

***Partie II : Aspects anthropologiques et
sociologiques***

Chapitre 6 : Politiques de l'éducation sexuelle au Maroc

Introduction

Chaque fois que l'éducation sexuelle est évoquée au Maroc, elle suscite angoisse chez les éducateurs et polémique chez les décideurs. Cette notion n'a pas d'existence dans la tradition écrite marocaine, bien qu'il y ait des textes traitant d'us sexuels. En continuité avec ce « passé » de l'éducation sexuelle, le terme « sexuel » suggère de la réduire, aujourd'hui, à l'acquisition d'un savoir-faire sexuel, désormais indépendant de l'âge et du statut matrimonial. Cette définition à la fois restrictive et permissive de l'éducation sexuelle la transforme en objet inquiétant dans un contexte social qui entre, malgré lui, dans l'ère de la désinstitutionnalisation du sexe. En effet, outre les connaissances biologiques, l'éducation sexuelle comprend des orientations éthiques libératrices de l'activité sexuelle de l'individu. En ce sens, elle est à la fois transmission d'un savoir bio-médical et psychologique et d'une éthique basée sur la valorisation du plaisir en soi et l'égalité des sexes.

En tant que telle, l'éducation sexuelle n'est pas mécaniquement acceptée, car au nom d'une spécificité arabo-islamique mythifiée, qui sert de refuge à une identité en crise, on veut toujours soumettre la sexualité au mariage. Du coup, l'éducation sexuelle est loin d'être une notion qui va de soi. Les questions suivantes sont posées tant par la population que par les décideurs : qu'est-ce l'éducation sexuelle ? Qui doit la dispenser ? A qui doit-elle être dispensée ? Comment doit-elle être dispensée ? Ces interrogations expriment une certaine angoisse. Ainsi, la définition, les cibles, les modes de transmission et la langue véhiculaire, en un mot les programmes de l'éducation sexuelle sont encore des questions largement débattues.

Dès 1966, la gestion étatique de la sexualité s'est située dans le paradigme de la planification familiale, lequel s'est exprimé également dans les programmes de l'éducation en matière de population (qui englobe l'éducation féminine et l'éducation familiale). Le passage actuel au paradigme plus général de la santé reproductive et sexuelle s'accompagne d'un passage à l'éducation sanitaire, et subrepticement à l'éducation sexuelle. Les grossesses non-désirées, les avortements risqués, les virginités artificielles, l'épidémie MST (effective et reconnue) et l'épidémie SIDA, ressentie comme sous-diagnostiquée et sous-déclarée, redonnent à la notion d'éducation sexuelle un sens plus « noble » et une légitimité désormais opérationnelle. La lutte contre les MST-SIDA, l'avortement clandestin, et l'accouchement non surveillé commence à être perçue comme devant passer par une sexualité féminine qui s'auto-détermine, libre de toutes sortes de contrainte. Cet aspect de la prévention réhabilite le contenu de l'éducation sexuelle, contenu qui sous-entend égalité des sexes et consentement de la femme.

Le présent chapitre décrit la problématique de l'éducation sexuelle dans le Maroc indépendant pour montrer comment le champ démographique a monopolisé l'attention des politiques de population jusqu'à la fin des années 1980. C'est le danger MST-SIDA, de plus en plus perçu, qui met actuellement en évidence le contenu préventif de l'éducation sexuelle, à l'origine d'un programme national de lutte contre le sida. Et c'est dans le cadre de ce programme que la notion d'éducation sexuelle retrouve de son importance, voire de sa légitimité.

I. Préliminaires

1. Le protectorat : la lutte antivénéérienne

Dès 1920, l'ethnographe E. Laoust montre dans *Mots et choses berbères*¹ comment les berbères traitent la syphilis, la gale, la blennorragie

¹ Laoust, E., **Mots et choses berbères**, Paris, Augustin Challamel, 1920, réédité par SMER, Rabat, 1983.

et les verrues. Trente ans plus tard, le médecin honoraire des Hôpitaux (Rabat), Louis Arnaud reprend la même question : « comment les Marocains soignaient jadis leurs maladies vénériennes ? »¹. Les recettes magiques et phytothérapeutiques utilisées par les Marocains contre les maladies vénériennes sont décrites comme des curiosités exotiques inefficaces par l'ethnographie médicale.

Pour la majorité des médecins français du protectorat, confrontés au fléau de la syphilis, la lutte antivénérienne devenait l'aspect primordial de l'éducation sexuelle des Marocains. Prisonniers de la perspective colonialiste, et mettant la médecine au service de la colonisation, ces médecins perçoivent la « haute fréquence » de la syphilis comme un symptôme de la dégénérescence de la « race marocaine », à côté du paludisme, du typhus, du choléra et de la peste, toutes classées maladies contagieuses. Une médicalisation du Maroc sur le modèle hygiéniste est alors entreprise par l'Etat, avec la promulgation d'un dahir du 28 janvier 1914 qui rend obligatoire la déclaration des maladies contagieuses ou épidémiques. Des actions coercitives humiliantes de contrôle sanitaire, de désinfection ou de vaccination sont entreprises. Ces actions débouchent dans de nombreux cas sur « des micro-résistances au phénomène de la médicalisation forcée »².

En s'appuyant sur le modèle du Danemark, une réglementation de la prostitution est entreprise avec prévoyant des bordels ou des quartiers spécialisés, ce qui permet le contrôle médical des prostituées. Au lendemain de 1945, 26 dispensaires sont spécialisés sont en vénérologie, ophtalmologie et tuberculose³. Ces dispensaires reçoivent une clientèle majoritairement féminine.

¹ Arnaud, L., Comment les Marocains soignaient jadis leurs maladies vénériennes ?, in. **Maroc Médical**, n° 306, 1950, p. 1061.

² Rivet, D., *Hygiénisme colonial et médicalisation de la société marocaine*, in. Longuenesse, E. (dir.), **Santé, médecine et société dans le monde arabe**, Paris, L'Harmattan/Maison de l'Orient Méditerranéen, 1995, p. 127.

³ Ibid. p.113

Mais M. Decrop estime qu'« on ne peut songer à organiser, d'une façon rationnelle, la lutte antivénérienne sans l'intégrer dans l'éducation sexuelle : celle-ci doit faire connaître non seulement les fondements anatomiques, physiologiques et moraux de la sexualité, mais aussi les dangers auxquels elle expose... bien entendu, c'est tout d'abord aux éducateurs eux-mêmes qu'il faut s'adresser : les jeunes élèves des écoles d'instituteurs et d'institutrices qui se préparent à l'assistance sociale surtout, doivent être les premiers à recevoir l'enseignement approprié. Mais il y aurait également intérêt à donner celui-ci à ceux qui, dans les familles, sont chargés de l'enseignement religieux, les *fqih* pour les garçons et les *fqiha* pour les filles. Une ou plusieurs leçons sur l'éducation sexuelle, au cours desquelles le problème serait abordé sous ses différents aspects, pourraient par exemple trouver place au moment où seraient exposés les devoirs relatifs à la pureté. Ainsi, tout en restant conforme à l'orthodoxie la plus stricte, la population musulmane serait mise au courant des conceptions modernes concernant la vie sexuelle et ses conséquences »¹.

Ainsi, il est clair que la notion d'éducation sexuelle dans la société marocaine traditionnelle changeait d'orientation au contact de l'Occident. Pour les autorités du protectorat, l'éducation sexuelle devait s'occuper du fléau des maladies vénériennes et apprendre aux Marocains comment les prévenir. Ce n'est que dans les années 1990 que la lutte antivénérienne sera reprise comme politique nationale de santé publique. L'inquiétante croissance démographique prenait le pas au lendemain de l'indépendance sur la lutte antivénérienne. En effet, dès la fin des années 1960, le Maroc a adopté une politique de planification familiale. Du coup, l'éducation sexuelle, de pro-reproductive qu'elle était dans les différentes traditions marocaines, devenait contraceptive.

¹ Decrop, M., Comment concevoir l'éducation sexuelle chez les Musulmans marocains, in. **Maroc Médical**, n° 306, 1950, p. 1058-1060.

2. Diversité des programmes et instabilité notionnelle

Après l'adoption de la planification familiale vers 1966, le Maroc s'est vite rendu compte à la suite de la Conférence de Bucarest sur la Population (1974) que la contraception n'est pas réductible à l'acte technique d'avaler des pilules ou de porter un stérilet. Réussir ces actes, apparemment simples, nécessite une véritable éducation en matière de population (EMP). Cette éducation vise en effet à apprendre aux gens à définir et comprendre la nature, les causes et les conséquences des phénomènes démographiques et leur interaction avec le développement économique, social et culturel de la nation. Il s'agit de montrer à l'individu que la procréation n'est pas une affaire qui relève uniquement du couple et de la famille, mais qu'elle concerne la nation dans son ensemble. Vingt ans après la conférence de Bucarest, et devant la montée en flèche des MST-SIDA et des avortements non protégés, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Le Caire) adopte les concepts de santé sexuelle et reproductive à travers lesquels elle aborde de sexualité en termes de droits : droit de choisir le nombre d'enfants, droit à une maternité sans risque, droit à l'information sexuelle, droit aux soins relatifs aux MST-SIDA... C'est au sein de ce paradigme de la santé sexuelle et reproductive que la notion d'éducation sexuelle fait sa réapparition pour tenter d'être un modèle universellement reconnu. Comment est-elle actuellement définie ?

« L'éducation sexuelle devrait inclure non seulement l'anatomie reproductive, mais également des informations spécifiques sur la contraception, l'identification et la prévention du VIH et autres MST, et une éducation sur la sexualité et le genre qui respecte les nouvelles normes de responsabilité et d'égalité entre les hommes et les femmes »¹.

¹ Population Reference Bureau, **Jeunesse du monde 1996**, Washington.

Cette nouvelle définition de l'éducation sexuelle met en évidence cinq contenus distincts :

- un contenu biologique : anatomie reproductive et physiologie des organes génitaux,
- un contenu contraceptif visant à dissocier entre activité sexuelle et procréation,
- un contenu préventif des MST-VIH,
- un contenu érotique : désir, plaisir, anomalies et dysfonctionnements du comportement sexuel,
- un contenu normatif : nouvelles normes de responsabilité et d'égalité entre les hommes et les femmes. Ce contenu a été consolidé par la Conférence de Pékin sur la femme en 1995.

Ainsi, avant d'être confrontées aujourd'hui à la nécessité d'une éducation sexuelle totale, telle qu'elle vient d'être définie, les différentes politiques nationales au Maroc ont réduit l'éducation sexuelle à son seul contenu contraceptif à travers les politiques de planification familiale et d'éducation en matière de population, avant de s'ouvrir actuellement sur son contenu préventif.

II. L'éducation à la contraception (la planification familiale)

Pour préparer l'adoption d'une politique de planification familiale (PF), un décret royal du 1^{er} Juillet 1967 a abrogé la loi interdisant la propagande anti-conceptionnelle et libéralisé l'avortement thérapeutique¹. Le but des programmes de PF depuis 1967 à l'adresse des femmes mariées en âge de reproduction (FMAR, 15-49 ans) est de rendre les familles en mesure de choisir le nombre d'enfants et le moment de les avoir en fonction de leur situation socio-économique. Il s'agit, en effet, d'assurer la participation volontaire de la population et

¹ En France, la contraception orale n'est libéralisée qu'après 1968, quant aux décrets de la loi Neuwirth qui l'autorisent, ils ne sont publiés qu'en 1974.

d'offrir aux familles la possibilité de choisir parmi toutes les méthodes contraceptives celle qui leur convient le mieux. Dans ce cadre, la natalité maximale est considérée comme un danger pour la santé de la mère, de l'enfant et de la nation. Elle entraîne malnutrition, abandon des enfants, surpeuplement des logements, délinquance juvénile, élévation de la facture sociale, chômage, émigration, mouvements sociaux contestataires, instabilité économique et politique.

Une rationalité nouvelle tente de remplacer, grâce au développement, la force de travail humaine par les progrès techniques. La modernité vise à éduquer les gens de façon à ne plus considérer la femme comme un « coffre à grossesses », à l'impliquer dans la décision de procréer, à libérer son corps de la hantise de la stérilité, voir à libérer la femme du modèle de la mère et à lui offrir d'autres voies de réalisation sociale. L'éducation à la planification familiale tente d'ériger le couple comme unité de décision pour contrer le pouvoir de la belle-mère et de la famille étendue. Cette nouvelle perception n'est pas en totale rupture avec l'évolution de la société marocaine étant donné que l'idée de l'égalité entre mari et femme au sein de la famille gagne du terrain : 61% d'hommes et 91,8% de femmes y sont favorables¹. En milieu urbain surtout, plus une femme a d'enfants, moins elle désire en avoir encore. La procréation n'est plus présentée comme la seule justification de l'existence de la femme. Au contraire, un grand nombre d'enfants est vécu comme un handicap. La PF est de plus en plus vécue comme un besoin psycho-social.

Du coup, on se rend compte que « l'activité sexuelle ne reste plus un simple phénomène à promouvoir ou à prohiber dans les limites de la *chari'a*, elle devient un aspect important dans le processus du

¹ CAPAPE, Etudes de cas socioculturelles pour l'éducation en matière de population au Maroc, au Pérou, au Rwanda et en République Unie de Tanzanie, Paris, UNESCO, 1981, p. 37.

développement économique-social »¹. Il s'agit de rompre avec la vision patriarcale préindustrielle de la femme et de la sexualité et de transformer la sexualité procréatrice en agent de développement.

Quelles sont les étapes majeures du programme national de la planification familiale au Maroc ? La Direction de la Population du Ministère de la Santé Publique (MSP) les expose de la façon suivante :

Les années 1960

- 1965, mémorandum royal montrant l'impact de la croissance démographique rapide sur la croissance économique et sociale dans le Royaume du Maroc ;
- 1966, début des programmes de la PF à travers les structures du Ministère de la Santé Publique ;
- 1967, signature par S.M. le Roi Hassan II de la Déclaration des chefs d'Etat sur la population, et création de la Commission supérieure de la Population, au Maroc.

Décennie 1970-79

- 1971, création de l'Association Marocaine de Planification familiale, dont la tâche consiste à sensibiliser la population et à offrir des services en matière de planification familiale ;
- Conférence Internationale sur « Islam et Planification Familiale » à Rabat ;
- 1972, création de la Division de la Population dans le MSP ;
- 1977, début de l'expérience des Visites à Domicile pour sensibiliser les gens en matière de PF.

Décennie 1980-89

- 1981, implication des infirmiers et infirmières dans les services PF ;
- 1982, création du Centre National pour la Formation en Techniques de la Reproduction Humaine à Rabat et des centres

¹ Dialmy, A., **Femme et sexualité au Maroc** (*Al Mar'a wa al-jins fi al-maghrib*), Casablanca, Editions Maghrébines, 1985, voir spécialement le chapitre « La planification familiale au Maroc », pp. 105-119.

régionaux pour services PF et installation DIU (Dispositif Intra-Utérin) ;

- 1988, début des programmes Marketing Social, partenariat entre MSP et USAID pour faire participer les secteurs médical et pharmaceutique privés dans l'opération sensibilisation et information PF et dans la vente des techniques contraceptives à des prix adéquats ;
- 1989, développement d'une stratégie nationale en matière de sensibilisation et d'information PF.

Décennie 1990 :

- 1991, généralisation de la formation en techniques DIU aux cadres non médicaux ;
- 1993, début des services relatifs à la technique Norplant ;
- 1993, mise en œuvre d'une stratégie IEC/PF par le MSP ;
- 1994, élaboration d'une stratégie pour répandre les techniques d'injection contraceptive et services PF post-natals.

Cette rétrospective nécessite qu'on souligne la coupure de 1988. En effet, de 1967 à 1988, des résistances à la PF se sont manifestées, surtout en milieu rural. Selon l'explication avancée, la résistance rurale serait due à la sous-information de la population-cible en la matière. Mais il nous semble que l'information, malgré son importance, ne peut, à elle seule, induire des comportements démographiques planifiés en contradiction radicale avec les modèles sociaux ancrés dans la psyché collective dominante¹. Quoiqu'il en soit, les résistances sociales à la PF ont été prises en compte par le plan d'orientation² de 1988-92.

Les grands objectifs de ce plan sont : la privatisation et le marketing social, la modernisation, la ruralisation et la publicité de masse.

¹ Ibid., p. 110.

² MSP, **Plan d'orientation pour le développement économique et social 1988-92.** *Rapport de la commission santé, nutrition et planification familiale*, 1987.

Au niveau de la privatisation et du marketing, il s'agit d'impliquer l'utilisateur de la contraception comme consommateur, afin que le secteur public ne finance pas toute la PF, et que celle-ci soit un besoin ressenti chez l'utilisateur. La gratuité de la contraception, due à l'aide internationale (Fondation Ford, Banque Mondiale, USAID...), ne laisse à l'utilisateur ni le choix de la technique contraceptive ni la possibilité d'exprimer un besoin profond de la contraception. Il faut responsabiliser l'individu dans la planification familiale. La liaison entre PF et pouvoirs publics empêche d'ailleurs l'acceptation générale de la PF. Le marketing consiste donc à traiter la société comme un marché, et à interpeller l'utilisateur de la contraception comme un consommateur. Acheter, c'est exprimer un besoin, un désir, c'est aussi choisir une technique. Mais eu égard à la faiblesse du pouvoir d'achat des Marocains, les programmes sociaux doivent continuer. Le plan d'orientation prévoit que le secteur privé couvre seulement 30% des dépenses du programme PF. Cette privatisation partielle montre la relation qui doit exister entre PF et économie nationale.

La modernisation de la PF signifie le changement de la terminologie, la dé-médicalisation, et la promotion de nouvelles techniques contraceptives. Au niveau de la terminologie, la notion de limitation des naissances (à connotation malthusianiste négative, anti-islamique, anti-fécondité et anti-virilité institutionnelles) est à abandonner au profit du concept d'espacement des naissances. Il en est de même du terme *takhtit*, qui signifie planification, en l'occurrence une connotation d'intervention étatique, qui ne laisse pas à l'individu la possibilité de choisir. A la place, le terme *tanzim al-'usra* est plus accepté, il évoque l'organisation, l'ordre. Plus que cela, l'implication individuelle est plus perceptible au niveau de ce vocable¹. Le *tanzim* est perçu comme base du

¹ Investigation par focus group auprès des prestataires et utilisateurs des services de planification familiale. **Rapport synthétique d'ensemble**, MSP/Service Central de PF/John's Hopkins University, Juin 1989, p. 8.

bonheur familial lequel réside dans la préservation de la santé maternelle et infantile et dans l'entente conjugale.

La dé-médicalisation consiste à ne plus percevoir la PF comme un acte médical strict. Bonheur familial et entente conjugale impliquent l'intervention des psychologues, sociologues, pédagogues, ouléma.

Enfin, la promotion de certaines techniques contraceptives pour remplacer d'autres fait partie de la stratégie de modernisation. En raison de la discontinuité dans la consommation de la pilule, la promotion du stérilet (DIU) et de la ligature des trompes (au-delà d'un nombre déterminé d'enfants) s'avère nécessaire, selon les proportions suivantes :

***L'évolution désirée de l'utilisation des techniques contraceptives
(Selon le plan d'orientation 1988-92)***

	<i>% utilisation 1987</i>	<i>% visé en 1992</i>	<i>évolution désirée</i>
Pilule	79	65	-14
Dispositif Intra-Utérin	11	14	+03
Ligature des trompes	8	8	0
Autres	2	13	+11
Total	100	100	

Si l'usage de la pilule reste majoritaire jusqu'à la tranche d'âge 35-39 ans, le plan d'orientation propose aux femmes proches de la ménopause de passer au DIU. Le travail doit être également fait en direction de l'époux qui refuse le DIU en général sous prétexte qu'il le dérange.

L'implication des hommes consiste justement à le faire participer à l'organisation de la famille, en lui faisant comprendre que c'est une tâche qui revient au couple et non à l'épouse seule. Pour cela, il faut amener l'homme à utiliser le préservatif comme contraceptif dans la sexualité conjugale. L'image du préservatif associé à la sexualité extra-conjugale, dite mauvaise sexualité, est une image à combattre.

La ruralisation de la PF reste l'objectif principal, la campagne étant l'espace par excellence de la résistance. La campagne est en effet le lieu

d'une autre logique, d'une rationalité nataliste à l'extrême. Pour combattre cette résistance, il faut assurer des équipements sanitaires adéquats et promouvoir la connaissance du DIU, qui reste insuffisante dans les campagnes.

La publicité de masse vise à transformer la PF en culture de masse. En raison de la force de l'analphabétisme, l'utilisation des médias modernes comme la radio et la télévision est nécessaire. Les médias traditionnels¹ comme la *halqa*, le *souk*, la *qabla*, le *fqih* doivent également être exploités dans l'incitation des ruraux à l'utilisation des contraceptifs.

L'objectif du plan d'orientation 1988-92 est d'atteindre un taux de prévalence de 45% chez les femmes mariées en âge de reproduction en 1992.

III. L'éducation en matière de population

L'EMP est apparue après la conférence de Bucarest (1974) comme « une réponse éducative aux problèmes démographiques, économiques, sociaux et politiques actuels »², dans un contexte de transition démographique sans mutation industrielle. L'éducation en matière de population est un substitut à la révolution industrielle et urbaine manquante qui aurait entraîné spontanément une baisse de la natalité. L'éducation du comportement sexuel procréateur vise ici à créer une conscience démographique, c'est-à-dire à lier la procréation aux conditions socio-économiques.

Le lancement des programmes relatifs à l'EMP a commencé par la signature de contrats de coopération entre divers départements ministériels et le FNUAP et par un accord créant une Cellule de Coordination des activités IEC/EMP formée des : ministère d'Etat à l'intérieur et à l'information, ministère de la santé publique, ministère de

¹ Abou-Ouakil, M. et Zarrouf, M, Etude réalisée pour le compte du MSP, 1988, p. 7.

² L'éducation en matière de population: une perspective contemporaine, **Etudes et documents d'Education**, Paris, UNESCO, n° 28, 1980.

l'emploi et des affaires sociales, ministère de la jeunesse et des sports, ministère de l'agriculture et de la mise en valeur agricole, ministère de l'éducation nationale, et de l'Association Marocaine de la Planification Familiale. La cellule publie depuis 1994 un bulletin appelé *At-Tarbiya As-Sukkaniya* (éducation en matière de population).

L'implication de plusieurs ministères dans une cellule de coordination montre que l'EMP ne s'est pas concrétisée dans un cadre institutionnel spécifique et autonome. Sa mise en application relève à la fois de l'éducation scolaire formelle et de l'éducation informelle. Si la première est monopolisée par le ministère de l'éducation nationale, la seconde par contre est dispersée entre plusieurs ministères.

1. L'EMP dans l'enseignement formel

En 1982, un responsable de l'enseignement élémentaire et du premier cycle de l'enseignement fondamental propose une définition nationale de l'EMP scolaire : c'est une action éducative multidisciplinaire qui vise à faire prendre conscience à la jeunesse des phénomènes démographiques nationaux et internationaux dans leurs interactions avec les données économiques, sociales, culturelles et environnementales, en vue de rationaliser son comportement en conformité avec les fondements civilisationnels et religieux de la société marocaine¹.

L'établissement des programmes EMP a commencé en 1981 :

1981-86 : préparation de la plate-forme théorique et méthodologique de l'intégration de l'EMP dans le champ scolaire.

1987-92 : formation des inspecteurs, enseignants et animateurs, réalisation de supports didactiques.

¹ Bekkali, A., *Le discours sur la population et le programme d'enseignement...*, **Symposium maghrébin sur l'IEC en matière de population**, MEN/FNUAP, 1997, p. 24, partie arabe.

1992-96 : formation de 25 000 enseignants du 2^{ème} cycle de l'enseignement fondamental en la matière, production d'un ensemble pédagogique d'autoformation, constitution de 4 foyers expérimentaux d'animation socio-éducative pour consolider l'influence de l'EMP sur les communautés locales, et de cycles de formation des inspecteurs du premier cycle de l'enseignement fondamental.

Au niveau des programmes scolaires, l'EMP n'est pas instituée comme une matière spécifique et autonome, elle a été intégrée dans diverses matières déjà existantes : langue arabe, histoire-géographie, éducation islamique, sciences naturelles, éducation féminine-éducation familiale. Les raisons de l'intégration de l'EMP dans les matières existantes selon Z. Chraïbi¹ sont les suivantes: éviter de surcharger les élèves d'une matière supplémentaire, d'autant que de nombreuses notions de l'EMP se trouvent déjà dans les matières enseignées, et éviter la création de nouveaux emplois. La migration et les conditions d'habitat, les problèmes alimentaires, l'eau potable et la pollution industrielle sont les quatre thèmes qui signent la présence de l'EMP dans la matière de l'arabe au cours du 2^{ème} cycle de l'enseignement fondamental. Dans le même cycle, histoire et géographie intègrent, quand à elles, l'EMP à travers les thèmes suivants : la population du Maroc, l'agriculture et la pêche maritime, la population de l'Afrique, l'environnement et les moyens de sa protection au Maroc.

Comment l'EMP a-t-elle été intégrée dans les autres matières, à savoir l'éducation islamique, l'éducation féminine-familiale et les sciences naturelles ?

¹ Chraïbi, Z., *Les notions de population dans les programmes du deuxième cycle de l'enseignement fondamental*, **Symposium maghrébin sur l'IEC en matière de population**, op. cit. p. 44, partie arabe.

1.1. L'éducation islamique

Dans quelle mesure l'Islam peut-il s'adapter à la modernité, dissociant entre corps et impératif de la fécondité maximale ? Un malthusianisme islamique est-il concevable ? En fait, les *fuqaha* musulmans, soumis à la logique d'Etat (dépendant et sous-développé), ne sont pas restés imperméables au néo-malthusianisme international dominant. A ce titre, ils ont été conduits à prôner, au nom de l'Islam, l'image d'un corps à la fécondité planifiée, voire limitée. Du coup, nous nous trouvons devant deux corpus de textes contradictoires, l'un, traditionaliste, justifiant un corps procréateur au maximum, l'autre, plus moderniste, conseillant au croyant de ne pas rechercher la procréation maximale. Certes, il faut reconnaître que le corpus défavorable à la fécondité est un corpus mineur, et de type volontariste. Mais son existence, sa possibilité même, révèlent l'esprit historique de l'Islam, dans la mesure où il y a, dans les rangs des gestionnaires de la *chari'a*, des *fuqaha* favorables à l'adoption du néo-malthusianisme. L'histoire moderne impose au corps islamique de ne pas se définir par la fécondité maximale, et l'Islam n'a pas intérêt à s'opposer à la modernité. Et quand bien même certains de ses gestionnaires le voudraient, ils ne le pourraient pas, car l'Islam a représenté un moment capital dans la construction progressive du corps moderne, et de la modernité en général. Ce qui est en revanche plus significatif, c'est que l'implication des *fuqaha* dans la gestion de la croissance démographique est le symptôme de l'efficacité actuelle du surmoi islamique dans le devenir des sociétés arabes. Les Etats le savent et ont recours à cette légitimation interne, même si elle est loin d'être déterminante en dernière analyse. Les politiques du corps relèvent d'une logique autre, anti-religieuse en général, et le recours du politique au juriste musulman provient de l'inachèvement de la modernité arabo-islamique. Cependant, la recherche d'une légitimation *fiqhique* est, en plus de sa nécessité sociale et politique, un moyen qui

concourt à l'abandon d'un Islam-Substance, modèle référentiel, figé et défini une fois pour toutes.

Le rejet de la fécondité maximale et l'adoption de la planification familiale se font au nom d'un islam en perpétuelle construction, en raison de nécessités sanitaires, économiques et éducatives. En conséquence, l'utilisation des techniques contraceptives modernes dans le cadre du couple conjugal est tout à fait légitime¹, et on retrouve ainsi l'EMP dans quelques chapitres de l'éducation islamique :

- un chapitre de morale en deuxième année de lycée sur l'éducation islamique de l'instinct sexuel et la lutte contre la débauche² ;
- un chapitre sur le statut de la famille en Islam en 3^{ème} année du lycée : statut de la femme en Islam, les droits des époux, les modes de dissolution du mariage, le délai de viduité, la garde des enfants, l'entretien et l'allaitement, l'Islam et la planification familiale³.

1.2. L'éducation féminine-familiale

Arabisée depuis l'année scolaire 1985-86, l'éducation féminine est une matière qui était enseignée jusqu'en 1996 uniquement aux collégiennes. Le contenu du manuel scolaire *L'éducation féminine*⁴ traite des thèmes suivants : l'importance de la protection de la reproduction humaine, les maladies sexuellement transmissibles, la grossesse, l'entretien sanitaire pendant la grossesse, la planification familiale, l'accouchement, l'hygiène et l'alimentation du nourrisson, le développement physique et mental de l'enfant, les maladies infantiles, la vaccination, la prévention et les premiers soins. Comme on le constate, le

¹ Rencontres pédagogiques des professeurs de l'éducation islamique dans le secondaire (en arabe), Ministère de l'Education Nationale, Rabat, 1996, pp. 59-62.

² **Programme d'éducation islamique dans l'enseignement secondaire** (en arabe), Ministère de l'Education Nationale, Rabat, 1996, p. 12.

³ Ibid. p. 13.

⁴ Ministère de l'Education Nationale, **L'éducation féminine**, Casablanca, Dar At-Taqafa, 1993, en arabe.

manuel est caractérisé par la prédominance du contenu démographique. Il s'adresse à la collégienne en tant que future mère.

Dans l'introduction du manuel, les auteurs ne mentionnent pas le chapitre consacré aux MST. Ce chapitre commence par indiquer que ces maladies peuvent se transmettre soit sexuellement, soit par pollution (*talawwut*) en entendant par là l'usage commun des toilettes ou des serviettes non nettoyées, sans spécifier lesquelles des MST sont susceptibles d'être transmises par des voies non sexuelles et non sanguines. Parmi les modes de transmission du VIH, le chapitre cite « l'absence de conscience sanitaire »¹ !

Les MST présentées sont la syphilis (2 pages), le chancre mou (7 lignes), la blennorragie (15 lignes) et le SIDA (2 pages). Les moyens de prévention sont résumés dans une demi-page. La prévention des MST se fait selon le manuel grâce la propreté et la purification avant et après le coït, le préservatif masculin et les lotions spermicides. Le chapitre se termine par la recommandation suivante : « que la personne atteinte de SIDA s'empresse de se faire soigner, car plus elle fait vite, plus ses chances de guérison augmentent »² !

Tout au long de l'ouvrage, l'image de l'homme n'apparaît que très rarement :

- en page 32, dans le chapitre sur la Planification Familiale : la photographie montre l'homme en train de lire un papier en présence de sa femme et de ses quatre enfants. Là l'homme est habillé d'un costume tandis que la femme est habillée d'une *djellaba*. Le grand nombre d'enfants est lié à la femme analphabète et pauvre, symbolisée par le port de la *djellaba*. Dans les autres photographies et images où la femme apparaît avec un seul bébé, auquel elle donne des soins, elle a au contraire une apparence

¹ Ibid. p. 11.

² Ibid. p. 13.

moderne. La femme moderne est montrée comme n'ayant pas beaucoup d'enfants ;

- en page 48 où l'homme apparaît comme médecin s'occupant d'un nourrisson précoce en couveuse ;
- en page 109 où l'homme apparaît encore comme médecin vaccinant un bébé ;
- en page 111 où l'homme père donne les premiers soins à l'enfant dans le cas d'un accident. ;
- en page 113 où le père retire la prise pour couper le courant, l'enfant étant sous un choc électrique.

Le manuel se caractérise donc par l'absence d'un père qui participe dans les soins prodigués à l'enfant. En conséquence, le manuel n'est pas en conformité avec les nouvelles normes de responsabilité et d'égalité entre les deux sexes.

Un premier pas dans le sens de la nivellation entre les deux sexes a été accompli en 1996 : « il a été décidé que garçons et filles profitent de cette matière, étant donné qu'elle s'intéresse à la famille. Elle mérite d'être appelée éducation familiale au lieu d'éducation féminine »¹. Il est indiqué que cette matière trouve sa place parmi les matières d'éveil comme la technologie industrielle, l'éducation plastique et la technologie agricole. La matière est enseignée en classe de 9^{ème}, à raison de 18 leçons de 2 heures chacune. Mais le manuel est resté le même, et les garçons sont très gênés² d'étudier dans un livre qui s'intitule *L'éducation féminine*. Le programme lui-même reprend textuellement le manuel scolaire *L'éducation féminine* de 1993.

¹ Ministère de l'Éducation Nationale, Programmes et orientations pédagogiques pour l'enseignement de l'éducation familiale dans le 2^{ème} cycle de l'enseignement fondamental, 1996, p. 3.

² Selon la déclaration d'une enseignante de la matière interviewée par l'un des auteurs de cet ouvrage au collège Ibnou Marine de Fès, le 16 Avril 1998.

Le contenu référentiel de la protection de la reproduction humaine¹ (chapitre fondamental de l'éducation familiale) est le suivant :

- définir la grossesse, les organes de l'appareil génital de la femme, la période d'activité de l'appareil génital de la femme ;
- citer quelques symptômes de la grossesse ;
- éclaircir la notion de fécondation.

Comme on le constate, le contenu biologique de l'éducation familiale est lié à la reproduction, et celle-ci est exposée dans une perspective de planification des naissances. En effet, il s'agit de faire connaître à l'élève quelques dangers qui menacent la grossesse et qui causent la mortalité infantile, de lui faire prendre conscience du rôle de la mère dans la préservation de la santé du fœtus et de l'enfant, des effets négatifs des grossesses successives sur la santé de la mère et de l'enfant, et des conséquences économiques et sociales des grossesses successives et leur effet négatif sur l'équilibre de la famille.

L'enseignement de l'éducation familiale n'est pas généralisé à tous les collèges du Maroc, par manque de cadres en la matière.

1.3. Les sciences naturelles

En principe information neutre, cette matière est fondamentalement dominée à son tour par le paradigme de la reproduction. Elle exclut en effet toute transmission des connaissances sur le désir, le plaisir.

En 2^{ème} année Lettres, le programme tente de consolider les acquisitions de l'élève concernant les réactions immunitaires de l'organisme, afin de le rendre conscient de l'importance de la prévention et des limites de la thérapie. Le troisième point de ce paragraphe traite du SIDA comme exemple d'immunodéficience. Dans ce cadre, on analyse les données historiques sur le SIDA, on identifie les modes de

¹ Ibid. p. 18.

transmission du SIDA et les moyens de prévention, et on présente le dépistage du VIH à travers les tests Elisa et Western Blot¹.

Dans les 3^{èmes} années Sciences Expérimentales, Sciences agricoles et Lettres, on étudie la reproduction humaine à travers les points suivants : anatomie et physiologie de l'appareil génital chez l'homme et la femme, fécondation, développement du fœtus, techniques contraceptives, prévention des MST (blennorragie, syphilis, hépatite B et SIDA). L'immunologie est traitée à travers l'exemple du SIDA.

Comme on le constate, l'EMP dans l'enseignement formel scolaire délivre d'une part un contenu biologique fortement lié à la reproduction et à la démographie, et d'autre part un contenu préventif lié aux MST-SIDA. Ces contenus sont acquis grâce à des méthodes pédagogiques participatives, caractérisées par l'animation, la préparation de dossiers, la discussion libre, le recours à l'audio-visuel. Grâce à ces méthodes, l'EMP établit un rapport ouvert entre le professeur et l'élève, rapport qui permet d'aborder des sujets sensibles et tabous relatifs à la sexualité. En EMP, il ne s'agit pas de transmettre verticalement des connaissances objectives, mais d'induire un comportement et des attitudes responsables face aux questions démographiques. L'EMP en classe mixte, en tant que socialisation secondaire, concourt aussi à une rupture avec la socialisation primaire familiale, sexiste et ségrégationniste.

Mais les études d'évaluation qui ont été faites par le ministère de l'éducation nationale montrent que l'éducation scolaire a peu d'effet sur le comportement démographique, surtout en milieu rural². La plus grande proximité de l'enseignant, celui-ci s'assimilant davantage à la population de par son style de vie et ses préoccupations matérielles, n'est

¹ **Programme des sciences naturelles dans l'enseignement secondaire** (en arabe), Ministère de l'Éducation Nationale, Rabat, 1996, p. 27.

² Fettouhi, M., Ait Lkhiari, A. et al., **Le rayonnement de l'école sur son environnement** (en arabe), Ministère de l'Éducation Nationale, Direction Générale des Questions Educatives, 1996, pp. 45-91.

pas suffisante. L'insuffisance de la formation des enseignants en matière de population, la rupture entre l'école et son environnement rural sont responsables de ce peu d'impact. De plus, l'intégration de l'EMP dans les matières déjà enseignées n'est pas suffisante pour la laisser se dégager comme point de vue nouveau.

Ce peu d'impact de l'éducation scolaire a été également enregistré dans le domaine MST-SIDA par deux enquêtes, *Les MST au Maroc : construction sociale et comportements thérapeutiques*, et *Jeunesse, SIDA et Islam au Maroc*¹. Les représentations sociales des MST-SIDA que nous exposerons dans le chapitre sur l'éducation préventive sont en effet très éloignées du savoir scolaire délivré à travers les matières de l'EMP.

2. L'EMP dans l'enseignement informel

La non généralisation de l'enseignement et l'analphabétisme régnant ont conduit les autres départements ministériels de la cellule de coordination EMP/IEC à intégrer l'EMP dans des programmes de lutte contre l'analphabétisme, de counselling agricole et sanitaire. Ainsi, le ministère de la jeunesse et des sports (Division de la femme) a dispensé une formation en EMP à ses cadres directeurs des foyers féminins au niveau national afin d'intégrer l'EMP dans les foyers féminins. Pour sa part, le ministère de l'intérieur a également ses programmes de sensibilisation des citoyens sur l'interaction entre la population et l'environnement. Quant au ministère de l'artisanat et au ministère du travail et des affaires sociales, ils ont consolidé l'EMP dans les programmes de lutte contre l'analphabétisme visant 200 000 citoyens chaque année dans les centres sociaux. Des manuels où sont intégrés les notions fondamentales de l'EMP ont été édités. 15 enseignants de l'Institut National de l'Action Sociale (Tanger) ont été formés en EMP. Le ministère de la santé publique à son tour consolide des activités IEC

¹ Cf. Références bibliographiques.

dans le domaine de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale et organise des activités¹ dans le domaine de l'EMP.

L'Association Marocaine de la Planification Familiale enfin a des programmes comme *La jeunesse, communication traditionnelle et planification familiale* (Juin 1993-Mai 1995) à travers lequel elle vise à planifier la fécondité de la jeunesse.

IV. L'éducation sanitaire (La santé reproductive et sexuelle)

En 1972, la conférence de l'OMS définit la santé sexuelle comme la capacité de contrôler le comportement sexuel et reproductif en accord avec l'éthique sociale et personnelle, et comme délivrance de la peur, de la honte et de la culpabilité. La santé sexuelle est libération des fausses croyances qui peuvent inhiber la réponse sexuelle et interférer sur les relations sexuelles². Elle est intégration des dimensions somatiques, affectives, intellectuelles et sociales de l'être sexué, de façon à réaliser un épanouissement de la personnalité.

Malgré la présence de la notion de la santé sexuelle dans les archives de l'OMS, il a fallu attendre la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD, Le Caire, 1994) pour la promouvoir en politique internationale. La santé sexuelle est autodétermination de l'activité sexuelle par elle-même sans interférence de facteurs non sexuels contraignants dans l'échange sexuel. Le chapitre 11 du programme d'action de la CIPD appelle à promouvoir un « comportement sexuel responsable »³, fondé sur le libre consentement, et sur la prévention et le traitement des maladies de l'appareil génital et des MST.

¹ Activités du service central d'éducation pour la santé dans le domaine de l'éducation en matière de population, MSP/Service Central de l'Éducation pour la Santé, Rabat, 1989, inédit.

² Abraham et Pasini, **Introduction à la sexologie médicale**, Paris, 1974, p. 100.

³ *Le Programme d'Action de la CIPD, At-Tarbiya as-Sukkaniya*, n° 4, Janvier 1995, p. 6.

La Conférence du Caire a donc réussi à détourner l'attention des sujets classiques de la planification familiale pour la porter sur la nécessité de prendre en charge la santé sexuelle de la population¹, en insistant sur celle des femmes et des jeunes.

La CIPD invite à protéger la santé de la femme en tant que fondement du développement, d'où la nécessité d'une discrimination positive à l'égard des femmes. Celles-ci sont effectivement plus frappées par les maladies liées à la sexualité. Leur réceptivité biologique aux MST est aggravée par leur condition sociale. Par exemple, il y a de plus en plus exploitation sexuelle des fillettes par les hommes pour éviter le risque VIH. Les rapports sexuels que les femmes subissent sous la contrainte physique, économique ou psychologique, font de leur activité sexuelle une activité non autodéterminée. Le Programme d'action de la CIPD, notamment à travers le chapitre 4 marque une rupture en stipulant ouvertement l'égalité des sexes, la lutte contre la discrimination sexuelle au détriment des filles et l'"autonomisation" de la femme.

La CIPD produit également la notion de santé reproductive qu'elle définit comme un état de bien-être physique, mental et social total. La santé reproductive ne saurait être réduite à l'absence de maladie ou d'obstacles relatifs au fonctionnement de l'appareil génital : elle est orientation, formation, éducation, communication et services en matière de PF, éducation et services relatifs aux soins prénatals et postnatals, à l'accouchement sans risque, à l'allaitement naturel. Il faut enregistrer la plus grande fréquence du terme de santé reproductive par rapport à celui de santé sexuelle. La notion de santé reproductive est même posée comme plus générale que celle de santé sexuelle alors que, au fond, la reproduction n'est qu'une dimension de la sexualité.

¹ **La santé sexuelle et reproductive. Vision de l'an 2000**, La Fédération Internationale de la Planification Familiale (IPPF), Londres, 1995.

Une autre innovation majeure de la CIPD se trouve dans le chapitre 7 de son programme d'action qui parle de la reproduction et de la sexualité en termes de droits. La CIPD impulse ainsi la formation du citoyen responsable grâce à la notion de droit à la santé sexuelle et reproductive. Il y a ici rupture avec le passé, une rupture qui réside dans le passage de la notion de devoir à la notion de droit. La notion de devoir est inhérente au paradigme de la PF : devoir de contrôler et de planifier la fécondité au nom de la rationalité économique et de l'intérêt national. La notion de droit est liée à l'individu : la santé de l'individu en matière de sexualité et de reproduction est un droit de l'individu. Le droit de l'individu de choisir¹ tout au long de la vie et le droit à l'autodétermination en matière de sexualité reproductive sont consacrés. L'épanouissement de l'individu et son bonheur sont visés en premier, ils sont le passage obligé vers l'équilibre démographique : « plutôt que de mettre l'accent sur la diminution de la fécondité, (axer) sur la satisfaction des besoins individuels de santé en matière de (sexualité) et de reproduction ».

Le programme d'action de la CIPD appelle chaque Etat à incorporer et à respecter les droits sexuels et reproductifs dans sa législation nationale, qui font partie des droits de l'homme. L'égalité des sexes est un droit de la femme qui fait partie des droits de l'homme. Le programme recommande aux gouvernements de protéger « le droit des femmes d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine »².

En continuité avec ces recommandations, le rapport *Etat de la Population mondiale en 1997* préconise un enseignement général et un

¹ FNUAP, **Rapport Etat de la Population Mondiale 1997**, Le droit de choisir: Droits et santé en matière de reproduction.

² Ibid.

enseignement spécialisé en matière de santé sexuelle et reproductive. La notion d'éducation sexuelle fait ainsi son retour, elle est définie comme une mesure de santé publique concernant la préparation de l'individu pour faire face aux MST, aux grossesses involontaires, à la discrimination sexuelle... L'éducation conduit à un comportement sexuel responsable. Selon le *Population Reference Bureau*, « la recherche a montré que les programmes qui visent les jeunes avant qu'ils n'aient acquis une expérience sexuelle ont plus de chances de mener les adolescents à retarder leurs activités sexuelles et à utiliser une méthode contraceptive... Selon l'OMS, la combinaison de messages sur l'abstinence et les pratiques sexuelles protégées est plus efficace que le fait de prôner uniquement l'abstinence »¹. L'éducation sexuelle sert aussi à la prise de conscience par les hommes des risques qu'ils font courir aux femmes. Elle sert donc à impliquer les hommes dans la lutte contre la discrimination à l'égard des femmes.

La réaction des Etats islamiques présents à la CIPD est défavorable aux chapitres 4 et 7 du programme d'action de la CIPD : pour les porte-parole officiels de ces Etats, toutes les notions relatives à la santé sexuelle et reproductive doivent être traitées en conformité avec les principes de la *chari'a*.

Qu'en est-il du Maroc ? Quelles sont les stratégies d'exécution du programme d'action de la CIPD ?

En Septembre 1993 déjà, une timide révision du code du statut personnel² va dans le sens de la promotion de la femme, alors qu'un ministère délégué auprès du premier ministre chargé de la population est créé en 1995. Le Ministère de l'Education Nationale affirme que « l'actualisation des curricula est en cours... (mais) la formation des

¹ Population Reference Bureau, **Jeunesse du monde 1996**, Washington.

² Voir à ce propos : Dialmy, A., *Logement, sexualité et Islam*, op. cit.

enseignants en santé reproductive est insuffisante... »¹. Le ministère de la Jeunesse et des Sports sensibilise 30 000 jeunes filles aux questions de la santé reproductive, « un livre de référence a été produit conformément aux recommandations de la CIPD, les thèmes relatifs à la santé de reproduction, MST-SIDA ont été introduits dans les modèles de formation »².

Le Ministère de la Santé Publique, en faisant état d'une épidémiologie MST-SIDA inquiétante³, en appelle à une éducation sanitaire préventive qui débouche insensiblement sur la notion d'éducation sexuelle.

Fréquences absolues des nouveaux cas de MST-SIDA au Maroc par années

<i>Année</i>	<i>MST</i>	<i>SIDA</i>
1986		1
1987		9
1988		14
1989		20
1990		26
1991	50 567	28
1992	103 434	30
1993	100 984	44
1994	142 505	77
1995	150 541	57
1996	156 772	66
1997	189 021	62

Au Maroc, toutes les MST existent avec en tête les leucorrhées et les urétrites. Les femmes atteintes par les MST sont plus nombreuses que les hommes. La proportion des femmes atteintes par les MST va même en augmentant : 63% en 1991 et 79,5% en 1994. Au niveau du SIDA par

¹ **Rapport d'analyse du programme d'élaboration de la stratégie**, Royaume du Maroc/FNUAP, Casablanca, Le Fennec, 1997, p. 33.

² Ibid., p. 35.

³ Evaluation du Programme National de Lutte Contre les MST-SIDA, Evalua/HP/J, 16-07-1997.

contre, la proportion des hommes qui en sont atteints est plus grande : sur 434 cas cumulés au 10 Septembre 1997, 71% sont de sexe masculin¹.

Comment expliquer le paradoxe entre la grande fréquence des MST et la faiblesse du taux de prévalence SIDA ? Cette dernière s'explique-t-elle par une probable particularité immunologique et constitutionnelle des Marocains ? Renvoie-t-elle seulement à une désinformation volontaire ? Outre ces deux hypothèses, la difficulté d'accès au test de dépistage en raison de sa non décentralisation conduit certainement au sous-diagnostic. De plus, les cas de séropositivité et de SIDA diagnostiqués dans le secteur privé ne sont pas tous déclarés.

Les facteurs de propagation du VIH au Maroc sont pourtant très présents et assez diversifiés : forte prévalence des MST (lit du SIDA), pratiques sexuelles à risque, conditions économiques précaires, flux migratoire, urbanisation sauvage, échanges internationaux et tourisme (sexuel notamment), condition féminine subalterne. Face à ce problème de MST-SIDA, le MSP lance des programmes de santé sexuelle et reproductive, parmi lesquels on retrouve des stratégies IEC, c'est-à-dire des programmes d'éducation sanitaire qui se focalisent sur le contenu préventif de l'éducation sexuelle.

Programmes du MSP contre les MST-SIDA2

1986 : mise en place d'une cellule de gestion et constitution d'un comité technique de lutte contre les MST-SIDA.

1988 : mise en place du Programme National de Lutte contre le SIDA, Système de coordination entre le PNLS, les ONG et les Instituts nationaux, provincialisation de la lutte.

¹ **Situation Epidémiologique du SIDA au Maroc**, Ministère de la Santé Publique, DELM/DMT, Service des MST-SIDA, (situ 96/z).

² **Programme National de Lutte contre les MST-SIDA: Historique**, MSP, DELM/DMT, Service des MST-SIDA, (Historique/TWC/K), 10 Mars 1997.

Epidémiologie et prise en charge : instauration d'une surveillance sentinelle, exploitation des dons de sang pour pratiquer le dépistage sérologique, mise en place d'un système de notification des MST-SIDA, prise en charge des personnes infectées, production de supports d'information et lancement des campagnes d'information

1989-90 : plan à court terme (PCT) de l'OMS qui a permis de renforcer les structures de base du PNLS.

1990 : constitution du Comité National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA et élaboration d'un Plan Intérimaire (PMT I).

1991-94 : lancement du PMT I qui a permis de :

- intégrer les programmes des MST et du SIDA ;
- instaurer un système de surveillance épidémiologique des MST-SIDA ;
- contrôler le sang de transfusion ;
- prendre en charge gratuitement les patients ;
- diffuser l'information, politique IEC, notamment auprès de populations à risque comme les militaires, les RME, les prisonniers, les hôteliers, les toxicomanes ;
- 1995-2001 : élaboration du Plan Stratégique National 1996-2000.
- décentralisation provinciale et implication de la société civile ;
- création du CRIPS-Maroc : gestion des informations sur le SIDA, formation des acteurs de terrain de lutte contre le SIDA ;
- institutionnalisation des réunions avec les ONG ;
- promotion de l'approche syndromique ;
- développement de la prévention auprès du grand public, des professionnels de la santé et des groupes à risque ;
- développer les études épidémiologiques et socio-comportementales.

Malgré ce vaste programme, la stratégie 2000 de l'Association Marocaine de Planification Familiale¹ se fonde sur une critique des ministères de la Santé Publique, de la Jeunesse et des Sports, des Affaires Sociales. Selon l'AMPF, ces ministères ne s'occupent pas sérieusement de la santé reproductive et sexuelle. En conséquence, l'AMPF défend le droit à la santé reproductive et sexuelle de chaque individu. Son action vise à rendre les femmes autonomes, à éduquer les jeunes, à rendre l'homme conscient de ses responsabilités. « L'AMPF est une des seules organisations à aborder le problème de la santé sexuelle chez les adolescents. Des comités de jeunes ont été formés et ils transmettent leur savoir à travers les associations des jeunes et dans les centres nationaux de jeunesse »². L'AMPF dispose de 20 cliniques à travers le royaume : IEC, counselling, consultations médicales concernant PF, distribution de pilules, préservatifs et pose de stérilets. Elle dispose d'une unité de production en matière de télévision qui a produit deux télé-feuilletons, *Azizja* et *Ainek mizanek*. Pour cette stratégie 2000, la question de la jeunesse et de la sexualité est l'une des priorités de l'AMPF. Pour que la jeunesse ne recoure pas à l'avortement risqué et clandestin et ne contracte pas des MST, il est nécessaire de promouvoir une politique qui défend le droit des jeunes à l'information et qui établit une IEC en matière de sexualité. « La sexualité des jeunes est souvent conjoncturelle et n'utilise pas les moyens de prévention comme le préservatif »³. L'AMPF lutte également contre tous les éléments d'inégalité entre l'homme et la femme afin que la femme puisse décider elle-même de tout ce qui concerne sa santé sexuelle et reproductive.

¹ Membre de International Planned Parenthood Federation.

² Rapport d'analyse du programme d'élaboration de la stratégie, op. cit. p. 32.

³ *Le cadre théorique de la stratégie 2000*, AMPF, Numéro spécial (à l'occasion du 25^{ème} anniversaire de la constitution de l'AMPF), p. 11. En arabe.

A son tour, l'Association Marocaine de Lutte Contre le SIDA (ALCS) a déployé des efforts louables en vue de porter le problème du SIDA à l'attention de la population marocaine à travers la TV, la radio, la presse, et des conférences. Elle a entrepris une campagne de sensibilisation auprès des étudiants de l'enseignement secondaire et produit des cassettes audio portant des messages sur le SIDA aux femmes prostituées¹.

V. Le retour timide de la notion d'éducation sexuelle

La menace SIDA qui pèse sur le Maroc en raison de l'explosion des MST et de la libération sexuelle des jeunes conduit MSP, AMPF et ALCS à considérer que la prévention des MST-SIDA nécessite une analyse sociologique des déterminants du comportement sexuel. Cette analyse est un préalable nécessaire à l'établissement d'une IEC adéquate, c'est-à-dire d'une éducation sexuelle de base comme politique stratégique de prévention. La notion d'éducation sexuelle, employée par les médecins du protectorat comme Decrop dans les années 1950 et refoulée au lendemain de l'indépendance, refait donc surface, très timidement.

Au niveau du Programme National de Lutte contre le SIDA (MSP/DELM), une étude² par *focus group* (entretien de groupe) réunissant les dispensateurs des soins de santé de base (secteur public) leur posa, entre autres, la question de l'éducation sexuelle au Maroc. Cette étude est à notre connaissance la seule qui ait traité cette question. «Qu'est-ce que pour vous l'éducation sexuelle ? Qui doit la faire ? Doit-elle être systématique, faite par les parents, le personnel médical ou les enseignants ? »³, telle fut la question posée lors des *focus group* (entretiens de groupe) à Tanger, Khénifra et Essaouira. La formulation de la

¹ Rapport d'analyse du programme d'élaboration de la stratégie, op. cit. p. 32

² Dialmy, A., La prise en charge éducative des porteurs MST dans la santé publique au Maroc, MSP/Union Européenne, 1997.

³ Ibid. p. 62.

question laisse transparaître une grande angoisse : qu'est ce que l'éducation sexuelle ? Quoi enseigner ? A qui enseigner ? Qui va enseigner ? Comment enseigner ?...

Les 3 P qui sont inconsciemment au fondement de l'éducation sexuelle, Permissivité-Prévention-Pilule en l'occurrence, ne manquent pas en effet d'inquiéter les éducateurs dans différentes sociétés. « L'éducation sexuelle des jeunes a longtemps été entravée par l'inquiétude des adultes que le savoir encourage la promiscuité parmi les adolescents célibataires »¹.

Pour cette raison, la discussion de l'éducation sexuelle a été passionnée et polémique chez les soignants Marocains interrogés. C'est quoi d'abord, se demande-t-on ? Est-ce que ça consiste seulement à sensibiliser les gens sur les conséquences négatives d'un rapport sexuel non protégé ? Est-ce expliquer un rapport sexuel, son contenu, ses modalités, ce qu'on peut faire... ? Les messages doivent-ils commencer par les sciences naturelles et les MST et continuer par l'éducation religieuse ?

La synthèse des points de vue des soignants Marocains permet de retrouver les cinq contenus de l'éducation sexuelle :

- un contenu biologique qui consiste à transmettre des connaissances scientifiques sur l'anatomie et la physiologie sexuelles. Ce contenu repose sur la distinction entre le vrai et le faux. C'est le stade premier de l'éducation sexuelle que les soignants appellent « prévention primaire », et qui réside justement dans « la connaissance du corps humain, des organes génitaux et de leur fonctionnement... ».
- un contenu contraceptif qui consiste à exposer les techniques de contraception. Ce contenu repose sur la distinction entre l'utile et l'inutile.

¹ Population Reference Bureau, **Jeunesse du monde 1996**, Washington.

- un contenu préventif, fondé sur la distinction entre le sain et le nuisible, expose les MST et leurs dangers. La connaissance des MST est appelée « prévention secondaire » ou éducation sanitaire. Ici, le problème particulier qui se pose est que « toute la population connaît le SIDA mais ignore la gonococcie... A force de trop concentrer l'attention sur le SIDA, on oublie les autres MST », rappelle-t-on. Pour certains soignants, le contenu préventif de l'éducation sexuelle ne saurait être totalement médical (emploi du préservatif) et contourner la position de l'Islam en la matière. « Nous voulons que les *oulémas* parlent des MST et de leurs conséquences sur le malade, la famille et la société... la religion joue un grand rôle dans la limitation des MST ». Pour une minorité de médecins, « le message, ce n'est pas 'utilisez le préservatif pour ne pas attraper de MST... il ne faut pas combattre directement les MST... Le message, c'est de combattre le mal en lui-même, le rapport illégal (le *zina*), et on ne peut pas le combattre en le tolérant (à travers le conseil du préservatif) ».
- un contenu normatif qui trace une frontière entre le permis et l'interdit et qui impose une ligne de conduite à l'éducation en matière sexuelle à une société qui se perçoit comme islamique. C'est le contenu qui est le plus développé, le plus polémique : dans une société marocaine non sécularisée où la place de l'Islam est au contraire prépondérante, l'éducation sexuelle dans son acception moderne (égalité des sexes devant le sexe désinstitutionnalisé) constitue encore une question débattue d'abord en tant que notion, puis quant à ses cibles, ses agents, ses méthodes, sa langue véhiculaire et ses supports médiatiques.

1. L'idéologie de l'éducation sexuelle

Pour la tendance laïcisante qui tend à dissocier le sexuel du religieux et qui reste rudimentaire chez quelques soignants, il ne faut pas frapper l'enfant s'il reste nu ou interdire la mixité. La sexualité est une

activité légitime en soi. Le caractère légal de l'activité sexuelle est pour eux très secondaire, car la satisfaction d'un désir naturel est légitime malgré son caractère extra-conjugal. « On ne peut pas dire aux garçons et aux filles de s'abstenir. On leur demande seulement d'utiliser le préservatif... ». Un tel principe s'applique aux deux sexes, car l'idéologie de l'éducation sexuelle sous-entend l'égalité des sexes¹ (devant le sexe). Mais les soignantes elles-mêmes, surtout dans les rangs des infirmières, n'ont pas toutes assimilé et accepté totalement le principe de l'égalité des sexes devant la sexualité.

Pour la tendance islamisante, l'éducation sexuelle ne doit pas être considérée comme préétablie : « ce n'est pas quelque chose de déjà construit... nous sommes dans un pays islamique, il faut y introduire certaines choses ». L'éducation sexuelle islamisée consiste à lutter contre des perversions comme l'homosexualité qui ruine la santé, à préconiser le mariage précoce et la fidélité au partenaire. L'éducation sexuelle en Islam, « c'est empêcher les gens de faire certaines choses : il faut demander à la fille de faire attention... si la fille perd sa virginité, elle rentre tôt dans la prostitution ». Certains affirment enfin que l'éducation sexuelle ne signifie pas la libération sexuelle et pour trancher, préfèrent la médicaliser et la nommer éducation sanitaire¹.

2. Age et cible

« Si on part de notre religion, il faut s'adresser uniquement aux gens mariés... il y a des versets qui interdisent les rapports sexuels aux

¹ En 1889, la proclamation de Joannès Sagnol sur *L'égalité des sexes*, précède de peu le programme du Parti socialiste féminin publié à Paris en 1893, *Socialisme et sexualisme*. L'éducation sexuelle accompagne ou suppose l'égalité des sexes En 1911, publication de *L'émancipation sexuelle de la femme* par Madeleine Pelletier. L'éducation sexuelle est en même temps dépassement des oppositions légal-illégal (mariage et débauche) et normal-anormal (perversions) en tant qu'oppositions moralistes qui régissent le champ de la sexualité. La démocratie sexuelle est reconnaissance du droit de la minorité homosexuelle à s'exprimer librement, sans être criminalisée ou pathologisée.

célibataires ». Ce discours fondamentaliste de quelques soignants transforme insensiblement l'interdiction générale de la sexualité préconjugale en interdiction de la sexualité de la jeune fille tout court. En effet, la plupart des opinions anti-éducation sexuelle concernent seulement la jeune fille. « La fille doit se réserver à son mari et rester vierge, à quoi lui servirait l'éducation sexuelle ? Pourquoi va-t-on lui expliquer comment se fait l'acte sexuel ? ». Des soignantes conseillent de bien éduquer la jeune fille dès son plus jeune âge « de peur que le chrétien ne l'emmène ». Certains pensent que l'éducation sexuelle de la jeune fille doit se faire à partir de l'université : « c'est à l'université que la jeune fille commence à avoir des relations, à sortir avec des amis... à 20-21 ans... si on fait ça avant, on risque de faire exploser en elle des choses qu'elle n'a pas encore atteintes. L'éducation sexuelle n'est pas à entreprendre avec la fille, celle-ci « risque d'être tentée, de dévier ». Le contenu érotique de l'éducation sexuelle est donc à cacher à la jeune fille. L'éducation sexuelle serait en elle-même un facteur de déviance et de débauche.

Mais une minorité de soignants ne sont pas de cet avis. Pour ceux-ci, l'éducation sexuelle doit commencer dès l'adolescence, voire avant la puberté, pour les deux sexes. « Plus c'est tôt, mieux c'est ». A 8-9 ans pour la fille, à 10 ans pour le garçon, il faut connaître la sexualité, et à chaque tranche d'âge on peut tenir le langage qui lui convient.

3. Les éducateurs

Trois agents éducateurs sont proposés par les soignants : les parents, les enseignants et les professionnels de la santé.

¹ La médicaliser pour en occulter le contenu érotique jugé subversif de la domination du mâle ajouterons-nous, car l'exclusion de la femme du savoir érotique est un mode d'infériorisation et d'exploitation.

3.1. Les parents

Les parents sont responsables, ils doivent expliquer la sexualité à leurs enfants. Mais pour que la famille joue ce rôle, il faut que les parents ne soient pas illettrés. Cette condition est nécessaire mais non suffisante dans la mesure où les parents, même instruits, trouvent des difficultés « d'en parler... C'est honteux ». On n'a pas encore atteint un certain niveau de maturité pour discuter de la sexualité en famille. Le père doit être respecté : « dès que le père rentre, les enfants doivent se taire... ». « Le père et les enfants doivent être amis, mais de là à parler de sexualité, non ». Ce sont quelques parents instruits qui osent, en milieu urbain, répondre aux questionnements de leurs enfants à ce sujet, mais ces parents répondent uniquement pour amener leur fille à rester vierge et leur garçon à refouler toute tendance homosexuelle¹. C'est dire le peu d'engagement des parents dans l'éducation sexuelle de leur progéniture.

Au lieu de remettre en question l'image du père Marocain sexuellement censeur à l'égard des filles en particulier, et de proposer d'éduquer les parents, l'ensemble des soignants pensent que c'est la mère qui est responsable de l'éducation sexuelle des enfants. Quelques mères instruites expliquent en effet le processus des menstrues à leurs filles et les y préparent. D'une part, on se décharge ainsi de cette tâche difficile sur la mère, d'autre part on associe la sexualité au domestique, au caché et au secondaire. Cette attitude est en contradiction flagrante avec l'idéologie anti-sexiste et publique de l'éducation sexuelle.

Mais des études faites dans le monde entier montrent que les femmes adultes ont des connaissances très restreintes sur la sexualité, et démontrent ainsi le besoin de trouver des alternatives aux filières traditionnelles de l'éducation sexuelle.

¹ Belarbi, A., **Enfance au quotidien**, Casablanca, Le Fennec, 1991, pp. 111-113.

3.2. Les enseignants

Beaucoup de soignants proposent que des cours sur la sexualité aient lieu dans les établissements scolaires. Mais la mentalité des enseignants doit également évoluer. Un médecin rapporte que « lors de son exposé sur les MST dans un établissement scolaire, l'instituteur était sorti... par honte et par peur de perdre son autorité sur les élèves ». Il faut donc que l'enseignant dissocie l'autorité du discours sur la sexualité, il doit discuter de la sexualité avec ses élèves sans que cela signifie (pour lui d'abord) une diminution de son autorité. La fuite de l'instituteur n'est pas totalement injustifiée eu égard à la mentalité régnante dans les établissements scolaires. Un infirmier qui conseillait aux lycéens d'utiliser le préservatif a été accusé par les lycéens eux-mêmes de les encourager à la débauche.

Dans le même contexte, un professeur d'éducation familiale, a reconnu soutenir devant ses élèves que les rapports extra-conjugaux sont une cause de MST, tout en sachant que c'est faux quand ces rapports sont protégés. Par peur des parents, elle n'ose pas dire que le préservatif est une protection contre les MST indépendamment du caractère légal ou illégal de l'activité sexuelle. D'après la constatation d'un médecin, « quand l'enfant dit à son père que l'instituteur leur a parlé de sexe en classe, le père va donner une correction à l'instituteur... ou retirer ses filles de l'école » !

3.3. Les soignants

Pour quelques soignants, l'éducation sexuelle (dans sa totalité) n'est pas de leur ressort. Ils n'en acceptent que le contenu préventif et n'assument que la prévention du SIDA et des MST. Un médecin affirme que « le médecin n'est pas censé perdre beaucoup de temps en ce qui concerne l'éducation... il y a des équipes pour ça ». Le médecin se décharge de la prise en charge éducative sur l'infirmier qui donne « un peu d'éducation sanitaire ». Est-ce là le signe d'une dévalorisation de la prise en charge éducative par le médecin ? Est-ce seulement une question

de temps ? Mais qui parmi les soignants a le temps de faire l'éducation (sanitaire) ? Un infirmier avance que « celle qui fait le triage n'a pas le temps de faire l'éducation ». Et en fin de compte, « le professionnel de santé intervient trop tard dans l'éducation sexuelle... il y a déjà accumulation, une base... ».

Cependant, quelques médecins pensent au contraire que l'éducation sanitaire-sexuelle est à dissocier de l'autorité, des autorités. Pour cela, elle doit être organisée uniquement par le ministère de la santé, avec ses seuls agents. Le MSP doit mener des actions éducatives dans le milieu des prostituées. Le ministère le fait déjà, mais dans un esprit sexiste : « quand le major veut parler de ce sujet sensible aux femmes, on fait sortir les hommes au jardin... Après les femmes, le major parle aux hommes, les femmes ne sont plus là ». Un médecin approuve cette conduite et ajoute que l'orateur-éducateur doit être de même sexe. Cette position, certes respectueuse de la mentalité actuelle, est en contradiction flagrante avec le principe de la mixité inhérent à l'éducation sexuelle.

4. Les méthodes

Des soignants invoquent le mécanisme de la peur pour apprendre aux jeunes la protection. D'autres se rappellent de l'éducation traditionnelle faite de réprimandes comme d'une chose positive à restaurer. « Avant, quand un garçon disait un gros mot dans la rue, les passants l'engueulaient... ils l'éduquaient... maintenant, ça, c'est fini... « Le but ne devrait pas être d'amener les adultes à « engueuler » les petits quand ceux-ci prononcent de gros mots, mais d'éduquer les petits de façon à ce qu'ils ne disent plus de « gros mots ».

La démocratie sexuelle et générationnelle comme condition de base de l'éducation sexuelle rejette les méthodes coercitives et punitives. Des infirmières vont dans ce sens : « éduquer en faisant comprendre, pas en faisant peur ». Bien entendu, l'éducation sexuelle doit également répondre à toutes les questions. Il faut répondre aux enfants d'une

manière franche pour que, plus tard, les enfants n'aient pas une sexualité sauvage et coupable, mais propre et sûre. L'éducation doit être continue à travers une communication interpersonnelle plus efficiente.

5. La langue

Un infirmier soulève une question importante, celle de l'instrument linguistique, pour répondre qu'« il faut faire l'éducation sexuelle en arabe ». Il faut en effet arriver à parler de sexualité en arabe dialectal sans être obscène. C'est là un élément important d'une éducation sexuelle qui a pour objectif de « naturaliser » le sexe, c'est-à-dire le rendre naturel dans la langue maternelle (Arabe ou Berbère).

Le niveau préventif de l'éducation sexuelle se heurte à ce problème de l'arabisation. Soignant et malade se heurtent à la difficulté de nommer la MST en dialectal, soit par honte, soit par inexistence d'un vocable correspondant. Pourtant, le porteur MST au Maroc utilise de nombreux termes pour nommer une MST (*bard, numwâr, changar, qummila...*). Trois problèmes se posent à ce niveau :

- le premier est d'arriver à utiliser naturellement ces termes dans la communication quotidienne ;
- le deuxième est de trouver l'équivalent dialectal manquant des autres MST ;
- le troisième est d'unifier les différentes appellations de la même MST au niveau national pour permettre aux soignants et aux malades de différentes régions de mieux communiquer.

La la langue de l'éducation sexuelle débouche sur une question plus générale, celle de la communication en matière de sexualité et de ses supports médiatiques. L'éducation sexuelle doit-elle s'arrêter au stade de la communication interpersonnelle entre l'éducateur et le disciple ? Doit-on au contraire la transformer en éducation publique médiatisée ?

6. Les supports médiatiques

6.1. La communication directe

Pour certains, la population Marocaine n'est pas faite pour les affiches. Elle est faite pour le contact direct, « surtout entre deux individus... le courant passe mieux... il faut une éducation interpersonnelle, cas par cas ». L'oralité est encore caractéristique de la société marocaine, l'écriture touchant uniquement les élites citadines. Le taux élevé d'analphabétisme n'aide pas les gens à décoder correctement les affiches. Selon un infirmier, « le signal STOP SIDA est mal compris par les gens... Les gens qui ne savent pas lire, quand ils voient le signal STOP croient qu'il s'agit de voitures, de prévention contre les accidents de la route ».

Pour cette raison, beaucoup de soignants proposent d'envoyer des équipes mobiles dans les souks, de rassembler les gens grâce au crieur public dans les campagnes et les bidonvilles. Une femme-médecin propose de profiter également des campagnes de vaccination et des programmes de planification familiale pour animer des séances éducatives dans les centres de santé. Un médecin propose de faire l'éducation au niveau des cafés, des lieux sensibles : « c'est là où la plupart des gens commencent leurs MST », affirme-t-il. Un infirmier enfin propose intelligemment des leçons à la mosquée. Il rejoint ici la recommandation que M. Decrop a formulée vers 1950.

Cette communication directe nécessite de former et de sensibiliser le personnel paramédical qui est le plus proche des gens. Cependant, de l'avis de nombreux soignants, la volonté de savoir et la peur ne sont pas des motifs suffisants pour que des gens ignorants et démunis écoutent les agents éducateurs du MSP. Pour que le message passe, ces soignants estiment qu'il faut distribuer les médicaments : « les gens sont plus motivés, ils vous écoutent s'ils savent qu'ils auront des médicaments gratuits... les gens qui viennent dans les centres de santé sont démunis...

quand on leur donne un traitement, les femmes reviennent pour le contrôle... il faut que le traitement soit disponible en permanence ».

Des soignants expriment des réserves relatives au contact direct avec la population. Le sujet de l'éducation sexuelle, fût-ce dans sa seule dimension préventive, est tellement délicat, les gens tellement sous-développés que « l'infirmière itinérante qui fait l'éducation sanitaire a été agressée par des hommes... Il faut qu'elle soit accompagnée par un homme qui doit se tenir un peu à l'écart quand elle parle aux femmes ». Pour cela, il vaut mieux que ce soit indirect, par le biais de la télévision et de la radio, des affiches et des images.

6.2. L'audiovisuel

Deux points de vue s'opposent ici :

- le premier, minoritaire, refuse le recours à l'audiovisuel. « Pour nous, société arabo-musulmane, c'est choquant de transmettre tout ça (contenu de l'acte sexuel) par l'intermédiaire des mass-média... La parabole, ça rentre pas dans une stratégie d'éducation sexuelle qui est nôtre, ça nous est imposée ». Dans un Etat musulman, « on ne peut pas en parler clairement... sauf dans le prêche du Vendredi ou dans « *ruken al-mufti* ». Mais pour une femme-médecin, « il est difficile de faire l'éducation sexuelle dans le sens islamique avec tout ce qu'on voit à la télévision, dans les revues... » ;
- le deuxième point de vue soutient au contraire que l'audiovisuel étranger (grâce à l'antenne parabolique) a ébranlé les tabous et les traditions, de sorte que l'éducation sexuelle peut désormais facilement être transmise par le canal de la télévision. L'analphabétisme des parents, en milieu rural surtout, les pousse à acquérir la télévision, celle-ci est pour eux un moyen d'information et d'éducation, elle leur permet, en outre, de sortir de leur isolement. La télévision a plus d'impact sur les comportements sociaux : une réaction immédiate de la population à la suite de tout programme médical à la télévision a été effectivement constatée.

Pour un infirmier, il est temps de cesser de jouer à cache-cache avec les MST : « il faut détruire les barrières du tabou... il faut parler des MST et des préservatifs à la télévision et à la radio ». Il faut diffuser des émissions télévisées sur les MST aux heures de grande écoute, des sketches télévisés de façon continue. Plus loin encore, un infirmier propose de montrer des malades MST graves à la télévision : « présenter un syphilitique... tout le monde en parlera et tout le monde retiendra ». La projection de films sur la place publique des *douars* est dite efficace, la publicité à la télévision l'est également. Dessins animés et pièces de théâtre télévisées sont des moyens à utiliser au maximum. Ces moyens au langage banalisé et simple toucheront davantage les non-scolarisés, ils attireront même l'attention des enfants. Un médecin recommande d'utiliser Rabat-*tamazight* pour la population Marocaine berbérophone.

Les affiches et les photographies sont également recommandées comme des moyens susceptibles de faire parvenir le message éducatif. Un médecin propose de « montrer des photos de malades, des photos bien illustrées avec un bubon, un œdème de la vulve... une image pour visualiser telle ou telle MST ». Ces images éducatives peuvent figurer sur les boîtes d'allumettes et sur les cahiers des écoliers.

Un médecin conclut en proposant « d'évaluer l'impact de ce qui a été déjà fait pour produire du nouveau » dans le domaine de la communication relative à l'éducation sexuelle. Pour évaluer cet impact, il faut voir dans quelle mesure les politiques éducatives élaborées par l'Etat et la société civile ont réussi à produire des pratiques rationnelles dans les principaux champs de l'éducation sexuelle, en l'occurrence les champs érotique, préventif et contraceptif.

Conclusion

Pendant la période coloniale, l'emploi de la notion d'éducation sexuelle au Maroc apparaît d'abord chez les médecins français (1912-56). Ceux-ci y voyaient essentiellement, un moyen de lutte contre les maladies

vénériennes. Entre 1956 et 1994, la notion disparaît pour se transformer en éducation démo-contraceptive dans les programmes de la planification familiale et de l'éducation en matière de population. Les notions d'éducation féminine et d'éducation familiale font leur apparition au sein du paradigme de l'éducation en matière de population. C'est grâce à la CIPD (Le Caire, 1994) que la notion d'éducation sexuelle fait sa timide réapparition dans les programmes des acteurs institutionnels Marocains comme le Ministère de la Santé publique, l'Association Marocaine de Planification Familiale et l'Association de Lutte Contre le SIDA. Le principe de l'égalité des sexes d'une part, l'explosion de la sexualité des jeunes (malgré le problème des espaces du sexe), le risque de la pandémie MST-SIDA, la violence sexuelle envers les femmes, les grossesses involontaires d'autre part constituent les conditions idéologiques et sociales du « retour » de la notion d'éducation sexuelle au Maroc. Ces conditions permettent de dire que le Maroc prend part à la globalisation sexuelle, et permettent en fait de parler de la véritable apparition de la problématique de l'éducation sexuelle dans son sens global. Malgré cela, la notion d'éducation sexuelle reste très controversée, et ce même par les élites intellectuelles de la société.

La spécificité du Maroc en tant que pays musulman à forte croissance démographique dans les années 1960 a fait que l'éducation sexuelle a été définie, et ce de manière implicite, comme la transmission d'un savoir technique et d'une éthique réformatrice appliqués principalement au champ de la reproduction. Ce n'est que depuis l'apparition du risque VIH depuis 1986 que le champ préventif des MST-SIDA induit à son tour la notion d'éducation sexuelle, d'une manière plus explicite depuis 1994.

En tant que savoir scientifique scolaire, l'éducation sexuelle est largement dominée par la biologie de la reproduction et de la contraception. Ce savoir bio-médical commence à être présent dans le champ préventif des MST. La Direction de l'Epidémiologie et de Lutte

contre les Maladies (Ministère de la Santé Publique) tente à travers une politique IEC de vulgariser définitions et appellations des MST, étiologie scientifique, modes de transmission, moyens de préventions... Cependant, le savoir scientifique relatif à la sexualité est quasi-totalement occulté.

Au niveau de l'éthique, la permissivité et l'égalité sexuelle, qui constituent les fondements de l'éducation sexuelle, rencontrent le plus de résistances dans une société qui, parce qu'elle n'est plus un exemple de moralité sur le plan sexuel, s'attache encore plus à des repères islamiques défensifs, afin de se donner une identité sécurisante. L'éducation sexuelle est en effet perçue comme un facteur de déviance, dans le sens où elle aide à dissocier entre sexualité et mariage, et dans la mesure où elle reconnaît l'égalité des sexes devant la sexualité. Pour cela, elle est considérée, à tort, comme une action qui va contre les prescriptions de l'éducation religieuse.

Références bibliographiques

1. Abou-Ouakil, M. et Zarrouf, M., **Etude réalisée par EXPERDATA** pour le compte du Ministère de la Santé, 1988.
2. Abraham et Pasini, **Introduction à la sexologie médicale**, Paris, 1974.
3. Arnaud, L., *Comment les Marocains soignaient jadis leurs maladies vénériennes ?*, in. **Maroc Médical**, n° 306, 1950.
4. Bekkali, A., *Le discours sur la population et le programme d'enseignement*, **Symposium maghrébin sur l'IEC en matière de population**, MEN/FNUAP, 1997, partie arabe.
5. Bellarbi, A., **Enfance au quotidien**, Casablanca, Le Fennec, 1991.
6. CAPAPE, **Etudes de cas socioculturelles pour l'éducation en matière de population au Maroc, au Pérou, au Rwanda et en République Unie de Tanzanie**, Paris, UNESCO, 1981.
7. Chraïbi, Z., *Les notions de population dans les programmes du deuxième cycle de l'enseignement fondamental*, **Symposium maghrébin sur l'IEC en matière de population**, MEN/FNUAP, 1997, partie arabe.
8. Decrop, M., *Comment concevoir l'éducation sexuelle chez les musulmans Marocains ?*, in. **Maroc Médical**, 306, 1950.
9. Dialmy, A., **Femme et sexualité au Maroc**, Casablanca, Editions Maghrébines, 1985.
10. Dialmy, A., **Logement, sexualité et Islam**, Casablanca, Eddif, 1995.

11. Dialmy, A., **La prise en charge éducative des patients MST par la santé publique au Maroc**, Rabat, Ministère de la Santé Publique/Union Européenne, 1997.
12. **Evaluation du Programme National de Lutte Contre les MST-SIDA**, Evalua/HP/J, 16-07-1997.
13. Fédération Internationale de la Planification Familiale (IPPF), **La santé sexuelle et reproductive. Vision de l'an 2000**, Londres, 1995.
14. Fettouhi, M., Aït Lkhiari, A et al., **Le rayonnement de l'école sur son environnement (en arabe)**, Ministère de l'Education Nationale, Direction Générale des Questions Educatives, 1996.
15. FNUAP, **Rapport « Etat de la Population Mondiale 1997 »**.
16. *L'éducation en matière de population : une perspective contemporaine*, in. **Etudes et documents d'Education**, Paris, UNESCO, n° 28, 1980.
17. Laoust, E., **Mots et choses berbères**, Paris, Augustin Challamel, 1920, réédité par SMER, Rabat, 1983.
18. *Le Programme d'Action de la CIPD, At-Tarbiya as-Sukkaniya*, n° 4, Janvier 1995.
19. Ministère de l'Education Nationale, **L'éducation féminine**, Casablanca, Dar At-Taqafa, 1993, en arabe.
20. Ministère de l'Education Nationale, **Programme d'éducation islamique dans l'enseignement secondaire**, Rabat, 1996, (en arabe).
21. Ministère de l'Education Nationale, **Programme des sciences naturelles dans l'enseignement secondaire**, Rabat, 1996, (en arabe).
22. Ministère de l'Education Nationale, **Programmes et orientations pédagogiques pour l'enseignement de l'éducation familiale dans le 2^{ème} cycle de l'enseignement fondamental**, 1996.
23. Ministère de l'Education Nationale, **Rencontres pédagogiques des professeurs de l'éducation islamique dans le secondaire**, Rabat, 1996, en arabe.
24. Ministère de la Santé Publique, **Situation Epidémiologique du SIDA au Maroc**, DELM/DMT, Service des MST-SIDA, (situ 96/z).
25. Ministère de la Santé, **Activités du service central d'éducation pour la santé dans le domaine de l'éducation en matière de population**, Service Central de l'Education pour la Santé, Rabat, 1989, inédit.
26. Ministère de la Santé, **Plan d'orientation pour le développement économique et social 1988-1992**, Rapport de la commission santé, nutrition et planification familiale, 1987.
27. Ministère de la Santé, **Programme National de Lutte contre les MST-SIDA : Historique**, DELM/DMT, Service des MST-SIDA, (Historique/TWC/K), 10 mars 1997.
28. **Population Reference Bureau**, Jeunesse du monde 1996, Washington.
29. Rapport d'analyse du programme d'élaboration de la stratégie, Royaume du Maroc/FNUAP, Casablanca.

30. Rivet, *Hygiénisme colonial et médicalisation de la société marocaine*, in. Longuenesse, E. (dir.), **Santé, médecine et société dans le monde arabe**, Paris, L'Harmattan/Maison de l'Orient Méditerranéen, 1995.
31. Scelles-Millie, J., **Paraboles et contes d'Afrique du Nord**, Paris, Maisonneuve-Larose, 1982.

Chapitre 7 : Les champs de l'éducation sexuelle : les acquis et les besoins

Introduction

L'éducation sexuelle, savoir positif et code de conduite, s'occupe de trois champs majeurs : le champ érotique, le champ préventif (des MST-SIDA) et le champ contraceptif. La dualité savoir-éthique, constitutive de l'éducation sexuelle, se retrouve dans ces trois champs. Au Maroc, se posent alors les questions suivantes : quel champ de l'éducation sexuelle privilégier ? Faut-il ne viser que la fécondité des femmes mariées en âge de reproduction ? Doit-on apprendre aux jeunes à éviter les risques VIH-MST et de grossesse involontaire ? La femme doit-elle savoir et pouvoir négocier inconditionnellement tout rapport sexuel pour éviter tout risque ?

La réponse à ces interrogations se fera par le biais d'une lecture critique du champ Famille-Femme-Sexualité au Maroc, même si la plupart des travaux de ce champ ne se sont pas attaqués à la question de l'éducation sexuelle en tant que telle. Cependant, des analyses de ce champ¹ permettent d'avancer les hypothèses suivantes :

1- Le succès de l'éducation démo-contraceptive entreprise par l'Etat et la société civile (l'Association marocaine de planification familiale [AMPF] notamment) se réalise malgré la faiblesse des indicateurs sociaux favorables tels que l'urbanisation, la scolarisation et l'activité féminines.

2- Il y a ignorance des taux de prévalence MST-SIDA, quasi-inexistence des noms scientifiques de MST dans les dialectes pratiqués, non distinction entre causes et modes de transmission, adoption d'une

¹ Dialmy, A. *Le champ Famille-Femme-Sexualité au Maroc: 1912-1996*, in **Prologues** « Femmes et Sciences Sociales », Casablanca, Mai 1997.

thérapie tradimoderne, faible adoption des pratiques préventives, stigmatisation sociale du porteur MST-SIDA. Une éducation préventive des MST-SIDA est en cours d'émergence sans qu'elle ose, pour le moment, remettre en question la perception négative de la sexualité non institutionnelle. Cette perception est aussi un facteur de base de la propagation des MST-SIDA.

3- La sur-consommation des produits médiatiques étrangers en matière de sexe par les nouvelles générations exprime un besoin profond de savoir en la matière. Le visionnement des films de sexe grâce à l'antenne parabolique est vécu par la jeunesse marocaine comme un apprentissage qui comble un vide que les instances éducatives ne songent pas à traiter.

Cette étude porte respectivement dans les deux premiers sous-chapitres du degré de réception de l'éducation démo-contraceptive et de l'éducation préventive. Dans quelle mesure les différents programmes des différents acteurs institutionnels ont-ils réussi à induire une connaissance et un comportement contraceptifs et préventifs avertis ? Quant au troisième sous-chapitre, il montre comment l'apprentissage de certains aspects de la sexualité est complètement délaissé aux programmes étrangers qui pénètrent la société marocaine grâce aux mass-média. L'étude tente donc de répondre à la question centrale : quels sont les contenus acquis (état des lieux) et les contenus à acquérir (besoins) en matière d'éducation sexuelle ?

I. L'éducation démo-contraceptive

L'éducation démo-contraceptive consiste à transmettre un savoir relatif aux techniques de la contraception et à créer une conscience démographique qui montre la relation entre la procréation et les conditions socio-économiques. En visant l'espacement des naissances, voire la diminution de l'indice synthétique de fécondité, elle est à proprement parler une libération du paradigme de la natalité maximale

qui relève à la fois de l'islam littéral et de la mentalité patriarcale. Pour se défaire de ce paradigme, individu et société marocains ont subi et subissent encore un processus de déconditionnement progressif qui débouche actuellement sur des résultats encourageants.

1. Le natalisme maximal

Pour l'islam dominant, l'impératif de la fécondité est constitutif du corps. Comment se définit cet impératif ? « Coitez et procréez. Je tirerai gloire de votre nombre le jour du Jugement dernier »¹, disait le Prophète. Ce *hadith* se situe dans le paradigme expansionniste de l'Etat islamique naissant. Celui-ci, avait effectivement besoin, au début de son expansion politique, d'une grande armée, et par conséquent d'une très haute natalité. Paternité et maternité sont recherchées, et grâce à elles se réalise le destin du corps dans la *'Umma* (communauté islamique). Sans la fécondité, et la fécondité maximale en particulier, le corps est, socio-religieusement, incomplet, en échec. C'est que la nombreuse progéniture est un signe de virilité pour l'homme, un indice d'abondance et une condition de promotion sociale pour la femme, et une conséquence démographique de l'expansionnisme de l'Etat islamique originel².

¹ Qastallani: **'Irchâd al sâri, charh sahih al-Bukhârî**, Istamboul, Boulaq, 1308 h, T. VIII, p. 8.

² Le paradigme de la fécondité dans les textes juridiques organisateurs de la cité islamique

Coran :

« Ne tuez pas vos enfants par crainte de la pauvreté, nous vous accorderons votre subsistance ainsi que la leur » (Les troupeaux, 151)

« A tout animal sur terre, Dieu donnera sa subsistance »

« Ont perdu ceux qui ont tué leurs enfants par folie et sans savoir, et ont rendu illicite ce que Dieu leur a donné » (Les troupeaux, 140)

Hadith

« Epousez la sympathique féconde, je serai fier de votre nombre devant les prophètes le jour du jugement dernier »

« Mariez-vous et multipliez-vous, vous serez mon orgueil devant les nations »

« Une noire féconde est meilleure qu'une belle stérile »

« Le coït interrompu, cet infanticide secret »

« Le grand péché est de tuer ton enfant de peur qu'il ne soit à ta charge »

Fiqh

La grande valorisation du corps féminin, en tant que corps procréateur, se comprend dans la mesure où c'est ce corps qui est tenu pour seul responsable de la stérilité. La langue arabe parle de la femme *'aqim* (stérile), l'adjectif ne s'accordant pas au féminin dans ce cas. Si stérilité il y a, elle provient de la femme. Ainsi, la langue est complice de cette gynécologie discriminatoire. A l'intérieur de ce paradigme sexiste, le corps féminin est considéré comme un capital biologique à ne pas laisser improductif. L'abaissement maximal de l'âge du mariage de la fille, parfois jusqu'à six ans¹, est un stratagème social servant à faire entrer, le plus tôt possible, le corps féminin dans le marché matrimonial de la procréation. De cette manière, ce capital biologique sera exploité au maximum. « Quand l'épouse est enceinte, sa rétribution est celle du jeûne, de la prière, du *jihād* »² (*hadith*). L'idéalisation de la mère est indéniable : « le paradis est sous les pieds des mères » (*hadith*). Dans ce cadre, il est fort normal que l'angoisse des matrices vides, et des fausses couches, soit obsédante. « La maternité vaut fonctionnalité, et la stérilité marginalité »³, résume A. Bouhdiba. Pour le corps de la femme, la maternité est une conquête, celle d'un statut social, d'une reconnaissance⁴.

L'importance de la grossesse est telle, pour le corps de la femme, que la société arabo-islamique a construit la théorie de l'enfant endormi (le *ragad*). En quoi consiste cette théorie ? Grands juristes et petit peuple partagent en effet la conviction qu'une femme peut accoucher d'un enfant plusieurs années après le début de la grossesse. L'enfant reste endormi, dit-on, dans le corps de la mère. Le Coran, s'il fixe à 6 mois la

Interdiction inconditionnelle de la ligature des trompes, car contraire aux finalités de la *charia'* que sont: la personne, la descendance, la raison, la religion, et l'argent.

Interdiction de l'avortement après la formation du fœtus.

¹ Voir à ce propos : Dialmy, A., **Al-Ma'rifa wa al-Jins** (Connaissance et sexualité), Casablanca, 'Ouyoune al-Maqalat, 1987.

² Moslem, **Sahih**, Le Caire, 1328, T. IV, p. 99.

³ Bouhdiba, A., **La sexualité en Islam**, PUF, 1975, p. 265.

⁴ Dialmy, A., **Féminisme soufi**, Casablanca, Afrique-Orient, 1991.

durée minimale de la grossesse, reste silencieux sur sa durée maximale, et laisse ainsi les portes ouvertes à toute fantaisie sur la question de la grossesse prolongée. Comblant ce silence, et en réponse à une demande sociale polymorphe, les juristes, voire les fondateurs des grandes doctrines juridiques eux-mêmes, sont d'accord pour admettre la possibilité de la grossesse prolongée. Ils divergent cependant sur la détermination de sa durée maximale. A titre d'exemple, *Malik Ibn Anas* la fixe à quatre ans, *Ibn Hanifa* à deux ans. D'autres juristes comme *Al Wancharissi et Khalil* admettent également la théorie de l'enfant endormi.

Cette croyance est en nette régression, mais elle reste encore quelque peu active dans les milieux populaires citadins, dans les périphéries des grandes villes, et dans certaines campagnes¹. Mathieu et Manneville, dans leur étude sur les accoucheuses traditionnelles au Maroc², l'ont relevée à Casablanca au début des années 1950. Les accoucheuses constituent elles-mêmes un média important dans sa diffusion. Pour celles-ci, en effet, l'enfant endormi peut rester ainsi pendant plus de 20 ans, mais leur savoir « mystérieux et occulte » les met en position de pouvoir préparer des tisanes aptes à le réveiller.

La théorie islamique de l'enfant endormi peut être considérée à juste titre comme le modèle d'une croyance à fonctions multiples. Devant le mépris social qu'elle encourt, la femme stérile se sert de cette croyance pour entretenir, chez elle, chez son mari, et dans son entourage, l'idée qu'elle n'est pas stérile. C'est une sorte de dénégation magique de la stérilité. C'est également une ruse sociale pour éviter le scandale de l'adultère : l'épouse d'un mari absent peut toujours alléguer qu'elle était enceinte bien avant le départ de son mari, et que le fœtus s'était endormi. Le stratagème de l'enfant endormi sert aussi à rattacher des enfants naturels à un père défunt ou répudiateur, pour des questions d'héritage.

¹ Sbaï, N., **L'enfant endormi**, Rabat, Edino, 1987.

² Mathieu, J. et Manneville, R., *Les accoucheuses musulmanes traditionnelles de Casablanca*, op. cit.

En effet, les veuves des riches arrivent par ce biais à faire hériter leurs enfants naturels nés plusieurs années après le décès du mari. Bien entendu, la théorie est inconsciemment cautionnée par le *hadith* « l'enfant appartient au lit conjugal, et à l'adultère des pierres ». Toute femme répudiée, et toute veuve, à condition de ne pas se remarier, peuvent rattacher l'enfant endormi puis réveillé au lit conjugal déconstitué. Ruse sociale ou autre, l'essentiel est d'éviter le scandale de l'adultère, et le désordre consécutif à la naissance d'un enfant naturel.

Par ailleurs, cette thèse puise sa crédibilité sociale, sa pertinence dans le comportement des maris impuissants. Ceux-ci, soucieux de paraître normaux, acceptent une grossesse fictive, voire réelle, tout en sachant au fond d'eux-mêmes qu'ils n'en sont pas les véritables artisans. De cela, il ressort que la croyance en l'enfant endormi ne saurait relever de la seule ruse féminine (*kayd*), fût-elle supérieure et irrésistible, comme en témoigne le conte d'*Aïcha* étudié plus haut par exemple. La complicité des deux sexes pour construire la théorie de l'enfant endormi est nécessaire. Sans le concours des hommes, voire celui des grands juristes, la croyance en l'enfant endormi ne peut s'expliquer. Le rapport au mythe ne peut être partiel, ou purement instrumental, l'adhésion idéologique et existentielle de l'acteur social au mythe est nécessaire à sa fonctionnalité, à sa vérité. La théorie de l'enfant endormi est un indicateur social de l'obligation de la fécondité pour le corps en Islam.

Outre l'islam scripturaire, l'économie agro-pastorale patriarcale aussi trouve son intérêt dans une natalité forte. Pour cette économie patriarcale en effet, il est économiquement rationnel d'avoir une progéniture nombreuse, le coût de l'enfant étant faible et sa rentabilité rapide. Le calcul de la rentabilité de l'enfant est donc déterminant dans le comportement démographique. Pour cette économie pré-capitaliste et pré-industrielle, l'enfant est un investissement économique dans la mesure où il représente une main-d'œuvre abondante et gratuite. « Pour

le paysan pauvre, abaisser le nombre des enfants est illogique et totalement anti-économique dans une stratégie globale de survie au niveau d'une pauvreté pressante. Le rendement de l'unité de production est si rigide qu'on a intérêt à accroître le nombre d'individus, de travailleurs, et parmi eux, les enfants, surtout les filles, qui sont considérées comme travailleurs dès leur cinquième année »¹. L'enfant est également une future pièce maîtresse dans l'échange matrimonial qui permet de diversifier les alliances matrimoniales. Il est, en outre, promesse d'une sécurité contre la maladie, la vieillesse et l'isolement.

Cette logique d'essence tribale transforme le nombre en force : le nombre est la base de la force économique et guerrière de la tribu, du clan. Plus on est nombreux, plus on bat les autres, et plus on domine la nature, et plus on est donc puissant. Il n'y a donc pas d'antinomie entre la procréation maximale et la croissance économique à l'intérieur des rivalités inter-patriarcales. Cependant, malgré leur rentabilité économique, les filles sont considérées comme un danger pour le patrimoine familial dans la mesure où leur circulation matrimoniale s'accompagne de circulation de biens économiques grâce à leur droit à l'héritage². Pour contourner ce danger, des patriarches venaient au tribunal d'Azrou pour exhériter leurs filles, ou pour conclure des contrats de vente (fictive) au bénéfice des garçons. Pour contrer cette injustice, le contrôle des naissances a été l'une des armes de la femme dans la famille agro-pastorale du Moyen Atlas pour se défendre contre son effroyable condition : cette femme est productrice de biens, dont elle est dépossédée, et n'a jamais accès à la propriété de la terre³. En ville, les

¹ CAPAPE, Etudes de cas socioculturelles pour l'éducation en matière de population au Maroc, au Pérou, au Rwanda et en République Unie de Tanzanie, op. cit, p. 34.

² Tillion, G., **Le harem et les cousins**, Paris, Seuil, 1965.

³ C'est cette femme du Moyen Atlas qui a été chantée par les sciences sociales coloniales comme modèle de la femme libre, en opposition avec la femme arabe des villes, voir à ce propos : « Féminisme colonial » dans : Dialmy, A., **Féminisme, islamisme, soufisme**, Paris, Publisud, 1997.

babous constituaient également une arme indirecte de la raison patriarcale pour exhériter les filles.

L'enfant procure également de la puissance au niveau individuel. Pour l'homme, le grand nombre d'enfants est signe de virilité et de pouvoir sur une descendance nombreuse ; pour la femme, le maximum de fécondité lui donne également stabilité et pouvoir dans la famille. Pour la femme surtout, l'intégration et la valorisation, voire tout simplement l'existence sociale, passent par la fécondité. D'où cette obsession de la fécondité : je procrée, donc je suis. L'observation des ménages polygames¹ dans la région d'Oujda² révèle en effet que chaque épouse essaie « d'accaparer sexuellement le mari » afin de procréer le plus, d'avoir ainsi plus de poids, et d'avoir en fin de compte une plus grande part d'héritage. Les rites contre l'infécondité féminine, les invocations d'enfantement, les rites obstétricaux³ constituent le soubassement de la logique nataliste. C'est à l'intérieur de cette logique que se situe la préférence de l'enfant mâle. C'est par le mâle que l'on réalise la reconnaissance et la puissance.

La sous-médicalisation de la campagne, qui connaît un taux élevé de mortalité infantile, la non-reconnaissance des propriétaires terriens privés et de l'Etat comme gestionnaire de leur terre expliquent que les paysans restent attachés à la logique nataliste et « continuent à avoir beaucoup d'enfants, à presser les fils chômeurs de se marier jeunes et de procréer »⁴. C'est même là une ruse pour renforcer le droit à la terre, la distribution des terres prenant en compte le nombre d'enfants.

¹ 6,6 % d'hommes sont polygames au Maroc en 1980.

² Bourqia, R., **Femmes et fécondité**, Casablanca, Afrique Orient, 1996, p. 117.

³ Dialmy, A., *Les rites obstétricaux: un enjeu politique mérinide ?*, in. **Annales Histoire-Sciences Sociales**, n° 3, 1998.

⁴ CAPAPE, **Etudes de cas socioculturelles pour l'éducation en matière de population au Maroc, au Pérou, au Rwanda et en République Unie de Tanzanie**, op. cit, p. 32.

Est-il possible pour cette anthropo-logique islamique nataliste de ne plus se poser en modèle et en référence ? De ne plus être dominante afin de produire un corps islamique moderne soumis à la nécessité de la contraception ? Déjà la pharmacopée traditionnelle, outre la pratique du coït interrompu, a toujours consacré un chapitre aux anticonceptionnels (camphre, urine de bélier, alun...), voire même aux produits favorisant l'avortement en cas de grossesse non désirée. Mais l'existence de ces procédés ne s'inscrivait pas dans une politique étatique malthusienne. Ces procédés restaient des recours exceptionnels. La question qui se pose actuellement à leur propos est de savoir dans quelle mesure ils sont récupérables et intégrables dans une politique de planification familiale moderne.

2. Le déconditionnement progressif

Les programmes de planification familiale ont donc eu à vaincre toutes ces résistances qui peuvent se résumer dans le cogito suivant : « je procrée donc je suis ». L'éducation démo-contraceptive est réellement une contre-éducation, un déconditionnement. La tâche est d'autant plus difficile que la PF est, dans les milieux populaires et à la campagne surtout, assimilée au *tqaf*, à la raréfaction de la descendance. Elle est donc à contre-courant, elle a à combattre pour conquérir les mentalités.

Mais les conditions sociales objectives de réussite de l'éducation démo-contraceptive, l'urbanisation, la scolarisation et l'activité de la femme, sont relativement présentes dans la société et offrent des modèles nouveaux au comportement démographique.

L'urbanisation est en effet un facteur d'adoption de la contraception. Elle signifie famille nucléaire et contraction du logement, elle signifie surtout passage à des solidarités organiques qui insèrent l'individu dans des structures secondaires comme l'entreprise, le parti, le syndicat, l'ONG, c'est-à-dire dans des structures en rupture avec la famille et le clan. Les statistiques confirment cette évolution : le milieu

urbain est en effet plus favorable à la contraception dans la mesure où le taux de prévalence y avait atteint de 45% en 1992 (contre 31,5% en milieu rural). La religiosité populaire du milieu rural le pousse davantage à percevoir la contraception comme un péché, une intrusion dans la volonté divine, et un refus inacceptable d'un bien offert par Dieu¹.

L'instruction des femmes est également un facteur favorable à l'éducation contraceptive. Selon E. Todd, « les révolutions politiques suivent généralement de peu l'accession des hommes à la maîtrise de l'écrit, vecteur nécessaire des idéologies modernes. Les révolutions démographiques, quant à elles, semblent surtout conditionnées par l'accession des femmes à l'alphabétisation »². En effet, là encore, on constate que la fécondité des femmes scolarisées est inférieure à celle des analphabètes, et plus le niveau d'instruction de la femme est élevé, plus sa fécondité baisse. L'instruction a un impact sur le nombre d'enfants parce qu'elle retarde l'âge du mariage, augmente la durée entre la date du mariage et la naissance du premier enfant, et facilite la connaissance des méthodes contraceptives. La scolarisation joue également un rôle important dans la dissociation entre sexualité et reproduction, entre féminité et reproduction et entre virilité et reproduction. La scolarisation permet enfin de prendre du recul par rapport à la littéralité des textes religieux, elle transforme la religiosité de l'individu pour la rendre plus éclairée en la libérant de l'impératif de la fécondité maximale.

De plus, pour la femme instruite, l'enfant n'est plus la seule assurance contre la maladie et la vieillesse, son travail lui permettant d'assurer un minimum de sécurité sociale. En effet, plus une femme travaille à l'extérieur de l'espace domestique, moins elle a d'enfants. De même, plus l'emploi d'une femme est élevé et prestigieux, moins elle a d'enfants. L'activité féminine est donc la troisième condition favorable à

¹ Bensaïd, D et El Harras, M, *Culture et fécondité (At-Taqâfa wa al-Khusûba)*, Beyrouth, Dar At-Taliâa, 1996, p. 54.

² Todd, E., *L'enfance du monde*, Paris, Seuil, 1984. p. 166.

l'éducation contraceptive, dans la mesure où le travail empêche la femme de se consacrer entièrement à sa progéniture et de se réaliser uniquement grâce à elle. Les statistiques confirment ce fait : plus le taux d'activité féminin est faible (25% en 1986), plus la fécondité est élevée (ISF = 5,70 enfants).

La lenteur de l'urbanisation, la faiblesse de la scolarisation et de l'activité féminines suscitent les questions suivantes : comment convaincre et persuader des avantages de la contraception ? Comment informer ? Suffit-il de connaître pour adopter une attitude favorable ? Suffit-il d'être favorable pour pratiquer une technique contraceptive ? Le retard de l'attitude et de la pratique par rapport à la connaissance sont ici une démonstration des limites du rationalisme sanitaire : il ne suffit pas de savoir. Il faut motiver et créer le besoin, mais la création du besoin de la contraception ne peut aboutir si ce besoin reste insatisfait. L'offre de prestations conséquentes s'avère alors nécessaire.

Le retard des conditions sociales objectives de la PF est comblé par une politique IEC agressive en matière démo-contraceptive, beaucoup plus hardie que dans le domaine des MST-SIDA.

Dans le cadre de cette politique IEC, l'Etat a entrepris un ensemble d'actions depuis 1967. Ainsi, il a :

- œuvré pour une conception dénataliste pour légaliser religieusement toutes les techniques de la contraception¹ ;

¹ Quelques *fuqaha* ont trouvé des textes justifiant la limitation des naissances:

Coran

« Ne vous exposez pas de vos propres mains à la perdition » (La vache, 195).

Hadith

La pire des malédictions, c'est d'avoir une progéniture et être pauvre.

A un bédouin qui ne voulait pas que sa concubine tombe enceinte par ses œuvres, le Prophète dit: interrompt le coït si tu veux, elle aura ce que Dieu lui a écrit.

Fiqh/Littérature islamique

Ghazali: la limitation des naissances est bénéfique à la beauté de l'épouse, et conseillée en cas de pauvreté.

La famille est à même de décider de son intérêt en ce qui concerne la procréation... (Conférence Islamique sur la procréation, 1971).

- organisé les Visites à Domicile de Motivation Systématique (VDMS) ;
- offert des services PF.

L'analphabétisme des femmes a été contourné par le recours aux mass-média et aux canaux traditionnels de l'information et de l'opinion (accoucheuses traditionnelles, *balqa*, *fqih*...). Cette politique IEC vise à transformer la PF, par le biais de l'éducation démo-contraceptive, en conviction profonde, en culture.

Les enquêtes CAP et sur la prévalence contraceptive ont dès le départ fait partie de la politique IEC, afin de déterminer les besoins et de suivre les évolutions.

En 1966-67, la première enquête CAP montre que 61% des femmes acceptent l'idée de la contraception, alors que 87% n'utilisent aucune technique moderne. Chez les hommes, 52% acceptent l'idée, mais 92% ne s'en soucient pas pratiquement. Pour eux, c'est une affaire de femmes. Les femmes sont plus favorables à la contraception pour conserver santé et beauté.

L'Enquête Nationale sur la Prévalence Contraceptive (MSP, 1984) et l'Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la fécondité et la Santé (MSP, 1987) ont permis de dégager les évolutions suivantes : en 1984, 81% de FMAR connaissent la pilule, 9,8% la reconnaissent après description. En 1987, ces pourcentages sont passés respectivement à 84,7% et à 12,6%. De même, en 1984, 10% de FMAR connaissent le condom, tandis que 25,6% le reconnaissent après description. En 1987, ces pourcentages passent respectivement à 20 et à 40%. Les autres techniques contraceptives sont plus connues que le condom : le DIU (65,3% en 1984, 79,3% en 1987), la ligature des trompes [LT] (56,2% en 1984, 77% en 1987).

L'enquête de 1987 a révélé aussi le pourcentage des femmes qui savent où se procurer (ou effectuer) les techniques contraceptives suivantes :

- la pilule : 92,5% ;
- le DIU : 69% ;
- la ligature des trompes : 67% ;
- le condom : 50%.

Dans le Gharb, les hommes sont plus au courant que les femmes de l'existence de la pilule et du stérilet. Ce sont eux qui se les procurent lorsque le couple décide d'espacer les naissances. L'accès aux contraceptifs modernes nécessite, en effet, la maîtrise de trois éléments peu disponibles pour les femmes : l'argent, la libre circulation, le savoir physiologique en matière de reproduction et de contraception. La promotion de la femme est donc une condition d'accès à la contraception, mais c'en est aussi une conséquence.

Il s'est avéré aussi que les techniques contraceptives varient selon le milieu social : la ligature des trompes touche davantage les classes sociales défavorisées, contrairement aux méthodes *ogino* et prise de température qui concernent spécialement les catégories aisées et instruites. La pilule et le stérilet restent cependant les deux techniques les plus utilisées, la pilule étant la plus populaire : 68% de FMAR en 1992 et 64% en 1995.

A part la pilule qui est traduite par des termes positifs comme *kina* et *fanida*, l'arabisation des autres techniques contraceptives se fait sur un mode négatif dévalorisant :

- ligature des trompes : *`gnid*, faire des nœuds, ou retournement (*glib*) ;
- DIU : *salk*, fer ;
- préservatif : *jalda*, peau.

L'image sociale du préservatif est encore négative : le préservatif est dit fragile, inefficace, conduisant à l'impuissance, lié à la sexualité illégale, exprimant la peur des maladies. Selon une étude de K. Allioua et F. Navez-Bouchanine¹, 76% des hommes qui connaissent le préservatif le critiquent et le refusent.

L'usage des méthodes contraceptives n'est pas toujours correctement pratiqué, même s'il s'est rapidement diffusé. De nombreuses blagues relatives à la pilule et au préservatif dénotent cette ignorance. La vulgarisation des techniques de contraception n'est pas adéquate étant donné la lenteur des démarches auprès du dispensaire (distances, manque de temps et d'argent). Les services de santé sont loin de satisfaire la demande en PF, et bien souvent, les femmes retournent aux méthodes traditionnelles (magie et plantes).

Malgré ces difficultés, taux de prévalence et ISF ont évolué de manière positive, dans le sens d'une pratique démo-contraceptive en nette progression :

Le taux de prévalence contraceptive

<i>Année</i>	<i>Source</i>	<i>Taux %</i>
1968	CAP 1967	9
1979	ENPF 79-80	19,4
1983	ENPC 83-84	25,7
1987	ENPS-I, 1987	35,9
1992	ENPS-II, 1992	41,5
1995	EPPS, 1995	50
1997	ENSME, 1997	58,8

Dans les années 1990, cette extension semble être plus le fait des femmes analphabètes, leur taux de prévalence contraceptive s'est accru de plus de 25% entre 1992 et 1995, selon l'enquête Panel du MSP.

¹ Allioua, K et Bouchanine Navez, F, *Marketing social des contraceptifs*, Icone-Moussahama, 1988, in **Séminaire national de réflexion sur la stratégie d'IEC en matière de PF au Maroc**, Rapport final, MSP/SCPF, 1989.

L'Indice Synthétique de Fécondité

<i>Date</i>	<i>ISF</i>
1962	6,9 enfants
1979-80	5,7
1982	5,5
1987	4,7 ou 4,5
1992	4 enfants
1994	3,28
1997	3,1

Cette évolution est positive. Selon l'enquête Panel réalisée par le MSP en 1995, la fécondité urbaine serait sur le point de descendre en-deçà du seuil de remplacement, alors que la baisse de la fécondité rurale est trois fois plus importante. Le Maroc est en train d'entamer la seconde phase de la transition démographique. Cette évolution indique la réussite de l'éducation sexuelle dans le champ démo-contraceptif. Les blagues populaires qui dénotent une utilisation incorrecte de quelques méthodes contraceptives, notamment la pilule et le préservatif, renvoient à des cas exceptionnels et minoritaires. Pour l'ensemble des FMAR, et des jeunes filles scolarisées sexuellement actives, la contraception est correctement assimilée et pratiquée. Les taux de prévalence officiellement réalisés sont en progression linéaire et indiquent une prise de conscience démographique incontestable. Le lien est désormais établi entre la natalité et l'économie capitaliste, entre la procréation et le processus d'individualisation en cours. En un mot, un comportement démographique marocain conforme au paradigme de la rationalité moderne est de plus en plus majoritaire.

II. L'éducation préventive (Les MST-SIDA)

Face à l'épidémie des MST, qui fait le lit du SIDA, le Ministère de la Santé Publique a institué un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), qui comprend des programmes d'Information, d'Education et de Communication (IEC). « Les programmes d'IEC en appui à la santé reproductive concernent surtout la planification familiale, la santé maternelle, les MST et le SIDA... Le ministère de la santé

publique assure l'essentiel des actions d'éducation sanitaire par l'intermédiaire de la division d'éducation pour la santé située au sein de la direction de la population»¹. Dans le champ des MST-SIDA, ces programmes IEC comprennent :

Des séminaires de formation des professionnels de la santé

en matière d'accueil des RME : accueillir et informer les RME sur la lutte et la prévention des MST-SIDA au niveau des différents points de transit (exemple du séminaire de formation des équipes d'accueil de Tanger et Tétouan les 3-4 Août 1995).

En approche syndromique

Pourquoi l'approche syndromique ? Celle-ci se fonde sur les critiques adressées aux diagnostics étiologique et clinique. « Le diagnostic étiologique est coûteux et demande du temps ; il nécessite des ressources spéciales et retarde le traitement. En ce qui concerne le diagnostic clinique, on peut facilement se tromper en diagnostiquant certaines MST, ou ne pas diagnostiquer les infections mixtes »². L'approche syndromique consiste « à traiter le patient immédiatement pour *tous les agents causals les plus importants* »³. Un syndrome peut être causé par une ou plusieurs MST, il faut dans un même acte thérapeutique les traiter toutes. C'est dans le cadre de cette approche que se situe l'éducation préventive du patient : éduquer le patient à la réduction du risque de réinfection et promouvoir le préservatif, informer les partenaires, orienter le patient vers un comportement sexuel à moindre risque.

¹ **Rapport d'analyse du programme d'élaboration de la stratégie**, Royaume du Maroc/FNUAP, Casablanca, Le Fennec, 1997, p. 31.

² L'utilisation des algorithmes dans la prise en charge syndromique, Cahier d'exercice 2, WHO/ASD/96. 5, p 3.

³ Ibid. p. 6.

Des cours annuels de formation en gestion programmatique des activités MST

Ces cours présentent la nouvelle stratégie du PNLS en matière de prise en charge des MST. Le premier cours a eu lieu du 4 au 9 Mars 1998 à l'Institut National d'Hygiène à Rabat.

L'élaboration des supports et documents d'information

Guides, affiches, cassettes audio (Stop SIDA, J'veux pas du SIDA) et vidéo et dépliants sont élaborés. A titre d'exemple :

- « Plaquette d'information sur le SIDA »¹, en français ;
- « Le SIDA : réponses aux questions du personnel de santé » ;
- « La situation épidémiologique au Maroc » ;
- « Ce qu'il faut savoir sur les MST », en arabe et en français ;
- « SIDA, tous concernés » ;
- « SIDA, informez-vous ! Protégez-vous ! », « Professionnels de la santé, prenez vos responsabilités face au SIDA », « Prise en charge syndromique des MST ».

L'organisation de campagnes de sensibilisation pour la grand public

Cela se fait par le recours aux média modernes (radio, télévision) et traditionnels (souks, *qabla*), et contacts interpersonnels. De plus, un animateur de l'éducation sanitaire existe dans chaque province.

L'élaboration des statistiques

Le MSP a fourni un effort louable pour cerner la situation épidémiologique MST-SIDA. Les statistiques disponibles sont ventilées selon les variables classiques (sexe, âge, milieu de résidence/province, statut matrimonial, période).

Des recherches anthropo-sociologiques

Quelques enquêtes CAP (connaissances, attitudes et pratiques) ont été réalisées pour identifier les besoins de certains groupes sociaux (prostituées, ouvriers, jeunes, homosexuels) en matière de MST-SIDA,

¹ Sida 2/HP, 27 Février 1996.

afin d'élaborer des programmes d'éducation préventive adaptés. Cependant, l'absence de *background* sociologique, méthodologique et thématique relatif à la sexualité comme objet de savoir, se fait sentir à ce niveau. La plupart des enquêtes sont rapides, menées sous le signe de l'urgence. On attend d'elles qu'elles soient opérationnelles, c'est-à-dire qu'elles fondent les supports didactiques de l'IEC.

La prévalence inquiétante des MST, leur expansion par le biais du multipartenariat et des réseaux sexuels, oblige la recherche préventive appliquée à considérer les MST, non seulement comme une pathologie organique creusant le lit du SIDA, mais également comme un phénomène social total. D'où la nécessité d'une approche sociologique, voire anthropologique, afin de voir comment les MST sont socialement construites, vécues et traitées par les différentes couches de la société marocaine. Quelles images sont-elles produites au sujet des MST ? Comment la population marocaine les nomme-t-elle ? Où puise-t-elle ses connaissances à propos des MST ? Comment sont-elles expliquées et comprises ? Quel est le degré d'objectivité de ces connaissances ? Quels sont les modes de communication sociale sur les MST ?

Des éléments de réponse à ces grandes interrogations se trouvent dans deux études, *Jeunesse, SIDA et Islam au Maroc* (réalisée grâce au soutien du *Population Council*)¹, et *Les MST au Maroc, Construction sociale et comportements thérapeutiques*². En contribuant à une réponse objective à ces grandes questions, ces deux études diagnostiquent la nature du rapport population marocaine-MST : elles offrent au gestionnaire de la santé publique les bases et les orientations d'une politique sanitaire adéquate, adaptée au milieu ciblé. En outre, elles permettent d'évaluer l'impact de l'IEC en matière de MST-SIDA et de mesurer le degré de présence de l'éducation préventive au sein de la population. Une compréhension

¹ Dialmy, A., **Jeunesse, SIDA et Islam au Maroc**, 1997, sous presses.

² Dialmy, A. et Manhart, L., **Les MST au Maroc, Construction sociale et comportements thérapeutiques**, MSP/Université de Washington, 1997, sous presse.

profonde du statut social des MST est un excellent baromètre de l'éducation préventive.

Ce chapitre traitera les trois questions suivantes : que savent les Marocains sur les MST ? Comment les expliquent-elles ? Comment les préviennent-elles ?

1. La connaissance des MST¹

La connaissance des MST sera saisie à travers leurs appellations et à travers la corrélation symptôme-maladie.

1.1. Modes d'appellation des MST

L'énumération des noms des MST par la population s'accompagne de la répétition de l'expression prophylactique « que Dieu nous protège ». Cette énumération a été l'occasion d'observer une méconnaissance générale des MST. Dans certains cas, la connaissance des MST est présentée ouvertement comme la conséquence de l'expérience vécue d'une MST. Point de connaissance des MST indépendante du vécu. Une personne n'ayant pas été atteinte par une MST n'est pas supposée connaître les MST. Dans d'autres cas, les maladies concernant l'autre sexe sont dites seulement connaissables par le sexe concerné. Les maladies des femmes sont dites connues par les femmes seules, et celles des hommes par les hommes seuls.

Le nombre des MST citées dépasse rarement trois. Les MST les plus citées sont le *bard* (blennorragie), le *numwar* (syphilis) et le SIDA. Il y a même des individus qui affirment que le SIDA est la seule MST qui existe. La méconnaissance concerne même la MST vécue : les gens ne savent pas ce que c'est. La méconnaissance des MST se retrouve partiellement chez certains soignants aussi. Une infirmière affirme : « seuls le SIDA et la syphilis se transmettent par l'acte sexuel ».

¹ Toutes les phrases entre guillemets sans référence sont des dires des enquêtés.

Devant cet état de fait, le terme *bard* est employé pour désigner toutes les MST. Le terme *bard* cache donc la méconnaissance des MST, il en est la principale appellation. Avoir le *bard*, c'est perdre la chaleur, c'est avoir des écoulements, des pertes... Le terme *bard* condense en lui toutes ces significations négatives descriptives des maladies vénériennes et de leur vécu.

Malgré cette méconnaissance, la liste des noms des MST¹ est relativement riche et diversifiée. Son analyse peut être soit statistique, soit logique et modale.

Sans compter les noms français utilisés par la population, l'analyse statistique nous met en présence de 44 noms de MST. Dans cette liste, on peut distinguer entre des appellations nationales et des appellations régionales.

Les appellations nationales sont au nombre de 9 : *bard* (froid, *aṣamid* en berbère), *bard diyal la'yalat*, *changar*, *jarba*, *mard al-walda*, *nunwar*, *sayalan*, *sida*, *zūbari*. Le terme SIDA a été nationalisé tel quel, tant au niveau des dialectes qu'au niveau de l'arabe écrit. En arabe, il n'est plus un sigle, il est devenu le nom commun d'une maladie. Quand il est employé par la population générale, le sigle SIDA a tendance à devenir, en effet, un nom commun. Il serait en conséquence plus correct de l'écrire avec des minuscules. Une preuve supplémentaire de cette proposition réside dans le fait que, en arabe écrit, on traduit en général le sigle SIDA par le terme *sida*, considéré alors comme un nom commun. Sa traduction en arabe ne donne pas naissance à un sigle arabe correspondant.

Le nombre des appellations régionales s'élève à 35 : 16 dans la province de Tanger, 11 dans la province de Khénifra, et 8 dans la province de Safi.

¹ Tirée de l'enquête de A. Dialmy à Tanger, Khénifra et Safi, dans l'urbain, le semi-rural et le rural. Ibid.

Dans la province de Tanger, on relève les appellations suivantes : *bard d dkar* (froid du pénis), *bukabbour* (bubon), *labrúda* (froid), *lahriq dal Boula* (douleur à la miction), *laftaq* (hernie), *lborr* (prurit), *lkabar* (bubon), *lqummila* (morpions) *mard d dkar* (maladie du pénis), *mard d rjal* (maladie des hommes), *qachra* (pellicule), *rib* (froid, vent), *syphili*, *tasfya* (écoulement urétral), *twaba'* (tampons, tâches), *wakla* (prurit).

La province de Khénifra utilise les noms suivants : *a₂amid*, *bard dyal lahjar*, *bukabbar*, *busaffir*, *dam*, *hakka*, *lahbub*, *lqummila*, *sultian (nuwwar)*, *tamsi*, *tibus*.

Dans la province de Safi enfin, les noms des MST suivants sont cités : *babbúch*, *chúbbis*, *hay¹*, *hbúb hlúmma*, *laachba*, *lafricha*, *masifya*, *subis*.

L'analyse logique permet de dégager les modes d'appellation suivants :

1. le mode organique : il consiste à nommer la maladie par l'organe touché. Il est illustré par les appellations suivantes : *bard dyal nbúla*, *mard walda*, *mard d lahjer*, *berd d dkar*, *mard d dkar*.
2. le mode symptomal : il consiste à nommer la maladie par un de ses symptômes. On le trouve à travers ces appellations : *bukkabúr*, *bukabbár*, *babbúch* (petits boutons), *hakka*, *hbúb hlúmma*, *laachba*, *lahboub*, *lahriq dal búla*, *lburrr*, *masifya*, *nuwwar²*, *qachra*, *sayalan*, *tasfya*, *twaba'*, *wakla*. Ce mode montre comment le processus de nomination s'arrête au niveau du concret perçu et du vécu. Le terme *nuwwar* repose sur une symbolique florale, qui provient des symptômes de la syphilis secondaire, la peau étant comme décorée de fleurs.

¹ « C'est peut être le chancre qu'on appelle comme ça (*hay*). Je ne sais pas. Il est difficile de distinguer ceci de cela » (commerçant à Sebt Gzoula, 40 ans, marié, primaire).

² « C'est comme des fleurs... ce sont des boutons comme des petites fleurs qui coulent... changar et *nuwwar*, c'est la même entité » (vendeur de cigarettes en détail à Khénifra).

3. le mode causal : il consiste à nommer la maladie par une de ses causes prétendues (*ašammid-bard, dam, labrúda, rib*) ou réelles (*lafrircha, lǧúmmila, lqúmila*).
4. le mode sexuel consiste à nommer la maladie en la rattachant à l'un des deux sexes : *bard dyal la'yalat, mard d rjal*.
5. le mode symbolique consiste à nommer la maladie vénérienne, par le pouvoir qu'elle rappelle : *ḥayy, sultan*¹ sont deux termes utilisés pour désigner la syphilis. Le terme *sultan* réfère au Sultan, symbole du pouvoir invincible. Quant au terme *al-ḥayy* (le vivant), il renvoie également à l'invincible, avec une connotation religieuse en plus : le Vivant par excellence, l'Invincible suprême, c'est Dieu lui-même, afin de rappeler au malade qu'il est condamné à mourir par une maladie qui participe un peu de l'invincibilité divine.
6. le mode de l'emprunt lexical consiste à employer tel quel un terme étranger, tous français à part AIDS : *chúbis*, (chaude-pisse), sida, *syphili* (syphilis). Le terme *changar* est-il également dû à un emprunt lexical ? Provient-il du mot chancre ? Quant à *zubbâri*, il pourrait être une traduction de vénérien, et serait une reprise inconsciente de la mythologie romaine (référence à Vénus, déesse de l'amour).
7. Les termes *jarba, laftaq, lkabar, tamsi, tibous* nécessitent une analyse linguistique approfondie pour pouvoir déterminer leur logique sociale d'élaboration.

Ainsi, la population prétend dans un premier temps ne pas connaître les noms des maladies vénériennes, puis, à travers un réflexe social fonctionnel, les résume toutes dans le terme *bard*. Mais en creusant, le chercheur arrive à dresser une liste assez riche des noms de maladies vénériennes, liste signifiante quant au mode de nommer les maladies du *bard*. Cette expression est adéquate pour rendre compte de la vision marocaine intérieure de ce qui a été nommé « maladies

¹« C'est lui le sultan des maladies. Quand les gens disent que telle personne a le sultan, cela veut dire qu'elle a le *nummar* » (entremetteuse à Khénifra, 56 ans). *Sultan* parce que invaincu avant le protectorat.

vénéériennes » puis « maladies sexuellement transmissibles ». Le *bard* n'est pas seulement une manière de nommer, il est en même temps et surtout une façon d'expliquer ces maladies de façon à les dissocier de la sexualité comme on le verra plus loin.

Quelles corrélations sont-elles établies entre les maladies du *bard* et les symptômes qui les accompagnent ? Arrive-t-on à décrire les symptômes d'une maladie ? A partir d'un symptôme, arrive-t-on à remonter à la maladie ?

1.2. La corrélation maladie-symptôme

a. De la maladie aux symptômes

De nombreux enquêtés méconnaissent les symptômes des MST qu'ils citent ou n'arrivent pas à classer les symptômes d'une MST par ordre d'apparition.

Cependant, la liste des symptômes qui a été fournie est relativement riche dans le cas du *bard*, du *numwar* et du SIDA. Dans ces cas, la population propose même des classements des symptômes selon l'ordre d'apparition. La lecture de la liste des symptômes correspondants aux différentes MST et des classements permet de faire les trois constatations suivantes :

- des maladies ont été citées juste par ouï-dire, sans leurs symptômes ;
- des maladies différentes présentent les mêmes symptômes ;
- le symptôme est cité seulement dans le classement et non dans la description de la maladie ;
- le même symptôme occupe des rangs d'apparition différents dans la même maladie.

b. Des symptômes à la maladie

Le *bard* constitue une maladie-cadre à laquelle tous les symptômes renvoient, à l'exception de ceux du SIDA. On pourrait dire ici que les symptômes se divisent en deux grandes catégories : ceux qui renvoient à

la maladie-cadre du froid (qui englobe toutes les autres MST)¹ et ceux qui renvoient au SIDA, spécifiques. Tous les symptômes sont donc susceptibles de signifier n'importe quelle MST, à part le SIDA. En effet, les symptômes proposés à la population ne renvoient pas au SIDA. La réaction de la population ici a été correcte dans l'ensemble. Mais lors de l'étude de l'évolution de la maladie dans le cas de non-traitement, les maladies du *bard* sont dites susceptibles de se transformer en SIDA.

Par ailleurs, beaucoup de gens nient le caractère pathologique de quelques symptômes proposés. Ces symptômes ne renvoient pas à des maladies, comme dans le cas des verrues ou du prurit.

1.3. Signification des symptômes et gravité des MST

La corrélation maladie-symptôme ne saurait s'arrêter aux tableaux des correspondances. D'autres questions restent posées : la maladie peut-elle exister sans apparition de symptômes ? La maladie en est-elle plus grave dans ce cas ?

a. L'apparition des symptômes

L'idée de la dissociation entre maladie et symptômes induite par le modèle de la séropositivité est présente dans la perception du SIDA. Mais tout en étant présente, cette idée d'un SIDA asymptomatique débouche parfois sur des confusions ou des théorisations arbitraires. Par exemple, pour un paysan, « les symptômes du SIDA tardent à apparaître... ils mettent jusqu'à un an... parce que au début, le microbe est petit. Après, il grandit et donne naissance à des petits. Quand il est grand, le microbe commence à dévorer le corps. Quand le sang ne supporte plus le microbe, il commence à l'éjecter à l'extérieur, sur le dehors du corps... et c'est le signe... boutons, amaigrissement, une plaie qui ne veut pas guérir... ».

¹ « Le *changar* et le *nummar* sont moches, ce sont les pires maladies du *bard* » selon le vendeur de cigarettes en détail à Khénifra.

Dans un premier temps, la notion de maladie asymptomatique semble ne concerner que le SIDA. Dans les autres MST, on parle de la nécessité de l'apparition du symptôme. Dans un deuxième temps, le *sida* semble se transformer en modèle théorique, en prisme à travers lequel on commence à percevoir les autres MST. En effet, la combinaison présence de la maladie dans le corps/non-apparition des symptômes est érigée en modèle appliqué pour comprendre les autres MST. Celles-ci peuvent être asymptomatiques à leur tour. « La personne ne sait pas quand elle attrape le froid... les symptômes n'apparaissent pas... ainsi le froid touche tout le corps ».

En étant surtout associée au *bard*, cette théorie de la MST asymptomatique semble exister dans la culture médicale marocaine ordinaire bien avant l'idée de la séropositivité. Le froid resterait tapi, latent, il se déclare après, parfois longtemps après, le froid est endormi.¹

L'idée de la maladie sans symptôme est donc dissociable de la notion de séropositivité, et par là antérieure à l'ère du SIDA.

b. Apparition et visibilité du symptôme

Mais que veut dire apparition du symptôme ? Pour le Marocain, il y a une distinction importante à faire entre l'apparition du symptôme et sa visibilité externe. « C'est en voulant uriner que j'avais des symptômes... je n'avais rien ni sur le visage, ni sur les mains... les symptômes n'étaient pas apparents » (femme au foyer). L'important donc, ce n'est pas que la MST produise des symptômes perçus par le malade lui-même, l'important, c'est que ces symptômes ne soient pas visibles aux autres, à l'entourage. Peu importe que les symptômes apparaissent au malade, c'est même mieux, mais qu'ils n'apparaissent pas aux autres : seul celui qui a *lafrircha* (les morpions) le sait, rien n'en apparaîtra aux autres.

¹ Cette hypothèse n'est pas sans rappeler la théorie de l'enfant endormi. Cf. Manneville, R. et Mathieu, R., Les accoucheuses musulmanes traditionnelles à Casablanca, op. cit.

Mais si l'ensemble des symptômes des MST autres que le SIDA peuvent être apparents sans être visibles (aux autres, cela s'entend), les symptômes du SIDA par contre sont bien visibles : on ne peut cacher la pâleur et l'amaigrissement rapide.

c. Gravité des MST

Il vaut mieux que les symptômes des MST (autres que le SIDA) apparaissent, car « lorsqu'une personne attrape le *bard* sans avoir de symptômes, ça devient grave ». C'est plus grave d'ignorer le virus qui est dans le corps. Le virus se multiplie ou grandit. La maladie se déplace vers l'intérieur, se développe... sa thérapie devient plus difficile ».

L'apparition des symptômes, à distinguer de leur visibilité, est en effet meilleure : elle incite les gens à se rendre compte de la gravité du mal qui les atteint. A ce propos, l'évaluation de la gravité des MST est correcte dans l'ensemble. Le SIDA devient actuellement le « sultane » des MST, pour reprendre l'expression de l'une de nos enquêtées. Il détrône le *nummar*. Le SIDA est maintenant le plus grave de toutes les MST, dangereux, contagieux, incurable, mortel, un monstre à l'origine de la grande peur... L'histoire de la perception sociale des MST au Maroc témoigne d'une succession accomplie : au pouvoir, le SIDA a succédé au *nummar*...

2. L'explication des MST-SIDA

Pour les jeunes marocains, le SIDA n'est pas seulement un objet de connaissance scientifique, il est surtout un objet culturellement construit.

Au niveau des symptômes par exemple, une certaine pauvreté caractérise la description que les jeunes font du SIDA. Les symptômes les plus cités sont l'amaigrissement et la chute des cheveux. Pour remédier à cette sous-connaissance, des enquêtés projettent les symptômes de la blennorragie sur le SIDA et transforment le SIDA en maladie qui atteint les organes génitaux.

La signification des sigles VIH et SIDA n'est pas connue, de même que la signification du terme asymptomatique. Parfois la distinction entre séropositif et malade n'est pas encore acquise. Cette non assimilation de l'appellation scientifique de la maladie la transforme en maladie entourée de croyances populaires, d'images, de préjugés et de rumeurs qui, mélangés avec le scientifique, montrent que le SIDA est une construction sociale. La part de l'imaginaire social est loin d'être secondaire. D'où la nécessité d'une politique de communication efficace dans ce domaine.

2.1. L'épidémiologie spontanée

Les jeunes se livrent à des estimations hasardeuses du taux de prévalence. Quelques uns nient même l'existence du SIDA au Maroc. Comment expliquer cette négation ? Le raisonnement est ici simpliste : la non perception immédiate du SIDA dans le réseau de l'individu conduit à considérer le SIDA comme une fantaisie de l'imagination. Cela signifie bien entendu que le nombre des malades du SIDA au Maroc est ignoré par l'ensemble des jeunes, fussent-ils étudiants ou cadres supérieurs. Les statistiques du ministère de la santé ne sont pas connues.

a. Une épidémiologie défensive

Le SIDA est considéré comme une maladie étrangère, importée par ceux qui vivent en Occident. Les émigrés sont accusés. Les touristes occidentaux le sont davantage.

En conséquence, pour les jeunes, le taux de prévalence est beaucoup plus élevé en Europe. Le SIDA y est la maladie des gens ordinaires, fonctionnaires, ouvriers. Une « preuve » supplémentaire dans ce « raisonnement » estime que les marocains malades de SIDA se trouvent principalement dans des grandes villes comme Agadir, Marrakech et Casablanca, c'est-à-dire « là où il y a beaucoup d'étrangers ». Et ce sont les groupes en contact avec les étrangers qui seraient des groupes à risque. Au Maroc, les gens dits ordinaires ne sont

pas considérés comme atteints. Les estimations spontanées ne dépassent jamais 100 cas de SIDA au Maroc.

b. Une épidémiologie misogyne

Dans le cadre de cette sociologie spontanée du SIDA, les filles sont estimées être plus atteintes par le SIDA en comparaison avec les garçons. Cette assertion, statistiquement fautive (comme on l'a vu plus haut) est fondée sur un préjugé profondément ancré dans la psyché collective et qui consiste à considérer la femme comme la source de toutes les maladies vénériennes. « L'origine du SIDA, c'est la femme, non l'homme ». Même ceux qui expliquent scientifiquement la maladie par l'agression de l'organe génital par un microbe/virus, thèse non encore assimilée par l'ensemble de la population, attestent que l'agent pathogène se forme dans l'appareil génital de la femme suite à des rapports sexuels avec des partenaires multiples. La formation du microbe/virus serait la conséquence du mélange des spermatozoïdes et de leur stagnation dans l'appareil génital de la femme.

La théorie du *bard*, comme théorie « explicative » des maladies vénériennes fait partie du sens commun au Maroc. Elle provient de la médecine arabe qui s'est inspirée elle-même de la théorie galienne¹ de la matière.

D'où vient ce froid ? Selon certaines croyances, le froid peut être emmagasiné dès l'enfance dans le corps de la jeune fille. Ainsi, le froid est dit bu par la jeune fille, il reste tapi dans son corps, il peut se déclarer à tout moment.

Le recours au froid dans l'étiologie des maladies vénériennes est une accusation inconsciente de la femme, une accusation de ce qui la symbolise, le froid. « Si la femme relève de la catégorie du froid, affirme F. Héritier-Augé, c'est qu'elle perd régulièrement son propre sang, celui

¹ Galien est un médecin romain, 2^{ème} siècle après Jésus-Christ.

de sa dotation naturelle, lors de cette catastrophe cyclique que sont les règles... Le principe même de la perte de sang menstruel, associé à la lune (elle aussi corps froid), et de la non-fabrication spontanée de chaleur, est suffisant pour que la femme relève de la catégorie du froid »¹. Accuser le froid, c'est accuser un symbole de la femme, c'est désigner la femme, ce réceptacle du froid, comme la source des maladies vénériennes.

La théorie du *bard* comme théorie compréhensive des maladies vénériennes est donc une théorie misogyne qui perçoit l'homme uniquement comme vecteur de la maladie vénérienne, qui ne peut qu'en être affecté (victime) et la transmettre tout au plus. Le *bard* est *bard d'yal la'yalat*² : il appartient aux femmes, c'est leur propriété. C'est leur propriété au sens économique de bien et au sens logique d'attribut. L'expression-nom *bard d'yal la'yalat* (froid des femmes) est sur-signifiante. Présente à l'échelon national, elle n'est pas uniquement une appellation parmi d'autres, plus que cela, elle exprime une définition de la femme par le froid. Le froid appartient à la femme par nature, il est toujours *bard* des femmes. Dans cette vision cosmogonique et sociale, fidèlement reflétée par la langue, l'homme n'est homme que quand il est chaud, viril. Le froid de la femme atteint l'homme dans sa virilité, il tue la chaleur de l'homme. Pour un homme, attraper le froid (des femmes), c'est devenir comme les femmes, c'est ne plus pouvoir ériger, c'est-à-dire féminin. C'est même devenir stérile, c'est-à-dire encore féminin, parce que la stérilité est, dans la culture marocaine traditionnelle, toujours rattachée à la femme. Seule la femme peut être stérile, seule elle en est responsable. L'homme atteint du froid des femmes ne peut féconder, car comment féconder sans ériger ? La stérilité est perçue comme une propriété

¹ Héritier-Augé, F., **Masculin/Féminin**, Paris, Ed. Odile Jacob, 1996, pp. 83-84.

² Voir Dialmy, A. et Manhart, L., *Les maladies sexuellement transmissibles au Maroc*, Rabat, 1997.

féminine tant que l'homme est apte à ériger. Dès que l'homme perd cette aptitude, il devient stérile, donc féminin.

En fin de compte, le combat entre l'homme et la femme est un combat entre le chaud et le froid, la santé et la maladie, le bien et le mal. Le pôle du feu et de la chaleur est un pôle masculin qui représente le cadre de la médication et de la santé. La substance qui est chaude au 2^{ème} degré est à la fois un aliment et un médicament (exemple de la menthe verte), tandis que la substance chaude au 3^{ème} degré est exclusivement un médicament (exemple du fenugrec). La médication traditionnelle contre le *bard*, cause-paradigme des maladies vénériennes est justement chaude. Le *bard* est combattu par toutes les herbes chaudes : *msakban*, câpres, absinthe, ail, oignons, *râs al-hanût*, fenugrec, huile d'olive... Car il s'agit de combattre le froid par le chaud afin de faire retrouver à l'homme sa chaleur, c'est-à-dire sa virilité.

Mais la femme traditionnelle est elle-même partie prenante de cette théorie idéologique. C'est là une condition du succès de la théorie du *bard*, sa victime principale y croit et y adhère. Ainsi, l'inconscient de la théorie du *bard* l'habilite à persuader la victime et le bénéficiaire, à les unir autour des mêmes croyances.

2.2. L'étiologie ordinaire

Les conceptions relatives à la causalité et à la transmission du SIDA témoignent à leur tour du caractère socialement construit du SIDA. Certes, on trouve des éléments scientifiques au sein de la connaissance ordinaire pour dire que le SIDA a pour origine un microbe ou un virus. De nombreux enquêtés savent que le SIDA se transmet par voie sanguine (verticale et horizontale) et sexuelle. Des enquêtés sont au courant des dernières hypothèses concernant la transmission par la salive.

Quelques jeunes avancent l'existence d'autres modes de transmission que les médecins eux-mêmes ne connaissent pas. Le froid,

Dieu, la proxémie corporelle, les esprits (jnouns), la sorcellerie ou le mauvais oeil sont plus ou moins utilisés pour rendre compte des MST et du SIDA comme phénomène rebelle et invaincu. L'identification du VIH comme seule cause du SIDA reste un élément très peu fréquent dans la connaissance ordinaire d'une part, et reste une théorie non entièrement assimilée d'autre part. Mais plus précisément, il existe une unification, voire une synonymie, pour ne pas dire une confusion, entre les notions de cause et de transmission. Pour une grande majorité, les causes des MST-SIDA, ce sont les rapports sexuels de débauche. La cause est définie par le mode de transmission. Microbes et virus, femmes, rapports sexuels, poignée de main d'un sidéen, licence sexuelle, prostitution, non-observance des prescriptions religieuses, punition divine... voilà les causes des MST-SIDA selon l'étiologie ordinaire. Microbe et virus, tout en étant cités, ne sont donc pas identifiés comme les seules causes au sens strict. La distinction entre cause et transmission, reflétant le point de vue du scientifique, est en conséquence impropre et étrangère à l'anthropo-logique sociale marocaine. La notion de cause est totalisante : elle inclut indistinctement l'agent pathogène, le mode de transmission, l'agent transmetteur, la nature de la relation, le contexte social. La cause ici est définie comme facteur, source, agent, partenaire, origine... d'où la nécessité théorique de forger la notion de causalité transmissive ou de transmission causale afin de respecter ce point de vue intérieur totalisant. L'étiologie est sociale, elle varie en fonction des différentes composantes de la société, comme le soulignent, à juste titre, Kendall et Merton, cités par F. Steudler¹. Chaque ethnie aurait son étiologie propre à la limite. Au Maroc, la perspective anthropologique est donc fondamentale afin de ne pas appliquer les schèmes de la médecine et de la sociologie rationalistes à une perception socioculturelle différente de la maladie. C'est l'occasion ici de forger la notion d'ethno-étiologie, pour dire que le savoir relatif aux causes des MST-SIDA au Maroc est

¹ Steudler, F., **Sociologie médicale**, Paris, Armand Colin, 1972, p. 14.

véritablement une construction sociale, où se mélangent des éléments divers, scientifiques, religieux, moraux.

La causalité transmissive comme mélange du scientifique et de l'imaginaire peut être répartie entre quatre sphères : la sphère du froid, la sphère de la débauche, la sphère du surnaturel, la sphère de la proxémie corporelle. Ces quatre sphères sont imbriquées dans l'étiologie en acte, leur distinction ici relève d'une approche théorique classificatoire idéaltypique.

a. La sphère du froid

Le froid reste le facteur explicatif général de la transmission causale des maladies vénériennes le plus ancien, le plus enraciné dans la psyché collective. Le froid est ici une cause, un paradigme, une vision dans laquelle les maladies dites vénériennes ne sont pas dites sexuellement transmissibles, car provenant tout simplement du froid

Fondamentale dans l'appellation-explication populaire de la blennorragie¹, reproduite par quelques soignants modernes² pour éviter des désagréments au couple conjugal (fonction sociale du *bard*), la sphère du froid est également invoquée dans le cas du SIDA. Mais là, son évocation reste rare. Quand cette évocation a lieu, le froid est accusé soit d'être la cause directe du SIDA, soit d'en être la cause indirecte dans la mesure où « toute maladie sexuelle non traitée se transforme en SIDA ». En effet, pour le Marocain moyen, toute MST, nommée et expliquée par le froid, est susceptible d'évoluer de se transformer en une autre maladie sexuelle plus grave. Le *bard* peut devenir *nunwar* (syphilis) ou SIDA. Les MST n'ont pas chacune une identité propre définie par un agent pathogène spécifique.

¹ Voir Dialmy, A. et Manhart, L., Les Maladies Sexuellement Transmissibles au Maroc, op. cit.

²Ibid.

b. La sphère de la débauche

Suivant les propos de certains enquêtés, « le SIDA se transmet d'une personne à l'autre à cause de la débauche ». Celle-ci se définit comme illégalité et/ou perversion. Entendue dans ce sens, la débauche constitue une sphère principale de la causalité transmissive du SIDA.

La débauche-illégalité, ce sont les relations sexuelles non organisées, anarchiques et multiples. Le désordre sexuel, multipartenariat effréné, est déclaré comme étant la cause principale du SIDA et de sa progression.

c. La sphère du surnaturel

Parler d'origine surnaturelle des MST est une sorte de contradiction car cette origine surnaturelle empêche de se représenter leur transmissibilité sexuelle causale comme seule origine. Ici encore, l'opinion est partagée, mais en général, il y a un rejet de cette transmission causale surnaturelle des maladies vénériennes.

L'étiologie surnaturelle des maladies vénériennes peut provenir des *djinn*s car le commerce sexuel entre ceux-ci et les humains est tout à fait concevable dans l'imaginaire des marocains et des musulmans en général. « Peut-être que le diable pénètre la femme... alors s'il a cette maladie... il la contamine ». Hypothèse innovatrice car si le « commerce avec l'invisible »¹ est un acquis, la transmission sexuelle des maladies vénériennes entre les humains et les *djinn*s par contre est originale. Dans ce cas, l'étiologie surnaturelle de la maladie vénérienne ne contredit pas sa transmissibilité sexuelle.

Douter de l'origine surnaturelle des maladies vénériennes est une opinion très fréquente aussi. Nier l'effet de ces puissances sur la vie des gens renvoie à une raison achevée. Un doute prudent, fût-il favorable à la

¹ L'expression est de A. Bouhdiba pour exprimer justement l'existence de rapports sexuels entre les humains et les djinn. Voir à ce propos son livre : **La sexualité en Islam**, op. cit.

thèse surnaturelle, est le commencement de la raison. Pour la grande majorité, « les djinns, ça n'a rien à voir avec le *bard*. Quand c'est eux, ça se présente sous un aspect totalement différent. L'individu (...) n'éprouve pas d'envie (...) ». Sans donc nier l'efficacité de ce complexe de forces mystérieuses, l'action de celles-ci ne porte pas sur les maladies vénériennes.

Si la majorité de la population arrive à rejeter l'intervention du mauvais œil, de la sorcellerie et des djinns dans la provocation des MST, en est-il de même de l'intervention divine ? Celle-ci a-t-elle au contraire un statut particulier ?

Dans un premier temps, le rejet du surnaturel semble englober même l'intervention divine : « il n'y a pas de punition... le SIDA s'attrape par les relations entre l'homme et la femme ». Mais dans un deuxième temps, la distinction entre Dieu et le reste du surnaturel est conçue : « ça peut être une punition de Dieu... c'est possible, un châtiment divin sanctionnant la débauche, l'adultère, la fornication ». La maladie vénérienne est pensée comme punition divine même si sa transmission sexuelle est reconnue. Il n'y a pas contradiction entre les deux hypothèses. La transmission sexuelle n'est que le *sabab*, la cause intermédiaire au sens religieux, inefficace par elle-même, que Dieu utilise pour intervenir, pour punir selon les uns, pour tester la patience et la foi de ses créatures selon les autres.

Le SIDA est la punition que Dieu envoie aux gens débauchés, ces fornicateurs pervers, pour créer la peur et ramener les gens à l'observance du caractère sacré de la sexualité. Cette thèse est largement répandue parmi les jeunes, parfois admiratifs de l'Etat islamique :

Les occidentaux sont d'un coup tous considérés comme irréligieux, soit dans le sens où leur religion est considérée comme une erreur abrogée par l'Islam, soit dans le sens où la laïcité est interprétée comme un abandon de la religion, celle-ci étant alors perçue comme devant être

imposée de l'extérieur par une force publique. Mais quel que soit le sens donné à l'irreligiosité des occidentaux, leur sentiment de puissance les pousse à ne plus respecter les barrières divines en matière de sexualité. La sexualité non institutionnelle en Occident est entièrement interprétée comme débauche. Du coup, il est juste que Dieu les rappelle à l'ordre par le biais du SIDA et leur signifie qu'il est le plus grand. Les médecins de l'Occident, malgré les moyens sophistiqués dont ils disposent, ne sont pas parvenus à trouver un remède contre le SIDA. L'invincibilité du SIDA est une preuve de son origine divine, elle doit faire comprendre une chose bien simple aux humains : pour que le SIDA cesse, il faut que la débauche cesse¹ car elle en est la cause fondamentale. Mais le procès de l'Occident touche également tous les pays non occidentaux qui ont opté pour la voie sexuelle occidentale.

Percevoir le SIDA comme punition, c'est faire preuve d'une pensée finaliste qui consiste à doter les phénomènes naturels d'intentionnalité ou à les comprendre comme expression d'une intentionnalité supra-humaine. Mais dans ce cas, que dire d'une contamination du fœtus par la mère ? Peut-on parler ici de punition alors que le fœtus n'a commis aucun crime ? « Les enfants d'une mère malade de SIDA ne sont pas atteints... l'innocence est donc une preuve que le SIDA touche uniquement les débauchés... Le SIDA est une punition divine ». Nombreux sont ceux qui ignorent que la contamination verticale mère-fœtus touche à peu près 20% des enfants nés d'une mère séropositive.

d. La sphère de la proximité corporelle

Par proximité corporelle, on entend le contact non sexuel des corps comme facteur de transmission causale des maladies vénériennes. Dans ce cas, on ne peut plus parler de maladie sexuellement transmissible, mais de maladie empruntant des voies non sexuelles pour

¹ Nous retrouverons le même raisonnement chez les oulémas de Fès.

passer d'un individu à un autre. Pour le Marocain en général, la voie non sexuelle est largement admise comme mode de transmission de la maladie vénérienne.

Dormir avec quelqu'un dans le même lit, avec une sœur atteinte de *numwar* par exemple, c'est contaminant. Mais à part cet exemple de trop grande proximité pourrait-on dire, deux endroits sont incriminés en général : le bain maure, les toilettes. Dans ces lieux, il n'y a pas contact direct des corps, il n'y a pas attouchement, et malgré cela les maladies vénériennes s'y transmettent. En conséquence, les gens conseillent de nettoyer la place où on va s'asseoir ou de s'asseoir sur un tabouret, voire d'éviter les bains qui fonctionnent selon le système du roulement (le matin pour les femmes, l'après-midi et le soir pour les hommes). Dans ces bains « mixtes », les maladies se transmettent d'un sexe à l'autre sans qu'il y ait rencontre effective des deux sexes.

Mais dans quelles limites la proximité des corps est-elle collectivement vécue comme mode de transmission causale des maladies vénériennes au juste ? Même devant une affirmation aussi catégorique que « pas de *changar* sans rapport sexuel », la proximité corporelle comme mode de transmission causale revêt deux aspects distincts : dans le premier cas, la transmission causale se fait par le biais des sécrétions corporelles (autres que le sperme), dans le deuxième cas, elle se fait par l'utilisation de choses contaminées (seringues, vêtements...).

L'haleine, le sang, la sueur, la salive et le toucher, formes par lesquelles les corps entrent en contact, sont susceptibles d'être des vecteurs de maladies vénériennes. Le contact des peaux transmet le *numwar* (ce qui est vrai), uriner après un syphilitique au même endroit est aussi une façon de devenir syphilitique, le baiser est accusé de causer le SIDA.

Mais il faut reconnaître que l'opinion est en général partagée à ce sujet. Il n'y a consensus ni sur les maladies transmissibles par la

proximité, ni sur les formes de proximité susceptibles d'être des vecteurs de maladies vénériennes. S'il est dit que le *bard* des femmes est non transmissible par la seule proximité, il est dit aussi que la voie sanguine peut transmettre le *bard* (et le *nummar*). Mais ce qui est valable pour la voie sanguine ne l'est pas pour la poignée de mains. Celle-ci ne transmet ni *bard* (ni *nummar*). Les formes de la proxémie ne sont donc pas équivalentes, elles ne sont pas toutes aussi contaminantes et ne transmettent pas toutes l'ensemble des maladies vénériennes sans distinction.

Les seringues, vêtements, draps, serviettes et ustensiles utilisés par un malade vénérien sont également un sujet de désaccord. Dès le départ, les seringues contaminées sont mises au même pied d'égalité que les affaires du porteur MST. Certes, on trouve des opinions bien informées pour qui « on peut manger avec le sidéen dans le même plat... c'est seulement la peur ». Mais si une partie de la population est bien informée sur les limites de la transmission non sexuelle dans le cas du VIH (contamination par le sang), elle n'est pas bien informée sur les limites de ce mode de transmission dans le cas des autres MST. Les autres maladies sexuellement transmissibles ne sont pas encore perçues comme des maladies uniquement transmissibles par le sexe, elles continuent d'être perçues comme des maladies susceptibles d'être transmises par la proxémie corporelle.

Cette croyance en la transmissibilité par simple proxémie pousse la grande majorité des jeunes à nier avoir connu des sidéens. La seule idée de rencontrer un malade de SIDA leur répugne. Ceux qui sont soupçonnés d'être contaminés sont évités et rejetés, fussent-ils des amis. C'est là une volonté de s'innocenter soi-même de relations sociales suspectes. Le proverbe marocain dit : « tu ressembles à ceux avec qui je t'ai vu ».

En conclusion, la sphère du froid est partagée entre le mode de transmission non sexuelle et le mode de transmission sexuelle. On

invoque le mode de transmission non sexuelle dans le cas du couple marié, afin de sauvegarder l'image vertueuse des conjoints. Si le *zina* (fornication) est religieusement condamné et puni de la même façon quel que soit le statut matrimonial du coupable, socialement le *zina* de la personne *mubšana* (protégée par le mariage) est plus grave que celui du célibataire, tandis que celui de l'épouse l'est encore davantage que celui de l'époux. Dans le cas de l'adultère, c'est le froid qui est en général déclaré coupable, il frappe le sexe indépendamment de toute pratique sexuelle. La maladie n'est pas dite maladie sexuellement transmise. C'est un simple froid. « Certaines maladies... inquiètent la société au point qu'elle est amenée à les cacher, à les exclure » écrit F. Steudler¹, ou à cacher du moins leur véritable causalité, ajouterons-nous. Dans les cas des célibataires et des prostituées, on ne craint pas de parler de la transmission sexuelle du froid, comme pour stigmatiser ces catégories sociales, même si les célibataires eux-mêmes recourent au froid pour expliquer leurs MST et cacher ainsi leur sexualité illégale. Les témoignages des soignants sont à ce sujet fort instructifs².

En conséquence, la sphère du froid implique donc de ne pas toujours définir les maladies vénériennes comme des maladies sexuellement transmissibles.

La sphère de la débauche est essentiellement basée sur le mode de transmission sexuelle. Rapports sexuels illégaux et pratiques sexuelles perverses sont incriminés en eux-mêmes, ils sont à l'origine de toutes les maladies sexuellement transmissibles. Les maladies vénériennes sont donc définies ici uniquement comme des maladies sexuellement transmissibles certes, mais la sexualité transmettrice accusée, c'est la mauvaise et non la sexualité en général.

¹ Steudler, F., **Sociologie médicale**, op. cit. p.29.

² « Il me dit qu'il s'est réveillé la nuit pour uriner et qu'il a attrapé froid. Il ne s'agit donc que du *bard* d'après lui. Quand je lui dis que seuls des rapports sexuels peuvent entraîner la maladie, il nie au début... ce n'est qu'après l'avoir convaincu qu'il avoue avoir fréquenté une femme » (infirmier à Gueznaya).

La sphère de la proxémie corporelle est la seule à être caractérisée uniquement par le mode de transmission non sexuelle. Ici, les maladies vénériennes ne sont pas du tout des maladies sexuellement transmissibles.

A la différence des autres sphères, toutes horizontales, qui expliquent le physique par le physique (froid, sexe, contact corporel), la sphère du surnaturel est un mode vertical qui explique le physique par le méta-physique. En principe, la sphère du surnaturel est dominée par le mode de transmission non sexuelle. La cause dernière de la maladie vénérienne, c'est l'occulte (l'inférieur) ou le divin (le supérieur). Mais cette cause dernière se sert du sexe comme mode de transmission, comme cause médiane. De cette manière, la maladie vénérienne d'origine surnaturelle est en même temps une maladie sexuellement transmissible. L'horizontalité de la maladie (transmissibilité sexuelle) est englobée dans la verticalité (origine surnaturelle).

Face aux MST, la pensée quotidienne soit utilise une sphère précise pour « expliquer-évaluer » un cas précis, soit combine entre deux ou trois sphères, et ce en fonction de situations et du statut social et conjugal des personnes atteintes.

L'existence de sphères non scientifiques dans l'explication des MST-SIDA exprime en fin de compte une maîtrise imparfaite des modes de transmission du VIH et pose en conséquence la question de la prévention. Comment prévenir le risque de contamination ? Les jeunes connaissent-ils les moyens de prévention ? Dans quelle mesure les adoptent-ils ?

3. La prévention des MST-SIDA

Cette conscience qui reste en général mal informée débouche sur des stigmatisations excessives. Ainsi, pour quelques jeunes, parmi les stratégies de lutte contre la transmission du VIH, la meilleure consiste à isoler les gens qui sont atteints par le VIH, en les coupant totalement des

différents circuits de la vie sociale et quotidienne. La marginalisation peut être volontaire. « Le malade doit (lui-même) s'isoler et s'éloigner des gens... Il ne faut pas se servir de ses affaires... serviette, rasoir, lit, assiettes, couteau, seringue, fourchette, cuillère ». Mais à ce niveau, l'ensemble des jeunes proposent plutôt la stérilisation des seringues comme stratégie de prévention lors de la transfusion du sang ou de la prise de drogue.

En théorie, les stratégies proposées par les jeunes comportent entre autres : la marginalisation des séropositifs et des malades, l'utilisation du préservatif, la fidélité, l'évitement des prostituées, le mariage, l'abstinence et le test de dépistage. Des stratégies comme « avoir des rapports seulement avec des personnes connues », « poser des questions aux nouveaux partenaires », n'ont jamais été mentionnées.

Le préservatif et l'évitement des mauvaises fréquentations sont considérés comme les meilleurs moyens de protection. Mais la non-fréquentation d'inconnues est considérée comme la meilleure des protections. Le mariage avec la fille vierge est cité par les garçons, tandis que quelques filles pensent à leur tour se préserver en restant « vierges » jusqu'au mariage. Enfin, il faut signaler que de nombreux jeunes citent des solutions islamiques comme le mariage précoce « si les conditions le permettent », ou l'abstinence pré-conjugale totale.

Dans quelle mesure cette connaissance théorique des moyens de prévention contre le risque VIH se transforme-t-elle en conscience de risque et conduit à un comportement sexuel rationnel ? Dans quelle mesure cette connaissance se transforme-t-elle en pratique préventive ? Induit-elle l'utilisation du préservatif ou le changement du comportement sexuel (fidélité ou abstinence) ?

La connaissance théorique des moyens de prévention ne se transforme pas automatiquement en conscience et en pratique. D'où trois attitudes : la première est une double absence, celle de la conscience

du risque et celle de la prévention, la deuxième est conscience du risque non traduite en comportement sexuel protégé, et la troisième enfin est transformation de la conscience du risque en pratique préventive effective.

3.1. L'inconscience

Il est impératif de distinguer connaissance et conscience, la première est théorique, la seconde est existentielle. La conscience de risque est le signe de la transformation de la connaissance en pratique.

Mais souvent, l'absence de la conscience du risque VIH provient de préjugés dangereux. L'un de ces préjugés irrationnels consiste à nier tout risque de VIH dans les rapports sexuels entre Marocains. Ceux-ci sont « magiquement » exemptés de toute atteinte par le VIH. Seuls les étrangers, fussent-ils maghrébins, sont suspectés d'avoir la maladie.

3.2. Conscience de risque sans pratique préventive

Le deuxième rapport observé entre la conscience du risque et la pratique préventive est le rapport d'inapplication, le rapport de non transformation de la conscience en pratique comportementale. L'inobservance est spécialement liée au préservatif. En effet, une image sociale négative du préservatif rend son utilisation assez problématique malgré une conscience de son adéquation comme stratégie de prévention.

3.3. Conscience de risque en acte

Le changement du comportement sexuel depuis que l'on parle du SIDA, ou depuis que l'on a entendu parler de ce dernier, se fait dans deux directions opposées. La première est un retour à l'éthique, c'est-à-dire à une resacralisation de la sexualité, tandis que la seconde maintient un comportement sexuel « libre » et lui associe une utilisation systématique du préservatif. La première est réformiste, la seconde est hygiéniste.

Dans la première direction, réformiste, le choix du partenaire et la fidélité sont adoptés comme moyens de prévention par quelques jeunes assez rares. La religion et la foi sont explicitement citées pour justifier le changement du comportement sexuel, elles rappellent au jeune le caractère religieusement illégal de sa sexualité pré-conjugale. Le sentiment religieux réapparaît alors comme une véritable prophylaxie.

La direction hygiéniste érige le préservatif en moyen sûr de prévention. La présence du préservatif devient quasi-obligatoire.

Pour les jeunes, l'emploi du préservatif est le résultat naturel et logique de la connaissance du risque SIDA, il est défini comme le garant de la santé sexuelle. Les jeunes filles elles-mêmes commencent à pouvoir exprimer verbalement la nécessité d'employer le préservatif. La consommation du condom en millions¹ est en augmentation constante :

1990	1,5 (millions)
1991	3
1992	5
1993	7
1994	9
1995	11
1996	15

Mais qu'entend-on ici par consommation ? Parle-t-on des préservatifs réellement utilisés lors de rapports sexuels ? S'agit-il simplement de préservatifs vendus ou distribués ? Car il est évident que le nombre de préservatifs vendus et distribués est supérieur au nombre de préservatifs effectivement utilisés.

Par ailleurs, si la connaissance théorique du SIDA se transforme apparemment en conscience de risque aiguë et préventive, l'expérience d'une MST vécue par l'ego ou par un proche est un facteur plus déterminant dans l'adoption de pratiques préventives. En effet, de nombreux jeunes ont changé leur comportement sexuel à la suite d'une MST vécue. Cela se remarque principalement chez les hommes dans la

¹ *Evaluation du PNLIS*, Evaluat/HP/J, 16-07-1997.

mesure où la MST les atteint à un endroit fondateur de leur identité sexuelle d'homme.

Mais pour que la maladie conduise à la prévention, il importe qu'elle soit vécue comme maladie sexuellement transmissible, car l'adoption d'une pratique préventive appropriée repose d'abord sur la reconnaissance du caractère sexuellement transmissible de la maladie. Si le jeune continue d'imputer de bonne foi sa MST au froid, il ne peut adopter une stratégie préventive sexuelle. La perception des rapports sexuels comme mode de transmission est fondamentale pour que la MST devienne un facteur de changement du comportement sexuel dans le sens de la prévention. Pour se prémunir sexuellement, une conscience claire de la transmissibilité sexuelle est nécessaire.

De nombreux garçons affirment avoir cessé de faire des mauvaises fréquentations ou utiliser systématiquement le préservatif à la suite d'une MST. La MST vécue joue un rôle pédagogique indéniable, elle est en elle-même un excellent maître qui aiguisé le sens de la prévention. Elle engendre la souffrance et la peur de l'impuissance, de la folie, de la stigmatisation sociale, de la mort. Dans quelques cas très rares, la MST conduit à l'abstinence pré-conjugale totale. Sans savoir donc que les MST font le lit du SIDA en multipliant le risque VIH, les jeunes vivent la MST à travers la peur du SIDA. La MST transforme le risque SIDA en obsession et devient un puissant moteur de prévention.

Conclusion

Ce chapitre révèle le hiatus qui existe entre la situation épidémiologique objective des MST-SIDA et la perception ordinaire du SIDA au Maroc. La méconnaissance de la situation réelle ne s'arrête pas au niveau des appellations et de l'estimation du taux de prévalence. L'estimation ordinaire tend à accuser l'autre d'être plus touché par la maladie. Cet autre a des visages multiples, il est africain, américain, saoudien, voire animal. Cet autre est également la source de la maladie, le « nous » est une victime innocente contaminée par la débauche de l'autre,

pour ne pas dire par la débauche avec l'autre. Cette épidémiologie défensive qui tend à préserver l'image de soi se caractérise également par une grande misogynie. L'autre, c'est également la femme. Celle-ci est posée par définition comme la matrice de toutes les maladies du sexe, en raison de sa « saleté physique originelle » favorisée par un appareil génital très ouvert sur une nature extérieure pathogène. Cette construction sociale des MST-SIDA participe de l'étiologie populaire qui les rattache aux sphères du froid, du divin, de la débauche et de la proxémie corporelle. La plus grande scolarisation des jeunes ne les prémunit pas spécialement de la contamination par l'étiologie ordinaire. La prévention révèle à son tour le caractère socialement construit des MST-SIDA au Maroc dans la mesure où brûler le sidéen ou le mettre à l'écart sont des solutions préventives proposées. Le préservatif n'est pas perçu uniquement à travers sa fonction protectrice. Des considérations extra-fonctionnelles entrent en ligne de compte dans sa perception et son adoption comme moyen de prévention.

III. Autres aspects de l'éducation sexuelle : les sources d'information en matière de sexualité chez les jeunes.¹

Quelles sont les sources du jeune marocain s'agissant de la satisfaction sexuelle ? Par quels modes de communication le contenu de l'éducation sexuelle relatif à la pratique circule-t-il dans la société marocaine ?

Trois modes principaux régulent le champ de la communication à ce sujet : la communication inter-personnelle, la lecture et l'audiovisuel.

1. La communication inter-personnelle

Les rapports entre pairs, amants et conjoints constituent des espaces susceptibles d'échange informatif-éducatif dans le domaine sexuel.

¹ Les éléments de ce sous-chapitre sont tirés de : Dialmy, A., *Jennesse, SIDA et Islam au Maroc*.

Les pairs sont une source d'information et d'apprentissage incontestable, soit en tant que conteurs d'expériences personnelles, soit en tant que modèles de comportement (à imiter), soit en tant que facilitateurs de rencontre.

La caractéristique de cet échange discursif sur le sexuel entre pairs se fait dans le respect des frontières sexuelles. Il se fait soit entre garçons, soit entre filles. La mixité scolaire elle-même n'a pas encore débouché sur une culture sexuelle qui abolit les frontières verbales entre les deux sexes. Car « il ne suffit pas d'instaurer une mixité physique pour que s'instituent dans les faits à la fois une égalisation complète des statuts et des rôles et l'affirmation de l'identité propre de chaque sexe », écrivent C. Baudelot et R. Establet¹. La mixité scolaire n'est pas intégration totale des deux sexes dans le même échange. La socialité scolaire reproduit les règles de la socialité générale en matière de sexe.

Plus loin encore, entre amants ou conjoints, le sexe se fait souvent sans que les partenaires aient une discussion sur leurs pratiques sexuelles communes. La honte est un frein puissant qui empêche les amants de parler de leur rapports sexuels. Elle est davantage présente chez la femme qui n'ose presque jamais prendre verbalement l'initiative sexuelle. Mais ce silence entre amants ou conjoints n'est actuellement ni général ni systématique.

La discussion sexuelle entre conjoints prend également la forme de l'interrogatoire néo-patriarcal, au début du mariage surtout, voire au cours de la nuit de noces. Le mari interroge son épouse sur sa vie sexuelle passée. Cet interrogatoire révèle deux choses : d'abord que l'homme dissocie entre la virginité coranique (inexpérience sexuelle totale) et la virginité consensuelle (expérience sexuelle sans défloration) de la jeune fille, ensuite que le mariage peut avoir lieu sans contact sexuel pré-conjugal entre les époux. De nombreux garçons ne veulent pas avoir

¹ Baudelot, C. et Establet, R., **Allez les filles**, Paris, Seuil, 1992, p. 72.

de rapport sexuel pré-conjugal avec leur future épouse. Avoir un rapport pré-conjugal avec une jeune fille pousse de nombreux garçons à ne pas épouser cette partenaire, soupçonnée en conséquence d'avoir eu des rapports sexuels antérieurs, à la mépriser et à la considérer comme une fille facile.

2. La lecture

Réservée à une élite dans le Maroc traditionnel, les *ouléma*, la lecture était liée au sacré, au *Kitab* par excellence, le Coran¹. Cependant, la scolarisation et l'élargissement de l'universitarisation transforment, de plus en plus, la lecture en moyen d'individualisation, d'appropriation culturelle² et de promotion sociale. Mais la lecture gratuite comme vecteur de culture générale reste un acte exceptionnel : les jeunes d'appartenance populaire ne se meuvent pas dans un milieu favorable à la lecture pour la lecture, pour le plaisir de lire. Les livres restent inaccessibles en raison de leur prix et de l'insuffisance des infrastructures culturelles, fût-ce en ville. Les villes sont marquées par l'inexistence de bibliothèques municipales dignes de ce nom. La lecture n'est pas encore une pratique de masse extra-scolaire.

A fortiori, le thème de la sexualité est davantage exclu du marché de la lecture. Pour cette raison, de nombreux enquêtés reconnaissent n'avoir rien lu à ce sujet. Ceux qui citent expressément livres et revues sur la sexualité, ce sont surtout les garçons. Ils citent souvent *Hayâtuna al-Jinsiya* (Notre vie sexuelle), *L'homme et la sexualité* de N. Essaadaoui, et Freud. Aucun jeune n'a cité *Le Jardin Parfumé*. Dans le rang des jeunes filles, rares sont celles qui reconnaissent avoir lu des livres sur le sexe. Pour elles, la jeune fille respectable ne doit pas lire les revues de sexe (ou

¹ Ferhat, H., Le livre: instrument de savoir et objet de commerce dans le Maghreb médiéval, in. **Hespéris-Tamuda**, Vol XXXII, 1994, p. 54.

² Eickelman, D., Enseignement supérieur de masse et conception religieuse dans les sociétés arabes contemporaines, in. **A'faq**, n0 53-54, 1993, p. 195 (traduction de M. Afif).

voir des films de sexe). Aucune fille n'a reconnu avoir lu une revue traitant de sexe. Les filles déclarent plutôt lire des romans d'amour, ainsi que des revues comme *Intimité* et *Nous deux*, dès l'âge de 13-14 ans. Aucune jeune fille ou femme n'a cité la revue *Femmes du Maroc* (FDM) qui, tout en n'étant pas spécialisée dans le sujet, consacre un chapitre à l'éducation sexuelle dans chacun de ses numéros. Il semble donc que le lectorat francophone et de milieu aisé de FDM n'ait pas été touché par nos enquêteurs. Un dépouillement sommaire de quelques numéros de FDM montre en effet que cette revue tente de dispenser une éducation sexuelle à ses lectrices (eurs). L'impuissance sexuelle¹, l'obsession sexuelle², le manque d'envie³, l'inhibition des sens⁴, le summum du plaisir⁵, la première expérience sexuelle chez les hommes⁶, l'éjaculation précoce⁷, les postludes ou caresses après l'amour⁸, Viagra, la pilule qui monte en flèche⁹, voilà quelques thèmes que *Femmes du Maroc* a traité dans la double perspective scientifique et éthique (permissive) de l'éducation sexuelle. Notons au passage que ces dossiers ont été préparés et rédigés par une journaliste française, Géraldine Dulat, comme si la journaliste marocaine, très femme au sens traditionnel du mot, n'osait pas encore aborder cette thématique. Dans ces dossiers, G. Dulat interroge quelques sexologues marocains de sexe masculin. La sexologie marocaine, balbutiante il est vrai, est encore très monopolisée par les hommes. « Par rapport aux hommes, les femmes-chercheurs sont plus réservées à l'égard du sous-champ de la sexualité. Elles semblent

¹ *Femmes du Maroc*, n° 16, Mars 1997, pp. 48-51.

² *Ibid.*, n° 17, Avril 1997, pp. 38-41.

³ *Ibid.*, n° 18, Mai 1997, pp. 54-56.

⁴ *Ibid.*, n° 21, Septembre 1997, pp. 52-53.

⁵ *Ibid.*, n° 26, Février 1998, pp. 54-56.

⁶ *Ibid.*, n° 27, Mars 1998, pp. 52-53.

⁷ *Ibid.*, n° 28, Avril 1998, pp. 62-63.

⁸ *Ibid.*, n° 29, Mai 1998, pp. 62-63.

⁹ *Ibid.*, n° 30, Juin 1998, pp. 72-73.

reproduire ainsi, au niveau du savoir, le discrédit social lancé sur la femme portée sur le sexe »¹.

La dissociation entre sexualité et amour, caractéristique de la morale bourgeoise selon W. Reich, se retrouve ainsi chez les jeunes marocains et conduit donc à une division sexuelle des objets de la lecture. Elle conduit les jeunes garçons à consulter la documentation (étrangère) sur le sexe et les jeunes filles à lire des choses sur l'amour. Mais il semble que le mariage donne à l'épouse la légitimité de lire des livres sur la sexualité et les MST. La sexualité légitime de l'épouse semble dans quelques cas lui donner en effet le droit de s'instruire sur les choses du sexe et d'en parler sans honte ni culpabilité.

En Europe au contraire, eu égard au taux élevé de scolarisation, l'ouverture sur le sexe comme culture écrite est beaucoup plus fréquente. Le jeune marocain qui émigre (ou voyage) en Europe se rend compte d'abord de la facilité d'accéder à la documentation sexuelle. C'est pour lui une mutation. Deux attitudes en découlent. Soit il est séduit et se met à consommer la culture sexuelle écrite, soit il condamne cette culture sexuelle écrite et y voit un danger pour les musulmans comme le fait un ouvrier marocain à Düsseldorf :

« Jamais je n'ai regardé de revue sexuelle... c'est des choses qui peuvent influencer sur le comportement du musulman dans un sens négatif... c'est un complot juif qui vise à faire dévier les jeunes... la faille par laquelle l'Occident juif entre pour détruire la foi des musulmans, c'est la femme, la propagande du sexe... les juifs dépensent annuellement des millions de dollars pour faire ces films, afin d'ébranler les âmes musulmanes paisibles »

Ce rejet de la culture sexuelle écrite et audio-visuelle est caractéristique de certains jeunes. Ils y voient une sorte de cheval de

¹ Dialmy, A., *Le champ Famille-Femmes-Sexualité au Maroc: 1912-1996*, op. cit. p. 72.

Troie utilisé par l'Autre, l'Occident ennemi parce que défini comme juif, pour mettre à mort la sacralisation islamique du sexe. Pour ces jeunes, seul l'Islam continue de sacraliser le sexe et de refuser sa commercialisation, tandis que le christianisme et le judaïsme sont accusés de le faire. Pour eux, l'Occident ne promeut pas le sexe à partir de sa laïcité, mais à partir de son judaïsme fondamental.

En ce qui concerne les jeunes marocains nés, scolarisés et vivant en France avec leur famille, ils se disent précoces à ce sujet car la mère marocaine, pour s'adapter au milieu d'accueil, achète elle-même des livres d'éducation sexuelle à ses enfants. L'émigration pousse donc les parents à s'ouvrir et à revoir les principes prohibitifs d'une socialisation islamique traditionaliste close. Mais le père qui conseille le préservatif et la mère qui achète des livres d'éducation sexuelle le font tous les deux à l'intention du garçon¹ : ainsi tout en s'ouvrant à l'éducation sexuelle, les parents émigrés reconduisent une morale sexuelle qui valorise la virilité du garçon et tentent de la gérer et de la promouvoir. La fille reste en dehors de cette relation éducative intra-familiale moderne. Sa virginité continue d'être une obsession pour les parents. « La mère lui apprendra très tôt à respecter dans la crainte ce père si lointain, à adopter devant lui, comme devant tout homme, une attitude soumise, discrète, pudique. Les notions de *hachma*, *'ayb*, *haram* et *hurma* reviendront comme un leitmotiv dans le discours maternel en vue d'inculquer à sa fille ce comportement de réserve qu'on attend d'elle »². L'émigration n'entraîne donc pas comme le relèvent Andezian et Streiff³ des « modifications radicales des représentations liées aux rôles sexuels traditionnels », et la jeune

¹ Voir cela dans Dialmy A., **Jeunesse, SIDA et Islam au Maroc**, op. cit.

² Guerraoui, Z., *Les relations filles-parents dans l'immigration maghrébine en France*, **Cahiers de sociologie économique et culturelle**, Le Havre, 23 Juin 1995, p. 62.

³ Andezian, S. et Streiff, J., *Relations de voisinage et contrôle social*, in. **Peuples Méditerranéens**, n 22-23, Janvier-Juin 1983, p. 253.

adolescente marocaine restera un support, « l'objet porteur de l'identité culturelle » d'origine selon l'expression d'Odile Reveyrand¹.

3. L'audio-visuel

La lecture suppose un choix, une décision et un effort, mais d'abord une scolarisation réelle et générale ainsi que la perception du livre comme loisir et source de culture générale. Cette perception de la lecture est justement absente comme nous l'avons souligné plus haut, et le rapport au livre reste un rapport pragmatique d'utilité immédiate. L'acte de lire s'efface alors devant la marée de l'audiovisuel qui s'impose de lui-même par le peu d'effort et de moyens qu'il exige. Se mettre devant un écran de télévision ou de cinéma est vécu comme un véritable loisir. La société marocaine retrouve, grâce à l'expansion de l'écran, son oralité de base, la lecture restant en conséquence associée au scolaire, à l'ennui, pratiquée par une élite intellectuelle très réduite.

L'écran devient le principal canal de réception de la culture sexuelle internationale par le jeune marocain : selon le CNJA², 70% de jeunes citadins occupent leur temps libre en regardant la télévision.

Grâce au cinéma et aux chaînes de télévision étrangères, le jeune marocain opère un désenclavement³ par rapport à la communauté. Le visionnement des films comportant des scènes « osées », relativement accessible, permet en effet au jeune d'accomplir une rupture avec les valeurs traditionnelles en matière de sexualité. Celles-ci sont considérées par un éducateur, un médecin en l'occurrence, comme opposées à la médiatisation du sexe. « Pour nous, société arabo-musulmane, estime-t-il,

¹ Reveyrand, O., *Devenir des femmes d'autres cultures en France*, in. Clanet, C. (éd. préparée par), **L'interculturel en éducation et sciences humaines**, Université Toulouse-Le Mirail, Service des publications, 1985, T. 2, p. 633.

² Conseil National de la Jeunesse et de l'Avenir (CNJA), **Enquête nationale auprès des jeunes en 1993. Activités socio-culturelles des jeunes**, Ed CNJA, Rabat, 1994, p. 4.

³ Bennani-Chraïbi, M., **Soumis et rebelles, les jeunes au Maroc**, Casablanca, Le Fennec, 1996, pp. 36-43.

c'est choquant de transmettre tout ça (contenu de l'acte sexuel) par l'intermédiaire des mass-media... la parabole, ça rentre pas dans une stratégie d'éducation sexuelle qui est nôtre, ça nous est imposé... Dans un Etat musulman, on ne peut pas en parler clairement... sauf dans le prêche du Vendredi ou dans « *rukn al-muftá* ». Dans le foyer marocain, il est encore inconcevable qu'un père regarde un film de sexe en présence de son fils, de sa fille, voire même de sa femme. Mais au Royaume-Uni même, un débat a lieu « pour déterminer si les chaînes de télévision par satellite consacrées à des émissions érotico-pornographiques ne devraient pas être interdites »¹. La présence des parents empêche donc les jeunes marocains de visionner ces films à leur aise. Les parents restent les gardiens de l'éthique sexuelle inégalitaire et conjugale. Quand cela se fait à la maison, le jeune est obligé de ruser, le visionnement est clandestin.

Au Maroc, voir un film de sexe est un acte vécu sur le mode de la culpabilité, c'est un acte qui se fait au nom de l'autre face de soi, cette face que l'on tient cachée aux proches. Visionner de tels films n'est pas respectable. Pour contourner la censure parentale, le visionnement des films de sexe se fait essentiellement dans les cafés et les salles de cinéma, dans des lieux publics, loin de la sacralité du foyer parental. Cafés et cinémas sont considérés, ici, non comme des lieux de socialité et de loisir culturel, mais comme des endroits sordides et profanes où meurent les frontières.

L'âge est l'une de ces frontières qui sont abolies lors du visionnement de films de sexe dans les cafés et les cinémas., et souvent à un âge précoce. Les garçons de 7 ans assistent à ces films malgré l'interdiction officielle. Dans les cafés, cette transgression de la loi, courante en général, crée une socialité inter-générationnelle inédite. Enfants, adolescents et adultes consomment les mêmes scènes, mettant

¹ Spencer, B., *Contexte normatif du comportement sexuel et choix des stratégies de prévention*, **Sexualité et Sciences Sociales, Population**, 48^{ème} année, Sept. Oct. 1993, numéro 5, p. 1431.

ainsi fin à la frontière générationnelle. Tout adulte était objectivement assimilé à un parent et respecté à ce titre, chose à laquelle met fin le visionnement inter-générationnel de films de sexe.

La frontière sexuelle semble mieux résister que la frontière générationnelle. En effet, pour les jeunes filles, le visionnement des films de sexe est une chose plus difficile dans des lieux publics comme le cinéma. Indépendamment du contenu des films, les salles de cinéma restent davantage fréquentées par les hommes¹. Le cinéma serait pour les filles un lieu de perversion des mœurs, et « la sortie au cinéma se présente comme une sortie clandestine »². A fortiori, quand il s'agit d'un film de sexe, la fille est davantage inhibée.

Pour les jeunes, ce qui importe dans ces films, c'est la culture sexuelle qu'ils dispensent. Pour eux, ces films constituent une initiation avec démonstration aux choses du sexe. C'est objectivement un outil pédagogique. Les jeunes garçons disent qu'ils apprennent à embrasser, à faire l'amour... Les jeunes qui défendent ce point de vue se plaignent que personne ne leur parle de ces choses dans leur entourage ou à l'école, et ces films viennent naturellement répondre à un besoin et combler une lacune importante dans leur éducation.

En conclusion, on peut affirmer que le visionnement des films de sexe constitue un instrument d'éducation sexuelle, un substitut à la défaillance des structures éducatives marocaines. L'écran tend à devenir le maître initiateur de la jeunesse marocaine en matière de sexe.

L'intérêt suscité par ces films ne peut être compris comme la manifestation d'un voyeurisme pervers, ou comme l'indice du recul du sens moral et religieux. En effet, le rôle de l'écran dans la formation sexuelle des jeunes ne se réduit pas à la transmission du contenu

¹ Jaïdi, D., **Publics et cinéma au Maroc**, Rabat, Ed. Al Majal, 1992.

² Mellakh, M., **Les lycéens et la socialisation au Maroc**, Thèse de doctorat en sociologie, Université d'Aix-Marseille I, 1997, p. 228.

érotique. Toute l'information relative aux MST-SIDA vient également par le biais du canal de l'audiovisuel occidental car l'Etat marocain s'engage en effet très peu à ce niveau. « Grâce à une chaîne allemande, j'ai pu connaître les modes de transmission du SIDA », avoue un mécanicien à Nador. Certes, quelques émissions télévisées sur le SIDA ont été diffusées par la chaîne privée 2M. Leur rareté fait que les gens s'en souviennent. Il y a même des jeunes marocains qui n'ont jamais entendu parler de SIDA au Maroc. C'est leur émigration en Europe qui leur fait découvrir médiatiquement le SIDA.

Conclusion

Dans le champ de la reproduction, l'éducation démo-contraceptive semble réussir malgré la faiblesse des indicateurs sociaux qui lui sont favorables, comme la scolarisation, l'activité féminines et l'urbanisation. Le déconditionnement progressif du Marocain et son orientation vers une société musulmane malthusianiste sont un pari quasiment gagné. L'évolution de l'indice synthétique de fécondité et du taux de prévalence contraceptive dénote la naissance d'une femme qui a appris à utiliser correctement les moyens contraceptifs et indique l'adaptation du néo-malthusianisme par le Maroc. L'homme lui-même participe à cette évolution : tout en résistant à l'utilisation du préservatif comme contraceptif au sein de la sexualité conjugale, il est désormais convaincu, surtout en ville, de la nécessité de soumettre la procréation aux moyens socio-économiques du ménage. Cette évolution montre que le taux de croissance démographique commence à être maîtrisé par l'Etat et que la PF se transforme en besoin psycho-social. La reconnaissance de la santé reproductive comme droit de l'individu et les efforts pour satisfaire les besoins de l'individu en la matière sont des facteurs d'acceptation et d'assimilation de la PF comme culture. La naissance de l'individu est arrachement au poids du groupe et de la famille. C'est dans ce sens que le droit à la santé reproductive prédispose à la naissance du citoyen et à l'enracinement des droits de l'homme dans la psyché collective.

Dans le champ de la prévention des MST-SIDA, la connaissance des maladies reste très peu développée chez la population marocaine. Elle semble être déterminée par l'expérience : seuls ceux qui ont vécu une MST paraissent s'y intéresser et s'y connaître un peu. La connaissance des MST ne constitue pas un élément de la conscience sanitaire, ou de la culture générale, elles-mêmes quasiment absentes. La population n'a pas encore accédé à une définition et à une conception correctes des MST, voire à une distinction claire et nette entre les différentes MST. Deux grandes catégories structurent la perception marocaine à ce sujet, celles du *bard* et du SIDA. La première est profondément ancrée dans la mémoire culturelle, la deuxième, autre, nouvelle, intrusive, nourrit l'imaginaire de clichés et de peurs inédites.

Les maladies vénériennes autres que le SIDA sont considérées comme des maladies relevant plus du *bard* que d'une transmissibilité sexuelle. Que ce soit la blennorragie, la syphilis ou le chancre, le *bard* est présent dans les trois cas, et fait appartenir ces maladies à la même famille. Mais dire la MST par le *bard*, c'est à la fois nommer, expliquer, exprimer la misogynie et stabiliser couple conjugal et ordre social. Le personnel médical ou paramédical reproduit parfois et renforce l'explication de la MST par le *bard*, la double stabilisation relevée ci-dessus étant recherchée avant tout. Le *bard* est à la fois un mode d'appellation, un mode d'explication, un mode d'accusation de la femme et un mode de déculpabilisation.

Ce faisant, la transmissibilité sexuelle de la maladie n'est plus un fait, une certitude, une évidence. Il est donc impérieux d'apprendre aux Marocains à définir les maladies vénériennes, avec les précisions relatives au cas du SIDA, comme des maladies sexuellement transmissibles, en faisant tomber les différents voiles (*bard*, surnaturel...) derrière lesquels se cache la transmissibilité sexuelle « coupable ». La connaissance de la transmissibilité sexuelle est la base de toute prévention conséquente.

Pour beaucoup de Marocains, le préservatif appartient au domaine de la débauche. Pour d'autres, sa fonction protectrice est encore inconnue, pour eux, il n'est qu'une méthode de contraception. Le préservatif n'est donc pas encore rentré dans le domaine du quotidien, il est perçu comme quelque chose de compliqué, nécessitant l'intervention des professionnels de la santé, des paramédicaux ou des pharmaciens pour expliquer son fonctionnement et son utilité, et pour le distribuer. La distribution du préservatif tend à être monopolisée par les professionnels de la santé, et cela ne concourt pas à la banalisation du préservatif. La population semble être ici plus ouverte, elle propose d'autres lieux de distribution éventuels, les maisons closes, les ports, les aéroports, les gares routières, les souks, les points de vente des cigarettes en détail... Des jeunes adoptent inconditionnellement le préservatif et le comparent à la carte d'identité nationale, si nécessaire.

Dans le champ de l'érotisme, l'information des jeunes n'est plus un acte monopolisé par les éducateurs traditionnels, parents et enseignants. L'échange verbal informatif-éducatif sur le sexuel se fait de plus en plus entre pairs, quoique dans le respect des frontières sexuelles. Il se fait soit entre garçons, soit entre filles.

La lecture des livres et des revues, comme autre mode d'information, permet de relever que les garçons consultent une documentation sur le sexe, tandis que les jeunes filles lisent plutôt des choses sur l'amour. Ce passage à l'information publique sur le sexe se fait surtout par le biais de l'écran. Celui-ci tend à devenir le maître initiateur de la jeunesse. La faille laissée par l'éducateur national est ici remplie par l'audiovisuel international. Les jeunes expriment en effet l'existence d'un manque à ce niveau. Mais face à l'écran, on retrouve la présence de la frontière sexuelle car le visionnement des films de sexe se fait dans des espaces publics non-mixtes, dans des cafés fréquentés essentiellement par les hommes. Contrairement à la frontière sexuelle qui résiste apparemment, la frontière générationnelle semble plutôt éclater, car le

visionnement des films de sexe se fait sans aucune distinction d'âge. Ce visionnement collectif n'est pas l'expression d'un choix qui se fonde sur l'adoption du principe anti-générationnel de l'éducation sexuelle, il renvoie davantage à une crise des repères socio-religieux.

En conclusion, on peut dire que la question de l'éducation sexuelle au Maroc soulève trois interrogations fondamentales.

La première est celle de l'évolution des rapports entre les générations au sein de la famille marocaine. Ces rapports n'ont pas atteint le stade du modèle familial horizontal démocratique, où le père accepte de ne pas fonder son pouvoir et sa respectabilité sur la répression sexuelle des enfants.

La deuxième concerne l'évolution des rapports entre les deux sexes. Si le principe de l'égalité des sexes est contesté, l'éducation sexuelle reste inconcevable : on ne peut enseigner la supériorité de l'homme sur la femme à partir des contenus biologique, préventif et autres de l'éducation sexuelle. Si le contenu normatif est sexiste, il entre inéluctablement en contradiction avec l'égalitarisme des trois autres contenus de l'éducation sexuelle. Ceux-ci secrètent une normativité qui leur est propre, démocratique.

La démocratie sexuelle et générationnelle au sein de la famille est d'abord une condition idéologique de l'éducation sexuelle avant d'en être aussi le résultat par le mécanisme de la reproduction. L'éducation sexuelle doit partir de la foi dans le principe démocratique sexuel et générationnel pour pouvoir le reproduire par et dans la famille, l'école et l'hôpital.

La troisième question enfin est celle de la convergence entre les agents de l'éducation sexuelle. A l'évidence, on ne peut assurer une éducation sexuelle cohérente en présence d'éducateurs qui ne sont pas d'accord sur l'éthique propre de l'éducation sexuelle et qui veulent s'arrêter à une définition indépassable d'une certaine éthique, résumée

dans la soumission de la sexualité au mariage et de la femme à l'homme. Un dialogue véritable entre les hommes de science et de religion est nécessaire afin d'élaborer une politique cohérente.

Certes, les jeunes restent la cible première de l'acte éducatif, mais parents et enseignants ont besoin d'une formation en matière d'éducation sexuelle. Il est impérieux d'éduquer l'éducateur, voire de commencer par lui. Le faible niveau d'instruction des parents les empêchent d'ouvrir le dialogue sexuel avec leurs enfants. De son côté, la vision de l'enseignant sur l'éducation sexuelle ne doit pas rester dans l'implicite et l'entendu.

Pour sa part, le ministère de la santé doit faire des efforts supplémentaires pour informer les jeunes sur la situation épidémiologique du SIDA au Maroc, et pour combattre les constructions imaginaires autour du SIDA. En plus de l'information, le mécanisme de la peur s'avère être un chemin sollicité par la population elle-même pour figurer dans les stratégies de prévention : faire peur par ce qui peut arriver par la sexualité au fonctionnement sain de la sexualité. Le port du préservatif doit être dissocié de la débauche et banalisé dans tous les rapports amoureux.

Le médecin est appelé à saisir la consultation d'un patient MST pour l'informer et rationaliser son savoir ordinaire. La réception du message est assurée en présence de la motivation, et la MST vécue est une situation motivante dans le procès de l'apprentissage. Une telle demande passe par une formation des soignants en matière de prise en charge éducative des patients.

Quelques recommandations supplémentaires restent à formuler :

- ne pas occulter le phénomène de la prostitution pour pouvoir le contrôler et le prendre en charge ;
- faire une enquête sur les prostituées des *moussem* pour décrire leur mobilité sociale et géographique, afin de protéger le monde rural

d'une explosion MST ;

- ne pas faire de l'éducation sexuelle une tâche exclusivement maternelle, l'éducation sexuelle doit être l'affaire de tous, afin de ne pas reproduire le sexisme et la division sexuelle du travail éducatif ;
- transmettre l'éducation sexuelle par les mass-média. Cet acte de mass-médiatisation ne contredit ni l'arabité ni l'Islam. L'élaboration d'un programme national global d'éducation sexuelle et sa médiatisation par le biais de la télévision nationale traduira une volonté politique nationale réelle d'éducation sexuelle. La télévision est le média le plus efficace et le plus susceptible de produire une opinion publique sexuelle avertie et homogène.

Références bibliographiques

1. Allioua, K et Bouchanine Navez, F., *Marketing social des contraceptifs*, in **Séminaire national de réflexion sur la stratégie d'IEC en matière de PF au Maroc**, Rapport final, MSP/SCPF, 1989.
2. Andezian, A. et Streiff, J., *Relations de voisinage et contrôle social*, in. **Peuples Méditerranéens**, n° 22-23, Janvier-Juin 1983.
3. Baudelot, C. et Establet, R., **Allez les filles**, Paris, Seuil, 1992.
4. Bennani-Chraïbi, M., **Soumis et rebelles, les jeunes au Maroc**, Casablanca, Le Fennec, 1996.
5. Bouhdiba, A., **La sexualité en Islam**, Paris, PUF, 1975.
6. Bourqia, R., **Femmes et fécondité**, Casablanca, Afrique Orient, 1996.
7. Bozon, M., *L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites*, in. **Population**, 5, 1993.
8. Bozon, M., *La nouvelle place de la sexualité dans la constitution du couple*, in. **Sciences Sociales et Santé**, vol. IX, n° 4, Décembre 1991.
9. CAPAPE, **Etudes de cas socioculturelles pour l'éducation en matière de population au Maroc, au Pérou, au Rwanda et en République Unie de Tanzanie**, Paris, UNESCO, 1981.
10. Conseil National de la Jeunesse et de l'Avenir (CNJA), **Enquête nationale auprès des jeunes en 1993. Activités socio-culturelles des jeunes**, Ed CNJA, Rabat, 1994.
11. Dialmy, A. et Manhart, L., **Les MST au Maroc, Construction sociale et comportements thérapeutiques**, MSP/Université de Washington, 1997, sous presse.
12. Dialmy, A., **Al-Ma'rifa wa al-Jins** (Connaissance et sexualité), Casablanca, Ouyoune al-Maqalat, 1987.
13. Dialmy, A., **Féminisme soufi**, Casablanca, Afrique-Orient, 1991.
14. Dialmy, A., **Féminisme, islamisme, soufisme**, Paris, Publisud, 1997.

15. Dialmy, A., **Jeunesse, SIDA et Islam au Maroc**, 1997, sous presse.
16. Dialmy, A., **Le champ Famille-Femme-Sexualité au Maroc : 1912-1996**, in. **Prologues** « Femmes et Sciences Sociales », Casablanca, Mai 1997.
17. Dialmy, A., *Les rites obstétricaux : un enjeu politique mérinide ?*, in. **Annales Histoire-Sciences Sociales**, n° 3, 1998.
18. Eickelman, D., *Enseignement supérieur de masse et conception religieuse dans les sociétés arabes contemporaines*, in. **Afaq**, n° 53-54, 1993, (traduction de M. Afif).
19. El Harras, M et Bensäïd, D, **At-Taqafa wa al-Khusûba** (Culture et fécondité), Beyrouth, Dar At-Taliâa, 1996.
20. **Evaluation du PNLs**, Evaluat/HP/J, 16-07-1997.
21. **Femmes du Maroc**, n° 16, Mars 1997.
22. **Femmes du Maroc**, n° 17, Avril 1997.
23. **Femmes du Maroc**, n° 18, Mai 1997.
24. **Femmes du Maroc**, n° 21, Septembre 1997.
25. **Femmes du Maroc**, n° 26, Février 1998.
26. **Femmes du Maroc**, n° 27, Mars 1998.
27. **Femmes du Maroc**, n° 28, Avril 1998.
28. **Femmes du Maroc**, n° 29, Mai 1998.
29. **Femmes du Maroc**, n° 30, Juin 1998.
30. Ferhat, H., *Le livre : instrument de savoir et objet de commerce dans le Maghreb médiéval*, in. **Hespéris-Tamuda**, Vol XXXII, 1994.
31. Guerraoui, Z., *Les relations filles-parents dans l'immigration maghrébine en France*, in. **Cahiers de sociologie économique et culturelle**, Le Havre, 23 Juin 1995.
32. Héritier-Augé, F., **Masculin/Féminin**, Paris, Ed. Odile Jacob, 1996.
33. Jaïdi, D., **Publics et cinéma au Maroc**, Rabat, Ed. Al Majal, 1992.
34. L'utilisation des algorithmes dans la prise en charge syndromique, **Cahier d'exercice 2**, WHO/ASD/96. 5.
35. Mathieu, R. et Manneville, R., **Les accoucheuses musulmanes traditionnelles de Casablanca**, Casablanca, Paris, 1951
36. Mellakh, M., **Les lycéens et la socialisation au Maroc**, Thèse de doctorat en sociologie, Université d'Aix-Marseille I, 1997.
37. Moslem, **Sahih**, Le Caire, 1328, T. IV.
38. Qastallani, Irchâd al sâri, **charh sahih al-Boukharî**, Istamboul, Boulaq, 1308 h, T. VIII.
39. Rapport d'analyse du programme d'élaboration de la stratégie, Royaume du Maroc/FNUAP, Casablanca, Le Fennec, 1997.
40. Reveyrand, O., *Devenir des femmes d'autres cultures en France*, in. Clanet, C. (éd. préparée par), **L'interculturel en éducation et sciences humaines**, Université Toulouse-Le Mirail, Service des publications, 1995, T. 2.
41. Sbaï, N., **L'enfant endormi : a-Raqid**, Rabat, Edino, 1987.
42. Spencer, B., Contexte normatif du comportement sexuel et choix des stratégies de prévention, in. **Population**, Sept. Oct. 1993, n° 5.
43. Steudler, F., **Sociologie médicale**, Paris, Armand Colin, 1972.
44. Tillion, G., **Le harem et les cousins**, Paris, Seuil, 1965.
45. Todd, E., **L'enfance du monde**, Paris, Seuil, 1984.

Chapitre 8 : Autour de la vie fœtale Fragments du savoir féminin en matière de procréation

Le développement fulgurant de l'échographie obstétricale dans certains pays européens et nord-américains a eu des impacts considérables sur les modalités de perception du fœtal, de la grossesse et, de manière plus globale, du vivant. Les autorités médicales de ces pays préconisent, au moins, une échographie par grossesse, comme c'est le cas pour l'Angleterre, voire deux ou plus pour des pays tels que la France, la Belgique et les Etats-Unis¹. Compte tenu de facteurs socio-économiques et culturels, la visualisation du fœtus dans ces pays est devenue un acte médical banal à la portée de toutes les couches sociales.

Les retombées socio-culturelles du phénomène échographique sont importantes. Une enquête anthropologique menée en France et aux Etats-Unis note que « l'introduction d'une technique médicale, les avancées scientifiques qu'elle a permises, semblent avoir modifié l'appréhension privée, publique, médicale du fœtus. Celui-ci serait de plus en plus assimilé à un *enfant*, comme si l'échographie faisait avancer d'un cran le moment de la mise au monde »². Ces développements accroissent le sentiment de personnalisation du fœtus et impliquent sa dissociation de la mère³. Et plus loin, ajoute la même enquête

¹ Fellous, M., *La première image. Enquête sur l'échographie obstétricale*, Paris, Nathan, 1991, p. 8 et suivantes.

² Ibid., p. 52.

³ Cf. notions d'« autonomie » et de « personnalité » du fœtus dans le discours des militants anti-IVG en Europe et aux Etats-Unis, idée du « fœtus patient » chez certains praticiens. Cette manière de penser la condition du fœtus et de l'embryon implique de nouvelles problématiques sociales et juridiques : « quel est le statut du fœtus, à quel respect a-t-il droit, où s'arrête la responsabilité de la mère, qui se donnera le droit de le défendre ? [...] pourra-t-on passer outre la volonté de la mère ou du père, si ceux-ci s'opposent à une intervention que des médecins voudraient tenter sur lui ? ». Cf. *ibid.*, p. 12. Cf. de même, Klein, C. et Voss, A., *Le corps en mosaïque : l'atomisation de la femme*

« l'exaltation de la vision imagée et « scientifique » de l'enfant à naître mène implicitement à une dévalorisation des autres perceptions sensorielles internes de la mère et à une *dépendance* de celle-ci vis-à-vis des informations externes qui lui sont fournies et de l'opérateur qui lui révèle ces données [...] la visualisation du fœtus par le biais de l'échographie renforce l'idée que celui-ci serait dès le départ un être autonome, indépendant de la mère »¹. Mais cette grande diffusion de l'échographie obstétricale n'a pas agi uniquement sur les représentations générales du fœtus. Elle a entraîné une importante vulgarisation et diffusion des données médicales au sein du grand public, favorisant ainsi une profonde modification du savoir commun relatif à ce domaine.

Ces transformations dans les modalités de perception du fœtus et de la grossesse s'inscrivent dans des contextes culturels marqués par le triomphe du « voir », de l'image et de l'illustré - le verbe n'intervient que pour commenter ceux-ci. Elles s'inscrivent également dans des sociétés profondément médicalisées. Dans cette étude, nous tenterons d'apporter quelques éclaircissements s'agissant de la situation (*i.e.* la représentation sociale du fœtal et de la grossesse) au Maroc. Deux objectifs sont à la base de notre démarche. Il s'agit, d'une part, d'approcher les contenus des représentations, des savoirs et des idées relatifs à la vie fœtale en vigueur chez un groupe de femmes (*infra*) ; et d'autre part, d'identifier les systèmes de référence, les logiques et les calculs sociaux qui structurent et animent ces savoirs, idées et représentations.

Pour ce faire, nous avons mené une mini-enquête auprès de femmes et du personnel para-médical d'une maternité de la Wilaya de Rabat-Salé. Huit patientes, cinq sages-femmes et trois infirmières du service des soins prénatals de cette maternité ont été interrogées. Outre

enceinte dans les discours postmodernes, in. **Recherches sociologiques**, 1998/1, pp. 87-103, notamment p. 93 et suivantes.

¹ Fellous, M, op. cit., p. 104.

les entretiens réalisés à l'intérieur de l'institution médicale, nous avons interviewé trois autres femmes parmi nos connaissances.

L'enquête que nous avons menée reste cependant légère. Elle correspond à une pré-enquête plus qu'à une enquête au sens stricte du terme. La durée moyenne de la séance d'entretien était de 20 minutes. Les femmes ont été rencontrées une seule fois et aucune interview répétée n'a été réalisée. La connivence entre enquêteur et enquêté, fondement de la qualité de l'information anthropologique, faisait défaut dans la quasi-totalité des entretiens.

Les femmes interrogées appartiennent à différentes classes d'âges : entre 27 et 70 ans. L'âge de la majorité des informatrices se situe entre 35 et 45 ans. Seules trois enquêtées ont été scolarisées (quatrième année de l'enseignement secondaire [régime ancien] pour deux d'entre elles, et dernière année de l'enseignement primaire pour la troisième). Trois femmes interrogées étaient enceintes au moment de l'enquête, dont une primipare. Une enquêtée a un seul enfant. Le reste des femmes consultées a une progéniture plus ou moins importante, allant de deux à neuf enfants.

Les entretiens avec le personnel soignant de la maternité avaient comme objectif de collecter des informations sur le vécu de la grossesse chez les patientes, les savoirs et représentations de ces dernières en matière de procréation.

I. Préliminaires

L'un des rares travaux ethnologiques où l'on évoque, quoique de manière très brève, la représentation de la vie fœtale au Maroc remonte aux premières décennies de ce siècle. Son auteur souligne que : « les croyances à ce sujet sont assez vagues ». Il ajoute, s'agissant des contenus de ces croyances qu'il : « est admis que la vie fœtale est une autre vie, préliminaire, qui n'est pas sans rapport avec la vie souterraine soit des génies, soit des morts. On croit que c'est un ange qui façonne l'enfant

dans le ventre de la mère. Quand son œuvre est achevée, que les organes sont tous formés, l'ange écrit sur le front de l'enfant sa destinée »¹.

Nous touchons ici deux traits spécifiant les représentations relatives à la vie fœtale en vigueur au Maroc - société peu médicalisée et peu marquée par les idées et les pratiques que génère l'échographie obstétricale dans les sociétés occidentales industrialisées (*supra*)². Le premier trait concerne les contenus de ces représentations. Le second se rapporte aux modalités par lesquelles ces croyances sont dites par les individus.

Ainsi, pour ce qui concerne la première caractéristique, des liens étroits existent entre la vie fœtale et d'autres modes de vie invisibles comme la vie des esprits, des djinns ou celle des morts³. L'un des principaux systèmes de référence opérant dans la société marocaine, en l'occurrence l'islam, associe l'univers des *arhâm* (pluriel de *rahîm*, i.e. matrice) à un univers plus global qui est celui du *ghayb* où figurent d'autres vies et agents surnaturels (*hayat al-qubur* [vie des tombes], *al-jinn* [les djinns], *al-malâ'ika* [les anges], etc.). Ces similitudes entre vie fœtale et autres vies invisibles sont décelables dans plusieurs cultures. Suivant les

¹ Bourrilly, J., **Eléments d'ethnographie marocaine**, Paris, Librairie coloniale et orientaliste, Larose, 1932, p. 77.

² S'agissant de l'utilisation de la consultation pré et postnatale, le chapitre *Niveaux, variations et déterminants de l'infécondité au Maroc* figurant dans le présent volume souligne, sur la base des données de l'EPPS de 1995, la « sous-utilisation du système de santé maternelle et infantile, qui est plus apparente chez les femmes vivant en milieu rural et celles sans instruction ». Dans un autre chapitre de ce même volume intitulé *Avortement, consultation prénatale et grossesse*, on lit ceci : « 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%) avait effectué au moins une consultation prénatale. Parmi ce groupe, on relève qu'une femme sur quatre (26%) l'avait effectuée une seule fois et trois sur quatre l'avaient fait au moins deux fois ».

³ Cf. à ce propos, Chaouite, A., *Croyances et représentations de la naissance en milieu marocain d'hier et d'aujourd'hui*, p. 10 et suivantes, in. Dernouny, M. et Chaouite, A. (dir.), **Enfances maghrébines**, Casablanca, Afrique Orient, 1987, pp. 9-39 ; cf. de même, Chattou, Z., *Conception d'enfants et puissances invisibles : un cas symbolique. Cas de la société des Bni Izñacen (nord-ouest du Maroc)*, in. **Les cahiers de l'IREMAM**, 9/10, Aix-en-Provence, 1997, pp. 163-170.

indications rapportées par des anthropologues¹, les ressemblances, sur le plan de la représentation, entre monde fœtal et monde des morts apparaissent tant dans le mode de classification (les deux mondes relèvent de l'invisible ou du *ghayb* pour utiliser une catégorie culturelle de la société marocaine) que dans celui des rites spécifiques à chacun des deux états (état fœtal/état de mort, séjour des morts/séjour de l'enfant avant la naissance/naissance).

Le second trait distinctif des représentations en matière du fœtal découle du premier et concerne comme nous l'avons dit les manières avec lesquelles les individus énoncent ces représentations. En effet, l'objet fœtal étant un objet caché, sa connaissance relève, jusqu'à nouvel ordre (par exemple une révolution échographique similaire à celle qu'ont connue certains pays industrialisés : *supra*), du savoir divin ou du moins d'un savoir ésotérique. A ce titre, l'enfant à naître partage avec les anges, les âmes, les morts et les djinns le même mode d'existence (*i.e.* une existence cachée et hermétique) où seuls des initiés parmi les humains (selon les cas et les circonstances : médecins, *qabla*, *tulba*, imams, sorciers, etc.) peuvent y accéder et produire une connaissance socialement fiable. Les femmes interrogées disent que leurs discussions sur le fœtus et la grossesse se limitent à l'état de santé de la femme enceinte, aux ennuis psychologiques et physiques que peut causer une telle situation et autres sujets comme la durée de grossesse. La plupart de nos questions étaient loin de constituer un sujet ordinaire de conversation. Une partie des thèmes de l'entretien ne suscite l'attention des enquêtées que lors de situations de désordre et d'anomalie affectant le cours de la grossesse. D'où les ambiances d'embarras et d'étrangeté qui ont dominé nos séances d'enquête auprès des intéressées. Il a fallu des efforts

¹ Cf. Van Gennep, A., **Les rites de passage**, Paris, Picard, 1981, p. 70 et suivantes ; de même, Thomas, L. V., *Les sociétés devant la mort*, Corpus 11, in. **Encyclopaedia Universalis**, Paris, 1995.

considérables pour amener nos interlocutrices à formuler leur pensée et produire des discours sur le fœtal.

Les considérations que nous venons d'énumérer (modalités culturelles de classement du fœtal, caractère à la fois ambigu et flou des représentations auxquelles il donne lieu) conjuguées à d'autres éléments en rapport avec le travail de terrain (type, ampleur et durée de l'enquête menée) expliquent la nature des informations et commentaires ici présentés. Ceux-ci, à l'image des croyances et des représentations relatives à la vie fœtale, restent vagues, brouillés et discontinus.

II. La conception

Nos informatrices désignent le fœtus par des appellations comme *bnadam*, *tilâd*, *jniy*, *tarbiya* ou *trâbi*. Le premier terme renvoie à ses « origines adamiennes », à son appartenance à « la race d'Adam ». Les autres réfèrent au processus de sa formation : c'est un être à l'état embryonnaire, un *bnadam* naissant. La conception - déclarée une affaire de Dieu (« *qudra 'ilâhiyya* », « *dakchchi dyal Allah* », etc.) - résulte d'une copulation entre l'homme et la femme :

« *Khass a-rajl itlaga m'â lamra* (lit. l'homme doit rencontrer la femme) » (E6)¹.

« de l'eau de l'homme (*al-mâ dyal a-rajl*), Dieu le conçoit (*tay khalqu*) dans *al-arham* » (E8)².

La conception peut également survenir suite à un acte de *tachrab* (lit. absorption) ne nécessitant aucun rapport sexuel direct entre l'homme et la femme : « certaines, surtout les célibataires, disent (pour expliquer leur grossesse) que ça s'est produit comme ça au hammam, *charbat* (son sexe a absorbé le sperme qu'un homme a laissé après son passage au hammam). C'est impossible. La femme qui va te parler de ça sait bien qu'elle ment » rapporte une sage-femme. Cette croyance qui marque l'éducation sexuelle des jeunes filles demeure suspecte aux yeux de nos interlocutrices comme le montre le point de vue cité.

Cependant, le contact sexuel entre un homme et une femme ne constitue nullement l'unique condition de la conception. La qualité de la semence mâle semble être le fondement d'une conception réussie. Selon une enquêtée, certains hommes sont dotés d'un « *mâ khfif* » (une eau légère), d'autres d'un « *mâ khatar* » (une eau épaisse) : « *al-mâ khfif* ne tient pas dans *al-walda* [...] il se perd rapidement [...] Lorsqu'il est épais, la matrice de la femme l'absorbe (*tatcharbu*), *kay attajma'* (il se concentre dans la matrice), [ainsi] la *tarbiyya* se constitue. Celle (la femme) qui n'a pas de chance tombe sur une eau qui se perd rapidement (*daghya tatzbaq*) » (E1)³. Ces propos, venant d'une femme qui exerce le métier de *'achhaba* (herboriste) depuis cinquante ans, dénotent une certaine connaissance de la fécondabilité de l'homme. Il s'agit d'un savoir issu de ce qui est socialement catalogué comme étant « *dwa la'rab* » (médecine

¹ 28 ans, enceinte de 7 mois, mariée depuis 8 mois, niveau d'instruction : quatrième année du secondaire (ancien régime), femme au foyer.

² 63 ans, 9 enfants, non scolarisée, femme au foyer.

³ 70 ans, non scolarisée, herboriste (*'achhaba*) dans un marché de la Wilaya de Rabat-Salé, 5 enfants.

des arabes) ou « *dwa lmasalmin* » (médecine des musulmans) par opposition à « *dwa nsara* » (médecine des chrétiens, *i.e.* médecine positive). C'est ce que notre informatrice voulait nous signifier en relatant les procédés thérapeutiques spécifiques à cet état de « légèreté » de la semence mâle : « Ceci relève de Dieu, tu as compris ? Mais s'il (l'homme atteint d'une « légèreté » du sperme) utilise *la'chub* (les plantes)... Il fait des ablutions : il remplit un bol (par une mixture préparée à base de certaines plantes) dans lequel il introduit sa « banane » (*i.e.* son pénis), puis il boit (une solution des mêmes plantes qui ont servi pour les ablutions), le premier bol, le second bol. Un médecin, eh oui un médecin est venu me consulter une fois. Il a utilisé mes plantes. Sa semence est devenue épaisse (*kbtar lu lmâ*). Elle a cessé d'être légère, il (le médecin patient) est guéri, louange à Dieu ».

III. L'environnement utérin

Le fœtus loge durant son séjour utérin dans un *ghumd* (lit. étui, dit également *jwa* : enveloppe). Certaines de nos informatrices parlent d'un liquide composé d'une eau (*mâ*) et de sang (*dam*) dans lequel baigne le *tilâd*. D'autres récuse cette idée : « il n'y a que lui dans *jwa*. Le *jwa* ne comporte rien d'autre que lui. [Il n'y a pas de liquide] il risque de le boire et mourir asphyxié ou empoisonné » (E.8). Le tout (le *ghumd* et *al-mâ*) forme ce qui est appelé pendant la phase du travail *sgiyya* ou *sqiyya* (la poche des eaux) dont l'éclatement annonce l'expulsion imminente de l'enfant de sa demeure fœtale. Cet éclatement (*tartaq a-sgiyya*) se manifeste soit par un écoulement vaginal de *mâ* ou *dam* (lit. eau et sang), soit par des vomissements (*tartgat a-sgiyya man al-fum*) qui permettent l'évacuation des eaux par voie orale. Ce dernier mode de dégagement des contenus de la *sgiyya* aurait des conséquences négatives sur la denture de la mère : il est dit responsable d'un « jaunissement » (*taysaffar a-snan*) et d'une fragilisation des dents de celle-ci.

Les enquêtées parlent aussi du *maṣrân* (cordon ombilical) qui lie l'enfant à sa mère. Elles évoquent enfin le placenta désigné par les termes de *khwatat bnadam* ou *lkhut* (lit. sœurs de l'enfant d'Adam ou frères) :

- Est-ce que la *tarbiya* (le fœtus et l'embryon) se nourrit quand elle est dans *al karsh* (lit. ventre) ?
- Il se nourrit de *al-maṣrana dyal lakhwatat* (lit. l'intestin des sœurs), *dyal lbut* (du nombril).
- C'est quoi *al-maṣrana dyal lakhwatat* ?
- *Khwatat bnadam* (lit. les sœurs de l'enfant d'Adam). Elles sont avec lui dans le ventre.
- Je n'ai pas bien compris...
- *Lakhwatat* (lit. les sœurs) on dit qu'elles sont comme *lamṣaran* (les intestins), *lafrâdi* (autre terme pour désigner le placenta). Elles naissent avec le *tilâd* (l'enfant à naître), *lakblas* (le placenta), c'est obligatoire, elles doivent sortir avec le *tilâd*. Si elles ne sortent pas, la mère doit aller à l'hôpital *bâch tkballas* (pour qu'elle se délivre). Sinon, elle peut mourir. Si elles montent au *fum al-galb* (lit. la bouche du cœur), la mère mourra.
- De quoi sont conçues *khwatat bnadam* (i.e. le placenta) ?
- Elles sont conçues en même temps que *bnadam* (l'être humain). Quand Dieu crée *al-janiy* (l'embryon), Il conçoit une *maṣrana* (un intestin) qui permet à celui-ci de se nourrir. [Ainsi] ce que mange la mère passe au sang pour nourrir le *tilâd* à travers le *maṣran*.
- Et quelle est la fonction des *khwatat* (placenta) ?
- *Lakhwatat* accompagnent *bnadam* dans *a- arḥâm* (les matrices).
- Elles se situent où dans le ventre de la mère ?
- *Bnadam* se trouve *fi al-ghumd dyalu* (dans son enveloppe). Il naît dans *al-ghumd* et après il est suivi par *lakhwatat*. Elles nourrissent le *tilâd*. A l'accouchement, on les met dans *al-gallas* (pot de chambre). Les *qabla* (ici, les accoucheuses traditionnelles) les enterrent (E.8).

Cette manière de désigner le placenta (*kbwatat* [sœurs], *lkbnt* [frères]) rejoint une représentation culturelle, repérable dans plusieurs sociétés, qui consiste à considérer le placenta (appelé également *lakblas*) comme étant le jumeau ou le double de l'enfant¹.

En somme, la représentation que détiennent nos enquêtées à propos de l'environnement dans lequel se développe l'enfant à naître se présente comme si elles étaient le fruit de connaissances livrées par l'expérience immédiate du travail et de l'accouchement, *i.e.* ce que l'on perçoit durant l'acte de mise au monde de l'enfant. Outre le *tilâd*, quatre éléments constituent l'espace fœtal : le *ghumd* qui sert de logis pour l'enfant à naître, le placenta, le *masran* (cordon ombilical), et enfin un liquide composé d'eau et de sang.

IV. La croissance de l'enfant à naître

Il ressort des discours recueillis que l'évolution physiologique de l'enfant à naître (le *tilâd*) se déroule en trois étapes. Dans la première, l'embryon, effectue « grâce à la volonté de Dieu », une transformation de l'état liquide à l'état solide : « Au début, lorsqu'il vient juste de tomber dans *al- karch* (la matrice), ce n'est que du sang tel le jaune de l'œuf » (E5)², puis, « au bout d'un mois, il prend la forme d'une *habra* » (E6), « de la *madda* (semence) de l'homme, Dieu le conçoit dans *al-arham*. Il est *ma* (eau), puis il devient *gih* (pus), ensuite [il se transforme en] *dam* (sang) et [en] *lahma* (chair) » (E3)³. Ce passage du liquide (ou visqueux) au solide caractériserait les trois premiers mois de la grossesse, suite à quoi

¹ « Le placenta qui, dans les sociétés traditionnelles européennes, est un symbole de fécondité et assure par exemple une abondante lactation à la mère, est considérée dans les sociétés non européennes comme le jumeau, le frère aîné ou cadet de l'enfant et traité rituellement comme tel » : Belmont, N., *Naissance*, in. Bonte, P., Izard, M. et al. (dir.), **Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie**, Paris, PUF, 1991, p. 504. Cf. de même, Sindzingre, N. et Belmont, N., *Naissance (Anthropologie)*, in. **Encyclopaedia Universalis**, Corpus 15, Paris, 1995.

² 48 ans, 6 enfants, non scolarisée, femme au foyer.

³ 44 ans, 5 enfants, femme au foyer, non scolarisée.

commence une seconde phase dite *a-tafarrud* (individuation) ou *ataṣawur* (mise en forme, conception) : « au bout de trois mois, il commence *ifarrad* [...] *ifarrad* ses mains, ses pieds, ses narines » (E8). « *Ifarrad* » consiste à développer « des pieds, des mains, des oreilles, une bouche » (E7)¹. Cette phase se caractérise également par l'apparition des mouvements annonciateurs selon nos informatrices de la vie du fœtus : « il commence à bouger de temps à autre, mais pas de la manière que tu connais » (E9)², « tu le sens bouger, là tu as de la tendresse et de l'affection pour lui même si au départ tu te dis j'ai deux enfants, je ne dois pas dépasser ce nombre » (E4)³. Seule une enquêtée associe cette phase à une période de quasi-stagnation du développement du fœtus : « Après trois mois, il ne se passe pas grand chose. Le ventre n'est pas encore visible. [ce n'est qu'à partir de] six mois [qu'] il commence à développer des mains et des pieds » (E.6).

Vers le cinquième ou le sixième mois, commence une troisième étape pendant laquelle le *tilâd* prend progressivement la forme sous laquelle il va apparaître au moment de la naissance : « *tay bda 'ikmal*, (lit., il commence à devenir complet), il commence à bien bouger » (E5). Cette phase est marquée par une intensification du mouvement du *tilâd* : « il bouge un peu plus (que pendant la seconde phase), le septième mois, il commence à frapper (*idrâb*) plus fort » (E8). Telles sont les étapes de l'évolution de *bnadam* (l'enfant à naître) dans *al-karḥ* (matrice) de sa mère. A présent comment les mères conçoivent-elles les fonctions vitales de l'organisme fœtal ?

¹ 40 ans, 1 enfant, abandonnée par son mari, domestique vivant avec son fils chez ses employeurs, non scolarisée.

² 38 ans, 3 enfants, non scolarisée, femme au foyer.

³ 27 ans, enceinte de 4 mois, 2 enfants, niveau scolaire : cinquième année de l'enseignement primaire (ancien régime), couturière à domicile.

V. Modes d'accomplissement des fonctions vitales du fœtus

Deux entrées nous ont permis d'approcher les représentations et savoirs relatifs à cet aspect : l'alimentation et la respiration fœtales.

S'agissant des aspects nutritifs, nos interlocutrices disent que le fœtus s'alimente comme tout être vivant. Seulement, le *tilâd* se nourrit de ce que mange sa mère : « ce que je mange, il le mange. Il vit comme ça à l'instar de tout être vivant (*waqf 'a'la rajlîh fi danya*) ou de celui qui est encore caché (*mkbabbî*) et qui n'a pas vu le monde (*baqi machafch addanya*) » (E4). Mais comment s'alimente exactement le fœtus ? Est-ce à la manière des humains de la *dunya* (le monde extra-utérin) ou selon d'autres modalités ? A cette question, nos informatrices se contentent de dire que son approvisionnement se fait par le biais du *masran*. Une enquêtée propose une explication conforme au savoir scientifique : « ce que mange la mère passe au sang pour nourrir le *tilâd* à travers le *masrân* » (E8). Une autre (E7) observe que le *tilâd*, n'étant pas disposé à recevoir de l'alimentation solide comme le pain ou la viande, se nourrit de liquides comme le lait ou le jus de fruit.

Quoi qu'il en soit, la question de l'alimentation du fœtus ne semble pas échapper à nos interlocutrices. Le fœtus se nourrit, par l'intermédiaire du cordon ombilical, de ce que mange sa mère. Ce qui tourmente l'esprit des enquêtées, c'est le mode d'oxygénation du fœtus. S'il est admis que ce dernier respire, ne serait-ce que parce que c'est un être vivant disposant d'une *ruh* que « Dieu *zra'fih* (a implanté en lui) » : « *arruh fib umaytnafasch, mayamkench* (il dispose d'une âme et il ne respire pas, c'est impossible) » (E5), nos enquêtées restent perplexes quant au mode de déroulement de cette opération. Peut-être, remarque une jeune femme qu'il « respire par le biais d'un autre *masran* » puisque « il ne peut respirer ni par la bouche ni par le nez » (E6). De toute façon, conclut le reste de nos enquêtées, le fœtus se développe et se maintient en vie grâce à la volonté de Dieu, qui seul sait comment s'effectue son oxygénation :

« il respire dans *al-arham* (les matrices), il vit, *dakchchi 'amr Mulânâ* (cela relève de la volonté de notre Seigneur) » (E8), « *'amr Allah 'dim, a-tanaffus 'amr Allah* (la volonté de Dieu est incommensurable, la respiration relève des choses de Dieu) » (E4), etc.

VI. L'acquisition du sexe biologique ou la phase fœtale de la différenciation sexuelle

Quand l'embryon « tombe » dans la matrice, dispose-t-il déjà d'un sexe (*i.e.* une identité bio-sexuelle)... sinon, à partir de quel moment de son développement acquiert-il une appartenance sexuelle ?

Les femmes consultées disent qu'une telle question constitue une incursion malveillante dans les affaires de Dieu : « *dakchchi qudra ilâhiyya [...] makbassch tadkbul fî chark Allah, dakchchi mâchî dyalna hna* (ceci relève de la volonté divine, il ne faut pas se mettre en situation d'impiété, ceci ne nous appartient pas) » (E4). Partant de là, elles évitent de livrer leurs pensées en invoquant l'obligation d'accepter le don et la volonté de Dieu « *'alli jabha Allah maziyana* (tout ce qui vient de Dieu est bon) ».

Trois enquêtées ont fini par donner des indications assez détaillées quant au processus de formation de l'identité bio-sexuelle. La première, âgée de 70 ans, affirme que le sexe du fœtus dépend de la semence (*al-madda*) que Dieu affecte à chacune de ses créatures mâles : « *badak dyal Allah*. Moi j'ai eu la première fois une fille, puis un garçon, ensuite un autre garçon et deux filles. C'est la volonté de Dieu. *Dakchchi al-ma dyal arrajl* (cela dépend de l'eau de l'homme) [...] C'est ta matière (*al-madda dyalke*) qui définit le sexe de l'enfant. Certains hommes ont une semence constituée uniquement de *dkura* (mâles). C'est une substance de Dieu. Le nombre des enfants est écrit par Dieu. La substance de la procréation (*al-madda dyal lulâd*) c'est Dieu qui la donne » (E1). L'identité sexuelle est inscrite dans le sperme déclencheur de la conception, lequel est soit exclusivement mâle ou femelle, *i.e.* ne pouvant donner que des garçons ou des filles, soit mixte, *i.e.* constitué à la fois d'éléments féminin et

masculin. Une autre enquêtée (E6) considère, sans invoquer les origines surnaturelles de la conception soutenues par l'ensemble de nos informatrices, que le sexe de l'enfant à naître ne se définit qu'après trois mois de grossesse. Enfin, selon un troisième point de vue, « lorsque Dieu *tayfardu* (individualise le fœtus), il le pose dans l'emplacement de la fille. Le garçon, Dieu le pose dans l'emplacement du garçon. On dit que le garçon se place du côté droit et la fille du côté gauche. Mais tout cela relève de la *qudra ilâhiyya* (la volonté divine) » (E8). La matrice serait donc divisée en une partie conçue pour loger les mâles et une autre réservée aux fœtus femelles. Le point de vue de notre interlocutrice corrobore une croyance, rapportée par une anthropologue¹ dans la région du Gharb, qui consiste, pour une femme venant d'accoucher d'une fille et désirant avoir un garçon, à se mettre sur le côté droit durant le premier rapport sexuel qui intervient après l'accouchement.

Cette façon de percevoir la différenciation sexuelle pendant la phase fœtale ne va pas sans tensions chez notre informatrice. Lorsque nous lui avons demandé si la matrice comporte un espace réservé aux femelles et un autre aux mâles, elle a répondu que : « *dakchchi tsâkbîr Allah* (cela dépend de Dieu). C'est tout. On dit que le garçon prend le côté droit. Moi, lorsque *bnadam* tombe dans mon ventre, il lui arrive parfois de prendre le milieu et il s'avère à la fin que c'est un garçon. Des fois, je dis que c'est une fille alors que c'est un garçon. Les gens disent qu'il faut consulter la *qabla dyal la'rab* (lit. la sage-femme des arabes) parce qu'elle connaît l'emplacement de la femelle et du mâle dans *al-karib*. Mais il lui arrive de se tromper ».

Quoiqu'il en soit, il s'avère que le sexe du fœtus est considéré comme une donnée antérieure au déclenchement matériel de la grossesse. La formation de l'identité bio-sexuelle de l'enfant à naître se

¹ Zirari, H., **Quête et enjeux de la maternité au Maroc: étude ethno-culinaire**, thèse de doctorat Nouveau Régime en Anthropologie sociale et ethnologie, E.H.E.S.S., Paris, 1993, p. 171.

fait par décision divine qui agit sur le sperme de l'homme, ou selon des procédures apparemment indéfinissables comme l'atteste les propos de la majorité de nos enquêtées.

La lecture des discours produits autour du thème « manifestations physiques de la vitalité fœtale » permet d'approcher d'autres composantes des représentations relatives à l'appartenance sexuelle du fœtus. Si la décision du sexe du fœtus comme la connaissance de ce sexe est une affaire de l'Agent concepteur (Dieu), les humains peuvent à leur tour accéder à ce savoir à partir du troisième mois pour le fœtus mâle, et cinq mois pour la femelle : « Quand c'est un garçon, tu le sens à partir de deux mois et demi, trois mois. La fille, c'est à partir de cinq, six mois que tu commences à sentir ses mouvements [...] Le garçon commence à bouger avant la fille. C'est mon point de vue. C'est mon expérience. Le garçon bouge avant la fille » (E.2). La vitalité fœtale est ainsi perceptible très tôt lorsque la mère est enceinte d'un garçon. Quant au fœtus femelle, il lui faut un temps important de maturation, afin qu'il soit en mesure d'effectuer des mouvements dans la matrice. D'autres enquêtées disent qu'il y a une différence d'intensité dans les mouvements du fœtus selon qu'il est de sexe masculin ou féminin. Le mouvement d'un fœtus mâle est décrit comme étant plus ferme et plus intense que celui d'un fœtus femelle, ce dernier est déclaré mou dans sa façon de bouger : « Le garçon frappe une seule fois et passe. La fille *tatbabbar* (bouge comme un bloc de chair) comme *al-habra* (la chair). *Addarba dyal al-bant*... La fille (dans sa façon de bouger) ressemble à une *habra*, *tatbabbar fi al-karsb* (un bloc de chair, il bouge à la manière d'un bloc de chair) » (E8).

Outre ces indications, les femmes interrogées énumèrent, avec une attitude distanciée le plus souvent, d'autres signes annonciateurs du sexe du fœtus. La « *siyyala* », un « trait » situé au milieu du bas-ventre, signifierait que le fœtus est de sexe mâle. *Laknaf* (masque de la grossesse : chloasma) ou autres altérations de la forme ou de la peau du visage pendant la grossesse indiqueraient la présence d'un *tilâd* femelle.

La beauté ou la clarté du visage (*lujab ṣāfi, ḡwīn*) refléterait l'appartenance masculine de l'enfant à naître. De même, la durée des contractions varierait en fonction du sexe du fœtus : « Au moment de *luja'* (contractions), quand la femme manifeste les signes de l'accouchement le jour même de l'apparition des contractions, on dit ça y est, c'est un garçon parce qu'elle est passée rapidement au stade des contractions. Quand les contractions durent par exemple une semaine, les gens disent que c'est une fille » rapporte une sage-femme. La phase de travail que nécessite l'expulsion d'un fœtus femelle est regardée comme étant plus longue et plus dure à supporter. Selon les déclarations d'une autre enquêtée, un fœtus femelle implique une grossesse pénible et encombrante : « le garçon est *khfif* (léger à porter). Tu effectues tes travaux ménagers jusqu'au moment du déclenchement de *luja'* (contractions). Alors que quand c'est une fille, tu es *markhiyya* (molle), *tqila* (lourde), *mtabtha* (fatiguée). C'est différent quand tu as un garçon, là tu es en forme [...] La fille non, quand son mois arrive, elle fatigue la mère, *al-hmal t̄ay s'ab* (la grossesse devient épuisante) » (E5)¹.

Nos informatrices ne se contentent pas d'énumérer les seuls procédés locaux d'identification du sexe du fœtus. Elles parlent aussi de la méthode échographique désignée par des termes comme *talfaza*, *radyo* (télévision, radio). Le recours à cette modalité moderne d'identification du sexe du fœtus suscite la désapprobation de deux enquêtées. La première justifie sa position par des impératifs d'ordre religieux : « Y en a qui font une échographie pour savoir si c'est une fille ou un garçon. Moi je suis contre parce que cela appartient à Dieu. *Makhasakch tadkbul f chirk Allah* (il ne faut pas se mettre en situation d'impiété) » (E4). Quant à la seconde, elle justifie son refus d'une telle pratique par des impératifs de cohésion familiale : « C'est bien d'aller à *talfaza* (subir un examen échographique) comme ça si tu as un problème... Moi je l'ai jamais fait.

¹ Pour les significations sociales et culturelles de cette différenciation entre sexes pendant la grossesse, cf. : CERED, **Genre et développement : aspects**

Il faut accepter ce que Dieu te donne. La fille dispose de la baraka, le garçon dispose de la baraka. Tout ce qui vient de Dieu est bien. Et même si tu veux un garçon, que tu vas à *talfaza* et on te dit que tu as une fille, qu'est-ce que tu vas faire. Le mieux est de ne pas s'énerver et alors accepter ce que Dieu te donne, un garçon ou une fille. Pourquoi faut-il chercher à savoir ce que tu as. Et si Dieu te contredit et que tu vas à la *talfaza* (i.e. tu fais une échographie), et qu'on te dise tu as une fille, qu'est-ce que tu vas dire à ton mari. Ça peut-être néfaste [...]. Mieux vaut ne pas s'affoler ou faire monter le (taux de) sucre et attendre jusqu'au jour de l'accouchement » (E.2)¹. Aux yeux de cette enquêtée, le recours à l'échographie obstétricale ne devrait se faire que lorsque la santé du *tilâd* (le fœtus ou l'embryon) l'exige et non pour découvrir le sexe de celui-ci. Cet acte est déclarée inutile et périlleux quant aux relations entre conjoints.

Ainsi touchons-nous les limites des affirmations des informatrices faisant de la connaissance du sexe du fœtus une compétence divine, dont la violation est assimilée à un acte de *chirk* (impiété)². Le point de vue des enquêtées varie d'un refus ou d'une réticence présentée comme inhérente à une crainte du *chirk billah* (impiété) à des positions soutenant la possibilité d'une connaissance profane de la vie fœtale.

Ces considérations peuvent être appuyées par d'autres fragments du discours et des pratiques de certaines de nos informatrices s'agissant de la question du sexe du fœtus. La quasi-totalité des femmes interrogées citent des procédures rituelles qui permettent d'agir sur le sexe du fœtus. Ces procédures doivent cependant être observées avant la conception.

socio-démographiques et culturels de la différenciation sexuelle, Rabat, 1998.

¹ Environ 40 ans, selon les propos du sujet, 6 enfants, non scolarisée, femme au foyer.

² L'équivalent en langue française du terme arabe *chirk* est « polythéisme ». Nous l'avons traduit par impiété, ce à quoi renvoie, nous semble-t-il, le mot *chirk* dans l'usage courant.

Car, selon nos enquêtées, à partir du moment où l'enfant à naître « tombe » dans la matrice, il n'existe aucun moyen pour agir sur son appartenance sexuelle. L'ensemble de ces moyens d'action peut-être englobé sous la catégorie des rituels de *glib al-karcb* (retournement de la matrice). Nos enquêtées citent trois méthodes déclarées comme pouvant entraîner ce retournement de la matrice :

- La femme souhaitant avoir un enfant de sexe opposé au dernier-né doit prendre le *masran* (l'intestin) d'un mouton, le retourner et l'utiliser comme ceinture pendant un certain temps.
- Pendant la période du *nfas* (aménorrhée post-partum), la *nafsa* (ou *nfiſsa*¹ : sujet en situation d'aménorrhée) doit absorber, à jeun (*'a'larriq*), du *hab archâd* (Cresson Alenois) avec du lait ou un œuf.
- Pour que le premier né d'un couple nouvellement marié soit de sexe masculin, la femme doit utiliser en guise de ceinture quelques branches de vigne.

Les procédures de retournement de la matrice que nous venons de citer sont présentées par nos informatrices avec des attitudes de réserve. Aucun sentiment d'adhésion inconditionnelle à ces croyances n'apparaît clairement dans le discours des intéressées. Les recettes de *glib al-karcb* sont décrites par une enquêtée comme étant des *kburafat* (des histoires irréelles). D'autres se retranchent, en parlant de ces recettes, derrière « *taygulu* (on dit) », « *annas taygulu* (les gens disent) ». Une enquêtée dit avoir pratiqué sans succès la formule « *hab archâd* (cresson alenois) » pour traiter une belle-fille qui n'engendre que des enfants de sexe féminin. Suivant la signification que cette enquêtée confère à son recours à « *hab archâd* », une sorte de prière de demande : « *Hab archâd* est *hab arjâ* (grains de l'espoir) » dit-elle, ce rituel relève de la magie de l'invocation.

¹ Selon A. Dialmy, ce terme, qui signifie « celle qui a une valeur », indique « une valorisation de la femme qui réussit son accouchement ». Cf. *Les rites obstétricaux au Maroc. Un enjeu politique mérinide ?*, p. 492, in. **Annales HSS**, n°3, mai-juin 1998, pp. 481-504.

VII. Vie sociale et psychologique du fœtus

Les représentations relatives aux aspects sociaux et psychologiques de la vie fœtale sont tantôt construites sur le modèle de la vie extra-utérine, tantôt déterminées par des stratégies de gestion de la relation conjugale et de manière globale, des rapports de la mère à son environnement social. Selon les enquêtées, le fœtus exerce des activités ludiques dans la matrice. Il dort, et cela, d'après une enquêtée, pendant les moments de sommeil de la mère. Le fœtus peut se fâcher et s'égayer : « tu le sens bouger par ci par là. Quand il bouge, c'est qu'il est content, on dit que cette créature femelle ou mâle joue. Elle joue dans le ventre, elle est de bonne humeur. Quand elle est calme (*ħabs*), on dit qu'elle dort ou qu'elle est fâchée » (E. 9). Sur ce plan, ses conduites subiraient les effets de l'état psychologique de la mère : « si la mère est contente, lui (i.e. le fœtus) aussi est heureux. Si elle est fâchée ou contrariée, le *tilād* ne sera pas content [...] on le voit dans ses mouvements. Il bouge. Quand il est fâché, tu ne sens pas ses mouvements. Il est *saql* (silencieux). Quand tu es contente, il bouge » (E.4).

Les liens que les femmes interrogées établissent entre état psychologique de la mère et celui de l'enfant à naître nous renvoient aux dispositifs sociaux et culturels mis en place pour gérer l'état de grossesse. En effet, cet état donne lieu à de nombreux interdits et règles de conduites parmi lesquels figure l'obligation faite au conjoint et à l'entourage de la femme enceinte - dite *wahla fi rasha* ou *ruhba* (i. e. liée) - de satisfaire ses envies et désirs. Sur ce plan, les croyances sont à la fois claires et catégoriques : *l'on est toujours béni par Dieu lorsqu'on prend soin d'une femme enceinte*¹. Tout manquement à cette règle de conduite comporte le risque d'altérer la croissance du fœtus et de l'embryon ou de provoquer

¹ Cité dans : Bourqia, R., **Femmes et fécondité**, Casablanca, Afrique Orient, 1996, p. 88.

une interruption de la grossesse. Une mauvaise gestion de la période de *luḥam* (envies) de la part du conjoint et de l'entourage de la femme laisserait ses séquelles sur la peau de l'enfant. De même, *al-kehal'a* (lit. effroi) ou *al-faḡsa* (lit. chagrin) sont perçues comme pouvant entraîner une interruption de la grossesse : « si la femme se fâche (*tatghayar*), ce n'est pas bien. Une femme enceinte ne doit pas se fâcher (*tatghayar*). Y en a qui perdent l'enfant à cause de ça lorsque l'enfant est encore dans la phase de *keḡsran* (lit. échec, non aboutissement dans le sens d'avortement) » affirme une enquêtée (E.10)¹. Ainsi, comme l'écrivait R. Bourqia, la grossesse constitue « une période où les désirs et les délires qui les accompagnent sont permis. Au-delà de cette période, la conformité aux règles se réinstalle. Période éphémère, après son passage tout rentre dans l'ordre »².

La mère forme une sorte d'écran entre le monde extra-utérin et le fœtus. Ce dernier subit les effets de l'environnement social et naturel par l'intermédiaire de sa génitrice. Nous avons vu comment les croyances font de l'état psychologique de la mère l'élément déterminant du tempérament du fœtus. Ces mêmes croyances, s'agissant des aspects magico-religieux de la vie fœtale, excluent toute influence maligne directe des agents du monde extra-utérin par le biais du *shur* (magie-sorcellerie) ou du *'ayn* (le mauvais-œil) sur l'enfant à naître. *'Ayn bnadam* (lit. l'œil des enfants d'Adam : le mauvais-œil) agit sur la mère qui transmet les conséquences néfastes de cette action à son fœtus. Nos informatrices précisent que le fœtus est « *ḥâmî rāsû û ḥamyâh ummu* (assure sa propre protection et est protégé par sa mère) ». Elles considèrent sa situation par rapport à *'ayn bnadam* selon le raisonnement contenu dans les passages suivants :

- Est-ce que le fœtus (*tilâd*) peut être victime du mauvais œil (*'ayn bnadam*) ?

¹ 37 ans, 3 enfants, non scolarisée, femme au foyer.

² Bourqia, R., op. cit., p. 90.

- Non
- Pourquoi ?
- Il n'est pas encore au monde (*danya*) pour que le mauvais œil (*al-'ayn*) le frappe. Le mauvais œil peut frapper sa mère. Lui est à l'intérieur. Sa mère peut être touchée par *al-'ayn* (mauvais œil), ça c'est vrai.
- Et pourquoi lui ne peut pas être frappé par le mauvais œil ?
- Parce qu'il est encore à l'intérieur, il n'est pas encore sorti au monde (*danya*) comment veux-tu que *al-'ayn* (le mauvais œil) le touche, il est dans son enveloppe (*jwab*).
- Comment peut-on être victime du mauvais œil ?
- Cela arrive lorsque tu regardes quelqu'un qui est beau et qui te plaît. Par exemple, quelqu'un qui dit « regardes celui-là, comme il est beau », là on dit « *'achafu u 'aynu* (*i. e.*, il l'a regardé et il lui a causé un effet de mauvais œil) ». . . Mais le fœtus qui est encore dans le ventre, comment veux-tu qu'il soit touché par le mauvais œil, c'est impossible.
- Et si la mère est touchée par le mauvais œil . . .
- Si elle est touchée . . . Tu as celle qui perd le fœtus, les gens disent qu'elle a été victime du mauvais œil. Tu as aussi celle qui accouche d'un enfant mort, pour celle-ci on dit qu'elle a été victime du mauvais œil.
- Elle doit donc faire quelque chose pour se protéger . . .
- Elle n'a rien à faire, *addiran dyal Allah* (faire appartient à Dieu). Avant, les gens avaient recours aux *sbub* (talismans), aujourd'hui on te dit d'aller consulter un médecin au premier mois puis aux troisième, sixième et neuvième.
- Les gens n'ont plus recours au *sbub* (talismans) ?
- Y en a qui le font.
- Et les plantes ?
- L'alun et le *harmal* (*peganum harmala*) c'est tout. Et après l'accouchement, tu as celles qui portent une bourse (*surra*)

constituée de *chabba* (l'alun), *harmal* (peganum harmala)¹ et une pièce d'argent. C'est ce que les gens faisaient autrefois.

- Et aujourd'hui ?
- Aujourd'hui, les gens utilisent les choses de l'or, *al-'ayn* (l'œil), *lakbmijsa* (la main de fatma), *ayat al-kursi* (sourate *al-kursi*), *al-qor'an* (le Coran).

Le *'ayn* (le mauvais-œil) agit par le regard, le fœtus n'étant pas un objet de perception visuelle se trouve de la sorte protégé contre le *'ayn bnadam* (le mauvais-œil). Le *shur* (ici, magie noire) n'agit jamais directement sur le fœtus. Dans ce domaine, on dit que le *ghumd* (ou le *jwa* : l'enveloppe fœtale) assurerait une fonction prophylactique. Mais, le *shur* peut affecter la matrice de la mère et provoquer la perte du fœtus : « *badik li katasqut* (celle qui fait l'objet d'interruptions involontaires de grossesses), elle a une matrice défaillante (*karchba zahbaqa*). Cela arrive quand la femme enjambe quelque chose (*mkbatya chi hâja*)... si jamais il lui arrive d'enjamber *dyal bâsh matawladch* (la chose qui empêche la grossesse) *Allah yastar* (que Dieu nous protège), elle doit utiliser l'alun (*a-chabba*), *kul ma darty al-kalba tamhib a-chabba* (tout ce qui est fait par la chienne, l'alun l'anéantit) ». Cet état d'immunité dont bénéficie le fœtus s'agissant du *shur* et de *'ayn bnadam* prend fin dès sa mise au monde. A partir de ce moment, la mère cesse d'être un écran entre l'enfant et le monde extérieur. L'enfant doit assumer sa condition de cible privilégiée des manœuvres de sorcellerie. Dès lors, il est perçu comme étant hyper-vulnérable aux agissements néfastes d'agents humains et non humains. Cette croyance donne lieu à de nombreuses pratiques à finalité

¹ Selon M. Akhmisse, « le harmel est employé comme produit magico-sorcellaire. Dans la médecine positive, il est antispasmodique et antihelminthique [...] [L'alun] c'est un mélange de sulfate d'aluminium et de potassium cristallisé. C'est un astringent utilisé comme hémostatique : hémorragie dentaire, plaie d'hémorroïde. L'alun entre dans des préparations pour le rinçage de bouche après un arrachage de dent. L'alun fondu donne des formes géométriques bizarres qui permettent au *fkib* d'y lire l'avenir. Il est utilisé dans des fumigations pour chasser les mauvais génies ». Cf., **Médecine, magie et sorcellerie au Maroc**, Casablanca, BENIMED, 1985.

prophylactique accomplies par la mère et les proches de l'enfant comme le port d'une bourse talismanique (*surra*)¹ par la mère et le nourrisson ou *lakhmisa* (« main de fatma ») - censée renvoyer à sa source le courant d'influence maligne émanant de l'œil² - que l'on accroche à l'enfant.

VIII. Les discours sur le *`aql* (l'esprit), la *ruh* (l'âme) et le devenir du *khasr* (l'avorté)

Selon des représentations culturelles largement diffusées dans la société marocaine, trois principes participent à la constitution de la personne humaine : *a-ruh* (l'âme), *al-`aql* (la raison) et *al-jasad* (corps). L'élément *ruh* représente le principe vital par excellence. La raison ou l'esprit (*al-`aql*) est le siège de la pensée. Elle occupe la partie supérieure du corps illustrée dans le discours social par la tête, et représente ce qui, du point de vue de la théorie locale du vivant, différencie l'humain de l'animal, le premier étant dit doué de *`aql* à la différence du second qui est déclaré dépourvu de cette compétence. Sa « sortie » (*khuruj*) du corps entraînerait le passage de l'individu à l'état d'animalité. Le troisième élément constitutif d'une personne est le corps : c'est la demeure de la *ruh* (l'âme) et du *`aql* (raison). Le corps est de nature matérielle. A ce titre,

¹ Selon les indications rapportées par une mère, cette bourse talismanique se constitue d'alun (*chabba*), de peganum harmala (*harmal*), de sel et d'argent que l'on accroche dans la main droite de l'enfant ainsi que dans celle de la mère pendant les quarante jours de réclusion rituelle (*infra*). La bourse talismanique est censée protéger l'enfant contre *a-surra*, trouble qui se manifeste, selon notre informatrice, par une déformation de la tête de l'enfant. On pense que ceci intervient suite à un contact entre la mère, l'enfant et une personne (selon le discours courant, une femme) qui porte un produit magico-sorcellaire (*jadwal*, des « pierres parlantes », *dam al-maghdûr* [lit. le sang du trahi], etc.). Les « pierres parlantes » - celles-ci ressembleraient aux pierres ordinaires mais seuls certains initiés peuvent les reconnaître affirme notre informatrice - et *dam al-maghdûr* sont déclarés hyper-dangeureux, les deux substances sont censées « voler la vie » au nouveau-né. Selon T. Adouhane, certaines maladies chez le nouveau-nés sont attribuées à des bourses talismaniques portées par des femmes pour conquérir une personne désirée. Le trouble est désigné par le nom de la bourse qui l'a « causé ». Cf. à ce propos, Adouhane, T., *L'enfant médusé : note de recherche ethnopsychiatrique*, in. **Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie**, 13, 1989, pp. 183-204.

² Westermarck, E., *Survivances païennes dans la civilisation mahométaine*, Paris, Payot, 1935, tr. fr.

il est éphémère (*fâni*). Le *`aql* (la raison) est un élément d'esprit. Son acquisition est progressive. Il suivrait le sort du corps que ce soit sur le plan du développement ou au niveau du destin post-mortem. Quant au *ruh*, elle est à l'instar du *`aql* de nature spirituelle avec une différence capitale. Car, l'élément « *ruh* », constitue la partie immortelle de la personne alors que le *`aql* cesse ses activités avec la mort de l'être. La « sortie » du *ruh* du corps provoque la fin de la vie d'ici bas (*al-hayat a-ddunya*) et amorce le passage à une autre forme d'existence.

Pour les femmes interrogées, le fœtus ne dispose guère de *`aql* (raison) : « qu'est-ce qu'il connaît le pauvre (*'âch 'arf maskin*) pour qu'il soit en mesure de raisonner (*bâch i`qal*) » (E.3) dit l'une de nos informatrices. Seule une enquêtée affirme que le fœtus détient au moins le noyau de ce qui va constituer son *`aql* (raison) après sa mise au monde : « si Dieu l'a conçu comme un *bnadam* (lit. enfant d'Adam), c'est qu'il l'a doté d'un *`aql* (raison). C'est un *bnadam* (un humain). Dieu l'a créé comme ça. Il l'a créé avec un âme et... pas un *`aql* (raison) comme nous, mais... » (E.4).

Les femmes consultées considèrent que la question de la *ruh* relève de Dieu. C'est Lui qui crée, qui dote ses créatures de *ruh* et qui décide du moment du retour de son « dépôt » (*'amana*). Cependant si le *tilâd* commence le processus de sa formation en effectuant un passage de l'état liquide à l'état solide (*ma* qui devient *habra*), la *ruh* intervient-elle au cours de cette évolution ou son acquisition s'effectue-t-elle indépendamment de cette évolution matérielle ?

A cette interrogation très déconcertante, nos interlocutrices disent : « Il n'y a que Dieu qui est au courant de cela. Moi je ne peux rien te dire. *Allah allî kaya`lam a`la dakchchi* (Dieu est le seul à connaître ces choses) » (E.4). Ce refus de se prononcer sur ce qui est considéré comme étant le mystère de la création va de pair avec une représentation assez floue s'agissant de l'intervention du principe vital qui est la *ruh* dans l'organisme de l'embryon et du fœtus. Ainsi, les discours recueillis autour

du thème du devenir d'un *tilâd* avorté, laissent penser que, du point de vue des enquêtées, l'acquisition de la *ruh* comme la considération du fœtus en tant que *bnadam*, se déroulent de manière progressive. Elles suivraient l'évolution physique du fœtus. Un *tilâd* avorté avant trois mois « part [tout simplement] dans les égouts » affirme l'une de nos enquêtées. Une autre dit qu'à cette étape, l'embryon ne dispose pas totalement de *ruh* : « [à l'avortement] le *tilâd* se perd, il tombe, il devient du sang. Quand il a trois mois, il est *habra* (chair) dans laquelle Dieu est en train d'implanter *a-rruh* [l'âme] (*tayzra'fih a-rruh*). S'il tombe alors qu'il est très jeune, on le voit même pas, il part avec le sang ». Ce que confirment les passages suivants :

- « [à ce stade] il est à l'état de sang, il ressemble à une boulette, il n'est pas encore perceptible. J'ai une fille qui a eu une interruption de grossesse, elle était dans son deuxième mois, la chose n'était pas encore totalement formée (*dakchchi makamalch*), je l'ai pris entre mes mains, ce n'était que du sang. Tu le jettes dans les toilettes ou tu l'enterres.
- Les gens l'enterrent ?
- Oui, certains l'enterrent mais pas dans un cimetière, juste près de la maison.
- A ce moment, il n'a pas de *ruh* (âme) ?
- Moi je n'ai pas vu de *ruh* (âme).
- Il ne rejoint pas le ciel, il reste sur terre...
- C'est tout. Oui c'est pour cela que je t'ai dit qu'à deux mois, quand c'est une fille, elle ne bouge pas » (E.5).

Il semble donc qu'il existe des liens étroits entre le développement physique du fœtus et le mode de sa représentation. Un embryon avorté pendant les premiers mois de sa formation n'est pas totalement considéré comme un être humain. Il est désigné par des expressions comme « *dakchchi* : (cette chose) ». Ces premiers mois correspondent à ce que nos enquêtées appellent la phase du *kbusrân* (le non aboutissement,

l'échec). En se référant à ce mode de classement des étapes de la vie intra-utérine, nos interlocutrices distinguent les *tilâd dyal al-kebsrân* (ceux qui sont encore sujets d'avortement) de ceux qui ont traversé cette phase. Les sages-femmes rapportent que les patientes utilisent les terme *mcha*, *kebsar* ou *tâh* pour évoquer le destin d'un embryon après une interruption involontaire de la grossesse. Elles n'utilisent jamais le terme *mât* (décédé) qui sert d'habitude à désigner la cessation de la vie après la formation du fœtus. Cependant, à partir du sixième et septième mois, cette représentation subit des modifications profondes. L'enfant à naître se voit considéré, plus ou moins ouvertement, comme un *bnadam* (un être humain) : « s'il se forme et si les gens le voient... A sept mois, ils considèrent que c'est un... parce qu'ils savent que *sba'î* (un fœtus de sept mois) vit [lorsque celui-ci à un problème], la mère considère qu'il est *mazyyan* (réussi), *mât liha atarbiya taqdar tanfa' fi lakbra* (son fœtus est mort, il peut lui être bénéfique dans l'au-delà) comme on dit » constate une autre sage-femme.

Il convient de remarquer qu'il s'agit ici de représentations générales s'agissant du statut du fœtus (une personne, un être humain, etc.). Ces représentations peuvent subir les effets de considérations d'ordre psychologique, social et démographique. Il s'ensuit que les modalités de perception d'une interruption involontaire de la grossesse peuvent varier en fonction de la taille de la progéniture, ou du nombre des naissances et des enfants vivants, de l'âge de l'embryon et du fœtus, de l'état psychologique de la mère ou des deux parents et enfin des attentes sociales. Une femme ayant conduit à terme plusieurs grossesses et disposant d'une descendance perçue comme nombreuse aurait tendance à considérer le fœtus perdu comme un être ou quelque chose d'indéfinissable qui n'a pas abouti. Une autre femme qui ne cesse de faire l'objet d'interruptions involontaires de grossesse serait amenée, dans une réaction vis-à-vis d'un environnement social qui remet en cause le « fondement de sa féminité », *i.e.* sa fécondité et sa capacité à donner des

enfants, à considérer son fœtus perdu comme une personne ou un être « complet » (*i.e.* disposant de tous les attributs et les qualités de l'être humain vivant).

Le sort réservé à un enfant mort en bas âge ainsi que certains rituels et pratiques relatifs à la naissance permettent d'apporter d'autres éléments d'éclaircissements quant au statut qui est assigné au fœtus (un être à part entière, un humain jouissant pleinement de cette qualité).

Pour ce qui concerne le traitement social d'un décès intervenant en bas âge, certaines représentations, encore vivaces dans la société marocaine, ont tendance à minimiser un tel événement en insistant sur les compensations que cela procure à l'enfant et à sa mère dans l'Au-delà. L'on considère que le destin post-mortem d'un nourrisson est similaire à celui des anges. Son bref séjour parmi les humains lui permet de rejoindre son Créateur dans un état de pureté originelle (*i.e.* avant que l'âme ne soit souillée par les péchés que les humains commettent durant leur séjour terrestre). La formule « *hadak 'â malâ'ika* » (ce n'est qu'un ange) utilisée pour parler d'un nourrisson est encore d'usage dans la société marocaine. Elle corrobore cette représentation décrite à propos du devenir post-mortem du nouveau-né. Selon d'autres croyances, l'enfant mort en bas âge se transforme en *lmama* (une colombe) qui demeurera au Paradis. Cet enfant disposerait même d'un pouvoir de *chafa'a* (intercession, médiation) entre sa mère et Dieu. Selon une autre version de ces croyances, les nourrissons décédés sont « *'ulidât a-janna* » (enfants du Paradis). Ils sont considérés comme une « *sadaqa* » (aumône) au même titre qu'une oblation expiatoire. Cette façon de considérer le devenir du nouveau-né après la mort va de pair avec des funérailles abrégées et des conduites de chagrin limitées dans le temps comme dans leurs manifestations, en comparaison avec celles réservées au décès de personnes plus âgées.

Les éléments que nous venons de soulever s'agissant du statut du nouveau-né tel qu'il apparaît dans les représentations relatives à la mort

permettent de dire que durant les premiers mois de la vie, l'enfant est maintenu dans une position d'extériorité vis-à-vis du monde des humains. Sa condition de *bnadam* (lit. « enfant d'Adam », *i. e.* être humain) en voie de se faire ayant caractérisé sa perception pendant la vie prénatale continue à commander sa représentation sociale après la naissance. Le nouveau-né n'est pas complètement un *bnadam*. Il ressemble à un *mala'ika* (un ange) et, en cas de décès, il peut effectuer un passage à l'espèce des *mala'ika* ou se métamorphoser en colombe du Paradis. De même, il ne constitue nullement une personne complète comme l'atteste le type de funérailles qui lui est réservé en cas de décès.

S'agissant à présent du second aspect, *i.e.* le statut de l'enfant tel qu'il apparaît dans certains rituels et pratiques relatifs à la naissance, les rites célébrés autour du nouveau-né dénotent une sorte de rapprochement entre ce dernier et le monde non humain. Après une phase d'anonymat ou de silence s'agissant du prénom de l'enfant, l'amorce de son intégration dans le monde social, donc sa dénomination, n'est socialement entérinée qu'au terme d'un sacrifice sanglant (*dbiha*) observé en principe au septième jour de la naissance (rite du *sbû'* ou *sab*⁸). Certaines pratiques prévoient une période de réclusion rituelle de quarante jours pendant laquelle tout accès du nouveau-né aux espaces extra-domestiques aurait des conséquences désastreuses sur lui. De même, la représentation selon laquelle le nouveau-né constitue la cible préférée de l'action funeste d'agents non humains, comme les djinns (*supra*), évoque un état de maniabilité et de fragilité extrême de l'enfant (*taykoun maskin bâqî d'if bazzaf* [le pauvre est encore trop faible] disait l'une de nos informatrices pour décrire la situation du nourrisson par rapport à la magie-sorcellerie), état peut précipiter son retour à sa demeure initiale : le monde du *ghayb*. Ainsi, les représentations relatives à la mort comme

les rituels de la naissance, donnent une connotation quasi-universelle à ce thème de « la proximité du nouveau-né avec le monde non humain »¹.

Synthèse et discussion

Au moyen d'une mini-enquête réalisée à Rabat-Salé auprès de femmes et du personnel para-médical d'une maternité publique, cette étude a tenté d'éclairer certaines zones des représentations en rapport avec la grossesse et l'enfantement. Notre objectif consistait à restituer quelques contenus des représentations relatives à la conception et au développement de l'embryon et du fœtus, et d'identifier les logiques sociales et culturelles qui motivent et structurent ces représentations. La durée de l'enquête, le mode de son déroulement, le nombre réduit de personnes interrogées donnent un caractère provisoire aux informations, commentaires et conclusions ici présentées. Mais ils peuvent constituer la base d'un travail plus affiné quant aux diverses modalités de perception du fœtal en vigueur dans notre société.

Les résultats de l'enquête ont été présentés suivant six axes thématiques : la conception, la connaissance de l'environnement utérin, la croissance de l'embryon et du fœtus, les modes d'accomplissement des fonctions vitales chez ceux-ci, l'acquisition du sexe biologique et ses

¹ Selon N. Belmont, ce thème occupe « une place majeure dans les représentations qu'on se fait du nourrisson, lequel est souvent regardé comme n'étant « pas tout à fait humain » tant que les rituels consécutifs à la naissance ne l'ont pas intégré définitivement au groupe ». Cf. Sindzingre, N. et Belmont, N., op. cit. Pour une bibliographie à propos de la vie fœtale et de la naissance, cf. outre les références citées : Belmont, N., *Conception, grossesse et accouchement dans les sociétés non occidentales*, in. **Confrontation psychiatriques**, 16, 1978, pp. 285-305 ; Belmont, N., **Les signes de la naissance**, Brionne, Gérard Montfort, 1983 ; Garnet, M., *Le dépôt de l'enfant sur le sol. Rites anciennes et ordales mythiques*, in. **Revue archéologique**, XIV, 1922, pp. 305-361 ; Menget, P., *Temps à naître, temps d'être : la couvade*, in. **La fonction symbolique**, Paris, Gallimard, 1979, pp. 245-264 ; Lallemand, S., *Le bébé-ancêtre mossi*, in. **Système des signes**, Paris, Hermann, 1978, pp. 307-316 ; Lallemand, S., *L'enfant dédoublé*, in. **Nouvelle Revue de Psychanalyse**, 19, 1979, pp. 211-228 ; Rank, O., (1909), **Le mythe de la naissance du héros**, Paris, Payot, 1983 ; Saladin d'Anglure, B., *Violences et enfantements inuit ou les nœuds de la vie dans le fil du temps*, in. **Anthropologie et société**, 4 (2), 1980, pp. 65-99.

indices, l'activité sociale et psychologique du fœtus et enfin d'autres questions en rapport avec le statut assigné à l'enfant à naître, comme l'acquisition de l'âme, de la raison et le devenir « post-mortem » de l'embryon et du fœtus.

Dans le premier axe, nous avons vu que la conception est définie comme étant le fait d'une volonté surhumaine. S'agissant des conditions matérielles de sa réalisation, l'on cite, outre le procédé classique que représente la copulation, le *tachrab* (lit. absorption, *i.e.* infiltration du sperme dans l'organe génital féminin suite à une exposition accidentelle ou à un rapport sexuel sans pénétration) - procédure toutefois peu fiable aux yeux des enquêtées - et la qualité de la semence mâle.

Dans le second axe, nous avons vu comment les savoirs se rapportant à l'environnement fœtal se déploient comme s'ils émanaient uniquement de l'expérience immédiate de l'accouchement. Ceci est sans doute dû à la situation des enquêtées du point de vue scolarisation (la majorité n'a jamais été à l'école). Nous avons également repéré une parenté entre le mode de désignation du placenta (*lkbut, lakhwatat* : frères, sœurs) par nos enquêtées et des représentations relevées dans d'autres sociétés, notamment africaines, où le placenta est perçu comme étant le frère ou le jumeau de l'enfant.

Dans le troisième axe, l'on apprend que le développement physique de l'enfant à naître est perçu comme étant un processus à trois phases : un passage de l'état liquide à l'état solide suivi d'un début du processus d'individuation et d'apparition des mouvements annonciateurs de la vitalité fœtale et enfin, un achèvement de ce processus d'individuation accompagné d'une intensification des mouvements fœtaux.

Dans un quatrième axe qui porte sur la perception que l'on se fait des modalités d'accomplissement des fonctions vitales chez le fœtus, les femmes, tout en admettant le fait que celui-ci respire, ignorent le mode

de déroulement de cette opération qualifiée de « *'amr Allah* » (chose de Dieu). En revanche, les mécanismes de l'alimentation du fœtus ne semblent pas globalement leur échapper.

Le cinquième axe, relatif au sexe biologique de l'enfant à naître, indique que l'acquisition de l'identité bio-sexuelle est considérée comme une donnée antérieure au déclenchement matériel de la grossesse. Cette acquisition se fait par décision divine qui agit sur la semence mâle ou s'effectue selon des procédures indéfinissables qui relèvent du domaine divin. L'accès à la connaissance du sexe du fœtus comme le contrôle de ce sexe, définis comme des compétences divines, sont à la portée des humains grâce à certaines techniques appartenant au domaine magico-religieux (rituels de retournement de la matrice : *glib al-karch*), à la médecine dite des arabes (par exemple, interprétation des signes annonciateurs du sexe du fœtus par une *qabla*) et à la médecine positive (échographie obstétricale).

Le sixième axe montre comment la perception des aspects psychologiques et sociaux de la vie fœtale est tantôt construite sur le mode de la vie extra-utérine, tantôt déterminée par des impératifs sociaux. Les analyses contenues dans cet axe montrent que contrairement à ce qui se produit dans des sociétés occidentales hautement médicalisées (autonomie du fœtus et dissociation entre celui-ci et sa mère), la situation dans notre société semble se présenter sous un aspect différent. Le fœtus et la mère constituent une entité indivisible (interdépendance entre le fœtus et la mère sur les plans symboliques et matériels).

Enfin, il ressort du dernier axe de cette étude que du point de vue de nos enquêtées l'acquisition de l'âme comme la considération du fœtus en tant que *bnadam* (être humain) se déroulent de manière progressive et suivent l'évolution physique de l'enfant à naître. Un embryon avorté n'est pas totalement considéré comme un être humain. A partir du sixième et septième mois, le fœtus se voit considéré plus au moins

ouvertement comme un être humain. Cette façon, très générale, de se représenter le fœtus et l'embryon peut subir les effets de considérations démographiques, psychologiques et sociales, ce qui peut entraîner des variations dans le mode de perception du fœtus en fonction des situations concrètes rencontrées.

À présent, qu'est ce qui motive ces représentations que nous venons d'énumérer ?

Les éléments empiriques ici présentés permettent d'isoler au moins trois logiques qui fondent les représentations relatives au fœtal. L'une puise ses fondements dans une rationalité magico-religieuse au sens large du terme. L'autre s'appuie sur une causalité naturaliste. Une troisième logique, que nous appelons sociale, est liée aux calculs des acteurs, *i.e.* à des stratégies de gestion d'une condition sociale. Bien entendu, les distinctions que nous venons de faire sont analytiques. Dans la réalité, ces logiques se mélangent et s'interfèrent ou se succèdent dans une même séquence discursive.

La rationalité magico-religieuse apparaît sous une forme passive (pour ne pas dire fataliste) et soucieuse du respect des principes de la foi. Les formules présidant les parcelles du discours citées plus haut comme « *dakchchi dyal Allah, mâchê dyalna hna* », « *dakchchi tsakhir Allah* » ou encore certaines préalables rappelées à plusieurs reprises pour souligner la cause première des choses, se déploient conformément à cet impératif de soumission à la Volonté divine. Cette rationalité magico-religieuse apparaît également sous une forme positive. Ici, vouloir disposer d'un contrôle concret, ou du moins participer à ce contrôle, s'agissant du fœtal et de la procréation en général prend le pas sur l'attitude pieuse et passive qu'aime exhiber les informatrices. C'est la connotation que donne par exemple le recours à la magie de l'invocation pour « retourner » la matrice.

La seconde logique qui structure les représentations du fœtal donne lieu à une démarche empirique et matérialiste dans l'appréhension de la conception et de la vie intra-utérine. La théorie des semences exposée plus haut, où l'on établit un lien entre le sexe du fœtus, la réussite d'une conception et certaines caractéristiques biologiques du sperme du père, illustre bien cette démarche. De même, les indices physiques présentés comme annocateurs du sexe du fœtus peuvent être appréhendés comme des manifestations de cette pensée matérialiste.

Les représentations relatives au fœtal restent également motivées par d'autres considérations en rapport avec la condition des sujets et les contraintes de l'environnement social. A ce propos, nous avons vu comment l'interdépendance faite entre état de la mère et celui du fœtus s'explique en partie par le statut social et culturel assigné au féminin. Les femmes interrogées insistent sur le fait que toute défaillance dans la gestion de la période de *luham* « les envies » comme toute exposition de la femme enceinte à des situations inconfortables nuisent à la santé du fœtus ou conduisent carrément à une interruption de la grossesse. Elles reconduisent volontiers les croyances suggérant un traitement exceptionnel de la femme enceinte. Ce qui s'apparenterait, compte tenu de la condition de la femme et de la valeur culturellement conférée à la procréation, à une instrumentalisation de l'événement de la grossesse pour des fins de réhabilitation sociale.

Comment les logiques présentées s'ordonnent-elles dans le discours des enquêtées ?

Dans le discours des femmes consultées, le religieux apparaît comme étant la référence centrale en matière de procréation. Tous les aspects de la situation du fœtus soumis à l'appréciation des enquêtées (conception, sexe du fœtus, développement physique de celui-ci, etc.) sont d'entrée regardés comme les manifestations d'une volonté surhumaine. Toutefois, cette centralité de la référence religieuse a ses limites. Les discours produits autour des thèmes « sexe du fœtus » et

« manifestations de la vitalité fœtale » ont montré comment le point de vue des enquêtées évolue d'une position faisant de la connaissance et du contrôle du sexe du fœtus une compétence divine à une autre soutenant ou laissant entendre la possibilité d'une action profane en la matière. Ce même changement d'attitude a été repéré à propos d'autres questions plus délicates (cf. la représentation de l'âme). De même, les propos recueillis sur l'alimentation et la respiration fœtales montrent que le religieux intervient lorsque les enquêtées ressentent des lacunes au niveau de leurs connaissances. En somme, le religieux, tout en encadrant le discours sur le fœtal, cède la place à des idées issues de registres à conceptions de causalité différentes de celle qui le fonde. Ce qui suggère, lors de l'élaboration d'un programme d'action en matière de santé reproductive, une réévaluation du rôle traditionnellement assigné au « facteur culturel ».

Références bibliographiques

1. Adouhane, T., *L'enfant médusé : note de recherche ethnopsychiatrique*, in. **Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie**, 13, 1989, pp. 183-204.
2. Akhmisse, M., **Médecine, magie et sorcellerie au Maroc**, Casablanca, BENIMED, 1985.
3. Belmont, N., *Naissance*, in. Bonte, P., Izard, et al. (dir.), **Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie**, Paris, PUF, 1991.
4. Bourqia, R., **Femmes et fécondité**, Casablanca, Afrique Orient, 1996.
5. Bourrilly, J., **Eléments d'ethnographie marocaine**, Paris, Librairie coloniale et orientaliste, Larose, 1932.
6. Chaouite, A., *Croyances et représentations de la naissance en milieu marocain d'hier et d'aujourd'hui*, in. Dernouny, M. et Chaouite, A. (dir.), **Enfances maghrébines**, Casablanca, Afrique Orient, 1987, pp. 9-39.
7. Chattou, Z., *Conception d'enfants et puissances invisibles : un cas symbolique. Cas de la société des Bni Iznacen (nord-ouest du Maroc)*, in. **Les cahiers de l'IREMAM**, 9/10, Aix-en-Provence, 1997, pp. 163-170.
8. CERED, **Genre et développement : aspects socio-démographiques et culturels de la différenciation sexuelle**, Rabat, 1998.
9. Dialmy, A., *Les rites obstétricaux au Maroc. Un enjeu politique méridien ?*, in. **Annales HSS**, n°3, mai-juin 1998, pp. 481-504.
10. Fellous, M., **La première image. Enquête sur l'échographie obstétricale**, Paris, Nathan, 1991.
11. Klein, C. et Voss, A., *Le corps en mosaïque : l'atomisation de la femme enceinte dans les discours postmodernes*, in. **Recherches sociologiques**, 1998/1, pp. 87-103.

12. Sindzingre, N. et Belmont, N., *Naissance (Anthropologie)*, in. **Encyclopædia Universalis**, Corpus 15, Paris, 1995.
13. Thomas, L. V., *Les sociétés devant la mort*, in. **Encyclopædia Universalis**, Corpus 11, Paris, 1995.
14. Van Gennep, A., **Les rites de passage**, (1909), Paris, A. et J. Picard, 1981.
15. Westermarck, E., **Survivances païennes dans la civilisation mahométaine**, Paris, Payot, 1935, tr. fr.
16. Zirari, H., **Quête et enjeux de la maternité au Maroc : étude ethnoculinaire**. Thèse de doctorat Nouveau Régime en Anthropologie sociale et ethnologie, E.H.E.S.S., Paris, 1993.

Bibliographie complémentaire

1. Belmont, N., *Conception, grossesse et accouchement dans les sociétés non occidentales*, in. **Confrontation psychiatriques**, 16, 1978, pp. 285-305.
2. Belmont, N., **Les signes de la naissance**, Brionne, Gérard Montfort, 1983.
3. Garnet, M., *Le dépôt de l'enfant sur le sol. Rites anciennes et ordalies mythiques*, in. **Revue archéologique**, XIV, 1922, pp. 305-361.
4. Lallemand, S., *L'enfant dédoublé*, in. **Nouvelle Revue de Psychanalyse**, 19, 1979, pp. 211-228.
5. Lallemand, S., *Le bébé-ancêtre mossi*, in. **Système des signes**, Paris, Hermann, 1978, pp. 307-316.
6. Menget, P., *Temps à naître, temps d'être : la couvade*, in. Izard, M. et Smith (dir.), **La fonction symbolique**, Paris, Gallimard, 1979, pp. 245-264.
7. Rank, O., (1909), **Le mythe de la naissance du héros**, Paris, Payot, 1983.
8. Saladin d'Anglure, B., *Violences et enfantements inuit ou les nauds de la vie dans le fil du temps*, in. **Anthropologie et société**, 4 (2), 1980, pp. 65-99.

Transcription des mots arabes

.	attaque vocalique	ء
<i>b</i>	b français	ب
<i>t</i>	t français	ت
<i>th</i>	th anglais de thing, prononcé t en marocain	ت
<i>j</i>	j français	ج
<i>h</i>	h fortement aspiré	ح
<i>kh</i>	jota espagnole	خ
<i>d</i>	d français	د
<i>dh</i>	th anglais de wather, prononcé d en marocain	ذ
<i>r</i>	r roulé	ر
<i>z</i>	z français de "zèbre "	ز
<i>s</i>	s français de "son"	س
<i>ch</i>	ch français	ش
<i>ṣ</i>	s emphatique	ص
<i>ḍ</i>	d emphatique	ض
<i>ṭ</i>	t emphatique	ط
<i>ẓ</i>	z emphatique, prononcé ḍ en marocain	ظ
'	contraction gutturale sonore	ع
<i>gh</i>	r grasseyé	ع
<i>f</i>	f français	ف
<i>q</i>	k prononcé au fond de la gorge*	ق
<i>k</i>	k français	ك
<i>l</i>	l français	ل
<i>m</i>	m français	م
<i>n</i>	n français	ن
<i>h</i>	h aspiré comme un souffle	هـ
<i>w</i>	w anglais de weather	و
<i>y</i>	y français de yole	ي
voyelles brèves		
<i>a</i>		
<i>i</i>		
<i>u</i>	ou français	
voyelles longues		
<i>â</i>		آ
<i>î</i>		إي
<i>û</i>		أ
<i>al-</i>		(فتحة)
<i>a-</i>		(كسرة)

