

# Les modes de régulation de la reproduction humaine

## Incidences sur la fécondité et la santé

*Colloque international de Delphes (6-10 octobre 1992)*



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

**AIDELF**

# Politique de population et son impact sur la fécondité au Maroc

---

**Mostafa TADILI FARISS**

Ministère du Plan, Rabat, Maroc

## Introduction

Une politique de population se définit comme un ensemble de mesures et de programmes destinés à contribuer à la réalisation des objectifs économiques, sociaux, démographiques et autres objectifs collectifs en intervenant sur les variables démographiques telles que la fécondité, la mortalité, la distribution spatiale de la population et la migration internationale. Dans ce cadre, la mise en place de programmes de planification familiale est considérée comme l'une des mesures d'intervention utilisée par les gouvernements pour agir sur la croissance de la population, voire aussi sur le bien être familial.

La présente communication essaiera d'aborder la planification familiale au Maroc en tant qu'instrument de la politique démographique. Il s'agira en premier lieu d'en donner un aperçu - sur son aspect législatif et sur sa concrétisation dans les différents plans de développement - puis de suivre l'évolution de la fécondité des femmes marocaines durant la période 1966-1987, et enfin de mesurer l'impact de la contraception moderne sur la fécondité par le biais de la méthode de la fréquence de J. Bongaarts (1986).

Pour cela, seront utilisées les sources de données démographiques suivantes :

1. L'Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale réalisée en 1979/1980,
2. L'Enquête Nationale de Prévalence Contraceptive de 1983/1984,
3. L'Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la Population effectuée en 1987.

## I - La planification familiale au Maroc

Depuis 1974, la majorité des gouvernements à travers le monde appuient le planning familial au niveau de leurs politiques de santé et de planification démographique. Le Maroc adopta cette politique dès 1967.

### 1 Cadre législatif et organisationnel

Dans le cadre des études sur la population et le développement, le Secrétariat d'Etat au Plan attira, en 1965, l'attention des responsables marocains sur les relations à moyen et à long terme entre la croissance démographique et le développement socio-économique. De ce fait, suite au Décret Royal (180/66) du 26 Août 1966, on assista à la création de la Commission Supérieure et des Commissions Locales de la Population. Les tâches de ces commissions étaient axées principalement sur l'élaboration, la coordination et le contrôle de la mise en oeuvre de la politique gouvernementale concernant l'accroissement démographique.

Le 11 décembre 1967, Le Roi apposa sa signature sur la Déclaration des Chefs d'Etats sur la population qui stipule, entre autres, qu'«une paix durable et significative ne peut être instaurée sans faire face au problème de l'explosion démographique»<sup>(1)</sup>. De même, dans l'objectif d'encourager le contrôle des naissances, un autre Décret Royal vint, le 1<sup>er</sup> Juillet 1967, abroger la loi interdisant la propagande anticonceptionnelle et libéraliser la pratique de l'avortement thérapeutique<sup>(2)</sup>.

De plus, par les différentes circulaires qui ont vu le jour de 1966 à 1969, le Ministère de la Santé Publique mit en place les premiers jalons d'une politique de planification familiale et offra les premières consultations dans le cadre des centres de santé urbains. A cet égard, on créa en 1971 l'Association Marocaine de Planification Familiale dans le but de l'information, l'éducation et la motivation de la population marocaine en matière de planification familiale. Les activités de cette association se sont étendues progressivement pour englober l'offre de prestations de services, et, un programme de distribution de contraceptifs à base communautaire par l'intermédiaire des foyers de femmes et de l'Union des Femmes Marocaines.

Mais ce n'est qu'en 1976, suite à la réorganisation du Ministère de la Santé Publique, que le Service Central de Planification Familiale et la Division de la Population furent créés. Depuis, des centres spécialisés en planification familiale (centres de référence) fonctionnent et font partie intégrante des services d'infrastructure d'action ambulatoire provincial ou préfectoral.

Au niveau provincial, les activités de planification familiale sont intégrées dans les circonscriptions sanitaires et dans les centres de santé urbains et ruraux. En octobre 1977, le Programme de Visites à Domicile de Motivation Systématique en Santé Primaire (V.D.M.S-SP) a commencé dans la province de Marrakech.

Progressivement ce programme s'est étendu allant de 3 provinces en 1981 à 11 en 1983 pour couvrir<sup>(3)</sup> par la suite 43 provinces parmi les 49 que compte le Maroc.

Cela étant, l'évolution doctrinale des autorités sanitaires marocaines s'est traduite, en juillet 1980, par la création du Comité National de Planification Familiale. Celui-ci, placé sous l'autorité du Ministère de la Santé Publique, assure l'approfondissement de la réflexion sur les problèmes de planification familiale dans le but de chercher de

(1) Cité dans *Le planning familial dans le monde*, A.M. Dourlen-Rollier, Petite Bibliothèque Payot, 1969.

(2) Ce décret accorde de larges possibilités d'appréciation au médecin pour juger des conditions et des différents degrés pour lesquels "la santé de la mère est à sauvegarder ou sa vie est en danger".

(3) Cette extension est réalisée avec l'aide du FNUAP et la collaboration de l'USAID.

nouvelles solutions tenant compte de la réalité marocaine et de la nécessité d'une relance constante du programme de planification familiale.

## **2 La planification familiale à travers les plans de développement économique et social**

A la suite d'une mission d'experts de la Banque Mondiale au Maroc au printemps 1964 et des deux Décrets Royaux de 1966 et 1967, le gouvernement marocain rendit la population responsable de sa croissance et de la persistance de la stagnation de l'économie nationale. Il introduit ainsi la politique de limitation des naissances au niveau de la planification économique et sociale dès 1968 pour lui donner le statut de priorité nationale dans le plan quinquennal 1973/77.

C'est ainsi que le plan relatif à la période quinquennale 1968/72 recommanda de diminuer le taux brut de natalité de 10% en le faisant passer de 50 pour mille à 45 pour mille en cinq ans. L'objectif à long terme était d'atteindre un TBN de l'ordre de 35 pour mille entre 1980 et 1985. Pour cela, le programme d'action proposé par le plan consistait en des consultations de planification dans les centres de santé, les dispensaires, les unités mobiles, les hôpitaux et les maternités pour assurer la distribution de produits anticonceptionnels et insérer 500.000 appareils intra-utérins.

Cette action devait s'accompagner d'un programme d'information et d'éducation auprès des ménages par le biais d'animateurs(rices) devant atteindre un effectif de l'ordre de 600 personnes à la fin de ce plan. De plus, le plan envisagea la création de la Direction des Services Techniques et de la Planification Familiale au Ministère de la Santé Publique dont les tâches seraient l'élaboration, l'exécution et l'évaluation du programme de planning familial.

Durant la période quinquennale suivante, 1973/77, on donna à la planification familiale une priorité nationale et on envisagea de la soutenir par un programme gouvernemental d'information, de motivation et d'éducation dans lequel interviendraient les ministères de l'Information, de l'Intérieur, de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, etc. Le plan de 1973/77 envisagea la réduction du taux brut de natalité de 49 pour mille à 43 pour mille en cinq ans. De plus, la faible réalisation du plan de 1968/72 (13,7 % comme taux d'insertion de DIU) a révélé que la demande latente de contraception n'a pu se concrétiser faute d'une sensibilisation suffisante. Aussi le plan de 1973/77 envisagea-t-il l'insertion de 391 390 appareils intra-utérins en cinq ans.

Le plan de 1978/80, quant à lui, contient la proclamation la plus discrète, sinon la plus modeste, en matière de planification familiale. Ce n'est qu'à l'issue d'un conseil de ministres présidé par Sa Majesté le Roi, le 8 novembre 1978, qu'une proclamation plus ferme a été faite en matière de population : les problèmes démographiques devenaient la priorité des priorités nationales. Malgré le faible taux de réalisation du plan précédent (6,4 % pour les insertions de DIU) et le taux élevé de retrait (61,1 %), le plan de 1978/80 a maintenu les objectifs précédents et recommanda la réactivation de la Commission Supérieure et des Commissions Provinciales de la Population.

Cependant, au début des années 80, on assista à la disparition du caractère impérieux de la politique de limitation des naissances dans les programmes gouvernementaux. Ainsi, le plan quinquennal de 1981/85 révéla, concernant les réalisations du plan précédent, que 10 % seulement des femmes âgées de 15 à 44 ans utilisaient un procédé

contraceptif en 1980 alors que l'objectif du plan précédent visait la couverture de 24 % des femmes en âge de procréer.

Après 1985, le Maroc connût une rupture dans la politique de planification pendant 2 ans pour la poursuivre de nouveau à travers une nouvelle vision consistant en une ouverture sur le long-terme par le biais d'analyses globales et prospectives. C'est dans ce cadre que fût élaboré le plan d'orientation pour le développement économique et social de 1988/92. Ce plan, ne vise pas d'objectifs quantifiés en matière de planification familiale. On note seulement des recommandations concernant le développement de l'infrastructure sanitaire, les soins de santé de base et les programmes visant l'espace-ment des naissances.

## II - Evolution de la fécondité au Maroc

Comme dans d'autres pays maghrébins et arabes, la fécondité du Maroc a augmenté depuis le début du siècle sous l'effet de la diminution de la stérilité, de la mortalité intra-utérine, du divorce et du veuvage, qui favorisent l'allongement de la vie du couple et par conséquent les naissances nombreuses. La fécondité a ainsi culminé au début des années soixante-dix : l'indice synthétique de fécondité était de 6,21 enfants par femme en 1966-67.

Dès 1980, l'enquête marocaine de fécondité révélait un indice sensiblement plus bas : 5,91 enfants par femme. Le recensement de la population de 1982 a révélé un ISF de 5,52 amorçant ainsi un rythme de baisse rapide. L'Enquête Nationale sur la Population et la Santé de 1987 donne un ISF de 4,58 enfants par femme pour la période 1984-87.

L'Enquête Démographique à Passages Répétés, dernière mesure fiable entreprise 5 ans environ après le recensement, montre, quant à elle, que cet indice est passé à 4,46 enfants par femme (voir tableau 1).

TABLEAU 1 : EVOLUTION DE L'ISF DE 1966 A 1987  
SELON LE MILIEU DE RESIDENCE

Période	Milieu	Urbain	Rural	Ensemble
1966/67 (C.A.P.)		-	-	6,21 <sup>(1)</sup>
1975/79 (ENFPF)		4,38	7,02	5,91
1981/82 (RGPH 82)		4,29	6,59	5,52
1981-83 (ENPC)		3,68	6,66	5,80
1984/87 (ENPS)		3,19	5,86	4,58
1986/87 (ENDPR)		2,84	5,97	4,46

Sources : Direction de la Statistique, ENDPR 86/88, Rapport préliminaire, 1989, p.24.

- (1) Ben Cheikh, 1989 « Essai d'estimation des principaux paramètres démographiques du Maroc dans la période 1950/82 » p.46 (mémoire de 3<sup>e</sup> cycle, INSEA).  
(-) Données non disponibles.

La diminution de 1,06 enfants de l'indice entre 1982 et 1987 est, bien entendu, la résultante de l'élévation de l'âge au mariage, de l'intensification des pratiques contraceptives et de leur efficacité accrue. Jusqu'alors, l'effet de la nuptialité dans la diminution de la fécondité était dominant ; il est vrai que l'âge au premier mariage des marocaines est passé de 17,3 ans en 1960 à 19,5 ans en 1971 et à 22,2 ans en 1982, atteignant 24 ans en 1987.

Une fécondité en diminution n'est plus, au Maroc, l'apanage des classes aisées. Tardive certes, la transition démographique en milieu rural devient une réalité. La diminution y est évidemment plus modeste : 5,97 enfants par femme rurale en 1987 contre 6,59, cinq ans plus tôt, alors qu'en ville l'indice synthétique de fécondité de 2,84 se rapproche beaucoup du seuil de renouvellement des générations, tandis qu'en 1982 il était deux fois plus élevé (4,29).

La fécondité urbaine a donc baissé, entre 1982 et 1987, de 34 %, soit près de 4 fois plus vite que la fécondité rurale (9 %). L'écart entre fécondité rurale et urbaine pose à terme le problème des transferts des coûts de la croissance démographique des campagnes vers les villes, surtout par le biais de la pression qui s'exerce et s'exercera sur le marché de l'emploi. Dans quelques années, cinq peut-être, la fécondité urbaine atteindra le seuil de remplacement. Les milieux citadins ont conscience maintenant des coûts de l'enfant : écoles, logement, loisirs... et pressentent probablement les difficultés que pourraient affronter leurs enfants en raison de l'étroitesse du marché de l'emploi. Mais le milieu rural suit avec lenteur la tendance à la diminution de la fécondité urbaine bien que l'on ne peut exclure qu'il rejoigne prochainement la vitesse de baisse de la fécondité urbaine. Cela est d'autant plus réalisable qu'il y a intensification de l'utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural.

### III- Evolution de la pratique contraceptive au Maroc

Une première tentative permettant d'évaluer, grossièrement, l'effet de l'utilisation des méthodes anticonceptionnelles sur la fécondité serait d'observer les taux de prévalence contraceptive.

Les premières observations issues de l'enquête C.A.P. 1966/67 ne donnent que l'utilisation passée des moyens contraceptifs parmi les femmes non célibataires. L'enquête révéla, ainsi, que 12 % des femmes urbaines contre 5 % des femmes rurales ont pratiqué la contraception. Cependant, ce n'est qu'à partir de l'Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale, que les taux de prévalence contraceptive commencèrent à être calculés sur la base de l'effectif des femmes mariées. A cet effet, l'évolution de ces taux à travers les trois enquêtes de 1979/80, 1983/84 et 1987 se trouve dans le tableau 2.

On constate que globalement le taux de prévalence contraceptive, défini comme l'utilisation de la contraception par les femmes mariées en âge de reproduction (15-49 ans), tend à augmenter en passant de 19,4 % en 1979 à 35,9 % en 1987 puis à 41,5 en 1992<sup>(4)</sup>. Cependant, une analyse plus détaillée à partir du tableau 2 révèle que les

(4) Ce taux est relatif à tous les moyens de contraception. Voir Enquête Nationale sur la Population et la Santé au Maroc de 1992. Rapport préliminaire.

taux observés en 1983/84 et en 1987 sont inférieurs à ceux de 1979/80. Cette situation provient, probablement, du fait que les proportions de 1979/80 concernent uniquement les femmes exposées. Celles-ci telles qu'elles sont définies dans l'enquête ENFPF 79/80 (volume 3, p. 49) comprennent les femmes actuellement mariées, fertiles et non enceintes au moment de l'enquête. L'effectif de ces femmes étant, par définition, inférieur à celui des femmes mariées, on conclut donc que ce sont les proportions de 1983/84 et celles de 1987 qui sont inférieures à ce qu'elles devraient être. Cependant si l'on prend comme population soumise au risque les femmes mariées, le taux de prévalence contraceptive moderne en 1980 serait de l'ordre de 16,4 % (Source : ENPS 1987, Ministère de la Santé Publique, 1989, p. 50).

TABLEAU 2 : PROPORTION DE FEMMES UTILISANT UNE METHODE CONTRACEPTIVE PAR GROUPE D'AGES ET TYPE DE METHODE

Groupes d'âges	Méthodes modernes			Méthodes traditionnelles		
	ENFPF 79/80 <sup>(1)</sup>	ENPC 83/84 <sup>(2)</sup>	ENPS 87 <sup>(3)</sup>	ENFPF 79/80 <sup>(1)</sup>	ENPC 83/84 <sup>(2)</sup>	ENPS 87 <sup>(3)</sup>
15-19			14,5			2,5
20-24	17,9	16,7	23,0	2,2	1,9	2,5
25-29			29,0			7,1
30-34	27,9	25,4	35,8	3,7	4,5	6,9
35-39			33,3			9,1
40-44	28,3	22,1	31,6	8,0	6,2	9,7
45-49	25,1	14,2	22,5	6,0	3,1	7,8
Total	25,0	21,2	28,9	4,6	4,3	6,9

Notes et sources :

- (1) Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale 1979/80, Vol.4, Ministère de la Santé Publique, 1984, p.286. Il s'agit uniquement de femmes exposées.
- (2) Planification Familiale, Fécondité et Santé Familiale au Maroc 1983-84, Ministère de la Santé Publique, Février 1985, p.79. Il s'agit de femmes mariées.
- (3) Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la Population au Maroc 1987, Ministère de Santé Publique, Mars 1989, p.50. Il s'agit de femmes mariées.
  - Par méthode moderne on entend : pilule, DIU, injection, méthode vaginale, condom, stérilisation féminine, stérilisation masculine.
  - Les méthodes traditionnelles comprennent l'abstinence périodique, le retrait, l'abstinence prolongé et la douche vaginale.

De ce fait, que ce soit sur la base de la population exposée uniquement ou sur celle des femmes mariées, les taux de prévalence contraceptive calculés vont en augmentant à partir de 1980.



#### IV - Effets de l'utilisation de la contraception moderne sur la fécondité

L'utilisation de la contraception a, certes, une influence directe sur la fécondité, certaines techniques permettent d'en estimer l'effet.

Parmi ces méthodes figure la technique de la fréquence de J. Bongaarts (1986). Les données nécessaires à l'application de cette méthode se basent essentiellement sur les proportions des contraceptrices parmi les femmes mariées.

La technique de la fréquence sert à estimer les taux de fécondité naturelle et potentielle, puis la réduction du taux brut de natalité du fait de l'utilisation des moyens contraceptifs.

Notons que la fécondité naturelle se définit comme étant la fécondité qu'on observerait en l'absence de contraception (y compris l'avortement provoqué) alors que la fécondité potentielle est celle qu'on observerait en l'absence d'un programme de planification familiale. L'abaissement du taux brut de natalité dû à la pratique contraceptive, quant à lui, indique de combien la natalité s'abaisse grâce à l'utilisation des moyens anticonceptionnels. Cette réduction s'obtient en rapportant les naissances évitées par la contraception à l'effectif total de la population.

Pour l'application de la technique de Bongaarts aux données marocaines relatives à la période 1980/87 on est amené à faire les hypothèses suivantes :

1. Faute de données sur la contraception par groupes d'âges quinquennaux en 1979/80 et 1983/84 on supposera que les utilisatrices de l'ENFPF 79/80 et celles de ENPC 1983/84 se répartissent dans les mêmes proportions, entre groupes d'âges, que pour l'année 1987 ;

2. On supposera qu'en 1980 aussi bien qu'en 1984, 62,5 % d'utilisatrices s'approvisionnent en moyens contraceptifs dans le secteur public et que 37,5 % s'adressent au secteur privé ou ailleurs ; soit les mêmes proportions que celles observées lors de l'ENPS de 1987.

L'application de la technique de la fréquence pour le Maroc aux périodes 1980, 1984 et 1987 donne les estimations suivantes des taux de fécondité naturelle et potentielle :

TABLEAU 3 : EVOLUTION DES ESTIMATIONS DES TAUX DE FECONDITE NATURELLE ET POTENTIELLE PAR GROUPE D'AGES (EN POUR MILLE) EN 1980, 1984 ET 1987

Groupes d'âges	Fécondité naturelle			Fécondité potentielle		
	1980	1984	1987	1980	1984	1987
15-19	97	59	55	96	57	53
20-24	289	256	224	280	245	208
25-29	350	346	304	330	322	277
30-34	278	348	297	257	317	263
35-39	216	279	227	202	255	202
40-44	118	117	130	111	107	114
45-49	37	35	70	34	32	60



Comme il fallait s'y attendre, on constate que globalement la fécondité potentielle est inférieure à la fécondité naturelle.

On observe aussi qu'avec le temps, l'écart entre les deux types de fécondité augmente davantage du fait de l'intensification de l'utilisation de la contraception. De surcroît, on constate que les deux types de fécondité enregistrent (sauf pour les âges au delà de 30 ans) une baisse de 1980 à 1987 confirmant la transition démographique que connaît le Maroc. Au delà de 30 ans, l'augmentation des taux de fécondité potentielle et naturelle semblerait être due au fait qu'à partir de cet âge les taux de prévalence contraceptive sont supérieurs à ceux du groupe d'âges 15-29 ans. En effet, même si la fécondité observée diminue dans le temps, la prise en compte de la fécondité des contraceptrices si elles n'utilisaient pas de moyens contraceptifs fait plus que compenser cette baisse et fait que la fécondité naturelle et la fécondité potentielle, au delà de 30 ans, sont élevées par rapport à celles de 1980.

Ceci étant, l'effet exercé sur la fécondité par l'utilisation des méthodes contraceptives se traduit en terme de naissances évitées en 1980, 1984 et 1987 comme suit :

TABLEAU 4 : EFFECTIFS ESTIMES DE NAISSANCES EVITEES  
DU FAIT DE LA CONTRACEPTION AU TITRE DU PROGRAMME ET  
HORS PROGRAMME PAR GROUPE D'AGES EN 1980, 1984 ET 1987

Groupes d'âges	Naissances évitées au titre du programme			Naissances évitées hors programme			Total		
	1980	1984	1987	1980	1984	1987	1980	1984	1987
15-19	3369	2344	4960	1123	2344	2480	4492	4688	7440
20-24	14865	19817	27950	8919	11473	17888	23784	31290	45838
25-29	25942	33880	43296	15260	20328	26568	41202	54208	69864
30-34	20160	33488	40015	12096	19964	25670	32256	53452	65685
35-39	10608	19600	23288	6188	11760	14200	16796	31360	37488
40-44	6253	6945	11718	3367	4630	6944	9620	11575	18662
45-49	1800	2412	7520	1080	1206	4700	2880	3618	12220
Total	82997	118486	158747	48033	71705	98450	131030	190191	257197

Les estimations des naissances évitées du fait de la contraception révèlent que :

- globalement, les naissances évitées augmentent en chiffres absolus de 1980 à 1987,
- les naissances évitées par groupe d'âges des femmes augmentent pour atteindre un maximum au niveau du groupe d'âges 25-29 ans,
- les effectifs de naissances évitées au titre du programme sont supérieurs à ceux hors programme.

La première et la troisième constatations sembleraient provenir respectivement du fait que les taux de prévalence contraceptive vont en augmentant de 1980 à 1987 et que les femmes s'approvisionnant en moyens contraceptifs dans le secteur public

sont relativement plus nombreuses que celles qui s'adressent à d'autres sources d'approvisionnement.

Cependant, ces effets en termes absolus, quoique révélateurs d'une intensification de l'impact de la pratique contraceptive sur la fécondité, devraient être rapportés à la population pour mieux les apprécier. Notons, au passage, que l'effectif total utilisé de la population est emprunté aux chiffres<sup>(5)</sup> du CERED pour les années 1984 et 1987 alors que celui relatif à 1980 est obtenu par rétroprojection de la population totale du 1/7/1982 au 1/7/1980 au taux d'accroissement intercensitaire observé entre les deux derniers recensements (2,6 %).

Ainsi, la méthode de la fréquence de Bongaarts révèle que le taux brut de natalité du fait de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a baissé :

- de 4,1 pour mille en 1980, de 5,5 pour mille en 1984 puis de 6,8 pour mille en 1987 pour la contraception pratiquée au titre du programme,
- de 2,3 pour mille en 1980, de 3,3 pour mille en 1984 puis de 4,2 pour mille en 1987 hors programme.

Globalement la pratique de la contraception moderne a donc contribué à la baisse du taux brut de natalité à raison de 6,5 pour mille en 1980, cette contribution s'est élevée par la suite à 8,9 pour mille en 1984 et à 11 pour mille en 1987. L'abaissement du taux brut de natalité du fait de la contraception s'est accentué ainsi de 36,9 % entre 1980 et 1984 puis de 23,6 % entre 1984 et 1987.

### Conclusion

A l'instar de la majorité des pays en développement qui souffrent du poids démographique, le Maroc a mis en place une politique de population qui s'est manifestée par plusieurs actions visant la réduction du rythme d'accroissement démographique. Ainsi, la planification familiale au Maroc a parcouru les phases suivantes :

#### 1) La phase de lancement (1965-1970)

C'est une période de prise de conscience explicite de l'impact de la croissance rapide de la population et de la nécessité de prendre les mesures adéquates. Cette phase s'est concrétisée, entre autres, par :

- la reconnaissance par le Ministère du Plan en 1965 des relations à moyen et à long terme entre la croissance démographique et le développement socio-économique,
- la création de la Commission Supérieure de la Population,
- la signature par Sa Majesté le Roi de la Déclaration des Chefs d'Etats sur la population,
- l'abrogation de la loi interdisant la propagande anticonceptionnelle et libéralisant la pratique de l'avortement thérapeutique,
- la mise en place des premiers jalons des services de planification familiale.

<sup>(5)</sup> Analyses et tendances démographiques du Maroc, CERED, 1986, p. 216 et 217

L'indice synthétique de fécondité était à cette époque de 6,2 enfants par femme et le taux de prévalence contraceptive était de l'ordre de 9 %.

### **2) La phase de développement du programme de planification familiale (1971-1985)**

C'est la période d'adoption d'une politique de population et d'une stratégie nationale de planification familiale qui s'est manifestée par :

- la création en 1971 de l'Association Marocaine de Planification Familiale dont les activités ont englobé l'offre de prestations de services et un programme de distribution de contraceptifs à base communautaire par l'intermédiaire des Foyers de Femmes et de l'Union des Femmes Marocaines,

- la création du Service Central de la Planification Familiale et de la Division de la Population au sein du Ministère de la Santé Publique,

- le commencement en octobre 1977, du Programme de Visites à Domicile de Motivation Systématique en Santé Primaire (VDMS-SP) et son élargissement à 43 provinces parmi les 49 du Maroc soit pratiquement 85 % à 90 % de l'ensemble de la population,

- la proclamation ferme en conseil de ministres, présidé par Sa Majesté le Roi le 8 novembre 1978, que les problèmes démographiques sont la priorité des priorités nationales,

- la création du Comité National de Planification Familiale en Juillet 1980 afin d'approfondir la réflexion sur les problèmes de planification familiale et de chercher de nouvelles solutions.

Pendant cette période, l'indice synthétique de fécondité est passé de près de 6 enfants par femme en 1971 à près de 4,6 vers la fin de 1985 avec un taux de prévalence contraceptive en augmentation de 19 % à 35 %.

### **3) La phase de consolidation (à partir de 1986)**

Il s'agit de renforcer le programme de planification familiale afin d'inclure les groupes de population difficilement atteints, en particulier, le milieu rural dont l'indice synthétique de fécondité est encore élevé.

Un certain nombre de défis doivent être affrontés parmi lesquels :

- la prédominance de la contraception orale au dépend d'autres méthodes modernes,

- la dépendance du programme vis-à-vis du secteur public qui assure gratuitement l'approvisionnement d'environ 60 % des utilisatrices,

- le problème de l'extension de la contraception au monde rural.

Aussi, plusieurs actions sont actuellement entreprises ou envisagées par le Ministère de la Santé Publique pour faire face à ces problèmes :

- le programme VDMS, fer de lance de la stratégie mobile est maintenant intégré dans un contexte plus large de stratégies avancées comprenant à la fois des visites à

domicile, des rassemblements au niveau de points de contacts desservis par un ou deux agents paramédicaux et des équipes mobiles comprenant un médecin et des agents paramédicaux. Ces stratégies fournissent, entre autres, la référence des grossesses à risques et des soins curatifs.

– Le Ministère de la Santé se penche sur la recherche de stratégies alternatives (utilisation des souks comme points de contacts, des accoucheuses traditionnelles, participation des collectivités locales, amélioration des circuits d'itinéraire et de distribution des points de contacts...) afin de mieux prendre en charge les populations rurales les plus éloignées.

– On envisage également l'introduction de nouvelles méthodes contraceptives dans le programme et l'extension de l'accès à la ligature des trompes à d'autres hôpitaux publics.

Ces efforts ont eu pour conséquence une baisse de la fécondité rurale dont l'indice synthétique de fécondité est passé de 6,6 enfants par femme en 1982 à 5,7 en 1989. Cette modeste performance reste en deçà des objectifs et bien moindre que les résultats du milieu urbain dont la fécondité s'est rapprochée du seuil de reproduction en atteignant 2,8 enfants par femme en 1989 selon les résultats de l'enquête nationale sur la population et la santé.

Le taux de prévalence contraceptive a progressé de 15,2 en 1984 à 31,5 % en 1992 au niveau national.

En terme de croissance démographique, l'application de la méthode de la fréquence de Bongaarts indique que la pratique de la contraception moderne, a contribué à la baisse du taux brut de natalité de 11 % pendant la période 1966-1987 ; soit une proportion en deçà des espérances.

La politique poursuivie n'a pas donné tous les effets escomptés surtout en milieu rural, car elle s'est heurtée à un certain nombre d'obstacles relevant des structures économiques et sociales de la société marocaine.

Aussi, le Maroc compte-t-il accentuer davantage la diffusion, la motivation des personnes vis-à-vis de la contraception moderne comme moyen d'une politique de population plus globale intégrant des mesures législatives sur l'élévation de l'âge au mariage et des mesures éducatives sur la généralisation de l'éducation en matière de population à plusieurs niveaux.