

Morbidité maternelle et recours aux soins dans le Haut Atlas occidental au Maroc. L'exemple des vallées d'Azgour et d'Anougal (cercle d'Amizmiz)

Zouini M.¹ Baali A.¹ Cherkaoui M.¹ Hilali M.K.¹ Vimard P.²

¹ Laboratoire d'écologie humaine, Faculté des sciences Semlalia, Université Cadi Ayyad de Marrakech.

² Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 IRD-Université de Provence.

Résumé

Au Maroc, améliorer la connaissance de la morbidité maternelle est fondamentale pour orienter les programmes du système de santé, notamment en faveur des zones les plus précaires. Cette communication se focalise sur l'analyse d'une enquête rétrospective menée en 2006 auprès de 585 femmes des vallées d'Azgour et d'Anougal (Haut Atlas occidental), vallées caractérisées par des conditions géographiques et climatiques difficiles, un niveau socio-économique bas, des difficultés d'accessibilité aux soins et une hygiène générale défectueuse. Cette analyse montre que le suivi prénatal et postnatal est largement minoritaire et que l'accouchement à domicile est le plus fréquent, ce qui accroît les risques de complications ou de morbidité pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Cette faiblesse du recours aux soins de santé préventifs et curatifs apparaît liée aux représentations socioculturelles dans cette zone montagneuse, aux difficultés économiques d'accès aux soins et à une déficience de la couverture du système de santé.

Mots clés : morbidité maternelle, perception, comportement de santé, soins, vallée Azgour, vallée Anougal, Haut Atlas, Maroc

Introduction

La mortalité maternelle demeure un fléau dans les pays en développement. Cette mortalité est due à de multiples facteurs dont la référence tardive des cas compliqués : hémorragies, infections, dystocies, avortements provoqués et anémies. Mais la mortalité maternelle résulte aussi de la morbidité sévère qui peut affecter les femmes, soit avant la grossesse, soit au cours de la grossesse considérée, soit après. Dans les pays en développement, la fréquence de la morbidité maternelle constitue l'un des indicateurs les plus révélateur des inégalités qui frappent les femmes (Dujardin, 1993).

L'UNICEF estime que pour chaque décès maternel, 30 à 100 femmes sont victimes de morbidités maternelles (UNICEF, 1999). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la

population mondiale est confrontée tous les ans à plus de 8 millions d'épisodes de morbidité maternelle et à plus de 8 millions de décès néonataux et de naissances d'enfants mort-nés. Ceux-ci sont dus pour la plupart aux mêmes causes : mauvaise santé de la mère, insuffisances au niveau de l'hygiène et prise en charge inappropriée de l'accouchement, absence de soins au nouveau-né, causes qui sont évitables à un coût modéré (OMS, 1986).

Dans le monde, on estime à un demi million chaque année le nombre de femmes qui décèdent suite à des causes liées à la grossesse, à l'accouchement et au post partum. La mortalité maternelle demeure un grand fléau dans les pays en développement où ont lieu 99 % des décès maternels (UNICEF, 1999).

Les nouvelles estimations de cette mortalité montre que des améliorations ont été obtenues dans les pays aux revenus moyens mais aucune région n'a atteint les baisses annuelles de 5,5 % nécessaires pour pouvoir atteindre l'objectif du millénaire pour le développement de réduction de moitié la mortalité maternelle entre 2000 et 2015 (OMS, 2007).

Au Maroc, le taux de mortalité maternelle est relativement élevé par rapport à d'autres pays en développement de même niveau socio-économique. Il est estimé à 227 pour 100 000 naissances, selon les résultats de l'Enquête sur la population et la santé familiale de 2003-2004, enquête nationale la plus récente (ENSF, 2004). Ce taux, enregistré pour la période 1995-2003, n'a pas changé depuis l'enquête PAPCHILD, réalisée en 1997, qui avait estimé le taux de morbidité maternelle à 228 pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux est variable néanmoins selon le lieu de résidence. En milieu urbain, il est de 187 pour 100 000 naissances alors qu'en milieu rural il s'élève à 267 décès sur 100 000 naissances. Ce taux reste plus élevé que ceux enregistrés dans des pays à contexte socio-culturel et économique similaire, telles que la Tunisie et la Libye, 70 à 75 décès pour 100 000 naissances, et la Jordanie, 41 décès pour 100 00 naissances.

L'OMS, dans son rapport sur la prévention de la mortalité maternelle en novembre 1985, avait vivement recommandé le recueil de données sur la morbidité maternelle. La morbidité maternelle est en effet un révélateur important de la condition féminine et de l'accès des femmes aux soins. Elle est aussi considérée comme un indicateur alternatif à la mortalité maternelle (Ronsmans *et al.*, 1997). Cependant, les informations actuellement disponibles sur la prévalence de la morbidité maternelle sont essentiellement fournies par les données de routines émanant des registres et des dossiers d'accouchement. Ces données ne reflètent pas complètement la réalité car elles se rapportent uniquement aux utilisatrices des services de santé, qui ne constituent pas, notamment dans les régions les plus reculées, la majorité des femmes.

Cet état de fait concerne tout particulièrement les zones montagneuses marocaines qui se caractérisent par des conditions géographiques et climatiques difficiles, un niveau socio-économiques bas, des difficultés d'accessibilité aux soins de santé et une hygiène générale défectueuse. Tout ceci constitue des facteurs favorables à une mortalité et une morbidité importantes chez la population. En outre, les conditions de vie de la femme dans ces zones sont

défavorables à son bon développement notamment pour ce qui relève de son état de sa santé. Dans de telles conditions, l'appréciation de la morbidité féminine et particulièrement de la morbidité maternelle s'avère très utile afin de pouvoir entreprendre des actions adéquates et par conséquent améliorer l'état de la santé des mères et celle de leurs enfants.

Dans cette communication, nous présenterons la région et les données de l'étude avant de décrire les caractéristiques des femmes, leurs comportements en matière de soin pré et postnatal et d'accouchement et de considérer ce qui les caractérise en matière de morbidités maternelles.

Matériel et méthode

Les vallées d'Azgour et d'Anougal sont situées sur le flanc nord du Haut Atlas occidental à 75 km au sud-ouest de la ville de Marrakech et à 25 km d'Amizmiz. Elles se trouvent à une altitude moyenne de 1600 à 2000 mètres, entourées de montagnes dont l'altitude varie de 2087 m à 3340 m.

La population totale de la vallée d'Azgour en 2006 s'élève à 4 000 personnes et celle d'Anougal à 4 508 personnes (bureau des statistiques sanitaires de la province d'Al Haouz). La population de ces deux vallées se rattache à la tribu berbérophone Guedmiwa qui peuple ces vallées dès le XII^e siècle (Pascon, 1977).

L'agriculture et l'élevage sont les activités principales des habitants de la région. L'agriculture, centrée sur les céréales et les cultures fruitières, y connaît plusieurs contraintes : l'éparpillement des exploitations en plusieurs parcelles de très faible taille, l'enclavement en raison d'une infrastructure routière insuffisante, les conditions climatiques défavorables ainsi que le phénomène d'érosion. D'autre part l'élevage, dominé par les ovins et les caprins, connaît aussi différentes contraintes liées au climat et à la superficie limitée des pâturages.

Le réseau routier est constitué par des pistes qui deviennent impraticables en cas de tempête ou de chute de neige. Les déplacements intra et inter douars sont assurés par l'animal. Chaque vallée dispose d'un seul dispensaire fonctionnant avec un seul infirmier. La consultation médicale se fait une à deux fois par semaine (Baali, 1994 ; Cherkaoui, 2002).

Le présent travail participe de l'observatoire des populations humaines des vallées du Haut Atlas de Marrakech. Plusieurs travaux ont été menés dans le but de collecter un ensemble d'informations sur l'état de santé (dynamique reproductive, manifestations allergiques, maladies cardio-vasculaires, vieillissement biologique...), le contexte culturel et les conditions socio-économiques de vie de cette population.

Dans ce cadre, nous avons mené une enquête dans le but d'identifier les principales maladies déclarées en rapport avec la morbidité obstétricale, de décrire les recours aux soins et d'apprécier les normes et les attitudes en matière de grossesse et d'accouchement chez cette population où la pratique de l'accouchement à domicile est dominant. Il s'agit d'une enquête exhaustive et rétrospective, réalisée en 2006, auprès des mères ayant des enfants âgés de 0 à 5 ans, basée sur la technique d'entretien direct, sur la base d'un questionnaire, en vue de la collecte

des différentes informations. L'ensemble de l'enquête a porté sur la totalité de la vie génésique et matrimoniale et des comportements reproductifs et de santé des femmes. Son analyse a montré les progrès en matière d'accès aux soins et à la contraception et la baisse de la mortalité des enfants (Cherkaoui *et al.*, 2008). Quant à l'étude présentée ici, elle s'intéresse seulement à la dernière grossesse de ces femmes.

Le questionnaire utilisé a porté sur diverses variables pouvant jouer un certain rôle dans l'apparition des affections chez la femme pendant la grossesse, l'épreuve de l'accouchement ou les suites de couches. Ainsi, les variables retenues pour ce travail sont : l'âge de la femme, sa parité, son niveau d'instruction, son état matrimonial, la structure du ménage où elle habite, l'accès au médias, les complications qu'elle a eu lors de sa grossesse, de l'accouchement ou en post natal, les consultations pré et post-natales, le lieu d'accouchement, la planification familiale, le type de morbidité, les comportements et perceptions des femmes vis-à-vis de la morbidité maternelle et les recours aux soins.

Afin d'étudier l'effet du contexte socio-économique sur la morbidité maternelle, nous avons choisi les variables suivantes : la possession par le ménage d'un terrain agricole et la taille de la propriété agricole, comme indicateurs approchés du niveau socio-économique des ménages.

Nos données ont été recueillies par des infirmières maîtrisant le dialecte berbère. La population féminine étudiée ici est constituée de 585 femmes ayant eu une grossesse durant les cinq dernières années précédant l'enquête. L'étude de la morbidité n'a concerné que les dernières grossesses des femmes dans le but d'éviter les omissions et les erreurs de mémorisation et d'avoir une information fiable. Les données ont été saisies et traitées statistiquement sous le logiciel SPSS Windows.

Résultats

Les caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées

L'enquête a concerné 585 femmes ayant eu au moins une grossesse au cours des cinq dernières années dont 86 étaient enceintes au moment de l'enquête. Sur ces 585 grossesses, 83 ont été soldées par une mortalité intra-utérine (62 avortements et 21 morts nés) soit un taux de mortinatalité de 36 %. Le niveau de fécondité, estimé par le nombre moyen d'enfants par femme, de l'ensemble des femmes enquêtées est de 3,41 enfants par femme (écart-type = 2,27 ; minimum = 1 ; maximum = 12). Il faut noter à ce sujet que 73 % des femmes de notre échantillon sont âgées de moins de 34 ans, c'est à dire qu'elles n'ont pas encore achevé leur vie reproductive. Par ailleurs, les femmes en fin de vie féconde (de 45 à 49 ans) ont mis au monde en moyenne $5,89 \pm 2,57$ naissances vivantes. Cette valeur moyenne observée est inférieure à celle enregistrée en 1985 qui était de 7,8 (Baali, 1994), ce qui atteste d'une baisse de la fécondité, bien moindre cependant qu'en milieu rural marocain (de 7 enfants à la fin des années 1970 à 3 enfants au début des années 2000).

Les principales caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée sont résumées dans tableau 1. La majorité des femmes enquêtées (93 %) sont analphabètes. Les mères alphabétisées ont un niveau d'instruction ne dépassant pas le primaire. L'âge de ces mères varie de 17 à 49 ans, avec un âge moyen de 31,5 ans (écart-type = 7,57). Plus du quart (27 %) de ces femmes appartiennent à la catégorie d'âge de 35 et plus et 4 % d'entre elles ont un âge inférieur à 19 ans. Les grossesses survenant chez les femmes de ces deux catégories d'âge s'accompagnent généralement de risques accrus de dystocie, de troubles tensionnels de la grossesse, d'anémie ferriprive et d'insuffisance pondérale à la naissance (OMS, 1989). Les parités considérées comme à plus haut risque (1 et 6 et plus) représentent 30 %. Les ménages ayant une structure nucléaire, c'est-à-dire constitués du couple et de leurs enfants, représentent 57 %.

Tableau 1 : Répartition des femmes selon les caractéristiques socio-démographiques

	Caractéristiques	Effectif*	Pourcentage
Age	15-19 ans	24	4,1
	20-24 ans	114	19,6
	24-29 ans	143	24,5
	30-34 ans	143	24,5
	35 et plus	159	27,3
Alphabétisation	Alphabétisées	40	6,9
	Analphabètes	542	93,1
Statut matrimonial	Mariées	575	99,0,
	Divorcées et veuves	6	1,0
Parité	Primipare (1 enfant)	104	19,0
	Paucipare (2 à 4 enfants)	294	53,8
	Multipare (5 à 6 enfants)	87	15,9
	Grande multipare (7enfants et plus)	62	11,3
Structure du ménage	Nucléaire	284	57,4
	Composée	211	42,6
Lieu accouchement	Domicile	347	72,3
	Structure de santé	133	27,7
Total des femmes enquêtées		585	
Source : Enquête Haut Atlas occidental, LEH-LPED, 2006.			
* Effectif et pourcentage calculés pour les femmes pour lesquelles l'information est connue.			

Les comportements de suivi pré et post natal et d'accouchement

La pratique de l'accouchement à domicile demeure dominante dans ces vallées et concerne près de $\frac{3}{4}$ des accouchements, soit 72 %. Ce taux dépasse le taux national qui atteint

60,8 % (ENSF, 2004). Parmi les femmes ayant accouché chez elles, 55 % ont été assistées par des accoucheuses traditionnelles non recyclées ou par un membre de la famille. Les autres femmes ont été aidées par des accoucheuses traditionnelles recyclées, c'est à dire une femme assistant les parturientes ayant bénéficié de cycles de formation et /ou d'information par des professionnels de santé. Les femmes qui ont accouché dans les structures de santé ne représentent que 27,7 %. Quant au déroulement de l'accouchement, il est jugé normal pour la quasi-totalité des femmes enquêtées. Seule 0,5 % de ces femmes ont subi une césarienne. Ce pourcentage, trois fois inférieur au niveau national qui est de 1,6 % (ENSME, 1997), reste aussi inférieur au niveau acceptable fixé par l'OMS (5 %).

Le taux d'utilisation de la contraception au moment de l'enquête par les femmes enquêtées était de 68,1 % (tableau 2). Ce pourcentage dépasse la prévalence nationale en milieu rural, soit 59,7 % (EPSF, 2004). La majorité des femmes ont eu recours à une méthode contraceptive moderne et plus particulièrement à la pilule (83,7 %) ; en revanche le recours à des méthodes traditionnelles (allaitement, abstinence...) demeure relativement faible (12,9 %).

Le niveau de couverture en consultation prénatale (CPN) enregistre un taux (52,3 %) inférieur à celui constaté au niveau national qui est de l'ordre de 67,8 % mais supérieur à celui observé en milieu rural de 48 %. Parmi les femmes ayant consulté durant leur grossesse, seules 28 % d'entre elles ont assuré un suivi complet de leur grossesse, nécessitant au moins 3 visites. La proportion des femmes qui ont accouché en milieu surveillé (27,7 %) faible par rapport au niveau national (60,8 %), est également faible en comparaison à celle des femmes suivies en CPN. Ceci traduit l'inefficacité du programme prénatal dans la promotion et la référence des femmes pour accouchement dans les maternités et aussi dans le dépistage des femmes à haut risque et leur prise en charge avant qu'une complication ne survienne. L'écart important observé entre les proportions de femmes ayant bénéficié de consultation prénatale et celles ayant accouché dans une structure médicale s'explique par le fait que les femmes de ces vallées préférant accoucher chez elle, elles utilisent les consultations prénatales pour se renseigner sur la bonne évolution de leur grossesse.

Quant à la consultation post-natale, les femmes ayant déclaré qu'elles ont visité la structure de santé dans le mois qui a suivi l'accouchement représentent 42,1 %. Ce pourcentage dépasse de loin le niveau national qui est de l'ordre de 6,6 %. Ceci peut s'expliquer par une appréhension extensive de la notion de consultation post-natale lors de notre enquête, avec une comptabilisation des femmes ayant amené leur enfant pour la vaccination pour le BCG comme ayant bénéficié des soins postnatals. Il importe de signaler que malgré que ces femmes aient fréquenté les services de santé dans le mois suivant l'accouchement, délai préconisé par le programme pour la prise en charge des femmes en post natal, elles n'ont bénéficié d'aucun examen clinique car le professionnel de santé est de sexe masculin.

Les femmes n'ayant pas consulté ou n'ayant pas assuré le suivi de leur grossesse ont évoqué comme motifs de cette absence de suivi : l'éloignement de la structure de santé (76 %), les moyens financiers (56 %), le refus de la belle-mère (19 %) et le manque de confiance vis-à-

vis des services de santé (4 %). Les autres motifs qui ont été également signalés par les femmes sont le problème de transport et l'absence d'un problème de santé apparent.

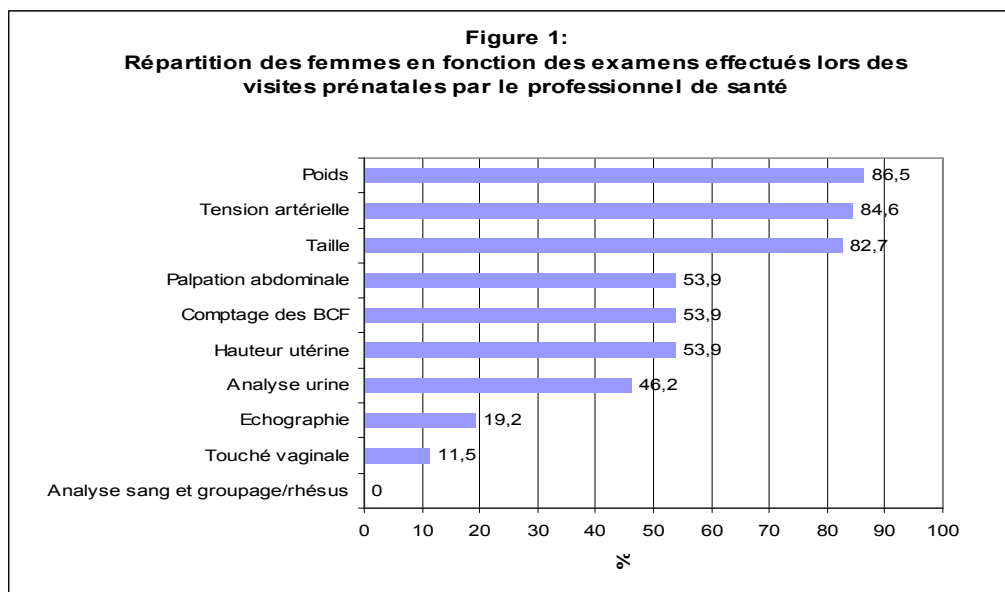
Tableau 2 : Utilisation de la contraception et des soins maternels (en proportion).

Activité	Vallées du Haut Atlas	Niveau national (EPSF, 2004)	
		Ensemble	Rural
Prévalence contraceptive	68,1	54,8	53,2
Consultation prénatale	52,3	67,8	47,9
Accouchement dans les structures de santé	27,7	60,8	38
Consultation postnatale	42,1*	6,6	3,5

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

* Concerne toutes les femmes ayant visité la structure de santé dans le mois qui a suivi l'accouchement, quel que soit le motif (consultation, soins ou vaccination de l'enfant).

Quant aux examens cliniques dont les femmes déclarent avoir bénéficié lors de la CPN, les résultats obtenus montrent que les examens tels que le touché vaginale et l'échographie ne sont faits que dans 11,63 % et 13,95 % respectivement, malgré leur importance dans le dépistage des anomalies relatives à la mère et le fœtus (figure 1). Ces proportions correspondent également aux femmes qui ont consulté à l'hôpital local d'Amizmiz qui dispose d'un plateau technique amélioré et de sages-femmes. L'analyse du sang ainsi que le groupage/rhésus, qui sont également d'un grand intérêt, ne sont pas effectués en raison de l'absence de laboratoire d'analyse médicale dans la région et de leurs coûts. Quant aux autres examens, à savoir le poids, la taille, la tension artérielle, la hauteur utérine, la palpation abdominale, ils ne se sont pas effectués de manière systématique.



* BCF : Bruits cardiaques fœtaux

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

Les morbidités maternelles

La morbidité maternelle est un état pathologique survenu au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum limitée à 42 jours après l'accouchement (Campbell et Graham, 1990). Le présent travail s'est focalisé uniquement sur les symptômes de morbidité maternelle déclarée par les femmes enquêtées. Les résultats obtenus montrent qu'une femme sur cinq déclare avoir contracté au moins un épisode morbide gravidique. La proportion des femmes ayant ressentie un problème durant leur grossesse est de 13 %. Celle des femmes ayant eu des complications lors du travail ou après l'accouchement est de 8 %.

Les symptômes évocateurs de la morbidité ou de complications maternelles déclarées par les femmes sont résumés dans le tableau 3. Les résultats de ce tableau montre que la période de la grossesse connaît une fréquence élevée des symptômes de la morbidité et que plus de la moitié de ces symptômes sont représentés par les oedèmes, soit 7,2 % (le niveau régional est de 9,9 % et le niveau national de 25,4 %). Cependant, les oedèmes dangereux, c'est à dire associés à des céphalées ou à l'hypertension artérielle, sont ressentis par seulement 3,9 % des femmes enquêtées. Les vomissements graves sont survenus chez 1,3 % des femmes, dont presque le tiers des femmes concernées, soit 0,5 %, présentait des douleurs hypogastriques. Ce pourcentage reste loin de ceux enregistrés au niveau régional (12 %) et national (26,6 %). Les symptômes évocateurs d'une infection puerpérale (leucorrhées, prurit et brûlures mictionnelles) représentent 1,3 %. La fièvre est signalée par 0,5 % des femmes. Ce pourcentage reste inférieur du niveau régional (5,3 %) et national (15,2 %). L'hypertension artérielle est révélée par 0,5 % des femmes contre 1,8 % au niveau régional et 5,2 % au niveau national. Les hémorragies ont été signalées par 0,2 % des femmes, taux inférieur à ceux enregistrés au niveau régional (2,8 %) et national (4,7 %) (ENSME, 1997).

Les symptômes des complications déclarées par les femmes et attribués à l'accouchement sont les hémorragies qui représentent 1,5 %. Ce pourcentage reste très inférieur à celui enregistré au niveau régional : 7,7 % et national : 11,4 % (ENSME, 1997). Les déchirures ont été signalées par 1,1 % des femmes. Ce pourcentage est 5 fois inférieur à celui enregistré au niveau national : 5,5 % (Aissaoui, 1999). Le pourcentage des femmes qui ont déclarée avoir souffert d'un travail prolongé (au delà de 12 heures) est de l'ordre de 1,9 %. Ce pourcentage reste très inférieur à celui trouvé au niveau régional en 1997 (ENSME, 1997) qui est de 12,5 % alors que 0,7 % des femmes ont eu des convulsions : ce pourcentage coïncide avec celui enregistré au niveau régional : 0,7 % mais reste 4 fois inférieur à celui enregistré à l'échelle nationale : 2,2 % (ENSME, 1997).

Quant à la période du post partum, ce sont les hémorragies et les symptômes évocateurs de l'infection puerpérale (douleurs pelviennes) qui dominent. Ces pourcentages sont également inférieurs à ceux trouvés par l'ENSME en 1997. La fréquence des hémorragies du post partum coïncide à celle enregistrée en Afrique occidentale (1,7 %) mais reste inférieure à celle du Bénin (2,3 %). Les anémies ne sont déclarées que par 0,34 % des femmes. Ce taux reste très loin du niveau national en milieu rural chez les femmes en âge de reproduction : 32,3% (Ministère de la

Santé, 1996) et de celui enregistré par l'étude réalisée en 2004 dans le cadre de l'observatoire de la dynamique des population du Haut Atlas dans la seule vallée d'Azgour : 50,3 %.

Tableau 3 : Les symptômes de morbidité et de complications survenus pendant la dernière la grossesse de la femme, selon les déclarations de la femme.

Phase	Symptômes/ morbidités	Vallées du Haut Atlas		ENSFE, 1997	
		Fréquence	%	National en milieu rural	Région MTH*
Grossesse	Oedèmes	42	7,2	23,2	9,9
	Vomissements graves	8	1,3		
	Vertiges	6	1		
	Fatigue générale	6	1		
	Douleurs pelviennes	4	0,7		
	Varices	4	0,7		
	Douleurs gastriques	3	0,5	25,3	
	Fièvre	3	0,5	16,3	5,3
	Leucorrhées	3	0,5		
	Maux de tête	5	0,9	31,6	9,9
	Prurit	3	0,5		
	Hypertension artérielle	3	0,5	4,3	1,8
	Brûlures mictionnelles	2	0,3	22,8	
	Rupture prématurée des	2	0,3		
	Douleurs lombaires	2	0,3		
	Problème cardiaque	2	0,3		
	Hémorragie	1	0,2	4,1	2,8
	Hémorroïdes	1	0,2		
	Hypotension	1	0,2		
	Diabète gestationnel	1	0,2		
Accouchement	Travail prolongé	10	1,9	12	12,5
	Hémorragies	8	1,5	11,1	7,7
	Déchirures du périnée	6	1,1		
	Convulsions	4	0,7	2,3	0,7
	Rétention placentaire	1	0,2	2,6	2,2
	Problème cardiaque	1	0,2		
Post-partum	Hémorragies	10	1,9	5,1	1,5
	Douleurs pelviennes	12	2,2	6,6	2,6
	Fièvre	3	0,6	9,5	3,3
	Anémie	2	0,4		
	Convulsions	1	0,2		
	Troubles psychiques	1	0,2		
	Infection du sein	1	0,2		
	Douleurs lombaires	1	0,2	6,5	1,8

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

* Région de Marrakech Tensift Al Haouz

Morbidité maternelle et caractéristiques des femmes

L'analyse de la morbidité maternelle ressentie par les femmes selon les caractéristiques biodémographiques et socio-économiques (tableau 4) montre qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre la survenue de la morbidité et l'âge de la femme. Il montre également l'absence de différence statistiquement significative entre la morbidité et les variables qui pourraient avoir un effet direct ou indirect sur la morbidité maternelle et les complications obstétricales tels que la parité, la structure du ménage, l'âge du chef du ménage, l'alphabétisation du chef du ménage, la taille de la propriété, le lieu du travail du mari. Cependant, il faut admettre que les différences entre les ménages de la zone d'étude sont relativement faibles pour ce qui concerne ces variables. Celles-ci ne permettent pas, par conséquent, de véritablement différencier la population qui dispose de conditions de vie relativement identiques, quels que soient les ménages. Ainsi, les facteurs démographiques et socio-économiques décrits ne constituent pas véritablement un élément de distinction sociale ou économique entre les familles.

Par contre, des différences statistiquement significatives sont constatées entre la morbidité ressentie et l'alphabétisation de la femme, d'une part, et également la vallée de résidence, d'autre part. La relation avec l'alphabétisation se comprend, car cette dernière favorise l'assimilation par la femme des messages sanitaires transmis par les professionnels de santé ou par les médias et par conséquent la reconnaissance par la femme de certains symptômes d'une morbidité. Quant à la différence existante entre la morbidité ressentie et la vallée de résidence, elle peut être expliquée par l'ancienneté de l'implantation et le fonctionnement du dispensaire. Ce dernier peut jouer en effet un rôle important dans l'information et la sensibilisation des femmes sur les risques liés à la grossesse, à l'accouchement et au post partum ainsi que sur les signes évocateurs de la morbidité maternelle. Or, dans notre région d'étude, le dispensaire dans la vallée d'Azgour a été créé et a fonctionné depuis 1962 alors que celui de la vallée d'Anougal n'est en activité que depuis 1991.

La différence statistiquement significative observée entre la morbidité maternelle et le lieu d'accouchement semble être paradoxal mais celle-ci peut être expliquée par le fait que les femmes n'ont souvent recouru aux services de santé qu'en cas de complications et qu'après avoir tenté d'accoucher à domicile, milieu d'accouchement préférentiel des femmes de ces vallées : les structures de santé accueillent par conséquent les accouchements les plus sujets à risque de morbidité.

Tableau 4 : Morbidité ressentie durant la dernière grossesse en fonction de quelques paramètres biodémographiques.

Variables		Total	Au moins un symptôme de morbidité maternelle		Test de χ^2
			Effectif	%	p. value
Age de la femme	15-19 ans	16	4	25,0	0,406 ns
	20-24 ans	101	28	27,7	
	24-29 ans	135	28	20,7	
	30-34 ans	130	40	30,8	
	35 et plus	148	43	29,1	
Alphabétisation de la femme	Alphabétisé	37	15	40,5	0,043 s
	Analphabète	492	127	25,8	
Parité	Primipare (1 enfant)	103	25	24,3	0,324 ns
	Paucipare (2 à 4 enfants)	273	74	27,1	
	Multipare (5 à 6 enfants)	85	30	35,3	
	Grand multipare (7enfants et plus)	58	14	24,1	
Usage contraceptif	Oui	384	103	26,8	0,470 ns
	Non	145	40	27,6	
Lieu d'accouchement	Domicile	338	84	24,9	0,024 s
	Structure de santé	130	45	34,6	
Structure du ménage	Nucléaire	262	78	29,8	0,102 ns
	Composé	196	47	23,9	
Age du chef de ménage	inférieur à la moyenne=55ans	252	64	25,4	0,215 ns
	supérieur à la moyenne=55ans	206	60	29,1	
Alphabétisation du mari	Alphabétisé	117	39	33,3	0,058 ns
	Analphabète	341	86	25,2	
Taille de la propriété	Non propriétaire	75	18	24,0	0,776 ns
	Inférieure à la moyenne=5,42 abras	268	73	27,2	
	5,42 à 10 abras	105	31	29,5	
	10 abras et plus	87	21	24,1	
Lieu du travail du mari	Lieu de résidence (milieu rural)	358	98	27,4	0,405 ns
	Migrant en milieu urbain	80	23	28,8	
Présence des médias (télé/radio)	Oui	191	54	28,3	0,337 ns
	Non	246	64	26,0	
Distance par rapport au dispensaire	0-2 km	152	31	20,4	0,118 ns
	3-7 km	136	38	27,9	
	8-15 km	236	73	30,9	
Vallée	Anougal	294	56	19,1	0,000 s
	Azgour	230	86	37,4	

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

* Effectif et pourcentage calculés pour les femmes pour lesquelles l'information est connue.

Discussion et conclusion

Notre étude montre l'existence d'un écart très important entre les prévalences des symptômes de la morbidité maternelle enregistrées dans les vallées du Haut Atlas étudiées et celles mesurées aux échelles régionale et nationale. La sous-estimation des prévalences dans les deux vallées peut être expliquée par la méconnaissance des femmes des symptômes de la morbidité et des signes de risque. Celle-ci résulte du taux d'analphabétisme qui est très élevé (93 %), de l'éloignement des structures de santé (du premier recours et de référence) et du niveau socio-économique bas : éléments qui ne facilitent pas une bonne connaissance par les femmes des risques et des symptômes de morbidité. Cette méconnaissance peut être appréhendé comme un facteur d'aggravation des morbidités effectives car la femme ne traitera pas sa morbidité de manière précoce, dans la mesure où elle n'a pas réellement conscience qu'elle se trouve dans un état morbide.

Cette étude a également montré la faiblesse du suivi des grossesses : le suivi prénatal et post-natal est largement minoritaire, ne dépassant pas 28 % et 42 % respectivement, et l'accouchement en milieu surveillé est peu répandu (28 %). Même parmi les femmes ayant consulté au moins une fois au cours de la grossesse concernée par l'enquête, seule la moitié d'entre elles ont accouché en milieu surveillé. Quand à la césarienne, seule 0,5 % des ces femmes l'ont subit, taux inférieur au niveau acceptable fixé par l'OMS. Cet état de fait favorise l'accroissement des risques de complications ou de morbidité pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Cette faiblesse du recours aux soins de santé préventifs et curatifs apparaît liée aux représentations socioculturelles et aux conditions socio-économiques dans cette zone montagneuse. Notamment, les femmes préfèrent l'accouchement à domicile assistée par une accoucheuse traditionnelle du *douar*, souhait exprimé par 77 % des femmes enceintes au moment de l'enquête. Ce désir, qui s'inscrit dans une coutume sociale, s'exprime également face aux difficultés économiques d'accès à un accouchement en milieu médicalisé du fait du coût élevé du transport, des médicaments et éventuellement de prise en charge de la femme et de ses accompagnants en cas de référence à la maternité hospitalière de Marrakech, toutes dépenses auquel la population peut subvenir difficilement. En outre, la ville représente une menace pour la sécurité des accompagnants, dans l'esprit des habitants des vallées. En effet, les accouchements en milieu surveillé, dans la zone étudiée, ne sont assurés que par la maison d'accouchement de la commune urbaine d'Amizmiz, située à une distance comprise entre 20 et 35 kilomètres des *douars* des deux vallées. Cette maison d'accouchement ne prend en charge que les accouchements normaux, obligeant les cas dystociques et compliqués à être référés à la maternité hospitalière de Marrakech.

Ainsi, on doit admettre que l'accouchement dans des milieux hospitaliers, comme celui d'Amizmiz, qui ne permettent pas de prendre en charge les accouchements à risque, ne constituent pas forcément la panacée pour des populations pour lesquelles l'accouchement à domicile est profondément ancré dans les pratiques culturelles. A cet égard, la généralisation d'un recyclage approfondi des accoucheuses traditionnelles résidant dans les *douars* pourrait être une

piste à développer en complément des efforts faits pour faciliter les accouchements en milieu médicalisé.

Ces résultats permettent d'estimer la qualité d'information, d'éducation et de communication dispensée dans les vallées en question, la manière dont les messages sanitaires sont perçus et adoptés par les femmes et le contexte dans lequel elles sont amenées à gérer leur grossesse et leur santé. A cet égard, on peut estimer que les relations de genre en usage dans les vallées jouent en défaveur d'un suivi optimal de la santé féminine durant la vie reproductive. Tout d'abord, l'autonomie des femmes dans la vie sociale et économique est limitée, ce qui restreint leur capacité à faire des choix en matière de santé, même si c'est de leur propre santé qu'il s'agit. De plus, le fait que le personnel des dispensaires, restreint à un infirmier, et un médecin lors de visite hebdomadaire, soit de sexe masculin ne favorise pas non plus une bonne intégration des femmes dans le système de soin de base.

La faiblesse du recours aux soins semble liée également à une déficience de la couverture du système de santé en ce qui concerne la prise en charge des complications obstétricales et la qualité des consultations pré et post-natale. En effet, certains examens importants permettant le dépistage des grossesses à risque et la morbidité du post-natale ne sont pas faits. Une amélioration de ces conditions aurait des répercussions positives sur le suivi des femmes au cours de leur vie féconde.

Plus généralement, l'amélioration des conditions de vie, d'hygiène, la scolarisation des enfants, notamment celles de la jeune fille jusqu'à la fin du cycle fondamental, et une couverture sanitaire adéquate par des professionnels de santé qualifiés et compétents auraient des répercussions positives sur l'état de santé en général et sur la santé maternelle et infantile en particulier.

Références bibliographiques

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

Campbell O.M. R et Graham W. J., 1990, *Measuring maternal mortality and morbidity: Levels and Trends*, Maternal and Child Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Publication n° 2, London, pp. 33-54.

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

Cherkaoui M., Vimard P., Baali A., Baudot P., Lahmam A., Sabir B. et Zouini M., 2008, *L'accès à la santé de la reproduction des populations vulnérables au Maroc. L'exemple des vallées du Haut*

- Atlas occidental (région de Marrakech), communication au Colloque d'évaluation du Programme Volubilis – Fès (Maroc), 17 et 18 octobre 2008, 11 p.
- Dujardin B., 1993, *Une approche globale pour améliorer la santé maternelle*, Unité de recherche et d'enseignement en santé publique, Institut de médecine tropicale d'Anvers, Belgique, 192 p.
- Hammoudi M et Bourbouse A., 1976, *Le système de production végétal - L'unité montagnarde expérimentale développement intégré de la vallée de l'Azzaden du Haut Atlas central*, INRA et Direction des eaux et forêt, Rabat.
- Ministère de la Santé [Maroc], ORC Macro, et Ligue des États Arabes, 2005, *Enquête sur la population et la santé familiale (EPSF), 2003-04*, 339 p.
- Ministère de la Santé [Maroc], et Ligue des États Arabes, 1997, *Enquête sur la population et la santé de la mère et de l'enfant (ENSME)*, 333 p.
- Ministère de la Santé [Maroc], 1996, *Enquête nationale sur les carences en fer et en iode*.
- OMS, 1986, Mortalité maternelle : soustraire les femmes à l'engrenage fatal, d'après le rapport de la Réunion interrégionale sur la Prévention de la Mortalité maternelle. Genève, 11-15 novembre 1985. *Chronique OMS*, 40 (5), pp. 193-202.
- OMS, 1989, *Measuring reproductive morbidity. Report of a technical working group*, Genève (document non publié WHO/MCH/90.4 ; disponible sur demande au Groupe Santé familiale et communautaire, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
- OMS, 2007, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, Fifth edition. Geneva, Switzerland.
- Pascon P., 1977, *Le Haouz de Marrakech*, Ed. marocaine et international, Rabat, 2 tomes.
- Ronsmans C., Achadi E, Cohen S. et Zazri A., Womens Recall of Obstetrics complication in South Kalimantan, Indonesia, *Studies in Family Planning*. Vol. 28, n°3, 1997, pp. 203-14.
- UNICEF, 1999, *Programme pour une maternité sans risque. Directives pour la survie de la mère et du nouveau-né*, p. 11