

La régulation de la fécondité au Maroc : évolution et différenciation sociale des comportements

ABDEL-ILAH YAAKOUBD et PATRICE VIMARD

Comme ses voisins du Maghreb, l'Algérie et la Tunisie, et à l'instar de beaucoup d'autres pays en développement, le Maroc a, depuis son accession à l'indépendance, connu une série de transformations majeures. En effet, en quelques décennies, le Maroc est devenu un pays à revenu intermédiaire, caractérisé par la croissance de la population urbaine et de grands progrès en matière de scolarisation et de santé. Ces progrès se sont cependant accompagnés, notamment depuis la crise des années 1990, de profondes disparités entre les différents groupes socio-économiques et les régions géographiques avec des écarts de revenu croissants (ministère de la Santé, 2005 ; Haut Commissariat au plan, 2004). Dès 1966, et face à la forte croissance démographique, les autorités ont décidé d'intégrer la variable population dans le processus de développement et institué un Programme national de planification familiale, qui fut suivi, l'année suivante, d'un décret royal interdisant la propagande anticonceptionnelle et libéralisant l'avortement thérapeutique. Les activités de planification familiale connurent tout d'abord une expansion assez lente, et il faudra attendre 1976, avec la création d'une Division de la population et d'un Service central de la planification familiale, au sein du ministère de la Santé publique, pour les voir réellement s'intensifier avec, notamment, la mise en place d'une stratégie de « Visite à domicile de motivation systématique en santé » qui permit une diffusion plus large des moyens de contraception (le stérilet et surtout la pilule).

Ces mutations ont conditionné l'évolution de la composante essentielle de sa croissance démographique, la natalité. La transition de la fécondité en Tunisie a souvent été montrée en exemple, comme une expérience de baisse de la fécondité réussie, par sa rapidité et par le fait qu'elle reposait sur de réels progrès pour les femmes en matière de santé, d'accès aux droits reproductifs et d'intégration au processus de développement national par la scolarisation et l'activité. À côté de celle-ci, l'évolution marocaine en matière de fécondité mérite également notre attention. Elle fut moins mise en exergue dans la littérature relative à la démographie et aux politiques de population, mais il n'en demeure pas moins qu'en ce début de XXI^e siècle, la fécondité marocaine dépasse à peine le seuil de remplacement des générations, qui n'est même pas atteint dans certains groupes de population, et que la contraception est aussi répandue qu'en Tunisie. De tels résultats justifient l'analyse de ce processus de baisse de la fécondité, que nous mènerons dans cette communication. Nous examinerons tout d'abord la transition de la fécondité au Maroc, eu égard aux différences socio-économiques et au contexte régional, puis nous étudierons les mécanismes de régulation, qui ont subi des transformations majeures durant la seconde moitié du XX^e siècle et constituent le fondement de cette baisse : l'âge au premier mariage et la pratique contraceptive. Enfin, nous mettrons en évidence les différenciations entre les catégories sociales qui composent la société marocaine au regard de ces phénomènes de reproduction démographique.

La baisse de la fécondité au Maroc

Une baisse à précocité et à intensité inégales selon les catégories de la population

Au Maroc, la transition de la fécondité, engagée dans les années 1960, est presque achevée, avec un indice synthétique de fécondité (I.S.F.), en 2003-2004, de 2,5 enfants par femme à l'échelle nationale, de 2,1 en milieu urbain et de 3,0 en milieu rural. Les estimations de l'I.S.F. depuis 1960 mettent en évidence,

en dépit de leur caractère relativement disparate et du fait que les sources dont proviennent certaines d'entre elles sont loin d'être exemptes de critique, les différentes phases de cette baisse (tableau 1)¹ :

- une première phase, correspondant aux décennies 1960 et 1970, caractérisée par une baisse relativement modérée ;
- une deuxième phase, durant les années 1980 et la première partie des années 1990, marquée par une baisse nettement plus accentuée ;
- une troisième phase, depuis le milieu des années 1990, durant laquelle la baisse se trouve ralentie.

Cette évolution nationale recouvre une situation quelque peu différente pour les populations urbaines et instruites, qui ont connu une transition plus précoce

Tableau 1. Évolution de l'indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction au Maroc de 1962 à 2004

Année ou période	Enquête	National	Rural	Urbain	Aucun	Primaire	Secondaire ou supérieure
1962	EOM	6,96	6,91*	7,77			
1966-67	EOPF	6,21					
1979-80	ENFPF	5,91	6,6	4,3	6,1	4,5	4,0
1982	RGPH	5,52	6,59	4,29	5,84	3,83	2,24
1984	ENPC	5,24					
1987	ENPS-I	4,84	5,86	3,19	5,20	3,15	2,34
1986-88	ENPDR	4,47			5,08	3,08	2,27
1992	ENPS-II	4,04	5,54	2,54	4,86	2,36	2,03
1994	RGPH	3,28					
1995	EPPS	3,31	4,5	2,2	4,04	2,36	1,89
1997	ENSME	3,1	4,1	2,3	3,7	2,3	1,8**
2003-04	EPSF	2,5	3,0	2,1	3,0	2,3	1,8

Source : Ayad, 1999 ; Yaakoubd, 1997 ; ministère de la Santé, 2005 ; Sajoux-Ben Seddik, 2002.

* La valeur se rapportant au milieu rural est manifestement sous-estimée.

** 1,9 pour les femmes de niveau secondaire et 1,6 pour les femmes de niveau supérieur.

1. On trouvera en annexe la liste des enquêtes dont les résultats sont utilisés dans ce chapitre, classées par ordre chronologique.

et plus rapide. Ainsi à l'aube des années 1980, alors que l'I.S.F. était de 5,9 enfants par femme à l'échelle nationale, il était déjà de 4,3 en milieu urbain, 4,5 pour les femmes d'instruction primaire et 4,0 pour celles d'instruction secondaire ou supérieure (ministère de la Santé, 1984). Dix ans plus tard, l'I.S.F. sera de 4,0 à l'échelle nationale, mais de 2,5 en milieu urbain, 2,4 pour les femmes d'instruction primaire et 2,0 pour celles d'instruction secondaire ou supérieure (Azelmat *et al.*, 1993). Ainsi, la fécondité dans les milieux urbains et instruits était inférieure de 1,5 à 2 enfants à la fécondité nationale, et ce jusqu'au milieu des années 1990. À partir de cette date, l'essentiel de la réduction de la fécondité est accompli pour les groupes urbains et instruits², et c'est dans les milieux ruraux et de faible instruction que la diminution de la fécondité s'intensifie. Cependant, si le clivage urbain-rural se trouve aujourd'hui atténué, il persiste malgré tout : près d'un enfant par femme sépare le milieu rural du milieu urbain en 2003-2004. Le clivage instruit-non instruit demeure également : 1,2 enfant séparant la fécondité du moment des femmes sans instruction de celle des femmes d'instruction secondaire ou supérieure.

Si l'urbanisation et l'instruction ont été des facteurs à l'origine de la baisse de la fécondité, l'aisance du niveau de vie, variable en partie liée aux précédentes, a été également un facteur de transition précoce. En 1979-1980, on observe déjà un écart de fécondité selon les niveaux de vie définis lors de l'ENFPF : 6,7 enfants par femme lorsque le niveau de vie est faible, 4,5 lorsqu'il est moyen et 3,7 lorsqu'il est élevé (ministère de la Santé, 1984). En 1992, l'I.S.F. passe de 6,7 enfants par femme, pour le quintile de population le plus pauvre à 2,3 pour le quintile le plus riche. La pauvreté apparaît ainsi comme un facteur de forte fécondité, et ceci même avec un contrôle par le milieu de résidence, et cela tout particulièrement en milieu rural. En 2003-2004, l'écart a diminué, mais il demeure de 1,5 enfant par femme entre le premier et le quatrième quintile de pauvreté (tableau 2).

Cette relation entre niveau de vie et fécondité est confirmée par l'analyse de Schoumaker et Tabutin qui montrent, par une analyse rétrospective de

2. Pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure, c'est dès les années 1980 que la transition est pratiquement achevée, avec une fécondité comprise entre 2 et 2,5 enfants par femme durant cette décennie.

Tableau 2. Indice synthétique de fécondité selon le niveau de pauvreté au Maroc en 1992 et 2003-2004

Quintile de pauvreté	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	Ensemble
1992						
urbain	-	-	(3,2)	2,5	2,2	2,5
Rural	6,7	5,2	4,8	-	-	5,5
Ensemble	6,7	5,2	4,2	2,8	2,3	4,0
2003-04						
Ensemble	3,3	3,1	2,5	1,8	1,9	2,5

Source : Gwatkin *et al.*, 2000, annexe ; Oomman *et al.*, 2003 ; ministère de la Santé, 2005.

* Le quintile 1 est celui des plus pauvres, le quintile 5 celui des plus riches.

() indicateur avec une grande marge d'erreur de par un petit nombre de cas.

- pas d'indicateur de par le trop petit nombre de cas.

l'histoire des maternités, que, depuis le début des années 1970, la fécondité des femmes qui sont dans le groupe le plus pauvre en 1992 (au moment de l'E.D.S. II) est la plus élevée. Cependant, si le niveau élevé de vie a été un facteur de précocité de la baisse, l'évolution de l'I.S.F. montre que cette baisse a concerné les trois groupes de population, quel que soit leur niveau de vie, avec simplement un décalage dans le temps. En outre, cet effet de la pauvreté doit être relativisé par celui de l'instruction : s'il est toujours positif sur le niveau de la fécondité chez les femmes non instruites, il est quasi nul chez les femmes instruites (Schoumaker et Tabutin, 1999 : 17-20).

Le contexte régional de la transition de la fécondité marocaine

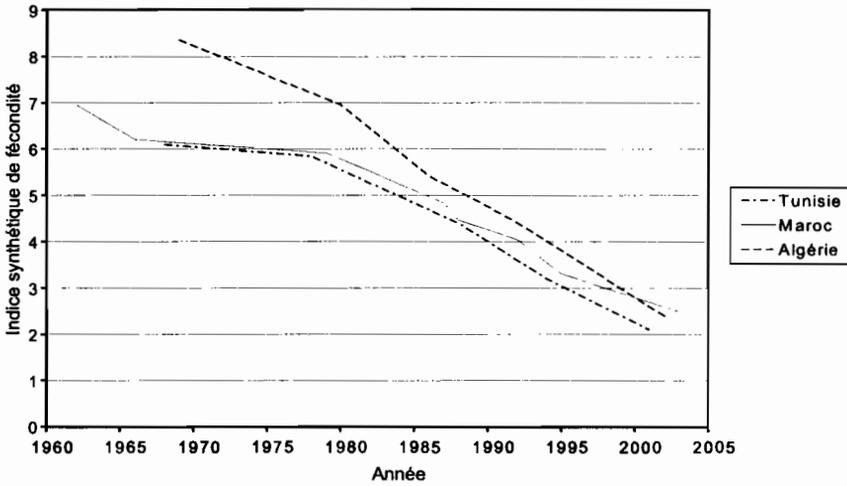
Pour analyser la baisse de la fécondité au Maroc, il nous semble utile de la comparer à celle connue par des pays à contexte socio-économique et culturel relativement proche comme les pays voisins du Maghreb, l'Algérie et la Tunisie. La fécondité marocaine s'est toujours maintenue à un niveau intermédiaire mais plus proche de celle de la Tunisie, la plus basse en permanence. Les écarts, variables d'une période à l'autre, se sont toutefois fortement atténués durant les années les plus récentes.

Si les trois pays sont sans doute partis d'une situation quasiment identique à la fin des années 1950, avec un I.S.F. légèrement supérieur à 7 enfants par femme, leur fécondité a évolué à des rythmes sensiblement différents. Dès les premières années de l'indépendance, une politique favorisant l'émancipation de la femme et la régulation des naissances a été mise en œuvre en Tunisie. Au Maroc, la baisse de la fécondité s'amorce dès la décennie 1960 en l'absence de tout programme en la matière à cette époque. À l'inverse, l'Algérie a vu sa fécondité augmenter durant cette décennie 1960, concomitamment à une politique populationniste. De même, une amélioration de la santé reproductive des femmes s'y est produite avant de diminuer à partir des années 1970 et surtout lors des années 1980 où une véritable transition de la fécondité s'est amorcée. Le Maroc occupe une place intermédiaire, dans la mesure où la baisse de la fécondité sera moins rapide qu'en Tunisie à partir des années 1980. La transition de la fécondité marocaine a toujours connu une avance sur celle de l'Algérie et un léger retard sur la transition tunisienne (figure 1).

L'écart entre l'évolution tunisienne et celle qui affecte le Maroc est plus net en matière de contraception, le programme de planification familiale ayant été en Tunisie plus précoce et efficient beaucoup plus tôt. Ce n'est qu'au tournant du nouveau siècle que la différence en matière de prévalence contraceptive s'estompe. En Algérie, la contraception s'est située entre celle de ses pays voisins des années 1970, première période pour laquelle nous disposons de mesures pour les trois pays, à la fin des années 1990 où la prévalence est devenue plus élevée au Maroc (figure 2).

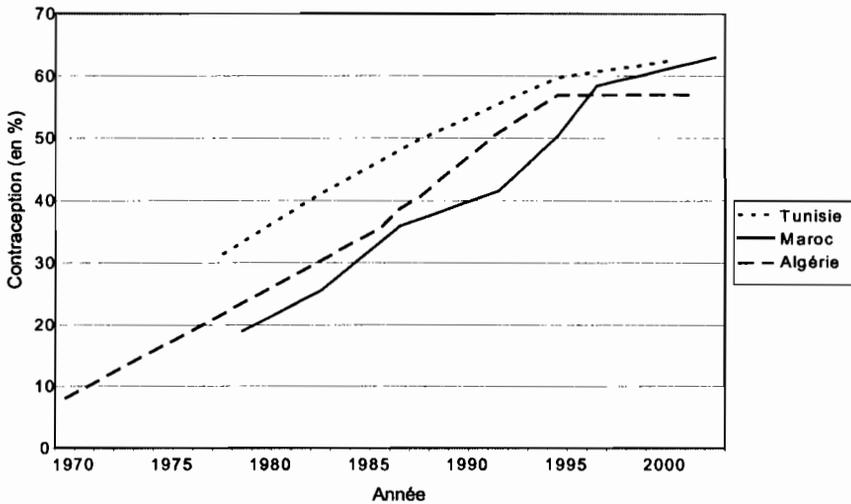
On observe tout d'abord une phase de décalage constant. Celle-ci procède en partie des orientations distinctes, voire divergentes, en matière de politiques de développement socio-économique et d'intégration des questions démographiques à ces politiques de développement, avec notamment en Tunisie une moindre disparité de niveau de vie entre les groupes de population, une égalité supérieure d'accès aux services de santé et une autonomie plus forte des femmes, dans la famille et dans la société. On observe ensuite une convergence des trois pays. Cette convergence, remarquable entre la Tunisie et le Maroc, plus

Figure 1. Évolution de l'indice synthétique de fécondité dans les pays du Maghreb



Source : données d'enquêtes nationales.

Figure 2. Évolution de la prévalence contraceptive dans les pays du Maghreb. Ensemble des méthodes de contraception utilisées au moment de l'enquête par les femmes mariées



Source : données d'enquêtes nationales.

relative avec l'Algérie, marque, depuis le début des années 1990, le retour à une nouvelle homogénéisation des comportements en matière de reproduction à l'échelle du Maghreb (Yaakoubd, 1997). Cela d'autant plus que les ressorts de la transition de la fécondité sont, au-delà des décalages de calendrier dans la mise en œuvre des politiques de développement et de population, communs aux trois pays du Maghreb : report de l'âge au mariage tout d'abord, puis baisse de la fécondité légitime de par le recours à la contraception moderne ensuite, sur fond de progrès de l'instruction et de l'activité salariée féminines et de développement de l'offre de planification familiale, puissants facteurs de baisse de la demande d'enfants et du coût du recours aux méthodes modernes de contrôle de la fécondité (Ouadah-Bedidi et Vallin, 2000 ; Kateb et Ouadah-Bedidi, 2002).

L'évolution de la régulation de la fécondité, ou les mécanismes majeurs de la transition de la fécondité au Maroc

Le fléchissement de la fécondité marocaine, aujourd'hui à sa dernière phase de transition, est concomitant d'une évolution socioculturelle favorable et d'une amélioration du statut de la femme, qui se sont traduits par le recul de l'âge au mariage et une extension de la pratique contraceptive, mécanismes majeurs de la baisse de la fécondité. Au Maroc, comme dans tous les pays arabo-musulmans, le mariage demeure le cadre exclusif de la procréation et, de ce fait, l'âge à la première union est l'âge auquel la quasi-totalité des femmes entame leur vie féconde, déterminant ainsi, d'une manière générale, la durée de la vie féconde. Et il est évident, par ailleurs, que l'adoption de plus en plus massive de la contraception moderne est toujours synonyme de descendance toujours plus réduites.

Le recul de l'âge au premier mariage

C'est effectivement à partir du moment où le mariage est devenu plus tardif et le célibat davantage prolongé que la fécondité a commencé réellement à décliner. En effet, le déclenchement de la baisse de la fécondité, qui peut être situé aux années 1960, est concomitant à la régression de la primo nuptialité féminine et au recul de l'âge au premier mariage (tableau 3). Le Maroc est passé d'une situation en 1960, où près de 6 femmes sur 10 et plus de 9 femmes sur 10 avaient conclu leur premier mariage à 15-19 ans et 20-24 ans, à un état, au

Tableau 3. Évolution de l'âge moyen et médian des femmes au 1^{er} mariage et des proportions de femmes célibataires à 15-19 ans et 20-24 ans au Maroc de 1960 à 2004

Année ou période	Enquête	Âge moyen au premier mariage (en années)			Âge médian au premier mariage ^a (en années)	Proportion de femmes célibataires à 15-19 ans (en %)	Proportion de femmes célibataires à 20-24 ans (en %)
		National	Urbain	Rural			
1960	RGP	17,3	17,5	17,2	16,7	41,2	6,0
1971	RGPH	19,6	20,3	18,4	19,5	70,2	20,4
1979-80	ENFPF	21,6			20,9	78,7	36,9
1982	RGPH	22,2	23,7	21,0	21,3	81,5	40,4
1984	ENPC						
1986-88	ENPDR	23,4				83,5	49,4
1987	ENPS-I	23,5			23,4	87,2	55,3
1992	ENPS-II	24,9			23,9	87,5	56,0
1994	RGPH	25,0	26,2	23,6		87,2	55,6
1995	EPPS	26,3			25,0	89,5	60,2
1997	ENSME	26,4	27,8	24,7		87,3	60,8
2000	Enquête emploi	26,8	27,9	25,6			68,2
2003-04	EPSF					89,0	61,7

Source : Ayad, 1999 ; Azelmat *et al.*, 1996 ; Direction de la Statistique, 2001 ; Hertrich et Pilon, 1997 ; ministère de la Santé, 1999, 2005 ; Yaakoubd, 1997.

^a L'âge médian au premier mariage, tel qu'il est calculé ici, correspond à l'âge auquel la moitié des femmes observées sont mariées.

début des années 2000, où ces proportions sont respectivement de 1 femme sur 10 et moins de 4 femmes sur 10. Dans le même espace de quarante ans, l'âge moyen au premier mariage est passé de 17 ans (1960) à près de 27 ans (en 2000), marquant ainsi l'entrée plus tardive des femmes en union et, par conséquent, le raccourcissement de la durée de la vie féconde. Ainsi, une proportion croissante de femmes et d'hommes sont encore célibataires à 30-34 ans lorsque commence pour les femmes la seconde partie de leur vie féconde : ce chiffre insignifiant en 1960 (2 %) concerne en 1997 le quart des femmes, et 35 % des hommes, ces proportions atteignant respectivement 30 % et 36 % en milieu urbain (tableau 4).

Tableau 4. Évolution des proportions (en %) d'hommes et de femmes célibataires à 30-34 ans selon le milieu de résidence au Maroc de 1960 à 1997

	Hommes				Femmes			
	Total	Urbain	Rural	Différence relative (en %)*	Total	Urbain	Rural	Différence relative (en %)*
1960	8,2	9,6	7,6	26	2,0	2,1	1,9	10
1971	12,7	15,6	10,2	52	3,0	4,1	2,4	70
1982	16,4	22,0	10,6	107	6,3	9,8	3,4	188
1994	33,3	40,5	23,2	174	18,3	22,2	12,5	77
1997	35,5	46,5	22,5	107	24,6	29,6	17,9	65

Source : rapports nationaux des recensements ; ministère de la Santé, 1999.

* La différence relative est calculée sur la base de la formule (Urbain Rural)/Rural.

Une transition matrimoniale s'est donc initiée, en amont de la transition de la fécondité, et, comme elle, elle a été plus rapide en milieu urbain, où l'âge au premier mariage des femmes est, depuis les années 1970, de 2,5 à 3 ans plus élevé qu'en zone rurale. Cette différenciation des comportements de primo nuptialité ne concerne pas seulement le milieu de résidence mais aussi la région, l'instruction et le niveau de pauvreté. Ainsi, par exemple, les femmes d'instruction secondaire ou supérieure ont un âge médian au premier mariage de

6 à 8 ans plus élevé que les femmes sans instruction ; les femmes du quintile le plus riche ont un âge médian de cinq ans plus tardif que les femmes du quintile le plus pauvre.

Cette transition matrimoniale s'accompagne de la diminution de l'écart entre les âges moyens au mariage des hommes et des femmes, qui a diminué de moitié entre 1960 et 1992 : de 7,6 à 3,8 années (tableau 5). Ce rapprochement des âges des époux est un facteur important d'une plus grande égalité entre les conjoints, décisive en matière de gestion de la procréation.

Tableau 5. Évolution de la différence entre les âges moyens au premier mariage des hommes et des femmes au Maroc de 1960 à 1994

Année ou période	Enquête	Différence entre les âges moyens (en années)
1960	RGP	7,6
1971	RGPH	5,9
1979-1980	ENFPF	4,5
1982	RGPH	4,9
1986-1988	ENPDR	4,5
1994	RGPH	3,8

Source : Hertrich et Pilon, 1997.

La progression de l'utilisation de la contraception

Une des conséquences immédiates des progrès enregistrés quant au statut de la femme est l'accès de plus en plus accusé de celle-ci à la connaissance et à l'utilisation de moyens modernes de limitation volontaire des naissances. Dès la fin des années 1980, plus de 80 % des femmes connaissaient une méthode de contraception et notamment la pilule. Au début des années 1990, cette proportion atteignait 99 % des femmes (Yaakoubd, 1997). Quant à l'usage de la contraception moderne, si elle a eu une progression limitée jusqu'au début des années 1980, elle a connu un rythme d'extension beaucoup plus rapide depuis lors (tableau 6). Entre le début des années 1980 et celui des années 2000,

Tableau 6. Évolution de la prévalence contraceptive des femmes mariées selon le type de méthodes au Maroc de 1970 à 2004

Année	N'importe quelle méthode	N'importe quelle métho- de moderne	Pilule	DIU	Préser- vatif	Stérili- sation masculine	Stérili- sation féminine	Injection	Mousse/ gelée	Aménor- rhée lactaire	Autres méthodes modernes	N'importe quelle méthode traditionnelle	Continence périodique	Retrait	Autre méthode traditionnelle	Effectif	Enquête
1970	1,0	0,9	0,7	0,2	-	-	-	-	-	-	-	...	-	-	-	N. P.	*
1971	3,0	3,0	2,4	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N. P.	*
1972	4,0	3,9	3,2	0,7	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	N. P.	*
1973	6,0	5,6	4,8	0,8	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	-	-	N. P.	*
1974	7,0	6,5	5,8	0,7	-	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	-	N. P.	**
1979	15,5	14,4	13,0	1,4	-	-	-	-	-	-	-	1,1	-	-	-	N. P.	**
1979-80	19,4	16,4	13,7	1,6	0,3	-	0,8	0,0	0,0	-	0,1	3,0	1,1	1,1	0,7	3 680	ENFPF
1983-84	25,5	21,3	16,8	2,5	0,4	-	1,7	-	0,3	-	-	4,3	1,5	1,6	1,2	5 774	ENPC
1987	35,9	28,9	22,9	2,9	0,5	0,0	2,2	0,3	0,1	-	0,4	6,9	2,3	3,1	1,5	5 447	ENPS-I
1992	41,5	35,5	28,1	3,2	0,9	-	3,0	0,1	0,2	-	-	6,0	3,0	2,6	0,3	5 118	ENPS-II
1995	50,3	42,4	32,2	4,3	1,4	-	4,3	0,1	0,1	-	0,1	7,9	4,6	2,8	0,4	2 481	EPPS
1997	58,4	48,8	38,3	5,3	1,2	-	3,0	0,7	-	-	0,3	9,6	3,2	3,0	3,5	4 695	ENSME
2003-04	63,0	54,8	40,1	5,4	1,5	-	2,7	2,1	0,1	2,8	-	8,2	3,8	4,4	0,1	8 782	EPSF

Source : Azelmat *et al.*, 1989, 1993, 1996 ; ministère de la Santé, 1999, 2005 ; U.S. Census Bureau, 2004.

N. P. : non précisé.

* Données fournies par le Population Council (U.S. Census Bureau, 2004).

** Données fournies par des services statistiques sur la base des activités des programmes de planification familiale (U.S. Census Bureau, 2004).

la contraception moderne a été multipliée par 2,5 et la contraception dite traditionnelle a doublé. En 2003-2004, 63 % des femmes mariées utilisent une méthode quelconque de contraception et 55 % une méthode moderne.

La transition a été, en matière contraceptive comme en matière de fécondité et de nuptialité, plus précoce dans les milieux urbains et instruits. Dès les années 1979-1980, la moitié des femmes de niveau secondaire ou supérieure et le tiers des femmes urbaines utilisaient une méthode de contraception, alors qu'à la même époque, seules 15 % des femmes sans instruction et 9 % des femmes rurales faisaient de même. Cet écart selon les milieux de résidence et les niveaux d'instruction perdurera tout en s'atténuant peu à peu jusqu'au tournant des années 2000 et c'est seulement aujourd'hui que nous pouvons observer une homogénéisation certaine et très marquante des comportements contraceptifs entre les différentes catégories de femmes (tableau 7). L'écart de prévalence contraceptive selon les milieux de résidence et les niveaux d'instruction est faible (de 6 à 7 points) et cela tout particulièrement pour ce qui concerne la contraception moderne (3 points seulement). Cette homogénéité est également notable selon le niveau de pauvreté et le statut de la femme dans son ménage (ministère de la Santé, 2005). Ce rapprochement des comportements se vérifie par exemple selon le niveau de pauvreté : en 1993, près de 30 points séparaient la prévalence contraceptive moderne des femmes des quintiles extrêmes de pauvreté ; en 2003-04 cet écart n'est plus que de 5 points (tableau 8). Ainsi, à l'étape actuelle de la révolution contraceptive marocaine, même dans les catégories les plus démunies économiquement et socialement, ce sont plus de 55 % des femmes qui utilisent une méthode contraceptive, et plus d'une femme sur deux qui emploie une méthode moderne.

Un affaiblissement des pratiques d'espacement des naissances durant le post-partum

Dès le début des années 1990, l'abstinence post-partum est réduite aux premières semaines après la naissance, l'aménorrhée post-partum à quelques

Tableau 7. Évolution de la prévalence contraceptive selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants au Maroc de 1979-1980 à 2003-2004

	1979-80 ¹ (ENFPF)		1987 (ENPS-I)		1995 (EPPS)		2003-04 (EPSF)	
	Toute méthode	Méthode moderne	Toute méthode	Méthode moderne	Toute méthode	Méthode moderne	Toute méthode	Méthode moderne
<i>Âge</i>								
15-19			17,0	14,5	32,4	30,4	38,6	36,1
20-24			25,6	23,0	39,8	36,1	57,9	52,8
25-29			36,1	29,0	47,7	43,4	62,8	58,2
30-34			42,9	35,8	54,0	47,5	69,7	63,3
35-39			42,6	33,3	57,3	47,8	71,1	61,1
40-44			41,7	31,6	54,4	43,3	68,7	56,3
45-49			30,4	22,5	48,7	33,3	50,2	38,9
<i>Milieu de résidence</i>								
Urbain	36,4	30,6	51,9	42,0	64,2	51,0	65,5	56,0
Rural	9,4	8,2	24,6	19,7	39,2	35,6	59,7	53,2
<i>Niveau d'instruction</i>								
Aucun	15,4	13,4	30,8	24,8	44,5	39,7	61,2	53,7
Primaire	47,7	40,9	57,4	46,6	62,8	50,7	62,9	56,8
Secondaire ou plus	56,4	41,2	65,6	52,8	65,7	47,5	68,8	56,4
<i>Région</i>								
Nord-Ouest	19,6	16,2	33,5	24,8	49,9	38,1		
Centre Nord	13,7	11,3	27,5	21,5	40,9	32,4		
Centre	24,8	22,3	44,0	38,5	57,0	50,2		
Oriental	15,4	12,6	40,1	34,4	49,4	44,0		
Centre Sud	27,2	23,0	43,9	37,6	63,1	52,7		
Tenfsit	19,7	17,9	35,0	30,0	53,2	48,3		
Sud	8,3	6,9	24,8	13,4	37,2	31,4		
<i>Nombre d'enfants vivants</i>								
Aucun	7,3 ¹		7,9	5,1	12,7	8,7	11,0	9,6
1	19,0		30,8	26,5	43,3	38,0	64,9 ^a	57,3 ^a
2	25,6		36,5	30,3	56,6	48,1		
3	27,3		39,3	32,1	58,8	50,0	73,8 ^b	63,9 ^b
4 ou plus	29,2 ^c		42,6	33,7	56,9	47,8		
5 ou plus	41,7						69,6	59,5
Ensemble	29,6	16,4	35,9	28,9	50,3	42,4	63,0	54,8

Source : Ayad, 1999 ; Azelmat *et al.*, 1989, 1993, 1996 ; ministère de la Santé, 1984, 2005.

1. En 1979-80, cet indicateur concerne les femmes exposées, soit les femmes en union, vivant avec leur mari et n'étant pas enceintes au moment de l'enquête.

^a 1 ou 2 ; ^b 3 ou 4 ; ^c 4.

mois, de par la réduction de l'allaitement maternel exclusif³, et la période de non-susceptibilité se trouve par conséquent très courte : 4 mois pour l'ensemble de la population et seulement 1,3 mois pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure (tableau 9). La durée de non-susceptibilité diminuera pour atteindre 3,1 mois au début de la décennie 2000. Ainsi, les pratiques de régulation de l'espacement des naissances, si importantes dans d'autres régions pour le contrôle de la fécondité, notamment en Afrique subsaharienne, sont devenues tout à fait marginales au Maroc.

La fécondité marocaine et sa régulation selon les catégories sociales

Au Maroc, rares sont les études qui appréhendent la fécondité, en particulier, et les comportements reproductifs, de manière générale, en termes de catégories sociales. Cet état de choses est dû en bonne partie à la difficulté de cerner au mieux le concept de catégorie sociale. Il est également dû à la rareté des données susceptibles de permettre des analyses selon cette perspective.

La réalisation en 1997 de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant (ENSME), souvent dénommée « enquête PAPCHILD », rend cette étude possible (ministère de la Santé, 1999). Par ailleurs, la hiérarchisation sociale fort ancrée qui marque la société marocaine et l'étroitesse des liens entre les variables qui déterminent l'appartenance sociale, plaident en faveur d'une analyse en termes de catégories sociales. En effet, dans un tel contexte, les caractéristiques socio-économiques de la population s'associent et s'auto-déterminent les unes par les autres, de telle sorte que les couches socialement défavorisées le sont à tous les niveaux (éducation, activité, revenu, conditions de vie, etc.) et celles avantagées le sont également à tous les niveaux. De ce fait, toute approche, pour être appropriée, doit tenir compte du caractère entremêlé de ces différentes caractéristiques.

Une des approches, nous paraissant particulièrement féconde à ce sujet, consiste à réduire la dimension sociale de la fécondité à une seule variable faisant

3. Voir au sujet de la réduction de la durée d'allaitement, le tableau annexe 1.

la synthèse de l'ensemble des variables économiques et sociales et constituant de ce fait un indicateur de catégorie sociale. La pertinence de cette approche se justifie à plusieurs niveaux. La pauvreté de masse, les fortes inégalités sociales, les disparités considérables qu'elles occasionnent quant à l'accès à l'information et aux services, les modes de comportements qu'elles induisent ne sont que quelques-uns des arguments qui justifient une approche en terme de groupes associant des individus ayant les mêmes caractéristiques socio-économiques.

Tableau 8. Prévalence de la contraception moderne au Maroc selon le niveau de pauvreté et le milieu de résidence, 1993 et 2003-2004

Quintile de pauvreté*		Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5
1993	Urbain	-	42,7	41,0	44,6	48,6
	Rural	17,8	29,1	36,3	37,3	(42,6)
	Ensemble	17,9	30,0	37,8	43,1	48,3
2003-04	Ensemble	51,4	55,2	55,4	54,8	56,8

Source : Gwatkin *et al.*, 2000, annexe; Oomman *et al.*, 2003.

* Le quintile 1 est celui des plus pauvres, le quintile 5 celui des plus riches.

() indicateur avec une grande marge d'erreur de par un petit nombre de cas.

- pas d'indicateurs de par le trop petit nombre de cas.

Il est, par ailleurs, universellement reconnu et largement démontré que les déterminants classiques de la fécondité sont d'effets variables selon les conditions socio-économiques sous lesquelles ils opèrent et l'environnement culturel dans lequel ils s'inscrivent (Odimegwu et Zerai, 1996). De ce fait, une meilleure compréhension des processus de transition enclenchés et des stades auxquels ils ont abouti requiert une analyse en termes de sous-groupes socialement homogènes et culturellement proches et non au niveau national, comme cela se fait le plus souvent. Les catégories sociales constituent des sous-groupes particulièrement pertinents pour ce faire (Dharmalingam, 1996), même si elles n'ont pas bénéficié d'un grand intérêt de la part des chercheurs.

Dans cette partie, on fera d'abord une brève présentation de la définition et du procédé statistique sur la base desquels l'identification des catégories

sociales sera faite, pour ensuite caractériser chacune des catégories ainsi identifiées eu égard aux principaux critères économiques et sociaux retenus. Les variations sociales de la fécondité seront ensuite analysées et explicitées et des éléments de réponse à la question centrale, autour de laquelle s'articule cette partie, seront développés. Formulée de manière assez générale, cette question peut être énoncée comme suit : dans quelles mesures la relation catégorie sociale – comportement reproductif trouve-t-elle confirmation dans le contexte particulièrement inégalitaire qui caractérise la société marocaine ? Enfin, la mise en évidence de la nature de cette relation et des effets qui en sont induits, à différents niveaux du comportement en matière de procréation, retiendra notre attention.

Catégories sociales : définition et approche méthodologique utilisée pour leur extraction

À l'évidence, « la catégorie sociale » est un concept non aisément saisissable. Sa définition a longtemps constitué et constitue encore un des thèmes les plus discutés dans la littérature, sociologique en particulier. Conscient de l'importante ambiguïté entourant ce concept et de sa nature à la fois multidimensionnelle et non toujours uniforme, il n'est pas de notre ressort d'ouvrir à nouveau le débat sur de telles questions aussi complexes que controversées. Notre ambition est beaucoup plus modeste. Elle part d'une définition simple bâtie autour de critères à la fois objectifs et opérationnels.

Cette définition appréhende « la catégorie sociale » comme étant une entité relativement homogène du point de vue de la connaissance et de la capacité économique d'accès aux biens et aux services. Cela va des degrés de savoir (niveau d'instruction) aux qualifications professionnelles (activité exercée) et aux ressources que génère leur exercice (revenu).

Bien que ces trois dimensions soient assez souvent étroitement liées, dans la mesure où l'acquisition d'un niveau d'instruction attribue une qualification, qui donne accès à une profession, laquelle procure un revenu, il convient de noter

que cette suite n'est ni linéaire ni unidimensionnelle. L'absence de substituabilité complète entre ces variables rend donc nécessaire la prise en considération simultanée des aspects propres à chacune d'elles. Cependant, si cette prise en compte est directement possible pour ce qui est des aspects instruction et activité, elle ne peut être qu'indirectement envisagée lorsqu'il s'agit de revenu. À ce dernier critère, non appréhendé par les enquêtes PAPCHILD, on substituera une série de variables relatant plus ou moins directement ou indirectement le niveau de vie du ménage⁴ auquel s'identifie la femme.

Partant de la définition énoncée ci-dessus et tenant compte du volume de données à manipuler, l'extraction de catégories sociales répondant à cette définition peut se faire à l'aide de l'une ou l'autre des méthodes dites de classification non hiérarchique⁵. Parmi toutes ces méthodes, une nous paraît tout particulièrement convenir à la réalisation de l'objectif visé. Il s'agit de la méthode dite des « K-Means » de Mac Queen (1967)⁶ qui, avec un minimum d'hypothèses, permet de rassembler les entités observées (les femmes) de sorte que les éléments faisant partie d'un même groupe (*i.e.* d'une même catégorie sociale) soient fortement similaires entre eux et que ceux appartenant à des groupes différents soient aussi dissemblables que possible les uns par rapport aux autres (Anderberg, 1973).

En conformité avec la conception multidimensionnelle à la base de la définition adoptée, cette similarité ou dissemblance sera jugée en fonction d'une série de critères ; à savoir le niveau d'instruction et l'activité de la femme et de

-
4. Les variables, auxquelles nous avons eu recours, pour apprécier le niveau de vie du ménage dont fait partie la femme, ont trait au statut d'occupation du logement, à l'accès à certains services de base (eau, électricité et téléphone) et à l'équipement en certains appareils (téléviseur, cuisinière, machine à laver, réfrigérateur, voiture).
 5. L'avantage de ces méthodes par rapport à celles dites de classification hiérarchique est qu'elles sont, à l'opposé de ces dernières, d'application possible aux grands échantillons puisqu'exigeant moins d'espace mémoire et procédant séquentiellement et non simultanément au calcul et au stockage des différents paramètres d'entrée.
 6. Par rapport aux deux principales autres méthodes de classification non hiérarchique, la méthode de Forgey et celle de Jancey, la méthode de Mac Queen (1967) a l'avantage considérable de recalculer les noyaux ou les centres de gravité à chaque affectation d'unité supplémentaire et non seulement lorsque toutes les unités sont affectées, comme c'est le cas pour ces deux méthodes. Voir Berthet (1978) pour une synthèse et discussion de ces méthodes.

son époux, le statut d'occupation du logement, la possession de certains biens (télévision, téléphone, réfrigérateur, cuisinière, machine à laver, voiture) et le bénéfice de certains services (accès à l'eau potable et raccordement au réseau électrique).

Ces critères n'épuisent évidemment pas tous les aspects susceptibles de déterminer l'appartenance à une catégorie sociale ou à une autre, mais permettent toutefois de donner une indication ne serait-ce que grossière sur la composition sociale de la société étudiée. Nous sommes, en effet, limités par les données et nous manquons d'information au sujet de nombreux autres critères dont le revenu, notamment.

S'agissant de critères d'ordre qualitatif essentiellement, certaines transformations sont à opérer au préalable pour que les données utilisées soient adaptées à l'application de la méthode retenue. Dans ce but, chacun des critères énumérés ci-dessus a été décomposé en autant de variables binaires qu'il présente de modalités⁷.

En représentant sur un plan multidimensionnel chaque femme par un point résumant sa situation par rapport à chacune des variables nouvellement créées, des distances euclidiennes entre couples de points peuvent être ainsi calculées. Ces distances, s'identifiant dans le présent cas à des distances sociales entre femmes, représentent des indices de proximité entre ces dernières. La méthode des « K-Means » procède justement à partir de ces indices pour aboutir à l'identification de groupes homogènes (ou catégories sociales) suivant l'algorithme ci-après :

— En premier lieu, une configuration initiale de K noyaux⁸, contenant chacun une seule famille, est générée ;

7. En notant, par exemple, X_i le critère i ($i = 1, 2, 3, \dots$) et X_{ij} la modalité j par rapport à ce critère ($j = 1, 2, 3, \dots, n_i$) avec n_i le nombre total de modalités possibles pour le critère i , X_{ij} serait égal à 1 si l'entité observée (la femme) possède la caractéristique j du critère i et X_{ij} prendrait la valeur 0 dans le cas contraire. De cette façon on génère de nouvelles variables qui, tout en reproduisant fidèlement les informations contenues dans les variables initiales, rendent possible l'application de la méthode retenue.

8. K, représentant le nombre de groupes (ou classes sociales) à extraire, est à fixer a priori. Pour notre part, après plusieurs essais, ce nombre a été fixé à cinq puisqu'il s'est avéré à l'issue de ces essais que c'est le nombre maximum de classes que l'on peut retenir tout en étant assuré de la représentation de chacune de ces classes par un effectif minimum de femmes.

- En second lieu, chacune des familles restantes est affectée au noyau (ou classe sociale) dont le centre de gravité est le plus proche. Autrement dit, celui par rapport auquel la distance euclidienne (ou encore la distance sociale) est minimale ;
- À chaque affectation de famille supplémentaire, le centre de gravité est recalculé. L'affectation suivante se fait donc en fonction des nouveaux centres de gravité ;
- Une fois toutes les familles affectées, des rotations sont effectuées jusqu'à ce que la convergence soit atteinte. Autrement dit, jusqu'à ce que les centres de gravité deviennent stables ou encore jusqu'à ce que les niveaux maximums d'homogénéité intraclasse et d'hétérogénéité entre classes soient atteints.

Notons, finalement, qu'étant donné le fait que la configuration initiale est susceptible d'influencer la configuration finale, la meilleure façon de procéder consiste à tirer au hasard K familles qui constituera les K noyaux de départ. C'est de cette façon qu'ont été générées les cinq classes de départ.

Profils socio-économiques des catégories sociales identifiées

Appliquée aux coordonnées socio-économiques des femmes non célibataires, la méthode de classification décrite ci-avant a permis de dégager cinq partitions⁹, chacune s'identifiant à une catégorie sociale au profil plus ou moins délimité et se distinguant des quatre autres sur un ou plusieurs des critères retenus (tableau 10). Nous donnons ci-après une brève description de la composition des cinq catégories sociales ainsi constituées, en les caractérisant les unes par rapport aux autres.

Catégorie sociale 1. C'est la catégorie qui cumule le plus d'attributs socio-économiques favorables. Elle est composée de femmes urbaines ayant pratiquement

9. Le nombre définitif de groupes ou de catégories à dégager est à fixer a priori. Après plusieurs essais et pour des raisons de contraintes de données, nous avons choisi de l'arrêter ici à cinq. Cela dans l'objectif d'avoir au sein de chaque groupe ou catégorie un nombre de femmes suffisamment grand pour que l'on puisse procéder à des analyses différentielles.

Tableau 10. Structures des catégories sociales identifiées
selon les caractéristiques socio-économiques des femmes (en %) au Maroc en 1997

Caractéristiques	Catégories sociales					Ensemble
	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4	Catégorie 5	
<i>Exercice par la femme d'une activité rémunératrice</i>						
Oui	51,4	15,9	5,0	7,8	3,0	9,6
Non	48,6	84,1	95,0	92,2	97,0	90,4
<i>Niveau d'instruction de la femme</i>						
Analphabète	0,0	0,0	82,1	100,0	94,4	71,0
Primaire	0,0	100,0	17,0	0,0	5,5	22,4
Secondaire et plus	100	0,0	0,9	0,0	0,1	6,6
<i>Niveau d'instruction du conjoint</i>						
Analphabète	2,1	19,5	0,0	50,4	99,5	54,4
Primaire	19,3	50,8	94,0	38,0	0,0	32,0
Secondaire	45,9	21,7	5,4	8,9	0,4	9,5
Universitaire	32,7	8,0	0,6	2,7	0,0	4,1
<i>Milieu de résidence</i>						
Urbain	94,8	91,9	26,9	87,5	13,2	48,8
Rural	5,2	8,1	73,1	12,5	86,8	51,2
<i>Accès à l'eau potable</i>						
Oui	95,7	88,1	14,7	87,3	6,2	43,4
Non	4,3	11,9	85,3	12,7	93,8	56,6
<i>Connexion au réseau d'électricité</i>						
Oui	100,0	98,0	28,7	99,3	11,4	52,1
Non	0,0	2,0	71,3	0,7	88,6	47,9
Nombre de femmes	327	893	781	994	2 098	5 093

Source : calcul des auteurs d'après le fichier ENSME-PAPCHILD 1997.

toutes atteint au moins le niveau d'instruction secondaire et exerçant pour la plupart une activité rémunératrice. Leurs époux sont, dans l'ensemble, d'un niveau d'instruction avancé. Elles sont, par ailleurs, proportionnellement les plus nombreuses à avoir accès aux services de base (eau et électricité) et à posséder des équipements témoignant d'un niveau de vie relativement élevé.

Catégorie sociale 2. C'est, avant tout, une catégorie qui regroupe essentiellement des femmes de niveau d'instruction primaire, n'exerçant pour la plupart pas d'activité rémunératrice et mariées à des hommes ayant rarement dépassé le niveau du secondaire. C'est, par ailleurs, une catégorie qui rassemble aussi bien des femmes rurales qu'urbaines. C'est aussi une catégorie au sein de laquelle le bénéfice des services de base (eau et électricité) et la possession de certains équipements s'avère être l'apanage d'une fraction limitée de femmes.

Catégorie sociale 3. C'est la catégorie des femmes non actives, n'ayant guère dépassé le niveau du primaire et dont le mari est le plus souvent de niveau d'instruction primaire ou secondaire. C'est aussi une catégorie où les femmes, en majorité rurales, n'ont qu'un accès limité aux services de base (eau et électricité).

Catégorie sociale 4. Cette catégorie rassemble, presque exclusivement, des femmes analphabètes, n'exerçant, pour la plupart, pas d'activité rémunératrice et mariées à des hommes le plus souvent d'instruction primaire. Cette catégorie, regroupant plus de femmes rurales qu'urbaines, a un accès aux services de base (eau et électricité) encore plus limité que la précédente.

Catégorie sociale 5. Quel que soit l'angle sous lequel on tente de la décrire, cette dernière catégorie est celle qui cumule tous les caractères socio-économiques défavorables. Elle est presque entièrement composée de femmes analphabètes, n'exerçant pas d'activité rémunératrice et mariées à des hommes analphabètes eux aussi. Cette catégorie est aussi celle de loin dominée par les femmes rurales ayant un faible accès aux services de base (eau et électricité).

Catégories sociales et comportements en matière de reproduction

Plus que toute autre mesure partielle appréhendée en fonction de l'une ou l'autre caractéristique socio-économique de la femme, la catégorie sociale à laquelle s'identifie cette dernière — mesure synthétique résumant l'ensemble de ces caractéristiques — est de loin le meilleur révélateur des contrastes sociaux en matière de comportements reproductifs des femmes marocaines.

C'est, en effet, en fonction de celle-ci que les variations sociales les plus marquées de la fécondité de ces femmes sont observées (tableau 11). C'est aussi en fonction de cette même variable que les écarts par rapport au niveau national sont les plus prononcés. Ces variations et écarts sont à l'image des situations socio-économiques plus ou moins contrastées et relatent des niveaux de fécondité en concordance avec la gradation sociale à la base de celles-ci. Au sommet de la hiérarchie, la catégorie sociale 1, cumulant les avantages, affiche le niveau de fécondité le plus bas. Au bas de l'échelle, les catégories sociales 4 et 5, défavorisées à nombreux points de vue, s'avèrent les plus prolifiques. Les autres catégories, aux oppositions socio-économiques nettement moins tranchées, affichent des niveaux de fécondité assez peu différenciés. Les indices synthétiques de fécondité qui leur reviennent sont nettement au dessus de ceux de la catégorie la mieux lotie (catégorie 1) et largement en dessous de ceux des catégories les moins favorisées (catégories 4 et 5).

Tableau 11. Indice synthétique de fécondité, âge au premier mariage et pratique contraceptive selon la catégorie sociale de la femme au Maroc en 1997

	Indice synthétique de fécondité (I.S.F.)	Âge médian au 1 ^{er} mariage (en années)	Âge moyen à la 1 ^{re} naissance (en années)	Pratique contraceptive passée (en %)	Pratique contraceptive actuelle (en %)
Catégorie 1	1,5	24	25,8	92,5	72,7
Catégorie 2	2,3	20	21,9	91,9	66,5
Catégorie 3	2,7	18	20,7	84,0	61,0
Catégorie 4	3,4	18	20,6	92,1	68,0
Catégorie 5	3,8	18	20,2	76,8	48,4
Ensemble	3,1	18,7	21,0	84,5	58,9

Source : calcul des auteurs d'après le fichier ENSME-PAPCHILD 1997.

Dans l'ensemble, en parallèle à la hiérarchie sociale s'établit, dans le même ordre, une gradation des niveaux de fécondité des femmes appartenant à chacune des cinq catégories sociales distinguées. Telle qu'elle est conçue ici, la catégorie sociale reflète des différences aussi bien en matière de connaissance que de capacité matérielle d'accès au bien-être et aux services nécessaires. Dès lors, il faut se garder d'attribuer à l'une ou l'autre des variables socio-économiques ayant servi à la construction des catégories sociales identifiées la responsabilité des faibles ou forts niveaux de fécondité. Toutes ces variables sont censées agir et interagir dans un ensemble cohérent d'attributs économiques et sociaux, en l'occurrence la catégorie sociale, pour conditionner le comportement reproductif des femmes et déterminer en définitive leur niveau de fécondité.

Cependant, intéressantes en elles-mêmes, les variations sociales de la fécondité peuvent éclairer davantage si on les met en rapport avec un certain nombre de variables dont les effets leur sont, vraisemblablement, directement ou indirectement associés. Ces variables, ayant trait essentiellement à des aspects d'ordre comportemental, peuvent en effet être à l'image des conditions socio-économiques dans lesquelles elles s'inscrivent, d'influence plus ou moins conséquente. L'âge d'entrée en première union, l'âge d'entrée effective en période de reproduction ainsi que la connaissance et la pratique régulière d'une méthode contraceptive sont quelques-unes de ces variables au sujet desquelles l'enquête PAPCHILD fournit des informations.

En concordance parfaite avec les niveaux sociaux identifiés, ces indicateurs se rangent dans un ordre décroissant en fonction de la catégorie sociale d'appartenance, les catégories sociales étant elles-mêmes classées selon un niveau de vie décroissant, comme on l'a vu précédemment. Autrement dit, plus la catégorie sociale à laquelle s'identifie la femme est élevée plus cette dernière a tendance à se marier et à donner naissance à son premier enfant à un âge relativement avancé. Ce qui témoigne d'une réelle connexion et d'une correspondance assez étroite entre catégorie sociale, d'une part, et comportements matrimonial et reproductif, d'autre part.

À son tour, la pratique de la contraception apparaît comme un comportement à fréquence globalement croissante avec le niveau socio-économique. Qu'il s'agisse, en effet, de pratique contraceptive passée ou actuelle, c'est le plus souvent la catégorie 1 qui regroupe la proportion la plus importante de pratiquantes et c'est partout la catégorie 5 qui affiche les performances de loin les plus faibles en la matière.

Effets nets de la catégorie sociale

Les analyses précédentes montrent l'intérêt de « la catégorie sociale » en tant que critère de différenciation du niveau de fécondité, d'une part, et facteur selon lequel ses déterminants proches se structurent, d'autre part. C'est dire combien la hiérarchisation sociale et les barrières entre catégories sociales s'accompagnent de discriminations à tous les niveaux et combien ces discriminations peuvent être conséquentes quant au comportement reproductif adopté. L'effet net de l'appartenance à « une catégorie sociale » ou à une autre ne peut, cependant, être au mieux apprécié que via la prise en compte simultanée des effets de l'ensemble des autres variables. Une telle appréciation est rendue possible grâce à l'application d'un modèle de régression linéaire aux données individuelles émanant de l'enquête marocaine. Dans ce modèle, le nombre d'enfants nés vivants constituera notre variable dépendante ou à expliquer. En revanche, les variables indépendantes ou explicatives seront au nombre de cinq : l'âge de la mère au moment de l'enquête, l'âge qu'elle avait lors de son entrée en première union, sa pratique ou non d'une méthode contraceptive depuis le mariage, son milieu de résidence et « la catégorie sociale » à laquelle elle appartient. L'application de ce modèle aux coordonnées individuelles des femmes a donné lieu aux résultats synthétisés dans le tableau 12.

De ces résultats, il ressort que la technique de régression à laquelle nous avons eu recours fournit, dans l'ensemble, de bons ajustements. Le coefficient de détermination (R^2) dépasse les 60 %, dénotant une qualité d'ajustement fort appréciable. Ceci montre la bonne adéquation du modèle utilisé pour

la problématique étudiée. Par ailleurs, toutes les variables s'avèrent d'un effet propre déterminant pour la fécondité. Le seuil de significativité est en effet inférieur, pour toutes les variables, à 1 %. Ce qui, à son tour, témoigne de la valeur prédictive de ces variables et de la place importante qu'elles s'adjugent parmi les déterminants de la fécondité.

Tableau 12. Résultats du modèle de régression linéaire (OLS) avec comme variable dépendante le nombre d'enfants nés-vivants au Maroc en 1997

Variables	Paramètres estimés
Constante	-1.255***
Âge de la femme	0.266***
Âge au 1 ^{er} mariage	-0.206***
Pratique contraceptive	
Oui	Réf.
Non	1.336***
Milieu de résidence	
Rural	Réf.
Urbain	-0.714***
Catégorie sociale	
catégorie 1	Réf.
catégorie 2	0.091
catégorie 3	0.645***
catégorie 4	0.435***
catégorie 5	1.037***
R2	0.632
Statistique F	1086.197***
N	5 078

Source : calcul des auteurs d'après le fichier ENSME-PAPCHILD 1997.

*** significatif à 1% ($P < 0.01$).

Réf : catégorie de référence.

Cela dit, intéressons-nous plus particulièrement aux effets nets de « la catégorie sociale », principal critère de différenciation autour duquel cette partie de notre analyse s'articule. En contrôlant les effets de toutes les autres variables, autrement dit en les maintenant constants, ce critère conserve partout un fort poids explicatif. Le fait que la catégorie 2 se détache en se révélant la moins significative au sens statistique du terme, s'explique parfaitement dans la mesure où, comme on l'a noté précédemment, cette catégorie regroupe des femmes d'un profil social relativement proche de celui des femmes s'identifiant à la catégorie de référence, en l'occurrence la catégorie 1. C'est, sans doute, cette proximité sociale qui est à l'origine de la forte similarité des comportements reproductifs des femmes appartenant aux deux catégories. L'écart qui les sépare en termes de fécondité nette est, en effet, celui le plus faible : 0,091 enfant de plus en moyenne pour les femmes de la catégorie 2 que pour celles de la catégorie 1. Ce qui est, à l'évidence, fort négligeable.

D'une manière générale, les distances sociales qui séparent les cinq catégories distinguées se traduisent partout en niveaux de fécondité plus ou moins contrastés lorsque l'effet de l'appartenance sociale est simultanément apprécié avec ceux des autres variables. L'excédent de fécondité par rapport à la catégorie a priori socialement la plus aisée, en l'occurrence la catégorie 1, va généralement en croissant en fonction de la gradation sociale établie. Toutes choses étant égales par ailleurs, les écarts les plus importants sont, dans l'ensemble, le fait des catégories les moins bien loties : les catégories 3, 4 et 5. Par rapport à la catégorie 1, le nombre supplémentaire d'enfants auxquels les femmes appartenant à ces catégories donnent en moyenne naissance va de 0,435 à plus de 1 en passant de la catégorie 4 à 5.

Notons, finalement, que la mesure conjointe de l'effet d'une variable synthétique telle que « la catégorie sociale » et des effets simultanés des quatre autres variables n'affecte nullement le poids déterminant de ces dernières. Qu'il s'agisse, en effet, de variables contextuelles, tel que le milieu de résidence, ou comportementale, telle que la pratique ou non d'une méthode contraceptive, ou bio-démographiques, tels que l'âge au moment de l'enquête et celui d'entrée

en première union, ces variables conservent toutes leur pouvoir explicatif et continuent à fortement différencier les niveaux de fécondité. Toutes choses étant égales par ailleurs, le fait de résider en milieu urbain plutôt qu'en milieu rural s'accompagne d'une réduction de l'ordre de 0,714 du nombre d'enfants mis au monde, en moyenne. De même, l'absence de pratique d'une contraception donne lieu à un accroissement moyen de la fécondité de l'ordre de 1,366 enfant. À son tour, tout accroissement d'une année de l'âge au premier mariage induit une réduction de la fécondité de 0,206 enfant en moyenne. Par ailleurs, l'avancement de la femme en âge, synonyme d'une couverture plus large par l'enquête de sa période de reproduction, résulte en une augmentation de la parité atteinte de 0,266 en moyenne par année supplémentaire.

Une transition de la régulation de la fécondité réelle mais encore inégale selon les catégories de la population

Avec 2,5 enfants par femme, la fécondité marocaine est entrée au tournant du XXI^e siècle dans la dernière phase de sa transition. Cette fécondité est plus faible dans les milieux urbains et instruits comme dans les couches aisées de la population, car le mode de régulation de la procréation n'a pas évolué de la même manière dans les différentes catégories de la population. Les catégories les mieux insérées dans le processus de développement national ont connu une révolution matrimoniale et contraceptive plus précoce et plus intense. Aujourd'hui, les différences selon les différentes catégories concernent essentiellement l'âge au premier mariage, nettement plus tardif dans les catégories urbaines, instruites et aisées. Quant au recours à la contraception, s'il est demeuré longtemps nettement plus prononcé dans ces mêmes catégories, il s'est homogénéisé récemment même s'il demeure un peu plus fréquent pour les femmes qui résident en ville, disposent d'un bon niveau d'instruction et d'un niveau de vie aisé.

L'ensemble des résultats que nous avons pu dégager en utilisant la notion de catégorie sociale, en dépit des limites inhérentes aux données utilisées,

fournit une première et intéressante conclusion sur le plan conceptuel et méthodologique. Il s'agit de la pertinence de cette notion en tant que variable synthétique en fonction de laquelle les déterminants de la fécondité doivent être appréhendés et examinés, surtout dans le contexte marocain étudié ici affecté de graves et persistantes inégalités. Il va sans dire que si les critères socio-économiques qui ont servi à la construction et à l'identification des catégories sociales étaient plus nombreux et mieux spécifiés et si l'échantillon de l'enquête utilisée était plus large, les groupements effectués auraient été plus homogènes et mieux circonscrits et les contrastes de fécondité qui en découlent auraient été plus prononcés. Point de doute aussi que le concept même de catégorie sociale nécessite d'être mieux cerné, du point de vue de son contenu comme de sa mesure. Nous n'avons aucunement la prétention d'apporter, à travers cette analyse, des réponses parfaites à toutes les questions posées et à tous les problèmes soulevés. Notre ambition, beaucoup plus modeste, était d'initier une réflexion sur les inégalités sociales et les effets qu'elles induisent sur le comportement reproductif des femmes dans un contexte qui en est sûrement une des illustrations les plus évidentes.

Néanmoins, les résultats obtenus sont révélateurs de faits intéressants. Et ce, malgré les insuffisances précédemment évoquées. En effet, outre la confirmation que ces résultats apportent à la liaison entre le profil socio-économique et le niveau de fécondité, ils sont de nature à affirmer l'étroitesse des liens entre catégorie sociale d'appartenance, d'une part, et les comportements matrimoniaux et reproductifs contribuant à la régulation de la fécondité, d'autre part. Qu'il s'agisse de l'âge d'entrée en première union, de la pratique contraceptive ou de la fécondité effective, les résultats obtenus sont unanimes à souligner la mesure dans laquelle ces variables sont tributaires du niveau social auquel s'identifie la femme. Il se confirme ainsi que la précocité du mariage, la faible pratique contraceptive et du coup la forte fécondité sont les traits caractéristiques des catégories sociales les moins bien loties. Il se confirme, en revanche, que le mariage tardif, la pratique contraceptive étendue et la fécondité réduite sont des comportements qui continuent à distinguer les femmes de niveau social

relativement aisé, et ce même dans une phase de transition de la fécondité avancée. L'évolution de la fécondité et de sa régulation demeure marquée au Maroc par une différenciation entre les différentes catégories sociales de la population même si elle tend à s'orienter, depuis les dernières années, vers une relative homogénéisation des comportements.

Références bibliographiques

- ANDERBERG M.R., 1973, *Cluster analysis for applications*, Academic Press, New York, 359 p.
- AYAD M., 1999, « La fécondité au Maroc : niveaux et déterminants de 1980 à 1995 », in Ayad M. et Azelmat M. (éd.), *Regards sur la fécondité, la santé et la planification familiale au Maroc*, ministère de la Santé publique [Maroc] et Macro International Inc., pp. 3-25.
- AZELMAT M., AYAD M. et BELHACHMI H., 1989, *Enquête nationale sur la planification familiale, la fécondité et la santé de la population au Maroc (ENPS-I) 1987*, ministère de la Santé publique, Rabat, Maroc et Institute for Resource Development/Westhinghamhouse Columbia, Maryland, USA.
- AZELMAT M., AYAD M. et EL HARBI H., 1993, *Enquête nationale sur la population et la santé (ENPS-II) 1992*, Columbia, Maryland, ministère de la Santé publique [Maroc] et Macro International Inc., 281 p.
- AZELMAT M., AYAD M. et EL HARBI H., 1996, *Enquête de panel sur la population et la santé (EPPS) 1995*, Columbia, Maryland, ministère de la Santé publique [Maroc] et Macro International Inc., 201 p.
- BERTHET P., 1978, « Méthodes de classifications métriques et algorithmes », in *Typologies et classifications en démographie*, Chaire Quetelet 1977, département de Démographie, Ordina Éditions, Louvain-la-Neuve, pp. 107-129.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 2001, *Enquête nationale sur l'emploi 2000*, Rabat.
- DHARMALINGAM A., 1996, « The social context of family size preferences and fertility behaviour in a South Indian village », *Genus*, vol. LII, n°s 1-2, pp 83-103.
- GWATKIN D. R. et al., 2000, *Socio-economic differences in health, nutrition, and population in Morocco*, HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank, 28 p.
- HAUT COMMISSARIAT AU PLAN, 2004, *La carte de la pauvreté communale*, CD-Rom, Royaume du Maroc, Haut Commissariat au plan, juin 2004.
- HERTRICH V. et PILON M., 1997, Transitions de la nuptialité en Afrique, Communication au colloque « European population : variations on common themes », Cracovie, 11 au 13 juin 1997, Pologne, 24 p.

- KATEB K. ET OUADAH-BEDIDI Z., 2002, « L'actualité démographique du Maghreb », in *Enseigner la guerre d'Algérie et le Maghreb contemporain. Actes de la DESCO-Université d'été octobre 2001*, ministère de l'Éducation nationale–direction de l'enseignement scolaire pour Eduscol, avril 2002.
- MAC QUEEN J., 1967, « Some methods for classification and analysis of multivariate observations », in *Proceedings of the 5th Berkley Symposium on Mathematical Statistics and Probability*, vol. 1, University of California Press, Berkeley, pp. 281-297.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1984, *Enquête nationale sur la fécondité et la planification familiale au Maroc 1979-1980. Rapport national. Volume III–Dynamique de population, santé et planification familiale; Résultats de l'enquête individuelle*, Royaume du Maroc, ministère de la Santé publique et Institut international de statistique, Enquête mondiale sur la fécondité, 112 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1999, *Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant 1997*, Direction de la planification et des ressources financières, Service des études et de l'information sanitaire, Rabat, 333 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ [MAROC], O.R.C. Macro, et Ligue des États arabes, 2005, *Enquête sur la population et la santé familiale (EPSF), 2003-04*, Calverton, Maryland, USA : ministère de la Santé et O.R.C. Macro, 339 p.
- ODIMEGWU C.O. et ZERAI A., 1996, « Understanding the proximate determinants of fertility of a Nigerian ethnic group », *Genus*, vol. LII, n^{os} 3-4, pp. 67-87.
- OUADAH-BEDIDI Z. et VALLIN J., 2000, « Maghreb : la chute irrésistible de la fécondité », *Population & Sociétés*, n^o 359, pp. 1-4.
- OOMANN N., LULE E., VAZIRANI D. et CHABRA R., 2003, *Morocco. Inequalities in Health, Nutrition and Population*, World Bank, 24 p.
- SAJOUX-BEN SEDDIK, 2002, Disparités socio-économiques et évolutions démographiques au Maroc et en Tunisie, Communication au colloque « Économie, Méditerranée Monde arabe » (Sousse, 20-21 septembre 2002), GRDI EMMMA, IRMC, ESSEC Tunis, FSEG Sfax, 17 p.
- SCHOUMAKER B. et TABUTIN D., 1999, *Relations entre pauvreté et dans les pays du Sud. Connaissance, méthodologie et illustrations*, Document de travail SPED, n^o 2, département des Sciences de la population et du Développement, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, 32 p. + annexes.
- U.S. CENSUS BUREAU, 2004, *Global Population Profile : 2002*, International Population Reports WP/02, US Government Printing office, Washington, DC, 89 p. + annexes.
- YAAKOUBD A.-I., 1997, « La transition de la fécondité au Maroc », *Genus*, vol. LIII, n^{os} 1-2, pp. 189-202.

Annexe

Liste des enquêtes réalisées au Maroc

- RGP : Recensement général de la population, 1960
 EOM : Enquête à objectifs multiples, 1962
 EOPF : Enquête d'opinion sur la planification familiale, 1966-1967
 RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat, 1971
 ENFPF : Enquête nationale sur la fécondité et la planification familiale, 1979-1980
 RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat, 1982
 ENPC : Enquête nationale de prévalence contraceptive, 1984
 ENPDR : Enquête nationale démographique à passages répétés, 1986-1988
 ENPSI : Enquête nationale sur la planification familiale, la fécondité et la santé de la population, 1987
 ENPS-II : Enquête nationale sur la population et la santé, 1992
 RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat, 1994
 EPPS : Enquête de panel sur la population et la santé, 1995
 ENSME (PAPCHILD) : Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant, 1997
 Enquête emploi : 2000
 EPSF : Enquête sur la population et la santé familiale, 2003-2004

Tableau annexe 1. Évolution des durées moyennes (en mois) d'allaitement au Maroc de 1979 à 2004

	Allaitement exclusif au sein	Ensemble de l'allaitement au sein
1979-80	-	17,5
1987	-	14,4
1992	3,8	14,8
1995	2,2	14,7
1999	3,1	13,5
2003-04	2,6	13,9

Source : Azelmat *et al.*, 1989, 1993, 1996 ; ministère de la Santé, 1999, 2005.

Yaakoubd A.I., Vimard Patrice.

La régulation de la fécondité au Maroc :
évolution et différenciation sociale des
comportements.

In : Fassassi R. (dir.), Vignikin K. (dir.), Vimard
Patrice (dir.). La régulation de la fécondité en
Afrique : transformations et différenciations
au tournant du 21ème siècle. Louvain-la-
Neuve : Bruylant-Academia, 2010, p. 221-252.

ISBN 978-2-87209-959-7