

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé

**Enquête  
sur la Population et  
la Santé Familiale  
EPSF**

**Maroc  
2003-04**

**Rapport Préliminaire**

MINISTERE DE LA SANTE  
Direction de la Planification et des Ressources Financières  
Division de la Planification et des Etudes  
Service des Etudes et de l'Information Sanitaire - SEIS

MEASURE DHS+  
ORC Macro International

Projet PAPFAM  
Ligue des Etats Arabes



Ce rapport présente les résultats préliminaires de l'Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) réalisée au Maroc d'octobre 2003 à mars 2004 par le Ministère de la Santé (Direction de la Planification et des Ressources Financières – SEIS). L'EPSF a été financée par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et l'UNICEF. Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS+) de ORC Macro, et du projet PAFAM de la Ligue des États Arabes.

Des informations complémentaires sur l'EPSF peuvent être obtenues auprès du Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières, Division de la Planification et des Etudes, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire – SEIS, Avenue Mohamed V, Rabat, Maroc. Téléphone 212-37-762781; Fax :212-37-769480).Email:[mazemat@sante.gov.ma](mailto:mazemat@sante.gov.ma);Internet : [www.sante.gov.ma](http://www.sante.gov.ma). Concernant le Projet Pan Arab Project for Family Health 22A Taha Hussein St., Zamalek – Caire, Egypte 11211. Téléphone (202) 735 4306 ; Tél/Fax: (202) 738 3634 ; Email e-mail : [papfaminfo@papfam.org](mailto:papfaminfo@papfam.org). Concernant le Programme MEASURE/DHS<sup>+</sup>, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro, 11785 Beltsville Drive Calverton, 20705, USA. Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; Email:[reports@macroint.com](mailto:reports@macroint.com); Internet : [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).

**Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé**

**ENQUÊTE SUR LA POPULATION  
ET LA SANTÉ FAMILIALE  
EPSF**

**MAROC, 2003-2004**

**RAPPORT PRÉLIMINAIRE**

**Direction de la Planification et des Ressources Financières  
Division de la Planification et des Etudes  
Service des Etudes et de l'Information Sanitaire – SEIS**

**Septembre 2004**



## TABLE DES MATIÈRES

	<b>Pages</b>
<b>AVANT-PROPOS .....</b>	<b>vii</b>
<b>I- OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>1</b>
A. Objectifs de l'enquête .....	1
B. Questionnaires .....	1
C. Échantillonnage .....	2
D. Formation et collecte des données .....	2
E. Traitement des données .....	3
<b>II- RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES .....</b>	<b>4</b>
A. Couverture de l'échantillon .....	4
B. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées .....	4
C. Fécondité .....	6
D. Utilisation de la contraception .....	8
E. Désir d'enfants .....	11
F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement .....	11
G. Vaccinations des enfants .....	14
H. Épisodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale .....	16
I. Allaitement et alimentation de complément .....	18
J. Mortalité infantile et juvénile .....	19
K. Mortalité maternelle .....	21
L. Connaissance du VIH/sida .....	22



## AVANT-PROPOS

L'Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) a été conduite par le Ministère de la Santé avec l'assistance technique de ORC Macro, société américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS) et le programme de PAPFAM de la Ligue des Etats Arabes .

Ce rapport présente les résultats préliminaires de l'étude. Il fournit des informations relatives :

- aux taux de réponse des enquêtés,
- aux caractéristiques socio-démographiques des enquêtés,
- aux indicateurs se rapportant à la santé reproductive, en particulier :
  - la fécondité
  - la planification familiale
  - le suivi prénatal
  - l'accouchement
- à la santé infantile, en particulier :
  - la vaccination
  - la diarrhée
  - l'allaitement
- à la mortalité infanto-juvénile, et
- au VIH/sida

Tous les autres indicateurs seront présentés dans le rapport final, prévu au cours du dernier trimestre 2004.

Ces résultats, étant préliminaires, peuvent-être sujets à de légères modifications.

Le Ministère de la Santé tient à remercier les partenaires internationaux qui ont rendu possible la réalisation de cette enquête, spécialement, l'Agence des États Unis pour le Développement International (USAID), le programme PAPFAM, la Ligue des Etats Arabes, le Fonds des Nations Unis pour la Population (FNUAP), AGFUND et l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le Ministère remercie également les autorités locales ainsi que la population qui a accepté de participer à l'enquête.

Le Ministère de la Santé espère que ce rapport, en dépit de ses limitations, servira à la prise de décisions opportunes.

## I - OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

### A. Objectifs de l'enquête

L'Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF), a pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et au niveau des sous-populations des femmes de 15-49 ans et des enfants de moins de 5 ans.

#### Pour l'ensemble de la population :

- les niveaux de scolarisation ;
- certains indicateurs de bien-être des ménages.

#### Pour les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans :

- divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité, de mortalité des enfants et de mortalité maternelle ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques socio-démographiques ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité ;
- différentes composantes de la santé de la reproduction et de la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, conditions d'accouchement, allaitement, vaccinations, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes des femmes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;

L'ensemble des données collectées constitue une base de données qui facilitera la mise en place et le suivi de politiques et de programmes dans le domaine de la population et de la santé et, plus globalement, de politiques visant à l'amélioration des conditions de vie de la population marocaine. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans de nombreux autres pays ayant participé aux programmes DHS et PAPFAM elles font partie, de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables au niveau international.

### B. Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, deux types de questionnaires ont été utilisés :

- 1) **Questionnaire ménage.** Il permet de collecter des informations sur le ménage, telles que l'effectif de personnes y résidant, par sexe, âge, niveau d'instruction, l'état matrimonial, la prévalence des maladies chroniques, l'assurance maladie, le taba-



gisme, l'activité professionnelle et les handicapés. Par ailleurs, il permet de collecter des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.) : ces informations sont recueillies afin d'apprécier les conditions environnementales et socio-économiques dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. De plus, les femmes âgées de 15-49 ans et des enfants âgés de moins de 5 ans sont pesés et mesurés afin de mesurer leur état nutritionnel. Enfin, le questionnaire ménage permet d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement. Il permet aussi de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains taux démographiques.

2) **Questionnaire femme.** Il comprend, en plus du calendrier, les douze sections suivantes :

- caractéristiques socio-démographiques des enquêtées ;
- nuptialité
- reproduction ;
- planification familiale ;
- préférences en matière de fécondité ;
- grossesse, soins pré/postnatals et allaitement ;
- vaccination et santé ;
- morbidité chronique et santé reproductive ;
- caractéristiques du conjoint et activité professionnelle de la femme ;
- sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- caractéristiques du conjoint et travail de la femme
- mortalité maternelle ;

Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base des deux programmes DHS+ et PAPFAM, préalablement adaptés au contexte du Maroc et en tenant compte des objectifs de l'enquête. Par ailleurs, les questionnaires ménage et individuel de la femme ont été traduits en arabe marocain, de manière qu'au cours de l'enquête, les questions soient posées le plus fidèlement possible par les enquêtrices.

### **C. Échantillonnage**

L'échantillon de l'EPSF est un échantillon représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés.

Au premier degré, 480 grappes sur l'ensemble du territoire national ont été tirées à partir de la liste des Districts du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2004. Les 480 grappes sélectionnées ont fait l'objet d'une énumération exhaustive des ménages (voir tableau ci-après répartition des grappes échantillon selon la région et le milieu).

Au second degré, 25 ménages ont été tirés dans chaque grappe à partir de la liste des ménages dénombrés. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans les ménages ont été enquêtées individuellement.

### **D. Formation et collecte des données**

L'enquête pilote a été effectuée à Rabat et ses alentours dans six grappes.. Aucune de ces grappes ne faisait partie de l'échantillon principal.

Environ 150 ménages ont été interviewés par trois équipes de trois enquêtrices chacune pendant cinq jours. L'objectif de cet exercice était de tester l'acceptabilité des questionnaires ménage et femme, la traduction des questions spécifiques au Maroc ainsi que l'estimation de la

durée moyenne de l'interview. La formation du personnel de terrain a duré deux semaines.

### Répartition des grappes par région et par milieu de résidence

Région	Nombre de grappes		
	Urbain	Rural	Total
Grand - Casablanca	55	2	57
Souss -Massa -Drâa	22	29	51
Marrakech-Tensift-AL Haouz	20	29	49
Tanger Tetouan	24	15	39
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	32	6	38
Méknès Tafilalet	19	15	34
Doukala Abda	12	20	32
Oriental	19	12	31
Gharb - Chrarda - Bni Hssen	13	17	30
Taza Al Hoceima Taounate	7	23	30
Chaouia Ouardigha	11	16	27
Fès Boulemane	20	7	27
Tadla Azilal	9	15	24
Guélmim - Es-Semara	6	3	9
Laayoune-Boujdour-Sakia Al Hamra	2	0	2
<b>Total</b>	<b>271</b>	<b>209</b>	<b>480</b>

Pour ce qui est de l'enquête principale, le personnel de terrain, sélectionné par le Service des Etudes et de l'Information Sanitaire (SEIS) a été formé sur une période de plus d'un mois. L'enquête débuta tout de suite après cette formation avec 14 équipes. Les équipes étaient généralement composées de trois enquêtrices, d'un chef d'équipe et d'un chauffeur.

La collecte des données s'est déroulée d'octobre à février 2004.

#### **E. Traitement des données**

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté deux semaines après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant le logiciel CPro (*Census and Survey Processing*), développé par le *Bureau of Census* des Etats Unis, le programme DHS de ORC Macro et SERPRO de Chili. Quatre agents de bureau étaient chargés de la vérification des questionnaires venus du terrain avant de les transmettre à la saisie. Par ailleurs, quatre autres agents étaient responsables du chiffrement comme les causes de décès et l'emploi. La saisie a été réalisée par 9 opératrices, de novembre à avril 2004 sous la supervision d'un programmeur. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient immédiatement répercutées sur les équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par l'équipe technique de SEIS avec l'assistance du programme DHS.

## II. RÉSULTATS: ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTE INDIVIDUELLE

### A. Couverture de l'échantillon

Les 480 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées au cours de l'EPSF. Au total, 12 000 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 11 650 ménages ont été identifiés et étaient occupés au moment de l'enquête. Parmi ces 11 650 ménages, 11 513 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98,8 % (voir tableau 1).

<b>Tableau 1. Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle</b>			
Effectifs des ménages, nombre d'enquêtes et les taux de réponses. Maroc 2003-04			
Résultat	Résidence		Total
	Urbain	Rural	
<b>Enquêtes ménages</b>			
Ménages sélectionnés	6 775	5 225	12 000
Ménages occupés	6 531	5 119	11 650
Ménages occupés enquêtés	6 416	5 097	11 513
Taux (%) de réponse des ménages	98,2	99,6	98,8
<b>Enquêtes individuelle: femmes</b>			
Nombre de femmes éligibles	9 398	8 045	17 443
Nombre de femmes éligibles enquêtées	8 997	7 801	16 798
<b>Taux (%) de réponses des femmes éligibles</b>	<b>95,7</b>	<b>97,0</b>	<b>96,3</b>

A l'intérieur des 11 513 ménages enquêtés, 17 443 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et pour 16 798 d'entre elles, l'enquête a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 96,3 % pour les interviews auprès des femmes. **Que ce soit au niveau des ménages ou des femmes, les taux de réponses sont très satisfaisants.**

### B. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire en âge de procréer constituent les populations-cible de l'EPSF. Le tableau 2 donne la distribution de ces femmes selon certaines caractéristiques socio-démographiques, à savoir l'âge, le milieu et la région de résidence et le niveau d'instruction.

On remarque que les proportions de femmes enquêtées diminuent régulièrement selon l'âge, passant ainsi de 20 % chez les femmes de 15-19 ans à 10 % chez celles de 45-49 ans.

**Tableau 2. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées**

Répartition (en %) des femmes et des hommes par caractéristiques socio-démographiques, Maroc 2003-04

caractéristiques socio-démographiques	Femmes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non-pondéré
<b>Age</b>			
15-19	19,6	3 295	3 347
20-24	17,9	3 011	3 021
25-29	15,4	2 584	2 609
30-34	13,4	2 245	2 238
35-39	12,2	2 055	2 019
40-44	11,4	1 921	1 873
45-49	10,0	1 687	1 691
<b>Etat matrimonial</b>			
Célibataire	42,1	7 074	7 033
Mariée	52,3	8 782	8 851
Divorcée/séparée	3,5	590	571
Veuve	2,1	352	343
<b>Résidence</b>			
Urbain	60,5	10 159	8 997
Rural	39,5	6 639	7 801
<b>Région</b>			
Laayoune-Boujdou-sakia Al Hamra	0,3	43	60
Guelmim-Es-smara	1,3	221	293
Souss-Massa-Draa	10,5	1 765	1 861
Gharb-Chrarda-Bni Hssen	5,6	941	1 029
Chaouia-Ouardigha	5,9	987	895
Marrakech-Tensift-Al Haouz	9,7	1 621	1 652
Oriental	7,2	1 208	1 195
Grand-Casablanca	12,6	2 124	1 886
Rabat-Sale-Zemmour-Zaer	8,0	1 351	1 234
Doukkala-Abda	6,2	1 034	1 116
Tadla-Azilal	4,5	751	837
Meknes-Tafilalet	7,5	1 265	1 188
Fes-Boulemane	5,5	930	973
Taza-Al Hoceima-Taounate	7,1	1 189	1 267
Tanger-Tetouan	8,1	1 369	1 312
<b>Niveau d'Instruction</b>			
Aucun	50,0	8 406	8 917
Primaire	19,7	3 317	3 253
Secondaire ou plus	30,2	5 075	4 628
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>16 798</b>	<b>16 798</b>

Au niveau matrimonial, plus de quatre femmes sur dix (42 %) sont célibataires et plus d'une femme sur deux est mariée (52 %). Les femmes veuves et divorcées représentent un peu moins de 6 %.

Parmi les femmes enquêtées, 61 % résident en milieu urbain, et du point de vue régional, Grand-Casablanca, Souss-Massa-Draa, Marrakech-Tensift-Al Haouz et Tanger-Tetouan (respectivement, 13 %, 11 %, 10% et 8 %) sont les principaux lieux où résident les femmes. Les régions de Layoune-Boujdou-Sakia Al Hamra et Guelmim-Es Smara sont celles ayant les proportions les plus faibles (respectivement, 1,3 % et 0,3 %).

Il ressort de la répartition selon le niveau d'instruction, qu'une femme sur deux (50 %) n'a jamais fréquenté l'école. Par contre, 20 % ont un niveau d'instruction primaire et 30 % ont un niveau d'instruction secondaire ou plus.

### C. Fécondité

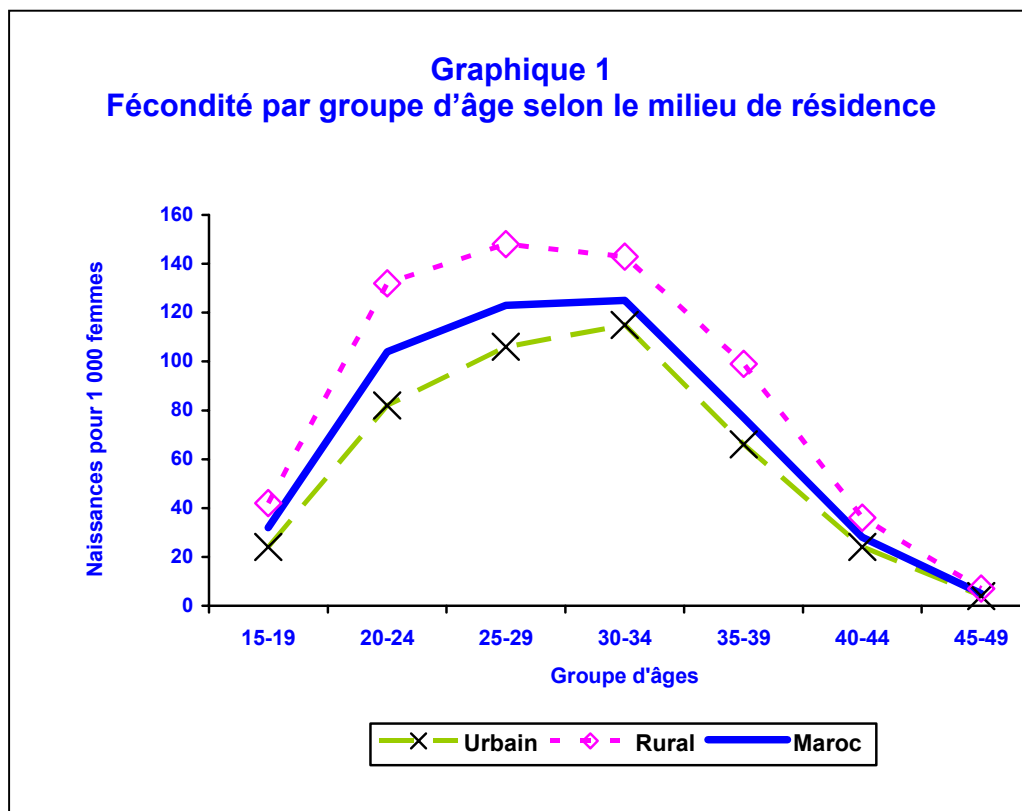
L'estimation du niveau de la fécondité est faite directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. De surcroît, les indicateurs sont calculés sur la période de trois ans précédant l'enquête, soit, approximativement, 2001-2003. Cette période de trois années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter au

<b>Tableau 3 : Fécondité actuelle</b>			
Taux de fécondité par âge, taux de fécondité cumulative, taux global de fécondité, et le taux brut de natalité (TBN) pour la période de trois années précédant l'enquête selon le milieu de résidence			
Groupes d'âges	Résidence		Total
	Urbain	Rural	
15-19	24	43	32
20-24	82	132	104
25-29	106	148	123
30-34	115	143	125
35-39	66	99	77
40-44	24	36	28
45-49	4	7	5
<b>ISF</b>	<b>2,1</b>	<b>3,0</b>	<b>2,5</b>
TGFG	69,0	101,0	81,0
TBN	18,7	24,3	21,1

Note: Les taux pour les groupes d'âges 45-49 peuvent être légèrement biaisés à cause de la troncature.  
 ISF: Indice synthétique de fécondité pour les âges 15-49, exprimé par femme  
 TGFG: Taux global de fécondité générale (naissances divisées par l'effectif de femmes âgées de 15-49, exprimé pour 1000 femmes  
 TBN: Taux brut de natalité, exprimé pour 1000 individus

maximum les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est étudiée à travers les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre

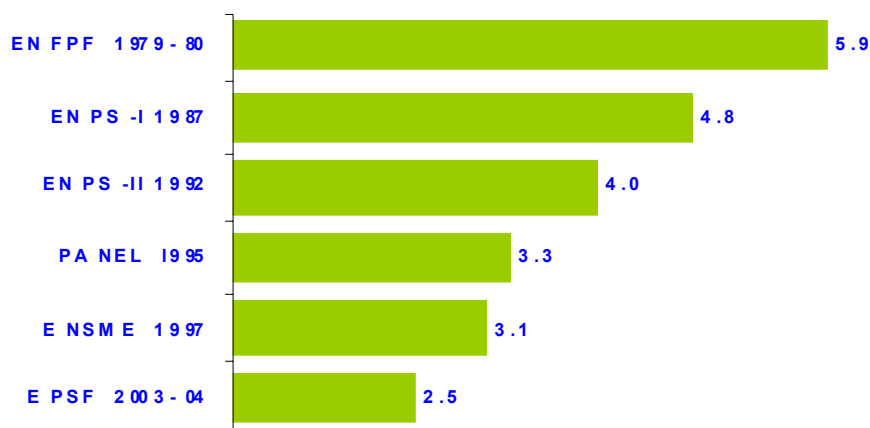
moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.



Il apparaît au tableau 3 et au graphique 1 que les femmes marocaines se caractérisent par une faible fécondité à tous les âges. Cette fécondité atteint son maximum à 30-34 ans (125 ‰), avant de baisser de façon régulière avec l'âge. **L'ISF s'élève ainsi à 2,5 enfants par femme.**

L'ISF qui était de 5,9 enfants par femme au début des années 80 a baissé de 32 % au début des années 90 et de 58 % au début des années 2000 pour atteindre respectivement 4 et 2,5 enfants par femme (graphique 2). Le changement dans le calendrier du mariage (augmentation de l'âge au mariage) et surtout l'utilisation de la contraception expliquent cette baisse importante de la fécondité des femmes marocaines.

**Graphique 2**  
**Évolution de la fécondité au Maroc de 1979 à 2004**



Selon le milieu de résidence, on constate qu'à tous les âges, les femmes du milieu urbain ont une fécondité beaucoup plus faible que les femmes du milieu rural. L'ISF qui en résulte, passe de 3 enfants par femme en milieu rural à 2,1 en milieu urbain. **Il est à noter que la fécondité des femmes urbaines a atteint un taux de remplacement. Au dessous de ce niveau, le renouvellement des générations ne sera plus assuré.**

#### **D. Utilisation de la contraception**

Parmi les 8 783 femmes mariées et en âge de reproduction, plus de six sur dix (63 %) utilisent actuellement une méthode contraceptive, et plus d'une femme sur deux (55 %) utilise une méthode contraceptive moderne (tableau 4). La prévalence contraceptive a connu une augmentation très importante au cours des deux dernières décennies passant ainsi de 19 % selon l'ENFP de 1979-1980 à 41 % selon l'ENPS-II de 1992 et à 63 % selon cette enquête de 2003-2004 (graphique 3).

La planification familiale au Maroc est orientée vers l'utilisation de la contraception moderne avec une prévalence de 55 %, alors que le recours aux méthodes traditionnelles ne représente qu'une prévalence de 8 %. La pilule reste, de loin, la méthode la plus utilisée avec 40,1 %, suivie du DIU (5,4 %), de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée – MAMA (2,8 %), de la stérilisation féminine (2,7 %) et des injections (2,1 %). Le taux de prévalence des autres méthodes modernes est seulement de 1,6 % : condom (1,5 %), et autres méthodes scientifiques comme la mousse et la gelée (0,2 %). Concernant les méthodes traditionnelles, le retrait vient en tête (4,4 %), suivie de la continence périodique (3,8 %).

Par ailleurs, le tableau 4 donne les taux de prévalence contraceptive selon la méthode utilisée et selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Selon l'âge, les femmes mariées des groupes d'âges 30-39 ans ont les niveaux d'utilisation les plus élevés, aussi bien pour la contraception toutes méthodes confondues, que pour la contraception moderne. Le niveau d'utilisation le plus faible se trouve chez les femmes les plus jeunes.

Par milieu de résidence, comme il fallait s'y attendre, les pourcentages d'utilisatrices sont plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural, mais les différences ne sont pas importantes.

Pour ne citer que la contraception moderne, le taux de prévalence est de 56 % chez les femmes urbaines contre 53,2 % chez les femmes rurales.

L'analyse de l'utilisation actuelle de la contraception chez les femmes mariées par niveau d'instruction fait apparaître des variations relativement modestes. Ainsi, le taux de prévalence passe de 61,2 % chez les femmes mariées n'ayant aucune instruction à 68,8 % chez celles ayant atteint le niveau secondaire. En ce qui concerne les méthodes modernes, les variations sont encore plus réduites (respectivement 53,7 % et 56,4 3 %).

Sur un autre plan, le tableau 4 indique que la pratique actuelle de la contraception varie avec le nombre d'enfants vivants. Pour l'ensemble des méthodes, la prévalence, très faible (11 %) chez les femmes n'ayant aucun enfant, augmente rapidement avec la parité pour atteindre 57,3 % chez celles ayant un à deux enfants et presque 74 % chez celles qui ont trois à quatre enfants. Chez les femmes ayant 5 enfants ou plus, le taux de prévalence diminue à 68,8 %.



**Tableau 4. Utilisation actuelle de contraception**

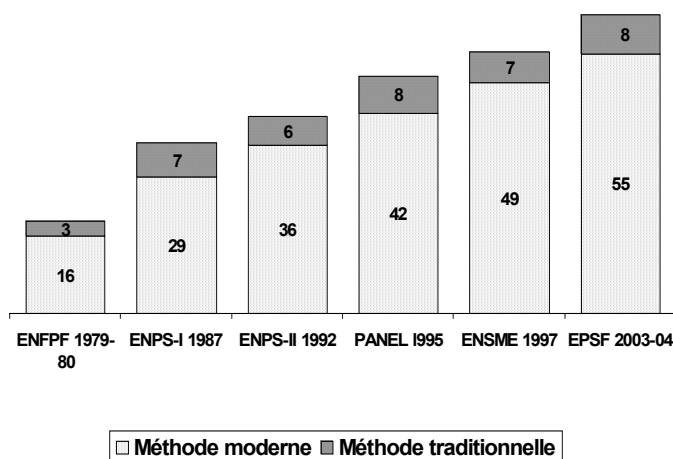
Répartition (en %) des femmes actuellement mariées par méthode de contraception actuellement utilisée, selon les caractéristiques socio-démographiques, Maroc 2003-04

Caractéristiques socio-démographiques	Méthode moderne								Méthode traditionnelle					Total	Effectif de femmes	
	Une méthode	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injections	Condom	Mousse /gelée	Aménorrhée lactaire	Une méthode traditionnelle	Contenance périodique	Retrait	Méthode populaire			N'utilise pas actuellement
<b>Age</b>																
15-19	38,6	36,1	0,0	32,4	1,8	0,6	0,3	0,0	1,0	2,5	0,2	2,3	0,0	61,4	100,0	347
20-24	57,9	52,8	0,0	42,7	2,9	2,3	1,0	0,0	3,8	5,1	1,6	3,5	0,0	42,1	100,0	1,099
25-29	62,8	58,2	0,1	46,3	4,5	2,3	0,8	0,2	4,0	4,6	2,1	2,4	0,0	37,2	100,0	1,409
30-34	69,7	63,3	1,0	46,8	6,3	2,7	1,4	0,0	5,0	6,4	2,7	3,6	0,0	30,3	100,0	1,520
35-39	71,1	61,1	2,1	44,1	7,1	2,7	1,8	0,1	3,1	10,0	4,2	5,6	0,2	28,9	100,0	1,557
40-44	68,7	56,3	5,9	37,7	6,7	2,1	2,6	0,2	1,1	12,5	6,1	6,2	0,2	31,3	100,0	1,516
45-49	50,2	38,9	7,7	23,6	4,6	0,9	1,5	0,4	0,2	11,3	6,2	5,1	0,1	49,8	100,0	1,335
<b>Résidence</b>																
Urbain	65,5	56,0	3,2	40,5	6,5	1,8	2,1	0,2	1,5	9,5	4,8	4,6	0,1	34,5	100,0	5,020
Rural	59,7	53,2	2,2	39,4	3,8	2,6	0,7	0,0	4,5	6,5	2,4	4,0	0,0	40,3	100,0	3,763
<b>Niveau d'Instruction</b>																
Aucun	61,2	53,7	3,2	38,6	4,8	2,7	1,1	0,2	3,2	7,5	2,8	4,6	0,1	38,8	100,0	5,569
Primaire	62,9	56,8	2,3	43,9	4,4	1,6	1,5	0,1	3,0	6,1	2,8	3,2	0,1	37,1	100,0	1,515
Secondaire ou plus	68,8	56,4	1,8	41,6	7,9	0,9	2,8	0,1	1,3	12,4	7,8	4,6	0,0	31,2	100,0	1,700
<b>Enfants survivants</b>																
0	11,0	9,6	0,0	9,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,5	0,9	0,0	89,0	100,0	927
1-2	64,9	57,3	0,3	45,3	5,5	1,6	2,0	0,0	2,5	7,6	3,7	3,8	0,1	35,1	100,0	3,151
3-4	73,8	63,9	3,1	46,3	6,6	2,2	1,9	0,3	3,6	9,9	4,8	5,0	0,1	26,2	100,0	2,635
5 ou plus	69,6	59,5	7,3	37,8	6,0	3,8	1,0	0,2	3,4	10,1	4,1	6,0	0,1	30,4	100,0	2,070
<b>Total</b>	<b>63,0</b>	<b>54,8</b>	<b>2,7</b>	<b>40,1</b>	<b>5,4</b>	<b>2,1</b>	<b>1,5</b>	<b>0,1</b>	<b>2,8</b>	<b>8,2</b>	<b>3,8</b>	<b>4,4</b>	<b>0,1</b>	<b>37,0</b>	<b>100,0</b>	<b>8,783</b>

Note: Si plus qu'une méthode est utilisée, seule la méthode la plus effective est considérée dans cette tabulation.

MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

**Graphique 3**  
Utilisation actuelle des méthodes contraceptives  
par les femmes mariées



### E. Désir d'enfants supplémentaires

Le tableau 5 donne une indication sur la demande potentielle des services de planification familiale pour les femmes actuellement mariées. Sur 100 femmes, 39 ont déclaré vouloir encore avoir un enfant, 51 ont dit ne plus en vouloir et 10 étaient indécises, stériles ou stérilisées. Parmi celles qui désirent un enfant, 16 % le voudraient dans les deux années à venir et 23 % souhaiteraient attendre au moins deux ans. Au total donc, 74 % des femmes - celles ne voulant plus d'enfants (51 %) et celles désirant espacer pour une période d'au moins deux ans (23 %) - peuvent être considérées comme candidates potentielles à la planification familiale. **La différence entre le taux potentiel (74 %) et le niveau actuel (63 %) est de 11 %, une différence qui n'est pas impossible à atteindre d'ici les 5 à 10 prochaines années.**

### F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Pour les dernières naissances intervenues depuis janvier 1998, on a demandé aux mères si elles avaient reçu une injection antitétanique pendant la grossesse pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, si elles avaient reçu des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer, si elles avaient été en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé, et on leur a également demandé qui les avait assistées pendant l'accouchement.

Concernant les consultations prénatales, il ressort du tableau 6 que pour 69 % des naissances, la mère a consulté, au moins une fois, un professionnel de santé. Ce sont les femmes résidant en milieu urbain qui vont consulter le plus fréquemment un professionnel de santé (85 % contre 48 % en milieu rural). Par ailleurs, le recours aux soins prénatals est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction de la mère est élevé : en effet, 93 % des mères ayant atteint, au moins, le niveau secondaire vont en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé, contre 79 % de celles ayant un niveau primaire et seulement 56 % des mères sans instruction.

**Tableau 5. Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants survivants**

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, Maroc 2003-04

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants survivants <sup>1</sup>							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Un autre bientôt <sup>2</sup>	80,7	26,7	12,7	8,8	3,6	2,5	1,1	16,0
Un autre plus tard <sup>3</sup>	8,1	60,1	36,0	19,7	8,0	3,8	1,3	23,0
Un autre, indéciise quand	1,4	1,5	1,3	0,3	0,4	0,3	0,1	0,8
Indécise	0,3	2,0	3,8	3,2	1,9	1,3	1,0	2,2
N'en veut plus	1,3	7,6	43,5	62,4	77,8	79,4	81,1	51,0
Stérilisée	0,0	0,1	0,4	2,0	4,3	6,8	7,4	2,7
Déclarée stérile <sup>4</sup>	7,8	2,0	2,5	3,6	4,0	5,8	8,0	4,4
Manquant	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Effectif de femmes</b>	<b>716</b>	<b>1 442</b>	<b>1 786</b>	<b>1 549</b>	<b>1 171</b>	<b>831</b>	<b>1 286</b>	<b>8 782</b>

<sup>1</sup> Y compris la grossesse actuelle<sup>2</sup> Désire une prochaine naissance dans les 2 ans à venir<sup>3</sup> Désire retarder la prochaine naissance de 2 ans ou plus<sup>4</sup> Y compris à la fois la stérilisation masculine et féminine

Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir un minimum de deux injections antitétaniques pendant la grossesse, ou une seule si elle a déjà reçu une injection lors de la grossesse précédente. Pour seulement moins de trois des dernières naissances sur dix (28 %) survenues au cours des cinq dernières années, la mère a reçu, au moins, une dose de vaccin antitétanique pendant la grossesse. Par contre, plus de 88 % des femmes (tableau pas montré ici) ont déjà reçu au moins une injection antitétanique pendant les grossesses précédentes.

Concernant la dernière grossesse, les enfants de mère âgée de moins de 20 ans sont mieux protégés (42 % pour, au mois, une dose) que les enfants de mère plus âgée (22 % à 35 ans ou plus). Le tableau 6 fait également ressortir que les mères résidant en milieu urbain (30 %) ont plus fréquemment reçu une dose ou plus de vaccin antitétanique que celles du milieu rural (26 %). De même, les mères ayant un niveau d'instruction primaire (33 %) et secondaire (30 %) ont plus fréquemment reçu une dose ou plus de vaccin antitétanique que celles sans instruction (26 %).

Le manque de fer est la forme de carence en micronutriments la plus répandue dans le monde. L'anémie est une affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges et un affaiblissement de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. Elle est habituellement la conséquence d'une déficience alimentaire en fer, en vitamine B<sub>12</sub> et en d'autres nutriments. Bien que l'anémie puisse être causée par des parasitoses, des hémorragies, des affections congénitales ou des maladies chroniques, elle est due le plus souvent à une déficience alimentaire dont, à la base, un manque de fer. (DeMaeyer et Tegman, 1985).

Le groupe à plus haut risque d'anémie est constitué par les femmes enceintes du fait que, pendant la grossesse, la seule alimentation habituelle de la femme ne peut répondre à ses besoins en fer qui sont accrus par la croissance du fœtus. Pour cette raison, dans les pays où l'anémie est prévalente, il est recommandé aux femmes enceintes de prendre des suppléments en fer pendant plusieurs mois de la grossesse.

Comme on peut le constater au tableau 6, la grande majorité des femmes ayant eu au moins un enfant au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (62 %) n'ont pris aucun supplément en fer lorsqu'elles étaient enceintes de leur dernier-né. Seulement 38 % d'entre elles ont pris des compléments en fer.

**Tableau 6. Indicateurs de soins maternels**

Pourcentage de femmes, qui ont eu une naissance au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, ayant reçu des services de santé maternelle spécifiques durant la grossesse de la naissance la plus récente, et parmi toutes les naissances des cinq dernières années précédant l'enquête, pourcentage ayant accouché dans un centre de santé, selon les caractéristiques socio-démographiques Maroc 2003-04

Caractéristiques socio-démographiques	% avec soins prénatals d'un agent <sup>1</sup> de santé	% reçu au moins une injection anti-tétanique	% reçu des comprimés ou un sirop de fer au cours de la grossesse	Effectif de femmes	% accouchées par un agent de santé	% ayant accouché dans un service de santé	Effectif de naissances
<b>Age de la mère à la naissance</b>							
<20	68,7	41,7	36,8	358	65,2	63,8	553
20-34	68,8	28,3	39,8	3,348	62,2	60,4	4,375
35 ou plus	63,9	21,9	33,9	990	62,9	61,0	1,115
<b>Rang de naissance</b>							
1	82,8	43,1	48,5	1,131	80,6	79,1	1,630
2-3	70,8	25,1	42,9	1,982	64,0	61,8	2,486
4-5	61,1	21,5	31,4	938	51,5	49,7	1,155
6 ou plus	41,9	19,9	16,6	645	36,9	35,4	772
<b>Résidence</b>							
Urbain	84,9	29,6	51,2	2,519	85,3	83,1	3,053
Rural	47,9	26,1	23,5	2,177	39,5	38,0	2,990
<b>Niveau d'Instruction</b>							
Aucun	55,6	25,7	27,5	2,839	48,7	46,8	3,784
Primaire	78,5	33,1	45,6	868	76,6	75,6	1,086
Secondaire ou plus	93,4	30,1	63,0	989	94,4	92,2	1,173
<b>Total</b>	<b>67,8</b>	<b>28,0</b>	<b>38,3</b>	<b>4,696</b>	<b>62,6</b>	<b>60,8</b>	<b>6,044</b>

<sup>1</sup> Médecin, infirmière, sage-femme ou sage-femme auxiliaire

Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, il faut noter que les proportions de femmes ayant reçu le plus de supplément de fer sont celles ayant un rang de naissance 1 (49 %), chez les femmes urbaines (51 %) et chez celles ayant une instruction secondaire ou plus (63 %).

**Pour ce qui est de l'assistance à l'accouchement, pour près des deux tiers des naissances (63 %), la mère a reçu l'assistance de personnel formé au cours de l'accouchement (tableau 6). Selon l'ENSME de 1997, le pourcentage était de 56 %, soit une augmentation de presque 13 %.**

Les femmes résidant en milieu urbain sont plus fréquemment assistées par du personnel formé (85 %) que les femmes du milieu rural (40 %). De même, les femmes les plus instruites accouchent plus fréquemment avec l'aide de personnel formé (94 % pour le secondaire ou plus)

que celles qui n'ont qu'une instruction primaire (77 %) et surtout que celles qui sont sans instruction (49 %).

Le niveau de l'accouchement dans les services de santé est très proche de celui relatif à l'assistance de personnel formé au cours de l'accouchement. Les niveaux selon les caractéristiques socio-démographiques sont également très proches et suivent la même évolution.

### **G. Vaccination des enfants**

Le Ministère de la Santé a mis en place, depuis des années, un Programme Élargi de Vaccinations (PEV). Selon ce PEV, tous les enfants doivent recevoir le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTPer, contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. Les enfants doivent avoir reçu tous ces vaccins lorsqu'ils atteignent 1 an..

Lors de l'EPSF, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux façons différentes : soit elles étaient copiées à partir des cartes de vaccination des enfants (ce qui permet d'établir avec plus de justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations) soit, lorsque l'enfant n'avait pas ou n'avait plus de carte, enregistrées à partir des réponses données par la mère. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âge auquel ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV.

**Il apparaît tout d'abord au tableau 7 que pour 78 % des enfants de 12 à 23 mois une carte de vaccination a été montrée à l'enquêtrice.**

La couverture vaccinale est élevée au Maroc, puisque, d'après les cartes de vaccination ou les déclarations des mères, presque neuf enfants sur 10 (89 %) des enfants de 12 à 23 mois ont été complètement vaccinés **et seulement 1,4 % des enfants n'ont reçu aucun de ces vaccins** (tableau 7 et graphique 3). Si l'on considère chaque vaccin spécifique, 98 % des enfants ont reçu le BCG, 90 % ont été vaccinés contre la rougeole, 95 % des enfants ont reçu les trois doses de DTCoq et de polio. Par rapport à l'ENSME de 1997, la couverture vaccinale a peu changé au niveau national, passant de 87 % à 89 % pour tous les vaccins; les seuls vaccins ayant connu une augmentation significative sont ceux contre les trois doses de DTCoq et de polio (95 % contre 91 %).

La couverture vaccinale varie selon le milieu de résidence : 94 % en milieu urbain contre 84 % en milieu rural. Comme on pouvait s'y attendre, les enfants de mère ayant, au moins, un niveau d'instruction secondaire sont plus fréquemment vaccinés contre toutes les maladies cibles du PEV (96 %) que ceux dont la mère a seulement le niveau primaire (92 %), et surtout que ceux dont la mère n'a aucune instruction (86 %).

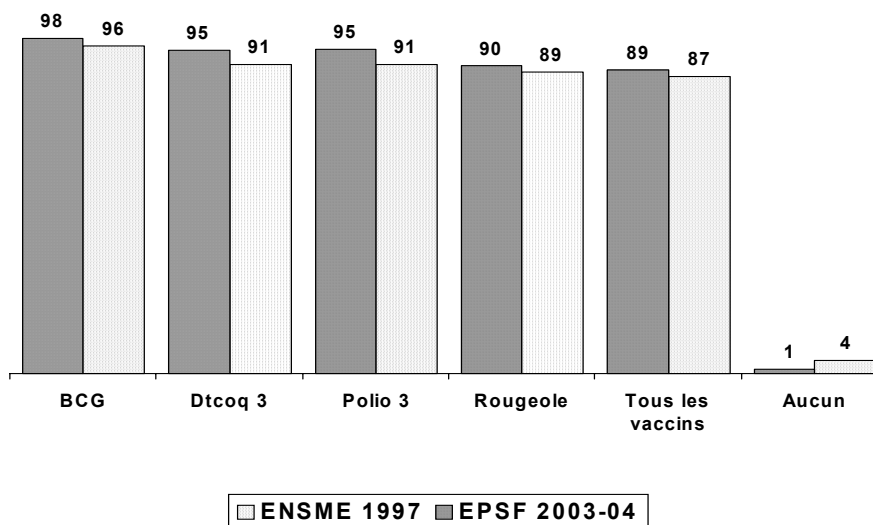
**Tableau 7. Vaccination par caractéristiques socio-démographiques**

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu une vaccination spécifique à n'importe quel âge avant l'enquête (selon une carte de vaccination ou selon les déclarations de la mère), et pourcentage ayant une carte de vaccination vue, selon des caractéristiques socio-démographiques, Maroc 2003-04

Caractéristiques socio-démographiques	BCG <sup>1</sup>	DTC 1	DTC 2	DTC 3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Toutes	Pas de vaccinations	% ayant une carte de vaccination	Effectif d'enfants
<b>Sexe</b>												
Masculin	98,4	97,3	97,1	94,8	97,5	97,3	94,9	88,2	86,8	1,6	78,2	545
Féminin	98,4	97,7	96,4	94,9	98,0	96,9	95,5	92,3	91,3	1,2	78,2	586
<b>Rang de naissance</b>												
1	98,3	98,7	98,2	96,8	98,5	98,3	97,4	92,8	92,1	1,2	78,8	309
2-3	98,9	98,5	97,6	96,1	98,6	98,0	95,9	92,0	90,3	0,9	79,8	482
4-5	96,2	94,0	93,7	91,4	95,0	94,1	92,5	87,5	86,6	3,8	75,6	212
6 ou plus	100,	96,7	95,0	91,4	97,4	95,7	92,0	83,0	81,7	0,0	75,0	127
<b>Résidence</b>												
Urbain	98,8	99,0	98,5	97,0	98,9	98,6	97,5	94,2	93,5	1,0	83,5	608
Rural	97,9	95,8	94,7	92,3	96,5	95,4	92,6	86,0	84,1	2,0	72,0	523
<b>Niveau d'Instruction</b>												
Aucun	98,0	96,4	95,5	93,2	96,9	95,8	93,6	87,7	86,0	1,9	78,1	682
Primaire	98,6	99,2	98,2	97,3	98,7	98,7	97,4	92,7	91,8	0,8	76,5	228
Secondaire ou plus	99,4	99,2	99,2	97,6	99,4	99,2	97,9	96,3	95,9	0,6	80,5	221
<b>Total</b>	<b>98,4</b>	<b>97,5</b>	<b>96,8</b>	<b>94,9</b>	<b>97,8</b>	<b>97,1</b>	<b>95,2</b>	<b>90,4</b>	<b>89,1</b>	<b>1,4</b>	<b>78,2</b>	<b>1,131</b>

<sup>1</sup>BCG rougeole et les trois doses de chaque vaccination du DTCoq et de la polio (non compris la vaccination de la polio donné à la naissance)

**Graphique 4**  
Couverture vaccinale par type de vaccin  
enfants de 12-23 mois



## **H. Traitement des IRA, de la fièvre et de la diarrhée**

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et particulièrement la pneumonie constituent l'une des premières causes de mortalité des enfants dans les pays en développement. Pour évaluer la prévalence de ces infections parmi les enfants, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient souffert de toux pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête et, si oui, on demandait alors si la toux avait été accompagnée d'une respiration courte et rapide. Par ailleurs, la fièvre peut être un symptôme important de nombreuses maladies. Au cours de l'EPSF, on a donc demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. En outre, pour les enfants présentant ces symptômes d'IRA et ayant eu la fièvre, on a cherché à savoir le pourcentage de ceux qui avaient été amenés en consultation et l'endroit où cette consultation avait eu lieu ainsi que les traitements éventuels qui avaient été donnés.

Parmi les enfants ayant présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës, 35 % ont été conduits dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical pour traitement ou conseil (tableau 8). Les enfants de 6-11 mois sont ceux qui sont conduits le plus fréquemment dans un établissement sanitaire (40 %). Par sexe, les niveaux de fréquentation varient peu (36 % pour les garçons et 33 % pour les filles).

La fréquentation des établissements sanitaires est presque deux fois plus importante en milieu urbain (43 %), qu'en milieu rural (25 %), du fait de la plus grande disponibilité et accessibilité des infrastructures sanitaires en ville. On constate, par ailleurs, que les mères les plus instruites conduisent plus souvent leurs enfants dans les centres de soins que les femmes sans instruction (44 % des enfants de mères ayant un niveau secondaire ou plus contre 39 % de ceux dont la mère a un niveau primaire et 30 % de ceux dont la mère n'est pas instruite).

Les maladies diarrhéiques et leurs conséquences, notamment la déshydratation, constituent l'une des principales causes de décès des enfants dans la plupart des pays en développement.

**Tableau 8. Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA), fièvre et diarrhée**

Parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de la toux avec respiration courte et rapide (symptômes de l'IRA) ou de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement auprès d'un service de santé a été demandé, et parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement a été demandé auprès d'un service de santé, pourcentage qui ont reçu des sachets de sel de réhydratation orale (SRO), et pourcentage qui ont suivi une thérapie de réhydratation orale (TRO), selon des caractéristiques socio-démographiques, Maroc 2003-04

caractéristiques Socio-démographiques	Enfants ayant les symptômes de l'IRA ou de la fièvre		Enfants ayant la diarrhée			
	% Pour lesquels un traitement a été demandé auprès d'un service de santé/Priv <sup>1</sup> .	Effectif avec IRA/fièvre	% pour lesquels un traitement a été demandé auprès d'un service de santé/pr.	% Reçu des sachets de SRO	% reçu un TRO	Effectif ayant la diarrhée
<b>Age en mois</b>						
<6	29,6	101	26,6	17,0	30,6	57
6-11	40,4	206	32,8	25,5	49,6	107
12-23	39,3	437	20,9	26,9	57,3	209
24-35	29,8	335	18,8	22,9	57,9	159
36-47	31,8	364	18,9	17,3	53,7	96
48-59	33,4	306	17,8	18,8	61,8	67
<b>Sexe</b>						
Masculin	36,0	861	22,4	23,8	51,4	328
Féminin	33,0	887	21,9	22,1	56,3	365
<b>Résidence</b>						
Urbain	43,3	929	26,9	27,7	60,6	341
Rural	24,5	820	17,5	18,2	47,6	352
<b>Niveau d'Instruction</b>						
Aucun	30,1	1 076	19,6	22,0	53,4	421
Primaire	38,7	336	23,3	22,3	50,3	131
Secondaire ou plus	44,1	336	28,6	26,1	59,1	142
<b>Total</b>	<b>34,5</b>	<b>1 749</b>	<b>22,1</b>	<b>22,9</b>	<b>54,0</b>	<b>693</b>

<sup>1</sup>Non compris les pharmacies, boutiques et les praticiens traditionnels <sup>2</sup>Y compris SRO, fluide recommandé maison ou augmentation des fluides

Le tableau 8 montre que parmi les enfants ayant eu la diarrhée les deux semaines précédant l'enquête, 22 % ont été conduits dans un établissement de santé au cours de leur maladie; les enfants de 24 mois ou plus (entre 18 et 19 %) ont été relativement moins nombreux à bénéficier de consultation que les enfants d'autres âges. Par ailleurs, les enfants du milieu urbain ont été menés en nombre relativement plus important en consultation (27 %) que ceux du milieu rural (18 %). Par niveau d'instruction de la mère, on constate que les enfants nés de mères sans instruction sont relativement moins nombreux à être conduits en consultation : 20 % contre 23 % des enfants de mères d'instruction primaire et 29% des enfants de mères ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

**Par ailleurs, 23 % des enfants diarrhéiques ont reçu des sachets de SRO et 54 % ont reçu une thérapie de réhydratation orale (TRO). Ce sont plus particulièrement les enfants de 48-59 mois (62 %), de sexe féminin (56 %), ceux résidant en milieu urbain (61 %)**



**et, enfin, ceux dont la mère a le niveau secondaire ou plus (59 %) qui ont reçu le plus fréquemment une TRO au cours de la diarrhée.**

## **I. Allaitement maternel et alimentation de complément**

Ce paragraphe est consacré à l'examen des pratiques d'allaitement et d'alimentation de compléments des enfants de moins de 5 ans. Les pratiques d'allaitement et d'alimentation constituent donc des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui, affecte à son tour, la morbidité et la mortalité des enfants. Par ailleurs, par son intensité et sa fréquence, l'allaitement prolonge l'infécondité post-partum et affecte, par conséquent, l'intervalle intergéné-sique, ce qui influe sur le niveau de fécondité et donc sur l'état de santé des mères et des enfants.

Le tableau 8 fournit la distribution (en %) des enfants âgés de moins de 36 mois selon l'âge des différentes modalités liées à la pratique de l'allaitement (allaitement seul, allaitement et eau seulement, allaitement et aliments de compléments). Il découle de ce tableau que dès les premiers mois qui ont suivi la naissance de l'enfant (<2 mois), la quasi-totalité des enfants (94 %) ont allaité. Cette proportion devient beaucoup moins importante même aux âges avancés puisque son niveau atteint 56 % entre 12-15 mois. A partir de ces âges, le pourcentage d'enfants mis au sein décroît encore plus rapidement : 31 % au niveau du groupe d'âges 16-19 mois, 15 % pour ceux dont l'âge est compris entre 20-23 mois et 3 % pour les enfants dont l'âge se situe dans la fourchette 34-31 mois.

S'agissant de l'allaitement sans association avec aucune autre forme d'alimentation, le tableau 8 révèle qu'une partie non négligeable des enfants âgés de moins de deux mois (62 %) ont été nourris exclusivement avec le lait maternel. Mais au-delà de cet âge, seulement 28 % des enfants âgés de 2-3 mois et 10 % de ceux dont l'âge est compris entre 4 et 5 mois sont nourris exclusivement au sein.

S'agissant de l'association de l'allaitement avec d'autres aliments de compléments, le tableau montre que moins de 2 % des enfants âgés au plus d'un mois sont nourris à la fois au sein et avec d'autres supplément de nourriture. La proportion d'enfants nourris de cette façon augmente très rapidement avec l'âge pour dépasser 60 % entre 6 et 7 mois. Ce menu au niveau de l'alimentation des enfants n'est recommandé par l'OMS et l'UNICEF qu'à partir de 6 mois. Or, 31 % des enfants âgés de moins de 6 mois sont nourris exclusivement au sein et entre 6-9 mois, 66 % des enfants reçoivent une ration alimentaire conforme aux recommandations de ces Organisations Internationales.

Le tableau montre également que beaucoup d'enfants marocains sont nourris au biberon : 32 % chez les enfants âgés au plus d'un mois, 48 chez ceux de 2-3 mois et 54 % chez les enfants de 4-5 mois. Pour l'ensemble des enfants de moins de 6 mois et 6-9 mois, cette proportion atteint respectivement 46 % et 47 %. Le pourcentage d'enfants nourris au biberon qui est important, interpelle les mères ou les individus ayant en charge la surveillance des enfants sur les soins hygiéniques particuliers à adopter pour éviter comme on l'a souligné plus haut des infections.

**Tableau 9. Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant**

Répartition (en %) des plus jeunes enfants de moins de trois ans qui vivent avec leurs mères par type d'allaitement et pourcentage d'enfants de moins de trois ans utilisant le biberon, selon l'âge en mois, Maroc 2003-04.

Age en Mois	Allaite et consomme						Total	Effectif d'enfants	Pourcentage utilisant le biberon	Effectif d'enfants
	Non allaités	Allaitement exclusif	Eau seulement	Liquides/jus à base de liquides	Autre lait	Supplément de nourriture				
<2	6,1	62,0	7,4	1,5	21,4	1,6	100	151	31,8	154
2-3	11,3	28,5	15,4	2,4	29,6	12,9	100	190	47,7	191
4-5	16,8	9,9	15,7	0,5	21,7	35,5	100	199	54,0	200
6-7	19,4	2,5	5,3	0,8	7,2	64,8	100	213	49,1	217
8-9	26,6	0,9	3,8	0,5	1,8	66,5	100	189	44,8	195
10-11	30,0	0,6	2,9	0,5	1,6	64,5	100	157	46,2	160
12-15	43,5	0,0	0,5	1,0	0,9	54,1	100	373	39,8	381
16-19	68,9	0,0	0,2	0,0	0,0	30,9	100	383	34,8	404
20-23	85,3	0,0	0,5	0,0	0,6	13,6	100	316	24,8	344
24-27	95,5	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	100	378	13,7	443
28-31	96,6	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	100	284	10,0	336
32-35	97,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	100	269	7,7	345
<b>&lt;6</b>	<b>11,9</b>	<b>31,0</b>	<b>13,3</b>	<b>1,4</b>	<b>24,4</b>	<b>18,1</b>	<b>100</b>	<b>540</b>	<b>45,5</b>	<b>545</b>
<b>6-9</b>	<b>22,8</b>	<b>1,7</b>	<b>4,6</b>	<b>0,6</b>	<b>4,7</b>	<b>65,6</b>	<b>100</b>	<b>401</b>	<b>47,1</b>	<b>412</b>

Note: Etat de l'allaitement se réfère à une période de "24 heures" (hier et la nuit passée). Les enfants classés allaités et consommant de l'eau seulement ne consomment pas de suppléments. Les catégories non allaités, allaités exclusivement, allaités et eau, liquides/jus à base de liquides, autre lait, et suppléments de nourriture (solides et semi-solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusifs, et leur pourcentage total est de 100 %. De ce fait, les enfants qui ont reçu du lait maternel et des liquides à base d'eau et ne recevant pas de suppléments de nourriture sont classés dans la catégorie liquides à base d'eau même s'ils reçoivent de l'eau plate. Tout enfant qui reçoit un supplément de nourriture est classé dans cette catégorie à condition qu'il soit allaité aussi. Basé sur tout les enfants de moins de trois ans

## J. Mortalité infantile et juvénile

Le calcul du niveau de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EPSF. Ce calcul se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés, il s'agit du quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire, du quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire. On dispose aussi du quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure globalement la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire. Par ailleurs, on connaît les composantes de la mortalité infantile, à savoir la mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance, et la mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois. Chacun de ces quotients a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Le tableau 10 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales allant de 1989 à 2003. Pour la période des cinq dernières années avant l'EPSF (période 1999-2003), le risque de mortalité infantile est évalué à 40 décès pour 1 000 naissances vivantes; le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 7 ‰. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 27 ‰ pour la mortalité néonatale et à 14 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 47 ‰. **En d'autres termes, au Maroc, environ cinq enfants sur 100 meurent avant d'atteindre l'âge de cinq ans.**

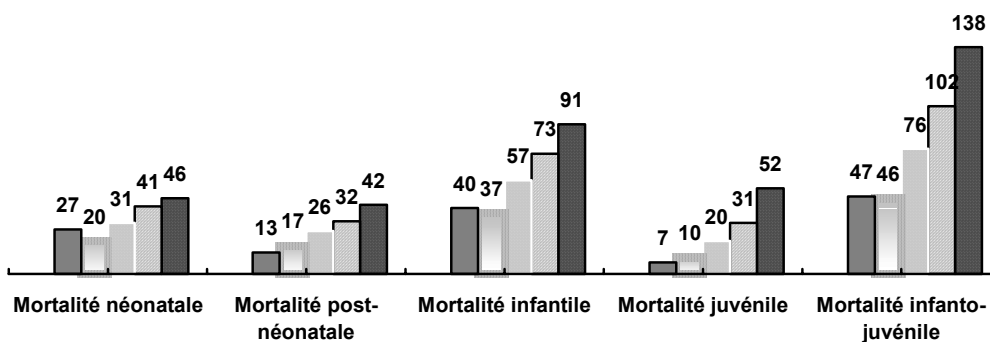
**Tableau 10. Mortalité infantile et infanto-juvénile**

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans précédant l'enquête, Maroc 2003-04.

Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post néonatale (PNN)	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
Années avant l'enquête					
<b>0-4</b>	<b>27</b>	<b>14</b>	<b>40</b>	<b>7</b>	<b>47</b>
5-9	30	18	47	13	59
10-14	38	24	62	14	76

Si l'on compare les niveaux de mortalité obtenus à cette enquête de 2003-2004 à ceux des enquêtes précédentes, on observe clairement que la mortalité des enfants de moins de cinq ans a connu, dans toutes ses composantes, une baisse importante jusqu'à 1997. Puis entre 1997 et 2003, la mortalité infantile est restée plus ou moins la même : 37 ‰ pour la période 1993-1997 contre 40 ‰ pour la période 1999-2003. Le tableau 10 et le graphique 5 montrent que c'est la mortalité néonatale qui reste l'obstacle majeur à une baisse plus importante de la mortalité des enfants au Maroc.

**Graphique 5**  
Quotients de mortalité (‰) avant l'âge de 5 ans



■ ENFPF 1979-80    □ ENPS-I 1987    ▨ ENPS-II 1992    ▩ ENSME 1997    ■ EPSF 2003-04

## K. Mortalité maternelle

L'EPSM de 2003-04 a collecté des données permettant d'estimer le niveau de la mortalité maternelle en utilisant des méthodes d'estimation directe. Ces estimations se font à partir de données sur la survie des sœurs des enquêtées. Pour chacune des sœurs de l'enquêtée, on a collecté des renseignements concernant son âge actuel ; si elle est décédée, on a posé des questions sur l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. À propos des sœurs décédées, des questions supplémentaires ont été posées pour déterminer si le décès est en rapport avec la maternité, c'est-à-dire si le décès est survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse.

La méthode directe d'estimation de la mortalité maternelle nécessite des données sur l'âge des sœurs survivantes et, pour les sœurs décédées, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour obtenir des périodes de référence bien définies, les données sont agrégées pour déterminer le nombre de personnes-années d'exposition à la mortalité et le nombre de décès maternels survenus dans chaque période de référence. Les taux de mortalité maternelle sont alors directement estimés en divisant le nombre de décès par le nombre de personnes-années soumises à l'exposition. Le résultat de ce calcul donne la proportion de sœurs, parmi toutes les sœurs de l'enquêtée, qui sont décédées de causes dues à la maternité.

**Tableau 11: Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données concernant l'état de survie des sœurs des femmes enquêtées pour la période 0-9 ans avant l'enquête, Maroc 2003-04.**

Groupe d'âges	Décès	Années d'exposition	Taux par cause maternelle	Taux de mortalité ajusté par âge
15-19	2	61,681	0,034	0,007
20-24	15	67,366	0,217	0,039
25-29	10	64,681	0,156	0,024
30-34	18	57,318	0,310	0,041
35-39	11	45,236	0,248	0,030
40-44	12	29,199	0,409	0,047
45-49	1	14,808	0,055	0,006
15-49 ans	69	340,289	0,201	0,194
<b>Taux de mortalité maternelle</b>	-	-	-	<b>227</b>

Le tableau 11 donne un taux de mortalité maternelle de 227 pour 100 000 naissances et ce, pour une période de 9 ans, c'est à dire entre 1995 et 2003. Ce taux est resté le même si on le compare à celui donné par l'ENSME de 1997 qui a donné un taux estimé à 228 pour 100 000 naissances vivantes. Par milieu de résidence, les taux sont de 187 pour 100 000 naissances dans l'urbain et de 267 pour 100 000 naissances dans le rural.

Étant donné que le décès dû à la maternité est un phénomène relativement rare, on est obligé, dans une enquête comme l'EPSF, de calculer le taux de mortalité maternelle sur une période de longue durée variant entre 6 et 12 ans. Par milieu de résidence, les taux sont de 187 pour 100 000 naissances dans l'urbain et de 267 pour 100 000 naissances dans le rural.

## L. Connaissance du VIH/sida

Le tableau 12 montre que plus de neuf femmes enquêtées sur dix (91%) ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida. Le niveau de connaissance varie peu selon l'âge de la femme et l'état matrimonial, mais il est plus faible chez les femmes rurales (80 %) et chez celles sans aucune instruction (83 %).

La majorité des femmes (62 %) qui connaissent le VIH/sida ont déclaré qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de contracter le VIH/sida et ont cité au moins un moyen de protection. À ce niveau, les différences entre milieux de résidence sont importantes. Alors que 78 % des femmes du milieu urbain connaissent, au moins, un moyen pour éviter de contracter le VIH/sida, cette proportions n'atteint que 38 % en milieu rural. De même, les mères ayant un niveau d'instruction primaire (65 %) et secondaire (95 %) ont un niveau de connaissance supérieur à celui des femmes sans instruction (41 %).

<b>Tableau 13. Connaissance du sida</b>			
Pourcentage de femmes ayant entendu parlé du sida et qui croient qu'il y a un moyen pour éviter le VIH/sida, selon des caractéristiques socio-démographiques Maroc 2003-04.			
Caractéristiques socio-démographiques	Entendu parler de sida	Croit qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif
<b>Age</b>			
15-19	88,9	63,2	3 295
20-24	90,9	64,0	3 011
25-29	91,2	63,3	2 584
30-39	92,0	63,6	4 300
40-49	89,8	56,9	3 608
<b>Etat matrimonial</b>			
Célibataire	91,3	69,1	7 074
En union ou vivant ensemble	90,0	56,6	8 782
Divorcée/séparée/veuve	90,8	61,4	942
<b>Résidence</b>			
Urbain	97,7	78,0	10 159
Rural	79,7	37,8	6 639
<b>Niveau d'Instruction</b>			
Aucun	83,2	41,2	8 406
Primaire	95,3	65,3	3 317
Secondaire ou plus	99,8	94,7	5 075
<b>Total</b>	<b>90,6</b>	<b>62,1</b>	<b>16 798</b>