

Jilali Hazim

1.1 MILIEU NATUREL

1.1.1 Relief

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.2 Climat

Le Maroc possède un climat méditerranéen tempéré par l'Atlantique, à la fois contrasté et nuancé. La présence, à la fois de la mer, du Sahara et de hautes montagnes, donne au Maroc un climat très diversifié. C'est ainsi que l'on peut distinguer trois zones climatiques : la zone atlantique, la zone des montagnes et la zone orientale.

1.2 MILIEU HUMAIN

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

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

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

Les enquêtes menées par le Ministère de la Santé et par la Direction de la Statistique (Commissariat au Plan), ont permis une meilleure connaissance de notre situation démographique actuelle.

Natalité : Le tableau 1.1 présente les taux de natalités estimés par différentes opérations de collecte : on constate une diminution très nette du taux de natalité au Maroc : en effet, de 52-53 ‰ pour la période 1955-60, le taux de natalité est passé à 21 ‰ pour la période 2003-2004. Quant au taux d'accroissement démographique qui était de 2,8 % durant la période 1971-1982, il a connu lui aussi, une baisse relativement importante au cours des dix dernières années : en 2003-2004, ce taux est estimé à 1,49 % (tableau 1.2).

Sources d'information et année	Taux de natalité (pour mille)
Recensement, 1960 (période 1955-60)	52-53
Enquête à Objectifs Multiples, 1962	46,1
Enquête Nationale de Fécondité et de Planification Familiale, 1979-1980	41,0
Enquête Démographique à Passages Répétés, 1986-88	31,6
Enquête Nationale sur la Population et la Santé, 1992	29,2
Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant, 1997	23,6
Enquête sur la Population et la Santé Familiale 2003-2004	21,1

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

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

- 30 à 40 ‰ pour la période 1930-1940 ;
- 19 ‰ en 1962 ;
- 15 ‰ pour la période 1971-1982 ;
- 8 ‰ en 1992 ;
- 6,5 ‰ en 1996-1997 ;
- 6,3 ‰ en 2003.

Structure par âge : Les résultats du recensement de 1994 ont laissé entrevoir une tendance à la modification de la pyramide des âges. La population de moins de 15 ans représente 37 % de la population totale, et la population âgée de 60 ans ou plus représente quant à elle 7,1 %.

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

Milieu de résidence : La répartition de la population selon le milieu de résidence (urbain ou rural) a mis en évidence un accroissement important, au cours des quinze dernières années, du taux d'urbanisation : en effet, la proportion des citoyens est passée de 35 % en 1971 à 51,4 % en 1994, soit un accroissement annuel moyen de 2 %. En 1997, la population urbaine est estimée à 53,2 %.

1.3 ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET SANITAIRE DU MAROC

1.3.1 Organisation administrative du pays

Selon le découpage administratif, le Maroc est divisé, en 16 régions économiques :

Oued-Eddahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia Al Hamra, Guelmim-Smara, Souss-Massa-Draâ, El Gharb-Chrarda-Bni Hssein, Chaouia-Ouardigha, Marrakech-Tensift-Al Haouz, Région-Oriental, Grand-Casablanca, Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, Doukala-Abda, Tadla-Azilal, Meknès-Tafilalet, Fès-Boulmane, Taza-Al Hoceima-Taounate, Tanger-Tétouan. Ces régions sont elles-mêmes subdivisées en 68 provinces ou préfectures. Ces dernières sont regroupées en Wilaya. Le Wali ou gouverneur qui est à la tête d'une wilaya ou d'une province et préfecture, est le représentant de Sa Majesté le Roi. Chaque province est divisée en municipalités, arrondissements, cercles et communes. Ainsi, on compte 76 municipalités, 249 communes urbaines et 1 298 communes rurales. Les municipalités sont administrées

Tableau 1.2 Évolution du taux d'accroissement démographique

Accroissement démographique durant la période 1925-2004, Maroc

Période d'accroissement	Taux d'accroissement démographique annuel moyen inter censitaire en %
1925-1952	1,8
1952-1960	3,5
1960-1971	2,6
1971-1982	2,76
1982-1987	2,53
1987-1988	2,34
1988-1989	2,28
1989-1990	2,22
1990-1991	2,15
1991-1992	2,08
1996-1997	1,71
2003-2004	1,49

Sources :

Centre d'Études et de Recherches Démographiques, Direction de la Statistique (Commissariat au Plan), DPRF/Ministère de la Santé.

par un Khalifat et les communes par un Caïd. Des conseils communaux, municipaux, provinciaux ou préfectoraux et régionaux sont élus par la population pour gérer les affaires dont ils ont la charge.

1.3.2 Organisation du système de Santé

La responsabilité de l'exécution de la politique sanitaire du gouvernement incombe au Ministère de la Santé. Les délimitations des aires géographiques des provinces et préfectures médicales sont calquées sur le découpage administratif.

Le délégué, représentant du Ministère de la Santé, assure l'exécution de la politique sanitaire au niveau de sa province ou préfecture.

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

Réseau d'action ambulatoire : C'est le réseau des soins de santé de base (SSB) ; il a pour principal champ d'action la prévention sanitaire. Pour ce faire, chaque province ou préfecture est divisée en circonscriptions sanitaires, urbaines ou rurales, qui sont des aires géographiques délimitées par la taille de la population mais qui tiennent également compte de la distribution de la population, par rapport au chef lieu de la circonscription sanitaire, qui est le centre de santé. Le médecin-chef de la circonscription est chargé de la supervision, du contrôle et de l'évaluation des différents programmes sanitaires.

Enfin, chacun des secteurs est subdivisé en zones géographiques appelées sous-secteurs. L'infirmier est chargé, selon un circuit mensuel, des activités de son sous-secteur.

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

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

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

1.4 POLITIQUE DE POPULATION ET PLANIFICATION FAMILIALE

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

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

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

D'autre part, Sa Majesté le Roi Hassan II, a été parmi les premiers signataires de la Déclaration sur la Population de l'Organisation des Nations Unies du 11 décembre 1967.

Dans ce cadre, le gouvernement, par le biais du Ministère de la Santé Publique, a passé des contrats avec différents organismes non gouvernementaux (Fondation Ford, Population Council et IPPF) en vue de mettre en pratique cette politique.

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

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

1.5 OBJECTIFS ET CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ENQUÊTE

1.5.1 Objectifs

L'Enquête Nationale sur Population et la Santé Familiale (EPSF) au Maroc de 2003-2004 a pour principaux objectifs de :

- recueillir des données qui permettent de calculer des taux démographiques, et particulièrement les taux de fécondité et de mortalité infanto juvénile par milieu de résidence urbain/rural et par région ;
- recueillir des données sur la couverture vaccinale chez les enfants et sur la couverture des accouchements surveillés par milieu de résidence urbain/rural et par région ;
- mesurer les taux de pratique contraceptive par méthode, par milieu de résidence urbain/rural et par région ;
- recueillir des données sur les préférences en matière de fécondité, y compris les besoins non satisfaits relatifs à la contraception ;
- recueillir des données sur les maladies chroniques des femmes, la santé familiale et la santé reproductive ;
- recueillir des données sur la prévalence et le traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;

- mesurer l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de 5 ans par la prise de mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- recueillir des données sur la connaissance, les attitudes et le comportement des femmes au sujet des IST et du sida.

1.5.2 Cadre institutionnel et financement de l'enquête

Pour la réalisation de l'EPSF, deux conventions ont été signées. L'une entre le Ministère de la Santé et l'USAID, l'USAID étant représentée par ORC Macro, et l'autre entre le Ministère de la Santé et PAPFAM. Ainsi, le financement de cette enquête a été pris en charge par plusieurs organismes : l'USAID, le UNFPA, et l'UNICEF.

Cette enquête a été entreprise par le Service des Etudes et de l'Information Sanitaire (SEIS) de la Direction de la Planification et des Ressources Financières (Ministère de la Santé).

Le Comité Technique était composé de l'Inspecteur général et des directeurs centraux présidés par M. le Secrétaire Général.

Monsieur Mustapha Azelmat, a été chargé de la direction technique de l'enquête. Il a été aidé dans sa tâche par des cadres du Ministère de la Santé :

1.6 QUESTIONNAIRES

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

- Le questionnaire ménage ;
- Le questionnaire individuel femme.

Les questionnaires Ménage et Individuel sont adaptés à partir des questionnaires modèles de DHS (ORC Macro) et du projet PAPFAM.

1.6.1 Questionnaire ménage

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

1.6.2 Questionnaire individuel

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

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

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

Reproduction : Elle comprend des informations portant sur l'historique des naissances (enfants vivants, mort-nés, fausses couches, décédés), l'état de grossesse au moment de l'enquête et le statut de cette grossesse (était-elle désirée ou pas?). Une question relative aux dates et durée des menstruations et des questions se rapportant à la connaissance et à l'aptitude de la femme à déterminer sa période féconde ont également été posées.

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

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

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

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

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

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

1.7 ÉCHANTILLONNAGE

Afin d'atteindre les objectifs que nous venons de mentionner, un échantillon national stratifié à deux degrés, de taille égale à 12000 ménages a été retenu pour effectuer l'enquête sur la Population et la Santé Familiale 2003-04, soit un taux de sondage égal à 0,2 % (tableau 1.3) Celle-ci permettra de disposer d'indicateurs sur la santé reproductive (préférences en matière de fécondité, nutrition, soins postnatals, IST et VIH/sida) concernant les femmes âgées de 15-49 ans et des enfants âgés de moins de 5 ans.

Tableau 1.3 Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle			
Nombre de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse, selon le milieu de résidence, EPSF Maroc 2003-04			
Résultat	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Enquête ménages			
Ménages sélectionnés	6 775	5 225	12 000
Ménages identifiés	6 531	5 119	11 650
Ménages enquêtés	6 416	5 097	11 513
Taux de réponse des ménages	98,2	99,6	98,8
Enquête individuelle femme			
Effectif de femmes éligibles	9 398	8 045	17 443
Effectif de femmes éligibles enquêtées	8 997	7 801	16 798
Taux de réponse des femmes éligibles	95,7	97,0	96,3

Cet échantillon est conforme aux recommandations du programme DHS ; il est auto-pondéré et représentatif à l'échelle nationale, par milieu de résidence et pour quelques régions.

Étant donné que les opérations de cartographie pour la réalisation du Recensement Général de la Population et de l'Habitat ont été effectuées au cours de l'année 2002, il a été décidé d'utiliser cette cartographie comme **base de sondage** de l'enquête EPSF 2003-04. Ceci répond à un double objectif : a) avoir une base de sondage récente, exhaustive et utilisant les nouvelles technologies de la cartographie, à savoir le système d'information géographique, et b) avoir la possibilité de comparaison sans biais, avec les résultats du RGPH-2004. Ceci permettra de confirmer les résultats issus de l'EPSF 2003-04.

Une description plus détaillée de l'échantillon et des taux de réponse est présentée en annexe A. Les erreurs de sondage sont présentées en Annexe B.

1.8 FORMATION ET COLLECTE DES DONNÉES

1.8.1 Pré enquête

Une formation de deux semaines environ (20 janvier au 5 février 2003) pour la pré enquête a été nécessaire au cours de laquelle 12 agents de santé diplômés d'état du Ministère de la Santé ont participé. La pré enquête s'est déroulée dans la Wilaya de Rabat-Salé-Skhirat Témara 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.

1.8.2 Recrutement et formation du personnel de terrain

Pour effectuer l'enquête sur le terrain, environ 70 agents ont été recrutés parmi le personnel régional du Ministère de la Santé ayant au moins trois années d'expérience. La formation a eu lieu du 8 septembre au 10 octobre 2003.

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

La formation sur les mesures anthropométriques (poids et taille) a duré quatre jours et a été centrée sur les séances pratiques. Les enquêtrices ont été formées pour pouvoir assurer le travail de mesureurs et les contrôleuses ont été formées pour être assistantes ou mesureurs de réserve.

1.8.3 Collecte des données

À la fin de la formation, 14 équipes ont été sélectionnées pour participer à la phase de terrain. Chacune des équipes comprenait un chef d'équipe, une contrôleuse (responsable du contrôle du travail des enquêtrices), quatre enquêtrices et un chauffeur. La collecte des données a commencé le 15 octobre 2003 et s'est achevée le 29 février 2004.

La supervision était assurée, en plus du directeur technique, par trois cadres qui ont été désignés comme coordonnateurs sur le terrain.

1.9 TRAITEMENT INFORMATIQUE

Cette phase de l'enquête qui a duré trois mois (novembre 2003 – mars 2004) a comporté les trois étapes suivantes :

- 1) **Réception et classement des données** : Les questionnaires remplis et contrôlés étaient envoyés au Bureau Central (SEIS) de Rabat où, après contrôle d'exhaustivité, ils étaient classés dans l'ordre des ménages par grappe et province.
- 2) **Saisie des données** : Elle a été effectuée par une équipe de 5 agents sur un micro-ordinateur multiposte fourni à l'enquête par le programme DHS. 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, pour les besoins des recensements et des enquêtes, a été utilisé pour cette tâche.
- 3) **Apurement des données** : Cette opération, utilisant toujours le même logiciel a lieu en même temps que la saisie. Les questionnaires de chaque grappe étaient soumis à un programme de vérification batch (ensemble de grappes) plus exhaustif. Déjà, pendant la saisie, les vérifications des champs de validité des codes et des cohérences des filtres avaient été effectuées.

Après l'apurement des données, les dates des événements ont été imputées, dans les cas où ces informations n'avaient pas été enregistrées dans le questionnaire (date de naissance de la femme, date du premier mariage de la femme, date de naissance des enfants et âge au décès des enfants décédés).

Après cette version du fichier, des recodifications (autres réponses) et une série de vérifications supplémentaires ont été appliquées pour permettre d'obtenir en avril 2004 un fichier de données devant servir à l'obtention des résultats préliminaires. Les tableaux définitifs ont été finalisés en juin 2004.