



Bulletins et mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris

18 (3-4) | 2006
2006(3-4)

La pratique contraceptive dans la Wilaya de Marrakech (Maroc): niveau, but, évolution et relation avec la fécondité

*The practice of contraception in the Wilaya of Marrakesh (Morocco): level,
objective, development and relation to fertility*

S. R'Kha, A. Baali, G. Boëtsch et É. Crognier



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/bmsap/1843>
ISSN : 1777-5469

Éditeur

Société d'Anthropologie de Paris

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2006
Pagination : 197-212
ISSN : 0037-8984

Référence électronique

S. R'Kha, A. Baali, G. Boëtsch et É. Crognier, « La pratique contraceptive dans la Wilaya de Marrakech (Maroc): niveau, but, évolution et relation avec la fécondité », *Bulletins et mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris* [En ligne], 18 (3-4) | 2006, mis en ligne le 14 juin 2010, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/bmsap/1843>

**LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE DANS LA WILAYA DE MARRAKECH (MAROC) :
NIVEAU, BUT, ÉVOLUTION ET RELATION AVEC LA FÉCONDITÉ**

**THE PRACTICE OF CONTRACEPTION IN THE WILAYA OF MARRAKESH (MOROCCO):
LEVEL, OBJECTIVE, DEVELOPMENT AND RELATION TO FERTILITY**

Samia R'KHA ¹, Abdellatif BAALI ¹, Gilles BOËTSCH ², Émile CROGNIER ²

RÉSUMÉ

Le comportement de planification familiale a été analysé dans deux communautés de la Wilaya de Marrakech (Maroc), l'une urbaine représentée par la ville de Marrakech et l'autre rurale représentée par quelques communes d'Amizmiz (cercle d'Amizmiz, province du Haouz, Wilaya de Marrakech). D'une manière générale, le recours à la contraception est assez important mais il est nettement plus élevé en milieu urbain. L'analyse des biographies contraceptives et particulièrement de la période d'entrée en vie contraceptive et de la régularité dans l'utilisation des méthodes de contraception, fait ressortir les intentions des femmes à l'usage de la contraception. La contraception adoptée en milieu urbain est une attitude quasi exclusivement d'espacement entre les naissances et où la régularité est de rigueur. Tandis qu'en milieu rural coexistent deux attitudes liées à l'usage de la contraception : l'espacement et la limitation de la procréation. La diffusion de la contraception a débuté en 1965 pour la ville et en 1975 pour le milieu rural. Le rythme de transition de la contraception a ensuite été très progressif en milieu urbain et très accéléré en milieu rural. D'autres différences sont mises en évidence entre les deux milieux, concernant l'évolution de la pratique contraceptive au cours de la vie génésique des femmes. L'efficacité de la contraception sur les niveaux de fécondité est prouvée.

Mots-clés : pratique contraceptive, biographies contraceptives, évolution, fécondité, Wilaya de Marrakech, Maroc.

ABSTRACT

The pattern of family planning was analysed in two communities of the Wilaya of Marrakesh (Morocco). One of them is urban, represented by the city of Marrakesh, and the other is rural and represented by some municipalities of Amizmiz (circle of Amizmiz, province of Haouz, Wilaya of Marrakesh). In general, the use of contraception is quite high, but it is especially high in the urban environment. The analysis of contraception biographies, particularly of the period when contraception use begins and the degree of its regularity, demonstrates the women's intentions concerning contraception use. The contraception adopted in the urban environment is applied almost exclusively to spacing between births in which regularity is important, whereas in the rural environment two attitudes coexist: the desire for spacing and that for limitation of births. The diffusion of contraception methods began in 1965 for the city and in 1975 for the rural area. The rhythm of transition to contraception was very gradual in the urban environment and much more accelerated in the rural areas. Other differences between the two areas concerning the development of contraception use during the procreative life of the women are discussed. The efficiency of contraception in relation to levels of fertility is proven.

Keywords: contraception use, contraception biographies, development, fertility, Wilaya of Marrakesh, Morocco.

-
1. Laboratoire d'Écologie Humaine, Faculté des Sciences Semlalia, Université Cadi Ayyad, Boulevard My Abdellah, BP 2390, Marrakech, Maroc, e-mail : samia.rkha@yahoo.fr
 2. UMR 6578, Unité d'Anthropologie : adaptabilité biologique et culturelle, Université de la Méditerranée, Faculté de Médecine, Secteur Centre, 27 boulevard Jean Moulin, 13385 Marseille CEDEX 05, France.

INTRODUCTION

Vimard et Fassassi (2001) et Vimard *et al.* (2002) ont montré que, dans les pays en cours de transition démographique, la baisse de la fécondité est concomitante d'une progression de l'utilisation de la contraception. Ces auteurs constatent cependant que d'autres facteurs, en plus de la pratique contraceptive, peuvent avoir des effets plus importants sur la fécondité. L'importance relative de ces divers facteurs, y compris la contraception, dépend de l'état d'avancement de la transition. Quand la transition vient d'être entamée, la corrélation entre la baisse de la fécondité et la prévalence contraceptive n'est pas aussi parfaite et, par conséquent, d'autres facteurs interviennent. Dans ce cas, la transition de la fécondité montre une certaine pluralité des formes et des conditions (Knodel, Van de Walle 1979). Ainsi des liens ont été établis entre la baisse de la fécondité et le progrès économique et social (Hansen 1979 ; Harmsen 1979 ; Goldscheider 1982 ; Piché, Poirier 1990 ; Degraff *et al.* 1997 ; Lindstrom, Berhanu 1999). Le contrôle de la nuptialité par le retard de l'âge au mariage a également été reconnu comme un facteur majeur de la baisse de la fécondité, spécialement dans les pays du Maghreb (Cantrelle, Ferry 1979 ; Charbonneau 1980 ; Bongaart, Potter 1983 ; Knodel 1983 ; Fourati 1985 ; Fargues 1987 ; Baali *et al.* 1997 ; Gastineau 2005). La baisse de la mortalité a été également un élément initiateur de la diminution de la fécondité (Chandran 1989 ; Crognier 1996, 1998). La contraception devient le moteur principal de la baisse de la fécondité quand celle-ci est à un stade plus avancé. Le facteur contraceptif, dans ce cas, contrebalance les influences des divers facteurs socio-économiques et culturels et celles

des différents états physiologiques des femmes agissant sur les niveaux de fécondité.

Au Maroc, les niveaux de fécondité ont subi une baisse très appréciable ces dernières années. L'indice de fécondité est passé de 5,52 en 1982 à 4,46 en 1987 et à 3,28 en 1994 (Direction de la statistique, 1996) puis à 2,5 selon le dernier recensement de 2004 (Haut Commissariat au Plan du Royaume du Maroc, 2005). Cependant, il existe encore des disparités importantes entre le milieu urbain et le milieu rural. En 1994, le nombre moyen d'enfants par femme est de 2,56 en milieu urbain et de 4,25 en milieu rural. En 2004, ce nombre est de 2,1 en milieu urbain et de 3,1 en milieu rural. Nous retiendrons particulièrement les données du recensement de 1994 car les enquêtes menées dans le cadre de ce travail ont été réalisées en 1997 et en 1999.

Une étude menée dans la Wilaya de Marrakech (R'kha 2005 ; R'kha *et al.* 2005) a montré, au cours de ces quinze dernières années, une évolution spectaculaire de la fécondité en milieu urbain et au contraire « un timide déclin » en milieu rural. L'analyse des déterminants de la fécondité sur deux périodes (*tabl. I*) montre un changement important de tous les déterminants de la fécondité en milieu urbain alors qu'en milieu rural, des comportements féconds contradictoires ont été notés. D'un côté, les femmes rurales montrent peu de changements dans la plupart des déterminants de la fécondité et, d'un autre côté, elles manifestent un recours croissant aux méthodes de contraception moderne. La faible baisse de la fécondité, constatée en milieu rural, n'est pas du tout conséquente à l'augmentation importante de l'usage de la contraception. Ce qui nous amène à poser des questions sur l'efficacité de cette dernière.

Paramètres	Milieu urbain		Milieu rural	
	1982	1999	1983	1997
Nombre moyen de naissances vivantes	6,33 +	3,45	7,72	6,56
Âge moyen au premier mariage (en années)	18 +	22,36	18,39	18,43
Âge moyen à la première maternité (en années)	20 +	24,01	20,50	20,63
Âge moyen à la dernière maternité (en années)	38,65 ++	33,81	37,75	37,67
Durée moyenne de l'intervalle intergénéral (en mois)	36,24 +	46,42	29,29	34,72
Pourcentage de contraception moderne	53 % ++	78 %	28,6 %	59,1 %

+ source : Crognier et Zarouf (1987)

++ source : Crognier *et al.* (1992)

Tabl. I - Évolution du nombre moyen de naissances vivantes et de quelques variables bio-démographiques, selon le milieu de résidence de la femme.

Table I—Evolution of the mean number of live births and some bio-demographic variables, according to the women's area of residence.

Depuis 1965, le Maroc s'est engagé à réduire sa natalité et des programmes de planification familiale ont été établis dès lors en 1966 (Escallier 1987). Ces programmes ont touché en premier lieu le milieu urbain puis se sont étendus progressivement en milieu rural. Vers le début des années quatre-vingt, ils ont connu un véritable essor par le lancement de la stratégie des visites à domicile de motivation systématique dite VDMS qui consiste, entre autres, en une distribution régulière, gratuite et à domicile de contraceptifs oraux. Cette stratégie a d'abord été conduite dans la Wilaya de Marrakech, choisie comme zone pilote, puis son exécution a été généralisée à l'échelle nationale (Direction de la statistique 1992).

Ces programmes se sont vus encore améliorés grâce à l'opération Al-Hilal conduite en secteur privé en 1988 (Azemat, Abdelmoneim 1999), qui propose des contraceptifs à prix abordables, encourageant ainsi la prestation privée, et qui est renforcée par une large publicité audio-visuelle.

Les services de planification familiale se trouvent ainsi, à l'heure actuelle, accessibles pour l'ensemble de la population.

Dans ce contexte, de la mise en place de programmes de planification familiale depuis 1965 et de la continuité de cette démarche politique, il nous a semblé intéressant d'analyser les tendances des comportements contraceptifs et leurs évolutions. Cette analyse a été conduite dans la Wilaya de Marrakech, en ville et en milieu rural.

Généralement, dans les enquêtes sur la planification familiale, la mesure de la prévalence contraceptive est donnée d'après l'usage de la contraception à un moment quelconque de la vie féconde ou bien au moment de l'enquête. Cette démarche, bien qu'utile, ne permet cependant pas d'analyser l'évolution des pratiques contraceptives des femmes, qui varient selon les étapes de leur vie féconde. Ainsi, au cours de cette étude, nous essayons :

- de définir le but lié à l'usage de la contraception et les stratégies contraceptives adoptées par les femmes de cette population à travers l'étude des biographies contraceptives. Il s'agit d'une analyse longitudinale des comportements contraceptifs des femmes et des changements qui s'y rapportent au fur et à mesure de la constitution de leur descendance. L'utilité d'une telle étude a été soulignée dans quelques travaux (Lerner *et al.* 1994 ; Guillaume 1999). Elle permet, en mettant l'accent sur quelques éléments, tels le nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception et la régularité

dans la pratique contraceptive, d'identifier des trajectoires reproductives propres à chaque population ;

- d'appréhender l'évolution de la pratique contraceptive avant les premières campagnes de planification familiale jusqu'à ces dernières années. Cet essai de reconstitution de la pratique contraceptive sera basé sur la génération du mariage de la femme et celle de la naissance de sa progéniture. Cette approche permet :

- * de dater le début de la transition de la pratique contraceptive ;

- * de connaître le rythme de cette transition : a-t-il été régulier ou y a-t-il eu des périodes d'accélération ou de ralentissement ?

- * de discerner comment cette transition se différencie entre le milieu urbain et le milieu rural ;

- enfin de mettre en clair la relation entre l'usage de la contraception et le niveau de fécondité. Concernant ce dernier aspect, on a souvent avancé la thèse selon laquelle un usage important de la contraception est associé à une fécondité élevée dans les sociétés encore attachées à des traditions (Lightbourne *et al.* 1982 ; Hilali 1986 ; Agyei, Mbamanya 1989 ; Crognier 1989 ; Naber 1989 ; Baudot 1992 ; Baudot, Bley 1997 ; Varea *et al.* 1997). L'argument explicatif est que les femmes n'accèdent à la contraception que dans le but de terminer leur vie reproductive et non d'espacer leurs naissances. Il se peut que les choses soient plus nuancées ou qu'elles aient changé, d'autant plus que la contraception au Maroc a toujours été présentée comme moyen de régulation des naissances et non de limitation (ministère de la Santé publique 1987).

LA SOURCE DES DONNÉES

Les résultats présentés dans ce travail sont issus de deux enquêtes effectuées dans la Wilaya de Marrakech, l'une menée dans la ville de Marrakech durant l'année 1999 et l'autre dans quelques communes rurales d'Amizmiz durant l'année 1997.

En milieu urbain, 1612 femmes ont été enquêtées, parmi lesquelles : 1446 (89,7 %) encore mariées au moment de l'enquête, 72 (4,5 %) remariées, 40 (2,5 %) veuves et 54 (3,3 %) divorcées. L'âge des femmes enquêtées varie de 15 à 71 ans, avec une moyenne de 35,64 ans et un écart-type de 10,47.

En milieu rural, 785 femmes ont été enquêtées, parmi lesquelles : 693 (88,3 %) encore mariées au moment de l'enquête, 71 (9 %) remariées, 17 (2,2 %) veuves et 4 (0,5 %) divorcées. L'âge des femmes enquêtées varie de

17 à 72 ans, avec une moyenne de 38,64 ans et un écart-type de 11,17.

L'enquête de la ville de Marrakech s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche dont les buts principaux consistent en une étude descriptive de la fécondité, de la mortalité infanto-juvénile, des comportements contraceptifs, des comportements de prévention en matière de santé et de leurs évolutions dans le temps et dans l'espace.

L'enquête d'Amizmiz s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche multidisciplinaire englobant d'autres communes rurales, effectué conjointement entre le Laboratoire d'Écologie Humaine de la Faculté des Sciences-Semlalia, Université Cadi Ayyad (Marrakech, Maroc) et l'UMR 6578 du CNRS et de l'Université de la Méditerranée (Marseille, France).

Les données exposées à travers cet article, et qui se rapportent à l'histoire des maternités des femmes et à leur pratique contraceptive, ont été collectées à partir d'un questionnaire rétrospectif soumis directement aux femmes. Pour chaque femme interrogée, nous avons reconstitué l'intégralité de sa vie féconde avec la chronologie des divers événements (âge au premier mariage, âge à la ménarche et à la ménopause, le nombre de grossesses, le nombre de naissances vivantes, le nombre de fausses couches et de mort-nés et les moyens contraceptifs utilisés entre les différentes grossesses). Ce parallèle entre la constitution de la descendance et la pratique contraceptive nous permettra d'appréhender la manière dont les femmes gèrent leur reproduction au fur et à mesure de l'écoulement de leur vie féconde.

L'analyse sera centrée sur l'utilisation des méthodes de contraception modernes. Les femmes utilisant un moyen de contraception traditionnel sont considérées comme non-contraceptrices.

D'autre part, pour l'analyse de la pratique contraceptive selon les différents moments de la vie féconde de la femme, nous avons retenu les définitions suivantes des intervalles :

- l'intervalle ouvert correspond à la période qui sépare la dernière naissance vivante du moment de l'enquête ;

- l'intervalle fermé zéro (ou intervalle proto-génésique) est l'intervalle qui sépare le premier mariage de la première naissance vivante ;

- l'intervalle fermé (ou intervalle intergénéral) correspond à l'intervalle qui sépare deux naissances vivantes successives : l'intervalle fermé 1 sépare la première naissance vivante de la deuxième, l'intervalle

fermé 2 sépare la deuxième naissance vivante de la troisième... le dernier intervalle fermé sépare les dernière et avant-dernière naissances vivantes).

RÉSULTATS

Les niveaux contraceptifs : utilisation antérieure de la contraception

En milieu urbain, sur 1612 femmes enquêtées, 1370 ont utilisé une méthode de contraception au moins une fois durant leur vie génésique, soit un pourcentage de 85 %. En milieu rural, elles sont 485 parmi 785 femmes enquêtées, soit un pourcentage de 61,8 %. La différence entre ces deux pourcentages est hautement significative : test de $\chi^2 = 162,44$, 1 ddl, $p < 0,001$.

Cependant la pratique contraceptive mesurée de cette manière ne peut être que surestimée : d'une part, il suffit que la femme ait utilisé une méthode de contraception une seule fois dans sa vie féconde, et peut-être de manière incorrecte, pour qu'elle soit considérée comme contraceptrice ; d'autre part, ces pourcentages sont très dépendants de la durée de la vie reproductive et donc de l'exposition au risque de procréer. L'utilisation de la contraception à un moment quelconque de la vie ne fournit donc que des indications sommaires sur le degré d'adhésion à la planification familiale.

La répartition par classes d'âge de cinq ans des pourcentages de contraception selon le milieu de résidence des femmes est représentée sur la figure 1.

En milieu urbain, on observe très peu de différences en fonction de l'âge, les pourcentages notés sont élevés et dépassent les 80 %, à l'exception de la classe d'âge 15-19 ans et celle de plus de 50 ans qui présentent des pourcentages légèrement plus faibles. Pour la classe d'âge 15-19 ans le pourcentage est de 61,2 %, cette utilisation moindre de la contraception se comprend aisément puisque les femmes de cette classe d'âge viennent à peine d'être incorporées dans la vie reproductive. De ce fait, elles ont été moins longtemps exposées au risque de grossesse et leurs besoins de régulation de la fécondité sont moindres. Les femmes de 50 ans et plus montrent une valeur de 67,1 % qui peut s'expliquer par la faible utilisation de la contraception des femmes de cette génération.

En milieu rural, des différences dans les fréquences contraceptives existent entre les différentes classes d'âge des femmes. La courbe obtenue à une forme en cloche avec un pic pour la classe d'âge 30-34 ans dont la fécondité est bien entamée sans être achevée. La pratique contraceptive

chez les femmes rurales de moins de 20 ans apparaît plus importante que celle des femmes de plus de 49 ans. Cette constatation traduit d'une part un effet générationnel avec un changement de mentalité impliquant un recours plus grand des jeunes femmes aux méthodes de contraception modernes et ceci dès le début de la vie féconde ; d'autre part, et sans doute aussi, une amélioration dans l'accès aux méthodes de contraception modernes en termes d'information sur ces méthodes mais aussi d'accessibilité aux services de planification et de disponibilité des moyens de contraception dans ces services.

Pour toutes les classes d'âge, un écart positif des prévalences contraceptives entre les femmes urbaines et rurales est constaté en faveur des femmes urbaines. Cet écart est très important au-delà de 35 ans. En revanche, une grande analogie dans la prévalence contraceptive est constatée chez les jeunes femmes.

Tout ceci supposerait des comportements contraceptifs très différents entre le milieu urbain et le milieu rural, mais qui tendent à un rapprochement dans les années à venir.

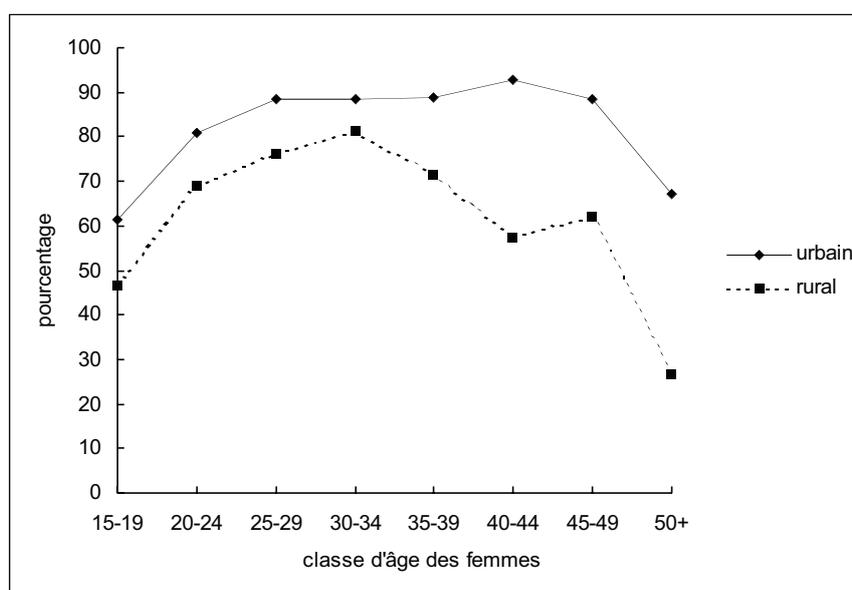


Fig. 1 - Pourcentage de femmes ayant utilisé la contraception au moins une fois, par classe d'âge (en années) et selon le milieu de résidence.

Fig. 1—Percentage of women who used contraception at least once, by age group according to the area of residence.

La constitution de la descendance et la pratique contraceptive Le but lié à l'usage de la contraception

Parité à la première utilisation

La connaissance du nombre d'enfants à la première utilisation peut renseigner sur les intentions de la femme à l'utilisation de la contraception : une utilisation en absence d'enfants peut indiquer un désir potentiel de

retarder la première naissance, une utilisation à des parités basses peut révéler une attitude potentielle d'espacement entre les naissances, tandis qu'une utilisation à des parités élevées peut signifier un comportement potentiel de limitation des naissances.

Le tableau II donne la moyenne des naissances vivantes lors de la première utilisation de la contraception en fonction du milieu de résidence des femmes et en fonction de leur âge (réparti par classes de 10 ans).

Quelle que soit la classe d'âge considérée, on note un retard incontestable de l'utilisation de la contraception pour la première fois par les femmes rurales. Les différences de moyennes entre les deux milieux sont toutes statistiquement très significatives. D'autre part, il est évident de constater que dans un même milieu (urbain ou rural), la moyenne des naissances vivantes à la première utilisation de la contraception est d'autant plus avancée que la femme est jeune, puisque les femmes jeunes n'ont pas encore terminé leur vie féconde. Il peut s'agir également d'une assimilation plus grande des comportements contraceptifs par les jeunes femmes, probablement liée au fait qu'elles aient toujours vécu dans l'idée de contraception.

Afin de mieux élucider cet effet de génération dans le comportement de contraception et de donner une première approche des intentions des femmes urbaines et rurales à l'utilisation de la contraception, il a semblé intéressant d'étudier la distribution des femmes qui débutent la contraception à une parité de rang N selon leur milieu de résidence et selon leur âge (*tabl. III*). Chaque pourcentage de début de contraception a été calculé parmi les femmes ayant au moins une naissance de rang N. Les pourcentages de début d'utilisation de la contraception à la parité 0 sont calculés parmi l'ensemble des femmes.

Pour toutes les classes d'âge, le pourcentage de femmes qui débutent la contraception avant qu'elles n'aient mis au monde une naissance vivante (parité = 0) n'est pas du tout insignifiant en milieu urbain : 16 % chez les femmes de plus de 45 ans, 22,6 % chez les femmes de la classe d'âge 35-44 ans et des valeurs dépassant les 30 % chez les femmes de moins de 35 ans. Ce pourcentage est très faible en milieu rural où il ne dépasse pas 3,9 % chez la classe d'âge la plus jeune.

Le désir de retarder la première naissance est donc un comportement présent en milieu urbain et qui, de plus, montre une nette amélioration chez les femmes les plus jeunes, alors qu'en milieu rural ce comportement demeure quasi-inexistant.

Dans les deux milieux, le pourcentage de femmes qui ont commencé à utiliser la contraception à la naissance du premier enfant est très important avec cependant des différences selon l'âge des femmes. En effet, plus la femme est jeune, plus ce pourcentage est élevé. Cette dernière remarque est particulièrement accentuée en milieu rural, où le pourcentage de femmes qui débutent la contraception à la naissance de leur premier enfant est de 10,8 % pour les femmes de 45 ans et plus et de 84,3 % pour la classe d'âge 15-24 ans. D'autre part, le pourcentage de femmes qui n'ont utilisé la contraception pour la première fois qu'au-delà de la naissance de leur cinquième enfant est assez important en milieu rural et au contraire faible en milieu urbain. Ce pourcentage montre une diminution avec l'âge de la femme dans les deux milieux.

Il ressort vraisemblablement un comportement d'espacement très poussé chez les femmes urbaines ; comportement déjà bien représenté chez les femmes les plus âgées et qui s'est accentué chez les femmes les plus jeunes. Ce comportement d'espacement se remarque également, bien qu'à un degré moindre, chez les femmes rurales. Néanmoins une intensité particulièrement importante de ce comportement est notée chez les femmes rurales de 15-24 ans. On peut penser que ces jeunes femmes rurales, ayant vécu les difficultés occasionnées par le grand nombre d'enfants des générations de leur mère, se rattachent plus à ce comportement d'espacement.

Classe d'âge des femmes	Milieu urbain			Milieu rural			Test t de Student
	n	m	ET	n	m	ET	
15-24 ans	184	0,66	0,54	51	1,08	0,39	6,13, p < 0,001
25-34 ans	475	0,85	0,76	183	1,74	1,24	9,07, p < 0,001
35-44 ans	486	1,28	1,26	158	3,44	2,24	11,51, p < 0,001
45 ans et plus	225	2,10	1,86	93	5,70	3,27	9,98, p < 0,001
Total	1370	1,18	1,26	485	2,98	2,59	14,70, p < 0,001

n : effectif des femmes, m : moyenne, ET : écart-type

Tabl. II - Moyenne des naissances vivantes lors du premier usage contraceptif, par classe d'âge des femmes et selon le milieu de résidence.

Table II—Mean number of live births at first contraception use by age group of the women according to the area of residence.

Quant au comportement de limitation, estimé par une première utilisation de la contraception à une parité de cinq et plus, il est rare chez les femmes urbaines et

important chez les femmes rurales. Ce comportement tend à s'annuler chez les femmes urbaines les plus jeunes et à diminuer chez leurs homologues rurales.

Milieu de résidence	Rang de la parité	Classe d'âge des femmes								Total	
		15-24 ans		25-34 ans		35-44 ans		45 ans et +		n	p
		n	p	n	p	n	p	n	p		
Urbain	0	184	37,0	475	30,5	486	22,6	225	16,0	1370	26,2
	1	144	76,4	463	60,3	484	50,8	224	35,7	1315	54,4
	2	39	15,4	307	10,4	444	16,2	221	13,6	1011	13,8
	3	2	0,0	130	10,0	299	9,0	195	18,5	626	12,1
	4	-	-	37	16,2	141	12,1	127	12,6	305	12,8
	5 +	-	-	12	0,0	76	18,4	71	38,0	159	25,8
Rural	0	51	3,9	183	2,2	158	2,5	93	1,1	485	2,3
	1	51	84,3	183	59,6	158	24,7	93	10,8	485	41,4
	2	21	28,6	165	18,8	155	14,2	93	8,6	434	15,4
	3	2	0,0	118	17,8	147	17,0	91	12,1	358	15,9
	4	-	-	63	14,3	126	12,7	87	8,0	276	11,6
	5 +	-	-	30	30,0	104	50,0	82	68,3	216	54,2

n : effectif des femmes ayant au moins une naissance de rang N, p : pourcentage (La parité de rang 0 regroupe l'ensemble des femmes)

Tabl. III - Pourcentage de femmes qui débutent la contraception à une parité de rang N par classe d'âge des femmes et selon leur milieu de résidence.

Table III—Percentage of women beginning contraception use at a parity of rank N by age group of women according to their area of residence.

Le but lié à l'usage de la première contraception : espacement ou limitation et régularité dans l'usage de la contraception

Les difficultés dans l'interprétation précédente du nombre de naissances à la première utilisation résident dans le fait que des femmes qui commencent tôt la contraception (après un ou deux enfants) peuvent très bien le faire dans le but de limiter leur procréation et non dans le but de l'espacer ; de même que des femmes qui commencent tard la contraception n'ont pas forcément l'intention d'arrêter leurs naissances. De plus, ce désir d'espacer ou de limiter les naissances peut éventuellement changer avec le temps. Afin de mieux définir cette notion d'espacement et de limitation, il a paru préférable de classer les femmes qui utilisent un moyen contraceptif en deux classes, celles qui le font pour espacer leurs naissances et celles qui le font pour arrêter la procréation.

L'idée à la base de cette classification est simple :

– si une femme est observée à la parité où elle a commencé la contraception, elle sera classée comme

ayant un comportement vraisemblablement de limitation. C'est le cas, par exemple, d'une femme qui a eu quatre naissances vivantes durant sa vie reproductive et qui n'a utilisé la contraception pour la première fois qu'après cette quatrième naissance ;

– si elle est observée à une parité supérieure à celle où elle a commencé la contraception, elle sera classée comme ayant un comportement vraisemblablement d'espacement. C'est le cas, par exemple, d'une femme qui a eu quatre naissances vivantes mais qui avait commencé la contraception à partir de la première naissance vivante.

Cette classification n'a de sens que si la femme est en fin de vie reproductive, car on ne peut parler de limitation si la femme n'a pas encore terminé sa vie reproductive, c'est la raison pour laquelle on se limitera aux femmes de 45 ans et plus. On se limitera également aux femmes encore en première union, car la progéniture d'une femme divorcée ou veuve est limitée indépendamment de son propre désir.

D'autre part, parmi les femmes classées comme ayant un comportement d'espacement, il est impératif de tenir compte de la régularité dans l'utilisation de la contraception. Si on revient à l'exemple de la femme qui a eu au total quatre naissances vivantes et qui a commencé la contraception dès la première naissance, des différences d'efficacité de la contraception pourraient se voir selon que la contraception a été utilisée régulièrement ou non, entre les différentes grossesses successives. Deux catégories se distinguent alors :

– celles qui, une fois la contraception adoptée, l'utilisent entre toutes les grossesses, cette catégorie de femmes optent pour un vrai comportement régulier d'espacement puis inévitablement pour une contraception d'arrêt ;

– celles qui n'utilisent la contraception qu'après certaines grossesses, pas toutes. Ces femmes ont un comportement d'espacement irrégulier qui reflète des intentions indéterminées de la part de la femme à l'égard de l'usage de la contraception.

La mesure de la régularité dans la pratique contraceptive au cours de la vie féconde de la femme est une notion qui peut être annexée aux notions d'espacement et de limitation, et qui permet d'appréhender les stratégies

de planification familiale adoptées par les femmes en termes d'espacement des naissances.

Parmi les femmes âgées de 45 ans et plus encore en première union, la distribution des attitudes vis-à-vis de la contraception diffère significativement entre le milieu urbain et le milieu rural (*tabl. IV*).

Près de 60 % des femmes rurales n'ont jamais utilisé de contraceptifs durant leur vie reproductive et le comportement d'espacement équivaut presque au comportement de limitation.

Les femmes urbaines, quant à elles, ont un comportement d'espacement très marqué et c'est majoritairement un comportement d'espacement régulier. Seul un faible pourcentage n'a jamais adhéré à la contraception.

L'ensemble des résultats concorde avec les suppositions faites précédemment, l'avantage d'une telle classification est de fournir un pourcentage pour chaque intention qui, évidemment, n'est valable que pour la classe d'âge considérée.

On peut donc conclure, chez les utilisatrices de contraception, à la présence quasi totale d'un seul comportement d'espacement en milieu urbain et à la coexistence des deux comportements (d'espacement et de limitation) en milieu rural.

Intentions	Milieu urbain		Milieu rural	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Jamais	36	16,2	109	58,6
Espacement dont :	158	71,2	43	23,2
Régulier	143	64,4	31	16,7
Irrégulier	15	6,8	12	6,5
Limitation	28	12,6	34	18,3
Test de χ^2 3 ddl	107,42, p < 0,001			

Tab. IV - Intentions liées à l'usage de la contraception des femmes âgées de 45 ans et plus et encore en première union.

Table IV—Intentions related to contraception use in women aged 45 years and more and still in a first union.

Évolution de la pratique contraceptive : 1958-1998

L'analyse précédente montre clairement que la pratique contraceptive n'est pas un comportement nouveau dans cette population. Beaucoup de femmes des classes d'âge supérieures ont adopté la contraception et même à des parités basses. Ce qui nous amène à étudier

l'évolution de ce comportement contraceptif à travers les générations.

L'évolution de la pratique contraceptive depuis les années 1958 va être appréhendée en considérant la contraception selon l'année de naissance de l'enfant dans les intervalles fermés (entre deux naissances successives) et dans l'intervalle ouvert (après la dernière naissance).

Autrement dit, nous avons considéré la date de naissance de l'enfant qui ouvre l'intervalle, comme la date où la femme adopte la contraception et pour l'intervalle fermé zéro, nous avons opté pour la date de mariage comme date de début de la contraception. Il va sans dire qu'un biais d'erreur existe puisque beaucoup de femmes ne commencent la contraception qu'après un certain délai suivant la naissance de l'enfant. Mais, cette erreur paraît tout à fait acceptable puisque l'évolution de la pratique contraceptive sera analysée sur des périodes quinquennales et que seulement 8,8 % des intervalles fermés dépassent cinq ans.

Reconstitution de la prévalence contraceptive (intervalle ouvert + intervalles fermés)

La figure 2 donne les pourcentages d'utilisation de la contraception dans l'ensemble des intervalles fermés et dans l'intervalle ouvert.

Avant 1958, la contraception était inexistante aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, et elle le demeure pratiquement, avec 0,6 % de contraceptives, entre les années 1958 et 1962.

Très nettement, c'est en milieu urbain entre 1963 et 1967 que la contraception a commencé à se diffuser, avec 14,5 %, alors qu'en milieu rural, elle demeure quasi inexistante jusqu'en 1973-1977 où elle débute à peine avec 9 %.

En milieu urbain, la période quinquennale centrée sur 1970 (1968-1972) a vu la pratique contraceptive doubler, passant de 14,5 % à 30,7 %. Les périodes suivantes enregistrent également une augmentation de la pratique contraceptive, régulière et progressive.

En milieu rural, une fois que la contraception a été lancée en 1975 (année centrale de la période 1973-1977), on assiste à une progression très soutenue dans les périodes suivantes. Cette progression donne l'impression que les femmes du milieu rural cherchent à réduire leur retard par rapport aux femmes urbaines.

Le début de la diffusion de la contraception, au-delà des 10 %, peut donc être localisé vers 1965 pour la ville et après 1975 pour le milieu rural.

Le milieu urbain a connu un rythme de progression accéléré de 1965 à 1975, suivi d'un rythme constant par la suite.

En milieu rural, le rythme a été maintenu accéléré pour tendre probablement, dans les prochaines années à venir, à rejoindre le milieu urbain.

Reconstitution de la contraception dans l'intervalle fermé zéro

La contraception mesurée dans l'intervalle fermé zéro renseigne, comme nous l'avons déjà signalé plus haut, sur la volonté de retarder la première naissance.

Comme on peut le constater (*fig. 3*), ce comportement émerge progressivement en milieu urbain. En effet, l'utilisation de la contraception dans cet intervalle débute dès la diffusion de celle-ci en 1965, avec 9,3 %. Ceci pour dire que c'est un comportement ancien, bien que faiblement représenté. Ce pourcentage augmente progressivement avec les années et dépasse actuellement les 20 %. Mais cette augmentation ne semble pas aller au-delà, car bien que certaines femmes adhèrent à la contraception dans cet intervalle, l'enfantement tout de suite après le mariage est une notion encore très ancrée dans les cultures arabes et ceci quel que soit le niveau socio-économique et culturel de la femme.

En milieu rural, il est clair que le retard de la première naissance est un comportement quasi inexistant. Et cette attitude n'a pas changé avec le temps et ne changera probablement pas de si près.

Reconstitution de la contraception dans les intervalles fermés

La figure 4 donne, pour l'ensemble des intervalles fermés réunis à partir du rang 1, la prévalence contraceptive selon l'année de naissance de l'enfant.

Avant l'année 1958 et durant la période 1958-1962, les femmes n'adoptent aucune contraception pour espacer leurs naissances.

En milieu urbain, la pratique de la contraception entre deux naissances successives débute dans la période 1963-1967 avec 15 % d'utilisatrices. Puis augmente par la suite de manière continue.

En milieu rural, on observe la même chose avec cependant un retard dans le début de la contraception. Celle-ci ne débute qu'au cours de la période 1973-1977.

Dans les deux milieux, on observe une stabilité du comportement dans les deux dernières périodes.

On peut dire que l'espacement entre les naissances a pris de l'importance au fur et à mesure des années et dans les deux milieux et ce pratiquement dès la diffusion de la contraception. En effet, celle-ci a toujours été présentée comme moyen de régulation des naissances et non comme moyen d'arrêt de la procréation.

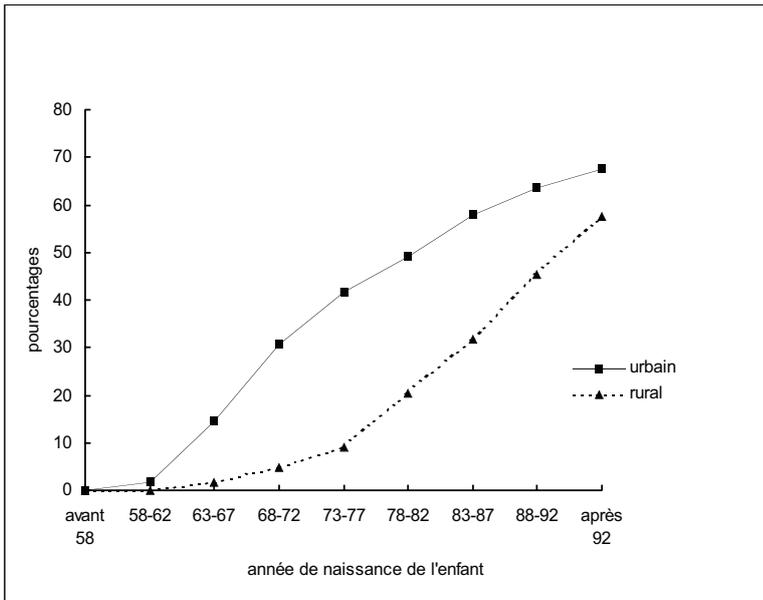


Fig. 2 - Pourcentage d'utilisation de la contraception, selon l'année de naissance de l'enfant dans l'intervalle ouvert et les intervalles fermés.

Fig. 2—Percentage of contraception use, according to the year of birth of the child in opened and closed intervals.

Fig. 3 - Pourcentage d'utilisation de la contraception entre le mariage et la première naissance (intervalle fermé zéro), selon l'année du mariage de la femme.

Fig. 3—Percentage of contraception use between marriage and the first birth, according to the year of marriage of the woman.

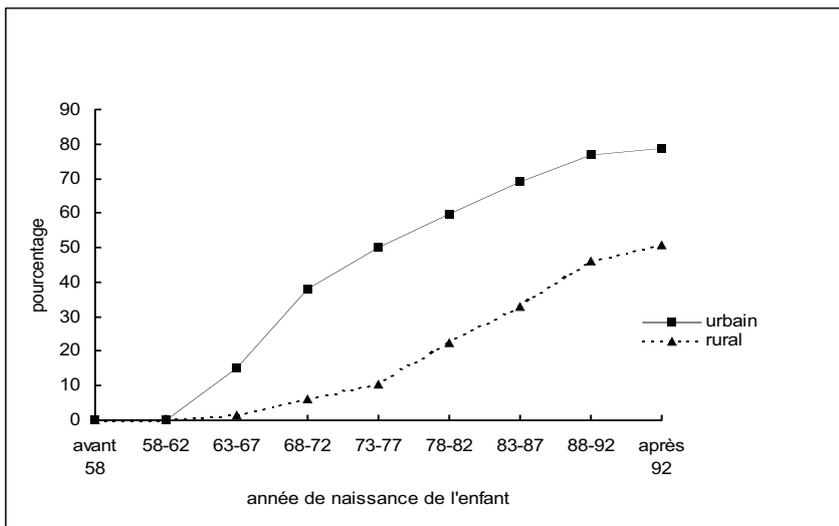
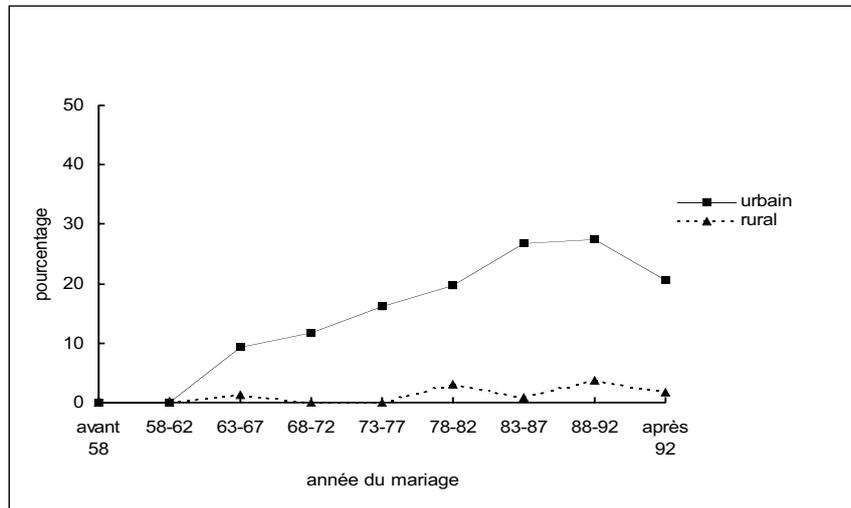


Fig. 4 - Pourcentage d'utilisation de la contraception entre les naissances, selon l'année de naissance de l'enfant.

Fig. 4—Percentage of contraception use between births, according to the year of birth of the child.

Il reste néanmoins que le milieu rural accuse un certain retard par rapport au milieu urbain et ce retard ne semble pas s'atténuer, même dans les périodes les plus récentes.

Relation entre la contraception et le niveau fécondité

Pour établir la relation entre la fécondité et la contraception, on sépare habituellement les femmes en deux groupes : le groupe des contraceptrices et le groupe des non-contraceptrices, et on calcule le niveau de fécondité dans chaque groupe. Une telle procédure ne rend pas compte de manière tangible de l'efficacité de la contraception : des femmes contraceptrices peuvent très bien avoir une fécondité supérieure à celle des femmes non-contraceptrices. Afin de mieux élucider l'effet positif de la contraception sur le niveau de fécondité, il faudra tenir compte chez les contraceptrices d'un certain nombre de facteurs, parmi lesquels :

- la parité à la première utilisation, qui peut être responsable de disparités importantes au sein de ce groupe. Il est évident qu'une femme qui commence tôt la contraception est susceptible d'avoir moins d'enfants qu'une femme qui la commence tard ;

- la régularité de l'usage de contraception d'une grossesse à l'autre. Une femme qui commence tôt la contraception et qui l'utilise régulièrement entre toutes ses grossesses aura nécessairement moins d'enfants que celle qui l'utilise de manière irrégulière ;

- les échecs éventuels de la pratique contraceptive utilisée qui sont très difficiles à évaluer puisqu'une femme peut très bien se déclarer contraceptrice, alors que l'utilisation de la contraception a été très brève et s'est soldée par un échec.

Les premiers travaux entrepris dans la région de Marrakech reportent soit une absence d'association entre la fécondité et la contraception (Crognier, Zarouf 1987) liée sans doute au fait que l'introduction de la contraception était encore trop récente pour entraîner un effet visible, soit une association positive entre la fécondité et la contraception (Crognier 1989 ; Baudot 1992 ; Varea *et al.* 1997) qui s'expliquerait par le fait que la contraception a été utilisée dans un premier temps par les femmes à fécondité élevée, dans le but essentiellement d'arrêter leur procréation.

Ceci peut également trouver une explication dans le fait que ces travaux n'ont pas tenu compte des facteurs

susmentionnés et qui peuvent être responsables de nuances importantes chez les femmes contraceptrices. En effet l'adoption retardée de la contraception, ainsi que l'irrégularité de sa prise et le manque de connaissances conduisant à un échec contraceptif ne peuvent pas avoir un effet positif sur le niveau de fécondité, le résultat de tels comportements sera sans doute similaire (à quelques différences près) à celui des femmes non-contraceptrices. Un travail récent dans la ville de Marrakech (Amor 2001) montre effectivement que le niveau de fécondité des femmes non-contraceptrices et celui des femmes qui utilisent la contraception de manière irrégulière ne sont pas significativement différents, en revanche ces deux niveaux de fécondité (des non-contraceptrices et des contraceptrices irrégulières) diffèrent significativement de celui des femmes utilisant régulièrement la contraception.

Nous allons donc voir si, après 20 ans de contraception dans la région, nous pouvons discerner un effet positif de la contraception, à savoir une association négative entre la contraception et la fécondité. En même temps, nous allons étudier cette association chez les contraceptrices en fonction de la parité à la première utilisation et de la régularité de sa prise. Toutefois, l'échec de la contraception sera difficile à évaluer car nous ne disposons pas de toutes les déclarations des femmes sur les causes d'arrêt de la pratique contraceptive.

Niveau de fécondité et contraception dans l'intervalle ouvert

Le tableau V donne le nombre moyen de naissances vivantes en fonction de l'usage ou non de la contraception. Nous n'avons considéré que les femmes en première union pour les raisons évoquées précédemment. Nous avons exclu aussi de l'analyse les femmes n'ayant pas eu d'enfant. Ces femmes, en général, souffrent de stérilité totale ou partielle et n'utilisent donc pas de contraception. De ce fait elles peuvent diminuer la moyenne des naissances vivantes des femmes non-contraceptrices.

Jusqu'à 39 ans, on constate que la natalité des contraceptrices est presque égale à celle des non-contraceptrices. Les faibles différences observées entre le nombre de naissances vivantes des contraceptrices et des non-contraceptrices, bien qu'en faveur des contraceptrices, ne sont pas statistiquement significatives. Ceci ne conduit nullement à conclure à l'inefficacité de la contraception chez les jeunes femmes puisqu'elles ne sont encore qu'en début de vie reproductive.

Au-delà de 39 ans, la relation entre la fécondité et la contraception devient très nette. Les contraceptrices montrent un niveau de fécondité nettement plus bas que celui des non-contraceptrices et les différences de fécondité entre les deux groupes de femmes sont statistiquement significatives. L'efficacité de la contraception est donc prouvée puisqu'il s'agit de femmes dont la fécondité est bien entamée ou même achevée.

Il semble certain que l'efficacité de la contraception ne peut être perçue que chez les femmes qui ont terminé

leur vie reproductive, c'est la raison pour laquelle nous ne nous intéresserons par la suite qu'aux femmes âgées de 45 ans et plus et qui, de plus, sont encore en première union et ont au moins une naissance vivante.

L'idée d'un recours à la contraception accentué chez les femmes à fécondité élevée a sûrement changé au cours de ces dernières années. L'usage d'un moyen contraceptif fait baisser la fécondité et ceci corrobore l'évidence déjà établie sur son utilisation essentiellement pour réguler les naissances.

Classe d'âge des femmes	Contraceptrices			Non-contraceptrices			m ₁ -m ₂	Test t
	n	m ₁	ET	n	m ₂	ET		
15-19 ans	28	1,07	0,26	9	1,00	0,00	0,07	0,81 n.s.
20-24 ans	150	1,35	0,52	39	1,38	0,59	-0,04	0,40 n.s.
25-29 ans	241	2,06	1,07	55	2,35	1,24	-0,28	1,72 n.s.
30-34 ans	328	2,57	1,31	57	2,75	1,57	-0,18	0,95 n.s.
35-39 ans	275	3,42	1,81	63	3,91	2,27	-0,49	1,83 n.s.
40-44 ans	275	4,03	1,92	62	5,87	2,83	-1,84	4,87, p < 0,001
45-49 ans	145	4,83	2,33	40	5,95	2,96	-1,12	2,52, p < 0,05
50 ans et plus	107	5,59	2,64	108	7,23	2,78	-1,64	4,44, p < 0,001
Total	1549	3,18	2,06	433	4,57	3,10	-1,39	8,81, p < 0,001

n = effectif des femmes, m₁ et m₂ = moyenne des naissances vivantes, ET = écart-type
n.s. : non significatif

Tabl. V - Moyenne du nombre de naissances vivantes par classe d'âge de cinq ans, en fonction de l'usage ou non de la contraception (femmes en première union, les femmes sans enfant sont exclues).

Table V—Mean number of live births by 5-year age category, according to use or not of contraception (women in a first union and excluding women without children).

Niveau de fécondité et parité à la première utilisation

Plus l'adoption de la pratique contraceptive se fait tôt (à une parité basse), moins le nombre d'enfants né par la femme sera grand. Pour 262 femmes âgées de 45 ans et plus, encore en première union et qui, de plus, ont au moins une naissance vivante, une corrélation positive statistiquement très significative ($r^2 = 0,67$, $p < 0,001$) est constatée entre le nombre de naissances vivantes et la parité à la première utilisation de la contraception (fig. 5).

La droite de régression prenant origine au point 2,91, pour un début de contraception à la parité 0, montre une pente de 0,7 statistiquement très significative ($T = 23,22$, $p < 0,001$) qui confirme les différences en hausse entre le nombre de naissances vivantes, selon l'augmentation de la parité à la première utilisation.

L'efficacité de la contraception est donc d'autant plus grande que son utilisation se fait plus précocement. Les femmes qui débutent la contraception immédiatement après leur mariage arrivent à un nombre de naissances vivantes d'environ trois enfants. Ce nombre augmente au fur et mesure que la contraception débute tardivement, jusqu'à ce qu'elle perde de son efficacité pour une première utilisation à des parités supérieures à cinq, où le nombre de naissances vivantes dépasse la valeur de six. Les femmes n'ayant jamais utilisé de moyens contraceptifs dans leur vie ont eu en moyenne 6,94 naissances vivantes. Ce qui laisse dire qu'une utilisation tardive de la contraception ou une absence de son utilisation conduisent au même résultat, à savoir un grand nombre d'enfants.

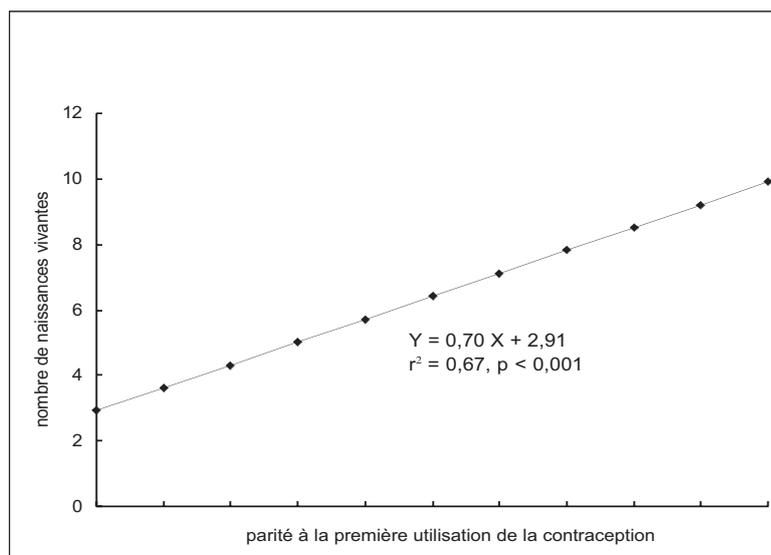


Fig. 5 - Droite de régression du nombre de naissances vivantes selon la parité à la première utilisation de la contraception.

Fig. 5—Regression of the number of live births according to the woman's parity at first contraceptive use.

Niveau de fécondité et régularité de la prise de contraception

La prise régulière de la contraception conduit à un nombre de naissances vivantes moins élevé que celui constaté quand la prise est irrégulière ou quand les intentions de la femme sont la limitation des naissances (tabl. VI).

Ce sont les femmes à comportement d'espacement régulier qui montrent la fécondité la plus basse. La moyenne des naissances vivantes de celles-ci est statistiquement inférieure à celle des femmes à comportement d'espacement irrégulier et à celle des femmes à comportement de limitation.

Entre les femmes à comportement d'espacement irrégulier et les femmes à comportement de limitation, la différence des moyennes des naissances vivantes n'est pas significative. De même, aucune différence significative n'est révélée entre la fécondité des femmes à comportement de limitation et les femmes qui n'ont jamais utilisé la contraception.

La contraception ne semble donc efficace dans la baisse de la fécondité que quand elle est utilisée régulièrement. Un usage irrégulier ou un usage dont le but est la limitation ne montrent que des effets insignifiants sur la fécondité, exactement comme la non-utilisation de la contraception.

Tabl. VI - Moyenne des naissances vivantes par femme et régularité de la contraception (femmes âgées de 45 ans et plus et encore en première union).

Table VI—Relationship between the mean number of live births per woman and the regularity of contraception use (women 45 and more years of age still in a first union).

Contraception	Effectif	Moyenne	Écart-type
Usage régulier (1)	174	4,61	2,12
Usage irrégulier (2)	27	5,67	2,40
Usage pour limitation (3)	62	6,53	3,07
Pas de contraception (4)	145	6,61	3,17
Test χ^2 de Kruskal-Wallis		49,79, $p < 0,001$, 3 ddl	
Tests Z de Mann-Whitney	1/2	2,21, $p < 0,05$	
	1/3	4,46, $p < 0,001$	
	1/4	6,63, $p < 0,001$	
	2/3	1,14, n.s.	
	2/4	1,71, n.s.	
	3/4	0,47, n.s.	

1/2, 1/3, 1/4, 2/3, 2/4, 3/4 : comparaison entre les classes 2 à 2

CONCLUSION

La contraception semble avoir atteint des niveaux assez importants dans cette population. Des différences, cependant, se maintiennent entre le milieu urbain et le milieu rural. Les valeurs enregistrées en milieu urbain constituent un maximum. En milieu rural, des efforts restent à faire, mais le rapprochement avec le milieu urbain semble venir chez les générations les plus jeunes.

L'analyse de la période d'entrée en vie contraceptive, ainsi que l'analyse de la régularité dans l'utilisation des méthodes contraceptives (chez les femmes en fin de vie féconde et encore en première union) ont permis d'identifier quatre groupes de femmes selon leurs trajectoires contraceptives :

- des femmes qui, durant toute leur vie féconde, n'ont eu recours à aucun moyen de contraception, du moins moderne. Ces femmes s'inscrivent dans une régulation naturelle de leur fécondité. Elles sont minoritaires en milieu urbain et dépassent la moitié en milieu rural ;

- des femmes qui ont utilisé des méthodes modernes de façon très régulière. Ces femmes optent pour un comportement clair d'espacement des naissances. C'est une stratégie bien courante en milieu urbain ;

- des femmes qui ont utilisé des méthodes modernes de façon irrégulière. Elles sont faiblement représentées aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Ces femmes présentent encore une ambiguïté dans leur comportement contraceptif, mais on peut également penser que leur attitude est justifiable. L'irrégularité dans l'utilisation de la contraception peut, en effet, se justifier de plusieurs manières : raisons de santé de la femme, raisons économiques... Une analyse approfondie des types de méthodes utilisées, de leurs éventuels effets secondaires, de la médicalisation de la prise de contraceptif, ainsi que des conditions socio-économiques entourant chacune des grossesses, peut éclaircir davantage ce comportement ;

- des femmes qui adoptent tardivement une méthode moderne de contraception, quand une certaine parité est atteinte. Ces femmes utilisent la contraception uniquement pour limiter leur descendance. Cette attitude

est essentiellement présente en milieu rural où elle est aussi fréquente que l'attitude d'espacement régulier.

Le but recherché à travers l'usage de la contraception semble donc être exclusivement l'espacement entre les naissances en milieu urbain. En milieu rural, l'espacement l'emporte légèrement sur la limitation et une coexistence des deux attitudes est encore bien présente dans cette population rurale.

Un autre but lié à l'utilisation de la contraception, qui est celui de retarder volontairement la première naissance par une utilisation de la contraception juste après le mariage semble émerger uniquement chez les femmes urbaines.

La contraception a débuté beaucoup plus précocement en milieu urbain qu'en milieu rural. Cependant, l'évolution en milieu rural a été beaucoup plus soutenue qu'en milieu urbain, faisant penser à une homogénéisation proche des prévalences contraceptives entre les deux milieux. Les stratégies contraceptives ont évolué différemment dans les deux milieux. Le désir de retarder la première naissance est un comportement qui est en train de s'instaurer progressivement en milieu urbain et qui montre une stagnation totale en milieu rural. Le comportement d'espacement entre les naissances est une attitude ancienne en milieu urbain et qui s'est améliorée avec le temps, alors qu'en milieu rural, c'est une attitude relativement récente, mais qui est en bonne voie de progression.

La contraception est plus répandue chez les jeunes et elle intervient dès le début de la vie féconde. Les intentions liées à l'usage de la contraception sont vraisemblablement passées d'un idéal de limitation à un idéal d'espacement, comme en témoignent les changements générationnels de comportement qui sont progressifs.

L'efficacité de la contraception semble indiscutable puisque, dans cet échantillon, les femmes contraceptrices sont moins natalistes que les femmes non-contraceptrices. Cette efficacité est d'autant plus grande que la prise de la contraception débute tôt et que celle-ci est prise régulièrement.

BIBLIOGRAPHIE

- AGYEI (W.K.A.), MBAMANYA (J.) 1989, Determinants of cumulative fertility in Kenya, *Journal of Biosocial Sciences* 21, 2: 135-144.
- AMOR (H.) 2001, *Croissance et état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire de la ville de Marrakech (Maroc)*, Thèse de doctorat d'État, Université Cadi Ayyad, 212 p.
- AZELMAT (M.), ABDELMONEIM (A.) 1999, *Enquête sur la santé de la mère et de l'enfant (ENSME) 1997*, ministère de la Santé du Maroc, direction de la planification et des ressources financières, service des études et de l'information sanitaire et PAPCHILD.
- BAALI (A.), HILALI (M.K.), BOËTSCH (G.) 1997, Variation de la fécondité au cours des générations dans une population du Haut-Atlas (Azgour, Amizmiz, Marrakech), in *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb*, Les cahiers de l'IEMAM 9-10, Institut de recherches et d'études sur le monde arabe et musulman, Aix-en-Provence, p. 67-74.
- BAUDOT (P.) 1992, *Éléments d'analyse de la fécondité et de la mortalité des enfants dans la région de Marrakech*, Thèse de doctorat, Université de Provence, 432 p.
- BAUDOT (P.), BLEY (D.) 1997, La contraception en milieu rural marocain : bilan d'enquête de terrain, in CNRS-Université de la Méditerranée Marseille et Faculté des sciences Semlalia Marrakech (eds), *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb*, Institut de recherches et d'études sur le monde arabe et musulman, Les cahiers de l'IEMAM 9-10, Aix-en-Provence, p. 95-104.
- BONGAART (J.), POTTER (R.G.) 1983, Fertility, biology and behavior: an analysis of the proximate determinants, *Studies in population*, Academic Press, New York, 230 p.
- CANTRELLE (P.), FERRY (B.) 1979, Approche de la fécondité naturelle dans les populations contemporaines, in H. Leridon, J. Menken (éds), *Natural fertility*, Ordina Edition, Liège, p. 315-370.
- CHANDRAN (P.E.) 1989, Biological influence of infant death on fertility, *Journal of Biosocial Sciences* 21: 217-237.
- CHARBONNEAU (H.) 1980, Jeunes femmes et vieux maris : la fécondité des mariages précoces, *Population* 6 : 1101-1122.
- CROGNIER (E.) 1989, La fécondité dans la province de Marrakech (Maroc) : enquête anthropologique, *Bulletin de la Société Royale Belge d'Anthropologie et de Préhistoire* 100 : 113-122.
- CROGNIER (E.) 1996, Behavioral and environmental determinants of reproductive success in traditional Moroccan Berber groups, *American Journal of Physical Anthropology* 100: 181-190.
- CROGNIER (E.) 1998, Is the reduction of birth intervals an efficient reproductive strategy in traditional Morocco? *Annals of Human Biology* 25, 5: 479-487.
- CROGNIER (E.), BERNIS (C.), ELIZONDO (S.), VAREA (C.) 1992, Reproductive patterns as environmental markers in rural Morocco, *Collegium Antropologicum* 16, 1: 89-97.
- CROGNIER (E.), ZAROUF (M.) 1987, Fécondité, mortalité et milieu socio-économique dans la ville de Marrakech, *Revue de la Faculté des Sciences de Marrakech* 3 : 7-62.
- DEGRAFF (D.S.), BILSBORROW (R.E.), GUILKEY (D.K.) 1997, Community-level determinants of contraceptive use in the Philippines: a structural analysis, *Demography* 34: 385-398.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE (Maroc) 1992, Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II), Centre d'études et de recherches démographiques.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE (Maroc) 1996, Recensement 1994 ; les caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population, niveau national.
- ESCALLIER (R.) 1987, La population marocaine : héritages et changements, *Maghreb-Machrek* 118 : 20-45.
- FARGUES (P.) 1987, La démographie du mariage arabo-musulman : tradition et changement, *Maghreb-Machrek* 115 : 59-73.
- FOURATI (H.) 1985, Évolution de la nuptialité en Tunisie, in *La fécondité en Tunisie, situation actuelle et perspectives*, Actes du colloque national, 29 et 30 avril, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 351 p.
- GASTINEAU (B.) 2005, *Évolution des modes de contrôle de la fécondité en Tunisie au cours de la transition démographique*, Document de recherche n° 4, série Santé de la reproduction, fécondité et développement,

- Laboratoire Population-Environnement-Développement, Université de Provence, IRD, 24 p.
- GOLDSCHIEDER (C.) 1982, Societal change and demographic transitions: selected theoretical issues and research strategies, in *Les actes de la Chaire Quételet 1981, Populations et structures sociales*, Département de démographie Université Catholique de Louvain, Les Éditions Academia-Bruylant, Louvain, p. 83-106.
- GUILLAUME (A.) 1999, *La régulation de la fécondité à Yopougon (Abidjan), Une analyse des biographies contraceptives*, Document de recherche n° 7, ISSN 1274-9494, ETS, IRD, Paris, 31 p.
- HANSEN (O.) 1979, From natural to controlled fertility: studies in fertility as a factor in the process of economic and social development in Greenland c. 1851-1975, in H. Leridon, J. Menken (eds), *Natural fertility*, Ordina Edition, Liège, p. 493-547.
- HARMSSEN (G.) 1979, *Groenlands demographi*, Godthaab, 51 p.
- HAUT COMMISSARIAT AU PLAN DU ROYAUME DU MAROC 2005, *Publications des résultats démographiques et socio-économiques du recensement général de la population et de l'habitat 2004 : Caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population des provinces et préfectures du royaume*, 773 p.
- HILALI (M.K.) 1986, *Étude bio-démographique et sanitaire des populations périurbaines de la zone d'El Azzouzia*, Thèse de troisième cycle, Université Cadi Ayyad, 151 p.
- KNODEL (J.) 1983, Natural fertility: age pattern, level and trend, in R. Bulatao, R. Lee (eds), *Determinants of fertility in developing countries*, Academic press, New York, p. 61-102.
- KNODEL (J.), VAN DE WALLE (E.) 1979, Lessons from the past: policy implications of historical fertility studies, *Population and Development Review* 5: 217-245.
- LERNER (S.), QUESNEL (A.), YANES (M.) 1994, La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales, *Estudios demograficos y urbanos* 9, 3 : 543-579.
- LIGHTBOURNE (R.), SINGH (S.), GREEN (C.P.) 1982, The World fertility survey: charting global childbearing, *Population Bulletin* 37, 1: 1-54.
- LINDSTROM (D.), BERHANU (B.) 1999, The impact of war, famine and economic decline on marital fertility in Ethiopia, *Demography* 36: 247-261.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE 1987, *Planification familiale, fécondité et santé familiale au Maroc*, Rapport de l'enquête nationale de prévalence contraceptive, Rabat, 184 p.
- NABER (N.) 1989, *Étude du comportement fécond d'une population féminine de la haute vallée d'Azgour*, Thèse de troisième cycle, Université Cadi Ayyad, 91 p.
- PICHÉ (V.), POIRIER (J.) 1990, Les théories de la transition démographique : vers une certaine convergence ? *Sociologie et Sociétés* XXII, 1 : 179-192.
- R'KHA (S.) 2005, *Dynamique reproductive des populations humaines de la Wilaya de Marrakech (Maroc)*, Thèse de doctorat d'État, Université Cadi Ayyad, 275 p.
- R'KHA (S.), BAALI (A.), CHERKAOUI (M.), AMOR (H.), BOËTSCH (G.), CROGNIER (E.) 2005, Comment l'évolution de la fécondité se différencie-t-elle entre le milieu urbain et le milieu rural dans la Wilaya de Marrakech (Maroc) ? in A. Baali, M.K. Hilali, C. Susanne, G. Boëtsch (éds), *Biodiversité des populations humaines méditerranéennes*, Actes du XXVI^e Colloque du GALF (Marrakech 22-25 septembre 2003), p. 184-193.
- VAREA (C.), CROGNIER (E.), BAALI (A.), BAUDOT (P.), BLEY (D.), BOËTSCH (G.), HILALI (M.K.) 1997, La contraception au Maroc : attitude d'achèvement de la vie féconde dans les populations traditionnelles, in *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb*, Les cahiers de l'IREMAM 9-10, Institut de recherches et d'études sur le monde arabe et musulman, Aix-en-Provence, p. 85-94.
- VIMARD (P.), FASSASSI (R.) 2001, Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique subsaharienne ? in F. Gendreau, M. Poupard (éds), *Les transitions démographiques des Pays du Sud*, 3^e journées scientifiques du réseau démographique de l'AUF Rabat, 1998, AUPELF-UREF, ESTEM, Montréal, Paris, p. 157-169.
- VIMARD (P.), FASSASSI (R.), TALNAN (E.) 2002, *Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne*, Document de recherche n° 2, série Santé de la reproduction, fécondité et développement, Laboratoire Population-Environnement-Développement, Marseille, IRD, 24 p.