

*Les aspects démographiques et socioculturels  
des facteurs de risque pour la santé  
de la population*

## ***Introduction***

Selon l’OMS, la santé est, non seulement l’absence de la maladie ou d’infirmité, mais l’état de complet bien-être, physique, mental et social. 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.

Les actions en matière de santé sont de deux types. On trouve les actions préventives et les actions curatives. Les premières englobent les facteurs de risques pour la santé. Les secondes touchent le recours aux soins pour réparer les impacts de l’exposition aux risques.

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 de la santé résulte de l’identification par les individus de leurs besoins et de l’expression de ces besoins.

Dans cette étude, nous chercherons à relever les facteurs de risque pour la santé 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 la recherche des causes de ces différences par le recueil d’informations permettant de mesurer le niveau de santé et l’appartenance sociale des individus<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Pour le potentiel et les activités du système de santé marocain, voir l’étude du Dr Abouakil.

## ***I- Le Cadre analytique***

La santé et la mortalité, sont des phénomènes complexes qui dépendent d'une variété de facteurs, et 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>2</sup>.

S'il est aisé d'identifier un grand nombre de facteurs associés à la santé/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>3</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 caractéristiques socio-démographiques ou caractéristiques de l'hôte dans les études de mortalité et de santé. Ces caractéristiques sont fréquemment, si ce n'est pas toujours, source de variations systématiques de mortalité (ou de morbidité) et exercent soit un effet direct sur la santé ou la mortalité, soit

---

<sup>2</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>3</sup> Tabutin, D. et Gourbin C. (1997) op. cit.

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>4</sup>.

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. C'est récemment, qu'on s'est intéressé aux déterminants de la santé. Cette dernière n'étant plus saisie à travers l'état d'extrême 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 et d'une politique de santé en particulier<sup>5</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 en 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 dominant largement à une situation où les maladies dégénératives, cardiaques et cérébro-vasculaires

---

<sup>4</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.

<sup>5</sup> Masuy-Stroobant Godelieve (1997) op. cit.

ainsi que les actes de violence et les accidents vont prendre la première place<sup>6</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>7</sup>. Par conséquent, il est quasiment impossible de se prononcer sur la phase atteinte au Maroc. Mais l'adoption d'un cadre analytique de l'une ou l'autre phase est d'une grande utilité dans le relevé des facteurs de risques pour la santé de la population.

Pendant longtemps, dans la recherche des facteurs de risque pour la santé de la population, on s'est limité à la dichotomie '*développement économique et politique de santé*'; récemment, on s'est intéressé à des éléments plus culturels. Actuellement, on est à la recherche, d'une vision multisectorielle 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 et ce dans le cadre offert par la commission supérieure de la population.

En effet, différents courants explicatifs ont été développés pour l'explication du déclin de la mortalité. Ces courants montrent l'évolution de la connaissance des déterminants de la baisse de la mortalité et les expériences vécues. On distingue quatre grands courants: le courant

---

<sup>6</sup> Tabutin D., (1992), «Transitions et théories de mortalité» in Hubert Gérard et Victor Piché (dir.), *La sociologie des populations*, Universités Francophones, AUPELF/UREF, Montréal, Canada, pp. 257-288.

<sup>7</sup> Si on exclue les données hospitalières.

médico-technologique, le courant économique, le courant nutritionnel, et enfin le courant socioculturel<sup>8</sup>.

Ces divers courants vont et viennent dans le temps et dans l'espace. certains dominants à une époque ne le sont plus à une autre, d'autres émergent pour quelque temps, puis disparaissent avant, peut-être, de renaître. *«Une chose est certaine: la relation simple et le facteur unicausal ne sont plus de mise ; l'interdépendance entre l'économique, le social, le sanitaire et le culturel s'impose dans les faits et dans la réflexion, l'approche systémique devient une nécessité»*<sup>9</sup>.

La santé comme la mortalité dépendent d'une variété de facteurs aussi bien économiques, politiques, et sanitaires que sociaux, culturels et biologiques. Nombre de cadres analytiques essayent de classer et de relier les types de variables selon leur nature (sociale, économique, environnementale, biologique, etc.) ou selon le niveau d'analyse. Beaucoup ont un point commun: ils partent du niveau le plus macro-sociétal (politique, économie, développement, etc.) avant de passer par une série de variables intermédiaires et d'arriver à la morbidité et la mortalité. Mais les chemins, et notamment les variables intermédiaires varient en fonction de la mortalité privilégiée (infantile, juvénile, tous âges), en fonction des contextes étudiés, en fonction aussi des mécanismes ou des variables privilégiées par le chercheur, en fonction enfin du niveau d'analyse retenue (on va d'approches globales à des analyses de risques purement individuels)<sup>10</sup>.

---

<sup>8</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.

<sup>9</sup> Tabutin D., (1992), op. cit.

<sup>10</sup> Tabutin D., (1992), op. cit.

Pour faire l'inventaire de ces 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 remontant les facteurs susceptibles d'y contribuer. 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 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 sans tenir compte du niveau de l'analyse, individuel ou collectif, et ce dans la mesure où les facteurs dégagés constitueront des pistes utiles pour l'action dans le cadre d'une politique multisectorielle de la population au Maroc.

## ***II- Le Bilan de la mortalité et de la santé au Maroc***

Selon le rapport de la CIPD 1994, l'un des grands progrès du XX<sup>ème</sup> 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. Cet allongement tient aux progrès notables enregistrés en matière de santé publique et d'accès aux soins de santé primaires<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Nations Unies (1994), Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Nations Unies, 125 p.

Certes tout le monde meurt mais ni au même âge ni par une même cause. Chacun suit dans sa vie une trajectoire qui lui est spécifique, déterminée par différents paramètres propres au contexte de chaque individu qui vit dans une société.

Nous identifierons les déterminants de la santé à travers les déterminants de la mortalité en raison de son importance en tant que résultat d'extrême non-santé, pour passer ensuite aux déterminants de la santé.

### ***A- Les Niveaux et les tendances de la mortalité et de la santé***

En 1962, presque 19 personnes sur mille décédaient annuellement. Ce taux brut de mortalité a considérablement fléchi depuis. Il a atteint 6,7‰ en 1994 et 6,3‰ en 1997<sup>12</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 7,9‰ contre 5‰ en 1997. Ventilé par sexe, le taux masculin est supérieur au taux féminin (8,1‰ contre 6,7‰ en 1987), soit une différence de 1,4 points.

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 65,9 ans contre 72,2 ans en 1997 respectivement). Les causes de la surmortalité en 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

---

<sup>12</sup> CERED (1997a), Profil socio-démographique du Maroc, Rabat, Maroc.



rurale avaient accès aux services sanitaires, et 50% bénéficiaient d'eau potable<sup>13</sup>.

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 67,1 ans en 1997, alors que pour les femmes, elle était de l'ordre de 49,1 ans en 1967, 69,5 ans en 1994 et elle atteint 70,7 ans en 1997. L'écart entre les espérances de vie des femmes et des hommes est, en moyenne, de 3,2 ans en 1994, et de 3,5 ans en 1997. La hausse de l'espérance de vie des femmes, comme celle de l'ensemble de la population, a eu lieu grâce principalement à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

### ***B- La structure de la mortalité et de la santé***

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.

D'un autre côté, abstraction faite de l'enquête nationale démographique à passages répétés (ENDPR de 86-88), le Maroc manque

---

<sup>13</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.

de données et d'études sur la mortalité aux âges adultes, sur les causes de mortalité, sur la morbidité, sur les normes et les pratiques de santé... il faut attendre peut être longtemps pour avoir des enquêtes sur la santé, la morbidité et la mortalité prenant en compte les caractéristiques nationales.

### ***1. La mortalité et la santé infanto-juvénile***

Les indices de mortalité infantile et juvénile sont souvent utilisés pour résumer le développement socio-économique et l'état de santé d'une population. Ils sont toujours inclus dans la liste des indicateurs de bien-être.

Dans beaucoup de pays en voie de développement, la mortalité encore élevée des 12 ou 24 premiers mois pèse très lourd dans l'espérance de vie à la naissance. Ces premiers mois représentent la période de risque la plus critique que doit affronter un individu jusqu'à un âge très avancé.

Au Maroc, les années soixante ont été caractérisées par une mortalité des enfants (<5 ans) très élevée. 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 en 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.

### ***a) La mortalité Infantile***

Le niveau de mortalité infantile rend compte du développement social d'un pays. La mortalité infantile a depuis longtemps fait l'objet d'un intérêt tout à fait particulier, en raison à la fois des risques de décès importants qui la caractérisent ainsi que de son poids relatif dans le calcul de la durée moyenne de vie ou espérance de vie à la naissance. Une mesure de son importance dans la population à mortalité élevée peut être fournie par l'exemple de la Belgique de 1900. En effet, environ 25% des décès annuels étaient des décès d'enfants de moins d'un an et le total des décès de moins de cinq ans représentait 50% des décès annuels. Aujourd'hui, moins de 1% des décès annuels sont redevables à la mortalité infantile en Belgique<sup>14</sup>.

Au Maroc, 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. En effet, 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%. 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.

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 cette brève description de la mortalité infantile nous passons à sa décomposition en mortalité néonatale (moins d'un mois) et mortalité post-néonatale (un mois à moins d'une année d'âge).

---

<sup>14</sup> Masuy-Stroobant Godelieve (1997). op. cit.

### ***b) La mortalité néonatale***

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, cette part reste 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 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 1975-79 à 29,1‰ en 1992.

Ceci dit, depuis 1982, la mortalité néonatale du sexe masculin a toujours été 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.

### ***c) La mortalité post-néonatale***

A partir du premier mois, la santé de l'enfant est confrontée à l'insalubrité, aux infections respiratoires ou alimentaires. Sur la période 1975-79, 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 les sexes a été réduite à seulement 1,7 points. A l'enquête PAPCHILD de 1997<sup>15</sup>, 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.

### ***d) La mortalité juvénile***

Depuis les années soixante, le Maroc est parvenu à faire baisser de manière sensible le nombre de décès juvéniles. Le quotient de mortalité

---

<sup>15</sup> Ministère de la Santé (1998), *Résultats préliminaires de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant*, PAPCHILD 1997, Rabat, Maroc.

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.

## ***2. La mortalité au-delà de cinq ans***

La seule source de données sur la mortalité générale dont nous disposons pour les tranches d'âges plus élevées est l'Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés (ENDPR) de 1986-88<sup>16</sup>. Nous allons utiliser les tables de mortalité réalisées par le CERED, moyennant les techniques indirectes<sup>17</sup>, qui couvrent les années 1967<sup>18</sup>, ou plus exactement 1962-72, 1980<sup>19</sup> et 1990<sup>20</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

---

<sup>16</sup> Direction de la Statistique (1993), *Enquête Démographique à Passages Répétés 1986-1988*, Rabat, Maroc, 526 p.

<sup>17</sup> Abstraction faite des inconvénients de ces techniques.

<sup>18</sup> CERED (1974), *Tables de mortalité marocaine*, Direction de la Statistique, Rabat, Maroc, 229 p.

<sup>19</sup> CERED (1986), *Analyse et tendances démographiques au Maroc*, Direction de la Statistique, Rabat, Maroc, 229 p.

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.

---

<sup>20</sup> CERED (1993), *L'état civil: Source d'information sur la population*, Direction de la

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.

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.



### ***3. La mortalité maternelle***

On sait que les différences de comportements reproductifs affectent inégalement la santé maternelle et infantile. L'accès précoce à la maternité, son maintien jusqu'au terme de la vie féconde avec un rythme accéléré de naissance, sont des facteurs, entre autres, qui affectent la santé et la survie des enfants et de leur mère. Un fait concret: l'allongement au delà de deux ans de l'intervalle intergénéral détermine une chute de moitié du taux de mortalité infantile<sup>21</sup>.

La fréquence du recours aux services de soins prénatals et d'assistance lors des accouchements sont parmi les éléments essentiels qui déterminent le niveau de mortalité maternelle. En 1997, 42% des femmes enceintes ont reçu une assistance médicale prénatale et 43% des accouchements avaient lieu avec l'aide de personnel sanitaire<sup>22</sup>, (contre 25% et 31% respectivement en 1991<sup>23</sup>). Ainsi, la mortalité maternelle au Maroc reste assez élevée: 228 décès maternels pour 100 000 naissances pour les femmes non célibataires en âge de reproduction en 1992-97. Par rapport à la période entre 1978 et 1984 (359 pour 100 000 naissances), la mortalité maternelle au Maroc a baissé. Une surmortalité maternelle a été enregistrée en milieu rural. Elle a peu diminué avec le temps.

La surmortalité aux âges reproductifs était et est (dans les pays en voie de développement) encore due, en grande partie, à la qualité des soins qui entourent l'accouchement, à l'accès aux moyens de contraception ou à des avortements réalisés dans de bonnes conditions<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> UNICEF citée par Varea, C. et Bernis, C. (1997), op. cit.

<sup>22</sup> Ministère de la Santé (1998), *Résultats préliminaires de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant*, PAPCHILD 1997, Rabat, Maroc.

<sup>23</sup> Varea, C. et Bernis, C. (1997), op. cit.

<sup>24</sup> Masuy-Stroobant Godelieve (1997), op. cit.

La mesure du niveau de la mortalité n'est toutefois pas suffisant pour évaluer le niveau de développement d'une population ; il faut aussi la liste des déterminants de la mortalité et tenter d'en apprécier l'impact. ce sont les déterminants socioculturels de la mortalité en général et de celle des enfants en particulier qui constituent sans doute l'ensemble de ces facteurs. A titre d'exemple, citons la fratrie, le rang de naissance, la résidence urbaine ou rurale, les revenus du ménage, l'instruction de la mère, la catégorie socioprofessionnelle du père, le type d'allaitement, les modalités de sevrage, les vaccinations. Il ne faut, non plus, négliger les déterminants géographiques et écologiques, même si leur impact sur la mortalité et sur la santé est souvent plus difficile à évaluer.

### ***III. Les facteurs de risque pour la santé***

Pour être plus complète, l'étude des facteurs de risque pour la santé de la population, dans le but de définir des axes d'action en termes de politiques de population, nécessite l'identification des facteurs pouvant induire des risques à l'encontre de la santé de la population. L'appréciation de l'impact de leurs déterminants sur la santé/mortalité de la population nécessiterait l'existence de bases de données permettant l'analyse, le suivi et l'évaluation des actions.

Les différences de mortalité découlent, entre autres, des différences socio-économiques, culturelles ou contextuelles. L'objectif est de dégager les déterminants de la mortalité et de la santé en liant les divergences constatées à la divergence de ces variables.

Dans les pays industrialisés, on a observé une importante diminution de la part relative des maladies infectieuses dans la mortalité générale au profit de maladies à caractère plus chronique et dont l'issue éventuellement fatale peut être postposée de plusieurs années, voire

plusieurs dizaines d'années. Cette évolution a entraîné un élargissement considérable de l'éventail des déterminants possibles et a également déplacé l'objet d'étude qui n'est plus tant d'expliquer la mortalité que de comprendre ce qui contribue au maintien d'un état de bonne santé<sup>25</sup>.

Dans ce sens on distinguera entre les facteurs biologiques, les facteurs démographiques, les facteurs socio-économiques, les facteurs socioculturels et les facteurs environnementaux.

### ***A. Les facteurs biologiques***

Les variables biologiques à partir desquelles sont présentés les risques de mortalité différentielle des enfants sont liées au schéma de fécondité et au comportement procréateur à haut risque pour la mère et l'enfant. Elles concernent l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, surtout à moins de 18 ans et à plus de 34 ans, la durée de l'intervalle entre naissances (moins de 24 mois) et la parité de la mère (4 ou plus).

#### ***a) L'intervalle entre les naissances***

La durée de l'intervalle avec la naissance précédente est le facteur qui agit le plus sur le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Pour un intervalle intergénérisique de moins de 2 ans, la mortalité infantile est de 103,8‰ en 1992 (109,6‰ en 1995), soit plus de trois fois celle des enfants nés 4 ans ou plus après la dernière naissance (presque 3 fois et demi en 1995). Au cours du premier mois de vie, le risque de décéder des enfants nés dans un intervalle de moins de deux ans a connu une augmentation de presque 11 points entre 1992 et 1995<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Masuy-Stroobant Godelieve (1997). op. cit.

<sup>26</sup> El Youbi A. (1998), «La mortalité au Maroc: niveaux, tendances et déterminants» in *Population et développement au Maroc*, CERED, Rabat, Maroc, pp. 37-47.

Quel que soit le quotient de mortalité considéré, les risques les plus élevés se retrouvent dans le cas d'intervalles de moins de deux ans. En 1992, les différences de risques au Maroc entre un intervalle de moins de deux ans et un intervalle au moins égal à 4 ans varient de 69% pour la mortalité infantile, de 55% pour la mortalité juvénile et de 66% pour la mortalité infanto-juvénile.

Les motifs invoqués pour justifier les risques associés à un intervalle court entre les naissances sont généralement une fatigue accrue de la mère pouvant susciter un allaitement insuffisant, un surcroît de travail ayant pour conséquence des soins défailants, sans oublier les risques de morbidité et de mortalité plus élevés du premier enfant de l'intervalle qui avec la survenue d'une nouvelle conception durant son allaitement provoque son sevrage anticipé<sup>27</sup>.

#### *b) L'âge*

Pour obtenir une vision complète des conséquences de différentes tendances démographiques sur les besoins en santé, il est nécessaire d'examiner les conséquences des changements de structure de la population sur les besoins en matière de santé.

Les différents groupes d'âges de la population sont affectés par des probabilités différentes de maladies et de soins médicaux. Les enfants et les personnes âgées sont les deux groupes qui présentent le taux le plus fort de maladie et d'hospitalisation. Déjà au-delà de la cinquantaine, les taux de maladies et d'hospitalisation tendent à être plus élevés que dans le groupe d'âge de 0 à 5 ans, et au-dessus de 60 ans, les taux sont considérablement plus élevés. Néanmoins, la maladie des jeunes enfants

---

<sup>27</sup> Dupin et Raimbault (1978) et Trussel et Pebley (1984) cités par Tabutin et Gourbin (1997), op. cit.

constitue une part significative de la demande totale pour des services de la santé, car le nombre absolu d'enfants âgés de 0 à 5 ans dépasse le nombre total des individus âgés de 60 ans et plus, soit 3 173 689 contre 1 840 727 en 1994 ce qui fait un rapport de 58%. Dans quinze ans seulement, en 2014, on s'attend à ce que ces populations respectives soient de 2,914 millions contre 3,226 millions, soit un rapport de 111%. Ce changement de structure de la population va entraîner sûrement un changement dans les besoins de santé.

Ceci pour deux raisons. Premièrement les maladies qui touchent les jeunes (par exemple les états diarrhéiques, les maladies respiratoires et le tétanos) posent des problèmes différents, dans le cadre de la santé préventive et curative, de ceux qui touchent les personnes âgées (par exemple les maladies cardiaques, les rhumatismes, les problèmes de vue). Deuxièmement, la transition épidémiologique qui apparaît souvent en même temps que la transition de la fécondité, modifie les besoins en matière de santé des groupes d'âges. En raison de l'augmentation de l'espérance de vie, les maladies vasculaires et les cancers deviennent les problèmes majeurs de santé pour la population âgée, et requièrent des médicaments et des équipements plus coûteux que ceux utilisés pour prévenir et contrôler les maladies infectieuses.

Ceci dit, l'analyse des risques de mourir par année d'âge et par sexe dans les populations à faible mortalité, montre une surmortalité masculine à tous les âges. En plus, elle est particulièrement importante chez les adolescents (15-24 ans) et les jeunes adultes (25-34 ans) en raison d'une mortalité excessive par causes violentes (accidents, ...).

En effet, en 1994, le taux de mortalité par accident au Maroc par exemple, entre 15 et 24 ans du sexe masculin, est de 19,6 pour 100 000.

Comparé à d'autres pays<sup>28</sup> le taux marocain est relativement faible mais au moment où il diminue après cet âge, au Maroc il continue à augmenter avec l'âge jusqu'à atteindre 40,1 pour 100 000 entre 45 et 54 ans. Ces taux enregistrent une surmortalité masculine de 85% entre 15 et 24 ans et de 82% entre 45 et 54 ans<sup>29</sup>.

L'élimination des accidents de la route aurait amené un gain d'une année dans l'espérance de vie des hommes en 1987 et de 0,6 années dans celle des femmes<sup>30</sup>. Ces gains en espérance de vie ajoutés à d'autres qui peuvent être réalisés par l'élimination ou la réduction de l'intensité d'autres causes de décès devraient faire l'objet d'une stratégie et des actions dans le cadre d'une politique de population intégrée.

### *c) L'âge de la mère*

La procréation précoce ou tardive influe négativement sur la survie de l'enfant. En effet, les risques de décéder des enfants dont les mères ont moins de vingt ans ou plus de 40 ans à la naissance sont plus importants que pour ceux dont les mères ont des âges intermédiaires. En 1995, le risque de décéder avant d'avoir un mois d'âge est de 59‰ (65,2‰ en 1992) pour les enfants nés de mères de moins de vingt ans contre 30‰ (32,5‰ en 1992) pour ceux nés de mères de 20-29 ans, soit presque le double. De même, il est de 60‰ (29,1‰ en 1992) pour les enfants nés de mères de 40-49 ans contre 42‰ (29,2‰ en 1992) pour ceux nés de mères de 30-39 ans. Ainsi, on relève, entre 1992 et 1995, une

---

<sup>28</sup> 32,1 au Canada, 42,5 en France 39,5 aux Etats Unis et 0,7 au Japon pour 100 000 en 1994.

<sup>29</sup> El Mouaatamid B. (1998), *Les accidents de la route au Maroc. Mortalité et morbidité depuis 1960*, mémoire du troisième cycle en démographie, INSEA, Rabat, Maroc.

<sup>30</sup> El Mouaatamid B. (1998), op. cit.

multiplication par deux du risque de décéder avant d'avoir un mois d'âge pour les enfants nés de mères de 40-49 ans<sup>31</sup>.

Une autre stratification de l'âge de la mère, en moins de 30 ans et plus de 30 ans, montre que les facteurs sont sensiblement équivalents et ce, quel que soit l'âge de la mère. Cette situation peut être due à ce que ces classes soient trop hétérogènes. Si l'on retient la subdivision <20 ans, 20-29, 30-39, 40-49, le risque qu'un enfant décède entre 0 et 5 ans est sensiblement le même pour toutes les classes d'âges de la mère (autour de 80‰), à l'exception de la classe des moins de 20 ans qui accusent un risque de 125‰.

Ceci dit, l'âge de la mère et la parité sont souvent étroitement corrélés. Les risques liés à la parité de la mère apparaissent généralement plus élevés pour les femmes avec 7 enfants et plus, ce qui correspond à des âges plus élevés. La surmortalité féminine aux âges reproductifs était et est (dans les pays en voie de développement) encore due, en grande partie, à la qualité des soins prénataux et au moment de l'accouchement et à leur accessibilité, à l'accès aux moyens de contraception. De même le taux de morbidité relatifs aux femmes en âge d'avoir des enfants et celles âgées de 50 ans et plus sont nettement plus élevés que ceux des hommes. Ceci est dû aux soins liés à la grossesse et, pour les femmes plus âgées, aux problèmes de santé consécutifs à des grossesses précoces et fréquentes.

#### ***d) Le mariage précoce***

Malgré l'âge minimum au mariage des filles fixé légalement à 15 ans pour les filles, on trouve celles qui se marient à moins de cet âge. Ce fait est apparemment en diminution mais il persiste encore. Cette

---

<sup>31</sup> El Youbi A. (1998), op. cit.

habitude tient au fait que la nubilité de la jeune fille est assimilée à la notion des premières règles. Mais en fait les règles ne sont qu'un signe qui à lui seul ne signifie pas que la fille a atteint maturité sexuelle. Par conséquent la consommation prématurée du mariage peut entraîner des grossesses non désirées, sachant qu'au-dessous de 20 ans les risques de la grossesse sur la santé de la mère et de l'enfant augmentent à mesure que la grossesse est plus précoce. Dans ce sens est ce qu'il ne faut pas augmenter l'âge au mariage des femmes de 15 à 20 ans?

***e) Le sexe de l'enfant***

Le Maroc est un pays où la procréation est valorisée et ce qu'elle que soit le sexe du nouveau-né. Au moment où dans les pays développés la surmortalité féminine a disparu dans tous les âges, toute surmortalité féminine observée est en soi un signe de différence ou de discrimination entre les deux sexes.

En effet, la recherche des différences de mortalité selon le sexe a montré que le désavantage féminin à partir de l'âge d'un an, des jeunes filles pendant la période de puberté, et des femmes aux âges de reproduction qui a caractérisé l'ensemble des pays de l'Europe dans le passé, n'a complètement disparu que vers les années 1920. Cette surmortalité des filles et des jeunes filles se manifestait également par une morbidité différentielle et une part de cette surmortalité s'expliquait par la tuberculose<sup>32</sup>.

Ce même désavantage féminin est encore présent dans de nombreux pays en voie de développement en particulier chez les petites filles (1-4 ans) ou aux âges de reproduction. Au Maroc, ce n'est qu'à la deuxième moitié des années soixante-dix que la surmortalité féminine

---

<sup>32</sup> Masuy-Stroobant Godelieve (1997). op., cit.



chez les enfants âgés de moins d'un an a disparu. La surmortalité des petites filles et des jeunes filles pouvait s'expliquer à la fois par la préférence accordée aux garçons dans la culture marocaine et par un mode de socialisation sexuellement différencié entre garçons et filles les préparant à assumer les statuts qui leur sont destinés. Certes, ce mode est encore plus accentué dans le milieu rural que dans le milieu urbain mais il subsiste encore<sup>33</sup>. De là découle la nécessité de l'amélioration du statut de la femme en général.

#### ***f) Le poids et la croissance***

De la naissance à l'âge adulte, la croissance est un phénomène ininterrompu, de vitesse irrégulière. Différents facteurs peuvent être à l'origine d'un bon ou d'un mauvais accroissement. Parmi ces facteurs on trouve le niveau socio-économique qui intègre de nombreuses composantes de l'environnement, comme la qualité du régime alimentaire, le pouvoir d'achat, la dimension de la famille, les conditions sanitaires, l'accès aux soins médicaux. Ainsi les poids de naissance des enfants issus de milieux favorisés sont plus élevés que ceux d'enfants issus de milieux modestes et leur croissance est plus rapide. Néanmoins, l'amélioration de la qualité du régime alimentaire, des conditions sanitaires et des conditions de vie durant la petite enfance peuvent permettre aux enfants d'atteindre la plénitude des potentiels dont ils sont génétiquement porteurs.

Ainsi, anthropo-biologistes, nutritionnistes et pédiatres considèrent la croissance comme un bon indicateur de l'état de santé, en particulier de l'état nutritionnel d'un enfant et l'étude de la croissance et du

---

<sup>33</sup> Pour plus de détails voir CERED (1998), Genre et développement: Aspects socio-démographiques et culturels de la différenciation sexuelle, Rabat, Maroc, 324 p.

développement de l'enfant présente un intérêt individuel et général, et ce par la comparaison de la mensuration de l'enfant à des valeurs de référence obtenues sur des enfants en bonne santé de même sexe et de même âge issus dans la mesure du possible de la même population.

Parmi les mesures les plus répandues, le poids et la stature. Le poids réagit rapidement aux conditions du milieu. Il est d'avantage lié aux conditions récentes. Tandis que la stature qui demande un certain délai de réponse, exprime davantage l'histoire nutritionnelle antérieure. En 1991, le pourcentage d'enfant de faible poids de naissance était de 9% et celui des malnutris de moins de 5 ans de 16%. La mortalité infantile était de 72‰ et sur l'ensemble des moins de 5 ans, de 112‰<sup>34</sup>.

«Le poids de naissance moyen des enfants marrakchis est de 3,35 kg. A âge égale, les enfants des citadins sont significativement plus lourds que les ruraux. L'écart maximal entre citadins et ruraux se situe à 18 mois où il dépasse 1 kg, puis se stabilise autour de 900 g. Le gain de poids est de 5,37 kg la première année, et 2,02 kg la deuxième. La vitesse de croissance, très rapide jusqu'à 6 mois se ralentit par la suite, l'inflexion de la courbe se produisant de façon un peu plus précoce et dès le 4<sup>ème</sup> mois chez les ruraux»<sup>35</sup>.

La comparaison de la croissance des enfants marrakchis à des références non locales montre que la courbe de leurs poids suit les références et fait apparaître un dépassement du poids des enfants marrakchis jusqu'à 4 mois pour les garçons et 6 mois pour les filles. Mais

---

<sup>34</sup> Varea, C. et Bernis, C. (1997), op. cit.

<sup>35</sup> Baali Amor H. et Pagezy H. (1997), «Croissance pondérale de la naissance à deux ans d'enfants de la province de Marrakech. Etude rétrospective, semi-longitudinale en milieux rural et urbanisé» 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 163-170.

le poids médian des enfants marrakchis est en deçà de celui des références. Ce déficit apparaissant plus tôt et il est plus prononcé chez les ruraux que chez les citadins. Par rapport à des données antérieures sur l'état nutritionnel des enfants de moins de 4 ans, les valeurs obtenues sont plus élevées à partir du 3<sup>ème</sup> mois, ce qui traduit vraisemblablement une amélioration des conditions de vie (alimentation, hygiène, soins de santé, éducation des mères)<sup>36</sup>.

De là vient l'importance ou l'intérêt que l'on doit porter au programme concernant la protection de santé de la mère et de l'enfant (PSME), et qui a pour objectif d'agir à la fois dans les domaines préventif (surveillance de la croissance, l'éducation sanitaire et nutritionnelle des mères, l'encouragement de l'allaitement maternelle et la lutte contre les maladies infantiles) et curatif (consultations pour enfants, dépistage des enfants malnutris et la réhabilitation nutritionnelle).

## ***B. les facteurs démographiques***

### ***a) Le rang de naissance et la dimension du ménage***

Le rang de naissance semble être parmi les variables qui font apparaître de fortes surmortalités féminines. En effet, une fois le rang de naissance supérieur ou égal à 3, on constate une surmortalité féminine nette de l'ordre de 4% à l'âge néonatal pour les enfants de rang 5 à 10 et atteint 13% et 27% respectivement pour les rangs 5 à 10 et les rangs 3 et 4.

### ***b) La dimension du ménage***

Quant à la dimension du ménage, elle semble être fortement liée à la présence de malnutrition tant pour sa forme modérée que grave. Les enfants appartenant aux familles élargies sont les plus touchés, tandis que

---

<sup>36</sup> Baali Amor H. et Pagezy H. (1997), op. cit.

ceux de familles réduites en sont épargnés. Vraisemblablement, les principales raisons de cette malnutrition sont l'accès à la nourriture, la surcharge des mères qui devaient s'occuper des enfants, en plus de l'entretien du foyer<sup>37</sup>.

En effet, selon Baali Amor H. et Pagezy H. dans une étude à Marrakech, les valeurs des poids sont statistiquement différentes à presque tous les âges, selon la taille du ménage. Les enfants de ménage de tailles moyennes et nombreuses ont des poids à la naissance plus élevés que ceux des ménages réduits, qui par la suite, dès les 4<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> mois, les rattrapent et les dépassent même. Cette différence de poids, observée à la naissance des enfants marrakchis confirme la relation qui existe entre le rang de naissance dans la fratrie, exprimée par la taille du ménage, et le poids de naissance. Ce poids augmente du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> enfant et tend à se stabiliser par la suite, et dès le 7<sup>ème</sup> mois l'écart est fonction de la taille du ménage<sup>38</sup>.

### ***c) La structure de la famille et du ménage***

La structure des ménages et les parts respectives des ménages nucléaires et des ménages complexes peut aussi influencer la santé et surtout celle des enfants de deux façons contradictoires. Une femme qui vit dans une famille complexe bénéficie de l'assistance des parents ou des grands-parents en cas de besoin, mais, en même temps, elle perd dans une certaine mesure l'emprise sur l'éducation de ses enfants au profit de

---

<sup>37</sup> Rao, K. V. et Gopalan, C., (1969) «Nutrition and family size» in *Journal of Nutri. And Diet.*, n°6, pp. 256-266 et Wray, J. D. et Aguirre A. (1969), «Protein-caloric malnutrition in Candelaria Colombia. Prevalence: social and demographic causal factors», *Journal of Tropical Pediatrics*, 15, pp. 76-98, cités par Baali Amor H. et Pagezy H. (1997) op. cit.

<sup>38</sup> Baali Amor H. et Pagezy H. (1997), op. cit.

générations plus anciennes avec des valeurs et un comportement moins conscient des risques de santé.

Plus la structure est élargie, plus l'autorité et les pouvoirs sont aux mains des anciens, et moins le jeune couple et la jeune mère sont autonomes dans leurs décisions de suivi prénatal ou de soins à donner aux enfants<sup>39</sup>.

En effet, l'enquête nationale sur la famille de 1995 a donné, entre autres, les résultats suivant<sup>40</sup>:

- ◆ Les familles nucléaires constituent six ménages sur dix (60,3%); 51,1% en 1982 et les ménages complexes constituent environ un tiers des ménages marocains (rural: 37,3%, urbain: 30,7%) et comptent 7,9 personnes en moyenne (urbain: 7,2; rural: 8,5);
- ◆ Les adultes qui élèvent seul, un ou plusieurs enfants, sont, dans une large majorité, des femmes âgées. Par contre, les hommes âgés ont plus de chance que les femmes de résider avec leur conjoints et leurs enfants. La cohabitation intergénérationnelle ne constitue plus la norme, mais elle demeure plus importante en milieu rural (26,8%) qu'en milieu urbain (17,5%). Les ménages complexes dont les membres appartiennent à trois générations représentent, 64,2% de l'ensemble des ménages complexes et 21,6% des ménages marocains. Les ménages complexes ne reproduisent pas toujours la grande famille ancienne basée sur les rapports de parenté agnatiques et impliquant une subordination des femmes et des jeunes à l'autorité du patriarche;

---

<sup>39</sup> Tabutin D., (1992), op. cit.

<sup>40</sup> CERED (1998a), Famille au Maroc: Les réseaux de solidarité familiale, Rabat, Maroc, 341 p.

- ◆ Les membres des ménages nucléaires enregistrent un pourcentage d'alphabètes supérieur à celui des ménages complexes, 51,4% contre 45,4%.

***d) Le sexe du chef de ménage***

Souvent des femmes, pour des raisons de divorce ou de veuvage, se trouvent chef de ménage alors qu'elles n'ont pas assez de moyens pour assurer leur subsistance et celle de leurs enfants. Ainsi tout le ménage est en situation de précarité avec des risques élevés pour la santé de ses membres pour des raisons nutritionnelles et d'accès aux soins de santé.

«En effet, la pauvreté est l'apanage des ménages dirigés par les femmes plus que ceux ayant à leur tête des hommes. Le taux de ménages défavorisés des ménages féminins est de 59,5% contre 50,4% pour les ménages masculins»<sup>41</sup>.

Ceci sera plus compréhensible si l'on sait que les familles monoparentales sont en générale dirigées par des femmes et que les chefs de sexe féminin sont surtout des divorcées ou des veuves (66,8%), sachant qu'une hausse des familles monoparentales a été enregistrée en 1995 par rapport à 1982, soit 8,1% contre 6,2%. Par rapport aux hommes, les femmes dans les familles nucléaires ont moins de chance de savoir lire et écrire que les femmes dans les familles complexes, 1,7 fois contre 1,9 fois. La proportion des femmes qui dirigent un ménage complexe est sensiblement plus importante dans le milieu urbain (22,5%) que dans le milieu rural (9,7%).

---

<sup>41</sup> CERED (1997b), Populations vulnérables: Profil socio-démographique et répartition spatiale, Rabat, Maroc, 315 p.

## ***C. Les facteurs socio-économiques***

### ***a) Le niveau d'instruction***

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>42</sup>.

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>43</sup>.

### ***b) Le niveau d'instruction de la mère***

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>44</sup>.

---

<sup>42</sup> Tabutin D., (1992), op. cit.

<sup>43</sup> Direction de la Statistique (1999), Condition socio-économique de la femme au Maroc, Rapport de synthèse, Vol. n°1, Enquête Nationale sur le Budget Temps des Femmes 1997-98, Rabat, Maroc, 152 p.

<sup>44</sup> Frield J., (1982), «Mecanisms of interaction between education and health: Discussion» in *Health Policy and Education*, vol.3, pp. 101-104.

Plusieurs types de mécanismes sont recensés pour rendre compte de l'impact positif de l'instruction de la mère sur la survie de l'enfant. Lorsque la future mère fait ses études, elle a tendance à différer la date de sa première conception. Cet ajournement du mariage est un facteur important, d'autant, que les naissances issues de mères âgées de moins de 20 ans présentent des risques plus élevés de décès que celle des mères de 20 à 34 ans.

De même, l'instruction de la mère permet une meilleure compréhension des conseils et l'adoption de comportements préventifs plutôt que curatifs. Dans ce sens, l'instruction de la mère est une variable très discriminante, et les quotients de mortalité des enfants sont inversement proportionnels à son niveau d'instruction. Les différences relatives les plus importantes se retrouvent entre primaire et secondaire pour la mortalité infantile. Pour la mortalité des 0-5 ans, la probabilité de décéder avant d'atteindre l'âge de cinq ans pour un enfant issu d'une mère sans instruction est deux fois et demi supérieure à celle d'un enfant issu d'une mère qui a atteint le niveau secondaire et plus.

L'instruction confère à sa bénéficiaire un plus grand sens de responsabilité personnelle pour s'occuper de ses enfants, contrairement à l'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.

Les mères éduquées ont un pouvoir de décision plus important en matière de soins des enfants. Les femmes éduquées ont une meilleure capacité à utiliser les moyens sanitaires disponibles et le monde moderne en général, à la fois parce qu'elles connaissent mieux ce qui existe et



parce qu'elles ont la capacité de mobiliser une attention préférentielle du personnel soignant<sup>45</sup>.

L'influence du niveau d'instruction de la femme sur la mortalité juvénile peut s'expliquer par le fait que les décès des enfants survenus entre 1 et 5 ans sont surtout dus aux maladies telles que la rougeole, les maladies diarrhéiques, la malnutrition et les maladies respiratoires. Il incombe donc à la mère de savoir équilibrer les aliments donnés à l'enfant, et accorder une grande attention aux soins dispensés afin d'éviter ces maladies. Son niveau d'instruction détermine ses connaissances en matière de nutrition, de période de sevrage, d'hygiène de l'alimentation et d'environnement de l'enfant. Il peut aussi induire des comportements différentiels des mères en matière d'allaitement, d'espacement des naissances, et de soins prénatals et postnatals<sup>46</sup>.

En effet, selon les deux dernières enquêtes DHS de 1992 et 1995, le quotient de mortalité des enfants dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction est passé de 91,3‰ en 1992 à 97,8‰ en 1995. La mortalité des enfants dont les mères ont un niveau secondaire et plus est passé de 22,4‰ en 1992 à 24,0‰ en 1995. La mortalité des enfants du premier groupe est donc 4 fois plus élevée que celle du second, pour les deux années<sup>47</sup>.

Les mères instruites, plus que celles qui ne le sont pas, ont tendance à utiliser les services de médecine moderne aussi bien pour la prévention que pour les soins curatifs en cas de maladie. Cette tendance a été démontrée dans plusieurs grandes régions du monde en

---

<sup>45</sup> Caldwell J. (1979), «Education as a factor in mortality decline. An examination of Nigerian data» in *Population Studies*, vol.3, n°2, pp.395-413.

<sup>46</sup> El Youbi A. (1998), op. cit.

<sup>47</sup> El Youbi A. (1998), op. cit.

développement<sup>48</sup>. Une étude réalisée à Mexico révèle que les mères instruites étaient les plus promptes à conduire leurs enfants malades dans un centre de santé<sup>49</sup>. La femme instruite utilise plus fréquemment l'ensemble des soins prénataux requis. Elle recourt plus souvent à un centre de santé pour son accouchement et procède mieux à la vaccination de ses enfants. Mieux encore, c'est la synergie entre l'éducation des mères et la présence de centres de santé qui permet des gains sur la survie des enfants largement supérieurs à la simple addition des effets de chacun de ces facteurs<sup>50</sup>.

En plus, l'instruction favorise l'insertion même des mères dans la société. Au moment où les mères sans instruction seraient l'objet de moins de considération dans les services de l'Etat, y compris dans les services de santé, les mères instruites reçoivent un meilleur traitement dans les hôpitaux gouvernementaux et les centres de santé<sup>51</sup>.

L'éducation formelle influence les croyances relatives aux causes de maladie. Dans une étude réalisée en milieu rural au Ghana, on a montré que les adultes avec un niveau minimal d'instruction (niveau primaire) ont davantage tendance à attribuer des causes naturelles aux maladies<sup>52</sup>. A l'inverse, les adultes sans instruction estimaient

---

<sup>48</sup> Cleland et Van Ginneken, (1988) op. cit. et Elo Irma T., (1992), «Utilization of maternal health-care services in Peru: The role of women's education» in *Health Transition Review*, vol.2, n°1, pp. 49-69.

<sup>49</sup> Levine R. A., Levine S., Richman A. and Sunderland C. C. (1985), «Maternal schooling and child health in a Mexican City: preliminary findings», Mexico, Papier présenté dans un atelier de travail sur la survie de l'enfant.

<sup>50</sup> Caldwell J. C. (1986), «Routes to low Mortality in Poor Countries» in *Population and Development Review*, 12, (2).

<sup>51</sup> Maclean V. (1974), *Magical medicine: A Nigerian case study*. London, Penguin.

<sup>52</sup> Fosu G. B. (1981), «Disease classification in rural Ghana: Framework and implications of health behaviour» in *Social science and medicine*, vol.15b, pp.471-482.

majoritairement que les maladies relevaient de causes plutôt surnaturelles.

De même, le niveau d'instruction des mères et l'analphabétisme semblent être des facteurs pouvant expliquer une alimentation inadéquate des enfants. Des fois la malnutrition survient dans des familles disposant suffisamment de nourriture pour nourrir leur enfant mais n'en faisant pas profiter celui-ci. La malnutrition ne serait pas tant liée à une impossibilité d'accéder à une alimentation équilibrée qu'à la connaissance et la prise en compte des besoins nutritionnels réels de l'enfant.

L'influence de l'instruction de la mère sur la survie de l'enfant semble ainsi largement établie. En parallèle, 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>53</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 socioculturels?

### ***c) Les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement***

La grossesse et l'accouchement sont des périodes à risque pour la femme et l'enfant à naître. Ces risques sont en grande partie maîtrisés par des mesures de surveillance prénatale, une assistance qualifiée au moment de l'accouchement et des suites de couches.

---

<sup>53</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.

Les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement diminuent le risque de décès des enfants et/ou de la mère en détectant les grossesses à risques. Selon les dernières enquêtes DHS de 1992 et 1995, le quotient de mortalité des enfants dont les mères n'ont bénéficié ni de soins ni d'assistance est passé de 93,4‰ en 1992 à 96,1‰ en 1995. La mortalité des enfants dont les mères ont bénéficié des deux services est passée de 35,9‰ en 1992 à 36,5‰ en 1995. La mortalité des deux groupes a augmenté entre les deux années. De plus, la mortalité des enfants du premier groupe est plus que deux fois et demi celle du second groupe<sup>54</sup>.

Par ailleurs, il a été constaté qu'à Marrakech, le nombre de femmes de moins de 30 ans qui accouchent en milieu médical diminue de moitié entre le premier et le second enfant. Signe qu'une fois dépassée la crainte associée à un premier accouchement, le recours à l'assistance médico-sanitaire n'est pas encore habituel pour ce type d'événement<sup>55</sup>.

Normalement, la mortalité maternelle reste tributaire de «l'effet des grossesses nombreuses et de la brièveté des intervalles intergénéraliques»<sup>56</sup>. Or, au Maroc «même si les femmes ont eu moins de grossesse et de naissances, il ne semble pas avoir provoqué une diminution importante d'exposition au risque d'un décès maternel»<sup>57</sup>. Par conséquent, des efforts sont nécessaires pour une baisse de la mortalité maternelle et infantile. Il s'agit de la disponibilité des services de visites prénatales et d'accouchement dans les établissements sanitaires et de l'éducation des

---

<sup>54</sup> El Youbi A. (1998), op. cit.

<sup>55</sup> Varea et Bernis (1997) op. cit. p78.

<sup>56</sup> Courbage et Khlaf (1995), «La mortalité et les causes de décès des Marocains en France 1979-1991. I. La mortalité générale. Une confirmation de la sous-mortalité masculine malgré les problèmes de mesure», *Population*, n°1, 1995, INED, Paris, France, pp 7-32.

<sup>57</sup> Ministère de la Santé Publique (1993), *Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II) 1992*, Rabat, Maroc, 281 p.

femmes, des familles et des agents de santé pour détecter les grossesses à risques<sup>58</sup>.

Au Maroc, en 1997, «42% des femmes enceintes ont reçu une assistance médicale prénatale et 43% des accouchements avaient lieu avec l'aide du personnel sanitaire<sup>59</sup>. Ainsi, la mortalité maternelle au Maroc reste assez élevée: 228 décès maternels pour 100 000 naissances pour les femmes non célibataires en âge de reproduction en 1992-97. Par rapport à la période entre 1978 et 1984 (359 pour 100 000 naissances), la mortalité maternelle au Maroc a baissé. Une surmortalité maternelle a été enregistrée en milieu rural. Elle a peu diminué avec le temps<sup>60</sup>. Mais la question qui reste posée est de savoir quelle est la part du comportement des familles, par rapport aux disponibilités offertes par le système de santé, et compte tenu des moyens de transport.

#### ***d) La vaccination antitétanique***

La vaccination antitétanique vise à immuniser les mères contre le tétanos et surtout à prévenir le tétanos qui menace les enfants nés à domicile sans précaution d'asepsie. Pour une protection complète, une femme enceinte devrait recevoir deux doses de vaccin. 60% des naissances des cinq années précédant l'enquête ENPS de 1995 ont été protégés contre le tétanos. Les naissances les mieux protégées sont celles issues de mères âgées de 35 ans ou plus (67%), de rang de naissance 4 ou plus (63%) et les naissances issues du milieu urbain (66%)<sup>61</sup>. Ainsi,

---

<sup>58</sup> El Youbi A. (1998), op. cit.

<sup>59</sup> Ministère de la Santé (1998), Résultats préliminaires de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant, PAPCHILD 1997, Rabat, Maroc.

<sup>60</sup> El Youbi A. (1998), op. cit.

<sup>61</sup> Ministère de la Santé Publique (1996), *Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS) 1995*, Rabat, Maroc, 201 p.

presque le tiers des naissances reste exposé au risque de contracter le tétanos à sa naissance.

***e) La planification familiale***

Le rôle de la planification familiale en tant que facteur du maintien de la santé et en tant que facteur de risque pour la santé de la population apparaît à travers au moins trois choses en relation avec la nature de la contraception, d'arrêt ou d'espacement. Le premier consiste en son apport à la santé de la femme en faisant éviter des grossesses répétitives non désirées. Le second apparaît à travers la réduction de la mortalité et des maladies associées aux grossesses à haut risque. L'autre est saisie par la réduction du nombre d'enfants dans une famille qui en a déjà beaucoup et où les chances de survies sont déjà minimales. Mais la contraception n'a pas que des bénéfices<sup>62</sup>.

***f) Les soins postnataux***

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.

Au Maroc, la pratique de la vaccination remonte déjà à plusieurs décennies: 1941 pour la V.A.V. ; 1949 pour la B.C.G. ; 1963 pour le D.T.Coq et à 1964 pour la vaccination anti-polio par voie buccale. En

---

<sup>62</sup> Les méthodes contraceptives ont aussi des effets secondaires sur la santé de la population.

1982, la vaccination anti-rougeole a été introduite pour la première fois dans le programme de vaccination de santé publique. La lutte contre ces maladies par la vaccination des populations cibles se faisait souvent sous forme de campagnes de masses. Dès 1968, ces campagnes ont fait place à des programmes permanents destinés à protéger la santé des enfants. En 1981, un programme élargi de vaccination a été mis sur pied et remplacé, en 1987, par le programme national d'immunisation qui, en plus des activités permanentes en matière de vaccination, prévoyait l'organisation «des journées maghrébines de Vaccination».

La vaccination des enfants en bas âge contre les six principales maladies de l'enfance (tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et rougeole) 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 interrogatoires), 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>63</sup>.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête EPPS-Maroc de 1995 montre 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%) pour 78% en milieu rural. Selon l'ancien découpage régional du territoire national<sup>64</sup>, le Sud (98%) se caractérise par la couverture vaccinale la plus élevée. Suivi du Centre-Sud (96%) et de l'Oriental (96%). Dans les autres régions, la couverture

---

<sup>63</sup> Ministère de la Santé (1998), op. cit.

<sup>64</sup> L'ancien découpage du territoire national en 7 régions économiques.

vaccinale varie de 64% au Tensift à 89% au Nord-Ouest. 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>65</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>66</sup>.

#### ***g) L'accessibilité aux services de soins***

Parmi les explications données aux inégalités devant la maladie et la mort on trouve les différences d'accès aux soins. Qu'elles soient physique, financière, culturelle, ou humaine, ces différences laissent une population défavorisée avec moins de possibilité de se soigner. Elles font de telle sorte que l'on meurt plus jeune, ou on meurt plus dans une région par rapport à une autre.

A titre d'exemple, il a été constaté que «plus les enfants résident loin du dispensaire, plus ils sont exposés au risque de décès au cours des cinq premières années de leur vie»<sup>67</sup>. Ainsi, l'impact de l'existence et

---

<sup>65</sup> Ministère de la Santé Publique (1996), op. cit.

<sup>66</sup> Sadiki M. (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.

<sup>67</sup> Baali A., Loukid M. et Amor Baali H. (1997), p75; «Fécondité, mortalité et possibilité d'accès aux soins sanitaires dans une population du Haut-Atlas (Azgour, cercle d'Amizmiz, Marrakech)» 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 113-118.



d'accessibilité physique de l'infrastructure sanitaire semble expliquer quelques différences de mortalité.

Mais est ce que l'existence de l'infrastructure sanitaire résout le problème d'accès aux soins? Certes, le lien de cause à effet est difficile à mettre en évidence, mais il peut être favorisé par des différences de comportements à l'égard de la médicalisation.

En effet, selon Belkeziz et Pagezy<sup>68</sup>, les épisodes infectieux pendant la première année de vie des enfants sont les diarrhées, gastro-entérites, otites, conjonctivites, éruptions cutanées, infection des voies respiratoires supérieures, constipation et infection buccales. La fréquence de ces maladies diarrhéiques graves et les difficultés d'accès aux soins biomédicaux sont des facteurs susceptibles d'agir sur l'état de santé des enfants de la classe défavorisée après l'âge de 6 mois. Dans les milieux défavorisés, les recours aux soins biomédicaux se font plus rares, et font davantage confiance à la médecine traditionnelle. Ces soins traditionnels peu efficaces sont susceptibles d'avoir un effet néfaste sur la santé.

En effet, dans la population défavorisée, les traitements biomédicaux sont le plus souvent incomplets. Souvent on est découragé par le coût du traitement. On n'achètera qu'une partie de la prescription, ou on sollicitera un guérisseur qui traitera l'enfant par des infusions d'herbes, et des massages à l'huile d'olive ou de cade.

---

De même, plus les femmes étaient proches des dispensaires plus elles utilisaient des moyens contraceptifs.

<sup>68</sup> Belkeziz N. et Pagezy H. (1997), «Alimentation, croissance et développement d'enfants marrakchis de 0 à 1 an. Etude prospective longitudinale en milieu urbanisé» 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 163-170.

Quand une femme décide d'accoucher chez elle avec l'aide d'une sage-femme traditionnelle loin de toute assistance médicale ou lorsqu'un enfant ou un vieillard n'est pas amené au dispensaire, c'est le plus souvent à cause d'une accessibilité restreinte et non seulement pour des raisons culturelles ou comportementales. Une autre raison est la qualité des soins. Il faut prendre en compte la façon dont la population est traitée. C'est à dire, comment elle est soignée, mais aussi comment elle est reçue, quelles sont les conditions d'attente et de la consultation, la manière dont sont réalisés l'interrogatoire et l'examen clinique.

#### ***h) L'automédication***

La consommation médicamenteuse dépend de contraintes à la fois ; institutionnelles de disponibilité des médicaments et des prescripteurs, économiques de disponibilité des moyens financiers, et culturelles de connaissance des médicaments, de leur posologie, et de l'importance du respect des prescriptions.

Bon nombre de personnes par nécessité ou dans les régions montagneuses, d'accès difficile continuent d'ignorer les bienfaits de la médecine moderne et ont régulièrement recours au '*jkib*' et aux '*sadal*' ou à l'auto médication. Cette dernière, à base de plantes ou de médicaments, reste certainement la consommation la plus courante en matière de médicaments. Cette consommation hasardeuse de médicaments a des conséquences latentes.

On trouve d'une part, la consommation des antibiotiques à dose inadéquate et pour des maladies qui ne le justifient pas ce qui entraîne des résistances qui rendront peu efficaces des traitements ultérieurs devenus nécessaires. D'autre part, souvent le médicament est mal utilisé, soit du fait de la surcharge de l'ordonnance médicale là où il y a une

clientèle solvable avec la complicité des pharmaciens, soit au contraire du fait que le patient utilise les ordonnances selon ses capacités financières. Ainsi à l'achat, il opère une sélection, dans la liste des médicaments prescrits, selon ses moyens<sup>69</sup>. Ce dernier phénomène risque de s'aggraver surtout après le désengagement de l'Etat du secteur de la santé et la nécessité de la prise en charge de la médication et des soins par les ménages.

### *i) L'allaitement*

Parmi les risques concernant la préservation de la santé, l'allaitement est probablement le plus universellement encouragé. Il est aussi celui dont l'évolution pourrait remettre en cause la santé des mères et des enfants. L'effet positif de l'allaitement sur la survie des enfants n'est plus à démontrer et constitue l'argument sur lequel on se base pour organiser la lutte contre la tendance à le remplacer par une alimentation artificielle.

On sait que le lait maternel contient les éléments nutritifs nécessaires à la croissance et au développement de l'enfant pendant les premiers mois de la vie. Il contient également des éléments anti-infectieux permettant au nourrisson de prolonger l'immunité passive qui lui a été transmise par sa mère. Il constitue de ce fait un moyen de protection contre la plupart des affections particulièrement fréquentes dans les bas âges. L'allaitement maternel protège l'enfant contre la malnutrition et les agressions du milieu pathogène au cours du premier semestre de la vie.

---

<sup>69</sup> Cantrelle P. et Locoh T. (1990), «Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest» in *Les dossiers du CEPED*, N°10, Paris 36 p.

La proportion d'enfants de moins de 4 mois sous allaitement maternel exclusif est un indicateur reconnu sur le plan international, très utile pour l'analyse de la pratique de l'allaitement maternel dans un pays. C'est également l'indicateur de choix de suivi des programmes de promotion d'allaitement maternel exclusif. Les enfants qui ne bénéficient pas de l'allaitement maternel exclusif durant les cinq premiers mois de la vie sont particulièrement exposés aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës et aux affections allergiques<sup>70</sup>.

Les données de l'EPPS-Maroc 1995 montrent que la proportion d'enfants sous allaitement maternel exclusif est à peine de 37% chez les jeunes enfants de la naissance à 1 mois et qu'elle décroît à 27% chez les nourrissons de 2 à 3 mois.

Cependant, l'allaitement maternel restait la base alimentaire de la première année. En 1995, la durée médiane d'allaitement chez les enfants de moins de 6 mois est de 14,6 mois au niveau national. Elle était de 15,5 mois en 1995. Par milieu de résidence, la durée médiane est presque deux fois plus importante en milieu rural, qu'en milieu urbain (16,8 contre 9,1 mois). Selon le sexe de l'enfant, la durée médiane de l'allaitement est légèrement plus élevée chez les garçons (15,6 mois) que chez les filles (13,7 mois)<sup>71</sup>.

La durée moyenne d'allaitement (prévalence/incidence) est de 13,6 mois. Elle était de 14,4 mois en 1987 et de 14,2 mois en 1992<sup>72</sup>, soit une baisse continue.

---

<sup>70</sup> Ministère de la Santé Publique (1996), op. cit.

<sup>71</sup> Ministère de la Santé Publique (1996), op. cit.

<sup>72</sup> Ministère de la Santé Publique (1996), op. cit.

Suite à une étude de l'évolution des périodes moyennes d'allaitement selon la parité et le groupe d'âge de la mère réalisée à Marrakech en 1984, Varea et Bernis ont constaté une évolution intergénérationnelle vers la diminution du temps de lactation, déjà bien affirmée dans le groupe de mères de moins de 30 ans. Aussi, 35% des femmes de plus de 45 ans ayant allaité leurs 5 premiers enfants de plus de 18 mois chacun, contre 19% des mères de moins de 30 ans<sup>73</sup>. Cette réduction de la durée d'allaitement pourrait avoir comme conséquence l'accroissement de la fécondité par la réduction de la période d'aménorrhée post-partum si les risques de la conception n'ont pas été réduits par des méthodes contraceptives efficaces, chose qui a été constaté dans d'autres pays comme la Syrie ou la Jordanie.

Seulement il y a matière à s'inquiéter du développement du recours au biberon et à l'allaitement artificiel. Les effets de ce dernier sont généralement considérés comme dommageables à la santé des enfants aussi bien directement qu'indirectement. Directement par le fait que la non maîtrise de la technique du biberon<sup>74</sup> augmente les risques d'infection, voire de malnutrition. Indirectement, le désintéressement pour l'allaitement maternel diminue en moyenne le temps d'infécondabilité post-partum et donc diminue l'espacement entre les naissances avec toutes les conséquences d'une fécondité accrue<sup>75</sup>.

### ***(1) L'alimentation et le sevrage***

Ceci dit, l'alimentation au biberon qui est fortement déconseillée commence, par contre, à prendre de l'ampleur. L'OMS recommande que tous les enfants de 4-6 mois reçoivent des aliments de compléments en

---

<sup>73</sup> Varea, C. et Bernis, C. (1997), op. cit.

<sup>74</sup> Le dosage, la façon de la préparer et son entretien.

<sup>75</sup> Voir supra. §. L'intervalle entre les naissances

plus du lait maternel car, à 4-6 mois, celui-ci n'est plus suffisant à lui seul pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant et lui assurer une croissance optimale.

En effet, dès le premier mois, pratiquement un tiers des enfants (32%) est alimenté au biberon. Cette proportion, qui est de 35% pour la tranche d'âge 2-3 mois, diminue progressivement avec l'âge. Ceci étant, l'utilisation du biberon pour l'alimentation des jeunes enfants expose souvent ces derniers à des problèmes de santé (infections bucco-pharyngées, gastro-entérites, etc.) surtout lorsque les conditions d'hygiène sont très précaires et que les mamans n'en respectent pas certains principes. Ainsi est-il conseillé d'utiliser d'autres ustensiles pour alimenter les enfants de plus de 4 mois, comme le verre, le bol, ou la cuillère, car ils sont plus faciles à nettoyer<sup>76</sup>. Selon Baali et al.<sup>77</sup>, dans la province de Marrakech 91% des enfants sont allaités au sein au cours du premier mois, légèrement davantage les garçons que les filles, le milieu rural qu'urbain, les familles nombreuses que réduites, les agriculteurs que les cadres moyens. L'allaitement artificiel ne concerne que 6% et 3% des enfants, essentiellement des familles de cadres moyens.

D'un autre côté, c'est au moment du sevrage que l'enfant risque de ne plus se trouver dans des conditions nutritionnelles et sanitaires optimales. En effet, les aliments de sevrages sont nutritionnellement carencés. Il s'agit du pain, du thé, de légumes, aliments pauvres en protéines ; les produits riches en protéine sont par contre évités, comme la viande et les œufs, car ils sont considérés comme dangereux pour les nourrissons.

---

<sup>76</sup> Ministère de la Santé Publique (1996), op. cit.

<sup>77</sup> Baali Amor H. et Pagezy H. (1997), op. cit.

Les citadins commencent leur sevrage à 3,9 mois, soit 1,4 mois plus tôt que les ruraux. Le premier aliment solide est introduit à 4,2 mois en moyenne soit entre 1 et 12 mois. Il s'agit le plus souvent de pain trempé dans du thé ou de la sauce, parfois des légumes et bouillies. La durée moyenne d'allaitement est de 11 mois, 10,3 mois en milieu urbain, 14,2 mois en milieu rural. Les garçons et les filles de familles nombreuses sont allaités plus longtemps que les garçons et filles de familles réduites, bien que la différence ne soit pas significative<sup>78</sup>.

Si, l'allaitement prolongé qui est généralement de mise chez les mères sans instruction protège les enfants contre les infections, à l'inverse, on émet l'hypothèse que les mères instruites, du fait de leur tendance à allaiter moins longtemps, diminuent relativement les chances de survie de leurs enfants<sup>79</sup>.

## ***(2) Le niveau de vie et la nutrition***

L'état nutritionnel est un indicateur global de santé. Pour les enfants malnutris, la contrainte ne vient pas seulement du domaine alimentaire mais également de l'environnement pathogène et du milieu. La réhabilitation et l'éducation est, certes, efficaces mais souvent insuffisantes. Elles doivent être associées à d'autres programmes traitant des problèmes de l'environnement, comme l'approvisionnement en eau potable, l'hygiène, l'accès aux ressources alimentaires, la charge de travail de la femme, particulièrement de celles vivant en milieu rural.

---

<sup>78</sup> Baali Amor H. et Pagezy H. (1997), op. cit.

<sup>79</sup> Dackam-Ngatchou R. (1986), «Niveau et déterminants de la mortalité infantile juvénile à Yaoundé» in Estimation de la mortalité du jeune enfant (0-5 ans) pour guider les actions de santé dans les pays en développement, Paris, INSERM (16-20 décembre 1985), pp. 355-370.

La nutrition a un caractère multisectoriel du fait même des divers facteurs qui conditionnent l'état nutritionnel de la population, et parmi lesquels figurent: l'éducation, les habitudes de consommation, les conditions d'habitat, le pouvoir d'achat, donc le niveau socio-économique, mais aussi la production et la distribution des denrées alimentaires. Le Maroc est passé d'une situation d'exportateur de céréales à une situation d'importateur et ce pour des quantités de plus en plus importantes.

C'est «le niveau de vie qui, en améliorant l'état nutritionnel des individus et ainsi leur résistance aux infections, conduit au déclin de la mortalité»<sup>80</sup> et la récession économique et ses retombées sur les budgets publics et les revenus individuels peuvent être à l'origine d'une stagnation de la baisse de mortalité et d'une résurgence du cycle malnutrition-infection-mortalité, entraînant la remontée de la mortalité des enfants.

Ceci dit, dans un ouvrage, A. Coale et E. Hoover<sup>81</sup> affirmaient que le progrès économique pouvait être une condition nécessaire pour faire reculer la mortalité, mais qu'il n'était plus une condition.

Au Maroc, la part consacrée à l'alimentation est encore élevée. Elle va de 48% dans la région de l'Oriental à 55% dans la région du Sud. Ce qui en quelque sorte explique la faiblesse en dépenses d'hygiène et de soins de santé. Cette dernière va de 3,3% dans les régions du Sud et du Centre-Sud à 6% dans la région du Centre. Par ailleurs, les besoins alimentaires ne représentent pour les ménages de revenu élevé, qu'une faible part. La partie restante du revenu après satisfaction des besoins alimentaires est consacrée à d'autres dépenses et se manifeste, entre

---

<sup>80</sup> Tabutin (1997) op. cit.



autres, par une augmentation des dépenses en soins de santé. Ceci a un effet positif sur la santé et la mortalité générale et sur la mortalité des enfants en particulier. Contrairement à l'alimentation, la part relative aux dépenses d'hygiène et en soins de santé est en liaison positive avec l'espérance de vie<sup>82</sup>.

«Le Maroc a certes réalisé quelque progrès qui se sont traduits par une évolution favorable des conditions de vie des ménages, conséquence d'une timide amélioration de la répartition des revenus. [...] La pauvreté a régressé, mais n'a pas totalement disparu [...]. La vulnérabilité à la pauvreté touche près d'un ménage sur deux et elle est plus intense en milieu rural qu'en milieu urbain»<sup>83</sup>.

#### ***D. Les facteurs environnementaux***

Le terme d'environnement a été utilisé dans de nombreux contextes, généralement pour exprimer une grande variété de phénomènes, de conditions, de forces qui entourent et influencent la santé de l'individu.

##### ***a) Les conditions et la qualité du logement***

L'état de santé d'une population est en grande partie lié aux conditions d'hygiène du milieu et surtout des 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 tel que l'eau potable et son mode d'approvisionnement et l'existence ou l'absence

---

<sup>81</sup> Cités par Tabutin D., (1992), op. cit.

<sup>82</sup> El Youbi, A. (1995), «La mortalité différentielle au Maroc. Structure et facteurs de disparités régionales», in 9<sup>ème</sup> Colloque de l'AMEP sur le thème «*Population et développement régionaux*», Hammamat, 14-17 novembre 1995, pp.

<sup>83</sup> CERED (1997b) op. cit. page 112.

d'un système d'évacuation des déchets humains (solides ou liquides), entraînant la persistance de vecteurs de maladies.

### ***Le type et la nature du logement***

En effet, au Maroc près d'un ménage urbain sur dix vit encore dans des maisons sommaires ou dans des bidonvilles soit près de 233 mille ménages en 1994, contre 6% des ménages dans le milieu rural.

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

En 1994, 18% des ménages urbains vivent dans une pièce contre 13% des ménages ruraux. C'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 presque deux personnes en moyenne vivent dans une seule pièce dans le milieu urbain contre plus de 2 par pièce dans le milieu rural .

La disponibilité de certains équipements dans les logements occupés par les ménages participe grandement à l'instauration d'un environnement sain du point de vue hygiène et santé et constitue un indicateur partiel du confort. Il s'agit de la disponibilité de l'eau potable et des toilettes<sup>84</sup>.

Le mode d'approvisionnement en eau est un indicateur des conditions économiques et sanitaires d'un ménage. Il peut favoriser la recrudescence de certaines maladies telles les maladies diarrhéiques, le choléra ou la fièvre typhoïde. L'eau de source, de rivière ou de ruisseau est souvent porteuse de germes pathogènes et augmente le risque de maladie.

---

<sup>84</sup> El Youbi A., (1998), op. cit.

L'hygiène alimentaire qui est importante pour la santé des enfants dépend, entre autres, de la disponibilité de l'eau potable dans le ménage, de ses modes d'utilisation et de conservation. En 1994, 74,2% des ménages urbains vivent dans des logements équipés d'eau courante et 4% seulement dans le milieu rural. La part des ménages vulnérables non 'branchés individuellement' est de 79,4%<sup>85</sup>.

Le type de toilettes est un élément important de l'hygiène communautaire, de la salubrité de l'environnement et donc de la santé des enfants. L'absence de toilettes, observée le plus souvent dans les ménages de faible niveau économique favorise la prolifération des insectes et des germes pathogènes.

L'hygiène est mieux assurée dans les ménages ayant des toilettes avec chasse d'eau ou latrines et disposant d'un bain, quelle que soit sa nature. Un environnement insalubre expose l'enfant aux maladies telles que la fièvre typhoïde et les diarrhées. De plus, la plupart des ménages qui n'ont pas de toilettes se trouvent en milieu rural où la mortalité est élevée. En effet, dans le milieu rural 67,6% des ménages n'avaient pas de toilettes en 1992, contre seulement 4,2% en milieu urbain. En 1995, cette part a baissé à 60,7% et à 2,5% respectivement. En 1994, 25,6% seulement des ménages ruraux disposent d'un bain contre 34% dans le milieu urbain et seul un ménage rural sur dix dispose de l'électricité dans son logement contre près de neuf ménages sur dix dans le milieu urbain.

En 1987, il a été constaté que la mortalité infantile chez ceux qui ont un niveau global de confort faible<sup>86</sup> est le double de ceux qui ont un niveau global de confort aisé (89,5‰ contre 39,2‰). Cet ordre de

---

<sup>85</sup> CERED (1997b) op. cit. p269.

grandeur est presque conservé pour les deux sexes (91,2‰ contre 42‰ pour le sexe masculin et 8,4‰ contre 37,1‰ pour le sexe féminin). Ces différences entre niveaux de confort sont plus accentuées pour la mortalité juvénile. Elle est cinq fois et demie plus élevée au sein du «niveau faible» qu'au sein du «niveau aisé»<sup>87</sup>.

### ***b) Le milieu de résidence***

Les plus notables divergences en matière de mortalité se trouvent entre le milieu urbain et le 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 un minimum de risque.

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>88</sup>. Sur la période 1992-97, 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.

---

<sup>86</sup> L'indicateur est considéré faible si  $0 \leq IGC \leq 1$ , moyen si  $2 \leq IGC \leq 3$ , aisé si  $4 \leq IGC \leq 5$ . Voir Direction de la Statistique (1993), op. cit.

<sup>87</sup> El Youbi A. (1998), op. cit.

<sup>88</sup> CERED (1997b), op. cit. p. 85.

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. Ce qui risque d'entraîner une baisse des services sanitaires dans les zones urbaines ou dans les zones rurales.

***c) 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 (rythme de vaccination lent, manque d'infrastructures et absence de personnel, manque de médicaments).

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

#### ***d) Le climat***

Le Maroc est à la fois atlantique et méditerranéen, maritime et continental, tempéré et saharien et constitue un champ propice à l'éclosion de fréquentes broncho-pneumopathies et angines de l'enfant, ainsi que d'endémie de trachomes. Le Maroc n'est un pays chaud et sec qu'en été. Le reste du temps, et spécialement sur le littoral, au Nord et dans les montagnes, le climat est relativement froid et humide. Et ceci n'est pas sans incidence sur la fréquence des maladies des voies aériennes supérieures et pulmonaires.

«Bien qu'il n'existe pas de statistiques de causes de décès, on a toutes les raisons de penser que les différents climats sont à l'origine du développement de pathologies distinctes, sinon par leur nature, du moins dans leur fréquence. [...] Le climat constitue probablement un facteur tout à fait primordial pour expliquer à la fois le niveau et la structure de la mortalité infantile»<sup>89</sup>. Une température élevée aura pour conséquence de favoriser la prolifération des germes, que ce soit dans l'eau ou dans les aliments. De même l'incidence des diarrhées infantiles sera donc différente selon la localisation géographique, plaine ou montagne.

Il faut retenir le rôle joué par le milieu naturel comme déterminant essentiel dans l'état de santé des populations. C'est dans ce sens que le déterminisme géographique prend alors toute sa dimension et que l'approche conjuguée de la géographie de la santé et de l'anthropologie devient une nécessité pour l'étude du niveau et des modalités de la mortalité en général et juvénile en particulier.

---

<sup>89</sup> Bley, D. et Baudot, P. (1997) ; «Les déterminants de la mortalité infantile dans la province de Marrakech» 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 55-66.

### ***e) Les risques écologiques de l'eau***

Le Maroc a une véritable richesse en eaux courantes et en eaux souterraines. Ceci détermine la politique de l'eau aussi bien l'eau d'irrigation que potable (politique de construction de barrages et de lacs collinaires). L'enjeu épidémiologique est rehaussé par les maladies où l'eau a un rôle essentiel (paludisme, bilharziose) et les autres maladies hydriques (choléra, typhoïde, diarrhées, ascaridiose, trachome et conjonctivite), qui semblent vouées à la recrudescence cyclique.

Les statistiques mondiales montrent qu'une bonne partie des enfants de moins de 5 ans meurent suite à par des maladies transmises par l'eau polluée, impliquant près de la moitié des malades dans les hôpitaux. De là provient l'importance de l'approvisionnement en eau potable et en quantité suffisante.

A titre d'exemple, dans le quartier d'El Azzouzia, située au débouché des égouts de la ville de Marrakech et à proximité du dépôt d'ordure où l'eau de boisson provient de puits pollués par les rejets urbains, le taux global de mortalité infantile est de 122‰<sup>90</sup> et ce malgré la disponibilité d'équipements sanitaires modernes accessibles à tous.

### ***E. Les facteurs culturels et comportementaux***

Avec les remarquables progrès de la médecine, la santé au vingtième siècle s'est fortement médicalisée. Mais, il ne s'agit pas d'apporter la médecine moderne pour améliorer la santé de la population. Autrement dit, il y a d'autres facteurs, non directement médicaux qui gardent leur importance comme facteurs de risque pour la

---

<sup>90</sup> Bley, D. et Baudot, P. (1997) ; op. cit.

santé de la population. Il s'agit des problèmes d'environnement, des comportements alimentaires et des habitudes de vie<sup>91</sup>.

**a) Culture et reconnaissance de la maladie**

L'aspect culturel de la santé est tout aussi important. Du simple fait que même la reconnaissance de la maladie peut différer d'une culture à une autre. La réalité biologique de la maladie ne correspond pas à la réalité de celui qui est atteint pour qui la maladie est perçue différemment et attribuée à une cause, autre que la maladie. De ce fait le malade ne fera pas nécessairement appel au médecin ou au dispensaire lorsqu'il présentera des symptômes qui seront interprétés différemment.

En effet, chaque culture a sa façon de classer les maladies, et à l'intérieur d'une société donnée, on trouve encore des différences entre catégories sociales, entre familles, entre guérisseurs, et c'est en fonction de la classification adoptée qu'on reconnaîtra les maladies et ce dans le double but de les comprendre et de les soigner. De plus, chaque classification se base sur une interprétation des mécanismes et des causes d'une maladie, grâce à laquelle un traitement pourra être entrepris. «*Les modèles auxquels se réfèrent les sociétés traditionnelles résultent de la superposition de registres d'interprétation non exclusifs, bien loin des modèles simplistes qui opposent des causes naturelles et surnaturelles*»<sup>92</sup>.

Dès que surviennent une maladie grave, un accident imprévisible, une répétition de malheurs, la recherche d'un agresseur est la règle et souvent la sorcellerie est un mode courant d'interprétation de la maladie et du malheur. Au-delà de leur intérêt ethnologique, ces croyances sont

---

<sup>91</sup> Cantrelle P. et Locoh T. (1990), op. cit.

<sup>92</sup> Fassin D. (1990), «Maladies et médecines» in Sociétés, Développement et santé, Dir. Marc Gentilini, ELLIPSES/AUPELF, Paris, pp. 38-49.



importantes à prendre en compte comme réalité sociale dans des actions de santé.

Ainsi, «on retrouve une dichotomie entre les maladies ‘naturelles’ et les maladies ‘provoquées’ par la sorcellerie, les génies, etc. Ce classement des maladies dans l’une ou l’autre catégorie varie selon les sociétés et selon les caractéristiques individuelles, telles l’éducation. Il continue à guider les recours thérapeutiques. Les maladies classées comme naturelles pourront être soignées au dispensaire, mais les maladies ‘provoquées’ relèveront avant tout de traitements magiques associés parfois à des plantes médicinales»<sup>93</sup>. Ce qui retarde le recours à la médecine moderne.

La mort d’enfant n’est jamais vécue comme un fait naturel dans les croyances populaires. Au lieu de chercher la cause du décès, pour eux il est souvent provoqué par les puissances maléfiques ou par les maléfices jetés par une personne jalouse. *«Plusieurs témoignage de femmes qui expliquaient la succession des décès par attabâa (maladie d’enfant) dont les causes sont surnaturelles. En effet, attabâa prend l’image du mauvais sort dans les traditions populaires. Elle poursuit le fœtus dans tous les moments de sa vie utérine. L’accouchement est représenté comme ‘... une frontière difficile’. Un moment important où la vie et la mort se disputent l’issue avec acharnement: ‘rjel fe dounia ou rjel fe lakbra’. Ce mal qui frappe l’environnement des humains peut être l’effet des ‘djnoun’ (génies), des écritures magico-religieuses ou du mauvais œil»*<sup>94</sup>.

---

<sup>93</sup> Cantrelle P. et Locoh T. (1990), op. cit.

<sup>94</sup> Chattou Z. (1997), «Conception d’enfants et puissances invisibles: un cas symbolique. Cas de la société des Beni Iznacen (nord-est du Maroc)» 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 163-170.

### ***b) Médecine traditionnelle***

On ne peut s'étonner qu'en dépit de ses succès thérapeutiques, la médecine moderne ne supplante pas la médecine traditionnelle. Cependant les niveaux de mortalité atteints montrent que la médecine traditionnelle n'a pu faire face, autrefois pas plus que maintenant, aux principales causes de maladies, et en particulier celles de l'enfance.

La médecine traditionnelle fait partie d'une culture et ses représentants sont densément intégrés au tissu social. Elle offre une assistance traditionnelle à la population et un soutien essentiel au système de santé lorsque la médecine moderne brille par le déficit des services offerts. La double consultation reste une pratique courante. Ce recours à des structures multiples peut apporter une sécurité psychologique aux consultants ou être un facteur de risque. De plus la mise en parallèle des deux systèmes thérapeutiques perturbe l'identification des liens de cause à effet entre une maladie et un traitement et retarde *«le long processus séculaire par lequel on comprend que toute maladie a une origine naturelle et qu'il peut exister un traitement correspondants»*<sup>95</sup>.

En 1991, 15% des malades issus de la campagne ont eu recours aux guérisseurs contre presque 6% dans le milieu urbain<sup>96</sup>. Par ailleurs, au cours de la période 1997-98, presque une femme malade sur 4, soit 24%, n'a pas réalisé une consultation médicale en raison du recours à la médecine traditionnelle. Par milieu de résidence cette proportion est 22% dans le milieu urbain contre 27% dans le milieu rural<sup>97</sup>.

---

<sup>95</sup> Caldwell I. C. (1986), op. cit.

<sup>96</sup> Direction de la Statistique (1993), «Services de santé: Utilisation et dépenses des ménages. Dépenses pour les services de santé», in *Enquête de niveaux de vie des ménages 1991-92*, Vol. 5, partie I, Rabat, Maroc, 191 p.

<sup>97</sup> Direction de la Statistique (1999), op. cit.

Pourquoi trouve-t-on cette attitude plus accentuée dans le milieu rural? Est-ce qu'elle n'est pas, en partie au moins, la conséquence des difficultés d'accès à la médecine moderne? Ces difficultés d'accès, physiques, financière et humaine, ouvrent la porte à ce genre de recours dont il faut tenir compte dans toute politique de santé.

### ***c) Culture et comportement sanitaire***

Différents facteurs peuvent agir sur une maladie et modifier sa gravité d'une population à une autre en fonction de son comportement. On trouve les facteurs de contraction de la maladie avec l'existence ou non de la notion de transmission et de prévention et les facteurs qui conditionnent sa gravité tels que l'âge, le sexe, les associations avec d'autres facteurs, le traitement et les soins traditionnels.

Par exemple, pour les maladies qui peuvent être prévenues par des vaccins, des facteurs culturels peuvent agir dans l'acceptation ou non du vaccin et par conséquent influencer sa diffusion. Le cas des vaccinations infantiles qui entraînent un accès de fièvre transitoire est souvent cité. Faute d'explication, les mères jugent la vaccination nocive et ne se présentent plus aux vaccinations ultérieures<sup>98</sup>.

D'autres comportements peuvent constituer des facteurs de risque pour la santé des nouveau-nés. En effet, selon Chattou<sup>99</sup> «une fois le bébé venu au monde on le couvre avec du henné mélangé avec de l'huile d'olive. Tout le corps du bébé doit être couvert. On recommence cette opération le septième jour. Le bébé ne sera lavé qu'un mois plus tard par peur de l'exposer aux puissances maléfiques. Avant de l'emballoter, on

---

<sup>98</sup> Guillaume A. et Rey S. (1988), «L'intérêt de l'approche anthropologique pour l'étude des comportements en matière de santé» in *Congrès Africain de Population*, UIESP, Dakar.

<sup>99</sup> Chattou Z. (1997), op. cit.

attache une clé, du sel, une perle jaune, une coquille d'escargot blanche et une pièce de monnaie trouée dont le symbole est la protection de l'enfant. Le couteau utilisé pour couper le cordon ombilical sera mis sous l'oreiller du nouveau-né. On le sort au septième jour pour égorger le mouton en signe du sabâa (baptême)».

#### ***d) Culture et pratiques d'hygiène***

La notion de santé met en œuvre des conceptions historiquement et socialement relative. Par ce fait, l'ensemble des comportements et des mesures d'hygiène comme l'utilisation de l'eau et l'évacuation des déchets, les habitudes nutritionnelles et les normes régissant la reproduction, sont des facteurs essentiels de la santé.

La relation de cause à effet d'une habitude ou d'une coutume sur la santé est perçue différemment. «La sélection, par des processus culturels et sociaux, des normes et des comportements les plus performants pour améliorer le bien-être dépend de la connaissance de ces relations, de l'expérience accumulée et transmise de génération en génération, de la validité de l'interprétation qui en est faite»<sup>100</sup>.

De ce fait, l'observation des pratiques d'hygiène de la population contribuera à fournir les éléments d'une meilleure appréhension du milieu. Sachant que le milieu n'est pas une variable indépendante de l'homme et que la population le transforme par ses différentes façons d'agir. Et c'est l'ensemble des pratiques marquant la quotidienneté tel que l'entretien de la cour dans le milieu rural, l'entretien de l'habitat, les pratiques de transformation alimentaire et dans le rapport entretenu au corps qui composent le cadre à l'intérieur duquel la population vit et qui

---

<sup>100</sup> Cantrelle P. et Locoh T. (1990), op. cit.

peut contenir des pratiques susceptibles de servir ou desservir le maintien de la santé<sup>101</sup>.

Des pratiques peuvent affirmer ou infirmer une propension à séparer le propre du sale et manifester l'adaptation réussie de la population à son environnement. Il s'agit, à titre d'exemple, de pratiques comme:

- ◆ Quand est-ce qu'on utilise la main droite au lieu de la main gauche ;
- ◆ L'existence ou non des latrines à l'intérieure ;
- ◆ L'utilisation du savon, de l'eau de javel, de grésil, des produits aseptisants ;
- ◆ L'attention accordée aux contiguïtés dangereuses ;
- ◆ L'utilisation de la terre, du sable, des cendres comme produits abrasifs ;
- ◆ La pratique de l'engobage des marmites après chaque nettoyage.

La propreté dans chaque société a ses instruments et ses manipulations spécifiques. Ce type d'informations manque au Maroc. Ainsi, des recherches et des études anthropologiques dans ce sens auraient été d'une grande utilité pour des actions futures.

#### ***e) Culture et allaitement***

D'autres comportements culturels qui peuvent porter préjudice à la santé de l'enfant est le fait d'arrêter l'allaitement du nourrisson parce que la mère est enceinte croyant que le fœtus détériore le lait maternel et entraîne les diarrhées de leur nourrisson et décrivant cet antagonisme

---

<sup>101</sup> Poloni A. (1990), «Sociologie et hygiène» in *Sociétés, Développement et santé*, Dir. Gentilini M., ELLIPSES/AUPELF, Paris, pp. 273-287.

comme rivalité entre les deux enfants<sup>102</sup>, et ce sans être conscientes des risques de diarrhées et de malnutrition qu'encourt l'enfant dans le cas d'un sevrage brusque et le passage à un mode d'alimentation solide.

#### ***f) Culture et alimentation***

Les attitudes maternelles concernant ce que mangent les enfants, les stimulations à manger telle ou telle nourriture, l'attention apportée à son état nutritionnel varient d'une mère à une autre, mais elles sont également déterminées par des normes culturelles. Des différences de morbidité peuvent s'expliquer par l'attention plus ou moins grande que l'on attend des mères dans un contexte culturel donné.

Les tabous alimentaires privent certaines catégories de personnes d'aliments riches. En effet, il est connu que certaines catégories d'aliments sont pour leur valeur symbolique, prohibées pour certaines catégories de personnes, comme les femmes enceintes ou allaitantes, et les jeunes enfants. Il peut en résulter, lorsque le régime n'est pas par ailleurs équilibré, une carence en certains nutriments: protéines, vitamines, etc.

Ainsi, dans des régions du Maroc, l'ail et l'oignon sont interdits à la femme enceinte, des légumes comme les courges et les courgettes, aubergines, piments ou les fèves, des fruits comme les melons, les figues, les raisins ou les abricots sont interdits aux femmes allaitantes par peur que l'enfant allaité ne contracte la maladie d'*es-serra* (ombilic) et ne souffre de diarrhée aiguë, de fièvre et de vomissement. Dans d'autres régions du pays il est interdit aux enfants de manger le foie et le gésier du

---

<sup>102</sup> Communément surnommés «*Oulad Laghiab*». Aussi, voir la partie sur le comportement en matière d'allaitement.

poulet par peur qu'il ne manque de courage une fois adulte, ou de manger le cervellet du poulet par peur de manquer de vision la nuit.

Ceci dit, certaines mères adoptent une attitude non interventionniste vis à vis de leurs enfants et considèrent qu'ils n'ont pas faim tant qu'ils ne demandent pas à manger. L'enfant perd l'appétit et la mère ne le stimule pas à manger, ce qui rend probable l'entrée dans un cycle de malnutrition.

En effet, la répartition des repas et des aliments disponibles est également gouvernée par des habitudes culturelles. Des discriminations selon le sexe, l'âge, le rang de naissance, le statut au sein de la famille, réglementent l'accès des individus à la nourriture. Ainsi les habitudes nutritionnelles qui peuvent conduire à des insuffisances d'apport de certains nutriments, à des états de malnutrition ou à des risques d'infections parasitaires sont un vaste domaine de recherches anthropologiques pouvant aboutir à orienter des campagnes d'information et de sensibilisation. A titre d'exemple, le fait de ne donner à manger aux enfants qu'une fois les «*aînés*», et/ou les hommes ont déjà mangé augmente le risque de malnutrition parmi les enfants des familles défavorisées.

#### ***g) Culture et éducation***

Toutes ces données ethnologiques sont intériorisées par les hommes et les femmes de la société, mais les femmes restent les plus garantes de la continuité de l'édifice global de la culture traditionnelle. *«Les jeunes femmes même si elles accouchent dans une clinique ou à l'hôpital suivent partiellement ou totalement certaines consignes que les femmes âgées qui les entourent leur dictent»*<sup>103</sup>.

---

<sup>103</sup> Chattou Z. (1997), op. cit.

Il est donc nécessaire d'abord de prendre en compte les caractéristiques sociales et économiques ainsi que les spécificités culturelles de la population et des sous-populations et leur connaissance est le seul garant d'une interprétation pertinente des différences observées en matière de santé et de mortalité.

Ensuite, des actions dans le sens de minimiser les effets de ces pratiques sur la santé de la population sont nécessaires par l'éducation et l'alphabétisation des femmes en général et des femmes du milieu rural en particulier. Ces dernières accusent des résistances et conservent ses pratiques par manque d'ouverture sur l'extérieur. Les actions peuvent aussi l'éducation en matière de santé.

Selon l'OMS, «l'éducation pour la santé représente une action exercée sur les individus pour les amener à modifier leur comportement, d'une manière générale, elle vise à leur faire acquérir et conserver de saines habitudes de vie, à leur apprendre à mettre judicieusement à profit les services sanitaires qui sont à leur disposition, et à les conduire à prendre eux-mêmes isolément et collectivement les décisions qui impliquent l'amélioration de leur état de santé et de la salubrité du milieu où ils vivent».

Ainsi, pour tirer le maximum de profits des efforts destinés à élever le niveau de santé, réduire ou éliminer les principaux problèmes ou risques sanitaires et assurer à la population un bon niveau de bien-être, il faut que la population, à tous les niveaux de la société, soit éduquée.

Eduquer, ce n'est pas seulement instruire ou informer. C'est faire adopter des attitudes nouvelles, c'est apporter le changement. Cette mission ne peut être facile qu'avec une population instruite ou alphabétisée.



L'éducation pour la santé se situant dans une logique de l'action. Jaffré distingue trois domaines d'action: l'information, les modifications de l'environnement et la formation.

- ◆ L'information consiste à faire exister socialement une pathologie objectivée par des enquêtes épidémiologiques. «Informer signifie principalement ici travailler à modifier des représentations sociales existant antérieurement et/ou parallèlement au discours médical».
- ◆ Par contre la modification de l'environnement consiste en la modification des conditions de vie des populations les plus défavorisées, sachant que les actions quotidiennes sont le plus souvent effectuées hors de toute intention hygiéniste et liées à l'état des infrastructures sanitaires et à l'organisation du système social global.
- ◆ Enfin, la formation, ayant pour objectif, une meilleure utilisation des moyens disponibles, même et surtout quand ils sont maigres<sup>104</sup>.

Dans ce sens, les études anthropologiques sur la santé doivent donner une haute priorité à la question de la transmission des informations pour combler le manque accru de connaissances sur les moyens de promouvoir des connaissances de base sur la prévention des maladies, l'hygiène quotidienne et la nutrition, etc.<sup>105</sup>.

---

<sup>104</sup> Jaffré Y. (1990), «Education et santé» in *Sociétés, Développement et santé*, Dir. Gentilini M., ELLIPSES/AUPELF, Paris, pp. 50-66.

<sup>105</sup> Epelboin A. (1981), «Selles et urines, chez les Fulbe bande du Sénégal oriental. Un aspect particulier de l'ethnomédecine» in *Cahiers d'ORSTOM, Série Sciences Humaines*, vol.XVIII, n°4.

#### ***IV. Quelques repères pour l'action***

De nombreuses politiques de santé ont été mises en œuvre au cours des deux derniers siècles. Ces politiques sont de natures très diverses: certaines visent un germe particulier (la variole, la rage, le tétanos, la rougeole), ou une pathologie particulière (le cancer du sein, l'infarctus du myocarde), d'autres encore ont pour but l'organisation générale du système de santé et son interface avec la population (l'hôpital, les soins de santé primaire). On regroupe souvent les premiers en «*programmes verticaux*» et les derniers en «*programmes intégrés*»<sup>106</sup>.

Jusqu'à présent on a relevé différents facteurs de risque pour la santé de la population qui peuvent aboutir sur un ensemble d'actions émanant de différents secteurs dans le cadre d'une politique de population intégrée que les comités techniques seront amenés à élaborer.

D'une façon générale, une politique (de population) est définie comme l'énoncé d'importants objectifs accompagnés d'un ensemble de moyens permettant de les atteindre. Un ensemble bien élaboré de moyens constitue un programme<sup>107</sup>.

Ainsi ; la formulation d'une politique de santé nécessite des objectifs avec l'établissement d'un ordre de priorité, une stratégie d'action et un plan d'action intersectorielle concrétisé par des actions visant la réalisation des objectifs arrêtés. Or l'action multisectorielle nécessite la modestie, l'esprit d'entraide entre les différents secteurs,

---

<sup>106</sup> Garenne M. (1996). «Les politiques de santé publique et leur incidence démographique», in *Démographie: analyse et synthèse. Causes et conséquences des évolutions démographiques*, Actes du séminaire de Sienne, 22-24 avril 1996, pp. 237-269.

<sup>107</sup> La définition de la politique de population telle qu'elle est énoncée in "Population Encyclopédia".

l'abolition des frontières de la stratification administrative et l'adoption d'une démarche nouvelle dont on n'a pas l'habitude mais qui commence à faire émerger.

### ***A. L'arrêt des objectifs de la politique de la santé***

Ce sont les objectifs qu'il convient de viser pour aboutir à une santé meilleure pour la population marocaine.

Dans l'établissement des priorités de la politique de population au Maroc, deux facteurs doivent rentrer en jeu: la conjoncture démographique au Maroc et ses tendances, et les différents programmes et plan d'actions mis en œuvre au Maroc. En plus, il faut tenir compte:

- ◆ de la politique de régionalisation déjà mise en œuvre par le gouvernement et qui permet aux régions d'avoir un plan de développement régional ;
- ◆ des différences entre le milieu rural et le milieu urbain ;
- ◆ des provinces prioritaires sélectionnées dans le programme BAJ.

Ainsi au regard des différents programmes, de la situation démographique et à la lumière des recommandations du plan d'action du Caire, nous proposons les axes prioritaires de la santé ci-dessous<sup>108</sup>:

- ◆ Renforcer les programmes de prévention et de lutte contre les maladies ;
- ◆ Renforcer l'offre de soins ainsi que l'amélioration de sa répartition spatiale ;
- ◆ Améliorer la qualité des services ;
- ◆ Renforcer les mécanismes du financement de la santé.

---

<sup>108</sup> CERED (1998b), *Eléments pour une politique intégrée de la population au Maroc*, Rabat, Maroc, 115 p.

### ***1. La santé de base***

Dans ce domaine important pour les politiques de population, l'objectif est d'élargir l'accès des populations, particulièrement en milieu rural, en mettant l'accent sur la santé maternelle et la santé néonatale, et ce en luttant contre les maladies d'origine hydriques.

### ***2. La maternité sans risque***

Améliorer la santé reproductive à travers la réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale et développer des approches pour mesurer et réduire la morbidité reproductive. Ceci doit être traduit par l'amélioration:

- ◆ des soins d'urgence au niveau des maternités hospitalières ;
- ◆ des soins de santé de base dans les structures de première ligne ;
- ◆ développer les activités d'appui au programme de maternité sans risque incluant les services de la planification familiale ;
- ◆ développer la communication et la mobilisation sociale.

### ***3. Les programmes de la santé de reproduction***

- ◆ Renforcer la capacité des individus à atteindre leurs buts reproductifs par l'amélioration de la qualité du programme de planification familiale et l'intégration de l'aspect santé de la reproduction dans ce programme ;
- ◆ Améliorer la qualité et augmenter l'éventail des méthodes contraceptives disponibles afin que les individus puissent choisir la méthode qui leur convient ;
- ◆ Assurer des formations au profit du personnel de la santé, afin qu'il puisse offrir un plus grand nombre de méthodes de contraception;

- ◆ Assurer des formations au profit du personnel médical et paramédical ;
- ◆ Encourager les méthodes de contraception de longue durée.

***4. L'information, l'éducation, la communication (IEC) et la mobilisation sociale dans le domaine de la santé de la reproduction:***

- ◆ Elaborer, au niveau du comité technique de l'IEC, une stratégie de communication dans le contexte global de la santé reproductive ;
- ◆ Renforcer la coordination dans le domaine de l'IEC ;
- ◆ Renforcer les capacités de formation des intervenants notamment dans le domaine de communication interpersonnelle ;
- ◆ Encourager les programmes qui ciblent les hommes.

Ces axes restent à titre indicatif. Ils seront discutés et amendés par les membres du comité technique pour en faire une politique de santé explicite intégrée et cohérente.

***B. L'établissement d'un ordre de priorité entre les objectifs***

Les ressources sont toujours limitées et le droit aux soins est une nécessité collective, mais les coûts relatifs aux soins médicaux ne cessent de s'accroître au point de rentrer en contradiction avec ce droit. Il faut donc concilier entre les exigences sociales et les contraintes économiques par une rationalisation des actions et l'établissement de priorités parmi les objectifs que le comité se fixera.

L'évaluation coûts/bénéfices des dépenses engagées ne doit pas être une entrave à la santé de la population, surtout devant l'éventualité

que l'état se retire du secteur de la santé pour trouver un moyen de faire payer les ménages les services de soins dont ils bénéficieront.

### ***C. La stratégie d'action***

La stratégie doit viser tous les facteurs de risque pour la santé de la population dans une vision multisectorielle. Autrement dit, il faut prendre en compte tous les secteurs qui influencent la santé de la population. Certes, la stratégie nationale de santé donne les éléments de réponse à ce besoin mais une vision multisectorielle est nécessaire.

### ***D. Le plan et les moyens d'actions intersectoriels***

Les moyens d'actions qui seront évoqués résultent des inégalités en matière de santé soulevées par l'étude, du lien du secteur de la santé avec les secteurs qui l'influencent et des actions à mener pour leur amélioration. Dans ce sens seules les actions des secteurs qui ont une liaison avec le secteur de la santé seront évoquées:

- ◆ Généralisation de l'éducation et de l'alphabétisation et particulièrement des femmes et de la petite fille ;
- ◆ Réaliser des enquêtes sur la santé, la morbidité et la mortalité prenant en compte les caractéristiques nationales et régionales ;
- ◆ Développer le système de l'état civil et y inclure les causes de mortalité ;
- ◆ Etudier les causes de la mortalité et de la morbidité pour pouvoir envisager les programmes susceptibles d'avoir une incidence sur les causes de mauvaise santé ;
- ◆ Effectuer des recherches continues sur les grandes préoccupations en santé, et étendre les activités de prévention;

- ◆ Donner l'information utile à la prise de décision en matière de santé ;
- ◆ Le désenclavement du monde rural par la construction de routes rurales afin de faciliter l'accès aux soins de santé ;
- ◆ Accentuer la lutte contre la pauvreté et la malnutrition ;
- ◆ Promouvoir l'habitat social pour lutter contre les mauvaises conditions du logement ;
- ◆ Promouvoir les études anthropologiques pour mieux comprendre le comportement de la population nationale et des sous-populations (régionales ou autres) en matière de santé ;
- ◆ Améliorer le statut de la femme ;
- ◆ Prévoir les besoins en santé qui seront induits par les modifications des structures de la population et particulièrement le vieillissement de la population ;
- ◆ Elaborer une politique de santé par milieu de résidence.

Ces actions peuvent être complétées par celles de la stratégie de la santé.

### ***Conclusion***

A la fin de cette participation, nous ne prétendons pas avoir relevé tous les facteurs de risque pour la santé de la population, ni avoir soulevé toutes les inégalités sociales en matière de santé et de morbidité, mais nous avons essayé de contribuer à la connaissance du phénomène.

Certes, la connaissance des inégalités en santé et mortalité et de leurs facteurs de risque est pertinente pour elle-même mais elle doit l'être aussi pour l'action qu'elle induit. La connaissance nous situe au niveau de la population et de la santé, alors que l'action nous situe au niveau de l'élaboration d'une politique de santé visant l'amélioration de l'état de

santé de la population et la réduction des disparités et des inégalités entre couches sociales.

Le rôle de la médecine dans l'amélioration de la santé est difficile à dissocier des progrès économiques et sociaux qui devraient l'accompagner. Les mesures d'hygiène publique et d'assainissement du milieu de vie, le bénéfice des innovations techniques et l'amélioration de la qualité de la nutrition, la généralisation de l'accès à l'enseignement et l'instauration du système de sécurité sociale et de l'assurance maladie font désormais partie de systèmes sociaux complexes dont l'une des composantes est le secteur de la santé, celui-ci étant en constante interaction avec toutes les autres.

Cependant, toute politique est un ensemble de programmes destinés à des individus dont le nombre, la localisation géographique, la répartition par âge et par sexe, la croissance dans le temps, et le niveau social constituent des éléments de base qu'il faut prendre en compte dans le développement de toute politique de santé cherchant un bien-être, meilleur, pour la population marocaine.

La politique de santé doit s'inscrire donc dans le cadre d'une politique de population visant le bien-être social de toute la population. Or, le bien-être est un concept égalitaire. Il doit être multidimensionnel et comprendre des composantes comme le revenu, l'habitat, l'emploi et les conditions de travail, les relations sociales, la santé, l'éducation, etc. Il s'agit d'œuvrer dans le sens de la distribution de ce bien-être, le plus équitablement possible, entre tous les groupes de la population. L'approche multisectorielle pourra aider à atteindre cet objectif, dans le cadre d'une politique de population intégrée.



**Liste des chercheurs ayant participé à l'élaboration de ce document sous la Direction de Monsieur *Ahmed NOUIJAI*, Directeur du Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (CERED) :**

Monsieur *Abdeltif CHAOUAI*, Démographe ;

Monsieur *Ali EL YOUNI* ; Démographe ;

Monsieur *Saïd AZAMMAM*, Démographe ;

Monsieur *Mostapha TYANE*, Docteur ;

Monsieur *Redouane BELARBI*, Chercheur ;

Monsieur *El Arbi KARANI*, Démographe ;

Monsieur *Lhou ADDIOUI*, Démographe .

Le financement a été assuré par le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), qu'il en soit remercié.

*N.B. : Les avis et opinions développés dans ce document ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel du Ministère de la Prévision Economique et du Plan.*