HAL
open science

Impact des services de soins de santé de base dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé de la reproduction des populations vulnérables du Haut Atlas de Marrakech

Mohamed Cherkaoui, Abdellatif Baali, M.K. Hilali, Patrick Baudot, F.Z. El Hamdani, A. Lahman, B. Sabir, M. Zouini, Patrice Vimard

To cite this version:

Mohamed Cherkaoui, Abdellatif Baali, M.K. Hilali, Patrick Baudot, F.Z. El Hamdani, et al.. Impact des services de soins de santé de base dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé de la reproduction des populations vulnérables du Haut Atlas de Marrakech. Abdelmounaim ABOUSSAD, Mohamed CHERKAOUI et Patrice VIMARD. Santé et vulnérabilité au Maroc, Université Cadi Ayyad ; LPED, pp.117-133, 2010. ird-00576670

HAL Id: ird-00576670

https://ird.hal.science/ird-00576670v1

Submitted on 15 Mar 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Impact des services de soins de santé de base dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé de la reproduction des populations vulnérables du Haut Atlas de Marrakech

Mohamed CHERKAOUI, Abdellatif BAALI,
Mohamed Kamal HILALI, Patrick BAUDOT,
Fatima Zahra EL HAMDANI, Aziz LAHMAM, Btissam SABIR,
Mariam ZOUINI et Patrice VIMARD

Dans les pays en voie de développement, les services de santé offerts aux citoyens sont généralement étroitement liés à leur situation socio-économique. Cependant, d'autres facteurs d'ordre social, culturel, géographique et organisationnel agissent sur le degré d'équité dans ces services. Le Maroc illustre parfaitement cet état de fait, en tant que pays à revenu intermédiaire présentant de grandes disparités entre les différents groupes socio-économiques et les régions géographiques avec des écarts de revenu croissants. Les dernières enquêtes nationales ont bien montré les progrès à l'échelle nationale et l'évolution des écarts entre groupes de population, en matière de santé et de santé de la reproduction (EPSF, 2003-04). Ainsi les grands traits du diagnostic qui peut être porté sont les suivants, au delà de l'amélioration significative des indicateurs de santé et de santé de la reproduction, des énormes inégalités existent encore entre les différentes catégories de la population et le fossé qui les sépare tend encore à se creuser. Chez les plus riches, les soins médicaux sont semblables à ceux des pays industrialisés, alors qu'ailleurs, la recherche révèle, par exemple, un niveau de mortalité (des adultes comme des enfants) encore trop élevé et une moindre santé de la reproduction qui se traduit par une fréquence importante de la mortalité maternelle, une santé génésique déficiente et une maîtrise plus faible de la fécondité (Bakass, 2003 ; Gwatkin *et al.*, 2000 ; Ministère de la Santé, 2005 ; Oomann, 2003) ; une croissance du nombre de grossesses non désirées se terminant par un avortement provoqué ; une croissance des IST et des personnes infectées par le VIH/Sida en ville.

Dans le contexte marocain, plusieurs facteurs contribuent à cette situation. Parmi eux, les inégalités d'accès aux soins médicaux entraînent des écarts

importants en matière de niveau de santé au sein de la population. Dans ce contexte et dans le but d'approfondir la connaissance sur les comportements de santé des populations vulnérables du Maroc et d'identifier les facteurs favorables à leur progrès en matière de santé et de santé de la reproduction et les contraintes en la matière, nous tenterons dans cet article de mettre en évidence les difficultés d'accès aux services de santé et les progrès induits par l'amélioration de la couverture des formations sanitaires de base et par les programmes de santé développés à l'échelle nationale. En effet, dans les zones les plus pauvres et les plus reculées du pays, ce sont les soins de santé primaires et les services des Centre de Santé qui ont amélioré la santé publique, mais la qualité et, parfois la quantité, de ces services laisse encore à désirer. Pour cela, nous examinerons les conditions d'accès aux services de santé de la reproduction des populations de trois vallées du Haut Atlas occidental – Azgour, Anougal et Imnane – situées au sud de la ville de Marrakech. Ces populations de montagne, confrontées à des vulnérabilités environnementales multiples (altitude, faible espace utile disponible, contraintes écologiques à l'activité agricole, etc.), se caractérisent également par des difficultés d'accès aux infrastructures sociales et sanitaires, du fait de leur éloignement (Baali *et al.*, 1996 ; Cherkaoui *et al.*, 2008). Ces difficultés sont variables selon la vallée et elles évoluent dans le temps en fonction de la création de dispensaires et des activités des équipes mobiles.

L'analyse portera sur les variations dans l'espace (écart entre les vallées) et le temps (différence selon l'année) des prévalences de trois indicateurs principaux qui traduisent l'accès aux services de santé de la reproduction : la contraception, l'accouchement dans une formation sanitaire et la vaccination des enfants. Au regard de l'évolution à l'échelle nationale, les progrès, inégaux, seront mis en évidence ainsi que l'effet de l'implantation d'un dispensaire dans une vallée sur ces progrès. Cette analyse doit nous permettre de dégager quelques conclusions relatives à une amélioration de l'intégration des populations vulnérables aux programmes de santé au Maroc pour faciliter et accélérer les progrès de leurs niveaux de santé[1].

La région et les données d'étude

D'une manière générale, les zones montagneuses marocaines sont caractérisées par des conditions géographiques et climatiques difficiles, un niveau socio-économiques précaire, des difficultés d'accessibilité aux

[1] Cette étude a été réalisée avec le soutien du Comité scientifique franco-marocain Volubilis dans le cadre des Partenariats Hubert Curien (PAI n° MA/08/199).

services de santé et une hygiène générale défectueuse. Ceci constitue autant de facteurs favorables à des niveaux élevés de morbidité et de mortalité dans les populations (Baali, 1994 ; Cherkaoui, 1994).

Les vallées d'Azgour, d'Anougal et d'Imnane, qui participent de cet état de fait, sont situées sur le flanc nord du Haut Atlas occidental, à 75 km au sud de la ville de Marrakech. Elles se trouvent à des altitudes de 1 200 à 2 300 mètres (à Tacheddirte, le village le plus élevé de la vallée d'Imnane qui est d'ailleurs l'un des plus hauts villages du Maroc) et sont entourées de montagnes dont l'altitude varie de 2 000 m à 3 340 m.

La population de la vallée d'Azgour est estimée en 2006 à 7 100 personnes, celle d'Anougal à 4 500 personnes et la vallée d'Imnane regroupe aujourd'hui quelque 2 500 habitants. La population de la zone est très pauvre et demeure particulièrement tributaire des ressources naturelles disponibles dans le milieu. Le système de production est un « agropastoralisme » de montagne. Celui-ci associe à l'agriculture basée sur la céréaliculture (orge et maïs), une arboriculture, avec le noyer comme espèce dominante mais où d'autres arbres fruitiers, comme le pommier, le cerisier, le poirier, etc., acquièrent actuellement de l'importance, et un élevage mixte d'ovins, caprins et bovins de race locale.

La migration saisonnière de la population active en ville, souvent employée dans le secteur de l'habitat et des travaux publics, constitue également une source complémentaire de revenu pour l'ensemble des ménages des trois vallées. Plus récemment, et tout particulièrement dans la vallée d'Imnane, le tourisme, en cours de développement grâce à la proximité de la station de ski de l'Oukaïmeden et aux activités de randonnée dans l'ensemble du massif du Toukbal, point culminant du Maghreb, est venu s'ajouter aux activités agropastorales. Ce tourisme constitue, pour beaucoup d'individus restés sur place, et employés comme guides, accompagnateurs, moniteurs de ski, muletiers, responsables de gîte, vendeurs, etc., le principal moyen de rémunération. L'intégration de l'activité touristique représente ainsi l'un des principaux changements de ces dernières années dans la vallée d'Imnane (Cherkaoui, 2008).

L'agriculture dans cette région connaît plusieurs contraintes : l'éparpillement des exploitations en plusieurs parcelles de très faible taille, l'enclavement en raison d'une infrastructure routière insuffisante, les conditions climatiques défavorables ainsi que le phénomène d'érosion. Quant à l'élevage, il subit lui aussi différentes contraintes liées au climat et à la superficie limitée des pâturages. Le réseau routier est constitué par des pistes

qui deviennent impraticables en cas de tempête et ou de chute de neige et les déplacements intra et inter-douars sont souvent assurés par l'animal. Pour ce qui concerne les infrastructures de santé, les vallées d'Azgour et d'Anougal disposent chacune d'un seul dispensaire fonctionnant avec un seul infirmier. La consultation médicale se fait une à deux fois par semaine. Quant aux populations d'Imnane, elles doivent se rendre à l'extérieur de la vallée, à Imlil ou Asni, pour bénéficier de structure de soins.

La présente étude participe de l'observatoire des populations humaines des vallées du Haut Atlas de Marrakech, développé par le Laboratoire d'écologie humaine (LEH) de l'Université Cadi Ayyad de Marrakech (UCAM) en partenariat avec différents partenaires, français notamment. Dans le cadre de cet observatoire, plusieurs travaux ont été menés dans le but de collecter un ensemble d'informations sur la dynamique démographique, l'état de santé et les conditions socio-économiques et culturelles de la population. L'enquête analysée dans cette communication est une enquête rétrospective exhaustive réalisée en 2006 dans les trois vallées auprès des chefs de ménages et des femmes en âge de reproduction. Au total, ce sont plus de 1 400 femmes de 15 à 59 ans au moment de l'enquête qui ont été interrogées sur leur vie génésique et leur comportement de santé et ce sont près de 7 000 enfants nés depuis 1960 dont le devenir a été enregistré (lieu d'accouchement, survie, vaccination, etc.). La saisie et l'exploitation des données ont été réalisées à l'aide du progiciel SPSS.

L'accès aux services de santé de la reproduction

Dans cette partie nous examinerons successivement les prévalences de la contraception, de l'accouchement dans un centre de santé et de la vaccination des enfants, qui traduisent l'accès à des services de santé de la reproduction et nous paraissent essentiels pour le niveau de santé des populations.

L'accès à la contraception et ses variations dans l'espace

Au Maroc, entre le début des années 1980 et celui des années 2000, la contraception moderne a été multipliée par 2,5 et la contraception dite traditionnelle a doublé. Ainsi, en 2003-04, 63 % des femmes mariées utilisent une méthode quelconque de contraception et 55 % une méthode moderne. La transition a été en matière contraceptive, comme en matière de fécondité et de nuptialité, plus précoce dans les milieux urbains et instruits. Dès les années 1979-80, la moitié des femmes de niveau secondaire ou supérieure et le tiers des femmes urbaines utilisaient une méthode de contraception, alors qu'à la même époque, seules 15 % des femmes sans

instruction et 9 % des femmes rurales faisaient de même. Cet écart selon les milieux de résidence et les niveaux d'instruction perdurera tout en s'atténuant peu à peu jusqu'au tournant des années 2000 et c'est seulement aujourd'hui que nous pouvons observer une homogénéisation certaine et très marquante des comportements contraceptifs entre les différentes catégories de femmes : ainsi en 2003-2004, 65,5 % des femmes mariées utilisent une contraception et 56 % une contraception moderne et les pourcentages sont respectivement de 59,7 % et 53,2 % en milieu rural soit une différence très faible (Ministère de la Santé, 2005 ; Yaakoubd et Vimard, 2010). Ces progrès traduisent la réussite du Programme national de planification familiale. Programme, établi au Maroc dès 1966, qui a gagné progressivement du terrain à partir des décennies 1970 et surtout 1980, la planification familiale constituant « le fer de lance des soins de santé de base » (El-Arbi Housni, 2005). Depuis l'expansion du programme aux prestataires privés, en 1988, les moyens de planification familiale sont disponibles par de multiples sources pour la population marocaine.

Les prévalences contraceptives dans les vallées du haut Atlas étudiées sont comparables à celle de l'ensemble du milieu rural marocain avec une contraception totale et une contraception moderne qui concernent respectivement 60,2 % et 51,5 % des femmes mariées (tableau 1). On relève en revanche quelques différences de pratiques contraceptives entre les vallées[2]. La vallée d'Anougal est celle où la pratique est la plus répandue, suivi de la vallée d'Azgour puis de celle d'Imnane. Comme à l'échelle nationale, la pilule, dispensée gratuitement dans les centres de santé, est la méthode la plus utilisée par les femmes : 78 % des femmes mariées ont choisi cette méthode. Les autres méthodes sont beaucoup moins suivies : 6 % des femmes mariées utilisent une méthode d'abstinence périodique, 5,5 % la méthode d'allaitement maternel exclusif, récemment mise en valeur, et les autres moyens (condom, stérilet, injection, stérilisation…) concernent chacun moins de 5 % des utilisatrices. Il est à noter que la pilule est utilisée aussi bien comme méthode d'arrêt de la reproduction que d'espacement des naissances, traduisant ainsi sans aucun doute la difficulté des femmes pour obtenir les méthodes de planification familiale les plus efficaces en matière d'arrêt de la reproduction (stérilet, stérilisation…).

---

[2] Différences significatives à 1 pour 1000 selon le test du Khi-deux de Pearson pour la contraception toutes méthodes confondues comme pour la contraception moderne. Dans la suite du texte la significativité des relations sera mesurée selon ce test du Khi-deux de Pearson.

Tableau 1. Utilisation de la contraception au moment de l'enquête selon la vallée et la situation de la femme (en %). Femmes mariées de 15 à 49 ans

Méthode de contraception	Anougal	Azgour	Imnane	Ensemble
Ensemble des méthodes	66,1	59,2	50,4	60,2
Méthodes modernes	54,0	54,7	41,1	51,5
Effectif	*552*	*466*	*282*	*1300*

Source : Enquête Haut Atlas occidental, LEH-LPED, 2006.

Dans notre souci d'identifier le rôle des structures de santé dans la diffusion des comportements de santé reproductive, nous examinerons la pratique contraceptive selon la distance à un centre de santé. Nous avons pour cela distinguer les femmes selon la distance de leur habitation au centre de santé le plus proche, selon 4 niveaux (tableau 2). Plus les femmes résident à proximité d'un centre de santé, plus elles pratiquent la contraception, qu'il s'agisse de l'ensemble des méthodes ou des seules méthodes modernes, avec une différence significative à 1 pour 1000 selon le test du Khi-deux. Ainsi, par exemple, si l'on considère les femmes mariées, 71 % de celles résidant à proximité d'un centre de santé (de 0 à 2 kilomètres) utilisent une contraception moderne et seulement 50 % des femmes les plus éloignées d'un centre (16 kilomètres et davantage) utilisent une telle contraception ; la différence étant comparable pour l'ensemble des méthodes (61 % et 41 % respectivement). Par contre, pour les méthodes traditionnelles, la différence d'utilisation selon la distance n'est pas significative (au seuil de 10 pour 100).

Tableau 2.Utilisation d'un moyen de contraception au moment de l'enquête selon la distance au centre de santé (en %). Femmes mariées de 15 à 49 ans

Méthode de contraception	Distance au dispensaire (vallées concernées)				
	0 à 2 km (Azgour et Anougal)	3 à 7 km (Azgour et Anougal)	8 à 15 km (Azgour et Anougal)	16 km et + (Imnane)	Total
Ensemble des méthodes **	71,1	64,3	56,4	50,4	60,2
Méthodes modernes **	60,8	55,4	49,1	41,1	51,5
Méthodes traditionnelles ns	10,3	9,3	7,3	9,2	8,8
Effectif	*311*	*269*	*438*	*282*	*1 300*
% du total	23,9	20,7	33,7	21,7	100,0

Source : Enquête Haut Atlas occidental, LEH-LPED, 2006.
Relation significative à 1 pour 1000 ; ns : non significatif à 10 pour 100.

Examinons maintenant cette relation dans les deux seules vallées qui bénéficient en propre d'un centre de santé. Les femmes d'Imnane, résidant dans une vallée qui ne possède pas de dispensaire, sont en effet toutes distantes d'au moins 16 km d'un centre de santé. Il n'en est pas de même des femmes des vallées d'Agour et d'Anougal dont les *douars* se situent à des distances plus réduites et variables du dispensaire de leur vallée qu'elles sont amenées à fréquenter pour se procurer des moyens de contraception. Pour les femmes de ces deux vallées, la prévalence contraceptive (ensemble des méthodes et méthodes modernes) est significativement liée à la distance au centre de santé. En revanche, là encore, l'utilisation des méthodes traditionnelles n'est pas liée significativement à cette distance au centre de santé (tableau 3).

Tableau 3. Utilisation d'un moyen de contraception au moment de l'enquête selon la distance au centre de santé à Azgour et Anougal (en %). Femmes mariées de 15 à 49 ans

Méthode de contraception	Distance au dispensaire			
	0 à 2 km	3 à 7 km	8 à 15 km	Total
Ensemble des méthodes *	71,1	64,3	56,4	63,0
Méthodes modernes **	60,8	55,4	49,1	54,3
Méthodes traditionnelles ns	10,3	8,9	7,3	8,7
Effectif	*311*	*269*	*438*	*1018*
% du total	30,6	26,4	43,0	100,0

Source : Enquête Haut Atlas occidental, LEH-LPED, 2006.
* Relation significative à 1 pour 1000 ; ** Relation significative à 1 pour 100 ; ns : non significatif à 10 pour 100.

Même dans une région ou la prévalence contraceptive est élevée, à la hauteur de ce qu'elle est dans l'ensemble du milieu rural marocain, on constate que la proximité d'un centre de santé favorise l'emploi de la contraception moderne. La moindre utilisation de moyens modernes de contraception par les femmes les plus éloignées des centres de santé ne s'accompagnant pas d'une utilisation accrue des méthodes traditionnelles, on peut conclure que l'éloignement des structures de santé conduit les femmes à un déficit de maîtrise de leur vie reproductive. La proximité d'un centre de santé s'avère par conséquent un atout important pour la satisfaction des besoins en planification familiale.

Cette relation est confirmée par une analyse de régression logistique qui montre que, toutes choses égales par ailleurs, la proximité du dispensaire favorise l'utilisation de la contraception moderne. La pratique contraceptive est également favorisée par la résidence dans la vallée d'Azgour, où le centre de santé est le plus anciennement implanté. L'analyse de régression nous montre également que les discussions relatives à la planification familiale au sein du couple favorisent très nettement cette pratique contraceptive. En revanche, les autres variables corrélées statistiquement avec l'utilisation de la contraception moderne (d'après le texte du X^2) n'ont pas de relation significative avec celle-ci dans le modèle de régression : cela concerne l'âge de la femme, sa parité, l'expérience du décès d'enfant, la taille de la

propriété foncière et la relation entre le lieu du travail du mari et le lieu de résidence de la femme.

L'accouchement dans un milieu sanitaire : une pratique en progression qui reste minoritaire

Au Maroc, au début des années 2000, 61 % des naissances ont lieu dans une formation sanitaire et 39 % à la maison. Cette proportion d'accouchements dans une formation sanitaire a fortement augmenté durant la dernière décennie puisqu'en 1992 elle était de 28 % et de 46 % en 1997. Mais le lieu d'accouchement varie fortement selon les caractéristiques socio-économiques des femmes et notamment selon le milieu de résidence, puisque 83 % des femmes urbaines accouchent dans un établissement sanitaire contre 38 % seulement en milieu rural. La région de Marrakech-Tensift-Al Haouz est par ailleurs l'une des régions où l'accouchement dans une formation sanitaire est la plus faible (45 %) de toutes les régions du Maroc (Ministère de la Santé, 2005).

Les femmes des vallées étudiées accouchent nettement moins souvent que les femmes du milieu rural marocain et que celles de leur région d'appartenance dans une formation sanitaire : 21,7 pour les naissances de 2001 à 2006 (tableau 4). Mais cette proportion a nettement progressé au cours du temps[3] notamment depuis les années 1980 : passant de 1,1 % pour les naissances de la décennie 1960 à 5,1 % pour les enfants nés de 1986 à 1990, 15,6 % pour ceux nés de 1996 à 2000 et près de 22 % pour naissances les plus récentes. La progression des accouchements dans une formation sanitaire s'est faite au détriment des accouchements assurés au domicile de la parturiente avec l'assistance d'une matrone recyclée (c'est-à-dire ayant bénéficié d'un cycle de formation) ; en revanche les accouchements au domicile avec l'assistance de matrone non recyclée ont légèrement progressé au cours du temps (16,9 % de la décennie 1960 à 23,1 % au début des années 2000).

[3] Les différences de lieu d'accouchement selon la période sont significatives au seuil de 1 pour 1000.

Tableau 4. Lieu d'accouchement selon l'année de naissance (en %). Enfants nés de 1960 à 2006

Année de naissance	Lieu d'accouchement			Total	*Effectif*
	Hôpital	Domicile avec matrone recyclée	Domicile sans matrone recyclée		
1960-1970	1,1	82,0	16,9	100,0	*651*
1971-1975	2,1	77,8	20,0	100,0	*654*
1976-1980	1,9	78,0	20,1	100,0	*926*
1981-1985	3,3	72,6	24,1	100,0	*1 129*
1986-1990	5,1	69,7	25,2	100,0	*1 278*
1991-1995	8,5	66,7	24,8	100,0	*1 460*
1996-2000	15,6	64,1	20,3	100,0	*1 203*
2000-2006	21,7	55,2	23,1	100,0	*966*
Total	8,0	69,6	22,4	100,0	*8 267*

Source : Enquête Haut Atlas occidental, LEH-LPED, 2006.

En relation avec la proportion restreinte d'accouchement en milieu médicalisée, il faut noter la faible couverture en consultation prénatale (CPN) dans les vallées étudiées : 52 % pour les femmes enceintes de 7 mois et plus au moment de l'enquête. Ce niveau est inférieur à celui constaté à l'échelle nationale (67,8 %), mais légèrement supérieur à celui enregistré en milieu rural (47,9 %). En outre, alors que l'OMS recommande au moins quatre visites prénatales, bien réparties au cours de la grossesse, seules 2 % des femmes enceintes ont satisfait dans les vallées à ces recommandations (proportion nettement inférieure à celle du milieu rural marocain, 15 %) alors que 18 % ont bénéficié de 3 visites et 32 % d'une ou deux visite prénatale seulement. Cette proportion des femmes suivies en CPN demeure malgré tout supérieure à celle des femmes ayant accouché en milieu médicalisé. Ceci traduit l'inefficacité du programme prénatal dans la promotion et la référence des femmes pour accouchement dans les maternités et aussi dans le dépistage des femmes à haut risque et leur prise en charge avant qu'une complication ne survienne. L'écart observé entre les proportions relatives à la CPN et à l'accouchement s'explique par le fait que les femmes de ces vallées préfèrent accoucher chez elle, aussi la CPN est-elle pratiquée par les femmes pour se renseigner sur la bonne évolution de la grossesse (Zouni *et al.*, 2009a).

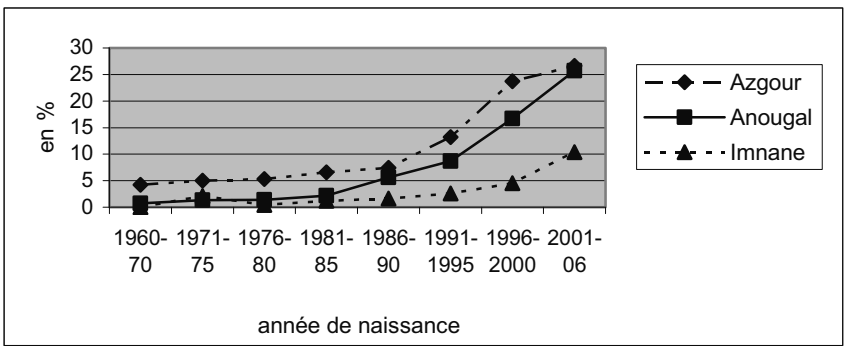
Quant au suivi postnatal, il demeure également très insuffisant. En effet, si près de 46 % des femmes ayant accouché entre 2001 et 2006 ont déclaré avoir consulté une structure de santé après la naissance de leur enfant, il s'agit là de consultation quel que soit le motif c'est à dire pouvant avoir eu pour objet la consultation de la femme elle-même, des soins à l'enfant ou sa vaccination. Ainsi, lors de ces consultations « postnatales », ces femmes n'ont bénéficié d'aucun examen clinique car elles ne veulent pas être examinées par les infirmiers, de sexe masculin, officiant dans ces vallées (Zouni *et al.*, 2009b).

Si le dispensaire a été créé et a fonctionné dans la vallée d'Azgour dès 1962, la vallée d'Anougal a bénéficiée beaucoup plus tardivement du fonctionnement de son centre de santé puisqu'un infirmier a seulement été affecté en 1991 pour travailler dans le dispensaire construit quelques années auparavant. Les dispensaires ne jouent pas de rôle direct en matière d'accouchement dans une formation sanitaire qui ont lieu, au Maroc, en milieu hospitalier, soit essentiellement à l'hôpital d'Amizmiz pour les femmes des vallées d'Azgour et d'Anougal, et à l'hôpital d'Asni pour les femmes de la vallée d'Imnane. En revanche, les infirmiers responsables des dispensaires interviennent progressivement pour diffuser un certain nombre de messages sanitaires et concourent à développer un environnement favorable à de bonnes pratiques sanitaires, ce qui contribue à conduire les femmes enceintes à accoucher dans un milieu médicalisé. On peut faire l'hypothèse que l'implantation plus précoce d'un dispensaire dans la vallée d'Azgour explique que les femmes de cette vallée commencent à adopter dès la décennie 1960 l'accouchement à l'hôpital, qui reste à cette époque pratiquement inconnu à Anougal. Cet écart entre les deux vallées demeurera jusqu'au début des années 2000 où l'on observe un net rapprochement des comportements en la matière (figure 1). Par contre à Imnane, vallée dépourvue jusqu'à ce jour de toute structure sanitaire, l'accouchement en milieu médicalisé reste marginal durant toute la période d'observation et concerne en ce début de XXIe siècle seulement 10 % des femmes. Outre une situation socio-économique encore plus précaire que dans les autres vallées, nul doute que l'absence de personnel de santé auprès de la population ne favorise pas l'adoption de comportements novateurs en matière d'accouchement.

Cela est confirmé par l'analyse multivariée réalisée par Zouini *et al.* (2009b) qui montre que l'accouchement en milieu médical est positivement influencé par la proximité du dispensaire, la faible parité de la femme, une expérience d'épisode(s) morbide(s) durant la grossesse et la possession de

terre agricole par le ménage. À l'inverse, l'expérience de décès d'un enfant et la structure du ménage n'ont pas d'effet significatif sur l'accouchement en milieu médical.

Figure 1. Accouchement à l'hôpital selon l'année de naissance et la vallée (en %). Azgour, Anougal et Imnane, enfants nés de 1960 à 2006



L'accès à la vaccination en progression constante

L'accès à la vaccination participe des droits de l'enfant à la santé. Cet accès concerne essentiellement une couverture vaccinale contre six maladies évitables : tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et rougeole. En 2003-2007, au niveau national, 89,1 % des enfants âgées de 12 à 23 mois ont été complètement vaccinés contre ces six maladies de l'enfance, 9,5 % des enfants ont reçu des vaccinations incomplètes et seulement 1,4 % n'ont reçu aucune vaccination. Cette bonne complétude de la vaccination des enfants traduit le succès du programme national de vaccination à travers les journées nationales de vaccination. Cependant on relève une moindre couverture en milieu rural qu'en zones urbaines : 84,1 % contre 93,5 %. Par ailleurs 2 % des enfants en milieu rural n'ont reçu aucune vaccination contre 1 % seulement en zone urbaine, ce qui reste malgré tout très faible dans les deux milieux. Les données rétrospectives à l'échelle nationale montre par ailleurs que la situation a peu évoluée durant les dernières années ; un léger progrès depuis 1997, où la vaccination complète concernait 87 % des enfants, peut simplement être noté (Ministère de la Santé, 2005).

Dans les vallées du Haut Atlas étudiées, la situation vaccinale des enfants est un peu moins satisfaisante que dans le milieu rural marocain. Si nous examinons les enfants dont le statut vaccinal est connu (soit 90 % des

enfants nés durant l'ensemble de la période étudiée), près de 5 % des enfants nés de 2001 à 2004 de plus d'un an (4,9 % exactement) n'ont reçu aucune vaccination, 80,6 % des enfants bénéficiant d'une vaccination complète et 14,6 % d'une vaccination partielle (tableau 5). Cependant, on peut constater que les progrès de la couverture vaccinale sont rapides dans ces vallées puisque la vaccination complète concernait 4 % des enfants nés au début des années 1960, 44 % des enfants nés au début des années 1980 et 80 % nés au début des années 1990[4].

Tableau 5. Statut vaccinal selon l'année de naissance (en %).
Enfants nés de 1960 à 2004, de 1 an et plus. Ensemble des vallées

Année de naissance	Statut vaccinal			Total	*Effectif*
	Vaccination complète	Vaccination partielle	Non vacciné		
1960-1970	4.0	2.0	94.0	100,0	*251*
1971-1975	9.6	2.5	87.9	100,0	*437*
1976-1980	19.4	3.7	76.9	100,0	*733*
1981-1985	43.6	6.3	49.8	100,0	*981*
1986-1990	67.1	4.3	28.5	100,0	*1 177*
1991-1995	80.3	5.8	16.8	100,0	*1 371*
1996-2000	86.0	6.4	7.3	100,0	*1 144*
2000-2004	80.6	14.6	4.9	100,0	*700*
Total	59.8	6.0	34.1	100,0	*6 794*

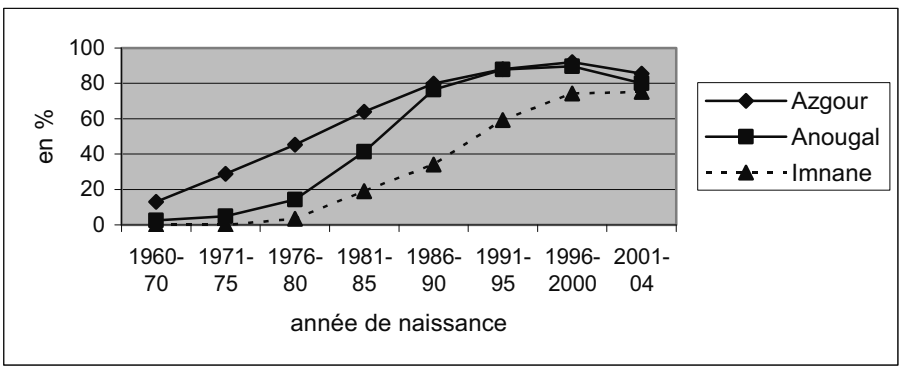
Source : Enquête Haut Atlas occidental, LEH-LPED, 2006.
* Une vaccination complète comprend le BCG, les 3 vaccinations de DT Coq et les vaccins contre la rougeole et la poliomyélite, appliqués durant la première année de vie de l'enfant.

Les progrès de la couverture vaccinale concernent les trois vallées étudiées, mais ces progrès ont été plus rapides dans la vallée d'Azgour que dans les deux autres vallées. Si la prévalence de la vaccination complète à Anougal a rejoint celle atteinte à Azgour dès la fin des années 1980, il faut attendre le début des années 2000 pour que la vaccination à Imnane approche une situation acceptable proche de celles caractérisant les deux autres vallées (figure 2). Davantage qu'Azgour et Anougal, Imnane a été caractérisée par une situation défavorable sur le plan de la santé infantile. Par exemple, pour ce qui concerne les enfants nés durant les années 1986-1990, des enfants qui ont environ vingt ans actuellement, seuls un tiers d'entre eux

[4] Les différences de couverture vaccinale selon la période sont significatives à 1 pour 1000.

ont bénéficié d'une vaccination complète contre plus des ¾ à Azgour et Anougal.

Figure 2. Vaccination complète selon l'année de naissance de l'enfant et la vallée (en %). Enfants nés de 1960 à 2004, de 1 an et plus



Si les écarts de niveau de vaccination entre les vallées sont nets (avec une différence significative au seuil de 1 pour 1000), la distance entre la résidence des ménages et le dispensaire de leur vallée d'appartenance ne joue pas sur le niveau de la prévalence de la vaccination complète ou partielle au sein des vallées d'Azgour et d'Anougal (différence non significative au seuil de 10 pour 100). Ceci montre que les journées nationales de vaccination parviennent à atteindre les populations de la même manière à l'intérieur d'une même vallée quelle que soit leur position géographique par rapport au centre de santé.

Cela est confirmé par l'analyse de régression logistique menée à propos de la vaccination des enfants des vallées d'Azgour et Anougal. Cette analyse montre que les enfants qui résident à plus de 3 kilomètres des dispensaires ont, toutes choses égales par ailleurs, plus de chance d'avoir reçu une vaccination complète que ceux qui résident à proximité immédiate des centres de santé de ces deux vallées. Cette analyse montre également que la résidence dans la vallée d'Azgour diminue les chances de vaccination complète par rapport à la résidence à Anougal. L'analyse nous enseigne aussi que plus l'année de naissance est récente, plus ses chances d'être vacciné augmentent, confirmant les progrès de la vaccination lors de la période récente. Enfin, on observe que la vaccination complète va de pair avec les discussions au sein du couple à propos de la planification familiale, les enfants des couples discutant de planification familiale ayant environ

deux fois plus de chance d'avoir reçu une vaccination complète que les autres. On peut donc penser qu'il existe un cercle vertueux de pratiques favorables à la santé maternelle et infantile, celles-ci se conjuguant et se renforçant les unes les autres. En revanche, on remarque, dans cette analyse multivariée, que l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le lieu d'accouchement, la superficie agricole, la relation entre le lieu de résidence et le lieu du travail de l'époux et le niveau des moyens de transport utilisés par la famille n'ont pas de relation significative avec la vaccination, au contraire de ce qui peut être noté avec l'analyse bivariée. D'une manière générale, on constate, avec l'analyse multivariée, que les variables environnementales (vallée, distance entre le lieu de résidence et le dispensaire) ont un effet important sur la vaccination alors que les facteurs socio-économiques, relatifs au ménage, n'ont pas d'impact.

Conclusion

Comme beaucoup de zones montagneuses marocaines, les vallées du Haut Atlas occidental étudiées dans ce texte se caractérisent par des conditions géographiques et climatiques très difficiles, un niveau socio-économique précaire, des difficultés d'accès aux services de santé et une hygiène générale défectueuse. Malgré ces facteurs défavorables à la santé des populations, nous avons pu mesurer des progrès significatifs obtenus par le système de santé en matière de contraception moderne et de vaccination des enfants, progrès mesurés par notre analyse. Ce sont 60 % des femmes mariées qui utilisent aujourd'hui un moyen de contraception, et pour 50 % des femmes il s'agit d'une méthode moderne. De même, plus de 80 % des enfants nés dans les années 2000 ont reçu une vaccination complète contre les six maladies évitables de l'enfance. Par contre, la faible part des accouchements ayant lieu dans un milieu médicalisée apparaît, malgré les quelques progrès obtenus, comme un obstacle majeur à une poursuite des progrès en matière de santé infantile et aussi de santé maternelle, les accouchements au domicile étant un facteur important de surmorbidité et de surmortalité maternelles. Dans ce domaine, la faiblesse des améliorations obtenues montre qu'une réorientation de la stratégie du système de santé semble nécessaire pour favoriser les accouchements aux dispensaires et vaincre les obstacles culturels et économiques en la matière. En parallèle à ces progrès contrastés, nous avons pu également mesurer les progrès notables et relativement rapides en matière de mortalité des enfants obtenus depuis les années 1960 : la diminution d'environ 80 % des niveaux de mortalité infanto-juvénile, en un peu plus de quatre décennies, traduisant

bien l'amélioration très significative de l'état de santé des habitants de ces vallées (voir Vimard *et al.* dans ce volume).

Les progrès enregistrés dans les vallées du Haut Atlas étudiées sont à l'image de ceux obtenus à l'échelle nationale même si ces vallées accusent des retards en ce qui concerne les niveaux de vaccination et, surtout, d'accouchement en milieu médicalisé. Les variations dans le temps et l'espace mises en évidence dans cette étude montrent que les effets de l'implantation des dispensaires dans les vallées d'Azgour et d'Anougal sur l'amélioration des niveaux de santé varient selon la composante étudiée. Dans ces deux vallées, la proximité du dispensaire s'est avéré un atout important d'augmentation de la prévalence contraceptive et donc de satisfaction des besoins en matière de planification familiale. Par contre, la proximité du dispensaire n'a pas d'effet sur le taux de vaccination des enfants, pas plus qu'elle n'en a sur la proportion d'accouchement en milieu hospitalier. Cependant nous avons noté la faiblesse des progrès enregistrés dans la vallée d'Imnane par rapport à ceux notés à Azgour et d'Anougal. Outre la précarité environnementale et socio-économique plus grande, qui caractérise la population de cette vallée, nul doute que l'absence de centre de santé dans cette vallée joue un rôle sur la lenteur des progrès dans l'accès aux soins et la pauvreté sanitaire : l'absence de personnel de santé auprès de la population ne favorise pas en effet ici l'adoption de comportements novateurs en matière de santé maternelle et infantile. Le décalage entre les indicateurs mesurés dans les vallées du Haut Atlas et ceux caractérisant le milieu rural à l'échelle nationale montre l'ampleur des progrès qui demeurent à apporter pour parvenir à une plus grande équité en matière de santé de la reproduction au Maroc.

Références bibliographiques

Baali A., 1994, *Étude anthropobiologique d'une population berbère semi-isolée du Haut-Atlas (Vallée d'Azgour, Cercle d'Amizmiz, Marrakech, Maroc)*, Thèse d'Etat, Univ. Cadi Ayyad, Faculté Sciences Semlalia, Marrakech.

Baali A., Hilali M.K. et Boëtsch G., 1996, Agricultural property, matrimonial structures, and reproductive behaviors of the Guedmiwa berbers (Azgour valley, Marrakesh, Morocco), *International Journal of Anthropology*, 11, 2-4, p. 147-156.

Bakass F., 2003, *Fécondité et santé de la reproduction au Maroc,* Academia-Bruylant-L'Harmattan, 2003, 351 p.

Cherkaoui M., 2002, *Évolution bio-démographique et génétique d'une population humaine du Haut-Atlas marocain (Vallée d'Anougal, Cercle d'Amizmiz, Wilaya de Marrakech)*, Thèse d'Etat, Univ. Cadi Ayyad, Faculté Sciences Semlalia, Marrakech.

Cherkaoui M., Sabir B., Baali A., Auclair A., Baudot P. et Vimard P, 2008, Population et environnement dans le Haut Atlas marocain. Structures sociodémographiques et familiales et systèmes de pluriactivité dans la vallée d'Imnane, 15 p. (à paraître)

El-Arbi Housni, 2005, Planification familiale, *Enquête sur la population et la santé familiale (EPSF), 2003-04*, Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé et ORC Macro, p. 57-81.

Gwatkin D. R. *et al.*, *Socio-economic differences in health, nutrition, and population in Morocco*, HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank, 2000, 28 p.

Ministère de la Santé [Maroc], ORC Macro, et Ligue des États Arabes, 2005, *Enquête sur la population et la santé familiale (EPSF), 2003-04*, 339 p.

Oomann N., Lule E., Vazirani D. et Chabra R., 2003, *Morocco. Inequalities in Health, Nutrition and Population*, World Bank, 24 p.

Yaakoubd A.I. et Vimard P., 2010, La régulation de la fécondité au Maroc : évolution et défférenciations sociales des comportements, *in* Fassassi R, Vignikin K et Vimard P (éd.), *La régulation de la fécondité en Afrique : transformations et différenciations au tournant du XXIe siècle*, Louvain-la-Neuve, LPED–GRIPPS–Academia-Bruylant, p. 211-252.

Zouini M., Baali A., Cherkaoui M., Hilali M. K. et Vimard P., 2009a, Morbidité maternelle et recours aux soins dans le Haut Atlas occidental au Maroc. L'exemple des vallées d'Azgour et d'Anougal (cercle d'Amizmiz), communication au XXVIe Congrès de population, Marrakech, 27 septembre-2 octobre 2009, 16 p.

Zouini M., Baali A., Cherkaoui M., Amor H., Hilali M.K., Vimard P., 2009b, Étude de la morbidité maternelle et du recours aux soins de la population rurale du Haut Atlas Occidental (vallées d'Azgour, d'Anougal et d'Imnane, Province d'Al Haouz, Maroc), *Biom. Hum. et Anthropol.*, 27 (3-4).