

Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997



Ligue des Etats arabes



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Direction de la planification et des ressources financières-DPE
Service des études et de l'information sanitaire



PAPCHILD

Projet arabe pour la promotion de l'enfance

TABLE DES MATIERES

Liste des tableaux
Liste des graphiques
Sigles et abréviations
Préface
Remerciements
Résumé
Carte du Maroc
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU PAYS
<i>Par Mr Mustapha Azelmat</i>
CHAPITRE 2 : CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES ENQUETES
<i>Par Mr. Mohamed Laaziri</i>
CHAPITRE 3 : MORTALITE INFANTILE
<i>Par Dr. M'hamed Ouakrim</i>
CHAPITRE 4 : ALLAITEMENT MATERNEL ET NUTRITION
<i>Par Dr. Abdelouahab Zerrari et Dr. Hamid Chekli</i>
CHAPITRE 5: VACCINATION ET SANTE DE L'ENFANT
Par Dr. Abdelouahab Zerrari , Dr. Hamid Chekli
CHAPITRE 6 : MORTALITE MATERNELLE
<i>Par Mr Abdellatif Lfarakh</i>
CHAPITRE 7 : SANTE REPRODUCTIVE
<i>Par Dr. Ahmed Abdelmonaim et Dr. Ahmed Laabid</i>
CHAPITRE 8: MALADIES CHRONIQUES
<i>Par Pr. Fatine Ben Said</i>
CHAPITRE 9 : MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA
<i>Par Dr. Jaouad Mahjour et Dr Ahmed Zidouh</i>
CHAPITRE 10: FECONDITE
Par Dr. Mohamed Ayad

CHAPITRE 11 : NUPTIALITE

Mr. Ahmed Nouijai et Abdellatif Lfarakh

CHAPITRE 12 : PLANIFICATION FAMILIALE

Par Mr El Arbi Housni

CHAPITRE 13 : PREFERENCE EN MATIERE DE FECONDITE

Par Mr. Abdelaziz Zguiouer

REFERENCES

ANNEXES

CHAPITRE 1

PRESENTATION DU PAYS

Mr Mustapha Azelmat¹

1.1 MILIEU NATUREL

1.1.1 Relief

Le Maroc est situé entre la Méditerranée et l'Atlantique (entre le 21° et le 36 ° de latitude Nord). Pays du soleil couchant, "Al-Maghrib Al Aqça," avec une superficie de 710 850 km², constitue une zone de passage Nord-Sud par le détroit de Gibraltar; il appartient à la fois au monde méditerranéen et au monde saharien.

Son littoral de plus de 3 000 km est bordé de plaines basses ou de plateaux, alors que sa façade méditerranéenne longue de plus de 450 km, est plus étroite et constitue une zone bordée de montagnes difficilement franchissables.

Selon leur relief et leur situation géographique, on peut distinguer les six régions principales suivantes:

La plaine de la côte atlantique: C'est la région la plus fertile et la mieux arrosée du pays.

La Meseta: Située au Centre-Ouest, cette région a une altitude de 300 m en environ au dessus du niveau de la mer. La bordure Nord-Ouest est bien arrosée ce qui permet de bonnes productions de céréales, de vignes et de cultures très variées.

Les chaînes de l'Atlas: Elles forment le Haut-Atlas et l'Anti-Atlas, séparant le Nord-Ouest du Sud-Est, caractérisée par deux climats (humide et désertique). Le versant ouest, généralement bien arrosé, est boisé: on peut y cultiver céréales, olives, fruits. L'autre versant est sec et nu et les parties les plus élevées sont couvertes de neige en hiver. Le Moyen-Atlas offre des pâturages de bonne qualité. Le Rif au Nord est parallèle à la côté méditerranéenne, et quoique moins arrosé que le Moyen-Atlas, il est boisé mais moins propice à une agriculture de grande étendue.

Le Sud-Est et le Sud désertique: C'est une région essentiellement constituée d'oasis et de palmeraies d'une part, et en grande partie du Sahara, jusqu'à la frontière avec la Mauritanie d'autre part.

Le plateau oriental: Il est situé entre le Haut et le Moyen-Atlas et entre la vallée de la Moulouya à l'Ouest, et la frontière algérienne à l'Est. Ce plateau est riche en mines.

Les plaines et les collines: Elles couvrent les zones du Souss au Sud-Ouest, du Gharb au Nord et de la vallée de la Moulouya au Nord-Est, et constituent les meilleures terres cultivables du pays.

1.1.2 Climat

Le Maroc possède un climat méditerranéen tempéré par l'Atlantique, à la fois contrasté et nuancé.

¹ Statisticien à la Direction de la Planification et des Ressources Financières, Ministère de la santé

La présence, à la fois, de la mer, du Sahara et de hautes montagnes, donnent au Maroc un climat très diversifié.

C'est ainsi que l'on peut distinguer trois zones climatiques: La zone atlantique, la zone des montagnes et la zone orientale.

1.2 MILIEU HUMAIN

La population du Maroc est constituée des grands groupes humains suivants:

- Les Berbères, qui constituent le groupe le plus important; ils vivent en majorité dans les régions montagneuses du Rif (les Rifains), du Moyen et Haut Atlas (Les Amazighenes) et de l'Anti-Atlas (les Tachelhites ou Souassas);
- Les Arabes qui sont installés, en général, dans les plaines intérieures et côtières;
- Les Sahraouis qui vivent au Sahara marocain.

La population marocaine est estimée à plus de 27 millions d'habitants en 1997. La répartition spatiale est très inégale: les deux régions économiques du Grand Casablanca et du Rabat-Salé-Zemmour-Zaër abritent la moitié de la population.

Les enquêtes menées par le Ministère de la Santé Publique et par le Ministère du Plan, ont permis une meilleure connaissance de notre situation démographique actuelle.

Natalité: Il ressort du Tableau 1.1 qu'il y a une diminution assez nette du taux de natalité au Maroc: de 53 pour mille en 1960, le taux de natalité a baissé à 23,6 pour mille pour la période 1996-97, soit une diminution de 55 pour cent au cours d'une période de 37 ans. Quant au taux d'accroissement démographique qui était de 2,8 pour cent durant la période 1971-1982, il a connu également une baisse relativement importante au cours des dix dernières années: en 1996-1997, ce taux est estimé à 1,71 pour cent (Tableau 1.2).

Tableau 1.2 Evolution du taux D'accroissement démographique

Evolution de l'accroissement démographique de 1925 à 1997, Maroc.

Période d'accroissement	Taux d'accroissement démographique annuel moyen intercensitaire en %
1925-1952	1,8
1952-1960	3,5
1960-1971	2,6
1971-1982	2,76
1982-1987	2,53
1987-1988	2,34
1988-1989	2,28
1989-1990	2,22
1990-1991	2,15
1991-1992	2,08
1996-1997*	1,71

Source: Centre d'étude et de Recherche Démographique., Tendances Démographiques.1992.
*Direction de la Statistique. 1998.

Tableau 1.1 Evolution du taux de natalité

Evolution de 1955 à 1997 du taux de natalité (0/00) du Maroc selon les sources D'information, Maroc

Sources d'information et année	Taux de Natalité (pour mille)
Recensement, 1960 période 1955-60	52-53
Enquête à Objectifs multiples, 1962	46,1
Enquête Nationale de Fécondité et de Planification Familiale, 1979-1980	41,0
Enquête Démographique à Passages Répétés, 1986-88	31,6
Enquête nationale sur la population et la santé, 1992	29,2
Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant.1997	23,6

Mortalité: S'il est vrai que la mesure du niveau de mortalité reste encore un problème pour les pays en Développement, les études menées ces dernières années par le Ministère de la Santé Publique et le Ministère du Plan, ont néanmoins permis d'avoir une connaissance assez claire sur la mortalité en général et de la mortalité infanto-juvénile en particulier.

Les données suivantes permettent de conclure à une baisse notable de la mortalité générale:

- 30 à 40 pour mille pour la période 1930-1940;
- 19 pour mille en 1962;
- 15 pour mille pour la période 1971-1982;
- 8 pour mille en 1992 ;
- 6,5 pour mille en 1996-1997.

Pour ce qui est de la mortalité infanto-juvénile, les données fournies par l'Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale (ENFPF) de 1979-1980, par le Recensement de la Planification de 1982, et par l'Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la Population au Maroc (ENPS-I) de 1987, permettent d'affirmer que la mortalité infantile a baissé: en effet, le quotient de mortalité infantile est passé de 130 pour mille durant la période 1955-59 à 91 pour mille durant la période 1975-1979, à 73 pour mille en 1982-86 et à 53,7 pour mille pour la période 1986-92. La mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans a baissé encore plus, passant de 112 pour mille en 1955-59 à 52 pour mille en 1975-79, à 31 pour mille pour la période 1982-86 et à 20 pour mille pour la période 1986-1992.

Structure par âge: Selon les résultats du recensement de 1994, la pyramide d'âge commence à être modifiée. La population de moins de 15 ans représente 37 pour cent de la population totale, et la population âgée de 60 ans ou plus ne représente que 7,1 pour cent.

Education: Les résultats fournis par les deux recensements 1982 et 1994, montrent une amélioration du niveau d'instruction de la population, grâce aux efforts déployés en matière d'infrastructure matérielle et humaine dans ce domaine. Le taux d'analphabétisme est passé successivement de 87, 75 , 65 à 55 pour cent respectivement en 1960, 1971, 1982, et 1994.

Milieu de résidence: La répartition de la population selon le milieu de résidence (urbain ou rural) permet de constater qu'il y a un accroissement important durant les quinze dernières années du taux d'urbanisation: la proportion des citadins est passée de 35 pour cent en 1971 à 51,4 pour cent en 1994, soit un accroissement annuel moyen de 2 pour cent. En 1997, la population urbaine est estimée à 53,2 pour cent.

1.3 ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET SANITAIRE DU MAROC

1.3.1 Organisation administrative du pays

Selon le découpage administratif, le Maroc est divisé, en 16 régions économiques qui sont : Oued-Eddahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia Al Hamra, Guelmim-Smara, Souss-Massa-Drâa, El Gharb-Chrarda-Bni Hssein, Chaouia-Ouardigha, Marrakech-Tensift-Al Haouz, Région-Orientale, Grand-Casablanca, Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, Doukala-Abda, Tadla-Azilal, Meknès-Tafilalet, Fès-Boulemane, Taza-Al Hoceima-Taounate, Tanger-Tétouan. Ces régions sont elles mêmes subdivisées en 68 provinces ou préfectures. Ces dernières sont regroupées en Wilaya. Le Wali ou gouverneur qui est à la tête d'une wilaya ou d'une province et préfecture, est

le représentant de Sa Majesté le ROI. Chaque province est divisée en municipalités, arrondissements, cercles et communes. Ainsi, il y a 76 municipalités, 249 communes urbaines, 1298 communes rurales. Les municipalités sont administrées par un khalifat et les communes par un Caïd. Des conseils communaux, municipaux, provinciaux ou préfectoraux et régionaux sont élus par la population pour gérer les affaires dont ils ont la charge.

1.3.2 Organisation du système de Santé

La responsabilité de l'exécution de la politique sanitaire du gouvernement incombe au Ministère de la Santé. Les délimitations des aires géographiques des provinces et préfectures médicales sont calquées sur le découpage administratif. Le délégué, représentant du Ministère de la Santé, assure l'exécution de la politique sanitaire au niveau de sa province ou préfecture.

Le système de santé est subdivisé en deux catégories de réseaux d'action sanitaire celui de l'action ambulatoire et celui de l'action hospitalière.

Réseau d'action ambulatoire: C'est le réseau des soins de santé de base (SSB); il a pour principal champ d'action la prévention sanitaire. Pour ce faire, chaque province ou préfecture est divisée en circonscriptions sanitaires, urbaines ou rurales, qui sont des aires géographiques délimitées par la taille de la population et tenant compte aussi de la distribution de la population, par rapport au chef lieu de la circonscription sanitaire, qui est le centre de santé.

Le médecin-chef de la circonscription est chargé de la supervision, du contrôle et de l'évaluation des différents programmes sanitaires. Enfin, chacun des secteurs est subdivisé en zones géographiques appelées les sous-secteurs. L'infirmier est chargé, selon un circuit mensuel, des activités de son sous-secteur.

Réseau d'action hospitalière: Il est composé de quatre catégories d'hôpitaux:

- L'hôpital de zone d'une capacité optimale de 200 à 250 lits. Il dessert une population moyenne de 250 000 habitants (4 à 5 centres de santé). Il est doté d'un ensemble de quatre services de base: médecine, chirurgie, pédiatrie et gynécologie.
- L'hôpital provincial d'une capacité de 400 à 500 lits, est situé au chef-lieu de la province ou de la préfecture. Il dessert la population de toute la province surtout pour les services de spécialité faisant défaut dans les hôpitaux de zone.
- Disposant de 8 spécialités en plus de celles de l'hôpital provincial, et d'une capacité de 800 à 1 000 lits, l'hôpital régional dessert la population de toute la zone (en général 4 à 6 provinces).
- L'hôpital national (ou universitaire) dispose de 1 600 à 2 000 lits, et dessert toute la population. Il a également toutes les spécialités.

Par ailleurs, il y a lieu de noter l'existence du réseau de laboratoires et de centre spécialités (centres de référence pour la planification familiale, centres de lutte contre la tuberculose et centres de diagnostic).

1.4 POLITIQUE DE POPULATION ET PLANIFICATION FAMILIALE

Depuis 1966, année où a été institué le Programme National de Planification Familiale, la population est considérée comme une variable à intégrer dans le processus de développement économique et social.

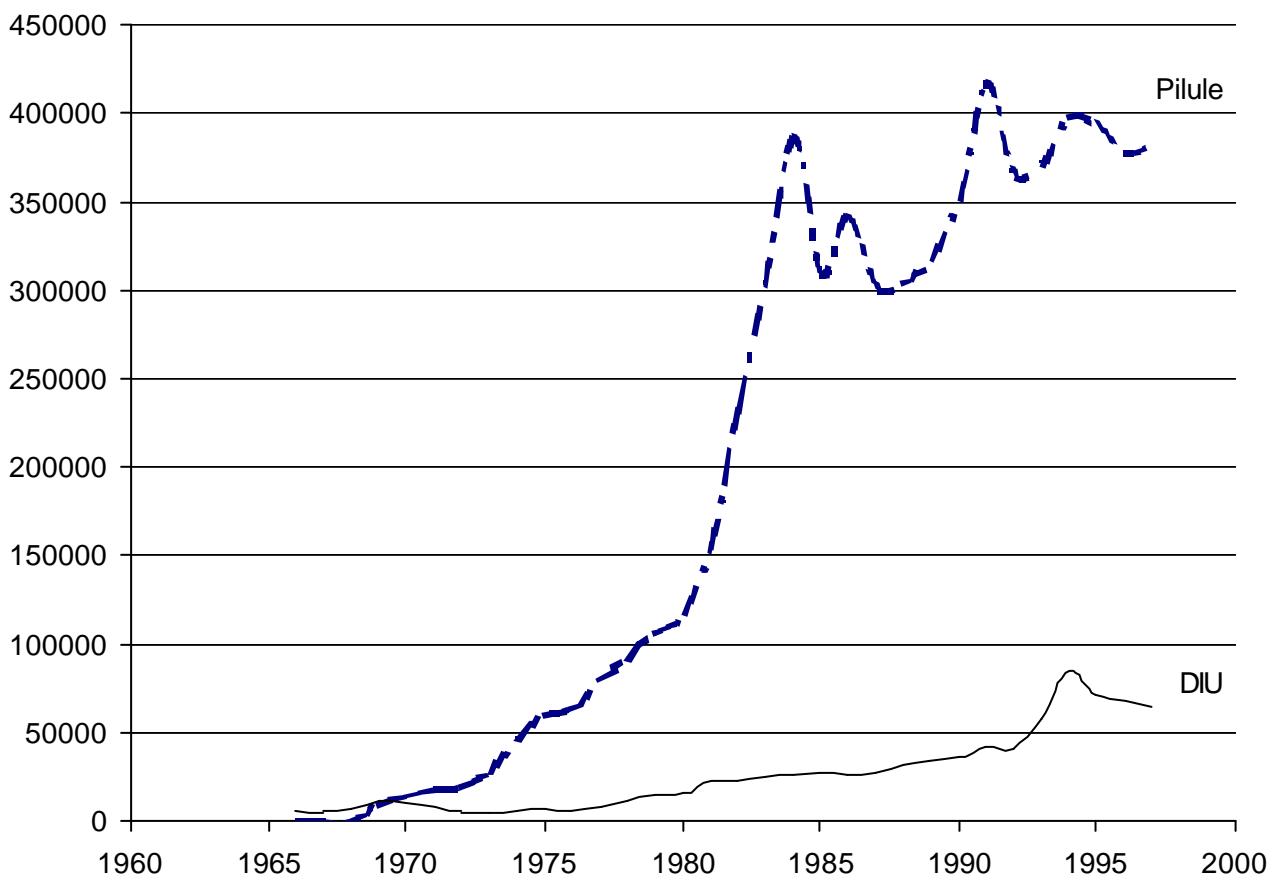
Les rapports de mission des différents organismes internationaux (Banque Mondiale, FAO, etc.), ont mis en évidence l'influence de la croissance démographique sur le développement économique du pays. En conséquence, la politique de population au Maroc, a pris position en faveur de la planification familiale.

Parmi les discours de Sa Majesté le Roi Hassan II, on note dans le Mémorandum Royal du 20 avril 1965 soumis aux partis politiques et aux organisations nationales, un Programme d'Action Générale, qui met l'accent sur le contrôle des naissances.

D'autre part, Sa Majesté le Roi HASSAN II, a été parmi les premiers signataires de la Déclaration sur la Population de l'Organisation des Nations Unies du 11 décembre 1967. Dans ce cadre, le gouvernement, par le biais du Ministère de la Santé Publique, a pris contrat avec différents organismes non-gouvernementaux en vue de mettre en pratique cette politique. (Fondation Ford, Population Council et IPPF).

La création en 1966 de la Commission Supérieure de la Population et des Commissions Locales de la Population, ainsi que le décret royal du 1er juillet 1967 qui abroge la loi interdisant la propagande anticonceptionnelle et qui libéralise l'avortement thérapeutique, ne sont que deux aspects parmi d'autres qui ont eu un impact assez net sur la croissance démographique au Maroc.

Graphique 1.1
Evolution du nombre de nouvelles acceptrices de Pilule et de DIU



La création en 1976, au sein du Ministère de la Santé Publique, d'une Division de population et d'un Service Central de la Planification Familiale, ont permis de mettre en œuvre la politique de population. C'est ainsi que les activités de planification familiale ont connu un développement très rapide grâce à la stratégie adoptée de "Visite à Domicile de Motivation Systématique en Santé" (VDMS) et aux structures déjà existantes au Ministère de la Santé Publique. Le Graphique 1.1 donne une idée de l'évolution des activités du programme.

1.5 OBJECTIFS ET CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ENQUETE

1.5.1 Objectifs

L'Enquête Nationale sur la Santé de la mère et de l'enfant au Maroc de 1996-97 (ENSME) avait six objectifs généraux qui sont les suivants:

- a) Recueillir des données à l'échelle nationale, par milieu de résidence , par région et par province, permettant de calculer certain taux démographiques, en particulier les taux de fécondité et les taux de mortalité infanto-juvénile;
- b) Analyser les facteurs qui détermine les niveaux et les tendances de la fécondité et de la mortalité infantile et juvénile;
- c) Mesurer le taux d'utilisation de la contraception, par méthode, selon le milieu de résidence et certaines caractéristiques socio-économiques;
- d) Mesurer l'efficacité de la contraception en estimant les taux d'échec et les niveaux de la fécondité non désirée;
- e) Recueillir des données de qualité sur la santé de l'enfant: vaccinations, prévalence et traitement de la diarrhée, de la fièvre et de la toux, allaitements maternels, état nutritionnel des enfants moins de cinq ans par le biais des mesures du poids et de la taille
- f) Collecter et analyser des données de meilleure qualité sur la *Santé de la reproduction* : morbidité reproductive, mortalité maternelle, Maladies sexuellement transmissibles et SIDA, planification familiale, visites prénatales et assistance à l'accouchement, etc ;
- g) Fournir aux responsables et administrateurs des programmes de population du Maroc des données de base actualisées et de qualité sur la fécondité, la mortalité, la planification familiale et la santé. De telles données ne sont pas seulement utiles pour évaluer l'impact de leurs activités, mais elles sont également importantes pour planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et le bien-être de la population.

Notons que l'ENSME fait partie du projet PAPCHILD pour la réalisation d'enquête sur la santé de la mère et de l'enfant dans les pays arabes. Ses résultats font partie d'une base de données utilisables, au niveau international, par les organismes et les chercheurs qui s'intéressent aux problèmes de population et de santé.

1.5.2 Cadre institutionnel et financement de l'enquête

Dans le cadre du projet arabe de développement de l'enfant (PAPCHILD), une convention a été signée entre le Ministère de la Santé et La direction du projet, en vue de la réalisation de l'ENSME. Le financement a été pris en charge par plusieurs organismes : Le FNUAP, la Ligue Arabe, l'OMS, l'USAID, l'UNICEF et , le fonds des pays du Golfe.

L'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant au Maroc de 1996-97 (ENSME) a été entreprise par le Service des Etudes et de l'Information Sanitaire (SEIS) du Ministère de la Santé (MS).

Le Comité Technique était composé des membres suivants:

Pr Mohamed Tahar Alaoui	Recteur de l'Université Souissi, président
Mr. Mohamed Laaziri	Directeur de la planification et des ressources financières
Dr Mostafa Tyane	Directeur de la population
Dr Jaouad Mahjour	Directeur de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies
Dr Mustapha Deniel	Secrétaire général de l'Observatoire des droits de l'enfant
Mr Mustapha Azelmat	Chef de service des études et de l'information sanitaire

Monsieur Mustapha Azelmat, a été chargé de la direction technique de l'enquête. Il a été aidé dans sa tâche par les cadres suivants:

- Au niveau du Ministère de la santé :

Mr EL Arbi Housni	Démographe, Direction de la population
Mr Abdeljabar El Gandassi	Ingénieur statisticien, SEIS
Mme Khadija Loudghiri	Ingénieur démographe, SEIS
Mr. Mahfoud Archach	Informaticien, SEIS
Mr. Abdelkader Lamrani	Administration

- Au niveau de PAPCHILD :

Dr. Ahmed Abdelmoneim
Dr. Samia -----

Le personnel ayant directement participé à la réalisation de l'ENSME se répartit de la manière suivante:

- Au niveau du bureau de l'enquête:

1 directeur technique
2 démographe
2 coordinateurs
1 analyste-programmeur

- Au niveau de l'administration:

1 régisseur comptable
1 secrétaire

- Au niveau de l'échantillonnage:

1 superviseur
4 contrôleurs
8 agents

- Au niveau de l'enquête sur le terrain:

7 superviseurs
9 chefs d'équipe
9 contrôleuruses
45 enquêtrices
12 chauffeurs

- Au niveau de l'exploitation informatique:

1 analyste - programmeur
16 agents de saisie
1 archiviste
4 chiffreurs

1.6 QUESTIONNAIRES

Dans le cadre de l'ENSME, deux questionnaires différents ont été utilisés:

- Le questionnaire ménage;
- Le questionnaire individuel femme;

Les questionnaires ménage et individuels sont adaptés à partir du questionnaires modèle du projet PAPCHILD.

1.6.1 Questionnaire ménage

Le questionnaire ménage permet d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques: nom, lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge situation de résidence, niveau d'instruction... Il contient également des informations sur les caractéristiques du logement et sur les caractéristiques relatives aux conditions de vie du ménage. En dehors de ces caractéristiques, ce questionnaire comporte une page de couverture pour l'identification du ménage, et le résultat de l'interview. Le but premier du questionnaire ménage est de fournir les informations permettant d'établir les dénominateurs pour le calcul des taux démographiques (mortalité, natalité, fécondité), et d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour être interviewés individuellement.

1.6.2 Questionnaire individuel

Le questionnaire individuel femme est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans, ayant passé la nuit précédent l'interview dans le ménage sélectionné, quel que soit leur statut de résidence. En dehors de la page de couverture similaire à celle du questionnaire ménage, il comprend neuf sections qui traitent des sujets suivants:

Caractéristique socio-démographiques de l'enquêtée: Cette section comprend des questions qui sur le lieu de résidence, l'âge, la scolarisation et l'alphabétisation, l'accès aux média et les conditions d'habitat (limités aux femmes visiteuses).

Nuptialité: La deuxième section comporte 12 questions portant sur l'état matrimonial de la femme, l'âge au Mariage, le régime de mariage (monogamie ou polygamie) et le lien de parenté avec le mari.

Reproduction: Elle comprend des informations portant sur l'historique des naissances (enfants vivants, morts-nés, fausse couche, décédés), l'état de grossesse au moment de l'enquête et le désir d'avoir ou de ne pas avoir cette grossesse. Une question relative aux date et durée des menstruations et des questions se rapportant à la connaissance et à l'aptitude de la femme à déterminer sa période féconde ont également été posées.

Contraception: Cette section comprend des questions qui s'intéressent à la connaissance spontanée ou non des méthodes contraceptives, à leur utilisation et aux sources d'approvisionnement. La section comporte également des questions sur la non utilisation et la discontinuation des méthodes contraceptives et sur l'utilisation future de la contraception.

Santé et Allaitement: Cette section permet d'obtenir des renseignements sur les visites et l'immunisation prénatales, sur le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté à l'accouchement, sur les conditions cliniques d'accouchement et les caractéristiques physiques des nouveaux-nés. Des questions portant sur le retour des couches et la reprise des relations sexuelles après la naissance du nouveau-né ont également été posées. La section comporte également des questions sur l'allaitement (fréquence et durée, type d'allaitement et utilisation des différents compléments nutritionnels).

Vaccination et santé: Cette section traite de la vaccination et de la santé des enfants de moins de 5 ans (fréquence et traitement de la fièvre, de la toux et de la diarrhée).

Préférences en matière de fécondité: Dans cette section, des questions ont été posées pour saisir les intentions des femmes enquêtées en matière de fécondité, comme le désir d'avoir des enfants, le nombre d'enfants supplémentaires désirés et la taille idéale de la famille.

Caractéristiques du conjoint, résidence et activité professionnelle de la femme: Cette section comporte 26 questions consacrées aux caractéristiques socio-professionnelles du conjoint des femmes mariées, à l'activité professionnelles de la femme, aux changements de résidence de l'enquêtée et à la garde des enfants.

Taille et poids: Cette section est consacrée aux mesures anthropométriques des enfants de 0-4 ans des femmes interviewées et aux mesures anthropométriques des mères enquêtées ayant des enfants de moins de cinq ans.

1.7 ECHANTILLONAGE

L'élaboration de l'échantillon de l'ENSME a été effectuée en étroite collaboration avec la Direction de la Statistique du Ministère de la prévision économique et du plan. Pour les besoins du tirage de l'échantillon, un plan de sondage stratifié à deux degré a été conçu.

Base de sondage : Elle est constituée des districts du recensement (DR) de la population et de l'habitat de 1994. Un district du recensement est une zone délimitée par des limites repérables sur terrain et comportant près de 180 ménages, en moyenne. Ces DR forment les unités primaires (UP) du sondage.

Stratification Primaire : Une stratification à priori a été faite selon les critères suivants :

- milieu de résidence : urbain/rural;
- découpage administratif : régions, provinces (ou préfectures);
- dimension de la ville pour le milieu urbain;
- type d'habitat pour le milieu urbain.

Taille de l'échantillon : Pour les besoins de diffusion des informations décentralisées, un échantillon de taille de 45000 ménages a été enquêté.

Unité de sondage : Les unités du premier degré sont les districts de recensement. Les unités du second degré sont les ménages.

Tirage du grand échantillon : Il a été réalisé en deux étapes

- Tirage des unités primaires: Pour assurer une meilleure représentativité de l'échantillon, chaque strate a été divisé en zones ayant la même taille (en termes de ménages) de façon à tirer une U.P par zone, avec une probabilité proportionnelle à la taille. Le nombre de zones formé est égal au nombre d'U.P à tirer par strate. L'effectif des U.P. tirées s'élève à 852 en milieu urbain et 648 en milieu rural.
- Tirage des unités du deuxième degré (ménages) : Les U.P. choisies ont fait l'objet d'un dénombrement. Puis, 30 ménages sont sélectionnés avec une probabilité égale.

Tirage de l'échantillon de l'enquête individuelle : Il a été effectué comme suit :

- Tirage des unités primaires : Pour les besoins de l'enquête individuelle, 200 grappes ont été sélectionnées (106 en urbain et 94 en milieu rural), selon un tirage systématique proportionnel à la taille de la population.
- Tirage des unités du deuxième degré (ménages) : Au niveau de chaque grappe ou U.P. choisies, tous les ménages ont fait l'objet de l'enquête individuelle.

Dans le cadre de l'enquête individuelle, 6000 ménages ont été sélectionnés (3180 ménages urbains et 2820 ménages ruraux). Parmi les ménages trouvés, 94,8 pour cent ont été enquêtés avec succès. Au niveau des entrevues individuelles, 96 pour cent ont été conduites entièrement et 97,4 pour cent des enfants ont fait l'objet de l'enquête.

Une description plus détaillée de l'échantillon est présentée dans l'annexe.

1.8 FORMATION ET COLLECTE DES DONNEES

1.8.1 Pré-enquête

Pour effectuer le travail sur le terrain, la formation pour la pré-enquête a duré deux semaines avec la participation de 12 agents de santé diplômés d'état du Ministère de la Santé. Le travail sur le terrain pour la pré-enquête s'est déroulé dans cinq zones: trois urbaines (Rabat) et deux rurales (Skhirat). Au total, 200 femmes ont été interviewées au cours de cette pré-enquête.

1.8.2 Recrutement et formation du personnel de terrain

Environ 50 agents ont été recrutés parmi le personnel des différentes délégations du Ministère de la Santé ayant au moins trois années d'expérience, pour effectuer l'enquête sur le terrain. La formation de l'enquête ménage (grand échantillon de 45000 ménages) a duré trois semaines du 21 octobre-novembre 1996, celle de l'enquête individuelle (échantillon 6000 ménages) a été réalisée une année après, c'est à dire, au cours de la période septembre-décembre 1997.

Tous les candidats aux différents postes ont participé à un programme de formation consacré aux différents aspects de l'enquête: description détaillée des méthodes contraceptives, étude des sujets liés à la démographie, et aux techniques d'interview. Des spécialistes ont amélioré la compréhension des candidats par le biais d'exposés portant sur tous les aspects que recouvre le questionnaire. Par ailleurs, des interviews simulées et réelles sur le terrain ont été conduites durant le stage de formation.

La formation sur les mesures anthropométriques (poids et taille) pour l'enquête individuelle a duré quatre jours et a été centrée sur les séances pratiques. Elle a été assurée par quatre médecins dans deux maternités de Rabat. Les enquêtrices ont été formées pour être mesureurs et les contrôleuses ont été formées pour être assistantes ou mesureurs de réserve.

1.8.3 Collecte des données

A la fin de la formation, sept équipes ont été sélectionnées pour participer à la phase du terrain. Chacune des équipes comprenait un chef d'équipe, une contrôleuse (responsable du contrôle du travail des enquêtrices), quatre enquêtrices et un chauffeur. La supervision était assurée, en plus du directeur technique, par trois cadres qui ont été désignés comme coordonnateurs sur le terrain.

1.9 TRAITEMENT INFORMATIQUE

Cette phase de l'enquête a comporté les étapes suivantes:

- i. **Réception et classement des données:** Les questionnaires remplis et contrôlés étaient envoyés au Bureau Central (SEIS) de Rabat où, après contrôle d'exhaustivité, ils étaient classés dans l'ordre des ménages par grappe et province.
- ii. **Saisie des données:** Elle a été effectuée par une équipe de 16 agents sur des micro-ordinateurs. Le logiciel ISSA (Integrated System for Survey Analysis) développé par Macro International Inc a été utilisé pour la saisie des données
- iii. **Apurement des données:** Cette opération, utilisant toujours le logiciel ISSA avait lieu en même temps que la saisie. Les questionnaires de chaque grappe étaient soumis à un programme de vérification batch (ensemble de grappes) plus exhaustif. Déjà, pendant la saisie, les vérifications des champs de validité des codes et des cohérences des filtres avaient été effectuées.
- iv. **Tabulation:** Après l'apurement des données, les dates des événements ont été imputées, dans les cas où ces informations n'avaient pas été enregistrées dans le questionnaire (date de naissance de la femme, date du premier mariage de la femme, date de naissance des enfants et âge au décès des enfants décédés). Après cette version du fichier, des recodifications (autres réponses) et une série de vérifications supplémentaires ont été appliquées pour donner lieu à un fichier de données devant servir à l'obtention des résultats

définitifs. La dernière action dans le processus d'exploitation consistait à passer les programmes de tabulation.

Le tableau ci-après présente le calendrier des activités des deux enquêtes

Activités	Enquête Grand Echantillon	Enquête Individuelle
Prétest	6 au 9 Mai 1996	10 – 15 Octobre 1997
Formation des enquêtrices	21 Octobre – 9 Novembre 1996	15 Septembre – 6 Octobre 1997
Enquête sur le terrain	10 Novembre 1996 – 21 Mai 1997	13 Octobre – 27 Décembre 1997
Chiffrement des données	23 Décembre 1996- 24 Juillet 1997	15 Décembre 1997- 27 Février 1998
Saisie des données	27 Décembre 1996- 15 Septembre 1997	6 Janvier – 29 Avril 1998
Apurement	8 Septembre – 27 Novembre 1997	4 Mai – 26 Août 1998
Tabulation	Novembre 1997- Février 98	4 Septembre – 15 Octobre 1998
Analyse des données des deux enquêtes		Novembre – Décembre 1998

CHAPITRE 2

CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES FEMMES ENQUETEES

Mr Mohamed Laaziri¹

L'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME 1996-1997) grand échantillon a concerné 35474 personnes, 16968 en milieu urbain et 18506 en milieu rural, membres de 5686 ménages, 9969 urbains et 2717 ruraux dans lesquels des interviews ont été menées avec succès auprès de 5096 femmes. L'analyse de quelques caractéristiques sur ces ménages ainsi que sur les femmes enquêtées individuellement dans ces mêmes ménages fait ressortir ce qui suit.

2.1 ENQUETE MENAGE

2.1.1 Caractéristiques de la population des ménages

a) Répartition par sexe et milieu

La population totale des ménages enquêtés s'élève à 35474 personnes dont 17297 sont de sexe masculin (48,8 %) et 18177 sont de sexe féminin (51,2 %). Parmi cette population, 18506 soit 52,2 pour cent dont 9429 personnes de sexe féminin et 9077 de sexe masculin vivent en milieu rural et 16948 soit 47,8 pour cent dont 8748 personnes de sexe féminin et 8220 personnes de sexe masculin vivent en milieu urbain (Tableau 2.1).

Tableau 2.1: Population des ménages par sexe et milieu

Répartition (en %) de la population des ménages selon le milieu de résidence et le sexe – ENSME 1996-1997

Milieu	Homme	Femme	Ensemble
Urbain	47,5	48,1	47,8
Rural	52,5	51,9	52,2
Total	48,8	51,2	100
Effectif	17297	18177	35474

b) Répartition par groupes d'âges

Le répartition de la population des ménages par groupe d'âges quinquennal donne encore l'image d'une pyramide avec une base relativement importante, ce qui dénote une fécondité encore élevée. De légères différences sont enregistrées entre milieu de résidence et entre sexe la tranche d'âge des moins de 19 ans par exemple est relativement plus élevée en milieu rural (39,1pour cent) qu'en milieu urbain (31,4pour cent) (Tableau 2.2 et graphique 2.1).

¹ Directeur de la planification et des ressources financières

L'analyse de la population par grande tranche d'âges laisse apparaître que celle des moins de 15 ans représente encore plus du tiers de la population totale soit 35,4 pour cent. Néanmoins, elle a enregistré une réduction notable d'environ 10 points par rapport aux données du, RGPH² 1960, La

Tableau 2.2: Population par sexe et âges

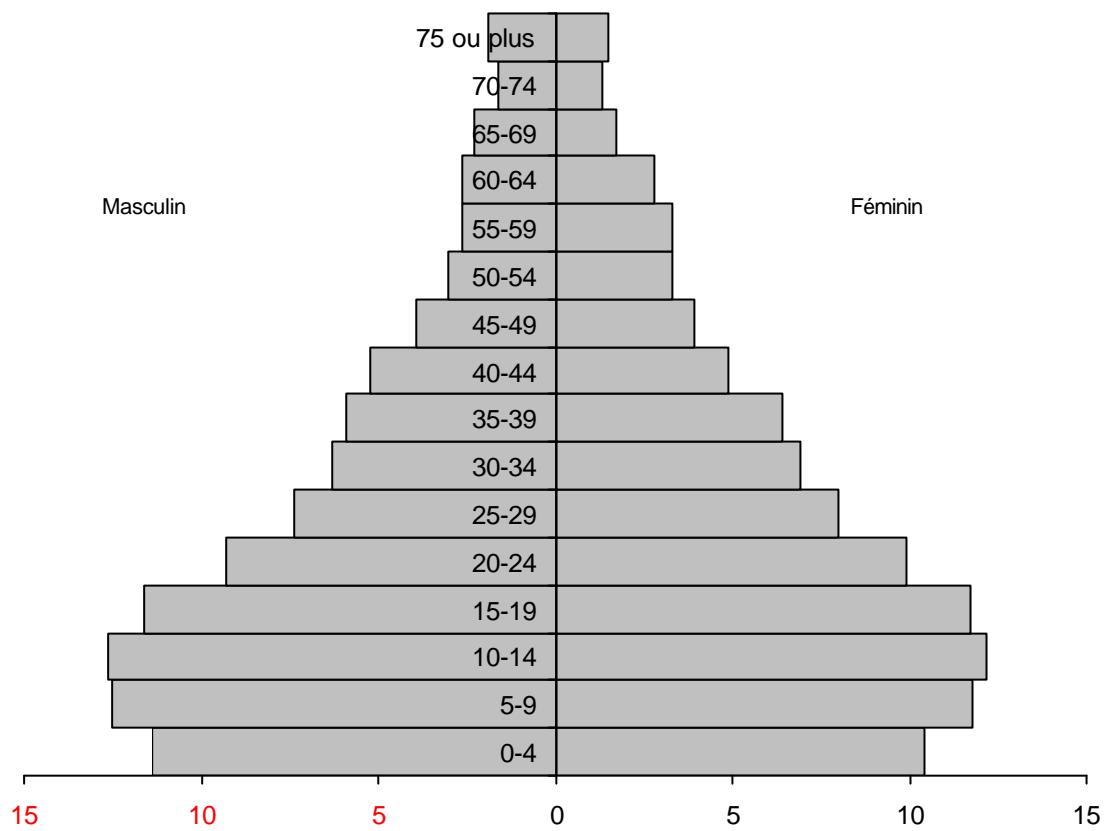
Répartition (en %) de la population des ménages, par groupe d'âges quinquennal ,selon le milieu de résidence et le sexe - ENSME 1996-1997.

Groupe d'âges	Urbain			Rural			Total		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
0-4	10,0	8,6	9,3	12,6	12,0	12,3	11,4	10,4	10,9
5-9	11,1	10,2	10,6	13,8	13,2	13,5	12,5	11,8	12,1
10-14	11,5	11,4	11,5	13,6	13,0	13,3	12,6	12,2	12,4
15-19	12,0	11,4	11,7	11,2	12,1	11,7	11,6	11,7	11,7
20-24	9,5	10,5	10,0	9,2	9,4	9,3	9,3	9,9	9,6
25-29	8,1	8,9	8,5	6,8	7,1	7,0	7,4	8,0	7,7
30-34	7,2	8,2	7,7	5,5	5,7	5,6	6,3	6,9	6,6
35-39	6,9	7,5	7,2	5,0	5,4	5,2	5,9	6,4	6,2
40-44	5,9	5,8	5,8	4,5	4,1	4,3	5,2	4,9	5,0
45-49	4,9	4,1	4,5	3,0	3,6	3,3	3,9	3,9	3,9
50-54	3,2	3,1	3,1	2,8	3,5	3,1	3,0	3,3	3,1
55-59	2,3	3,2	2,8	2,8	3,5	3,2	2,6	3,3	3,0
60-64	2,4	2,9	2,6	2,7	2,8	2,8	2,6	2,8	2,7
65-69	2,1	1,6	1,9	2,5	1,8	2,1	2,3	1,7	2,0
70-74	1,5	1,3	1,4	1,8	1,4	1,6	1,6	1,3	1,5
75 ou plus	1,5	1,5	1,5	2,2	1,5	1,8	1,9	1,5	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	8220	8748	16968	9077	9429	18506	17297	18177	35474

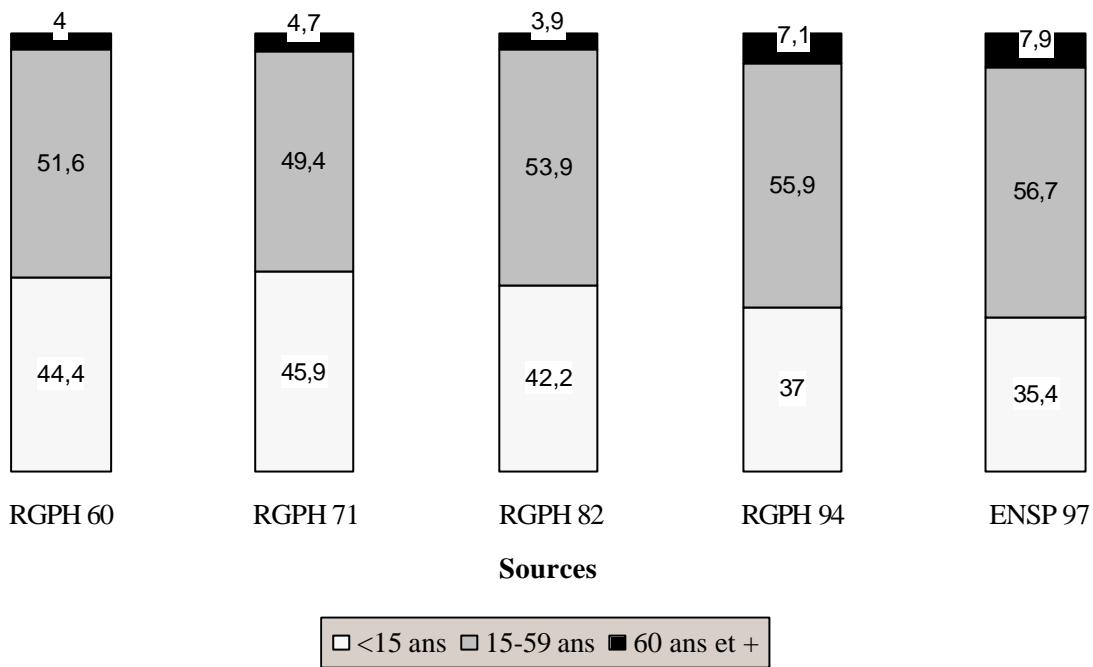
tranche d'âges 15 - 59 ans représentant la population active atteint quant à elle 56,7 pour cent enregistrant une augmentation de 5 points par rapport aux données du RGPH 1960. Pour ce qui est de la tranche d'âges de 60 ans et plus, elle représente 7,9 pour cent soit une augmentation de 3,9 points par rapport aux données du RGPH 1960 (graphique 2.2).

² RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

Graphique 2.1
Pyramide d'âges de la Population marocaine



Graphique 2.2
Répartition (en %) de la population par grande tranche d'âge selon différentes sources - ENSME 1996-1997,



c) Répartition selon l'état matrimonial

La répartition des ménages selon l'état matrimonial des personnes adultes constituant le ménage montre que 39 pour cent sont célibataires, 54 pour cent mariées, 5,5 pour cent veuves et 1,6 pour cent divorcées. Selon le sexe, la situation au niveau des personnes mariées, une légère différence est observée : 54,2 pour cent pour le sexe masculin et 53,5 pour cent pour le sexe féminin. Au niveau régional, et pour la même variable, le pourcentage varie entre un minimum de 46,1 pour cent dans la région du Grand Casablanca et un maximum de 63,4 pour cent dans la région de Guelmim-Smara. Pour ce qui est des personnes divorcées, les pourcentages au niveau régional varient entre 0,8 pour cent dans la région de Marrakech-Tensift-Al Haouz à 2,5 pour cent dans la région du Grand Casablanca (tableau 2.3).

Tableau 2.3 : Membres des ménages selon l'état matrimonial

Répartition (en %) des membres des ménages selon l'état matrimonial, par caractéristiques socio démographiques ENSME 1996-1997

Caractéristiques	Célibataire	Marié(e)	Veuf(ves)	Divorcé(e)	ND	Effectif
Milieu						
Rural	35,2	58,5	5,2	1,2	0,0	11269
Urbain	42,8	49,3	5,8	2,0	0,0	11650
Sexe						
Masculin	44,1	54,2	1,0	0,6	0,1	10985
Féminin	34,3	53,5	9,7	2,5	0,0	11934
Région						
Laayoune-Boujdour-S.Lhamra	39,4	55,0	3,8	1,8	0,0	393
Guelmim-Smara	30,1	63,4	5,4	1,1	0,0	93
Souss-Massa-Draa	32,7	60,2	5,5	1,6	0,0	1866
Elgharb-Chrarda	41,5	51,7	5,4	1,3	0,0	1122
Chaouia-Ouardigha	35,8	56,8	6,0	1,3	0,1	1211
Marrakech-Tensift-Alhaouz	33,7	58,6	6,7	0,8	0,1	2522
Région Orientale	43,9	50,0	5,1	1,0	0,0	1647
Grand Casablanca	45,6	46,1	5,8	2,5	0,0	3178
Rabat-Salé-Zemour- Zaer	42,3	50,6	4,8	2,3	0,0	1635
Doukala-Abda	36,3	56,6	5,3	1,8	0,0	1646
Tadla-Azilal	37,7	54,1	6,1	2,0	0,1	1223
Meknès-Tafilalet	37,7	54,0	6,0	2,2	0,0	1823
Fes-Boulmane	40,4	53,3	4,7	1,5	0,1	1167
Taza-Al Hoceima-Taounate	38,5	56,3	4,3	1,0	0,0	1648
Tanger-Tétouan	39,0	54,3	5,4	1,3	0,0	1745
Total	39,0	53,8	5,5	1,6	0,0	22919

2.1.2 Taille et structure des ménages

La taille moyenne des ménages est de 6,2 personnes par ménage, Par milieu, elle est de 5,7 en urbain et de 6,8 en rural.

La taille moyenne des ménages par région varie entre un minimum de 5,2 dans la région de Guelmim-Smara et 7,1 dans la région de Taza-Al Hoceima-Taounate. Six régions ont une taille inférieure à 6, sept régions ont une taille comprise entre 6 et 7 et deux régions ont une taille supérieure à 7 (tableau 2.4).

Tableau 2.4: Taille des ménages

Distribution (en %) des ménages et de la population et la taille moyenne des ménages selon le milieu et la région - ENSME 1996-1997

Caractéristiques	Pourcentage		
	des ménages	des membres	Nombre moyen de personnes par ménage
Milieu			
Urbain	52,2	47,8	5,7
Rural	47,8	52,2	6,8
Région			
Laayoune-Boujdour-S,Lhamra	2,0	1,8	5,5
Guelmim-Smara	0,5	0,4	5,2
Souss-Massa-Draa	8,7	8,7	6,2
Elgharb-Chrarda	4,5	5,0	6,9
Chaouia-Ouardigha	4,8	5,5	7,0
Marrakech-Tensift-Alhaouz	11,2	11,1	6,2
Région Orientale	6,6	7,0	6,6
Grand Casablanca	12,7	12,4	6,1
Rabat-Salé-Zemour- Zaer	6,9	6,6	5,9
Doukala-Abda	7,3	7,4	6,3
Tadla-Azilal	5,1	5,2	6,4
Meknès-Tafilalet	9,0	7,9	5,5
Fes-Boulmane	5,4	5,2	5,9
Taza-Al Hoceima-Taounate	6,7	7,7	7,1
Tanger-Tétouan	8,6	8,3	5,9
Effectifs	5686	35474	
Total	100,0	100,0	6,24

2.1.3 Caractéristiques du logement et des biens possédés par le ménage

L'enquête ENSME 1996-1997 s'est également attachée à connaître certaines des caractéristiques du logement tels que le nombre de pièces, l'état du sol, l'électricité, l'eau potable, l'évacuation des déchets liquides et solides, etc; ainsi que l'existence dans le foyer de certains biens durables

d'équipements tels que la radio, la télévision, le réfrigérateur, etc.

2.1.3.1 Caractéristiques du logement

a) Distribution des ménages selon le nombre de pièces

Le nombre moyen de pièces par ménage est de 3,3 dont 3,1 pour le milieu urbain et 3,6 pour le milieu rural. Quant au nombre moyen de personnes par pièce, il atteint pour l'ensemble 2,2 avec une différence peu significative entre la milieu urbain et rural où cette moyenne est respectivement de 2,2 et 2,3 (tableau 2.5).

Le nombre moyen de personnes par pièce utilisée pour dormir est de 2,9. Cette moyenne est légèrement accentuée en milieu rural où elle atteint 3,1 alors qu'en milieu urbain elle n'est que de 2,8.

b) Distribution des ménages selon les caractéristiques du logement

Variable et catégorie	Urbain	Rural	Ensemble
Nombre de pièces			
1	11,7	7,1	9,5
2	27,9	23,1	2,6
3	31,4	26,7	29,2
4	14,4	20,2	17,2
5	6,6	10,0	8,2
6+	7,9	12,8	10,3
N.D	0,0	0,0	0,0
Moyenne des pièces			
Nombre moyen de pièces par ménage	3,1	3,6	3,3
Nombre moyen de personnes par pièce	2,2	2,2	2,2
Nombre de chambres à coucher			
0	0,0	0,0	0,0
1	26,0	20,8	23,5
2	43,8	40,3	42,1
3	22,0	26,6	24,2
4	5,7	8,2	6,9
5+	2,5	4,1	3,3
ND	0,0	0,0	0,0
Moyenne des chambres à coucher			
Nombre moyen de chambres à coucher par ménage	2,2	2,4	2,3
Nombre moyen de personnes par chambre à coucher	2,9	3,1	2,9
Effectifs			
	33640	33325	66965

L'analyse du tableau 2.6 fait ressortir ce qui suit :

Statut de la famille dans le logement

Les familles propriétaires de leur logement représentent 74,6 pour cent avec une différence assez marquée entre les milieux urbain et rural où les pourcentages sont respectivement de 58,9 pour cent et 91,8 pour cent.

Matériel principal du sol

Les logements dont le sol n'est pas protégé par du ciment, carrelages ou autres matériaux représentent 23,7 pour cent, 2,5 pour cent en urbain et 46,9 pour cent en rural.

Source d'eau potable

Le pourcentage de la population disposant d'un robinet dans le logement est de 46,2 pour cent, 81,8 pour cent pour le milieu urbain et 7,4 pour cent seulement pour le milieu rural. La proportion de la population ayant accès à une eau propre à la consommation est de 57,7 pour cent, 98,5 pour cent en milieu urbain et 13,3 pour cent en milieu rural.

Type d'éclairage du logement

Le pourcentage de la population ayant de l'électricité est de 54,6 pour cent, 91,7 pour cent en milieu urbain et seulement 14,1 pour cent en milieu rural.

Type de toilette

Les logements sans toilettes (ni privées, ni collectives) représentent encore 28,3 pour cent, 1,5 en milieu urbain et 57,5 pour cent en milieu rural.

Débarras des ordures

Les ménages disposant d'une poubelle avec couvercle représentent 30,4 pour cent, 53,4 pour cent en milieu urbain et 5,4 pour cent en milieu rural. Quant aux ménages ayant déclaré évacuer les ordures dans le nature, ils

Tableau 2.6: Caractéristiques du logement (suite)

Répartition (en %) des ménages par caractéristique des logements, selon le milieu de résidence – ENSME 1996-1997.

Caractéristiques	Urbain	Rural	Total
Statut de la famille dans le logement			
Propriétaire	58,9	91,8	74,6
Location	32,2	1,6	17,6
Gratuit	8,4	6,5	7,5
Autre	0,5	0,1	0,3
Matériel principal du sol			
Terre –sable	2,5	46,9	23,7
Bouse	0,0	0,1	0,1
Plancher en bois	0,0	0,1	0,1
Palme – bambous	0,0	0,0	0,0
Parquet bois cire	0,0	0,0	0,0
Carrelage –mosaïque	74,9	5,9	41,9
Ciment	22,4	46,7	34,0
Moquette	0,1	0,2	0,1
Autre	0,0	0,0	0,0
ND	0,0	0,0	0,0
Source d'eau potable			
Eau du robinet	81,8	7,4	46,2
Fontaine publique	14,5	4,9	9,9
Camion citerne	2,1	0,9	1,5
Eau de puits	1,2	50,8	24,9
Eau de pluie	0,0	8,8	4,3
Source - rivière,- lac - barrage	0,1	26,7	12,8
Eau en bouteille	0,1	0,1	0,1
Autre	0,1	0,3	0,2
Type d'éclairage du logement			
Électricité	91,7	14,1	54,6
Gaz	4,4	35,4	19,2
Batterie	0,2	0,6	0,4
Pétrole -lampe huile	0,4	14,3	7,1
Autre	3,3	35,6	18,7
ND	0,0	0,0	0,0
Type de toilette			
WC à l'intérieur privé	77,9	15,3	48,0
WC à l'intérieur , Collectif	5,5	1,1	3,4
WC à l'extérieur privé	4,3	1,9	3,1
WC à l'extérieur Collectif	4,3	0,3	2,4
Fosse sommaire	2,1	11,7	6,7
Fosse améliorée , et ventilée	4,3	12,2	8,1
Pas de toilette / nature	1,5	57,5	28,3
Débarras des ordures			
Poubelle avec couvercle	53,4	5,4	30,4
Poubelle sans couvercle	27,9	27,1	27,5
Sac en plastic	17,3	3,2	10,6
Jeter dans la rues	1,2	55,0	26,9
Autres	0,3	9,3	4,6
Total	100,0	100,0	100,0

représentent 26,9 pour cent, 1,2 pour cent en milieu urbain et 55 pour cent en milieu rural.

2.1.3.2 Biens durables possédés par les ménages

Il ressort du tableau 2.8 et du graphique 2.3 que les ménages possédant un poste de radio représentent environ 79,9 pour cent, 82,7 pour cent en milieu urbain et 76,8 pour cent en milieu rural.

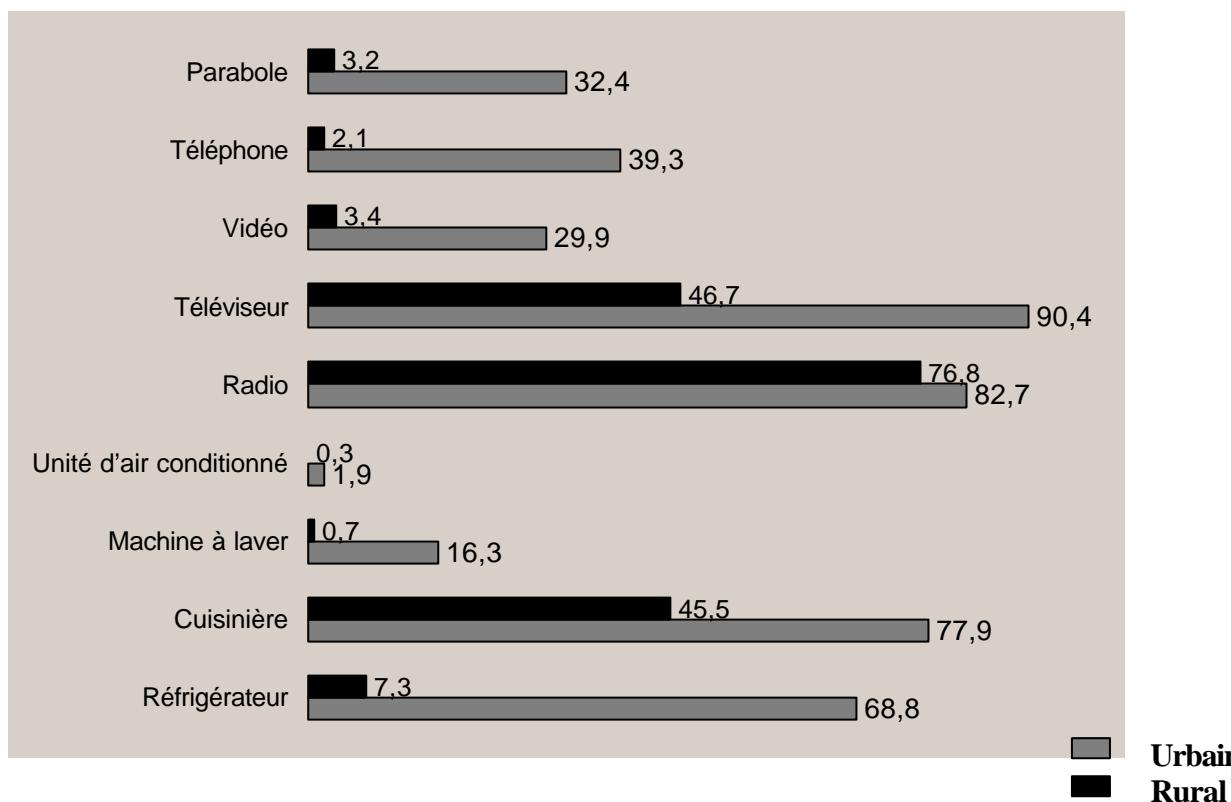
Quant à l'existence d'un poste de télévision dans le ménage, il l'est dans 69,5 pour cent des ménages, 90,4 pour cent en milieu urbain et 46,7 pour cent en milieu rural.

L'accès aux stations de télévision diffusées par satellite laisse apparaître que 18,4 pour cent des ménages disposent d'une antenne parabolique. En milieu urbain 32,4 pour cent des ménages en dispose et en milieu rural seulement 3,2 pour cent.

L'existence du téléphone dans le ménage représente 18,3 pour cent au niveau national, 35,9 pour cent en milieu urbain et 1,6 pour cent en milieu rural.

En ce qui concerne les autres biens possédés, la cuisinière est présente dans 62,4 pour cent des cas, le réfrigérateur à 39,4 pour cent et la machine à laver à 8,8 pour cent.

Graphique 2.3
Biens possédés par le ménage



2.2 ENQUETE INDIVIDUELLE

Le nombre de femmes enquêtées s'élève à 5311 dont 5096, soit 96 pour cent, ont subi avec succès l'interview et pour lesquelles un questionnaire a été rempli. Par milieu de résidence, 2491 femmes interrogées soit 48,9 pour cent vivent en milieu urbain et 2605 soit 51,1 pour cent vivent en milieu rural .

Quant au nombre d'enfants identifiés avec les femmes interviewées, leur nombre s'élève à 3750 dont 1519 l'ont été en milieu urbain soit 40,5 pour cent et 2231 l'ont été en milieu rural soit 59,5 pour cent.

Tableau 2.7: Résultat de l'interview femme

Distribution des questionnaires individuels des femmes âgées de 15-49 ans, mariées et non-célibataires selon le résultat de l'enquête – ENSME 1997

Résultat de l'interview femme	%
Rempli	96,0
Absente	3,5
Différé	0,2
Refus de répondre	0,2
Autre	0,2
Effectif	5311

2.2.1 Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées

Les caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées individuellement sont utilisées comme variables de classification ou variables explicatives de la plupart des phénomènes étudiés. Il s'agit notamment de l'âge de la femme, de l'état matrimonial, du niveau d'instruction, du milieu et de la région de résidence.

a) Répartition par tranche d'âges

La distribution des femmes de 15-49 ans par tranche d'âges quinquennale fait apparaître des pourcentages allant de façon croissante de 5,1 pour cent pour les 15-19 ans à 19,7 pour cent pour les 35-39 ans pour retomber ensuite à 12,7 pour cent pour la tranche 45-49 ans.

Par milieu, cette distribution est relativement différenciée avec des écarts assez significatifs pour les tranches 15-39 ans où les pourcentages enregistrés sont plus élevés en milieu rural alors que pour les tranches 40-49 ans les pourcentages sont plus élevés en milieu urbain.

Par région, il y a lieu de noter que les régions où la tranche d'âges 15-19 ans est la plus faible sont celles de Laayoune-Boujdour-Sakia Lhamra avec 1 pour cent seulement et le Grand Casablanca avec 1,3 pour cent. Pour cette même tranche d'âges, la région qui a enregistré le plus grand pourcentage, c'est celle de Chaouia-Ouardigha avec 10 pour cent (tableau 2.8).

Tableau 2.8 : Caractéristiques des femmes enquêtées

Répartition (en %) des femmes âgées de 15-49 ans, non célibataires enquêtées par caractéristiques socio-démographiques, ENSME 1997.

Caractéristiques	Pourcentage
Age de la femme	
15-19	5,1
20-24	13,1
25-29	16,1
30-34	17,8
35-39	19,7
40-44	15,4
45-49	12,7
Milieu de résidence	
Urbain	48,9
Rural	51,1
Région	
Laayoune-Boujdour-S.Lhamra	1,9
Guelmim-Smara	0,4
Souss-Massa-Draa	9,7
Elgharb-Chrarda	4,5
Chaouia-Ourdigha	5,4
Marrakech-Tensift-Alhaouz	11,5
Région Orientale	6,7
Grand Casablanca	12,0
Rabat-Salé-Zemour-Zaer	6,8
Doukala-Abda	7,2
Tadla-Azilal	5,4
Méknès-Taïlalet	8,1
Fès-Boulmane	5,1
Taza-Al Hoceima-Taounate	7,3
Tanger-Tétouan	7,8
Niveau d'instruction	
Analphabète	73,4
Lire et /ou écrire	13,0
Primaire	2,9
Préparatoire	6,0
Secondaire ou plus	4,7
ND	0,0
Etat de travail actuel	
Travaille	9,6
Ne travaille pas	90,4
ND	0,0
Ensemble des femmes	5096

b) Etat matrimonial

En ce qui concerne l'état matrimonial, un peu plus de la moitié des femmes enquêtées de 15-49 ans sont mariées (52,2 %). Les femmes célibataires représentent 42,4 pour cent, les femmes veuves 2 pour cent et celles divorcées 3,4 pour cent .

c) Etat de travail actuel

Le nombre de femmes enquêtées qui travaillent s'élève à 489 soit 9,6 pour cent. Leur répartition selon l'âge montre qu'environ 72 pour cent des femmes qui travaillent ont un âge compris entre 30 et 44 ans.

d) Niveau d'instruction

Sur le plan du niveau d'instruction des femmes enquêtées, les résultats portés sur le tableau 2.8 indiquent qu'un peu plus des deux tiers des femmes enquêtées (73,9 %) n'ont aucune instruction, à peine une femme sur huit (12,6 %) sait lire et écrire.

CHAPITRE 3

MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

M'Hamed Ouakrim¹

Mustapha Azelmat

La mortalité des enfants de moins de cinq ans, appelée aussi "mortalité de la petite enfance ou mortalité infanto-juvénile" est parmi les principaux objectifs de l'enquête.

Son intérêt réside dans le fait que sa mesure représente un indicateur du niveau du développement socio-économique et sanitaire tout particulièrement dans les pays en voie de développement, comme le Maroc. La connaissance de ses composantes, de leurs niveaux et tendances ainsi que de leurs déterminants constituent une solide base tant pour l'étude et l'évaluation des problèmes de santé des enfants que pour la formulation des politiques et des stratégies d'action .

Ce chapitre comprendra quatre sections:

La première section présentera la méthodologie utilisée pour la collecte des données de base ainsi que pour l'estimation des niveaux et des tendances de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de ses composantes. Elle tentera aussi de fournir selon les données disponibles quelques éléments d'appréciation de la qualité des résultats des estimations trouvées.

La deuxième section fera le point du niveau actuel de cette mortalité de même qu'elle dégagera certaines tendances tant à la base des données récoltées que des résultats des précédentes estimations fournies par les différentes enquêtes similaires au cours des dix dernières années.

La troisième section étudiera les variations différentielles de cette mortalité.

La quatrième section tirera quelques conclusions générales axées d'une part sur quelques directives spécifiques pour l'amélioration de l'action de santé des enfants de moins de cinq ans et d'autre part sur un canevas d'étude à considérer pour l'analyse approfondie ultérieure des résultats de la présente enquête.

3.1 METHODOLOGIE ET QUALITE DES RESULTATS

Cette section présentera un bref aperçu de la méthodologie adoptée pour l'estimation de la mortalité des moins de cinq ans. Elle exposera par la suite les différents indices de mesure de cette mortalité et de ses composantes. Elle tentera finalement de fournir une appréciation, quoique partielle, de la qualité des résultats des estimations de ces indices.

3.1.1 Méthodologie

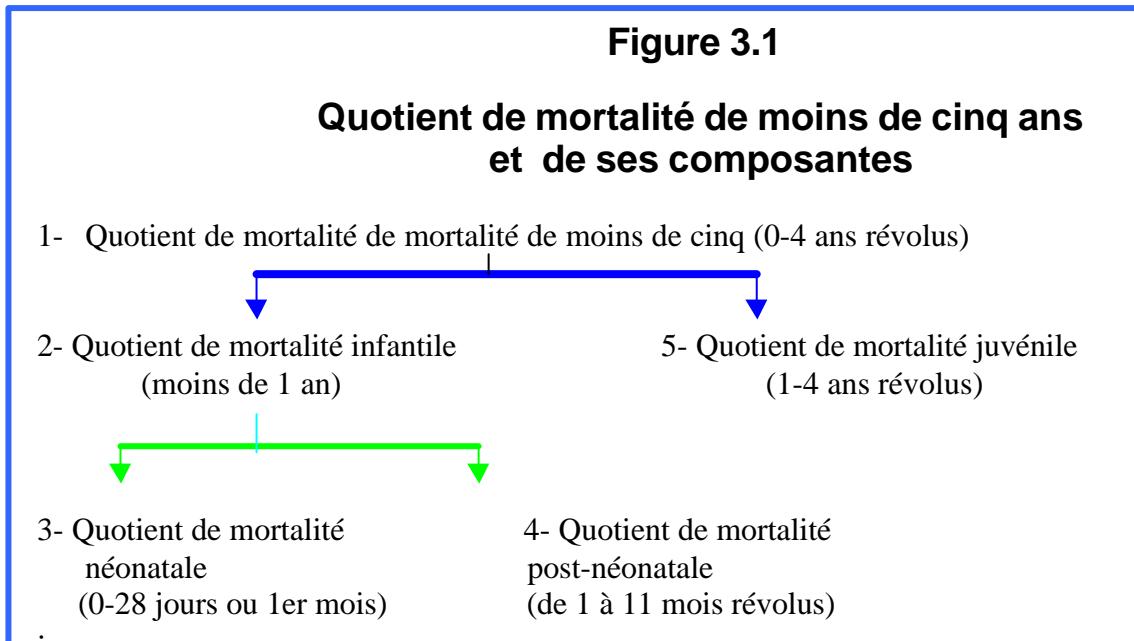
Les données de base utilisées pour l'étude de la mortalité de moins de cinq ans sont issues de la section 2 du questionnaire de base (de l'enquête Nationale de la Santé de l'enfant et de la Mère, grand échantillon) intitulée « Reproduction ».

Cette section se rapporte aux questions posées directement aux femmes mariées, âgées 15-49 ans couvertes par l'enquête, sur l'historique de leurs naissances. A partir de la date de naissance, de la date

¹ Coordonnateur régional des systèmes d'information, EMRO, Alexandrie, Egypte.

du décès éventuel et du sexe des enfants, il est possible de calculer les différents indices de mortalité des enfants. Ceux-ci sont, de ce fait, estimés directement grâce à une enquête rétrospective. Il s'ensuit, toutefois, que les données recueillies par cette approche présentent certaines limites dues particulièrement aux omissions des naissances et des décès ou/et aux mauvaises datations de ces événements.

Les différents quotients mesurant les différentes composantes de la mortalité des moins de cinq ans, utilisés dans ce chapitre, sont illustrés par la figure 3.1 suivante .



Ces quotients sont définis comme suit :

- Quotient de mortalité de moins de cinq ans ou mortalité de la petite enfance ou mortalité infanto-juvénile (${}_5Q_0$) est la probabilité de décéder avant d'atteindre le 5ème anniversaire.
- Quotient de mortalité infantile (${}_1Q_0$) est la probabilité ou risque de décéder avant d'atteindre le 1er anniversaire.
- Quotient de mortalité néonatale (${}_0Q'_0$) est la probabilité de décéder avant d'atteindre l'âge de un mois.
- Quotient de mortalité post-néonatale (${}_{12}Q'_1$) est la probabilité de décéder entre le 1er et le 12ème mois.
- Quotient de mortalité de la petite enfance est la probabilité de décéder entre le 1er et le 5ème anniversaire.

3.1.2 QUALITE DES DONNEES

Les estimations de la mortalité des enfants peuvent être entachées, comme il a été déjà souligné plus haut, de deux genres d'erreurs.

La première est due aux sous enregistrements des décès et des naissances alors que la deuxième est relative à la déclaration de l'âge. Les méthodes qui sont utilisées dans l'appréciation de la qualité des données se rapportant à la mortalité de moins de cinq ans, sont d'une part la méthode comparative de tendance à la base des différents résultats produits par différentes et indépendantes sources et d'autre part l'approche du changement inter-enquête. Si l'on se contente de la méthode comparative c'est à dire, la comparaison basée sur les courbes de tendances des quotients de mortalité néonatale, post néonatale et infantile .

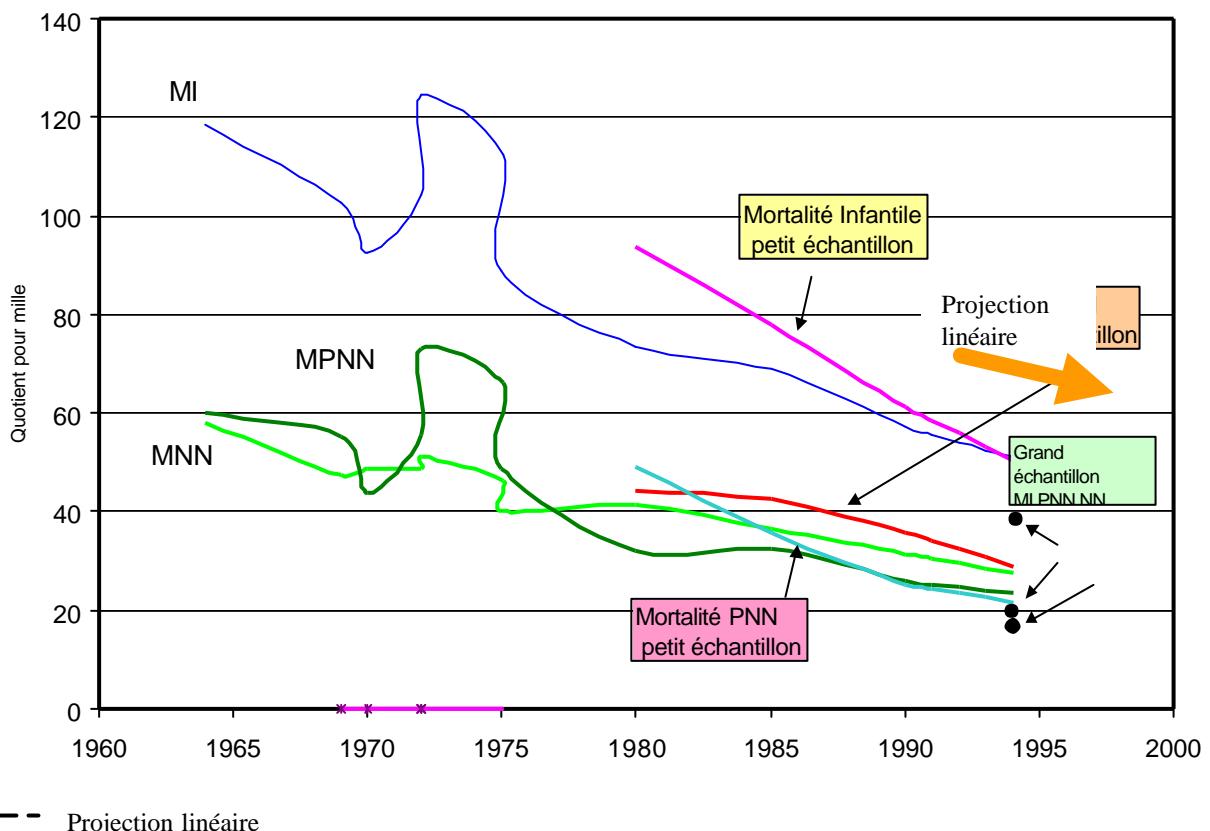
L'analyse de la dernière colonne du tableau 3.1 permet de relever que pour l'enquête ENPS-II de 1992, la tendance du rapport est croissante au fur et à mesure que l'on remonte dans le temps (1992 vers 1988), autrement dit que la mortalité a baissé au cours de la période 1988-1992 ; alors que pour les données de l'ENSME 1996-1997, cette tendance n'est pas vers la baisse. Ce qui peut indiquer l'existence d'un sous enregistrement des décès infantiles².

Le graphique 3.1 présente l'évolution de la mortalité à partir des données des deux enquêtes ENSP-I et ENPS-

Tableau 3.1 : Naissances et décès par année de calendrier
Evolution du nombre de naissances et de décès infantile par année de calendrier, selon différentes sources d'enquêtes.

Année de calendrier	Nombre de Naissances Observées (1)	Nombre de décès observés (2)	Rapport (2)/(1)
ENPS 1992			
1988	1067	77	72,2
1989	984	76	77,2
1990	1070	77	71,9
1991	1020	55	53,9
1992	224	11	49,1
Moyenne 88-92			67,8
ENSME 1996-1997			
1992	6189	202	32,6
1993	6296	228	36,2
1994	5997	185	30,8
1995	5912	211	35,7
1996	6440	250	38,8
Moyenne 92-96			34,9

Graphique 3.1
Evolution de la mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon les deux sources ENPS-I et ENPS-II



² Cf Dr Michel Garenne, INED :Rapport de mission 6-18 Décembre 1998.

II³, dont la qualité ne fait aucun doute. Les années de référence (1960,...,1990) correspondent aux centres des périodes quinquennales utilisées pour le calcul des quotients de mortalité. A partir de 1991 et suivante, on a estimé les quotients de mortalité à l'aide d'une projection linéaire. A l'aide de ces courbes lissées, on peut facilement déduire la baisse de la mortalité infantile, à titre d'exemple, pour l'année 1994, les valeurs estimées sont de 27,5 pour mille, 23,4 pour mille et 50,9 pour mille, pour la mortalité néonatale, post néonatale et infantile respectivement.

3.2 NIVEAUX ET TENDANCES

Cette section présentera les résultats sur les niveaux et tendances, à l'échelle nationale, de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de ses composantes à la base de leurs "mesures" en termes de "quotients" tels que définis plus haut à la sous-section.

3.2.1 Niveaux

Les résultats au niveau national, estimés par la méthode directe- à partir du grand échantillon- de la mortalité de moins de cinq ans et de ses composantes sont présentées par le tableau 3.2. Ils indiquent les estimations de ces niveaux, cinq ans précédent l'enquête correspondant ainsi à la période 1992-1997 ou à l'année 1994, milieu de cette période.

Tableau 3.2: Mortalité infanto-juvénile à l'échelle nationale

Niveaux, à l'échelle nationale, de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de ses composantes, pour la période 1992-1997. ENSME 1996-1997.

Composantes de la mortalité Infanto-juvénile	Quotient pour 1000 naissances vivantes (année médiane 1994)
Mortalité Infantile (₁ Q ₀)	36,6
Mortalité Néonatale (₁ Q' ₀) ou (MNN)	19,7
Mortalité post-natale (₁₂ Q' ₁) ou (MPNN)	16,9
Mortalité juvénile (₄ Q ₁)	9,8
Mortalité Infanto-Juvénile (₅ Q ₀)	45,8

Ces résultats montrent que le niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans (₅Q₀) reste encore relativement élevé. En effet, sur 1000 naissances vivantes de quarante six (45,8) meurent avant leur cinquième anniversaire. Ceci est dû particulièrement au haut risque de mortalité durant la première année de la vie .

En effet sur ces 1000 naissances près de 37 décèdent avant leur premier anniversaire, dont 20 meurent avant d'atteindre un mois (mortalité néonatale) et 16,9 décèdent au cours de la période post néonatale (1-11 mois). La mortalité néonatale et la mortalité post néonatale représentent 54 pour cent et 46 pour cent de la mortalité infantile respectivement. Cette dernière représente plus des trois quarts (79,9 %) de la mortalité des moins de cinq ans.

La mortalité juvénile (₄Q₁) ou probabilité de décéder entre le 1er et le 5ème anniversaire, estimée à 10 pour 1000 naissances vivantes, ne représente que le cinquième de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

³ Voir page 79 de l'ENPS-I et page 120 de l'ENPS-II.

Si l'on compare ces résultats avec ceux de quelques pays arabes voisins, ayant réalisé les mêmes enquêtes à quelques années près dans le cadre du projet PAPCHILD de la Ligue des Etats Arabes, l'on notera que le Maroc et la Libye se situent au même niveau approximativement tout en se différenciant par un niveau environ deux fois inférieur à ceux de l'Algérie et de la Tunisie d'une part et de trois fois inférieur à celui de l'Egypte d'autre part.

Tenant en compte aussi bien du niveau du développement socio-économique et particulièrement sanitaire de ces pays que des niveaux bien plus élevés de mortalité infanto-juvénile et de ses composantes estimées par les enquêtes DHS antérieures, les niveaux relativement bas générés par les données du grand échantillon de l'ENSME au Maroc sont assez surprenants. Néanmoins, les discussions présentées en fin de ce chapitre pourraient expliquées en partie cette baisse de la mortalité.

Tableau 3.3: Mortalité Infanto-juvénile selon pays

Etat comparatif de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au Maroc et dans certains pays arabes voisins. Sources enquêtes PAPCHILD 1990-1997.

Composantes de la mortalité	Pays et Année d'estimation				
	Maroc 1994	Algérie 1990	Tunisie 1992	Libye 1993	Egypte 1993
Mortalité infantile	36,6	43,7	43,8	24,4	62,9
Mortalité Néonatale	19,7	22,1	25,7	17,0	37,2
Mortalité Post-néonatale	16,9	21,6	18,1	7,4	35,6
Mortalité Juvénile	9,8	5,1	9,4	5,9	29,8
Mortalité Infanto -Juvénile	45,8	48,6	52,8	30,1	95,9

3.2.2 Tendances

Comme l'historique des naissances n'a couvert qu'une période de cinq ans précédent l'enquête ENSME, c'est à dire au cours de 1992 -1997, l'étude de ses tendances à l'échelle nationale, des composantes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans sera limitée aux résultats des enquêtes antérieures de DHS et ayant utilisés la même méthode directe d'estimation. Celles-ci sont, par ordre chronologique, l'ENPS-I (1987) et l'ENPS-II (1992). L'enquête de Panel EPPS (1995) n'a pas été retenue du fait d'une surestimation de ses résultats due à une taille faible de l'échantillon ayant servi de base à l'Enquête.

Tableau 3.4 : Tendance de la mortalité infanto-juvénile

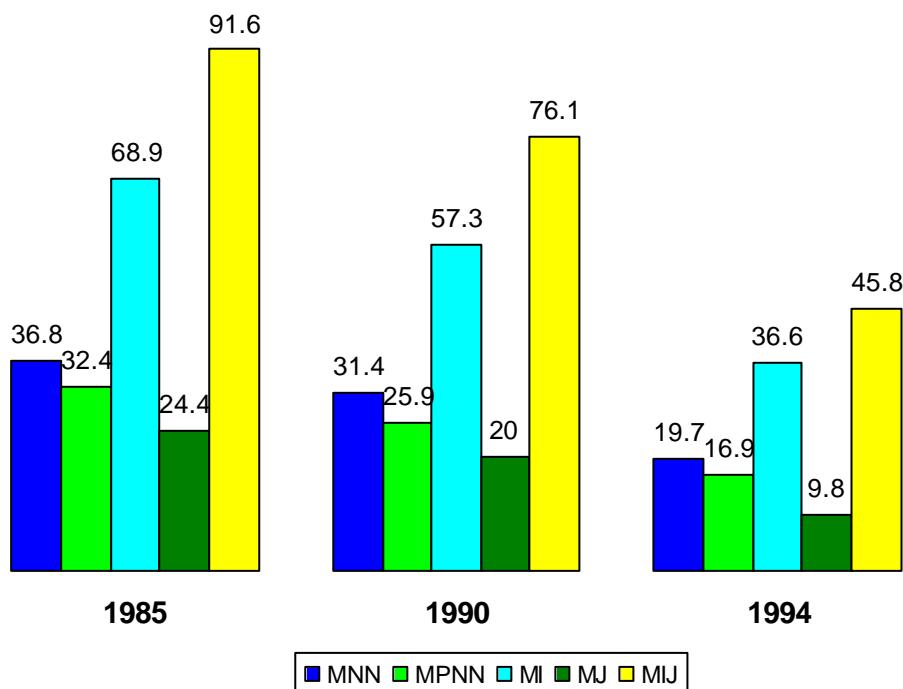
Evolution de la mortalité néonatale, postnatale et infantile durant la période 1982-1997 et selon différentes sources.

Type de mortalité	ENPS-I (1982-87)	ENPS-II (1987-92)	ENSME* (1992-97)
Mortalité infantile	68,9	57,3	36,6
Mortalité Néonatale	36,5	31,4	19,7
Mortalité Post-néonatale	32,4	25,9	16,7
Mortalité Juvénile	24,4	20,0	9,8
Mortalité Infanto- Juvénile	91,6	76,1	45,8

* Grand échantillon

En retenant les années 1985, 1990 et 1994, comme milieux des périodes quinquennales précédant respectivement les enquêtes ENSP-I, ENSP-II et ENSME, la tendance de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de ses composantes est illustrée par le graphique 3.2. Il ressort de l'étude de cette tendance que ces mortalités dans leur ensemble, ont connu une baisse substantielle durant la décennie 1985-94 .

Graphique 3.2
Tendance de la Mortalité Infanto juvénile
et de ses composantes de 1985-1994 au Maroc



3.3 VARIATIONS DIFFÉRENTIELLES

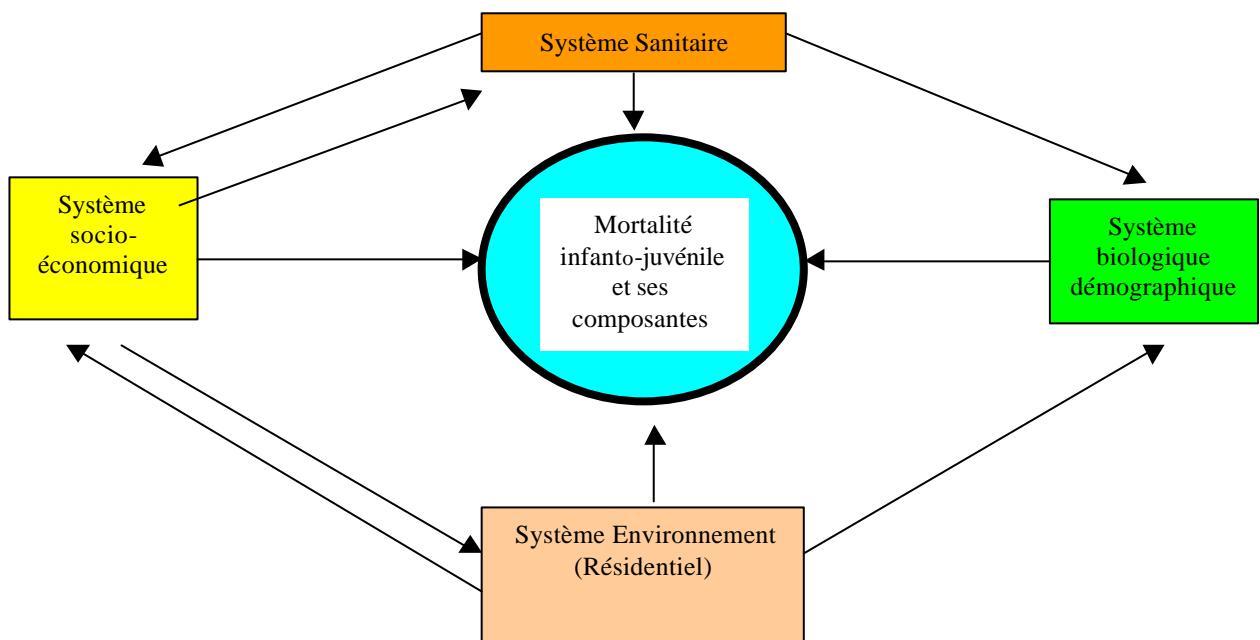
Certes l'étude des niveaux et des tendances de la mortalité infanto-juvénile et de ses composantes, à l'échelle nationale, sont utiles pour l'élaboration et l'évaluation d'une politique sanitaire nationale, mais elle ne suffit point pour la conception d'une stratégie et d'un plan d'action et encore plus de l'évaluation de la mise en application de ceux-ci.

Pour ce faire, ceci nécessite, en plus, la maîtrise de la connaissance des variations différentielles de cette mortalité.

La présente section tentera de passer en revue l'influence ou l'impact de ces variations qui, comme le montre le cadre conceptuel indiqué par la figure 3.2, seront successivement pour les femmes couvertes par l'enquête:

- Variations environnementales ;
- Variations bio-démographiques ;
- Variations socio-économiques et ;
- Variations sanitaires.

**Figure 3.2
Cadre conceptuel général des déterminants de la mortalité infanto-juvénile et de ses composantes:**



En effet, l'étude descriptive de ces variations dans cette section, ne permettra point, d'apprécier l'influence directe de chacune des variables considérées, étant donné leur intra et inter-dépendance.

Le tableau 3.5 fournit les résultats généraux de la mortalité infanto-juvénile et de ses composantes selon ces différentes.

Tableau 3.5 : Différentielles de la mortalité infanto-juvénile

Quotients pour mille naissances vivantes de la mortalité néonatale, post néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période 1992-1997, selon quelques caractéristiques socio démographiques . ENSME (grand échantillon)1996-1997.

	Néo-natale (MN)	Post-Néo-natale (MPN)	Infan-tile (1Qo)	Juvé-nile (4Q1)	Infanto-Juvé-nile (5Qo)
Age de la mère à la naissance de l'enfant					
Moins de 20 ans	20,6	20,4	41,1	11,6	52,7
20-29	19,2	16,0	35,2	8,5	42,8
30-34	19,2	15,1	34,3	10,2	43,8
35-49	21,2	19,9	41,0	11,8	52,6
Sexe de l'enfant					
Masculin	21,7	17,4	39,1	9,1	47,1
Féminin	17,6	16,4	34,0	10,5	44,5
Milieu de résidence					
Urbain	15,1	8,7	23,8	6,1	29,9
Rural	22,1	23,9	46,1	15,0	61,1
Région					
Oued Eddahab Lagouira	...	22,9	22,9	...	27,7
Lâayoune Boujdour Sakia Al Hamra	18,4	15,4	33,8	...	32,4
Guelmim Smara	21,2	11,7	32,9	3,6	33,9
Souss Massa Drâa	23,3	21,8	45,1	10,3	54,8
El Gharb Chrarda	12,3	15,0	27,3	11,8	40,4
Chaouia Ouardigha	16,6	12,5	29,1	2,5	30,2
Marrakech Tensift Al Haouz	20,6	19,9	40,5	13,8	54,4
Région Orientale	23,3	11,5	34,9	11,9	44,4
Grand Casablanca	10,9	4,4	15,2	5,4	19,4
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	13,5	8,0	21,5	3,9	24,0
Doukala-Abda	14,6	11,9	26,5	5,3	31,1
Tadla-Azilal	19,4	22,8	42,3	24,3	68,5
Méknès-Tafilalet	29,5	28,2	57,7	8,1	64,9
Fès-Boulemane	20,6	17,8	38,4	7,6	45,1
Taza Al Hoceima Taounate	30,7	24,2	54,9	13,9	67,1
Tanger Tétouan	20,0	22,8	42,7	12,6	56,0
Niveau d'instruction					
Jamais scolarisée	21,2	20,4	41,5	12,0	53,4
Primaire	18,2	9,1	27,3	0,7	25,3
Secondaire	12,6	3,6	16,2	4,9	19,3
Supérieur	8,8	4,2	13,0	...	11,7
Soins de santé					
Soins par professionnel	17,4	9,0	26,4	4,7	29,0
Soins par non professionnel	34,2	29,0	63,2	18,4	80,0
Pas reçu de soins	20,9	22,5	43,4	13,2	57,0
Intervalle intergénésique					
Pas d'informations	18,4	14,1	32,5	8,7	40,4
<2 ans	25,7	29,4	55,2	17,1	73,1
2-3 ans	21,3	22,8	44,1	8,9	53,1
4 ans+	21,8	22,6	44,4
Activité actuelle					
Travaille maintenant	17,8	5,9	23,8	0,0	20,5
Ne travaille pas	19,8	17,6	37,4	10,3	47,2
Total	19,7	16,9	36,6	9,8	45,8

3.3.1 Variations environnementales

Le milieu et la région de résidence de la mère feront l'objet de cette sous-section tout en ne perdant pas de vue l'interdépendance de ces deux variables.

a) *Milieu de résidence*

La mortalité des enfants de moins de cinq ans diffère largement selon le milieu urbain et le milieu rural et ce en faveur des villes.

En effet, telle qu'elle apparaît au tableau 3.5, la mortalité infanto-juvénile dans les campagnes est le double de celles des villes. Ceci est dû principalement à un risque de mortalité en milieu rural par rapport à l'urbain, 2,4 fois supérieur entre le premier et le cinquième anniversaire et à un risque de décès de 1,9 fois supérieur avant le premier anniversaire. Pour ce qui est de la mortalité infantile les différentiels sont d'ailleurs amplement attribués au risque de mortalité post-néonatale qui est 2,7 fois supérieur en milieu rural, alors que le risque de mortalité néonatale n'y représente que 1,4 fois plus.

Si les variables socio-économiques et culturelles ont leur impact, comme il sera étudié plus loin, dans ce risque de surmortalité dans les campagnes, la couverture sanitaire, tant publique que privée, n'en demeure point moins essentielle.

b) *Région*

La variation différentielle de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de ses composantes par région de résidence de la mère suit dans une large mesure le schéma différentiel par milieu de résidence.

En effet, l'auto-corrélation existante entre le milieu de résidence et le découpage administratif des régions, fait qu'il existe une surmortalité infanto-juvénile dans les régions à prédominance rurale. Le quotient de mortalité infantile ainsi que de ses composantes la mortalité néonatale et la mortalité post néonatale varient respectivement de 15,2 ; 10,9 et 4,4 pour 1000 au Grand Casablanca, exclusivement urbain, à 57,7 ; 29,5 et 28,2 pour 1000 dans la région de Meknès-Tafilalet à prédominance rurale.

Quant à la mortalité juvénile, son quotient varie de 2,5 pour mille dans la région de Chaouia Ouardigha à 24,3 pour 1000 à Tadla Azilal, alors que la mortalité infanto-juvénile se situe entre 19,4 pour mille au Grand Casablanca à 68,5 pour 1000 à Tadla Azilal.

3.3.2 Variations bio-démographiques

Le sexe des enfants décédés, l'âge de la mère à la naissance de l'enfant et la durée de l'intervalle inter générésique constituent des variables différentes importantes de la mortalité infanto-juvénile et de ses composantes.

a) *Sexe de l'enfant*

A l'exception de la mortalité juvénile où apparaît une faible surmortalité féminine de l'ordre de 11 pour cent par rapport à celle des garçons, il existe une surmortalité masculine pour toutes les autres composantes de la mortalité infanto-juvénile.

Tel qu'il est indiqué par le tableau 3.5, cette surmortalité masculine est la plus forte pour la mortalité néonatale puisque elle est environ 1,2 fois celle des filles suivie de celle due à la mortalité infantile, supérieure de 13 pour cent à la mortalité des filles.

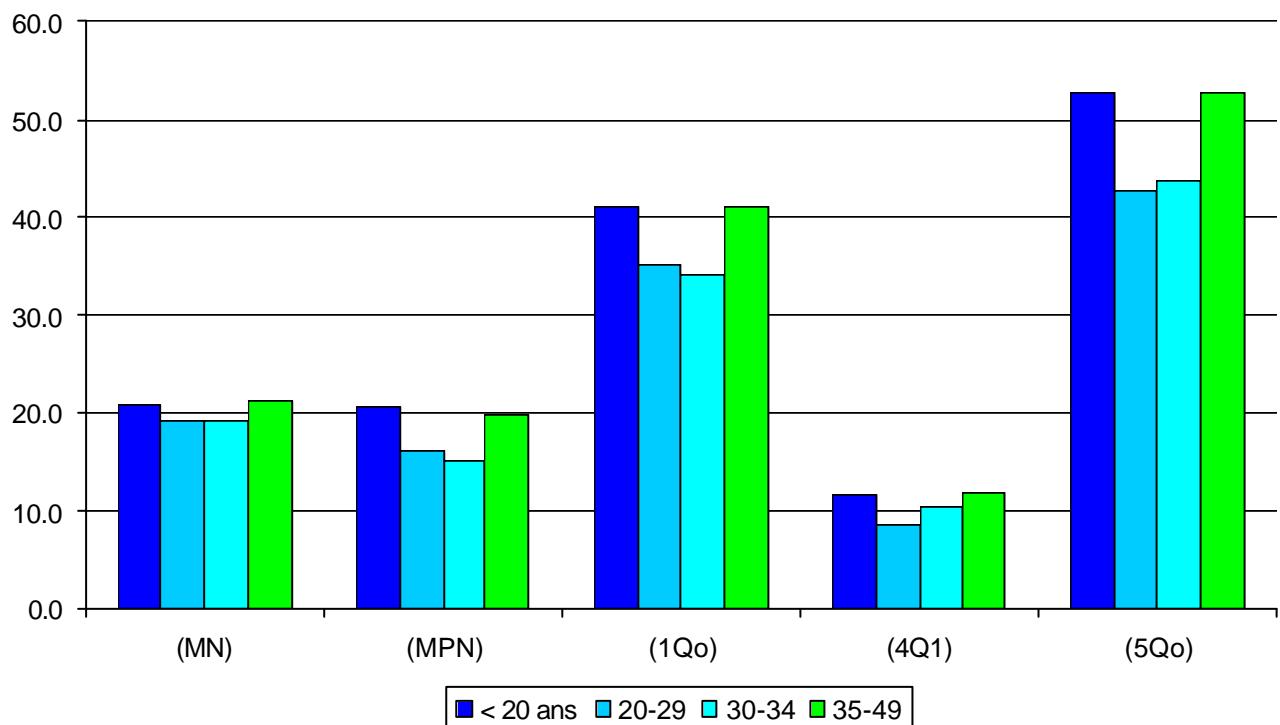
b) Age de la mère à la naissance de l'enfant

L'âge de la mère à la naissance constitue un facteur relativement important de risque de mortalité pour les enfants au cours des cinq premières années de leur vie.

Le tableau 3.5, illustré par le graphique 3.3, met en évidence le schéma de variations différentielles selon ce facteur de risque de mortalité de l'enfant à l'échelle nationale.

A tous les âges de l'enfant, ce risque est plus élevé si, à la naissance de celui-ci, l'âge de sa mère est inférieur à 20 ans. Ce risque diminue, certes, avec l'âge de la mère entre 20 et 34, puis s'élève de nouveau au-delà de 35 ans pour atteindre à peu près la même intensité de mortalité pour les mères âgées de moins de 20 ans à la naissance de l'enfant.

**Graphique 3.3
Quotients de mortalité infanto-juvénile et
âge de la mère à la naissance**



Si ce schéma de mortalité selon l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, est identique pour toutes les composantes de la mortalité infanto-juvénile à l'échelle nationale, il n'en demeure pas moins que par milieu de résidence, deux exceptions à ce schéma sont à relever : Celles-ci correspondent, d'une part, à une légère augmentation du quotient de mortalité néonatale à l'âge 20-29 ans en milieu urbain (en comparaison avec celui relatif à l'âge de moins de 20 ans) et d'autre part à l'augmentation du quotient de mortalité juvénile à l'âge 30-34 ans.

Il est à noter, cependant, que le risque double de mortalité post-néonatale et de mortalité juvénile dans les campagnes par rapport aux villes, constaté plus haut, s'aggrave davantage quand on considère l'âge de la mère à la naissance de l'enfant. Les risques de mortalité néonatale au niveau rural des enfants nés des mères âgées de 20-29 et de 30-39 ans sont respectivement 2,3 et 3,9 fois supérieurs qu'en milieu urbain.

c) *Intervalle inter générésique*

Jusqu'ici et à la base de toutes les enquêtes antérieures, il a toujours été démontré que la longueur de l'intervalle inter générésique a un impact très important sur le risque de mortalité infanto juvénile et de ses composantes tant infantile que juvénile.

Cet impact s'exprime par une forte corrélation négative entre la longueur de cet intervalle et le risque de mortalité. Celui-ci double ou même triple quand la longueur de l'intervalle baisse de 4 ans ou plus à moins de 2 ans.

Les résultats de la présente ENSME 1996-97, tels qu'ils apparaissent au tableau 3.5 ci-haut, sont curieusement plus nuancés à ce sujet. Ils ne montrent, en effet, qu'une corrélation négative très moyenne et modeste entre la longueur de l'intervalle et les risques spécifiques de mortalité de moins de 5 ans, sauf pour la mortalité juvénile qui a enregistré une corrélation assez évidente.

A l'exception des résultats assez plausibles et relatifs à la mortalité juvénile et infanto-juvénile, le schéma de variation différentielle pour les autres risques de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile apparaissent bien loin du schéma habituel et normal connu à ce sujet dans les pays voisins.

3.3.3 Variations différentielles socio économiques

Comme il a été relevé précédemment, le milieu et la région de résidence ne constituent guère des variables indépendantes puisqu'elles sont indirectement auto-corrélatées avec les variables socio-économiques.

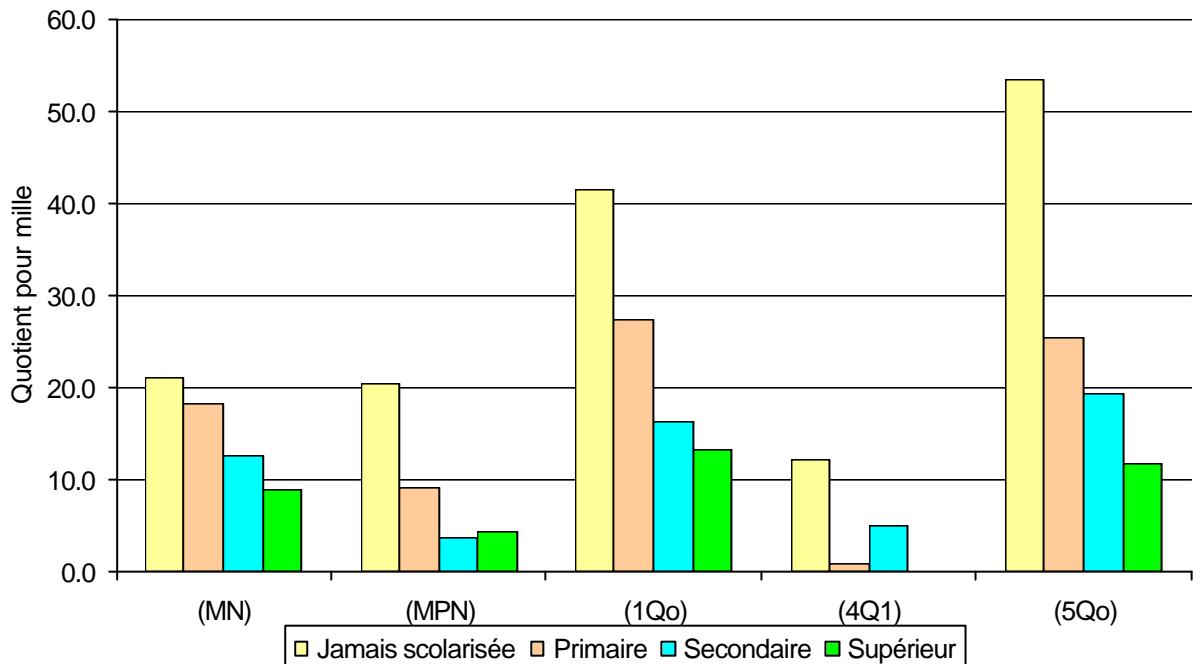
Aussi certaines de ces variables différentielles socio-économiques (tableau 3.5) à savoir le niveau d'instruction des mères, leur occupation /travail ainsi que le type de soins reçus durant la grossesse, ne pourraient-elles que confirmer les variations par milieu et région de résidence mises en évidence.

a) *Niveau d'instruction*

L'impact de l'éducation de la mère, d'une façon générale, sur le niveau de santé, de ses enfants durant leurs cinq premières années de vie, est incontestable. Cela se reflète dans les variations différentielles de mortalité de moins de 5 ans au niveau d'instruction.

D'une manière générale, les risques de mortalité, à tous les âges, de la naissance au cinquième anniversaire (sauf le premier mois de la vie), des enfants de mères analphabètes, sont presque le double de ceux des enfants de mères ayant juste une instruction primaire.

Graphique 3.4
Quotients de mortalité infanto-juvénile selon
le niveau d'instruction de la mère



Plus concrètement, si l'on considère comme base de comparaison le niveau de mortalité des enfants dont les mères possédant un niveau quelconque d'instruction par rapport à celui des mères possédant un niveau directement supérieur (sans instruction par rapport au niveau primaire; primaire par rapport au secondaire et enfin secondaire par rapport à l'universitaire), l'étude de variation différentielle du risque de décès selon le niveau d'instruction fait ressortir les points saillants suivants:

- Le risque de mortalité durant le premier mois de la vie -considéré comme étant principalement dû aux causes endogènes -est modérément influencé par le niveau d'instruction de la mère ;
- Au delà de cet âge néonatale de 1 mois jusqu'au cinquième anniversaire, l'impact de l'instruction des mères sur le risque de mortalité des enfants est très significatif . En effet, au fur et à mesure que le niveau d'instruction des mères s'accroît, le risque de décès de leurs enfants jusqu'à l'âge de 5 ans diminue. C'est ainsi que, comparés à ceux dont les mères ont un niveau d'instruction primaire, les enfants dont les mères sont analphabètes ont un risque de mourir 2,3 fois supérieur entre le premier mois d'âge et leur premier anniversaire, 1,6 fois entre la naissance et leur premier anniversaire, et enfin 2 fois supérieur entre la naissance et le cinquième anniversaire ;
- Par ailleurs, les enfants des mères ayant un niveau primaire ont par rapport aux enfants dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire, un risque de mortalité 1,8 fois supérieur

entre la naissance et leur 1er anniversaire, et 2,5 fois entre le premier mois d'âge et le premier anniversaire et enfin 2 fois entre le premier et le cinquième anniversaire.

b) *Variations différentielles par occupation de la mère*

La variable occupation (ou travail) de la mère étant très corrélée avec la variable instruction, son impact sur la mortalité infanto-juvénile et de ses composantes ne peut que suivre le même schéma de variation différentielle mise en évidence précédemment.

C'est ainsi que le risque de mortalité des enfants à tous les âges est inférieur chez ceux dont les mères travaillent, tel qu'il apparaît au tableau 3.6. En effet, le quotient de mortalité des enfants dont les mères travaillent ne représentent que 64 pour cent de la mortalité infantile des enfants dont les mères ne travaillent pas, 90 pour cent et 34 pour cent de mortalité néonatale et post-néonatale respectivement et enfin 43 pour cent de mortalité infanto-juvénile.

3.3.4 Variations différentielles sanitaires

Du fait de l'auto-corrélation existant entre les variables socio-économiques et les variables sanitaires, il n'est pas aisément de dégager, d'une façon objective la part de l'impact de celles-ci dans la variation de la mortalité infanto-juvénile et de ses composantes.

L'assistance aux soins prénataux et à l'accouchement, variable sanitaire prise en compte par l'ENSME, est celle dont l'impact sur la mortalité des enfants fera l'objet d'étude dans la présente sous-section.

A la lumière du tableau 3.5, il apparaît que le risque de mortalité des enfants est étroitement lié à l'assistance aux soins prénataux, à l'accouchement et à la qualité de cette assistance par un personnel professionnel.

En effet, s'il n'existe qu'un léger impact de l'assistance prénatale des mères sur la mortalité néonatale, celle-ci étant due particulièrement aux causes endogènes- le risque de décéder en l'absence d'assistance comparé à la présence de l'assistance par un personnel professionnel est 2,7 fois supérieur pour la mortalité post-néonatale, 1,8 fois pour la mortalité infantile, 3 fois pour la mortalité juvénile et finalement moins que 3 fois supérieur pour la mortalité infanto-juvénile.

3.4 SYNTHESE ET DISCUSSION

3.4.1 SYNTHESE

Dans le contexte d'une évaluation générale, assez satisfaisante, de l'évolution du niveau de conditions de vie des populations, les politiques et les stratégies sanitaires, exécutées durant les deux ou trois dernières décennies, ont abouti à une accélération de la dynamique de la transition tant démographique qu'épidémiologique. Chose qui a généré une forte baisse de la fécondité et un rythme soutenu du déclin de la mortalité infanto-juvénile et de ses composantes que sont la mortalité néonatale, post-néonatale, infantile et juvénile.

Les résultats de l'ENSME, passés en revue, ont montré, tout en tenant en compte de la qualité des données de base et des estimations fournies, que le niveau de mortalité infantile est passé durant la dernière décennie de 57 pour mille au milieu des années 80 à 37 pour mille au milieu des années 90. Ce qui a été dû à une baisse respective de mortalité néonatale et post néonatale de 31 et 26 pour mille à 20 et 17 pour mille. De même, la mortalité juvénile a connu une baisse durant la même période passant de 20 à 10 pour mille.

Cependant, malgré que tous les enfants marocains de moins de cinq ans ont, d'une façon générale, bénéficié de cette base de risque de mortalité, il n'en demeure pas moins que des variations différentielles continuent d'exister parmi ces enfants.

Les résultats ont ainsi montré que les enfants du milieu rural et ceux dont les mères sont ou analphabètes ou moins instruites ont un risque de mortalité nettement plus élevé que ceux du milieu urbain et ceux dont les mères sont plus instruites.

Si par rapport au sexe, les filles ont entre leur naissance et leur premier anniversaire, une probabilité de survie légèrement plus élevée que les garçons, il n'en est pas de même entre leur premier et cinquième anniversaires au cours duquel cette probabilité de survie est inférieure à celle des garçons.

Pour ce qui est des variations différentielles de mortalité par âge de la mère à la naissance de l'enfant et par intervalle entre cette naissance et la précédente naissance, le risque de mortalité suit le schéma classique, à savoir que les enfants nés des mères âgées de moins de 20 ans ou de plus de 35 ans ont un risque de mortalité durant les cinq premières années de leur vie, nettement supérieur à celui des mères âgées de 20 à 35 ans. Il en est aussi de même pour les enfants nés moins de deux ans après la précédente naissance, leur risque de mortalité est nettement supérieur à celui des enfants nés deux ans ou plus.

Certes l'étude, assez descriptive, de la mortalité infanto-juvénile et de ses composantes, telle que requise dans ce rapport principal de l'ENSME, aide-t-elle à apprécier, d'une façon générale, les niveaux et les tendances de cette mortalité et certaines de ses variations différentielles. Si pareille étude descriptive permet d'évaluer globalement les progrès réalisés dans la baisse de mortalités des enfants et d'apprecier le chemin parcouru dans le domaine socio-économique et sanitaire, il n'en reste pas moins qu'une analyse plus complète et plus approfondie des résultats de la mortalité de moins de cinq ans, fournis par l'ENSME, est à entreprendre. Cette analyse doit s'inspirer du modèle de Mosely et Chen (axé sur la nutrition) et auquel il faut intégrer les causes de décès.

Ce faisant et s'aidant tant d'un cadre conceptuel adéquat de la mortalité des enfants et de ses relations avec les principaux déterminants que d'une analyse factorielle appropriée, la connaissance de différents composantes de la mortalité de moins de cinq ans sera encore mieux maîtrisée. Ce qui servira à une meilleure formulation des stratégies sanitaires pour la réduction des risques différentielles de cette mortalité de moins de cinq ans.

3.4.2 DISCUSSION

La qualité des données a été appréciée par l'analyse de la tendance observée à partir des données des enquêtes précédentes ENPS-I , ENPS-II (graphique 3.1) et l'analyse des données de l'enquête elle-même (tableau 3.1). Le graphique 3.1 permet d'estimer (par une projection linéaire) le quotient de mortalité infantile pour l'année 1994 à 50,9 pour mille naissances vivantes soit une sous estimation de 28,1 pour cent. Les données du tableau 3.1 montrent que le nombre de cas de décès baisse au fur et à mesure que l'on s'éloigne dans le temps.

Comme il a été précisé dans le premier chapitre de ce rapport, à l'instar des enquêtes précédentes, l'ENSME a utilisé le même profil d'enquêtrices, sinon les mêmes enquêtrices, le même profil de contrôleurs et de superviseurs. La différence entre les enquêtes DHS précédentes et l'ENSME peut être notée au niveau de a) la taille de l'échantillon basée sur le dernier recensement de la population et de l'habitat de 1994, et b) la période de référence pour le tableau des grossesses.

L'importance de la taille ne peut pas influencer négativement sur les estimations de la mortalité infanto-juvénile, étant donné que les conditions d'organisation sont presque identiques. Au contraire, elle permet une meilleure précision des résultats.

La période de référence pour identifier les naissances vivantes des femmes enquêtées a été limitée à cinq ans pour l'ENSME (du fait de l'importance de la taille de l'échantillon) alors que pour les enquêtes DHS, cette période concerne toute la vie génésique des femmes. Est-ce le fait de réduire la période de référence peut influer sur la mémoire de la femme ?

Pour répondre à cette question nous avons introduit dans le questionnaire de l'enquête ENSME-petit échantillon, un module supplémentaire sur la mortalité infantile, non prévu initialement. Ainsi, nous avons la possibilité de comparer les résultats de la projection des données des enquêtes ENPS et de l'ENSME-grand échantillon à ceux de l'ENSME-petit échantillon.

Tout d'abord, il faut signaler que si l'ENSME –grand échantillon s'est limitée à recueillir des données sur les naissances vivantes des cinq années précédent l'enquête, l'ENSME-petit échantillon, a utilisé l'historique des grossesses.

Cette approche comme celle utilisée dans les enquêtes DHS permet à la femme de retracer dans les détails son histoire génésique, et de préciser par la même, le sexe, la date de naissance de l'enfant, son état de survie et en cas de décès, l'âge au décès, en plus des grossesses non parvenues à terme.

Avec cette approche, les quotients de mortalité néonatale, post néonatale et infantile pour la période 0-4 ans précédent l'enquête (1993-1997) sont estimés à 28,9 ; 21,7 et 50,6 pour mille respectivement. Ce qui est très proche des quotients déduits des projections des tendances à partir des enquêtes ENPS antérieures (voir aussi graphique 3.5). Le tableau 3.6 présente les quotients de mortalité infanto juvénile à partir des deux enquêtes ENSME grand et petit échantillon.

Tableau 3.6 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans selon deux sources

Quotients de mortalité néonatale, post néonatale, infantile, juvénile et infanto juvénile pour la période 0-4 ans précédent l'enquête selon l'ENSME grand-échantillon et l'ENSME petit-échantillon.

Composante de la mortalité	Grand échantillon	Petit échantillon
Mortalité Néonatale	19,7	28,9
Mortalité Post-néonatale	16,7	21,7
Mortalité infantile	36,6	50,6
Mortalité Juvénile	9,8	10,7
Mortalité Infanto- Juvénile	45,8	60,7

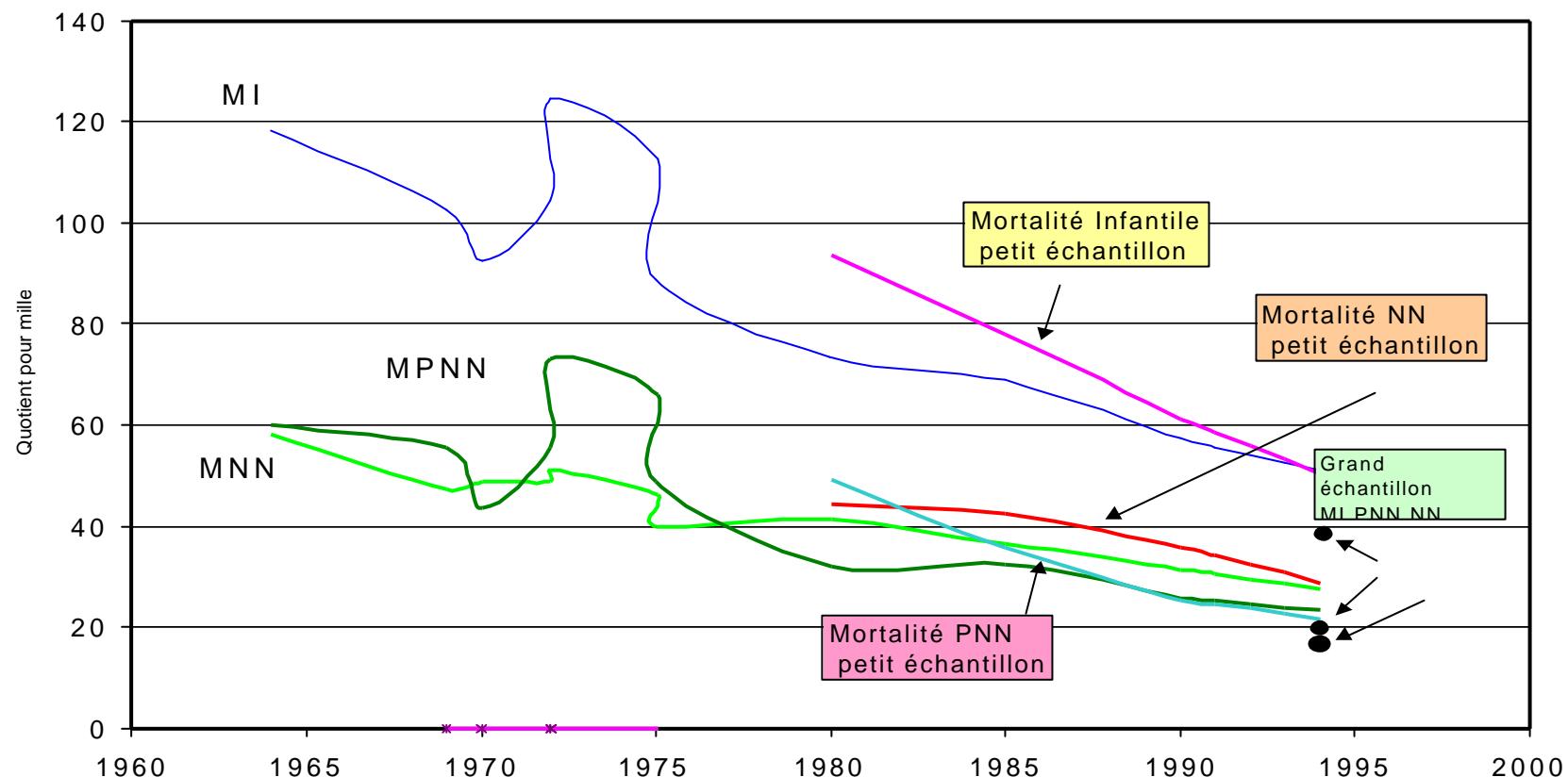
A la lumière de ces résultats on peut supposer qu'en tenant compte des intervalles de confiance tableau 3.7 ci-après, qui sont relativement grands pour les données sur la mortalité, le quotient de mortalité infantile, par exemple pourrait se situer entre 37 et 50 pour mille.

Tableau 3.7 : Intervalle de confiance

Intervalle de confiance à 95 % des quotients de mortalité néonatale, post néonatale, infantile, juvénile et infanto juvénile pour la période 0-4 ans précédent l'enquête selon l'ENSME grand-échantillon et l'ENSME petit-échantillon.

Composante de la mortalité	Grand échantillon		Petit échantillon	
	Borne inférieure	Borne supérieure	Borne inférieure	Borne Supérieure
Mortalité Néonatale	14,3	25,1	22,88	34,92
Mortalité Post-néonatale	12,1	21,3	16,5	26,9
Mortalité infantile	29,2	44	42,28	58,92
Mortalité Juvénile	4,8	14,8	5,02	16,38
Mortalité Infanto- Juvénile	36,2	55,4	49,9	71,5

Graphique 3.5
Evolution de la mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon les quatre sources ENPS-I , ENPS-II, ENSME grand échantillon et petit échantillon



CHAPITRE 4

ALLAITEMENT ET ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

Dr Abdelouahab Zerrari¹

Dr Hamid Chekli²

Ce chapitre présente les résultats relatifs à 1) les pratiques de l'allaitement maternel 2) l'état nutritionnel des enfants. Le premier influe sur le comportement de la fécondité de la mère et sur l'état nutritionnel des enfants. Celui ci est mesurer à partir des indicateurs anthropométriques (poids, taille). Les résultats de ce chapitre sont d'une importance capitale pour les responsables des programmes de santé, leur permettant d'évaluer leur activités et aussi de bâtir leur stratégie sur des bases très solides.

4.1 Allaitement Maternel et Alimentation de Complément

Les résultats de l'ENSME, 1997, montrent que l'allaitement des enfants est quasi total au Maroc. En effet, 95 pour cent des naissances des cinq dernières années ont été allaitées. Par milieu de résidence, on constate tableau 4.1 que les différences ne sont pas statistiquement significatives entre l'urbain et le rural. Il en est de même que pour le niveau d'instruction de la mère.

La durée moyenne de l'allaitement maternel chez les naissances des cinq dernières années ayant précédé l'enquête est de 14 mois. Les femmes du milieu rural allaitent plus longtemps que celles du milieu urbain 15 contre 11 mois. Elle ne semble pas varier avec l'âge de la mère. Par contre, elle diminue lorsque le niveau scolaire de la mère augmente : 15 mois pour les analphabètes contre 7 mois pour les femmes ayant un niveau secondaire et plus. Les femmes du Grand Casablanca allaitent moins longtemps que celles de la Chaouia Ourdigha (8,8 mois contre 17,0 mois).

La durée moyenne de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 5 ans est de 3 mois. Elle est de 4 mois en milieu rural contre 2 mois en milieu urbain. Les jeunes mères 15-19 ans pratiquent l'allaitement maternel exclusif plus longtemps que celles âgées entre 40-et 49 ans : 6 mois contre 2 mois. La durée de l'allaitement maternel exclusif la plus courte est observée au niveau de la région du Grand Casablanca, elle est d'un mois, et de 5 mois pour la région de Chaouia Ourdigha et chez les femmes d'un niveau secondaire et plus, un mois contre 4 mois chez les analphabètes.

L'allaitement maternel exclusif est pratiqué par 66 pour cent des femmes enquêtées. Cette proportion est identique pour les cinq dernières naissances. Le pourcentage des enfants âgés de moins de 3 mois qui reçoivent le biberon est de 34 pour cent.

Les résultats de l'enquête nationale de population et de santé de 1992, ont montré que la proportion des enfants de moins de 3 mois allaités exclusivement au sein était de 62 pour cent. La présente enquête indique une légère hausse durant les cinq dernières années.

¹ Chef de la division de la santé de la mère et de l'enfant

² Chef de service de lutte contre les maladies de carence

Tableau 4.1 Allaitement et durée moyenne d'allaitement des enfants

Pourcentage des naissances des cinq dernières années précédant l'enquête ayant été allaitées et durée moyenne d'allaitement par caractéristiques socio démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Durée moyenne en mois				
	Pourcentage d'enfants allaités	Effectif d'enfants	Total d'allaitement	Exclu-sive-ment allaités	Effectif d'enfants <24 mois
Age de la mère					
15-19	96,2	197	14,5	6,3	106
20-24	93,8	662	12,9	3,3	339
25-29	95,4	937	13,1	3,0	396
30-39	95,8	1497	13,9	2,6	531
40-49	94,2	457	14,3	2,2	129
Milieu de résidence					
Urbain	94,2	1519	11,1	2,2	582
Rural	95,8	2231	15,0	3,7	919
Région					
Laayoune Boujdour S.H	97,4	75	15,8	3,8	32
Guelmim Smara	100,0	16	10,3	0,0	7
Souss Massa Draa	93,5	378	13,9	2,6	155
El gharb Chrarda	95,6	199	13,9	3,8	88
Chaouia Ouardigha	99,0	195	17,0	5,3	86
Marrakech Tensift Haouz	95,9	470	14,4	3,2	189
Région Orientale	93,5	249	13,3	2,7	99
Grand Casablanca	95,1	344	8,8	1,4	136
Rabat Salé Zemmour Zaer	93,2	223	11,9	2,3	83
Doukala Abda	95,6	267	12,7	4,0	113
Tadla Azilal	97,2	208	14,6	4,7	82
Meknes Tafilalet	98,2	284	13,9	2,1	93
Fes Boulemane	94,6	191	15,1	3,4	70
Taza AlHoceima Taounate	94,2	317	15,6	3,1	126
Tanger Tétouan	92,5	334	12,0	2,9	142
Niveau d'instruction					
Analphabète	95,4	2779	14,7	3,5	1125
Lire et/ou écrire	94,9	409	11,6	2,7	178
Primaire	91,4	98	10,5	2,0	48
Préparatoire	92,7	198	9,3	1,2	80
Secondaire ou plus	95,9	162	7,2	0,7	70
Ensemble des enfants	95,1	3750	13,5	3,1	1501

Chez les naissances des cinq dernières années, l'alimentation au biberon est largement répandue chez des enfants âgés de 0-1 mois (16 %) et chez les enfants âgés de 2-3 mois (46 %). Cette pratique est plus courante en milieu urbain qu'en milieu rural et moins fréquente chez les femmes de niveau d'instruction bas.

L'analyse du nombre de tétées chez les enfants qui étaient encore allaités au moment de l'enquête montre que le sein est donné à la demande pendant : a) le jour par 84 pour cent des femmes avec 77 pour cent en milieu urbain et 88 pour cent en milieu rural, b) la nuit par 78 pour cent des femmes avec 69 pour cent en milieu urbain et 81 pour cent en milieu rural.

Tableau 4.2 Type d'allaitement par âge de l'enfant

Pourcentages des naissances vivantes des cinq dernières années selon le type d'allaitement par âge de l'enfant et âge de la mère. ENSME, 1997.

	Allaite			Effectif		
	au sein seul	Sein et biberon	Biberon seul	Aucun	N.D.	d'enfants
Age de l'enfant						
0-1	83,7	16,3	0,0	0,0	0,0	92
2-3	52,4	45,2	1,6	0,8	0,0	126
4-5	41,0	55,4	3,6	0,0	0,0	139
6-7	43,6	52,9	3,6	0,0	0,0	140
8-9	45,5	53,0	1,5	0,0	0,0	134
10-11	32,7	65,5	1,8	0,0	0,0	113
12+	46,9	49,5	3,5	0,0	0,1	2930
Age de la mère						
15-19	52,8	44,9	2,4	0,0	0,0	127
20-24	49,1	47,3	3,5	0,0	0,2	662
25-29	46,4	49,7	3,6	0,0	0,2	937
30-39	46,6	50,6	2,7	0,1	0,0	1497
40-49	45,9	49,4	4,2	0,2	0,2	451
Ensemble des enfants	47,1	49,5	3,2	0,1	0,1	3674

La part des enfants âgés de moins de 3 mois qui reçoivent des aliments solides est de 12 pour cent pour la dernière naissance et de 12 pour cent pour les cinq dernières naissances. L'âge moyen d'introduction des aliments solides est de 4 mois. Cet âge moyen diminue avec celui de la mère 8 mois chez les jeunes mères âgées de 15-19 ans, contre 3 mois chez les mères plus âgées 40-49 ans. Il diminue aussi avec le niveau d'instruction de la mère , 5 mois chez les analphabètes contre 2 mois chez les femmes ayant le niveau secondaire et plus. Les enfants du milieu rural reçoivent les aliments solides plus tardivement que ceux du milieu urbain 5 mois contre 4 mois. L'âge moyen d'introduction des aliments solides le plus bas est observé au niveau de la région du Grand Casablanca et le plus élevé au niveau de la région de Chaouia Ouardigha.

Chez les enfants encore allaités au moment de l'enquête qui ont eu la diarrhée, 82 pour cent des mamans ne changent pas l'alimentation de leurs enfants, 10 pour cent des mamans l'augmentent et 4 pour cent diminuent cette alimentation.

La diminution de l'alimentation des enfants diarrhéiques est une pratique qui ne semble pas varier avec l'âge de l'enfant, plus répandue chez les garçons que chez les filles : 5 pour cent contre 4 pour cent, elle touche plus l'urbain (5 %) que le rural (4 %). Elle est largement répandue au niveau de la région de Tanger-Tétouan 41 pour cent.

Chez les cinq dernières naissances qui ont précédé l'enquête, la première raison de non -allaitements est l'insuffisance lactée 29 pour cent, avec 28 pour cent en milieu urbain et 30 pour cent en milieu rural.

Concernant la dernière naissance, la première raison de non -allaitements est également l'insuffisance lactée : 32 pour cent , réparti comme suit 31 pour cent en urbain et 33 pour cent en milieu rural.

GRAPHIQUE 4.1

RAISONS DE NON ALLAITEMENT (Pour toutes les naissances des cinq dernières années)

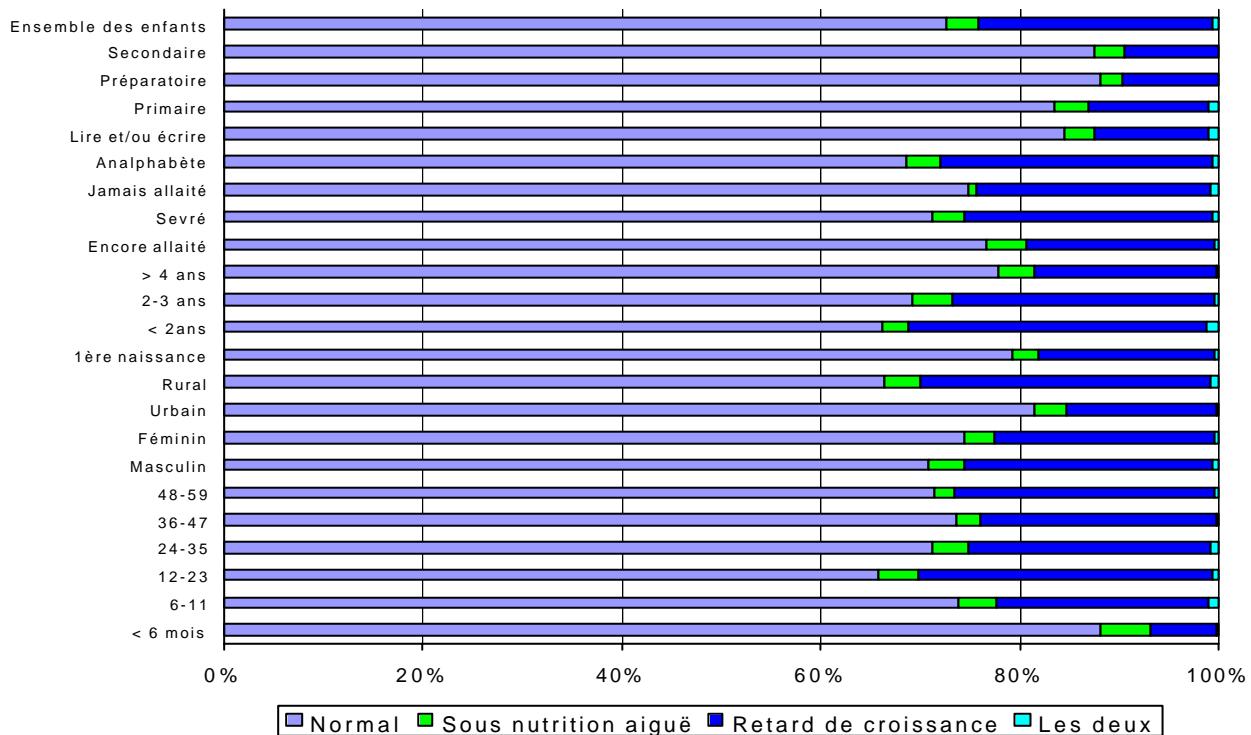


Tableau 4.3 Allaitement et Diarrhée

Pourcentages des dernières naissances encore allaitées au moment de l'enquête par le changement dans le mode d'allaitement effectué par la mère durant une attaque de diarrhée par caractéristiques socio démographiques. ENSME, 1997

Caractéristiques	Sans change ment	Augmen tation	Diminu tion	Arrêt d'allaita ment	NSP/ ND	Effectif d'enfants
Age de l'enfant						
<6 mois	81,4	5,8	4,2	0,6	8,0	311
6-11	82,8	10,5	5,6	0	1,1	285
12-23	83	12,2	2,6	1,3	0,9	230
24+	60	35	5	0	0,0	20
Sexe de l'enfant						
Garçon	80	10,8	4,7	0,9	3,6	445
Fille	83,8	8,7	3,7	0,2	3,5	401
Milieu de résidence						
Urbain	80	10,7	5,2	0,4	3,7	270
Rural	82,6	9,4	3,8	0,7	3,5	576
Région						
Laayoune Boujdour S.H.	95,2	4,8	0	0	0,0	21
Guelmim Smara	100	0	0	0	0,0	3
Souss Massa Draa	80	8,9	4,4	3,3	3,3	90
El gharb Chrarda	82,4	13,7	3,9	0	0,0	51
Chaouia Ouardigha	77	0	1,6	0	21,3	61
Marrakech Tensift Haouz	75,2	14,2	9,7	0,9	0,0	113
Région Orientale	98,2	1,8	0	0	0,0	55
Grand Casablanca	64	22	8	0	6,0	50
Rabat Sale Zemmour Zaer	68,3	29,3	0	0	2,4	41
Doukala Abda	90	1,7	1,7	0	6,7	60
Tadla Azilal	88	6	0	0	6,0	50
Méknès Tafilalet	81,5	16,7	0	0	1,9	54
Fès Boulemane	84,1	13,6	0	2,3	0,0	44
Taza Alhouceima Taounate	96,3	0	3,7	0	0,0	82
Tanger Tétouan	71,8	11,3	14,1	0	2,8	71
Niveau d'instruction						
Analphabète	82,7	8,7	4,2	0,7	3,6	687
Lire et/ou écrire	79,1	11,6	5,8	0	3,5	86
Primaire	81	19	0	0	0,0	21
Préparatoire	77,4	12,9	6,5	0	3,2	31
Secondaire ou plus	71,4	23,8	0	0	4,8	21
Ensemble des enfants	81,8	9,8	4,3	0,6	3,5	846

4.1.1 Age au sevrage

L'analyse de l'âge au sevrage chez les dernières naissances dans les cinq années ayant précédé l'enquête montre que 17 pour cent des enfants sont sevrés avant l'âge de 3 mois. Cette pratique est plus fréquente en milieu urbain (24 %) qu'en milieu rural (11 %). Elle est suivie par plus de mères jeunes 15-19 ans (27 %) que de mères âgées 30 ans et plus (16 %). Elle est pratiquée essentiellement pour les premières naissances (23,7 %) et semble être plus répandue chez les mères ayant un niveau primaire et dans les régions de Tanger - Tétouan et du Grand Casablanca.

Concernant toutes les naissances dans les cinq dernières années ayant précédé l'enquête , 16 pour cent sont sevrés avant 3 mois. Cette proportion varie en fonction de l'âge des mères, l'ordre de naissance de l'enfant, le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction . Cette variation est dans le même sens que celle observée pour les dernières naissances.

La distribution des naissances vivantes des cinq dernières années qui ont été sevrées avant l'âge de trois mois montre que les trois premières raisons de sevrage pour la dernière naissance sont l'insuffisance lactée (53 %), le refus de l'enfant (19 %), la maladie de la mère (10 %). La même observation est constatée chez les cinq dernières naissances.

L'insuffisance lactée reste la première raison de sevrage des enfants (cinq dernières naissances) et ceci quelque soit l'âge de l'enfant.

Tableau 4.4 Sevrage des enfants

Pourcentages des naissances des cinq dernières années qui ont été sevrées selon l'âge au sevrage et par caractéristiques socio démographiques.
ENSME,1997.

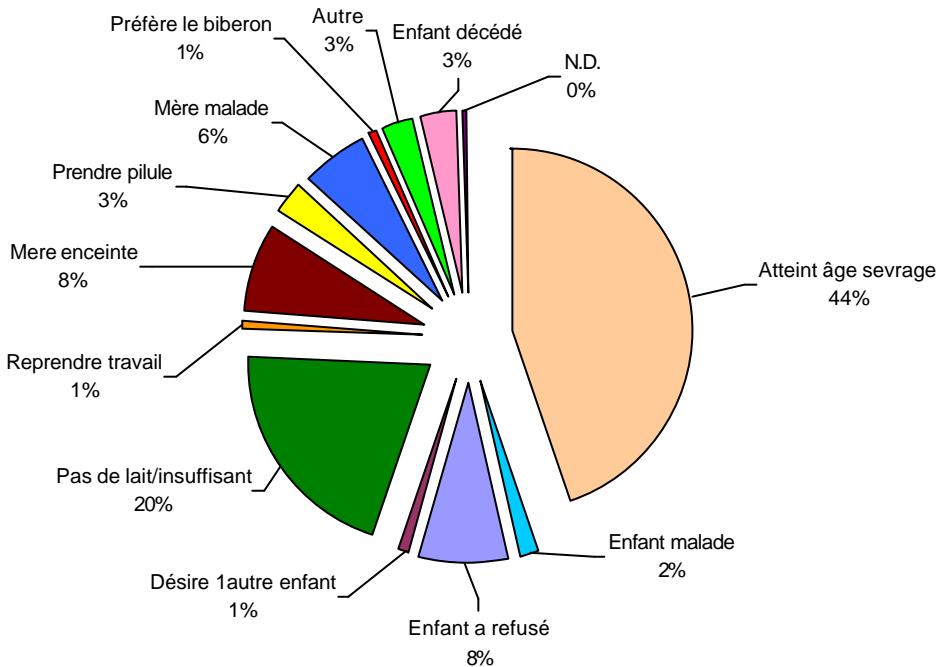
Caractéristiques	Age au sevrage en mois			Effectif d'enfants
	<3	>3	ND	
Age de la mère				
15-19	25,0	75,0	0,0	64
20-24	17,1	82,9	0,0	474
25-29	16,3	83,1	0,5	728
30-39	13,9	86,0	0,1	1194
40-49	17,2	82,8	0,0	378
Ordre de naissances				
1ere naissance	20,8	79,1	0,2	636
2	17,4	81,8	0,8	522
3-4	14,4	85,6	0,0	757
5-6	13,5	86,5	0,0	446
7+	11,5	88,5	0,0	477
Milieu de résidence				
Urbain	22,8	77,1	0,1	1182
Rural	10,7	89,1	0,2	1656
Région				
Laayoune Boujdour S.H.	13,2	86,8	0,0	53
Guelmim Smara	7,1	92,9	0,0	14
Souss Massa Drâa	12,5	87,5	0,0	287
El gharb Chrarda	9,0	91,0	0,0	144
Chaouia Ouardigha	13,0	87,0	0,0	131
Marrakech Tensift Haouz	8,1	91,3	0,6	357
Région Orientale	20,1	79,4	0,5	189
Grand Casablanca	24,6	75,0	0,4	280
Rabat Salé Zemmour Zaer	18,1	81,9	0,0	166
Doukala Abda	11,6	88,4	0,0	198
Tadla Azilal	14,2	85,8	0,0	155
Méknès Tafilalet	14,2	85,8	0,0	226
Fès Boulemane	22,7	77,3	0,0	150
Taza Al Hoceima Taounate	15,0	84,6	0,4	227
Tanger Tétouan	23,8	76,2	0,0	261
Niveau d'instruction de la mère				
Analphabète	13,2	86,6	0,2	2137
Lire et/ou écrire	22,8	76,9	0,3	324
Primaire	26,7	73,3	0,0	75
Préparatoire	24,4	75,6	0,0	160
Secondaire ou plus	21,3	78,7	0,0	141
ND	100,0	0,0	0,0	1
Total des enfants				
	15,9	84,1	0,0	2220

La distribution des naissances vivantes des cinq dernières années selon le mode de sevrage montre que le sevrage a été pratiqué d'une manière brutale pour 90 pour cent des enfants .

Le sevrage brutal est plus fréquent en milieu rural (92 %) qu'en milieu urbain (87 %). Au niveau de la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaïre, les femmes adoptent plus fréquemment cette pratique : 98 pour cent contre seulement 64 pour cent au niveau de la région de Laayoune Boujdour. Les femmes analphabètes semblent pratiquer plus le sevrage brutal que les femmes instruites, 92 pour cent, contre 71 pour cent pour les femmes ayant un niveau secondaire et plus.

Graphique 4.2

RAISONS DE SEVRAGE



4.2 ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

4.2.1 Méthodologie

Parmi les objectifs de l'enquête est d'évaluer l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans. Cette évaluation doit se faire, selon les recommandations de l'OMS, par comparaison des indicateurs anthropométriques : poids-pour-taille (P/T), poids-pour-âge (P/A) et taille-pour-âge (T/A) à ceux d'une population de référence internationale connue sous le nom de NCHS/CDC/OMS³.

Chaque indice fournit une information assez différente sur le statut nutritionnel des enfants. L'indice poids-pour-taille donne la masse du corps en relation avec sa hauteur. Au cas où il y a une famine ou des périodes de déficience alimentaire à courte durée, le poids peut diminuer sans que la taille soit affectée. Dans cette situation, la malnutrition est appelée malnutrition aiguë. L'indice taille-pour-âge est un indicateur de retard de croissance (stunting) permettant de mesurer l'état nutritionnel des enfants. Le poids-pour-âge indice permettant le suivi de l'évolution longitudinale de l'état nutritionnel des enfants. Sa valeur en tant qu'indicateur d'évaluation de l'état nutritionnel est peu évidente lorsque une seule mesure est disponible et ce en raison des fluctuations saisonnières. Cependant, cet indicateur du fait de sa simplicité, est utilisé par les services de santé pour le suivi temporelle de l'état nutritionnel des enfants.

Les données sur l'état nutritionnel des enfants sont présentées sous forme de pourcentages par rapport à l'écart type de la médiane de référence de NCHS/CDC/OMS. Même dans une telle population de référence, il existe une variation dite normale des tailles et des poids parmi les enfants du même âge et sexe. Cette variation suit à peu près la répartition normale où 2,3 pour cent de la population se trouvent au-dessous ou au-dessus de 2 écarts-type de la médiane, 13,6 pour cent se trouvent entre 1 et 2 écarts-type de la médiane et 12 pour cent se trouvent entre la médiane et l'écart-type.

La validité des données sur l'état nutritionnel des enfants repose sur les mesures de poids et de la taille qui ont été effectuées pour tous les enfants de moins de cinq ans. Les données sur l'âge exprimé en mois, sont d'une extrême importance pour une évaluation correcte de l'état nutritionnel des enfants, puisque une légère déviation de quelque mois de l'âge déclaré peut classer l'enfant comme souffrant d'une déficience alimentaire. De ce fait, lors de la formation des enquêtrices on a insisté auprès de celles-ci pour qu'elles obtiennent des femmes enquêtées les documents sur les âges toutes les fois que cela est possible. Sur un total de 3750 enfants âgés de 0 à 59 mois et enquêtés, 98 pour cent feront l'objet de l'évaluation de l'état nutritionnel. Un total de 89 (soit 2 %) enfants âgés de 0 à 59 mois ont été exclus de l'analyse du fait qu'une et/ou les deux mensurations est manquante.

4.2.2 Résultats

Le tableau no 4.2 présente la distribution en pourcentage des enfants de 0 à 59 mois souffrant de malnutrition par caractéristiques socio-démographiques et selon les indices anthropométriques de l'état nutritionnel taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge.

³ La population de référence est définie par le centre National des Statistiques Sanitaires, Etats-Unis ; National Center for Health Statistics (NCHS) et adopté par le Centre de Contrôle des Maladies , Etats Unis et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette population de référence a été établie à partir de l'observation d'enfants américains de moins de cinq ans en bonne santé et bien nutris.

Tableau 4.2 : Etat nutritionnel des enfants

Distribution des pourcentage des enfants âgés de moins de cinq ans, considérés comme atteints de malnutrition, selon les indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel : taille-pour-âge, poids-pour-taille et poid-pour-âge, selon les caractéristiques socio-démographiques. ENSME-1997.

Caractéristiques	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif
	-3 ou plus	-2 à -2,99	-3 ou plus	-2 à -2,99	-3 ou plus	-2 à -2,99	
Age de l'enfant							
< 6 mois	1,8	5,1	0,6	4,8	0,3	1,5	336
6-11	6,7	15,7	1,1	3,7	2,9	6,4	375
12-23	13,0	17,3	1,3	3,3	2,4	7,2	671
24-35	11,1	14,0	0,8	3,9	2,6	9,4	777
36-47	10,3	13,5	0,3	2,5	1,0	6,7	687
48-59	9,6	17,0	0,7	1,9	1,1	7,8	752
Sexe de l'enfant							
Masculin	10,6	15,0	0,9	3,4	2,0	7,1	1836
Féminin	8,6	14,0	0,6	2,9	1,5	7,1	1762
Milieu de résidence							
Urbain	5,2	10,2	0,7	2,7	0,5	4,1	1459
Rural	12,7	17,4	0,8	3,4	2,6	9,1	2139
Région							
Laayoune-Boujdour	(4,1)	(15,1)	(0,0)	(1,4)	(0,0)	(2,7)	73
Guelmin-Smara	(0,0)	(20,0)	(6,7)	(0,0)	(6,7)	(0,0)	15
Souss-Massa-Draa	10,0	19,4	1,7	4,2	3,0	12,7	361
El Gharb-Chrarada	8,2	19,1	1,0	3,1	2,6	8,8	194
Chaouia-Ouardigha	13,8	11,6	0,5	0,0	1,1	3,7	189
Marrakech-Tensift-Haouz	16,3	20,4	0,9	5,3	2,6	9,9	455
Région-Orientale	12,0	16,2	0,0	0,4	0,0	2,5	241
Grand Casablanca	1,8	4,9	0,3	0,6	0,6	2,1	326
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	10,0	10,0	0,9	3,2	0,9	3,2	219
Doukala-Abda	5,1	12,6	0,0	5,9	0,4	4,3	253
Tadla-Azilal	7,1	12,1	0,5	1,5	0,5	6,1	198
Méknès-Taïfilalet	11,3	15,3	1,5	3,6	1,8	11,3	274
Fès-Boulemane	11,2	15,7	1,7	1,7	1,1	8,4	178
Taza-AlHoceima-Taounate	11,0	12,3	0,7	5,6	3,3	10,0	301
Tanger-Tétouan	7,5	14,3	0,3	2,8	2,8	5,9	321
Intervalle entre naissance							
1ère naissance	7,1	11,2	0,6	2,4	1,3	5,4	780
< 2ans	14,2	17,0	0,5	3,4	3,0	9,9	734
2-3 ans	10,1	16,7	1,2	3,4	1,8	7,2	1279
> 4 ans	6,5	12,0	0,6	3,4	1,1	5,6	709
Pas d'informations	13,5	11,5	0,0	2,1	0,0	8,3	96
Niveau d'instruction de la mère							
Analphabète	11,1	16,9	0,9	3,2	2,2	8,1	2679
Lire et/ou écrire	3,6	8,8	0,8	3,4	0,8	4,7	386
Primaire	4,4	8,8	0,0	4,4	0,0	4,4	91
Préparatoire	4,8	4,8	0,0	2,2	0,5	3,8	186
Secondaire	5,7	3,8	0,6	2,5	0,6	1,3	159
Pas d'informations	13,5	11,5	0,0	2,1	0,0	8,3	97
Ensemble des enfants	9,6	14,5	0,8	3,1	1,8	7,1	3598

Note : Le tableau est basé sur les enfants nés dans les 1-59mois précédent l'enquête. Chaque indicateur est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart-type(ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Les enfants sont atteins de sous-nutrition s'ils se trouvent à moins de -2ET (-2 ET et -3ET) de la médiane de la population de référence. Les pourcentages entre parenthèses ne sont pas statistiquement significatifs.

Au niveau national presque un enfant sur quatre (24,1 %) souffre de retard de croissance ou de sous nutrition chronique moins deux écarts-type (-2ET) pour le rapport taille-pour-âge, dont 9,6 pour cent présentent une sous nutrition chronique sévère (-3 ET). En 1992 cette forme de sous nutrition était de 23 pour cent. Malgré une légère hausse des cas sévères de sous nutrition chronique, ces niveaux restent élevés si on les compare avec les normes internationales.

Il ressort de ce tableau que 3,9 pour cent des enfants marocains souffrent de sous nutrition aiguë (exprimée au moyen de l'indice poids-pour-taille à -2ET) dont 0,8 pour cent ont un rapport poids-pour-taille inférieur à -3ET. Ces proportions comparées à celles de 1992 montrent une hausse des formes aiguës et sévères. Elles étaient respectivement de 2,3 pour cent et 0,4 pour cent.

Ce tableau montre également les proportions d'enfants présentant une insuffisance pondérale exprimée au moyen de l'indicateur poids-pour-âge. Au niveau national, 8,8 pour cent des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale dont 1,8 pour cent sont exposés à la forme sévère de cette sous nutrition. Ces proportions sont identiques à celles observées en 1992.

a) Retard de croissance

L'analyse différentielle de la sous nutrition chronique (T/A) par caractéristiques socio-démographiques montre que, selon l'âge de l'enfant, le retard de croissance commence à se manifester dès les premiers mois de la vie; 5,1 pour cent sont déjà atteints entre 0 et 6 mois de sous nutrition chronique. Les enfants âgés de 24 à 47 mois sont les moins touchés. Le retard de croissance touche de la même manière les filles et les garçons de moins de 5 ans. Selon le milieu de résidence, le retard de croissance est plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain: 17,4 pour cent contre 10,2 pour cent des enfants sont atteints de sous nutrition chronique modérée et 12,7 pour cent en urbain contre 10,6 pour cent en rural souffrent de sous nutrition chronique sévère. Les enfants dont les mères sont analphabètes souffrent au moins 2 fois plus de retard de croissance que ceux dont les mères sont instruites.

Selon la région , les proportions les plus élevées d'enfants qui souffrent de sous nutrition chronique (modérée et sévère) se situent au niveau de la région de Marrakech- Tensift- Haouz suivie de la région de Sous Massa Draa. La sous nutrition chronique modérée est respectivement de 20,4 pour cent et 19,4 pour cent alors que la sous nutrition chronique sévère est respectivement de 16,3 pour cent et 10 pour cent.

Les formes de sous nutrition chronique modérée et sévère sont plus fréquentes chez les enfants qui ont eu la diarrhée dans les 15 jours précédent l'enquête. Elles sont respectivement de 15,7 pour cent et 11,5 pour cent. Les enfants sevrés souffrent plus de retard de croissance que les enfants encore allaités: 15,3 pour cent sont atteints de sous nutrition chronique modérée et 10,3 pour cent de sous nutrition chronique sévère

b) Malnutrition ou sous-nutrition aiguë

Ce tableau montre que la sous- nutrition aiguë modérée et sévère touche les enfants dès les premiers mois de la vie, 4,8 pour cent sont atteints de sous nutrition aiguë modérée et 0,6 pour cent sont atteints de sous nutrition aiguë sévère avant l'âge de 6 mois. Les enfants de moins de 1 an sont les plus touchés par cette forme de sous nutrition. Les garçons semblent être plus exposés à la sous-nutrition aiguë modérée et sévère que les filles (3,4 pour cent contre 2,9 pour cent et 0,9 pour cent contre 0,6 pour cent respectivement) . Les formes de sous-nutrition aiguës sont plus fréquentes en milieu rural qu'en milieu urbain. Les proportions des formes aiguës sévères sont identiques 0,7 pour cent. Les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction préparatoire et plus souffrent moins de sous-

nutrition aiguë que ceux dont les mères ont un niveau d'instruction primaire et moins. Les formes de sous-nutrition aiguë sévère sont identiques dans les régions (les données de la région de Guelmim Smara ne sont pas statistiquement significatives). Alors que les formes de sous-nutrition aiguë modérées sont plus fréquentes dans la région de Doukala Abda (5,9%) suivies des régions de Taza Alhouceima Taounate (5,6%) et de Marrakech Tensift Haouz (5,3 %).

Les enfants qui ont eu la diarrhée dans les 15 jours précédent l'enquête souffrent plus de retard de croissance que ceux qui n'en ont pas eu. Les enfants encore allaités au moment de l'enquête semblent être plus exposés aux formes de sous nutrition aiguë modérée et sévère.

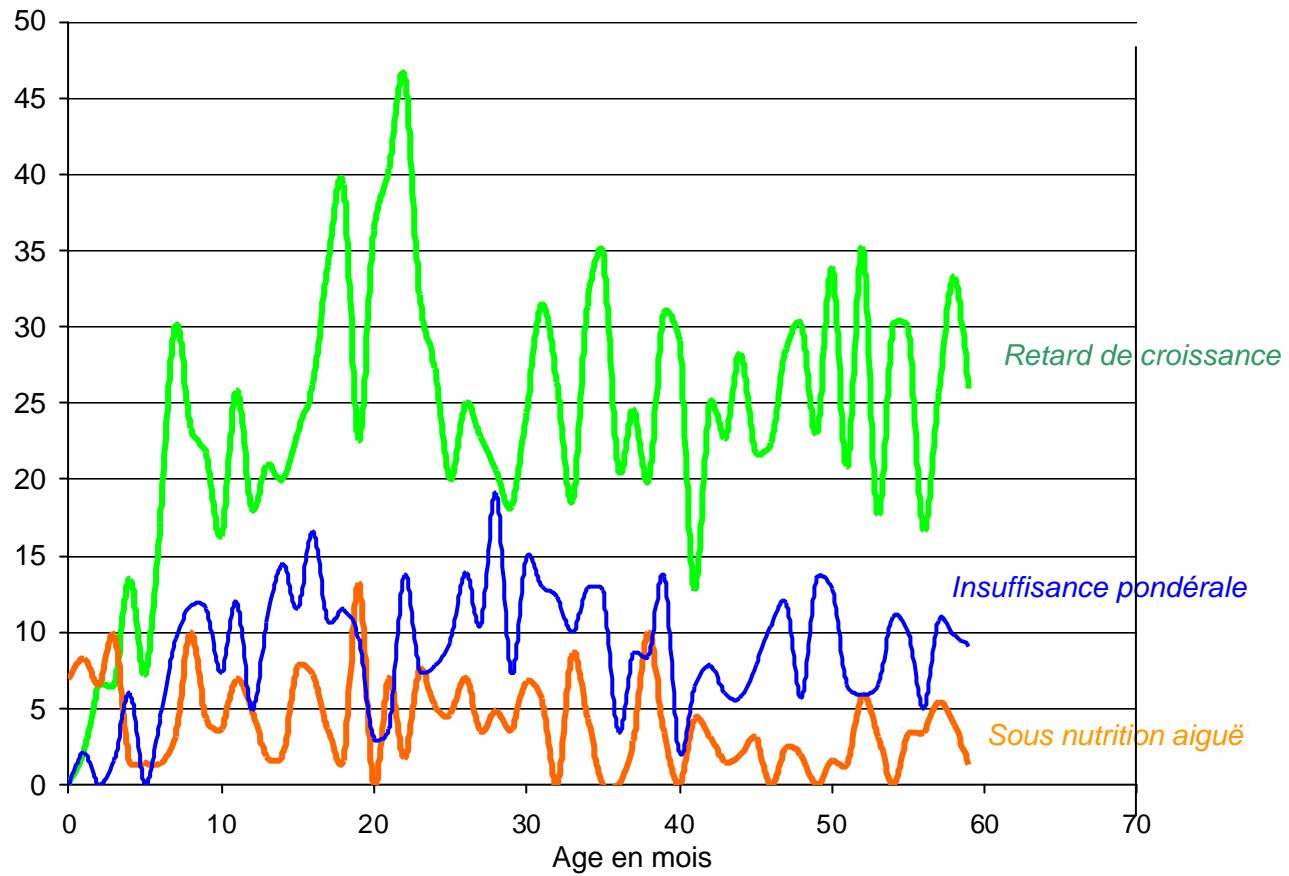
c) Insuffisance pondérale

Ce tableau montre aussi, que les formes d'insuffisance pondérale sont plus fréquentes chez les enfants âgés de 24 à 35 mois, 9,4 pour cent sont atteints d'insuffisance pondérale modérée et 2,6 pour cent sont atteints d'insuffisance pondérale sévère. Les formes d'insuffisance pondérale sévère sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles (2,0 % contre 1,5 %). Les proportions d'insuffisance pondérale modérée sont identiques (7,1 %). Selon le milieu de résidence, les formes d'insuffisance pondérale modérée et sévère sont plus fréquentes en milieu rural qu'en milieu urbain .Ces proportions sont respectivement de 9,1 pour cent contre 4,1 pour cent et 2,6 pour cent contre 0,5 pour cent. Les enfants dont les mères sont analphabètes, 8,1 pour cent sont atteints d'insuffisance pondérale modérée et 2,2 pour cent d'insuffisance pondérale sévère, souffrent plus d'insuffisance pondérale que ceux dont les mères sont instruites. Les formes d'insuffisance pondérale sévère se situent dans la région de Taza Al Hoceima Taounate (3,3%) suivie de Sous Massa Daraa (3,0%) et de Tanger- Tétouan (2,8%) . Quant aux formes modérées, les régions les plus touchées sont respectivement Sous Massa Daraa (12,7%) Meknès Tafilalet (11,3%) et Taza Alhouceima Taounate (2,8%).

Les enfants qui ont eu la diarrhée dans les 15 jours précédent l'enquête souffrent plus d'insuffisance pondérale que ceux qui n'en ont pas eu. Ces proportions sont de 8,6 pour cent contre 6,7 pour cent pour les formes modérées et 2,1 pour cent contre 1,7 pour cent pour les formes sévères. Les enfants sevrés souffrent plus d'insuffisance pondérale que ceux qui sont encore allaités au moment de l'enquête ou ceux jamais allaités.

Graphique 4.2

Sous nutrition par âge chez les enfants de moins de cinq ans



Note : les courbes sont lissées.

d) Corrélation entre sous nutrition aiguë et retard de croissance

Le tableau 4.6, permet d'analyser la relation entre sous nutrition aiguë sévère mesurée par le rapport poids-pour-taille et le retard de croissance mesuré par la taille-pour-âge.

Il en ressort que 72,5 pour cent des enfants âgés de 0 à 59 mois ne souffrent d'aucun problème nutritionnel, 81,5 pour cent en urbain et 66,4 pour cent en rural. Le pourcentage de ceux souffrant uniquement de sous nutrition aiguë est de 3,3 pour cent, de retard de croissance est de 23,5 pour cent , alors que 0,6 pour cent souffrent des deux problèmes. L'analyse de ce tableau montre que les garçons sont plus exposés que les filles, et de que les enfants issus du milieu rural sont plus frappés de problèmes nutritionnel que ceux de l'urbain.

Graphique 4.3
Corrélation entre sous nutrition aiguë et retard de croissance
Selon caractéristiques socio démographiques et de santé

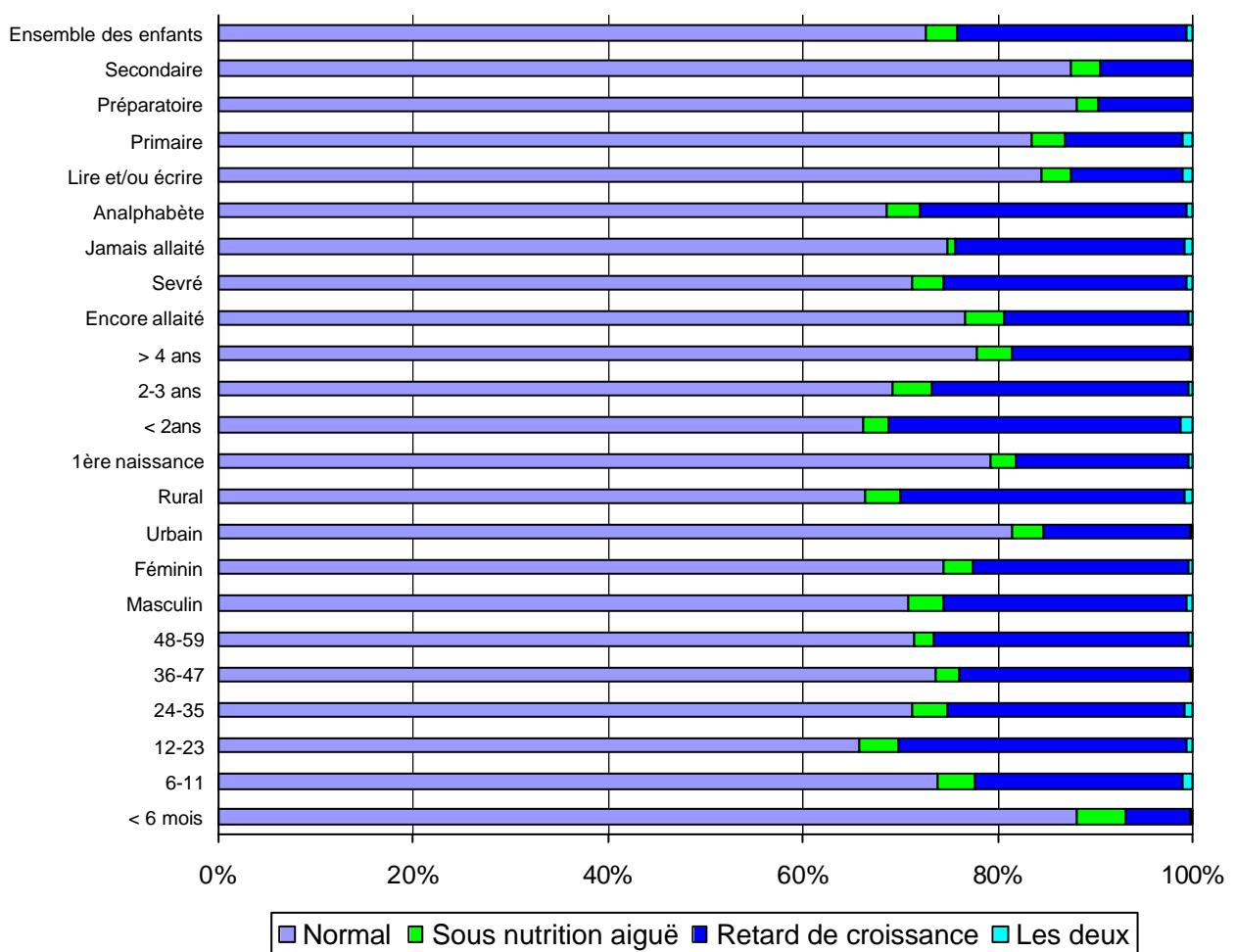


Tableau 4.6 : Pourcentage des enfants de moins de cinq ans, selon l'état nutritionnel et par caractéristiques socio-démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Normal	Sous nutrition aiguë	Retard de croissance	Les deux	Effectif
Age de l'enfant					
< 6 mois	88,1	5,1	6,5	0,3	336
6-11	73,9	3,7	21,3	1,1	375
12-23	65,7	4,0	29,7	0,6	671
24-35	71,2	3,7	24,2	0,9	777
36-47	73,7	2,5	23,6	0,3	687
48-59	71,4	2,0	26,1	0,5	752
Sexe de l'enfant					
Masculin	70,8	3,6	24,9	0,7	1836
Féminin	74,4	3,0	22,1	0,5	1762
Milieu de résidence					
Urbain	81,5	3,1	15,1	0,3	1459
Rural	66,4	3,5	29,3	0,8	2139
Région					
Laayoune-Boujdour	(79,5)	(1,4)	(19,2)	(0,0)	73
Guelmin-Smara	(73,3)	(6,7)	(20,0)	(0,0)	15
Souss-Massa-Draa	66,2	4,4	28,0	1,4	361
El Gharb-Chrarda	69,6	3,1	26,3	1,0	194
Chaouia-Ouardigha	74,1	0,5	25,4	0,0	189
Marrakech-Tensift-Haouz	57,4	5,9	36,5	0,2	455
Région-Orientale	71,4	0,4	28,2	0,0	241
Grand Casablanca	92,6	0,6	6,4	0,3	326
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	76,3	3,7	19,6	0,5	219
Doukala-Abda	76,3	5,9	17,8	0,0	253
Tadla-Azilal	79,3	1,5	18,7	0,5	198
Méknès-Tafilalet	69,7	3,6	25,2	1,5	274
Fès-Boulemane	69,7	3,4	27,0	0,0	178
Taza-AlHoceima-Taounate	71,4	5,3	22,3	1,0	301
Tanger-Tétouan	76,3	1,9	20,6	1,2	321
Intervalle entre naissance					
1ère naissance	79,2	2,6	17,7	0,5	780
< 2ans	66,1	2,7	30,0	1,2	734
2-3 ans	69,2	4,0	26,3	0,5	1279
> 4 ans	77,9	3,7	18,2	0,3	709
Pas d'informations	72,9	2,1	25,0	0,0	96
Allaitement					
Encore allaité	76,6	4,0	18,9	0,5	804
Sevré	71,2	3,2	24,9	0,7	2586
Jamais allaité	74,8	0,9	23,4	0,9	111
Pas d'informations	72,9	2,1	25,0	0,0	96
ND	100,0	0,0	0,0	0,0	1
Niveau d'instruction de la mère					
Analphabète	68,5	3,5	27,4	0,6	2679
Lire et/ou écrire	84,5	3,1	11,4	1,0	386
Primaire	83,5	3,3	12,1	1,1	91
Préparatoire	88,2	2,2	9,7	0,0	186
Secondaire	87,4	3,1	9,4	0,0	159
Pas d'informations	72,9	2,1	25,0	0,0	97
Ensemble des enfants	72,5	3,3	23,5	0,6	3598

CHAPITRE 5

VACCINATION ET MALADIES DES ENFANTS

Dr Abdelouahab Zerrari¹
Dr Hamid Chekli²

Dans ce chapitre, il sera présenté les résultats sur l'état vaccinal des enfants de moins de cinq ans, ainsi que l'état de santé des enfants. Ces résultats sont importants pour le suivi et l'évaluation des activités des services de santé. Ils dressent le bilan des principales activités touchant la santé de l'enfant durant les cinq dernières années et permettent ainsi d'évaluer les stratégies utilisées et par conséquent d'adopter de nouvelles.

5.1 VACCINATION

La vaccination des enfants de moins de cinq ans contre les six maladies de l'enfance (la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole) est devenue l'une des principales actions ayant permis de donner la crédibilité au Ministère de la santé vis à vis de la population et de la société civile. C'est grâce aux journées nationales de vaccination entreprises chaque année, depuis 1987, que le Maroc a pu résorber le nombre aussi important d'enfants non vaccinés.

Les résultats de l'enquête montrent que 62 pour cent des enfants âgés de 12-23 mois, ont une carte de vaccination, alors que 65 pour cent l'avaient en 1992 (ENPS-II).

Tableau 5.1 : Vaccination par sources d'information

Pourcentages d'enfants de 12-23mois ayant reçu des vaccinations spécifiques quelque soit l'âge à la vaccination par source d'information, et pourcentages de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois. ENSME 1997.

Source d'information	BCG	DTCoq			Polio			Rou geole CV ^a	Au cune	Montré carnet	Effectif d'enf ants	
		1	2	3	1	2	3					
Vaccinés à n'importe quel âge avant l'enquête												
Selon carnet de vaccination	100,0	99,5	98,0	95,9	99,5	98,0	95,9	93,9	92,5	0,0	62,2	3634
Déclaration mère	89,8	86,9	84,3	81,8	86,9	84,3	81,8	79,6	78,3	10,2	37,8	2212
Selon les deux sources	96,1	94,7	92,8	90,6	94,7	92,8	90,6	88,5	87,1	3,8	100,0	5846
Vaccinés à l'âge de 12 mois												
Selon les deux sources	94,9	93,3	91,0	88,0	93,3	91,0	88,0	83,7	80,6	0,1	-	5846
Selon carnet de vaccination	98,7	98,2	96,8	94,6	98,2	96,8	94,6	90,7	87,8	0,2	-	3634

Note : On suppose que le taux de couverture vaccinale du DTCoq pour les enfants sans carte de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio. Aussi, chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, on a supposé que la proportion de vaccins reçus durant leur première année de vie était la même que chez ceux ayant un carnet de vaccination.

^a Enfants complètement vaccinés c'est à dire ayant reçu le BCG, les trois doses de DTCoq et de Polio et le vaccin anti-rougeoleux.

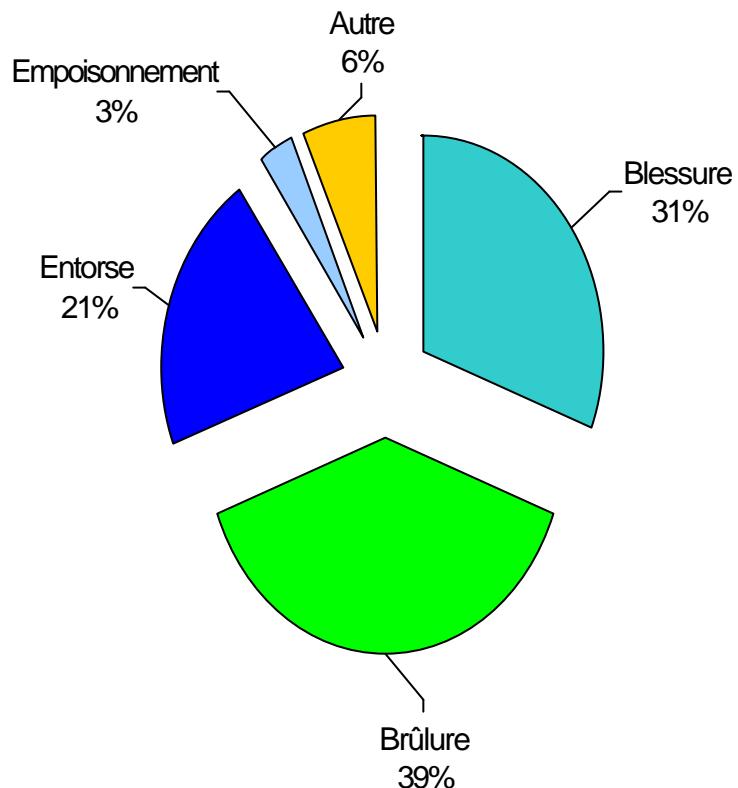
Le graphique 5.1 permet de comparer le niveau de couverture vaccinale selon les deux sources de données : la carte de vaccination (62 %) et les déclarations de la mère (38 %).

¹ Chef de la division de la santé de la mère et de l'enfant

² Chef de service de lutte contre la malnutrition

Au total, 96 pour cent des enfants âgés de 12-23 mois ont reçu le BCG contre la tuberculose quelque soit l'âge à la vaccination, et 95 pour cent ont reçu ce vaccin avant l'âge d'un an. A titre comparatif, on note que d'après l'enquête de 1992, 93 pour cent des enfants âgés de 12-23 mois ont reçu le BCG contre la tuberculose quelque soit l'âge à la vaccination, et 92 pour cent ont reçu ce vaccin avant l'âge d'un an.

Graphique 5.1
Etat vaccinal (%) des enfants de 12-23 mois
selon les deux sources d'information



Pour ce qui est des vaccins anti-polio et DTCoq (qui sont administrés de façon simultanée ou combinée), il ressort du tableau précédent que 95 pour cent ont reçu polio1 et DTCoq1 avant l'âge d'un an. Il ressort aussi du tableau que la part des enfants vaccinés avant l'âge d'un an, diminue légèrement avec les doses : elle est de 93 pour cent pour polio2/DTCoq2 , 91 pour cent pour polio3/DTCoq3. Le taux de déperdition³ ainsi calculé est de 4 pour cent, alors qu'en 1992, il était de 14 pour cent, autrement dit , la couverture vaccinale chez les enfants de moins de un an est pratiquement maîtrisée. Quant à la rougeole, 89 pour cent des enfants de 12-23 mois, ont reçu le vaccin anti-rougeoleux quelque soit l'âge, et 91 pour cent avant l'âge d'un an.

Au niveau national, 87 pour cent des enfants âgés de 12-23 mois, ont été complètement vaccinés contre les six maladies et ce quelque soit l'âge, alors que 88 pour cent l'ont été avant

³ Le taux de déperdition est calculé comme suit :

$$(\text{Polio1-Polio3}) \times 100 / \text{Polio1}$$

l'âge d'un an. Les résultats de l'enquête montrent que seulement 4 pour cent des enfants âgés de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin. Par rapport à l'ENPS-II, 76 pour cent des enfants âgés de 12-23 mois étaient complètement vaccinés et ce quelque soit l'âge, 63 pour cent l'ont été avant l'âge d'un an. Cet accroissement du niveau de couverture vaccinale est le fruit de la stratégie du programme national de vaccination en l'occurrence les journées nationales de vaccination.

Le tableau 5.2 présente les pourcentages d'enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccinations spécifiques (selon le carnet de vaccination ou de la déclaration de la mère) et les pourcentages de ceux pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, par caractéristiques socio démographiques.

Selon le milieu de résidence, le niveau de couverture vaccinale est plus important en milieu urbain (94 %) par rapport au rural (81 %). La part des enfants âgés de 12-23 mois complètement vaccinés la plus élevée concerne la région du grand casablanca (95 %) suivi de la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaer (94 %), alors que le minimum se trouve dans la région de Taza-Al Hoceima-Taounate (76 %). Par niveau d'instruction, la couverture vaccinale contre les six maladies est de 84 pour cent pour les enfants dont les mères sont analphabètes, contre 96 pour cent pour ceux des mères du niveau secondaire. Selon le sexe de l'enfant, on constate qu'il n'y a pas de différence significative.

Tableau 5.2 : Etat vaccinal des enfants 12-23 mois

Pourcentages d'enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccinations spécifiques (selon le carnet de vaccination ou de la déclaration de la mère) et les pourcentages de ceux pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, par caractéristiques socio démographiques. ENSME 1996-1997.

Caractéristiques	BCG	Polio			DTCoq			Rougeole	Toutes	Aucune	% ayant montré carnets	Effectif d'enfants
		1	2	3	1	2	3					
Garçon	96,2	94,8	93,0	90,8	94,8	93,0	90,8	88,5	87,3	3,8	62,8	2973
Fille	96,1	94,7	92,6	90,4	94,7	92,6	90,4	88,4	87,0	3,9	61,5	2873
Urbain	97,9	97,6	97,2	96,6	97,6	97,2	96,6	94,8	94,4	2,1	71,5	2706
Rural	94,6	92,3	89,0	85,4	92,3	89,0	85,4	83,0	80,9	5,4	54,1	3140
Oued Eddahab Lagouira	100,0	100,0	100,0	87,5	100,0	100,0	87,5	87,5	87,5	0,0	75,0	8
Laayoune Boujdour S.H.	97,8	95,6	95,6	95,6	95,6	95,6	95,6	91,1	91,1	2,2	64,4	45
Guelmim Smara	98,7	97,5	96,2	96,2	97,5	96,2	96,2	96,2	95,0	1,3	67,5	80
Souss Massa Drâa	96,0	95,0	92,1	88,3	95,0	92,1	88,3	86,7	84,7	4,0	66,1	622
El Gharb Chrarda	97,4	96,6	96,0	94,3	96,6	96,0	94,3	91,7	90,8	2,6	55,0	349
Chaouia Ouardigha	96,1	95,5	95,2	94,0	95,5	95,2	94,0	90,4	90,1	3,9	58,3	333
Marrakech Tensfit Haouz	95,0	93,2	90,9	89,6	93,2	90,9	89,6	86,9	85,9	4,8	57,9	603
Région Orientale	94,3	91,9	89,3	85,2	91,9	89,3	85,2	82,0	80,2	5,7	68,0	384
Grand Casablanca	98,5	98,0	97,7	97,4	98,0	97,7	97,4	95,4	95,1	1,5	73,4	655
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	96,8	96,8	96,8	95,8	96,8	96,8	95,8	94,3	93,8	3,2	69,8	404
Doukala Abda	96,0	94,6	91,6	90,6	94,6	91,6	90,6	90,2	88,8	4,0	57,6	427
Tadla-Azilal	95,5	93,3	89,9	86,5	93,3	89,9	86,5	83,1	82,8	4,5	62,9	267
Méknès-Taïifalet	93,9	92,3	90,2	88,1	92,3	90,2	88,1	86,4	84,5	6,1	65,8	427
Fès-Boulemane	98,1	97,1	97,1	96,1	97,1	97,1	96,1	92,0	91,6	1,9	73,6	311
Taza Alhoceima Taounate	94,9	92,3	88,5	82,2	92,3	88,5	82,2	79,5	76,2	5,1	50,7	454
Tanger-Tétouan	96,2	93,7	90,1	87,6	93,7	90,1	87,6	87,8	85,1	3,8	46,3	477
Aucun	95,5	93,7	91,1	88,3	93,7	91,1	88,3	86,1	84,4	4,5	59,7	4254
Primaire	97,9	97,1	96,7	95,8	97,1	96,7	95,8	93,7	93,2	2,1	70,0	794
Secondaire	97,9	98,1	98,1	97,6	98,1	98,1	97,6	96,4	96,3	1,9	68,8	676
Supérieur	97,5	96,7	95,9	95,9	96,7	95,9	95,9	93,4	93,4	2,5	59,8	122
Ensemble des enfants	96,1	94,7	92,0	88,6	94,7	92,0	88,6	88,5	87,4	2,9	60,2	5946

Le tableau ci-après permet d'évaluer la tendance du niveau de couverture vaccinale chez les enfants de moins d'un an pour la période 1993 à 1996. L'analyse de ce tableau montre que le taux de couverture vaccinale n'a pratiquement pas changé durant cette période, il a même régressé.

Tableau 5.3 : Vaccination des enfants avant l'âge de 12 mois

Pourcentages d'enfants âgés de 1-4 ans ayant un carnet de vaccination, et pourcentages de ceux qui ont reçu, avant l'âge de 12 mois , le BCG, les trois doses de DTCoq et contre la Polio, la dose contre la rougeole, par âge actuel de l'enfant. ENSME 1996-1997

	Age actuel de l'enfant en mois				Enfants 12-59 mois
	12-23	24-35	36-47	48-59	
Pourcentage ayant montré carnet	62,2	52,8	45,9	40,9	50,3
Pourcentage d'enfants vaccinés avant l'âge de 12 mois ^a					
BCG	94,9	94,5	94,1	93,9	94,4
DTCoq 1	93,3	93,6	92,8	92,7	93,1
DTCoq 2	91,0	92,1	91,2	90,6	91,2
DTCoq 3 ^b	88,0	89,7	89,4	88,7	88,9
Polio 1	93,3	93,6	92,8	92,7	93,1
Polio 2	91,0	92,1	91,2	90,6	91,2
Polio 3	88,0	89,7	89,4	88,7	88,9
Rougeole	83,7	86,7	87,1	86,9	85,9
Toutes les vaccinations ^c	80,6	84,0	84,5	83,4	82,9
Aucune	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Effectifs d'enfants	5846	6011	6260	6007	24124

^aL'information a été obtenue soit à partir du carnet de vaccination, soit à partir des déclarations de la mère quand il n'y avait pas d'enregistrement écrit. On suppose que, chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, la proportion de vaccins reçus durant la première année de vie est la même que chez ceux ayant un carnet.

^bOn suppose que le taux de couverture de DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio.

^cEnfants complètement vaccinés c'est à dire ayant reçu le BCG, les trois doses de DTCoq et de Polio et la vaccin anti-rougeoleux

5.2 MALADIES DES ENFANTS

5.2.1 Diarrhée

Les maladies diarrhéiques constituent l'une des causes principales de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de cinq ans. A l'instar des enquêtes précédentes, pour mesurer l'ampleur du problème, deux périodes de référence, ont été retenues : les 24 heures et les deux semaines précédant l'enquête. Le tableau T5.1 donne le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée durant les deux semaines et durant les 24 heures précédent l'enquête, selon quelques caractéristiques socio-démographiques.

Sur l'ensemble des enfants enquêtés (3750) âgés de moins de cinq ans, 21 pour cent ont eu la diarrhée pendant les deux semaines précédent l'enquête, 9 pour cent l'avaient toujours durant les 24 heures avant l'enquête. En plus parmi les enfants diarrhéiques durant les deux semaines précédent l'enquête, 3 pour cent ont eu du sang dans les selles, et 6 pour cent ont souffert d'une diarrhée grave. La durée moyenne de la dernière attaque de la diarrhée est estimée à 5 jours.

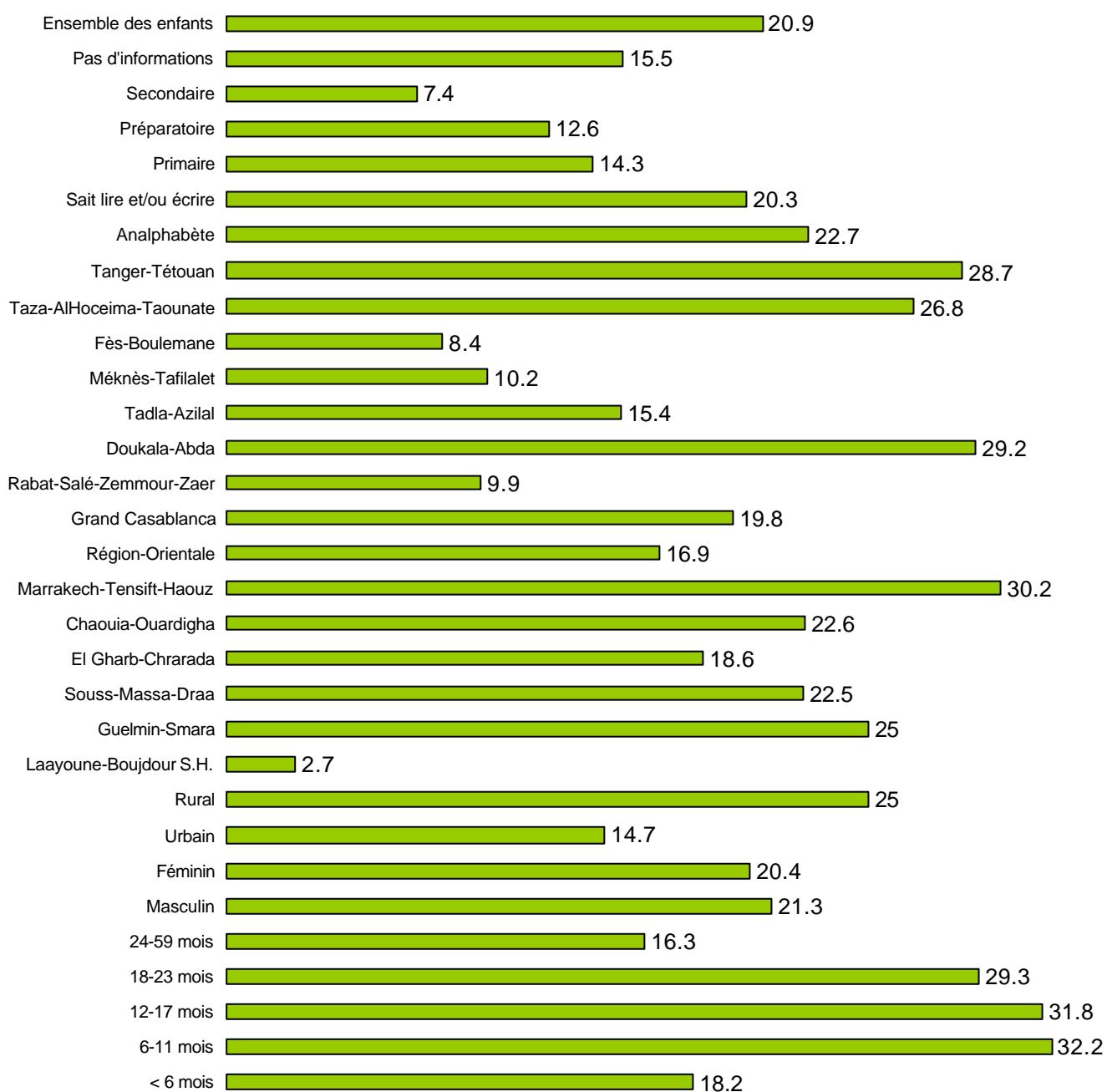
Les prévalences de la diarrhée selon les tranches d'âge sont les suivantes : 32 pour cent pour la tranche 6-11 mois et 16 pour cent pour la tranche 24-59 mois, alors que 18 pour cent pour les moins de 6 mois. Les jeunes nourrissons de moins de 6 mois semblent donc être les moins touchés par les maladies diarrhéiques du fait qu'ils bénéficient encore des effets protecteurs du lait

Tableau 5.4 :Prévalence de la diarrhée

Le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée durant les deux semaines et durant les 24 heures précédent l'enquête et ceux ayant présenté du sang dans les selles, par caractéristiques socio démographiques. ENSME, 1997

Caractéristiques	Diarrhée dans 24H	Diarrhée dans 15 j	Sang dans les selles	Effectif
Age de l'enfant				
< 6 mois	9,1	18,2	1,1	362
6-11 mois	16,0	32,2	1,8	394
12-17 mois	15,3	31,8	2,4	340
18-23 mois	12,3	29,3	5,2	365
24-59 mois	6,1	16,3	2,4	2289
Sexe de l'enfant				
Masculin	9,4	21,3	3,0	1913
Féminin	8,4	20,4	2,0	1837
Milieu de résidence				
Urbain	5,9	14,7	5,1	1519
Rural	10,9	25	10,0	2231
Région				
Laayoune-Boujdour S.H.	(1,3)	2,7	0,0	75
Guelmin-Smara	(12,5)	25	0,0	16
Souss-Massa-Draa	13,8	22,5	2,1	378
El Gharb-Chrarada	7,5	18,6	6,0	199
Chaouia-Ouardigha	10,3	22,6	1,0	195
Marrakech-Tensift-Haouz	16,2	30,2	2,6	470
Région-Orientale	4,8	16,9	3,6	249
Grand Casablanca	6,1	19,8	1,2	344
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	2,7	9,9	1,3	223
Doukala-Abda	12,0	29,2	5,6	267
Tadla-Azilal	6,3	15,4	0,0	208
Méknès-Taïlalet	6,0	10,2	0,0	284
Fès-Boulemane	3,1	8,4	1,6	191
Taza-AlHoceima-Taounate	10,1	26,8	1,9	317
Tanger-Tétouan	8,4	28,7	6,0	334
Niveau d'instruction de la mère				
Analphabète	9,8	22,7	3,2	2779
Sait lire et/ou écrire	8,3	20,3	0,0	409
Primaire	6,1	14,3	0,0	98
Préparatoire	5,6	12,6	0,5	198
Secondaire	3,1	7,4	1,2	162
Pas d'informations	5,8	15,5	1,0	104
Ensemble des enfants	8,9	20,9	2,5	3750

Graphique 5.2
Prévalence diarrhéique durant les deux semaines précédent l'enquête
selon caractéristiques socio démographiques



maternel. Selon le sexe de l'enfant, les garçons et les filles sont respectivement touchés dans une proportion de 21 pour cent et 20 pour cent. Cependant, on constate que la maladie est significativement plus fréquente en milieu rural (25 %) qu'en milieu urbain (15 %).

Selon la région, les enfants les plus touchés par la diarrhée durant les deux semaines précédent l'enquête, sont ceux de région de Marrakech-Tensift-AlHaouz (30 %), de Doukkala-Abda (29 %), de Tanger-Tétouan (29 %), de Taza-Al Hoceima-Taounate (27 %), alors que la prévalence des maladies diarrhéiques la plus faible concerne la région de Fès-Boulemane (8 %). La fréquence de la maladie varie aussi selon le niveau d'instruction de la mère: les enfants de mères analphabètes sont plus touchés (23 %) que les enfants de mères ayant un niveau primaire (14 %), ou de niveau secondaire et plus (7 %).

La déshydratation c'est une des causes de mortalité des enfants souffrant de diarrhée puisque elle est considérée comme l'une complication majeure de la diarrhée. La thérapie par réhydratation orale (TRO) est recommandée pour la prévention ou le traitement de la déshydratation; le TRO représente essentiellement une solution préparée à partir de sels de réhydratation orale (SRO) vendus au commerce.

La quasi totalité des mères (92 %) connaissent les SRO (Tableau 5.5) : 89 pour cent au niveau de rural et 97 pour cent pour l'urbain. Il n'y a pas de différence significative de connaissance des SRO selon le niveau d'instruction des mères, ni par région.

Les formations sanitaires publiques sont considérées comme la source principale d'approvisionnement des SRO, pour 84 pour cent des mères, et ceci quelque soit le milieu de résidence,

Tableau 5.5 Connaissance et utilisation des sachets de SRO

Pourcentage des mères ayant entendu parler des SRO et celles ayant Déjà utilisé les SRO, par caractéristiques socio-démographiques.ENSME 1997.

Caractéristiques	% entend parler SRO	A déjà préparé SRO	Effectif des mères
Age de l'enfant			
< 6 mois	90,3	64,2	359
6-11 mois	92,2	74,7	386
12-17 mois	90,4	80,7	332
18-23 mois	92,8	81,3	346
24-59 mois	93,1	82,6	1411
Sexe de l'enfant			
Masculin	93,0	79,3	1457
Féminin	91,4	78,4	1377
Milieu de résidence			
Urbain	96,6	78,9	1226
Rural	88,9	78,8	1608
Région			
Laayoune-Boujdour	100	86,2	58
Guelmin-Smara	100	58,3	12
Souss-Massa-Draa	94,3	84,3	298
El Gharb-Chrarada	91,3	78,8	150
Chaouia-Ouardigha	98,0	73,0	151
Marrakech-Tensift-Haouz	90,0	84,4	350
Région-Orientale	90,7	86,7	183
Grand Casablanca	95,2	71,1	291
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	96,6	74,9	177
Doukala-Abda	97,1	72,8	208
Tadla-Azilal	88,4	84,7	155
Méknès-Taïlalet	89,2	79,8	222
Fès-Boulemane	93,5	77,5	138
Taza-AlHoceima-Taounate	86,1	83,2	208
Tanger-Tétouan	87,6	71,6	233
Niveau d'instruction de la mère			
Analphabète	90,9	80,2	2045
Sait lire et/ou écrire	95,5	78,9	332
Primaire	97,2	82,9	72
Préparatoire	98,8	69,6	163
Secondaire	98,5	76,7	131
Pas d'informations	86,7	65,4	91
Total des enfants	92,2	78,9	2224

la région ou le niveau d'instruction de ces mères. Par contre, les visites à domicile, l'équipe mobile ou les sages-femmes ne représentent que 2 pour cent, 4 pour cent et moins de un pour cent, comme source d'approvisionnement en SRO de la population. L'approvisionnement à partir de la pharmacie représente 9,2 pour cent particulièrement en milieu urbain (15 %).

En moyenne un enfant sur cinq atteint de diarrhée consulte un service de santé publique, alors que moins de dix pour cent (7 %) consultent un médecin privé et 11 pour cent consultent directement un pharmacien . Les matrones et les herboristes sont par contre peu consultés. Il n'existe aucune différence significative entre garçons et filles pour ce qui est de la source de consultation.

Parmi les mères d'enfants qui ont eu la diarrhée durant les 15 derniers jours, 79 pour cent ont déjà préparé elles même une solution de réhydratation orale. Ceci est valable quelque soit l'âge de l'enfant, son sexe, le milieu de résidence, la région ou le niveau d'instruction de la mère. Par ailleurs, plus de neuf mères sur dix (97 %) ont utilisé une quantité d'eau équivalente à 1 litre pour préparer la solution. Moins de 1 pour cent ont utilisé 2 litres et 2 pour cent ont utilisé ½ litre. Enfin, 85 pour cent ont utilisé de l'eau bouillie et refroidie pour faire la préparation SRO. Ce taux est sensiblement plus élevé en milieu rural (91 %) qu'en milieu urbain (77 %).

Très peu d'enfants (1 %) ont reçu une solution sucrée et salée préparée à domicile) . Par contre, 29 pour cent des enfants ayant eu la diarrhée durant les quinze derniers jours précédent l'enquête, ont bénéficié de solution de réhydratation orale (SRO) alors que plus de 70 pour cent n'ont reçu aucun traitement. Les enfants du milieu urbain semblent avoir plus bénéficié des SRO (32 %) que ceux du milieu rural (27 %). Selon la région, Rabat-Salé Zemmour Zaïre (46 %) suivie de Méknès Tafilalet (45 %) et de Fés Boulmane (44 %) ont les taux les plus élevés d'utilisation de la SRO. La région du Gharb-Chrarda a un des taux les plus bas d'utilisation de la SRO 5 pour cent. Les mères de niveau primaire et secondaire utilisent plus la solution SRO pour réhydrater leurs enfants que celles qui sont analphabètes. Il n'existe pas de différence significative entre les garçons et les filles.

Parmi l'ensemble des enfants qui ont eu la diarrhée durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, 27 pour cent ont reçu plus de liquides, 10 pour cent ont reçu moins de liquides et 62 pour cent ont reçu la même quantité. Il n'existe pas de différence significative entre garçon et filles, mais par contre les enfants du milieu urbain reçoivent plus de liquides que ceux du milieu rural (34 % contre 24 %). Les régions du Gharb-Chrarda (57 %) du Grand Casablanca (50 %) et de Tadla-Azilal (47 %) sont parmi celles qui administrent plus de liquides aux enfants diarrhéiques. Selon le niveau d'instruction, les mères analphabètes sont celles qui donnent moins de liquides (24 %) ou qui maintiennent le plus la même quantité (64 %).

En ce qui concerne les aliments solides, (5 %) des mères en donnent davantage à leurs enfants, alors que (18 %) en donnent moins et (69 %) donnent la même quantité. Moins de 8 pour cent ne donnent pas encore de solides, dont presque plus de la moitié chez les jeunes nourrissons (47 %). Il n'y a pas de différence significative entre le sexe, le milieu de résidence et de la région sauf pour les régions de Gharb-Chrarda (14 %) Tanger-Tétouan (10 %), Méknès -Tafilalet (10 %) et du Grand Casablanca (10 %) qui donnent plus d'aliments solides. Selon le niveau d'instruction, le mères du secondaire ou plus sont celles qui donnent plus d'aliments solides.

Globalement, 83 pour cent parmi les enfants ayant eu la diarrhée, durant les deux semaines précédent l'enquête, et qui ont reçu un traitement approprié se sont bien améliorés, alors que 3

à 11 pour cent (selon la tranche d'âge) n'ont pas connu de changement et 2 pour cent ont vu leur état se dégrader. Il n'y a pas de différence significative entre garçons et filles. Par contre, les enfants du milieu rural semblent mieux réagir au traitement que ceux du milieu urbain. Les enfants dont les mères sont alphabètes présentent le taux d'amélioration le plus bas.

Le tableau 5.6 donne la distribution des enfants âgés de moins de 5 ans qui ont eu la diarrhée durant les deux semaines avant l'enquête et qui n'ont pas été emmenés pour une consultation selon la raison de non-consultation et des variables démographiques et socio-économiques ENPS 1997.

Pratiquement un enfant sur deux (49 %) atteint de diarrhée n'est pas emmené en consultation parce que les parents estiment que celle-ci est légère, alors que 14 pour cent des mères sont trop occupées ou qu'il n'existe pas de service pour prendre en charge l'enfant diarrhéiques (24 pour cent). En ce qui concerne le sexe, il n'existe pas de différence significative entre garçons et filles pour les raisons de non-consultation. Par contre, la population urbaine ne consulte pas parce qu'elle pense la diarrhée est sans danger pour l'enfant dans 63 pour cent, alors que la population rurale ne consulte pas parce qu'il n'existe pas de service de santé dans presque 30 pour cent des cas.

Selon la région, Rabat-Salé Zemmour (86 %) suivi du Grand Casablanca (72 %), de la Chaouia Ourdigha (69 %) et du Sous Massa Draa (68 %) sont parmi celles qui consultent le moins parce que la diarrhée est légère. La région de Marrakech Tensift Haouz est celle où la population consulte le moins pour raison d'absence de service. Les mères ayant le niveau du secondaire ou plus sont celles qui ne consultent pas du tout quand elles estiment que la diarrhée est légère, suivies de celles qui savent lire et / ou écrire (74 %). Les mères sans informations ne consultent pas dans 37 pour cent des cas parce qu'il n'y avait pas de service sanitaire à proximité du ménage.

Tableau 5.6: Traitement de la diarrhée : Pourcentage des enfants diarrhéiques ayant eu une consultation dans établissements Publics ou privés, et ceux ayant reçu SRO ou solution préparée à la maison, et leur état de santé par caractéristiques socio démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Pourcentages menés en visite dans établissements		TRO reçu		Pourcentage ayant reçu davantage de liquides	Pourcentage n'ayant reçu aucun traitement	Etat de santé de l'enfant		Effectif Des enfants avec diarrhée
	publics	privés	SRO	la maison			Traitement	Amélioré	
								Degrade	
Age de l'enfant									
< 6 mois	21,2	10,6	28,8	1,5	15,2	69,7	24,2	4,5	66
6-11 mois	35,4	9,4	35,4	0,8	25,9	63,8	28,3	6,3	127
12-17 mois	25,9	7,4	31,5	0,9	29,6	67,6	26,9	4,6	108
18-23 mois	15,9	8,4	25,2	0,0	24,3	74,8	18,7	6,5	107
24-59 mois	17,1	4,5	26,5	1,6	29,4	71,9	24,6	0,0	373
Sexe de l'enfant									
Masculin	21,3	7,8	29,2	0,9	28,7	69,9	24,2	1,0	407
Féminin	21,7	5,6	28,1	1,3	25,1	70,6	25,1	0,5	375
Milieu de résidence									
Urbain	23,7	14,3	32,1	0,9	34,4	67,0	26,3	2,2	223
Rural	20,6	3,8	27,2	1,2	24,0	71,6	23,9	0,2	558
Région									
Laayoune-Boujdour	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	2
Guelmin-Smara	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	4
Souss-Massa-Draa	42,4	3,5	36,5	0,0	28,2	63,5	25,9	0,0	85
El Gharb-Chrarada	13,5	2,7	10,8	0,0	56,8	89,2	8,1	0,0	37
Chaouia-Ouardigha	27,3	4,5	25,0	0,0	11,4	75,0	25,0	0,0	44
Marrakech-Tensift-Haouz	16,9	2,8	19,7	2,8	23,9	77,5	21,1	0,0	142
Région-Orientale	7,1	7,1	26,2	0,0	0,0	73,8	9,5	9,5	42
Grand Casablanca	13,2	26,5	25,0	2,9	50,0	72,1	25,0	0,0	68
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	31,8	4,5	45,5	0,0	9,1	54,5	36,4	0,0	22
Doukala-Abda	25,6	9,0	28,2	0,0	11,5	71,8	25,6	0,0	78
Tadla-Azilal	18,8	3,1	34,4	0,0	46,9	65,6	25,0	0,0	32
Méknès-Tafilalet	34,5	0,0	44,8	0,0	34,5	55,2	31,0	0,0	29
Fès-Boulemane	37,5	12,5	43,7	0,0	31,3	56,3	43,7	0,0	16
Taza-Al Hoceima-Taounate	21,2	2,4	31,8	1,2	21,2	67,0	29,5	1,2	85
Tanger-Tétouan	12,5	9,4	33,3	2,1	35,4	64,6	30,2	1,0	96
Niveau d'instruction de la mère									
Analphabète	22,2	5,1	29,6	1,1	24,2	69,3	24,7	1,0	631
Sait lire et/ou écrire	22,9	9,6	22,9	0,0	36,1	77,1	20,5	0,0	83
Primaire	14,3	35,7	50,0	14,3	42,9	35,7	64,3	0,0	14
Préparatoire	16,0	12,0	20,0	0,0	44,0	80,0	20,0	0,0	25
Secondaire	0,0	25,0	33,3	0,0	50,0	66,7	33,3	0,0	12
Pas d'informations	18,8	12,5	12,5	0,0	31,3	87,5	12,5	0,0	16
Ensemble des enfants avec diarrhée									
	21,5	6,8	28,6	1,1	26,9	70,3	24,6	0,8	784

5.2.2 Fièvre

Pour mesurer la prévalence de la fièvre et étudier les traitements administrés aux enfants malades, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient souffert de fièvre durant les deux semaines précédant l'enquête. Le tableau 5.7 présente la distribution des enfants de moins de 5 ans qui ont eu la fièvre durant les deux semaines avant l'enquête, le pourcentage qui ont reçu différents traitements selon des variables et socio-démographiques.

Il ressort de ce tableau que selon les déclarations des mères, 19 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont souffert de fièvre pendant les deux semaines précédant l'enquête, 21 pour cent en urbain et 18 pour cent en milieu rural. Cette différence n'est pas due à la présence de la maladie, mais surtout à la connaissance des citadines, des signes de la maladie et de ses effets dangereux sur la santé de l'enfant.

Les résultats de l'enquête ne montrent pas l'existence de relation significative entre la prévalence de la fièvre chez l'enfant et le niveau d'éducation de la mère. Par contre la prévalence varie selon le groupe d'âge de l'enfant. En effet, la prévalence de la fièvre est la plus faible chez les enfants âgés de moins de six mois, 22,8 pour cent chez les enfants du groupe d'âge 6-11 mois, alors que la prévalence atteint son maximum chez les groupes d'âge 12-17 mois. Selon la région, le minimum de la prévalence est atteint au niveau de la région Souss-Massa-Draâ (10,8 %), la région de l'Orientale a la prévalence maximum (28,5 pour cent). Selon le sexe, il n'y a pas de différence significative : 18 pour cent contre 20 pour cent de prévalence de la fièvre chez les enfants âgés de moins de cinq ans.

Parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre durant les deux semaines précédant l'enquête, 18 pour cent ont consulté dans un service de santé publique, 10 pour cent chez un médecin privé, 18 pour cent au niveau de la pharmacie.

Pour ce qui est de la consultation dans une formation sanitaire publique, on constate d'après le même tableau qu'il n'y a pas de différence significative selon le groupe d'âge de l'enfant et le sexe. Les consultations dans les formations sanitaires publiques pour traiter la fièvre sont les plus fréquentes pour les enfants du milieu urbain (23 pour cent) contre 15 pour cent du milieu rural, de la région de Souss-Massa-Draâ (32 pour cent), issues des mères de niveau primaire (35 pour cent).

Par contre, les consultations chez les médecins privés pour cause de fièvre atteignent le maximum pour les enfants du milieu urbain 16 pour cent (6 pour cent pour rural), du groupe d'âge 12-17 mois, 15 pour cent (6 pour cent pour les moins de 6 mois), de la région du grand Casablanca, 21 pour cent (3 pour cent pour la région Taza-Al Hoceima-Taounate), dont les mères ayant le niveau préparatoire, 30 pour cent.

Le même constat peut être fait pour les consultations chez le pharmacien. A titre d'exemple 28 pour cent parmi les enfants des mères citadines consultent la pharmacie contre seulement 10 pour cent des enfants du milieu rural.

Très peu de mères consultent les matrones et les herboristes, moins d'un pour cent et 1 pour cent respectivement, alors que 4,1 pour cent consultent des parents ou des amis et 1,4 pour cent d'autres personnes.

Tableau 5.7 : Prévalence et traitement de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant souffert de fièvre durant les deux dernières semaines précédant l'enquête, et pourcentages d'enfants malades ayant été menés en visite dans établissements sanitaires ou chez un médecin privé, et parmi les enfants malades ceux ayant été soignés avec des médicaments spécifiques, par caractéristiques socio démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Pourcentage avec fièvre	Pourcentages menés en visite dans établissements sanitaires ou chez un Médecin Privé		Pourcentages des enfants ayant eu la fièvre et soignés avec								Rien NSP	Effectif d'enfants
		Aspirine	Comp rimés	Antibiotiques	Sirop	Injec- tion	Suppo- sitoires	Autres					
Age de l'enfant													
< 6 mois	13,5	26,5	12,2	0,0	8,2	8,2	4,1	28,6	24,4	34,7			362
6-11 mois	22,8	34,4	34,4	0,0	7,8	5,6	0,0	26,7	12,2	33,3			394
12-17 mois	26,2	37,1	33,7	0,0	16,9	6,7	1,1	30,3	14,6	30,3			340
18-23 mois	21,1	22,1	18,2	1,3	10,4	9,1	1,3	23,4	23,4	36,4			365
24-59 mois	17,9	27,0	36,6	1,2	11,2	7,3	0,7	22,4	16,1	29,8			2289
Sexe de l'enfant													
Masculin	18,0	30,0	32,8	1,2	9,9	7,6	1,5	24,4	16,6	29,1			1913
Féminin	20,2	27,5	31,8	0,5	12,4	7,0	0,5	24,5	17,0	33,4			1837
Milieu de résidence													
Urbain	21,2	38,5	45,0	0,9	15,2	9,6	0,3	37,9	14,9	11,2			1519
Rural	17,6	20,7	21,9	0,8	7,9	5,3	1,5	13,5	18,3	47,8			2231
Région													
Laayoune-Boujdour	5,3	25,0	75,0	0,0	0,0	0,0	0,0	75,0	0,0	0,0			75
Guelmin-Smara	18,8	100,0	100	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	0,0	0,0			16
Souss-Massa-Draa	10,8	41,5	43,9	2,4	2,4	22,0	0,0	29,3	2,4	22,0			378
El Gharb-Chrarada	29,1	22,4	25,9	0,0	5,2	1,7	0,0	15,5	22,4	36,2			199
Chaouia-Ouardigha	15,9	19,3	32,3	0,0	16,1	6,5	3,2	19,4	16,1	32,3			195
Marrakech-Tensift-Haouz	17,7	25,3	30,1	0,0	7,2	6,0	3,6	10,8	14,5	45,8			470
Région-Orientale	28,5	25,4	12,7	0,0	5,6	7,0	0,0	40,8	21,1	33,8			249
Grand Casablanca	26,5	42,9	71,4	0,0	17,6	9,9	1,1	27,5	8,8	5,5			344
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	13,0	34,5	31,0	0,0	10,3	10,3	0,0	41,4	17,2	27,6			223
Doukala-Abda	16,5	47,8	25,0	4,5	50,0	20,5	0,0	18,2	43,2	9,1			267
Tadla-Azilal	14,9	13,0	22,6	3,2	3,2	3,2	0,0	38,7	19,4	25,8			208
Méknès-Tafilalt	15,1	30,2	39,5	2,3	4,7	4,7	0,0	34,9	14,0	23,3			284
Fès-Boulemane	13,1	32,0	40,0	0,0	12,0	4,0	8,0	32,0	8,0	32,0			191
Taza-AlHoceima-Taounate	24,3	16,9	16,9	0,0	3,9	2,6	0,0	15,6	15,6	54,5			317
Tanger-Tétouan	25,1	21,4	19,0	1,2	13,1	3,6	0,0	15,5	19,0	44,0			334
Niveau d'instruction de la mère													
Analphabète	18,9	25,1	25,5	0,6	8,6	6,5	1,3	19,4	17,4	39,6			2779
Sait lire et/ou écrire	21,0	27,9	52,3	0,0	12,8	7,0	0,0	37,2	15,1	9,3			409
Primaire	20,4	60,0	75,0	0,0	20,0	5,0	0,0	40,0	0,0	5,0			98
Préparatoire	20,2	42,5	47,5	0,0	30,0	15,0	0,0	32,5	22,5	7,5			198
Secondaire	16,7	48,1	40,7	7,4	14,8	11,1	0,0	55,6	18,5	3,7			162
Pas d'informations	16,5	41,1	41,2	5,9	23,5	11,8	0,0	29,4	11,8	17,6			104
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----			-----

Au niveau national moins d'un enfant sur deux (41 pour cent) a consulté en milieu médicale et 5 pour cent a consulté en milieu non médical pour raison de fièvre. Les mères des enfants malades issus du milieu urbain consultent un médecin dans presque 60 pour cent des cas contre 26 pour cent pour les ruraux . Selon la région, la consultation médicalisée se fait moins dans la région de Taza Alhoceima Taounate avec un taux le plus bas (16 pour cent). Les régions du Gharb-Chrarda (14 pour cent) et Doukala Abda (14 pour cent) sont parmi celles qui ont le plus recours aux institutions non médicales.

Il y a lieu de noter qu'un enfant malade sur deux n'a eu aucune consultation (médicale et non médicale) : 68 pour cent pour le milieu rural et 34 pour cent pour le milieu urbain. Selon le niveau d'instruction , les enfants des mères analphabète 59 pour cent, sont parmi ceux qui ne consultent ni en milieu médical ni en milieu non médical.

Pour ce qui est du traitement administré à l'enfant ayant eu la fièvre durant les deux dernières semaines précédant l'enquête, le tiers environ (32 pour cent) ont reçu de l'aspirine. Cette proportion se réparti comme suit : 45 pour cent en milieu urbain contre 22 pour cent en milieu rural. Selon la région, presque les trois quarts (71 pour cent) des enfants du grand Casablanca ont été traités par l'aspirine, contre 13 pour cent pour ceux de la région de l'Oriental. Les enfants de mères ayant un niveau d'éducation primaire ont reçu de l'aspirine dans 75 pour cent des cas, suivis de ceux dont les mères savent lire et/ou écrire (52 pour cent).

Le pourcentage d'enfants ayant reçu un médicament anti-malarique ne dépasse guère 1 pour cent , alors que ceux qui ont reçu un antibiotique est de 11 pour cent, avec une prédominance pour le milieu urbain, 15 pour cent contre 8 pour cent. Les mères analphabétisées utilisent également assez souvent les antibiotiques 15 à 30 pour cent selon le niveau d'instruction.

Un enfant sur quatre (25 pour cent) a reçu des suppositoires surtout en milieu urbain,38 pour cent contre 14 pour cent pour le rural. Les autres traitements utilisés contre la fièvre sont comme suit : sirop (7 pour cent), injections (1 pour cent), eau froide (0,6 pour cent), autres (16 pour cent).

Les résultats de l'enquête montrent aussi l'existence d'une part non négligeable d'enfants qui n'a reçu aucun traitement. En effet, le pourcentage d'enfants qui ont eu la fièvre durant les deux dernières semaines précédant l'enquête et qui n'ont eu aucun traitement est de 31 pour cent. La prédominance est pour ceux du milieu rural (48 pour cent contre 11 pour cent). Les enfants des régions de Taza-Alhoceima-Taounate (55 pour cent, suivis de ceux de Marrakech-Tensift-AlHaouz (46 pour cent) sont parmi ceux qui le plus souvent ne reçoivent aucun traitement.

5.2.3 Infections respiratoires

A l'instar de la fièvre, et pour mesurer la prévalence des infections respiratoires et décrire les traitements que les enfants ont reçu, on a demandé aussi aux mères si leur enfants ont souffert de la toux avec des difficultés respiratoires, pendant les deux semaines précédant l'enquête. Le tableau 5.8 présente la distribution des enfants de moins de 5 ans qui ont la toux seulement ou la toux avec difficultés respiratoires durant les deux semaines avant l'enquête le pourcentage qui ont reçu différents traitements selon des variables démographiques et socio-économiques.

Il ressort du ce tableau que selon les déclarations des mères, parmi les enfants de moins de cinq ans, 18 pour cent ont eu la toux et 9 pour cent ont eu la toux avec difficultés respiratoires et ce durant les deux semaines précédant l'enquête. Le même tableau indique qu'apparemment il n'y a pas de différence significative selon le sexe de l'enfant. Par contre, la prévalence de la toux avec difficultés respiratoires est plus importante chez les citadins (10 pour cent) que chez les ruraux (8 pour cent). Il en est de même que pour le niveau d'éducation de la mère. Plus le niveau est élevé plus la prévalence de la toux est importante. Ce résultat n'implique pas que les enfants du milieu urbain, ni de ceux des mères instruites, sont malades plus que les autres. Il traduit seulement que le niveau de déclarations des cas (une femme instruite donc plus consciente des conséquences de cette maladie sur la santé de son enfant). Les enfants de la région du El Gharb-Chrarda sont les plus touchés par cette maladie (22 pour cent), la prévalence minimale est atteinte au niveau de la région de Marrakech-Tensift-AlHaouz (2 pour cent). Le même constat peut être formulé pour ce qui est de la toux . La durée moyenne de la toux est estimée à 6 jours.

Au niveau national, 43 pour cent des mères consultent dans des institutions médicales lorsque leurs enfants ont des problèmes de toux avec difficultés respiratoires . Il n'existe pas de différence significative en ce qui concerne l'âge des enfants, mais les garçons semblent être plus souvent emmenés en consultation médicale que les filles (45 pour cent contre 40 pour cent). Il en est de même pour les enfants du milieu urbain par rapport à ceux du rural : 64 pour cent contre 24 pour cent. Selon la région, Rabat-Salé Zemmour (65 pour cent), le Grand Casablanca (64 pour cent) et Doukala Abda (59 pour cent) ont les toux les plus élevés de consultation en milieu médical. Les mères ayant le niveau du secondaire ou plus et celles du niveau préparatoire sont celles qui consultent le plus en institutions médicalisées pour problème de toux avec difficultés respiratoires : 76 pour cent et 74 pour cent respectivement. Les mères analphabètes consultent à hauteur de 31 pour cent.

Peu de mères consultent en milieu non médical : 4 pour cent avec une prédominance pour le milieu rural (6 pour cent en rural contre 1 pour cent pour l'urbain).

Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont eu la toux avec difficultés respiratoires durant les deux dernières semaines précédant l'enquête, 16 pour cent ont consulté dans les services de santé publique, 13 pour cent chez des médecins privés et 21 pour cent directement chez des pharmaciens. Les garçons sont plus emmenés en consultation chez le médecin privé (18 pour cent pour les garçons contre 7 pour cent pour les filles. Les enfants du milieu urbain consultent plus souvent pour toux que ceux du milieu rural aussi bien dans les structures de santé publique, chez les médecins privés qu'en pharmacie. Selon la région, les enfants qui consultent le plus souvent les services de santé publique sont ceux de Souss Massa Draa (33 pour cent), de Rabat-Salé-Zemmour-Zaïre (24 pour cent), de Fès-Boulmane (20 %). La proportion la plus faible est au niveau de la région de Taza-AlHoceima-Taounate (6 %) .

Tableau 5.8 : Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant souffert de toux seulement et du toux avec difficultés respiratoires durant les deux dernières semaines précédent l'enquête, et pourcentages d'enfants malades ayant été menés en visite dans établissements sanitaires ou chez un médecin privés, et parmi les enfants présentant la toux seulement et ceux ayant été soignés avec des médicaments spécifiques, par caractéristiques socio démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Pourcentages menés											Effectif d'enfants	
	Pourcentage Avec Toux seulement	Pour centage Avec Toux et difficulté respiratoire	en visite dans			Pourcentages des enfants ayant eu la toux							
			établis- sanitaires	chez un médecin	privé	Comp Sirop	Antibio rimés	Injec- tives	Rien	Autre	NSP		
Age de l'enfant													
< 6 mois	11,9	8,8	1,1	0,6	34,7	0,0	10,7	0,0	33,3	38,7		362	
6-11 mois	21,8	9,9	0,5	1,5	38,4	0,8	12,0	0,8	31,2	36,8		394	
12-17 mois	20,9	10,0	2,1	1,2	57,1	1,9	13,3	0,0	34,3	27,7		340	
18-23 mois	21,6	11,5	1,1	1,6	39,7	0,0	9,9	0,0	38,8	34,7		365	
24-59 mois	16,8	8,3	1,6	1,1	46,9	2,4	11,8	1,4	32,2	30,7		2289	
Sexe de l'enfant													
Masculin	17,9	9,0	1,6	1,6	47,8	2,3	12,4	1,4	30,5	32,4		1913	
Féminin	17,5	8,9	1,2	0,6	42,3	1,0	10,9	0,4	36,1	32,0		1837	
Milieu de résidence													
Urbain	22,7	10,3	2,2	2,1	63,3	1,4	19,0	1,0	34,7	19,2		1519	
Rural	14,3	8,1	0,9	0,5	26,9	2,0	4,4	0,8	31,7	45,3		2231	
Région													
Laayoune-Boujdour	2,7	9,3	1,3	0,0	44,4	0,0	0,0	0,0	44,4	22,2		75	
Guelmin-Smara	31,3	0,0	0,0	0,0	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0		16	
Souss-Massa-Draa	12,7	6,3	2,1	0,3	45,8	4,2	0,0	2,8	34,7	26,4		378	
El Gharb-Chrarada	20,6	21,6	2,5	1,0	31,0	2,4	3,6	2,4	36,9	36,9		199	
Chaouia-Ouardigha	25,1	9,2	1,0	1,0	58,2	3,0	10,4	0,0	25,4	29,9		195	
Marrakech-Tensift-Haouz	20,6	2,3	0,4	0,6	27,8	1,9	3,7	0,0	25,0	50,9		470	
Région-Orientale	19,3	6,0	0,8	1,2	44,4	0,0	11,1	1,6	14,3	46,0		249	
Grand Casablanca	37,5	17,2	3,2	2,6	63,3	1,1	25,0	1,6	48,9	12,2		344	
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	16,1	7,6	1,8	1,3	64,2	0,0	20,8	0,0	37,7	18,9		223	
Doukala-Abda	16,9	12,0	2,3	2,6	57,1	1,3	20,8	1,3	40,3	16,9		267	
Tadla-Azilal	9,1	3,4	0,5	0,5	42,3	0,0	19,2	0,0	34,6	30,7		208	
Méknès-Tafilalt	17,6	4,9	0,3	0,7	35,9	3,1	9,4	0,0	29,7	42,2		284	
Fès-Boulemane	6,8	5,2	1,0	0,0	34,8	0,0	0,0	0,0	26,1	47,8		191	
Taza-AlHoceima-Taounate	11,0	10,4	0,6	0,3	16,2	1,5	1,5	0,0	32,4	54,4		317	
Tanger-Tétouan	14,1	13,8	1,8	2,4	39,8	2,2	10,8	0,0	21,5	38,7		334	
Niveau d'instruction de la mère													
Analphabète	15,8	8,2	1,3	0,6	32,9	1,9	5,7	0,9	32,1	41,6		2779	
Sait lire et/ou écrire	20,5	7,1	1,7	1,0	59,3	0,9	12,4	0,9	37,2	19,5		409	
Primaire	25,5	10,2	1,0	0,0	65,7	2,9	28,6	0,0	37,1	17,1		98	
Préparatoire	26,8	15,7	1,0	4,1	82,1	2,4	31,0	2,4	35,7	4,8		198	
Secondaire	28,4	15,4	3,7	5,5	78,9	0,0	33,8	0,0	29,6	9,9		162	
Pas d'informations	15,5	10,7	1,0	2,9	55,6	0,0	18,5	0,0	40,7	18,5		104	
Ensemble des enfants	17,7	9,0	1,4	1,1	45,1	1,7	11,7	0,9	33,2	32,2		3750	

Presque un enfant sur quatre (24 %) issu des mères de niveau secondaire ou plus consultent dans les services de santé publique. Les matrones et les herboristes ne sont que très rarement consultés pour toux, avec des proportions de moins de 1 pour cent.

Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont eu la toux avec difficultés respiratoires durant les deux semaines qui ont précédé l'enquête, 48 pour cent ont reçu un sirop pour toux. Il y a des différences selon le sexe de l'enfant, la proportion d'enfant ayant reçu le sirop est de 52 pour cent pour les garçons, contre 44 pour cent pour les filles. Les enfants du milieu urbain reçoivent plus de sirop que ceux du milieu rural : 74 pour cent contre 26 pour cent. Selon la région les enfants du Grand Casablanca (71 %), de Rabat-Salé-Zemmour-Zaer (71 %) et de Doukala-Abda (63 %) sont parmi ceux qui reçoivent le plus souvent des sirops pour toux. Ce sont les mères ayant le niveau du secondaire et plus et celles du niveau préparatoire qui administrent des sirops à leurs enfants dans 92 pour cent et 80 pour cent des cas respectivement.

Seuls 2 pour cent des enfants ont reçu des comprimés pour toux. Cependant, 13 pour cent des enfants ont reçu des antibiotiques dont 22 pour cent en urbain et 6 pour cent au rural. A l'instar des sirops, les antibiotiques sont utilisés pour traiter la toux des enfants des régions de Rabat-Salé Zemmour-Zaer (29 %), de Doukala-Abda (28 %) et du Grand Casabalanca (24 %). Les mères de niveau préparatoire et celles de niveau secondaire qui donnent également des antibiotiques à leurs enfants pour toux avec difficultés respiratoires dans 45 pour cent et 36 pour cent des cas respectivement :

Une faible proportion (1 %) d'enfants ont reçu des médicaments injectables, alors que 40 pour cent ont reçu d'autres traitements. Par contre, 28 pour cent parmi les enfants de moins de cinq ans et ayant eu la toux avec difficultés respiratoires, n'ont reçu aucun traitement. Cette proportion est plus importante en milieu rural (43 %) qu'en milieu urbain (10 %). Aussi, plus du tiers (37 %) des enfants issus des mères analphabètes, n'ont subi aucun traitement contre leur maladie.

5.2.4 Rougeole

Le tableau 5.9 montre que selon les déclarations des mères, 7 pour cent de l'ensemble des enfants de moins de cinq ans ont déjà contracté la rougeole, 9 pour cent en urbain et 7 pour cent en milieu rural. Selon le sexe, il n'y a aucune différence entre les garçons et les filles. Par contre, selon l'âge actuel de l'enfant, la prévalence varie de un à 9 pour cent respectivement pour les groupes d'âge moins de 6 mois et 24-59 mois. On note aussi que la contraction de la rougeole se fait en général avant 9 mois, les deux tiers des enfants âgés de moins de 6 mois ont contracté la rougeole. Les proportions d'enfants ayant contracté la rougeole sont élevées dans les régions de Chaouia-Ourdigha (14 pour cent), et de l'Orientale (13 %), la région la moins touchée est celle de Souss-Massa-Draâ (3 %). Selon le niveau d'instruction de la mère, on note l'absence de différence significative de contracter la rougeole.

Tableau 5.9 : Prévalence de la rougeole

Pourcentages d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la rougeole durant les deux semaines précédant l'enquête, selon l'âge de l'enfant à la contraction de la rougeole et par caractéristiques socio-démographiques. ENSP 1997

Caractéristiques	% d'enfants avec Rougeole	Age de l'enfant en mois						Effectif d'enfants
		<9	9-17	18-23	24-35	>36	NSP	
Age de l'enfant								
<6 mois	0,8	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	362
6-11	5,1	90,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	394
12-17	5,9	35,0	65,0	0,0	0,0	0,0	0,0	340
18-23	4,7	35,3	58,8	5,9	0,0	0,0	0,0	365
24-59	9,2	18,1	30,0	9,0	31,9	10,5	0,5	2289
Sexe de l'enfant								
Garçon	7,4	28,2	33,8	6,3	23,2	7,7	0,7	1913
Fille	7,0	24,2	31,3	8,6	26,6	8,6	0,8	1837
Milieu de résidence								
Urbain	8,0	19,7	38,5	5,7	26,2	8,2	1,6	1519
Rural	6,6	31,8	27,7	8,8	23,6	8,1	0,0	2231
Région								
Laayoune Boujdour Sakia-Hamra	1,3	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	75
Guelmim Smara	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16
Souss Massa Draa	3,2	33,3	41,7	0,0	25,0	0,0	0,0	378
El gharb Chrarda	9,0	27,8	33,3	5,6	33,3	0,0	0,0	199
Chaouia Ouardigha	14,4	46,4	14,3	14,3	21,4	3,6	0,0	195
Marrakech-Tensift- Haouz	4,5	19,0	47,6	4,8	19,0	9,5	0,0	470
Région Orientale	13,7	32,4	35,3	2,9	14,7	11,8	2,9	249
Grand Casablanca	7,6	15,4	26,9	19,2	30,8	7,7	0,0	344
Rabat Sale Zemmour zaer	8,5	5,3	52,6	10,5	31,6	0,0	0,0	223
Doukala Abda	3,7	30,0	40,0	0,0	10,0	10,0	10,0	267
Tadla Azilal	5,3	45,5	18,2	0,0	27,3	9,1	0,0	208
Méknès Tafilalet	7,7	22,7	36,4	0,0	31,8	9,1	0,0	284
Fès Boulemane	7,3	21,4	28,6	7,1	28,6	14,3	0,0	191
Taza-AlHouceima-Taounate	7,3	17,4	34,8	8,7	17,4	21,7	0,0	317
Tanger-Tétouan	9,3	29,0	22,6	9,7	32,3	6,5	0,0	334
Analphabetè	7,3	27,5	32,8	7,8	22,5	8,8	0,5	2779
Lire et/ou écrire	7,1	20,7	34,5	6,9	31,0	6,9	0,0	409
Primaire	6,1	33,3	0,0	16,7	33,3	16,7	0,0	98
Préparatoire	6,6	23,1	15,4	0,0	46,2	7,7	7,7	198
Secondaire et plus	6,2	30,0	40,0	10,0	20,0	0,0	0,0	162
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
Pas d'informations	7,8	12,5	62,5	0,0	25,0	0,0	0,0	103
Ensemble des enfants	7,2	26,3	32,6	7,1	24,8	8,1	0,7	2750

5.2.5 Autres maladies

Parmi les enfants de moins de cinq ans enquêtés, 7,1 pour cent et 3,8 pour cent ont eu, pendant les deux semaines précédant l'enquête, du pus dans les yeux et du pus dans les oreilles respectivement. Alors que 4,3 pour cent ont souffert d'autres malades et ce pendant la même période. Il semble d'après les résultats de l'enquête, que les enfants du milieu rural sont les plus touchés par les premières maladies (présence du pus), et apparemment il n'y a pas de différence significative selon le sexe.

5.3 Accidents

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 5 pour cent ont eu un accident, 6 pour cent en urbain et 4 pour cent en rural. Par sexe, les garçons sont les plus exposés avec 6 contre 4 pour cent pour les filles. Alors que les proportions des enfants ayant eu un accident sont celles des enfants des mères de niveau préparatoire (10 %) contre 4 pour cent pour ceux des mères de niveau secondaire ou plus. Les proportions les plus élevées des enfants ayant eu un accident sont dans les régions de l'Orientale (12 %), du grand Casablanca (10 %) et du groupe d'âge 24-59 mois.

Le type de ces accidents est comme suit : Blessure (31 %), brûlure (38 %), fracture, entorse (21 %), empoisonnement (3 %), autres (6 %).

Plus des trois quarts (77 %) des accidents des enfants de moins de cinq ans ont eu lieu à la maison, de plus 20 pour cent ont eu lieu tout près de la maison.

Graphique 5.3
Type d'accident des enfants de moins de cinq ans

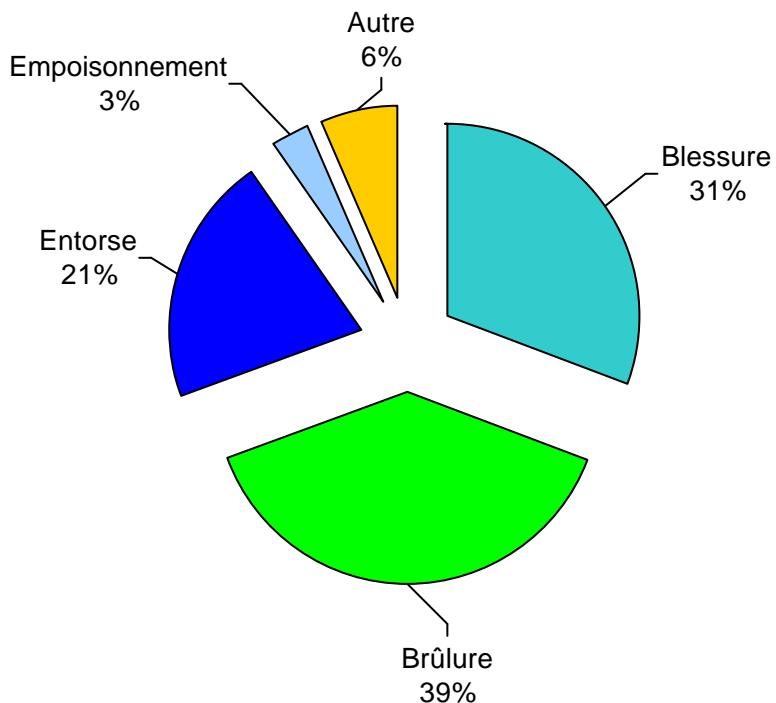


Tableau 5.9 : Accident des enfants

Parmi les enfants de moins de cinq ans, le pourcentage qui ont eu un accident et leur répartition selon le type et le lieu de l'accident, et le pourcentage de ceux qui ont souffert de séquelles de longue durée, par caractéristiques socio-démographiques. ENSP 1997.

	Enfants ont eu un accident												Effectif d'enfants	
	% ont eu un accident	Type d'accident						Lieu de l'accident				% ont eu séquel les à long terme		
		Bles- sure	Brûl- ure	Frac- ture En- torse	Empoi- Sonnen- ment	Autre	Dans La maison	Juste hors de maison	Autre	ND				
Age de l'enfant														
<6 mois	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	362	
6-11	2,5	40,0	40,0	0,0	10,0	10,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	40,0	394	
12-20	2,9	40,0	30,0	20,0	0,0	10,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30,0	340	
18-23	4,1	26,7	40,0	20,0	13,3	0,0	93,3	6,7	0,0	0,0	0,0	60,0	365	
24-59	6,1	30,0	38,6	22,9	2,1	6,4	72,9	24,3	2,1	0,7	58,6	2289		
Sexe de l'enfant														
Garçon	5,8	29,7	38,7	23,4	3,6	4,5	73,9	22,5	2,7	0,9	54,1	1913		
Fille	3,5	32,8	37,5	17,2	3,1	9,4	84,4	15,6	0,0	0,0	59,4	1837		
Milieu de résidence														
Urbain	6,3	33,3	29,2	22,9	4,2	10,4	76,0	20,8	3,1	0,0	52,1	1519		
Rural	3,5	27,8	49,4	19,0	2,5	1,3	79,7	19,0	0,0	1,3	60,8	2231		
Région														
Laayoune Boujdour Sakia Hamra	2,7	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	50,0	75		
Guelmim Smara	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16	
Souss Massa Draa	1,9	14,3	71,4	0,0	0,0	14,3	85,7	14,3	0,0	0,0	57,1	378		
El gharb Charda	4,0	12,5	50,0	0,0	25,0	12,5	87,5	12,5	0,0	0,0	62,5	199		
Chaouia Ourdigha	4,6	44,4	44,4	11,1	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	195		
Marrakech Tensift Al Haouz	2,6	33,3	41,7	25,0	0,0	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	50,0	470		
Région Orientale	11,6	34,5	55,2	3,4	0,0	6,9	93,1	6,9	0,0	0,0	65,5	249		
Grand Casablanca	9,6	33,3	24,2	27,3	6,1	9,1	72,7	21,2	6,1	0,0	39,4	344		
Rabat Salé Zemmour zaer	2,2	20,0	20,0	60,0	0,0	0,0	80,0	20,0	0,0	0,0	20,0	223		
Doukala Abda	6,4	23,5	35,3	29,4	11,8	0,0	82,4	11,8	0,0	5,9	70,6	267		
Tadla Azilal	1,9	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	75,0	208		
Méknès Tafilalet	2,8	25,0	50,0	25,0	0,0	0,0	62,5	25,0	12,5	0,0	87,5	284		
Fès Boulemane	4,2	0,0	50,0	37,5	0,0	12,5	75,0	25,0	0,0	0,0	37,5	191		
Taza Alhouceima Taounate	8,5	40,7	25,9	25,9	0,0	7,4	70,4	29,6	0,0	0,0	40,7	317		
Tanger Tétouan	1,8	66,7	16,7	0,0	0,0	16,7	33,3	66,7	0,0	0,0	66,7	334		
Niveau d'instruction														
Analphabète	4,2	28,0	44,1	18,6	3,4	5,9	78,8	18,6	1,7	0,8	57,6	2779		
Sait lire et/ou écrire	5,4	36,4	22,7	31,8	4,5	4,5	86,4	9,1	4,5	0,0	63,6	409		
Primaire	5,1	40,0	20,0	20,0	20,0	0,0	40,0	60,0	0,0	0,0	20,0	98		
Préparatoire	9,6	42,1	31,6	21,1	0,0	5,3	68,4	31,6	0,0	0,0	52,6	198		
Secondaire et plus	3,7	33,3	16,7	33,3	0,0	16,7	83,3	16,7	0,0	0,0	50,0	162		
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1		
Pas d'informations	4,9	20,0	40,0	20,0	0,0	20,0	80,0	20,0	0,0	0,0	40,0	103		

CHAPITRE 6

Mortalité maternelle

Mr Abdellatif Lfarakh¹

La mortalité maternelle est de nos jours une mesure importante du développement humain et social. C'est un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. Il est donc important de pouvoir disposer d'informations sur les niveaux et les tendances de la mortalité maternelle, non seulement parce qu'elles nous informent sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais aussi parce qu'elles impliquent du point de vue de la santé des femmes, en général, et par extension, de leur situation économique et sociale.

Dans ce cadre, la mesure de la mortalité maternelle et des facteurs de risque qui lui sont liés est nécessaire tant pour le diagnostic d'une situation que pour le suivi et l'évaluation des programmes qui seront mis sur place.

6.1 COLLECTE DES DONNEES

Il est difficile de mesurer la mortalité maternelle. Il faut pour cela savoir quel est le nombre de décès de femmes en âge de procréer (15-49 ans), quelle a été la cause des décès, et si la femme était enceinte au moment du décès ou l'avait été récemment. L'évaluation du taux de mortalité maternelle ou rapport du nombre de décès maternels au nombre de naissances vivantes nécessite des données sur les naissances survenues durant la période de référence chez les femmes enquêtées.

l'Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant ENSME 1996-1997 (grand échantillon) a utilisé une approche directe pour estimer la mortalité maternelle. La technique utilisée pour collecter les décès maternels a consisté en premier lieu à interroger les chefs de ménage sur les événements décès qui ont pu survenir dans leurs ménages, au cours de la période de 5 ans précédent l'enquête. Ensuite, des informations ont été collectées sur l'année de décès, le sexe, l'âge au décès et l'état matrimonial pour chaque personne décédée. Enfin, pour chaque femme décédée tout en étant mariée, des questions supplémentaires ont été posées pour déterminer si le décès est en rapport avec la maternité, autrement dit, si le décès est survenu pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement.

Les naissances survenues pendant la même période ont été collectées auprès des femmes enquêtées âgées de 15 -49 ans sur la base des questions rétrospectives portant sur l'histoire de leurs maternités.

Dans cette enquête, la définition adoptée du décès maternel est presque celle proposée par l'OMS (1986) dans sa classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. La mort maternelle est définie comme étant «*le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse, ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite*».

¹ Démographe chercheur au CERED

6.2 QUALITE DES DONNEES

Une estimation précise du taux de mortalité maternelle nécessite des données fiables sur les décès maternels, l'âge au décès, la période de décès et sur les naissances vivantes survenues au cours des cinq années précédant l'enquête ENSME 1996-1997.

Les biais liés au non enregistrement de l'ensemble des décès maternels demeurent l'une des principales difficultés de ce type d'observation rétrospective. Il y a deux principales insuffisances de ce type d'observation : les erreurs sur la période de référence et les omissions. Il y a d'autres types d'erreurs comme les erreurs de déclarations d'âges qui ne sont pas spécifiques à cette approche et qui entraînent des sous-estimations ou surestimations à certains âges et à certaines époques .

Malgré l'emploi d'une date fixe pour le début de la période de référence, ici 1992-1997, une grande partie des enquêtés ont beaucoup du mal à localiser précisément dans le temps le décès ou la naissance. Il en résulte ce qu'on appelle «des effets de télescopage », autrement dit, l'inclusion à tort dans la période de cinq ans de décès maternels en fait survenus avant le début de la période de référence ou l'exclusion d'autres en fait survenus pendant cette période. Concernant les omissions, on ne déclare pas volontairement ou involontairement certains décès maternels ou naissances, ce qui fait que les résultats obtenus sont forts sous-estimés quand ils ne sont pas inutilisables. Ce problème de pures omissions de déclarations, excluant donc les événements non déclarés, parce que mal localisés dans le temps, semble parfois moins important que celui des effets de télescopage et il concerne surtout les décès.

L'estimation précise de la mortalité maternelle nécessite en plus des données fiables sur les décès maternels et les naissances vivantes, des données sur la date de naissance, l'âge et l'année de décès qui peuvent être sujettes aux erreurs entraînant des sous estimations ou surestimations à certains âges ou époques, en raison de l'attraction pour les âges ronds ou pour certaines valeurs préférentielles. La valeur de l'indice de Myers estimée à 37, 25, 57, 29, pour les femmes respectivement pour les années 1992 à 1996 confirme donc les préférences pour les âges de décès pairs au détriment des âges impairs, mais dans une moindre mesure. L'indice de Wipple quant à lui se situe dans l'intervalle allant de 0,9 à 2,2 pour la même période et témoigne de l'existence du phénomène de concentration des âges ronds se terminant par 0 ou 5, notamment pour l'année 1994.

6.3 ESTIMATIONS DIRECTES DE LA MORTALITE MATERNELLE

Le tableau 6.1 ci-après présente les estimations directes de la mortalité maternelle obtenues à partir des questions rétrospectives sur les décès survenus dans les ménages au cours de la période de cinq ans précédent l'enquête ENSME 1996-1997. Au total, 63 décès maternels ont été relevés pour la période 1992-1997. Selon l'âge, le taux de mortalité par cause maternelle est plus élevé chez les plus de 30 ans que chez leurs cadettes, avec toutefois quelques irrégularités. Le taux de mortalité pour cause maternelle mesuré globalement pour les femmes en âge de procréation 15-49 ans est de 0,21 pour mille. Sa tendance est à la baisse puisqu'il se situait à 0,45 pour mille pour la période 1985-91 selon l'ENPS II de 1992.

Le taux de mortalité maternelle exprimé pour 100000 naissances vivantes est obtenu en rapportant le taux de mortalité par cause maternelle à 15-49 ans au taux global de fécondité

générale pour la période en question. Le taux de mortalité maternelle est donc de 228 décès maternels pour 100000 naissances vivantes pour la période 1992-97.

Ce taux globalement élevé à l'échelon national cache des disparités importantes selon le milieu de résidence. Les données de l'enquête ENSME révèlent, en effet, un niveau presque 2,5 fois plus élevé pour les femmes rurales (307 décès maternels pour 100000 naissances vivantes) que pour les citadines (125 décès maternels pour 100000 naissances vivantes), l'écart est de 182 décès pour 100000 naissances.

Les programmes de santé de la reproduction au Maroc ont, comme dans d'autres pays, évolué d'abord, à partir des programmes de protection de santé de l'enfant, puis dans un deuxième temps l'accent avait été mis sur la santé maternelle. Des programmes de surveillance de la grossesse étaient en place depuis 1970, mais leurs actions préventives étaient surtout orientées vers l'enfant ; graduellement au cours des années 1980 ils ont incorporé des éléments qui tentaient de prévenir les risques liés à la maternité. En 1987, le programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement a introduit la vaccination antitétanique, a amélioré les efforts de couverture, les consultations pré- et post-natale, et a aménagé des centres de santé pour encourager les accouchements en milieu surveillé. Ces efforts ont contribué à une certaine amélioration, mais ils se sont heurtés à de nombreux obstacles dont certains découlent de facteurs géographiques, à savoir, le relief accidenté de certaines régions et l'habitat dispersé qui rendent difficile et coûteuse la généralisation de l'accès aux services de santé.

Tableau 6.1 : Niveau récent de la mortalité maternelle

Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des questions rétrospectives sur les décès survenus dans le ménage au cours de la période de 5 ans précédent l'enquête. ENSME (grand échantillon) 1996-1997.

Groupe D'âge	Décès Maternels	Années d'expositions	Taux Par cause Maternelle (p 1000)
15-19	1	70 476	0,01
20-24	12	58 177	0,21
25-29	14	50 777	0,28
30-34	15	44 930	0,33
35-39	8	39 259	0,20
40-44	12	28 042	0,43
45-49	1	10 639	0,09
15-49	63	302 301	0,21

Taux global de fécondité générale 0,0914

Taux de mortalité maternelle*	
Urbain	125
Rural	307
Ensemble	228

Pour 100 000 naissances ; calculé comme suit : taux de mortalité par cause maternelle / taux global de fécondité générale × 10

D'autres facteurs sont liés à l'organisation des ressources humaines et matérielles. En effet, les trois quarts du personnel de santé sont concentrés dans la région de Rabat-Casablanca, moins de la moitié de la population rurale est dans un rayon de 6 km d'un centre de santé, et la couverture des populations éloignées par les infirmiers itinérants est largement insuffisante.

En outre, pour les soins de santé au cours de la grossesse et l'accouchement, 43 pour cent seulement des femmes reçoivent l'assistance du personnel qualifié au moment de l'accouchement et 42 pour cent font une visite prénatale selon l'enquête ENSME de 1996-

1997 pour la période 1993-97. La couverture en milieu rural est bien inférieure à celle des centres urbains (20 pour cent contre 70 pour cent pour l'accouchement, et 20 pour cent contre 69 pour cent pour les soins prénatals).

6.4 TENDANCES

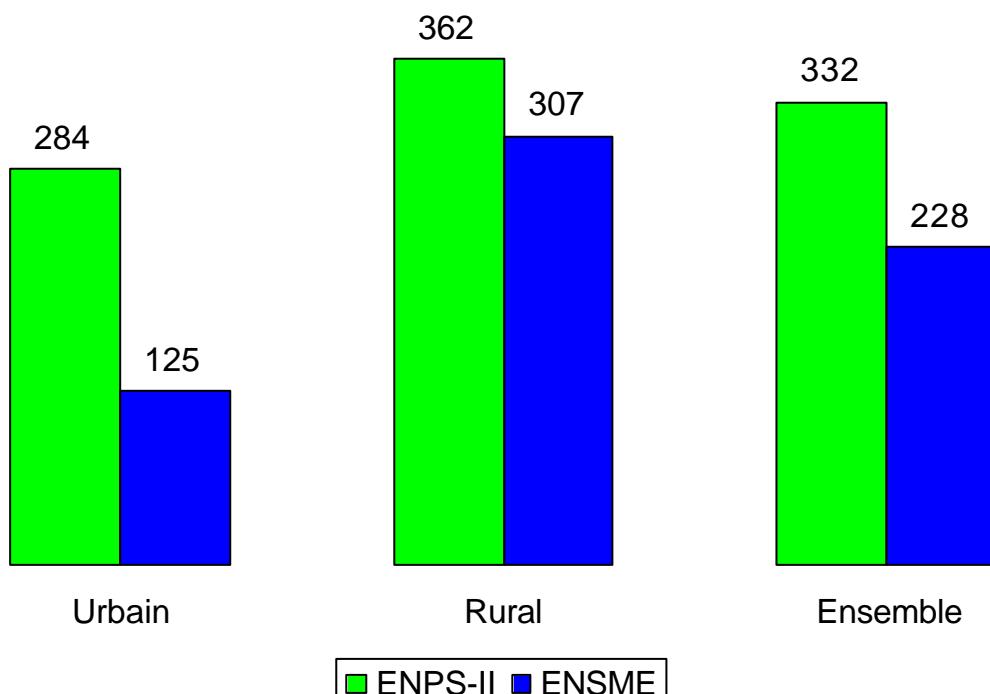
Le tableau 6.2 et le graphique 1 présentent l'évolution de la mortalité maternelle par milieu de résidence selon deux sources. D'après l'enquête nationale sur la population et la santé (ENPS II) de 1992, le taux de mortalité maternelle estimé en utilisant la méthode des sœurs était de 332 décès maternels pour 100000 naissances vivantes pour la période 1985-91. Les progrès sont importants puisque les résultats de l'enquête ENSME de 1996-1997 montrent un taux de 228 décès maternels pour 100000 naissances vivantes pour la période 1992-97, soit une baisse d'environ 31 pour cent, imputable en partie à la réduction de l'exposition au risque de décès maternel grâce à la baisse de la fécondité. En effet quand la fécondité diminue , il peut y avoir relativement moins de grossesses et de naissances, donc une diminution de l'exposition au risque de mortalité maternelle. Cette baisse est essentiellement un phénomène urbain, dans la mesure où elle est désormais beaucoup plus

Tableau 6.2 : Evolution des taux de mortalité maternelle selon deux sources

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances selon les deux sources ENPS-II de 1992 et ENSME 1996-1997.

Milieu de résidence	ENPS II 1992 (1985-91)	ENSME (1992-97)
Urbain	284	125
Rural	362	307
Ensemble	332	228

Graphique 6.1
Taux de mortalité maternelle par milieu de résidence et selon les deux sources



accentuée en milieu urbain qu'en milieu rural, autrement dit, le gain en termes de décès maternels est relativement plus important en milieu urbain. Le taux de mortalité maternelle est

passé de 284 décès maternels pour 100000 naissances vivantes à 125 enregistrant une baisse de 159 points en milieu urbain, alors qu'en milieu rural, ce taux a évolué de 362 décès maternels pour 100000 naissances vivantes à 307, soit une baisse relativement timide de 55 points durant la même période.

Les variations des taux de mortalité maternelles dans le monde sont considérables, de l'ordre 1 à 100. La plupart des décès maternels survient dans les pays en développement, en particulier en Afrique. La comparaison du taux de mortalité maternelle pour un échantillon de pays (tableau 6.3 et graphique 6.2) laisse apparaître des niveaux contrastés allant de 77 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes enregistré en Libye en 1983 à 554 en Mauritanie pour l'année 1984. Le niveau enregistré au Maroc reste très élevé par rapport à ce qu'il est en Libye, en Syrie et en Tunisie ; de même grandeur que celui des Philippines et enfin relativement moins élevé par rapport à la Mauritanie, l'Indonésie et le Soudan.

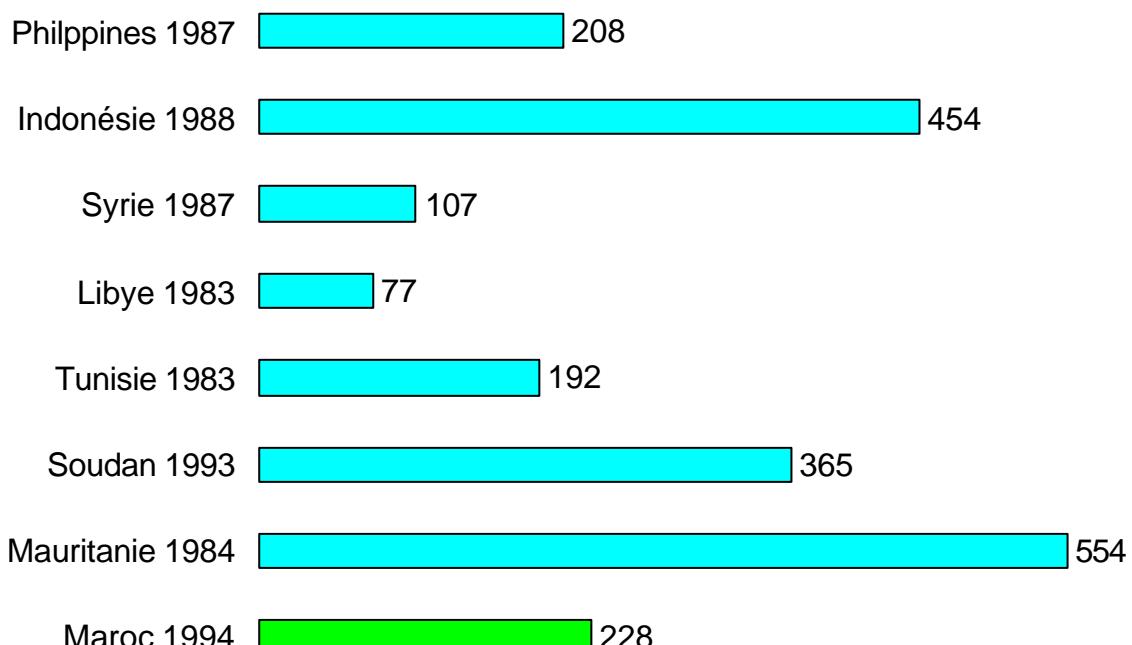
Tableau 6.3 : Comparaison de la mortalité maternelle au niveau international

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances au Maroc, comparés aux niveaux récents dans d'autres pays.

Pays	Taux de mortalité maternelle (pour 100000)			Période de référence
	Urbain	Rural	Ensemble	
Maroc	125	307	228	1992-97
Mauritanie	-	-	554	1984
Soudan	425	335	365	1993
Tunisie	173	218	192	1982-83
Libye	86	52	77	1983
Syrie	-	-	107	1987
Indonésie	-	-	454	1988
Philippines	-	-	208	1987

Sources : Les enquêtes PAPCHILD des pays concernés .

Graphique 6.2 Taux de mortalité maternelle selon quelques pays



Le tableau 6.4 présente la répartition des décès maternels selon la période de décès et le nombre total de grossesses survenues avant de décéder. Selon la période ,ces décès maternels ont eu lieu dans 21 pour cent des cas au moment de l'accouchement, dans 37 pour cent des cas au cours des deux mois ayant suivi l'accouchement et enfin 79 pour cent des décès maternels sont dus à la grossesse et l'accouchement (graphique 6.3).

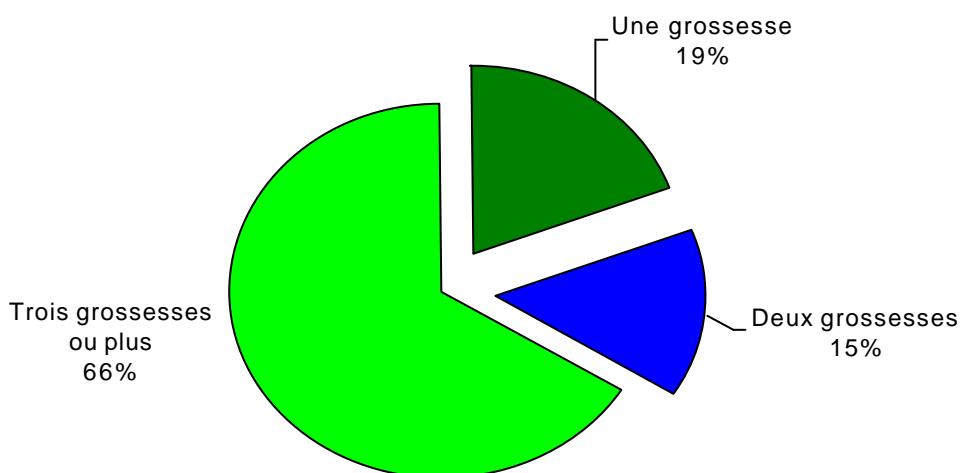
Il ressort également des données du tableau 6.4 et du graphique 6.4 que la répartition des décès maternels varie sensiblement en fonction du nombre total de grossesses survenues chez les femmes décédées durant toute leur vie. Pour 21 pour cent d'entre elles, il s'agissait d'une première grossesse, 14 pour cent de la deuxième grossesse et enfin 65 pour cent avaient déjà eu plus de 3 grossesses. Ceci semble donc indiquer qu'il y a une relation entre le comportement procréateur des femmes et le risque de décéder par cause maternelle. Généralement les grossesses à haut risque sont celles issues de femmes d'âge de

Tableau 6.4 : Décès maternels selon la période de décès et le nombre de grossesses

Répartition (en %) des décès maternels des cinq années précédant l'enquête selon la période de décès et le nombre de grossesses. ENSME 1996-1997.

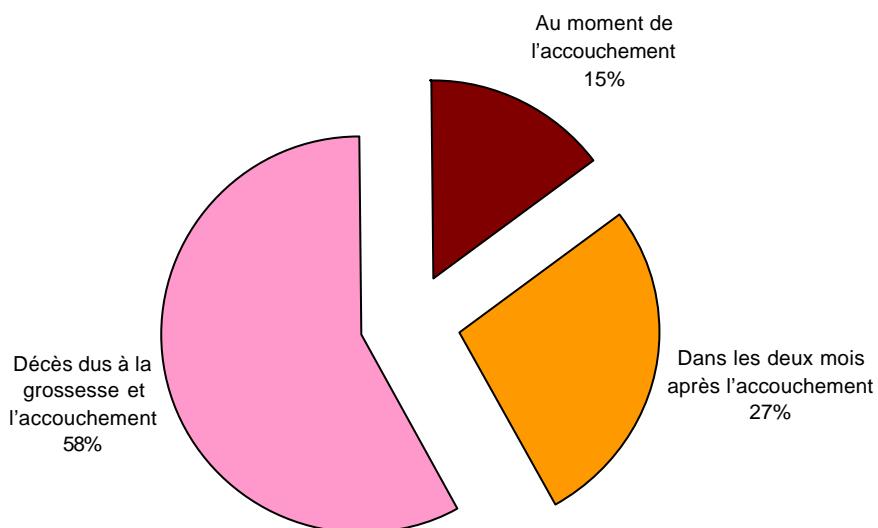
Caractéristiques	Décès Maternels	Pourcentage
Période de décès		
Au moment de l'accouchement	13	20,6
Dans les deux mois après l'accouchement	23	36,5
Décès dus à la grossesse et l'accouchement	50	79,4
Nombre total de grossesses		
1	12	19,0
2	9	14,3
3 et plus	41	65,1

Graphique 6.4 Mortalité maternelle selon le nombre de grossesses



procréation précoce (moins de 18 ans), et les grossesses de femmes d'âge de procréation tardif plus de 34 ans), Celles à intervalle inter génésique court (moins de 24 mois) et celles de rang élevé.

Graphique 6.5
Décès maternels en pourcentage selon la période de décès



6.5 CONCLUSION

La mortalité maternelle demeure encore élevée au Maroc (228 décès pour 100000 naissances vivantes), ce qui traduit un retard du système de santé dans la lutte contre ce fléau, et rend nécessaire la mobilisation de plus de ressources et d'efforts, particulièrement en milieu rural où survient la majorité des naissances, et où la mortalité maternelle est la plus élevée. L'Enquête Nationale sur la Population et la Santé ENSME de 1996-1997 confirme la tendance vers la baisse de la mortalité maternelle révélée par l'ENPS II de 1992. La transition ne semble pas se passer avec le même rythme en milieu rural qu'en milieu urbain. Néanmoins, les transformations sociales en cours, avec l'amélioration progressive du statut des femmes et la possibilité accrue qu'elles auront de maîtriser leur fécondité grâce à la contraception, laissent penser que la baisse de la mortalité maternelle va se poursuivre au Maroc, notamment en milieu rural où l'on s'attend à une baisse significative du niveau de fécondité dans l'avenir.

CHAPITRE 7

SANTE DE LA REPRODUCTION

Dr Ahmed Laabid¹

Cette partie est la plus importante dans les modules de questionnaire relatif à la santé de la reproduction..

Comme pour les autres sections, la population de l'échantillon sélectionné constitue la source d'informations sur la grossesse. La qualité des données récoltées est évidemment liée à l'importance des biais qui affectent d'habitude ce genre d'enquêtes. Rien que pour la période de référence de trois années, certains événements mineurs tels que les symptômes qui accompagnent les maladies, ne peuvent pas être rapportés avec fiabilité en raison de l'effet de mémoire ou de niveau de compréhension de l'enquêtée. Malgré ces limites, l'enquête garde son intérêt du moment que, jusqu'à présent, aucune étude au Maroc n'a été réalisée dans ce sens. Pour la planification en matière de santé reproductive, les données qu'on peut qualifier d'indirectes sur la morbidité gravidique sont indispensables. Ces données, à côté de celles produites dans la section des maladies chroniques et en plus des informations déjà disponibles sur la mortalité maternelle aideront à mieux connaître le profil épidémiologique de la santé maternelle.

Dans le présent chapitre, trois sections traiteront de i) la morbidité ressentie par les femmes au cours de leurs grossesses des trois dernières années, ii) l'utilisation des services de santé pour les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals, iii) les interventions obstétricales dont les femmes ont bénéficié au cours de la même période.

Mais avant de développer ces sections, nous donnons d'abord un aperçu sur les grossesses déclarées que ce soit au moment de l'enquête ou durant les trois années de la période de référence.

7.1 CARACTERISTIQUES DES GROSSESSES

Le tableau no 7.1 présente les principales caractéristiques socio-économiques des femmes enquêtées selon le nombre de grossesses des trois dernières années précédant l'enquête.

Les données de ce tableau montrent que parmi les 5096 femmes de l'échantillon enquêté, 2190 soit 57,1 pour cent n'avaient aucune grossesse au cours des trois dernières années précédant l'enquête. Selon le nombre de grossesses par femme, au cours de la même période de référence, celles qui avaient une ou plusieurs grossesses se répartissent comme suit :34,9 pour cent avaient une seule grossesse, 7,4 pour cent avaient deux grossesses, et moins d'un pour cent (0,6 %) avaient trois grossesses et plus.

Parmi les 5096 femmes interrogées, 1339 ont déclaré avoir eu au moins une fausse couche dans leurs antécédents. Par rapport au total des avortements déclarés, le nombre moyen de fausses couches par femme est de 0,3².

¹ Médecin enseignant à l'Institut National de l'Administration Sanitaire, Ministère de la Santé, Rabat.

² C'est le rapport entre le nombre total de fausses couches qui est égal à 1531 et le nombre de femmes (5096).

Tableau 7.1 : Grossesses durant les trois dernières années

Répartition du nombre de grossesses par femme au cours des trois dernières années précédant l'enquête selon les caractéristiques socio-démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	0	1	2	3 ou plus	Nombre de femmes
Age de la femme					
15-19	52,7	39,5	7,4	0,4	258
20-34	39,5	48,2	11,6	0,8	2398
35-49	74,9	21,4	3,2	0,4	2440
Nombre de grossesses					
0	100,0	0,0	0,0	0,0	487
1	35,2	64,8	0,0	0,0	742
2-3	45,4	39,3	14,8	0,5	1286
4-5	56,7	33,8	8,5	1,0	1060
6 ou plus	64,3	28,7	6,2	0,8	1521
Niveau d'instruction					
Analphabète	57,0	35,1	7,4	0,5	3741
Lire et/ou écrire	57,3	35,6	6,5	0,6	661
Primaire	56,1	33,1	8,8	2,0	148
Préparatoire	60,9	32,2	6,5	0,3	307
Secondaire+	54,6	35,7	9,2	0,4	238
ND	100,0	0,0	0,0	0,0	1
Milieu					
Urbain	64,1	29,5	5,9	0,5	2491
Rural	50,4	40,1	8,8	0,7	2605
Région					
Laayoune Boujdour SH	57,1	34,7	8,2	0,0	98
Guelmim Smara	47,6	42,9	9,5	0,0	21
Souss Massa Draa	53,6	38,3	7,5	0,6	496
El Gharb chrarda	51,5	42,4	5,6	0,4	231
Chaouia ourdigha	58,7	33,7	7,6	0,0	276
Marrakech-Tensift-Al Haouz	51,9	39,6	8,0	0,5	588
Région Orientale	57,9	33,8	7,4	0,9	340
Grand Casablanca	66,6	28,0	5,0	0,3	614
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	60,2	34,0	5,5	0,3	344
Doukkala-Abda	57,5	36,3	5,1	1,1	369
Tadla-Azilal	57,2	35,9	6,5	0,4	276
Méknès-Tafilalet	60,9	34,1	5,1	0,0	414
Fès-Boulemane	55,4	34,9	9,3	0,4	258
Taza-Al Hoceima-Taounate	53,0	35,5	10,5	1,1	372
Tanger-Tétouan	54,6	31,1	12,8	1,5	399
Total	57,1	34,9	7,4	0,6	5096

Selon l'âge des femmes au moment de l'enquête, nous constatons que les jeunes de 15 à 19 ans présentaient une grossesse dans près d'un cas sur deux. Par rapport à la période de référence, cela revient à dire que les grossesses enregistrées ont eu lieu théoriquement dans la

tranche d'âge de 12 à 19 ans. Médicalement parlant, les grossesses à cet âge présentent une plus forte probabilité d'exposition aux risques de complications.

Par contre, le fait qu'il n'y ait qu'une femme sur quatre parmi les 35 ans et plus qui soit enceinte est un résultat positif qui témoigne d'une meilleure planification des naissances. Le risque d'exposition aux complications liées à la grossesse et à l'accouchement est également élevé à cet âge, mais le type de complications est différent.

En fonction du niveau d'instruction, nous ne remarquons pas de différence significative entre les différentes catégories de cette variable. Par rapport au milieu de résidence, 49,6 pour cent des femmes d'origine rurale étaient enceintes au cours de la période de référence contre seulement 35,9 pour cent en urbain. Cet écart est expliqué par la différence de fécondité qui existe entre les deux milieux.

Les résultats du tableau 7.2 montrent que le nombre moyen de perte précoce par femme est de 0,3 au niveau national, 0,4 en urbain et 0,3 en rural. Les pertes précoces augmentent avec l'âge. En effet, le nombre moyen de perte précoce varie de 0,1 pour les femmes âgées entre 15 et 19 ans, à 0,4 pour celles dont l'âge est supérieur ou égal à 35 ans. Par rapport au niveau d'instruction de la femme, nous notons une absence de déclaration plus marquée chez les femmes sans niveau d'instruction. Selon la région, les moyennes varient de 0,1 pour la région de Guelmim-Smara

Tableau 7.2 :Nombre moyen de grossesses

Répartition du nombre moyen de grossesse selon l'issue de la grossesse et quelques caractéristiques socio-démographiques des mères. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Perte précoce	Mort-nés	Nais-sance vivante	Effectif de femmes
Age de la femme				
15-19	0,1	0,0	0,5	258
20-34	0,2	0,1	2,4	2398
35-49	0,4	0,1	5,4	2440
Milieu de résidence				
Urbain	0,4	0,0	3,2	2491
Rural	0,3	0,1	4,1	2605
Niveau d'instruction				
Analphabète	0,3	0,1	4,2	3741
Lire et/ou écrire	0,4	0,1	2,8	661
Primaire	0,4	0,1	2,5	148
Préparatoire	0,3	0,0	2,1	307
Secondaire ou plus	0,4	0,0	1,7	238
ND	0,0	0,0	5,0	1
Région				
Laayoune Boujdour SH	0,2	0,1	3,1	98
Guelmim Smara	0,1	0,2	2,7	21
Souss Massa Draa	0,3	0,1	3,7	496
El Gharb chrarda	0,3	0,1	4,3	231
Chaouia ourdigha	0,2	0,1	3,9	276
Marrakech-Tensift-Al Haouz	0,3	0,1	3,8	588
Région Orientale	0,3	0,1	3,9	340
Grand Casablanca	0,4	0,1	3,0	614
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	0,4	0,1	3,1	344
Doukkala-Abda	0,3	0,1	3,7	369
Tadla-Azilal	0,2	0,1	3,4	276
Méknès-Taïlalet	0,3	0,1	3,4	414
Fès-Boulemane	0,4	0,1	3,9	258
Taza-Al Hoceima-Taounate	0,3	0,1	4,4	372
Tanger-Tétouan	0,4	0,1	4,6	399
Total	0,3	0,1	3,7	5096

à 0,4 pour plusieurs régions notamment du Grand Casablanca, Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, etc.

Le nombre moyen de mort-nés par femme est de 0,1 au niveau national (0,0 en urbain et 0,1 pour le rural).

Au niveau national, le nombre moyen de naissances vivantes par femme est égal à 3,7 (3,2 en urbain et 4,1 en rural). La période de référence considérée est évidemment toute la période génératrice des femmes interviewées. La moyenne la plus basse (2,7) est observée dans la région de Guelmim Smara suivie de près par celle de la région du Grand Casablanca (3,0). Les moyennes les plus élevées sont enregistrées dans les régions à fortes populations rurales (Tanger -Tétouan, Taza -Al Hoceima-Taounate et El Gharb-Chrarda).

Les données du tableau 7.3 montrent qu'au moment de l'enquête, 474 (9,3 %) des femmes interviewées présentaient une grossesse (7,0 % en urbain et 11,5 % en rural).

Le tableau montre également que la fréquence de la grossesse diminue avec les catégories d'âge alors que le niveau d'instruction ne semble pas exercer un effet significatif.

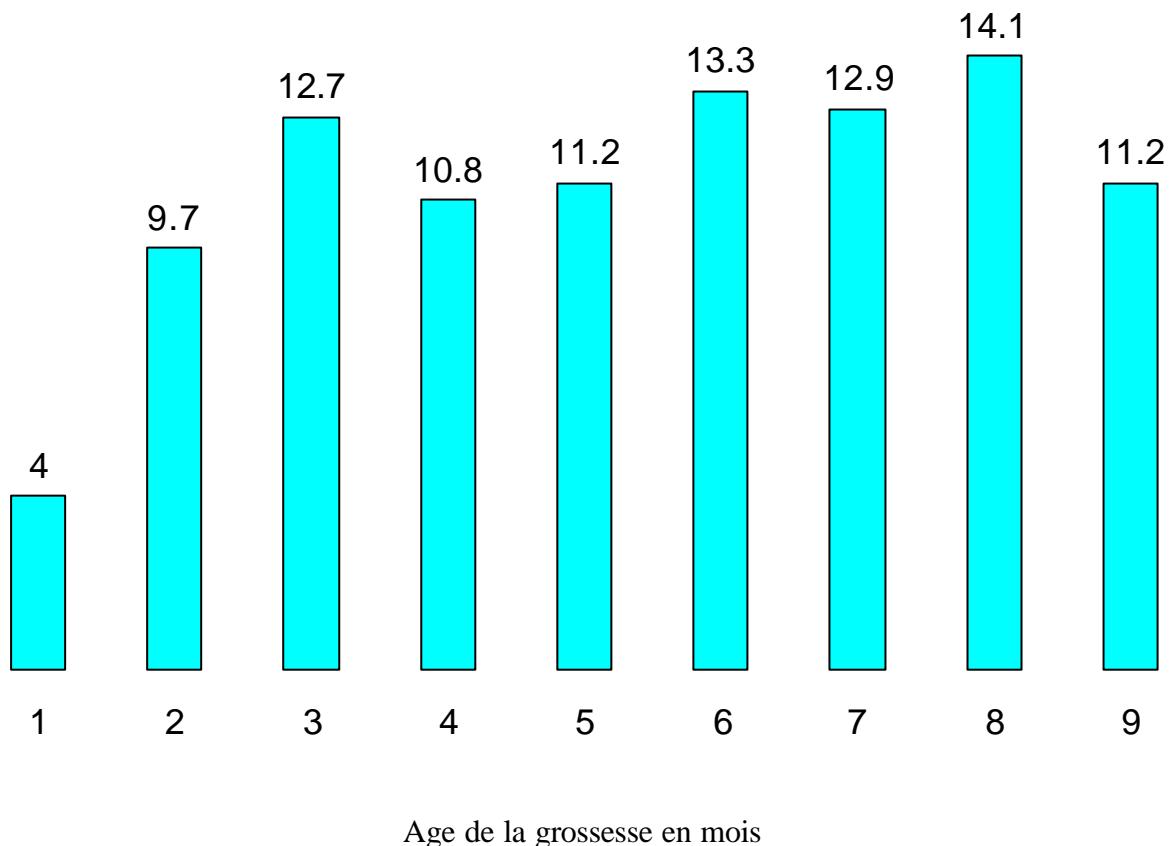
Selon l'âge gestationnel (Graphique 7.1), 26,4 pour cent des femmes enceintes au cours de l'enquête avaient une grossesse de trois mois et moins pendant que 38,2 pour cent étaient au troisième trimestre.

Tableau 7.3 : Femmes enceintes

Pourcentage des femmes non-celibataires qui étaient enceintes au moment de l'enquête, selon des caractéristiques socio démographiques, ENSME, 1997.

Caractéristiques	Pourcentage de femmes Enceintes	Effectif de femmes Enceintes
Age de la femme		
15-19	20,9	258
20-34	14,0	2398
35-49	3,4	2440
Milieu de résidence		
Urbain	7,0	2491
Rural	11,5	2605
Niveau d'instruction		
Analphabète	9,4	3741
Lire et/ou écrire	9,5	661
Primaire	8,8	148
Préparatoire	9,4	307
Secondaire ou plus	6,7	238
ND	0,0	1
Région		
Laayoune Boujdour SH	7,1	98
Guelmim Smara	0,0	21
Souss Massa Draa	10,5	496
El Gharb chrarda	11,3	231
Chaouia Ourdigha	9,1	276
Marrakech-Tensift-Al Haouz	13,1	588
Région Orientale	9,1	340
Grand Casablanca	6,4	614
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	7,6	344
Doukkala-Abda	13,6	369
Tadla-Azilal	8,7	276
Méknès-Taïalaet	7,7	414
Fès-Boulemane	6,2	258
Taza-Al Hoceima-Taounate	11,6	372
Tanger-Tétouan	6,5	399
Total	9,3	5096

Graphique 7.1
Distribution en % des grossesses actuelles déclarées selon l'âge de la grossesse en mois



7.2 MORBIDITE RESSENTIE

Interrogées sur les symptômes pathologiques ressentis au cours de leurs grossesses des trois dernières années (Tableau 7.4), les femmes enquêtées évoquent les céphalées comme première souffrance dans 31,5 pour cent des cas suivies d'œdèmes (25,4 %), des brûlures mictionnelles (23,5 %) et de l'hyperthermie (15,2 %).

Tableau 7.4 : Morbidité ressentie durant la période de grossesse

Parmi les femmes qui ont eu au moins une grossesse durant les trois dernières années, le pourcentage qui ont eu des symptômes spécifiques de complications durant ces grossesses selon des caractéristiques socio-démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Hémorragie aiguë	Hyper tension	Oedèmes	Céphalées	Douleur Hypogastrique	Hyper thermie	Convulsions	Brûlure mictionnelle	Ictère	Effectif de femmes
Age de la femme										
15-19	4,9	2,5	20,5	27,9	16,4	10,7	1,6	16,4	4,1	122
20-34	5,0	4,3	24,4	29,4	24,7	14,1	3,4	24,0	2,4	1451
35 ou plus	4,1	7,7	28,6	37,3	33,0	18,8	4,2	23,9	2,8	612
Nombre de grossesses										
1	3,1	3,1	26,0	24,7	20,4	12,5	2,3	22,7	1,7	481
2-3	5,7	3,8	22,6	28,3	24,4	12,0	3,8	22,8	2,3	702
4-5	5,4	6,5	22,7	32,5	28,1	15,9	3,5	24,0	2,6	459
6 ou plus	4,2	7,6	30,6	40,7	33,7	21,4	4,4	24,9	3,9	543
Niveau d'instruction										
Analphabète	3,8	4,8	24,6	32,0	26,8	16,1	3,7	22,5	3,2	1610
Lire et/ou écrire	7,4	6,7	27,3	31,9	23,4	9,2	2,8	25,5	1,4	282
Primaire	7,7	7,7	29,2	41,5	27,7	23,1	4,6	36,9	0,0	65
Préparatoire	6,7	3,3	27,5	25,0	29,2	16,7	4,2	30,0	0,8	120
Secondaire ou plus	7,4	6,5	26,9	24,1	27,8	11,1	2,8	18,5	0,0	108
Milieu de résidence										
Urbain	5,6	6,5	28,4	31,3	28,4	13,6	4,3	24,6	1,9	894
Rural	4,1	4,3	23,2	31,6	25,3	16,3	3,1	22,8	3,1	1291
Région										
Laayoune Boujdour SH	4,8	2,4	11,9	11,9	9,5	2,4	0,0	16,7	0,0	42
Guelmim Smara	9,1	0,0	27,3	0,0	18,2	9,1	9,1	36,4	0,0	11
Souss Massa Draa	2,2	8,7	21,3	26,5	23,9	9,1	2,2	26,1	3,0	230
El Gharb Chrarda	3,6	9,8	32,1	42,0	37,5	34,8	6,3	40,2	2,7	112
Chaouia Ouardigha	3,5	0,0	29,8	49,1	42,1	13,2	3,5	36,0	2,6	114
Marrakech-Tensift-Al Haouz	2,8	1,8	9,9	9,9	12,0	5,3	1,4	12,0	1,1	283
Région Orientale	11,9	6,3	34,3	44,8	39,2	30,1	6,3	20,3	5,6	143
Grand Casablanca	4,4	7,3	34,6	45,9	43,4	16,1	8,3	43,4	2,4	205
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	11,7	5,1	16,8	15,3	12,4	5,1	1,5	8,8	0,0	137
Doukkala-Abda	3,8	1,9	35,0	43,9	35,7	8,9	5,7	32,5	5,1	157
Tadla-Azilal	0,8	2,5	16,1	22,0	16,9	10,2	0,0	8,5	1,7	118
Méknès-Taïifalet	3,7	1,9	21,6	13,6	13,6	6,2	1,9	9,3	0,6	162
Fès-Boulemane	4,3	3,5	24,3	29,6	27,0	18,3	1,7	22,6	2,6	115
Taza-Al Hoceima-Taounate	5,7	8,6	30,3	49,1	28,6	26,3	2,9	16,6	4,6	175
Tanger-Tétouan	5,0	9,4	36,5	41,4	30,4	30,4	5,5	34,3	3,3	181
Total	4,7	5,2	25,4	31,5	26,6	15,2	3,6	23,5	2,6	2185

S'agissant de symptomatologie peu spécifique à la grossesse, il est difficile de lier les plaintes à une pathologie gravidique. Par contre les autres manifestations rapportées au tableau 7.4 peuvent être considérées comme étant des problèmes de santé qui témoignent d'une complication propre à la grossesse telles que les hémorragies ou les convulsions ou exacerbées par la grossesse telles que l'hypertension ou l'ictère.

L'hypertension, observée chez 5,2 pour cent des femmes ayant eu au moins une grossesse au cours de la période de référence, est une pathologie qui se caractérise par une prévalence qui croît avec l'âge et la parité, une absence de corrélation avec le niveau d'instruction, et une fréquence légèrement plus élevée en urbain.

L'hémorragie aiguë, révélée par 4,7 pour cent des femmes, ne semble pas subir l'influence des variables reconnues dans la littérature et expliquées par des phénomènes physiopathologiques comme l'âge jeune et avancé ou la grande parité. Si nous considérons l'hémorragie quelle que soit l'importance du sang perdu, nous relevons une fréquence de 15,5% (tableau 7.5) et une influence négligeable des variables socio-démographiques.

Avec une fréquence globale de 3,6 pour cent, les convulsions ont été signalées plus par les femmes âgées que par les plus jeunes. Les convulsions sont par ailleurs plus déclarées par les femmes du niveau d'instruction élevé.

Enfin l'ictère qui connaît une prévalence de 2,6 pour cent est évoqué particulièrement par les femmes les plus jeunes et les grandes multipares. Alors que les analphabètes apparaissent comme les plus touchées, les femmes du milieu rural se plaignent d'ictère plus que celles de l'urbain.

Près d'une femme sur trois (29,2 %) a eu au moins un symptôme de complication obstétricale au cours des grossesses enregistrées durant les trois dernières années précédant l'enquête (tableau 7.5).

Par rapport à la durée de travail considérée comme normale, 11 pour cent des femmes déclarent avoir dépassé cette durée lors des accouchements survenus au cours des trois dernières années précédant l'enquête (tableau 7.6). Ce sont les jeunes et les primipares qui attendent plus longtemps avant d'accoucher. Le niveau socio-démographique ne semble pas constituer un déterminant de la durée prolongée de travail. Par contre, la proportion des femmes du milieu rural qui présentent une durée de travail prolongée est supérieure à celle des femmes en urbain. Cette différence peut être liée à l'accessibilité physique des structures d'accouchement.

L'hémorragie aiguë de la délivrance est plus fréquente que l'hémorragie de l'antépartum puis qu'elle touche 11,4 pour cent des femmes. De reconnaissance relativement facile, ce type d'hémorragie a été rapporté avec pratiquement la même fréquence à tous les âges et dans les deux milieux de résidence. Avec les problèmes de placenta qui représentent en fait une cause d'hémorragie, l'hémorragie de la délivrance vient donc en tête des complications liées à l'accouchement après le travail prolongé. Ce constat n'est valable que si l'on admet un plus haut degré de subjectivité dans l'hyperthermie qui représente le premier symptôme évoqué par les femmes (11,6 %).

Les déchirures qui comptent parmi les traumatismes obstétricaux les plus courants ont été signalées par 5,5 pour cent des femmes. Les cas de déchirures ont été rapportés

essentiellement par les femmes ayant accouché à domicile (8,9 %) contre seulement 2,4 pour cent chez les femmes ayant accouché en milieu surveillé.

Tableau 7.5 : Complications obstétricales au cours des grossesses

Pourcentage des mort-nés et des naissances vivantes des trois dernières années selon des symptômes de complications obstétriques majeures dont la mère en a souffert durant la grossesse et des variables socio-économiques. ENSME, 1997

Caractéristiques	Césarienne due obst.	Hémorragie	Eclampsie	Infection sévère	Au moins un symptôme	Nombre de naissances
Age de la femme						
15-19	0,4	15,2	6,1	13,4	24,2	231
20-34	1,8	15,6	4,4	16,1	29,0	1656
35 ou plus	1,5	15,4	6,3	19,4	32,2	479
Nombre de grossesses						
1	2,6	18,2	5,4	15,1	30,6	571
2-3	1,6	13,5	4,1	13,1	25,6	762
4-5	1,3	12,7	3,8	15,2	26,8	473
6 ou plus	0,7	17,9	6,6	23,8	34,6	560
Niveau d'instruction						
Analphabète	0,8	15,1	5,3	17,5	28,9	1784
Lire et/ou écrire	2,2	20,1	3,6	13,3	30,8	279
Primaire	2,9	16,2	4,4	14,7	32,4	68
Préparatoire	7,1	16,7	4,0	15,1	30,2	126
Secondaire ou plus	5,5	9,2	4,6	11,9	27,5	109
Milieu de résidence						
Urbain	2,9	16,3	5,4	16,2	31,2	925
Rural	0,7	15,0	4,6	16,7	27,9	1441
Région						
Laayoune Boujdour S.H.	4,4	8,9	4,4	4,4	17,8	45
Guelmim Smara	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12
Souss Massa Drâa	0,4	10,5	2,3	4,7	15,9	258
El Gharb Chrarda	0,0	19,3	7,6	29,4	44,5	119
Chaouia Ouardigha	0,0	10,8	7,7	10,8	17,7	130
Marrakech-Tensift-Al Haouz	0,0	9,6	1,3	5,7	14,0	314
Région Orientale	1,3	20,3	6,5	35,3	51,0	153
Grand Casablanca	4,3	22,9	11,9	20,5	43,3	210
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	5,1	4,4	1,5	5,1	14,0	136
Doukkala-Abda	0,6	13,4	11,0	7,9	23,8	164
Tadla-Azilal	0,0	7,1	0,0	11,1	16,7	126
Méknès-Tafilalet	2,5	6,1	1,8	9,2	17,2	163
Fès-Boulemane	1,6	13,9	2,5	18,9	28,7	122
Taza-Al Hoceima-Taounate	1,0	37,2	4,5	40,7	57,8	199
Tanger-Tétouan	3,3	24,2	7,4	27,9	44,7	215
Total	1,6	15,5	4,9	16,5	29,2	2366

Tableau 7.6 : Symptômes spécifiques de complications durant le travail ou l'accouchement

Parmi les femmes qui ont eu au moins un mort-né ou une naissance vivante durant les trois dernières années, le pourcentage qui ont eu des symptômes spécifiques de complications durant le travail ou l'accouchement selon des variables socio démographiques. ENSME, 1997

Caractéristiques	Durée de travail				Hémorragie aiguë	Utilisation de Forceps	Problème de Placenta	Nombre de Femmes
	>12H	Fièvre	Con Vulsions	Césarienne				
Age de la femme								
15-19	14,4	14,4	5,9	11,0	0,0	9,3	0,8	118
20-34	10,8	10,4	1,6	11,4	3,3	10,7	3,9	1390
35 ou plus	10,7	14,1	2,9	11,4	4,0	6,7	3,1	553
Nombre de grossesses								
1	14,5	10,6	3,5	13,7	5,0	21,3	3,5	461
2-3	11,1	9,6	1,3	9,7	4,0	8,5	3,7	669
4-5	5,6	9,3	0,9	9,8	2,3	4,4	3,3	429
6 ou plus	12,2	17,3	3,2	12,9	1,6	4,6	3,4	502
Niveau d'instruction								
Analphabète	11,5	13,0	2,4	11,0	1,7	6,4	3,0	1543
Lire et/ou écrire	7,5	6,7	1,2	14,3	4,0	15,9	6,3	252
Primaire	8,9	10,7	3,6	17,9	5,4	17,9	1,8	56
Préparatoire	13,5	9,9	0,0	14,4	11,7	26,1	3,6	111
Secondaire ou plus	9,1	5,1	3,0	4,0	15,2	20,2	5,1	99
Milieu de résidence								
Urbain	9,4	9,7	1,9	11,9	5,8	15,4	4,9	823
Rural	12,0	12,9	2,3	11,1	1,6	5,7	2,6	1238
Région								
Laayoune Boujdour S.H.	0,0	4,9	4,9	0,0	7,3	14,6	7,3	41
Guelmim Smara	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,2	0,0	11
Souss Massa Drâa	4,1	3,2	1,4	8,6	1,4	10,8	3,2	222
El Gharb Chrarda	18,7	16,8	2,8	14,0	2,8	9,3	1,9	107
Chaouia Ouardigha	0,0	8,9	5,4	9,8	1,8	10,7	0,9	112
Marrakech-Tensift-Al Haouz	12,5	3,3	0,7	7,7	0,0	3,0	2,2	271
Région Orientale	15,2	31,8	0,8	15,2	3,8	6,1	3,8	132
Grand Casablanca	11,5	9,4	2,6	19,8	9,9	17,7	4,7	192
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	3,2	2,4	0,0	2,4	6,4	23,2	1,6	125
Doukkala-Abda	4,0	5,4	8,1	10,1	2,0	7,4	2,0	149
Tadla-Azilal	6,2	7,1	0,0	2,7	1,8	8,0	4,4	113
Méknès-Tafilalet	5,3	6,0	0,7	4,0	4,0	6,0	2,0	150
Fès-Boulemane	11,8	15,7	2,0	7,8	2,0	16,7	5,9	102
Taza-Al Hoceima-Taounate	36,0	32,3	1,8	30,5	1,8	8,5	4,9	164
Tanger-Tétouan	14,7	21,8	2,9	15,3	5,3	2,4	7,1	170
Total	11,0	11,6	2,2	11,4	3,3	9,6	3,5	2061

Si le type de déchirure n'a pas été précisé dans le questionnaire, il apparaît clairement à travers les résultats présentés que l'insuffisance de la surveillance de l'accouchement en milieu surveillé ainsi que certaines pratiques non justifiées telles que le forceps peuvent être à l'origine de déchirures dont certaines sont graves tout particulièrement la déchirure vaginale ou les fistules vésico-vaginales, véritable handicap majeur.

Les convulsions sont relativement moins fréquentes que pendant la grossesse, soit 2,2 pour cent des femmes ayant accouché au cours des trois dernières années précédant l'enquête.

Dans le post-partum (tableau 7.7), c'est-à-dire au cours des six semaines suivant l'accouchement, la fièvre est le symptôme le plus fréquent (9,8 %). Ce symptôme est évoqué principalement par les femmes âgées et par les grandes multipares comme d'ailleurs les brûlures mictionnelles, les douleurs mammaires et le dégagement de mauvaises odeurs. Malgré la forte subjectivité du symptôme d'hyperthermie, nous observons chez les femmes âgées de 35 ans et plus et les grandes multipares une corrélation de cette variable avec les autres symptômes évocateurs de phénomènes infectieux : infection du tractus uro-génital et abcès des seins.

L'hémorragie aiguë du post-partum est pratiquement aussi fréquente qu'en prépartum avec 5 pour cent des cas. Elle ne semble pas être influencée par les variables socio-démographiques étudiées.

GRAPHIQUE 7.2

Symptômes spécifiques de complications dans les six semaines après l'accouchement

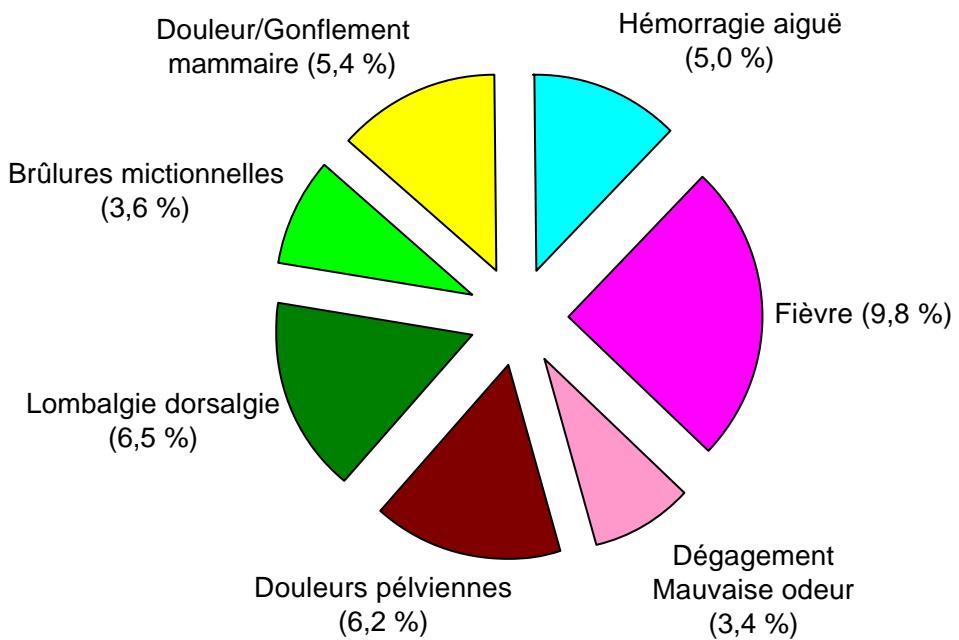


Tableau 7.7 : Symptômes spécifiques de complications dans les six semaines après l'accouchement

Parmi les femmes qui ont eu au moins un mort-né ou une naissance vivante durant les trois dernières années, le pourcentage qui ont eu des symptômes spécifiques de complications dans les six semaines après l'accouchement selon des variables socio-démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Hémorragie aiguë	Fièvre	Dégagement Mauvaise odeur	Douleurs pélviennes	Lombalgie dorsalgie	Brûlures Mic tionnelle	Douleur Gonflement mammaire	Nombre de femmes
Age de la femme								
15-19	5,9	3,4	0,0	0,8	0,8	1,7	0,8	118
20-34	4,8	9,4	3,2	6,3	6,2	2,9	4,8	1390
35 ou plus	5,4	12,1	4,7	7,2	8,5	5,6	7,8	553
Nombre de grossesses								
1	5,4	6,9	2,0	3,3	3,9	2,6	3,9	461
2-3	4,3	7,2	2,5	4,8	4,2	1,0	4,6	669
4-5	3,7	11,2	2,8	7,2	8,4	4,4	4,0	429
6 ou plus	6,8	14,5	6,6	10,0	10,4	7,2	9,0	502
Niveau d'instruction								
Analphabète	5,2	10,2	4,2	7,1	7,3	4,4	5,5	1543
Lire et/ou écrire	6,3	8,3	0,4	2,4	4,0	0,8	4,4	252
Primaire	5,4	5,4	1,8	3,6	3,6	1,8	3,6	56
Préparatoire	2,7	9,9	2,7	4,5	4,5	1,8	6,3	111
Secondaire ou plus	2,0	9,1	1,0	6,1	5,1	1,0	6,1	99
Milieu de résidence								
Urbain	5,0	10,1	2,8	5,6	6,6	1,9	6,1	823
Rural	5,1	9,5	3,9	6,6	6,5	4,7	4,9	1238
Région								
Laayoune Boujdour S.H.	0,0	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	41
Guelmim Smara	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11
Souss Massa Drâa	5,9	3,2	0,5	1,4	1,8	0,9	1,8	222
El Gharb chrarda	7,5	25,2	15,9	17,8	19,6	11,2	15,9	107
Chaouia Ourdigha	2,7	2,7	0,9	1,8	2,7	0,9	1,8	112
Marrakech-Tensift-Al Haouz	1,5	3,3	1,5	2,6	1,8	2,2	1,8	271
Région Orientale	6,1	8,3	2,3	3,8	4,5	2,3	6,1	132
Grand Casablanca	11,5	15,1	2,6	6,8	7,8	2,6	10,4	192
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	0,8	4,0	2,4	4,0	2,4	0,0	2,4	125
Doukkala-Abda	2,7	4,0	1,3	2,7	3,4	2,0	3,4	149
Tadla-Azilal	1,8	7,1	1,8	2,7	4,4	4,4	2,7	113
Méknès-Tafilalet	0,0	5,3	2,0	2,7	3,3	0,7	0,7	150
Fès-Boulemane	2,0	9,8	3,9	5,9	9,8	2,0	4,9	102
Taza-Al Hoceima-Taounate	11,6	25,6	10,4	18,3	17,1	9,8	11,6	164
Tanger-Tétouan	10,6	20,6	4,7	15,3	13,5	10,0	10,6	170
Total	5,0	9,8	3,4	6,2	6,5	3,6	5,4	2061

7.3 UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

Soins Prénatals

Le recours aux Soins Prénatals concernant les grossesses des trois dernières années précédant l'enquête est noté chez 56 pour cent des femmes (tableau 7.8). Comme l'ont déjà montré les enquêtes de Population et de Santé réalisées au Maroc, le profil de la femme qui utilise moins les soins prénatals correspond à celle qui vit en rural et sans instruction. L'utilisation inconstante des soins prénatals est fortement déterminée par les deux variables : résidence en milieu urbain (61,9 %) et niveau d'instruction élevé (80,0 %). Par contre le pourcentage des femmes qui suivent les visites prénatales de façon irrégulière ne semble pas être influencé par les variables socio-démographiques.

Comme le montrent les données du graphique 7.4, 57 pour cent des femmes résidant en milieu rural doivent faire plus de cinquante minutes pour arriver au lieu où les soins prénatals sont offerts et pour 38,2 pour cent seulement d'entre elles, le temps de déplacement nécessaire est inférieur ou égal à une demi-heure.

Les soins prénatals sont assurés par le médecin dans 30,4 pour cent des cas (tableau 7.9). Si pour l'âge et la parité il n'existe pas de tendance préférentielle pour l'un ou l'autre des profils de fournisseurs de soins, nous remarquons en ce qui concerne le niveau d'instruction qu'il y a une tendance décroissante du recours au médecin au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente.

Tableau 7.8 : Soins prénatals

Soins prénatals reçus d'un agent de santé par des femmes avec plus d'une naissance durant les trois dernières années, selon le nombre de la dernière et de l'avant dernière naissance vivante, leur constance à recevoir des soins prénatals entre la dernière naissance et les naissances précédentes, selon des caractéristiques socio-démographiques et type de fin périnatale.

ENSME, 1997.

Caractéristiques	Dernière naissance	Nombre Avant dernière Naissance	Pourcentage Reçu SPN constants	Pourcentage Absence SPN	Pourcentage Reçu SPN Inconstants
Age de la femme					
15-19	118	13	23,1	53,8	23,1
20-34	1390	223	34,5	43,5	22,0
35 ou plus	553	55	38,2	43,6	18,2
Nombre de grossesses					
1	461	0	-	-	-
2-3	669	143	40,6	39,2	20,3
4-5	429	74	24,3	47,3	28,4
6 ou plus	502	74	33,8	50,0	16,2
Niveau d'instruction					
Analphabète	1543	230	26,1	53,0	20,9
Lire et/ou écrire	252	25	56,0	16,0	28,0
Primaire	56	11	72,7	9,1	18,2
Préparatoire	111	15	66,7	6,7	26,7
Secondaire ou plus	99	10	90,0	0,0	10,0
Milieu de résidence					
Urbain	823	97	61,9	12,4	25,8
Rural	1238	194	21,1	59,8	19,1
Région					
Laayoune Boujdour S.H.	41	4	50,0	50,0	0,0
Guelmim Smara	11	1	100,0	0,0	0,0
Souss Massa Drâa	222	34	26,5	55,9	17,6
El Gharb chrarda	107	11	27,3	45,5	27,3
Chaouia Ourdigha	112	18	44,4	38,9	16,7
Marrakech-Tensift-Al Haouz	271	42	23,8	50,0	26,2
Région Orientale	132	19	47,4	26,3	26,3
Grand Casablanca	192	18	83,3	0,0	16,7
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	125	11	27,3	36,4	36,4
Doukkala-Abda	149	14	50,0	21,4	28,6
Tadla-Azilal	113	12	33,3	58,3	8,3
Méknès-Tafilalet	150	13	15,4	76,9	7,7
Fès-Boulemane	102	19	36,8	42,1	21,1
Taza-Al Hoceima-Taounate	164	33	15,2	57,6	27,3
Tanger-Tétouan	170	42	38,1	42,9	19,0
Total	2061	291	34,7	44,0	21,3

La couverture prénatale connaît des niveaux élevés en urbain pour les deux profils, du médecin et de l'infirmière au moment où le recours aux soins fournis par les accoucheuses traditionnelles est négligeable au cours de la grossesse (0,2 %).

Les résultats du tableau 7.9 montrent que près d'une femme sur deux (47,6 %) n'a eu aucune consultation prénatale lors des grossesses enregistrées au cours des trois dernières années

(22,4 % en urbain et 63,8 % en rural). Quant aux femmes ayant bénéficié de soins prénatals, le médecin a constitué le principal recours suivi de près par les infirmières et sages-femmes avec respectivement 39,4 et 27,3 pour cent. Cependant, la comparaison des données des tableaux 7.9 et 7.10 montre que le recours au médecin pour les soins prénatals se fait essentiellement dans les cabinets et cliniques privés qui totalisent 42,3 pour cent des soins prénatals alors que la consultation prénatale dans les centres de santé est assurée principalement par les infirmières et les sages-femmes (27,3 %).

Au niveau des centres de santé et des cabinets privés qui représentent les lieux de recours les plus fréquentés par les femmes enceintes pour les soins prénatals, nous remarquons que, contrairement aux centres de santé, la fréquentation des cabinets privés augmente au fur et à mesure que le niveau socio-démographique des femmes est élevé.

Graphique 7.3
**Répartition en % des femmes selon
le prestataire de soins prénatals**

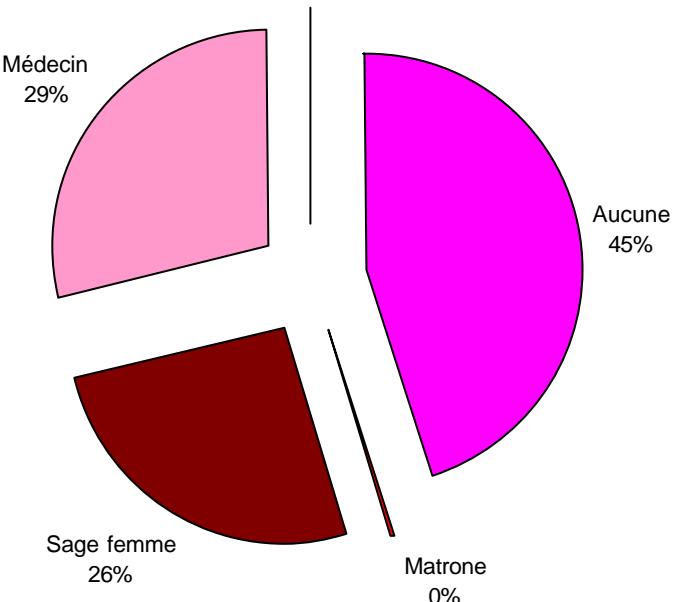


Tableau 7.9 : Prestataire de SPN

Parmi les mort-nés et les naissances vivantes des trois dernières années, le pourcentage dont les mères ont reçu une consultation prénatale selon la personne consultée et le pourcentage dont la mère a reçu une injection anti-tétanique durant la grossesse, selon les caractéristiques socio-démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Prestataire de SPN					% ayant eu injection anti tétanique	Nombre de naissances		
	Personne	Médecin	Infirmière sage femme		Matrone				
			ND	0,0					
Age de la femme									
15-19	55,8	24,7	25,5	0,0	0,0	42,4	231		
20-34	46,4	29,8	28,7	0,3	0,1	42,5	1656		
35 ou plus	47,6	35,3	23,0	0,0	0,0	36,1	479		
Nombre de grossesses									
1	38,9	36,1	32,9	0,5	0,2	51,3	571		
2-3	45,9	29,5	29,5	0,1	0,1	43,0	762		
4-5	48,2	28,5	27,7	0,0	0,0	36,6	473		
6 ou plus	58,2	27,5	18,0	0,2	0,0	32,3	560		
Niveau d'instruction									
Analphabète	57,1	21,5	24,7	0,1	0,1	38,5	1784		
Lire et/ou écrire	27,6	41,9	42,7	0,4	0,0	53,4	279		
Primaire	20,6	52,9	36,8	0,0	1,5	52,9	68		
Préparatoire	11,9	71,4	29,4	1,6	0,0	46,0	126		
Secondaire ou plus	1,8	85,3	22,0	0,0	0,0	41,3	109		
Milieu de résidence									
Urbain	22,4	46,6	38,9	0,3	0,1	46,8	925		
Rural	63,8	20,1	19,8	0,1	0,1	37,6	1441		
Région									
Laayoune Boujdour S.H.	28,9	46,7	28,9	0,0	0,0	22,2	45		
Guelmim Smara	16,7	50,0	33,3	0,0	0,0	33,3	12		
Souss Massa Drâa	51,2	18,6	34,9	0,0	0,0	40,3	258		
El Gharb chrarda	48,7	34,5	17,6	0,0	0,0	46,2	119		
Chaouia Ouardigha	53,1	26,9	23,1	0,8	0,0	61,5	130		
Marrakech-Tensift-Al Haouz	56,4	16,6	28,7	0,3	0,0	32,8	314		
Région Orientale	44,4	35,3	29,4	0,0	0,0	37,9	153		
Grand Casablanca	14,3	68,1	37,1	1,0	0,0	51,9	210		
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	31,6	28,7	45,6	0,0	0,0	49,3	136		
Doukkala-Abda	48,8	44,5	9,8	0,0	0,0	46,3	164		
Tadla-Azilal	46,8	18,3	44,4	0,0	0,8	49,2	126		
Méknès-Taïalaet	52,1	13,5	36,2	0,0	0,6	39,3	163		
Fès-Boulemane	50,8	30,3	21,3	0,0	0,0	41,8	122		
Taza-Al Hoceima-Taounate	67,3	20,1	18,6	0,5	0,0	36,7	199		
Tanger-Tétouan	53,0	40,0	8,4	0,0	0,0	27,4	215		
Total	47,6	30,4	27,3	0,2	0,1	41,2	2366		

Tableau 7.10 : Lieu de la dernière consultation prénatale

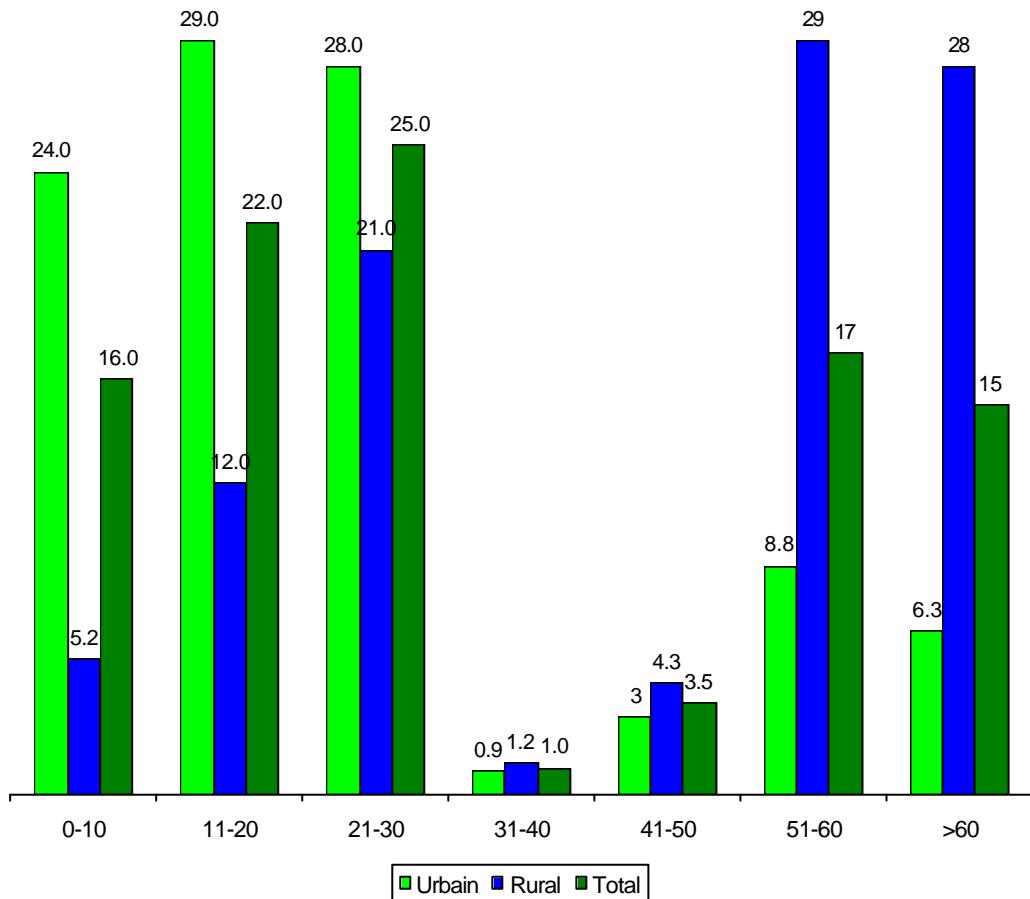
Distribution des mort-nés et des naissances vivantes des trois dernières années dont les mères ont reçu une consultation prénatale selon le lieu de la dernière consultation, le type de fin périnatale et par caractéristiques socio-démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Hôpital	Clinique privée	Centre de santé	Médecin privé	A domicile	Autre	Nombre de naissances
Age de la femme							
15-19	4,9	4,9	64,7	24,5	0,0	1,0	102
20-34	6,8	10,8	51,2	30,2	0,2	0,8	885
35 ou plus	3,6	6,8	43,0	45,4	0,0	1,2	251
Nombre de grossesses							
1	4,9	8,6	54,9	30,7	0,0	0,9	348
2-3	6,3	11,4	50,9	30,4	0,5	0,5	411
4-5	6,9	9,8	49,8	32,2	0,0	1,2	245
6 ou plus	6,0	7,3	44,9	40,6	0,0	1,3	234
Niveau d'instruction							
Analphabète	5,2	6,1	58,2	29,2	0,3	1,0	765
Lire et/ou écrire	7,9	9,4	49,5	31,7	0,0	1,5	202
Primaire	3,8	17,0	41,5	37,7	0,0	0,0	53
Préparatoire	8,1	19,8	33,3	38,7	0,0	0,0	111
Secondaire ou plus	6,5	19,6	21,5	52,3	0,0	0,0	107
Milieu de résidence							
Urbain	6,7	11,9	46,2	34,6	0,0	0,7	717
Rural	5,0	6,3	56,8	30,3	0,4	1,2	521
Région							
Laayoune Boujdour S.H.	28,1	37,5	28,1	6,3	0,0	0,0	32
Guelmim Smara	10,0	20,0	60,0	10,0	0,0	0,0	10
Souss Massa Drâa	7,1	15,1	65,1	9,5	0,0	3,2	126
El Gharb chrarda	3,3	9,8	42,6	42,6	0,0	1,6	61
Chaouia Ouardigha	1,6	3,3	54,1	41,0	0,0	0,0	61
Marrakech-Tensift-Al Haouz	5,1	5,8	65,0	22,6	0,7	0,7	137
Région Orientale	5,9	9,4	51,8	29,4	0,0	3,5	85
Grand Casablanca	2,8	10,6	31,7	54,4	0,0	0,6	180
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	9,7	2,2	60,2	28,0	0,0	0,0	93
Doukkala-Abda	2,4	11,9	20,2	64,3	0,0	1,2	84
Tadla-Azilal	0,0	1,5	86,4	12,1	0,0	0,0	66
Méknès-Tafilalet	5,2	2,6	72,7	19,5	0,0	0,0	77
Fès-Boulemane	1,7	6,7	51,7	38,3	1,7	0,0	60
Taza-Al Hoceima-Taounate	13,8	3,1	58,5	24,6	0,0	0,0	65
Tanger-Tétouan	9,9	20,8	25,7	43,6	0,0	0,0	101
Total	6,0	9,5	50,6	32,8	0,2	0,9	1238

Le fait que le recours aux soins prénatals est faible en milieu rural peut être expliqué par des problèmes d'accessibilité géographique comme en témoigne le graphique 7.4 qui montre que le temps de déplacement nécessaire pour atteindre le lieu de la consultation prénatale est supérieur à 30 minutes chez 62,5 pour cent des femmes habitant l'espace rural. Cette proportion ne représente que 19 pour cent en zone urbaine.

Graphique 7.4

Temps de déplacement au lieu de la consultation prénatale



Les trois premières motivations qui président au recours des femmes aux soins prénatals pour la première fois lors d'une grossesse survenue au cours des trois dernières années précédant l'enquête sont (tableau 7.11): i) le désir d'avoir une grossesse sans problème (28,3 %), ii) le souci de vérifier l'absence d'anomalie de grossesse (26,7 %) et iii) la présence d'antécédents de complications obstétricales (21,3 %). Si les deux premiers motifs exprimés par 55 pour cent des femmes traduisent la prise de conscience par ces femmes de l'importance des SPN dans la prévention des complications obstétricales, il reste cependant beaucoup à faire en matière d'informations, d'éducation et de communication.

Tableau 7.11 : Motivations des femmes pour la première consultation prénatale

Distribution des mort-nés et des naissances vivantes des trois dernières années dont les mères ont reçu une consultation prénatale selon la raison principale pour la première consultation, des variables socio-démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Vérifier santé du Bébé	Réserver pour accouchement	Vérifier que enceinte	Famille a insisté	Routine	Assurer une bonne grossesse	A eu Complications	Autre	Nombre de naissances
Age de la femme									
15-19	19,6	3,9	27,5	2,0	1,0	29,4	15,7	1,0	102
20-34	12,4	3,8	26,4	0,8	1,6	30,3	19,9	4,7	885
35 ou plus	12,4	2,0	27,5	0,8	3,2	20,7	29,9	3,6	251
Nombre de grossesses									
1	13,5	1,7	34,8	1,7	0,3	28,7	15,2	4,0	348
2-3	12,7	4,9	28,5	0,2	1,2	31,4	16,8	4,4	411
4-5	11,8	3,7	19,2	1,2	4,1	29,4	26,5	4,1	245
6 ou plus	14,1	3,4	19,7	0,4	3,0	20,9	34,2	4,3	234
Niveau d'instruction									
Analphabète	13,2	3,3	23,4	1,2	1,7	26,5	28,0	2,7	765
Lire et/ou écrire	12,4	5,4	26,2	0,5	3,0	30,2	15,8	6,4	202
Primaire	17,0	1,9	30,2	0,0	0,0	34,0	13,2	3,8	53
Préparatoire	10,8	2,7	36,9	0,0	0,9	31,5	7,2	9,9	111
Secondaire ou plus	13,1	2,8	39,3	0,9	2,8	30,8	5,6	4,7	107
Milieu de résidence									
Urbain	11,6	4,3	32,5	1,0	1,8	32,1	11,7	5,0	717
Rural	15,0	2,3	18,8	0,8	1,9	23,0	35,1	3,1	521
Région									
Laayoune Boujdour S.H.	31,3	3,1	18,8	3,1	0,0	34,4	9,4	0,0	32
Guelmim Smara	10,0	10,0	20,0	0,0	0,0	50,0	10,0	0,0	10
Souss Massa Drâa	18,3	5,6	22,2	0,8	0,0	38,1	13,5	1,6	126
El Gharb chrarda	4,9	9,8	18,0	1,6	4,9	21,3	37,7	1,6	61
Chaouia Ourdigha	3,3	0,0	14,8	1,6	3,3	29,5	47,5	0,0	61
Marrakech-Tensift-Al Haouz	22,6	0,7	18,2	0,0	0,0	31,4	27,0	0,0	137
Région Orientale	23,5	15,3	28,2	0,0	0,0	14,1	18,8	0,0	85
Grand Casablanca	3,9	0,0	35,0	1,7	2,2	23,3	12,8	21,1	180
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	2,2	1,1	33,3	0,0	0,0	55,9	5,4	2,2	93
Doukkala-Abda	4,8	0,0	17,9	0,0	0,0	26,2	51,2	0,0	84
Tadla-Azilal	28,8	0,0	16,7	3,0	10,6	34,8	3,0	3,0	66
Méknès-Tafilalet	3,9	1,3	51,9	0,0	2,6	35,1	3,9	1,3	77
Fès-Boulemane	21,7	1,7	23,3	0,0	1,7	36,7	11,7	3,3	60
Taza-Al Hoceima-Taounate	26,2	7,7	23,1	0,0	0,0	9,2	33,8	0,0	65
Tanger-Tétouan	5,9	5,9	36,6	2,0	4,0	5,9	35,6	4,0	101
Total	13,0	3,5	26,7	0,9	1,9	28,3	21,6	4,2	1238

Comme nous l'avons souligné dans les motivations des femmes enceintes qui expliquent leur recours aux soins prénatals, l'absence de conscience sur l'existence de risques potentiels au cours de la grossesse vient en tête des raisons de non-utilisation de ces soins puis que dans 57,4 pour cent des cas, l'absence de complication ressentie est évoquée (tableau 7.12). La non-disponibilité des services offrant des soins prénatals et le coût jugé élevé représentent les deux autres raisons essentielles de non-utilisation des soins prénatals avec respectivement 22,3 et 10,0 pour cent. La principale variable déterminante dans ce dernier cas est la résidence en rural. Ce qui laisse supposer que la notion de coût est inhérente aux frais de transport.

Graphique 7.5

Raisons de non consultation prénatale

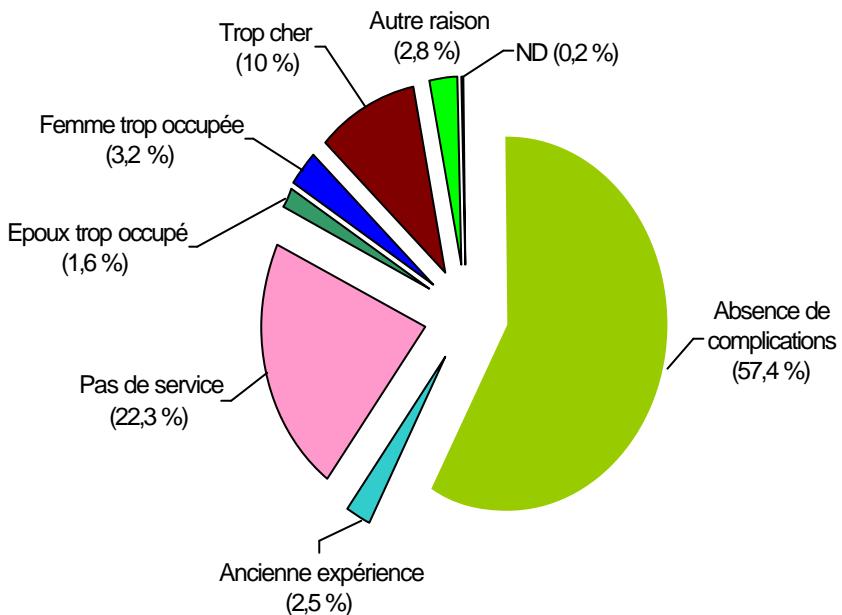


Tableau 7.12 : Raisons de non consultation

Distribution des mort-nés et des naissances vivantes des trois dernières années dont les mères n'ont pas reçu une consultation prénatale selon la raison principale de non-consultation, des caractéristiques socio démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Absence de compli- cation	Ancienne expérience	Pas de service	Trop cher	Trop occupée	Epoux Trop occupé	Autre raison	ND	Nombre de nais- sances
Age de la femme									
15-19	62,8	0,0	23,3	5,4	3,1	2,3	3,1	0,0	129
20-34	58,0	2,5	23,7	9,6	2,2	1,6	2,2	0,3	771
35 ou plus	52,6	3,9	16,7	14,0	6,6	1,3	4,8	0,0	228
Nombre de grossesses									
1	64,6	0,4	21,1	5,4	2,2	1,8	4,0	0,4	223
2-3	59,0	1,4	26,5	7,7	2,3	1,1	1,7	0,3	351
4-5	55,3	3,1	23,2	9,6	3,1	2,6	3,1	0,0	228
6 ou plus	52,5	4,6	17,8	16,0	4,9	1,2	3,1	0,0	326
Niveau d'instruction									
Analphabète	55,9	2,3	23,7	10,7	3,3	1,4	2,6	0,1	1019
Lire et/ou écrire	75,3	3,9	11,7	1,3	2,6	1,3	3,9	0,0	77
Primaire	40,0	6,7	6,7	13,3	0,0	13,3	13,3	6,7	15
Préparatoire	86,7	6,7	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0	0,0	15
Secondaire ou plus	50,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2
Milieu de résidence									
Urbain	66,8	5,8	4,8	5,8	7,2	1,9	7,2	0,5	208
Rural	55,3	1,7	26,2	11,0	2,3	1,5	1,8	0,1	920
Région									
Laayoune Boujdour S.H.	76,9	7,7	0,0	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	13
Guelmim Smara	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2
Souss Massa Drâa	63,6	1,5	22,7	7,6	0,8	0,8	3,0	0,0	132
El Gharb Chrarda	56,9	1,7	6,9	19,0	6,9	3,4	5,2	0,0	58
Chaouia Ouardigha	82,6	1,4	4,3	8,7	0,0	2,9	0,0	0,0	69
Marrakech-Tensift-Al Haouz	39,0	1,1	48,6	4,5	2,3	1,7	2,8	0,0	177
Région Orientale	63,2	0,0	16,2	16,2	1,5	1,5	1,5	0,0	68
Grand Casablanca	73,3	6,7	0,0	6,7	6,7	0,0	6,7	0,0	30
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	55,8	7,0	25,6	0,0	11,6	0,0	0,0	0,0	43
Doukkala-Abda	76,3	0,0	5,0	11,3	1,3	3,8	2,5	0,0	80
Tadla-Azilal	35,0	6,7	38,3	6,7	5,0	5,0	1,7	1,7	60
Méknès-Tafilalet	48,8	1,2	38,4	1,2	9,3	0,0	0,0	1,2	86
Fès-Boulemane	53,2	9,7	12,9	4,8	9,7	0,0	9,7	0,0	62
Taza-Al Hoceima-Taounate	56,7	1,5	20,9	16,4	0,7	0,7	3,0	0,0	134
Tanger-Tétouan	62,3	2,6	8,8	21,1	0,0	1,8	3,5	0,0	114
Total	57,4	2,5	22,3	10,0	3,2	1,6	2,8	0,2	1128

Accouchement

La majorité des accouchements ayant eu lieu au cours des trois dernières années précédant l'enquête se sont déroulés à domicile, soit 54,3 pour cent (tableau 7.13).

Comme le montrent les résultats de ce tableau, la pratique de l'accouchement à domicile demeure très dominante en milieu rural avec 73,4 pour cent.

Tableau 7.13 : Lieu de l'accouchement

Distribution des mort-nés et des naissances vivantes des trois dernières années selon le lieu de l'accouchement, des caractéristiques socio-démographiques. ENSME,1997.

Caractéristiques	Centre Santé Publique	Centre Santé Privé	A Domicile	Autre	ND	Nombre de naissances
Age de la femme						
15-19	42,9	3,5	53,7	0,0	0,0	231
20-34	41,2	5,9	52,7	0,1	0,1	1656
35 ou plus	33,0	7,1	59,9	0,0	0,0	479
Nombre de grossesses						
1	56,7	6,7	36,4	0,0	0,2	571
2-3	40,2	7,5	52,1	0,1	0,1	762
4-5	33,4	4,4	62,2	0,0	0,0	473
6 ou plus	27,1	4,1	68,8	0,0	0,0	560
Niveau d'instruction						
Analphabète	32,9	1,4	65,6	0,1	0,1	1784
Lire et/ou écrire	62,4	9,0	28,7	0,0	0,0	279
Primaire	63,2	22,1	13,2	0,0	1,5	68
Préparatoire	56,3	26,2	17,5	0,0	0,0	126
Secondaire ou plus	59,6	37,6	2,8	0,0	0,0	109
Milieu de résidence						
Urbain	61,6	13,6	24,5	0,1	0,1	925
Rural	25,7	0,9	73,4	0,0	0,1	1441
Région						
Laayoune Boujdour S.H.	68,9	6,7	24,4	0,0	0,0	45
Guelmim Smara	66,7	0,0	33,3	0,0	0,0	12
Souss Massa Drâa	41,9	2,3	55,8	0,0	0,0	258
El Gharb chrarda	28,6	4,2	67,2	0,0	0,0	119
Chaouia Ouardigha	40,8	0,0	59,2	0,0	0,0	130
Marrakech-Tensift-Al Haouz	30,3	1,0	68,8	0,0	0,0	314
Région Orientale	39,2	5,2	55,6	0,0	0,0	153
Grand Casablanca	58,1	19,5	22,4	0,0	0,0	210
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	66,2	5,9	27,9	0,0	0,0	136
Doukkala-Abda	40,9	11,0	47,6	0,6	0,0	164
Tadla-Azilal	47,6	2,4	49,2	0,0	0,8	126
Méknès-Taïalaet	34,4	3,1	62,0	0,0	0,6	163
Fès-Boulemane	37,7	10,7	51,6	0,0	0,0	122
Taza-Al Hoceima-Taounate	31,7	0,0	68,3	0,0	0,0	199
Tanger-Tétouan	21,9	12,1	66,0	0,0	0,0	215
Total	39,7	5,9	54,3	0,0	0,1	2366

Quant à l'accouchement en milieu surveillé, il est assuré essentiellement par les services du secteur public à hauteur de 39,7 pour cent et dans une moindre proportion par le secteur privé (5,9 %).

En fonction des caractéristiques socio-démographiques, ce sont les femmes instruites et résidant en zone urbaine qui fréquentent les structures d'accouchement privées. Selon la parité, l'accouchement à domicile est plutôt observé chez les grandes multipares (68,8 % pour les sixième part et plus) que chez les primipares (36,4 %).

Cependant, le pourcentage d'accouchements surveillés est en réalité de 48,5 pour cent si l'on ajoute aux 45,6 pour cent d'accouchements dans une institution de santé ceux qui sont assurés à domicile par les médecins (0,8 %) et par les sages-femmes ou infirmières (2,1%).

Les résultats du tableau 7.14 laissent entendre que la majorité des femmes qui désiraient accoucher en milieu surveillé n'ont pas pu y accéder faute de moyens de transport (46,2 %). Cette tendance est nettement plus accentuée en milieu rural où 56,1 pour cent des accouchements n'ont pas eu lieu comme prévu en milieu surveillé par manque de moyens de transport. À l'opposé, 23,8 pour cent des accouchements qui ont eu lieu en milieu surveillé (31,3 % en urbain et 18,7 % en rural) pour cause de référence étaient envisagés à domicile. Ces résultats portant sur le non-accouchement en lieu voulu doivent cependant être considérés avec beaucoup de prudence dans la mesure où l'échantillon de femmes concerné n'est que 286.

Tableau 7.14 : Raisons de non accouchement dans le lieu voulu

Distribution des mort-nés et des naissances vivantes des trois dernières années dont les mères n'ont pas accouché dans le lieu voulu, selon la raison et des caractéristiques socio-démographiques. ENSME, 1997.

	N'avait pas de choix	Manque de transport	A Accouché en route	A eu Complications	Etais Référée	Nombre de naissances
Age de la femme						
15-19	10,5	55,3	10,5	5,3	18,4	38
20-34	13,0	45,4	13,0	2,7	25,9	185
35 ou plus	14,3	42,9	15,9	6,3	20,6	63
Nombre de grossesses						
1	10,2	60,2	10,2	3,1	16,3	98
2-3	15,5	31,0	15,5	7,1	31,0	84
4-5	15,9	36,4	13,6	0,0	34,1	44
6 ou plus	11,7	51,7	15,0	3,3	18,3	60
Niveau d'instruction						
Analphabète	9,8	50,2	15,6	4,4	20,0	205
Lire et/ou écrire	26,3	34,2	7,9	2,6	28,9	38
Primaire	0,0	54,5	9,1	0,0	36,4	11
Préparatoire	22,7	45,5	4,5	4,5	22,7	22
Secondaire ou plus	20,0	0,0	10,0	0,0	70,0	10
Milieu de résidence						
Urbain	23,5	31,3	12,2	1,7	31,3	115
Rural	5,8	56,1	14,0	5,3	18,7	171
Région						
Laayoune Boujdour S.H.	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	2
Guelmim Smara	3,4	37,9	17,2	3,4	37,9	29
Souss Massa Drâa	4,3	34,8	17,4	13,0	30,4	23
El Gharb chrarda	13,3	46,7	26,7	0,0	13,3	15
Chaouia Ouardigha	9,8	73,2	4,9	4,9	7,3	41
Marrakech-Tensift-Al Haouz	6,3	68,8	18,8	0,0	6,3	16
Région Orientale	31,9	23,4	2,1	2,1	40,4	47
Grand Casablanca	40,0	20,0	20,0	0,0	20,0	10
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	23,5	23,5	11,8	5,9	35,3	17
Doukkala-Abda	0,0	33,3	16,7	0,0	50,0	6
Tadla-Azilal	10,0	40,0	15,0	5,0	30,0	20
Méknès-Taïlalet	6,7	53,3	20,0	0,0	20,0	15
Fès-Boulemane	0,0	72,4	13,8	6,9	6,9	29
Taza-Al Hoceima-Taounate	6,3	56,3	18,8	0,0	18,8	16
Tanger-Tétouan						
Total	12,9	46,2	13,3	3,8	23,8	286

Les résultats du tableau 7.15 montrent que 34,8 pour cent des grossesses ayant aboutit à des naissances vivantes ou à des mort-nés au cours des trois années de référence de l'étude n'ont bénéficié ni de soins prénatals ni d'accouchement en milieu surveillé (8,4 % en urbain et 51,8 % en rural). Le suivi des soins prénatals et l'accouchement en milieu surveillé n'a été observé que dans 35,6 pour cent des cas (66,6 % en urbain et 15,8 % en rural). Cette caractéristique croît de manière constante avec le niveau d'instruction et décroît de la même façon avec la parité. Le recours aux soins prénatals sans accouchement en milieu surveillé concerne beaucoup plus les femmes du rural (20,4 %) que celles de l'urbain (10,9 %) contrairement à l'accouchement en milieu surveillé non précédé d'un recours aux soins prénatals.

Dans la figure 1, la relation entre le recours aux soins prénatals et l'accouchement en milieu surveillé se caractérise en urbain par le fait qu'une forte

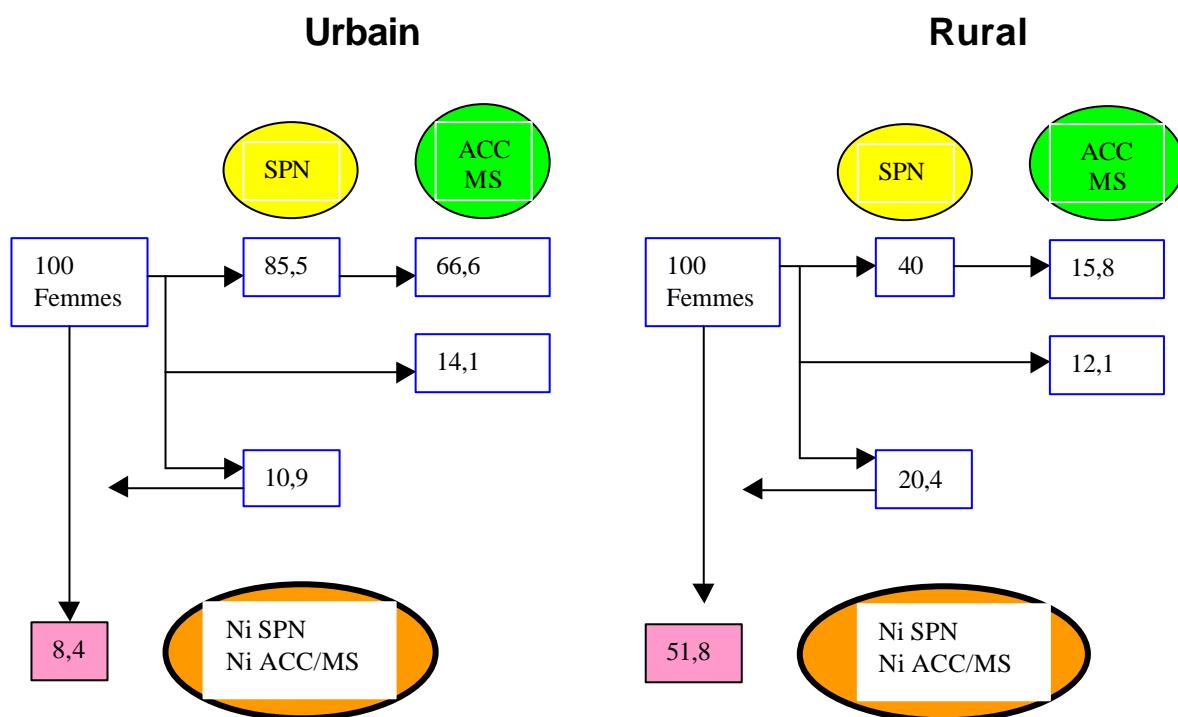
proportion de cas qui accouchent en milieu surveillé ont également bénéficié de soins prénatals (82,5 %) alors qu'en rural ce rapport ne dépasse pas 56,6 pour cent.

Tableau 7.15 : Type de soins reçus

Distribution des mort-nés et des naissances vivantes des trois dernières années selon que la mère a reçu une consultation prénatale d'une personne de santé durant la grossesse et/ou a reçu l'aide d'une personne de santé à l'accouchement, des Caractéristiques socio-démographiques. ENSME, 1997.

	Prénatal et Accou chement	Prénatal Seule ment	Accou tement Seule ment	Aucun des deux	Nombre de naissances
Age de la femme					
15-19	30,7	13,4	16,5	39,4	231
20-34	37,9	15,5	12,0	34,5	1656
35 ou plus	30,1	22,3	14,0	33,6	479
Nombre de grossesses					
1	49,0	11,9	16,8	22,2	571
2-3	39,5	14,4	11,4	34,6	762
4-5	31,3	20,5	9,7	38,5	473
6 ou plus	20,4	21,4	13,4	44,8	560
Niveau d'instruction					
Analphabète	23,4	19,5	13,3	43,8	1784
Lire et/ou écrire	60,2	12,2	16,1	11,5	279
Primaire	73,5	4,4	16,2	5,9	68
Préparatoire	79,4	8,7	7,1	4,8	126
Secondaire ou plus	98,2	0,0	1,8	0,0	109
Milieu de résidence					
Urbain	66,6	10,9	14,1	8,4	925
Rural	15,8	20,4	12,1	51,8	1441
Région					
Laayoune Boujdour S.H.	71,1	0,0	26,7	2,2	45
Guelmim Smara	75,0	8,3	0,0	16,7	12
Souss Massa Drâa	32,2	16,7	12,4	38,8	258
El Gharb chrarda	29,4	21,8	8,4	40,3	119
Chaouia Ouardigha	25,4	21,5	15,4	37,7	130
Marrakech-Tensift-Al Haouz	21,7	22,0	12,1	44,3	314
Région Orientale	37,9	17,6	11,8	32,7	153
Grand Casablanca	75,2	10,5	7,6	6,7	210
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	58,8	9,6	14,0	17,6	136
Doukkala-Abda	33,5	17,7	18,3	30,5	164
Tadla-Azilal	34,1	18,3	16,7	31,0	126
Méknès-Taïalaet	31,9	15,3	6,7	46,0	163
Fès-Boulemane	30,3	18,9	21,3	29,5	122
Taza-Al Hoceima-Taounate	19,6	13,1	15,1	52,3	199
Tanger-Tétouan	28,4	18,6	9,8	43,3	215
Total	35,6	16,7	12,8	34,8	2366

Figure 1 :
Relation entre le recours aux soins prénatals et l'accouchement en milieu surveillé



Lire : En urbain, sur 100 femmes non célibataires âgées de 15 à 49 ans, 85,5 pour cent ont bénéficié de soins prénatals à l'occasion des grossesses survenues au cours des trois dernières années avant l'enquête. Parmi les 85,5 pour cent ayant eu des SPN, 66,6 pour cent ont accouché en milieu surveillé alors que 14,1 pour cent ont également accouché en milieu surveillé sans pour autant qu'elles aient suivi de consultation prénatale. Tandis que parmi les 85,5 pour cent des femmes qui ont eu recours aux SPN, 10,9 pour cent ont accouché à domicile. Enfin, 8,4 pour cent n'ont pas bénéficié ni de SPN ni d'accouchement en milieu surveillé.

Soins postnataux

La couverture des soins postnataux est assez élevée (87,1%) en comparaison avec les couvertures pré-natale et accouchement en milieu surveillé. Comme le montrent par ailleurs les données du tableau 7.16, l'écart observé entre les milieux urbain et rural est faible (3,1%). Ce résultat doit cependant être nuancé du fait que, dans la majorité des cas, la consultation postnatale est liée à la vaccination BCG et se trouve réduite à un simple entretien sans véritable examen clinique à la recherche des complications du post-partum.

Les raisons évoquées par les femmes comme étant à l'origine de la non-utilisation des soins postnataux (tableau 7.17) rejoignent parfaitement celles des soins pré-nataux puis que l'absence

Tableau 7.16 : Soins Postnataux

Soins postnataux reçus d'un agent de santé par des femmes avec plus d'une naissance durant les trois dernières années, selon leur constance à recevoir des soins postnataux entre la dernière naissance et les naissances précédentes, selon des caractéristiques socio démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	% de soins postnataux	% Ayant Reçu soins Constants		Absence De soins	Nombr e de soins constants	Naiss- sances
		Absence De soins	In- sances			
Age de la femme						
15-19	51,1	0,0	92,3	7,7	231	
20-34	89,9	6,7	86,5	6,7	1656	
35 ou plus	86,6	10,9	76,4	12,7	479	
Nombre de grossesses						
1	80,7	-	-	-	-	571
2-3	87,8	9,8	82,5	7,7	762	
4-5	90,7	6,8	86,5	6,8	473	
6 ou plus	89,6	2,7	87,8	9,5	560	
Niveau d'instruction						
Analphabète	86,5	3,9	88,7	7,4	1784	
Lire et/ou écrire	90,9	12,0	76,0	12,0	279	
Primaire	82,3	18,2	72,7	9,1	68	
Préparatoire	88,1	20,0	66,7	13,3	126	
Secondaire ou plus	90,8	40,0	60,0	0,0	109	
Milieu de résidence						
Urbain	89,0	16,5	75,3	8,2	925	
Rural	85,9	2,6	89,7	7,7	1441	
Région						
Laayoune Boujdour S.H.	91,1	25,0	75,0	0,0	45	
Guelmim Smara	91,7	0,0	100,0	0,0	12	
Souss Massa Drâa	86,0	2,9	88,2	8,8	258	
El Gharb Chrarda	89,9	9,1	72,7	18,2	119	
Chaouia Ouardigha	86,2	0,0	100,0	0,0	130	
Marrakech-Tensift-Al Haouz	86,3	4,8	81,0	14,3	314	
Région Orientale	86,3	10,5	89,5	0,0	153	
Grand Casablanca	91,4	22,2	50,0	27,8	210	
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	91,9	9,1	81,8	9,1	136	
Doukkala-Abda	90,9	7,1	92,9	0,0	164	
Tadla-Azilal	89,7	0,0	100,0	0,0	126	
Méknès-Tafilalet	92,0	0,0	100,0	0,0	163	
Fès-Boulemane	83,6	10,5	84,2	5,3	122	
Taza-Al Hoceima-Taounate	82,4	6,1	90,9	3,0	199	
Tanger-Tétouan	79,1	9,5	81,0	9,5	215	
Total	87,1	7,2	84,9	7,9	2366	

de complication représente le motif majeur avec 67,3 pour cent. De la même façon que les soins pré-nataux, la non-disponibilité du service et le coût élevé engendré

Tableau 7.17 : Raisons de non utilisation des soins postnataux

Distribution des mort-nés et des naissances vivantes des trois dernières années dont les mères n'ont pas reçu une consultation post-natale selon la raison principale de non-consultation, des caractéristiques socio démographiques . ENSME, 1997.

Caractéristiques	Absence de complications	Ex-périence antérieure	Ignore l'importance	Service Inexist-ant	Coût élevé	Trop occupée	Epoux trop occupé	Autre raison	ND	Nombre de naissances
Age de la femme										
15-19	73,7	0,0	8,0	8,9	4,2	2,3	1,4	1,4	0,0	213
20-34	68,6	0,7	5,4	11,7	9,5	1,7	0,6	1,5	0,2	1450
35 ou plus	59,6	3,4	5,8	9,0	14,8	2,4	2,4	2,7	0,0	413
Nombre de grossesses										
1	75,9	0,0	6,3	8,8	4,6	1,3	1,3	1,7	0,2	478
2-3	69,8	0,5	4,8	12,4	7,6	1,8	0,6	2,3	0,3	662
4-5	64,4	1,2	6,4	11,8	12,7	1,9	0,9	0,7	0,0	424
6 ou plus	58,6	3,1	5,9	10,2	16,0	2,7	1,6	2,0	0,0	512
Niveau d'instruction										
Analphabète	63,3	1,2	6,1	12,9	11,9	1,7	1,3	1,6	0,1	1645
Lire et/ou écrire	79,5	0,4	6,1	4,4	3,9	3,5	0,0	2,2	0,0	229
Primaire	90,6	0,0	1,9	0,0	3,8	0,0	1,9	0,0	1,9	53
Préparatoire	87,2	0,0	2,3	2,3	2,3	2,3	0,0	3,5	0,0	86
Secondaire ou plus	82,5	4,8	3,2	3,2	0,0	3,2	0,0	3,2	0,0	63
Milieu de résidence										
Urbain	77,3	1,5	5,6	2,3	7,3	2,9	0,3	2,5	0,3	728
Rural	61,9	1,0	5,8	15,5	11,5	1,4	1,5	1,3	0,1	1348
Région										
Laayoune Boujdour S.H.	79,4	5,9	5,9	0,0	5,9	0,0	0,0	2,9	0,0	34
Guelmim Smara	80,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10
Souss Massa Drâa	63,6	1,3	13,0	10,0	10,5	0,4	0,8	0,4	0,0	239
El Gharb chrarda	63,3	2,0	7,1	3,1	19,4	2,0	1,0	2,0	0,0	98
Chaouia Ourdigha	79,2	0,8	7,2	2,4	7,2	0,8	2,4	0,0	0,0	125
Marrakech-Tensift-Al Haouz	50,3	0,0	9,6	32,9	3,8	0,7	1,0	1,7	0,0	292
Région Orientale	73,6	1,4	2,1	7,1	11,4	2,1	1,4	0,0	0,7	140
Grand Casablanca	66,9	0,0	6,6	0,0	15,9	6,6	0,0	4,0	0,0	151
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	90,1	0,9	0,0	4,5	2,7	1,8	0,0	0,0	0,0	111
Doukkala-Abda	83,6	0,7	0,7	2,7	6,8	2,7	2,1	0,7	0,0	146
Tadla-Azilal	64,1	3,4	6,0	18,8	1,7	1,7	2,6	0,9	0,9	117
Méknès-Tafilalet	78,8	0,7	0,7	14,4	2,1	2,1	0,0	0,7	0,7	146
Fès-Boulemane	75,0	0,0	4,6	7,4	8,3	3,7	0,0	0,9	0,0	108
Taza-Al Hoceima-Taounate	59,4	1,1	2,8	8,9	22,2	1,1	2,2	2,2	0,0	180
Tanger-Tétouan	55,3	2,8	4,5	7,8	19,6	2,2	0,6	7,3	0,0	179
Total	67,3	1,2	5,7	10,9	10,0	1,9	1,1	1,7	0,1	2076

essentiellement par les frais liés au transport, occupent respectivement la deuxième (10,9 %) et la troisième (10,0 %) place parmi les causes de non-utilisation des services de santé concernés.

Interventions Obstétricales

Les résultats du tableau 7.18 montrent que parmi les interventions obstétricales réalisées pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale, l'application de la ventouse et du forceps vient en tête dans 8,6 pour cent des accouchements recensés chez les femmes enquêtées au cours des trois dernières années précédentes. Pour des raisons essentiellement liées à l'accessibilité géographique des maternités hospitalières, les taux d'interventions obstétricales sont plus élevés en urbain (19,4 %) qu'en rural (6,8 %). Le taux de césarienne a

Tableau 7.18 : Interventions Obstétricales

Pourcentage des mort-nés et des naissances vivantes des trois dernières années pour lesquels la mère a déclaré avoir eu pendant l'accouchement : des points ou déchirures, un accouchement avec forceps ou une césarienne selon des variables socio démographiques . ENSME, 1997.

Caractéristiques	Dé-chirures	Epi-siotomie	Ven-touse /Forceps	Césa-rienne	Au moins une procédure	Nombre de naissances
Age de la femme						
15-19	32,5	6,9	11,7	0,9	19,5	231
20-34	20,3	5,3	8,9	3,1	17,3	1656
35 ou plus	10,6	7,1	6,1	4,0	16,7	479
Nombre de grossesses						
1	44,7	5,8	20,3	4,9	31,0	571
2-3	21,3	6,3	6,0	3,5	15,7	762
4-5	5,9	5,3	4,0	2,1	11,0	473
6 ou plus	3,0	5,5	4,1	1,4	11,1	560
Niveau d'instruction						
Analphabète	12,5	6,1	5,8	1,6	13,3	1784
Lire et/ou écrire	33,3	5,7	14,7	3,6	24,0	279
Primaire	42,6	5,9	16,2	4,4	26,5	68
Préparatoire	43,7	3,2	23,0	11,9	38,1	126
Secondaire ou plus	56,9	3,7	18,3	14,7	36,7	109
Milieu de résidence						
Urbain	33,8	3,7	13,8	5,6	22,9	925
Rural	10,3	7,1	5,3	1,5	13,8	1441
Région						
Laayoune Boujdour S.H.	37,8	2,2	13,3	6,7	22,2	45
Guelmim Smara	25,0	0,0	16,7	0,0	16,7	12
Souss Massa Drâa	18,6	3,5	9,7	1,2	14,0	258
El Gharb chrarda	11,8	24,4	9,2	2,5	35,3	119
Chaouia Ourdigha	18,5	5,4	9,2	1,5	16,2	130
Marrakech-Tensift-Al Haouz	9,9	5,4	3,2	0,0	8,6	314
Région Orientale	16,3	3,9	5,2	3,3	12,4	153
Grand Casablanca	33,8	3,8	16,2	10,0	29,5	210
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	36,0	0,7	21,3	5,9	27,9	136
Doukkala-Abda	25,6	3,0	6,7	2,4	12,2	164
Tadla-Azilal	15,1	0,0	7,1	1,6	8,7	126
Méknès-Taïlalet	14,1	1,2	5,5	3,7	10,4	163
Fès-Boulemane	23,8	1,6	15,6	2,5	19,7	122
Taza-Al Hoceima-Taounate	14,1	11,1	7,5	1,5	20,1	199
Tanger-Tétouan	18,1	13,0	1,9	4,7	19,5	215
Total	19,5	5,8	8,6	3,1	17,4	2366

atteint 3,1 pour cent.

Par comparaison avec les résultats de l'étude nationale sur les interventions obstétricales³, les taux globaux de césariennes sont passés respectivement de 2,3 pour cent à 5,6 pour cent en urbain et de 0,4 pour cent à 1,5 pour cent en rural. De même, les taux globaux d'interventions mineures (ventouses et forceps) sont passés de 4,4 pour cent à 13,8 pour cent en urbain et de 0,7 pour cent à 5,3 pour cent en rural. Ici encore la comparaison doit être nuancée dans la mesure où les résultats de l'étude nationale ont été obtenus à travers l'analyse des dossiers hospitaliers alors dans la présente étude, les informations ont été cherchées directement auprès des femmes.

Dans tous les cas, même avec un taux global de césariennes de 3,1 pour cent, le niveau observé révèle l'existence d'un déficit important en interventions obstétricales par rapport aux besoins calculés sur la base d'un seuil minimum de 5 pour cent préconisé par de nombreux auteurs.

Les déchirures sont rapportées par une femme sur cinq. Ce problème est notamment chez les primipares comme le montrent bien les données du tableau 7.18 où 44,7 pour cent d'entre elles ont en souffert.

7.4 CONCLUSION

Les résultats présentés dans le présent chapitre témoignent de l'existence d'une symptomatologie évocatrice de morbidité gravidique très répandue parmi les populations urbaines et rurales. Malgré les limites de ces résultats du fait des problèmes de fiabilité qui touchent normalement les informations récoltées auprès d'une population à 73,4 pour cent analphabète, nous constatons un écart entre l'importance de la souffrance ressentie (dans 29,2 pour cent des cas de grossesses les femmes ont présenté au moins un symptôme) et le faible dépistage par les services de santé des problèmes de morbidité liés à cette souffrance (les taux des grossesses à risque dépistées par les services de santé maternelle et infantile dans les centres de santé y compris les facteurs de risque se situent généralement aux alentours de 10 pour cent). Cependant eu égard à la complexité des phénomènes morbides d'une part et la spécificité de la grossesse et de ses complications d'autre part, il serait nécessaire de mener une recherche dans ce sens en utilisant des critères cliniques et biologiques pour le diagnostic de la morbidité gravidique.

Les résultats sur le recours aux soins prénatals montrent également une faible prise de conscience par les femmes des risques liés à la grossesse. Par contre, ces mêmes femmes expriment une préoccupation relativement plus inquiétante lorsqu'il s'agit d'accouchement mais pour des raisons d'accessibilité géographique et économique, la pratique de l'accouchement à domicile demeure assez fréquente. Les faibles taux d'interventions obstétricales observés notamment chez les femmes d'origine rurale peuvent être considérés comme un indicateur indirect qui confirme les constats établis en matière de prévalence des symptômes de morbidité. Cette situation déficiente associée à l'insuffisance d'accès à l'information et aux soins dénote des efforts qui restent à faire dans les domaines de l'extension de la couverture des soins et de l'information, éducation et communication auprès de la population.

³ Ministère de la Santé du Maroc : « approche de morbidité et de mortalité maternelle à travers l'analyse des interventions obstétricales », 1992.

Chapitre 8

Morbidité Maternelle Chronique

Pr Fatine Ben Said¹

La morbidité reproductive, incluant la morbidité obstétrique et gynécologique se rapporte aux conditions de la Santé Reproductive de la femme pendant et en dehors des épisodes gravidiques. La morbidité maternelle serait encore plus révélatrice de l'inégalité des femmes dans les pays en développement (Réf. Dujardin 1993) que ne l'est la mortalité maternelle. Malheureusement, l'ampleur et la prévalence de la morbidité reproductive restent peu documentées. Les statistiques internationales rapportent 100 cas de morbidité pour chaque cas de morbidité maternelle. D'autres études considèrent que la morbidité maternelle grave serait 10 à 15 fois plus fréquente que la morbidité (Réf. Royston 1990 OMS-Genève) .

L'objectif principal de ce module est d'identifier les principales causes de morbidité reproductives perçues et déclarées en relation avec la morbidité gynéco-obstétricale, telles que l'infection du tractus génital, le prolapsus, les hémorragies génitales. D'autres situations de morbidité relatée fréquemment, associées à la morbidité reproductive sont recherchées telles que les infections urinaires, l'HTA, la tuberculose, les cardiopathies, les maladies rhumatismales. Un autre objectif du module est d'apprécier le recours aux soins et d'en comprendre les facteurs déterminants.

8.1 MORBIDITE REPRODUCTIVE DECLAREE ET PERCEPTION DE LA MALADIE

Si le vécu de la Santé Reproductive et la perception de la maladie sont considérés comme un élément subjectif, peu représentatif de la réalité biomédicale, il n'en demeure pas moins que l'aspect socio-culturel lié à la représentation de la maladie reste fondamental pour la compréhension du comportement sanitaire, notamment la demande et le recours aux soins.

Le recours aux soins est en effet, un point essentiel des stratégies que les programmes de Maternité Sans Risque (MSR) essaient d'influencer. Une approche qualitative permettrait de mieux comprendre et analyser ce vécu.

En guise d'introduction à une série de questions sur les symptômes de la morbidité reproductive, 5096 femmes non célibataires âgées de 15 à 49 ans, ont eu à donner leur avis sur leur état général de santé. Chaque femme devait évaluer son état général de santé, comme étant bon, normal, mauvais ou autre. Elle devait comparer son état de santé, actuel par rapport à l'année précédente comme étant meilleur, le même , mauvais ou autre.

Le tableau 8.1 présente la distribution des femmes non célibataires âgées de 15-49 ans, selon leur avis sur leur état de santé actuelle et comparé aussi à leur état de santé de l'année précédente, par caractéristiques socio démographiques.

¹ Professeur agrégé de gynécologie Obstétrique au CHU de Rabat et médecin en fonction au Centre National de Formation en Reproduction Humaine, maternité des Orangers, Rabat.

Trois sur quatre femmes considèrent leur état de santé actuel comme normal ou bon. Cette perception de leur santé est très variable selon l'âge, la parité, le niveau d'instruction d'origine urbain et rural et la répartition géographique. En effet, selon le groupe d'âge, 41 pour cent parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans considèrent leur état de santé comme bon, alors que seulement 15 pour cent des femmes âgées de plus de 35 ans sont de cet avis. Les pourcentages de femmes déclarant que leur état de santé est bon varient selon le niveau d'instruction, de 20 pour cent pour les femmes analphabètes à 36 pour cent pour celles ayant le niveau secondaire ou plus. Par milieu de résidence, on peut dire qu'il n'y a pas de différence significative (23 pour cent en urbain contre 21 pour cent pour le rural). Selon la région, les pourcentages les plus élevés de femmes déclarant que leur état de santé est bon sont comme suit : Laâyoune-Boujdour-Sakia Hamra (56 %), Guelmim-Smara (48 %), Méknès-Tafilalet (41 %) et Souss-Massa-Draâ (37 %).

Un pourcentage relativement plus élevé de femme jugeant, leur état de santé comme mauvais est noté dans la tranche d'âge supérieure à 35 ans. La parité intervient également de façon notable sur la perception de l'état de santé actuel. En effet, au-delà de la 6 ème grossesse, les femmes perçoivent plus souvent leur santé comme mauvaise. Le vécu de la santé est légèrement meilleur dans le milieu rural par rapport à l'urbain ; quant à la répartition géographique, il ne semble pas contrairement à la population des Philippins (1995) que, les mauvaises conditions de santé soient particulièrement notées dans les régions économiquement défavorisées. La perception d'une mauvaise condition de santé est notée dans le grand Casablanca (53,9 %), suivi de la région de Doukkala (35,2 %) et Tanger-Tétouan (29,1 %) : les plus faible taux étant notés à Méknès Tafilalet (8,7 %), Laâyoune (9,2 %) et Guelmim-Smara (9,6 %).

Pour ce qui est de la comparaison de l'état de santé actuel et celui de l'année dernière, on note que 13,5 pour cent des femmes considèrent que la santé actuelle est meilleure par rapport à l'année précédente, mais les deux tiers des femmes (64,7 %) jugent qu'elles sont dans le même état de santé que l'année précédente ; 22,7 pour cent pensent que leur état de santé est moins bon.

Les femmes qui considèrent que leur état de santé actuel est mauvais par rapport à l'année précédente, sont représentées essentiellement par les femmes plus âgées (35 ans ou plus), multipares (5 grossesses ou plus), analphabètes ou ayant fait au maximum des études primaires. La répartition géographique est identifiée par rapport à la perception de l'état actuel de santé.

La corrélation de ce vécu, et de cette perception avec l'état réel de leur santé reste imprécis et justifie la nécessité d'une étude qualitative biomédicale.

8.2 MALADIES DIAGNOSTIQUÉES

L'enquête s'est intéressée également, aux maladies spécifiques et diagnostiquées par un médecin ou une infirmière à un moment donné de leur vie (Tableau 8.2), ces maladies sont représentées par les questions permettant d'évaluer le taux de maladie diagnostiquée, mais ne reflète en rien la prévalence actuelle et réelle de ces maladies.

Les maladies diagnostiquées les plus fréquemment notées sont : l'HTA (9,5 %), suivie du rhumatisme (5,4 %), de pathologies rénales (3,6 %), des problèmes cardiaques (3,1 %), de l'anémie (3,1 %), d'hépatite (2,6 %), du goitre (1,9 %), de la tuberculose (1,8 %), de l'ulcère (1,7 %), de l'asthme (1,5 %), et du diabète (1,1 %). Le pourcentage de maladie diagnostiquée est nettement supérieur chez les femmes âgées de 35 ans ou plus, multipares (5 grossesses ou plus) et dans le milieu urbain.

Tableau 8.1 : Etat de santé de la femme

Distribution en pourcentage des femmes non célibataires âgées de 15-49 ans, selon leur avis sur leur état de santé actuelle et comparé aussi à son état de santé de l'année dernière, par caractéristiques socio démographiques.
ENSME 1998.

	Etat de santé perçu par elle-même				Comparé à l'an dernier				Effectif
	Bon	Normal	Mauvais	Autre	Meilleur	Le même	Mauvais	Autre	
Age de la femme									
15-19	41,1	53,1	5,8	0,0	20,2	74,0	5,8	0,0	258
20-34	27,4	53,6	19,0	0,1	15,0	67,4	17,5	0,1	2398
35 ou plus	14,9	52,2	32,7	0,2	11,4	61,0	27,5	0,1	2440
Nombre de grossesses									
0	39,8	50,7	9,2	0,2	18,9	73,3	7,8	0,0	487
1	31,4	50,9	17,7	0,0	16,2	67,7	16,2	0,0	742
2-3	24,3	54,2	21,5	0,0	14,2	65,8	20,1	0,0	1286
4-5	18,9	53,7	27,4	0,1	14,0	63,1	22,8	0,1	1060
6 ou plus	12,3	52,9	34,5	0,3	9,7	60,6	29,5	0,3	1521
Niveau d'instruction									
Analphabète	19,5	54,7	25,7	0,1	11,8	66,0	22,1	0,1	3741
Sait lire et/ou écrire	27,4	48,9	23,6	0,2	17,5	61,3	21,2	0,0	661
Primaire	21,6	43,2	35,1	0,0	16,9	56,8	26,4	0,0	148
Préparatoire	31,9	48,9	19,2	0,0	20,8	58,6	20,5	0,0	307
Secondaire ou plus	36,1	47,1	16,0	0,8	18,1	65,5	16,4	0,0	238
ND	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	1
Milieu									
Urbain	23,1	50,8	26,0	0,1	14,0	62,8	23,2	0,0	2491
Rural	21,1	54,9	23,8	0,1	13,1	66,4	20,3	0,2	2605
Région									
Laayoune Boujdour S.H.	56,1	34,7	9,2	0,0	21,4	67,3	11,2	0,0	98
Guelmim Smara	47,6	42,9	9,5	0,0	28,6	61,9	9,5	0,0	21
Souss Massa Drâa	36,5	42,9	20,6	0,0	14,3	69,0	16,7	0,0	496
El gharb chrarda	12,1	59,7	26,0	2,2	10,8	63,6	24,7	0,9	231
Chaouia Ourdigha	13,8	63,4	22,8	0,0	12,3	73,6	14,1	0,0	276
Marrakech Tensift HA	5,8	77,9	16,3	0,0	13,1	69,0	17,9	0,0	588
Région Orientale	20,0	53,2	26,8	0,0	10,6	77,6	11,8	0,0	340
Grand Casablanca	12,1	34,0	53,9	0,0	20,2	34,2	45,6	0,0	614
Rabat-Salé-Zemmour Zaër	37,8	47,7	14,5	0,0	9,3	81,1	9,6	0,0	344
Doukkala Abda	11,7	53,1	35,2	0,0	15,7	62,1	22,2	0,0	369
Tadla Azilal	35,5	49,3	15,2	0,0	6,5	73,9	19,6	0,0	276
Méknès Tafilalet	40,6	50,7	8,7	0,0	10,9	79,5	9,7	0,0	414
Fès Boulemane	24,4	55,8	19,8	0,0	13,2	65,9	20,9	0,0	258
Taza Al hoceima Taounate	18,5	57,5	23,9	0,0	14,0	58,6	26,6	0,8	372
Tanger-Tétouan	16,8	53,9	29,1	0,3	14,0	53,9	32,1	0,0	399
Total	22,1	52,9	24,9	0,1	13,5	64,7	21,7	0,1	5096

Tableau 8.2: Maladies diagnostiquées

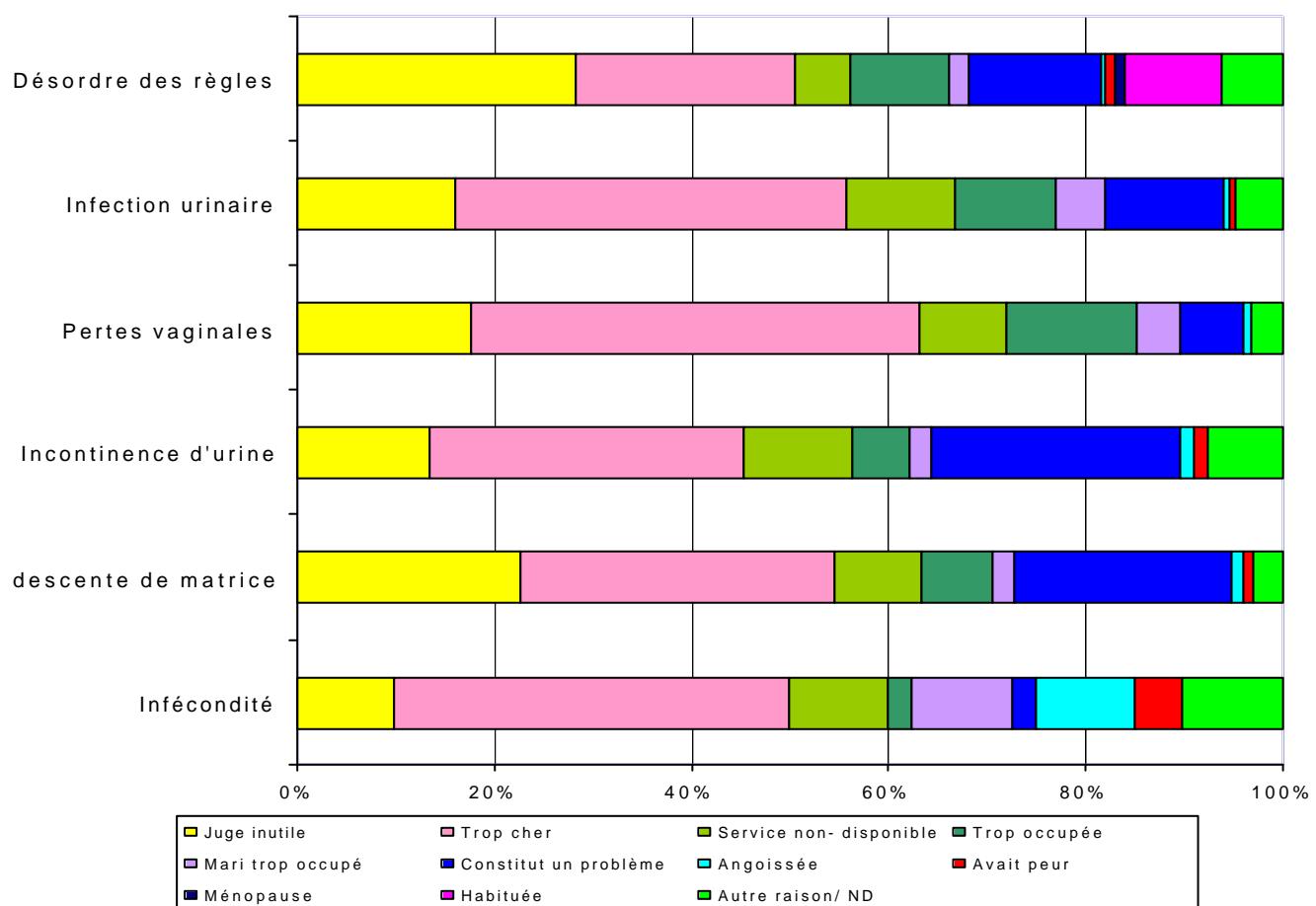
Pourcentage des femmes non-célibataires (15-49 ans) qui ont déclaré avoir déjà eu des maladies spécifiques diagnostiquées par un médecin ou une infirmière selon des variables socio-démographiques, ENSME 1998.

	Tuber culose	Diabète	Tension	Asthme	Problème cardiaque	Ruma- thisme	Ulcère gastrique	Problème de reins	Hépa Thites	Anémie	Goitre	Autre	Effectif
Age de la femme													
15-19	0,4	0,0	2,3	0,0	0,4	1,2	0,0	1,9	1,6	0,0	0,8	3,5	258
20-34	1,5	0,5	6,3	1,1	2,4	2,8	1,0	3,0	2,1	2,4	1,3	6,0	2398
35 ans ou plus	2,3	1,9	13,0	2,1	4,0	8,4	2,6	4,3	3,2	4,0	2,5	11,6	2440
Nombre de grossesses													
0	1,6	0,6	3,9	1,0	1,2	2,3	0,6	1,2	1,2	1,2	0,8	5,5	487
1	1,8	0,3	5,7	0,4	1,3	3,4	1,1	1,9	2,0	2,0	0,9	5,9	742
2-3	1,7	0,7	7,3	1,0	3,0	3,9	1,6	4,1	1,9	2,8	1,9	7,5	1286
4-5	2,1	1,8	11,7	1,8	3,4	5,3	1,5	4,2	2,8	3,2	2,0	9,3	1060
6 ou plus	1,8	1,6	13,0	2,4	4,3	8,8	2,5	4,3	3,7	4,3	2,6	11,1	1521
Niveau d'instruction													
Analphabète	1,9	0,9	8,5	1,6	3,1	5,2	1,5	3,6	2,4	2,3	1,6	7,6	3741
Lire et/ou écrire	2,3	1,8	11,6	1,8	2,6	6,4	2,1	4,2	3,6	4,8	1,5	9,5	661
Primaire	0,7	0,7	14,2	1,4	6,1	7,4	2,7	2,7	3,4	9,5	6,1	14,2	148
Préparatoire	1,3	2,0	11,7	0,3	2,6	5,9	2,6	3,9	2,3	3,6	3,3	12,7	307
Secondaire ou plus	1,3	1,7	9,7	1,7	2,9	4,2	1,3	2,5	2,5	5,9	2,1	11,3	238
ND	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
Milieu													
Urbain	2,0	1,6	13,4	2,0	3,7	7,1	1,9	4,9	3,5	4,9	2,2	11,5	2491
Rural	1,6	0,7	5,5	1,0	2,5	3,8	1,5	2,3	1,8	1,3	1,5	5,7	2605
Région													
Laayoune Boujdour S.H.	1,0	4,1	4,1	2,0	4,1	4,1	1,0	3,1	0,0	1,0	0,0	10,2	98
Guelmim Smara	4,8	0,0	0,0	0,0	4,8	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,5	21
Souss Massa Draa	0,8	0,6	5,0	1,8	4,6	4,0	2,4	1,0	2,4	1,6	1,0	7,3	496
El gharb chrarda	2,2	0,4	9,5	0,9	3,0	6,5	1,7	2,6	2,2	2,2	1,3	5,2	231
Chaouia ourdigha	1,8	0,7	4,3	0,4	1,4	4,7	0,7	5,4	1,4	1,8	0,4	8,3	276
Marrakech Tensift HA	2,2	1,2	9,4	1,5	3,7	2,6	3,4	3,2	0,9	1,4	1,9	4,3	588
Région de l'Orientale	1,5	0,6	7,4	2,9	2,6	5,0	0,9	2,6	4,4	1,5	1,2	19,1	340
Grand Casablanca	2,1	2,4	27,5	2,3	5,2	13,8	2,6	7,8	3,9	9,8	3,7	23,8	614
Rabat Sale Zemmour Zaer	3,5	1,5	7,6	2,3	2,3	4,1	1,7	1,5	0,9	5,2	1,5	3,8	344
Doukkala Abda	2,4	0,5	4,9	0,5	2,7	3,5	2,4	3,8	1,9	1,9	1,1	5,7	369
Tadla Azilal	1,1	0,0	4,0	0,7	0,7	3,6	0,0	2,5	0,0	1,1	1,8	5,1	276
Méknès Tafilalet	0,7	0,0	2,7	0,7	3,1	2,4	0,2	2,9	2,9	1,2	2,4	2,7	414
Fès Boulemane	2,3	0,8	13,2	1,6	3,5	6,2	1,2	6,6	7,0	3,1	5,4	2,3	258
Taza Al hoceima Taounate	1,9	1,6	6,2	0,8	1,6	6,2	1,9	2,2	3,0	1,6	1,1	11,0	372
Tanger Tétouan	1,5	2,0	10,3	2,0	1,8	5,0	0,5	3,8	4,3	4,3	1,5	2,8	399
Total	1,8	1,1	9,3	1,5	3,1	5,4	1,7	3,6	2,6	3,1	1,9	8,6	5096

8.3 MALADIES DIAGNOSTIQUEES ET TRAITEES

L'analyse des résultats de l'enquête relatifs aux femmes prenant un traitement au moment de l'enquête pour la maladie diagnostiquée montre (graphique 8.1) que le plus fort pourcentage de femmes prenant un traitement sont les diabétiques (64,9 %), suivie par les cardiaques (53,9 %). Par contre, l'HTA qui est prétendue la pathologie la plus fréquemment diagnostiquée, n'est traitée que dans 25 pour cent des cas, alors que parmi les femmes se disant tuberculeuse, seules (7,5 %) sont en cours de traitement pendant l'enquête.

Graphique 8.1
Traitement des maladies chroniques



8.4 SYMPTOMES SUGGESTIFS DE MORBIDITE REPRODUCTIVE

Après avoir été interrogé les femmes sur les maladies diagnostiquées et traitées, ces dernières ont été questionnées sur les symptômes suggestifs de morbidité reproductive tels que l'infécondité, le prolapsus (descende de matrice), l'incontinence d'urinaire, les pertes vaginales, l'infection urinaire, et le trouble du cycle.

L'objectif de ce module de questionnaire n'est pas de déterminer la prévalence de la morbidité reproductive, mais plutôt d'évaluer la proportion des femmes nécessitant des soins. Il est fortement probable que les pourcentages notées soient sous estimées par rapport à la prévalence réelle de ces maladies en raison de la grande fréquence de maladies asymptomatiques. Les femmes étaient considérées comme stériles lorsqu'elles répondait à un certain nombre de critères :

- Elles ne sont pas enceintes au moment de l'enquête et elles n'ont pas eu de grossesse durant les 12 mois précédents ;
- Elles ont essayé de tomber enceinte sans succès au cours des 12 derniers mois ;
- Elles vivent avec leur mari pendant ces 12 derniers mois ;
- Elles n'ont utilisé aucun moyen contraceptif pendant cette période.

Concernant le prolapsus utérin et, l'incontinence urinaire, les femmes devaient décrire la situation actuelle. Elles considéraient quelles présentaient un prolapsus "symptomatique" lorsqu'elles percevaient que leurs organes génitaux "tombaient" ou s'exteriorisaient. Elles considéraient qu'elles avaient une incontinence d'urine lorsqu'elle n'arrivait pas à retenir et contrôler leur miction.

Le tableau 8.3 présente le pourcentage des femmes non-célibataires âgées de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu des symptômes suggestifs de maladies reproductives selon des caractéristiques socio démographiques.

Il montre que la morbidité reproductive suggérée et évaluée à partir des symptômes rapportés par les femmes est représentée par ordre de fréquence décroissante par l'infécondité (18,6 %), les troubles du cycle (13,5 %), le prolapsus génital (12,9 %), l'infection urinaire (12,9 %), les pertes vaginales (10,3 %) et l'incontinence d'urine (5,4 %), alors que 13,5 pour cent des femmes présentent plus d'un symptôme de morbidité reproductive.

Si l'on étudie la variation de ces symptômes en fonction du profil socio-démographique, on constate que l'infécondité est plus importante dans la tranche d'âge 20-34 ans (24,2 %), chez les nullipares (40,1 %), celles de niveau secondaire ou plus (36,1 %), résidentes en milieu urbain (20,3 %), dans les régions de Marrakech-Tensift-Al Haouz (29,8 %), dans la région de l'Oriental (25,6 %), le Tadla- Azilal (25,5 %), Guelmim-Smara (25 %) et Laâyoune-Boujdour-Sakia Al Hamra (23,5 %).

Le prolapsus, les troubles du cycle, l'incontinence urinaire, l'infection urinaire et génitale sont notés chez les femmes âgées de 35 ans ou plus, les grandes multipares (6 grossesses ou plus), les analphabètes ou bas niveau d'instruction , et sans différence régionale significative.

Tableau 8.4: Problèmes de santé reproductive

Pourcentage des femmes non-celibataires (15-49) qui ont déclaré avoir eu des symptômes suggestifs de maladies reproductives par caractéristiques socio-démographiques . ENSME, 1998.

	Nombre Infécon- dité	Nombre de femmes	Incon- tinence de matrice	Pertes d'urine	Infection vaginales	Désordre urinaire	N'importe quel symptôme	Plus qu'un symptôme	Nombre de femmes	
Age de la femme										
15-19	10,3	78	7,4	2,7	4,7	10,9	10,1	27,5	6,6	258
20-34	24,2	372	12,2	4,7	10,3	12,5	10,5	33,3	11,7	2398
35 ans ou plus	16,5	698	14,1	6,4	10,9	13,5	16,8	37,8	15,4	2440
Nombre de grossesses										
0	40,1	262	5,5	2,5	7,4	11,5	17,9	33,1	9,2	487
1	25,9	108	9,7	4,4	8,5	11,3	10,4	31,1	9,7	742
2-3	23,9	201	13,3	5,8	9,8	11,6	11,2	33,4	12,2	1286
4-5	13,0	193	16,1	5,8	9,6	13,1	12,6	36,3	14,1	1060
6 ou plus	1,8	384	14,2	6,2	13,0	15,0	16,2	38,4	16,4	1521
Niveau d'instruction										
Analphabetète	17,9	914	13,4	4,9	10,9	13,5	13,4	35,1	13,7	3741
Lire et/ou écrire	20,0	120	11,6	7,1	9,1	12,7	15,0	37,8	12,9	661
Primaire	16,0	25	11,5	10,1	10,1	14,2	15,5	40,5	14,9	148
Préparatoire	15,1	53	12,1	7,8	8,5	9,1	10,1	31,9	11,4	307
Secondaire ou plus	36,1	36	9,7	2,5	5,9	8,0	13,0	28,6	7,1	238
ND	0,0	0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	1
Milieu										
Urbain	20,3	483	12,5	6,5	9,8	12,0	14,4	35,8	13,4	2491
Rural	17,3	665	13,2	4,4	10,7	13,7	12,6	34,5	13,0	2605
Région										
Laayoune Boujdour S.H.	23,5	17	10,2	0,0	8,2	17,3	13,3	39,8	8,2	98
Guelmim Smara	25,0	4	4,8	0,0	4,8	4,8	0,0	14,3	0,0	21
Souss Massa Draa	11,8	127	11,1	3,2	8,5	13,3	10,9	28,6	12,1	496
El Gharb Chrarda	21,7	46	11,3	5,6	14,3	13,9	24,2	42,4	16,5	231
Chaouia ourdigha	22,6	53	17,4	12,7	15,2	20,3	9,4	48,9	19,2	276
Marrakech Tensift HA	29,8	121	20,7	1,9	16,0	16,7	11,7	41,5	17,0	588
Région de l'Orientale	25,6	90	8,5	1,5	12,1	8,8	15,3	32,1	10,6	340
Grand Casablanca	21,0	100	18,2	15,8	10,6	15,5	21,5	46,9	21,7	614
Rabat Salé Zemmour Zaer	15,6	64	4,9	1,2	5,2	5,8	4,9	16,3	4,4	344
Doukkala Abda	20,0	85	23,0	5,4	7,0	16,5	10,6	45,3	12,7	369
Tadla Azilal	25,5	47	7,2	2,5	5,4	9,8	11,2	25,4	8,3	276
Méknès Taïifalet	15,2	92	8,2	0,5	6,3	7,7	7,0	20,5	6,0	414
Fès Boulemane	10,9	64	11,6	2,3	8,5	10,9	9,3	29,5	9,3	258
Taza Al Hoceima Taounate	17,1	105	11,3	4,3	12,9	9,9	15,9	34,9	12,4	372
Tanger-Tétouan	9,8	133	6,5	10,8	10,8	14,0	21,8	37,3	16,3	399
Total	18,6	1148	12,9	5,4	10,3	12,9	13,5	35,1	13,2	5096

8.5 CONSULTATION POUR SYMPTÔMES SUGGESTIFS DE MALADIES REPRODUCTIVES

A toutes les femmes ayant présenté des symptômes évoquant une maladie reproductive (Tableau 8.4), il a été par la suite demandé si ces symptômes les ont conduites à consulter un médecin, une infirmière, une sage femme ou un pharmacien.

Motif de consultation

Le Tableau 8.6, présente le pourcentage de femmes qui ont consulté, suite à la survenue de ces symptômes par caractéristiques socio-démographiques. Il montre que l'infécondité est le principal motif de consultation, puisque 75,6 pour cent des femmes infertiles ont eu recours à un avis médical.

Les deux symptômes qui poussent la femme à consulter sont représentés par les pertes vaginales (49,2 %), suivi du prolapsus (48,7 %), de l'incontinence urinaire (46,2 %), de l'infection urinaire (45,3 %) et des troubles du cycle (30,4 %).

Si l'on s'intéresse au profil socio-démographique des femmes qui consultent, nous constatons - toute pathologie confondue- la grande prédominance des femmes de plus de 35 ans, multipares, instruites, et d'origine urbaine.

Personne spécifique consultée

Le tableau 8.5, décrit le type de personne à laquelle s'adresse la femme qui présente un symptôme suggestif.

Les personnes « recours » étant représentées par le médecin, l'infirmier, la sage femme, le pharmacien, la matrone, le guérisseur traditionnel, l'herboriste, l'automédication, une parente ou

voisine. Pour ce qui est de l'infécondité, la personne la plus consultée est le médecin, l'infirmier ou la sage femme (78,9 %).

Tableau 8.5 : Personnes consultées

Parmi les femmes non-célibataires (15-49 ans) qui ont déclaré avoir eu des symptômes suggestifs de maladies reproductives, le pourcentage qui ont consulté une personne spécifique. ENSME 1997

Personne consultée	Infécondité	Descente de tinence matrice d'urine	Incon Vaginales	Pertes urinaire	Infection urinaire	Désordre des règles
Médecin	75,1	45,8	41,1	43,7	39,8	24,4
Infirmière/ sage femme	3,8	4,0	5,5	7,1	5,0	4,4
Pharmacien	0,0	1,7	4,0	4,2	5,3	3,6
Matrone	8,0	3,2	0,4	0,6	0,5	0,4
Guérisseur traditionnel	15,0	1,8	0,0	0,8	0,9	1,6
Herboriste	11,7	0,9	1,5	1,9	2,9	2,2
Auto- médication	3,8	0,6	2,9	1,0	0,8	1,3
Parente/ voisine	7,5	2,9	1,8	1,9	1,1	1,3
Autres	1,9	0,6	0,0	0,2	0,3	0,4
Pas de consultation/ND	18,8	45,8	49,1	47,7	50,8	65,4
Nombre de femmes	213	657	275	524	656	688

Tableau 8.6 : Consultation pour symptômes suggestifs

Parmi les femmes non-célibataires (15-49 ans) qui ont déclaré avoir eu des symptômes suggestifs de maladies reproductives, le pourcentage qui ont consulté un médecin, une infirmière /sage femme, et/ou un pharmacien, selon des variables socio-démographiques. ENSME 1998.

	Infécon- dité	Descente de matrice	Incon- tinence d'urine	Pertes vaginales	Infection urinaire	Désordre des règles
Age de la femme						
15-19	50,0	36,8	14,3	41,7	39,3	11,5
20-34	80,0	45,7	45,1	49,4	41,1	27,9
35 ans ou plus	73,9	51,9	48,4	49,4	49,5	32,6
Nombre de grossesses						
0	84,8	44,4	66,7	50,0	51,8	29,9
1	85,7	48,6	39,4	52,4	39,3	29,9
2-3	64,6	54,4	43,2	59,5	53,0	30,6
4-5	52,0	49,1	43,5	43,1	42,4	35,8
6 ou plus	57,1	44,4	50,0	44,7	42,5	26,8
Niveau d'instruction						
Analphabète	70,7	45,3	45,4	45,6	43,3	25,6
Lire et/ou écrire	87,5	50,6	46,8	56,7	51,2	38,4
Primaire	100,0	76,5	40,0	80,0	57,1	52,2
Préparatoire	100,0	70,3	50,0	57,7	50,0	45,2
Secondaire ou plus	92,3	60,9	66,7	71,4	52,6	41,9
ND	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Milieu						
Urbain	85,7	58,0	53,4	62,0	55,5	35,9
Rural	67,0	40,3	36,0	38,0	36,7	23,7
Région						
Laayoune Boujdour S.H.	100,0	100,0	0,0	75,0	70,6	38,5
Guelmim Smara	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Souss Massa Draa	93,3	61,8	43,8	45,2	31,8	20,4
El gharb chrarda	90,0	50,0	53,8	48,5	43,8	21,4
Chaouia ourdigha	75,0	35,4	42,9	33,3	42,9	38,5
Marrakech Tensift HA	63,9	41,8	45,5	41,5	38,8	27,5
Région Orientale	69,6	62,1	60,0	48,8	53,3	34,6
Grand Casablanca	95,2	54,5	46,4	55,4	49,5	35,6
Rabat Salé Zemmour Zaer	80,0	64,7	25,0	66,7	60,0	47,1
Doukkala Abda	76,5	43,5	50,0	61,5	49,2	38,5
Tadla Azilal	83,3	45,0	71,4	80,0	48,1	25,8
Méknès Tafilalet	71,4	58,8	50,0	61,5	43,8	41,4
Fès Boulemane	71,4	43,3	83,3	77,3	57,1	29,2
Taza Al Hoceima Taounate	66,7	42,9	43,8	33,3	48,6	15,3
Tanger-Tétouan	53,8	26,9	37,2	44,2	37,5	29,9
Total	75,6	48,7	46,2	49,2	45,3	30,1
Effectif des femmes	213	657	275	524	656	688

Il reste cependant que le guérisseur traditionnel et l'herboriste représentent 26,7 pour cent des personnes "recours" pour le problème de stérilité ! Concernant le prolapsus, l'incontinence d'urine, les pertes vaginales, l'infection urinaire, le médecin et l'infirmier sont consultés dans près de la moitié des cas. Mais dans près de l'autre moitié, ces symptômes n'engendrent aucune consultation.

Quant aux troubles du cycle, la consultation médicale ou paramédicale, ne s'impose que dans 28,8 pour cent des cas. Alors que dans 65,4 pour cent des cas, ce symptôme n'engendre aucune consultation.

Motif de non consultation

Les femmes qui présentaient des symptômes suggestifs de maladie reproductive et qui n'ont bénéficié d'aucune consultation ont été questionnées sur les raisons de l'absence de consultation (Tableau 8.7).

La raison principale retrouvée dans tous les symptômes, sauf Les troubles des règles, est représentée par le prix trop élevé de la consultation (32 % à 46 % de cas).

Les autres raisons invoquées pour la stérilité sont que la consultation est jugée inutile (10 %), le service n'est pas disponible (10 %), le mari est trop occupé (2,5 %), la femme est très angoissée (10 %), ou elle a peur (5 %).

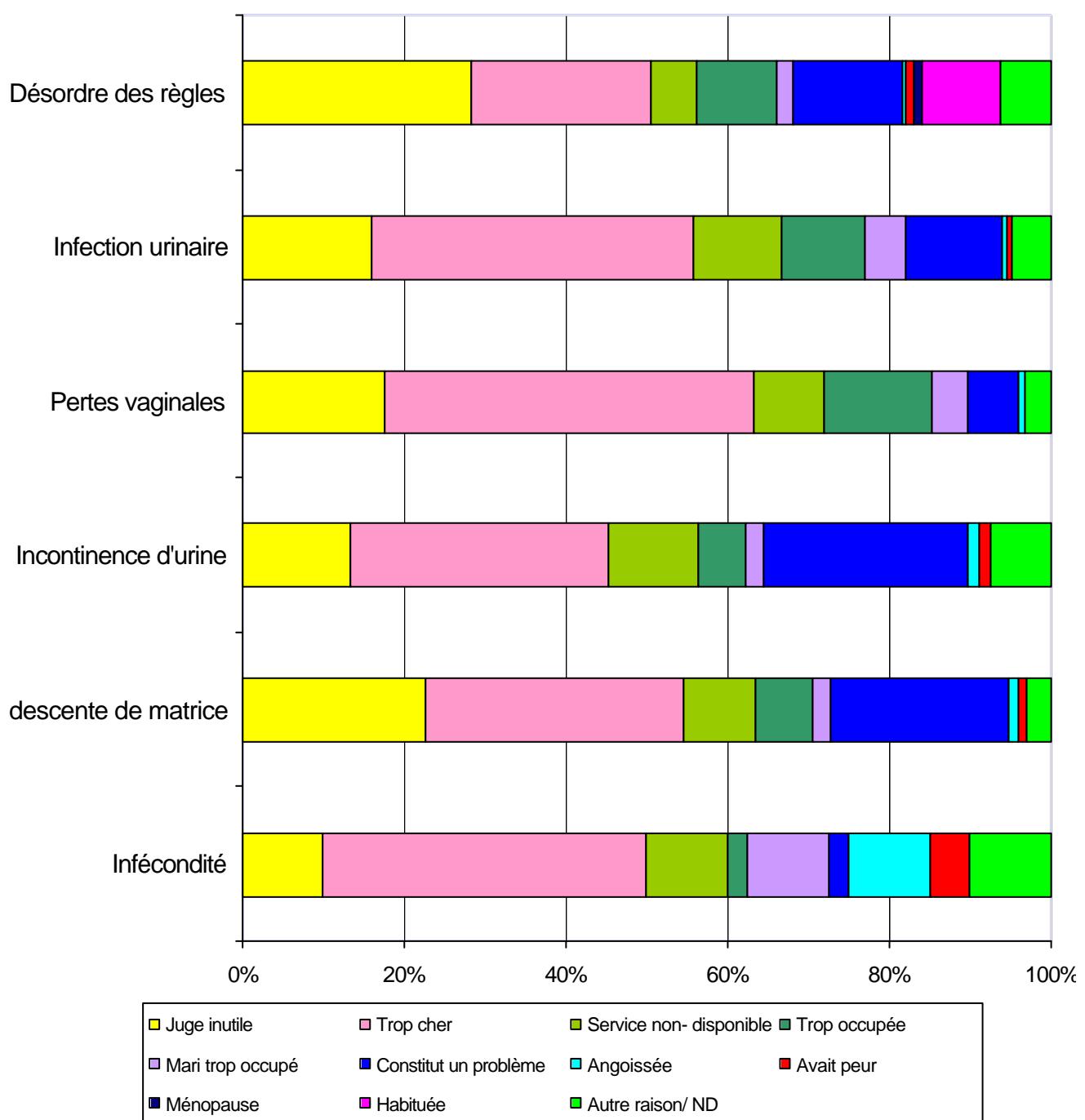
Tableau 8.7: Raisons de non consultation

Distribution des femmes non-célibataires (15-49) qui ont déclaré avoir eu des symptômes suggestifs de maladies reproductives et n'ont consulté personne pour le problème selon la raison. ENSME, 1998.

Raison de non consultation	Infécondité	Descente de matrice	Incontinence d'urine	Pertes vaginales	Infection Urinaire	Désordre des règles
Juge inutile	10,0	22,6	13,3	17,6	15,9	28,2
Trop cher	40,0	31,9	31,9	45,6	39,9	22,4
Service non- disponible	10,0	9,0	11,1	8,8	10,8	5,6
Trop occupée	2,5	7,0	5,9	13,2	10,2	9,8
Mari trop occupé	10,0	2,3	2,2	4,4	5,1	2,0
Constitut un problème	2,5	21,9	25,2	6,4	12,0	13,6
Angoissée	10,0	1,3	1,5	0,8	0,6	0,4
Avait peur	5,0	1,0	1,5	0,0	0,6	1,1
Ménopause	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Habituée	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,8
Autre raison/ ND	10,0	3,0	7,4	3,2	4,8	6,2
Nombre de femmes	40	301	135	250	333	450

Concernant le prolapsus et l'incontinence d'urines, les raisons qui viennent après le coût de la consultation sont que ce symptôme est la source de problème avec le mari (21,9 % et 25,2 %), que la consultation est jugée inutile (22,6 % et 13,3 %) et que le service n'est pas disponible (9 % et 11,1 %).

Graphique 8.2
Raisons de non Consultation



CHAPITRE 9

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA

Dr Jaouad Mahjour¹
Dr Ahmed Zidouh²

Le Maroc a depuis longtemps donné une grande attention à la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), surtout après l'apparition du SIDA. La propagation du virus de cette dernière maladie est devenue inquiétante tant au niveau national qu'au niveau international. Comme pour les autres maladies, la prévention par le biais de l'Information, de l'Education et de la Communication (IEC) reste le moyen le plus efficace de la lutte contre ce fléau.

Le module MST/SIDA introduit dans le questionnaire a pour objectif d'évaluer les connaissances de la population féminine âgée de 15-49 ans concernant ces maladies. Les principaux résultats issus de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant (ENSME), 1997, sont présentés ci-après.

9.1 CONNAISSANCE DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Parmi l'ensemble des femmes en âge de procréation et non célibataires, 83,5 pour cent connaissent au moins une des principales maladies sexuellement transmissibles (MST)³ (tableau 9.1). La maladie qui vient en tête est le SIDA, 82,7 pour cent des femmes ont déclaré en avoir déjà entendu parler ; suivie, et de loin, par la syphilis qui est connue par 19,9 pour cent des ces femmes. Paradoxalement, seulement 13,4 pour cent des femmes connaissent l'existence des écoulements en tant que MST.

Parmi les femmes non célibataires âgées de 15 à 19 ans, 72,9 pour cent connaissent le SIDA, contre 83,2 pour cent de celles âgées de 20 à 49 ans, cette différence est statistiquement significative ($p<0,0001$). Ainsi, les femmes les plus jeunes (15 à 19 ans) ont 1,61 fois plus de risque de ne pas connaître le SIDA que les femmes plus âgées ($p<0,0001$).

Selon le niveau d'instruction de la femme, on constate que plus des trois quart (77,1 %) des femmes analphabètes ont entendu parler du SIDA, contre 96,5 pour cent de celles qui savent lire et/ou écrire, 98,6 pour cent de celles qui ont le niveau d'instruction primaire et 100 pour cent des femmes qui ont dépassé le niveau d'instruction primaire. Globalement, les femmes analphabètes ont 18 fois plus de risque de ne pas connaître le SIDA que celles qui sont alphabètes ($p<0,0001$).

Les femmes vivant en milieu rural sont moins touchées par les informations sur le SIDA que celles vivant en milieu urbain. En effet, uniquement 70,1 pour cent des femmes du rural ont entendu parler du SIDA, contre 95,8 pour cent des femmes citadines. Ce qui fait que les

¹ Directeur de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies

² Chef de service des maladies transmissibles

Tableau 9.1: Connaissance des Maladies sexuellement transmissibles

Parmi les femmes non célibataires (15-49 ans), le pourcentage ayant déclaré avoir entendu parler de maladies sexuellement transmissibles selon la maladie connue et des variables socio démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Ecoule						Connait au moins une	Effectif de femmes
	Syphilis	ment Mycose	SIDA	Chancre	Autre			
Age de la femme								
15-19	6,6	7,0	0,4	72,9	0,4	3,9	74,0	258
20-34	17,9	12,7	2,0	83,8	1,9	4,3	84,6	2398
35 ou plus	23,3	14,7	2,8	82,6	2,7	5,3	83,5	2440
Nombre de grossesses								
0	17,0	11,1	2,1	82,1	1,4	4,1	82,8	487
1	22,1	14,4	1,9	87,9	1,6	4,7	88,7	742
2-3	22,4	14,4	3,4	86,3	3,3	5,4	86,6	1286
4-5	22,2	14,9	2,4	84,0	2,4	5,4	85,0	1060
6 ou plus	16,2	11,7	1,6	76,3	1,8	3,9	77,6	1521
Niveau d'instruction								
Analphabète	13,5	10,6	1,1	77,1	1,7	3,8	78,2	3741
Lire et/ou écrire	25,7	15,7	3,6	96,5	1,5	8,2	96,8	661
Primaire	37,2	20,9	2,0	98,6	2,0	3,4	98,6	148
Préparatoire	43,3	24,4	6,5	100,0	4,9	7,2	100,0	307
Secondaire ou plus	64,7	31,1	12,6	100,0	9,7	6,7	100,0	238
ND	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	1
Milieu de résidence								
Urbain	30,1	16,9	3,9	95,8	3,1	5,9	95,9	2491
Rural	10,2	10,1	0,7	70,1	1,3	3,6	71,6	2605
Région								
Laayoune Boujdour SH	20,4	18,4	1,0	99,0	11,2	1,0	99,0	98
Guelmim Smara.	23,8	28,6	0,0	100,0	4,8	4,8	100,0	21
Souss Massa Draa	15,1	19,4	0,8	85,9	7,7	1,0	85,9	496
El gharb chrarda	9,5	13,0	1,3	86,6	0,9	13,0	89,2	231
Chaouia ourdigha	21,0	14,5	0,7	92,0	3,3	2,5	93,5	276
Marrakech Tensift Haouz	14,1	8,5	0,2	74,8	0,0	3,6	75,0	588
Région Orientale	10,9	7,1	3,8	80,3	0,3	8,5	80,9	340
Grand Casablanca	33,1	30,9	6,7	98,2	1,3	14,0	98,5	614
Rabat Salé Zemmour Zaer	38,7	12,8	4,4	88,1	1,2	1,2	88,1	344
Doukkala Abda.	25,5	9,2	0,3	82,9	3,0	1,1	84,3	369
Tadla Azilal	12,0	22,1	0,7	78,3	1,8	0,7	79,7	276
Méknès Tafilalet	17,6	6,5	2,4	77,1	1,0	1,2	77,3	414
Fès Boulemane.	32,9	5,4	1,9	85,7	0,8	1,9	86,4	258
Taza Al Hoceima Taounate	13,2	3,5	0,5	72,0	0,8	3,2	72,8	372
Tanger Tétouan	11,5	8,8	4,3	66,7	3,5	7,3	69,9	399
Ensemble des femmes	19,9	13,4	2,3	82,7	2,2	4,7	83,5	5096

femmes résidant en milieu rural ont 7 fois plus de risque de ne pas connaître le SIDA que celles résidant en milieu urbain ($p<0,0001$).

Le régions du nord et les régions de l'Atlas semblent être moins informées sur le SIDA en particulier et les MST en général que les régions du centre ou du sud. En effet, la proportion des femmes connaissant au moins une MST est inférieure à 80 pour cent dans les régions de Tanger-Tétouan, de Taza-Al Houceima-Taounate, de Marrakech-Tensift-Al Haouz, de Méknès-Tafilelt et de Tadla-Azilal ; alors que cette proportion est de 100 pour cent ou presque dans les régions de Laayoune-Boujdour-Sakia-El Hamra, de Guelmim-Smara et du Grand-Casablanca.

Il est certain qu'il y a eu une amélioration des connaissances des femmes sur les MST et particulièrement le SIDA. En effet, en 1991 l'étude (*DELM 1991*)⁴ réalisée auprès de la population âgée de 16 à 59 ans a montré que seulement 62 pour cent des femmes connaissaient le SIDA, contre 82,7 pour cent des femmes intéressées par cette enquête.

9.2 SOURCES D'INFORMATIONS SUR LE SIDA

En général, parmi les sources d'information des femmes non célébataires en âge de procréer en matière de SIDA, la télévision vient en tête suivie par les parents et amies avec respectivement 70,6 pour cent et 60,1 pour cent des cas (tableau 9.2). Cependant, cet ordre est inversé quant à l'origine des informations que reçoivent les femmes sur le SIDA en milieu rural, dans 62,2 pour cent des cas se sont les proches contre 50,8 pour cent pour la télévision.

La radio ne vient qu'en troisième position (44,8 %). Quant à la presse écrite elle n'a été la source de l'information sur le SIDA qu'une fois sur dix en moyenne, avec une énorme disparité entre le milieu urbain (16,1 %) et le milieu rural (2,4 %).

Les moyens audiovisuels ont beaucoup évolué en tant que sources d'information sur le SIDA par rapport à l'année 1991 quand la télévision et la radio ne représentaient que 24 pour cent et 22,8 pour cent

respectivement (*DELM 1991*). Par contre la presse écrite a perdu de son rôle puisqu'elle est passée de 27 pour cent en 1991 à 10 pour cent actuellement.

Tableau 9.2 : Sources de connaissance du SIDA

Parmi les femmes non célébataires (15-49) ayant déclaré avoir entendu parler du SIDA, le pourcentage qui ont reçu des informations sur le SIDA de différentes sources selon le milieu de résidence. ENSME, 1997.

Source de connaissance du SIDA	Urbain	Rural	Total
Radio	41,7	48,8	44,8
Télévision	85,7	50,8	70,6
Journaux/ revues	16,1	2,4	10,1
Affiches/ dupliques	4,6	0,7	2,9
Personnel de santé	11,1	6,1	8,9
Mosquée	0,2	0	0,1
Ecole/ enseignant	2,2	0,3	1,4
Réunions	3,9	2,8	3,4
Parente/ amie	58,5	62,2	60,1
Lieu de travail	3,4	0,4	2,1
Autre source	1,4	0,9	1,2
Ensemble des femmes	2386	1827	4213

⁴ DELM 1991 : Etude des attitudes et des comportements du public marocain vis à vis du SIDA pour une meilleure stratégie d'information et de prévention. (1.342 personnes de 16 à 59 ans)

Le personnel de santé comme source de messages sur le SIDA a été rapporté dans 8,9 pour cent des cas en général, et davantage en milieu urbain (11,1 pour cent) qu'en milieu rural (6,1 pour cent). En 1991, le personnel de santé était inexistant en tant que véhicule d'informations sur le SIDA, puisqu'il n'avait été cité que dans 0,1 pour cent des cas (*DELM 1991*).

Par contre le lieu d'enseignement semble ne pas jouer un grand rôle dans l'information de son public sur le fléau du SIDA (1,4 %). Ceci s'explique en partie par le taux d'analphabétisme de la population enquêtée (73,4 %) et aussi par le fait que le sujet n'a été introduit dans les programmes scolaires qu'à partir du début des années 1990.

9.3. CONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION DU SIDA

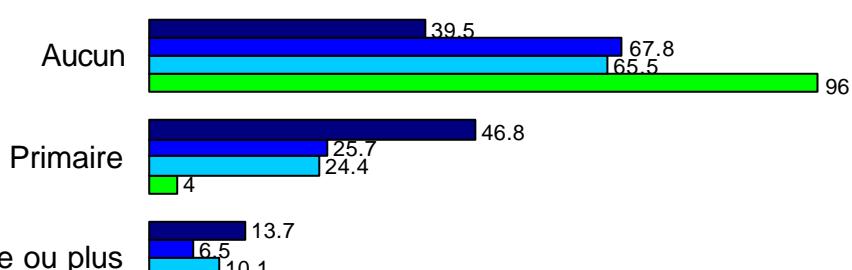
Au total, 16,5 pour cent des femmes interviewées ne connaissent aucun des différents modes de transmission du SIDA.

La proportion des femmes de la tranche d'âge 15 – 19 ans qui ne connaissent aucun de ces modes est de 26,1 pour cent, alors qu'elle n'est que de 16,1 pour les femmes de la tranche d'âge 20 – 49 ans. Par conséquent, les femmes non célibataires âgées de moins de 20 ans auraient 1,62 plus de risque de ne pas connaître les moyens de contracter le SIDA que celles âgées de 20 ans et plus ($p<0,0003$).

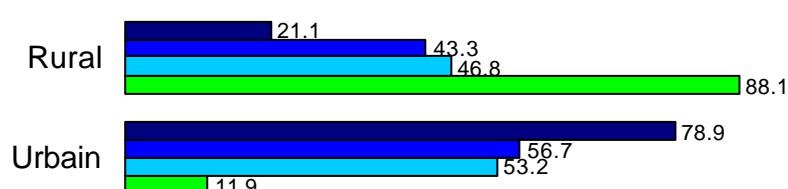
Graphique 9.1

CONNAISSANCE DES MODES DE TRANSMISSION DU SIDA

Niveau d'instruction



Milieu de résidence



Le niveau d'instruction est aussi significativement liée à la connaissance des modes transmission du SIDA. En effet, 22,1 pour cent des femmes analphabètes ignorent ces modes, contre 7,8 pour cent des femmes qui savent lire et/ou écrire et moins de 1 pour cent de celles qui ont dépassé le niveau primaire. Au total, les femmes analphabètes ont 5 fois plus de risque de ne connaître aucun des moyens de contracter le SIDA que celles qui ont un niveau d'instruction ($p<0,0001$).

En ce qui concerne le milieu de résidence, 27,3 pour cent du groupe des femmes du milieu rural ignorent complètement les modes de transmission du SIDA, contre 8,3 pour cent des femmes résidant en milieu urbain ; ce qui fait que le premier groupe de femmes auraient 3,29 fois plus de risque de ne connaître aucun de ces modes que le second groupe ($p<0,0001$).

Il y a une grande disparité entre les différentes régions du pays quant à la proportion des femmes qui ignorent toutes les façons dont on peut contracter l'agent du SIDA. Cette proportion varie de moins de 10 pour cent dans les régions telles que les région du Sahara, Rabat-Salé-Zémour-Zaër, Gand-Casablanca et Fès-Boulmane à plus de 20 pour cent dans les régions de Doukkala-Abda, Tanger-Tétouan, Taza-Al Houceima-Taounate, Gharb-Chrarda, Tadla-Azilal et Chaouia-Ouardigha.

Quand les modes de transmission du SIDA sont connus, ce sont les rapports sexuels qui ont été les plus cités (82,2 %), suivis des injections (16,6 %) et de la transfusion sanguine (11,2 %). Le non usage de condom lors des rapports à risque n'a été mentionné que par 1,3 pour cent des femmes⁵. Les piqûres d'insectes qui sont un faux moyen de transmission, ont été rapportés uniquement par moins de 1 pour cent (0,4 %) des femmes⁶.

⁵ Lors de l'étude réalisée en 1991 (*DELM 1991*), les rapports sexuels comme moyens de transmission du SIDA n'avaient été rapportés que dans 62,1 pour cent, quant aux injections et le non usage de condoms ils n'avaient été cités que dans 10,3 pour cent et 0,1 pour cent des cas respectivement. Par contre, la transfusion sanguine elle avait été rapportée comme moyen de transmission du SIDA dans 26,7 pour cent des cas lors de ladite enquête.

⁶ La fréquence de la croyance en ce mode de transmission augmente en fonction du niveau d'instruction selon une tendance linéaire significative ($p<0,0001$).

Tableau .3 Connaissance des modes de transmission du SIDA

Parmi les femmes non célébataires (15-49) ayant déclaré avoir entendu parler du SIDA, le pourcentage qui connaissent différentes façons d'attraper le SIDA selon des caractéristiques socio démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Rapport sexuel	Utilisation condom	Trans-fusion sanguine	Piqûres			Effectif NSP	Des femmes
				Injections	d'insectes	Autre		
Age de la femme								
15-19	72,3	0,5	5,9	8,0	0,0	6,9	26,1	18
20-34	85,5	1,0	11,1	16,2	0,4	15,2	13,5	364
35+	79,8	1,7	11,8	17,9	0,3	15,9	18,7	388
Nombre de grossesses								
0	81,5	2,0	12,8	19,3	0,5	14,2	16,8	69
1	87,7	1,5	13,2	17,3	0,3	18,3	11,3	136
2-3	87,9	1,9	15,7	23,0	0,7	18,2	11,1	234
4-5	82,5	0,9	11,8	17,3	0,3	14,2	16,4	151
6 ou plus	73,6	0,8	4,9	8,8	0,0	11,6	24,7	176
Niveau d'instruction								
Analphabète	76,4	0,4	4,0	6,8	0,1	9,5	22,1	355
Lire et/ou écrire	91,4	1,1	13,5	24,0	0,3	19,9	7,8	132
Primaire	95,2	2,7	20,5	33,6	0,7	33,6	2,7	50
Préparatoire	98,4	3,9	33,9	49,5	1,0	33,9	0,7	104
Secondaire ou plus	99,2	8,8	58,4	63,9	2,9	36,1	0,8	86
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
Milieu de résidence								
Urbain	90,7	2,1	17,4	26,6	0,5	21,4	8,3	533
Rural	71,0	0,3	3,2	3,7	0,2	7,1	27,3	185
Région								
Laayoune Boujdour SH	96,9	1,0	13,4	17,5	1,0	23,7	3,1	23
Guelmim Smara	95,2	4,8	14,3	19,0	0,0	19,0	4,8	4
Souss Massa Drâa	84,3	0,5	8,5	8,9	0,5	5,4	14,1	27
El gharb chrarda	74,0	2,0	8,5	13,5	0,5	9,5	25,5	22
Chaouia ourdigha	78,3	2,4	9,4	13,0	0,0	9,1	20,5	25
Marrakech Tensift Haouz	79,8	0,0	7,3	7,7	0,2	7,5	18,9	44
Région Orientale	85,7	0,0	13,2	16,8	0,0	8,4	13,6	29
Grand Casablanca	90,2	0,5	15,8	24,7	0,2	40,6	8,0	249
Rabat Salé Zemmour Zaer	93,1	2,3	20,5	39,3	0,3	21,5	6,9	74
Doukkala Abda	67,0	2,0	10,8	8,8	0,0	9,5	28,4	35
Tadla Azilal	75,9	0,9	4,6	9,7	0,5	14,4	23,1	40
Méknès Tafilalet	88,4	2,2	7,5	18,2	0,3	14,7	11,6	61
Fès Boulemane	91,4	2,3	14,0	21,3	0,9	13,6	8,1	35
Taza Al Hoceima Taounate	70,5	0,0	4,5	7,5	0,0	3,7	27,6	14
Tanger Tétouan	71,1	4,5	16,9	22,9	1,5	12,8	28,2	51
Ensemble des femmes	82,2	1,3	11,2	16,6	0,4	15,2	16,5	775
Connaissant le SIDA^a								

^a Les pourcentages sont calculés sur la base des femmes enquêtées et qui ont entendu parler du SIDA, une femme peut déclarer connaître plusieurs modes de transmission du SIDA, autrement dit la somme des pourcentages peut dépasser 100 %.

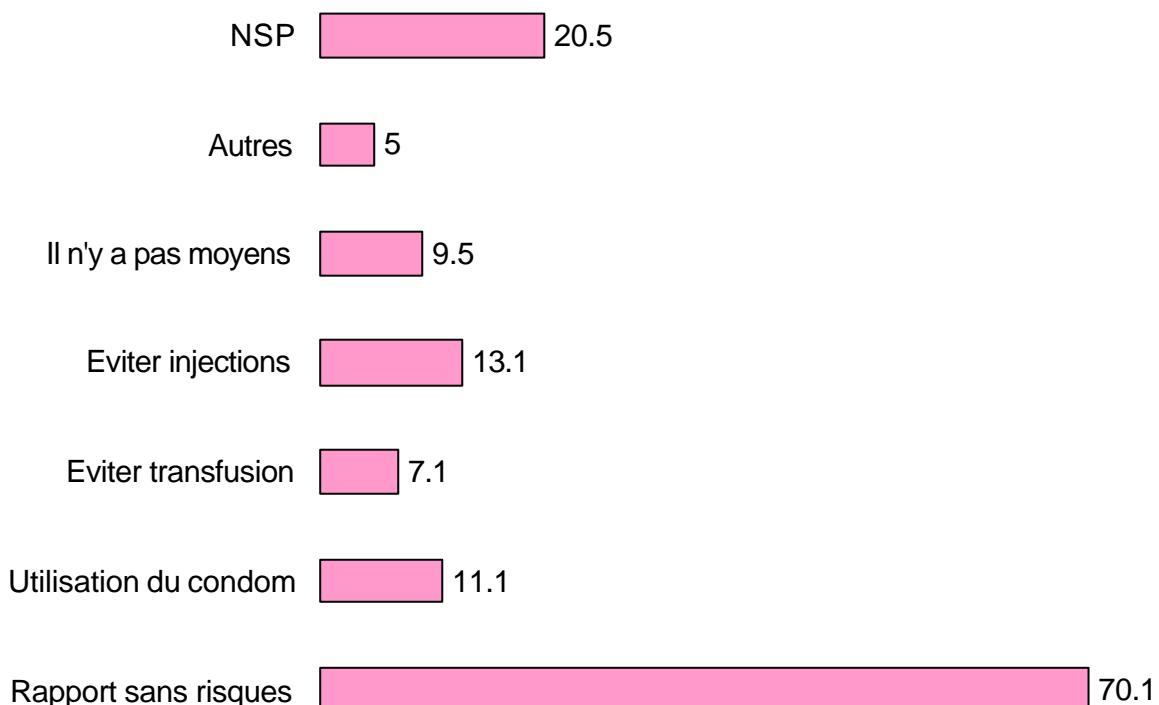
9.4 CONNAISSANCE DES MOYENS DE PREVENTION CONTRE LE SIDA

Le tableau 9.4 présente la distribution en pourcentage des femmes non célibataires âgées de 15-49 ans, ayant déclaré avoir entendu parler du SIDA, et qui connaissent différents moyens de prévention contre le SIDA, par quelques caractéristiques socio démographiques. On constate qu'une femme sur cinq (20,5 %) ne connaît aucun des moyens possibles pour éviter de contracter le virus du SIDA et une femme sur vingt (5 %) est convaincue qu'il n'y a aucun moyen pour se prémunir contre le SIDA.

Comme en ce qui concerne le niveau de connaissances des modes de transmission du SIDA, les femmes de la tranche d'âge 15 – 19 ans, les femmes analphabètes et celles résidant en

Graphique 9.2

CONNAISSANCE DES MOYENS DE PREVENTION CONTRE LE SIDA



milieu rural sont elles qui ignorent le plus les moyens d'éviter de contracter le SIDA. Là aussi, la différence avec les autres femmes est significative et avec à peu près les mêmes niveaux de risque.

Tableau 9.4 : Connaissance des moyens de prévention contre le SIDA

Parmi les femmes non célibataires (15-49) ayant déclaré avoir entendu parler du SIDA, le pourcentage qui connaissent différents moyens de prévention contre le SIDA, par caractéristiques socio démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	Rapport sans risques	Utilisation condom	Eviter trans fusion	Eviter injections	Autre	Il n'y a pas moyen	NSP	Effectif Des femmes
Age de la femme								
15-19	58,5	6,4	2,7	5,9	3,7	5,3	33,0	18
20-34	73,3	11,2	7,0	13,0	8,4	4,2	18,0	364
35 ou plus	68,1	11,5	7,7	13,9	11,1	5,8	21,8	388
Nombre de grossesses								
0	71,8	13,3	7,8	15,3	7,5	4,5	20,5	69
1	77,8	14,3	8,1	13,8	8,7	3,1	15,0	136
2-3	75,2	14,1	10,6	17,7	11,8	4,5	14,4	234
4-5	70,0	10,1	7,2	13,9	10,7	4,6	20,7	151
6 ou plus	60,5	6,6	3,0	7,0	7,4	7,1	29,2	176
Niveau d'instruction								
Analphabète	63,0	4,4	2,4	5,6	6,0	6,7	27,0	355
Lire et/ou écrire	81,0	14,3	8,3	18,7	14,4	2,4	10,7	132
Primaire	86,3	28,1	9,6	21,9	22,6	0,0	3,4	50
Préparatoire	89,6	30,9	22,5	39,4	16,6	0,7	2,9	104
Secondaire ou plus	92,9	48,7	40,8	50,0	21,0	0,8	0,8	86
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
Milieu de résidence								
Urbain	81,2	17,3	11,6	20,5	13,5	2,1	11,1	533
Rural	55,6	3,1	1,4	3,4	4,2	8,9	32,8	185
Région								
Laayoune Boujdour SH	93,8	7,2	8,2	13,4	5,2	2,1	3,1	23
Guelmim Smara	90,5	14,3	9,5	9,5	0,0	0,0	4,8	4
Souss Massa Drâa	72,5	2,1	6,6	8,7	3,1	12,2	14,1	27
El gharb chrarda	56,0	8,0	7,0	11,0	10,0	12,5	29,0	22
Chaouia ourdigha	63,4	11,4	3,1	6,3	6,7	3,5	29,1	25
Marrakech Tensift Haouz	68,0	4,5	4,3	6,4	3,2	7,0	19,8	44
Région Orientale	63,4	6,6	9,9	14,3	3,7	5,5	30,0	29
Grand Casablanca	72,0	23,4	7,8	17,4	39,8	1,2	10,6	249
Rabat Salé Zemmour Zaer	93,1	16,5	18,5	34,3	2,6	0,7	6,3	74
Doukkala Abda	55,6	13,1	3,9	4,6	3,3	4,9	34,6	35
Tadla Azilal	69,4	9,3	1,4	10,6	4,6	2,8	24,5	40
Méknès Tafilalet	86,2	11,9	6,3	16,9	3,8	1,3	12,5	61
Fès Boulemane	87,3	16,3	5,9	14,0	2,3	4,1	8,6	35
Taza Al Hoceima Taounate	46,6	1,5	3,0	5,6	5,2	9,3	41,0	14
Tanger Tétouan	60,5	14,3	13,5	18,8	7,9	3,8	32,7	51
Ensemble des femmes	70,1	11,1	7,1	13,1	9,5	5,0	20,5	775
Connaissant le SIDA^a								

^a Les pourcentages sont calculés sur la base des femmes enquêtées et qui ont entendu parler du SIDA, une femme peut déclarer connaître plusieurs modes de transmission du SIDA, autrement dit la somme des pourcentages peut dépasser 100 %.

Pratiquer des rapports sexuels sans risque est cité comme moyen de prévention du SIDA par 70,1 pour cent des femmes, et l'usage de condoms par 11,1 pour cent des femmes. Eviter les injections ou les transfusions ont été mentionnées respectivement dans 13,1 pour cent et 7,1 pour cent des cas.

Les connaissances des différents moyens de se prémunir contre le SIDA augmente en fonction du niveau d'instruction des femmes. A peine un peu plus de la moitié (55,6 pour cent) des femmes résidant en milieu rural savent que les rapports sexuels sans risque sont un moyen d'éviter de contracter le SIDA et uniquement 3,1 pour cent d'entre elles connaissent le rôle des préservatifs dans cette prévention.

La notoriété des rapports sexuels sans risque comme moyen d'éviter de contracter le virus du SIDA est très basse dans la majorité des régions du pays et particulièrement dans celles de Taza-Al Houceima-Taounate, Dokala-Abda, El Gharb-Chrarda et Tanger-Tétouan.

Quand au rôle des préservatifs dans la prévention du SIDA il est insuffisamment connu par toutes les tranches d'âge, dans les deux milieux, à tous les niveaux d'instruction et dans toutes les régions du pays.

9.5 CLASSIFICATION DES POPULATIONS CIBLES

9.5.1 Méthode Conceptuelle

L'analyse fait précédemment ne permet pas de cibler la population pour des actions plus opérationnelles. En effet, le seul fait d'avoir entendu parler du SIDA ne suffit pas pour connaître ses modes de transmission et les moyens de prévention. Sur la base des trois critères « connaissance du SIDA », « connaissance des modes de transmission » et « connaissance des moyens de prévention », quatre groupes –cibles peuvent être identifiés pour des stratégies d'IEC en matière de SIDA.

Groupe A : les femmes n'ayant jamais entendu parler du SIDA ;

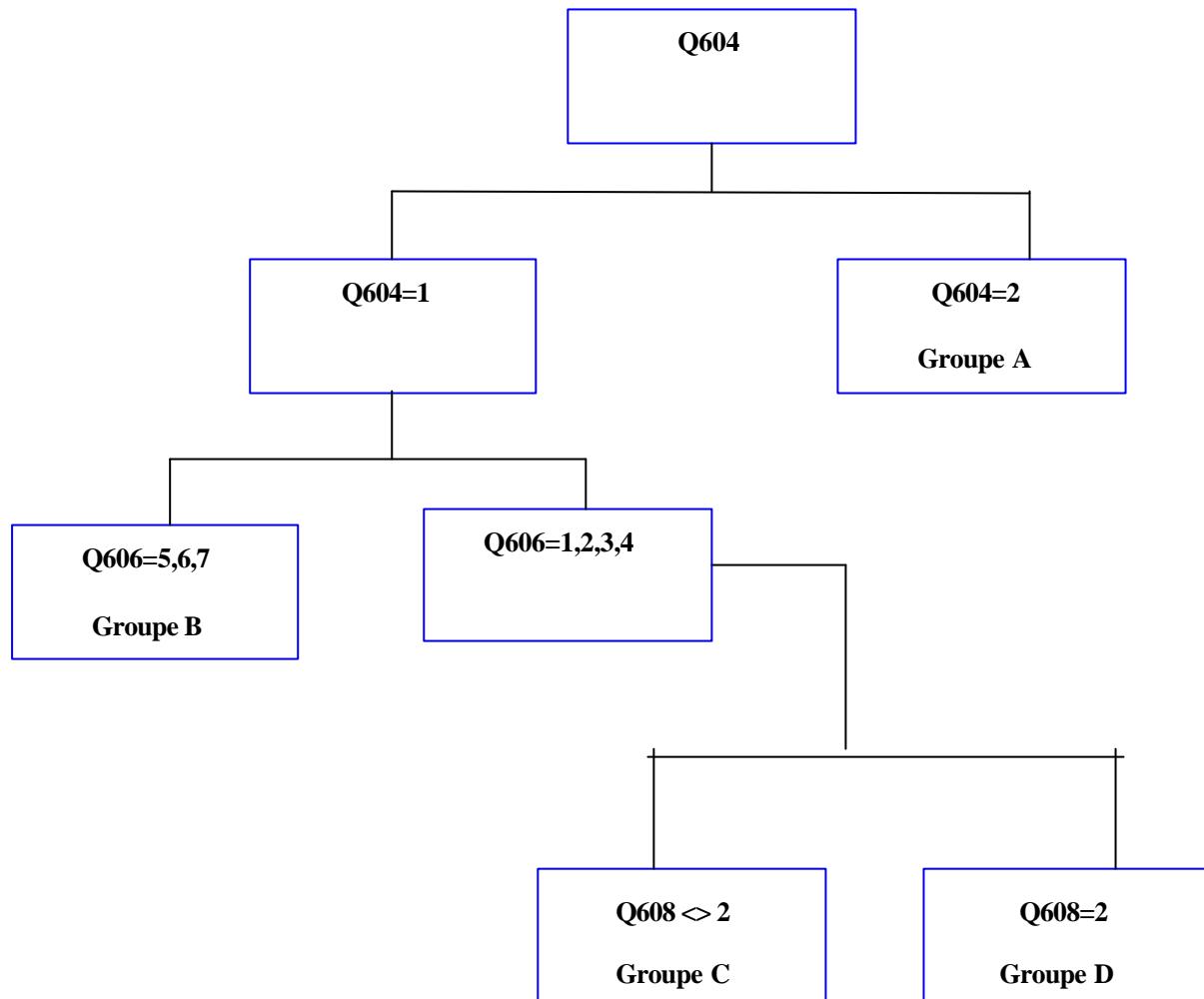
Groupe B : les femmes ayant entendu parler du SIDA mais ne connaissent pas les modes de transmission ;

Groupe C : les femmes ayant une bonne connaissance du SIDA et ses modes de transmission de type sexuel, mais ignorent les moyens de protection ;

Groupe D : les femmes ayant une bonne connaissance du SIDA, ses modes de transmission de type sexuel, et les moyens de protection.

Le schéma ci-après décrit l'organigramme informatique ayant permis d'identifier les quatre groupes cibles de femmes.

Schéma descriptif des groupes cibles



9.5.2 Caractéristiques des groupes cibles

La répartition du nombre total des femmes enquêtées selon cette classification est donnée comme suit : groupe A (17,3 %), groupe B (26,5%), groupe C (52,5%), groupe D (3,7%).

Le tableau 9.5 présente la répartition des femmes âgées de 15-49 ans selon les quatre groupes cibles et par caractéristiques socio démographiques.

Le groupe A est constitué de femmes âgées de plus de 35 ans (48 %), n'ayant aucun niveau d'instruction (96 %), résidant en milieu rural (88,1 %) en particulier dans les régions de Marrakech-Tensift-Al Haouz (16,8 %), Tanger-Tétouan (15,1 %), Taza-Al Hoceima-Taounate (11,8 %).

Les femmes formant le groupe B ont les caractéristiques suivantes: plus de la moitié (53,2 %) vit en milieu urbain, 65,5 pour cent n'ont aucun niveau d'instruction et 24,4 pour cent de niveau primaire, 51,9 pour cent sont âgées de plus de 35 ans, elles résident en particulier dans

Tableau 9.5 : Caractéristiques des groupes cibles

Répartition des pourcentages des femmes âgées de 15-49 ans selon les quatre groupes cibles et par caractéristiques socio démographiques. ENSME, 1997.

Caractéristiques	A	B	C	D	Total
Milieu de résidence					
Urbain	11,9	53,2	56,7	78,9	48,9
Rural	88,1	46,8	43,3	21,1	51,1
Niveau d'instruction					
Aucun	96,0	65,5	67,8	39,5	71,0
Primaire	4,0	24,4	25,7	46,8	22,4
Secondaire ou plus	0,0	10,1	6,5	13,7	6,6
Groupe d'âge					
15-19	7,9	4,6	4,5	4,2	5,1
20-24	14,5	12,5	12,6	20,0	13,2
25-29	14,8	14,7	17,5	13,7	16,1
30-34	14,7	16,4	19,6	17,4	17,8
35-39	20,0	21,8	18,5	18,4	19,6
40-44	13,4	15,9	16,1	13,7	15,5
45-49	14,6	14,2	11,2	12,6	12,6
Région					
Lâayoune-Boujdour-Sakia Hamra	0,1	1,9	2,5	1,6	1,9
Guelmim-Smara	0,0	0,4	0,5	1,1	0,4
Sous Massa Drâa	7,9	6,3	12,7	2,1	9,8
El Gharb-Chrarda-Bni Hssein	3,5	5,4	4,6	2,6	4,6
Chaouia-Ouardigha	2,5	5,6	5,9	10,5	5,4
Marrakech-Tensift-Al Haouz	16,8	8,6	11,7	6,3	11,5
Région Orientale	7,6	4,4	7,7	3,7	6,7
Grand Casablanca	1,2	21,8	10,5	14,7	12,0
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	4,6	6,4	7,6	6,8	6,7
Doukkala-Abda	7,1	8,6	5,9	16,3	7,2
Tadla-Azilal	6,8	6,1	4,6	5,8	5,4
Méknès-Tafilalet	10,8	6,3	8,1	9,5	8,1
Fès-Boulemane	4,2	3,7	5,4	13,7	5,1
Taza-Al Hoceima-Taounate	11,8	6,2	6,8	1,6	7,3
Tanger-Tétouan	15,1	8,4	5,5	3,7	7,8
TOTAL	100	100	100	100	100
Effectifs	883	1351	2676	190	5100

les régions de Grand Casablanca (21,8 %), de Marrakech-Tensift-Al Haouz (8,6 %), de Doukkala-Abda (8,6 %) et de Tanger-Tétouan (8,4 %).

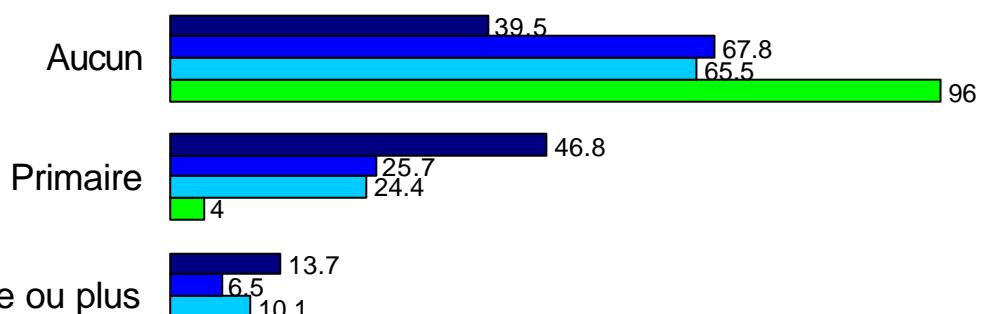
Le groupe cible C (c'est à dire les femmes ayant une bonne connaissance du SIDA et ses modes de transmission de type sexuel, mais ignorent les moyens de protection) est constitué des femmes relativement plus jeunes que celles du groupe B, 56,7 pour cent résident en milieu urbain, 25,7 ont le niveau primaire et 6,5 ont le niveau secondaire ou plus. Les pourcentages les plus élevés de ce groupe cible sont notés dans les régions de Souss-Massa-Drâa (12,7 %), Marrakech-Tensift-Al Haouz (11,7 %), Grand Casablanca (10,5 %), de Méknès-Tafilalet (8,1%) et de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (7,6 %).

Le groupe D comprend 190 femmes dont les caractéristiques peuvent être résumées comme suit : ce sont des femmes citadines (78,9 %), de niveau d'instruction relativement élevé (13,7 % ont le niveau secondaire ou plus), jeunes puisque 37,9 pour cent ont un âge ne dépassant pas 29 ans. Les régions où sont enregistrées les forts pourcentages sont Doukkala Abda (16,3 %), Grand Casablanca (14,7 %), Fès-Boulemane (13,7 %) et Chaouia-Ouardigha (10,5 %).

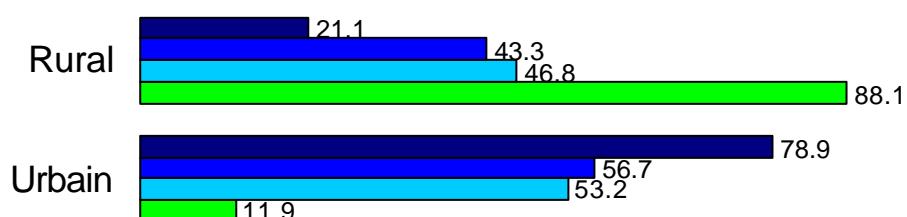
Graphique 9.3

Caractéristiques des groupes cibles

Niveau d'instruction



Milieu de résidence



En guise de conclusion, on peut dire qu'au Maroc, les femmes non célibataires en âge de procréer connaissent peu les principales MST, sauf le SIDA dont la majorité en ont au moins déjà entendu parler.

Les activités de prévention, d'information, d'éducation et de communication de tous les intervenants dans le domaine des MST en général et du SIDA en particulier doivent être bien ciblées et beaucoup plus focalisées sur les jeunes femmes âgées de moins de 20 ans, les femmes analphabètes, celles résidant en milieu rural et d'avantage dans les régions du Nord et de l'Atlas.

CHAPITRE 10

FÉCONDITÉ

Dr Mohamed Ayad¹

L'analyse du changement des niveaux et des différentiels de la fécondité a été l'un des objectifs essentiels pour mener une série d'enquêtes nationales démographiques et de population au Maroc au cours des trois décennies. Les responsables des programmes de population dans le pays accordent un intérêt particulier à la mesure de l'impact de l'utilisation de plus en plus importante de la planification familiale et des autres déterminants proches de la fécondité. L'enquête ENSME est une continuation de cette tradition en fournissant les données nécessaires pour l'étude du comportement de la fécondité au milieu des années 90.

Dans ce chapitre, les niveaux actuels de la fécondité seront présentés, de même que les différentiels et les tendances. Les niveaux de la fécondité cumulée et de la fécondité récente sont examinés à partir des taux de fécondité générale par groupe d'âges quinquennaux. La fécondité cumulée ou parité moyenne est une mesure rétrospective qui se base sur le nombre d'enfants nés vivants, mais qui ne tient pas compte du calendrier avec lequel cette fécondité s'est accomplie. Par ailleurs, le cumul des taux de fécondité du moment par âge fournit l'indice synthétique de fécondité (ISF), ou somme des naissances réduites, qui mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

10.1 QUALITÉ DES DONNÉES

Les données sur la fécondité à partir de l'ENSME sont basées sur une série de questions provenant de deux sources à savoir le questionnaire d'un grand échantillon, et celui auprès d'un échantillon réduit. Dans le questionnaire auprès du grand échantillon, il a été demandé à chaque femme non-célibataire d'indiquer le nombre total de ses enfants vivants et décédés qui étaient nés depuis janvier 1992, une période d'environ cinq ans avant l'enquête. Ensuite, l'enquêtrice reconstituait avec la femme interviewée l'historique tronqué de ses naissances en remontant à janvier 1992, en précisant le nom, la gémellité éventuelle, le sexe, la date de naissance et l'état de survie. Pour les enfants encore en vie, l'enquêtrice enregistrait l'âge, et pour les décédés, elle enregistrait l'âge au décès.

Au niveau du questionnaire de l'échantillon réduit, l'enquêtrice posait, lors de l'interview, tout d'abord des questions sur le nombre total d'enfants par sexe, en distinguant ceux encore en vie de ceux décédés. Puis elle posait des questions sur le nombre de grossesses non parvenues à terme (nombre de morts nés et nombre de fausses couches ou d'avortements). En outre, l'enquêtrice reconstituait avec la femme enquêtée l'historique de ses grossesses, en enregistrant la date de naissance de l'enfant ou la date de perte de la

¹ Coordonnateur régional, Macro International, Inc. Maryland, Etats-Unis d'Amérique

grossesse, la gémellité éventuelle, et l'issue et la durée de la grossesse. Pour les naissances vivantes, l'enquêtrice posait des questions sur le nom, le sexe, et l'état de survie; pour les enfants décédés, elle posait une question sur l'âge au décès.

Malgré toutes les précautions et les vérifications, il n'est pas toujours possible d'éviter totalement certains types d'erreurs inhérentes aux enquêtes rétrospectives, à savoir :

- le sous-enregistrement de naissances ou de grossesses, en particulier l'omission d'enfants en bas âge, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité;
- l'imprécision des déclarations de date de naissance et/ou d'âge, surtout l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, qui peut entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et/ou pour certaines époques.

Afin d'améliorer la qualité des données sur la fécondité, pendant la formation des enquêtrices et la collecte des données, un accent particulier a été mis sur toutes les questions relatives aux naissances. C'est ainsi que, lors de l'interview, l'enquêtrice devait, si possible, vérifier l'information obtenue à partir de documents officiels. Pour l'ensemble des enfants, le mois et l'année de naissance sont connus pour xx %. Pour les enfants nés au cours des cinq dernières années, le mois et l'année de naissance sont connus pour presque xx %. Ces proportions extrêmement élevées sont similaires à celles trouvées en 1992 et 1995 et permettent au lecteur d'apprécier la qualité des données sur la fécondité analysées dans ce chapitre. .

10.2 NIVEAUX ET DIFFÉRENTIELS

La fécondité récente ou la fécondité du moment traduit le niveau de la fécondité pour une période de référence avant l'enquête bien précise. Cette période est généralement de 1, 2, 3, 4 ou 5 années. Dans le cas de l'ENSME, les données portent sur les trois et les cinq années précédant l'enquête.

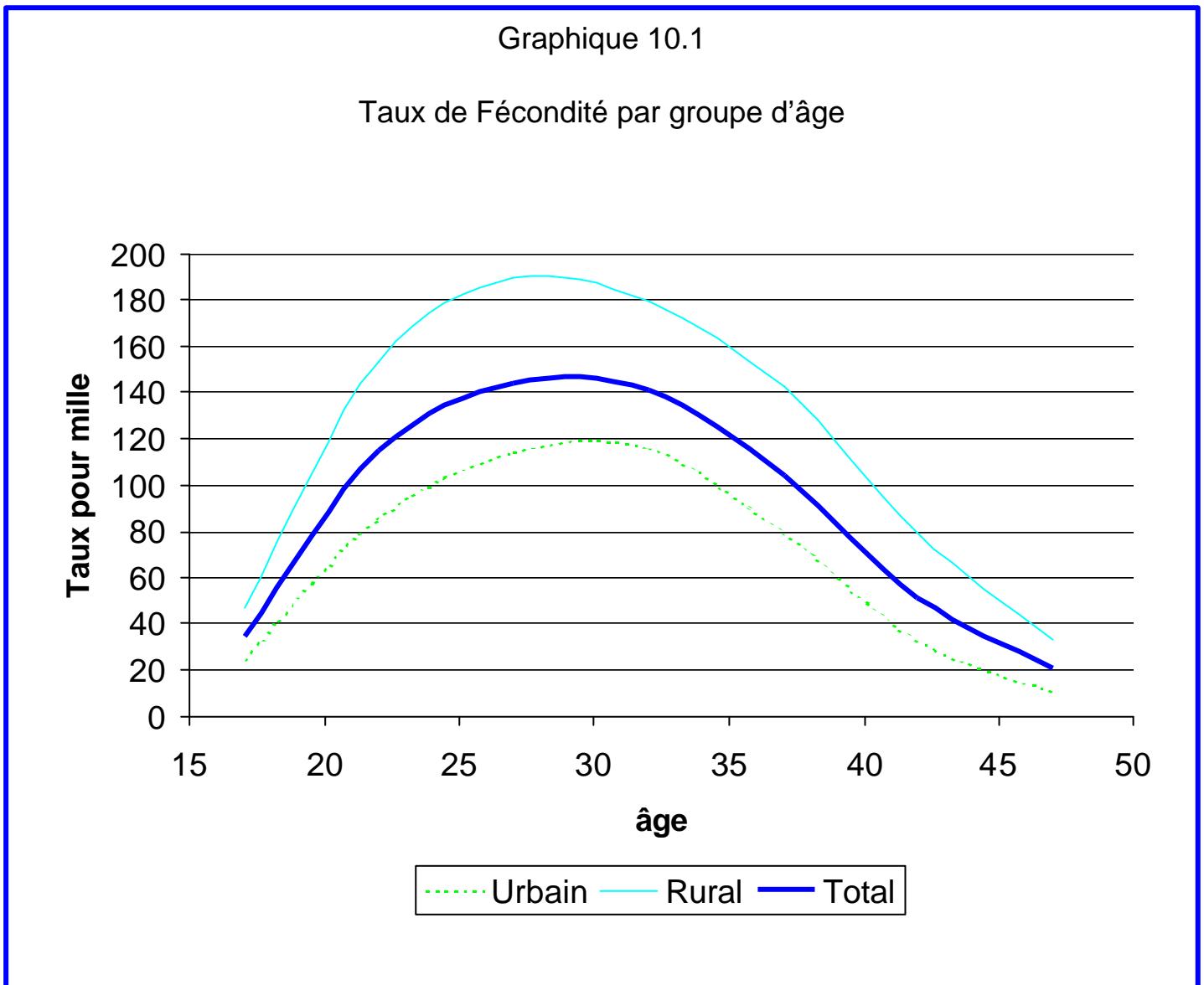
Le tableau 10.1 et le graphique 10.1 présentent les niveaux de fécondité par groupe d'âges pour la période des 3 années précédant l'enquête. Les données proviennent du grand échantillon de l'enquête ENSME. Au niveau national, la courbe des taux de fécondité par âge présente une allure classique caractéristique des pays à fécondité en transition, à savoir une fécondité précoce relativement faible : le taux de fécondité évalué à 35 % à 15-19 ans, atteint 115 % à 20-24 ans. Le taux de fécondité augmente modérément pour

Tableau 10.1: Fécondité actuelle

Taux de fécondité, par âge, indice synthétique de fécondité,(ISF) pour la période des trois années précédant l'enquête, selon le milieu de résidence, ENSME Maroc 1996-1997

Groupe d'âges	Urbain	Rural	Total
15-19	24	47	35
20-24	85	154	115
25-29	114	189	144
30-34	116	179	141
35-39	79	142	104
40-44	33	79	52
45-49	11	33	21
ISF 15-49	2,3	4,1	3,1
ISF 15-44	2,3	4	3

atteindre son maximum à 25-29 ans (144 %) et qui se maintient à des niveaux supérieurs à 100 pour mille jusqu'à 35-39 ans. Au delà de 40 ans, les niveaux sont de nouveau faibles: ils contribuent environ 12 pour cent à la fécondité totale. Par milieu de résidence, la courbe des taux de fécondité par âge présente une allure beaucoup plus «aplatie» en milieu urbain que celle des taux de fécondité en milieu rural. Ceci indique clairement qu'il y a des disparités importantes entre les deux milieux, et que la transition de la fécondité dans le rural est encore à un stade intermédiaire.



L'ISF ou somme des naissances réduites, est un indice de fécondité du moment calculé à partir du cumul des taux de fécondité par âge. Il mesure le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa vie féconde si elle avait, à chaque âge, la fécondité par âge d'une période considérée, ici la période des trois années ayant précédé l'enquête. Au niveau national, l'ISF pour les femmes de 15 à 49 ans s'établit à 3,1 enfants par femme. Il est de 2,3 en milieu urbain, soit 44 % inférieure à l'ISF en milieu rural (4,1).

Le tableau 10.2 fait apparaître des différences importantes selon certaines caractéristiques socio-économiques.

On ne reviendra pas sur les différences de fécondité selon le milieu de résidence déjà commentées plus haut. L'effet de l'instruction sur la fécondité est très nette : les femmes n'ayant aucune instruction ont une fécondité (3,7) plus d'une fois et demi plus élevée que celles du niveau primaire (2,3), et presque deux fois plus élevée que la fécondité des femmes du niveau secondaire (1,9). Pour ce qui est du niveau supérieur, l'ISF est inférieur à 1,6 enfants par femme, ce qui est de loin plus faible que le taux de remplacement.

Au niveau des régions, on peut distinguer trois groupes: le premier ayant un ISF inférieur à 3 enfants par femme, le second ayant un ISF variant entre 3 et 3,4 enfants par femme, et le troisième ayant un ISF de 3,5 ou plus. Le premier groupe dont la fécondité est la plus faible, comprend les zones les plus urbanisées du pays (le Grand Casablanca et Rabat-Salé-Zemmour-Zaër) en plus de la région orientale. Le deuxième groupe dont la fécondité est intermédiaire, comprend la majorité des régions du pays. Le dernier groupe dont la fécondité est la plus élevée comprend les zones du Nord (Tanger-Tétouan et Taza-Al Hoceima-Taounate) en plus des régions de Tadla-Azilal et Doukala-Abda (graphique 10.2).

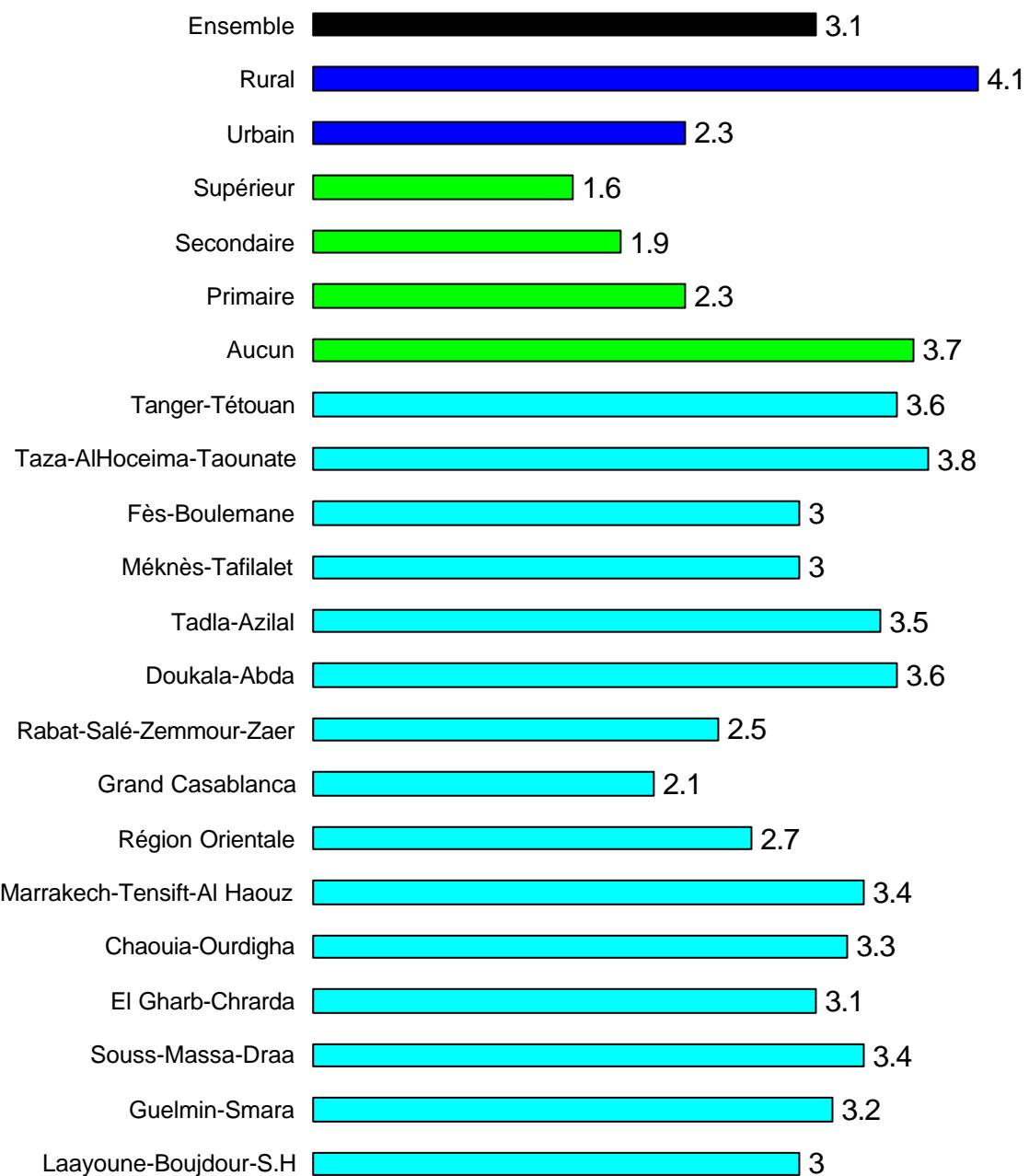
Tableau 10.2: Fécondité par caractéristiques socio démographiques

Indice synthétique de fécondité,(ISF) pour la période des trois années précédant l'enquête, selon le milieu de résidence, ENSME Maroc 1996-1997

Caractéristique	ISF
Milieu de résidence	
Urbain	2,3
Rural	4,1
Région	
Laayoune-Boujdour-S.H	3
Guelmin-Smara	3,2
Souss-Massa-Draa	3,4
El Gharb-Chrarda	3,1
Chaouia-Ouardigha	3,3
Marrakech-Tensift-Al Haouz	3,4
Région Orientale	2,7
Grand Casablanca	2,1
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	2,5
Doukala-Abda	3,6
Tadla-Azilal	3,5
Méknès-Tafilalet	3
Fès-Boulemane	3
Taza-Al Hoceima-Taounate	3,8
Tanger-Tétouan	3,6
Niveau d'instruction	
Aucun	3,7
Primaire	2,3
Secondaire ou plus	1,9
Supérieur	1,6
Ensemble	3,1

Graphique 10.2

Indice synthétique de Fécondité
Selon quelques caractéristiques de la femme



10.3 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Une façon d'étudier la baisse de la fécondité au niveau de l'ensemble du pays est de dégager les tendances de la fécondité en comparant les résultats de l'enquête ENSME de 1996-1997 avec ceux provenant d'autres sources antérieures. Le tableau 10.3 présente les taux de fécondité par âge de la femme et l'indice synthétique selon différentes sources. L'ISF a enregistré une baisse remarquable entre 1962 et 1996-1997: 20 % entre 1962 et 1979-1980 (7 contre 5,6 enfants par femme), et 56 % entre 1962 et 1996-97 (7 contre 3,3 enfants par femme); en d'autres termes, la fécondité marocaine a baissé de plus de moitié en moins de 35 ans. .

Tableau 10.3 Fécondité par âge selon différentes sources

Taux de fécondité, par âge et indice synthétique de fécondité, selon différentes sources.

Groupe d'âges	EOM	ENFPF	ENDPR	ENPS-II	EPPS	ENSME
	1962	1979-80	1986-87	1992	1995	1996-97
15-19	96	85	61	40	35	35
20-24	305	254	161	139	125	115
25-29	311	281	215	183	138	144
30-34	293	215	190	182	146	141
35-39	186	168	158	138	117	104
40-44	107	94	77	86	82	52
45-49	(93)	(22)	(31)	(39)	(18)	(21)
ISF 15-49	6,96	5,6	4,47	4,04	3,31	3,05

Notes : Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1000 femmes;

Les chiffres entre parenthèses représentent des cohortes incomplètes.

Sources :

EOM, 1962; ENDPR, 1986-1987; ENPS-II, 1992 et EPPS, 1995

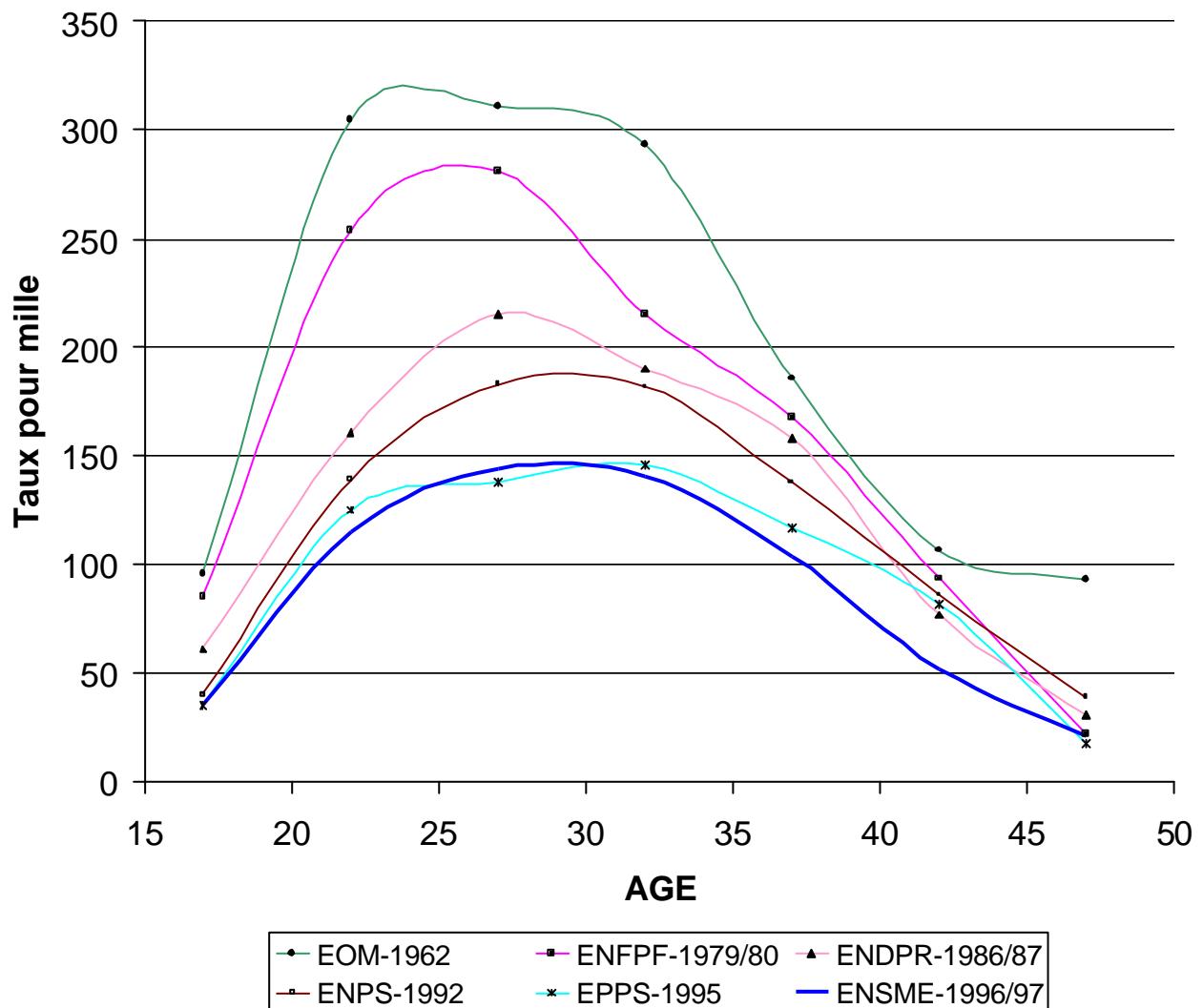
Azelmat et al., 1993, 1996

ENFPF, 1979-1980 : Tabulation spéciale

Pour ce qui est de la structure de la fécondité entre le début des années 1960 et le milieu des années 1990, le même tableau 10.3 et le graphique 10.3 montrent que la décroissance des taux de fécondité intervient à tous les âges. Par exemple, dans la tranche d'âges la plus jeune 15-19 ans, les femmes ont presque trois fois moins d'enfants en 1996-1997 que celles en 1962. Dans les tranches d'âges 20 à 34 ans, les femmes ont entre deux fois et demi moins d'enfants en 1996-1997 qu'en 1962. Quant aux femmes de 35 à 44 ans, la baisse est également importante bien qu'elle soit relativement moins prononcée qu'aux âges les plus jeunes. Ces différences dans le comportement procréateur des femmes marocaines les plus jeunes de 15-24 ans au cours des périodes sont essentiellement dues à l'augmentation de l'utilisation de la contraception. Pour les femmes âgées de 25-44 ans, les différences des taux de fécondité sont dues, à la fois, à la hausse de la prévalence contraceptive et l'élévation de l'âge au mariage (Azelmat et al., 1993).

Graphique 10.3

**Fécondité par âge selon
Différentes sources**



CHAPITRE 11

NUPTIALITE

Mr Ahmed Noujai, Abdellatif Lfarakh¹

Ce chapitre étudie l'exposition à la primo-nuptialité, soit un facteur qui compte parmi les déterminants de la fécondité puisqu'il marque le passage à la vie de procréation en l'absence de contraception, surtout dans les sociétés musulmanes. Le phénomène de polygamie ainsi que les mariages consanguins selon quelques caractéristiques socio-démographiques sont traités par la suite et avant d'examiner le degré de stabilité des premières unions et la fréquence des remariages. Mais au préalable, la répartition de la population selon le sexe et l'état matrimonial sera présentée.

11.1 ETAT MATRIMONIAL

Les informations sur la situation matrimoniale au moment de l'ENSME 1997, ont été demandées aux personnes de 15 ans et plus. Les résultats obtenus sont présentés selon l'âge et le sexe dans le tableau 11.1. Il en ressort que sur 100 hommes, près de 56 (i.e. 55,8) déclarent avoir été mariés au moins une fois, soit une proportion qui peut être décomposée en une majorité de 54,2 pour cent d'hommes mariés pour la première fois ou remariés; d'environ 1 pour cent de veufs et 0,6 de divorcés. Le reste des hommes sont encore célibataires au moment de l'enquête, soit 44,1 pour cent, proportion qui croît avec l'âge.

La répartition des femmes selon la situation matrimoniale diffère de celle des hommes, car ces derniers se marient généralement à des épouses plus jeunes. Aussi, constatons-nous des proportions de célibataires plus élevées pour le sexe masculin que pour le sexe féminin. A l'opposé, les proportions des divorcées (2,5 %) et des veuves (9,7 %) sont élevées comparées à celles correspondant aux hommes, et ce en raison du remariage plus fréquent chez les hommes et de la polygamie et de la surmortalité du sexe masculin.

Le même tableau et le graphique 11.1 montrent que la proportion de femmes célibataires diminue avec l'âge. De 87 pour cent entre 15 et 19 ans, elle diminue à 24 pour cent aux âges de forte fécondité (30-34 ans), pour devenir faible (3,4 %) vers la fin de vie générifique (45-49 ans). Corrélativement, la proportion des mariées est une fonction croissante de l'âge, jusqu'au groupe d'âges 45-49 ans, à partir duquel elle baisse en raison de la dissolution d'union, par veuvage principalement.

Comparées aux données d'autres sources, les résultats de l'ENSME de 1997 montrent que les proportions de célibataires de sexe féminin qui semblaient se stabiliser chez les femmes âgées de 15-19 ans, constat qui était valable pour les groupes de femmes de 20 à 29 jusqu'à 1994, mais plus actuellement. En effet, entre 1994 et 1997 les proportions de célibataires ont augmenté substantiellement au point que, sur dix femmes atteignant près de 30 ans, (25-29 ans), quatre sont encore célibataires (Tableau 11.2).

¹ Directeur du Centre d'Etudes et de Recherches démographiques, Rabat; Chercheur démographe au même centre.

Tableau 11.1 : Etat matrimonial de la population de 15 ans ou plus

Répartition (en %) par sexe de la population (15 ans et plus) selon l'âge et l'état matrimonial, ENSME, Maroc 1997.

HOMME						
Groupe d'âges	célibataire	Marié	Veuf	Divorcé	N.D	Effectif
15-19	98,90	0,90	0,20	0,00	0,00	2 000
20-24	89,10	10,46	0,06	0,19	0,19	1 615
25-29	64,56	34,58	0,00	0,78	0,08	1 281
30-34	35,54	62,98	0,28	1,20	0,00	1 086
35-39	14,71	83,53	0,20	1,57	0,00	1 020
40-44	3,91	94,85	0,45	0,78	0,00	894
45-49	1,79	97,47	0,45	0,15	0,15	671
50-54	1,36	97,47	0,58	0,58	0,00	514
55-59	0,67	98,44	0,67	0,22	0,00	449
60-64	0,45	96,88	1,79	0,67	0,22	448
65-69	0,75	96,27	2,24	0,75	0,00	402
70+	0,83	86,94	11,07	1,16	0,00	605
Tous âges	44,12	54,24	0,97	0,61	0,05	10 985
FEMME						
Groupe d'âges	célibataire	Mariée	Veuve	Divorcée	N.D	Effectif
15-19	87,31	12,22	0,05	0,42	0,00	2 135
20-24	60,82	37,18	0,06	1,94	0,00	1 802
25-29	41,12	54,80	0,62	3,46	0,00	1 447
30-34	24,58	70,06	1,36	4,00	0,00	1 249
35-39	11,52	80,46	3,58	4,44	0,00	1 172
40-44	6,96	82,72	6,17	4,15	0,00	891
45-49	3,42	85,33	8,12	3,13	0,00	702
50-54	0,34	78,52	18,29	2,85	0,00	596
55-59	0,50	73,88	22,81	2,81	0,00	605
60-64	0,39	58,45	40,78	0,39	0,00	515
65-69	0,00	52,26	46,13	1,61	0,00	310
70+	0,59	24,12	73,53	1,57	0,20	510
Tous âges	34,30	53,45	9,69	2,55	0,01	11 934
TOTAL						
Groupe d'âges	célibataire	Marié(e)	Veuf(ve)	Divorcé(e)	N.D	Effectif
15-19	92,91	6,75	0,12	0,22	0,00	4 135
20-24	74,19	24,55	0,06	1,11	0,09	3 417
25-29	52,13	45,31	0,33	2,20	0,04	2 728
30-34	29,68	66,77	0,86	2,70	0,00	2 335
35-39	13,00	81,89	2,01	3,10	0,00	2 192
40-44	5,43	88,80	3,31	2,46	0,00	1 785
45-49	2,62	91,26	4,37	1,68	0,07	1 373
50-54	0,81	87,30	10,09	1,80	0,00	1 110
55-59	0,57	84,35	13,38	1,71	0,00	1 054
60-64	0,42	76,32	22,64	0,52	0,10	963
65-69	0,42	77,11	21,35	1,12	0,00	712
70+	0,72	58,21	39,64	1,35	0,09	1 115
Tous âges	39,01	53,83	5,52	1,62	0,03	22 919

Graphique 11.1

Etat matrimonial des femmes selon l'âge

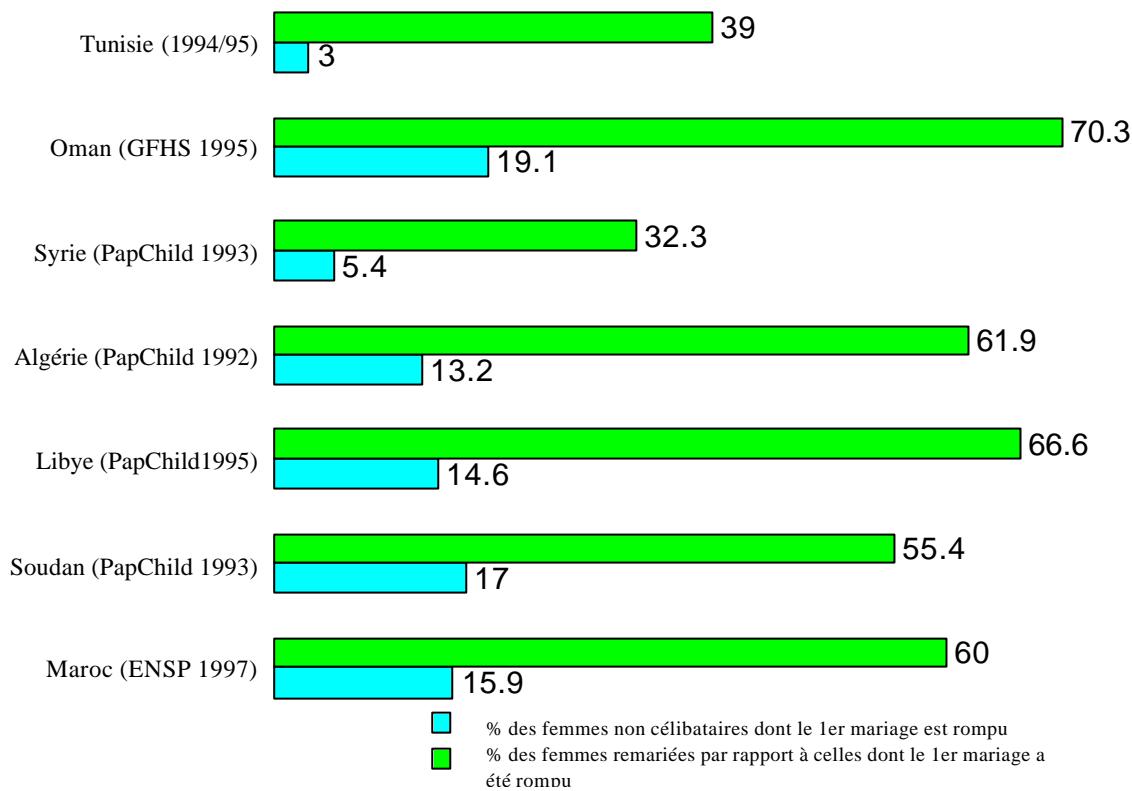


Tableau 11.2 : Femmes célibataires selon différentes sources

Pourcentage de femmes célibataires par groupes d'âge selon différentes sources: 1960 à 1997, Maroc.

Groupe d'âges	Recensement 1960 ⁺	Recensement 1971 ⁺	Recensement 1982 ⁺	ENPS-1 1987 ⁺⁺	ENPS-II 1992 ⁺⁺	Recensement 1994 ⁺	ENSME 1997
15-19	41,2	70,2	81,5	87,2	87,5	87,2	87,31
20-24	6,0	20,4	40,4	55,3	56,0	55,6	60,82
25-29	2,3	6,0	17,0	24,8	34,3	35,1	41,12
30-34	1,6	3,0	6,3	10,0	13,9	18,3	24,58
35-39	1,3	2,4	2,0	5,4	6,7	9,2	11,52
40-44	1,4	2,4	1,0	1,9	2,6	5,0	6,96
45-49	1,5	2,7	0,8	1,2	0,4	2,1	3,42

Sources: ⁺ Direction de la Statistique,[1961]; [1973][1983] et [1996]; ⁺⁺ Azelmat et al.,[1989] et [1993].

Selon le milieu de résidence, le tableau 11.3 montre que la proportion de célibataires est, d'une part, supérieure en milieu urbain qu'en milieu rural et, d'autre part, plus élevée chez les hommes que chez les femmes ce qui confirme que l'entrée en première union reste moins précoce dans les villes relativement aux campagnes et plus tardif chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 11.3: Célibataires par sexe et milieu

Pourcentage de célibataires par âge et sexe selon le milieu de résidence, ENSME, Maroc 1997.

Groupe d'âges	Hommes		Femmes	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural
15-19	99,7	98,1	93,0	82,4
20-24	94,6	83,9	69,7	51,6
25-29	76,5	51,7	49,4	31,5
30-34	46,5	22,5	29,6	17,9
35-39	19,9	8,3	15,8	6,1
40-44	5,6	2,0	6,7	7,3
45-49	2,8	0,4	5,3	1,5
15 ans et +	48,1	40,1	38,0	30,4

11.2 CALENDRIER DE LA PRIMO-NUPTIALITE

L'entrée en première union est une étape transitoire de la vie qui peut être étudiée à travers la distribution par âge des personnes non célibataires d'une part, et d'autre part à travers la proportion de ceux qui finissent par se marier. Le premier indicateur mesure le calendrier de la primo nuptialité et le deuxième son intensité.

Afin d'étudier le calendrier de la primo-nuptialité et sa variation selon différentes cohortes, les données relatives à la date du premier mariage provenant de l'enquête individuelle femme ont été liées aux données sur l'état matrimonial obtenues à partir de l'enquête ménage. Les résultats sont présentés dans le tableau 11.4. qui donne les proportions cumulées des femmes non célibataires selon leur âge au premier mariage.

Tableau 11.4: Calendrier de primo nuptialité

Proportions cumulées (pour mille) des femmes non célibataires selon leur âge au premier mariage et le groupe d'âges au moment de l'enquête. ENSME, 1997.

Age au 1 ^{er} mariage	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
15	16	32	37	57	92	112	177
16	36	64	67	106	155	178	252
17	68	107	124	166	239	275	343
18	102	157	190	243	358	370	450
19	121	215	261	318	446	467	542
20		273	316	377	528	542	638
21		320	375	433	590	606	691
22		351	426	491	630	666	754
23		378	467	544	671	712	794
24		391	509	578	695	744	839
25			529	614	723	774	863
26			554	643	761	802	881
27			571	665	786	826	895
28			584	689	803	844	915
29			588	715	821	857	933
30				727	838	869	936
31				737	850	879	942
32				745	858	892	945
33				750	868	896	948
34				752	875	902	949
35					877	910	955
36					882	917	957
37					884	922	960
38					884	925	961
39					885	928	962
40						928	964
41						929	964
42						930	964
43						930	964
44						930	965
45							965

Il convient tout d'abord de noter que l'information sur l'âge au mariage ne peut être disponible que pour les femmes non célibataires au moment de l'enquête, et de ce fait elle est incomplète (ne reflétant pas l'expérience des femmes qui se marieront plus tard).

En comparant la distribution des proportions des femmes non célibataires par âge entre différentes groupes de cohortes d'âge, on remarque une tendance vers l'entrée tardive en première union et, en parallèle, un étalement de premier mariage à travers un intervalle d'âge plus large, comme c'est indiqué

par la diminution des proportions des femmes qui se marient aux jeunes âges. Ainsi le pourcentage de celles qui se sont mariées avant d'atteindre 26 ans a chuté de plus de 861 pour mille parmi les femmes actuellement âgées de 45-49 ans à 529 pour mille pour celles âgées de 25-29 ans au moment de l'enquête. De même, cette proportion a diminué, encore plus, parmi les femmes mariées à l'âge exact de 20 ans; de 638 pour mille parmi les cohortes de femmes actuellement âgées de 45-49 ans à 273 pour mille parmi celles de la cohorte d'âges 20-24 ans.

La baisse rapide des mariages d'adolescentes est plus frappant: 45 pour cent des femmes âgées de 45-49 ans au moment de l'enquête étaient déjà mariées à l'âge exact de 18 ans, alors que cette proportion n'est plus que de 19 pour cent pour celles de 25-29 ans et seulement de près de 16% pour celles âgées de 20-24 ans.

Cet important recul de la précocité du mariage se traduit par une augmentation des âges médian au premier mariage qui indique l'âge auquel la moitié des femmes ont déjà contracté leur premier mariage. Selon le tableau 11.5 et pour l'ensemble des marocaines de 25-49 ans au moment de l'enquête, il est de 21,1 ans. Il était de 18,8 ans selon l'ENPS-II de 1992 et de 20,2 ans selon l'EPPS de 1995, soit une tendance vers l'entrée tardive en premier mariage. Cette évolution est confirmée en passant des anciennes générations aux plus jeunes. A titre d'exemple, la moitié des femmes de 45-49 ans au moment de l'enquête se sont mariées pour la première fois avant de dépasser 18,5 ans. Cette âge a augmenté progressivement pour atteindre 23,8 ans chez les femmes âgées de 25-29 ans.

Le Tableau 11.5 présente également les proportions de femmes déjà entrées en union à différents âges. Ainsi, pour l'ensemble des femmes de 25-49 ans, on constate que la proportion de celles qui se marient tôt, avant de dépasser 15 ans, est de 8 pour cent. Cette proportion est beaucoup plus importante pour celles qui étaient déjà mariées en atteignant 18 ans: 28,9 pour cent.

Tableau 11.5 : Ages exacts à la première union

Pourcentage de femmes non-célibataires aux âges exacts 15, 18, 20, 25 ans, et âge médian au premier mariage, par âge actuel, ENSME, Maroc 1997

Groupe d'âges	Pourcentage de femmes déjà en première union à l'âge exact:					Effectif	Age médian Au 1 ^{er} Mariage
	15	18	20	22	25		
15-19	1,6	NA	NA	NA	NA	2 135	a
20-24	3,2	15,7	27,3	NA	NA	1 802	a
25-29	3,7	19,0	31,6	42,6	52,9	1 447	23,8
30-34	5,7	24,3	37,7	49,1	61,4	1 249	22,2
35-39	9,2	35,8	52,8	63,0	72,3	1 172	19,7
40-44	11,2	37,0	54,2	66,6	77,4	891	19,4
45-49	17,7	45,0	63,8	75,4	86,3	702	18,5
20-49	6,8	25,4	39,2	49,2	57,9	7 263	-
25-49	8,0	28,9	43,6	54,4	64,7	5 461	20,8

NA : Non applicable

a : Non calculé parce que moins de 50 pour cent des femmes du groupe d'âges x,x+4 sont mariées à l'âge x

Les pourcentages correspondant observés lors de l'ENPS-II de 1992 sont plus élevés: respectivement 10,5 pour cent et 34,5 pour cent, ce qui montre une modification du calendrier de la nuptialité vers la baisse des mariages précoces, évolution constatée également au niveau des proportions de femmes déjà mariées à différents groupes d'âges.

Par milieu de résidence, de fortes variations du calendrier de la primo-nuptialité persistent. Ainsi, si l'âge moyen au premier mariage (estimé par la méthode de Hajnal) est de 26,3 ans au niveau national, il varie entre 27,8 ans en villes et 24,7 ans dans les campagnes.

Il en est de même pour l'âge médian au 1^{er} mariage qui, comme le montre le tableau 11.6, est beaucoup plus élevé chez les citadines que parmi les résidentes en milieu rural: 22,4 ans contre 19,4 ans, soit une évolution plus rapide en milieu urbain qu'en milieu rural en comparaison aux données de l'ENPS-II de 1992 (19,5 ans en milieu urbain et 18,4 ans en milieu rural parmi les femmes de 25-49 ans).

Tableau 11.6: Age médian au premier mariage

Age médian au premier mariage des femmes de 25-49 ans par groupe d'âges actuels selon le milieu de résidence, ENSME, Maroc 1997

Milieu de résidence	Groupe d'âges					Femmes 25-49
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Urbain	27,1	24,9	21,9	20,6	18,1	22,4
Rural	21,8	20,5	18,6	18,4	18,9	19,4
Ensemble des femmes	23,8	22,2	19,7	19,4	18,5	20,8

Les transformations du calendrier de la nuptialité peuvent être également illustrées à travers l'évolution des âges auxquels certaines proportions de cohortes d'âges successives étaient mariées. Le tableau 11.7 montre les âges auxquels 10, 25, 50 et 75 pour cent du nombre initial des femmes de chacune des sept groupes d'âges en question a été marié pour la première fois. Il présente également l'intervalle inter-quartile obtenu par soustraction du premier et troisième quartile. Il indique combien la distribution par âge de la primo-nuptialité a changé, en se traduisant par des changements touchant, à la fois, l'entrée précoce et celle tardive en première union, particulièrement pour les cohortes nées après 1967. Ainsi l'âge correspondant au premier quartile était de 16 ans chez les femmes de 45-49 ans au moment de l'enquête, mais de 18 ans pour celles du groupe d'âge 30-34 ans et de près de 20 ans (19,6 ans) pour la cohorte la plus jeune, 20-24 ans. De même, l'âge correspondant au troisième quartile a augmenté de près de 22 ans à environ 33 ans respectivement pour les groupes d'âges 45-49 ans et 30-34 ans. Les valeurs de l'intervalle inter-quartile confirment la tendance vers l'étalement de la période d'entrée en première union. En effet cet intervalle s'est allongé de 6 ans pour la cohorte d'âge 45-49 ans à 15 ans pour celle de 30-34 ans.

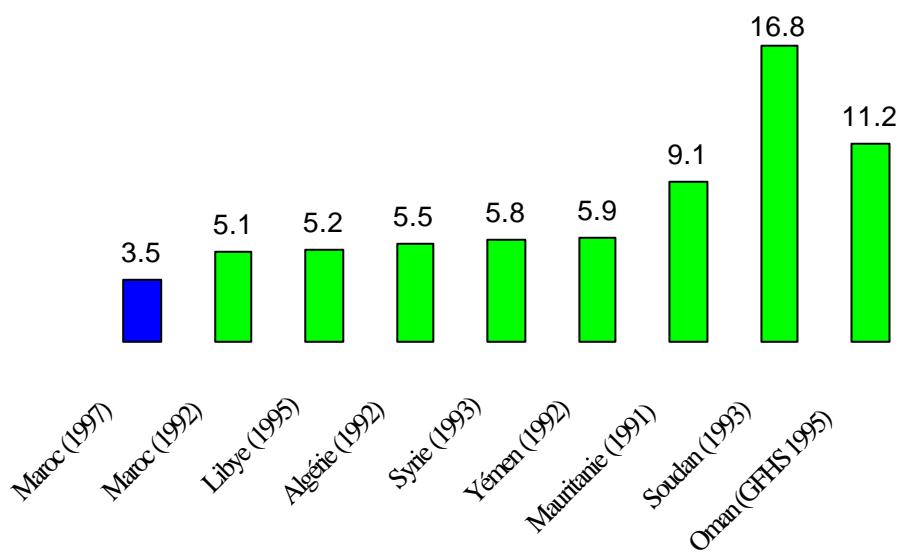
Tableau 11.7: Ages auxquels 10, 25, 50 et 75 pour cent des femmes (20-49 ans) sont déjà mariées selon le groupe d'âges au moment de l'enquête, ENSME, 1997.

Groupe d'âges actuels	Pour cent non-célibataires				
	10%	25%	50%	75%	Inter-quartile
20-24	16,8	19,6	-	-	-
25-29	16,6	18,8	23,8	-	-
30-34	15,9	18,1	22,2	33,1	15,0
35-39	15,1	17,1	19,7	25,7	8,6
40-44	14,8	16,7	19,4	24,2	7,4
45-49	13,6	16,0	18,5	21,9	6,0
Total	16,0	18,3	25,3	-	-

11. 3 POLYGAMIE

Le tableau 11.8 présente parmi les femmes mariées au moment de l'enquête celles déclarant que leur mari avait une ou plusieurs autres épouses selon l'âge actuel, le milieu de résidence et le niveau d'instruction. Au niveau de l'ensemble, la proportion de femmes vivant en union polygame a diminué

Graphique 11.2
Pourcentage de femmes actuellement mariées en union polygame dans quelques pays arabes



relativement à celle observé en 1992: 3,5 pour cent et 5,1 pour cent respectivement. Le niveau de la polygamie au Maroc est donc plus bas que dans d'autres pays arabes comme le montre le graphique suivant²:

Selon le milieu de résidence, et comme constaté par l'ENPS-II de 1992, la polygamie ne semble pas varier entre le milieu urbain et le milieu rural (3,4 % et 3,5 %). Au contraire, le niveau d'instruction est une variable discriminante: 4,2 pour cent des femmes sans niveau d'instruction vivent en union polygame contre 2,0 pour cent pour celles ayant le niveau primaire et seulement 0,7 pour cent pour celles de niveau secondaire ou plus. En comparaison aux données de l'ENPS de 1992, on constate que la polygamie a surtout diminué chez les femmes ayant été scolarisées, puisque ces proportions étaient respectivement de 5,5 pour cent, 4,0 pour cent et 3,7 pour cent.

Tableau 11.8 :Polygamie

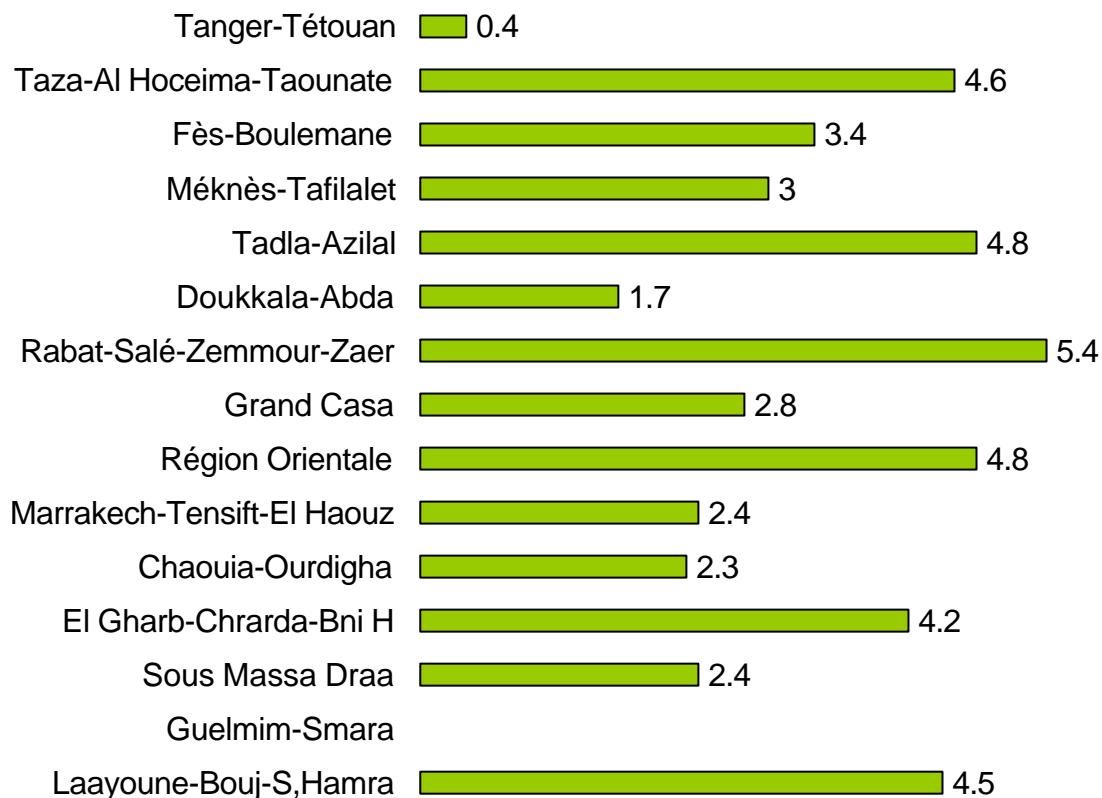
Pourcentages de femmes actuellement mariées en union polygame par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge actuel. ENSME, Maroc 1997.

Caractéristiques	Age de la femme							Tous âges
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence								
Urbain	4,6	0,8	1,7	2,9	4,0	5,0	4,9	3,4
Rural	0,5	1,3	3,4	3,8	4,6	4,9	5,3	3,5
Niveau d'instruction								
Aucun	1,1	1,8	3,5	3,6	5,0	6,0	5,8	4,2
Primaire	3,1	0,0	1,0	3,5	2,6	2,6	3,0	2,0
Secondaire ou plus	0,0	0,0	0,0	1,2	1,4	0,0	0,0	0,7
Total	1,6	1,1	2,6	3,3	4,3	5,0	5,1	3,5

Le graphique ci-après montre l'existence de différences importantes entre les niveaux de polygamie des régions. Ainsi l'on trouve des régions où la polygamie semble en voie de disparition comme Tanger-Tétouan, Guelmim-Smara ou Doukala-Abda et d'autres où elle est relativement non négligeable: Rabat-Salé-Zemmour-Zaer, la région Orientale et Tadla-Azilal.

² Les sources de ces données proviennent des enquêtes PAPCHILD des pays concernés, sauf pour Oman où il s'agit de Gulf Family Health Survey 1995.

Graphique 11.3
Pourcentage de femmes actuellement mariées en union polygame



11.4 MARIAGE AVEC DES PERSONNES APPARENTÉES

Le mariage avec des personnes apparentées, ou endogamie familiale, tend à diminuer. Il était de 33 pour cent selon l'ENPS-I de 1987, et de 29,4 pour cent selon l'ENSME de 1997, soit pratiquement la même proportion que celle observée pour les premiers mariages lors de l'Enquête Nationale sur la Famille de 1995 (29 %). Il est moins prépondérant que dans d'autres pays arabes (graphique 11.4).

Par caractéristiques socio-économiques, des différences significatives existent. Par exemple, le mariage avec le cousin germain est plus important en milieu rural qu'en milieu urbain: 22 pour cent contre 16 pour cent. Sa fréquence parmi les femmes sans niveau est double de celle enregistrée parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus: 20,9 pour cent contre 9,5 pour cent. L'âge au premier mariage semble également discriminant dans la mesure où l'endogamie familiale est élevée parmi les femmes qui se sont mariées jeunes (moins de 20 ans) comparées à celles qui ont entré en première union plus tard (tableau 11.9). Par contre ni la durée de mariage ni la cohorte d'âge ne semble discriminant à cet égard.

Tableau 11.9: Caractéristiques des femmes en union polygame

Proportion des femmes non célibataires en union polygame selon certaines caractéristiques socio-démographiques. ENSME, 1997.

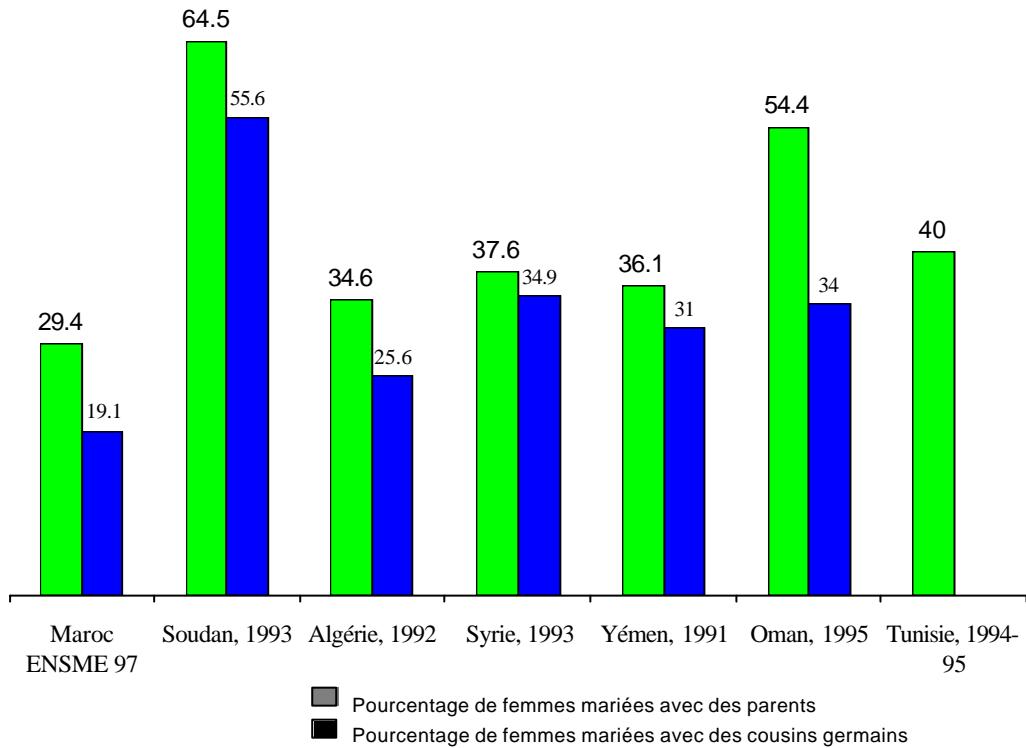
	Lien avec le conjoint				Effectif de Femmes
	Cousin germain	Autre relation	Sans lien	Total	
Milieu de résidence					
Urbain	16,1	9,9	74,0	100,0	2492
Rural	22,0	10,6	67,4	100,0	2608
Age					
<30	21,0	10,4	68,6	100,0	1754
30-39 ans	17,3	10,2	72,5	100,0	1911
40 et plus	19,1	10,3	70,6	100,0	1435
Age au mariage					
<15	21,1	11,7	67,2	100,0	1209
15-19	20,0	11,4	68,5	100,0	1665
20-24	17,0	7,1	75,8	100,0	898
25 et plus	10,8	8,0	81,2	100,0	463
Durée de mariage					
<10	19,3	9,0	71,7	100,0	1926
10-19	18,7	10,5	70,8	100,0	1624
20 et +	19,2	11,6	69,2	100,0	1550
Niveau d'instruction					
Sans niveau	20,9	11,2	67,9	100,0	3623
Primaire	16,0	8,3	75,6	100,0	1141
Secondaire et plus	9,5	6,8	83,6	100,0	336
Ensemble	10,3	19,1	70,6	100,0	5100

11.4 DISSOLUTION D'UNION ET REMARIAGE

La rupture d'union par divorce ou veuvage contribue à diminuer la possibilité de procréation, à moins qu'elle est suivie d'un remariage. Ce dernier dépend de plusieurs facteurs dont l'âge de la femme, le nombre d'enfants qu'elle a eu et la raison de la dissolution de son union. Dans cette section, nous étudierons successivement le statut du premier mariage et la prévalence du remariage.

Le tableau 11.10, qui présente le pourcentage des femmes non-célibataires selon l'état de son premier mariage par caractéristiques socio-économiques, indique que sur 10 femmes non célibataires au moment de l'enquête, 9 n'ont conclu qu'un seul mariage, soit la quasi-totalité.

Graphique 11.4
Proportion de femmes non célibataires
Selon le lien de parenté avec le conjoint
Comparaison avec pays arabes



Cette proportion qui diminue avec l'âge et augmente avec le niveau d'instruction est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

Le complément de cette proportion, est le pourcentage des femmes qui se sont remariées. Elle est en baisse constante: 32 pour cent selon l'Enquête à Objectifs Multiples de 1961-63, 15,8 pour cent selon l'enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale de 1979-80, 14,6 pour cent selon l'Enquête Nationale sur la Famille et seulement 9,6 pour cent selon l'ENSME de 1997. Cette tendance doit être interprétée à la lumière de l'évolution de la rupture d'union.

Tableau 11.10 : Pourcentage des femmes non-célibataires selon l'état de son premier mariage par caractéristiques socio-démographiques, ENSME, 1997

Caractéristiques	Proportion des femmes		% des femmes remariées par rapport à celles dont le 1 ^{er} mariage a été rompu
	mariée une seule fois	dont le 1 ^{er} mariage est rompu	
Groupe d'âges			
15-19	98,5	4,2	36,4
20-24	96,9	7,6	41,2
25-29	94,6	11,4	46,8
30-34	91,9	14,1	57,8
35-39	87,8	18,9	64,0
40-44	84,6	22,8	66,7
45-49	84,2	24,3	65,0
Milieu de résidence			
Urbain	90,9	17,4	52,0
Rural	89,9	14,5	69,2
Niveau d'instruction			
Sans instruction	88,8	16,6	66,8
Primaire	93,6	14,6	43,1
Secondaire ou plus	96,7	11,9	27,5
Total	90,4	15,9	60,0

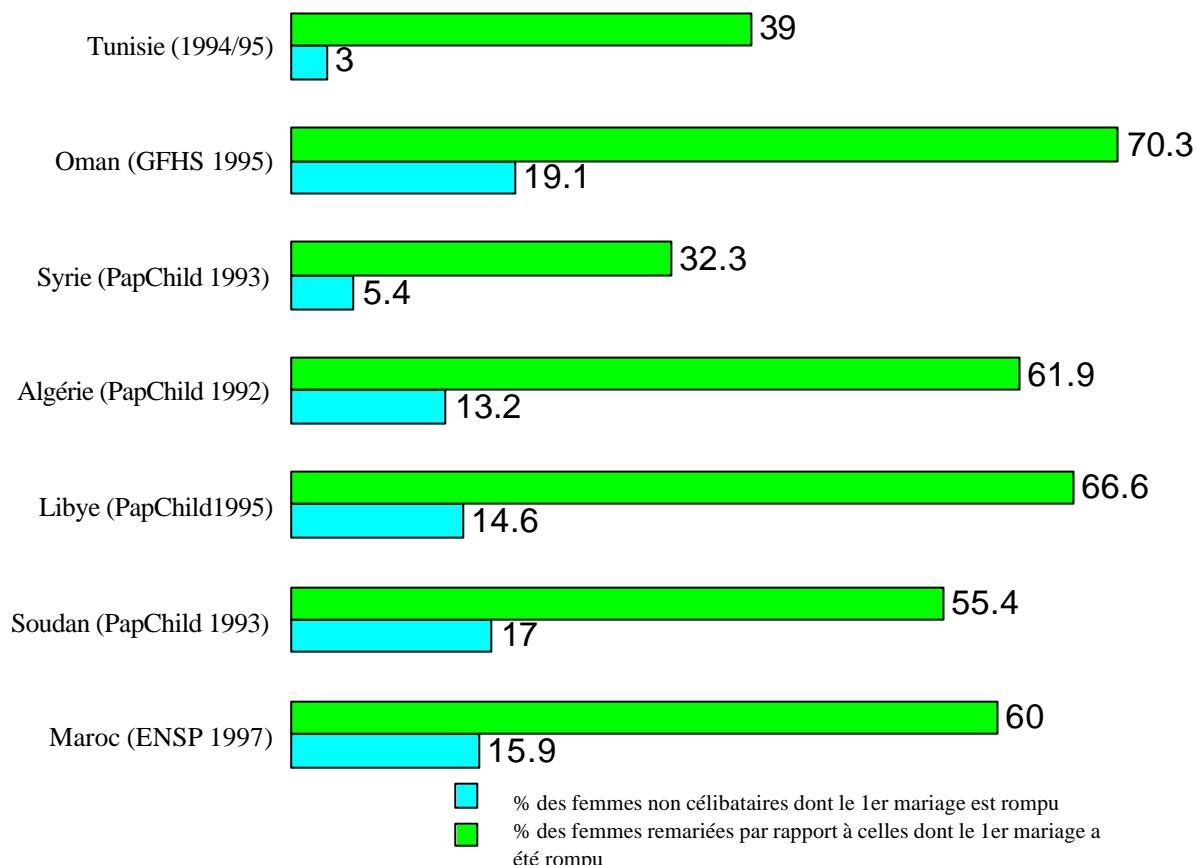
La proportion des femmes non célébataires dont le premier mariage a été rompu par divorce ou veuvage est de 15,9 pour cent selon l'ENSME de 1997, soit un niveau de rupture d'union assez élevé comparé aux données similaires de certains pays arabes (graphique 11.5).

La dissolution d'union, toutes causes confondues, est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (17,4 % contre 14,5 %). Le tableau 11.10 montre que le risque pour que la première union soit rompue est plus important quand la femme est sans niveau d'instruction (16,6 %). Elle est le moins important chez celles ayant le niveau secondaire ou plus (11,9 %). Ce risque augmente selon l'âge qui indique en quelque sorte que l'exposition au rupture du mariage augmente avec la durée d'union.

Selon le graphique 11.6 et le tableau 11.10, sur dix femmes dont le premier mariage a été rompu six arrivent à se remarier. Cette proportion était de huit femmes sur dix selon l'Enquête à Objectifs Multiples (E.O.M 62-63) et près de sept sur dix selon l'ENFPF de 1979-80.

Les chances de se remarier après une dissolution d'union semblent moins grandes pour les citadines

Graphique 11.5
Etat du premier mariage et remariage



et diminuent à fur et à mesure que le niveau d'instruction ou l'âge de la femme augmentent.

11.5 CONCLUSION

L'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant de 1997 confirme les transformations de la primo-nuptialité révélées par différentes enquêtes et qui se sont intensifiées récemment. Il s'agit d'un recul sans précédent des mariages précoce se traduisant par une élévation des âges médian et moyen aux premiers mariages. La transition au mariage tardif ne semble pas se passer avec un rythme aussi rapide en milieu rural qu'en milieu urbain. Le décalage entre les âges médians au premier mariage entre les deux milieux était d'une année seulement selon l'ENPS-II de 1992 (19,3 selon l'ENPS-I de 1987 puis 19,5 ans selon l'ENPS-II de 1992 en villes contre respectivement 17,3 puis 18,4 ans dans les campagnes); il est actuellement de 3 années (22,4 ans contre 19,4 ans) selon l'ENSME de 1997.

Les données indiquent aussi que le niveau de la nuptialité est en liaison étroite avec le niveau d'instruction des femmes, les femmes ayant fréquenté l'école se marient généralement tardivement relativement à celles qui n'ont pas eu cette chance; et celles dont la scolarisation était plus longue entrent en premier mariage à des âges plus élevés que celles dont la scolarisation n'a pas dépassé le niveau primaire.

Par ailleurs, qu'il s'agisse du mariage consanguin ou du remariage les tendances vers la baisse de leurs fréquences se poursuivent avec des variations qui restent significatives entre milieux urbain et rural et niveaux d'instruction. Ces différences selon ces deux variables socio-démographiques caractérisent également la rupture d'union qui, elle reste élevée relativement à certains des pays similaires.

CHAPITRE 12

PLANIFICATION FAMILIALE

Mr El-Arbi Housni¹

Le programme de planification familiale a été établi au Maroc en 1966 . Ce programme a gagné beaucoup de terrain vers le début des années 80, grâce à l'initiative pilote et l'exécution continue à l'échelle nationale de la stratégie des visites à domicile de motivation systématique (VDMS). De plus, en 1988, l'expansion du programme au secteur privé par l'initiative Al-Hilal a encouragé l'implication des prestataires privés. Aujourd'hui, les services de planification familiale sont disponibles par divers canaux pour l'ensemble de la population.

En termes de pratique contraceptive, le programme a encore gagné pas mal de points, et spécialement en milieu rural. Cependant, le programme reste invariablement dominé par le recours à la contraception par la pilule. D'autre part, les couples qui affirment désirer limiter leurs naissances continuent à utiliser la pilule qui est plutôt une méthode d'espacement. Pour avoir une réponse approprié à ce besoin, il est nécessaire de faire plus pour promouvoir les méthodes de longue durée. Comme il est nécessaire, par ailleurs, d'encourager l'implication plus active du secteur privé.

12.1 CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES

La connaissance d'une méthode contraceptive par l'interviewée est établie lorsque celle-ci cite spontanément la méthode en question ou si, après description de la méthode par l'enquêtrice, elle déclare la connaître.

Au même titre que les enquêtes précédentes, l'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) de 1997 confirme le haut niveau de connaissance des méthodes contraceptives aussi bien chez l'ensemble des femmes non célibataires, constitué des mariées, veuves et divorcées que chez les femmes mariées au moment de l'enquête (99,7 pour cent dans l'un et l'autre groupe).

L'analyse de la connaissance de la contraception selon les différentes méthodes contraceptives ne montre aucune différence notable (tableau 12.1) entre femmes non célibataires et femmes mariées au moment de l'enquête; pour ce, l'analyse qui suit portera sur le seul groupe des mariées. Par rapport à l'enquête de Panel

¹ Démographe, Direction de la Population, Ministère de la Santé.

de 1995, on note une nette amélioration au niveau de la connaissance des femmes pour les méthodes de longue durée. Par ordre d'importance, les méthodes les mieux connues sont: la pilule (100 %), le DIU (95 %), la ligature tubaire (92 %), les injectables (83 %) et le condom (81 %). Les méthodes les moins bien connues sont le Norplant (57 %), les méthodes vaginales (diaphragme, mousse et gelée) (21 %) et la stérilisation masculine (6 %). Plus de neuf femmes sur dix (94 %) ont cité une méthode traditionnelle et/ou populaire. En particulier, l'allaitement naturel prolongé a été cité par 88 pour cent des femmes, la continence périodique par 78 pour cent et le retrait par 70 pour cent.

Notons par ailleurs que, quels que soit la tranche d'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction ou la région (à l'exception de Tadla-Azilal), la connaissance de la contraception est quasi générale. Pour la région de Tadla-Azilal, 97 pour cent des femmes ont cité au moins une méthode. Ce niveau de connaissance descend à 92 pour cent chez les femmes du groupe d'âges 15 à 24 ans résidant dans la même région.

Tableau 12.1: Connaissance des méthodes

Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans connaissant différentes méthodes de contraception. ENSME 1997

Méthode contraceptive	Mariées	Non célibataires
Toute méthode	99,7	99,7
Méthode moderne	99,7	99,7
Pilule	99,5	99,5
DIU	94,7	94,9
Norplant	56,6	56,5
Injectables	82,8	82,8
Méthodes vaginales	20,6	20,6
Condom	80,7	80,8
Stérilisation féminine	92,2	92,3
Stérilisation masculine	5,5	5,4
Méthode traditionnelle	94,0	94,0
Continence périodique	77,6	77,9
Retrait	69,5	69,5
Allaitement prolongé	88,0	87,9
Autre	17,0	16,7
Effectif	4695	5096

12.2 UTILISATION ANTERIEURE DE LA CONTRACEPTION

Au cours de cette enquête on a estimé le niveau d'utilisation de la contraception à un moment quelconque. Sur l'ensemble des femmes non célibataires enquêtées, 83 pour cent ont déjà utilisé une méthode contraceptive à un moment donné de leur vie féconde. Parmi les femmes mariées au moment de l'enquête, ce chiffre atteint 84 pour cent (tableau 12.2).

Concernant la contraception moderne, le pourcentage de femmes mariées ayant déjà utilisé est de 78 pour cent contre 63 pour cent en 1992 et 71 pour cent en 1995. Chez ces femmes, la pilule vient en tête avec 75 pour cent contre 68 pour cent en 1995. Malgré une légère amélioration, le DIU reste toujours loin derrière la pilule avec 14 pour cent des femmes (12 % en 1995); le condom, quant à lui, avec 10 pour cent, reste au niveau observé en 1995. Pour les autres méthodes modernes, le pourcentage varie de 0,1 pour le Norplant à 3 pour cent pour la stérilisation féminine.

Concernant les méthodes traditionnelles, l'utilisation antérieure chez les femmes mariées a été de 39 pour cent, se répartissant globalement entre le retrait (15 %), la continence périodique (13 %) et l'allaitement naturel prolongé (21 %).

Il ressort par ailleurs (tableau 12.2b) que le pourcentage de femmes mariées ayant déjà recouru à la contraception est de 91 pour cent en milieu urbain contre 78 pour cent en milieu rural. Pour la contraception moderne, ces pourcentages sont successivement de 87 et 70 pour cent. Par région, le niveau d'utilisation passée est le plus élevé dans le Grand Casablanca avec 94 pour cent (respectivement 92% pour les méthodes modernes) et le plus bas dans la région de Tanger Tétouan avec 74 pour cent (respectivement 62 % pour les méthodes modernes). Par niveau d'instruction, le recours à la contraception moderne, par le passé, est le plus élevé chez les femmes de niveau primaire et préparatoire

12.2 NOMBRE D'ENFANTS A LA PREMIERE UTILISATION

L'analyse du nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception peut répondre à des objectifs différents: retard de la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacement des naissances si l'utilisation débute à des parités faibles, ou encore limitation de la descendance lorsque la contraception commence à des parités élevées, c'est à dire lorsque le nombre d'enfants désirés est déjà atteint.

Tableau 12.2a: Utilisation passée

Pourcentage des femmes mariées âgées de 15-49 ans ayant utilisé différentes méthodes de contraception dans le passé selon l'âge et la méthode. ENSME 1997.

Méthode contraceptive	15-24	25-34	35-49	Total
N'importe laquelle	69,7	88,2	87,5	84,4
Méthode moderne	64,1	81,4	81,2	78,0
Pilule	63,4	78,2	77,8	75,2
DIU	5,9	13,9	17,0	13,8
Norplant	0,1	0,1	0,2	0,1
Injections	1,1	2,2	2,6	2,2
Diaphragme mousse gelée	0,7	1,5	2,8	2,0
Condom	5,0	11,5	10,8	9,9
Stérilisation féminine	0,1	0,9	5,8	3,0
Stérilisation masculine	0,0	0,1	0,0	0,0
Méthode traditionnelle	18,5	38,8	46,4	38,5
Continence périodique	4,6	12,6	15,9	12,6
Retrait	7,4	15,7	17,1	14,8
Allaitement prolongé	8,8	20,4	27,1	21,4
Autre	0,3	1,1	2,7	1,7
EFFECTIF	887	1614	2104	4605

Tableau 12.2b:Utilisation passée

Pourcentage de femmes mariées âgées de 15-49 ans ayant utilisé différentes méthodes de contraception dans le passé selon certaines caractéristiques. ENSME 1997.

Caractéristique	n'importe quelle méthode	méthode moderne
Milieu de résidence		
Urbain	90,9	86,8
Rural	78,4	70,1
Région		
Laayoune Boujdour S.H.	91,0	83,1
Guelmim Smara	85,0	80,0
Souss Massa Draa	74,2	65,2
El Gharb Chrarda	86,6	81,0
Chaouia Ourdigha	86,7	81,0
Marrakech Tensift ha	85,6	78,4
Région orientale	86,4	80,1
Grand Casablanca	94,3	91,8
Rabat Salé Zemmour Zaër	89,0	84,7
Doukala Abda	82,9	75,4
Tadla Azilal	85,3	84,5
Méknès Tafilalet	85,9	82,4
Fès Boulemane	88,4	82,2
Taza Al Houceima Taounate	76,7	67,2
Tanger Tétouan	74,2	62,1
Niveau d'instruction		
Analphabète	82,3	75,4
Lire et/ou écrire	88,5	85,1
Primaire	91,2	88,2
Préparatoire	92,5	87,5
Secondaire et plus	90,7	82,3

Tableau 12.3: Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception

Proportion des femmes non-célibataires âgées de 15-49 qui n'ont jamais utilisé la contraception et la répartition de celles qui ont déjà utilisé la contraception dans le passé par le nombre d'enfants vivants au moment du premier usage, selon des variables socio-démographiques. ENSME 1997.

Caractéristiques	Jamais utilisé	Non célibataires	Nombre d'enfants						Total	Effectif	Nbre moyen d'enfants
			0	1	2	3	4	5+			
Groupe d'âge											
15-19	49,2	258	45,8	51,1	3,1	0,0	0,0	0,0	100,0	131	0,57
20-24	23,3	670	31,5	60,1	7,0	1,4	0,0	0,0	100,0	514	0,78
25-29	14,5	821	24,4	55,1	14,1	3,1	1,7	1,6	100,0	702	1,08
30-34	12,7	907	14,5	53,9	15,4	8,0	4,0	4,2	100,0	792	1,48
35-39	13,1	1006	12,4	42,3	16,0	11,9	7,6	9,8	100,0	874	2,01
40-44	15,0	786	7,0	40,1	16,3	10,3	10,2	16,0	100,0	668	2,50
45-49	15,7	648	4,2	33,3	14,7	13,2	10,1	24,5	100,0	546	3,03
Milieu de résidence											
Urbain	10,9	2491	21,1	50,4	13,1	7,0	4,2	4,1	100,0	2219	1,39
Rural	22,9	2605	10,9	44,4	14,9	9,0	6,9	13,9	100,0	2008	2,19
Région											
Lâayoune Boujdour S.Lha.	11,2	98	17,2	58,6	6,9	5,7	3,4	8,0	100,0	87	1,48
Guelmim Smara	19,0	21	0,0	82,4	0,0	5,9	0,0	11,8	100,0	17	1,71
Souss Massa Draa	27,8	496	4,5	52,2	13,4	10,9	6,4	12,6	100,0	358	2,15
El Gharb Chrarda Bni HSein	14,3	231	10,6	48,0	14,1	8,6	7,6	11,1	100,0	198	2,05
Chaouia Ourdigha	13,8	276	10,1	50,0	13,0	6,3	8,8	11,8	100,0	238	2,12
Marrakech Tensift El Haouz	15,3	588	11,6	52,8	17,1	6,4	5,4	6,6	100,0	498	1,68
Région orientale	13,5	340	16,0	57,1	12,9	4,4	3,1	6,5	100,0	294	1,53
Grand Casablanca	7,2	614	21,9	55,6	12,5	5,8	2,8	1,4	100,0	570	1,17
Rabat Sale Zemmour Zaër	13,4	344	22,5	50,7	13,4	6,4	4,0	3,0	100,0	298	1,30
Doukala Abda	19,5	369	10,4	42,1	19,5	9,4	4,7	13,8	100,0	297	2,15
Tadla Azilal	15,6	276	27,0	36,1	9,0	8,2	7,3	12,4	100,0	233	1,88
Méknès Tafilalet	15,9	414	35,3	34,2	11,8	7,2	4,0	7,5	100,0	348	1,40
Fès Boulemane	12,8	258	20,4	38,2	15,6	13,3	5,8	6,7	100,0	225	1,71
Taza Al Hoceima Taounate	25,5	372	6,5	43,3	13,7	12,3	7,6	16,6	100,0	277	2,44
Tanger Tétouan	27,6	399	11,1	38,4	17,3	9,3	9,7	14,2	100,0	289	2,36
Niveau d'Instruction											
Analphabète	19,3	3741	10,3	45,2	16,0	9,8	7,1	11,7	100,0	3020	2,09
Lire et/ou écrire	13,2	661	25,1	53,8	10,8	5,1	2,4	2,8	100,0	574	1,18
Primaire	9,5	148	24,6	56,0	11,9	3,7	3,0	0,7	100,0	134	1,07
Préparatoire	7,5	307	34,2	55,3	7,7	1,8	0,7	0,4	100,0	284	0,81
Secondaire ou plus	10,1	238	46,7	48,1	3,7	1,4	0,0	0,0	100,0	214	0,60
Total	17,1	5096	16,2	47,6	14,0	8,0	5,5	8,8	100,0	4227	1,77

Le tableau 12.3 présente par groupes d'âges (premier panneau), le milieu de résidence (second panneau), la région et l'instruction d'une part, la proportion des femmes n'ayant jamais utilisé la contraception et de l'autre, la répartition des femmes non-célibataires selon le nombre d'enfants vivants au moment de la première utilisation de la contraception. On constate au niveau de l'ensemble que 17 pour cent des femmes non célibataires enquêtées n'ont jamais utilisé la contraception. Parmi celles qui ont utilisé, 16 pour cent ont utilisé alors qu'elles n'avaient pas encore mis d'enfant au monde (soit dans le but donc, de retarder la venue du premier enfant), presque la moitié (48 %) a commencé à utiliser alors qu'elle n'avait qu'un seul enfant, 22 pour cent ont commencé à utiliser à des parités relativement faibles (2 à 3 enfants) et 14 pour cent ont utilisé pour la première fois alors qu'elles avaient 4 enfants ou plus, certainement pour limiter leur descendance.

Les pourcentages par groupes d'âges des femmes ayant utilisé une méthode de contraception alors qu'elles étaient nullipares, montrent, qu'à travers le temps, les générations ont de plus en plus tendance à retarder la venue du premier enfant. En effet, parmi les femmes qui étaient nullipares, la première utilisation est passée de 4,2 pour cent chez celles âgées de 45-49 ans au moment de l'enquête (générations nées vers 1950) à 45,8 pour cent chez les femmes de 15-19 ans (générations nées vers 1980). Pour les femmes commençant la pratique de la contraception après la naissance du premier enfant, on note également une augmentation des proportions passant de 33 pour cent chez les femmes âgées de 45-49 ans à 60 pour cent chez celles de 20-24 ans.

Par milieu de résidence, deux femmes urbaines sur dix (21%) ont commencé l'utilisation de la contraception alors qu'elles étaient nullipares contre seulement une sur dix en milieu rural. Par région, on constate qu'à Meknès Tafilalet, une proportion importante de femmes utilisent pour retarder la venue du premier enfant: 35 pour cent ont utilisé alors qu'elles étaient nullipares contre à peine 5 à 7 pour cent dans le Souss Massa Drâa et la région de Taza Al Hoceima Taounate. Le fait de différer la venue du premier enfant est, par ailleurs, intimement lié au niveau d'instruction: presque la moitié des femmes (47 %) de niveau secondaire ou plus a utilisé alors qu'elle était nullipare contre à peine une femme sur dix parmi les analphabètes.

12.4 INTENTIONS REPRODUCTIVES DES FEMMES A LA PREMIERE UTILISATION

Une très grande majorité des femmes (90,2 %) qui avait utilisé une méthode contraceptive pour la première fois l'avait fait dans le but d'espacer leurs naissances. Le reste, soit une femme sur dix (9,5 %), a adopté la contraception dans le but de ne plus avoir d'enfants (tableau 12.4). On note, en considérant les variables indépendamment les unes des autres, avec les données de ce même tableau que l'intention d'espacer à la première utilisation est le fait des femmes jeunes, des citadines et des plus instruites. Dans la région orientale, 97 pour cent des femmes ont utilisé pour la première fois dans le but d'espacer contre 84 pour cent dans les régions d'El Gharb Chrarda, Doukala Abda, Tadla Azilal et 82 pour cent seulement dans la région de Tanger Tétouan.

Tableau 12.4: Intention de reproduction à la première utilisation

Proportion des femmes non-célibataires âgées de 15-49 ans qui n'ont jamais utilisé la contraception et la répartition de celles qui ont déjà utilisé la contraception dans le passé par l'intention de reproduction au moment du premier usage, selon des variables socio-démographiques. ENSME 1997.

Caractéristique	Jamais utilisé	Total	Voulait non-céli	Voulait enfant	Voulait arrêter	Autre	Effectif	De
		bataires	plus tard	arrêter	Total		Femmes	
Groupe d'âge								
15-19	49,2	2580	100,0	0,0	0,0		100,0	1310
20-24	23,3	6700	98,4	1,2	0,4		100,0	5140
25-29	14,5	8210	96,4	3,4	0,1		100,0	7020
30-34	12,7	9070	94,1	5,9	0,0		100,0	7920
35-39	13,1	10060	86,7	13,0	0,2		100,0	8740
40-44	15,0	7860	85,0	14,5	0,4		100,0	6680
45-49	15,7	6480	78,6	21,1	0,4		100,0	5460
Milieu de résidence								
Urbain	10,9	24910	93,3	6,4	0,3		100,0	22190
Rural	22,9	26050	86,9	13,0	0,1		100,0	20080
Région								
Lâayoune Boujdour S.H.	11,2	980	95,4	4,6	0,0		100,0	870
Guelmim Smara	19,0	210	88,2	11,8	0,0		100,0	170
Souss Massa Draa	27,8	4960	88,5	11,5	0,0		100,0	3580
El Gharb Chrarda Bni Hssen	14,3	2310	83,8	15,7	0,5		100,0	1980
Chaouia Ouardigha	13,8	2760	86,1	13,9	0,0		100,0	2380
Marrakech Tensift Al Haouz	15,3	5880	95,4	4,6	0,0		100,0	4980
Région orientale	13,5	3400	96,9	3,1	0,0		100,0	2940
Grand Casablanca	7,2	6140	94,2	5,1	0,7		100,0	5700
Rabat Sale Zemmour Zaër	13,4	3440	93,3	6,7	0,0		100,0	2980
Doukala Abda	19,5	3690	84,2	15,8	0,0		100,0	2970
Tadla Azilal	15,6	2760	84,1	14,6	1,3		100,0	2330
Méknès Tafilalet	15,9	4140	91,7	7,8	0,6		100,0	3480
Fès Boulemane	12,8	2580	92,4	7,6	0,0		100,0	2250
Taza Al Hoceima Taounate	25,5	3720	88,1	11,9	0,0		100,0	2770
Tanger-Tétouan	27,6	3990	81,7	18,3	0,0		100,0	2890
Niveau d'instruction								
Analphabète	19,3	37410	88,2	11,6	0,2		100,0	30200
Lire et/ou écrire	13,2	6610	94,6	5,1	0,3		100,0	5740
Primaire	9,5	1480	94,0	6,0	0,0		100,0	1340
Préparatoire	7,5	3070	96,1	3,5	0,4		100,0	2840
Secondaire et plus	10,1	2380	97,2	2,3	0,5		100,0	2140
Total	17,1	50960	90,2	9,5	0,2		100,0	42270

12.5 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

Le paragraphe précédent portait sur l'utilisation de la contraception à un moment quelconque de la vie des femmes interviewées. Dans ce qui suit, on s'intéresse aux femmes mariées qui utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Les données du tableau 12.5 fournissent les pourcentages (ou niveaux de la prévalence contraceptive) de femmes mariées utilisant une méthode de contraception. Au moment de l'enquête, 58,4 pour cent des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans ont déclaré utiliser une méthode contraceptive, incluant 3,2 pour cent de femmes utilisant l'allaitement maternel prolongé. La restriction des calculs aux seules méthodes modernes donne un taux de prévalence pour celles-ci de 48,8 pour cent. Parmi les méthodes modernes utilisées, la pilule domine toujours avec 38,3 pour cent; suivie, mais loin derrière, par le Dispositif Intra-Utérin (DIU) avec 5,3 pour cent et la stérilisation féminine avec 3 pour cent. Presque un dixième des femmes mariées utilisent une méthode traditionnelle, se répartissant à parts égales entre la continence périodique, le retrait et l'allaitement maternel prolongé.

Globalement, le niveau de la pratique contraceptive a crû substantiellement au cours des dernières années (graphique 12.1), de 19,4 pour cent en 1980 à 41,5 pour cent en 1992, et de 50,3 pour cent en 1995 à 55,2 pour cent à l'enquête ENSME². L'accroissement relatif au cours des cinq dernières années est de 33 pour cent pour toutes les méthodes contraceptives. Pour les méthodes modernes et sur la même période, l'accroissement relatif est de 37 pour cent.

² Pour maintenir la comparabilité entre les enquêtes précédentes, l'allaitement maternel prolongé n'est pas retenu comme méthode de contraception.

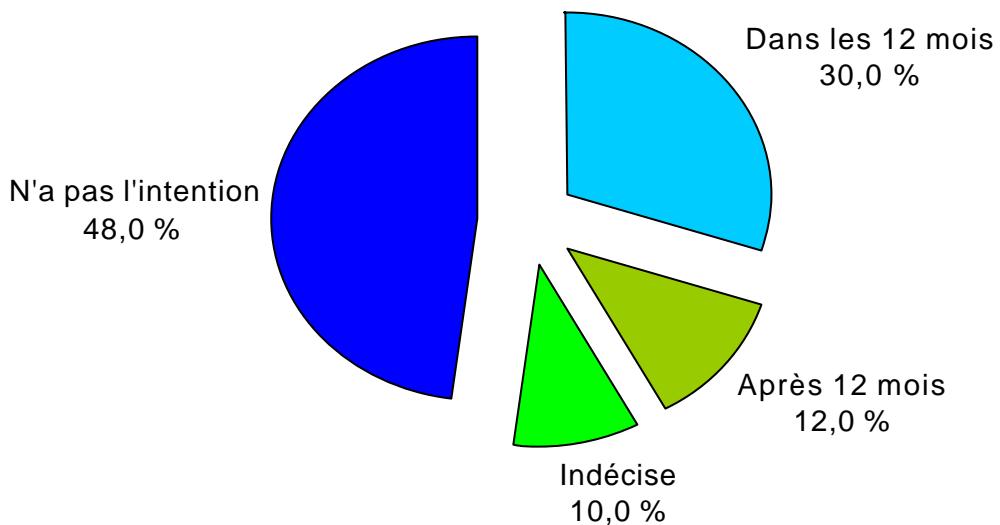
Tableau 12.5: Utilisation actuelle de la contraception

Répartition des femmes mariées âgées de 15-49 ans par la méthode contraceptive utilisée au moment de l'enquête, selon des variables socio-démographiques. ENSME 1997

Caractéristiques	N'im porte Quelle mtd	Mtd porte Mo- derne	Mtd Pilule	DIU	Nor- Plant	Injec- tion	Mtd vaginale	Stérilisa- tion Condom	Mtd féméline	Calen- drier	Retrait	Allai- tement pro- longé	Autre	N'uti- lisent pas
Allai- tement pro- longé														
Groupe d'âge														
15-19	33,5	29,9	27,1	2,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,8	0,0	2,8	0,0	66,5
20-24	48,7	42,6	39,2	2,5	0,2	0,5	0,2	0,2	0,0	1,9	1,4	2,8	0,0	51,3
25-29	60,8	52,4	43,7	6,3	0,0	1,2	0,0	1,0	0,3	2,5	2,2	3,5	0,1	39,2
30-34	64,8	52,3	41,3	6,8	0,0	1,1	0,1	1,5	1,3	2,7	3,4	6,0	0,4	35,2
35-39	66,1	55,7	41,7	7,2	0,2	0,5	0,0	2,2	3,9	3,4	3,5	2,9	0,5	33,9
40-44	62,8	50,1	37,4	3,8	0,0	0,9	0,6	1,6	6,0	5,5	4,7	1,8	0,6	37,2
45-49	49,4	40,8	26,5	5,1	0,0	0,5	0,0	0,3	8,4	3,8	3,5	0,9	0,3	50,6
Nombre d'enfants														
0	12,6	10,6	10,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	1,2	0,8	0,0	0,0	87,4
1	51,6	45,5	40,1	3,9	0,0	0,5	0,0	0,9	0,0	2,6	1,6	1,9	0,0	48,4
2	64,5	53,5	43,4	6,8	0,1	1,1	0,1	1,5	0,4	4,2	3,5	3,3	0,1	35,5
3	68,4	56,6	43,6	8,6	0,1	0,6	0,1	1,1	2,3	4,7	3,5	3,2	0,3	31,6
4	67,1	55,6	42,5	6,9	0,0	0,8	0,0	2,9	2,4	3,1	3,9	4,1	0,5	32,9
5 ou plus	66,2	54,7	40,3	4,9	0,1	1,0	0,3	0,8	7,4	2,9	3,6	4,4	0,6	33,8
Milieu de résidence														
Urbain	65,8	54,3	40,4	7,3	0,0	0,9	0,2	2,2	3,4	5,2	4,2	1,8	0,4	34,2
Rural	51,7	43,8	36,5	3,6	0,1	0,6	0,1	0,3	2,6	1,3	1,9	4,4	0,2	48,3
Région														
Lâayoune Boujdour S.H.	68,5	52,8	40,4	2,2	0,0	0,0	1,1	5,6	3,4	5,6	4,5	5,6	0,0	31,5
Guelmim Smara Boujdour	75,0	70,0	55,0	15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	25,0
Souss Massa Drâa	53,0	43,8	36,1	4,7	0,0	0,4	0,0	0,9	1,7	0,9	4,3	3,9	0,2	47,0
El Gharb Chrarda	57,9	48,1	37,0	6,9	0,0	0,0	0,0	0,5	3,7	2,8	1,4	5,1	0,5	42,1
Chaouia Ouardigha	62,4	55,1	40,7	4,2	0,4	1,1	0,0	1,5	7,2	1,1	0,8	4,9	0,4	37,6
Marrakech Tensift Haouz	56,5	48,5	39,1	6,5	0,0	1,6	0,0	0,2	0,9	1,3	2,4	4,4	0,0	43,5
Région Orientale	54,7	48,7	44,0	1,3	0,0	0,6	0,0	0,9	1,9	0,6	0,6	3,8	0,9	45,3
Grand Casablanca	70,7	59,9	41,2	9,3	0,0	0,7	0,0	1,8	6,8	4,6	4,4	1,3	0,5	29,3
Rabat Sale Zemmour Zaër	67,8	54,8	37,9	8,0	0,0	1,3	0,0	4,0	3,7	6,0	5,0	2,0	0,0	32,2
Doukala Abda	51,9	42,9	35,4	2,9	0,0	1,2	0,0	0,6	2,9	3,2	1,4	3,8	0,6	48,1
Tadla Azilal	62,2	57,0	49,0	3,2	0,0	0,4	0,4	0,4	3,6	3,2	0,8	0,8	0,4	37,8
Méknès Tafilalet	62,2	55,9	49,7	2,4	0,0	0,3	0,3	1,6	1,6	2,7	0,5	2,7	0,3	37,8
Fès Boulemane	59,1	47,5	38,8	6,6	0,8	0,8	0,0	0,0	0,4	4,5	4,1	2,5	0,4	40,9
Taza Al Hoceima	48,3	38,2	29,9	4,6	0,0	0,6	0,9	0,9	1,4	4,3	1,1	4,6	0,0	51,7
Tanger Tétouan	47,8	31,2	20,7	6,2	0,0	0,3	0,0	1,1	3,0	5,9	9,1	1,3	0,3	52,2
Niveau d'instruction														
Analphabète	55,9	47,1	37,7	4,4	0,1	0,8	0,1	0,8	3,2	2,0	2,6	3,9	0,4	44,1
Lire et/ou écrire	62,0	52,7	41,7	6,9	0,0	0,5	0,2	1,4	2,0	4,1	3,7	1,5	0,0	38,0
Primaire	65,4	51,5	38,2	5,1	0,7	0,7	0,0	1,5	5,1	8,1	4,4	1,5	0,0	34,6
Préparatoire et plus	69,5	54,7	39	9,5	0,0	0,4	0,2	3,8	1,8	9,1	4,6	0,6	0,4	30,5
Total	58,4	48,8	38,3	5,3	0,1	0,7	0,1	1,2	3,0	3,2	3,0	3,2	0,3	41,6

Graphique 12.1

Evolution comparative de l'utilisation de la contraception par les femmes mariées



Par méthode spécifique, entre 1992 et 1997, la prévalence contraceptive pour la pilule est passée de 28,1 pour cent à 38,3 pour cent, pour le DIU de 3,2 pour cent à 5,3 pour cent, pour les injectables de 0,1 pour cent à 0,7 pour cent, pour le condom de 0,9 pour cent à 1,2 pour cent. La stérilisation féminine, par contre, est restée au niveau de 1992 (3 %)³. Pour les méthodes traditionnelles, le retrait et la continence périodique sont passés respectivement de 2,6 et 3 pour cent à 3 et 3,2 pour cent.

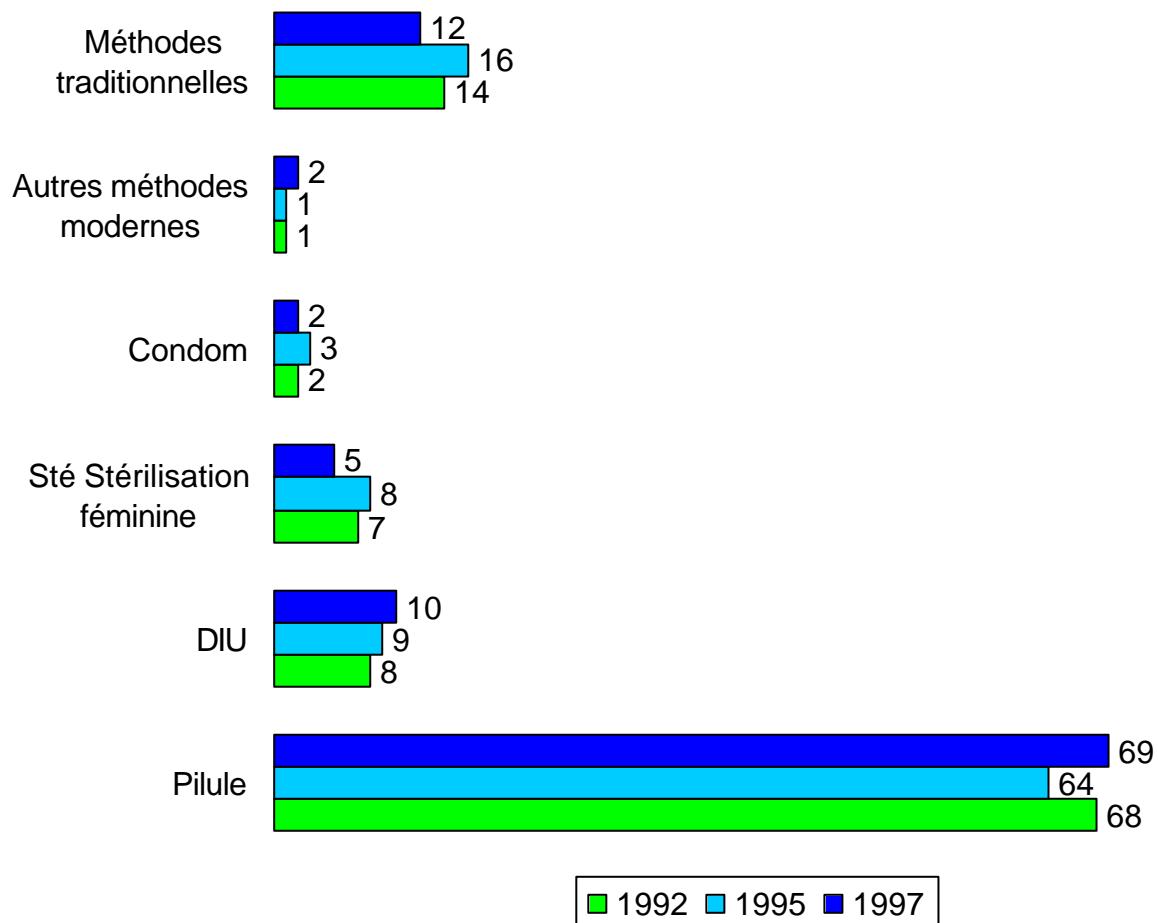
Du point de vue de la structure contraceptive, les données ci-dessous⁴ montrent que parmi les utilisatrices de la contraception, 69 femmes sur 100 recourent à la pilule contre 64 pour cent en 1995. Ce chiffre rappelle le niveau de 68 pour cent relatif à 1992. La ligature tubaire a perdu 3 points par rapport à 1995. Par ailleurs, les méthodes traditionnelles ont perdu 4 points (12 pour cent en 1997 contre 16 pour cent en 1995).

³ En réalité, la prévalence est passée de 3% en 1992 à 4,3% en 1995 et retombée à 3% en 1997.

⁴ cette comparaison ne tient pas compte de l'allaitement maternel prolongé.

Graphique 12.2

Evolution Comparative de la structure des méthodes contraceptives Durant la période 1992-1997



12.6 PRATIQUE CONTRACEPTIVE ACTUELLE SELON CERTAINES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Selon l'âge

L'analyse des données sur l'utilisation actuelle de la contraception selon les caractéristiques socio-démographiques montre que par tranches d'âges, la prévalence atteint le niveau le plus élevé dans la tranche 35-39 ans avec 66 pour cent (tableau 12.5). Entre 15 et 24 ans plus de quatre femmes sur dix utilisent une méthode et, au delà de 25 ans, cette utilisation touche plus de six femmes sur dix (à l'exception du groupe 45-49 ans). La stérilisation féminine ne devient relativement importante qu'au delà de 35 ans: 3,9 pour cent à 35-39 ans, 6 pour cent à 40-44 ans et 8,4 pour cent à 45-49 ans. Par contre, l'utilisation du DIU ne présente pas de particularité selon les tranches d'âges tout en restant plus faible aux tranches d'âges extrêmes (15-24 et 40-49 ans). Pour la pilule, l'utilisation maximum se situe entre 25 et 39 ans (41 à 44 pour cent) et baisse chez les 45-49 ans (27 %): tranche dans laquelle l'usage du DIU ou la stérilisation féminine est relativement important (5,1 et 8,4 pour cent respectivement).

Selon le nombre d'enfants

L'analyse de la prévalence contraceptive selon le nombre d'enfants au niveau des tableaux 12.5 et 12.6 montre que 13 pour cent des femmes mariées sans enfants recourent à la contraception. Pour les femmes ayant déjà un enfant, ce pourcentage dépasse 50 pour cent. Au delà de cette parité et jusqu'au 7ème enfant, presque deux tiers des femmes utilisent une méthode contraceptive. Ce pourcentage diminue, cependant, chez les très grandes multipares (8 enfants et plus) à quelque 56 pour cent. Mis à part les unipares, la pilule est invariablement utilisée (tableau 12.5) quel que soit le nombre d'enfants.

Tableau 12.6: Utilisatrices selon l'âge et la parité

Pourcentage des femmes utilisatrices au moment de l'enquête parmi les femmes mariées selon l'âge et le nombre d'enfants vivants. ENSME, 1997

Age	Nombre d'enfants										Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 et +	
15-19	12,9	61,9	46,2	0,0	-	-	-	-	-	-	33,5
20-24	14,7	55,1	67,1	58,1	61,5	50,0	0,0	-	-	-	48,7
25-29	20,0	59,0	70,1	64,4	61,8	68,6	70,0	50,0	-	-	60,8
30-34	12,1	49,5	66,2	75,5	75,2	71,4	68,2	66,7	71,4	50,0	64,8
35-39	2,3	34,1	60,7	71,1	71,2	75,6	75,0	74,3	66,7	58,8	66,1
40-44	0,0	3,1	54,2	71,0	68,0	71,6	67,7	73,5	58,8	66,7	62,8
45-49	6,3	0,0	26,3	47,6	42,2	64,6	58,9	50,6	49,2	51,6	49,4
Total	12,6	51,6	64,5	68,4	67,1	71,4	67,8	65,8	57,2	56,4	58,4

Selon le milieu de résidence

Concernant le milieu de résidence, l'analyse de la prévalence contraceptive au niveau du tableau 12.5 montre que l'écart entre le milieu urbain et rural persiste: 65,8 pour cent pour l'urbain contre 51,7 pour cent pour le rural. Le gain par rapport à 1995⁵ est beaucoup plus important pour le rural que pour l'urbain (8 points de plus contre aucun changement pour l'urbain). Le pourcentage de femmes utilisant la pilule en milieu urbain est de 40 pour cent contre 37 pour cent en milieu rural. Le pourcentage d'utilisatrices de DIU est deux fois plus élevé en milieu urbain en comparaison avec le rural (7,3 % contre 3,6 %)

Selon la région

⁵ En éliminant l'allaitement maternel.

Par rapport aux régions (tableau 12.5), huit régions sur quinze ont une prévalence dépassant le niveau national, cinq régions ont des prévalences inférieures à la moyenne nationale tout en dépassant le seuil de 50 pour cent, et le reste, soit deux régions sur quinze, composées des provinces de Taza, Al-Hoceima, Taounate, Tanger et Tétouan, a une prévalence inférieure à 50 pour cent.

Selon le niveau d'instruction

L'analyse de la pratique contraceptive en fonction du niveau d'instruction des femmes (tableau 12.5) montre une très nette corrélation entre ces deux variables. Le taux de prévalence contraceptive atteint 55,9 pour cent chez les femmes n'ayant aucune instruction et 62 pour cent chez les femmes classées comme sachant lire et écrire. Pour celles ayant le niveau primaire, il est de 65,4 pour cent, il passe à 67,5 pour cent chez les femmes de niveau préparatoire et atteint 72,1 pour cent pour le niveau secondaire et supérieur⁶. Dans le groupe ayant fréquenté le collège ou l'ayant dépassé, on observe le taux le plus élevé d'utilisation du DIU avec 9,5 pour cent. Pour la pilule, les écarts entre niveaux d'instruction ne sont pas énormes: les taux vont de 38 à 42 pour cent. Pour les méthodes traditionnelles, on constate aussi bien pour la continence périodique que pour le retrait que les niveaux d'utilisation augmentent avec le niveau d'instruction.

Selon la composition par sexe de la fratrie

Le tableau 12.7 présente le pourcentage de femmes mariées utilisant une méthode contraceptive selon leur âge et la composition par sexe de leur fratrie au moment de l'enquête. La comparaison du pourcentage d'utilisation chez les femmes n'ayant que des filles à celui des femmes n'ayant que des garçons, montre une pratique légèrement plus élevée chez ces dernières: 57,6 contre 56 pour cent. Quand le nombre de filles est égal à celui des garçons, le pourcentage d'utilisation est de 67 pour cent. Cette prévalence augmente de trois points pour atteindre 70 pour cent quand le nombre de garçons est supérieur à celui des filles et diminue de trois points pour descendre à 64 pour cent dans le cas contraire.

Tableau 12.7: Utilisatrice selon le sexe de l'enfant

Pourcentage par âge des femmes utilisatrices au moment de l'enquête parmi les femmes mariées selon la composition par sexe des enfants vivants. ENSME 1997.

Composition de la fratrie	âge			
	15-24	25-34	35-49	Total
Aucun enfant vivant	13,8	16,4	2,4	2,6
Toutes des filles	61,3	59,0	43,0	56,0
Tous des fils	56,8	64,4	47,1	57,6
Fils= filles	63,8	71,3	64,0	66,9
Fils> filles	60,0	73,0	69,7	70,4
Fils< filles	50,0	66,2	63,8	64,2
Total	44,4	62,9	60,7	58,4

12.7 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT

Pour évaluer la contribution des secteurs public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes de contraception, on a demandé aux utilisatrices d'indiquer leurs sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives. Le tableau 12.8 et le graphique 12.2 indiquent que le secteur médical public reste,

⁶ Ces données sont groupées dans le tableau 12.5 sous la modalité "préparatoire et plus".

comme par le passé, le secteur privilégié d'approvisionnement en méthodes contraceptives. En effet, la majorité des femmes

Tableau 12.8: Sources d'approvisionnement

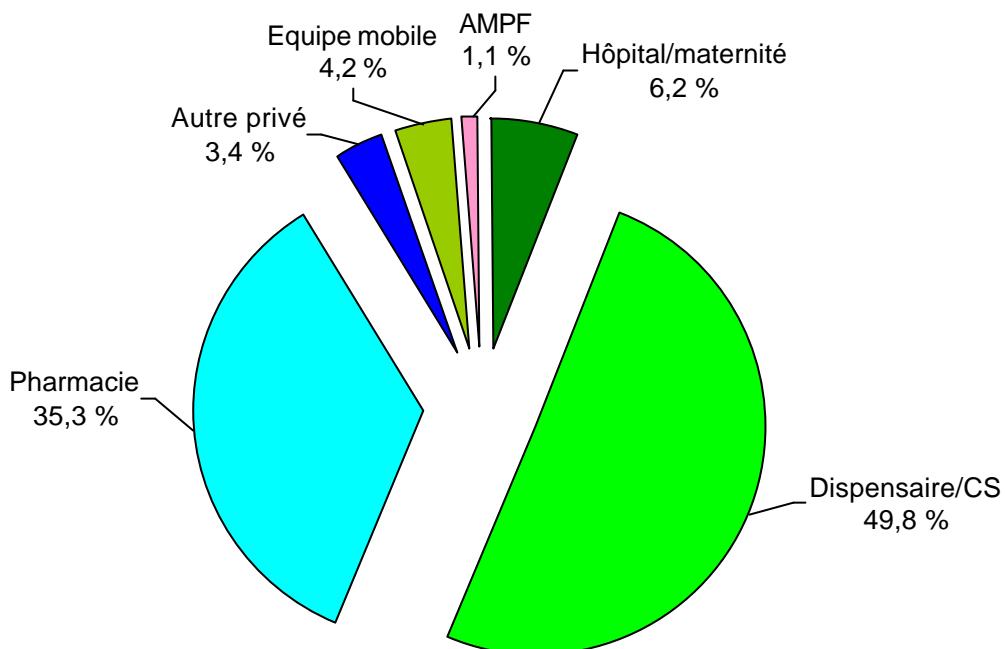
Répartition des utilisatrices de méthodes procurées ou cliniques (au moment de l'enquête)

par la source de procuration, selon la méthode utilisée, pour l'urbain, le rural et l'ensemble. ENSME 1997.

Lieu d'approvisionnement	Pil	Condom	Méthode vaginale	Injection	Total méthode procurée	DIU	Nor-plant	Stérilisation féminine	Méthode clinique	Total Mtd
URBAIN										
Hôpital public	0,3	0,0	0,0	5,0	0,4	11,1	0,0	65,3	28,2	5,9
Maternité	0,0	0,0	0,0	5,0	0,1	2,5	0,0	1,3	2,1	0,5
Centre de santé	32,6	37,5	0,0	70,0	33,5	63,0	0,0	1,3	43,7	35,5
Dispensaire	7,7	14,6	0,0	10,0	8,0	5,6	0,0	0,0	3,8	7,2
Visite à domicile	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
A.M.P.F.	1,4	2,1	0,0	5,0	1,5	4,3	0,0	1,3	3,4	1,9
Clinique	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	4,9	0,0	30,7	13,0	2,7
Pharmacie	56,5	45,8	100,0	5,0	55,1	0,0	0,0	0,0	0,0	44,3
Médecin/sage femme	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	8,0	0,0	0,0	5,5	1,3
Parente/ amie	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Autre	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,6	0,0	0,0	0,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	899	48	4	20	971	162	0	75	238	1209
RURAL										
Hôpital public	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	3,4	33,3	82,8	36,8	5,6
Maternité	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	4,7	1,9	0,3
Centre de santé	35,0	37,5	0,0	60,0	35,4	80,7	0,0	0,0	47,1	37,0
Dispensaire	23,4	12,5	0,0	13,3	23,1	11,4	0,0	0,0	6,5	20,7
Visite à domicile	5,1	0,0	0,0	0,0	5,0	1,1	0,0	0,0	0,6	4,4
Equipe mobile	4,7	0,0	0,0	6,7	4,6	2,3	0,0	0,0	1,3	4,2
A.M.P.F.	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Clinique	0,1	0,0	0,0	6,7	0,2	0,0	0,0	9,4	3,9	0,7
Pharmacie	29,4	50,0	100,0	13,3	29,5	0,0	0,0	0,0	0,0	25,3
Médecin/ sage femme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	3,1	1,9	0,3
Parente/ amie	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Matrone	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Autre	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	900	8	2	15	925	88	3	64	155	1080
ENSEMBLE										
Hôpital public	0,4	0,0	0,0	2,9	0,4	8,4	33,3	73,4	31,6	5,8
Maternité	0,0	0,0	0,0	2,9	0,1	1,6	66,7	2,9	2,0	0,4
Centre de santé	33,8	37,5	0,0	65,7	34,4	69,2	0,0	0,7	45,0	36,2
Dispensaire	15,6	14,3	0,0	11,4	15,4	7,6	0,0	0,0	4,8	13,6
Visite à domicile	2,7	0,0	0,0	0,0	2,6	0,4	0,0	0,0	0,3	2,2
Equipe mobile	2,3	0,0	0,0	2,9	2,3	0,8	0,0	0,0	0,5	2,0
A.M.P.F.	0,8	1,8	0,0	2,9	0,9	2,8	0,0	0,7	2,0	1,1
Clinique	0,2	0,0	0,0	2,9	0,2	3,2	0,0	20,9	9,4	1,8
Pharmacie	43,0	46,4	100,0	8,6	42,6	0,0	0,0	0,0	0,0	35,3
Médecin/ sage femme	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	5,6	0,0	1,4	4,1	0,8
Parente/ amie	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Matrone	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre	0,7	0,0	0,0	0,0	0,7	0,4	0,0	0,0	0,3	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	799	56	6	35	1896	250	3	139	393	2289

Graphique 12.3

Sources d'approvisionnement



utilisatrices s'y sont adressées (60 %), et essentiellement dans les centres de santé et dispensaires (50 %); les autres utilisatrices (soit 40 %) se sont adressées au secteur privé, presque exclusivement aux pharmacies (35 %). Celles-ci enregistrent par rapport à 1995 une variation à la hausse de 2 points.

Le même tableau indique que le secteur public couvre 55 pour cent des méthodes nécessitant un approvisionnement régulier (pilule, préservatifs et injectables) et 84 pour cent des méthodes cliniques (DIU, ligature tubaire...).

Par milieu de résidence (tableau 12.8), les femmes utilisatrices du milieu urbain s'approvisionnent, à parts égales, auprès des deux secteurs. En milieu rural, presque trois quart des femmes s'adressent encore au secteur médical public.

12.8 PROBLEMES RENCONTRES AVEC LA METHODE UTILISEE

La section suivante présente les problèmes principaux causés par l'utilisation des méthodes contraceptives. Le tableau 12.9 indique que les principaux problèmes évoqués sont des problèmes de santé: 12,7 pour cent

des utilisatrices. Celles qui ont fait allusion à ces problèmes sont les utilisatrices de la pilule (17 %), du Dispositif Intra-Utérin (9 %) et des injectables (29 %). L'échec de la méthode a été cité par un peu moins de 2 pour cent de femmes utilisant les condoms.

Tableau 12.9: Problèmes et utilisation de la contraception

Répartition des utilisatrices au moment de l'enquête par type de problèmes qu'elles ont eu à cause de l'utilisation, selon la méthode utilisée. ENSME 1997.

Type de problème	Pilule	DIU	Con-dom	Stéri- li-sation Fémi- ne	Autre Moder- ne	Total moder- ne	Conti- nence pério- dique	Allaite- ment	Retrait	Autre tradi- tionnel	Total tradi- tionnel	Total métho- des
Problèmes de santé	17,4	9,2	1,8	0,0	22,2	15,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,7
Echec de méthode	0,2	0,0	1,8	0,0	0,0	0,2	0,7	0,0	1,4	0,0	0,0	0,3
Refus désaccord mari	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	3,6	0,0	0,0	1,8	0,3
Difficile à utiliser	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	1,4	0,0	0,0	0,0	0,2
Autre	0,7	1,2	1,8	0,0	2,2	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,7
Total avec problèmes	18,4	10,4	5,4	0,0	24,4	16,2	3,4	5,7	1,4	0,0	3,3	14,1
Pas de problèmes	81,6	89,6	94,6	100	75,6	83,8	96,6	94,3	98,6	100,0	96,7	85,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Effectif des femmes	1799	250	56	139	45	2289	148	140	148	15	451	2740

12.9 UTILISATION FUTURE DES METHODES CONTRACEPTIVES

Cette partie concerne les femmes mariées non utilisatrices d'une méthode contraceptive au moment de l'enquête et qui ont l'intention ou non d'en utiliser ultérieurement (tableau 12.10 et graphique 12.3). Parmi celles-ci, 30 pour cent ont l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans les 12 prochains mois, 12 pour cent utiliseront mais beaucoup plus tardivement, 10 pour cent ont l'intention d'utiliser ultérieurement, mais

Tableau 12.10: Intention d'utiliser la contraception dans le futur

Répartition des femmes mariées et non-utilisatrices par l'intention d'utiliser dans le futur selon le nombre d'enfants vivants (grossesse actuelle incluse). ENSME 1997.

Intention d'utiliser	Nombre d'enfants						Total
	0	1	2	3	4	5 et +	
Dans les 12 mois	2,9	38,6	44,2	35,9	34,3	28,5	30,2
Après 12 mois	15,6	13,1	11,2	13,3	9,2	8,8	11,7
Indécise	20,1	13,1	6,9	7,3	8,2	5,2	9,9
Ne compte pas utilisé	61,5	35,3	37,6	43,5	48,3	57,5	48,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des femmes	314	360	303	248	207	523	1955

restent indécises quant au moment d'utiliser, tandis que le reste des femmes, soit 48 pour cent, n'ont pas l'intention d'utiliser dans l'avenir.

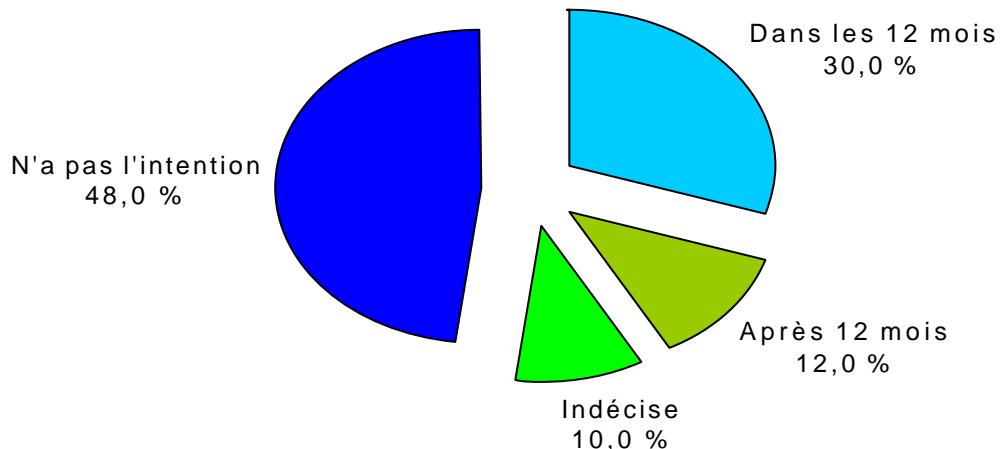
Parmi les femmes non utilisatrices d'une méthode de planification familiale au moment de l'enquête, le pourcentage de celles qui ne compte pas utiliser, et à l'exception des femmes sans enfants, est plus élevé (52 %) chez celles ayant 3 enfants et plus que chez elles ayant 1 à 2 enfants (36 %).

Tableau 12.11: Méthode contraceptive préférée pour une utilisation future

Répartition des femmes non-utilisatrices et qui comptent utiliser dans le futur par la méthode qu'elles comptent utiliser, selon le moment où elles comptent commencer l'utilisation.
ENSME 1997.

Méthode	Dans les 12 mois	Dans 1 à 2 ans	Dans 3 ans et +	Indécise	Total
Pilule	60,4	63,6	58,5	61,1	61,1
DIU	15,1	14,4	22,0	11,4	14,5
Norplant	1,2	0,5	2,4	1,6	1,2
Injections	5,9	4,3	0,0	5,7	5,3
Méthodes vaginales	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
Condom	0,2	1,1	0,0	1,0	0,5
Stérilisation féminine	8,6	10,7	9,8	7,8	8,9
Stérilisation masculine	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
Méthode du calendrier	2,0	3,2	0,0	1,0	2,0
Méthode du retrait	1,5	0,0	0,0	0,0	0,9
Allaitement prolongé	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
Autre	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3
N.S.P./ Indécise	4,1	2,1	7,3	10,4	5,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ensemble	591	187	41	193	1012

Graphique 12.3 Intention de pratiquer la contraception par les femmes Actuellement mariées



Concernant les femmes qui n'utilisent pas la contraception mais qui ont l'intention d'utiliser dans l'avenir (tableau 12.11), 61 pour cent parmi elles ont l'intention d'utiliser la pilule, 15 pour cent le DIU, 9 pour cent la stérilisation féminine, 5 pour cent les injectables et 1 pour cent le Norplant. Le choix des méthodes traditionnelles reste extrêmement limité (3 %). Concernant les femmes indécises ayant répondu ne pas savoir quelle méthode utiliser dans le futur, elles représentent 5 pour cent des femmes. Par milieu de résidence, la demande pour la pilule est plus importante en milieu rural (63 %) par comparaison au milieu urbain (58 %). Pour le DIU et la ligature tubaire, les différences ne sont pas énormes, 1 à 2 points d'écart.

12.10 RAISONS DE NON UTILISATION

Parmi les femmes n' ayant pas l'intention d'utiliser une méthode contraceptive et quel que soit leur âge (ou le nombre d'enfants), la raison essentielle évoquée (37% des femmes) est le désir d'une grossesse (tableau 12.12). Chez les plus jeunes (âge inférieur à 30 ans), cette proportion atteint 70 pour cent. Il est à noter qu'en dehors de cette raison, les femmes ont évoqué principalement la ménopause et la stérilité (particulièrement les femmes âgées) avec 26 pour cent des cas; les effets secondaires sont évoqués à raison de 6 pour cent, le fatalisme à raison de 8 pour cent, l'opposition du mari, les raisons religieuses, le manque d'information et la difficulté d'obtention de la méthode à raison de 2 à 3 pour cent pour chacune des modalités.

Tableau 12.12: Raisons de non utilisation de la contraception dans le futur

Répartition des femmes mariées non-utilisatrices et qui ne comptent pas utiliser dans le futur, par la raison principale de non-utilisation, selon l'âge et le nombre d'enfants vivants.. ENSME 1997.

Raison	âge		nombre d'enfants				Total
	< 30	30-49	0	1	2-4	5 et +	
Veut un autre enfant	69,7	26,6	69,3	61,2	34,3	6,4	36,7
Interdits religieux	2,7	2,4	0,5	1,7	1,6	5,1	2,4
Opposition au PF	0,5	1,4	1,4	0,0	0,3	2,4	1,2
Refus du mari	4,1	2,1	3,3	2,6	1,3	3,4	2,6
Refus autres parents	0,0	0,1	0,0	0,9	0,0	0,0	0,1
Effets secondaires	2,7	7,1	0,0	2,6	7,6	10,1	6,0
Manque d'information	5,0	1,3	1,9	3,5	2,8	1,0	2,1
Difficile à obtenir	1,8	1,9	0,9	6,0	1,6	1,4	1,9
Coût	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1
Difficile à utiliser	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6	0,7	0,4
Fataliste	5,0	9,4	2,8	3,5	12,0	10,4	8,4
Ménopause/non féconde	3,2	32,6	14,2	6,0	20,1	47,5	25,7
Autre	5,4	13,7	5,7	11,2	16,4	11,5	11,8
Pas sure/ N.S.P.	0,0	0,7	0,0	0,9	0,9	0,3	0,5
ND	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ensemble	221	722	212	116	318	297	943

12.11 DISCUSSION ET AVIS DE L'EPOUX SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes mariées non utilisatrices de méthodes contraceptives se sont vu poser des questions sur l'avis de leur époux à propos de la planification familiale.

D'après leurs réponses, il s'avère qu'une proportion importante (66 %) ont discuté de planification familiale avec leur époux (tableau 12.13).

Cette proportion diffère selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la femme et la région. La proportion de femmes qui discute de planification familiale avec leur mari est plus élevée en milieu urbain avec une proportion de 78 pour cent, contre à peine 58 pour cent chez les femmes résidant en milieu rural. Par région, ce pourcentage varie de 53 pour cent à Tanger Tétouan à 84 pour cent dans la région orientale. On note aussi que cette proportion augmente avec le niveau d'instruction: de 60 pour cent chez les analphabètes à 92 pour cent chez les femmes de niveau secondaire et au delà.

Tableau 12.13: Discussion de la planification familiale

Pourcentage par âge des femmes mariées et non-utilisatrices qui ont discuté de la planification familiale avec leurs époux, selon certaines caractéristiques. ENSME 1997.

Caractéristique	Age de la femme		
	< 35	35-49	Total
Milieu de Résidence			
Urbain	84,4	71,9	78,1
Rural	63,4	49,6	57,9
Région			
Lâayoune Boujdour S.H	100,0	91,7	96,4
Guelmim Smara	50,0	33,3	40,0
Souss Massa Drâa	75,6	52,3	66,2
El Gharb Chrarda	83,7	73,8	79,1
Chaouia Ouardigha	78,1	62,9	72,7
Marrakech Tensift Al Haouz	58,8	44,0	53,1
Région orientale	84,0	83,8	83,9
Grand Casablanca	73,8	71,1	72,5
Rabat Sale Zemmour Zaër	70,6	60,9	66,0
Doukala Abda	74,4	68,4	71,7
Tadla Azilal	74,6	39,3	64,2
Méknès Tafilalet	62,5	47,1	55,0
Fès Boulemane	65,0	64,4	64,6
Taza Al Hoceima Taounate	67,3	63,0	65,6
Tanger Tétouan	59,4	45,9	52,6
Niveau d'Instruction			
Analphabète	65,2	54,1	60,0
Lire et/ou écrire	81,9	80,2	81,3
Primaire	93,1	94,4	93,6
Préparatoire	93,7	92,9	93,4
Secondaire ou plus	90,0	95,0	91,7
Ensemble	70,7	59,6	65,8

A la question de savoir si le mari approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode de planification familiale, le tableau 12.14 indique que 64 pour cent des femmes mariées, non utilisatrices de contraception, pensent que leurs maris approuvent sans objection les couples qui recourent aux méthodes contraceptives. Une proportion relativement importante des femmes pensent que leur mari désapprouvent (20 %) et 14 pour cent n'ont aucune idée de l'opinion du mari quant au recours des autres couples à la planification familiale.

En milieu rural, les pourcentages de désapprobation et d'ignorance de la position du mari (25 % et 18 % respectivement) sont deux fois plus élevés qu'en milieu urbain (12 % et 9 %). Par rapport au niveau d'instruction de la femme, plus ce niveau est élevé, plus le pourcentage d'approbation du mari pour les couples qui pratiquent la contraception l'est aussi: 59 pour cent des femmes analphabètes pensent que leurs maris approuvent les couples qui recourent aux méthodes contraceptives contre 95 pour cent des femmes de niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

Tableau 12.14: Avis du mari sur la planification familiale

Répartition des femmes mariées, non-utilisatrices par l'avis du mari envers la contraception, selon certaines caractéristiques. ENSME 1997.

Caractéristique	Approbation					Total
	Approuve	conditionnelle	Désapprouve	N.S.P.	ND	
Milieu de Résidence						
Urbain	77,6	1,7	12,2	8,5	0,0	100,0
Rural	56,0	1,0	24,9	18,0	0,1	100,0
Région						
Lâayoune Boujdour S.H.	89,3	0,0	3,6	7,1	0,0	100,0
Guelmim Smara	20,0	20,0	0,0	60,0	0,0	100,0
Souss Massa Draa	60,7	0,5	16,0	22,8	0,0	100,0
El Gharb Chrarda Bni H.	84,6	0,0	9,9	5,5	0,0	100,0
Chaouia Ourdigha	65,7	4,0	12,1	18,2	0,0	100,0
Marrakech Tensift Al Haouz	56,5	0,4	38,9	4,2	0,0	100,0
Région orientale	74,1	3,5	14,0	8,4	0,0	100,0
Grand Casablanca	84,4	0,6	6,3	8,8	0,0	100,0
Rabat Sale Zemmour Zaër	63,9	1,0	2,1	33,0	0,0	100,0
Doukala Abda	68,7	1,2	13,9	16,3	0,0	100,0
Tadla Azilal	57,9	2,1	27,4	12,6	0,0	100,0
Méknès Tafilalet	50,0	0,0	13,6	36,4	0,0	100,0
Fès Boulemane	66,7	2,0	26,3	4,0	1,0	100,0
Taza Al Hoceima Taounate	58,3	1,7	28,9	11,1	0,0	100,0
Tanger Tétouan	57,2	1,0	32,0	9,8	0,0	100,0
Niveau d'Instruction						
Analphabète	58,7	1,3	23,1	16,8	0,1	100,0
Lire et/ou écrire	80,0	1,8	11,1	7,1	0,0	100,0
Primaire	89,4	0,0	8,5	2,1	0,0	100,0
Préparatoire	90,1	0,0	5,5	4,4	0,0	100,0
Secondaire et plus	95,0	1,7	3,3	0,0	0,0	100,0
Ensemble	64,5	1,3	20,0	14,3	0,1	100,0

CHAPITRE 13

PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

Mr Abdelaziz Zguiouar¹

L'objectif de ce chapitre est d'essayer de mettre en évidence l'opinion et les attitudes des femmes en âge de procréer en ce qui concerne leur préférence sur la dimension de la famille et le sexe des enfants. Il s'agit de l'analyse des réponses des enquêtées concernant:

- i. La taille désirée de la famille qui sera traitée à travers trois composantes principales:
 - désir d'enfants supplémentaires;
 - préférence du sexe ;
 - la taille idéale de la famille.
- ii. La taille désirée de la famille en relation avec les intentions et les pratiques contraceptives; ce qui permet une évaluation de la demande potentielle et des besoins en planification familiale ;
- iii. Les attentes des parents et leurs aspirations vis-à-vis de leurs enfants en ce qui concerne le niveau de fécondité souhaité par les mères pour leurs filles ainsi que l'âge de leur mariage, les attitudes envers celles qui travaillent et la différence dans le niveau d'éducation désiré pour le fils et la fille.

Il est à préciser que cette analyse est basée sur les réponses individuelles des femmes quant à leur préférence en matière de fécondité. Ces données ne constituent pas une norme de la société, elles permettent seulement une appréciation des opinions et des attitudes qui ne reflètent pas nécessairement les véritables intentions des comportements des femmes durant toute leur vie féconde. Pour les femmes en début de mariage, les réponses sont liées à des objectifs à long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont inconnues. A l'inverse, pour les femmes en fin de vie féconde, les réponses sont influencées par leur passé.

Toutefois, il existe une forte divergence entre spécialistes pour déterminer si le concept devrait être mis en œuvre et de quelle manière dans la recherche théorique et empirique. Il y a ceux qui minimisent le rôle des préférences en raison de leur nature subjective et intangible, ce qui les rend difficiles à mesurer et à intégrer aux analyses empiriques de la fécondité. Par contre, d'autres chercheurs émettent l'opinion que la prise en compte des préférences dans l'analyse de la fécondité est de la plus haute importance et que des efforts devraient être accomplis pour favoriser ce champ d'investigation.

Malgré les problèmes d'interprétation concernant l'analyse des données sur les préférences en matière de fécondité, les résultats de ce chapitre peuvent aider à expliquer les forces qui affectent la fécondité dans un pays comme le Maroc où l'intention est un bon prédicteur de l'utilisation contraceptive (Westoff, 1995): “*les femmes qui avaient l'intention d'utiliser une méthode contraceptive en 1992 seraient 6 fois et demi plus nombreuses à utiliser la contraception que celles n'ayant pas exprimé l'intention de l'utiliser*”.

(1) Démographe à l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS)

13.1 DESIR D'AVOIR PLUS D'ENFANTS

Les intentions et les désirs en matière de fécondité sont appréciés par les réponses des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans auxquelles l'enquêtrice avait, dans le cadre de l'ENSME de 97, demandé: " voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez vous ne plus avoir d'enfants ?" et pour les femmes enceintes, elle ajoutait : " en plus de celui que vous attendez ?"

Tableau 13.1 Désir d'avoir plus d'enfants

Répartition des femmes mariées par le désir d'avoir un autre enfant selon l'âge, la durée depuis le premier mariage et le nombre d'enfants vivants (y compris la grossesse actuelle). ENSME, 1997.

Caractéristiques	Veut un autre enfant	Ne veut pas un autre enfant	Ne peut pas être enceinte	Ne sait pas	Effectif Des femmes
Age actuel					
< 25	96,0	1,6	0,8	1,6	251
20-24	83,2	14,3	0,3	2,2	636
25-29	68,0	28,9	0,8	2,3	767
30-34	46,9	49,2	2,5	1,4	847
35-39	26,5	65,3	6,0	2,2	917
40-44	14,1	73,6	11,6	0,7	704
45-49	6,5	68,1	25,0	0,5	573
Durée depuis le 1^{er} mariage					
<5	91,0	6,8	0,4	1,8	975
5-9	68,0	29,4	1,0	1,6	797
10-14	43,5	52,2	1,8	2,5	790
15-19	23,4	70,4	5,0	1,2	719
20-24	14,5	71,9	11,4	2,2	691
25 ou plus	3,6	72,7	23,5	0,1	723
Nombre d'enfants vivants					
0	91,5	0,5	7,7	0,3	377
1	93,0	4,3	1,3	1,3	741
2	63,1	32,0	3,1	1,8	769
3	43,0	50,1	4,4	2,5	732
4	23,2	69,8	5,0	2,0	603
5 ou plus	6,3	79,6	12,6	1,4	1473
Ensemble	44,0	47,7	6,6	1,6	4695

Les résultats du tableau 13.1 montrent que parmi les 4695 femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 48 pour cent ont répondu ne plus vouloir d'enfants supplémentaires, tandis que 44 pour cent en désirent davantage. Par ailleurs, la proportion des femmes ayant déclaré qu'elles ne peuvent pas être enceintes représente 7 pour cent, et celle des femmes indécises représente un peu moins de 2 pour cent.

En fonction de certaines caractéristiques socio-démographiques, on constate que les désirs ou non d'avoir d'autres enfants présentent de fortes variations: selon l'âge au moment de l'enquête, le pourcentage des femmes désirant avoir un enfant supplémentaire diminue régulièrement au fur et à

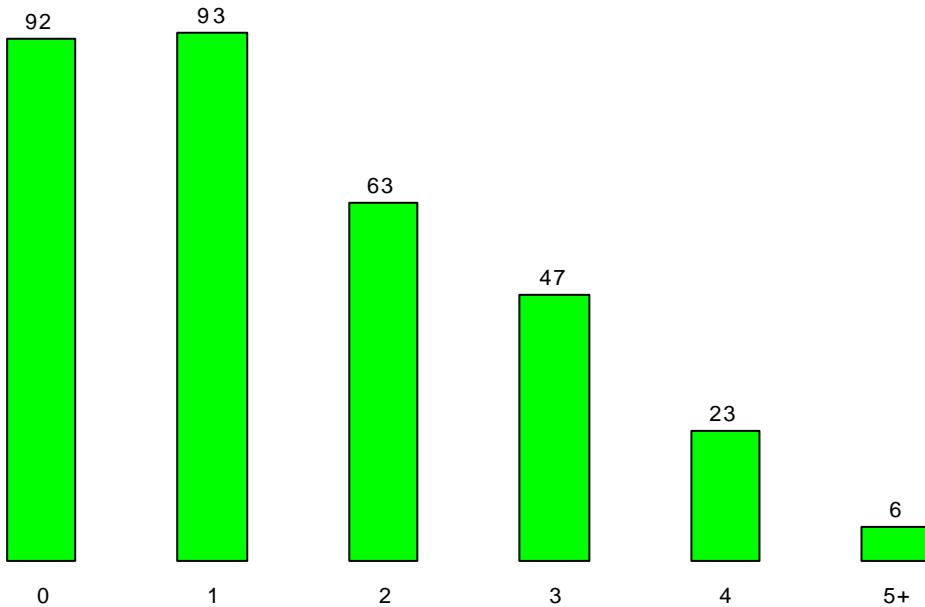
mesure qu'on passe des générations plus jeunes aux générations plus anciennes. Il passe de 86 pour cent parmi les femmes âgées de moins de 25 ans, à 6 pour cent parmi celles âgées de 45 à 49 ans.

La même tendance est observée en fonction de la durée à partir du premier mariage, où 91 pour cent, dont la durée ne dépasse pas 5 ans, désirent avoir un autre enfant. Cette proportion fléchit rapidement et passe à 43 pour cent au bout d'une durée de mariage de 10 à 14 ans. Par ailleurs, 52 pour cent parmi celles avec cette même durée de mariage ne désirent plus avoir d'enfants, ce qui signifie que la taille de la famille désirée se complète le plus souvent chez la majorité des femmes dont la période de mariage est de 10 à 14 ans.

Fortement associé à la durée du mariage, le nombre d'enfants vivants (y compris la grossesse actuelle) constitue un élément important influençant le comportement de la femme quant au désir ou non d'avoir des enfants supplémentaires. A cet effet, le graphique 13.1 fait apparaître la relation entre le nombre d'enfants vivants et le désir d'en avoir autres. Ainsi, 63 pour cent des femmes mariées qui ont deux enfants, désirent avoir un troisième. Quant aux femmes avec 4 enfants, 70 pour cent ne veulent plus en avoir, que 23 pour cent désirent en avoir d'autres, alors que les 7 pour cent restantes sont indécises (2 %), ou ne peuvent pas tomber enceintes (5 %). Par ailleurs, la proportion des femmes avec 5 enfants ou plus qui désirent avoir un autre enfant est de 6 pour cent, que 8 pour cent parmi les nullipares se déclarent incapables de tomber enceinte et 91 pour cent en désirent davantage.

D'une manière générale, les données fournies par cette enquête montrent que plus le nombre d'enfants actuellement vivants augmente, plus la proportion de celles ne voulant plus avoir d'enfants additionnels diminue. Ainsi, on relève que la proportion des femmes ayant manifesté ce désir passe d'un peu plus de 4 pour cent parmi les primipares, à 80 pour cent parmi celles avec au moins 5 enfants.

Graphique 13.1
Femmes (%) mariées désirant avoir des enfants
Selon le nombre d'enfants actuel



Analyse différencielles

Le tableau 13.2 donne le pourcentage des femmes mariées et fécondes² qui ne souhaitent plus avoir d'enfants, par le nombre d'enfants vivants, selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'éducation. Dans l'ensemble, une femme sur deux souhaite limiter leur descendance (51%); cette proportion était de 49 pour cent à l'ENPS-II de 1992 et l'EPPS de 1995. En prenant en considération ces facteurs socio-démographiques, on relève que les femmes ne voulant pas avoir

Tableau 13..2 Désir de ne plus avoir d'enfants

Pourcentage des femmes mariées et fécondes et qui ne désirent avoir pas un autre enfant par le nombre d'enfants vivants, et selon des variables socio-démographiques. ENSME 1997

Caractéristiques	Nombre d'enfants vivants						
	0	1	2	3	4	5 et +	Total
Milieu							
Urbain	1,0	12,7	40,7	63,1	82,9	94,8	53,0
Rural	0,4	6,9	27,4	44,0	63,7	90,0	49,4
Régions							
Laâyoune-Boujdour-SH	0,0	16,7	6,7	50,0	92,3	94,4	45,9
Guelmim-Smara	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	60,0	30,0
Souss-Massa-Drâa	2,3	4,0	25,0	40,8	77,1	95,2	47,2
El Gharb-Chrarda	0,0	9,1	44,7	53,8	90,9	92,5	61,7
Chaouia-Ouardigha	0,0	13,5	60,7	55,3	63,6	90,7	55,9
Marrakech-Tensift-Al Haouz	0,0	6,8	16,2	46,2	68,7	92,3	46,9
Région Orientale	0,0	15,4	37,8	39,0	52,8	87,8	48,2
Grand Casablanca	2,1	15,5	43,6	61,5	84,3	98,6	50,9
Rabat-Salé- Zemmour- Zaër	0,0	8,0	46,6	73,7	87,8	96,2	52,7
Doukla-Abda	2,9	5,3	44,2	59,5	70,0	91,8	52,6
Tadla-Azilal	0,0	8,3	39,4	66,7	74,1	98,5	52,7
Méknès-Tafilalet	0,0	13,8	38,5	57,6	82,4	89,0	50,7
Fès-Boulmane	0,0	12,2	15,8	53,1	63,9	97,2	51,7
Taza- Al Hoceima-Taounate	0,0	7,0	13,2	37,0	51,5	90,8	47,4
Tanger-Tétouan	0,0	11,4	41,2	70,0	75,0	82,3	57,7
Niveau d'éducation							
Analphabète	0,3	9,1	27,5	47,6	69,9	91,2	53,6
Lire et/ou écrire	0,0	10,2	38,0	58,6	82,0	95,8	44,7
Primaire	0,0	14,3	40,7	86,7	100,0	100,0	48,8
Préparatoire	2,4	12,5	51,5	78,7	93,1	100,0	45,2
Secondaire ou plus	2,8	10,4	54,8	87,5	81,8	100,0	38,6
N.D	-	-	-	-	100,0	-	100,0
Total	0,6	10,0	34,4	54,1	73,7	91,8	51,1

un autre enfant sont relativement plus nombreuses parmi les citadines (53% contre 49 % parmi les femmes du milieu rural). Ces différences sont plus nuancées lorsqu'on compare les femmes de parité égale. La disparité entre l'urbain et le rural est plus importante parmi les femmes avec

² Les femmes fécondes sont celles qui ne sont pas stérilisées (ni leur époux) et ne sont pas ménopausées

deux, trois et quatre enfants vivants, ce qui respectivement correspond à un écart absolu de 13, de 21 et de 19 points.

De point de vue régionale, on observe des écarts plus apparents: la région du Gharb-Chrarda-Beni Hssen vient en tête avec 62 pour cent, tandis que les régions de Laâyoune-Boujdour-Sakia-Al Hamra, de Souss-Massa-Drâa et la région de Marrachech-Tensift-Al Haouz, occupent la dernière position avec 46 pour cent. Si l'on compare les femmes avec 3 enfants vivants, l'écart devient plus prononcé, étant donné que la première position revient à la région de Tanger-Tétouan (70%) et la dernière, à la région de l'Orientale (39%), soit un écart absolu de 31 points.

Selon le niveau d'éducation, on constate à première vue que les femmes, avec un niveau d'éducation secondaire ou plus, sont les moins nombreuses à vouloir limiter leur descendance que les autres catégories, ce qui reflète que la taille désirée de leur famille n'est pas encore atteinte. Mais à parité égale, on observe que les femmes avec 3 enfants ayant le niveau secondaire ou plus représentent 87 pour cent, contre 48 pour cent parmi les "sans instruction" et 79 pour cent parmi les femmes avec le niveau préparatoire. Il se dégage donc que la proportion des femmes ne désirant plus avoir d'enfants parmi celles avec au moins un enfant vivant, devient de plus en plus importante dès qu'on passe des femmes analphabètes à celles avec au moins le niveau d'éducation primaire.

Préférence concernant le sexe des enfants

Les préférences concernant le sexe des enfants sont abordées par l'analyse de trois composantes:

- Le comportement des femmes ne voulant plus avoir d'enfants, selon le nombre et le sexe des enfants vivants ;
- Le sexe préféré du prochain enfant en fonction de la composition par sexe des enfants vivants ;
- Le sexe préféré du prochain enfant en fonction du nombre d'enfants vivants et de leur composition par sexe.

L'intention d'avoir ou non des enfants additionnels dépend de l'âge de la mère et la composition par sexe des enfants vivants. Ainsi, les résultats du tableau 13.3 montrent, que quelque soit le nombre de filles vivantes, les femmes ne désirant plus avoir d'enfants sont d'autant plus nombreuses que l'âge est plus avancé et que le nombre d'enfants vivants de sexe masculin est élevé. Cependant, et à une répartition égale par sexe des enfants vivants, la proportion des femmes ne désirant plus avoir d'enfants est nettement plus élevée dans le groupe d'âge allant de 35 à 49 ans, ce qui reflète l'importance de l'âge de la femme dans le contrôle du niveau de la fécondité.

Concernant la préférence d'un sexe plutôt qu'un autre, les résultats du tableau 13.4 montrent dans l'ensemble, et contrairement à ce que l'on pense le plus souvent, qu'il y a presque autant de femmes qui préfèrent un garçon que celles préférant une fille. Ainsi, on relève que parmi les femmes mariées et fécondes désirant avoir un autre enfant, 26 pour cent préfèrent avoir un garçon et 25 pour cent préfèrent avoir une fille, tandis que les 49 pour cent des femmes restantes se déclarent indifférentes quant au sexe de l'enfant qu'elles souhaitent avoir.

S'il y a autant de femmes qui préfèrent un garçon que celles qui préfèrent une fille, des différences prononcées apparaissent lorsqu'on tient compte de la composition par sexe des enfants actuellement vivants, aussi bien au niveau national qu'à l'échelle des femmes rurales et urbaines (tableau 13.4). Ainsi, les femmes sans enfants, celles avec seulement des filles et celles avec moins de garçons que de filles, qui désirent avoir un enfant de sexe masculin, affichent respectivement un pourcentage de 9, de 70 et de 59 pour cent. La proportion de celles qui préfèrent une fille parmi ces trois dernières catégories de femmes, affiche respectivement un pourcentage de 7, de 2 et de 2 pour cent. Toutefois, la proportion des femmes préférant avoir une fille parmi celles n'ayant que des garçons, est très importante (70 %) en comparaison avec les femmes préférant avoir encore un garçon (2%).

Tableau 13.3 : Femmes ne désirant pas un autre enfant

Pourcentage par groupe d'âge des femmes mariées et fécondes et qui ne désirent pas avoir un autre enfant selon le nombre de fils vivants et le nombre de filles vivantes. ENSME, 1997.

Groupe d'âge	Nombre de filles vivantes	Nombre de fils vivants						Total	
		0	1	2	3	4	5 +	%	Effectif des femmes
< 25	0	0,3	6,5	17,0	(*)	-		4,5	536
	1	7,6	28,9	42,9	(*)	(*)		17,9	285
	2	16,1	41,2	(*)	-	-		28,8	52
	3	(*)	(*)	-	-	-		(*)	(*)
	4	(*)	(*)	(*)	-	-		(*)	(*)
	5 +	-	-	-	-	-		-	-
25-34	0	0,8	8,9	22,4	31,8	33,3	(*)	12,5	424
	1	14,6	40,6	54,7	72,9	93,3	(*)	43,9	549
	2	13,3	48,4	69,3	87,2	86,7	(*)	51,4	362
	3	23,5	62,7	88,9	80,0	(*)	(*)	59,6	171
	4	23,1	88,0	(*)	(*)	(*)	(*)	71,9	57
	5+	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	-	66,7	24
35-49	0	1,6	18,4	45,2	72,2	76,2	73,9	38,6	223
	1	19,5	69,6	72,9	90,8	92,5	88,6	74,0	389
	2	43,2	66,7	89,8	95,5	96,5	98,4	84,3	470
	3	47,6	65,6	94,6	96,8	88,3	97,9	86,8	363
	4	40,0	84,4	95,1	98,4	86,7	96,8	88,8	250
	5+	73,7	82,2	98,6	91,5	96,0	100,0	91,3	219
Ensemble		11,4	40,9	69,3	84,5	88,4	93,3	51,1	4384

(*) inférieur à 10 cas

Comme on peut le constater au niveau du tableau 13.4, la même tendance est observée au niveau des femmes des deux milieux de résidence. Ainsi, en milieu rural, les femmes sans enfants, celles avec seulement des filles et celles avec moins de garçons que de filles et désirant avoir un enfant supplémentaire de sexe masculin affichent, respectivement un pourcentage de 10, de 73 et de 60 pour cent. Concernant le milieu urbain, les femmes avec les mêmes compositions par sexe des enfants vivants et qui désirent elles aussi avoir un garçon, affichent respectivement des pourcentages de 7, de 67 et de 59 pour cent. Avec une descendance composée seulement de garçons, on relève que les femmes désirant avoir une fille sont relativement plus nombreuses en milieu urbain (76%) qu'en milieu rural (63%), ce qui donne un écart absolu de 13 points.

Tableau 13.4 : Sexe préféré du prochain enfant

Pourcentage de femmes mariées et fécondes, pourcentage de celles qui ne désirent pas avoir un autre enfant, nombre moyen d'enfants désirés, et la répartition de celles qui désirent un autre enfant par sexe préféré selon la composition actuelle par sexe des enfants vivants et milieu de résidence. ENSME 1997

Caractéristiques	Femme mariées Et fécondes	%	% des femmes ne voulant pas avoir d'autres enfants	Nombre moyen désiré	Sexe préféré du prochain enfant			Total
	Nombre			Garçon	Fille	Sans préférence		
Urbain								
Aucun enfant Vivant	201	9,7	1,0	2,4	6,6	10,6	82,8	198
Tous des garçons Toutes des filles	376	18,2	25,8	2,8	1,5	76,0	22,5	271
Garçons = filles	342	16,6	23,7	2,8	67,2	2,7	30,1	259
Garçons >filles	360	17,5	71,7	3,2	8,9	11,9	79,2	101
Garçon < filles	402	19,5	86,6	3,5	4,1	71,4	24,5	49
	382	18,5	80,6	3,6	59,7	1,5	38,8	67
Rural								
Aucun enfant Vivant	271	11,7	0,4	2,9	10,2	4,9	84,8	264
Tous des garçons Toutes des filles	335	14,4	18,8	3,2	1,9	63,4	34,7	265
Garçons = filles	286	12,3	14,3	3,3	73,2	1,3	25,5	239
Garçons >filles	352	15,2	56,3	3,8	14,3	6,8	78,9	147
Garçon < filles	532	22,9	78,9	4,3	4,1	38,8	57,1	98
	545	23,5	77,8	4,2	58,7	1,8	39,4	109
Ensemble								
Aucun enfant Vivant	472	10,8	0,6	2,7	8,7	7,4	84,0	462
Tous des garçons Toutes des filles	711	16,2	22,5	3,0	1,7	69,8	28,5	536
Garçons = filles	628	14,3	19,4	3,0	70,1	2,2	27,9	498
Garçons >filles	712	16,2	64,0	3,5	12,1	8,9	79,0	248
Garçon < filles	934	21,3	82,2	4,0	4,1	49,7	46,3	147
	927	21,1	79,0	4,0	59,1	1,7	39,2	176
Total	4384	100	51,1	3,5	26,0	25,0	49,0	2067

D'une manière générale, la préférence du sexe masculin n'est pas vraiment prioritaire comme on le laisse croire le plus souvent, mais que l'absence d'enfants de sexe féminin ou de sexe masculin dans la composition de la famille n'est pas souhaitée aussi bien par les femmes vivant en milieu rural que par celles résidant en urbain. Par ailleurs, on constate que les femmes sans enfant vivant au moment de l'enquête, sont dans la majorité indifférentes quant au sexe de l'enfant qu'elles souhaitent avoir (83 % en milieu urbain contre, 85 % en milieu rural). Ces données pourraient témoigner d'une amorce de changements sociaux au Maroc, plus particulièrement sur le plan du statut de la femme.

Tableau 13.5 : Préférence du sexe et parité actuelle

Pourcentage de femmes mariées et fécondes qui ne désirent pas avoir un autre enfant, nombre moyen d'enfants désirés, Pourcentage de celles qui désirent un autre enfant selon le sexe préféré du prochain enfant et le nombre actuel des enfants vivants et leur composition par sexe. ENSME 1997.

Nombre d'enfants vivants	Composition par sexe		% ne voulant pas avoir d'autres enfants	Nombre moyen d'enfants désirés	Sexe préféré du prochain enfant		
	Garçons	Filles			Garçon	Fille	Sans Préférence
0	0	0	0,6	2,7	8,7	7,4	84,0
1	0	1	11,7	2,7	59,3	3,4	37,2
	1	0	8,6	2,7	2,3	63,4	34,4
2	0	2	20,9	3,1	79,7	0,0	20,3
	1	1	44,0	2,9	13,3	8,4	78,3
	2	0	26,4	3,0	0,8	79,0	20,2
3	0	3	29,7	3,5	88,2	0,0	11,8
	1	2	55,4	3,4	52,0	0,0	48,0
	2	1	60,8	3,4	5,1	50,0	44,9
	3	0	50,0	3,5	0,0	88,1	11,9
4	0	4	32,4	3,7	100,0	0,0	0,0
	1	3	64,0	3,9	67,5	5,0	27,5
	2	2	81,3	3,9	5,1	12,8	82,1
	3	1	83,2	3,6	0,0	62,5	37,5
	4	0	60,6	3,8	0,0	83,3	16,7
5	0	5	57,1	4,2	100,0	0,0	0,0
	1	4	85,9	3,5	100,0	0,0	0,0
	2	3	93,2	4,0	50,0	0,0	50,0
	3	2	93,0	4,0	0,0	12,5	87,5
	4	1	92,9	3,7	0,0	100,0	0,0
	5	0	64,3	3,8	0,0	100,0	0,0
Ensemble			51,1	3,5	26,0	25,0	49,0

La situation observée ci-dessus est, par contre, nuancée davantage en fonction du nombre d'enfants vivants et leur composition par sexe. A cet effet, il ressort du tableau 13.4 que le nombre d'enfants vivants de sexe masculin a un impact sur le désir d'avoir d'autres enfants : les femmes mariées fécondes avec deux enfants vivants soient plus nombreuses à ne plus vouloir d'enfants additionnels si elles ont deux garçons (26%) que celles avec deux filles (21%). Pour les femmes avec trois enfants vivants, 30 pour cent ne souhaitent plus avoir d'enfants si elles ont que des filles, contre 50 pour cent si elles ont que des garçons. Les mêmes tendances sont observées chez les femmes avec au moins 4 enfants vivants.

Dans le même ordre d'idées, la préférence d'avoir un enfant supplémentaire de sexe masculin est prioritaire au fur et à mesure que le nombre de filles augmente parmi le nombre d'enfants vivants. A titre d'exemple, toutes les familles avec 4 enfants de sexe féminin souhaitent que leur prochain enfant soit un garçon, et aucune femme ne désire que son prochain enfant soit un garçon si elle

n'a que des garçons. Toutefois, la préférence des filles est commune à toute les familles qui n'ont que des garçons et s'accentue davantage au fur et à mesure que le nombre de garçons augmente parmi la descendance atteinte.

13.2 INTENTIONS RELATIVES A LA DIMENSION DE LA FAMILLE

Il était donné aux femmes non-célibataires d'exprimer leur opinion quant au nombre d'enfants qu'elles souhaitent ou qu'elles auraient souhaité avoir tout au long de leur vie féconde. Pour cela, l'enquêtrice leur avait posé la question suivante: Si vous pouvez recommencer à partir du moment où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouvez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir durant toute votre vie, combien voudriez vous en avoir ?, et pour les femmes sans enfants, la question devient : Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?

Nombre d'enfants désirés

Les résultats du tableau 13.6 font ressortir que la majorité des femmes préfèrent des familles de tailles réduites. Au total, environ quatre femmes sur cinq (79 %) désirent avoir une descendance de deux à quatre enfants: sur 100 femmes non-célibataires âgées de 15 à 49 ans, 29 ont déclaré vouloir 2 enfants, 21 désirent avoir 3 enfants, alors que 29 désirent avoir 4 enfants. Toutefois, on constate qu'un peu plus de 3 pour cent des femmes ont fourni des réponses imprécises concernant le nombre d'enfants désirés.

D'une manière générale, la tendance des préférences converge, quelque soit l'âge de la femme, la durée depuis le premier mariage et le nombre d'enfants vivants, vers des familles de tailles réduites: A ce niveau, on note qu'environ 80 pour cent des femmes désirent des familles de tailles avec, pas moins de 2 enfants et pas plus de 4, ce qui est moyennant proche de l'indice conjoncturel de fécondité (3,1 enfants par femme au cours de la période 1994-1997).

Toutefois, la comparaison entre la parité atteinte et celle désirée fait apparaître des écarts importants. Ainsi, les femmes avec au plus deux enfants, en veulent davantage, celles avec au moins 3 enfants sont plus nombreuses à vouloir une taille familiale plus réduite que celle atteinte au moment de l'enquête: une femme sur deux (52%) parmi les femmes avec 3 enfants et trois sur cinq (60%) parmi celles avec au moins 5 enfants.

Tableau 13.6 : Nombre moyen d'enfants désirés

Répartition des femmes non- célibataires par le nombre désiré d'enfants et le nombre moyen d'enfants désirés, selon les variables démographiques. ENSME 1997

Caractéristiques	0	1	2	3	4	5	6+	Autre	Total	Nombre moyen désiré
Age actuel										
< 20	0,0	1,5	45,4	22,9	20,5	3,9	2,7	3,1	258	2,9
20-24	0,1	1,8	40,7	26,6	24,2	3,3	1,9	1,3	670	2,9
25-29	0,4	2,1	32,5	25,7	28,1	5,6	3,8	1,8	821	3,2
30-34	0,2	1,8	28,4	22,6	29,8	9,0	5,5	2,6	907	3,3
35-39	0,2	1,5	28,1	19,4	30,1	7,6	9,4	3,6	1006	3,5
40-44	0,6	1,6	23,4	15,0	30,1	11,2	13,5	4,4	786	3,8
45-49	0,5	0,9	18,7	14,7	31,8	11,9	15,7	5,9	648	4,0
Durée depuis le premier mariage										
<5	0,2	2,2	48,2	23,5	19,5	2,9	1,8	1,7	1019	2,8
5-9	0,1	2,0	35,9	27,7	27,3	3,6	2,0	1,5	867	3,2
10-14	0,5	1,5	26,3	23,1	33,2	8,9	4,5	2,0	858	3,4
15-19	0,3	2,2	24,7	18,1	29,6	9,7	10,1	4,5	780	3,6
20-24	0,5	1,6	19,8	16,9	33,1	11,2	12,6	4,5	753	3,8
25+	0,4	0,2	16,2	14,0	31,9	12,9	18,3	6,0	819	4,2
Nombre d'enfants vivants										
0	0,6	4,8	54,8	14,6	18,5	1,5	2,0	3,3	460	2,6
1	0,2	3,4	50,9	23,2	17,9	2,4	1,1	0,7	869	2,7
2	0,0	1,1	37,9	31,6	23,8	2,7	1,2	1,7	820	2,9
3	0,5	0,9	20,7	31,9	34,1	6,7	2,8	2,2	773	3,3
4	0,3	0,5	20,1	10,5	45,5	12,5	7,6	3,0	631	3,8
5+	0,3	0,8	13,7	14,3	30,8	14,3	19,8	6,1	1543	4,3
Ensemble	0,3	1,6	29,5	20,8	28,7	7,9	7,9	3,2	100,0	3,4
Effectif des femmes	16	83	1503	1061	1462	402	404	165	5096	

Un second résultat qui ne manque pas non plus de signification quant à la fécondité future est celui du nombre moyen d'enfants désirés. Dans l'ensemble, il ressort du même tableau 13.6 que cet indicateur s'estime à environ 3,4 enfants par femme. Il est d'autant plus élevé que l'âge de la femme est plus avancé, que la durée à partir du premier mariage est plus longue et que le nombre d'enfants vivants est plus grand. Selon l'âge, le nombre moyen d'enfants désirés passe de 2,9 enfants chez les femmes de moins de 20 ans, à 4 enfants chez celles de 45 à 49 ans, ce qui correspond à un écart absolu d'environ un enfant entre les générations les plus jeunes et les plus anciennes. Cette même tendance est observée lorsqu'on considère la durée depuis le premier mariage: les femmes avec une durée de moins de 5 ans, désirent avoir un nombre en deçà de la moyenne nationale (2,8 enfants contre 3,4), celles avec une durée de 10 à 15 ans de mariage désirent 3,4 enfants, alors que les femmes avec une durée de 25 ans et au delà, ont déclaré vouloir

un peu plus de 4 enfants, ce qui correspond à un écart absolu d'environ 1,2 enfants par rapport au nombre moyen national.

Analyse différencielles

A l'instar de la fécondité, l'intention de procréer varie selon l'âge actuel de la femme et selon certaines variables socio-démographiques, telles que le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants.

Tableau 13..7 Nombre moyen d'enfants désirés et âge

Nombre moyen d'enfants désirés par femmes non-célibataires selon l'âge et des variables socio-économiques, ENSME, Maroc, 1997

Caractéristiques	< 20	20 – 24	25- 29	30 – 34	35 –39	40– 44	45-49	Total
Milieu								
Urbain	2,5	2,6	2,8	3,1	3,1	3,4	3,5	3,1
Rural	3,0	3,1	3,4	3,7	4,0	4,5	4,6	3,7
Régions								
Laâyoune-Boujdour-SH	3,0	2,4	2,8	3,4	3,0	3,3	3,9	3,2
Guelmim-Smara	4,0	4,5	3,3	3,5	4,7	4,0	7,0	4,1
Souss-Massa-Drâa	3,1	3,0	3,3	3,4	3,7	4,1	4,1	3,5
El Gharb-Chrarda	2,6	2,8	3,0	3,3	3,5	3,6	4,0	3,3
Chaouia-Ouardigha	3,2	2,9	3,0	3,9	3,5	4,3	4,3	3,6
Marrakech-Tensift-Al Haouz	2,6	3,1	3,3	3,4	3,8	4,1	4,4	3,6
Région Orientale	3,1	3,3	4,0	4,2	4,4	4,6	4,7	4,1
Grand Casablanca	2,6	2,5	2,8	3,0	3,1	3,3	3,8	3,1
Rabat-Salé- Zemmour-Zaër	3,0	2,5	2,9	2,9	3,0	3,3	3,6	3,1
Doukla-Abda	3,0	3,0	2,8	3,3	3,8	4,1	4,2	3,4
Tadla-Azilal	2,7	2,8	2,9	3,2	2,7	4,0	4,2	3,2
Méknès-Tafilalet	2,5	2,7	3,0	3,2	3,4	3,5	3,8	3,2
Fès-Boulmane	2,3	2,4	3,0	3,3	3,2	4,4	3,3	3,3
Taza-Al Hoceima Taounate	3,3	3,3	3,8	3,3	3,7	4,2	4,6	3,7
Tanger-Tétouan	2,5	3,2	3,0	3,5	3,8	3,3	3,7	3,4
Niveau d'éducation								
Analphabète	2,9	3,1	3,3	3,6	3,8	4,1	4,2	3,7
Lire et/ou écrire	2,7	2,8	2,9	2,9	2,9	3,3	3,7	3,0
Primaire	2,7	2,5	2,4	2,6	2,5	2,9	3,5	2,7
Préparatoire	2,7	2,5	2,7	2,9	2,7	3,0	2,4	2,7
Secondaire +	2,0	2,2	2,6	2,4	2,5	2,6	2,8	2,5
N.D	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	4,0
Nombre d'enfants								
0	2,7	2,7	2,7	2,4	2,6	2,1	2,7	2,6
1	2,9	2,7	2,5	2,6	2,4	2,7	3,0	2,7
2	3,1	3,1	3,1	2,8	2,6	2,9	3,0	2,9
3	3,7	3,5	3,5	3,4	3,1	3,3	3,1	3,3
4	6,0	4,3	3,7	3,8	3,8	3,7	3,9	3,8
5+	0,0	3,0	4,1	4,2	4,1	4,5	4,4	4,3
Total	2,9	2,9	3,2	3,3	3,5	3,8	4,0	3,4

En fonction de ces variables l'examen du tableau 13.7 permet de mettre en évidence les variations de la taille moyenne désirée de la famille. Par milieu de résidence, les femmes du milieu rural semblent désirer plus d'enfants que les femmes urbaines, quel que soit le groupe d'âges auquel elles appartiennent. L'écart absolu entre les deux milieux est de 0,6 enfant (3,7 dans le rural, contre 3,1 dans l'urbain). De point de vue régionale, les différences sont insignifiantes à l'exception du Grand Casablanca et Rabat-Salé-Zemmour-Zaër où les femmes désirent avoir le moins d'enfants (3,1 enfants). A l'opposé, les femmes de la région Guelmim-Smara et l'Orientale où les femmes semblent désirer plus d'enfants (4,1 enfants), que dans le reste du pays.

En ce concerne le niveau d'instruction, les différences sont plus prononcées. En moyenne, le nombre d'enfants désirés passe de 3,7 chez les femmes analphabètes, à 2,5 chez celles avec le niveau secondaires ou plus, soit un écart absolu de 1,2 enfants. Enfin, les différences sont significantes selon le nombre d'enfants vivants: le nombre moyen d'enfants désirés est d'autant plus important que la descendance atteinte est plus élevée, étant donné que l'écart absolu, entre les femmes sans enfants et celles avec au moins 5 enfants, est de 1,7 enfants.

Tendances des couples concernant le nombre idéal d'enfants

La question "Quel est, selon vous, le nombre d'enfants que désirait avoir votre époux indépendamment de la dimension actuelle de votre famille?", permet d'approcher le degrés de convergence des couples quant au même nombre idéal d'enfants. Le tableau 13.8 montre qu'un peu plus de six couples sur dix (62 %) sont d'accord sur le nombre idéal d'enfants, contre un couple sur dix (10%) où le mari désire moins d'enfants que sa femme et un sur cinq (20%) où le mari en désire plus que sa femme. En tenant compte de certaines variables socio-démographiques, on relève des différences notables quant à la convergence du couple vers le même nombre d'enfants désirés. Ainsi, 65 pour cent des couples vivant en milieu urbain sont d'accord, contre 58 pour cent des couples en milieu rural. Concernant la région, sur 100 couples résidant dans la région de Guelmim-Smara, 85 pour cent convergent vers le même nombre suivis par ceux résidant dans la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër avec 79 pour cent. Par ailleurs, on note que ceux de la région de Tanger-Tétouan (52%) affichent le pourcentage le plus faible.

Les différences selon le niveau d'instruction de la femme sont encore plus prononcées quant à la convergence des couples vers le même nombre d'enfants désirés: l'écart absolu est de 16,3 points entre les couples dont les épouses sont analphabètes et ceux dont les épouses ont, un niveau secondaire ou plus.

Tableau 13..8 Nombre moyen d'enfants désirés par la femme et le mari

Comparaison entre le nombre d'enfants désiré par le mari et celui désiré par sa femme pour les femmes mariées selon des variables socio-économiques. ENSME 1997.

Caractéristiques	< à celui de sa femme	Egal à celui de sa femme	Supérieur à celui de sa femme	Autre	N.D	Total	Effectif Des femmes
Milieu							
Urbain	9,7	65,5	18,5	6,2	0,0	100	2228
Rural	9,6	58,2	21,5	10,6	0,1	100	2467
Région							
Laâyoune-Boujdour-S.H.	4,5	73,0	22,5	0,0	0,0	100	89
Guelmim- Smara	5,0	85,0	10,0	0,0	0,0	100	20
Souss-Massa-Drâa	12,7	55,0	17,8	14,4	0,2	100	466
El Gharb-Chrarda	11,1	66,0	13,0	10,2	0,0	100	216
Chaouia-Ouardigha	8,4	64,3	22,4	5,0	0,0	100	263
Marrakech-Tensift-Al Haouz	9,4	53,0	33,6	4,0	0,0	100	550
Région Orientale	9,2	64,6	20,0	6,3	0,0	100	316
Grand Casablanca	12,4	58,0	20,5	9,3	0,0	100	546
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	9,0	79,0	11,0	1,3	0,0	100	301
Doukla-Abda	11,0	55,0	28,0	7,0	0,0	100	345
Tadla-Azilal	9,0	74,5	11,2	5,6	0,0	100	251
Méknès-Tafilalet	7,0	77,6	10,5	5,1	0,0	100	370
Fès-Boulmane	9,9	60,3	28,1	1,6	0,0	100	242
Taza-Al Hoceima-Taounate	6,6	57,0	22,1	14,1	0,3	100	348
Tanger-Tétouan	10,0	52,0	14,0	25,0	0,3	100	372
Niveau d'éducation							
Analphabète	10,2	59,0	21,0	10,2	0,1	100	3471
Lire et/ou écrire	8,0	67,3	20,3	4,7	0,2	100	592
Primaire	7,3	70,6	17,6	4,4	0,0	100	136
Préparatoire	9,0	72,0	15,4	4,0	0,0	100	280
Secondaire ou plus	9,3	75,3	15,0	0,5	0,0	100	215
Ensemble	10,0	62,0	20,0	8,5	0,1	100	4695

13.3 DESIR EXPRIME ET UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Si la contraception est au centre de la question concernant la régulation de la fécondité, son usage constitue un indicateur qui reflète la volonté de la femme à réaliser ses intentions reproductives.

Toutefois, les femmes qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et ne désirent plus d'autres enfants, sont comptées parmi celles qui sont en situation de besoins non-satisfait en planification familiale. Le recrutement de ce groupe de femmes par le Programme National de Planification Familial, leur permet d'avoir la descendance souhaitée. Les données fournies par cette enquête sont analysées dans l'optique de mettre en évidence la cohérence entre le désir exprimé et l'utilisation de la contraception.

Au moment de l'enquête, les utilisatrices d'une méthode contraceptive sont plus nombreuses parmi les femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants (69%) que parmi celles qui veulent davantage (50%) (tableau 13.9). L'usage de la contraception par ce dernier groupe s'explique plutôt par le souci d'espacement des naissances. Par ailleurs, on assiste à un paradoxe du fait que parmi les femmes mariées et fécondes ne désirant plus d'enfants, 31 pour cent n'utilisent pas de contraception: 25 pour cent ayant déjà utilisé une méthode par le passé et 6 pour cent n'en ayant jamais utilisé au cours de leur vie féconde. L'étude des intentions à l'égard de l'utilisation future par les femmes en situation de besoins non-satisfait en planification familiale selon leurs caractéristiques socio-démographiques, revêt une importance toute particulière pour l'élaboration de nouvelles stratégies en matière d'Information Education et Communication (IEC).

A cet effet, parmi les femmes qui ne désirent plus avoir d'autres enfants et n'utilisant pas la contraception, 13 pour cent n'envisagent pas y recourir dans le futur, contre 22 pour cent parmi celles qui en veulent encore. Les déclarations de cette catégorie de femmes, reflètent une contradiction due à l'incohérence entre leurs désirs reproductifs et leur intentions quant à la pratique contraceptive. Dans ce cas, on note que parmi les femmes ne désirant plus avoir d'autres d'enfants et ayant déjà utilisé au moins une méthode contraceptive, 10 pour cent ne pensent pas y recourir dans l'avenir, contre 4 pour cent parmi celles qui n'en ont jamais utilisé.

L'analyse de ces données en relation avec certaines variables socio-démographiques, fait apparaître de fortes variations. Selon le milieu de résidence, on constate que la proportion des utilisatrices parmi les femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants est plus élevée en milieu urbain (76%) qu'en milieu rural (62%). En outre, les utilisatrices parmi les femmes qui désirent avoir un autre enfant sont plus nombreuses en milieu urbain (58%) qu'en milieu rural (43%). Dans ce dernier cas, la pratique contraceptive se réalise dans une optique d'espacement des naissances.

Paradoxalement, on relève que parmi les femmes ne désirant plus avoir d'autres enfants et ayant déjà utilisé au moins une méthode contraceptive par le passé, 8 pour cent des femmes citadines ne comptent pas recourir à la contraception dans l'avenir, contre 11 pour cent parmi celles vivant en milieu rural. A l'opposé, et parmi le même groupe de femmes, on relève que 14 pour cent des citadines comptent devenir de nouvelles acceptrices, contre 18 pour cent des femmes rurales..

De point de vue régionale, la proportion des utilisatrices parmi celles ne désirant plus avoir d'enfants, varie de 85 pour cent dans le Grand Casablanca, à 57 pour cent dans la région de Tanger-Tétouan, soit un écart absolu de 28 points. Parmi les non-utilisatrices qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive par le passé, on constate que celles n'envisageant pas le recours à la contraception, sont plus nombreuses dans les régions de Tanger-Tétouan (17,1%), Laâyoune-Boujdour- Sakia- El Hamra (15%), Fès-Boulmane (14 %), Taza-Al Hoceima- Taounate (13%) et la région Orientale (13,2 %) , que dans le reste du pays, où la région du Grand Casablanca affiche la plus faible proportion (1%).

Tableau 13.9 : Préférence et pratique de la contraception

Répartition des femmes mariées et fécondes par le mode d'utilisation contraceptive, selon le désir ou non d'avoir un autre enfant et selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction, ENSME, Maroc, 1997

Caractéristiques	Femmes désirant un autre enfant						Femmes ne désirant pas un autre enfant					
	N'a jamais utilisé			a utilisé			N'a jamais utilisé			a utilisé		
	Compte utiliser	Ne Compte pas utiliser	Compte Utiliser	Ne Compte pas Utiliser	Prévalence	Total	Compte utiliser	Ne Compte pas utiliser	Compte Utiliser	Ne Compte pas Utiliser	Prévalence	Total
Milieu												
Urbain	8,5	7,0	18,4	8,6	57,6	945	0,5	1,6	13,5	8,1	76,1	1094
Rural	13,4	19,0	16,0	8,6	43,1	1122	2,8	6,1	18,0	10,7	62,3	1147
Régions												
Laâyoune-Boujdour-S.H.	15,2	0,0	8,7	8,7	67,4	46	2,6	0,0	15,4	15,4	66,7	39
Guelmim- Smara	14,3	7,1	0,0	7,1	71,4	14	0,0	0,0	0,0	16,7	83,3	6
Souss-Massa- Drâa	20,1	13,4	19,6	2,7	44,2	224	3,3	10,5	12,4	8,1	65,6	209
El Gharb- Chrarda	9,3	17,3	14,7	10,7	48,0	75	1,6	3,1	23,6	8,7	63,0	127
Chaouia- Ourdigha	20,4	9,2	17,3	9,2	43,9	98	0,8	0,0	14,4	9,8	75,0	132
Marrakech- Tensift-Al Haouz	9,9	11,8	15,1	13,2	50,0	272	1,6	2,5	21,7	5,3	68,9	244
Région Orientale	7,4	15,4	16,8	12,8	47,7	149	1,4	2,1	18,8	13,2	64,6	144
Grand Casablanca	7,4	2,2	24,3	5,2	60,9	230	0,0	0,8	12,8	1,2	85,2	243
Rabat- Sale-Zemmour- Zaërl	8,5	12,4	13,2	7,0	58,9	129	0,0	1,4	11,0	8,9	78,8	146
Doukla- Abda	17,2	16,6	17,9	9,0	39,3	145	1,2	0,6	21,2	12,4	64,7	170
Tadla- Azilal	9,2	14,7	18,3	8,3	49,5	109	4,0	3,2	16,0	3,2	73,6	125
Méknès- Tafilalet	7,3	9,7	16,4	7,9	58,8	165	1,1	6,8	10,2	10,7	71,2	177
Fès- Boulmane	7,2	10,8	16,2	9,0	56,8	111	2,5	2,5	15,8	14,2	65,0	120
Taza -Al Hoceima-Taounate	8,5	23,8	18,3	8,5	40,9	164	1,9	6,5	16,9	13,0	61,7	154
Tanger-Tétouan	10,3	31,6	12,5	10,3	35,3	136	2,9	9,3	13,7	17,1	57,1	205
Niveau d'éducation												
Analphabète	11,3	17,2	15,8	9,4	46,3	1427	2,0	4,8	16,3	10,2	66,7	1722
Lire et/ou écrire	10,6	8,3	20,1	6,9	54,1	303	0,0	1,6	15,4	9,1	73,9	253
Primaire	14,1	3,1	23,4	4,7	54,7	64	1,6	0,0	14,5	8,1	75,8	62
Préparatoire	9,0	3,4	20,0	7,6	60,0	145	0,8	1,6	16,4	4,1	77,0	122
Secondaire ou plus	11,7	1,6	17,2	6,3	63,3	128	1,2	0,0	8,6	3,7	86,4	81
ND											100,0	1
Ensemble	11,1	13,5	17,1	8,6	49,7	2067	1,7	3,9	15,8	9,5	69,1	2241

Concernant la variable éducation, Il apparaît de manière claire que la pratique contraceptive est d'autant plus importante que le niveau d'éducation est plus élevé. Ainsi, parmi les femmes ne désirant plus avoir d'autres enfants, 86 pour cent chez celles avec un niveau secondaire ou plus utilisent une méthode contraceptive contre 78 pour cent chez celles avec une instruction primaire et 67 pour cent chez les analphabètes. En se référant aux non-utilisatrices, on constate que parmi celles ayant déjà utilisé, 10 pour cent des analphabètes ne comptent pas recourir à la pratique contraceptive, contre 4 pour cent chez celles avec un niveau préparatoire et 3 pour cent chez celles avec un niveau secondaire ou plus. Pour ce qui concerne celles qui comptent utiliser, on ne relève pas de variations significatives selon le niveau d'instruction, à l'exception des femmes

avec un niveau secondaire ou plus qui se démarquent davantage des autres niveaux: l'écart absolu entre les analphabètes (16 %) et celles avec un niveau secondaire ou plus (9%) est de 7 points.

13.4 ASPIRATIONS RELATIVES A L'EDUCATION DES ENFANTS

Cette partie vise à mettre en évidence les attitudes et les représentations qui prévalent chez les femmes en ce qui concerne le niveau de scolarisation souhaité à leurs filles par comparaison à celui souhaité à leurs fils. Ainsi, les résultats du tableau 13.10 indiquent, que malgré des écarts relativement importants selon le genre, la majorité des femmes aspirent à ce que leurs fils et leurs filles atteignent des niveaux de scolarisation universitaires. Parmi les 5096 femmes non-célibataires, 90 pour cent souhaitent que leurs fils poursuivent des études universitaires. La proportion des mères qui aspirent à leurs filles d'atteindre le même niveau d'étude représente 76 pour cent, ce qui correspond à un écart absolu de 14 points. Par ailleurs, 10 pour cent des femmes préfèrent que leur filles sachent seulement lire et écrire, contre environ 2 pour cent à l'égard des garçons.

Tableau 13.10 : Niveau d'éducation désiré pour le garçon et la fille

Répartition des femmes non-célibataires par le niveau d'éducation désiré pour le garçon et celui désiré pour la fille, selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction. ENSME 1997

Caractéristiques	Garçon						Fille						Effectif des femmes
	Aucun	Lire et écrire	Primaire	Secondaire	Universitaire	Aucun	Lire et écrire	Primaire	Secondaire	Universitaire			
Milieu													
Urbain	0,2	0,4	0,2	2,1	97,0	0,1	2,4	1,4	5,3	91,0	2491		
Rural	0,6	4,4	1,8	10,6	82,6	6,1	16,4	6,6	8,9	62,0	2605		
Région													
Laâyoune-Boujdour-S.H.	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1,0	0,0	0,0	0,0	99,0	98		
Guelmim- Smara	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	4,8	0,0	95,2	21		
Souss-Massa-Drâa	0,6	3,0	1,4	8,7	86,1	3,4	11,3	12,1	7,5	65,7	496		
El Gharb –Chrarda	0,0	0,9	1,7	0,4	97,0	0,4	4,8	7,4	0,9	86,6	231		
Chaouia-Ouardigha	0,4	0,9	0,7	11,6	84,0	2,5	10,5	1,1	12,0	74,0	276		
Marrakech-Tensift-Al Haouz	0,8	4,8	1,2	2,5	90,1	5,8	17,0	2,2	2,7	72,3	588		
Région Orientale	0,0	1,8	1,5	11,8	85,0	3,2	14,7	7,4	7,1	67,6	340		
Grand Casablanca	0,0	1,0	0,2	4,1	94,6	0,0	2,0	0,8	7,2	90,0	614		
Rabat-Salé –Zemmour-Zaër	0,0	0,3	0,3	4,1	95,3	1,7	6,4	0,3	4,9	86,6	344		
Doukla-Abda	1,1	1,6	0,5	11,4	85,4	3,5	2,7	1,6	11,6	80,5	369		
Tadla-Azilal	0,4	2,5	0,7	3,6	92,7	4,3	10,5	2,0	6,2	77,5	276		
Méknès-Tafilalet	0,0	2,4	1,0	4,3	92,3	6,3	16,4	1,4	3,4	72,5	414		
Fès-Boulmane	0,8	1,2	1,2	3,5	93,4	5,0	4,6	3,9	9,3	77,1	258		
Taza-Al Hoceima-Taounate	0,5	1,9	2,1	19,1	76,3	3,2	9,7	10,5	17,5	59,1	372		
Tanger-Tétouan	0,5	6,3	1,0	2,3	90,0	2,3	13,5	4,3	6,5	73,4	399		
Niveau d'éducation													
Analphabète	0,5	3,2	1,3	8,0	87,0	4,3	12,3	5,1	7,7	70,7	3741		
Lire et/ou écrire	0,0	0,8	0,4	2,6	96,2	0,1	3,0	2,3	6,0	88,3	661		
Primaire	0,0	0,0	0,0	3,4	96,6	0,7	0,0	0,0	8,8	90,5	148		
Préparatoire	0,0	0,3	0,0	1,0	98,7	0,0	2,3	0,3	4,9	92,5	307		
Secondaire ou plus	0,4	0,0	0,0	1,7	98,0	0,0	0,4	0,4	3,4	95,8	238		
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1		
Ensemble	0,4	2,4	1,0	6,5	89,7	3,2	9,6	4,0	7,1	76,0	5096		

Pour cerner davantage les attitudes des femmes envers le niveau de scolarisation souhaité à leur descendance, on analyse dans ce qui suit les variations qui s'opèrent lorsqu'on tient compte de certaines variables socio-démographiques, à savoir: le milieu de résidence, la région et le niveau d'éducation de la mère.

Selon le milieu de résidence, on relève que la proportion des femmes qui désirent que leur fils poursuivent des études jusqu'au supérieur, est d'autant plus élevée parmi les citadines (97%) que parmi celles résidant en milieu rural (82%). Pour le même niveau d'éducation, cette différence est plus prononcée quant il s'agit de la fille: 91 pour cent des femmes en milieu urbain, contre 62 pour cent en rural, soit un écart absolu de 29 points. Toutefois, on note qu'une proportion non négligeable de femmes en milieu rural se contentent que leur descendance sache seulement lire et écrire (16 % pour la filles, contre 4% pour le garçon). D'une manière générale, on note que la femme marocaine est largement favorable à un enseignement universitaire de la fille aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, ce qui témoigne d'une prise de conscience de l'importance de l'éducation en tant que facteur de développement humain durable.

Concernant la région, on constate la même tendance que pour l'analyse différentielle selon le sexe. A cet effet, les femmes qui désirent que leur fils poursuivent un enseignement jusqu'au supérieur sont plus nombreuses que celles souhaitant le même niveau pour leurs filles et ceci quelque soit la région. Toutefois, on relève que dans le cas des garçons, la région de Laâyoune-Boujdour-Sakia-ElHamra et la région de Guelmim-Smara occupent la premier position, puisque toutes les femmes sont pour un enseignement supérieur (100%), la région d'El Gharb-Chrarda-Beni Hssen vient en second position (97%) suivi par Rabat-Salé-Zemour-Zaër (95 %) et Fès-Boulmane (93 %). Les régions les moins favorables sont : Doukla-Abda (85%), Chaouia-Ourdigha (84%), et surtout la région de Taza-Al Hoceima-Taounate où seulement 76 pour cent préfèrent que leurs fils poursuivent des études jusqu'au supérieur. A propos de l'enseignement en faveur de la fille, ces régions gardent les mêmes positions mais, des variations inter-régionales émergent dans la mesure où l'écart absolu entre la région de Laâyoune-Boujdour-Sakia-El Hamra (99%) et la région de Taza-Al-Hoceima-Boulmane (59,1%) est de 39,9 points. Toutefois, il est à signaler que la proportion des femmes qui désirent que leurs filles apprennent seulement à lire et à écrire sont plus nombreuses dans la région de Marrakech-Tensift- El Haouz (17%) et la région de Méknès-Tafilelt (16 %) que dans le reste du pays.

Pour ce qui est du niveau d'éducation de la mère, il y à un lient étroit entre cette variable et les aspirations relatives à l'éducation des enfants : 87 pour cent des femmes analphabètes aspirent à ce que leurs files atteignent un niveau supérieur, contre 71 pour cent pour ce qui concerne leurs filles. Ces proportions augmentent dès qu'on passe des analphabètes aux autres niveaux, puisque 99 pour cent des femmes avec un niveau secondaire ou plus préfèrent que leur fils atteignent le niveau supérieur, contre 92 pour cent dans le cas de la fille. Toutefois, un autre fait saillant à signaler est la proportion de 12 pour cent des femmes analphabètes qui se contentent à ce que leurs filles sachent seulement lire et écrire, contre seulement 3 pour cent quant il s'agit de leurs garçons.

13.5 ATTITUDE DE LA FEMME ENVERS LES FILLES QUI TRAVAILLENT

Les attitudes vis-à-vis du travail rémunéré de la fille reflètent d'une part les positions qui prévalent chez les femmes en ce qui concerne leur statut économique et, d'autre part, la manière dont elles perçoivent la nécessité de la participation de la fille à l'activité économique. Ainsi, les résultats du tableau 15.11 montrent que 80 pour cent des femmes approuvent le fait que la fille exerce une activité économique rémunérée , que 5 pour cent approuvent sous certaines conditions et que 15 pour cent s'y opposent.

Tableau 13.11 : Attitudes des mères envers le travail de leur futur fille

Distribution des femmes non-célibataires selon leurs attitudes envers les filles qui travaillent selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction. ENSME 1997

Caractéristiques	Attitudes envers les filles qui travaillent			Effectif de femmes
	Approuve	Approuve avec Condition	Désapprouve	
Milieu				
Urbain	90,3	4,0	5,6	2491
Rural	71,2	5,6	23,2	2605
Région				
Laâyoune-Boujdour-S.H.	100,0	0,0	0,0	98
Guelmim- Smara	95,2	0,0	4,8	21
Souss-Massa-Drâa	76,6	4,2	19,1	496
El Gharb-Chrarda	92,6	3,5	3,9	231
Chaouia-Ouardigha	87,0	6,2	6,8	276
Marrakech-Tensift-Al Haouz	78,0	1,4	20,6	588
Région Orientale	71,0	5,3	23,8	340
Grand Casablanca	82,0	10,4	7,6	614
Rabat-Salé- Zemour-Zaër	85,7	4,1	10,2	344
Doukla-Abda	87,8	6,0	6,2	369
Tadla-Azilal	85,5	1,1	13,4	276
Méknès-Tafilalet	75,4	1,4	23,2	414
Fès-Boulmane	82,2	3,5	14,3	258
Taza-Al Hoceima- Taounate	69,3	9,1	21,5	372
Tanger-Tétouan	78,4	5,5	16,0	399
Niveau d'éducation				
Analphabète	77,4	4,8	17,8	3741
Lire et/ou écrire	88,8	4,1	7,1	661
Primaire	87,8	6,1	6,1	148
Préparatoire	91,2	4,2	4,6	307
Secondaire ou plus	88,7	8,0	3,4	238
ND	100,0	0,0	0,0	1
Ensemble	80,5	4,8	14,6	5096

Ces proportions connaissent de fortes variations lorsqu'on tient compte de certaines variables socio-démographiques: selon le milieu de résidence, le pourcentage de celles qui approuvent à ce que la femme travaille, est plus élevé en milieu urbain (90 %) qu'en milieu urbain (71%). A l'opposé, 23 pour cent des femmes rurales, contre 6 pour cent des citadines s'y opposent. Quant aux variations inter-régionales, les femmes qui s'opposent au travail de la femme sont plus nombreuses dans la région de l'Oriental (24%) suivi de la région de Meknès-Tafilalet (23%) et atteignent le niveau le plus bas dans la région de Laâyoune-Boujdour-Sakia-Al Hamra où aucune femme ne s'y oppose. Selon l'éducation de la femme, on relève que la proportion de femmes qui s'opposent au travail de la femme est d'autant plus faible que le niveau est plus élevé: 18 pour cent des analphabètes, contre seulement 3 pour cent parmi celles avec un niveau secondaire ou plus, ce qui donne un écart absolu de 15 points.

13.6 AGE IDEAL AU MARIAGE SOUHAITE AUX FILLES

Si l'âge au mariage est l'une des variables intermédiaires par le truchement de laquelle les facteurs socio-économiques exercent leurs effets sur la fécondité, l'âge idéal au mariage souhaité par les mères à leurs filles fourni une indication sur le calendrier de la nuptialité des générations futures. Le tableau 13.12 présente l'opinion et les perception des femmes non-célibataires en âge de procréer quant à l'âge idéal au mariage de leurs filles selon quelques caractéristiques socio-démographiques de la mère. A première vue, on constate que les femmes sont relativement plus

Tableau 13. 12 : Age idéal au mariage souhaité par les mères à leur fille

Répartition des femmes non-célibataires selon l'âge au mariage souhaité à leurs filles selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction. ENSME, 1997.

Caractéristiques	< 18	18	19	20	21-22	23-24	25 ou plus	Autre	Effectif des femmes
Milieu									
Urbain	18,1	13,7	2,2	27,7	7,5	9,8	20,3	0,7	2491
Rural	48,0	18,2	2,8	21,0	3,4	1,8	3,1	1,6	2605
Régions									
Laâyoune-Boujdour-S.H.	17,3	12,2	1,0	23,5	13,3	10,2	22,4	0,0	98
Guelmim- Smara	38,1	14,3	0,0	23,8	4,8	9,5	9,5	0,0	21
Souss-Massa-Drâa	42,7	19,3	2,0	26,8	1,8	2,4	4,0	0,8	496
El Gharb-Chrarda	35,9	15,1	1,7	22,5	6,1	3,5	15,1	0,0	231
Chaouia-Ouardigha	36,9	17,4	2,2	22,5	5,8	4,7	10,1	0,4	276
Marrakech-Tensift-Al Haouz	40,3	20,1	4,2	21,4	5,9	3,7	3,7	0,5	588
Région-Orientale	36,0	25,0	3,2	16,2	5,6	4,7	7,6	1,8	340
Grand Casablanca	11,2	10,3	1,5	28,7	10,4	13,0	24,9	0,0	614
Rabat- Salé –Zemour-Zaër	20,0	10,5	1,7	25,6	5,8	10,5	26,2	0,0	344
Doukla-Abda	34,1	15,7	3,8	28,5	4,6	3,5	8,9	0,8	369
Tadla-Azilal	42,0	18,8	2,2	20,6	5,1	4,7	5,8	0,4	276
Meknès-Tafilalet	37,0	14,0	1,9	27,0	3,4	4,6	11,8	0,2	414
Fès-Boulmane	27,0	15,5	2,7	30,0	5,4	8,5	10,8	0,0	258
Taza –Al Hoceima-Taounate	41,1	17,2	3,5	18,3	1,9	2,7	4,8	10,5	372
Tanger-Tétouan	42,0	11,5	2,0	24,1	4,5	4,3	11,3	0,5	399
Niveau d'éducation									
Analphabète	42,3	17,5	2,8	24,2	3,8	2,9	5,2	1,3	3741
Lire et/ou écrire	12,7	14,4	2,6	29,5	8,8	10,0	21,3	0,8	661
Primaire	9,5	9,5	0,0	24,3	14,9	14,9	25,7	1,3	148
Préparatoire	5,5	12,0	2,0	21,2	11,7	14,0	32,2	1,3	307
Secondaire ou plus	1,7	5,5	0,4	15,1	7,6	21,4	48,3	0,0	238
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	1
Ensemble	33,4	16,0	2,5	24,2	5,4	5,7	11,5	1,2	5096

favorables à une précocité de l'âge au mariage de leurs filles: sur 100 femmes, 33 situent l'âge au mariage de leurs filles avant 18 ans, 16 le souhaitent à 18 ans, et 47 femmes préfèrent que leur filles se marient à l'âge de 20 ans et au delà.

En fonction du milieu de résidence, le même tableau montre que les femmes vivant en milieu urbain sont plus favorables à un mariage tardif que celles vivant en milieu rural. Ainsi, 20 pour cent des citadines préfèrent que le mariage de la fille se réalise à 25 ans ou plus, contre 3 seulement pour cent parmi celles vivant en milieu rural. A l'inverse, 18 pour cent parmi les citadines sont, pour un âge au mariage, se situant à moins de 18 ans, contre 48 pour cent parmi les femme rurales, soit un écart absolu de 18 points.

Les disparités deviennent de plus en plus importantes lorsqu'on tient compte de la région: les femmes qui sont favorables à ce que leurs filles se marient avant d'atteindre 18 ans, sont plus nombreuses dans la région Souss-Massa-Drâa (43 %) suivi par les régions de Tanger-Tétouan et Tadla-Azilal (42%). Les régions les moins favorables sont: la région Rabat-Salé-Zemour-Zaër (20%) et la région du Grand-Casablanca qui occupe la dernière position avec seulement 11 pour cent. Pour une préférence de 25 ans ou plus comme âge au mariage, on note que la proportion la plus élevée est enregistrée dans la région de Rabat-Salé-Zemour-Zaër (26%) et la plus faible dans la région de l'Oriental (4%), ce qui correspond à un écart absolu de 22 points.

Concernant l'instruction, on remarque que l'âge idéal au mariage préféré par les mères à leurs filles devient de plus en plus élevé dès qu'on passe des analphabètes aux autres catégories: parmi les femmes analphabètes; 62 pour cent souhaitent un âge au mariage qui se situe à moins de 20 ans (dont 42 % le situent avant 18 ans) et 36 pour cent à 20 ans et au delà. Mais, si l'on considère celles avec un niveau secondaire ou plus, ces proportions passent respectivement de 8, à 92 pour cent, soit un écart absolu de 84 points.

13.7 NOMBRE D'ENFANTS SOUHAITE AUX FILLES

Le tableau 13.13 présente la taille idéale de la famille désirée par les mères à leurs filles selon le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et le nombre d'enfants désirés par la mère elle-même. Environ 96 pour cent des femmes non-célibataires âgées de 15 à 49 ans ont fourni des réponses chiffrées. Cependant, il apparaît qu'une femme sur deux (50 %) désire que leurs filles aient 2 enfants et, un peu plus de quatre femmes sur dix (44 %) souhaitent que leurs filles aient au moins trois enfants.

La taille exprimée par les mères varie selon qu'il s'agisse du milieu rural ou urbain. Les femmes citadines sont plus favorables pour des tailles réduites concernant la famille de leurs filles que celles des femmes rurales: sur 100 femmes citadines, 63 désirent que leurs filles aient 2 enfants, (39 en milieu rural), 17 désirent 3 enfants (20 en milieu rural) et environ 2 désirent 5 enfants ou plus (8 en milieu rural). Selon la région les différences sont plus prononcées: concernant les femmes qui désirent que leurs filles aient 2 enfants, la proportion la plus élevée est enregistrée dans la région de Rabat-Salé-Zemour-Zaër (77%), par contre, la proportion la plus faible se trouve parmi les femmes de la région de Taza-Al Hoceima-Taounate (30 %), soit un écart absolu de 47 points. Par ailleurs, on note que 47 pour cent des femmes résidant dans cette dernière région, désireraient voir leurs filles avec au moins 3 enfants et 23 pour cent n'ont pas donné de réponses quantitatives.

Concernant le niveau d'éducation de la mère, la taille de la famille désirée pour les filles est d'autant plus réduite que les femmes sachent au moins lire et /ou écrire. Ainsi. Sur 100 femmes avec un niveau d'instruction secondaire ou plus, 71 désirent que leurs filles aient 2 enfants, contre 44 pour cent parmi les analphabètes, que 16 désirent 3 enfants (20 parmi les analphabètes) et 8 souhaitent 4 enfants (23 parmi les analphabètes) qui sont considérées comme étant la taille maximale souhaitée par les femmes avec ce niveau d'instruction.

L'analyse de la matrice composée par la taille souhaitée par les femmes à leurs filles et celles souhaitée pour les mères elles mêmes indique que les femmes qui désirent avoir 2 enfants désirent que leurs filles en aient autant (86 %). Par contre, on constate sur un effectif de 100 femmes qui désirent avoir 3 enfants, 40 pour cent souhaitent que leurs filles en aient autant et 50 pour cent désirent que leurs filles n'en aient que 2. D'une manière générale, on constate que les femmes qui désirent avoir au moins 3 enfants désirent que leurs filles en aient moins.

Tableau 13.13: Nombre d'enfants souhaité par les mères à leur fille

Répartition des femmes non-célibataires par le nombre d'enfants souhaités pour leurs filles selon le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et le nombre d'enfants désirés pour la femme elle même. ENSME 1997.

Caractéristiques	0	1	2	3	4	5 et +	Autres	Effectif
Milieu								
Urbain	0,1	2,1	62,8	16,7	14,3	1,8	2,1	2491
Rural	0,0	0,7	38,7	20,0	26,2	8,1	6,4	2605
Régions								
Laâyoune-Boujdour-S.H	0,0	2,0	41,8	23,5	28,6	4,1	0,0	98
Guelmim-Smara	0,0	0,0	33,3	14,3	28,6	23,8	0,0	21
Souss-Massa-Drâa	0,0	1,2	43,1	15,7	27,6	6,5	5,6	496
El Gharb-Chrarda	0,0	2,6	51,9	20,3	20,8	2,6	1,7	231
Chaouia-Ouardigha	0,0	1,1	51,4	23,9	20,3	2,5	0,7	276
Marrakech-Tensift-Al Haouz	0,0	0,3	38,9	26,4	26,4	6,6	1,4	588
Région Orientale	0,0	0,9	30,6	19,1	33,5	10,6	5,3	340
Grand Casablanca	0,0	1,8	68,1	14,2	14,7	1,1	0,0	614
Rabat-Salé-Zemour-Zaër	0,3	1,5	77,3	10,8	8,7	0,9	0,6	344
Doukla-Abda	0,0	1,9	52,0	17,9	17,1	6,8	3,8	369
Tadla-Azilal	0,0	0,7	59,8	17,8	18,1	2,9	0,7	276
Méknès-Tafilalet	0,0	0,7	61,6	14,7	16,4	3,9	2,7	414
Fès-Boulmane	0,4	0,8	56,2	18,6	20,9	2,7	0,4	258
Taza-Al Hoceima-Taounate	0,0	1,1	29,6	23,4	16,9	6,5	22,6	372
Tanger-Tétouan	0,0	3,5	41,1	16,0	19,0	9,0	11,3	399
Niveau d'éducation								
Analphabète	0,1	0,9	44,1	19,8	23,4	6,4	5,2	3741
Lire et/ou écrire	0,2	1,8	64,4	15,1	15,1	1,4	2,0	661
Primaire	0,0	0,7	73,0	13,5	10,1	0,7	2,0	148
Préparatoire	0,0	4,6	70,7	11,7	9,1	2,0	2,0	307
Secondaire ou plus	0,0	3,4	71,4	16,4	7,6	0,4	0,4	238
ND	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
Nombre d'enfants désiré								
0	12,5	12,5	43,8	18,8	6,3	0,0	6,3	16
1	1,2	16,9	57,8	10,8	3,6	1,2	8,4	83
2	0,0	2,2	86,0	6,1	3,3	0,6	1,7	1503
3	0,0	0,5	50,2	40,2	6,1	0,7	2,4	1061
4	0,0	0,8	35,6	17,8	41,9	1,9	2,0	1462
5	0,0	0,5	20,4	19,7	37,3	18,2	4,0	402
6+	0,0	0,2	16,6	13,4	33,7	30,2	5,9	404
Autres	0,0	1,2	13,3	7,9	13,3	9,1	55,2	165
Ensemble	0,1	1,4	50,5	18,4	20,4	5,0	4,3	5096

13.8 CONCLUSION

Parmi les femmes mariées, 48 pour cent ne désirent pas avoir d'enfants, et l'on note que ce désir est d'autant plus prononcé que l'âge de la mère est plus avancé, que la durée à partir du premier mariage est longue et que le nombre d'enfants vivants est plus grand. En effet, le désir d'avoir un autre enfant est moins important dans les familles avec des enfants de deux sexes: 64 pour cent des familles avec autant de garçons que de filles, ne désirent pas avoir un autre enfant, contre 82 pour cent des familles avec plus de garçons que de filles et 79 de celles avec moins de garçons que de filles.

Concernant le prochain enfant, 49 pour cent sont indifférentes quant à son sexe, que 26 préfèrent un garçon et 25 préfèrent une fille. Par ailleurs, les femmes avec deux enfants vivants soient moins nombreuses à ne pas vouloir un troisième enfant quant elles ont deux garçons(26 %), que quant elles ont deux filles (21%).

D'une manière générale, la préférence du sexe masculin n'est pas prioritaire, mais que l'absence d'enfants de sexe masculin ou de sexe féminin dans la composition de la famille n'est pas souhaitée.

Par ailleurs, la taille idéale de la famille est de 3,4 enfants. Ce nombre est d'autant plus élevé que l'âge de la femme est plus avancé (4,2 enfants chez les plus âgées), que le nombre d'enfants est plus important (4,3 enfants chez les femmes avec 5 enfants ou plus) et que la durée au mariage est plus grande (4,2 enfants chez les femmes avec une durée d'au moins 25 ans).

Concernant le désir d'avoir un autre enfant en fonction de la pratique contraceptive, on relève que parmi les femmes ne désirant plus avoir d'enfants et ayant déjà utilisé au moins une méthode contraceptive par le passé, 8 pour cent en urbain ne comptent pas recourir à la contraception dans l'avenir, contre 11 pour cent en milieu rural. A l'opposé, et parmi le même groupe de femmes, on relève que 14 pour cent des citadines comptent devenir de nouvelles acceptrices, contre 18 pour cent des femmes rurales.

Si l'on tient compte de certains facteurs qui influencent le comportement procréateur: on relève que 81 pour cent des femmes approuvent le fait que la fille exerce une activité économique rémunérée, que 5 pour cent approuvent cette pratique sous certaines conditions et que 15 pour cent s'y opposent. Pour l'éducation, la majorité des femmes aspirent à ce que leurs fils et leurs filles atteignent des niveaux de scolarisation universitaires (90 pour cent en faveur des garçons, contre 76 pour cent en faveur des filles). A propos de l'âge idéal au mariage des filles, les femmes sont relativement plus favorables à une précocité de l'âge au mariage des générations futures: sur 100 femmes, 33 situent l'âge au mariage de leurs filles avant 18 ans, 16 le souhaitent à 18 ans, et 47 femmes préfèrent que leur filles se marient à l'âge de 20 ans et au delà. Pour ce qui est de la taille désirée, les femmes qui désirent avoir 2 enfants désirent que leurs filles en aient autant (86 %). Par ailleurs, celles qui désirent avoir au moins 3 enfants estiment que leurs filles en aient moins.

ANNEXE A

ORGANIGRAMME ET PERSONNEL DE L'ENQUETE NATIONALE SUR LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

ANNEXE B

PLAN DE SONDAGE

ANNEXE C

TABLEAU POUR L'EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES

Tableau C1 : Résultats de l'enquête auprès des ménages et des femmes par région et milieu de résidence

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles dans l'échantillon de l'enquête ENSME 1996-1997.

	Régions														Milieu de résidence			
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	Urbain	Rural	Total
Ménages sélectionnés																		
Entièrement rempli	93,3	93,3	97,1	95,2	91,7	96,5	95,6	92,7	93,1	92,7	96,0	94,3	93,6	97,7	96,3	93,4	96,3	94,8
Pas de compétent pour répondre	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1
Pas à la maison	2,5	6,7	0,6	0,4	2,0	0,5	0,0	4,4	0,7	2,0	0,7	1,9	1,8	0,5	0,2	1,9	0,8	1,4
Différé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Refuse de répondre	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,5	0,1	0,0	0,9	0,0	0,0	0,6	0,5	0,6	0,5	0,1	0,3
Logement vide	4,2	0,0	2,2	4,1	4,7	2,7	3,8	1,8	6,0	2,9	3,3	3,3	3,6	1,0	2,9	3,7	2,3	3,1
Logement détruit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Autre	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,5	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Effectifs de ménages	120	30	510	270	300	660	390	780	420	450	300	540	330	390	510	3180	2820	6000
Femmes éligibles																		
Entièrement rempli	93,4	71,4	97,6	97,5	93,5	96,1	99,1	93,1	96,9	93,4	96,1	98,1	95,6	98,4	96,4	95,5	96,4	96,0
Pas à la maison	6,6	25,0	2,4	1,7	5,1	3,6	0,3	5,9	3,1	5,6	3,2	1,9	4,1	1,6	3,4	3,8	3,3	3,5
Différé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,2	0,3	0,0	0,2
Refuse de répondre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,3	0,3	0,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,2
Autre	0,0	3,6	0,0	0,8	0,3	0,0	0,3	0,3	0,0	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,2	100,0	100,0	100,0
Effectifs de femmes	106	28	508	240	293	613	342	663	356	395	285	422	270	379	414	2611	2704	5315

ANNEXE D

QUESTIONNAIRES

PLAN DE SONDAGE

Mohamed Abzahd¹

B1. CONSIDERATIONS GENERALES

Le Service des Etudes et de l'Information Sanitaire (SEIS) de la Direction de la Planification et des Ressources Financières du Ministère de la Santé Publique joue un rôle important dans le système national d'information statistique sociale et économique. Il publie une quantité appréciable de statistiques sanitaires et démographiques.

Il a aussi mené un important programme d'enquêtes sur la population et la santé (DHS). Pour renforcer ses capacités en matière de collecte, d'exploitation et d'analyse, le SEIS réalise actuellement une enquête nationale de grande envergure sur la santé de la mère et de l'enfant (Papchild). Cette opération vise, entre autres, à fournir des données au niveau provincial sur la fécondité, la mortalité, la planification familiale et la santé au Maroc.

Cette enquête s'inscrit dans le cadre du Projet Pan-Arabe pour la Promotion de l'Enfant (Papchild), qui est un programme régional exécuté par la ligue des Etats Arabes (LEA) en collaboration avec la Division de la Statistique des Nations Unies.

B1.1 Aperçu méthodologiques sur l'ENSME

Dans le cadre de l'ENSME, deux importantes enquêtes sont prévues : l'enquête principale auprès d'un échantillon de 45 000 ménages ("Enquête-Ménages") et l'enquête sur la santé de la reproduction (ENSR) auprès des femmes non célibataire âgées de 15-45 ans ("Enquête Individuelle").

Pour les besoins de l'ENSME, l'échantillon est choisi en deux phases. Tout d'abord, un échantillon de 45 000 ménages est constitué pour mener l'Enquête-Ménage. Celui-ci est ensuite sous-échantillonné de façon adéquate afin d'obtenir l'échantillon de 6000 femmes de l'enquête sur la santé de la reproduction (Enquête Individuelle).

Après la réalisation du recensement de la population et de l'habitat de 1994, la Direction de la Statistique a mis en place un nouveau échantillon-maître (E.M) pour son programme d'enquêtes post-censitaires auprès des ménages.

La documentation cartographique disponible au niveau de l'E.M. a été utilisé pour l'élaboration de l'échantillon de l'enquête Papchild. Il s'agit essentiellement des travaux du découpage du territoire national en strates. Aussi, l'enquête Papchild a bénéficié de la documentation cartographique actualisée et mise à jour par le RGPH de 1994 (cartes et fiches de délimitation des districts du recensement). Ce qui permet de collecter une information de bonne qualité.

¹ Che de division des enquêtes auprès des ménages, direction de la statistiques. Ministère du Plan et de la prévision économique.Maroc.

Les travaux de base liés à la préparation de l'échantillon de l'ENSME (stratification et tirage des unités primaires) ont été menés en étroite collaboration avec la Direction de la Statistique.

B1.2 Données essentielles sur le territoire national

Le recensement de la population et de l'habitat de 1994 a dénombré près de 26,1 millions d'habitants dont près de 51,4 % résident en milieu urbain.

Cette population est inégalement répartie. Les deux grandes régions du Centre et Nord-Ouest concentrent près de 48,2 pour cent. Le reste se repartit entre les cinq autres régions suivant des parts qui varient de 6,8 pour cent par la région de l'Oriental à 13,6 pour cent pour celle de Tensift.

Le nombre total des ménages s'élève de son côté à près de 4,4 millions dont près de 56,8 pour cent se trouvent dans les villes.

La taille moyenne des ménages est de 5,9 personnes à l'échelle nationale; 5,3 en milieu urbain et 6,6 en milieu rural.

Sur le plan du découpage administratif, le Maroc comprenait 7 régions économiques, 65 provinces ou préfectures, 248 communes urbaines et 1 297 communes rurales. Les principales entités administratives du pays se définissent comme suit :

- Province ou Préfecture : C'est la plus grande division administrative du territoire national placé sous l'autorité politico-administrative d'un gouverneur. Les Wilayas constituent un cadre administratif destiné à assurer une coordination meilleure entre un certain nombre de préfectures et provinces, notamment les plus urbanisées. Actuellement, on compte 9 Wilayas.
- Cercle : C'est la plus grande entité administrative au sein d'une province ou préfecture.
- Commune : C'est la plus petite unité administrative. Les limites de la commune sont bien connues par les différents membres des autorités locales (caïd, cheikh, moqadimes...) qu'elles soient physiques ou virtuelles. Le découpage communal comporte 1297 urbaines et 1845 communes rurales. Les communes peuvent être rurales ou urbaines. Un cercle comporte plusieurs communes rurales.
- Municipalités (au nombre de 49) : ce sont généralement des communes urbaines disposant de ressources humaines et matérielles pouvant assurer leur propre développement. Le nombre des localités urbaines par catégorie de taille représente comme suit, en 1994 :

Tableau B1 : Localités urbaines par catégorie de taille

Taille des localités	Nombre
A. Communes urbaines^a	248
. plus de 100 000 habitants	48
. de 20 000 à moins de 100 000 habitants	90
. moins de 20 000 habitants	100
B. Centres urbains^b	
. de 20 000 à moins de 100 000 habitants	1
. moins de 20 000	121
C. Ensemble	370

^a Exclusivement les municipalités
^b Ils répondent seulement aux critères d'urbanisation définis par la Direction de la Statistique
Source : RGPH de 1994. Ministère chargé de la Population; Direction de la Statistique.

B2. BASE DE SONDAGE

Le plan d'échantillonnage d'une enquête par sondage reste conditionné par la qualité de la base de sondage pour la sélection de l'échantillon. A cet égard, les résultats du Recensement de la Population et de l'habitat de 1994 (RGPH 1994), dont l'un de ses objectifs a été l'élaboration d'une base de sondage pour les enquêtes post-censitaires, sont disponibles. Cette opération de grande envergure a fourni des données cartographiques permettant d'avoir une base de sondage de bonne qualité et sans que l'on soit confronté aux difficultés liées à une mauvaise base de sondage.

Il s'agit d'une base aérolaire constituée par des aires géographiques bien délimitées et aisément identifiables sur le terrain. Ainsi, le territoire national est découpé en zones aérolaires indépendantes et exhaustives, dénommées districts du recensement (D.R), et comportant près de 160 ménages (ou 940 personnes) en moyenne. Ces D.R ont les caractéristiques cartographiques suivantes :

- i. ils ont les informations statistiques requises (effectif de ménages ou de personnes) pour déterminer les différentes probabilités de sélection et procéder à leur stratification.
- ii. ils possèdent une taille suffisante pour stabiliser les travaux de collecte et assurer un meilleur contrôle des enquêteurs sur le terrain. Ce qui offrirait les possibilités d'un contrôle plus efficace des erreurs d'observation ou de défaut de couverture.

Des districts du recensement sont clairement identifiés et déterminés aussi bien dans les villes que dans les campagnes. Pour la réalisation du RGPH 1994, le territoire national est découpé en 28126 D.R (15855 en milieu urbain et 12271 en milieu rural).

B3. CHOIX DES UNITES DE SONDAGE

La base aérolaire disponible répond aux exigences des sondages à plusieurs degrés. A cet effet, les D.R peuvent être choisis comme des unités du premier degré ou unités primaires de l'échantillonnage de l'enquête.

L'option de prendre ces D.R comme grappes et d'enquêter tous les ménages qui y résident, a été écartée. Evidemment, une enquête basée sur un échantillon de 45 000 ménages, divisé en 282 grappes de 160 ménages chacune (soit, près de 940 personnes), serait bien contrôlable. Mais, l'effet négatif des grandes grappes sur l'erreur l'échantillonnage, la nécessité d'avoir un échantillon important d'unités du premier degré pour les besoins d'avoir des données décentralisées, n'ont pas été en faveur de cette alternative. Du point de vue de l'erreur d'échantillonnage, il serait naturellement préférable de prendre un grand nombre de petites grappes.

En partant de ces considérations, un échantillon de 1 500 grappes, de 30 ménages chacune, (soit, près de 180 personnes) est constitué. Les D.R forment les unités primaires (U.P) du sondage.

Pour la formation des grappes de 30 ménages chacune, l'une des solutions, est la constitution des aires géographiques bien délimitées et bien identifiées. Il s'agit donc de découper chaque U.P de l'échantillon en six (6) zones aérolaires, en moyenne. Cela permet de disposer d'un échantillon relativement stable qui tiendrait compte convenablement de l'évolution de la structure réelle des logements et des ménages. Mais, cette solution n'a pas été prise en considération pour les raisons suivantes :

- Le découpage des 1 500 U.P de l'échantillon en zones aérolaires est une opération très coûteuse. Celle-ci nécessite des moyens humains et financiers importants et requiert des délais importants. En plus, l'échantillonnage aérolaire semble être la seule méthodologie satisfaisante pour une enquête s'étendant sur plusieurs années ou un programme comportant plusieurs enquêtes; ce qui permet d'amortir le coût de l'élaboration de la documentation cartographique⁽¹⁾ de l'échantillon aérolaire. A cette effet, le caractère ponctuel, les moyens mobilisés et les délais fixés pour l'enquête Papchild du M.S.P n'ont pas été en faveur de la constitution des grappes aérolaires. L'option d'un sondage de liste, c'est-à-dire l'élaboration des listes des identifiants de tous les ménages des U.P de l'échantillon, a été jugée, par conséquent, plus avantageuse.
- Un tirage aléatoire systématique à partir d'une liste actualisée des ménages des U.P de l'échantillon, permet de constituer des grappes captant un maximum de variabilité au sein de chaque U.P; alors que la méthodologie aérolaire risque d'aboutir à des grappes présentant une similarité entre les ménages. Ce qui pourrait se traduire par une perte de précision.

(1) Dossiers cartographiques permettant d'identifier aisément des zones aérolaires (cartes et fiches de description des limites).

- Le sondage par grappes de type aérolaire est présenté généralement comme une méthode d'échantillonnage permettant de réduire le coût des travaux de collecte au sein des unités du premier degré de sondage. A notre avis, cela ne constitue pas un avantage décisif. En effet, l'étendue des D.R (ou U.P de l'échantillon) n'est pas généralement si grande pour entraîner un accroissement significatif du nombre de déplacements, et par conséquent, des frais de déplacement. Ceux-ci dépendraient beaucoup plus des déplacements entre les U.P de l'échantillon et le temps mis pour interviewer les ménages de l'échantillon.
- Un sondage aérolaire par grappes de petites tailles risque d'être confronté aux problèmes de limites géographiques appropriées. En effet, il est de la plus grande importance de former des grappes bien délimitées et facilement repérables sur le terrain. Or, plus la taille des grappes (en termes de ménages ou de population) est petite, plus des difficultés de trouver des limites géographiques appropriées sont grandes, surtout en milieu rural.

Pour les besoins de l'échantillonnage de l'enquête marocaine Papchild, les ménages constituent les unités du second degré (U.S) de sondage. Ainsi, trente ménages (30) par U.P de l'échantillon sont sélectionnés.

Lors des premières discussions relatives au plan de sondage de l'enquête Papchild, il a été question de tirer les 30 ménages directement des questionnaires- ménages du recensement de la population et de l'habitat de 1994. Ces derniers sont classés par D.R qui forment la base de sondage. Il suffit alors de recopier sur des formulaires établis à cet effet, les renseignements nécessaires permettant d'identifier les ménages de l'échantillon sur le terrain (noms et prénoms des chefs de ménages et adresses de leur logement). Mais, les responsables du RGPH 1994 n'étaient pas totalement favorables à cette alternative, car ils ont estimé que cela aurait pu perturber la bonne marche des travaux d'exploitation de cette opération.

Pour accéder aux ménages de l'échantillon, il a été décidé alors que le personnel de collecte de données établira lui même la liste de tous les ménages dans chaque unité primaire (ou D.R) de l'échantillon en identifiant avec soin chacun d'eux. Cette liste, un échantillon systématique de 30 ménages, est choisi par l'équipe de collecte au sein de chaque U.P, et ce avant le démarrage des interviews de l'enquête proprement dite.

Ce travail d'établissement de la liste des ménages au niveau de chaque U.P de l'échantillon demanderait à l'équipe de collecte un jour au maximum. Mais, il offre la possibilité d'avoir des ménages bien identifiés; ce qui permet de faciliter énormément le travail des enquêteurs sur le terrain. Par contre, les enquêteurs auraient été confrontés probablement à des problèmes d'identification des ménages, si on avait utilisé les listes issues des questionnaires du RGPH de 1994.

B4. STRATIFICATION

Un grand territoire géographique comportant une population très hétérogène exige une stratification détaillée si l'on veut obtenir des estimations plus précises des indicateurs démographiques. A cet effet, l'élaboration de l'échantillon d'une enquête est précédée

généralement par une stratification des unités de sondage. Celle-ci peut poursuivre trois types d'objectifs :

- i/ réduire l'erreur d'échantillonnage .
- ii/ fournir des résultats pour des domaines ou des sous-populations particuliers.
- iii/ avoir une meilleure répartition spatiale de l'échantillon.

Evidemment, toute stratification suppose disponible une information supplémentaire (variable ou critère de contrôle)en fonction de laquelle on divise la population étudiée, et ceci pour chaque unité de sondage, afin qu'on sache l'affecter à une strate et à une seule.

A cet effet, l'information disponible ne permet de statistifier que les U.P de la base de sondage. Il s'agit essentiellement des critères suivants : le milieu de résidence (urbain, rural), la division administrative du pays et le type d'habitat des D.R où résident les ménages citadins.

B4.1 Milieu de résidence (Urbain/Rural)

Le premier critère retenu généralement dans l'élaboration des échantillons des enquêtes par sondage auprès des ménages au Maroc, est le milieu de résidence. Il s'agit d'introduire la première stratification dichotomique pour s'affranchir des aléas du tirage. Le milieu urbain est différencié du milieu rural dans la mesure où les phénomènes socio-économiques ne s'y manifestent pas de la même façon. Aussi, les comportements des ménages résidant dans ces deux milieux sont manifestement trop différents.

Le tableau B2 ci-après fournit quelques indicateurs sociaux selon le milieu de résidence. Force est de constater que la situation des niveaux de vie est bien meilleure dans les villes que dans la campagne. Les degrés de prévalence des caractéristiques associées aux niveaux de vie et à la condition féminine sont relativement très élevés en milieu urbain.

B4.2 Division administrative du pays (ou stratification géographique)

Après le milieu de résidence (Urbain/Rural), le découpage administratif (ou géographique) est pris en considération pour la stratification des unités de sondage. Il s'agit de former des domaines, soit par régions, soit par provinces(ou préfectures) à population importante, soit par un regroupement de provinces à faibles tailles en termes de population, soit par la formation de nouvelles zones en groupant les strates en plusieurs manières pour procéder aux estimations pour des sous-populations spécifiques dignes d'intérêt (cas des treize provinces du programme des priorités sociales lancé en 1995, par exemple).

Le recours à ce type de stratification est motivé généralement par les considérations suivantes :

- avoir des domaines relativement homogènes sur le plan du comportement socio-culturel.
- disposer des données décentralisées pour le découpage régional administratif en vue de faciliter la prise de décision, le suivi et l'évaluation des différentes actions entreprises par les acteurs de la vie économique et sociale du pays.

- avoir une organisation des travaux sur, le terrain la plus efficace possible, par la mobilisation des moyens disponibles au niveau local, ce qui permet de réduire le coût de la collecte et recueillir une information de bonne qualité par l'utilisation d'un personnel régional connaissant mieux la réalité socio-économique régionale (habitudes, comportements socio-culturels, dialecte local,...).

Tableau B2 : Indicateurs sociaux selon le milieu de résidence

Indicateurs sociaux	Année de référence	Urbain	Rural	Ensemble
Population féminine (en milliers)	1994	6 723	6 352	13 075
Pourcentage de femmes adultes mariées dans la population féminine	1994	51,2	59,1	54,8
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans	1994	10,8	13,7	12,5
Indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants par femme)	1994	2,5	4,2	3,3
Taux d'alphabétisation des femmes adultes (en %).	1995	48,5	8,0	30,6
% des femmes ayant un niveau d'enseignement supérieur ou secondaire	1995	18,7	1,1	10,9
Taux de prévalence contraceptive (en %)	1995	64,2	39,2	50,3
% des femmes assistées lors de l'accouchement par un personnel médical	1995	80,3	19,3	39,6
Taux de mortalité infantile (en %o)	1995	41,4	78,6	66,0
Taux de vaccination des enfants (en %)	1995	96,7	78,1	85,1
% des ménages disposant de l'électricité	1995	84,4	13,4	53,8
. % des ménages accédant à l'assainissement liquide	1995	92,4	23,1	62,8
% des ménages accédant à l'assainissement liquide	1995	82,9	1,6	47,8
D.A.M.P ¹ (en dirhams courants)	1990/91	9224	4623	6780
Part des dépenses alimentaires (en %)	1990/91	40,3	54,7	45,5
Taux de pauvreté (en %)	1990/91	7,6	18,0	13,1
Part dans la population pauvre (en %)	1990/91	17,0	73,0	100,0

¹ Dépense annuelle moyenne par personne.

Source : - Ministère de la Santé Publique

- Ministère chargé du Plan et de la prévision économique.

La stratification selon le découpage administratif est très souvent aussi efficace que d'autres types de stratification. Les critères utilisés sont les suivants :

a) milieu rural : Les UPR¹ sont stratifiées selon les sept régions économiques et les 65 provinces ou préfectures². Vu le niveau de développement du monde rural, ce classement géographique permet donc d'avoir des strates rurales aussi homogènes que possible, c'est-à-dire ayant le maximum de différence entre les strates et le minimum de variabilité à l'intérieur.

A notre avis, nous estimons que cette stratification géographique reflète convenablement les variabilités qui caractérisent la campagne marocaine en matière de modes de vie rurale, d'accès aux services sociaux de base, de structures de production agricole, d'intégration dans l'économie nationale, de disparités socio-économiques entre les communes rurales,...

b) milieu urbain : comme pour le milieu rural, les UPU stratifiés sont les régions économiques et les préfectures et les provinces.

La répartition des U.P de la base de sondage par région économique se présente comme suite :

Tableau B3 : Unités primaires de la base de sondage selon les régions économiques

Région économique	UPU	UPR	Total
Sud	1 702	1 933	3 635
Tensift	1 506	2 118	3 624
Centre	5 050	2 433	7 483
Nord-ouest	4 001	2 221	6 222
Centre-nord	1 427	1 776	3 203
Oriental	1 089	883	1 972
Centre-sud	1 080	907	1 987
Total	15 855	12 271	28 126

B4.3 Stratification des UPU selon le type d'habitat

Pour les villes, la stratification géographique, malgré sa pertinence sur le plan socio-culturel, n'est pas à même de constituer des classes valablement homogènes. En effet, le tissu urbain reste à la fois très diversifié et très complexe. La ville est le lieu privilégié où cohabitent des catégories socio-économiques à comportements, manifestement très différents; d'où la nécessité d'une stratification très poussée de l'espace urbain .

Pour ce faire, d'autres critères supplémentaires globaux de stratification sont utilisés. Ils s'agit essentiellement de la dimension de la ville et du "type d'habitat" des UPU.

¹ UPR : Unité primaire rurale.

² UPU : Unité primaire urbaine.

- dimension de la ville : Pour certaines grandes villes¹ où le nombre d'UPU est très élevé, le découpage communal² est utilisé pour l'élaboration des sous-strates dans ces villes.
- type d'habitat : Devant les difficultés et le coût que demanderait la stratification des ménages citadins (dernier degré du sondage) avant le tirage de l'échantillon, le type d'habitat dominant des logements des U.P.U est utilisé généralement dans les enquêtes par sondage auprès des ménages au Maroc. En procédant ainsi, nous estimons que le type d'habitat des D.R.U reste très corrélaté avec les niveaux de vie des ménages qui y résident. En se basant sur ce critère, les sous-strates retenues sont les suivantes :

i/ Luxe : C'est une zone où des logements luxueux avec grands jardins sont nombreux et, où il n'y a pas d'activité industrielle avoisinante. Peu de commerçants sont installés dans ces quartiers résidentiels, les loyers sont très élevés. Ces zones sont généralement habitées par les ménages à niveau de vie très élevé.

ii/ Moderne : C'est une zone où l'urbanisation est soignée et moderne. Elle est généralement habitée par des personnes à revenus assez élevés. Cette strate regroupe les zones où sont localisées les petites villas et qui sont caractérisées par l'absence d'activité industrielle et par l'existence d'un nombre réduit de commerçants ainsi que les zones où existent des immeubles généralement bien entretenus. Ces dernières zones sont caractérisées par une prépondérance des activités tertiaires.

iii/ Nouvelle-médina : Ce sont les quartiers nouvellement construits (généralement loin du centre de la ville). Ils regroupent également les cités substituées souvent à d'anciens bidonvilles. Cette zone se distingue des strates précédemment citées par l'existence d'une multitude d'activités: épiciers, marchands de légumes, drogueries, réparateurs de radiateurs, tôliers, mécaniciens, menuisiers, magasins, matériaux de construction, etc ...

iv/ Ancienne-médina : C'est la partie de la ville où les différents aspects de la vie traditionnelle dominent (habitudes de consommation et type d'habillement y sont de type marocain) et où l'urbanisation est ancienne. Elle se caractérise par l'existence d'une multitude d'activités à caractère artisanal.

v/ Précaire et clandestin : C'est une zone où les conditions sanitaires d'habitation font défaut : absence d'eau, d'électricité, d'égout. Les constructions sont très sommaires et les rues sont souvent très étroites.

La répartition des UPU de la base de sondage selon le type d'habitat retenu est présentée au tableau ci-contre.

Tableau B4 : Unités primaires urbaines de la base de sondage selon le type d'habitat.

Strate	Nombre de D.R
Luxe	714
Moderne	718
Ancienne-médina	1 559
Nouvelle-médina	9 672
Précaire	3 192
Total	15 855

¹ Casablanca, Rabat, Salé, Temara, Fes, Marrakech, Méknès, Tétouan, Tanger, Agadir.

² Découpage de la ville en communes urbaines à limites bien identifiées.

B4.4 Segmentation en zones de tirage

Pour un sondage, il n'est pas interdit de créer autant de strates que d'effectif d'U.P qu'on se propose de tirer. D'où l'idée de former des segments géographiques (ou zones de tirage) exclusifs ayant à peu près la même taille (en termes de ménages) au sein de chacune des différentes strates constituées selon les critères examinés ci-dessus. Puis, au niveau de chaque zone de tirage, une unité primaire proportionnellement à sa taille est sélectionnée. Cette démarche présente les avantages suivants :

- avoir des sous-strates plus homogènes avant de procéder à la sélection des U.P de l'échantillon.
- assurer une meilleure représentativité spatiale de l'échantillon au niveau des strates primaires.
- assurer la souplesse et l'efficacité de l'échantillonnage en combinant les segments de tirage de plusieurs manières pour offrir des estimations pour tout découpage géographique déterminé, à condition que la taille de l'échantillon soit suffisamment élevée.

Ainsi, le schéma d'échantillonnage adopté est assez flexible pour fournir des estimations pour tout le nouveau découpage régional du pays ou les treize provinces du programme de priorités sociales¹ ou tout autre découpage pertinent répondant aux préoccupations du Ministère de la Santé Publique.

Pour les besoins de calcul de la variance, ces zones de tirage doivent être regroupées. On peut par exemple constituer des strates à 2 U.P.

B5. TAILLE ET ALLOCATION DE L'ECHANTILLON

Les deux contraintes essentielles à l'origine de la détermination de la taille de l'enquête Papchild, sont les considérations budgétaires et le souci d'avoir des estimations décentralisées par provinces ou préfectures. A cet égard, la taille de l'échantillon de 45 000 ménages constitue un maximum pour satisfaire convenablement ces deux contraintes.

B5.1 Taille de l'échantillon de l'Enquête-Ménages et niveau de précision des caractéristiques à estimer

Pour mener les travaux de collecte de données de l'enquête Papchild, un sondage stratifié à deux degrés est retenu. Les U.P sont constitués des D.R de taille moyenne de 160 ménages, soit près de 950 personnes.

¹ Il s'agit d'un programme visant à renforcer l'intégration de 13 provinces, jugés les plus pauvres dans le processus de

développement social et économique, par des actions sociales en matière de l'éducation de base, de l'alphanétisation et de soins de santé de base et de la promotion de l'emploi.

Puis, au sein de chacune des 1500 U.P de l'échantillon, trente (30) ménages (U.S) sont sélectionnés par le biais d'un tirage aléatoire systématique.

L'estimation d'une proportion p est sujette à un écart-type de sondage estimé comme suit :

$$v_2 = D v_1 \quad (1)$$

$$v_1 = (p(1-p) / n)^{1/2} \quad (2)^1$$

$$D = (1 + (m-1) \rho)^{1/2} \quad (3)$$

v_2 : erreur de sondage pour un échantillon à deux degrés.

v_1 : erreur de sondage pour un échantillon élémentaire (un seul degré) aléatoire de la même taille total.

m : la taille moyenne de la grappe (près de 177 personnes pour notre sondage).

ρ : c'est le coefficient de corrélation intro-grappes. Il exprime essentiellement le rapport entre la variance inter-grappes et la variance totale (inter-grappes + intra-grappes).

D : effet de grappes dans un sondage à plusieurs degrés

La valeur de ρ varie selon la nature de la caractéristique à estimer.

Par ailleurs, si l'on s'intéresse à estimer la caractéristique d'un groupe spécifique de la population, la formule de l'écart-type élémentaire observé devient alors :

$$v'_1 = (p'(1-p') / kn)^{1/2}$$

Où k est la part (en %) du groupe spécifique dont on cherche à estimer la proportion p' dans la population totale.

Pour une période de référence de 5 ans, les valeurs de D se présentent comme suit :

indicateurs	Population concernée	Période de référence	Valeur
Mortalité infantile	moins d'un ans	5 ans	1,159
Mortalité maternelle	femmes mariées de 15-49 ans	5 ans	1,159
Mortalité globale	toute la population	5 ans	1,528
Utilise actuellement une Méthode contraceptive	femmes mariées de 15-49 ans	1 ans	2,262
Taux de la natalité	toute la population	5 ans	1,139
Taux globale de la fécondité	femmes mariées de 15-49 ans	5 ans	2,314

Après ces développements, les questions qui se posent sont :

- i/ Selon quel degré de ventilation géographique faut-il présenter les résultats ?
- ii/ Quelle précision attendons-nous de la collecte de données ?

Pour ce faire, les annexes 4 et 5 fournissent le lien entre la taille de l'échantillon et l'intervalle de confiance à 95 % pour les indicateurs démographiques de base suivants : le taux brut de mortalité générale, le taux de natalité, le taux de mortalité infantile, taux de mortalité maternelle et taux générale de fécondité.

L'observation des naissances et des décès par l'enquête marocaine Papchild¹ se fait une période rétrospective de 5 ans. Ce qui permet d'avoir une taille de l'échantillon, en termes de ménages-année, de près de 225 000. Cette taille aide à établir une table de mortalité et à estimer certains indicateurs démographiques (tels que la mortalité infantile et la mortalité maternelle), avec un degré de précision satisfaisant.

Cependant, cette méthodologie est sujette relativement à plus d'erreurs d'observation et de défaut de couverture dues à l' "effet mémoire" que les méthodes consistant, soit à suivre les événements d'état-civil, soit à observer ces derniers sur une période rétrospective de douze mois.

Ceci dit, si l'on admet que la marge d'erreur relative de 30 % constitue le maximum que l'on puise accepter, les estimations des caractéristiques très rares (mortalité infantile) par unités administratives ayant un échantillon inférieur à 1 500 ménages, doivent être utilisées avec prudence. A cet effet, nous recommandons à ce que la publications des résultats par province ou préfecture relatifs aux indicateurs jugés très rares comporte aussi des indications sur les marges d'erreur.

Toutefois, il est à noter que l'effet de stratification conduira à améliorer de façon substantielle la précision attendue.

Pour les caractéristiques assez fréquents. La précision des résultats est plus élevé. Ce qui permet de fournir des données pour la plupart des provinces.

Le tableau B5 ci-après fournit la répartition des provinces ou préfectures selon les classes de la taille de l'échantillon.

¹ Document de base n°1 : questionnaire (grand échantillon).
DPRF - Ministère de la Santé Publique.

Tableau B5 : Provinces ou préfectures selon les classes de la taille de l'échantillon

Classes de la taille de l'échantillon (en termes de ménages)	Nombre	%
Moins de 200	9	13,9
de 200 à moins de 500	13	20,0
de 500 à moins de 1 000	28	43,1
de 1 000 à moins de 1 500	14	21,5
1 500 et plus	1	1,5
Total	65	100,0

Force est de relever que seulement dans 23,0 % des provinces ou préfectures, la taille de l'échantillon dépasse 1 000 ménages. Evidemment, la précision est plus grande pour les variables relativement plus fréquents (fécondité, caractéristiques socio-économiques des femmes ou des enfants,...). Au niveau global (ensemble du pays, milieu urbain, milieu rural, régions), les résultats attendus seront très satisfaisants.

B5.2- Echantillon de l'Enquête Individuelle (enquête sur la santé de la reproduction).

Pour l'ESR, il s'agit d'interviewer un échantillon de femmes obtenues à partir de l'échantillon des 1 500 grappes de l'Enquête-Ménages. Ces grappes seront sous-échantillonnées pour constituer l'échantillon de l'ESR. Le nombre de ménages et de grappes a sélectionner pour les besoins de l'enquête individuelle en fonction de la population de référence, se présente comme suit :

Tableau 6 : Taille de l'échantillon de l'Enquête Individuelle selon les Femmes de référence.

Femmes de référence	Taille de l'échantillon	
	En ménages	En grappes
Femmes non cibataires âgées de 15 à 54 ans	4 450	150
Femmes non cibataires âgées de 15 à 49 ans	4 800	160
Femmes mariées âgées de 15 à 54 ans	6 750	225
Femmes mariées âgées de 15 à 49 ans	7 400	250

Partant de considérations du coût et la nécessité d'avoir certains indicateurs régionaux sur la santé de la reproduction chez la femme, la taille de l'échantillon a été fixée à 250 grappes pour

l'"Enquête Individuelle", soit près de 7 500 ménages. Cet échantillon permettrait d'interviewer près de 10 000 femmes non célibataires âgées de 15 à 54 ans dont près de 6 700 seraient des mariées.

Pour l'"Enquête Individuelle", les données relatives à la santé de la reproduction chez la femme seront observées sur une période rétrospective de 3 ans, soit une taille de l'échantillon de près de 22 500 "ménages-années". Cette importante taille de l'échantillon permet d'obtenir des estimations, aussi bien à l'échelle nationale que régionale, très satisfaisantes des indicateurs recherchés.

On constate que la précision varie considérablement avec le niveau de la caractéristique (P) à estimer et la taille de l'échantillon du domaine considéré. A l'échelle nationale et pour les milieux urbain et rural, les estimations seront précises, même pour les caractéristiques rares.

Par contre, la précision des caractéristiques au niveau régional dépend de la taille de l'échantillon. Ainsi, si l'on admet la marge d'erreur relative de 30 % comme seuil maximal de précision tolérable, il est facile de voir que les estimations seraient moins précises pour les domaines (régions ou ensemble de provinces) où la taille de l'échantillon est inférieure à 1 000 ménages, particulièrement au niveau des caractéristiques rares (moins de 5 %).

B5.3 Allocation de l'échantillon par strate

Concernant l'allocation des unités de sondage entre les différentes strates, deux alternatives sont généralement utilisés, à savoir : l'allocation optimale et l'allocation proportionnelle.

Pour les besoins de l'enquête Papchild, la répartition des unités du premier degré de sondage est faite suivant les principes d'allocation proportionnelle, et ce essentiellement pour les raisons suivantes :

- i/ le manque d'information sur les coûts et les écarts-types par strate.
- ii/ l'utilisation de la répartition optimale devient relativement plus compliquée lorsqu'on a affaire à un sondage à plusieurs degrés.
- iii/ l'application sans grandes difficultés de schéma d'un sondage représentatif ou auto-pondéré.

Ainsi, les 1500 U.P de l'échantillon sont réparties selon les différentes strates proportionnellement à leur poids (en termes de ménages). L'annexe n° 3 fournit la répartition des U.P et les ménages de l'échantillon selon le milieu de résidence, les régions économiques et les provinces ou les préfectures.

B6. SELECTION DES UNITES D'ECHANTILLONNAGE

B6.1- Enquête-Ménages

Le schéma appliqué pour l'enquête Papchild au Maroc obéit aux principes de sondage stratifié à deux degrés. Pour les besoins de l'enquête, un échantillon de 45 000 ménages est sélectionné, soit une fraction globale de sondage égale à près de 1 % (le nombre total de ménages étant de 4 444 271 en 1994)¹.

Le tirage des ménages de l'échantillon s'est fait en deux étapes :

a) Premier degré : au niveau de chaque "segment de tirage", une U.P est sélectionnée avec une probabilité proportionnelle à la taille (en termes de ménages).

b) Second degré (ménages) : Il était prévu initialement de tirer les 30 ménages directement des dossiers du R.G.P.H en 1994 en vue d'avoir un sondage parfaitement auto-pondéré. Mais, cette solution a été écartée².

Pour accéder aux unités du second degré, des listes de ménages sont établies pour chaque U.P de l'échantillon. Puis, 30 ménages sont choisis par le biais d'un tirage systématique à probabilité égale.

Les probabilités d'inclusion dans l'échantillon des unités secondaires se présentent comme suit :

h : indice affecté au repérage des strates (région, provinces, type d'habitat,...)

k : indice du segment de tirage

i : unité primaire

j : unité secondaire (ou ménage)

M_h : taille de la strate h (R.G.P.H 1994).

m_{ki} : taille de l'U.P (i) de la strate (h) et du segment de tirage (k) (R.G.P.H 1994)

m'_{hki} : taille de l'U.P(i) de la strate h et du segment de tirage k (dénombrément)

n_h : nombre d'U.P tirées par strate

N_n : nombre total d'U.P dans la strate h

S_{hk} : taille du segment de tirage k de la strate h

¹ Recensement général de la population et de l'habitat de 1994.

² cf. paragraphe 3.

$$S_{hk} = M_h / n_h$$

m_o : nombre de ménages tirés par U.P ($m_o = 30$).

M : nombre total des ménages à l'échelle nationale (R.G.P.H 1994: 4 444) 271 ménages)

m : taille de l'échantillon en ménages (45 000)

n : nombre d'U.P de l'échantillon (1 500)

La probabilité d'inclusion de l'U.P i de la strate k et du segment de tirage k est :

$$P_{hki} = m_{hki} / S_{hk} = n_h m_{hki} / M_h$$

La probabilité d'inclusion du ménage j de l'U.P i du segment de tirage k et de la strate h est :

$$P_{hkij} = n_h (m_{hkij} / M_h) (m_o / m_{hki})$$

On aurait pu, dans chaque U.P de l'échantillon (i) sélectionner non pas m_o ménages, mais un nombre égal $m_l = [m_{hki} / m_{hki}] \times m_o$, pour que l'échantillon soit dépourvu comme un recensement (schéma parfaitement auto-pondéré).

Cette solution n'a pas été retenue. Il a été jugé préférable d'avoir la même charge de travail par unité primaire. Cette stabilisation du travail du personnel de collecte (enquêteurs et contrôleurs) offre de meilleures possibilités de contrôles des erreurs non dues à l'échantillonnage. La maîtrise des erreurs d'observation et des erreurs dues au défaut de couverture et à la non-réponse, occupe une place aussi importante, sinon plus, que le contrôle des erreurs de sondage.

Mais, vu les délais assez proches entre le R.G.P.H de 1994 et l'opération du dénombrement des ménages de l'enquête Papchild, nous estimons que :

$$\underline{m_{hki}} / m_{hki} \approx 1$$

D'où la probabilité finale d'inclusion des ménages d'une U.P i de la strate h dans l'échantillon :

$$\begin{aligned} P_{hkij} &= n_h m_o / M_h = n (M_h / M) \times (m_o / M_h) \\ &= n m_o / M = 1 / 100 \end{aligned}$$

B6.2- Enquête Individuelle

A fin que l'échantillon de "l'enquête individuelle" ait une distribution similaire à celle de l'"enquête-ménages" selon les différents critères de stratification utilisés, il est proposé de constituer de groupes à 6 U.P chacun et d'en tirer une avec une probabilité inégale.

A cet effet, Il est envisagé de sélectionner 250 grappes parmi les 1 500 de l'Enquête-Ménages, soit une grappe sur 6. D'où l'idée de regrouper les différentes zones de tirage de l'Enquête-Ménages en groupes de (6) six unités primaires chacun; puis, d'en sélectionner une pour constituer le sous-échantillon de l' "Enquête individuelle".

Pour ce faire, on procède au niveau de chaque groupe constitué à un sous-échantillonnage des grappes parmi celles de l'Enquête-Ménages avec une probabilité P_s choisie de façon à assurer une probabilité globale constante (f).

$$P_{hkij} \times P_s = f$$

$$P_s = f / P_{hkij} = P'g_{ij}$$

Pour chaque groupe constitué de 6 U.P de l'Enquête-Ménages, on calcule $P'g_{ij}$ pour chaque grappe, Puis, on cumule les $P'g_{ij}$ et on tire une grappe.

$$f = \text{la fraction globale de l'Enquête individuelle} = 1 / 620$$

L'avantage de procédé de sous-échantillonnage est d'avoir un échantillon auto-pondéré et de garder fixe la taille des grappes (30 ménages).

Comme le schéma de sondage de l'Enquête-Ménages est asymptotiquement auto-pondéré, une autre alternative de sous-échantillonnage des grappes de l'Enquête-Ménages consiste à tirer avec une probabilité égale parmi les six grappes de chacun des groupes constitués. Pour cette alternative, la fraction globale de sondage de l'"Enquête Individuelle est de 1 / 600".

B7. EXTRAPOLATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE

Un schéma classique simple d'échantillonnage a été appliqué pour la réalisation de l'enquête Papchild. Il s'agit d'un sondage stratifié à deux degrés :

- i/ les unités du premier sont tirées proportionnellement à leur taille, avec remise.
- ii/ les unités secondaires sont sélectionnées avec une probabilité égale sans remise.

L'emploi de tirage à probabilité inégale au niveau des U.P a pour but la réduction des variances des estimateurs, donc un gain de précision.

Un nombre constant des ménages (U.S) est tiré après une opération de mise à jour des U.P (dénombrément). Vu le délai assez court (deux ans) qui sépare les périodes de réalisation du recensement de la population et l'habitat (1994) et du dénombrement des ménages des U.P de l'enquête Papchild (1996), nous estimons que les tailles des U.P ne vont pas subir des changements assez notables de telle sorte que l'auto-pondération ne puisse être appliquée. En effet, le nombre de ménages est passé de 3,4 millions en 1982 à 4,4 millions en 1994, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 2,2%.

Entre 1994 et 1996, l'accroissement de la taille de l'échantillon n'aurait en aucun cas dépassé le seuil de 5%, soit près de 1,3 ménage par U.P, en moyenne. Cela n'aurait pas des effets très appréciables sur les structures des probabilités des U.P. A cet égard, le schéma du sondage appliqué est auto-pondéré. Tous les ménages de l'échantillon ont la même probabilité de faire partie de l'échantillon .

Par conséquent, notre sondage se dépouille "comme un recensement". Les structures et les moyennes dégagées de l'échantillon correspondent à celles de la population totale.

L'estimation du total est de la forme.

$$\hat{T}(Y) = \hat{M} / \hat{n}_m \quad \sum_i \sum_j \hat{y}_{ij} = 100 \sum_i \sum_j y_{ij}$$

C'est un estimateur sans biais .

L'estimation d'un ration relève de la méthode du quotient.

Soit la quantité $R = X/Y$ à estimer l'échantillon permet d'estimer séparément X et Y .

$$D'où \hat{R} = \hat{X} / \hat{Y} = (\sum_i \sum_j \hat{x}_{ij}) / (\sum_i \sum_j \hat{y}_{ij})$$

C'est un estimateur biaisé. Mais, la taille très élevée de l'échantillon autorise de négliger ce biais.

Les estimateurs de la moyenne par ménages (\hat{Y}_M) et par personne (\hat{Y}_P)

$$\hat{\bar{Y}}_M = \hat{y}/\hat{m}$$

y = total de la variable étudiée au niveau de l'échantillon .

$$\hat{\bar{Y}}_P = \hat{y}/\hat{p}$$

p = nombre de personnes au niveau de l'échantillon .

La formule d'estimation sans biais des variances des estimateurs sont :

a/ Total \hat{Y}

$$V(\hat{Y}) = \sum_{h=1}^T \frac{M^2 h}{n_h(n_h - 1) \hat{m}_o^2} \sum_{i=1}^{n_h} (y_{hi}^2 - \hat{y}_h^2) / n_h$$

b/ moyenne par ménage

$$\hat{V}(\bar{Y}_M) = \frac{1}{M^2} \hat{V}(Y)$$

c/ moyenne par personne

$$\hat{V}(\bar{Y}_P) = (1/P^2) (\hat{V}(Y))$$

Le schéma de sondage permet aussi d'appliquer les méthodes de calcul rapide de la variance. Ainsi, la méthode de Keyfitz¹ pour calculer la variance du total peut être utilisée. Les 1 500 U.P de l'échantillon seront regroupées en strates comportant chacune deux U.P dont l'une appartient au sous-échantillon 1 et l'autre au sous-échantillon 2.

^

La formule d'estimation de la variance du total Y est la suivante :

$$S^2(Y) = \sum_{h=1}^{L_h} (\bar{Y}_1 - \bar{Y}_2)^2$$

L = nombre de strates constitués à 2 U.P chacune.

^

\bar{Y}_1 = total de l'échantillon pondéré pour la première unité de la strate 1.

^

\bar{Y}_2 = total de l'échantillon pondéré pour la deuxième unité de la strate 2.

¹ S.S Zarkovich "Sondages et Recensements" F.A.O - 1966 p . 179

ANNEXE N° 1

POPULATION, MENAGES ET TAUX D'URBANISATION SELON LES REGIONS, LES PROVINCES OU PREFECTURES

Région, province et préfecture	Population		Ménage		Taux d'urbanisation
	Effectif	%	Effectif	%	
Sud	3 234 024	12,4	537 912	12,1	40,4
Agdir-Ida-Ou-Tanane	365 965	1,4	70 750	1,6	71,8
Chtouka-Aït Baha	240 092	0,9	43 335	1,0	10,7
Inezgane-Aït Melloul	292 799	1,1	56 882	1,3	89,4
Assa-Zag	21 848	0,1	3 101	0,1	50,7
Guelmim	147 124	0,6	25 279	0,6	60,1
Boujdour	21 691	0,1	3 766	0,1	69,9
Es-Semara	39 726	0,2	5 757	0,1	72,4
Laâyoune	153 978	0,6	29 347	0,7	94,7
Ouarzazate	694 884	2,7	90 086	2,0	20,4
Oued-Ed-Dahab	36 751	0,1	7 250	0,2	84,8
Tan-Tan	58 079	0,2	10 981	0,2	92,4
Taroudannt	693 968	2,7	110 150	2,5	19,4
Tata	119 298	0,5	18 369	0,4	30,2
Tiznit	347 821	1,3	62 859	1,4	20,1
Tensift	3 546 768	13,6	591 216	13,3	37,4
El Kelaâ des Sraghna	682 428	2,6	100 963	2,3	19,2
Essaouira	433 681	1,7	75 812	1,7	17,4
Marrakech-Ménara	432 547	1,7	77 153	1,7	77,1
Marrakech-Médina	189 367	0,7	37 341	0,8	100,0
Sidi Youssef Ben Ali	239 291	0,9	40 235	0,9	65,8
Chichaoua	311 800	1,2	53 171	1,2	10,2
Al Haouz	435 090	1,7	67 480	1,5	7,7
Safi	822 564	3,2	139 061	3,1	45,7
Centre	6 931 418	26,6	1 186 018	26,7	60,9
Azilal	454 914	1,7	69 199	1,6	13,6
Béni-Mellal	869 748	3,3	141 274	3,2	44,4
Ben Slimane	213 398	0,8	35 201	0,8	30,2
Ain Chock-Hay Hassani	516 261	2,0	92 613	2,1	84,8
Ain Sebaâ-Hay Mohammedi	520 993	2,0	92 005	2,1	100,0
Ben M'sick-Sidi Othmane	704 365	2,7	119 031	2,7	97,7
Casablanca-Anfa	523 279	2,0	109 896	2,5	100,0
Al Fida-Derb Sultan	386 700	1,5	72 679	1,6	100,0
Sidi Bernoussi -Zenata	268 586	1,0	47 296	1,1	78,0
Méchouar de Casablanca	3 956	0,0	808	0,0	100,0
Mohammedia	170 063	0,7	31 699	0,7	100,0
El Jadida	970 894	3,7	161 339	3,6	24,7
Khouribga	480 839	1,8	82 240	1,9	61,3
Settat	847 422	3,3	130 738	2,9	27,8

Source : RGPH 1994. Direction de la Statistique.

ANNEXE N° 1

POPULATION, MENAGES ET TAUX D'URBANISATION SELON LES REGIONS, LES PROVINCES OU PREFECTURES

NATIONAL (suite)

Région, province et préfecture	Population		Ménage		Taux d'urbanisation
	Effectif	%	Effectif	%	
Nord-Ouest	5 646 716	21,7	9 96 972	22,4	58,8
Chefchaouen	439 303	1,7	69 806	1,6	9,8
Kénitra	979 210	3,8	155 163	3,5	45,8
Khémisset	485 541	1,9	84 203	1,9	36,0
Rabat	623 457	2,4	127 091	2,9	100,0
Salé	631 803	2,4	115 683	2,6	92,8
Skhirat-Témara	244 801	0,9	43 856	1,0	71,9
Sidi-Kacem	645 872	2,5	103 605	2,3	27,2
Tanger	627 963	2,4	120 582	2,7	83,8
Tétouan	537 290	2,1	100 183	2,3	68,4
Larache	431 476	1,7	76 800	1,7	46,7
Centre-Nord	3 042 310	11,7	501 847	11,3	42,2
Al Hoceïma	382 972	1,5	60 891	1,4	29,4
Boulemane	161 622	0,6	26 860	0,6	22,8
Fès El Jadid-Dar Dbibagh	256 340	1,0	49 772	1,1	94,7
Fès Médina	284 822	1,1	52 081	1,2	93,7
Zouagha-Moulay Yacoub	382 594	1,5	63 032	1,4	69,3
Sefrou	237 095	0,9	42 621	1,0	43,2
Taounate	628 840	2,4	98 343	2,2	8,3
Taza	708 025	2,7	108 247	2,4	29,1
Oriental	1 768 691	6,8	301 015	6,8	55,2
Figuig	117 011	0,4	20 567	0,5	43,7
Nador	683 914	2,6	116 026	2,6	36,0
Oujda Angad	419 063	1,6	74 948	1,7	87,2
Berkane-Taourirt	399 017	1,5	66 506	1,5	57,6
Jrada	149 686	0,6	22 968	0,5	55,8
Centre-Sud	1 903 790	7,3	329 291	7,4	50,7
Errachidia	522 117	2,0	76 478	1,7	29,7
Ifrane	127 677	0,5	24 081	0,5	47,8
Khénifra	465 061	1,8	85 644	1,9	47,1
Meknès El Menzeh	293 525	1,1	53 261	1,2	65,0
Al Ismailia	314 916	1,2	59 501	1,3	87,1
El Hajeb	180 494	0,7	30 326	0,7	36,0
Total	26 07 3 717	100,0	44 444 271	100,0	51,4

ANNEXE N° 2

REPARTITION DES ENTITES ADMINISTRATIVES DU PAYS SELON LES REGIONS ECONOMIQUES

Régions économiques	Wilaya	Préfectures et provinces	Cercles	Communes		
				U	R	E
Sud	2	14	36	44	282	326
Tensift	1	8	20	25	228	253
Centre	1	14	26	58	231	289
Nord-Ouest	2	10	25	42	188	230
Centre-Nord	1	8	21	29	166	195
Oriental	1	5	14	25	91	116
Centre-Sud	1	6	17	25	111	252
Total	9	65	159	248	1 297	1 545

ANNEXE N° 3

**REPARTITION DES MENAGES DE L'ECHANTILLON
PAR REGION, PROVINCE ET MILIEU DE RESIDENCE**

Région, province ou préfecture	Milieu de résidence					
	Unités primaires			Ménages de l'échantillon		
	U	R	T	U	R	T
1. Région du Sud	83	96	179	2 490	2 880	5 370
Agadir Ida Outanan	18	6	24	540	180	720
Guelmin, Tan-Tan et Assa Zag	10	3	13	300	90	390
Boujdour	1	-	1	30	-	30
Chtouka Aït Bahá	2	13	15	60	390	450
Essamara	1	-	1	30	-	30
Inezgane Aït Melloul	17	2	19	510	60	570
Laâyoune	9	-	9	270	-	270
Oued-Eddahab	2	-	2	60	-	60
Ouarzazate	7	23	30	210	690	900
Taroudant	9	29	38	270	870	1 140
Tata	2	4	6	60	120	180
Tiznit	5	16	21	150	480	630
2. Région du Tensift	84	115	199	2 520	3 450	5 970
Al Haouz	2	21	23	60	630	690
Chichaoua	2	16	18	60	480	540
El Kelaa-Sgharna	8	26	34	240	780	1 020
Essaouira	5	20	25	150	600	750
Marrakech Medina	13	-	13	390	-	390
Marrakech Menara	21	5	26	630	150	780
Safi	24	23	47	720	690	1 410
Sidi Youssef Ben Ali	9	4	13	270	120	390

Région, province ou préfecture	Milieu de résidence					
	Unités primaires			Ménages de l'échantillon		
	U	R	T	U	R	T

3. Région du Centre	265	138	403	7950	4140	12090
Ain Chok - Hay El Hassani	27	5	32	810	150	960
Aïn Sebâa - Hay El Mohammadi	31	-	31	930	-	930
Al Fida Derb Sultan	25	-	25	750	-	750
Machouar-Casa						
Azilal	4	19	23	120	570	690
Beni Mellal	25	23	48	750	690	1440
Ben Msik - Sidi Othman	39	1	40	1170	30	1200
Ben Slimane	4	8	12	120	240	360
Casa Anfa	37	-	37	1110	-	1110
El Jadida	16	39	55	480	1170	1650
Khouribga	18	10	28	540	300	840
Mohammadia	11	-	11	330	-	330
Settat	15	29	44	450	870	1320
Sidi Bernoussi Zenata	13	4	17	390	120	510
4. Région du Nord-Ouest	217	122	339	6510	3660	10170
Chefchaoun	3	21	24	90	630	720
Kénitra	28	25	53	840	750	590
Khémisset	12	17	29	360	510	870
Larache	13	13	26	390	390	780
Rabat	43	-	43	1290	-	1290
Salé	37	2	39	1110	60	1170
Sidi-Kacem	11	24	35	330	720	1050
Skhirate-Témara	11	4	15	330	120	450
Tanger	35	6	41	1050	180	1230
Tétouan	24	10	34	720	300	1020

Région, province ou préfecture	Milieu de résidence					
	Unités primaires			Ménages de l'échantillon		
	U	R	T	U	R	T

5. Région du Centre-Sud	63	47	110	1890	1410	3300
Al Ismaïlia	18	2	20	540	60	600
El Hajeb	4	6	10	120	180	300
Errachidia	9	16	25	270	480	750
Ifrane	4	4	8	120	120	240
Khénifra	16	13	29	480	390	870
Méknès El Manzeh	12	6	18	360	180	540
6. Région du Centre-Nord	240	89	169	2400	2670	5070
Al Hoceima	7	14	21	210	420	630
Boulemane	2	6	8	60	180	240
Fès-Jedid Dar Dbibagh	16	1	17	480	30	510
Fès-Médina	17	1	18	510	30	540
Sefrou	7	7	14	210	210	420
Taounate	3	30	33	90	900	990
Taza	12	24	36	360	720	1080
Zouagha My Yacoub	16	6	22	480	180	660
7. Région de l'Oriental	60	41	101	1800	1230	3030
Berkane-Taourirt	14	9	23	420	270	690
Figuig	3	2	5	90	60	150
Jerrada	5	3	8	150	90	240
Nador	15	24	39	450	720	1170
Oujda-Angad	23	3	26	6901	90	780
Total Général						

ANNEXE N° 4

INTERVALLES DE CONFIANCE A 95 % ET MARGES

**D'ERREUR RELATIVE POUR LES INDICATEURS DE
MORTALITE (PERIODE DE REFERENCE : 5 ANS
PRECEDANT LA DATE D'ENQUETE)**

Taille de l'échantillon (en ménages)	Taux brut de mortalité pour mille $t = 7,4$		Taux de mortalité infantile pour mille $t = 61,6$		Taux de mortalité maternelle pour cent mille $t = 332$	
	2σ	$2\sigma / t$ (en %)	2σ	$2\sigma / t$ (en %)	2σ	$2\sigma / t$ (en %)
45 000	$\pm 0,2$	2,5	$\pm 2,8$	4,6	28,8	8,7
30 000	$\pm 0,2$	3,0	$\pm 3,5$	5,6	35,3	10,6
20 000	$\pm 0,3$	3,7	$\pm 4,3$	6,9	43,2	13,0
10 000	$\pm 0,4$	5,3	$\pm 6,0$	9,8	61,2	18,4
5 000	$\pm 0,6$	7,5	$\pm 8,5$	13,8	86,5	26,1
1 500	$\pm 1,0$	13,6	$\pm 15,6$	25,3	157,9	47,6
1 000	$\pm 1,2$	16,7	$\pm 19,1$	30,9	193,4	58,3
500	$\pm 1,7$	23,6	$\pm 27,0$	43,8	273,5	82,4
200	$\pm 2,8$	37,3	$\pm 42,6$	69,2	432,5	130,3

* Hypothèses de travail :

- . Effet de grappes pour le taux de mortalité = 1,528
- . Effet de grappes pour la mortalité infantile = 1,159
- . Effet de grappes pour la mortalité maternelle = 1,159

La proportion des enfants de moins d'un an est égale à 2,5 %.

La proportion des femmes mariées de 15-49 ans est égale à 13,9 %.

ANNEXE N° 5

**INTERVALLES DE CONFIANCE A 95 % ET MARGES
D'ERREUR RELATIVE POUR LES INDICATEURS DE
FECONDITE (PERIODE DE REFERENCE : 5 ANS)**

PRECEDANT LA DATE D'ENQUETE)

Taille de l'échantillon (en ménages)	Taux de natalité les 5 ans précédent l'enquête $t = 26 \%$		Taux global de fécondité les 5 ans précedant l'enquête $t = 104 \%$		Utilise actuellement une méthode contraceptive $t = 50,3 \%$	
	2σ	$2\sigma / t$ (en %)	2σ	$2\sigma / t$ (en %)	2σ	$2\sigma / t$ (en %)
45 000	$\pm 0,3$	1,2	$\pm 1,6$	1,5	$\pm 0,6$	1,1
30 000	$\pm 0,4$	1,5	$\pm 2,0$	1,9	$\pm 0,7$	1,4
20 000	$\pm 0,5$	1,9	$\pm 2,4$	2,3	$\pm 0,9$	1,7
10 000	$\pm 0,7$	2,6	$\pm 3,4$	3,3	$\pm 1,2$	2,4
5 000	$\pm 1,0$	3,7	$\pm 4,8$	4,6	$\pm 1,7$	3,4
1 500	$\pm 1,8$	6,8	$\pm 8,7$	8,4	$\pm 3,2$	6,3
1 000	$\pm 2,2$	8,3	$\pm 10,7$	10,3	$\pm 3,9$	7,7
500	$\pm 3,0$	11,7	$\pm 15,1$	14,6	$\pm 5,5$	10,9
200	$\pm 4,8$	18,5	$\pm 23,9$	23,0	$\pm 8,7$	17,2

* Hypothèses de travail :

- . Effet de grappes pour le taux de natalité = 1,352
- . Effet de grappes pour le taux global de fécondité = 2,314
- . Effet de grappes pour la variable "utilise actuellement une méthode contraceptive" = 2,262

La part des femmes en âge de procréation dans la population totale est de 25,5 %.

ANNEXE 6

**MARGES D'ERREUR RELATIVE SELON LE NIVEAU DE LA
CARACTERISTIQUE (P) A ESTIMER ET LA TAILLE DE
L'ECHANTILLON DE L' "ENQUÊTE INDIVIDUELLE"**

Taille de	Caractéristiques à estimer (P)
-----------	--------------------------------

l'échantillon (en ménages)	0,5 %	1 %	5 %	10 %	20 %	25 %
7 500	28,2	19,9	8,7	6,0	4,0	3,5
5 000	34,5	24,4	10,7	7,3	4,9	4,2
2 500	48,8	34,4	15,1	10,4	6,9	6,0
1 000	77,2	54,5	23,9	16,4	10,9	9,5
500	109,2	77,0	33,7	23,2	15,5	13,4
250	154,4	108,9	47,7	32,8	21,9	19,0
150	199,4	140,6	61,6	42,4	28,3	24,5

* Hypothèse de travail

. Effet de grappe pris en considération est celui relatif à la variable "assistance médicale à l'accouchement", sa valeur est estimé à 2,202 par l'Enquête de Panel sur la Population et la Santé de 1995 du Ministère de la Santé Publique.

. La proportion des femmes non célébataires âgées de 15 à 54 ans s'élève à k = 17,1 % .