

## *Les indicateurs de la santé reproductive et de la mortalité*

### *Introduction*

Selon l’OMS, le concept de la santé est l’état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l’absence de la maladie ou d’infirmité. Certes, cette définition est mieux adaptée au souci du développement, mais elle engendre de nombreux problèmes dont ceux des indicateurs de santé et de collecte des informations nécessaires à leur élaboration.

La mort n’est que le résultat de toute une vie et du temps passé dans des situations différentes qui conduisent d’un état de bonne santé à la mort. Cet état de bonne santé subira des perturbations par les maladies ou les accidents aboutissant à la guérison ou à l’invalidité et générant un besoin en santé. Or, les besoins de santé varient selon les individus, leur niveau social, leur âge, etc. Ils varient aussi selon la culture et par conséquent ils sont susceptibles de varier dans le temps et dans l’espace. Par contre, la demande en santé résulte de l’identification par les individus de leurs besoins et de l’expression de ces besoins pour réparer les impacts de l’exposition aux risques.

Ceci d’une part, d’autre part une politique de population est définie comme un système d’actions, concrétisé par un ensemble intégré de programmes, intentionnellement élaboré et mis en œuvre pour atteindre certains objectifs et déterminer les moyens à mettre en œuvre dans cette perspective. Une politique de population répondant à ces exigences, comme celle dont la Commission Supérieure de la Population œuvre à son élaboration, et qui englobera la politique de la santé, a besoin d’informations, autrement dit d’indicateurs, qui lui permettent de fixer des priorités, de reconnaître et d’être averties, à temps des problèmes qui risquent d’être posés, de diriger et de mesurer le succès, les imperfections et l’impact de cette politique.

Ainsi, dans la présente étude, et afin de répondre aux besoins d’information en matière de santé de reproduction et de mortalité nous chercherons à relever le maximum de facteurs de risque pour la santé et la mortalité de la population à travers la mise en évidence des différences en santé et mortalité entre les couches sociales, en identifiant les inégalités sociales et en recherchant des causes à ces différences et en repérant des secteurs qui influencent l’état de santé et de mortalité de la population. Ce, afin de cibler le recueil d’informations permettant de mesurer le niveau des indicateurs de santé et de mortalité et le niveau des secteurs agissant sur eux<sup>1</sup>.

L’objet de la présente partie est de définir, d’estimer et de sélectionner des indicateurs de suivi et d’évaluation à travers une vision multidisciplinaire, à savoir en traçant un cadre analytique pour chacun des thèmes de santé reproductive et de mortalité.

---

<sup>1</sup> Pour les indicateurs de l’offre et de la demande des services de santé ainsi que ceux de la morbidité, voir l’étude de Monsieur ZGUIOUAR.

Une appréciation de l'intensité et de l'évolution des indicateurs sera proposée. Ce qui permet de tirer les enseignements et les recommandations qui s'imposent concernant les objectifs quantifiés d'une politique de population intégrée au Maroc.

## ***I. Cadre général d'analyse***

### ***I.1. Du concept à l'indicateur***

Le concept de la santé est devenu si large qu'il devient trop difficile à appréhender par des indicateurs. En conséquence, on se limite à certains de ses aspects. Ainsi, la situation est souvent étudiée à travers des indicateurs tels que la morbidité, l'incapacité, le fonctionnement aussi bien biologique que psychologique, l'état nutritionnel, la croissance et le développement ou finalement la survie.

Le concept de santé de la reproduction, ou de santé reproductive, ne peut être défini de manière stricte par référence aux catégories de population, aux limites d'âges, à la réalité organique de la reproduction, aux événements reproductifs, au sexe etc.. La santé reproductive ne consiste pas, non plus, en un inventaire précis de sujets spécifiques, mais en une approche fondée sur les principes de santé de la femme et de l'enfant, du droit de décider de sa reproduction, de la santé sexuelle et du contexte socio-économique de la reproduction<sup>2</sup>. Ce qui permet aux responsables d'arrêter la liste de sujets qu'ils jugent appropriés concernant la santé de reproduction conformément au contexte où cette approche doit être appliquée.

La force de la notion de santé reproductive ne réside pas dans la rigueur de la définition des catégories de population étudiée, mais dans sa vision multidisciplinaire et sa capacité de mobiliser diverses parties pour le ralentissement de l'accroissement de la population, pour la réalisation des objectifs reproductifs, pour l'amélioration de la santé de la population et pour l'assurance de son bien-être.

En effet, la notion de santé reproductive "tient compte du vécu de la reproduction, des choix des individus, ainsi que des déterminants et conséquences de la reproduction du point de vue de la santé et de la sexualité. Ce qui permet de formuler des politiques fondées sur une appréciation rigoureuse des réalités sur le terrain, et de garantir une meilleure efficacité des programmes de planification familiale et une approche plus respectueuse de la dimension éthique des questions de la population"<sup>3</sup>.

En santé, certains indicateurs ont été plus utilisés, en raison de leur relative facilité de saisie comme c'est le cas des variables dichotomiques. D'autres indicateurs mesurent des niveaux dans la progression d'un état à un autre, comme c'est le cas pour la nutrition ou la croissance. Enfin, certains préfèrent utiliser des variables qui prennent en compte d'autres indicateurs de santé, comme la vaccination, l'utilisation de services de santé, où d'une façon générale, font référence aux comportements soit des sujets, soit des personnes qui sont à leur charge.

---

<sup>2</sup> CERED (1998), Santé de reproduction au Maroc : facteurs démographiques et socio-culturels, Rabat, Maroc, 338 p.

<sup>3</sup> CERED (1998), Santé de reproduction au Maroc : facteurs démographiques et socio-culturels, Rabat, Maroc, 338 p.

## ***1.2. Le cadre analytique***

La santé et la mortalité, sont des phénomènes complexes qui dépendent d'une variété de facteurs. Les cadres conceptuels élaborés pour tenter de les ordonner montrent la diversité des chemins possibles. De ce fait l'étude du mécanisme et des déterminants sociaux nécessite une réflexion devant s'inscrire dans une perspective tant historique qu'institutionnelle, et surtout pluridisciplinaire<sup>4</sup>.

S'il est aisé d'identifier un grand nombre de facteurs associés à la santé et la mortalité, une approche plus explicative ou le désir de mettre en œuvre des programmes susceptibles d'agir favorablement sur le phénomène étudié nécessite d'identifier non seulement les relations existant entre celle-ci et les facteurs de risque qui lui sont associées (effets directs ou indirects), mais aussi les interactions existant entre ces derniers, en tentant de les ordonner selon leur plus ou moins grande proximité<sup>5</sup>.

L'analyse de la mortalité, et sans doute de la santé, doivent nécessairement tenir compte de deux éléments : le temps et le lieu. Outre ces facteurs contextuels, il est important de tenir compte de toute une série de caractéristiques individuelles, appelées souvent socio-démographiques ou caractéristiques de l'hôte dans les études de mortalité et de santé, parce qu'elles sont fréquemment, si ce n'est pas toujours, source de variations systématiques de mortalité (ou de morbidité) et qu'elles exercent soit un effet direct sur la santé ou la mortalité, soit sont indicatrices de facteurs de risque comportementaux, biologiques, génétiques etc. faisant eux-mêmes partie de systèmes plus complexes qui peuvent être considérés comme cause de maladies ou de décès prématuré<sup>6</sup>.

Pour faire l'inventaire des facteurs de risque pour la santé de la population deux démarches peuvent être suivies :

La première démarche consiste à partir d'un état de santé tout en repérant les facteurs susceptibles d'y contribuer. En effet, un taux de mortalité est la résultante ou la somme des composantes, que sont les causes de décès. A partir d'une maladie, une chaîne de causalité peut être dessinée, basée en général sur des observations concrètes, permettant une exploration systématique de différents facteurs, et une utilisation plus opérationnelle des conclusions. La seconde autre démarche revient à partir des facteurs de risque eux-mêmes, ou de situations au cours des âges de la vie où les facteurs de risques s'expriment en essayant de dégager les conséquences sur l'état de santé.

Ces deux démarches sont loin d'être contradictoires, mais plutôt complémentaires. En adoptant la seconde démarche, nous espérons couvrir le maximum de facteurs qui risquent d'avoir un effet sur la santé de la population marocaine.

---

<sup>4</sup> Tabutin, D. et Gourbin C. (1997) ; "Mortalité et santé des enfants en Afrique du Nord depuis les années soixante, une synthèse comparative " in Cahiers de l'Institut de Recherches et d'Etudes sur le Monde Arabe et Musulman, *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb*, Cahiers n°9/10, Aix-en-Provence, France, pp 9-29.

<sup>5</sup> Tabutin, D. et Gourbin C. (1997) op. cit.

<sup>6</sup> Masuy-Stroobant Godelieve (1997). *Les déterminants de la santé*. Extrait du cours d'Epidémiologie et santé publique, DEMO3265, Institut de Démographie, UCL, Louvain-la-Neuve, Belgique.

Le niveau de santé est généralement traduit par des indicateurs de bien-être, de morbidité et de survie ou de mortalité (globale ou par cause). De ce fait l'identification des déterminants de la santé s'est historiquement basée sur les déterminants de la mortalité en raison de l'importance de celle-ci. Récemment, on s'est intéressé aux déterminants de la santé. Cette dernière n'étant plus saisie à travers l'état extrême de la non-santé représenté par la mort, mais comme un capital qu'il convient de préserver, d'accroître, voire même de restaurer par des mesures préventives et un mode de vie adéquat arrêté dans le cadre d'une politique de population intégrée en général et de santé en particulier<sup>7</sup>.

En effet, le cadre analytique des facteurs de risques pour la santé de la population sera étroitement lié à l'évolution du phénomène de la santé étudié passant de la transition de la mortalité à la transition de l'épidémiologie et à la transition de la santé.

Ceci tient au fait que le déclin de la mortalité s'accompagne de changements de structure des causes de mortalité. Ainsi, le passage de la transition de mortalité à la transition épidémiologique est une transition d'une situation où les décès par maladies infectieuses et parasitaires dominent largement à une situation où les maladies dégénératives, cardiaques et cérébro-vasculaires ainsi que les actes de violence et les accidents vont prendre la première place<sup>8</sup>. C'est un domaine encore mal connu dans le monde et presque inconnu au Maroc et ce en raison de l'absence des données sur les causes de mortalité<sup>9</sup>. Par conséquent, il est quasiment impossible de se prononcer sur la phase de cette transition atteinte au Maroc. Mais l'adoption d'un cadre analytique pour l'une ou l'autre phase nous serait d'une grande utilité dans notre tâche pour relever les facteurs de risques pour la santé de la population.

En effet, notre étude vise la détermination des facteurs sociaux, économiques, sanitaires, etc., et ce aussi bien au niveau individuel qu'au niveau agrégé et à la détermination des mécanismes causaux conduisant à la maladie, puis de la maladie à la mort. Pour ce faire, nous allons adopter la théorie de la transition épidémiologique qui concerne justement les changements à long terme des schémas de morbidité et de mortalité accompagnant ou résultant des changements sociaux, économiques et démographiques.

J. Frenk, T. Frejka et al.<sup>10</sup> subdivisent le concept de la transition de la santé en deux parties qui sont à la base de la santé des populations. Dans la première partie, on trouve les conditions de santé, c'est-à-dire le processus de production des maladies, autrement dit celles qui définissent le profil épidémiologique d'une population. La deuxième partie est constituée par la réponse organisée de la société à ces conditions à travers le système de santé. La première composante revient à parler de transition épidémiologique, la seconde de transition des soins de santé.

En privilégiant la transition épidémiologique ou la transition de santé, les approches sont peut-être différentes, mais le problème de fond demeure le même. Il s'agit de chercher à

---

<sup>7</sup> Masuy-Stroobant Godelieve (1997) op. cit.

<sup>8</sup> Tabutin D., (1992), « Transitions et théories de mortalité » in Hubert GERARD et Victor PICHE (dir.), *La sociologie des populations*, Universités Francophones, AUPELF/UREF, Montréal, Canada, pp. 257-288.

<sup>9</sup> Si on exclue les données hospitalières.

<sup>10</sup> J. Frenk, T. Frejka et al. cités par Tabutin Dominique, (1992), op. cit.

comprendre et à expliquer ces déclin de mortalité, d'ampleur et de rapidité intéressantes<sup>11</sup> qui ne peuvent être que le reflet d'une amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Dans la théorie de la transition épidémiologique, on distingue trois éléments essentiels :

1. Le changement de structure de morbidité ;
2. Le passage des maladies et de la mortalité des âges jeunes aux âges avancés ;
3. Le changement de modèle de santé : la mortalité chute, tandis que la morbidité augmente et on passe d'un régime de forte mortalité à un régime de forte morbidité.

La problématique s'élargit donc considérablement. On sort ainsi du champ de la démographie pure, et on va vers l'épidémiologie, la sociologie et l'économie de la santé ainsi que vers la santé publique.

Nombre d'éléments du développement socio-économique, du progrès social ou de la modernité jouent un rôle dans le déclin de la mortalité, dans la transition épidémiologique. La liste de ces facteurs est longue, mais en plus, dans une dynamique de changement, nombre d'entre eux sont en interrelation.

Pendant longtemps, on s'est limité à la dichotomie développement économique et politique de santé ; récemment, on s'est intéressé à des éléments plus culturels comme l'éducation ; actuellement on est à la recherche, d'une vision multi-sectorielle évitant tout cloisonnement entre le démographe, l'épidémiologiste, le médecin ou la sociologie médicale et ce en encourageant la réflexion interdisciplinaire et intersectorielle sur la causalité du phénomène dans le cadre de la Commission Supérieure de la Population.

Différents courants explicatifs ont été développés pour l'explication de l'amélioration de la santé et du déclin de la mortalité. Ces courants montrent l'évolution de la connaissance dans ces deux domaines et les expériences vécues. On distingue quatre grands courants : le courant médico-technologique, le courant économique, le courant nutritionnel, et enfin le courant socioculturel<sup>12</sup>.

Sachant que le but est de relever les secteurs qui peuvent avoir un impact sur la santé et la mortalité de la population marocaine pour dégager les indicateurs qui permettront le suivi et l'évaluation de la politique multi-sectorielle de la population au Maroc.

Pour être plus complète, l'étude des secteurs influençant la santé et la mortalité de la population, visant la définition des indicateurs de la politique de population, nécessite l'identification des facteurs pouvant induire des risques à l'encontre de la santé de la population et l'appréciation de leur impact sur la santé et la mortalité de la population. Cet objectif nécessite l'existence de bases de données permettant l'analyse, le suivi et l'évaluation des actions, chose qui n'est pas toujours possible.

---

<sup>11</sup> Tabutin Dominique, (1992), op. cit.

<sup>12</sup> Pour plus d'informations, voir Tabutin (1997) ), « Un tour d'horizon des théories de mortalité », in Chaire Quetelet 1997, Louvain-la-Neuve, 26-28 novembre 1997, Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographies, Belgique, 15 p.

## ***II. Les indicateurs de la santé reproductive et leur évolution***

### ***II.1. Définition des concepts***

Au début des années soixante dix, l'action sur la population était dirigée vers la planification familiale et les recherches ont concerné les mesures des besoins contraceptifs et la satisfaction de la demande dans ce domaine. Par la suite, et grâce aux études qui ont démontré la relation entre intervalles génésiques et santé de l'enfant et le niveau élevé de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement, la notion de la santé reproductive a émergé. Plus précisément, l'initiative de la maternité sans risque a été considérée comme une stratégie pour réduire la mortalité maternelle et améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Cependant, avec la propagation des maladies sexuellement transmissibles (MST), une autre dimension de la santé reproductive est apparue.

La "Santé reproductive", adoptée lors de la dernière CIPD du Caire en 1994, représente l'intervention dans le domaine de la reproduction au sens large. Elle touche des champs aussi variés que le statut de la femme, la sexualité des jeunes, la planification familiale, l'avortement, etc..

Ainsi, "par santé reproductive, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent et aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé reproductive l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation, en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles"<sup>13</sup>.

De cette définition, ressortent quatre grands principes, à savoir :

- le premier principe met l'accent sur la santé en tant qu'état positif, plutôt que sur l'absence de maladie;
- le deuxième principe est la notion de liberté dans les choix reproductifs;

---

<sup>13</sup>Nations Unies (1995), "Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement", le Caire, 5-13 septembre 1994.

- le troisième principe est celui de la santé sexuelle. Ce principe met l'accent non seulement sur la lutte contre les MST, mais également sur la prévention contre ces maladies et contre la violence liée à la sexualité.
- enfin, le dernier principe concerne le contexte socio-économique de la reproduction.

Toutefois, une comparaison des composantes de la santé reproductive selon trois organisations internationales, à savoir le FNUAP<sup>14</sup>, l'IPPF<sup>15</sup> et l'OMS, Ali KOUAOUICI a révélé des différences de priorités d'un organisme à l'autre (Tableau 1)<sup>16</sup>.

Ainsi, le FNUAP précise que les trois premières composantes devraient constituer la base de la santé reproductive, la planification familiale est considérée comme centrale mais insuffisante. En ce qui concerne la stérilité et la santé reproductive de la femme, cet organisme avance que c'est la prévention qui est ciblée et non le traitement.

L'IPPF identifie les grossesses non-désirées, c'est à dire la planification familiale y compris l'Information, l'Education et la Communication (IEC) comme constituant le noyau de base.

Pour l'OMS, la planification familiale, la prévention des décès maternels et infantiles, la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles sont prioritaires.

En considérant les composantes de la santé reproductive, on constate l'ampleur des défis que les planificateurs de la santé sont appelés à relever. Sur le plan opérationnel, la tâche s'annonce difficile.

**Tableau n°1 : Les composantes de la santé reproductive, par ordre de priorité pour le FNUAP et l'OMS**

FNUAP	IPPF	OMS
1. Planification familiale: information et services;	1. Relations dans le couple;	1. Besoins non-satisfaits des couples en matière de planification familiale;
2. Soins maternels;	2. Grossesses non-désirées;	2. Stérilité des couples;
3. Avortement ;	3. Mortalité maternelle;	3. Avortement à risque;
4. Infections génitales;	4. Maladies Sexuellement Transmissibles (MST-SIDA);	4. Mortalité maternelle;
5. Stérilité;	5. Avortement à risque	5. Morbidité maternelle;
6. Santé reproductive de la femme;	6. Stérilité	6. Nouveau-Nés avec poids insuffisant;
7. Mutilations Génitales Féminines.	7. Violence contre les femmes	7. Mortalité infantile;
	8. Jeunes / Pauvres / Marginaux	8-9 HIV/SIDA;
	9. Autre	10 Maladies Sexuellement Transmissibles (MST);
		11. Mutilations Génitales Féminines.

Source : Ali Kouaouci (1997), "Santé sexuelle et reproductive : nouveau paradigme ou dernier avatar des slogans des Conférences Internationales sur la Population ? Université de Montréal, mai, 1997.

<sup>14</sup> Fonds des Nations Unies pour la Population.

<sup>15</sup> International Perspective for Planification Family

<sup>16</sup> Ali Kouaouci (1997), "Santé sexuelle et reproductive : nouveau paradigme ou dernier avatar des slogans des Conférences Internationales sur la Population ? Université de Montréal, mai, 1997.

Lesquelles de ces composantes retient-on pour caractériser la santé reproductive au Maroc?

Au cours de ce travail, nous allons essayer de caractériser l'ensemble des composantes de la santé reproductive par des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, tout en mettant l'accent sur leur évolution ainsi que les facteurs sous-jacents cette évolution.

Les données des enquêtes DHS et de l'enquête PAPCHILD de 1997 seront utilisées comme base aux calculs des indicateurs ainsi que comme facteurs explicatifs de ces derniers.

La démarche méthodologique quant à elle, consiste à analyser des tableaux statistiques, issus des croisements des indicateurs, de les commenter en s'appuyant sur les résultats de la régression logistique, qui permettent de dégager l'effet net de chaque variable explicative.

### ***II.3. Les indicateurs des composantes de la santé reproductive***

#### ***II.3.1. La planification familiale***

La contraception peut se définir comme l'ensemble des méthodes modernes et traditionnelles ayant pour but d'empêcher la grossesse chez les femmes en âge de procréation (15-49 ans).

La planification quant à elle, a pour objectif de fixer chez une femme le nombre de naissances vivantes ou les espacer en fonction de son choix ou désir<sup>17</sup>. Elle s'appuie sur la diffusion de l'information et la distribution des contraceptifs pour une population donnée.

Ainsi, seront développés et analysés les principaux indicateurs quantitatifs et qualitatifs caractérisant ce concept. Ses indicateurs se définissent à travers la connaissance que les populations ont de la contraception moderne, de la proportion d'utilisatrices, c'est à dire le taux de prévalence contraceptive, à travers l'écart qui existe entre le nombre de femmes qui sont informées et le nombre de celles qui utilisent la contraception, et enfin à travers le besoin non-satisfait en matière de planification familiale.

#### **1. Proportion de la connaissance contraceptive**

➤ **Définition :** *Proportion de femmes (ou de femmes actuellement mariées) connaissant une méthode contraceptive au moment de l'enquête.*

➤ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre de femmes (ou femmes actuellement mariées) connaissant une méthode contraceptive}}{\text{Nombre de femmes (ou femmes actuellement mariées)}} \times 100$$

➤ **Evolution de l'indicateur :**

En 1995, sur un échantillon de 4753 femmes âgées de 15-49 ans, 98,6% ont déclaré connaître au moins une méthode contraceptive. Parmi ces dernières, 77,6% connaissent des méthodes traditionnelles et 98,6% connaissent des méthodes modernes (Tableau 2).

---

<sup>17</sup> Ross et al. (1986), "

Les femmes en union sont au nombre de 2484, dont 99,8% connaissent au moins une méthode contraceptive (99,8% pour les méthodes modernes et 85% pour les méthodes traditionnelles).

Lorsqu'il s'agit de la connaissance de la contraception selon les différentes méthodes, l'amélioration est très nette, en particulier pour celles de longue durée. En effet, entre 1992 et 1995, le gain est de 7 points pour le DIU et les injectables, pour l'ensemble des femmes ainsi que pour les femmes mariées. Le condom, connaît une progression de 11 points et de 9 points respectivement pour l'ensemble des femmes et les femmes mariées. La stérilisation, quant à elle, gagne 9 points pour l'ensemble des femmes et 7 points pour les mariées.

Par ailleurs, au cours de la période 1992-1995, les méthodes traditionnelles ont connu un gain de 13 points pour l'ensemble des femmes et 12 points pour les femmes en union.

Pour les femmes mariées, l'analyse de la connaissance de la contraception moderne selon les groupes d'âges et le milieu de résidence montre qu'elle dépasse les 99% (cf tableau n°2).

**Tableau n°2 : Pourcentages de femmes et de femmes mariées connaissant une méthode contraceptive spécifique, par méthode spécifique**

Méthode contraceptive	1992		1995	
	Connaît méthode Toutes femmes	Connaît méthode Femmes en union	Connaît méthode Toutes femmes	Connaît méthode Femmes en union
<b>Toutes méthodes</b>	97,3	99,0	98,6	99,8
<b>Méthodes modernes</b>	97,3	98,9	98,6	99,8
Pilule	97,0	98,8	98,2	99,7
DIU	83,9	87,3	91,8	94,6
Injection	54,8	62,3	62,2	69,6
Méthodes vaginales	28,1	31,4	29,8	33,1
Condom	64,5	71,8	75,9	81,1
Stérilisation féminine	79,8	84,8	89,1	91,8
Stérilisation masculine	7,6	6,8	10,3	8,5
Norplan	-	-	41,7	47,9
<b>Méthodes traditionnelles</b>	63,9	73,1	77,6	85,0
Abstinence périodique	55,3	61,1	70,1	76,6
Retrait	41,1	53,5	51,0	60,2
Autre	9,1	12,4	12,4	17,5
<b>Effectif</b>	9256	5118	4753	2481

Source : - ENPS-II, 1992; - Panel, 1995.

L'instruction ne semble pas, à priori, beaucoup influencer la connaissance contraceptive qui s'établit, de manière générale, à 99,7% pour les analphabètes et 100% chez les femmes de niveau primaire et secondaire, et ce pour toutes les méthodes et les méthodes modernes.

Selon la région économique, la connaissance de la contraception moderne dépasse aussi 99%. Il est à remarquer, que la région du Sud qui avait le niveau le plus bas en 1992 (94%) a atteint 100% en 1995 (Tableau 3).

**Tableau n°3 : Pourcentage de femmes actuellement en union connaissant, au moins, une méthode moderne, par caractéristiques socio-démographiques**

	1992		1995	
	Connait une méthode	Connait une Méthode moderne	Connait une méthode	Connait une méthode moderne
<b>Groupes d'âges</b>				
15-19	98,9	98,8	99,0	99,0
20-24	99,0	99,0	99,7	99,7
25-29	98,9	98,8	99,8	99,8
30-34	99,3	99,3	100,0	100,0
35-39	99,1	99,1	99,6	99,6
40-44	98,9	98,9	100,0	100,0
45-49	98,4	98,2	99,6	99,6
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	99,8	99,8	99,8	99,8
Rural	98,3	98,2	99,7	99,7
<b>Région</b>				
Nord-Ouest	99,7	99,5	99,8	99,8
Centre-Nord	99,7	99,7	99,4	99,4
Centre	99,5	99,5	99,9	99,9
Oriental	100,0	100,0	99,4	99,4
Centre-Sud	99,0	99,0	100,0	100,0
Tensift	99,8	99,8	99,6	99,6
Sud	94,4	94,4	100,0	100,0
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun	98,7	98,6	99,7	99,7
Primaire	100,0	100,0	100,0	100,0
Secondaire ou plus	100,0	100,0	100,0	100,0
Ensemble des femmes	99,0	98,9	99,8	99,8

Source : - ENPS-II, 1992;  
- Panel, 1995.

## 2. Taux de prévalence contraceptive

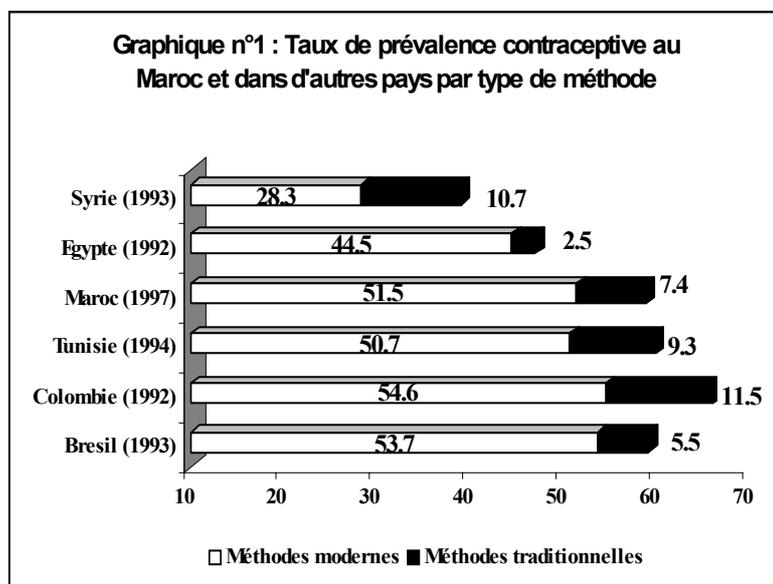
➤ **Définition :** *Proportion de femmes ou de femmes actuellement mariées utilisant une méthode contraceptive au moment de l'enquête.*

➤ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre de femmes (ou femmes actuellement mariées) pratiquant une méthode contraceptive}}{\text{Nombre de femmes (ou femmes actuellement mariées)}} \times 100$$

### ➤ Evolution de l'indicateur :

Le taux de prévalence contraceptive pour les femmes mariées est de 58,8% en 1997. Avec un tel chiffre le Maroc enregistre l'un des meilleurs taux comparativement aux pays de Moyen-Orient, mais plus bas par rapport aux pays d'Amérique Latine (Graphique 1).



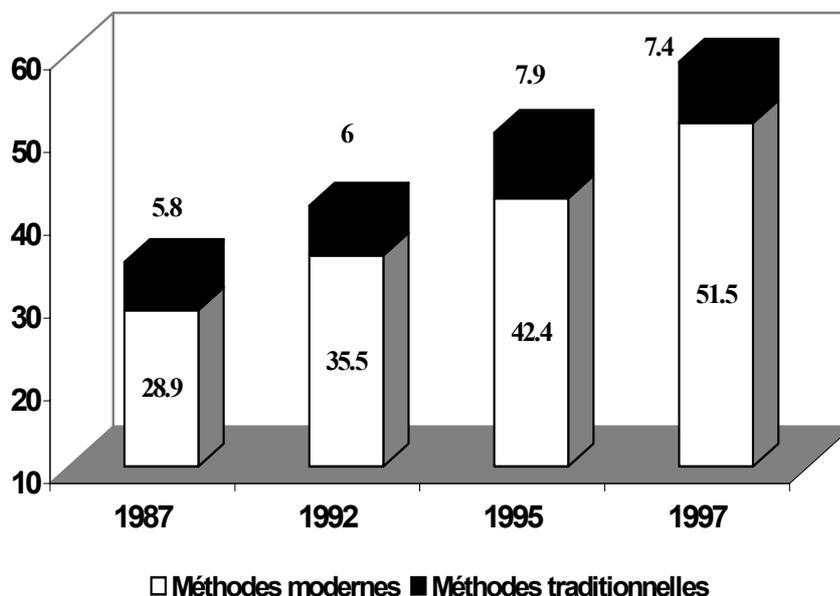
Ce taux a nettement évolué depuis 1987. En effet, il est passé de 35,9% en 87 (ENPS-I) à 41,5% en 1992 (ENPS-II) et à 50,3% en 1995 pour atteindre 58,8% en 1997, toutes méthodes contraceptives confondues, soit un gain de 23 points, en l'espace de 10 ans (Graphique 2).

Pour ce qui est des méthodes modernes, ciblées par le programme national de planification familiale, cette proportion a connu une progression de 16 points, en passant de 35,5% en 1987, à 42,4% en 1995 puis à 51,5% en 1997.

L'analyse de la pratique contraceptive selon la variable niveau d'instruction, montre qu'il y a une corrélation entre ces deux variables. En effet, les femmes de niveau secondaire ou plus ont une prévalence de 65,7% pour l'ensemble des méthodes, avec une prévalence pour les méthodes modernes (47,5%), contrairement aux femmes analphabètes (aucun niveau) qui ont la prévalence la plus faible (44,5%). Toutefois entre 1992 et 1995, l'augmentation de ce taux a été plus importante chez les femmes analphabètes que chez celles du niveau secondaire ou plus (9 points contre un point) (Tableau 4).

Toutefois entre 1992 et 1995, l'augmentation de ce taux a été plus importante chez les femmes analphabètes que chez celles du niveau secondaire ou plus (9 points contre un point) (Tableau 4).

**Graphique n°2 : Taux de prévalence contraceptive pour les femmes mariées par type de méthode**



Aussi, la prévalence contraceptive est corrélée au nombre d'enfants vivants. Ainsi, le taux de prévalence contraceptive dépasse 50% pour les femmes qui ont au moins 2 enfants, et 12,7% pour celles n'ayant pas d'enfant. Par méthode spécifique, la stérilisation féminine chez les femmes ayant 4 enfants ou plus a vu sa proportion augmenter de presque trois points entre 1992 et 1995 (5,6% contre 8,3%).

Il faut signaler que les femmes mariées pratiquent la contraception à tous les âges. A 15-19 ans déjà, la prévalence est de 32,4%. La prévalence la plus élevée est celle du groupe d'âges 35-39 ans, aussi bien pour toutes les méthodes que pour les méthodes modernes.

En considérant les régions économiques, et à l'exception du Centre-Nord et du Sud, une femme sur deux utilise une méthode de contraception. Le gain par rapport à 1992 est plus important pour la région du Centre-Sud (17 points), suivi par le Sud avec 11 points. La région de l'oriental a vu sa prévalence contraceptive stagner.

Par milieu de résidence, les résultats de l'enquête PAPCHILD de 1997 montrent que l'écart entre l'urbain et le rural persiste : 66% pour le milieu urbain et 51 % pour le milieu rural. Au cours de la période 1992-1997, les deux milieux de résidence ont gagné 11 points et 19 points respectivement pour le milieu urbain et le milieu rural.

**Tableau n°4 : Utilisation actuelle de la contraception par les femmes mariées selon les caractéristiques socio-démographiques**

	1992			1995		
	N°importe quelle méthode	N°importe quelle Méthode moderne	N°importe quelle méthode traditionnelle	N°importe quelle méthode	N°importe quelle méthode moderne	N°importe quelle méthode Traditionnelle
<b>Groupe d'âges</b>						
15-19	23,3	22,1	1,2	32,4	30,4	2,0
20-24	35,2	32,1	3,1	39,8	36,1	3,7
25-29	39,5	35,3	4,2	47,7	43,4	4,2
30-34	45,4	38,8	6,6	54,0	47,5	6,5
35-39	47,8	39,4	8,3	57,3	47,8	9,5
40-44	47,0	39,2	7,8	54,4	43,3	11,1
45-49	35,1	28,4	6,7	48,7	33,3	15,4
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	54,5	45,8	8,7	64,2	51,0	13,2
Rural	31,6	27,7	3,9	39,2	35,6	3,6
<b>Région</b>						
Nord-Ouest	43,6	31,7	12,0	49,9	38,1	11,8
Centre-Nord	33,6	27,2	6,4	40,9	32,4	8,5
Centre	47,0	42,6	4,4	57,0	50,2	6,8
Oriental	48,4	44,1	4,4	49,4	44,0	5,4
Centre-Sud	46,0	42,4	3,6	63,1	52,7	10,3
Tensift	43,1	40,1	2,9	53,2	48,3	4,9
Sud	25,8	21,5	4,3	37,2	31,4	5,9
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	35,7	31,4	4,3	44,5	39,7	4,8
Primaire	57,0	47,5	9,5	62,8	50,7	12,0
Sec. ou plus	64,9	51,3	13,7	65,7	47,5	18,2
<b>Nombre d'enfants vivants</b>						
Aucun	5,6	3,6	2,0	12,7	8,7	4,0
1	39,1	34,5	4,6	43,3	38,0	5,4
2	46,9	42,2	4,7	56,6	48,1	8,5
3	49,9	42,6	7,2	58,8	50,0	8,8
4 ou plus	47,0	39,7	7,3	56,9	47,8	9,1
Total	41,5	35,5	6,0	50,3	42,4	7,9

Source : - ENPS-II de 1992; et - EPPS de 1995.

### 3. Ecart entre connaissance et pratique contraceptive

➤ **Définition :** *L'indice d'écart entre la connaissance et la pratique contraceptive est mesuré à partir de la différence à l'unité du rapport entre l'effectif des femmes utilisant la contraception et celui des femmes la connaissant.*

➤ **Méthode de calcul :**

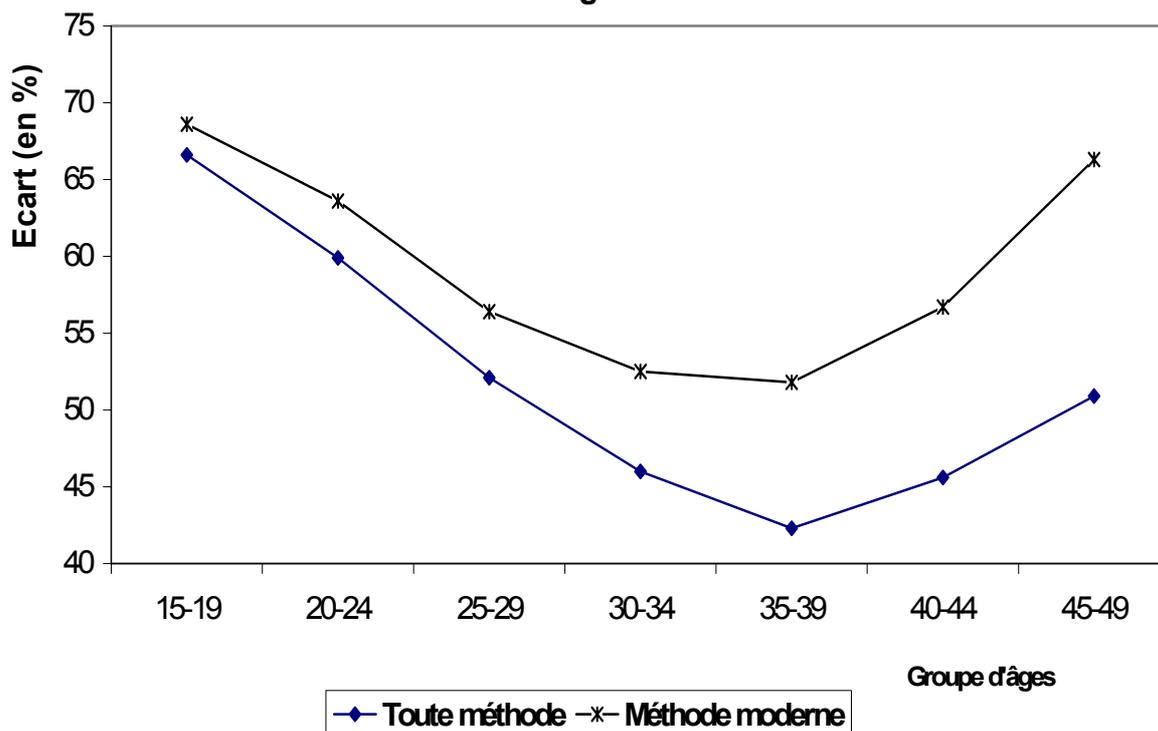
$$\frac{\text{Nombre de femmes connaissant une méthode contraceptive} - \text{nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive}}{\text{Nombre de femmes (15 - 49 ans)}} \times 100$$

➤ **Evolution de l'indicateur**

En 1995, en considérant les femmes en union, l'écart entre connaissance et pratique contraceptive est de 50%, toutes méthodes confondues. En ce qui concerne les méthodes modernes, ce pourcentage est de 57%. Au cours de la période 1992-1995, cet écart a été réduit de 16% pour toutes les méthodes et de 10% pour les méthodes modernes (en 1992, ce pourcentage était de 58% pour toutes méthodes contre 63% pour celles modernes).

Le graphique n°3, ci-après, qui dessine l'ampleur de l'écart qui existe entre connaissance et pratique selon les différents groupes d'âges, montre qu'au fur et à mesure que l'âge augmente l'écart devient de plus en plus grand.

**Graphique n°3 : Ecart entre connaissance et pratique contraceptive selon l'âge en 1995**



A l'exception de la variable niveau d'instruction où les écarts sont restés inchangés, le même schéma se dessine quel que soit le groupe de référence.

Selon le milieu de résidence, il apparaît de manière nette que les méthodes modernes restent les plus utilisées par les femmes qui les connaissent, et cela dans une fourchette de 39 à 64%, alors que toutes les méthodes se trouvent utilisées dans un intervalle de 39% à 99,8%.

Il faut également noter que c'est dans la région du Centre-Sud que, l'on utilise le plus, les méthodes modernes, avec un écart de 47% contre 57% pour toutes les méthodes (Tableau 5).

Le niveau d'instruction a une influence sur l'utilisation. En effet, selon qu'elles sont instruites ou pas, les femmes utilisent soit une méthode moderne ou n'importe quelle méthode. Toutefois, l'écart est plus net entre les femmes analphabètes et celles instruites (Tableau 5).

**Tableau n°5 : Ecart (en %) entre connaissance et pratique  
contraceptive pour les femmes mariées, par type  
de méthode (en 1992 et 1995)**

	1992		1995	
	<i>Toute méthode</i>	<i>Méthode moderne</i>	<i>Toute méthode</i>	<i>Méthode moderne</i>
<b><i>Groupe d'âges</i></b>				
<b>15-19</b>	76	67	77	69
<b>20-24</b>	64	60	67	64
<b>25-29</b>	59	52	64	56
<b>30-34</b>	54	46	61	53
<b>35-39</b>	51	42	60	52
<b>40-44</b>	52	46	60	57
<b>45-49</b>	63	51	70	66
<b><i>Milieu de résidence</i></b>				
<b>Urbain</b>	45	36	54	49
<b>Rural</b>	67	61	71	64
<b><i>Région</i></b>				
<b>Nord-Ouest</b>	56	50	68	62
<b>Centre-Nord</b>	66	59	73	67
<b>Centre</b>	53	43	57	50
<b>Oriental</b>	52	50	56	55
<b>Centre-Sud</b>	53	37	57	47
<b>Tensift</b>	57	46	60	51
<b>Sud</b>	69	63	73	69
<b><i>Niveau d'instruction</i></b>				
<b>Aucun</b>	63	64	67	68
<b>Primaire</b>	43	43	53	53
<b>Secondaire ou plus</b>	35	35	49	49
<b>Total</b>	58	50	63	57

Source : ENPS-II de 1992, EPPS de 1995 et calculs personnels

Ces constatations nous amène à s'interroger sur les raisons qui poussent les femmes marocaines, en particulier les utilisatrices potentielles, c'est à dire celles qui connaissent les méthodes contraceptives, à ne pas les utiliser. Dans ce qui suit, nous tenterons d'apporter quelques éléments de réponses.

### ***3.1. Raisons de non-utilisation de la contraception***

Le tableau ci-après, qui donne les raisons relatives à la non-utilisation, montre que, dans l'ensemble, la raison la plus évoquée par les femmes est le désir d'avoir des enfants, suivie par le problème de santé, puis par la raison "Ménopause/stérilisée". Rapports sexuels peu fréquents et la difficulté de tomber enceinte chez certaines femmes sont des raisons, parmi d'autres, également évoquées.

Tableau n°6 : Raisons (en %) de non-utilisation de la contraception, en 1995

Raisons	%
Veut des enfants	46,7
Problème de santé	10,9
Ménopause/ stérilisée	10,4
Difficile de tomber enceinte	7,8
Rapport sexuel peu fréquent	5,5
Mari désapprouve	3,2
Religion	3,1
Pas mariée	2,9
Manque d'informations	1,9
Opposé au FP	1,9
Effets secondaires	1,8
Fataliste	1,3
Autres personnes désapprouvent	1,3
Difficile à obtenir	0,8
Pas commode	0,2
Autre	0,2
N.D.	0,2
Effectif	617

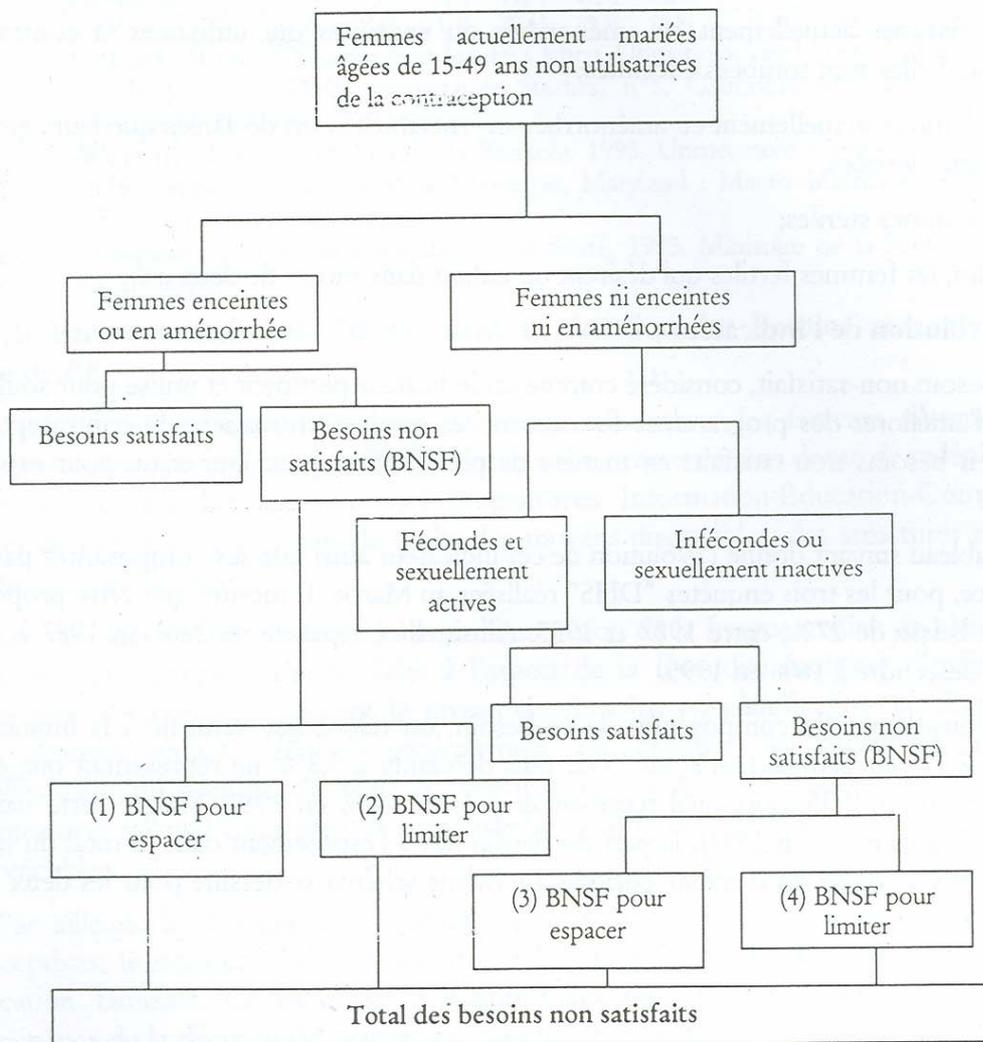
Source: EPPS de 1995

#### 4. Proportion de besoins non-satisfaits en matière de planification familiale

➤ **Définition :** *C'est la proportion de femmes mariées, fécondes, n'utilisant aucune méthode de contraception au moment de l'interview et souhaitant soit différer la prochaine grossesse d'au moins deux ans, soit ne plus en avoir<sup>18</sup>. Mieux encore, on distingue deux types de besoins: les besoins non-satisfaits pour **espacer**, qui concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Les besoins non-satisfaits pour **limiter**, concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. Les femmes en ménopause ou en période d'infécondabilité sont exclues.*

➤ **Méthode de calcul :** Le schéma suivant, donne la procédure à suivre pour déterminer les composantes de ce besoin.

<sup>18</sup> Pour plus de détails sur l'évolution de ce concept, voir Westoff, Charles F., Luis Hernando Ochoa (1991), "Unmet need and the demande for family planning. DHS Comparative Studies, N°5, Columbia, Maryland :Institute for Ressource Development".



- (1) Femmes enceintes ou en aménorrhées ayant déclaré qu'elles voulaient cette grossesse, <sup>2</sup>mais plus tard;
- (2) Femmes enceintes ou en aménorrhées ayant déclaré que cette grossesse n'était pas désirée et qu'elles ne désiraient plus d'enfant du tout;
- (3) Femmes ni enceintes, ni en aménorrhées et fertiles (sexuellement actives) ayant déclaré qu'elles voulaient repousser la prochaine naissance d'au moins deux ans;
- (4) Femmes ni enceintes, ni en aménorrhées et fertiles (sexuellement actives) ayant déclaré qu'elles ne voulaient plus d'enfants;
- (5) (1)+(3) = BNSF pour espacer;
- (6) (2)+(4) = BNSF pour limiter.

Les critères de mesure mentionnés dans le schéma ci-dessus sont semblables à ceux définis par Westoff et al (1991). Il importe de signaler que lorsqu'on veut mesurer les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, on doit exclure les catégories de femmes suivantes:

- les femmes non mariées;
- les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive;
- les femmes actuellement en aménorrhée ou enceintes qui utilisaient la contraception quand elles sont tombées enceintes;
- les femmes actuellement en aménorrhée ou enceintes ayant déclarées que leurs grossesses étaient désirées;
- les femmes stériles;
- enfin, les femmes fertiles qui désirent un enfant dans moins de deux ans.

➤ **Evolution de l'indicateur :**

Le besoin non-satisfait, considéré comme un indicateur pertinent et utilisé pour souligner la nécessité d'améliorer des programmes fournissant les services en matière de contraception, est composé en besoins non-satisfaits en matière de planification pour limiter ou pour espacer les naissances.

Le tableau suivant donne l'évolution de cet indicateur ainsi que ses composantes par milieu de résidence, pour les trois enquêtes "DHS" réalisées au Maroc. Il montre que cette proportion a connu une baisse de 27%, entre 1987 et 1995. Ainsi, elle est passée de 22% en 1987 à 20% en 1992 pour descendre à 16% en 1995.

En considérant les composantes de ce besoin, on relève que celui lié à la limitation, en passant de 7,9% en 1987 à 11,4% en 1992, puis descendu à 9,8%, ne représentait que 60% du total du besoin en 1995 alors qu'il représentait près de 70% en 1987. Malgré cette baisse (de 12,54% en 1987 à 6,1% en 1995), la part du besoin liée à l'espacement dans le total du besoin a gagné 8 points au cours de la même période. Le même schéma se dessine pour les deux milieux de résidence.

**Tableau n°7 : Composantes des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale au Maroc, par milieu de résidence (en 1987, 1992 et 1995)**

Milieu de résidence Composante	Milieu urbain			Milieu rural			Total		
	1987	1992	1995	1987	1992	1995	1987	1992	1995
Espacement	9,1	4,7	3,6	14,9	10,3	8,4	12,5	7,9	6,3
Limitation	6,7	7,6	7,9	11,7	14,4	11,4	9,6	11,4	9,8
<b>Total</b>	15,7	12,4	11,4	26,6	25,3	19,8	22,1	19,7	16,1

**Sources** :-Westoff, Charles F. et Luis H. Ochoa, Unmet need and Demand for Family planning. DHS comparative Studies, n°5, Columbia, Maryland : Institute for Resource Development;

-Westoff, Charles F. et Akinrinola Bankole. 1995. Unmet need : 1990-1994. DHS comparative Studies n°16. Claverton, Maryland : Macro International INC;

- Enquête Panel sur la Population et la Santé, 1995. Ministère de la Santé, Rabat, Maroc.

#### **4.1- Facteurs explicatifs "d'être dans la situation des besoins non-satisfaits" en matière de PF**

Dans ce paragraphe, nous allons essayer de dénombrer les facteurs déterminants qui caractérisent le besoin non-satisfait. Cette identification permettra sans doute de redéployer ou de réajuster les actions dans le cadre des programmes Information-Education-Communication (IEC), et de mettre en place, dans la limite des moyens disponibles, des structures pouvant les accueillir convenablement.

Les variables socio-culturelles (niveau d'instruction de la femme, milieu de résidence de la femme, etc.) et certaines variables liées à l'aspect de la fécondité (nombre d'enfants en vie, nombre idéal d'enfants) influencent le niveau des besoins en planification familiale. Le désir d'avoir d'autres enfants dépend généralement du nombre de naissances vivantes et particulièrement du nombre d'enfants actuellement en vie. Cette considération nous pousse à nous interroger quant à l'existence de comportements différentiels en matière de BNSF vis à vis de ces variables.

Par ailleurs, le dialogue et le consensus entre conjoints (discussions sur les méthodes contraceptives, le nombre d'enfants désirés par le couple) influencent le BNSF en matière de planification familiale. Certes, dans la majorité des pays en développement on note une prédominance de la décision du mari en ce qui concerne la taille de la famille. Le dialogue entre conjoints et l'opinion du couple sur le nombre idéal d'enfants peut, sans doute, avoir un impact sur ce besoin. En tenant compte de ces considérations, nous allons analyser les facteurs explicatifs des besoins non-satisfaits en matière de planification chez les femmes ayant un BNSF. Comme méthode d'analyse, on se propose d'utiliser la régression logistique afin d'estimer la probabilité pour qu'une femme soit dans une situation de besoins non-satisfaits et afin d'étudier l'influence des variables susceptibles d'avoir une influence sur cette probabilité (milieu de résidence de la femme, le nombre d'enfants encore en vie mis au monde par la femme, la connaissance de la contraception et autres variables). Les résultats de cette régression, consignés dans le tableau n°8 ci-après, font ressortir les enseignements suivants :

### • *Milieu de résidence*

Le milieu rural influence de manière significative les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale. En effet, les femmes rurales sont plus nombreuses à se retrouver dans une situation de besoins non-satisfaits que les citadines. En d'autres termes, les femmes rurales chercheraient plus que les femmes citadines un moyen de contraception pour espacer ou limiter leur naissance.

### • *Nombre d'enfants survivants*

Lorsqu'on considère le nombre d'enfants survivants, on constate que plus ce nombre est élevé plus la mère a de chances de ne pas tomber dans une situation de besoin non-satisfait.

### • *Discussion avec le mari sur le nombre d'enfants*

Les femmes qui discutent avec leur mari sur le nombre d'enfants que le couple voudrait avoir ont une probabilité plus importante d'être dans une situation de besoins non-satisfaits en matière de planification familiale que celles qui n'ont pas eue de discussion avec leurs maris.

### • *Région économique*

Les résultats de la régression montrent que ce sont les femmes du Centre qui évoquent davantage le besoin non-satisfait en matière de planification familiale. Les femmes du Sud, avec la plus basse probabilité, sont moins nombreuses à se retrouver dans cette situation que les femmes de l'Oriental.

### • *Autres variables*

Les autres variables retenues, notamment le niveau d'instruction, le nombre idéal d'enfants et la discussion sur la connaissance des méthodes contraceptives se sont avérées non explicatives pour le besoin non-satisfait en matière de planification familiale.

En somme, malgré la connaissance des méthodes contraceptives (toutes ou modernes), leur utilisation demeure faible. En d'autres termes, l'écart qui sépare la pratique de la connaissance est élevé. Ainsi, on constate que le niveau d'instruction influence la connaissance, l'utilisation des différentes méthodes et l'écart qui les sépare. De même pour le lieu de résidence des femmes. Toute politique de population, qui a pour objectif le contrôle de la fécondité par l'intermédiaire de la planification, en particulier en utilisant des méthodes modernes, sera influencée sans doute par cet écart. Pour remédier à ce problème, une meilleure prise de conscience des responsables du programme de planification est donc nécessaire pour trouver les voies et les moyens adéquats pour amener les femmes à adhérer massivement aux pratiques contraceptives.

**Tableau n°8 : Estimation de l'effet net des variables indépendantes sur le besoin non-satisfait chez les femmes mariées**

Variable	B	S.E.	Wald	df	Signific.	R	Exp(B)	P	Risque r.
Milieu rural®								0,227	1
Milieu urbain	-0,51	0,088	34,461	1	0,000*	-0,083	0,598	0,149	0,658
Oriental®								0,227	1
Nord-Ouest	-0,176	0,179	0,974	1	0,324	0,000	0,838	0,197	0,870
Centre-Nord	-0,120	0,130	0,849	1	0,357	0,000	0,887	0,206	0,911
Centre	0,247	0,131	3,525	1	0,061	0,018	1,280	0,273	1,203
Centre-Sud	-0,291	0,122	5,717	1	0,017**	-0,028	0,747	0,180	0,793
Tensift	-0,152	0,162	0,880	1	0,348	0,000	0,859	0,201	0,887
Sud	-0,373	0,149	6,309	1	0,012*	-0,030	0,689	0,168	0,741
Aucun®								0,227	1
Primaire	0,595	0,434	1,875	1	0,171	0,000	1,813	0,347	1,531
Secondaire	0,087	0,447	0,038	1	0,846	0,000	1,091	0,242	1,069
Supérieur	0,215	0,455	0,223	1	0,637	0,000	1,240	0,266	1,176
<b>Nombre d'enfants nés vivants</b>									
Moins de 6 enfants®								0,227	1
6 enfants ou plus	-0,536	0,078	46,755	1	0,000*	-0,097	0,585	0,146	0,646
<b>Nombre idéal d'enfants</b>									
Moins de 4 enfants®								0,227	1
4 enfants ou plus	-0,127	0,083	2,323	1	0,128	-0,008	0,881	0,205	0,905
<b>Discute avec le mari le nombre d'enfants</b>									
Ne discute pas®								0,227	1
Discute	0,198	0,079	6,312	1	0,012*	0,030	1,219	0,263	1,161
<b>Connaissance des méthodes contraceptives</b>									
Ne connaît pas®								0,227	1
Connaît méthodes traditionnelles	-0,177	0,325	0,297	1	0,586	0,000	0,838	0,197	0,870
Connaît méthodes modernes	0,822	1,431	0,330	1	0,566	0,000	2,274	0,400	1,765
Constant	-1,303	0,454	8,226	1	0,004				

® : Modalité de référence; \* < 0.01 fortement significatif; \*\* > 0.01 et < 0.05.

Source : Données de base, ENPS-II de 1992.

Par ailleurs, les femmes à besoin non-satisfait représentent 16,1% en 1995. Les résultats de la régression logistique soulignent la nécessité d'entreprendre des actions spécifiques dans le cadre des programmes nationaux de la planification familiale. Ces actions doivent toucher les femmes et les hommes. De plus, les programmes de l'IEC (Information-Education-Communication) devraient encourager la discussion entre conjoints sur la planification familiale, le nombre idéal d'enfants.

### **II.3.2. La santé maternelle**

La situation de la mortalité maternelle au Maroc est comparable à celle des pays en développement. Le niveau élevé de cette mortalité traduit un retard du système de santé dans la lutte contre ce fléau. L'utilisation des services de soins prénatals et d'assistance lors des accouchements sont parmi les éléments essentiels qui déterminent le niveau de la mortalité maternelle.

#### **1. La mortalité maternelle**

Selon l'OMS, la mort maternelle se définit comme «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 motivé, mais ni accidentelle ni fortuite»<sup>19</sup>. Depuis longtemps, la mesure de la mortalité maternelle a été cernée par le ratio de mortalité maternelle (le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). Il exprime la probabilité du décès chez les femmes enceintes, c'est-à-dire le risque lié à la grossesse. Son usage répandu tient à la facilité relative d'obtention des informations. Ce même indicateur peut être estimé par deux méthodes, méthode directe ou méthode indirecte (méthode des sœurs). Un autre indicateur, de plus en plus utilisé dans la mesure de la mortalité maternelle, est intitulé « taux de mortalité maternelle » (le nombre de décès maternels pour 100 000 femmes en âge de procréer et par an). Il traduit à la fois les risques médicaux de la grossesse et le niveau de fécondité d'une population donnée.

Cependant, en considérant que seule la grossesse expose la femme à un risque de décès maternel, le risque exact de décès maternel s'obtient en rapportant les décès maternels au nombre de grossesses. L'obtention de l'effectif de ces dernières pose des problèmes, liés d'une part aux avortements (surtout clandestins) et aux fausses couches les plus précoces. Malgré ces handicaps, le rapport de mortalité maternelle est souvent utilisé pour appréhender la mortalité maternelle.

### **1.1. Le rapport de mortalité maternelle (méthode directe)**

➤ **Définition :** *C'est le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.*

➤ **Méthode de calcul :**  $RMM(x) = \frac{DM(x)}{GR(x)}$ ; où DM(x) et GR(x) désignent

respectivement les décès maternels et les grossesses au cours d'une période de temps x (ou l'âge x).

### **1.2. Le rapport de mortalité maternelle (méthode des sœurs)**

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées, dont la méthode des sœurs. Les principes de cette méthode ainsi que les données nécessaires à son application se trouvent en annexe.

➤ **Evolution des indicateurs :** La mortalité maternelle au Maroc, malgré sa baisse, reste élevée : de 359 décès maternels pour 100000 naissances vivantes pour les femmes non célibataires en âge de reproduction pour la période 1978-84, à 332 décès maternels pour 100000 naissances vivantes pour la période 1980-92<sup>20</sup>, puis à 228 en 1992-97<sup>21</sup>. Une surmortalité maternelle a été enregistrée en milieu rural (Tableau 9). Dans la campagne, au cours de la même période, ce taux est passé de 423 à 307 pour 100000 naissances vivantes, enregistrant une baisse de 27%. En revanche, dans la ville le taux de mortalité a baissé de 50% (de 249 à 125 décès pour 100000 naissances vivantes).

---

<sup>19</sup> OMS, (1993), Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>ème</sup> révision, Vol. 1, Genève.

<sup>20</sup> ENSP II, 1992, méthode des sœurs.

<sup>21</sup> PAPCHILD, 1997, estimation directe.

Tableau n°9 : Evolution de la mortalité maternelle au Maroc

Période	Source	Rapport de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances)		
		Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
1978-84	ENSP-II de 1992	249	423	359
1980-92	ENSP-II de 1992	284	362	332
1992-97	PAPCHILD de 1997	125	307	228

## 2. Les taux d'interventions obstétricales

➤ **Définition :** Proportion, pour une période donnée, des femmes ayant eu une naissance vivante ou mort-né et reçues des interventions obstétricales.

### ➤ Evolution des indicateurs :

Les données du tableau n°10, ci-après, montrent que les taux d'interventions obstétricales sont plus élevés en milieu urbain (19,4%) qu'en milieu rural (6,8%). Cet écart trouve son origine principalement dans l'inaccessibilité géographique des maternités hospitalières<sup>22</sup>. Chiffré à 3,1%, le taux global de césarienne<sup>23</sup> révèle l'existence d'un déficit important en interventions obstétricales par rapport à la norme calculé par l'OMS, qui devra être comprise entre 5 et 15%.

Cependant, ces données montrent que la pratique de l'épisiotomie est très répandue chez les primipares (44,7%), suivies par les femmes qui ont une parité de 2 à 3 enfants.

Tableau n°10 : Pourcentage des interventions obstétricales déclarées par les femmes ayant eu une naissance vivante ou mort-né au cours des trois dernières années précédant l'enquête (PAPCHILD 1997)

	Ventouse / forceps	Césarienne	Episiotomie	Naissances
<i>Age</i>				
15-19 ans	11,7	0,9	32,5	231
20-34 ans	8,9	3,1	20,3	1.656
35 ans et plus	6,1	4,0	10,6	479
<i>Parité</i>				
1	20,3	4,9	44,7	571
2-3	6,0	3,5	21,3	762
4-5	4,0	2,1	5,9	473
6 et plus	4,1	1,4	1,0	560
<i>Niveau d'instruction</i>				
Analphabète	5,8	1,6	22,5	1.784
Lire et écrire	14,7	3,6	33,3	279
Primaire	16,2	4,4	47,6	68
Fondamental	23,0	11,9	40,7	126
Secondaire et plus	18,3	14,7	56,9	109
<i>Milieu de résidence</i>				
Urbain	13,8	5,6	33,8	925
Rural	5,3	1,5	10,3	1.441
Total	8,6	3,1	19,5	2.366

Source : LAABID A. (1999), "Santé de la reproduction chez la femme au Maroc", in Arab Conference on Maternal & Child Health, le Caire 7-10 juin 1999.

<sup>22</sup> Ahmed LAABID (1999), "Santé de la reproduction chez la femme au Maroc", in Arab Conference on Maternal & Child Health, le Caire 7-10 juin 1999.

<sup>23</sup> A l'échelle nationale, ce taux a été estimé à 1% en 1989 et à 1,2% en 1995.

### II.3.3. Les soins de santé maternelle

Les soins de santé maternelle, considérés comme déterminants de la mortalité maternelle, seront appréhendés au moyen de deux indicateurs, à savoir les consultations prénatales et l'assistance aux accouchements.

#### 1. Pourcentage de consultation prénatale

➤ **Définition :** *C'est la proportion des naissances pour lesquelles les mères ont eu des consultations prénatales. Au Maroc, le schéma de la consultation prénatale prévoit trois visites à raison d'une visite par trimestre de grossesse. Les données sur les consultations prénatales telles que présentées par les différentes enquêtes "DHS" sur la population et la santé portent sur les naissances survenues au cours des cinq dernières années précédant chaque opération.*

Cette consultation a pour objectif le traitement des affections ou les complications survenant pendant la grossesse, la prévention des décès et de la morbidité maternelle et fœtale, et la promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

#### ➤ Méthode de calcul :

$$\frac{\text{Le nombre des naissances survenues au cours des cinq dernières années pour lesquelles les mères ont eu des consultations prénatales}}{\text{Le nombre total des naissances survenues au cours des cinq dernières années}} \times 100$$

#### ➤ Evolution de l'indicateur :

En 1987, les résultats de l'ENPS-I ont montré que pour trois quarts des naissances, les mères n'ont fait aucune consultation au cours de leurs grossesses. Cette proportion est passée à 58 % en 1997 (Tableau 11). Malgré cette baisse, la majorité des mères marocaines continuent donc à ne pas consulter.

L'écart entre les deux milieux de résidence persiste. En effet, en 1987 et en milieu urbain, pour 49% des naissances, les mères ont bénéficié d'au moins une consultation contre seulement 13% en milieu rural. En 1997, le gain enregistré au niveau national provient essentiellement du milieu urbain puisque la proportion de consultations en ce milieu est passé à 69%, soit un gain de 20 points. Dans la campagne, ce pourcentage n'a augmenté que de 7 points, soit 20% en 1997. Cet écart trouve son origine dans l'insuffisance de l'offre que connaît ce milieu (39% de la population du monde rural se situe à environ dix kilomètres et plus des structures de santé de base), dans la pénurie en personnel de santé qualifié et surtout les infirmiers de sexe féminin (500 sages femmes pour tout le pays et 200 gynécologues dans le secteur public) et dans une absence quasi totale du secteur privé<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Laabid et Belouali (1998) in "Population et Développement au Maroc", CERED, 1998, 459 pages.

**Tableau n°11 : Evolution des pourcentages de naissances, des 5 dernières années précédant l'enquête, pour lesquelles leurs mères ont eu au moins une consultation prénatale, par milieu de résidence (en 1987, 1992, 1995 et 1997)**

	ENPS-I 1987	ENPS-II 1992	EPPS 1995	PAPCHILD 1997
<i>Milieu de résidence</i>				
Urbain	49	61	79	69
Rural	13	18	28	20
<i>Région économique</i>				
Sud	21	29	39	-
Tensift	19	16	35	-
Centre	31	33	52	-
Nord-Ouest	27	36	45	-
Centre-Nord	19	31	35	-
Oriental	22	42	63	-
Centre-Sud	34	50	61	-
Ensemble	25	33	45	42

Sources : ENPS-I de 1987; ENPS-II de 1992, EPPS de 1995 et PAPCHILD de 1997

En s'intéressant aux facteurs socio-économiques susceptibles d'influencer le recours à la consultation prénatale et en appliquant le modèle de régression logistique à un ensemble de variables socio-économiques (six variables indépendantes), les conclusions suivantes ont été dégagées<sup>25</sup> :

- L'âge de la femme influence d'une manière relativement significative et positive l'utilisation des soins prénatals. En effet, comme le montre le tableau n°11 suivant, les femmes âgées de 30 à 39 ans et celles de la tranche d'âge 40-49 ans ont respectivement 1, 3 et 1,7 fois plus de chance d'effectuer une consultation que les femmes de moins de 30 ans;

- L'instruction influence d'une manière significative et positive la consultation dès qu'on passe des "sans instruction" à celles du primaire puis à celles du secondaire ou plus. Les femmes du niveau primaire et celles du secondaire ou plus sont plus nombreuses à recourir à la consultation prénatale que les sans instruction;

- La prise en compte du nombre de naissances vivantes au moment de la grossesse montre que plus ce nombre augmente, moins la femme a de chance de recourir à la consultation prénatale;

- Le milieu de résidence influence d'une façon significative et positive le recours à la consultation prénatale. En effet, les femmes citadines ont 1,24 fois plus de chance de recourir aux soins prénatals que les femmes rurales;

- Les femmes qui discutent avec leurs maris du nombre d'enfants désiré ont 1,24 fois de chance de recourir aux soins prénatals que celles qui n'ont pas eu de discussion avec leurs maris;

<sup>25</sup> Avortement, consultation prénatale et grossesses non désirés, in "Santé de reproduction au Maroc : facteurs démographiques et socio-économiques", CERED, 1998, 338 pages.

• Pour la région de résidence, les tentatives antérieures d'avortement, la discussion du couple sur la planification familiale et le désir de grossesse ayant conduit à la naissance du dernier enfant n'expliquent pas significativement le recours à la consultation prénatale.

En somme, les services de santé maternelle se caractérisent par une faible utilisation de la consultation prénatale. La sous utilisation est liée à la perception de la grossesse qui est des fois considérée comme un événement naturel et donc ne relève pas de la médecine moderne<sup>26</sup>. Elle est vue comme une affaire privée et exclusivement féminine que l'environnement sanitaire risque de violer.

**Tableau 12: Estimation de la probabilité relative à l'utilisation de la consultation prénatale au cours de la grossesse ayant conduit à la naissance du dernier enfant survenu au cours des cinq dernières années chez les femmes mariées âgées de 15-49 ans, selon les caractéristiques socio-démographiques. L'EPPS(1995)**

Variables	Effectif	Probabilité	Risque relatif
Age			
15 – 29 (r)	635	0,31	1,00
30 - 39	675	0,40	1,33 *
40 - 49	247	0,50	1,69 *
Education			
Sans (r)	1143	0,31	1,00
Primaire	194	0,51	1,67 *
Secondaire & +	220	0,70	2,28 *
Naissance vivante au moment de la grossesse			
0 – 1 (r)	278	0,31	1,00
2 – 3	494	0,12	0,58 *
4 & +	785	0,38	0,39 *
Milieu de résidence			
Rural (r)	964	0,31	1,00
Urbain	593	0,70	1,24 *
Région de résidence			
Oriental ( r )	109	0,31	100
N. Ouest	295	0,29	0,97
C. Nord	234	0,27	0,97
Centre	397	0,27	0,88
C. Sud	113	0,34	1,11
Tensift	178	0,27	0,89
Sud	231	0,37	1,22
Tentative d'avortement			
Non ( r )	1051	0,31	1,00
Oui	506	0,38	1,24
Discussion avec le mari sur la planification familiale			
Ne discute ( r )			
Discute	461	0,31	1,00
	1096	0,34	1,11
Discussion avec le mari sur le nombre d'enfants			
Ne discute pas ( r )	442	0,31	1,00
Discute	1115	0,39	1,28 **
Désir de la grossesse			
Désirée ( r )	1091	0,31	1,00
Non désirée	466	0,34	1,11

(r) Modalité de référence; \* Signification au seuil de 1%; \*\* Signification au seuil de 5%.  
Source : CERED, 1998, in "Santé de reproduction au Maroc: facteurs démographiques et socio-économiques".

<sup>26</sup> Navez-Bouchanine F. (1994), " Etude des pratiques sociales et de l'accessibilité des services de santé materno-infantile et de planification familiale", Ministère de la Santé publique. Direction de la prévention et de l'Encadrement Sanitaire, 1994.

## 2. Pourcentage de l'assistance lors de l'accouchement

➤ **Définition :** *C'est la proportion des naissances pour lesquelles leurs mères ont été assistées lors de l'accouchement par un professionnel de la santé. Les données sur l'assistance à l'accouchement telles que présentées par les différentes enquêtes (DHS) sur la population et la santé portent sur les naissances survenues au cours des cinq dernières années précédant chaque opération.*

Si les consultations prénatales permettent de prévenir les grossesses à risque élevé, l'accouchement en milieu surveillé permet de sauver la vie de la mère et de son enfant.

### ➤ Méthode de calcul :

$$\frac{\text{Le nombre des naissances survenues au cours des cinq dernières années pour lesquelles leurs mères ont été accouchées par un professionnel de la santé}}{\text{Le nombre total des naissances survenues au cours des cinq dernières années}} \times 100$$

### ➤ Evolution de l'indicateur :

En 1995, comme le montre le tableau n°12 suivant, le pourcentage des naissances assistées par un professionnel était de 40% : 29% par une sage-femme et 11% par une infirmière. Cependant, l'assistance à l'accouchement par un personnel non formé est importante (Qabla, amies, etc.) (Graphique 4). Au cours de la période 1987-1995, cet indicateur n'a gagné que 9 points.

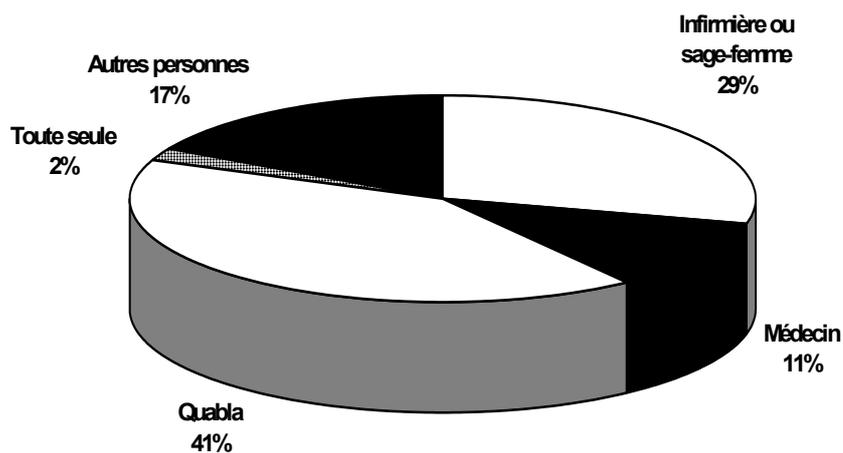
L'analyse différentielle selon certaines caractéristiques socio-démographiques fait ressortir les constatations suivantes :

- En milieu urbain, plus de la moitié (56,2% en 1987 et 80,3 en 1995) des naissances survenues au cours des cinq années avant l'enquête ont eu lieu avec l'assistance d'une personne qualifiée contre seulement 10,6% en 1987 et 19,3% en 1995, en milieu rural;
- Par région économique, le Centre-Sud, l'Oriental et le Centre occupent la première place avec plus de la moitié des naissances qui ont reçu une assistance médicale;
- En considérant les groupes d'âges, on constate que les niveaux de couverture de l'assistance médicale à l'accouchement diminuent avec l'âge de la mère (en 1995, 47% pour les mères âgées de moins de 20 ans, 41% pour celles âgées de 20 à 34 ans et 32% pour les mères âgées de 35 ans ou plus);
- L'assistance à l'accouchement augmente avec le niveau d'instruction, 92% des accouchements ont été assistés par un professionnel de la santé parmi les mères ayant le niveau secondaire ou plus contre seulement 26% parmi les femmes sans instruction.

Tableau n°13: Proportion des naissances survenues 5 ans précédant l'enquête ayant été assistées par un professionnel de la santé, selon certaines caractéristiques socio-démographiques (en 1987, 1992 et 1995)

Caractéristique	1987	1992	1995
<b>Age de la mère</b>			
Moins de 20 ans	-	35,8	47,1
20-34 ans	-	32,6	41,2
35 ou plus	-	23,0	32,0
<b>Rang de naissance</b>			
1	-	52,7	66,6
2-3	-	35,2	43,8
4-5	-	26,5	33,8
6 ou plus	-	15,7	17,5
<b>Milieu de résidence</b>			
Urbain	56,2	63,7	80,3
Rural	10,6	13,8	19,3
<b>Région</b>			
Nord-Ouest	31,5	34,9	43,4
Centre-Nord	19,1	24,8	31,5
Centre	30,6	33,1	52,1
Oriental	29,2	51,2	53,0
Centre-Sud	26,7	37,7	53,1
Tensift	19,0	20,7	24,1
Sud	21,5	23,2	26,3
<b>Niveau d'instruction</b>			
Aucun	-	20,6	25,9
Primaire	-	64,4	72,9
Secondaire ou plus	-	91,3	92,1
Total	26,0	31,0	39,6

Graphique n° 4 : Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années précédant l'enquête par type d'assistance lors de l'accouchement (en 1995)



En somme, d'après ces résultats on constate que plusieurs efforts doivent être multipliés pour améliorer le recours à l'accouchement en milieu surveillé.

### ***II.3.4. L'avortement***

Selon l'OMS "on entend par avortement l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit capable de mener une vie extra-utérine indépendante. On admet traditionnellement que le fœtus est viable à la 28ème semaine de gestation à compter du premier jour des dernières règles. Par avortement provoqué, on entend celui qui résulte d'une intervention délibérée de la femme elle-même ou d'un tiers en vue d'interrompre la grossesse. Tous les avortements qui ne sont pas volontairement provoqués sont qualifiés de spontanés, même en présence d'une cause extérieure telle qu'un traumatisme, un accident ou une maladie. On donne également le nom de fausse-couche à l'avortement spontané".

Depuis longtemps, l'avortement a constitué la méthode de contrôle des naissances la plus répandue et la plus meurtrière, parce qu'il a été toujours pratiqué de façon artisanale et clandestine<sup>28</sup>.

Au Maroc, l'avortement est illégal. Il n'est permis que lorsque la grossesse présente un risque pour la vie de la mère. Bien que sa pratique soit assez répandue, les données le concernant font encore défaut. L'importance de cette pratique est inconnue, et ce qui est connu n'est que "la pointe de l'iceberg".

Dans la suite de ce paragraphe, et afin de caractériser le phénomène de l'avortement au Maroc, nous allons proposer deux indicateurs: le taux d'avortement et le rapport d'avortement. Un troisième indicateur sera aussi présenté. Il s'agit de l'indice pour la réduction proportionnelle de la fécondité causée par l'avortement provoqué<sup>27</sup>.

#### **1. Rapport d'avortement**

➤**Définition :** *C'est le nombre d'avortements par 1000 naissances vivantes durant une année donnée.*

➤**Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre d'avortements durant une année donnée}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} \times 1000$$

#### **2. Taux d'avortement**

➤**Définition :** *C'est le nombre d'avortements par femme non-célibataire âgée de 15-49 ans durant une année donnée.*

➤**Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre d'avortements durant une année donnée}}{\text{Nombre de femmes non - célibataires (âgées de 15 - 44 ans)}} \times 1000$$

<sup>28</sup> Boukhris M. (1996), Avortement à risque ou le risque de l'avortement, communication non publiée.

<sup>27</sup> Johnston et Kenneth H. (1996), "L'avortement provoqué dans le Monde en développement : estimations indirectes", in Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 1996.

### 3. L'indice d'avortement (estimation indirecte)

➤ **Définition** : C'est l'indice pour la réduction proportionnelle de la fécondité causée par l'avortement provoqué. Il est estimé indirectement par le modèle de Bongaarts.

#### ➤ Méthode de calcul :

Comme souligné auparavant, la méthode de Johnston et Hill permet d'estimer l'avortement résiduel à partir du modèle de Bongaarts. Ce dernier, qui mesure les effets «inhibiteurs» des déterminants immédiats de la fécondité permet, par un réarrangement de ces composantes, de déduire l'indice d'avortement.

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

$$ISF = Cm \times Cc \times Ca \times Ci \times TF \quad (1); \text{ avec :}$$

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

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

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

- Cc est l'indice pour la réduction proportionnelle de la fécondité causé par l'utilisation de la contraception;

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

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

L'indice résiduel de l'avortement peut être obtenu à partir de l'équation (1) de la façon suivante:

$$Ca = \frac{ISF}{Cm \times Cc \times Ci \times TF}$$

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

### ➤ Evolution des indicateurs<sup>28</sup> :

L'indice d'avortement, qui varie de 0 à 1, mesure l'effet de l'avortement sur la fécondité. Cet effet augmente au fur et à mesure que l'indice s'approche de zéro, son effet diminue dans le cas contraire

L'indice de l'avortement au Maroc se situe à 0,97 en 1987 et à 0,86 en 1992. L'avortement aurait ainsi entraîné une baisse de la fécondité de 3% en 1987 et de 14% en 1992. Son incidence sur la baisse de la fécondité semble donc augmenter avec le temps, mais reste néanmoins limitée comparée à celle du recul de l'âge au mariage et de l'utilisation de la contraception.

Comparativement avec d'autres pays, le Maroc se situe entre l'Égypte et la Jordanie avec respectivement 0,821 et 0,941.

**Tableau n°14 : Indices relatifs aux variables intermédiaires de fécondité par certains pays**

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

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

### **II.3.5. Les maladies sexuellement transmissibles (MST et VIH-SIDA)**

Malgré l'absence d'une politique explicite ou d'un programme global en matière de la santé reproductive, le gouvernement a mis en place plusieurs programmes axés sur les problèmes prioritaires, dont les maladies sexuellement transmissibles (MST) constituent une composante<sup>29</sup>. La femme est particulièrement exposée à ce genre de maladies pour des raisons biologiques. En effet, comparé à celui de l'homme l'appareil reproducteur féminin est plus sensible aux infections aux MST et au VIH.

Au Maroc les MST, qui constituent un problème majeur de santé publique et qui font le lit du Sida, peuvent entraîner des complications graves, induisant des coûts de santé considérables. Elles provoquent des effets graves surtout chez la femme et le nouveau-né.

#### **1- Les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)**

Chiffrés à au moins 333 millions de nouveaux cas dans le monde en 1995, les MST ne cessent d'augmenter (OMS, 1997). En Afrique du Nord et au Moyen Orient, l'incidence annuelle est de 10 millions de cas.

Les principales MST déclarées au Maroc sont les leucorrhées, les urétrites, les syphilis, les chancres mou, les condylomes, les hépatites. Au Maroc, le nombre de cas de MST ne cesse d'augmenter. Les nouveaux cas de MST enregistrés en 1997 étaient de 189.000 cas, soit 727 pour

<sup>28</sup> Par manque de données, nous allons analyser seulement l'indice d'avortement.

<sup>29</sup> S. Choujaa Jroni, 1998, in "Population et développement au Maroc".

100.000 habitants (Tableau 15). 76 % des cas concernent les femmes et 40% les jeunes âgées de 15 à 29 ans. Ces chiffres inquiétants, semblent sous-estimés en raison de déclarations incomplètes et de l'automédication. Chez les patients atteints de MST, la prévalence de l'infection à VIH est de l'ordre de 1 pour 1000.

Entre 1991-1997, en moyenne annuelle, 23.000 cas de MST ont été déclarés. Cette augmentation est due essentiellement à l'augmentation du nombre des leucorrhées, qui a été multiplié par 5 au cours de la même période.

**Tableau 15 : Evolution des maladies sexuellement transmissibles selon la manifestation clinique 1991 et 1997**

Maladies	1991	1993	1995	1996	1997
<b>Leucorrhées</b>	26646	69119	106621	108631	133625
<b>Urétrites</b>	14402	19948	28260	32397	35603
<b>Syphilis</b>	4952	5635	4915	5084	5226
<b>Chancre mou</b>	2161	3153	4742	4289	5871
<b>Condylomes</b>	761	429	804	1937	689
<b>Hépatites</b>	792	1195	948	1138	2008
<b>Herpès génital</b>	598	477	458	574	561
<b>Autres MST</b>	255	1109	3793	2722	5438
<b>Total</b>	50567	101065	150541	156772	189021

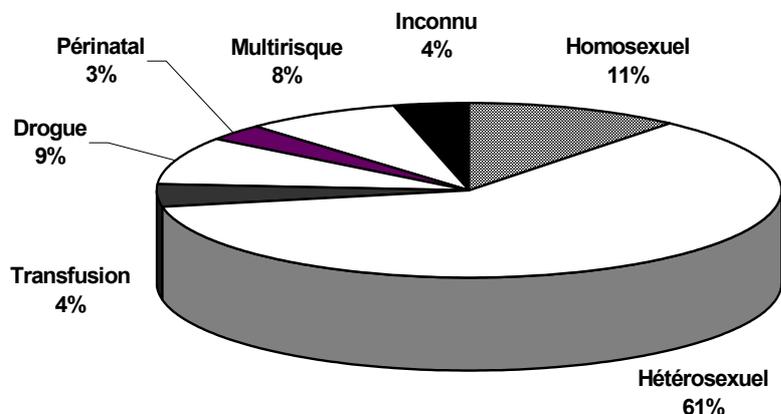
Source : Ministère de la Santé, 1997.

## 2- Le VIH-SIDA

En 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé a estimé le nombre de personnes vivant avec le VIH-SIDA à 30,6 millions, dont près de 40% de femmes. L'OMS avance que 16.000 nouveaux cas se font chaque jour, dont plus de 90% dans les pays en développement. Les personnes les plus touchées sont les adultes (14.000 cas : plus de 40% chez les femmes et plus de 50% chez les 15-24 ans).

Selon les statistiques du Ministère de la Santé, 434 cas de SIDA ont été enregistrés entre 1986 et 1997 (Tableau 16). Toutefois, ce chiffre comprend uniquement les patients pris en charge par le secteur public. Les personnes les plus touchées sont celles âgées de 30 à 39 ans (45% des malades) et de 20 à 24 ans (24%), les femmes avec 29% des cas dont 34% sont mariées, 29% divorcées, 20% célibataires et 17% veuves. Il est à signaler que la majorité des patientes a été infectée par le VIH dans le cadre du mariage. Par mode de transmission, l'hétérosexualité est dominante, suivi par l'homosexualité et la drogue (Graphique 5).

**Graphique n°5 : Répartition des cas de sida selon le mode de transmission (en 1997)**



**Tableau n° 16 : Nouveaux cas et nombre cumulé des cas de SIDA (1986-1997)**

Année	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Nouveaux cas	1	9	14	20	26	28	30	44	77	57	66	62
Cas cumulés	1	10	24	44	70	98	128	172	249	306	372	434

Source : Ministère de la Santé.

### **III. Les indicateurs de la mortalité et leur évolution**

Selon le rapport de la CIPD 1994, "l'un des grands progrès du XXe siècle a été l'accroissement sans précédent de la longévité humaine. Au cours du demi-siècle écoulé, l'espérance de vie a augmenté de par le monde d'une vingtaine d'année (...). L'allongement de l'espérance de vie dans la plupart des régions du monde tient aux progrès notables enregistrés en matière de santé publique et d'accès aux soins de santé primaires"<sup>30</sup>.

En absence d'un état civil satisfaisant permettant au moins la mesure des niveaux et des causes de mortalité par âge et sexe, le recensement et l'enquête demeurent les sources permettant la connaissance des niveaux, des tendances et différentiels de la mortalité. Il s'agit particulièrement des Enquêtes Nationales sur la Population et la Santé qui accordent davantage d'attention à la santé des enfants. Trois grandes catégories de variables y sont incluses, soit les variables contextuelles, familiales et individuelles et plusieurs données sur les pratiques en matière de santé.

C'est un progrès pour la mortalité des enfants, mais, abstraction faite de l'Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés (ENDPR de 86-88), le Maroc manque de données et d'études sur les âges adultes, sur les causes de mortalité, sur la morbidité, sur les normes et les pratiques de santé...

<sup>30</sup> Nations Unies (1994), Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Nations Unies, 125 p.

### **III.1. La mortalité générale**

#### **1. Espérance de vie à la naissance**

➤ **Définition :** *D'une façon générale, l'espérance de vie est le nombre moyen d'années additionnelles à vivre à un âge donné dans l'hypothèse où les taux de mortalité par âge observés durant une année ou une période déterminée demeureraient stables dans le temps. Dans le calcul de l'espérance de vie à la naissance, on fait parcourir tous les âges de la vie à un effectif arbitraire de nouveau-nés, en lui faisant subir à ces divers âges les probabilités de décéder qui ont été observées durant une période donnée.*

➤ **Evolution de l'indicateur :** Comme presque partout dans le monde, les femmes marocaines vivent plus longtemps que les hommes pour des raisons socio-économiques et biologiques. L'espérance de vie des hommes est passée de 48,2 ans en 1967 à 66,3 ans en 1994 et 67,5 ans en 1999, alors que pour les femmes, elle était de l'ordre de 49,1 ans en 1967, 69,5 ans en 1994 et elle atteint 71,5 ans en 1999. L'écart entre les espérances de vie des femmes et des hommes est, en moyenne, de 3,2 ans en 1994, et de 4 ans en 1999. La hausse de l'espérance de vie des femmes, comme celle de l'ensemble de la population, est due principalement à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Par ailleurs, une surmortalité dans le milieu rural par rapport à l'urbain est observée (64,9 ans contre 71,5 ans en 1994 et 67,5 ans contre 72,7 ans en 1999 respectivement comme espérance de vie à la naissance). Les causes de la surmortalité dans le rural sont économiques, sociales, culturelles, mais aussi liées au statut de la femme. A la fin des années quatre-vingt, seulement 30% de la population rurale avaient accès aux services sanitaires, et 50% bénéficiaient d'eau potable<sup>31</sup>.

#### **2. Taux brut de mortalité (TBM)**

L'objectif de l'usage des TBM est le contrôle de l'impact des différentes tailles de la population sur le nombre de décès pour une comparaison géographique ou temporelle. Mais l'inconvénient majeur des taux bruts de mortalité est qu'ils sont influencés par la structure par âge de la population et ne doivent pas être utilisés pour comparer la mortalité de pays avec des structures par âge différentes.

➤ **Définition :** *C'est le nombre de décès par 1.000 habitants durant une année donnée.*

➤ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre de décès}}{\text{Population moyenne (population au 30 juin)}} \times 1000$$

Ce taux peut être calculé par sexe, comme on peut le calculer sur une durée de deux années ou plus en divisant la moyenne des décès sur cette période par la population au milieu de cette période.

---

<sup>31</sup> Varea, C. et Bernis, C. (1997), « Comportements reproductifs et santé materno-infantile dans le Maroc rural : le rythme du changement » in *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb*, Cahiers de l'Institut de Recherches et d'Etudes sur le Monde Arabe et Musulman, n°9/10, Aix-en-Provence, France, pp 75-84.

Si on centre la population sur un recensement, on prend les décès de 6 mois avant le recensement et ceux de 6 mois après le recensement qu'on divise par la population obtenue au recensement, soit ;

$$\frac{D(1an)}{\text{Population au Recensement}} \times 1000$$

➤ **Evolution de l'indicateur :**

En 1962, presque 19 personnes sur mille décédaient annuellement. La mortalité a considérablement fléchi depuis. Elle a atteint 6,7‰ en 1994 et 6,3‰ en 1997<sup>32</sup>, soit une perte de 67% de sa valeur sur 35 ans. Il reste plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain : 8,6‰ contre 4,9‰ en 1994, et 7,5‰ contre 4,5‰ en 1999. Par sexe, le taux masculin est supérieur au taux féminin (8,1‰ contre 6,7‰ en 1987), soit une différence de 1,4 points.

Si l'on considère le Maroc et la France, le premier a une structure jeune avec un taux brut de mortalité de 8‰ alors que le second avec sa structure vieille a un taux brut de mortalité de 13‰. Dire que la mortalité est plus élevée en France qu'au Maroc serait une conclusion erronée. Ainsi, il est donc recommandé de ne pas se fier aux conclusions sur la base des taux bruts de mortalité. La comparaison des taux bruts dans le temps et dans l'espace doit tenir compte de l'effet de structure. Pour remédier à ce problème on calculera les indicateurs de la mortalité par âges.

Malgré l'hétérogénéité des sources des données et des structures de la population, qui peuvent induire à des incohérences et à des erreurs d'interprétation, on constate une baisse de la mortalité pour les trois pays avec une convergence des taux bruts de mortalité, de 20‰ en 1960-62 à 6,6‰ en 1988 et 6‰ en 1991 pour l'Algérie, et de 17,2‰ en 1960-64 à 6‰ en 1988 et 5,7‰ en 1994 pour la Tunisie.

### ***III.2. La mortalité infantile***

La mortalité infantile est l'un des indicateurs du développement social le plus utilisé, son intensité rendent compte du développement social du pays. Elle concerne la mortalité des enfants au cours de la première année de vie. Autrement dit jusqu'à 11 mois révolus.

#### ***3. Quotient de mortalité infantile***

Il mesure le risque de décéder au cours de la première année de vie, de la naissance jusqu'à l'âge exact de 1 an.

➤ **Définition :** *Rapport, pour une période donnée, des décès d'enfants de moins d'un an aux naissances vivantes.*

➤ **Méthode de calcul :**  $\frac{\text{Nombre de décès d'enfants de moins d'un an, pour une période donnée}}{\text{Total des naissances vivantes durant la même période}} \times 1000$

➤ **Evolution de l'indicateur :**

Au Maroc, le risque de décès des enfants de moins d'une année a fortement baissé entre 1962 et 1997. Il était de 149‰ en 1962 et de 36,6‰ en 1997, soit une baisse de 75%. Malgré cette nette amélioration, il reste élevé par rapport aux autres pays du Maghreb comme la Tunisie où il était de 30,5‰ en 1994. De 1992 à 1997, la mortalité infantile a diminué en milieu urbain et en milieu rural (passant de 51,9‰ à 24‰, et de 69,3‰ à 46‰ respectivement). La surmortalité rurale s'est donc accentuée, passant de 33,5% en 1992 à presque 92% en 1997. La part des décès de moins d'un an dans l'ensemble des décès est passée de 6,3% en 1992 à 3,7% en 1997.

Après une période de surmortalité féminine jusqu'aux années soixante, une surmortalité masculine est apparue au cours de la deuxième moitié des années soixante-dix, et s'est accentuée avec le temps.

Après la mortalité infantile nous passons à sa décomposition en mortalité néonatale (moins de 28 jours) et mortalité post-néonatale (de 28 jours à moins d'une année d'âge).

#### **4. Le quotient de mortalité néonatale**

➤ **Définition :** *Rapport, pour une année ou période donnée, des décès des 28 premiers jours de la vie aux naissances vivantes de la même période.*

➤ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre de décès de moins de 28 jours}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} * 1000$$

Parfois, en raison des difficultés à obtenir le nombre de décès des 28 premiers jours on les remplace par le nombre de décès enregistrés au cours du premier mois de la vie.

Ce taux peut être amélioré, si on dispose de la répartition des décès et des naissances par génération et par âge, en rapportant les décès à moins de 28 jours de vie sur les naissances de la même génération, soit le quotient de mortalité néonatale :

$$\frac{\text{Nombre de décès de moins de 28 jours}}{\text{Nombre de naissances vivantes de la même génération}} \times 1000$$

➤ **Evolution de l'indicateur :**

L'importance de la mortalité néonatale et l'intérêt qu'il faut lui accorder dans les stratégies de réduction de la mortalité apparaît à travers le poids des décès néonataux dans la mortalité des moins d'un an. En 1987, cette part représentait 61%, soit 60,2% pour le sexe masculin et 62,2% pour le sexe féminin. Cette part est descendue à presque 54% en 1992 (56% pour le sexe masculin et 51% pour le sexe féminin). Cinq années plus tard, en 1997, cette part est restée constante.

Dans la deuxième moitié des années 1970, sur mille naissances 50 enfants mouraient avant l'âge d'un mois sous l'effet de facteurs surtout endogènes (la santé de la mère, malformation congénitale, tétanos, pneumonie néonatale). En 1992, ce pourcentage a baissé à 34‰, soit un

---

<sup>32</sup> CERED (1997a), *Profil socio-démographique du Maroc*, Rabat, Maroc.

gain de 16 naissances sur mille. En 1997, les décès néonataux représentaient 19,7‰ des naissances, enregistrant ainsi une baisse de presque 14 points par rapport à 1992.

La même tendance se retrouve par sexe. Ainsi, le sexe masculin a enregistré un gain de 8 garçons sur mille naissances, passant de 46‰ entre 1975 et 1979 à 38,7‰ en 1992. En 1995, le sexe masculin a enregistré une perte de 3,5 garçons sur mille naissances, faisant passer son quotient à 42,2‰, alors que le sexe féminin a enregistré un gain de 24 filles sur mille naissances, le quotient passant de 53‰ en 1975-1979 à 29,1‰ en 1992.

Ceci dit, depuis 1982, la mortalité néonatale du sexe masculin a été toujours supérieure à celle du sexe féminin. Cette surmortalité était de 33% en 1992.

Entre 1987 et 1992, alors que la mortalité néonatale urbaine restait presque constante (26,1‰ contre 30‰) la mortalité néonatale rurale baissait de 15 points, passant de 51,2‰ à 36,2‰, soit une baisse de presque 29%. La surmortalité rurale était de 96% en 1987 et de 21% en 1992.

### **5. Le quotient de mortalité post-néonatale**

➤ **Définition :** *Rapport, pour une année ou période donnée, des décès de moins d'un an de l'année diminués des décès des 28 premiers jours aux naissances vivantes moins les décès des 28 premiers jours de la même période.*

➤ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre de décès de moins d'une année} - \text{nombre de décès de moins de 28 jours}}{\text{Naissances vivantes} - \text{décès à moins de 28 jours de vie}} \times 1000$$

Ce taux peut être amélioré, si on dispose de la répartition des décès et des naissances par génération et par âge, en rapportant les décès de moins d'un an de l'année diminués des décès à moins de 28 jours de vie de la même génération sur les naissances diminuées des décès à moins de 28 jours de vie de la même génération, soit *le quotient de mortalité post-néonatale* :

$$\frac{(\text{Nombre de décès de moins d'une année} - \text{nombre de décès de moins de 28 jours})}{\text{d'une génération}}}{(\text{Naissances vivantes} - \text{décès à moins de 28 jours de vie}) \text{ de la même génération}} \times 1000$$

A partir du premier mois, la santé de l'enfant est confrontée à l'insalubrité, aux infections respiratoires ou alimentaires. Sur la période 1975-1979, parmi mille enfants ayant passé leur premier mois, 41 ne fêtent pas leur premier anniversaire, (42‰ pour le sexe masculin et 38‰ pour le sexe féminin). En 1992, la mortalité post-néonatale a atteint 29,2‰, 30‰ pour le sexe masculin et 28,3‰ pour le sexe féminin. Ainsi, la différence entre sexes a été réduite à seulement 1,7 points. Dans l'enquête PAPCHILD de 1997, ce quotient s'est amélioré en atteignant 16,9‰. Cette intensité montre une baisse plus rapide pour le sexe masculin que pour le sexe féminin. La mortalité post-néonatale du sexe masculin est toujours supérieure à celle du sexe féminin, bien que l'écart entre eux soit en baisse depuis les années soixante-dix.

En milieu rural, le quotient de mortalité post-néonatale a diminué entre 1987 et 1992, passant de 34,6‰ à 33,2‰, soit une baisse absolue de 1,4 points et une baisse relative de presque 4%. La mortalité post-néonatale dans le milieu urbain a beaucoup baissé. D'une valeur de 22,0‰

en 1992, le quotient a atteint 11,4‰ en 1995, soit une baisse de 48%. Là encore, on note une surmortalité rurale de 50% en 1992.

### ***III.3. La mortalité juvénile***

#### **1. Quotient de mortalité juvénile**

Il mesure l'intensité de la mortalité des enfants de 1-5 ans exacts.

➤ **Définition :** *Rapport, pour une année ou période donnée, des décès observés des enfants de 1 à 5 ans exacts à l'effectif des enfants âgés de 1-5 ans exacts de la même génération que les décès.*

➤ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre de décès d'enfants de 1-5 ans exacts observés au cours d'une année}}{\text{L'effectif des enfants de 1-5 ans exacts de la même génération que les décès}} \times 1000$$

➤ **Evolution de l'indicateur :**

Depuis les années soixante, le Maroc est parvenu à faire baisser de manière sensible le nombre de décès juvéniles. Le quotient de mortalité juvénile était de 75‰ en 1962 et de 22,1‰ en 1992. Cinq ans plus tard, il est de seulement 9,8‰. Ce risque de décéder entre 1 et 5 ans a perdu l'équivalent de 87% de sa valeur initiale. Par sexe, on constate une surmortalité des filles par rapport aux garçons entre les années soixante-dix et 1992.

Par ailleurs, une surmortalité est observée en milieu rural. Elle s'accroît avec le temps: la mortalité juvénile était trois fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain au cours des années 70, quatre fois plus en 1992 et presque cinq fois plus en 1995.

### ***III.4. La mortalité infanto-Juvénile***

La mortalité infanto-juvénile concerne la mortalité des enfants de 0-4 ans révolus. L'indicateur souvent utilisé pour saisir son niveau est le quotient de mortalité infanto-juvénile.

➤ **Définition :** *Rapport, pour une année ou période donnée, des décès observés des enfants de 0-4 ans révolus à l'effectif des enfants du même âge.*

➤ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre de décès d'enfants de 0-4 ans révolus au cours d'une année ou d'une période}}{\text{L'effectif des enfants de 0-4 ans révolus}} \times 1000$$

### ➤ Evolution de l'indicateur :

Au Maroc, les années soixante ont été caractérisées par une mortalité très élevée des enfants de moins de 5 ans. En trente ans, il y a eu une réduction de cette mortalité de plus de 60%: en 1962, le quotient de mortalité infanto-juvénile était de 213‰, et de 76‰ en 1992, soit une perte de presque 137 points. Ce quotient est passé à 45,8‰ en 1997, soit une baisse de presque 46 points entre 1992 et 1997.

Entre 1987 et 1992, la mortalité a diminué en milieu rural, 137,3‰ en 1987 et 97,8‰ en 1992, soit 39,5 points de moins, et aussi en milieu urbain, 81,4‰ en 1987 à 58,7‰ en 1992, soit 22,7 points de moins. La surmortalité en milieu rural s'est accentuée avec le temps, car le milieu urbain bénéficie de l'essentiel des équipements éducatifs et sanitaires, et ce malgré les efforts fournis au niveau du milieu rural.

### **III.5. La mortalité au-delà de cinq ans**

Du moment que le risque de décès dépend de l'âge, on doit donc contrôler la structure par âge dans le calcul des risques de décès. Ceci revient à calculer les taux par âge afin de comparer la mortalité à des âges différents ou définir l'évolution de la mortalité à un certain âge dans le temps. On peut également effectuer des comparaisons entre pays ou entre régions. De plus, comme la mortalité varie beaucoup par sexe, les taux de mortalité par âge sont souvent indiqués séparément pour les hommes et les femmes.

D'une façon globale, dans une année donnée, *le taux de mortalité pour le groupe d'âges x à x+5 ans* est :

$$\frac{\text{Décès de personnes âgées de } x \text{ à } x+5 \text{ ans}}{\text{Population totale âgée de } x \text{ à } x+5 \text{ ans}} \times 1000$$

Seulement, ce taux peut être amélioré selon les données disponibles<sup>33</sup>. Un des usages de ces taux, est l'étude des variations annuelles ou des différences régionales de la mortalité indépendamment des changements dans les structures par âge et par sexe de la population. La mortalité différentielle par âge entre les femmes et les hommes peut être étudiée par le rapport des taux du sexe masculin sur les taux du sexe féminin à chaque âge.

C'est à partir de ces taux de base pour n'importe quel groupe d'âges qu'on va déduire le reste les quotients de mortalité par des groupes d'âges moyennant des formules de transformations des taux en *quotients de mortalité par âges*.

Dans notre pays, la seule source de données dont nous disposons pour les tranches d'âges plus élevées est l'Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés (ENDPR) de 1986-88<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Il existe trois façons de calculer les taux par âges ou par groupes d'âges et ce selon trois formes de présentation des données. On ne pourra pas faire directement des comparaisons entre ces taux, en raison des décalages d'âge et les générations ne sont pas les mêmes. Mais à partir du moment où on a obtenu une série de taux selon la configuration choisie, on peut standardiser en contrôlant la structure par âge des populations.

<sup>34</sup> Direction de la Statistique (1993a), *Enquête Démographique à Passages Répétés 1986-1988*, Rabat, Maroc, 526 p.

Nous allons utiliser les tables de mortalité réalisées par le CERED, moyennant les techniques indirectes<sup>35</sup>, qui couvrent les années 1967<sup>36</sup>, ou plus exactement 1962-1972, 1980<sup>37</sup> et 1990<sup>38</sup>.

La mortalité entre 5 et 14 ans diminue, que ce soit par sexe ou par milieu de résidence, depuis les années soixante. Le quotient de mortalité des garçons était de 33,5‰ en 1967. Vingt ans après (1990), il a atteint 9,5‰, soit une baisse relative de 71%. Chez les filles de 5-14 ans, le quotient de mortalité était de 31,2‰ en 1967 et de 9,2‰ en 1990, soit une baisse relative de plus de 70%. Ainsi, de 5 à 14 ans, la mortalité des garçons a baissé à un rythme plus accentué que celle des filles.

Cette baisse de la mortalité de chaque sexe se retrouve aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, avec une persistance de la surmortalité masculine en milieu urbain et de la surmortalité féminine en milieu rural. La surmortalité masculine en milieu urbain augmente depuis 1987, alors que la surmortalité féminine rurale est variable mais toujours présente depuis 1980.

La mortalité des adolescents (15-29 ans) a été estimée à 87,6‰ en 1967. En 1990, elle a atteint 23,3‰, enregistrant ainsi une baisse de 73%. La mortalité des adolescentes était de 82‰ en 1967 et de 15,5‰ en 1990, soit une baisse de 81%. La mortalité des adolescentes a baissé à un rythme plus accéléré que celles des adolescents. La baisse de la mortalité par sexe des adolescents se retrouve aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, avec partout une surmortalité des adolescents. La mortalité des 15-29 ans est plus élevée en milieu rural quel que soit le sexe.

Depuis 1967, la mortalité des adultes (30-59 ans) a baissé. La mortalité masculine des adultes, qui était de 307,4‰ en 1967 est tombée à 175,3‰ en 1990, soit une baisse de 43%. La mortalité des femmes adultes a été estimée à 291‰ en 1967 et à 110,2‰ en 1990, soit une baisse relative de plus de 62%. La mortalité des femmes a baissé à un rythme plus soutenu que celui des hommes, faisant apparaître une surmortalité masculine qui va en s'accroissant de 1962 à 1990. La baisse de la mortalité par sexe se retrouve aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, avec une surmortalité masculine dans les deux cas et une surmortalité en milieu rural pour chacun des deux sexes.

La mortalité des personnes du troisième âge (60-74 ans) a baissé, et ce par sexe comme par milieu de résidence. La mortalité masculine des personnes du troisième âge a été estimée à presque 519‰ en 1967. En 1990, ce risque de décéder a atteint 398‰, soit une baisse de près de 25%. Pour le sexe féminin, la mortalité pour cette tranche d'âges était de 501,2‰ en 1967 et de 237‰ en 1990, soit un gain de 52%. Donc, le risque du décès des femmes a baissé à un rythme presque deux fois plus élevé que celui des hommes. Cette différence se retrouve aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, avec une surmortalité masculine dans les deux cas et une surmortalité rurale de chaque sexe par rapport à son équivalent urbain.

---

<sup>35</sup> Abstraction faite des inconvénients de ces techniques.

<sup>36</sup> CERED (1974), *Tables de mortalité marocaine*, Direction de la Statistique, Rabat, Maroc, 229 p.

<sup>37</sup> CERED (1986), *Analyse et tendances démographiques au Maroc*, Direction de la Statistique, Rabat, Maroc, 229 p.

<sup>38</sup> CERED (1993), *L'état civil : Source d'information sur la population*, Direction de la Statistique, Ed. Guessous, Rabat, Maroc, 285 p.

L'espérance de vie à 75 ans du sexe masculin était de presque 8,2 ans en 1980. En 1990, un homme âgé de 75 ans pouvait espérer vivre 11 ans de plus, soit un gain de presque 3 ans de vie en 10 ans. L'espérance de vie des femmes du même âge était de 7,9 ans en 1980 et de 8,8 ans en 1990, soit un gain absolu d'une année. Au-delà de 75 ans, la mortalité des femmes a baissé à un rythme plus faible que celui des hommes. Ainsi, à cet âge les hommes peuvent espérer vivre plus longtemps que les femmes. Cette différence se retrouve aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, avec un accroissement de la survie masculine dans les deux cas.

### **III.6. La mortalité fœtale ou intra-utérine**

C'est la mortalité du produit de conception au cours de la gestation avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère. Autrement dit, le décès du fœtus par fausse couche, avortement et mort-né. Les décès correspondants sont appelés décès intra-utérins. Son intensité est mesurée par le taux de mortalité fœtale.

#### **1. Taux de mortalité fœtale ou intra-utérine**

➤ **Définition :** *Nombre de décès intra-utérins connus pour 1000 naissances ou avortements dans la même année.*

➤ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre de décès intra-utérins}}{\text{Nombre de naissances + Avortements}} \times 1000$$

Si l'on rapporte les décès intra-utérins aux seules naissances vivantes on obtient *le rapport de mortalité fœtale*.

$$\frac{\text{Nombre de décès intra-utérins}}{\text{Nombre de naissances}} * 1000$$

On distingue entre :

- *la mortalité fœtale précoce* : décès intra-utérins avant 20 semaines de gestation,
- *la mortalité fœtale intermédiaire* : décès intra-utérins de 20 semaines à moins de 28 semaines
- et *la mortinatalité* ou *mortalité fœtale tardive* : les décès intra-utérins à partir de 28 semaines.

Ces indices sous-estiment beaucoup la mortalité intra-utérine parce que les décès intra-utérins précoces passent souvent inaperçus ou restent inconnus. Une meilleure mesure est fournie par *les tables de mortalité intra-utérine*, dans lesquelles les femmes entrent en observation à diverses durées de gestation.

*Le taux de mortinatalité* ou taux de mortalité fœtale tardive est défini, en principe, comme la proportion des mortinaissances parmi les naissances totales :

$$\frac{\text{Nombre de mort-nés}}{\text{Nombre de naissances vivantes + mort-nés}}$$

La mortinaissance est l'expulsion ou l'extraction de l'utérus d'un produit de conception sans vie, après une certaine durée de gestation ou dépassant un certain poids, voire une certaine taille.

En pratique, on rapporte souvent les mortinaissances aux seules naissances vivantes, l'indice obtenu est *le rapport de mortinatalité*. Il ne faut donc pas l'appeler taux de mortinatalité.

### **Nombre de mort-nés** **Nombre naissances vivantes**

#### ***III.7. La mortalité périnatale***

La mortalité périnatale comprend la mortinatalité et une fraction de la mortalité infantile variable suivant les organismes ou les auteurs, mortalité néonatale précoce (au cours de la première semaine de vie), mortalité néonatale, mortalité infantile endogène.

##### ***1. Le taux de mortalité périnatale***

➤ **Définition :** *Rapport, pour une période donnée, de la somme des mortinaissances (enfants pesant au moins 500 grammes ou dont l'âge gestationnel est de plus de 22 semaines) et des décès d'enfants de 7 jours aux naissances totales (morti-naissances et naissances vivantes)*

➤ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre de mortinaissances et de décès d'enfants de moins de 7 jours pour une période donnée}}{\text{Total des naissances vivantes et des mortinaissances durant la même période}} \times 1000$$

#### ***III.8. La mortalité par cause***

Chacun sait que la mortalité diffère d'un pays à un autre et cette différence provient non seulement des différences de structure de la population mais aussi des causes de décès telles que les maladies (Cancer, tuberculose,...) les accidents (circulation ou de travail) ou d'autres causes comme le suicide. D'ordinaire, on exprime la *mortalité par cause* en décès par 100.000 personnes; puisque, pour la plupart des causes de mort, les *taux d'incidence* sont très faibles.

##### ***1. Taux de mortalité par cause***

➤ **Définition :** *Rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès, pour une cause spécifique, à la population totale au milieu de la période. La cause retenue correspond à la cause initiale du décès définie selon la neuvième révision de la classification internationale des maladies de l'OMS.*

➤ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre annuel moyen de décès, pour une cause spécifique, pour une période donnée}}{\text{Population totale au milieu de la période}} \times 100.000$$

De même, l'incidence d'une cause de décès peut être exprimée en pourcentage de l'ensemble des décès. L'indice obtenu est une *proportion de décès* ou *Taux proportionnel de mortalité pour une cause* de décès.

$$\frac{\text{Nombre de décès par une maladie donnée}}{\text{Nombre total des décès la même année}}$$

Le *taux de létalité d'une maladie* exprime la fréquence des décès parmi les malades, ou plus précisément la proportion, parmi les cas de maladies constatés, de ceux dont l'issue a été fatale.

$$\frac{\text{Nombre de décès par une maladie pendant une période donnée}}{\text{Nombre de cas de cette maladie pendant la période}}$$

Etudier la mortalité par âge en y incluant cet aspect c'est la double optique de l'extinction : l'extinction simple et l'extinction multiple.

Dans l'optique de l'extinction simple, on privilégie une cause sur toutes les autres. La procédure du calcul du quotient d'extinction simple pour une cause de décès (i) est semblable à celle du calcul du quotient de mortalité à l'état pur en contrôlant les risques concurrents que sont les autres causes de décès et les autres événements perturbateurs comme la migration. On construit une table de mortalité pour la seule cause de mortalité (i).

En extinction multiple il n'y a pas élimination du phénomène perturbateur (la migration en l'occurrence), celui-ci est considéré comme une cause d'extinction au même titre que la mortalité. La probabilité de décéder est obtenue directement en rapportant les décès de cause (i) sur la population survivante ( $S_x$ ), soit :

$$q_x = \frac{D(i)}{S_x}$$

Malheureusement, le Maroc ne dispose de données fiables lui permettant de calculer ces taux ou ces quotients de mortalité.

#### ***IV. Les indicateurs des secteurs influençant la mortalité et la santé reproductive***

Ainsi, de l'analyse des déterminants de la santé de la reproduction et de la mortalité, il s'est avéré que différents secteurs agissent sur les composantes de ces deux phénomènes, mais nous nous restreignons à un certain nombre d'indicateurs d'entre eux<sup>39</sup>.

##### ***IV.1. Le taux d'analphabétisme***

L'éducation est une des variables déterminantes du statut de la femme, de son autonomie dans la société et de sa place dans le ménage<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> Pour ne pas déborder sur les autres secteurs. Mais, pour plus de détails voir l'étude sur l'approche multi-sectorielle de la politique en matière de santé.

<sup>40</sup> Tabutin D., (1992), op. cit.

L'éducation est de première importance pour l'homme comme pour la femme. Elle déterminera en grande partie les connaissances, l'autonomie de décision, l'ouverture vers l'extérieur, le statut dans le ménage et dans la société. Elle change la vision de l'enfant, la perception des maladies et la capacité de réaction, etc.. Elle détermine, jusqu'à un certain point, les revenus du ménage et par conséquent leur niveau de vie et leur état de santé.

En effet, en 1997-98, le taux d'alphabétisation des adultes est de 48,9%. Par milieu de résidence, la population féminine rurale est la plus désavantagée en matière d'accès aux aptitudes éducatives. Le taux d'alphabétisation des adultes s'établit à 12,3% pour les femmes rurales et est quatre fois plus faible que la moyenne nationale (48,9%)<sup>41</sup>.

*Le taux d'analphabétisme est le pourcentage des personnes âgées de 10 ans et plus qui ne peuvent lire et/ou ne peuvent écrire un texte.*

L'éducation de la mère est de première importance. Elle a des conséquences sociales profondes. Elle fournit à la femme un large réseau social, de nouveaux groupes de référence, des modèles d'autorité et une plus grande identification au monde moderne<sup>42</sup>.

L'instruction confère à sa bénéficiaire un plus grand sens de responsabilité personnelle pour s'occuper de ses enfants, contrairement à une attitude plutôt résignée et fataliste de la mère sans instruction. L'éducation des femmes accroît leur autonomie et diminue l'emprise traditionnelle des anciens sur elles. Leurs enfants pourront ainsi avoir une plus grande part des ressources de la collectivité.

Au moment où l'influence de l'instruction de la mère sur la survie de l'enfant semble largement établie, Stewart et Sommerfelt ont montré que le risque de non-utilisation des services de santé est plus grand pour les enfants issus de femmes dont le mari est sans instruction<sup>43</sup>. Ceci nous pousse à se demander d'une part s'il ne faut prendre en considération l'éducation du père comme ayant un impact égal ou supérieur à celui de l'éducation de la mère sur la survie de l'enfant ? D'autre part, est ce que la relation entre instruction formelle et éducation sanitaire n'est pas dépendante de facteurs socio-culturels ?

#### ***IV.2. Le taux de couverture vaccinale***

Après leur naissance, les enfants doivent bénéficier de soins qui permettront de préserver leur santé contre un certain nombre de maladies. Cette préservation se fait sous forme de vaccination. En effet, l'OMS recommande un programme élargi d'immunisation des enfants avant leur premier anniversaire contre les différentes maladies de l'enfance. Ce programme simple et efficace permet de tenir en échec six maladies infectieuses meurtrières et par conséquent de réduire d'une façon significative la mortalité des enfants.

---

<sup>41</sup> Direction de la Statistique (1999), *Condition socio-économique de la femme au Maroc*, Rapport de synthèse, Volume n°1, Enquête Nationale sur le Budget Temps des Femmes 1997-98, Rabat, Maroc, 152 p.

<sup>42</sup> Friedl John (1982), « Mecanisms of interaction between education and health : Discussion » in *Health Policy and Education*, vol.3, pp. 101-104.

<sup>43</sup> Stewart Kate and Smmerfelt A. Elisabeth (1991), « Utilization of maternity care services : a comparative study usin DHS data in Demographic and Health Surveys » in *World Conference*, August 5-7 1991, vol.3, Washington DC, pp. 257-288.

*Le taux de couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois est le pourcentage des enfants qui ont reçu les cinq vaccins (BCG, la rougeole et trois doses de DTCoq et de polio);*

La vaccination des enfants en bas âge contre les six principales maladies de l'enfance constitue un pilier majeur de l'action entreprise en faveur de la santé de l'enfant. Ainsi en 1997/98, sur 100 enfants âgés de 12 à 23 mois, 89 sont complètement vaccinés (cartes et interrogatoire), dont 52% ayant une carte de vaccination. Par milieu de résidence, le taux de couverture vaccinale est de 93% en milieu urbain et de 85% en milieu rural. Ce résultat est dû principalement aux journées nationales de vaccination<sup>44</sup>.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête EPPS-Maroc de 1995 montrent que le taux de couverture vaccinale diffère peu selon le sexe, mais il est très variable selon le rang de naissance : 96% pour le rang 1 contre 79% pour les rangs 6 et plus. L'immunisation complète est nettement supérieure en milieu urbain (97%) qu'en milieu rural (78%).

En 1995, l'instruction de la mère est en étroite corrélation avec la couverture vaccinale : 95% des enfants de mère de niveau secondaire ou plus ont reçu toutes les vaccinations contre 82% des enfants de mère sans instruction<sup>45</sup>. Les résultats enregistrés au Maroc sont moins discriminatoires puisque les écarts ne sont plus que de 13%, alors qu'ils étaient en 1992 de 24% entre les groupes d'instruction extrêmes, contre 27% en Egypte et 17% en Tunisie. Il est vrai que cet indicateur de l'état de santé de l'enfant et aussi d'utilisation des services de soins se révèle particulièrement sensible aux campagnes de vaccination entreprises<sup>46</sup>.

Cependant, la vaccination n'est efficace que si le calendrier vaccinal recommandé est respecté. En effet, "il a été constaté que le calendrier vaccinal des enfants du milieu rural accuse un retard par rapport à celui des enfants urbains. De même, les enfants de mères instruites sont vaccinés plus tôt que les enfants de mères analphabètes. En plus, les parents ont tendance à vacciner les garçons un peu plus rapidement que les filles"<sup>47</sup>.

### ***IV.3. La densité par pièce ou le taux d'occupation***

L'état de santé d'une population est en grande partie lié aux conditions d'hygiène du milieu et surtout aux conditions vécues dans le logement à savoir le type et la nature du logement, la densité par pièce et la disponibilité dans le logement de certains équipements.

En 1994, 18% des ménages urbains vivent dans une pièce contre 13% des ménages ruraux. Il est vrai que le nombre de pièce d'habitation par ménage s'est amélioré dans le temps, avec 2,8 par ménage dans le milieu urbain et 3,1 dans le milieu rural en 1994, mais ceci n'empêche pas que

<sup>44</sup> Ministère de la Santé (1998), op. cit.

<sup>45</sup> Ministère de la Santé Publique (1996), op. cit.

<sup>46</sup> Tabutin, D. et Gourbin C. (1997) ; « Mortalité et santé des enfants en Afrique du Nord depuis les années soixante, une synthèse comparative » in Cahiers de l'Institut de Recherches et d'Etudes sur le Monde Arabe et Musulman, *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb*, Cahiers n°9/10, Aix-en-Provence, France, pp 9-29.

<sup>47</sup> Sadiki Mohamed (1996), *Ségrégation entre garçons et filles, de moins de cinq ans, en matière de santé, de morbidité et de mortalité : cas du Maroc*, mémoire du troisième cycle en démographie, INSEA, Rabat Maroc, 109 p.

presque deux personnes en moyenne vivent dans une seule pièce dans le milieu urbain contre plus de 2 par pièce dans le milieu rural ;

*Le taux d'occupation est le nombre moyen de personnes par pièce d'habitation;*

#### ***IV.4. Le taux d'urbanisation***

Les plus notables divergences en matière de mortalité se retrouvent entre milieu urbain et milieu rural. L'urbanisation et les conditions de vie qu'elle induit, constituent l'un des facteurs essentiels de divergence en matière de mortalité. En milieu rural, le niveau social et économique, généralement bas, de la population et la dispersion de l'habitat ne permettent pas l'instauration d'infrastructures nécessaires à une vie saine, avec le minimum de risque.

*Le taux d'urbanisation est le rapport de la population urbaine à la population totale une année donnée;*

En effet, en 1991, il a été constaté que « sur 10 pauvres, près de 7 habitent les douars ruraux, 2 relèvent des centres urbains et villes moyennes et seulement 1 réside dans une grande ville. Le même profil semble se dessiner en 1995 »<sup>48</sup>. Sur la période 1992-1997, les différences de mortalité infantile entre les deux milieux varient de 24‰ dans le milieu urbain à 46‰ dans le milieu rural, soit presque le double.

Les différences de mortalité proviennent des disparités dans la disponibilité, l'accès et la fréquentation des infrastructures sanitaires. Elles pourraient également être dues aux inégalités socio-économiques et culturelles entre les deux milieux.

La tendance à l'urbanisation que connaît notre pays et l'objectif de rendre plus accessible les services de santé dans le milieu rural rendent une politique de santé par milieu obligatoire. A défaut une politique au niveau national risque d'entraîner une baisse des services sanitaires dans les zones urbaines ou dans les zones rurales.

#### ***IV.5. La région de résidence***

La variation de la mortalité selon la région de résidence résulte des effets combinés des différences dans les conditions climatiques, géographiques, socio-économiques et sociales.

A titre d'exemple, la mortalité néonatale varie, en 1995, de 21,9‰ dans la région de l'Oriental à 62,8‰ dans la région du Centre-Nord. Cette dernière, avec seulement 39,9‰ comme quotient de mortalité en 1992, avait la mortalité néonatale la plus haute de toutes les régions du Maroc. Ainsi, entre 1992 et 1995, la mortalité néonatale de cette région a enregistré une augmentation de presque 23 points. Sur la même période la mortalité infantile de la même région s'est accrue de 35 points et la mortalité infanto-juvénile de 23 points.

Les changements de répartition géographique de la population doivent également être pris en compte dans l'effet de la dynamique de la population sur les besoins de santé. Si certaines régions croissent plus rapidement que d'autres en raison d'une croissance naturelle plus rapide ou

<sup>48</sup> CERED (1997b), op. cit. p 85.

de l'immigration, ce phénomène affectera clairement la répartition géographique des besoins de services sanitaires et doit être prise en compte dans la politique de la santé.

### ***Conclusion***

La santé reproductive est un concept positif, global et dynamique où l'interaction entre l'individu et son environnement socio-culturel, sanitaire et économique est un enjeu de taille. Les besoins non satisfaits dans les domaines de la contraception, la charge de morbidité et de mortalité maternelle, la prévalence des maladies sexuellement transmissibles sont autant de situations qui ont amené les décideurs politiques, les gestionnaires et les praticiens à élargir la gamme des services de santé d'une part, et à mener des actions visant le changement de l'environnement à travers un plaidoyer pour la santé reproductive d'autre part.

Le concept "Santé reproductive" implique un élargissement à la fois du contenu des soins de santé et des groupes de population ciblés. Il s'agit désormais de mettre sur pied des programmes comportant des mesures, des méthodes des techniques et des services pour la résolution des problèmes de la prévention et la promotion de la santé y compris la santé sexuelle tenant compte des besoins des femmes, des hommes et des adolescents.

Par ailleurs, la situation de la santé maternelle au Maroc, qui reste comparable à celle des autres pays qui ont un niveau de développement proche du notre, traduit un retard du système de santé dans la lutte contre ce fléau. En effet, les conditions défavorables pour la santé maternelle sont réunies, particulièrement l'utilisation faible des soins maternels curatifs (57% d'accouchements se font encore à domicile) et préventifs (42% de femmes enceintes ne suivent pas les consultations prénatales), d'une fécondité encore élevée notamment en milieu rural, d'un taux de césarienne dépassant à peine 3% (5,6% en milieu urbain et 1,5% en milieu rural).

L'analyse de la structure et de la tendance de la mortalité a montré une différence notable de mortalité par sexe, par âge, par milieu de résidence. Par ailleurs, sur toutes les tranches d'âges, il a été relevé une surmortalité masculine sauf entre 5 et 14 ans et après 75 ans où une surmortalité féminine persiste encore. La surmortalité rurale est présente dans tous les cas. Il est intéressant de relever que la transition de la mortalité au Maroc s'est poursuivie jusqu'à très récemment en 1997, et ce malgré le désengagement relatif de l'Etat du système de santé et la prise en charge progressive des coûts de santé par les familles.

Ainsi, le Maroc est appelé à renforcer ses programmes et ses stratégies pour combler les besoins en matière de santé reproductive et atténuer les différences en matière de mortalité par, entre autres, une généralisation de la couverture vaccinale, la réduction des différences régionale et sexuelle en matière de santé, et ce par une meilleure accessibilité des soins.

Toutefois, ces objectifs ne peuvent se réaliser que dans le cadre d'une politique de population intégrée dans les domaines sanitaire, social, éducatif, associatif, environnemental. Ce cadre est offert par la Commission Supérieure de la Population, où les principaux ministères, l'université et des ONG sont représentés.

## ANNEXES

### Méthode des sœurs

**Les données collectées :** Les données sont collectées lors d'une enquête démographique sur la fécondité auprès des femmes d'âge fécond. Quatre questions, posées à des individus adultes (femmes ou hommes) sur la vie de leurs sœurs, sont à l'origine de ces données.

- **Combien avez-vous de sœurs (issues de votre mère) qui ont atteint l'âge 15 ans, y compris celles qui sont aujourd'hui décédées ?** (Population soumise au risque);

- **Combien, parmi vos sœurs ayant atteint l'âge de 15 ans, sont aujourd'hui décédées ?** (Nombre de sœurs adultes décédées);

- **Combien, parmi vos sœurs décédées, sont mortes lorsqu'elles étaient enceintes, ou durant l'accouchement, ou durant la période de 6 semaines suivant l'issue de la grossesse ?** (Nombre total des sœurs décédées de mort maternelle).

**Le procédé de calcul :**

Cinq étapes, sont à la base du procédé de calcul :

**Étape 1 :** Dans cette étape, il faut ajuster le nombre des sœurs amenées à être exposées au risque de mort maternelle pour les deux premiers groupes d'âges des répondants (15-19 ans et 20-24 ans) en utilisant le coefficient FACC, calculé comme suit :

$$\sum_{i=3}^7 \frac{NSNC(i)}{NR(i)}; \text{ avec } NSNC(15-19)=NSNC(1)=NR(1) \times FACC$$

$$NSNC(20-24)=NSNC(2)=NR(2) \times FACC$$

NSNC(i) et NR(i), désignent respectivement le nombre de sœurs non-célibataires exposées et le nombre d'enquêtés d'âge i;

**Étape 2 :** La seconde étape consiste à calculer les unités d'exposition au risque de décéder de mort maternelle des sœurs non célibataires (UE(i)). Mais, au préalable, il faut ajuster le nombre de décès maternels, NDM(i) pour le nombre de sœurs déclarées exposées (NR(i)), moyennant les coefficients

c(i) de Filippi et Graham (1990).  $C(i) = \frac{\Pi(i)}{q(i)}$ ; avec  $\Pi(i)$  et  $q(i)$  sont respectivement, la

proportion de sœurs décédées de mort maternelle rapportée aux répondants d'âge i, et la probabilité de décéder de mort maternelle à l'âge i.

Le calcul des UE(i) est donné par la formule suivante :  $E(i) = NSNC(i) \times c(i) \quad ; i = 1, \dots, 7$

**Étape 3 :** Dans la troisième étape on calcule le risque moyen de décéder de mort maternelle (q(w)),

qui est donné par la formule suivante :  $q(w) = \sum_{i=1}^7 \frac{DM(i)}{E(i)}$

**Étape 4 :** On calcule, dans cette étape, la proportion de sœurs décédées de mort maternelle (P(i)).

$$P(i) = \frac{DM(i)}{DF(i)}; \quad i = 1, \dots, 7; \text{ avec}$$

DM(i) : le nombre de décès maternels d'âge i;

DF(i) : Les décès féminins déclarés d'âge i.

**Étape 5 :** La dernière étape consiste à calculer le rapport de mortalité maternelle (RMM). Si P, désigne la probabilité d'échapper à la mort maternelle sur l'ensemble de la durée féconde, alors elle

est donnée par l'équation suivante:  $P = \prod_{i=1}^7 (1 - q(i))$

Or, les femmes donnent en moyenne ISF (Indice synthétique de fécondité) naissances. Donc, P est la probabilité d'échapper ISF fois de suite au risque de mort maternelle encouru à chaque naissance.

$$P = (1 - RMM)^{ISF}; \text{ ou encore } RMM = 1 - P^{1/ISF}$$

Le risque moyen de décéder de mort maternelle se calcule comme suit :

$$RMM = 1 - (1 - q(w))^{1/ISF}$$

**Tableau 1 : Liste récapitulative des indicateurs proposés par secteur**

Le secteur et l'indicateur	Signification (ou définition)	Sources des données à utiliser dans le calcul de l'indicateur	Observations
<b>Planification familiale</b>			
<b>Proportion de la connaissance contraceptive</b>	La proportion de femmes et de femmes actuellement mariées connaissant une méthode contraceptive.	ENPS-I de 1987, ENPS-II de 1992 et EPPS de 1995.	
<b>Taux de prévalence contraceptive</b>	La proportion de femmes ou de femmes actuellement mariées utilisant une méthode contraceptive au moment de l'enquête	ENPS-I de 1987, ENPS-II de 1992, EPPS de 1995 et PAPCHILD de 1997	
<b>Ecart entre connaissance et pratique contraceptive</b>	L'indice d'écart entre la connaissance et la pratique contraceptive est mesuré à partir de la différence à l'unité du rapport entre l'effectif des femmes utilisant la contraception et celui des femmes la connaissant	ENPS-I de 1987, ENPS-II de 1992 et EPPS de 1995.	
<b>Proportion de besoins non-satisfait en matière de planification familiale</b>	La proportion de femmes mariées, fécondes, n'utilisant aucune méthode de contraception au moment de l'interview et souhaitant soit différer la prochaine grossesse d'au moins deux ans, soit ne plus en avoir	ENPS-I de 1987, ENPS-II de 1992 et EPPS de 1995.	
<b>Santé maternelle</b>			
<b>Rapport de mortalité maternelle (méthode directe)</b>	Le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	ENPS-II de 1992 et EPPS de 1995.	
<b>Rapport de mortalité maternelle (méthode des sœurs)</b>	Voir annexe	ENPS-II de 1992 et EPPS de 1995.	
<b>Proportion de consultation prénatale</b>	La proportion des naissances pour lesquelles les mères ont eu des consultations prénatales. Au Maroc, le schéma de la consultation prénatale prévoit trois visites à raison d'une visite par trimestre de grossesse	ENPS-I de 1987, ENPS-II de 1992, EPPS de 1995 et PAPCHILD de 1997	
<b>Proportion d'assistance lors de l'accouchement</b>	La proportion des naissances pour lesquelles leurs mères ont accouché par professionnelle de la santé	ENPS-I de 1987, ENPS-II de 1992, EPPS de 1995 et PAPCHILD de 1997	
<b>Avortement</b>			
<b>Taux d'avortement</b>	Le nombre d'avortements par femme non-célibataire âgée de 15-49 ans durant une année donnée multiplié par 30 ans qui correspond au nombre d'années d'exposition	ENPS-II de 1992 et EPPS de 1995.	
<b>Rapport d'avortement</b>	Le nombre d'avortements par 1000 naissances vivantes durant une année donnée	ENPS-II de 1992 et EPPS de 1995.	

<b>Avortement (Suite)</b>			
<b>Indice d'avortement (estimation indirecte)</b>	Voir annexe	ENPS-I de 1987, ENPS-II de 1992 et EPPS de 1995.	
<b>Effectif des personnes atteintes par les MST</b>	Le nombre de cas déclaré	Ministère de la santé	
<b>Effectif des personnes atteintes par VIH-SIDA</b>	Le nombre de cas déclaré	Ministère de la santé	
<b>Mortalité</b>			
<b>Taux brut de mortalité (‰)</b>	Le nombre annuel de décès pour 1000 personnes	<b>N</b> : L'état civil <b>D</b> : Recensements ou des projections de la population - Ce taux peut être aussi obtenu par une enquête démographique	Ne peut être calculé pour le Maroc en absence d'une enquête démographique
<b>Quotient de mortalité par âge (‰)</b>	Le risque de décéder à un certain âge au cours d'une année	<b>N</b> : Etat civil <b>D</b> : Recensements ou des projections de la population	Ne peut être calculé pour le Maroc actuellement
<b>Taux de mortalité par cause (‰)</b>	Taux de mortalité par une cause est le rapport des décès par cette cause observés une année donnée, à la population totale de la même année	<b>N</b> : l'état civil <b>D</b> : Etat Civil	Ne peut être calculé pour le Maroc actuellement
<b>Taux proportionnel de mortalité pour une cause (‰)</b>	Taux proportionnel de mortalité pour une cause est le rapport des décès par cette cause observés une année donnée, au nombre total des décès de la même année	<b>N</b> : l'état civil <b>D</b> : Etat Civil	Ne peut être calculé pour le Maroc actuellement
<b>Taux de létalité d'une maladie (‰)</b>	Le taux de létalité d'une maladie est le nombre de décès par cette maladie pendant une période donnée, au nombre de cas de cette maladie pendant la période	<b>N</b> : l'état civil <b>D</b> : Registres des formations sanitaires	Ne peut être calculé pour le Maroc actuellement
<b>Taux de mortalité fœtale (‰)</b>	Le taux de mortalité fœtale est le nombre de décès intra-utérins connus pour 1000 naissances ou avortements dans la même année	<b>N</b> : l'état civil <b>D</b> : Etat Civil	
<b>Rapport de mortalité fœtale (‰)</b>	Le rapport de mortalité fœtale est obtenu si l'on rapporte les décès intra-utérins aux seules naissances vivantes.	<b>N</b> : l'état civil <b>D</b> : Etat Civil - Ce rapport peut être aussi obtenu par une enquête démographique qui permet le suivi des grossesses	
<b>Taux de mortalité fœtale tardive (‰) ou taux de mortinatalité (‰)</b>	Le taux de mortinatalité, ou taux de mortalité fœtale tardive est défini comme la proportion des morti-naissances parmi les naissances totales	<b>N</b> : l'état civil <b>D</b> : Etat Civil - Ce taux peut être aussi obtenu par une enquête démographique qui permet le suivi des grossesses	

<b>Mortalité (Suite)</b>			
<b>Rapport de mortinatalité (‰)</b>	le rapport de mortinatalité est obtenu en rapportant les morti-naissances aux seules naissances vivantes	N : l'état civil D : Etat Civil - Ce rapport peut être aussi obtenu par une enquête démographique qui permet le suivi des grossesses	
<b>Taux de mortalité périnatale (‰)</b>	Le taux de mortalité périnatale s'obtient en rapportant les morti-naissances et les décès de moins d'une semaine (ou de moins de 28 jours, ou endogènes) à la somme des morti-naissances et des naissances vivantes	N : l'état civil D : Etat Civil - Ce taux peut être aussi obtenu par une enquête démographique qui permet le suivi des grossesses	
<b>Quotient de mortalité néonatale (‰)</b>	Le quotient de mortalité néonatale est obtenu en rapportant les décès des 28 premiers jours sur les naissances vivantes	N : l'état civil D : Etat Civil - Ce quotient peut être aussi obtenu par une enquête démographique	
<b>Quotient de mortalité post-néonatale (‰)</b>	Le quotient de mortalité post-néonatale s'obtient en divisant les décès de moins d'un an de l'année diminués des décès des 28 premiers jours, sur les naissances vivantes de l'année moins les décès des 28 premiers mois	N : l'état civil D : Etat Civil - Ce quotient peut être aussi obtenu par une enquête démographique	
<b>Quotient de mortalité infantile (‰)</b>	Le quotient de mortalité infantile est obtenu en rapportant les décès de moins d'un an survenus pendant une année, soit au nombre de naissances vivantes de la même année, soit à une moyenne pondérée des naissances de cette année et de celles de l'année précédente. Il mesure le risque de décéder au cours de la première année de vie, de la naissance jusqu'à l'âge exact de 1 an.	N : l'état civil D : Etat Civil - Ce quotient peut être aussi obtenu par une enquête démographique	
<b>Quotient de mortalité juvénile (‰)</b>	Le quotient de mortalité juvénile est obtenu par le rapport des décès des enfants de 1 à 4 ans révolus observés au cours d'une année sur l'effectif des enfants du même âge.	N : l'état civil D : Etat Civil - Ce quotient peut être aussi obtenu par une enquête démographique	
<b>Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans ou infanto-juvénile (‰)</b>	Le quotient de mortalité infanto-juvénile est obtenu par le rapport des décès des enfants de 0 à 4 ans révolus observés au cours d'une année sur l'effectif des enfants du même âge.	N : l'état civil D : Etat Civil - Ce quotient peut être aussi obtenu par une enquête démographique	

<b>Espérance de vie à la naissance</b>	L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut vivre dans les conditions de mortalité de l'année étudiée	N : l'état civil D : Etat Civil - Il peut être obtenu par une enquête démographique représentative par groupe d'âges	
<b>Quelques indicateurs des secteurs influençant la santé et la mortalité</b>			
<b>Taux d'analphabétisme (10 ans et plus) (%)</b>	Le taux d'analphabétisme est le pourcentage des personnes âgées de 10 ans et plus qui ne peuvent pas lire et/ou ne peuvent pas écrire un texte	N : Recensement ou enquête D : Recensement ou enquête	
<b>Taux d'occupation</b>	Le taux d'occupation est le nombre moyen de personnes par pièce d'habitation	N : Recensement ou enquête D : Recensement ou enquête	
<b>Le taux annuel moyen d'accroissement</b>	Le taux annuel moyen d'accroissement de la population est obtenu par la division de l'accroissement global observé de la population (totale ou par milieu de résidence), par le nombre d'années d'observation, qu'on rapporte à l'effectif moyen	N : Recensement D : Recensement	
<b>Taux d'urbanisation (%)</b>	Le taux d'urbanisation est le rapport de la population urbaine à la population totale une année donnée.	N : Recensement ou enquête ou les projections D : Recensement ou enquête ou les projections	
<b>Taux de couverture vaccinale</b>	Le taux de couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois est le pourcentage des enfants qui ont reçu les cinq vaccins (BCG, la rougeole et trois doses de DTCoq et de polio),	N : enquête D : enquête	

**Tableau 2.1 : Evolution des intensités des indicateurs de la mortalité sélectionnés pour le suivi et l'évaluation de la politique de population, par milieu de résidence et par sexe**

Intitulé de l'indicateur et Date de référence	Sources des données	Urbain			Rural			Ensemble			Observations
		Masc.	Fémi.	Total	Masc.	Fémi.	Total	Masc.	Fémi.	Total	
Planification familiale											
<b>Proportion (en %) de la connaissance contraceptive</b>											
1992	ENPS-II 1992	-	-	99.8	-	-	98.3	-	-	99.0	Toutes méthodes
1995	EPPS 1995	-	-	99.8	-	-	99.7	-	-	99.8	
1992	ENPS-II 1992	-	-	99.8	-	-	98.2	-	-	99.8	Méthodes modernes
1995	EPPS 1995	-	-	99.8	-	-	99.7	-	-	99.8	
1997	PAPCHILD 1997	-	-	-	-	-	-	-	-	99,7	Toutes méthodes
1997	PAPCHILD 1997	-	-	-	-	-	-	-	-	99,7	Méthodes modernes
1997	PAPCHILD 1997	-	-	-	-	-	-	-	-	94,0	Méthodes traditionnelles
<b>Taux (en%) de prévalence contraceptive</b>											
1987	ENPS-I 1987			52			25			35.9	Toutes méthodes (femmes mariées)
1992	ENPS-II 1992			54.5			31.6			41.5	
1995	PANEL 1995			64.2			39.2			50.3	
1997	PAPCHILD 1997			65.8			50.7			58.8	
1987	ENPS-I 1987										Méthodes modernes (femmes mariées)
1992	ENPS-II 1992			45.8			27.7			35.5	
1995	PANEL 1995			51.0			35.6			42.4	
1997	PAPCHILD 1997			-			-			51.5	
1987	ENPS-I 1987										Méthodes traditionnelles (femmes mariées)
1992	ENPS-II 1992			8.7			3.9			6.0	
1995	PANEL 1995			13.2			3.6			7.9	
1997	PAPCHILD 1997			-			-			7.4	

<b>Ecart (en%) entre connaissance et pratique contraceptive</b>											
1992	ENPS-II 1992			45			67			58	Toutes méthodes (femmes mariées)
1995	PANEL 1995			54			71			63	
1992	ENPS-II 1992			36			61			50	Méthodes modernes (femmes mariées)
1995	PANEL 1995			49			64			57	
1997	PAPCHILD 1997									40,9	Toutes méthodes
1997	PAPCHILD 1997									48,2	Méthodes modernes
<b>Proportion (en %) de besoins non-satisfait en matière de planification familiale</b>											
1987	ENPS-I 1987			15.8			12.3			11.5	
1992	ENPS-II 1992			26.6			24.7			19.8	
1995	PANEL 1995			22.1			19.3			16.1	
1987	ENPS-I 1987			9.1			4.7			3.6	Pour espacement des naissances
1992	ENPS-II 1992			14.9			10.3			8.4	
1995	PANEL 1995			12.5			7.9			6.3	
1987	ENPS-I 1987			6.7			7.6			7.9	Pour limitation des naissances
1992	ENPS-II 1992			11.7			14.4			11.4	
1995	PANEL 1995			9.6			11.4			9.8	
<b>Santé maternelle (Mortalité maternelle)</b>											
<b>Rapport de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances)</b>											
1978-84	ENPS-II 1992			249			423			359	Méthode des sœurs
1980-92	ENPS-II 1992			284			362			332	
1992-97	PAPCHILD 1997			125			307			228	Méthode directe
<b>Soins de santé maternelle</b>											
<b>Proportion (en %) de la consultation prénatale</b>											
1987	ENPS-I 1987	-	-	49	-	-	13	-	-	25	
1992	ENPS-II 1992	-	-	61	-	-	18	-	-	33	
1995	PANEL 1995	-	-	79	-	-	28	-	-	45	
1997	PAPCHILD 1997	-	-	69	-	-	20	-	-	42	
<b>Proportion (en %) d'Assistance lors de l'accouchement</b>											
1987	ENPS-I 1987	-	-	56.2	-	-	10.6	-	-	26.0	
1992	ENPS-II 1992	-	-	63.7	-	-	13.8	-	-	31.0	
1995	PANEL 1995	-	-	80.3	-	-	19.3	-	-	39.6	

<b>Taux des interventions obstétricales (Taux de césarienne)</b>											
1989	INAS 1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0
1995	SMSM 1996	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2
1997	PAPCHILD 1997	-	-	5,6	-	-	1,5	-	-	-	3.1
<b>Les maladies sexuellement transmissibles</b>											
<b>Nombre de cas des MST déclarés</b>											
1991	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50.567
1993	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	101.065
1995	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150.541
1996	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	156.772
1997	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	189.021
<b>Nombre de cas cumulés de VIH-SIDA</b>											
1986	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1987	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
1988	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
1989	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44
1990	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70
1991	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90
1992	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	128
1993	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	172
1994	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	249
1995	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	306
1996	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	372
1997	Ministère de la santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	434
<b>La mortalité</b>											
<b>Taux brut de mortalité (‰)</b>											
1962	EOM 61-63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,7
1980	CERED 1986	-	-	7,5	-	-	12,9	-	-	-	10,6
1987	ENDPR 86-88	5,2	4,2	4,7	10,2	8,6	9,4	8,1	6,7	-	7,4
1994	CERED 1997	-	-	4,9	-	-	8,6	-	-	-	6,7
1997	CERED 1997	-	-	5,0	-	-	7,9	-	-	-	6,3
1999	CERED 1997	-	-	4,9	-	-	7,5	-	-	-	6,1

<b>Mortalité néonatale (‰)</b>											
1975-79	ENFPF 79-80	-	-					46	53	50	
1982-86	ENPS-I 1987	-	-					43,5	38,7	41,1	
1987	ENDPR 86-88	-	-					44,9	41,5	43,2	
10 ans avant	ENPS-II 1992	-	-	29,9			36,2	38,7	29,1	34,0	
10 ans avant	PANEL 1995	-	-	29,9			43,3	42,2	35,4	38,8	
1992-1997	PAPCHILD 97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19,7
<b>Quotient de mortalité post-néonatale (‰)</b>											
1975-79	ENFPF 79-80	-	-		-	-		42	38	41	
1982-86	ENPS-I 1987	-	-		-	-		32,5	31,8	32,2	
1987	ENDPR 86-88	-	-		-	-		31,1	26,3	28,9	
10 ans avant	ENPS-II 1992	-	-	22,0	-	-	33,1	30,0	28,3	29,2	
10 ans avant	PANEL 1995	-	-	11,4	-	-	43,3	27,2	27,2	27,2	
1992-1997	PAPCHILD 1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16,9
<b>Quotient de mortalité infantile (‰)</b>											
1962	EOM 61-63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 49
1975-79	ENFPF 79-80	-	-	-	-	-	-	91	91	91	
1980	CERED 1986	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92
1977-86	ENPS-I 1987	-	-	66,1	-	-	91,0	83,4	81,4	82,4	
1982-86	ENPS-I 1987	-	-	-	-	-	-	76,0	70,5	73,3	
1987	ENDPR 86-88	-	-	45,5	-	-	89,7	81,4	69,8	75,7	
10 ans avant	ENPS-II 1992	-	-	51,9	-	-	69,3	68,6	57,4	63,1	
10 ans avant	PANEL 1995	-	-	41,4	-	-	78,6	69,4	62,6	66,0	
1992-1997	PAPCHILD 1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36,6
<b>Quotient de mortalité juvénile(‰)</b>											
1962	EOM 61-63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75
1975-79	ENFPF 79-80	-	-	-	-	-	-	44	60	52	
1977-86	ENPS-I 1987	-	-	16,4	-	-	51,0	38,2	39,3	38,7	
1982-86	ENPS-I 1987	-	-	-	-	-	-	31,1	31,3	31,2	
1987	ENDPR 86-88	-	-	10,8	-	-	41,0	30,2	31,2	30,7	
10 ans avant	ENPS-II 1992	-	-	7,2	-	-	30,7	20,7	23,6	22,1	
10 ans avant	PANEL 1995	-	-	5,2	-	-	27,8	21,1	18,7	19,9	
1992-1997	PAPCHILD 1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,8

<b>Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans (‰)</b>											
1962	EOM 61-63	-	-	-	-	-	-	-	-	213,0	
1975-79	ENFPF 79-80	-	-	-	-	-	-	131	145	138,0	
1977-86	ENPS-I 1987	-	-	81,4	-	-	137,3	118,4	117,5	118,0	
1982-86	ENPS-I 1987	-	-	-	-	-	-	104,7	99,6	102,2	
1987	ENDPR 86-88	-	-	55,9	-	-	127,1	109,1	98,8	104,1	
10 ans avant	ENPS-II 1992	-	-	58,7	-	-	97,8	88,0	79,6	83,9	
10 ans avant	PANEL 1995	-	-	46,4	-	-	104,2	89,0	80,1	84,6	
1992-1997	PAPCHILD 1997	-	-	-	-	-	-	-	-	45,8	
<b>Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances</b>											
1972	CERED 1997	-	-	-	-	-	-	-	-	631	
1980	CERED 1997	-	-	-	-	-	-	-	-	404	
1978-84	ENPS-II 1992	-	-	249	-	-	423	-	-	359	
1985-91	ENPS-II 1992	-	-	284	-	-	362	-	-	332	
1992-1997	PAPCHILD 1997	-	-	125	-	-	307	-	-	228	
<b>Espérance de vie à la naissance</b>											
1962	EOM 61-63			57,0			43,0			47,0	
1967	CERED 1986									48,2	
1980	CERED 1986	63,0	65,0	64,0	55,4	57,6	56,5	58,1	60,2	59,1	
1987	ENDPR 86-88	67,8	71,8	69,7	61,1	63,0	62,0	63,7	66,4	65,0	
1997	CERED 1997	70,1	74,4	72,2	65,0	66,9	65,9	67,1	70,7	68,8	
1999	CERED 1997	70,6	74,9	72,7	-	-	-	67,5	71,5	69,5	
<b>Indicateurs des secteurs influençant</b>											
<b>Taux d'analphabétisme (10 ans et plus) (%)</b>											
1960	RGPH 60	58	88	73	85	99	72	78	96	87	
1971	RGPH 71	39	68	54	76	98	87	63	87	75	
1982	RGPH 82	30	57	44	68	95	82	51	78	65	
1994	RGPH 94	25	49	37	61	89	75	41	67	55	
1997-1998	ENBTF 19997/98	19,8	42,4	31,5	49,3	82,3	66,3	32,8	60,0	46,8	
<b>Taux d'occupation</b>											
1971	RGPH 71	-	-	2,3	-	-	2,9	-	-	2,6	
1982	RGPH 82	-	-	2,1	-	-	2,3	-	-	2,2	
1985	DS (1997)	-	-	-	-	-	-	-	-	2,2	

1991	DS (1997)	-	-		-	-		-	-	1,9	
1994	RGPH 94	-	-	1,8	-	-	2,2	-	-	2,0	
1995	DS (1997)	-	-		-	-		-	-	2,0	
1996	DS (1997)	-	-		-	-		-	-	2,2	
<b>Le taux d'accroissement annuel moyen</b>											
1960-1971	CERED 1997	-	-	4,13	-	-	1,72	-	-	2,51	
1971-1982	CERED 1997	-	-	4,24	-	-	1,44	-	-	2,57	
1982-1994	CERED 1997	-	-	3,64	-	-	0,67	-	-	2,06	
1994-1997	CERED 1997	-	-	3,01	-	-	0,36	-	-	1,73	
1997-1999	CERED 1997	-	-	2,91	-	-	0,17	-	-	1,66	
<b>Le taux d'urbanisation (%)</b>											
1960	RGPH 60	-	-	-	-	-	-	-	-	29,1	
1971	RGPH 71	-	-	-	-	-	-	-	-	35,1	
1982	RGPH 82	-	-	-	-	-	-	-	-	42,7	
1994	RGPH 94	-	-	-	-	-	-	-	-	51,4	
1997	CERED 97	-	-	-	-	-	-	-	-	53,2	
1999	CERED 97	-	-	-	-	-	-	-	-	54,6	
<b>Taux de couverture vaccinale (%)</b>											
1987	ENPS 87	-	-	82,8	-	-	67,7	68,8	70,9	69,8	
1992	ENPS 1992	-	-	93,7	-	-	66,7	75,5	76,0	75,7	
1995	EPPS 95	-	-	96,7	-	-	78,1	87,5	82,8	85	
1997	PAPCHILD 1997	-	-	93,7	-	-	84,9	-	-	88,7	
<b>Taux de discontinuation de la contraception (en %) sur les 12 premiers mois qui suivent l'utilisation</b>											
1995	EPPS DE 1995	-	-	-	-	-	-	-	-	39.6	Pilule
		-	-	-	-	-	-	-	-	16.6	DIU
		-	-	-	-	-	-	-	-	51.1	Abstinence périodique
		-	-	-	-	-	-	-	-	51.9	Retrait

**Tableau 2.2 : Evolution des intensités des indicateurs de la mortalité sélectionnés pour le suivi et l'évaluation de la politique de population, par région et par sexe**

Intitulé de l'indicateur et Date de référence	Sources des données	Urbain			Rural			Ensemble			Observations	
		Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total		
<b>La santé reproductive</b>												
<b>Proportion (en %) de la connaissance contraceptive</b>												
1992	ENPS-II DE 1992	Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	99,7	Toutes méthodes
		Centre-Nord									99,7	
		Centre									99,5	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	99,0	
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	99,8	
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	94,4	
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	99,5	Méthodes modernes
		Centre-Nord									99,7	
		Centre									99,5	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	99,0	
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	99,8	
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	94,4	
1995	PANEL DE 1995	Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	99,8	Toutes méthodes
		Centre-Nord									99,4	
		Centre									99,9	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	99,4	
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	99,6	
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	99,8	Méthodes modernes
		Centre-Nord									99,4	
		Centre									99,9	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	99,4	
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	99,6	
Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0			

Taux de prévalence contraceptive (en%)														
1992	ENPS-II DE 1992	Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	43,6	Toutes méthodes		
		Centre-Nord										33,6		
		Centre										47,0		
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48,4		
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46,0		
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43,1		
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25,8		
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31,7	Méthodes modernes	
		Centre-Nord										27,2		
		Centre										42,6		
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44,1		
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42,4		
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40,1		
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,5		
1995	PANEL DE 1995	Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	49,9	Toutes méthodes		
		Centre-Nord										40,9		
		Centre										57,0		
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49,4		
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63,1		
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53,2		
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37,2		
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38,1	Méthodes modernes	
		Centre-Nord										32,4		
		Centre										50,2		
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44,0		
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52,7		
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48,3		
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31,4		
Ecart entre connaissance et pratique contraceptive (en %)														
1992	ENPS-II DE 1992	Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	Toutes méthodes	
		Centre-Nord											66	
		Centre											53	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52		
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53		
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57		
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69		
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	Méthodes modernes	
		Centre-Nord											59	
		Centre											43	
Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50				
Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37				

Ecart entre connaissance et pratique contraceptive (en %) (Suite)														
1992	ENPS-II DE 1992	Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46		
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63		
1995	PANEL DE 1995	Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	Toutes méthodes	
		Centre-Nord											73	
		Centre											57	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56		
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57		
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60		
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73		
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	62	Méthodes modernes	
		Centre-Nord											67	
		Centre											50	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55		
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47		
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51		
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69		
Proportion (en %) de la consultation prénatale														
1987	ENPS-I DE 1987	Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27		
		Centre-Nord											19	
		Centre											31	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22		
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34		
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19		
1992	ENPS-II DE 1992	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21		
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36		
		Centre-Nord											31	
		Centre											33	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42		
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50		
1995	EPPS DE 1995	Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16		
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29		
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45		
		Centre-Nord											35	
		Centre											52	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63		
Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61				
Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35				
Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39				

Proportion (en %) de la consultation prénatale (Suite)													
1997	PAPCHILD DE 1997	Laayoune Boujdour S,H	-	-	-	-	-	-	-	-	50,0	Cet indicateur concerne les naissances des trois dernières années	
		Guelmim Smara	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0		
		Souss Massa Draâ	-	-	-	-	-	-	-	-	26,5		
		El Gharb Chrarda Bni Hssen	-	-	-	-	-	-	-	-	27,3		
		Chaouia Ourdigha	-	-	-	-	-	-	-	-	44,4		
		Marrakech-Tensift- Haouz	-	-	-	-	-	-	-	-	23,8		
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	47,4		
		Grand Casablanca	-	-	-	-	-	-	-	-	83,3		
		Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	-	-	-	-	-	-	-	-	27,3		
		Doukkala-Abda	-	-	-	-	-	-	-	-	50,0		
		Tadla-Azilal	-	-	-	-	-	-	-	-	33,3		
		Méknès-Tafilalt	-	-	-	-	-	-	-	-	15,4		
		Fès-Boulemane	-	-	-	-	-	-	-	-	36,8		
		Taza-Al Hoceima-Taounate	-	-	-	-	-	-	-	-	15,2		
Tanger-Tétouan	-	-	-	-	-	-	-	-	38,1				
Assistance lors de l'accouchement (en %)													
1987	ENPS-I DE 1987	Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	31,5		
		Centre-Nord										19,1	
		Centre										30,6	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29,2	
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26,7	
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19,0	
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,5	
1992	ENPS-II DE 1992	Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	34,9		
		Centre-Nord										24,8	
		Centre										33,1	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51,2	
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37,7	
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20,7	
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23,2	
1995	EPPS DE 1995	Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	43,4		
		Centre-Nord										31,5	
		Centre										52,1	
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53,0	
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53,1	
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24,1	
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26,3	

Assistance lors de l'accouchement (en %) (Suite)												
1997	PAPCHILD DE 1997	Laayoune Boujdour S,H	-	-	-	-	-	-	-	-	75,6	Cet indicateur concerne les naissances des trois dernières années
		Guelmim Smara	-	-	-	-	-	-	-	-	66,7	
		Souss Massa Draâ	-	-	-	-	-	-	-	-	44,2	
		El Gharb Chrarda Bni Hssen	-	-	-	-	-	-	-	-	32,8	
		Chaouia Ourdigha	-	-	-	-	-	-	-	-	40,8	
		Marrakech-Tensift- Al Haouz	-	-	-	-	-	-	-	-	31,3	
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	44,4	
		Grand Casablanca	-	-	-	-	-	-	-	-	77,6	
		Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	-	-	-	-	-	-	-	-	72,1	
		Doukkala-Abda	-	-	-	-	-	-	-	-	51,9	
		Tadla-Azilal	-	-	-	-	-	-	-	-	50,0	
		Méknès-Tafilalt	-	-	-	-	-	-	-	-	37,5	
		Fès-Boulemane	-	-	-	-	-	-	-	-	48,4	
		Taza-Al Hoceima-Taounate	-	-	-	-	-	-	-	-	31,7	
		Tanger-Tétouan	-	-	-	-	-	-	-	-	34,0	
<b>Le secteur de la mortalité</b>												
<b>Taux brut de mortalité (‰)</b>												
1987	ENDPR 86-88	Sud	-	-	4,76	-	-	6,45	10,30	10,63	10,48	Méthodes modernes
		Tensift	-	-	4,08	-	-	8,86	8,87	8,45	8,66	Méthodes modernes
		Centre	-	-	5,30	-	-	8,48	6,86	5,53	6,18	
		Nord-Ouest	-	-	5,83	-	-	8,14	7,26	6,65	6,95	
		Centre-Nord	-	-	4,80	-	-	9,26	10,31	5,82	7,98	
		L'Oriental	-	-	5,68	-	-	9,96	6,50	4,83	5,63	
Centre-Sud	-	-	-	-	-	12,78	8,44	5,88	7,11			
<b>Mortalité néonatale (‰)</b>												
10 ans avant	ENPS 92	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	35,1	
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	33,6	
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	32,6	
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	34,9	
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	27,5	
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	29,5	
Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	27,5			

Mortalité néonatale (%) (Suite)											
10 ans avant	ENPS 95	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	23,5
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	32,7
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	37,1
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	42,1
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	62,8
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	21,9
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	36,8
PAPCHILD 97		Oued Eddahab Lagouira	-	-	-	-	-	-	-	-	....
		Laayoune Boujdour S,H	-	-	-	-	-	-	-	-	18.4
		Guelmim Smara	-	-	-	-	-	-	-	-	21.2
		Souss Massa Draâ	-	-	-	-	-	-	-	-	23.3
		El Gharb Cherrada Bni Hssen	-	-	-	-	-	-	-	-	12.3
		Chaouia Ourdigha	-	-	-	-	-	-	-	-	16.6
		Marrakech-Tensift- Al Haouz	-	-	-	-	-	-	-	-	20.6
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	23.3
		Grand Casablanca	-	-	-	-	-	-	-	-	10.9
		Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	-	-	-	-	-	-	-	-	13.5
		Doukkala-Abda	-	-	-	-	-	-	-	-	14.6
		Tadla-Azilal	-	-	-	-	-	-	-	-	19.4
		Méknès-Tafilalt	-	-	-	-	-	-	-	-	29.5
		Fès-Boulemane	-	-	-	-	-	-	-	-	20.6
		Taza-Al Hoceima-Taounate	-	-	-	-	-	-	-	-	30.7
		Tanger-Tétouan	-	-	-	-	-	-	-	-	20.0
Quotient de mortalité post-néonatale (%)											
10 ans avant	ENPS 92	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	35,4
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	29,3
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	17,4
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	42,4
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	29,9
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	28,1
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	21,3	
10 ans avant	ENPS 95	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	39,1
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	23,7

Quotient de mortalité post-néonatale (‰) (Suite)											
10 ans avant	ENPS 95	Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	11,6
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	31,3
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	42,2
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	28,1
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	9,2
PAPCHILD 97		Oued Eddahab Lagouira	-	-	-	-	-	-	-	-	22,9
		Laayoune Boujdour S,H	-	-	-	-	-	-	-	-	15,4
		Guelmim Smara	-	-	-	-	-	-	-	-	11,7
		Souss Massa Draâ	-	-	-	-	-	-	-	-	21,8
		El Gharb Chrarda Bni Hssen	-	-	-	-	-	-	-	-	15,0
		Chaouia Ourdigha	-	-	-	-	-	-	-	-	12,5
		Marrakech-Tensift- Al Haouz	-	-	-	-	-	-	-	-	19,9
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	11,5
		Grand Casablanca	-	-	-	-	-	-	-	-	4,4
		Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	-	-	-	-	-	-	-	-	8,0
		Doukkala-Abda	-	-	-	-	-	-	-	-	11,9
		Tadla-Azilal	-	-	-	-	-	-	-	-	22,8
		Méknès-Tafilalt	-	-	-	-	-	-	-	-	28,2
		Fès-Boulemane	-	-	-	-	-	-	-	-	17,8
		Taza-Al Hoceima-Taounate	-	-	-	-	-	-	-	-	24,2
Tanger-Tétouan	-	-	-	-	-	-	-	-	22,8		
Quotient de mortalité infantile (‰)											
1977-86	ENPS 87	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	114,1
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	87,2
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	55,9
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	99,3
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	88,8
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	60,2
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	71,3
1987	ENDPR 86-88	Sud	-	-	38,5	-	-	130,3	114,2	112,4	112,8
		Tensift	-	-	49,5	-	-	99,0	89,1	88,6	88,8
		Centre	-	-	24,8	-	-	66,3	51,4	47,0	49,3
		Nord-Ouest	-	-	59,0	-	-	101,9	97,5	73,8	86,2
		Centre-Nord	-	-	73,2	-	-	87,1	91,3	75,9	84,2
		L'Oriental	-	-	56,1	-	-	57,4	61,4	50,7	56,7
		Centre-Sud	-	-	52,9	-	-	50,1	63,0	39,5	51,5

Quotient de mortalité infantile (‰)											
10 ans avant	ENPS 92	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	70,6
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	62,9
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	50,0
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	77,3
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	69,8
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	57,6
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	48,9
10 ans avant	ENPS 95	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	62,6
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	56,5
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	48,8
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	73,5
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	104,9
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	50,0
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	46,0
PAPCHILD 97		Oued Eddahab Lagouira	-	-	-	-	-	-	-	-	22,9
		Laayoune Boujdour S,H	-	-	-	-	-	-	-	-	33,8
		Guelmim Smara	-	-	-	-	-	-	-	-	32,9
		Souss Massa Draâ	-	-	-	-	-	-	-	-	45,1
		El Gharb Chrarda Bni Hssen	-	-	-	-	-	-	-	-	27,3
		Chaouia Ourdigha	-	-	-	-	-	-	-	-	29,1
		Marrakech-Tensift- Haouz	-	-	-	-	-	-	-	-	40,5
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	34,9
		Grand Casablanca	-	-	-	-	-	-	-	-	15,2
		Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	-	-	-	-	-	-	-	-	21,5
		Doukkala-Abda	-	-	-	-	-	-	-	-	26,5
		Tadla-Azilal	-	-	-	-	-	-	-	-	42,3
		Méknès-Tafilalt	-	-	-	-	-	-	-	-	57,7
		Fès-Boulemane	-	-	-	-	-	-	-	-	38,4
		Taza-Al Hoceima-Taounate	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tanger-Tétouan	-	-	-	-	-	-	-	-			
Quotient de mortalité juvénile(‰)											
1977-86	ENPS 87	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	65,5
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	52,3
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	21,9
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	35,2
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	42,1
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	32,5

Quotient de mortalité juvénile(‰) (Suite)											
1977-86	ENPS 87	Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	41,1
1987	ENDPR 1986-87	Sud	-	-	17,0	-	-	62,1	49,9	57,6	53,6
		Tensift	-	-	7,9	-	-	38,6	29,4	33,4	31,6
		Centre	-	-	5,2	-	-	28,5	19,2	16,6	17,9
		Nord-Ouest	-	-	12,9	-	-	48,3	28,1	40,5	34,2
		Centre-Nord	-	-	9,8	-	-	41,6	43,8	24,2	34,1
		L'Oriental	-	-	19,4	-	-	13,5	13,1	19,0	15,9
		Centre-Sud	-	-	17,7	-	-	31,9	27,1	27,6	27,3
10 ans avant	ENPS 92	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	43,1
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	23,6
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	11,0
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	20,2
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	27,7
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	15,7
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	24,5
10 ans avant	ENPS 95	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	46,5
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	10,6
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	10,3
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	25,3
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	17,2
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	6,5
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	16,5
PAPCHILD 97		Oued Eddahab Lagouira	-	-	-	-	-	-	-	-	.....
		Laayoune Boujdour S,H	-	-	-	-	-	-	-	-	.....
		Guelmim Smara	-	-	-	-	-	-	-	-	3,6
		Souss Massa Draâ	-	-	-	-	-	-	-	-	10,3
		El Gharb Chrarda Bni Hssen	-	-	-	-	-	-	-	-	11,8
		Chaouia Ourdigha	-	-	-	-	-	-	-	-	2,5
		Marrakech-Tensift- Haouz	-	-	-	-	-	-	-	-	13,8
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	11,9
		Grand Casablanca	-	-	-	-	-	-	-	-	5,4
		Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	-	-	-	-	-	-	-	-	3,9
		Doukkala-Abda	-	-	-	-	-	-	-	-	5,3
		Tadla-Azilal	-	-	-	-	-	-	-	-	24,3
		Méknès-Tafilalt	-	-	-	-	-	-	-	-	8,1
		Fès-Boulemane	-	-	-	-	-	-	-	-	7,6
		Taza-Al Hoceima-Taounate	-	-	-	-	-	-	-	-	13,9
		Tanger-Tétouan	-	-	-	-	-	-	-	-	12,6

Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans (‰)											
1977-86	ENPS 87	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	172,1
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	134,9
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	76,6
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	131,0
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	127,2
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	90,8
1987	ENDPR 86-88	Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	109,5
		Sud	-	-	54,8	-	-	184,3	158,4	163,5	160,4
		Tensift	-	-	57,0	-	-	133,8	115,9	119,0	117,5
		Centre	-	-	29,9	-	-	92,8	69,6	62,8	66,3
		Nord-Ouest	-	-	71,1	-	-	145,3	122,9	111,3	117,4
		Centre-Nord	-	-	82,2	-	-	125,1	131,1	98,3	115,4
10 ans avant	ENPS 92	L'Oriental	-	-	74,4	-	-	70,1	73,7	68,7	71,7
		Centre-Sud	-	-	69,7	-	-	80,4	88,4	66,0	77,4
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	110,7
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	85,0
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	60,4
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	96,0
10 ans avant	ENPS 95	Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	95,5
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	72,4
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	72,1
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	106,2
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	66,5
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	58,6
PAPCHILD 97		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	96,9
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	120,4
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	56,2
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	61,8
		Oued Eddahab Lagouira	-	-	-	-	-	-	-	-	27,7
		Laayoune Boujdour S,H	-	-	-	-	-	-	-	-	32,4
		Guelmim Smara	-	-	-	-	-	-	-	-	33,9
		Souss Massa Draâ	-	-	-	-	-	-	-	-	54,8
		El Gharb Chrarda Bni Hssen	-	-	-	-	-	-	-	-	40,4
		Chaouia Ourdigha	-	-	-	-	-	-	-	-	30,2
		Marrakech-Tensift- Al Haouz	-	-	-	-	-	-	-	-	54,4
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	44,4
		Grand Casablanca	-	-	-	-	-	-	-	-	19,4
		Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	-	-	-	-	-	-	-	-	24,0
		Doukkala-Abda	-	-	-	-	-	-	-	-	31,1
		Tadla-Azilal	-	-	-	-	-	-	-	-	68,5
		Méknès-Tafilalt	-	-	-	-	-	-	-	-	64,9
Fès-Boulemane	-	-	-	-	-	-	-	-	45,1		
Taza-Al Hoceima-Taounate	-	-	-	-	-	-	-	-	67,1		
Tanger-Tétouan	-	-	-	-	-	-	-	-	56,0		

Espérance de vie à la naissance											
1987	ENDPR 86-88	Sud	-	-	-	-	-	56,9	60,9	59,6	60,2
		Tensift	-	-	68,2	-	-	60,7	63,1	62,1	62,6
		Centre	-	-	72,3	-	-	65,1	66,2	71,3	68,6
		Nord-Ouest	-	-	67,4	-	-	62,1	64,0	64,5	64,2
		Centre-Nord			68,9			62,8	60,9	67,8	64,4
		L'Oriental			68,4			65,5	65,1	69,9	67,1
		Centre-Sud	-	-	66,3	-	-	63,7	63,0	66,9	64,9
Indicateurs des secteurs influençant la santé et la mortalité											
Taux d'analphabétisme (10 ans et plus) (%)											
1994	RGPH 94	Oued-Ed Dahab-Lagouira	-	-	-	-	-	-	37,5	54,2	44,3
		Laayoune-Boujdour-Sakia El Hamra	-	-	-	-	-	-	26,9	51,9	38,9
		Guelmim-Es-Semara	29,1	60,5	44,8	47,3	86,4	69,9	35,9	72,2	55,2
		Sous-Massa-Draa	27,3	57,4	42,0	55,1	91,3	74,6	44,6	80,0	63,0
		Gharb-Chrarda-Béni Hssen	23,2	48,0	35,8	58,3	88,4	73,3	44,2	71,7	58,0
		Chaouia-Ouardigha	24,1	49,6	37,3	56,9	84,4	70,4	44,3	70,2	57,2
		Marrakech-Tensift-Al Haouz	29,4	53,9	42,0	70,7	93,0	81,8	55,8	78,2	67,1
		Oriental	25,9	50,9	38,7	56,6	84,3	71,0	39,2	65,6	52,8
		Grand-Casablanca	19,3	40,0	29,9	39,7	66,3	52,7	20,2	41,1	30,9
		Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	21,8	44,7	33,5	57,2	85,5	71,4	29,2	53,0	41,2
		Doukkala-Abda	25,4	48,6	37,4	68,1	91,6	79,7	53,1	75,6	64,4
		Tadla-Azila	29,8	57,3	44,2	62,2	88,0	75,0	51,3	77,0	64,3
		Meknès-Tafilalet	24,5	50,4	37,9	54,9	84,0	69,4	39,4	66,1	53,0
		Fès-Boulemane	29,5	54,0	42,1	56,1	86,8	71,7	37,6	63,7	51,0
		Taza-Al Houceima-Taounate	24,3	54,3	40,1	57,5	90,8	74,8	50,1	82,4	66,9
		Tanger-Tétouan	24,6	51,0	38,0	59,2	92,5	75,6	39,1	67,9	53,6
		1997-98	ENBTF 97/98	Région Sud	20,5	46,8	33,8	38,0	81,8	63,2	29,6
Gharb-Chrarda-Béni Hssen	27,9			44,6	36,4	47,3	72,6	59,7	38,9	60,1	49,5
Chaouia-Ouardigha	18,8			44,4	32,1	46,8	75,4	60,9	35,9	62,6	49,4
Marrakech-Tensift-Al Haouz	25,7			55,6	40,8	64,0	89,0	66,9	48,9	76,1	62,8
Oriental	24,2			53,2	39,0	50,2	88,1	70,1	44,8	67,9	51,9
Grand-Casablanca	14,7			35,1	25,3	49,0	64,3	55,9	15,8	35,8	26,1
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	21,7			36,8	29,6	42,8	78,1	60,5	25,2	43,2	34,6
Doukkala-Abda	16,8			46,7	32,5	61,3	90,8	75,7	48,0	76,1	62,0
Tadla-Azila	26,9			55,5	42,6	48,3	81,2	74,0	40,1	69,6	55,1
Meknès-Tafilalet	16,3			38,5	28,2	39,3	66,5	53,4	27,2	51,4	40,0
Fès-Boulemane	22,2			37,9	30,0	26,9	71,9	49,1	33,4	46,5	44,9
Taza-Al Houceima-Taounate	20,0			47,6	34,2	50,5	86,4	70,2	41,5	76,0	60,0
Tanger-Tétouan	17,7			39,6	28,8	51,3	90,0	69,9	31,5	59,0	45,1

Taux d'occupation											
1994	RGPH 94	Oued-Ed Dahab-Lagouira	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4
		Laayoune-Boujdour-Sakia El Hamra	-	-	-	-	-	-	-	-	1,9
		Guelmim-Es-Semara	-	-	1,7	-	-	1,8	-	-	1,7
		Sous-Massa-Draa	-	-	1,6	-	-	1,7	-	-	1,7
		Gharb-Chrarda-Béni Hssen	-	-	1,9	-	-	2,4	-	-	2,2
		Chaouia-Ouardigha	-	-	1,9	-	-	2,4	-	-	2,2
		Marrakech-Tensift-Al Haouz	-	-	1,8	-	-	2,0	-	-	1,9
		Oriental	-	-	1,7	-	-	2,1	-	-	1,9
		Grand-Casablanca	-	-	2,0	-	-	2,2	-	-	2,0
		Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	-	-	1,8	-	-	2,9	-	-	2,0
		Doukkala-Abda	-	-	1,8	-	-	2,4	-	-	2,1
		Tadla-Azila	-	-	1,9	-	-	2,2	-	-	2,0
		Meknès-Tafilalet	-	-	1,8	-	-	2,2	-	-	2,0
		Fès-Boulemane	-	-	2,0	-	-	2,3	-	-	2,1
		Taza-Al Houceïma-Taounate	-	-	1,7	-	-	2,1	-	-	2,0
Tanger-Tétouan	-	-	1,8	-	-	2,2	-	-	2,0		
Le taux d'accroissement annuel moyen											
1994	RGPH 94	Oued-Ed Dahab-Lagouira	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Laayoune-Boujdour-Sakia El Hamra	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Guelmim-Es-Semara	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Sous-Massa-Draa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Gharb-Chrarda-Béni Hssen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Chaouia-Ouardigha	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Marrakech-Tensift-Al Haouz	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Grand-Casablanca	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Doukkala-Abda	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Tadla-Azila	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Meknès-Tafilalet	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Fès-Boulemane	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Taza-Al Houceïma-Taounate	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tanger-Tétouan	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
											Information non disponible

Le taux d'urbanisation (%)											
1994	RGPH 94	Oued-Ed Dahab-Lagouira	-	-	-	-	-	-	-	-	84,8
		Laayoune-Boujdour-Sakia El Hamra	-	-	-	-	-	-	-	-	91,6
		Guelmim-Es-Semara	-	-	-	-	-	-	-	-	56,5
		Sous-Massa-Draa	-	-	-	-	-	-	-	-	34,0
		Gharb-Chrarda-Béni Hssen	-	-	-	-	-	-	-	-	38,4
		Chaouia-Ouardigha	-	-	-	-	-	-	-	-	38,3
		Marrakech-Tensift-Al Haouz	-	-	-	-	-	-	-	-	34,9
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	55,2
		Grand-Casablanca	-	-	-	-	-	-	-	-	95,4
		Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	-	-	-	-	-	-	-	-	78,6
		Doukkala-Abda	-	-	-	-	-	-	-	-	34,4
		Tadla-Azila	-	-	-	-	-	-	-	-	33,9
		Meknès-Tafilalet	-	-	-	-	-	-	-	-	50,7
		Fès-Boulemane	-	-	-	-	-	-	-	-	69,1
		Taza-Al Houceima-Taounate	-	-	-	-	-	-	-	-	21,6
		Tanger-Tétouan	-	-	-	-	-	-	-	-	55,9
Taux de couverture vaccinale (%)											
1977-86	ENPS 87	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	58,0
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	78,6
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	70,8
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	65,1
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	78,5
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	63,4
10 ans avant	ENPS 92	Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	81,4
		Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	73,0
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	70,8
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	72,2
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	78,3
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	78,0
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	77,4
Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	90,3		

Taux de couverture vaccinale (%) (Suite)											
10 ans avant	ENPS 95	Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	98,4
		Tensift	-	-	-	-	-	-	-	-	64,1
		Centre	-	-	-	-	-	-	-	-	84,2
		Nord-Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	89,3
		Centre-Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	73,8
		L'Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	95,5
		Centre-Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	95,8
1997	PAPCHILD 96-97	Oued-Ed Dahab-Lagouira	-	-	-	-	-	-	-	-	87,5
		Laayoune-Boujdour-Sakia El Hamra	-	-	-	-	-	-	-	-	91,1
		Guelmim-Es-Semara	-	-	-	-	-	-	-	-	95,0
		Sous-Massa-Draa	-	-	-	-	-	-	-	-	84,7
		Gharb-Chrarda-Béni Hssen	-	-	-	-	-	-	-	-	90,8
		Chaouia-Ouardigha	-	-	-	-	-	-	-	-	90,1
		Marrakech-Tensift-Al Haouz	-	-	-	-	-	-	-	-	85,9
		Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	80,2
		Grand-Casablanca	-	-	-	-	-	-	-	-	95,1
		Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	-	-	-	-	-	-	-	-	93,8
		Doukkala-Abda	-	-	-	-	-	-	-	-	88,8
		Tadla-Azila	-	-	-	-	-	-	-	-	82,8
		Meknès-Tafilalet	-	-	-	-	-	-	-	-	84,5
		Fès-Boulemane	-	-	-	-	-	-	-	-	91,6
		Taza-Al Houceima-Taounate	-	-	-	-	-	-	-	-	76,2
		Tanger-Tétouan	-	-	-	-	-	-	-	-	85,1

