

## Etude de la morbidité maternelle des populations rurales du Haut Atlas occidental marocain

Mariam Zouini, Abdellatif Baali, Mohamed Cherkaoui, Hakima Amor, Mohamed Kamal Hilali, Patrice Vimard

► **To cite this version:**

Mariam Zouini, Abdellatif Baali, Mohamed Cherkaoui, Hakima Amor, Mohamed Kamal Hilali, et al.. Etude de la morbidité maternelle des populations rurales du Haut Atlas occidental marocain. Abdelmounaim ABOUSSAD, Mohamed CHERKAOUI et Patrice VIMARD. Santé et vulnérabilité au Maroc, Université Cadi Ayyad ; LPED, pp.135-154, 2010. <ird-00577825>

**HAL Id: ird-00577825**

**<http://hal.ird.fr/ird-00577825>**

Submitted on 17 Mar 2011

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

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

## ***Étude de la morbidité maternelle des populations rurales du Haut Atlas occidental marocain***

Mariam ZOUINI, Abdellatif BAALI, Mohamed CHERKAoui, Hakima AMOR, Mohamed Kamal HILALI et Patrice VIMARD

La morbidité maternelle est un état pathologique qui survient au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum limitée à 42 jours après l'accouchement (Campbell et Graham, 1990). Elle est un révélateur important de la condition féminine, de l'accès aux soins et de l'inégalité sociale (Dujardin, 1993). Dans la mesure où la mortalité maternelle est un phénomène relativement rare et difficile à mesurer, les variables relatives à la morbidité maternelle, plus fréquente, constituent des indicateurs alternatifs à ceux spécifiques à la mortalité maternelle pour étudier la conception, la surveillance, le suivi et l'évaluation des programmes de maternité sans risque (Graham *et al.*, 1996).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la morbidité maternelle comme étant un état pathologique chez une femme qui est ou a été enceinte, quels que soient la durée et le site de la grossesse, de toute cause en relation avec ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge ; les causes accidentelle ou incidente étant exclues (OMS, 1993). Elle estime que la morbidité maternelle grave est 6 à 10 fois plus fréquente que la mortalité maternelle et que certains cas, telles que les fistules vésico-vaginales, laissent des séquelles ou des handicaps qui conduisent fréquemment au rejet social et familial de la femme (OMS, 1990).

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 ou au post-partum (OMS *et al.*, 2005). Dans les pays en développement, la mortalité maternelle demeure un grand fléau puisqu'elle correspond à 99 % des décès maternels enregistrés dans le monde (UNICEF, 2008, p. 6).

Au Maroc, le taux de mortalité maternelle demeure élevé et stable depuis plus de dix ans malgré les efforts déployés par le gouvernement en matière de soins maternels. Il est égal à 227 pour 100 000 naissances durant la période 1995-2003, résultats enregistrés lors de l'Enquête sur la population

et la santé familiale (EPSF) réalisée en 2003-2004 (Ministère de la Santé *et al.*, 2005). En plus, une nette disparité existe selon le lieu de résidence. On a ainsi enregistré 187 décès pour 100 000 naissances en milieu urbain contre 267 décès pour 100 000 naissances en milieu rural lors de l'Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant (ENSME) menée en 1997 (Ministère de la Santé *et al.*, 1997). 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, ou la Jordanie, 41 décès pour 100 000 naissances.

À l'échelle nationale, rares sont les études relatives à la morbidité maternelle réalisées en dehors du milieu hospitalier. L'étude qui l'a abordé au niveau de la population générale est l'ENSME de 1997. Ses résultats ont montré que dans 29,2 % des cas de grossesses, les femmes ont présenté au moins un symptôme de morbidité maternelle (Ministère de la Santé *et al.*, 1997).

À l'échelle internationale, des travaux de recherche ont mis en évidence les déterminants de la morbidité maternelle à savoir le niveau socio-économique et éducationnel, l'accès aux soins ainsi que le niveau de développement et de technologie (Ogbeide, 1969 ; UNICEF, 2009). Ces travaux ont montré que les risques sont plus élevés dans les familles et les communautés les moins riches et les plus marginalisées.

Au Maroc, malgré les améliorations des indicateurs socio-économiques et de la condition féminine sur le plan législatif, juridique, administratif et socioéconomique, la femme rurale reste la plus affectée par l'analphabétisme, la pauvreté et le chômage. Selon le recensement de la population marocaine de septembre 2004, le taux moyen d'analphabétisme national est de 43 % alors qu'il est de 74,5 % pour les femmes rurales. Dans une analyse approfondie des données de l'enquête ENSME, Aissaoui (1999) a montré que les femmes non instruites et celles du milieu rural ont rapporté le plus de symptômes infectieux. La primiparité, la multiparité et le jeune âge (15 à 19 ans) ont été identifiés comme des facteurs de risque pour les hémorragies et les dystocies (accouchements difficiles). En plus de l'analphabétisme et de la pauvreté, déjà évoqués, en milieu rural, les services médicaux ne sont que partiellement assurés et les moyens de transport et de communication sont insatisfaisants. L'ENSF, en 2004, a montré que l'utilisation de la consultation prénatale, l'accouchement en milieu surveillé et la consultation postnatale n'ont couvert que les pourcentages respectifs de 48 %, 38 % et 3,5 % des grossesses en milieu rural.

D'une manière générale, l'équité en matière de santé au Maroc constitue l'un des défis à relever. En ce qui concerne la santé maternelle, les axes stratégiques prioritaires sont le développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et le renforcement des systèmes des soins de santé primaire (SSP) adaptés aux spécificités des régions, notamment lorsqu'elles sont montagneuses ou aux conditions de vie précaires. Pour orienter ces programmes de santé, notamment en faveur des zones les plus démunies, la connaissance de l'état de santé de la femme, particulièrement de sa santé maternelle, est nécessaire.

C'est dans cette perspective que nous tentons dans ce chapitre d'évaluer la morbidité et les complications survenues pendant la grossesse, l'accouchement et en post-partum chez les femmes de trois vallées de haute montagne et à mode de vie traditionnel du Haut Atlas occidental marocain et de saisir les relations entre la morbidité et quelques facteurs biodémographiques, socio-économiques et sanitaires (âge de la femme, parité, alphabétisation, taille de l'exploitation familiale, soins pré et postnatales, recours aux structures sanitaires, distance entre lieu de résidence et le dispensaire...)¹.

## **Matériel et méthodes**

Cette étude s'inscrit dans le cadre de l'observatoire des populations humaines des vallées du Haut Atlas de Marrakech (Baali, 1994 ; Cherkaoui, 2002) dont l'objectif est de collecter un ensemble d'informations sur l'état de santé de la population en relation avec ses conditions socio-économiques et culturelles. Cet observatoire est basé sur une série d'enquêtes rétrospectives basées sur la technique d'entretien direct à l'aide de questionnaire standardisé. L'enquête analysée ici a été réalisée en mai 2006 auprès de femmes mariées en âge de reproduction des vallées d'Azgour, d'Anougal et d'Imnane. Ces vallées sont situées sur le flanc nord du Haut Atlas occidental, à 75 km au sud de la ville de Marrakech. L'habitat est groupé en villages (douars), d'une dizaine à une centaine de ménages, se trouvant à des altitudes de 1 200 à 2 300 mètres.

La population enquêtée de la vallée d'Azgour est estimée en 2006 à 4 000 personnes réparties sur 8 villages, celle d'Anougal à 4 500 personnes réparties sur 24 villages et celle de la vallée d'Imnane à 2 500 habitants répartis sur 8 villages. La population de la zone est très pauvre. L'agriculture

---

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

de subsistance et l'élevage sont les occupations principales des habitants de la région. Le réseau routier est constitué par des pistes qui deviennent impraticables en cas de tempête ou de chute de neige. Le déplacement intra et inter-douars est assuré par animal.

Les infrastructures de santé dans les vallées d'Azgour et d'Anougal sont constituées chacune d'un seul dispensaire fonctionnant avec un seul infirmier. La consultation médicale se fait une à deux fois par semaine et les accouchements sont pris en charge par l'hôpital local d'Amizmiz (chef lieu du cercle) qui se trouve à une distance de 25 km en moyenne. Quant à la vallée d'Imnane, elle ne dispose d'aucune structure de santé et sa population doit se rendre au dispensaire d'Imlil (petit centre), qui se trouve à 17 km de la vallée, ou au centre de santé d'Asni (chef lieu de la commune), qui se situe à 34 km de la vallée.

Le questionnaire utilisé a porté sur diverses variables pouvant jouer un 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 aux médias, les complications qu'elle a eu lors de sa grossesse, de son accouchement ou en post natal, les consultations pré et postnatales, le lieu d'accouchement, la planification familiale, le type de morbidité, les comportements vis-à-vis de la morbidité maternelle et les recours aux soins.

Afin d'étudier l'effet du niveau socio-économique sur la morbidité maternelle, nous avons choisi, comme indicateurs approchés du niveau socio-économique, les indicateurs suivants : la possession par le ménage d'un terrain agricole, la taille de la propriété agricole, le nombre de pièces d'habitation dans le foyer, la disponibilité d'un mulet. Ces derniers se sont révélés potentiellement susceptibles de différencier les familles de ces vallées dans des études antérieures en absence d'autres facteurs importants de distinction (Baali, 1994 ; Cherkaoui ; 2002).

La population féminine étudiée est constituée de 2 153 femmes dont 656 ont accouché durant les cinq dernières années précédant l'enquête et de 107 femmes enceintes au moment de l'enquête. Les données relatives à la fécondité des femmes et à l'usage contraceptif ont concerné l'ensemble de l'échantillon. L'étude de la morbidité a concerné seulement les 656 dernières grossesses des femmes tandis que les examens effectués lors de la consultation prénatale ont concerné les 107 femmes enceintes, ce dans le but

d'éviter les omissions et les erreurs de mémorisation et d'avoir une information fiable.

L'enquête a été réalisée par des infirmiers de la Délégation du ministère de la Santé d'Al Haouz, ayant l'expérience des enquêtes en langue berbère, auprès des femmes à leur domicile. Les données ont été saisies et traitées statistiquement avec le logiciel SPSS Windows 10.

## **Résultats et discussion**

### *Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées*

Les principales caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée sont présentées dans tableau 1. Ce dernier montre que plus de 56 % des ménages sont formés de familles nucléaires<sup>2</sup>. La majorité des femmes enquêtées (94 %) sont analphabètes et les femmes qui sont alphabétisées ont un niveau d'instruction ne dépassant pas le primaire. La distribution des femmes par classe d'âge montre que plus des deux tiers des femmes (69,2 %) appartiennent à la classe d'âge 20-34 ans (tableau 1). Le reste est représenté par les deux autres classes d'âge qui, selon l'OMS (1989), présentent des risques accrus de dystocie, de troubles tensionnels de la grossesse, d'anémie ferriprive et d'insuffisance pondérale à la naissance.

Les 656 femmes ayant accouché ont eu 635 naissances vivantes et 21 morts nés. Les avortements enregistrés sont au nombre de 73. Le niveau de fécondité, estimé par le nombre moyen d'enfants par femme, de l'ensemble des femmes enquêtées (2 153) est de  $4,77 \pm 3,24$  enfants par femme. Cependant, les femmes en fin de vie féconde (45-49 ans), au nombre de 235, ont mis au monde en moyenne  $6,15 \pm 2,84$  naissances vivantes. Cette valeur moyenne observée est inférieure à celle enregistrée en 1985 qui était de 7,8 enfants par femme (Baali, 1994), ce qui atteste d'une baisse de la fécondité.

---

<sup>2</sup> Famille constituée du couple et de leurs enfants.

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

Variabiles	Modalités	Effectif*	Pourcentage
Âge	15-19 ans	18	2,74
	20-34 ans	454	69,21
	35 et plus	184	28,05
Alphabétisation	Alphabètes	38	5,79
	Analphabètes	616	93,90
État matrimonial	Non précisé	2	0,30
	Mariées	648	98,78
	Divorcées et Veuves	5	0,76
Parité	Non précisé	3	0,46
	1	122	18,60
	2 et 3	252	38,41
	4 et 5	139	21,19
	6 et plus	130	19,82
Structure du ménage de la femme enquêtée	Non précisé	13	1,98
	Nucléaire	368	56,10
	Composé	288	43,90
Total des femmes enquêtées			656

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

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

### ***Les comportements de contraception***

Les femmes utilisatrices d'une méthode de contraception moderne ou traditionnelle au moment de l'enquête dans les vallées étudiées représentent 55,5 % de l'ensemble des femmes mariées (tableau 2). Ce pourcentage reste inférieur à la prévalence nationale en milieu rural, soit 59,7 %, mesurée lors de l'EPSF de 2003-2004 (Ministère de la Santé *et al.*, 2005). La majorité des femmes (78,1 %) ont eu recours à une méthode contraceptive moderne, plus particulièrement la pilule. En revanche, l'utilisation d'une méthode traditionnelle (allaitement, abstinence...) demeure relativement faible (9,2 %). Ce recours à un moyen contraceptif moderne a connu une nette augmentation durant la période 1985-2006 : il est passé de 32 % en 1985 à 55,5 % en 2006. Cette progression est due principalement à la stratégie adoptée par le programme de la planification familiale de diffusion gratuite des moyens contraceptifs dans les centres de santé.

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

Activité	Vallées du Haut Atlas, 2006 <sup>1</sup>	Niveau national, EPSF, 2003-2004 <sup>2</sup>	
		Ensemble	Rural
Prévalence contraceptive	55,5	54,8	53,2
Consultation prénatale	48,6	67,8	47,9
Accouchement dans les structures de santé	25,4	60,8	38
Consultation postnatale*	45,6*	6,6	3,5

Source : <sup>1</sup> Enquête Haut Atlas occidental, LEH-LPED, 2006. ; <sup>2</sup> Ministère de la Santé *et al.*, 2005

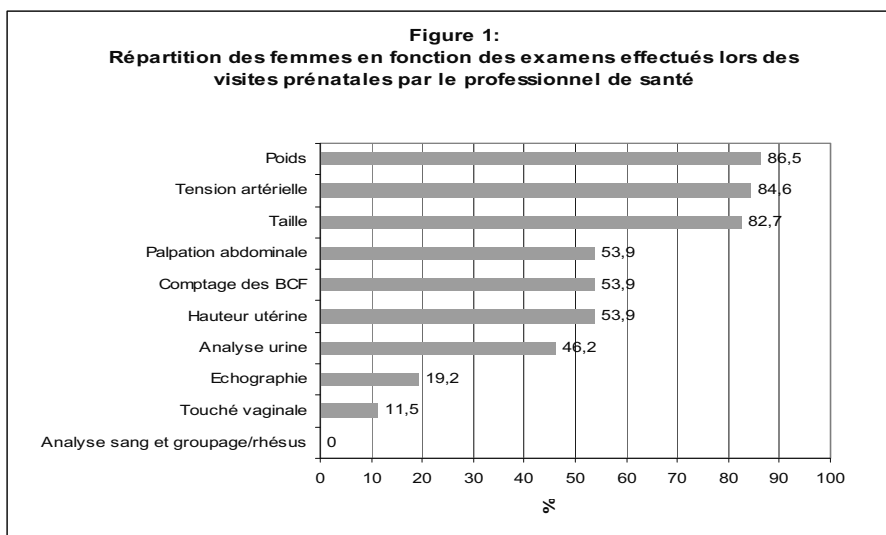
\* Concerne toutes les femmes ayant visité une structure de santé dans le mois qui a suivi l'accouchement, quel que soit le motif (consultation, soins ou vaccination de l'enfant).

### ***Les comportements de suivi prénatal***

Le taux de couverture en consultation prénatale (CPN), de 48,6 %, est inférieur à celui constaté au niveau national qui est de l'ordre de 67,8 % (tableau 2). Parmi les femmes ayant consulté durant leur grossesse, seules 28,8 % d'entre elles ont assuré un suivi régulier de celle-ci avec au moins 3 visites prénatales.

Quant aux examens cliniques dont les femmes déclarent avoir bénéficié lors de leur consultation prénatale, les résultats obtenus montrent que les examens tels que le toucher vaginal et l'échographie ne sont faits que dans 11,5 % et 19,2 % respectivement, malgré leur importance dans le dépistage des anomalies affectant la mère ou le fœtus (figure 1). L'analyse du sang ainsi que le groupage/rhésus, qui sont également des examens d'un grand intérêt, ne sont pas effectués en raison de l'absence de laboratoire d'analyse médicale dans la région et également des difficultés économiques. Les mesures du poids, de la taille et de la tension artérielle sont effectuées pour la majorité des femmes, Quant aux autres examens, à savoir la hauteur utérine, la palpation abdominale et le comptage des bruits cardiaques fœtaux (BCF), ils ne se sont pas faits de façon systématique.





### ***Les accouchements***

Les femmes des vallées étudiées préfèrent accoucher chez elles : 79 % des femmes enceintes enquêtées ont ainsi relaté leur désir d'accoucher à domicile. Certaines femmes justifient ce désir par le fait que les dépenses nécessaires pour accoucher en milieu surveillé sont trop élevées, surtout si la femme nécessite une deuxième référence à Marrakech. Il est à signaler que les accouchements dans la région d'étude ne sont assurés que par des maisons d'accouchement situées à une vingtaine de kilomètres en moyenne des douars de résidence des femmes. Ces maisons d'accouchement ne prennent en charge que les accouchements normaux et les cas dystociques doivent être référés à la maternité hospitalière qui se trouve à Marrakech, à plus de 50 km.

L'accouchement à domicile demeure ainsi dominant dans la zone d'étude. En effet, 74,6 % des femmes ont accouché chez elles, 20 % d'entre elles ayant été aidé par des accoucheuses traditionnelles recyclées<sup>3</sup>. Le reste des femmes (80 %) ont été assistées par des accoucheuses traditionnelles non recyclées ou un membre de leur famille. Les femmes ayant accouchées dans un milieu surveillé ne représentent que 25,4 % de l'ensemble des femmes (tableau 2).

<sup>3</sup> Il s'agit de femmes qui ont bénéficié de cycles de formation et /ou d'information par des professionnels de santé.

La proportion des femmes qui ont accouché en milieu surveillé (25,4 %) reste faible par rapport au niveau national (60,8 %). Cette proportion est également faible en comparaison à celle des femmes suivie en CPN : parmi les femmes ayant consulté au moins une fois au cours de la grossesse concerné par l'enquête, seule 43,8 % ont accouché en milieu surveillé, ce qui est révélateur de l'insuffisance de l'information, de l'éducation et de la communication qui sont dispensées aux femmes durant les visites prénatales dans les vallées en question. 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. Cet écart important observé entre la proportion de femmes ayant bénéficié de consultation prénatale et celle des femmes accouchant dans une structure médicale s'explique également par le fait que les femmes de ces vallées préfèrent accoucher à leur domicile ; aussi la consultation prénatale est pratiquée pour se renseigner sur la bonne évolution de la grossesse et conforter la femme dans son souhait d'accoucher chez elle.

Le déroulement de l'accouchement est jugé normal pour la quasi-totalité des femmes enquêtées. Les femmes qui ont été assistées par l'épisiotomie et par ventouse représentent respectivement 5,64 % et 0,76 %. Seule 0,61 % des ces femmes ont subi une césarienne. Ce pourcentage est trois fois inférieur au niveau national, enregistré lors de l'ENSME de 1997, qui est de 1,6 % (Ministère de la Santé *et al.*, 1997).

#### ***Les comportements de suivi postnatal***

Quant à la consultation postnatale, les femmes ayant déclaré qu'elles ont visité la structure de santé dans le mois qui a suivi l'accouchement représentent 45,6 % de notre échantillon (tableau 2). Ce pourcentage dépasse de loin le niveau national qui est de l'ordre de 6,6 %. Ceci s'explique par une appréhension extensive de la notion de consultation postnatale 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 suivi post natal, elles n'ont bénéficié lors de leur visite 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 %), le manque de moyens financiers (59%), le refus de la belle-mère (19 %), l'absence de problème de santé apparent (8 %), les coutumes (6 %), l'absence du mari ou d'une personne pour garder les enfants (4 %) et la négligence (4 %). Les femmes fatalistes et celles qui n'ont pas confiance dans les services de santé représentent 17 %. Le manque d'information a été évoqué par seulement 2 % des femmes.

## **Les morbidités maternelles**

### ***La morbidité maternelle selon les différentes phases***

L'analyse des données sur la morbidité déclarée montre qu'une femme sur quatre (24,7 %) a contracté au moins un épisode morbide gravidique. Ce pourcentage est inférieur à celui enregistré à l'échelle nationale en 1997 : 29,2 % (Ministère de la Santé *et al.*, 1997). La proportion des femmes ayant eu des complications lors de l'accouchement est de 9,7 %. Parmi les femmes qui ont déclaré avoir contracté des symptômes de morbidité pendant leur grossesse, seules 7,7 % ont accouché dans les structures de santé.

L'analyse des symptômes évocateurs de la morbidité ou de complications maternelles déclarées par les femmes durant la grossesse (tableau 3) montre que les oedèmes représentent 7,2 %. Ce taux est inférieur à celui enregistré au niveau régional qui est de 9,9 %. Cependant, 3,9 % des femmes enquêtées ont déclaré avoir contracté des oedèmes, associés à des céphalées et à l'hypertension artérielle (symptômes évocateurs de la toxémie gravidique). Les vomissements graves sont survenus chez 1,5 % des femmes. Les symptômes évocateurs d'une infection puerpérale (leucorrhées, prurit, brûlures mictionnelles, douleurs lombaires) représentent 1,7 %. La fièvre est signalée par 0,6 % des femmes. Les hémorragies ont été signalées par 0,2 %. Ces pourcentages restent globalement inférieurs ceux enregistrés au niveau régional et national par l'ENSME de 1997 (Ministère de la Santé *et al.*, 1997).

Les symptômes de morbidité et des complications déclarées par les femmes et attribués à l'accouchement sont les hémorragies qui représentent 1,2 % (tableau 3). Ce pourcentage reste très inférieur à celui enregistré au niveau régional : 7,7 % et national : 11,4 %. Les déchirures ont été signalées par 0,9 % des femmes. Ce pourcentage est 5 fois inférieur à celui enregistré au niveau national (5,5 %) (Aissaoui, 1999). Le pourcentage des femmes qui ont déclaré avoir souffert d'un travail prolongé (au delà de 12 h) est de l'ordre de 1,5 % alors que 0,6 % des femmes ont eu des convulsions, pourcentage proche de celui enregistré au niveau régional : 0,7 %. Les

problèmes placentaires sont de l'ordre de 0,2 %, pourcentage inférieur à celui enregistré au niveau régional et national en milieu rural (Ministère de la Santé *et al.*, 1997).

Tableau 3. Les symptômes de morbidité ou de complication survenus pendant la dernière grossesse étudiée, selon les déclarations de la femme

Phase	Symptôme/ morbidité	Vallée du Haut Atlas		ENSFE, 1997	
		Effectif	%	National rural	Région MTH*
Grossesse	Oedèmes	47	7,2	23,2	9,9
	Vomissements graves	10	1,5		
	Infections génitales (leucorrhées, prurit, brûlures mictionnelles, lombalgie)	11	1,7		
	Douleurs pelviennes	8	1,2		
	Varices	4	0,6		
	Fièvre	4	0,6	16,3	5,3
	Maux de tête	4	0,6	31,6	9,9
	Hypertension artérielle	3	0,5	4,3	1,8
	Rupture prématurée des membranes	2	0,3		
	Hémorragie	1	0,2	4,1	2,8
	Anémie	1	0,2		
	Diabète gestationnel	1	0,2		
	Autres (vertige, fatigue, hypotension artérielle...)	25	3,8		
	Fièvre	3	0,5	12,9	3,3
	Rétention placentaire	1	0,2	2,6	2,2
	Problème cardiaque	1	0,2		

Tableau 3 (suite). Les symptômes de morbidité ou de complication survenus pendant la dernière grossesse étudiée, selon les déclarations de la femme

Phase	Symptôme/ morbidité	Vallée du Haut Atlas		ENSFE, 1997	
		Effectif	%	National rural	Région MTH*
Accouchement	Travail prolongé	10	1,5	12	12,5
	Hémorragies	8	1,2	11,1	7,7
	Déchirures du périnée	6	0,9		
	Convulsions	4	0,6	2,3	0,7
Post-partum	Hémorragies	10	1,5	5,1	1,5
	Douleurs pelviennes	12	1,8	6,2	2,6
	Fièvre	3	0,5	9,5	3,3
	Anémie	3	0,5		
	Convulsions	1	0,2		
	Troubles psychiques	1	0,2		
	Infection du sein	1	0,2		
	Douleurs lombaires	1	0,2		

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

\* Région Marrakech Tensift Al Haouz.

Quant à la morbidité lors du post partum, ce sont les hémorragies et les symptômes évocateurs de l'infection puerpérale (infection génitale, douleurs pelviennes) qui dominent, avec des prévalences respectives de 1,5 % et 1,8 %. La proportion des hémorragies coïncide avec celle trouvée au niveau régional par l'ENSME en 1997. Les anémies ne sont déclarées que par 0,5 %. Ce taux reste loin du niveau national : 32,3 % (Ministère de la Santé *et al.*, 1997) et de celui enregistré chez les femmes de la vallée d'Azgour, lors d'une enquête réalisée en 2004 sur l'alimentation et l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans (Zouini, 2004). Les résultats de cette enquête ont montré que 50,3 % des mères présentent une anémie. L'écart important existant avec ce qui est trouvé dans la présente étude est du au fait que, dans l'enquête menée dans la vallée d'Azgour en 2004, l'examen et le dépistage de la femme a été fait par un professionnel de santé alors la présente étude est basée sur les déclarations des femmes.

Les résultats de notre étude montre l'existence d'un écart très important dans les prévalences de certains symptômes de morbidité maternelle dans les vallées étudiées par rapport à celles enregistrées aux niveaux régional et national. La sous-estimation des prévalences dans notre région d'étude peut s'expliquer par la méconnaissance des femmes des symptômes de la morbidité et des signes de risque morbide : méconnaissance résultant de leur taux d'analphabétisme très élevé (93,9 %), de leur éloignement des structures de santé (du premier recours et de référence), de leur faible niveau socio-économique et de la qualité insuffisante des prestations des services de santé, notamment des actions d'information, d'éducation et de communication.

### ***Les facteurs de la morbidité maternelle***

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. Elle 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 des éléments de différenciation sociale ou économique entre les familles<sup>4</sup>.

Par contre, une différence statistiquement significative est constatée entre la morbidité et la disponibilité du dispensaire dans la vallée et l'alphabétisation de la femme. En effet, la présence d'une structure de santé accessible à la population peut jouer 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

---

<sup>4</sup> Le nombre de pièces d'habitation dans le foyer et la disponibilité d'un muet (autres indicateurs choisis pour approcher l'effet du niveau socioéconomique sur la morbidité dans ces vallées) ont été également testés (données non représentées dans le tableau 4). Les résultats ont montré l'absence d'association significative entre la morbidité et ces indicateurs.

morbidité maternelle. De même l'alphabétisation favorise l'assimilation par la femme des messages sanitaires transmis par les professionnels de santé.

Une différence statistiquement significative est observée également entre la morbidité et la distance par rapport au dispensaire. Cependant, les femmes qui habitent relativement plus loin de la structure de santé (de 3 à 7 km et de 8 à 15 km) sont celles qui ont déclaré plus de symptômes de morbidité. Ceci est dû aux actions de sensibilisation menées par les accoucheuses traditionnelles dans ces douars éloignés de la structure de santé. En effet, des sessions de formation portant sur l'hygiène et les risques liés à la grossesse, à l'accouchement et au post partum ainsi que les symptômes de morbidité et de complications ont été organisées en 2001 à l'hôpital d'Amizmiz au profit de ces accoucheuses traditionnelles. Sur la base de cette formation, ces accoucheuses ont pu mener des actions de sensibilisation auprès des femmes de ces douars quelque peu éloignés des dispensaires afin de les orienter vers ceux-ci.

La proportion la plus faible de déclaration d'épisodes morbides (16,9 %) est enregistrée chez les femmes les plus éloignées qui habitent à 16 km ou plus de la structure de santé la plus proche. Ces femmes correspondent à celles résidant dans la vallée d'Imnane qui souffre du manque de structure de santé pouvant assurer une information et une prise en charge des femmes enceintes. De ce fait, ces femmes sont relativement moins sensibilisées que les femmes des vallées d'Azgour et d'Anougal : en raison de l'éloignement du dispensaire, d'une part, mais aussi de la qualité insuffisante de la formation des accoucheuses traditionnelles de cette vallée qui n'ont bénéficié que d'une seule journée d'information dans un dispensaire au contraire des accoucheuses traditionnelles d'Azgour et d'Anougal qui ont reçu une formation de 5 jours à l'hôpital d'Amizmiz.

De même la différence statistiquement significative observée entre la morbidité maternelle et le lieu d'accouchement semble être paradoxale mais celle-ci peut s'expliquer par le fait que les femmes n'ont recours aux services de santé qu'en cas de complications et qu'après avoir tenté d'accoucher à domicile. De même, le pourcentage de la morbidité chez les femmes alphabétisées dépasse celui des femmes analphabètes. Ceci peut être expliqué par le fait que les femmes alphabétisées sont mieux informées et arrivent à reconnaître davantage les symptômes de morbidité maternelle et les complications obstétricales.

Les femmes alphabétisées, qui ont accouché dans une structure de santé et qui résident dans la vallée d'Azgour (où l'implantation du dispensaire est

le plus ancienne) déclarent davantage d'états morbides que les autres. Cela atteste de leur meilleure connaissance en matière de santé maternelle.

Tableau 4. Association entre la morbidité ressentie par les femmes durant la dernière grossesse et les paramètres biodémographiques et socio-économiques

Caractéristiques		Total	Au moins un symptôme de morbidité maternelle		Test de $\chi^2$ p. value
			Effectif	%	
Age de la femme	15-19 ans	18	4	22,22	0,379 ns
	20-34 ans	450	107	23,78	
	35 et plus	183	53	28,96	
Alphabétisation de la femme	Alphabétisée	38	15	39,47	0,032 s
	Analphabète	602	146	24,25	
Parité	1	123	29	23,58	0,745 ns
	2 et 3	247	60	24,29	
	4 et 5	138	38	27,54	
	6 et plus	131	37	28,24	
Structure du ménage	Nucléaire	286	85	29,72	0,072 ns
	Composé	225	53	23,56	
Alphabétisation du mari	Alphabétisée	43	29,05	148	0,287 ns
	Analphabète	95	26,17	363	
Taille de la propriété	Non propriétaire	141	26	18,44	0,131 ns
	Inférieure à la moyenne=5,42 abras*	313	84	26,84	
	5,42 à 10 abras	108	33	30,56	
	10 abras et plus	89	21	23,60	
Lieu du travail du mari	Lieu de résidence (rural)	400	110	27,50	0,54 ns
	Migrant en milieu urbain	88	24	27,27	
Présence des média (téléviseur/radio)	Oui	219	60	27,40	0,422 ns
	Non	271	71	26,20	



Tableau 4 (suite). Association entre la morbidité ressentie par les femmes durant la dernière grossesse et les paramètres biodémographiques et socio-économique

Caractéristiques		Total	Au moins un symptôme de morbidité maternelle		Test de $\chi^2$ p. value
			Effectif	%	
Usage contraceptif avant la grossesse	Oui	461	112	24,30	0,213 ns
	Non	188	52	27,66	
Lieu d'accouchement	Domicile	435	98	22,53	0,005 s
	Structure de santé	148	50	33,78	
Existence du dispensaire dans la vallée de résidence	Oui	533	144	27,02	0,013 s
	Non	118	20	16,95	
Distance par rapport au dispensaire	0-2 km	152	31	20,39	0,013 s
	3-7 km	136	38	27,94	
	8-15 km	236	73	30,93	
	16 km et plus	118	20	16,95	
Vallée	Anougal	298	56	18,79	0,000 s
	Azgour	235	88	37,45	
	Imnane	118	20	16,95	

\* Un abra varie de 13 à 17 kg selon la nature de la semence. Il correspond à environ 850 m<sup>2</sup> pour la terre irriguée et à 1 450 m<sup>2</sup> pour la terre bour, non irriguée (Hammoudi et Bourbouse, 1976).

### ***Morbidité maternelle et accouchement en milieu médical***

Parmi les femmes ayant déclaré avoir eu une morbidité durant la grossesse ou au cours de l'accouchement, 33,7 % d'entre elles ont accouché dans les structures de santé. Le reste (66,3 %) a accouché chez elle malgré la présence de facteurs de risque, ce qui peut favoriser la morbidité maternelle grave voire même la mortalité maternelle.

L'analyse de certaines caractéristiques qui pourraient avoir un effet sur le recours aux soins, notamment l'accouchement dans les structures de santé, a révélé l'existence d'une différence statistiquement significative entre le recours à l'accouchement dans les structures de santé et certaines variables

(Zouini *et al.*, 2009). On a constaté notamment que les femmes vivant dans un ménage nucléaire dont le chef est relativement jeune (moins de 55 ans, âge moyen des responsables de ménage) accouchent moins fréquemment dans une structure de santé que les femmes vivant dans un ménage composé<sup>5</sup> dont le chef est relativement âgé (plus de 55 ans). Ceci peut s'expliquer par le fait que presque la moitié des chefs de ménage simple sont des ouvriers migrants qui travaillent en ville et qui ont des moyens financiers réduits. En outre, leurs épouses vivent seules dans les douars et possèdent moins que d'autres de moyens économiques et matériels pour se rendre à l'hôpital. À l'inverse, les femmes dans les ménages composés appartiennent à des familles moins démunies, majoritairement propriétaires de terrain agricole, et qui ont, de ce fait, un peu plus de capacité pour se rendre dans une formation sanitaire.

Les média jouent un rôle important dans l'information et l'éducation de la population via la diffusion des émissions et des pièces théâtrales traitant la maternité sans risque. Ainsi la présence des média (téléviseur/radio) dans le ménage peut avoir un effet sur le recours aux soins, notamment sur l'accouchement en milieu médicalisé comme on a pu le constater à travers nos données.

Les primipares (premier accouchement) sont les femmes qui ont le plus recours à l'accouchement dans les structures de santé, alors que les femmes ayant plus d'un enfant accouchent davantage chez elles. Ainsi, l'expérience de l'accouchement de la femme, surtout si la première expérience s'est déroulée sans complication grave, encourage la femme à accoucher chez elle.

La présence de symptômes de morbidité influence également le recours aux structures de santé pour l'accouchement, mais dans une certaine mesure seulement. Ainsi, bien qu'une morbidité durant la grossesse devrait conduire la femme à aller accoucher dans un milieu sécurisé, seule une femme sur trois (33,78 %) ayant eu au moins un symptôme de morbidité ont accouché dans la structure de santé.

On constate également l'existence d'écarts statistiquement significatifs entre les proportions des femmes ayant accouché dans les structures de santé selon la vallée, la disponibilité et l'accessibilité de la structure de santé (Zouini *et al.*, 2009). Bien que le dispensaire dans la vallée d'Azgour a été

---

<sup>5</sup> Il s'agit ici de famille constituée du couple, des enfants et d'autres personnes (grand père, grande mère, beau frère, ...).

créé et a fonctionné dès 1962 alors que celui de la vallée d'Anougal l'a été seulement en 1991, la proportion de femmes ayant accouché en milieu médicalisé est supérieure à Anougal qu'à Azgour. L'écart enregistré peut s'expliquer par la qualité des prestations, supérieure à Anougal, notamment pour ce qui concerne les activités d'IEC fournies à la population, et à la stabilité supérieure du personnel de santé. A contrario, la vallée d'Imnane est dépourvue de toute structure de santé et sa population, pour bénéficier des soins de santé de base, doit aller au dispensaire d'Imlil qui se trouve à 17 km de la vallée. Si cette vallée enregistre le taux le plus bas d'accouchement dans les structures de santé, c'est qu'aucun dispensaire ne peut y jouer de rôle crucial dans la prévention et la promotion de la santé notamment la santé maternelle à travers les programmes de santé à savoir la surveillance de la grossesse et de l'accouchement (PSGA), le programme de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le programme d'information d'éducation et communication (IEC).

### **Conclusion**

Notre étude a montré que le suivi prénatal et postnatal est largement minoritaire, ne dépassant pas 28,8 % et 45,6 % respectivement, et que la fréquence de l'accouchement en milieu surveillé est faible (25,4 %). Seule 0,61 % des ces femmes ont subi une césarienne. Cet état de fait favorise l'accroissement des risques de complications ou de morbidité pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. La faiblesse du recours aux soins de santé préventifs et curatifs apparaît liée aux représentations socioculturelles dans cette zone montagneuse et aux conditions économiques précaires. Les femmes préfèrent l'accouchement à domicile assisté par une accoucheuse traditionnelle du douar, face aux difficultés économiques d'accès aux soins en milieu hospitalier et au coût élevé du transport, des médicaments et éventuellement de la prise en charge de la femme et de ses accompagnants en cas de référence à la maternité hospitalière de Marrakech : charges que la population ne peut supporter. Cette faiblesse des recours aux soins semble liée au fonctionnement des dispensaires dans les vallées d'Azgour et d'Anougal, voire même au manque de dispensaire dans le cas de la vallée d'Imnane. Elle semble également liée à une déficience de la couverture du système de santé, notamment en matière d'accouchement et de prise en charge des complications obstétricales, ainsi qu'à la qualité déficiente des consultations pré et postnatales. En effet, certains examens importants permettant le dépistage des grossesses à risque et de la morbidité du postnatale ne sont pas faits. Une amélioration de ces conditions aurait des

répercussions positives sur l'état de santé de toute la population en général et de la santé des mères et des enfants en particulier.

### **Références bibliographiques**

- Aissaoui M., 1999, *La morbidité maternelle gravido-puerpérale au Maroc*, Mémoire de Maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Public. Institut national d'Administration Sanitaire.
- Baali A., 1994, *Étude anthropobiologique d'une population berbère semi-isolée du Haut-Atlas (Vallée d'Azgour, Cercle d'Amizmiz, Marrakech, Maroc)*, Thèse d'Etat, Univ. Cadi Ayyad, Faculté Sciences Semlalia, Marrakech.
- 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 , p. 33-54.
- Cherkaoui M., 2002, *Évolution bio-démographique et génétique d'une population humaine du Haut-Atlas marocain (Vallée d'Anougal, Cercle d'Amizmiz, Wilaya de Marrakech)*, Thèse d'Etat, Univ. Cadi Ayyad, Faculté Sciences Semlalia, Marrakech.
- 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.
- Graham W., Filippi V. et Ronsmans C., 1996, Demonstrating programme impact on maternal mortality, *Health Policy and Planning*, 11 (1), p. 16-20.
- 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], le Caire, Egypte et Ligue des États Arabes, 1997, *Enquête sur la population et la santé de la mère et de l'enfant (ENSME)*, 333 p.
- Organisation mondiale de la santé, 1990, Les causes des décès maternels, in Royston E. et Armstrong S., *La Prévention des décès maternels*. Genève, p. 78-111.
- Organisation Mondiale de la Santé, 1993, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* Volume 1, dixième révision, Genève.

- Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale, 2007, *Mortalité maternelle en 2005 : Estimations de l'OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale*, OMS, Genève, p. 40.
- Ogbeide M.I., 1969, Le problème de santé des enfants. Séminaire sur l'organisation et l'administration des services de la protection de la mère et de l'enfant, Brazzaville, 10-21 novembre 1969.
- UNICEF, 2008, *La santé maternelle et néonatale. La situation des enfants dans le monde 2009*, UNICEF, New York, 158 p.
- Zouini M. 2004, *Alimentation et état nutritionnel des enfants ages de 0 - 5 ans au niveau de la vallée d'Azgour (cercle d' Amizmiz – province d'Al Haouz – Wilaya de Marrakech)*, Mémoire, Univ. Cadi Ayyad, Faculté Sciences Semlalia, Marrakech
- Zouini M., Baali A., Cherkaoui M., Amor H., Hilali M.K. et Vimard P., 2009, Etude de la morbidité maternelle et du recours aux soins de la population rurale du Haut Atlas Occidental (vallées d'Azgour, d'Anougal et d'Imnane, Province d'Al Haouz, Maroc), *Biométrie humaine et anthropologie*, tome 27, n° 3-4.