

# **La morbidité maternelle chez les populations rurales et isolées au Maroc**

## **L'apport d'un système d'observations conjointes pour une meilleure connaissance**

ZOUINI Mariam<sup>1</sup>, EL HAMDANI Fatim Zahra<sup>1</sup>, BAALI Abdellatif<sup>1</sup>,  
CHERKAOUI Mohamed<sup>1</sup> et VIMARD Patrice<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Laboratoire d'écologie humaine, Faculté des Sciences Semlalia, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.

<sup>2</sup> Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 IRD – Aix-Marseille Université, Marseille, France.

### *Résumé*

La morbidité maternelle est un révélateur important de la condition féminine, de l'accès aux soins et de l'inégalité des femmes (Dujardin, 1993). Au Maroc, comme dans la plupart des pays en développement, les informations sur la morbidité maternelle et sa prévalence sont fournies essentiellement par des données émanant des registres et des dossiers médicaux. Ces données présentent un risque de biais statistique dans la mesure où elles ne prennent pas en compte les populations qui n'accèdent pas aux services de santé. Ces données ne reflètent donc pas toute la réalité. Les études qui ont tenté d'approcher la morbidité maternelle en dehors du milieu hospitalier restent restreintes. La seule étude nationale à avoir abordé cette question au niveau populationnel est l'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant qui date de 1997 (ENSME, 1997) qui s'est basée exclusivement sur les interviews des femmes à domicile. Etant donnée la nature rétrospective de l'enquête, le risque qui se pose est celui des oublis des femmes et, encore plus, la difficulté de situer dans le temps un bon nombre d'événements, notamment chez les femmes analphabètes.

Dans l'étude que nous avons entreprise dans les zones rurales et isolées du Haut Atlas occidental, afin de pallier ces difficultés et avoir des données plus fiables, nous avons essayé de combiner les approches qualitatives et quantitatives. Dans cette analyse de la morbidité maternelle au niveau de ces zones reculées, les données sont donc issues :

- d'une enquête rétrospective exhaustive, réalisée en 2006 dans trois vallées du Haut Atlas occidental (Azgour, Anougal et Imnane) auprès de 1 556 femmes en âge de reproduction. L'étude de la morbidité maternelle a touché 656 femmes ayant accouché durant les cinq dernières années précédant l'enquête afin d'éviter les omissions et les erreurs de mémorisation des femmes et avoir une information plus fiable.
- des focus-group qui ont été organisés avec des femmes de la zone d'étude afin d'apprécier leurs connaissances et leurs perceptions en matière de la santé maternelle.
- de l'exploitation des données du registre obstétrical existant dans la maternité de l'hôpital local d'Amizmiz durant la période 2002-2005 (période concordant avec l'étude des grossesses dans la population générale) de 1 735 femmes admises dans le but d'étudier l'offre de soins notamment les soins obstétricaux et néonataux. Il s'agit là de mettre en évidence les principales morbidités maternelles et du nouveau-né, les demandes des populations en matière de traitement de ces morbidités, ainsi que la manière dont le système de soin répond à la demande de ces populations.

D'une manière générale, les informations collectées lors de l'enquête en population générale concernent la morbidité déclarée et donc ressentie. Quoique cette morbidité soit subjective et ne reflète que la perception de la femme et de son entourage, elle reste importante dans la mesure où elle permet d'analyser et de comprendre certains aspects des

morbidités maternelles en les reliant avec les caractéristiques socio-économiques et culturelles des femmes ainsi qu'avec les thérapies (traditionnelles ou biomédicales) qui lui sont associées.

Quant aux données des registres obstétricaux, elles ont permis de mettre en évidence les principales morbidités maternelles, les demandes des populations en matière de traitement de ces morbidités ainsi que la manière dont le système de soin à l'hôpital local répond à la demande des populations de traitement de ces morbidités. Enfin, l'analyse du contenu des discours des femmes, lors des six focus group organisés, a permis de mieux connaître les perceptions et les connaissances des femmes en matière de grossesse et d'accouchement et de mieux appréhender leurs attitudes face aux complications obstétricales et néonatales tout en identifiant les raisons de la faiblesse de leurs recours aux services de santé.

En définitive, sur un sujet difficile à saisir et à mesurer, l'articulation des trois types d'observation, mise en œuvre dans l'étude, a permis d'estimer la fréquence et la nature des morbidités maternelles, de mieux comprendre l'articulation entre la demande des femmes en matière de soins maternels et l'offre par le système de soin : une articulation que la connaissance des perceptions des femmes permet de mieux interpréter.

## **Introduction**

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). C'est un révélateur important de la condition féminine, de l'accès aux soins et de l'inégalité des femmes (Dujardin, 1993). Puisque la mortalité maternelle est un phénomène rare et difficile à mesurer, la morbidité maternelle constitue un indicateur alternatif plus facile à mesurer que ceux traitant exclusivement de la mortalité maternelle (Graham, Filippi, Ronsmans, 1996).

Au Maroc, comme la plupart des pays en développement, les informations sur la morbidité maternelle et sa prévalence sont fournies essentiellement par des données émanant des registres et des dossiers médicaux. Ces données présentent un risque de biais statistique dans la mesure où elles ne prennent pas en compte les populations qui n'accèdent pas aux services de santé. Ces données ne reflètent donc pas toute la réalité. Les études qui ont tenté d'approcher la morbidité maternelle en dehors du milieu hospitalier restent restreintes. La seule étude nationale à avoir abordé cette question au niveau populationnel est l'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant qui date de 1997 (ENSME, 1997) et qui s'est basée uniquement sur les interviews des femmes à domicile. Étant donnée la nature rétrospective de l'enquête, le risque qui se pose est celui des oublis des femmes et, encore plus, la difficulté de situer dans le temps un bon nombre d'événements, notamment chez les femmes analphabètes.

Or, il apparaît important de mieux connaître la morbidité maternelle, notamment ses composantes et ses facteurs, pour mieux lutter contre la mortalité maternelle, qui atteint des niveaux élevés dans les PED, notamment au Maroc, même si des progrès importants ont été accomplis durant les dernières années, avec une diminution de 227 à 112 décès pour 100 000 naissances entre 1994-2003 et 2009-2010 (HCP, 2011).

Dans l'étude que nous avons entreprise dans les zones rurales et isolées du Haut Atlas occidental marocain, afin de pallier ces difficultés et avoir des données plus fiables, nous avons essayé de combiner les approches qualitatives et quantitatives. Ces dernières nous ont permis d'apprécier la morbidité et d'appréhender certains aspects qui lui sont liés.

## **La région et les objectifs de l'étude**

Les zones montagneuses marocaines, et tout particulièrement la région du Haut Atlas occidental, sont caractérisées par des conditions géographiques et climatiques difficiles, un niveau socio-économique précaire, une fécondité encore élevée, des difficultés d'accessibilité aux soins de santé et une hygiène générale défectueuse (Baali 1994 ; Cherkaoui, 2002 ; Sabir, 2009). Ces caractéristiques constituent des facteurs favorables à un niveau élevé de la mortalité et de la morbidité dans 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 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 celui de leurs enfants.

Les vallées d'Azgour, d'Anougal et d'Imnane, lieux de notre étude, sont situées sur le flanc nord du Haut Atlas occidental, à 75 km au sud de la ville de Marrakech. Elles se trouvent à des altitudes de 1 200 à 2 300 mètres (à Tacheddirte, le village le plus élevé de la vallée d'Imnane qui est d'ailleurs l'un des plus hauts villages du Maroc) et sont entourées de montagnes dont l'altitude varie de 2 000 m à 3 340 m.

La population de la vallée d'Azgour est estimée en 2006 à 7 100 personnes, celle d'Anougal à 4 500 personnes et la vallée d'Imnane regroupe quelque 2 500 habitants. La population de la zone est pauvre et demeure particulièrement tributaire des ressources naturelles disponibles dans le milieu. Le système de production est un « agropastoralisme » de montagne. Celui-ci associe à l'agriculture basée sur la céréaliculture (orge et maïs), une arboriculture, avec le noyer comme espèce dominante mais où d'autres arbres fruitiers, comme le pommier, le cerisier, le poirier, etc., acquièrent actuellement de l'importance, et un élevage mixte d'ovins, caprins et bovins de race locale.

La migration saisonnière de la population active en ville, souvent employée dans le secteur de l'habitat et des travaux publics, constitue également une source complémentaire de revenu pour l'ensemble des ménages des trois vallées. Plus récemment, et tout particulièrement dans la vallée d'Imnane, le tourisme, en cours de développement grâce à la proximité de la station de ski de l'Oukaïmeden et aux activités de randonnée dans l'ensemble du massif du Toukbal, point culminant du Maghreb, est venu s'ajouter aux activités agropastorales. Ce tourisme constitue, pour beaucoup d'individus restés sur place, et employés comme guides, accompagnateurs, moniteurs de ski, muletiers, responsables de gîte, vendeurs, etc., le principal moyen de rémunération. L'intégration de l'activité touristique représente ainsi l'un des principaux changements de ces dernières années dans la vallée d'Imnane (Cherkaoui, 2008).

L'agriculture dans cette région 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. Quant à l'élevage, il subit lui aussi différentes contraintes liées au climat et à la superficie limitée des pâturages. Pour ce qui concerne les infrastructures de santé, les vallées d'Azgour et d'Anougal disposent chacune d'un seul dispensaire fonctionnant avec un seul infirmier. La consultation médicale se fait une à deux fois par semaine. Quant aux populations d'Imnane, elles doivent se rendre à l'extérieur de la vallée, à Imlil ou Asni, pour bénéficier d'une structure de soins.

Les équipements modernes collectifs et individuels sont rares. Le réseau routier est constitué par des pistes qui deviennent impraticables en cas de tempête et ou de chute de

neige. Les déplacements intra et inter-douars sont assurés par l'animal, qui est le moyen de transport le plus fréquent. Au moment de notre enquête, l'électrification n'existait que dans la vallée d'Azgour et datait de 2001.

Dans ce contexte, nous avons mené notre étude avec pour objectif d'analyser la morbidité maternelle et les complications survenant pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et en post-partum et d'évaluer l'impact des facteurs socio-démographiques et sanitaires sur cette morbidité maternelle.

## **Sujets et méthodes**

L'étude de la morbidité maternelle et mortalité néonatale dans le Haut Atlas occidental a été réalisée au mois de mai et juin 2006. Il s'est agit tout d'abord d'une enquête exhaustive et rétrospective, basée sur la technique d'entretien direct à l'aide de questionnaires auprès des femmes mariées en âge de reproduction des trois vallées étudiées et les chefs des ménages. Cette enquête a été complétée d'une étude du registre obstétrical de l'hôpital d'Amizmiz et de focus group.

### **Population étudiée**

L'enquête étude a concerné 1 556 femmes mariées en âge de reproduction et 1 274 chefs de ménage. La répartition selon les vallées étudiées est la suivante :

- vallée d'Azgour : 581 femmes (37,3%) et 545 chefs des ménages (42,8%) ;
- vallée d'Anougal : 670 femmes (43,1%) et 586 chefs des ménages (43,1%) ;
- vallée d'Imnane : 305 femmes (19,6%) et 143 chefs des ménages (11,2%).

L'étude a également concerné 1 735 femmes ayant accouché dans la maternité de l'hôpital local d'Amizmiz durant la période 2002 2005.

### **Méthodes**

L'analyse a donc été basée sur l'exploitation des données provenant :

- 1. de deux questionnaires administrés lors de l'enquête en population générale :
  - \* 1.1. questionnaire « ménage » ;
  - \* 1.2. questionnaire « femme ».
- 2. du registre obstétrical existant dans les structures de santé de la zone en question
- 3. des focus-group organisés auprès des femmes.

#### ***1.1 – Questionnaire « ménage »***

Ce questionnaire nous a permis de collecter des informations sur l'identité du chef de ménage (âge, niveau d'instruction, état matrimonial, migration), ainsi que des informations sur les caractéristiques du logement (nombre de pièces, électrification...) et les caractéristiques relatives aux conditions de vie de la famille (accès aux médias, moyen de transport...). Ces informations nous ont ainsi permis de caractériser la structure démographique de la population, la structure des ménages, de l'habitat et d'évaluer les biens économiques des ménages (propriété agricole, dimension, moyens de confort...).

#### ***1.2 – Questionnaire individuel « femme »***

Ce questionnaire a été utilisé pour récolter des informations sur les femmes enquêtées. Il est constitué de 3 parties :

- La première partie porte sur les caractéristiques socio-démographiques de la femme enquêtée : nom, prénom, âge, alphabétisation, état matrimonial, etc.
- La deuxième partie, relative au comportement reproductif des femmes, comporte des informations sur leur histoire génésique (enfants vivants, mort-nés, fausses couches, enfants décédés), l'état de leur grossesse au moment de l'enquête et le désir d'avoir ou de ne pas avoir cette grossesse. Cette partie aborde également le suivi de la grossesse, le nombre de consultation en prénatal, les examens effectués par le professionnel de santé lors de la consultation, les infections génitales. Cette partie comporte aussi des items sur l'utilisation de méthodes contraceptives, le mode d'usage, le motif d'arrêt ou de non utilisation, sur la discussion de la planification familiale (PF) entre la femme et son mari, ainsi que sa position vis-à-vis de la planification familiale.
- La troisième partie s'intéresse à la morbidité maternelle : il s'agit d'obtenir des renseignements sur les problèmes ressentis pendant la dernière grossesse, le moment de sa survenue, le déroulement de l'accouchement, les conditions cliniques d'accouchement, les caractéristiques physiques des nouveau-nés, le lieu d'accouchement, la qualification de la personne ayant assisté à l'accouchement, le recours aux soins en post-partum, la durée de l'abstinence sexuelle du post-partum et l'allaitement. Ces informations ont été collectées dans le but d'évaluer la morbidité maternelle, le recours aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et en post-partum, d'appréhender les facteurs liés à la morbidité maternelle et d'estimer les déterminants de l'accouchement en milieu médical dans ces vallées.

Etant donnée la nature rétrospective de l'enquête menée dans ces vallées, le risque portait sur un oubli de la part des femmes de certains événements morbides et, encore plus, sur la mauvaise datation de nombre d'événements (dates de naissance, de décès, symptômes de morbidité...). Afin de pallier ces difficultés et avoir des données fiables, nous avons donc retenu pour cette étude, parmi l'ensemble des femmes en âge de reproduction enquêtées, 656 femmes ayant accouché durant les cinq dernières années précédant l'enquête (2001-2006), ce qui nous permet d'éviter au maximum les omissions et les erreurs de mémorisation des femmes. En outre, le recensement des examens effectués lors de la consultation prénatale n'a concerné que les femmes enceintes au moment de l'enquête pour des questions de fiabilité soit 107 femmes.

## ***2 – Le registre obstétrical***

Un registre est un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées (Arrêté du 6 novembre 1995 relatif au comité des registres, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)).

Le registre obstétrical a été mis en place au Maroc dans toutes les formations sanitaires (maternités hospitalières, maisons d'accouchement, etc.) où s'effectuent les accouchements. Il est destiné à enregistrer toute femme qui se présente à la formation sanitaire pour complication de la grossesse, accouchement normal ou compliqué et complication du post-partum. Il comprend :

- une partie relative à l'identification de la femme qui comporte la date et l'heure d'admission, le numéro d'admission de la femme dans la formation sanitaire, le numéro d'ordre dans lequel la femme s'est présentée dans la formation sanitaire ou dans le service, le nom et le prénom de la femme et ceux du conjoint et l'adresse de la femme.

- une partie réservée à la mère qui renseigne sur le motif d'entrée, le diagnostic de la parturiente à l'admission ou à défaut le symptôme qui a motivé l'hospitalisation, le mode d'accouchement et de délivrance, les complications présentées par la parturiente. Sur le registre, est noté également le cas où la parturiente avec une complication est prise en charge au niveau de la formation sanitaire ou référée vers une autre formation sanitaire ou décédée.

- une partie relative au nouveau-né qui consiste en l'état du nouveau né (mort-né ou vivant), le sexe, le poids à la naissance, la ou les complication(s) présentée(s) par le nouveau-né. En cas de complication, le nouveau-né est pris en charge au niveau de la formation sanitaire ou référé à un autre niveau. Une rubrique est réservée pour le décès du nouveau-né inférieur à 24h.

L'étude des données de ce registre avait pour objectif d'évaluer quantitativement et qualitativement les prestations offertes par la structure de santé, les complications relatives à l'accouchement et les réponses apportées par le système de soins.

L'analyse de ce registre a concerné 1 735 femmes ayant accouché dans la maternité de l'hôpital local d'Amizmiz durant la période 2002 2005.

### ***3 – Focus-group***

Pour compléter nos informations en matière des connaissances et perceptions de la population relative aux concepts de grossesse, morbidité maternelle, mortalité maternelle et néonatale et soin, nous avons eu recours à des Focus-Group (FG) auprès des femmes. Il s'agit d'entretiens semi-directifs conduits avec des groupes homogènes de 10 à 12 femmes. Au total, six FG ont été organisés. L'objectif fixé est d'apprécier les perceptions et les connaissances des femmes et leurs attitudes face aux complications obstétricales et néonatales et d'identifier les raisons de la faiblesse du recours aux services de santé. La collecte était effectuée à l'aide d'un guide de FG. La durée moyenne du FG était d'environ 45 minutes. Pour en faciliter le traitement, nous avons constitué une équipe de 3 personnes comportant un animateur ayant une expérience de la dynamique de groupe et 2 rapporteurs chargés de retranscrire l'intégralité de l'entretien par FG.

Durant les différentes phases de l'étude, les considérations éthiques ont été bien respectées. Les autorités, la population, ainsi que les professionnels de santé interviewés ont été informés sur le but le déroulement et la finalité de l'enquête. L'anonymat et la confidentialité des données ainsi que le retrait à tout moment sans préjudice ont été préservés.

### ***Saisie et analyse des données***

La saisie et le traitement statistique des données ont été réalisés par le logiciel SPSS, version 17. Les traitements statistiques effectués par ce logiciel concernent le calcul des fréquences, des moyennes, des écarts types, des tests de comparaison (test de Student, test d'Anova et test de Chi carré) et le modèle de régression logistique binaire pour estimer le degré d'associations entre les variables retenues dans notre étude.

## Les principaux résultats

### Les caractéristiques des femmes enquêtées

Sur les 656 femmes étudiées, 648, soit 99 %, sont mariées au moment de l'enquête, 1 % des femmes étant veuves ou divorcées. L'âge des femmes varie de 17 à 49 ans, avec une moyenne de 30,7 ans (écart-type = 7,2). La distribution des femmes par classes d'âge montre que plus des deux tiers des femmes (69,2 %) appartiennent à la classe d'âge 20-34 ans. Le reste est représenté par les deux autres classes d'âge (15-19 ans et plus de 35 ans) 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. Le total des grossesses survenues au cours des 5 dernières années précédant l'enquête est de 697 soit 1,1 grossesse par femme. Sur l'ensemble de ces grossesses, 10 % n'ont pas abouti à terme, 2,9 % ont donné lieu à des mort-nés et 87,1 % à des naissances vivantes.

Les mères ayant une parité considérée comme à plus haut risque, 1 enfant et 6 enfants et plus, représentent une part importante (39,2 %) des femmes étudiées. Le nombre d'enfants par femme varie de 1 à 12 avec une moyenne de 3,5 (écart-type = 2,3). Il faut noter à ce sujet que 72 % 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 milieu rural de la wilaya de Marrakech : 6,56 enfants par femme (R'KHA, 2005).

Les femmes analphabètes représentent 94 % de l'échantillon et le niveau d'étude des femmes alphabétisées ne dépasse pas le primaire. L'activité agricole reste la principale activité de la population étudiée, bien qu'elle s'exerce sur de petites parcelles. Dans cette étude, nous avons utilisé la dimension de l'exploitation comme élément d'évaluation des moyens économiques de la famille. La taille de l'exploitation familiale varie de 0 à 6,9 hectares, avec une moyenne de 0,7 hectare (écart type = 0,9 ha). Les ménages disposant d'une exploitation familiale d'un hectare et plus représentent 23,1 %, mais 25,8 % des femmes appartiennent à des ménages ne disposant pas de terre. Les médias (télévision, radio) existent chez 44,4 % des ménages.

### Morbidité maternelle

#### - *Prévalence de la morbidité maternelle*

Le groupe de femmes étudié est constitué de 656 femmes ayant accouché durant les cinq dernières années précédant l'enquête. L'analyse des données sur la morbidité maternelle déclarée montre qu'une femme sur quatre a contracté au moins un épisode morbide gravidique, soit 24,7%. Ce pourcentage est inférieur à celui enregistré à l'échelle nationale qui est de 29,2% (ENSME, 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 la grossesse, seules 7,7 % d'entre elles ont accouché dans les structures de santé.

#### - *Morbidité maternelle lors de la grossesse*

Les symptômes évocateurs de la morbidité ou de complications maternelles déclarées par les femmes sont exposés dans le tableau 1, en comparaison avec les données de l'ENSME, 1997. Notons que certains symptômes de morbidité énumérés dans notre étude

ne figurent pas parmi ceux de l'enquête car, dans notre étude, nous avons tenu compte de toutes les morbidités y compris les symptômes de morbidité mineurs.

Les symptômes de morbidités sont, par ordre d'importance, les œdèmes ou accumulation de liquide dans les tissus provoquant une enflure de la partie du corps affectée chez 7,2% des femmes, les symptômes évocateurs d'une infection puerpérale (leucorrhées, prurit, brûlures mictionnelles, douleurs lombaires) chez 1,7%, les vomissements graves (vomissements prolongés, au-delà de 3 mois, avec amaigrissement et présence de troubles hydro-électrolytiques et signes de déshydratation), chez 1,5%, la fièvre chez 0,6%, l'hypertension artérielle chez 0,5% des femmes et les hémorragies chez 0,2% (tableau 1).

Notons que 3,9% des femmes ont déclaré avoir contracté les œdèmes associés à des céphalées et à l'hypertension artérielle ; symptômes évocateurs de la toxémie gravidique.

Cependant, tous les taux de morbidité survenus lors de la grossesse et déclarés par les femmes étudiées demeurent très inférieurs à ceux enregistrés aussi bien au niveau régional qu'au niveau national (ENSME, 1997) (tableau 1).

**Tableau 1** : Les symptômes de morbidité ou de complications survenus pendant la dernière grossesse selon les déclarations des femmes

Symptômes de morbidité	Vallées étudiées, 2006 (n=656)		ENSME, 1997 En %	
	Fréquence	%	Milieu rural marocain	Région Marrakech Tensift Al Haouz
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 générale, hypotension artérielle...)	25	3,8	-	-
Source : Enquête Haut Atlas occidental, LEH-LPED, 2006 et ENSME, 1997.				

#### - *Morbidité maternelle lors de l'accouchement*

Les symptômes de morbidité et des complications déclarées par les femmes et ressentis lors de l'accouchement sont les hémorragies chez 1,2 %, les déchirures signalées chez 0,9 % et le travail prolongé au-delà de 12 heures chez 1,5 % (tableau 2). Ces

pourcentages restent très inférieurs à ceux enregistrés au niveau régional et national (ENSME, 1997). Selon l'étude approfondie de Aissaoui (1999), provenant des données de l'ENSME (1997), il a été démontré que le pourcentage des femmes qui ont déclaré avoir des déchirures est de 5,5 %. Dans la présente étude, les femmes ayant déclaré avoir eu des déchirures du périnée lors de l'accouchement ne représentent que 0,9 %.

Notons que 0,6 % des femmes ont déclaré avoir eu des convulsions lors de l'accouchement. Ce pourcentage est proche de celui enregistré au niveau régional qui est de 0,7% (ENSME, 1997). Les problèmes placentaires sont de l'ordre de 0,2 %, pourcentage également inférieur à celui trouvé en milieu rural aussi bien au niveau régional qu'au niveau national (ENSME, 1997).

**Tableau 2** : Les symptômes de morbidité ou de complications survenus pendant l'accouchement de la dernière grossesse, selon les déclarations des femmes.

Symptômes de morbidités	Vallées étudiées 2006 (n=656)		ENSFE, 1997	
	Fréquence	%	Milieu rural marocain	Marrakech Tensift Al Haouz
Travail prolongé	10	1,5	12,0	12,5
Hémorragies	8	1,2	11,1	7,7
Déchirures du périnée	6	0,9	-	-
Convulsions	4	0,6	2,3	0,7
Fièvre	3	0,5	12,9	3,3
Rétention placentaire	1	0,2	2,6	2,2
Problème cardiaque*	1	0,2	-	-

Source : Enquête Haut Atlas occidental, LEH-LPED, 2006 et ENSME, 1997.  
\* Réveil d'une cardiopathie méconnue

#### ***- Morbidité maternelle en post-partum***

Quant au post-partum, ce sont les hémorragies et les symptômes évocateurs de l'infection puerpérale (infection génitale, douleurs pelviennes) qui dominent avec respectivement 1,5 % et 1,8 % (tableau 3). La proportion des hémorragies coïncide avec celle trouvée au niveau régional par l'ENSME en 1997. Les anémies sont déclarées par 0,5 % des femmes, très loin du niveau national (32,3 % ; ENSME, 1997) et de celui enregistré parmi les femmes dans la vallée d'Azgour lors d'une enquête réalisée en 2004 (Zouini, 2005). Les résultats de cette étude ont montré aussi que 50,3 % des mères présentent une anémie. L'important écart entre nos deux enquêtes est dû au fait que l'examen et le dépistage de la femme de la première enquête a été fait par un professionnel de santé, alors que dans la présente étude, la fréquence trouvée est calculée sur la base de la déclaration des femmes.

**Tableau 3** : Les symptômes de morbidité ou de complications survenus en post-partum de la dernière grossesse selon les déclarations de la femme.

Symptômes de morbidités	Vallées étudiées		ENSFE, 1997	
	Fréquence	%	Milieu Rural marocain	Marrakech Tensift Al Haouz
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 et ENSME, 1997.

### - Morbidité maternelle et caractéristiques socio-démographiques

Les résultats de la morbidité maternelle ressentie par les femmes selon les caractéristiques socio-démographiques sont donnés par le tableau 4. Il ressort de ces résultats que l'appartenance à la vallée, l'alphabétisation des femmes, le lieu d'accouchement et la proximité du dispensaire sont associés statistiquement à la morbidité ressentie et déclarée par les femmes étudiées.

Ce sont les femmes de la vallée d'Azgour qui ont déclaré avoir eu le plus des symptômes de morbidité (36,4 %), suivies de leurs homologues des vallées d'Anougal et d'Imnane avec respectivement 18,5 % et 16,9 %. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les femmes de la vallée d'Azgour utilisent davantage les structures sanitaires, notamment pour les consultations prénatales lors desquelles la femme est informée par le professionnel de santé sur son état de santé et éventuellement sur les problèmes et les symptômes de morbidité qu'elle présente. En outre, les femmes bénéficient aussi des séances d'information, éducation et communication (IEC) sur la maternité sans risque. A l'inverse, les femmes de la vallée d'Imnane sont moins informées et moins prises en charge en raison de l'absence d'une structure de santé dans cette vallée. En plus de l'éloignement de la population du dispensaire, les accoucheuses traditionnelles de cette vallée n'ont pas bénéficié d'une formation intense comme celles des deux autres vallées. En effet, elles ont reçu une formation seulement d'une journée dans un dispensaire contre une formation de 5 jours au niveau de l'hôpital pour celles des vallées d'Azgour et d'Anougal.

L'alphabétisation des femmes intervient également et ce sont les femmes alphabétisées qui ont déclaré avoir eu davantage de symptômes de morbidité que les analphabètes, soit respectivement 39,8% et 24,3%.

Il a été démontré que le taux de la morbidité augmente indiscutablement chez les analphabètes. L'éducation de la femme constitue un moyen efficace contribuant aux changements des comportements, des habitudes et des croyances lui permettant de participer à la vie active et faire face aux problèmes de sa santé (FNUAP et USAID, 1991). Il favorise également le développement de la femme et l'amélioration de sa situation socio-économique (UNICEF, 1999). Une étude menée en Thaïlande a bien montré que l'éducation des mères a une influence significative sur l'utilisation des services de la santé maternelle et infantile. Cette étude a montré aussi que, même en

milieu rural où l'accessibilité physique est difficile, l'utilisation des services de santé demeure plus fréquente par les femmes instruites (Raghupathy, 1996). Le niveau d'instruction influence ainsi l'utilisation précoce des soins prénatals (Mc Caw-Binns *et coll.*, 1995).

Toutefois, dans notre étude, la meilleure connaissance des symptômes de morbidité, suscité par l'alphabétisation qui favorise l'assimilation par la femme des messages sanitaires transmis par les professionnels de santé, pourrait être à l'origine de la fréquence élevée des symptômes de morbidité déclarés par les femmes alphabétisées

De même, la morbidité maternelle semble plus élevée chez les femmes qui ont accouché dans les structures de santé que chez celles ayant accouché à domicile. Ceci démontre le fait que les femmes ayant accouché dans les structures de santé sont informées par la sage-femme sur le déroulement et les problèmes survenus lors de leur accouchement, contrairement à celles ayant accouché à domicile assistées par une accoucheuse traditionnelle ou une autre personne. Ces dernières ne sont pas ou sont moins en mesure de reconnaître et d'identifier certains risques de morbidité qui peuvent survenir lors de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum. Par ailleurs, les femmes n'ont recours 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. En effet, parmi les femmes ayant déclaré avoir eu une morbidité durant la grossesse ou au cours de l'accouchement, seules 33,7% d'entre elles ont accouché dans les structures de santé. Les autres femmes ont accouché chez elles malgré la présence des symptômes de morbidité.

Des écarts entre la morbidité ressentie sont également constatés selon la proximité d'un dispensaire. Ce sont les femmes qui résident à moins de 5 km et celles à plus de 10 km du dispensaire qui ont déclaré plus de symptômes de morbidité. Ceci est dû aux actions de sensibilisation menées par les accoucheuses traditionnelles dans les 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 au niveau de 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 éloignés des dispensaires afin de les orienter vers ceux-ci.

Les résultats du tableau 4 montrent également l'absence de différence statistiquement significative entre la survenue de la morbidité et l'âge de la femme, la parité, la structure du ménage, l'âge du chef du ménage, l'alphabétisation du chef du ménage, la taille de la propriété agricole, le lieu du travail du mari. Mais ces variables ne recouvrent pas véritablement des éléments de différenciation sociale ou économique entre les familles et elle ne permettent pas, par conséquent, de distinguer des groupes dans une population qui dispose de conditions de vie relativement similaires. .

**Tableau 4** : Association entre morbidité ressentie par les femmes durant la dernière grossesse et paramètres socio-démographiques

Variables	Modalités	Effectif Total des femmes	Au moins un symptôme de morbidité maternelle		Test de $\chi^2$
			n	%	
Vallée de résidence	Azgour	236	86	36,4	27,5***
	Anougale	302	56	18,5	
	Imnane	118	20	16,9	
Classes d'âge des femmes	15-19 ans	18	4	22,2	2,1 ns
	20-34 ans	450	107	23,8	
	35 et plus	183	53	28,9	
Alphabétisation de la femme	Alphabétisée	38	15	39,5	4,8*
	Analphabète	616	146	23,7	
Rang de la grossesse	1 <sup>er</sup>	111	21	19,1	3,3 ns
	2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup>	192	39	20,3	
	4 <sup>ème</sup> et plus	202	54	26,7	
Intervalle intergénéral	< 2ans	198	44	22,2	1,8 ns
	≥ 2ans	323	89	27,6	
Lieu d'accouchement	Structure de santé	150	50	33,3	7,6**
	Domicile	444	98	22,1	
Alphabétisation du mari	Alphabétisée	43	148	29,1	0,3 ns
	Analphabète	95	363	26,2	
Exploitation agricole (EA)	Sans EA	130	39	30,0	1,2 ns
	EA < 1ha	258	70	27,1	
	EA ≥ 1ha	114	27	23,7	
Lieu du travail du mari	Lieu de résidence	400	110	27,5	0,5 ns
	En ville	88	24	27,3	
Structure du ménage	Simple	289	83	28,7	1,9 ns
	Composé	227	53	23,3	
Présence des médias	Oui	220	59	26,8	0,1 ns
	Non	275	70	25,5	
Distance au dispensaire	Moins de 5km	190	44	28,4	6,3*
	5 à 10 km	348	98	16,9	
	Plus de 10 km	118	20	30,9	

\*  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,01$  ; \*\*\*  $p < 0,001$

L'analyse révèle l'existence d'un écart 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. Cet écart peut être expliqué par la méconnaissance des femmes des symptômes de la morbidité et des signes de risque résultant du taux d'analphabétisme très élevé, de l'éloignement des structures de santé (du premier recours et de référence) et du niveau socio-économique bas.

Les résultats issus de l'enquête révèlent aussi que la demande de la population en matière de soins obstétricaux reste faible. 48,6 % femmes ont consulté en prénatal dont 28,8 % d'entre elles ont assuré le suivi de leurs grossesses, mais seulement 25,4 % ont accouché dans les structures de santé. Cette faiblesse du recours aux soins de santé préventifs et curatifs apparaît liée aux représentations socioculturelles dans cette zone

montagneuse, aux contraintes économiques, aux difficultés d'accès aux soins et à une déficience de la couverture du système de santé.

Ainsi, et pour pouvoir expliquer ces écarts des prévalences enregistrés et vérifier les hypothèses avancées, nous avons exploité les données du registre obstétrical. De même, nous avons organisé des focus-group afin d'apprécier les connaissances des femmes et leurs perceptions relatives à la grossesse et la morbidité maternelle.

### **- Analyse des données du registre obstétrical**

Les données analysées proviennent du registre obstétrical de l'hôpital local d'Amizmiz qui représente la structure prodiguant les soins obstétricaux pour la population de la circonscription sanitaire dont la population des vallées d'Azgour et d'Anougal fait partie. Les informations recueillies nous ont permis non seulement d'apprécier la demande de la population relative aux soins obstétricaux mais également d'évaluer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'organisation de ces soins.

Nous avons exploité les données du registre obstétrical collectées au cours de la période 2002-2005 (période correspondant à celle ciblée par l'enquête), auprès de 1 418 femmes admises à l'hôpital Amizmiz pour l'accouchement et 317 femmes admises pour des problèmes obstétricaux.

Avant de présenter les résultats issus de l'analyse des données dudit registre, nous allons d'abord décrire l'offre de soins obstétricaux dans la zone étudiée.

#### **- Offre de soins obstétricaux dans la zone étudiée**

Les vallées d'Azgour et d'Anougal disposent chacune d'un seul dispensaire qui fonctionne avec un seul infirmier. Deux médecins, affectés récemment, y assurent une consultation médicale deux fois par semaine. Les prestations au niveau de ces dispensaires se limitent principalement aux programmes de prévention (surveillance de la grossesse, planification familiale, vaccination, hygiène du milieu et surveillance épidémiologique).

Quant aux accouchements, ils sont orientés vers l'hôpital local d'Amizmiz qui a une capacité de 25 lits dont 7 sont réservés aux accouchements et le reste destiné à l'hospitalisation des cas bénins avec un ratio de 0,35 lit pour 1 000 habitants. Ce ratio est deux fois inférieur à celui observé à l'échelle nationale et qui est de 0,76 lit pour 1 000 habitants.

Le personnel exerçant dans l'hôpital d'Amizmiz est constitué de 4 médecins généralistes et 14 infirmiers et infirmières dont 3 sages-femmes exerçant au sein de l'unité d'accouchement. Le ratio sage-femme/habitant est d'une sage-femme pour 23 700 habitants, soit un rapport près de 5 fois inférieur à la norme recommandée par l'OMS qui est d'une sage-femme pour 5 000 habitants. La moyenne annuelle d'accouchements réalisés dans cet hôpital durant la période d'observation était de 315.

#### **- Les complications obstétricales admises à l'hôpital**

Sur les 1 735 femmes qui ont été admises à l'hôpital d'Amizmiz, 1 418 accouchements effectués ont abouti à 1 408 naissances uniques et 10 gémellaires dont 28 mort-nés. Parmi les femmes admises, 8 accouchements ont eu lieu sur la route du centre de santé et 9 à domicile.

Ces cas compliqués admis à l'hôpital représentent 4,5 %, soit le tiers, des complications de la grossesse ou de l'accouchement assez graves nécessitant des soins

obstétricaux d'urgence dans un centre de santé. Le déficit est donc de 10,5 % puisque la norme acceptable est de 15 % (OMS, 2007).

Sur les 317 femmes ayant eu des complications, soit 17,3 % de l'ensemble des femmes admises à la maternité d'Amizmiz, 70 % d'entre elles ont été référées à la maternité hospitalière de Marrakech (tableau 5).

**Tableau 5** : Répartition des cas compliqués et leur devenir selon la provenance des femmes survenus durant la période 2002-2005

Lieu de provenance	Total femmes admises	Total des cas compliqués		Cas pris en charge		Cas référés	
		n	%	n	%	n	%
Vallée d'Azgour	77	15	19,4	5	33,3	10	66,7
Vallée d'Anougal	104	18	17,3	5	27,8	13	72,2
Amizmiz et autres localités	1 554	267	17,2	80	30,0	187	70,0
Total	1 735	300	17,3	90	30,0	210	70,0

***- Devenir des cas compliqués des vallées d'Azgour et d'Anougal***

Sur les 183 femmes admises en provenance des vallées étudiées, durant la période 2002-2005, 33 d'entre elles présentaient des complications, soit une fréquence de 18 % de cas compliqués. Quant au devenir de ces cas compliqués, près de la moitié d'entre eux (48,5 %) ont été référés à la maternité hospitalière de Marrakech (tableau 6). Les infections puerpérales, les grossesses extra-utérines, ainsi que la majorité des cas présentant un travail prolongé ou bloqué sont également référés à Marrakech, car le plateau technique disponible à Amizmiz et le manque de professionnel qualifié ne permettaient pas de les prendre en charge.

En plus, parmi les cas compliqués provenant de ces vallées étudiées, trois cas dystociques ont accouché en route, ceci étant probablement dû au retard de la prise de décision pour recourir au service de santé. De même, 3 autres cas compliqués dont l'accouchement a eu lieu à domicile ont été également admis dont 2 femmes avaient une rétention placentaire et une femme avait une rétention de la tête du bébé.

**Tableau 6** : Distribution des femmes admises à l'hôpital local d'Amizmiz issues des vallées d'Azgour et d'Anougal selon la complication et/ou le risque présenté.

Dystocie/Complication	Fréquence	% par rapport à l'ensemble des complications (n=33)	% par rapport à l'ensemble des femmes admises (n=183)	Cas référés à Marrakech	
				Effectif	%
Hémorragie	5	15,2	2,8	2	40
Travail prolongé	5	15,2	2,8	5	100
Souffrance	4	12,1	2,2	2	50
Procidence du cordon	3	9,1	1,7	2	40
Avortement	3	9,1	1,7	0	0
Hypocinésie	3	9,1	1,7	1	33
Rétention placentaire *	3	9,1	1,7	0	0
Mort in utero	2	6,1	1,1	0	0
Petit taille	2	6,1	1,1	1	50
Défaut de dégagement	1	3,0	0,6	1	100
Rétention de la tête	1	3,0	0,6	1	100
Antécédent de césarienne	1	3,0	0,6	1	100
Total	33	100,0	18,2	16	48,5

\* *Accouchement à domicile*

On constate, à travers ces résultats, que la prise en charge des cas compliqués demeure faible et n'atteint même pas 30 % des femmes admises en raison de l'insuffisance en personnel qualifié et du faible développement du plateau technique de la structure sanitaire.

En définitive les données des registres obstétricaux nous ont permis de mettre en évidence les principales morbidités maternelles, les demandes des populations en matière de traitement de ces morbidités ainsi que la manière dont le système de soin à l'hôpital local répond à la demande des populations de traitement de ces morbidités, notamment par le référencement à l'hôpital de Marrakech des cas compliqués.

**- Connaissances, perception des femmes en matière de santé maternelle à travers l'étude des focus group**

A travers les six focus-group organisés, nous avons essayé, par l'analyse du contenu des discours, d'apprécier les perceptions et les connaissances des femmes et leurs attitudes face aux complications obstétricales et néonatales et d'identifier les raisons de la faiblesse de leur recours aux services de santé. Dans les développements suivants, nous présenterons les principaux éléments énoncés par les femmes et les conclusions que nous pouvons en tirer quant aux connaissances et perceptions des femmes relatives aux principaux moments de leur vie génésique.

**- Connaissances, perception des femmes et grossesse**

*- Dès que la femme se marie, tout l'entourage lui demande si elle est enceinte ou pas encore, ...on se marie pour avoir des enfants.*

*- ...la grossesse c'est l'affaire de Dieu..., lorsque la femme devient somnolente avec des envies « tchaha » et la lourdeur des seins, et les vomissements « trara », elle est incontestablement enceinte.*

- *La femme doit enfanter quelques mois après le mariage, sinon elle a certainement un problème, ... elle doit voir la « kabla », ... parfois un simple massage suffit sans recourir au médecin, ... il y a des choses que le médecin ne peut savoir, ... exemple de Mme Fatima, elle a consulté plusieurs médecins, mais en fin de compte c'est la « kabla » qui a pu l'aider.*

- *On n'ose pas dire aux beaux parents qu'on est enceinte, mais ils comprennent par les changements que la femme a eu lorsqu'elle tombe enceinte, ils ont de l'expérience, ... parfois elle est révélée par le conjoint ou par la mère de l'épouse.*

- *Une grossesse révélée à son début, peut changer le sexe de l'enfant et la femme accouchera une fille au lieu d'un garçon.*

D'après ces déclarations, il apparaît que le principal but du mariage c'est d'avoir des enfants. La femme doit tomber enceinte dans les mois qui suivent le mariage. Tout retard traduit l'existence d'un problème chez la femme que la « kabla » est parfois capable de résoudre.

La grossesse est considérée comme une chose divine. La jeune femme vivant avec la famille du conjoint n'ose pas révéler sa grossesse car être enceinte est une preuve d'un rapport sexuel ce qui est sujet tabou. L'entourage identifie la grossesse par ses signes tels que la somnolence, les envies, la fatigue et les nausées ou vomissements. La grossesse ne doit pas être révélée aux autres, surtout à son début par peur d'avoir des problèmes tels que l'avortement, l'atteinte de la santé du fœtus ou encore le changement du sexe de l'enfant entraînant la femme à n'avoir que des filles. Ces problèmes résultent, pour les femmes interrogées, du « mauvais œil » et traduit la préférence de la population à avoir des enfants de sexe masculin.

#### **- *Connaissances, perception des femmes et l'accouchement***

- *C'est bien d'accoucher dans la structure de santé par le professionnel de santé car il a les médicaments et le matériel pour sauver la femme.*

- *Même si on veut aller à la structure de santé « Nesbitar », elle est loin de nos localités et le transport n'est pas disponible à tout moment.*

- *Notre « kabla » a assisté presque toutes les femmes du douar pour au moins un enfant ...*

- *Tout le monde l'appelle dès que la femme ait des contractions, mais lorsque l'état de la femme devient préoccupant c'est à dire la femme a beaucoup saigné « alfida », en cas de rétention du placenta « timaten ourad ifough », perte de conscience « tamgharte tghayb », la kabla juge que l'accouchement est très difficile à ce moment, donc le recours à la structure de santé s'envisage.*

- *Toutes les femmes n'accouchent pas à l'hôpital d'Amizmiz, parfois elles sont envoyées à Marrakech là où toutes les femmes sont sanctionnées par une intervention chirurgicale « laftih amokor »... C'est un acte dangereux pour la femme après l'accouchement car la femme perd ses forces, ... la femme ne peut plus être comme avant.*

- *Il faut beaucoup de temps pour la guérison et nécessite des déplacements pour les soins et le contrôle..., nos hommes n'ont pas les moyens pour couvrir les frais de santé de la femme et ce qu'ils gagnent satisfait à peine les besoins nécessaires et encore !.*

- *Nos maris partent en ville pour travailler et pour nous rapporter de l'argent pour vivre, ils ne viennent que par occasion et nous les femmes on travaille ici dans les champs, l'élevage, ramassage du bois...*

- *On doit travailler pour nos enfants et pour aider les hommes, mais le travail au « jbel » (montagne) est pénible et détruit la santé..., on est habitué à cette corvée.*

La majorité des femmes ayant participé à ces entretiens sont conscientes que l'hôpital est le lieu le plus sécurisé pour l'accouchement. Cependant, ces femmes préfèrent accoucher à domicile. Ce choix est inhérent à l'insuffisance de moyen financier et à l'éloignement de la structure de santé. Par ailleurs, la migration des maris en ville fait obstacle pour certaines à l'utilisation des services de santé, car la femme, en l'absence de son mari, doit veiller sur son foyer et ses enfants. La décision d'aller accoucher dans la structure de santé dépend de l'entourage ainsi que des moyens financiers dont elle dispose. Cette décision n'est généralement prise qu'après plusieurs tentatives d'accouchement à domicile, assisté par l'accoucheuse traditionnelle «*kabla*» du douar envers qui les femmes ont beaucoup d'estime et de confiance. La «*kabla*» constitue donc la personne à qui on a recours en premier lieu. D'où la nécessité du recyclage de ces accoucheuses traditionnelles des villages.

Les femmes privilégient également l'accouchement à domicile par peur d'être envoyées à l'hôpital en ville. La référence à l'hôpital de Marrakech signifie que la femme va subir une césarienne qui est considérée comme une condamnation et non pas comme un acte permettant de sauver la femme. La césarienne est perçue comme une situation de menace à la santé non seulement au moment de l'accouchement, mais aussi à long terme. De plus, elle engendre des dépenses qui dépassent leurs moyens.

#### **- Connaissances, perception des femmes et morbidité maternelle**

- «*trara*» (vomissements) et «*iggoute guiss itts*» (sommeil excessif) et «*tgoulit*» (vertiges) sont des signes de grossesse.

- la femme ressent aussi «*rmoyte*» (de la fatigue), «*Inghate ikhf*» (des céphalées) et parfois des «*Azbbar ftahaboout*» (douleurs abdominales).

- Toutes les femmes ressentent ces malaises, c'est normal.

- Ces symptômes disparaissent tous seuls sans traitement après un certain temps.

- «*Boussffir*» ou «*tasfrit*» (anémie) est dangereux, elle peut tuer la femme.

- «*lkalb it farfar*» (palpitations), «*tamghart tghayb*» (perte conscience), «*lfida*» (hémorragie) et le travail prolongé (plus de 3 jours) ce sont de mauvais signes, il faut emmener la femme à l'hôpital pour la sauver.

- «*tammara*» (corvée) cause énormément de problèmes de santé comme «*tsrag*» (avortement), «*fida*» (hémorragie), «*abezaguen idarne*» (membres inférieurs enflés).

Certains signes de grossesse tels que les vomissements, la fatigue, les céphalées, les douleurs abdominales sont considérés comme normaux. Seuls l'anémie, les palpitations, la perte de conscience, l'hémorragie et le travail prolongé (plus de 3 jours) ont été identifiés comme des signes morbides et également perçus comme des problèmes de santé graves, nécessitent le recours aux soins.

Dans l'esprit des femmes, la morbidité résulte des travaux pénibles qu'elles assument, tels que le port des charges lourdes (bois, eau...) qui peuvent aussi engendrer des problèmes de type avortement, œdème, hémorragies, etc.

#### **- Connaissances, perception des femmes et soins prodigués**

- Ce qui est écrit est écrit, c'est le «*maktoube*»..., mais, c'est important de consulter en prénatal car si tout va bien lors de la grossesse, on peut accoucher à domicile.

- On consulte au dispensaire, l'infirmier nous donne «*lfanide lbousfar*» (comprimés de fer)..., mais consulter à l'hôpital c'est mieux or c'est très loin..., il faut consacrer une journée pour y aller.

- A l'hôpital, il y a des infirmières de sexe féminin mais il se trouve très loin des douars..., ici il y a seulement l'infirmier, sexe masculin, qui nous donne des médicaments en cas de problème de santé léger (fièvre, grippe), de la pilule et vaccine nos enfants. Mais pour les problèmes intimes, il faut aller à l'hôpital à Amizmiz, village où il y a un médecin femme, des infirmières et l'échographe « telfaza », mais c'est très loin.

- Les femmes du rural n'ont ni le pouvoir, ni les moyens pour aller consulter même si elles sont malades, comme les femmes de la ville.

- Les villageois qui ont leurs familles en ville peuvent les héberger et les soutenir, mais la plupart des ménages n'ont pas quelqu'un en ville, ils ont Dieu « Illa Rabi ».

- Chez nous c'est la « kabla » qui se charge des femmes en cas de problème.

- La femme qui présente « tjaria » (métrorragies) elle consulte « le fkih » (homme qui détient le savoir religieux) qui traite efficacement ce genre de problème.

La consultation prénatale (CPN) pratiquée en dehors de la morbidité pour se renseigner sur la bonne évolution de la grossesse encourage et incite la femme à accoucher à domicile. L'accouchement à domicile semble être apprécié par les femmes. Dans l'esprit des femmes, le lieu d'accouchement ne va pas changer le destin. Cependant, les femmes, notamment les plus jeunes, sont persuadées que la médecine peut résoudre leurs problèmes de santé mais leurs conditions (moyens financiers, absence du mari) ne leur permettent pas d'aller consulter, même en cas de maladie.

Les jeunes femmes ainsi que les femmes ayant eu de mauvaises expériences (déchirures, hémorragies, dystocie) lors des grossesses précédentes semblent être celles qui privilégient l'accouchement dans les structures de santé. Cependant, la femme n'est pas la seule à décider du lieu d'accouchement. Le recours aux services de santé ne se fait généralement qu'après avoir consulté l'accoucheuse traditionnelle.

Le sexe du professionnel de santé exerçant dans les dispensaires situés dans les vallées constitue une limite à l'utilisation et aux recours aux soins, notamment pour les problèmes de santé intimes. A l'inverse, l'échographe semble être un moyen qui valorise la qualité de la prestation. Il pourrait être un atout pour optimiser l'utilisation des services de santé.

Le niveau socio-économique du ménage constitue aussi une barrière au recours aux soins. En effet, le coût qu'engendre une référence à Marrakech conduit les femmes à accoucher à domicile. En plus, la ville constitue une menace pour la sécurité des accompagnateurs.

En cas de morbidité, les recours thérapeutiques sont multiples. Il s'agit d'un recours associant les méthodes traditionnelles et la médecine moderne. Les pratiques thérapeutiques traditionnelles utilisées sont diverses. Les talismans portés par les femmes autour du cou ou du ventre sont confectionnés par le « Fkih » pour les guérir.

#### **- Connaissances, perception des femmes et mortalité maternelle et néonatale**

- La mort a son échéancier « Ajal »

- Lors de l'accouchement, la parturiente a une jambe dans ce monde et l'autre dans l'au-delà.

- La tombe de l'accouchée reste ouverte 40 jours.

- La femme qui meurt pendant l'accouchement ou « n'fas » (post-partum) ira au paradis.

- Aujourd'hui la médecine peut traiter beaucoup de problèmes de santé et il suffit d'avoir les moyens.

- *On dit si le père meurt, les enfants couchent en ayant comme coussin le genou de la mère et si la mère meurt, les enfants couchent au seuil de la porte.*

- *Le ventre de la femme est plein d'enfants et les enfants qui décèdent très jeunes sont des anges qui vont aider leur maman au paradis.*

La mort est une décision de Dieu. La femme qui meurt au cours de l'accouchement ou en post-partum ira au paradis. Deux complications, à savoir l'hémorragie et la rétention placentaire, sont reconnues par les femmes comme des complications dangereuses susceptibles de conduire à la mort « *placenta remonte au cœur* ».

Le décès de la mère est un drame dont seuls les enfants subissent les conséquences. La mort d'un enfant n'est pas aussi dramatique que celle de la mère. Si l'enfant meurt, la femme peut en avoir d'autres.

D'après ce discours des femmes, les connaissances de la population en matière des risques liés à la grossesse et l'accouchement paraissent très insuffisantes. Certains symptômes alarmants sont perçus comme des pathologies banales avec des recours thérapeutiques traditionnels inadéquats (« *Fkih* », « *Kabla...* »). Les différents recours thérapeutiques de la population témoignent de leur manque d'information. Par ailleurs, le centre de santé qui peut combler ce manque d'information reste inaccessible par son éloignement et également par son fonctionnement, surtout avec un prestataire de sexe masculin.

Les femmes les plus jeunes semblent les plus conscientes des risques de l'accouchement à domicile. Elles sont aussi persuadées que les services de santé sont les lieux les plus sécurisés et les plus aptes à résoudre les problèmes de santé auxquels elles sont exposées. La pratique de l'accouchement à domicile et le non recours aux services de santé maternelle reste tributaire de facteur d'ordre socio-économiques (éloignement des services de santé, manque de moyens...) et socio-culturels (connaissances insuffisantes et perceptions erronées...).

## **Conclusion**

Notre étude s'est fondée tout d'abord sur l'analyse des données d'une enquête rétrospective menée auprès des femmes et des chefs de ménages des vallées du Haut Atlas occidental. Les résultats ont montré l'existence d'un écart important entre les prévalences des symptômes de la morbidité maternelle enregistrées dans ces vallées et celles mesurées aux échelles régionale et nationale. Or, les caractéristiques géographiques, économiques et culturelles de ces zones de montagne éloignées des infrastructures sociales suscitent des conditions de vie pour la femme, et notamment pour la femme enceinte, particulièrement difficiles qui favorisent la recrudescence des morbidités maternelles.

Mais la mesure de la morbidité maternelle dans des populations analphabètes, par notre méthode d'enquête rétrospective, n'a pas reposé sur des informations entièrement fiables et conformes à la réalité. Elle nous a seulement autorisé à enregistrer les morbidités telles qu'elles sont ressenties par les femmes. Cependant, à travers les données de cette enquête, nous avons pu analyser et comprendre certains aspects des morbidités maternelles en les reliant avec les caractéristiques socio-économiques et culturelles des femmes ainsi qu'avec les thérapies (traditionnelles ou biomédicales) qui lui sont associées.

En complément, les données des registres obstétricaux nous ont permis de mettre en évidence les principales morbidités maternelles, les demandes des populations en matière de traitement de ces morbidités ainsi que la manière dont le système de soin à

l'hôpital local répond à la demande des populations de traitement de ces morbidités, notamment par le référencement à l'hôpital de Marrakech des cas compliqués.

En complément, l'analyse du contenu des discours des femmes, lors des six focus group organisés, a permis de mieux connaître les perceptions et les connaissances des femmes en matière de grossesses et d'accouchement et de mieux appréhender leurs attitudes face aux complications obstétricales et néonatales tout en identifiant les raisons de la faiblesse de leur recours aux services de santé.

En définitive, sur un sujet difficile à saisir et à mesurer, la mise en place, pour cette étude de la morbidité maternelle, d'un système associant trois types d'observation complémentaires nous a permis d'estimer la fréquence et la nature des morbidités maternelles, de mieux comprendre l'articulation entre la demande des femmes en matière de soins maternels et l'offre par le système de santé : une articulation demande-offre que la connaissance des perceptions des femmes nous permet de mieux interpréter. À cet égard, l'association entre observation quantitative et observation qualitative comme celle entre enquête en population générale et étude des registres sanitaires apparaît majeure pour appréhender un phénomène comme la morbidité maternelle dans la mesure où les connaissances des femmes en la matière comme l'offre de soins par le système de santé conditionnent tout à la fois l'appréhension par les femmes de leur état morbide comme la réussite des méthodes de prévention et de thérapie.

### **Références bibliographiques**

- Aissaoui M., 1999. *La morbidité maternelle gravido-puerperale au Maroc*, Mémoire de Maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Public. Institut national d'Administration Sanitaire.
- 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 ., Graham W. J., 1990. *Measuring maternal mortality and morbidity: Levels and Trends* . Maternal and child Epidemiology Unit. London School of hygiene and Tropical Medecine. Publication n° 2. London , pp. 33-54
- Cherkaoui M. *et coll.*, 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)*. Colloque d'évaluation du Programme Volubilis-Fez (Maroc, 17 et 18 Octobre 2008).
- 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.
- 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.
- FNUAP et USAID, 1991. « Maternité sans risque ». Actes de la Conférence maghrébine, Marrakech, 23-26 octobre 1991.

- Graham W., Filippi V., Ronsmans C., 1996. Demonstrating programme impact on maternal mortality. *Health Policy and Planning*, 1996, 11 (1): 16-20.
- HCP, 2011. *Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés 2009-2010*, Rabat, le 14 mars 2011
- Mc Caw-Binns A., La Grenade J., Ashley D., 1995. Under-users of Antenatal Care: A comparison of Non-attenders and Late attenders for antenatal care, With Early Attenders. *SciMed*. Vol 40, n° 7, pp.1003-12.
- 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, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale, *Mortalité maternelle en 2005. Estimations de l'OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale*, OMS, Genève 2007, p. 40.
- Raghupathy S., 1996. Education and use of maternal Health Care in Thailand. *Soc. Sci. Med*. Vol 43, n°4, pp 459-71.
- Sabir B., 2009. *Etude biodémographique et génétique d'une population berbérophone du Haut Atlas de Marrakech (Vallée d'Imnane, Cercle d'Asni)*. Thèse d'Etat, Univ. Cadi Ayyad, Faculté Sciences Semlalia, Marrakech.
- United Nations Children's Fund, 1999. *Programme pour une maternité sans risque. Directives pour la survie de la mère et du nouveau-né*, p : 11.
- Zouini M., 2005. *Alimentation et état nutritionnel des enfants âgés de 0 à 5 ans dans la vallée d'Azgour, Province d'Al Haouz*. Colloque du groupement des anthropologues de langue française (GALF 2005), Toulouse, France.