soigner discrètement, évitant ainsi toute confrontation avec son épouse. En outre, l'homme, en raison de son anatomie, peut se rendre compte plus rapidement qu'il a contracté une MST contrairement à la femme. Enfin, si la femme

¹ Voir Jrondi S. C, 1998 : « Les maladies sexuellement transmissibles, sexualité et relations entre les sexes », CERED (édition à paraître prochainement).

pourrait hésiter avant de consulter, l'homme ne peut s'accommoder d'une maladie qui affecte directement sa virilité.

3. Multiplicité des facteurs favorisants

Il est important de noter qu'il n'y a pas un facteur de propagation, mais des facteurs multiples qui se conjuguent pour favoriser le développement de comportements à risque. C'est pourquoi, un foyer de MST ne donne pas forcément une zone d'infécondité. En réalité, chaque facteur pris individuellement n'est à l'origine de l'infécondité qu'en association avec d'autres variables qui le favorisent.

On peut constater la présence commune de certains facteurs dans les provinces les plus touchées. Par exemple, en 1982, on constate que hormis Skhirate-Témara, toutes les provinces de forte infécondité sont des provinces peu urbanisées, les zones urbaines atteintes constituent donc des petits centres intermédiaires, l'analphabétisme y est supérieur à la moyenne nationale qui est de 55%, les taux de scolarisation et d'activité y sont plutôt faibles, et l'âge moyen au premier mariage y est précoce, sauf à Tiznit.

3.1. Infécondité selon le milieu de résidence

Les femmes rurales ont particulièrement plus de difficultés à avoir leur première naissance vivante que celles qui résident en ville. En effet, l'infécondité totale à 45-49 ans est de 2,3% en milieu rural contre 1,9% en milieu urbain pour le groupe de femmes actuellement en première union depuis au moins cinq ans et de 2,6% contre 1,6%, respectivement pour les femmes actuellement mariées, dont la première union a eu lieu il y a au moins cinq ans (tableau 9).

Tableau 9 : Proportions (%) de femmes sans enfant né-vivant selon le milieu de résidence et le groupe d'âge à l'EPPS de 1995

Groupe d'âges	Femmes act. Mariées dont la 1^{ère} union a eu lieu il y a au moins 5 ans		Femmes act. en 1^{ère} union Depuis au moins 5 ans	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural
35-39	4,3	3,4	2,0	3,2
40-44	2,7	2,5	2,4	2,5
45-49	1,6	2,6	1,9	2,3

Compte tenu du fait que la majorité des centres de santé et du personnel médical et paramédical sont concentrés dans les villes, que le dépistage des maladies vénériennes se pratique presque exclusivement dans les villes, et que les populations urbaines sont plus disposées à consulter un médecin en cas de maladie que les populations rurales, il est évident que l'incidence de l'infécondité totale à la fin de la vie génésique (45-49 ans) soit plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural. L'urbanisation apparaît ainsi comme un facteur de réduction de l'infécondité.

Par ailleurs, le fait pour une femme d'accoucher à domicile ou d'être assistée au moment de l'accouchement par une personne non liée au corps médical augmente les risques d'infections et de mortalité, et par conséquent d'infécondité, surtout pour les primipares.

L'accouchement à domicile est préféré en milieu rural pour la discrétion qu'il assure et le réconfort psychologique qu'il procure. Ce qui constitue un autre facteur de différenciation des niveaux d'infécondité entre les deux milieux, en plus de l'accès plus difficile aux soins de santé en milieu rural, et surtout aux moyens d'évacuation des urgences obstétricales.

Le caractère relativement prédominant de l'accouchement à domicile, en particulier en milieu rural, et son évolution encore timide vers la modernité peuvent être constatés à travers l'EPPS. Ainsi, pour l'ensemble des femmes, 40% seulement des naissances sont assistées par un professionnel de santé lors de l'accouchement d'après l'EPPS de

1995, 80% en milieu urbain contre 19% en milieu rural. Selon l'enquête Papchild de 1997, ces proportions sont de 70% et de 20% respectivement pour la période 1993-97.

Cette disparité entre milieux existe également pour ce qui est des consultations. Pour l'ensemble des naissances survenues durant les cinq années précédant l'EPPS de 1995, 79% des mères sont allées en consultation prénatale chez un professionnel de la santé contre seulement 28% en milieu rural. Dans cette perspective, l'enquête souligne la sous-utilisation du système de santé maternelle et infantile, qui est plus apparente chez les femmes vivant en milieu rural et sans instruction.

3.2. Infécondité selon le niveau d'instruction

L'instruction de la femme peut modifier non seulement ses relations avec son mari, mais aussi ses motivations à se faire examiner ou soigner par un médecin en cas d'une infection. Les répercussions des maladies vénériennes et autres infections gynécologiques peuvent alors être atténuées.

Aussi, l'incidence de l'infécondité varie-elle suivant le niveau d'instruction de la femme. Les risques d'infécondité aussi bien des femmes actuellement mariées, dont la première union a eu lieu il y a 5 ans ou plus, que pour les femmes actuellement en première union depuis au moins cinq ans augmentent au fur et à mesure que le niveau d'instruction est élevé pour le groupe d'âge 35-39 ans (tableau 10). Cette remontée des risques d'infécondité avec l'amélioration du niveau d'instruction aux âges relativement jeunes doit découler soit d'une utilisation plus grande de la contraception par des femmes instruites, soit de leur entrée tardive en première union, qui est une conséquence à la fois d'une scolarisation plus prolongée et de l'entrée en vie active.

Tableau 10 : Proportions (%) de femmes sans enfant né vivant selon le niveau d'instruction et le groupe d'âge à l'EPPS de 1995

Groupe d'âges	Niveau d'instruction					
	Femmes act. mariées dont la 1 ^{ère} union a eu lieu il y a au moins 5 ans			Femmes act. en 1 ^{ère} union depuis au moins 5 ans		
	Aucun	Primaire	Sec et +	Aucun	Primaire	Sec et +
35-39	3,7	2,7	5,8	1,9	3,1	4,7
40-44	3,2	-	2,4	3,1	-	2,3
45-49	3,8	2,2	-	4,2	2,1	-

En revanche, pour les derniers groupes d'âges 40-44 ans et 45-49 ans, on observe que l'infécondité diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction, autrement dit, une sur-infécondité des femmes n'ayant aucun niveau d'instruction. Cette sur-infécondité à 40-44 ans des femmes non instruites par rapport à celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus varie de 3,2% à 2,4% pour les femmes actuellement mariées, dont la première union a eu lieu il y a au moins cinq ans, et de 3,1% à 2,3% pour les femmes en première union depuis au moins cinq ans. Ceci peut être expliqué par le fait que l'instruction véhicule d'autres valeurs, modes de pensée ou de raisonnement. Elle contribue à la diminution des maladies entraînant l'infécondité en favorisant le contrôle médical, les soins rapides en cas de soupçon de maladies vénériennes ou d'infections gynécologiques. Ainsi, les femmes instruites sont beaucoup plus motivées à se faire examiner ou soigner par un médecin en cas d'infection.

Autrement dit, un faible niveau d'instruction favoriserait des comportements tendant à augmenter les risques d'infécondité, tandis qu'un certain niveau d'instruction réduirait l'influence de ces comportements sur l'incidence de l'infécondité féminine.

Par ailleurs, l'instruction de l'époux semble être également un facteur de faible risque d'infécondité chez les femmes. Toutefois, quelle instruction est la plus déterminante dans la réduction des risques d'infécondité, celle de la femme ou de son conjoint?. Une telle interrogation mériterait une réponse.

3.3. Infécondité selon l'âge d'entrée en première union

L'augmentation de l'âge moyen au 1^{er} mariage, conjuguée avec une certaine libéralisation des mœurs, pourraient conduire au développement d'une sexualité hors mariage, moins contrôlée et augmenter ainsi le risque d'exposition aux MST, particulièrement parmi les jeunes. En effet, c'est pendant la période de la jeunesse que le risque de contamination par une MST est le plus grand, surtout en l'absence de programmes d'éducation et d'information en matière de sexualité. Dans d'autres pays, on a aussi observé que la prévalence de l'infécondité est liée à l'âge de la femme lors des premiers rapports sexuels (Ulla Larsen,1996).

Au Maroc, l'âge au premier mariage est associé à l'incidence de l'infécondité. En se référant aux femmes actuellement mariées, dont la première union a lieu il y a au moins cinq ans, et celles actuellement en première union ayant passé au moins cinq ans en état d'union au moment de l'EPPS de 1995, on constate que les taux d'infécondité s'élèvent au fur et à mesure que l'âge au premier mariage augmente (tableau 11). Ils sont relativement plus élevés pour les femmes ayant contracté leur première union entre 20 et 24 ans que pour celles qui l'ont contractée avant 20 ans, ces taux augmentent de manière sensible pour celles qui se sont mariées à partir de 25 ans.

En définitive, ces données font apparaître que les femmes ayant contracté leur premier mariage au-delà de 25 ans sont donc plus affectées par l'infécondité que les autres groupes l'ayant contracté avant cet âge, mais, la différence n'est très significative qu'à partir de 25 ans. Cette remontée de l'infécondité à partir de cet âge confirme l'hypothèse que les femmes qui se marient tardivement ont plus de difficultés que les autres à avoir une première naissance vivante. Le niveau élevé de l'infécondité des femmes entrant en première union après trente ans s'explique par la baisse rapide de la fertilité après cet âge, d'une part, et par le niveau d'instruction plus élevé en général de ces femmes, d'autre part.

Tableau 11 : Proportions (%) de femmes sans enfant né-vivant selon l'âge au premier mariage, EPPS de 1995

<i>Age à la première union</i>	<i>Femmes. act. mariées dont la 1^{ère} union a eu lieu il y a au moins 5 ans</i>	<i>Femmes act. en 1^{ère} union depuis au moins 5 ans</i>
Moins de 20 ans	2,9	1,7
20-24 ans	4,5	4,6
25 ans et +	13,8	12,2

3.4. Perception des MST dans la société marocaine : un facteur aggravant

Plusieurs travaux, notamment ceux de A. Dialmy, montrent que les MST sont encore très mal connues de la population. Bien souvent, on n'associe pas la maladie à son origine sexuelle, on lui donne une tout autre origine comme le froid « lberd », les esprits « jnouns », le mauvais œil... L'ignorance des origines du mal induit forcément un mauvais traitement, d'autant plus que l'automédication est très importante pour ce type de maladie, et que pour beaucoup de gens, les maladies vénériennes sont similaires. C'est-à-dire que dans l'esprit d'une proportion non négligeable de la population, toutes ces maladies se prêtent à la même thérapie, puisqu'elles seraient toutes dérivées les unes des autres, ainsi la syphilis « nouar » serait une autre forme de « lberd »...

Au Maroc, les MST, tout comme la sexualité, sont souvent un sujet tabou. On peut d'autant moins en parler au sein du couple que les MST sont souvent synonymes d'adultère. On a donc recours au « lberd » pour expliquer l'origine du mal, éviter les risques qui lui sont liés (la dissolution du couple...).

Bien souvent, c'est le mari qui contracte le premier la maladie, et qui contamine ensuite sa femme. Celle-ci est souvent désarmée, et gênée d'en parler à son mari, laissant la maladie se développer. Ainsi, les MST sont souvent gérées par la femme seule et non par le couple.

C'est pourquoi, la vision des maladies sexuellement transmissibles dans la société marocaine et les nombreux non-dits qui les entourent peuvent constituer des facteurs favorisant le développement de ce fléau.

IV. Conséquences sociales de l'infécondité : quelques évidences

La société marocaine réserve une grande place à la procréation, à telle enseigne que l'image de la femme est parfois inséparable de celle de la maternité. Les dispositions qui entourent les mariages montrent que la procréation en est la finalité première. L'absence d'enfant est pour une femme un obstacle à son épanouissement social. Elle est vécue comme une sorte d'amputation et de rétrogradation sociale. Vis à vis de son mari, la femme inféconde vit une situation précaire, qui peut engendrer des troubles psychologiques. Elle craint à tout moment de se retrouver répudiée ou de se voir adjoindre une coépouse, généralement plus jeune et peut être plus apte à procréer. Sa belle famille, la plupart du temps, la traumatise plus que son mari. « Donne moi un enfant, même s'il doit mourir. Il vaut mieux avoir un enfant mort que d'être stérile ». Ces propos d'une femme stérile rapportés par Retel Laurentin, en 1979, traduisent tout le drame des femmes stériles, en général.

L'état de stérilité est donc vécu par les femmes comme un état de discrimination et d'exclusion sociale, dont les conséquences peuvent être la marginalisation dans sa propre famille, la répudiation, le divorce ou encore la polygamie. Dans ce qui suit, on tentera d'appréhender quelques conséquences évidentes de la stérilité en relation avec le nombre de mariages contractés et la polygamie.

1. Infécondité et nombre de mariages contractés par la femme

Il ressort des données sur les proportions de femmes sans enfant né-vivant, actuellement mariées et dont la première union a lieu il y a au moins cinq ans, selon le nombre d'unions contractées (tableau 12) que les femmes ayant contracté deux unions ou plus ont une infécondité plus élevée que les femmes qui restent continuellement en union. Une question se pose cependant : l'infécondité se trouve-t-elle élevée en

raison des ruptures d'unions ou n'est-elle tout simplement que la persistance d'un état qui a précisément entraîné la rupture de l'union antérieure, à savoir, la stérilité? Cette dernière hypothèse est la plus plausible.

Le fait pour une femme de ne pas pouvoir mettre au monde une première naissance vivante semble être associé au fait de changer constamment de conjoint. Le fait de se remarier pallie-t-il cet handicap ? apparemment non, si on se réfère aux taux d'infécondité des femmes qui se sont remariées une seule fois, ayant donc contracté deux unions, par rapport à celles qui ont contracté 3 unions ou plus. Il semble que celles qui contractent le plus d'unions sont aussi celles qui ont une infécondité plus élevée. Plus le nombre d'unions est élevé plus les risques d'infécondité augmentent.

D'une façon générale, Il arrive fréquemment que la stérilité soit relativement plus répandue quand les mariages ont tendance à être instables, et que l'on change souvent de partenaire sexuel. L'instabilité des mariages, les relations sexuelles avant le mariage et de brèves unions consensuelles, qui se traduisent par une augmentation du nombre de partenaires sexuels, sont autant de facteurs susceptibles de conduire à la stérilité, en facilitant la propagation des MST.

Tableau 12 : Proportions de femmes sans enfant né-vivant selon le nombre de mariages contractés et le groupe d'âge. Femmes actuellement mariées dont la première union a eu lieu il y a au moins cinq ans, EPPS 1995

G. d'âges	1 union	2 unions	3 unions et +
35-39	2,6	9,5	11,8
40-44	2,5	4,1	-
45-49	2,1	2,9	-

2. Infécondité et polygamie

Comme nous l'avons signalé plus haut, la fonction procréatrice de la femme détermine son statut social. Sur le plan psychologique, elle constitue pour elle une source d'intégrité d'équilibre et de dignité. Dans

le champ de l'interaction sociale, la procréation lui procure du prestige et un instrument pour faire face à l'incertitude. En effet, l'infécondité peut conduire un mari à prendre une autre épouse. L'analyse de l'infécondité selon le type d'union à partir des données de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II) de 1992 (tableau 13) permet de constater que les femmes en union polygame présentent partout une infécondité plus élevée que les femmes en union monogame, quels que soient la génération et le groupe de femmes considérés. L'infécondité ou stérilité semble donc avoir un effet sur la polygamie.

La stérilité, la maladie et le vieillissement de l'épouse sont considérés comme des motifs justifiant la polygamie. Selon une enquête entreprise au Maroc par Rahma Bourqia en 1996, sur 133 chefs de famille en âge de procréer interrogés sur les raisons qui poussent un homme à avoir une co-épouse, 75% avancent les cas de vieillissement, de maladie prolongée ou de stérilité de la conjointe.

Tableau 13 : Proportions (%) de femmes sans enfant né-vivant selon le type d'union monogame et polygame et le groupe d'âge à l'ENPS-II de 1992

Groupe d'âges	Type d'union			
	Femmes act. mariées dont la 1 ^{ère} union a eu lieu il y a au moins 5 ans		Femmes act. en 1 ^{ère} union Depuis au moins 5 ans	
	Monogame	Polygame	Monogame	Polygame
35-39	3,7	11,6	2,2	14,9
40-44	1,2	2,1	1,0	3,1
45-49	2,6	4,4	2,7	-

Conclusion

Malgré l'insuffisance des données, cette étude a permis d'esquisser une physionomie de l'infécondité au Maroc. Dans l'ensemble, l'infécondité demeure à un niveau faible. A titre indicatif, la proportion de femmes sans enfant né-vivant à 45-49 ans, et qui étaient en première union depuis au moins cinq ans, se situe à 2,1% en 1995. Le phénomène est en baisse, puisque cette proportion était de 2,8% en 1987.

Le Maroc détient le taux d'infécondité le plus élevé, en comparaison avec la Tunisie et l'Égypte. En se limitant aux femmes actuellement en première union depuis au moins cinq ans, on relève que le taux d'infécondité totale à 45-49 ans est de 2,8% au Maroc, suivi par la Tunisie avec 2,1%, puis enfin l'Égypte avec 1,9%, durant la période 1986-89.

Les femmes en milieu rural ont particulièrement plus de difficultés à avoir une naissance vivante que les citadines. On observe des niveaux d'infécondité totale à 45-49 ans plus faibles en milieu urbain qu'en milieu rural : 1,9% contre 2,3% pour les femmes en première union depuis au moins cinq ans en 1995, constat qui peut s'expliquer par des niveaux sanitaires et socio-économiques meilleurs dans les villes.

L'incidence de l'infécondité est inégalement répartie à travers les provinces et préfectures. Les provinces de Khénifra, Boulemane et Ifrane sont les plus touchées, bien qu'elles aient connu une baisse timide du phénomène. Le taux d'infécondité, qui était aux environs de 15% dans ces provinces, en 1982, tourne autour de 10% en 1994. En revanche, les provinces de l'est, allant de Nador à Tata, se démarquent par la faiblesse de leurs taux, tout en enregistrant un accroissement important entre 1982 et 1994.

L'instruction de la femme est déterminante dans l'incidence de l'infécondité. Les femmes non scolarisées sont les plus affectées par ce phénomène.

L'âge au premier mariage a un impact sur l'incidence de l'infécondité. Les femmes dont l'âge d'entrée en union est tardif (au-delà de 30 ans) ont les taux d'infécondité les plus élevés. Enfin, il semble que le fait pour une femme d'être stérile peut être à l'origine d'une instabilité de l'union, voire de la polygamie.

En conclusion, tout comme la baisse de la fécondité, la baisse de l'infécondité doit être une priorité démographique du Maroc. Certes,

notre pays a fait des progrès en matière de lutte contre l'infécondité ces dernières années, mais le problème est loin d'être éradiqué, puisque certaines provinces connaissent une très forte augmentation du phénomène, et que le problème des MST, loin de se résoudre, connaît une recrudescence significative. Néanmoins, le cas des villes des provinces du nord, permet l'optimisme, puisqu'on est arrivé localement à réduire l'infécondité à un seuil minime.

En lançant en 1994, un programme de prévention contre les MST, le Ministère de la Santé en a fait l'une de ses priorités, comprenant par là que le coût de ce programme était sans doute moins élevé que celui engendré par les maladies.

Références bibliographiques

1. BELSEY, M.A., *Infertility : Etiology and Naturel History*, in **WHO workshop on the diagnosis and treatment of infertility**, Nairobi 21-22 february 1979, Pitman press Limited (England), pp. 11-39.
2. CERED, *Etat matrimonial et stratégies familiales*, Rabat, 1997.
3. CERED, *Fécondité, infécondité et nouvelles tendances démographiques au Maroc*, Rabat, 1993.
4. CLIGNET, R., *Rôles matrimoniaux et fécondité en Afrique Noire*, in **Revue Française de sociologie**, Paris, vol 18, n° 3, 1977, pp. 439-464.
5. DIALMY, A., *Représentations des MST-SIDA chez les Jeunes Marocains*, **Séminaire organisé par l'association des Démographes Marocains sur le thème : « Les adolescents à la croisée des chemins »**, 25 juin 1998.
6. EVINA, A., *Infécondité : Collecte de Données et Mesure*, in. **Les modes de régulations de la reproduction humaine, incidences sur la fécondité et la santé**, Colloque International de Delphes, 6-10 octobre 1992, EDELFF N°6, 1996.
7. FRANK, O., *Infertility in Sub-sabran Africa : Estimates and implications*, in. **Population and development review**, vol 9, n°1, 1983.
8. LARSEN, U., *Infécondité au Cameroun et au Nigéria-Tendances*, in. **Perspectives internationales sur le planning familial**, Numéro spécial, 1996.
9. LERIDON, H., **Aspects Biométriques de la Fécondité Humaine**, Travaux et Documents de l'INED, cahier n° 65, Paris, PUF, 184p, 1973.
10. O.M.S, **Epidémiologie de l'infécondité**, série des rapports techniques, n°582, 1975, 39p.
11. BOURQIA, R., **Femmes et fécondité**, édition Afrique Orient, Mai 1996.
12. RETEL LAURENTIN, A., **Causes de l'infécondité dans la Volta Noire**, Travaux et Documents de l'INED, Paris, cahiers n°87, PUF, 1979, 100p.