

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé



وزارة الصحة

Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc 2003



Ministère de la Santé



Organisation Mondiale de la Santé

Direction de la Planification et des Ressources Financière

Service des Etudes et de l'Information Sanitaire

Octobre 2007

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES	V
PREFACE	IX
CHAPITRE 1 : CONTEXTE GEOGRAPHIQUE DE L'ETUDE, METHODOLOGIE ET QUALITE DES DONNEES	1
1.1. Introduction	1
1.2. Contexte géographique de l'étude	1
1.2.1. Milieu naturel.....	1
1.2.2. Milieu humain.....	4
1.2.3. Système de santé	8
1.3. Objectifs, cadre institutionnel et méthodologie de l'enquête	9
1.3.1. Objectifs.....	9
1.3.2. Cadre institutionnel	10
1.3.3. Questionnaire	10
1.3.4. Méthodologie	13
1.4. Qualité des données	17
1.4.1. Taux de non réponse.....	18
1.4.2. Informations géographiques de l'ENSRS-2003.....	19
1.4.3. Indices de déviation de l'échantillon.....	20
1.4.4. Indices de Meyers.....	22
1.4.5. Fiabilité des données test-retest.....	22
CHAPITRE 2 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ENQUETEE.....	24
2.1. Structure de la population et caractéristiques des ménages	24
2.1.1. Structure par sexe et par âge.....	24
2.1.2. État matrimonial	26
2.1.3. Niveau d'instruction	27
2.1.4. Répartition des chefs de ménage par âge moyen selon le quintile de bien être.....	27
2.2. Caractéristiques Socio-démographique des répondants (questionnaire individuel).....	28
2.2.1. Distribution par âge et sexe.....	28
2.2.2. Etat matrimonial	28
2.2.3. Niveau d'instruction.....	28
CHAPITRE 3 : LES FACTEURS DE RISQUE	30
3.1. Consommation de tabac	30
3.2. Consommation d'alcool.....	32
3.3. Apport nutritionnel	34
3.4. Accès à l'eau potable	35
3.5. Accès à un sanitaire aménagé	37

3.6. Type de combustibles utilisés pour la cuisine.....	38
CHAPITRE 4 : PREVALENCE DE LA MORBIDITE :.....	
4.1.Maladies transmissibles :	40
4.1.1. Tuberculose	40
4.1.2. Soins prénatal et transmission mère enfant du VIH/SIDA	42
4.1.3. Assistance à l'accouchement.....	44
4.1.4. Santé de l'enfant- maladies communes.....	46
4.1.5. Santé de l'enfant : signes de danger.....	48
4.1.6. Vaccination des enfants âgés de 12 à 23 mois avec carte de vaccination selon les recommandations de l'OMS	50
4.1.7. Statut Vaccinal Des Enfants De 12 A 23 Mois :	52
4.2.Maladies non transmissibles	53
4.2.1.Dépistage du cancer féminin	53
4.2.2. Santé bucco-dentaire et blessures/accidents	55
4.2.3.Maladies chroniques: Angine de poitrine, Ostéoarthrite, Asthme et diabète	56
CHAPITRE 5 : EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE.....	
5.1. Appréciation de l'état de santé général de santé.....	62
5.2. Mobilité.....	64
5.2.1. Difficultés avec le travail et les activités ménagères.....	64
5.2.2. Difficulté de déplacement à domicile.....	66
5.2.3. Difficultés dans les activités vigoureuses	67
5.3. Soins personnels.....	68
5.3.1.Soins personnels	68
5.3.2. La prise de soin de soi et la préservation de l'apparence général	69
5.4. Douleur et malaise	71
5.5. Douleur physique.....	71
5.6. Malaise physique.....	72
5.7. Cognition	73
5.7.1. Concentration et mémoire	74
5.7.2. Apprentissage d'une nouvelle tache	75
5.8. Relations interpersonnelles.....	76
5.8.1. Degré de relation interpersonnelle : Participation à la communauté.....	77
5.8.2. Conflits et tensions.....	78
5.9. Vision	79
5.9.1. Voir/reconnaître une personne de l'autre côté de la route.....	80
5.9.2. Voir un objet à bout de bras	81
5.10. Sommeil et énergie.....	82
5.10.1. Difficulté de sommeil	83
5.10.2. Se sentir reposé et détendu	84
5.11. Affect.....	85
5.11.1. Inquiétude/anxiété.....	87

CHAPITRE 6 : REACTIVITE DU SYSTEME DE SANTE	88
6.1. Utilisation des services de santé et perception des besoins insatisfaits.....	89
6.2. Réactivité du système de santé : services ambulatoires.....	91
6.2.1. Le temps de déplacement	91
6.2.2. Le délai d'attente	91
6.2.3. Le respect de la dignité des usagers	91
6.2.4. La communication prestataire usagers.....	92
6.2.5. Autonomie des patients par rapport aux prescriptions médicales : informations sur les traitements et participation aux choix thérapeutiques.....	94
6.2.6. Confidentialité : entretien en privé ; confidentialité des enregistrements et données médicales personnelles.....	94
6.2.7. Liberté du choix du prestataire.....	94
6.2.8. Aménagements de base : propreté de la structure ; espace.....	95
6.3. Réactivité du système de santé : services hospitaliers.....	96
6.3.1. Profils des patients hospitalisés.....	96
6.3.2. Appréciation des caractéristiques des prestataires de soins par les patients : compétences, équipements et médicaments	96
6.3.3. Accessibilité aux services hospitaliers	97
6.3.4. Délais de rendez-vous d'hospitalisation	97
6.3.5. Nombre moyen de personnes occupant la même salle d'hospitalisation.....	97
6.3.7. Coût moyen d'un séjour hospitalier	98
6.3.8. Perception de la discrimination	98
6.3.9. Evaluation de la réactivité de l'hôpital (Domaines où la réactivité de l'hôpital est appréciée comme moyenne, mauvaise ou très mauvaise)	100
CHAPITRE 7 : DEPENSES DE SANTE ET COUVERTURE PAR UNE ASSURANCE.....	106
7.1. Dépenses de santé.....	106
7.1.1. Dépenses de santé par catégorie de services.....	109
7.1.2. Dépenses catastrophiques de santé	111
7.1.3. Ressources financières pour les paiements des soins de santé	113
7.2. Assurance maladie	116
PERSONNEL DE L'ENQUETE.....	118

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Chapitre 1 CONTEXTE GEOGRAPHIQUE DE L'ETUDE, METHODOLOGIE ET QUALITE DES DONNEES

Figure 1.1:	Royaume du Maroc -Carte administrative.....	2
Figure1.2:	Evolution du taux brut de natalité (pour mille), Maroc1960-2004.....	5
Tableau1.1:	Répartition des grappes échantillon de l'ENRSS-2003.....	15
Figure 1.3:	Taux de non réponses par thème.....	19
Figure 1.4:	Distribution de l'échantillon en terme de grappesENSRS-2003, Maroc.....	20
Figure 1.5:	Indice de déviation de l'échantillon ménage.....	21
Tableau1.6:	Indice de déviation de l'échantillon individuel.....	21
Tableau 1.2:	Indices de Myers par sexe et classement des chiffres (0 à 9) du plus répulsif au plus attractif, ENSRS-2003, Maroc.....	22

Chapitre 2: CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION ENQUETEE

Tableau2.1:	Distribution (en %) de la population (de fait) des ménages par âge, milieu de résidence, état matrimonial et niveau d'instruction, selon le sexe.....	25
Figure 2.1:	Pyramide de la population.....	26
Figure 2.2:	Structure matrimoniale de la population âgée de 15ans et plus.....	27
Tableau2.2:	Caractéristiques du chef de ménage selon le quintile du bien être.....	28
Tableau 2.3:	Distribution (en %) des hommes et des femmes enquêtées par le questionnaire individuel selon l'âge,le milieu de résidence, l'état matrimonial et éducation.....	29

Chapitre 3: LES FACTEURS DE RISQUE

Tableau3.1:	Prévalence du tabagisme.....	31
Tableau3.2:	Proportion de personnes n'ayant jamais bu de l'alcool et de buveurs d'alcool occasionnels, peu fréquents et très fréquents.....	33
Tableau3.3:	Proportion (en%)de personnes à consommation insuffisante en fruits et légumes.....	35
Tableau3.4:	Répartition (en%) des ménages selon la source d'approvisionnement en eau potable.....	36
Tableau3.5:	Répartition (en %) des ménages selon le type d'aisance dans le logement habité.....	37
Tableau3.6:	Répartition (en %) des ménages selon le type de combustible utilisé pour la cuisson.....	38

Chapitre 4: PREVALENCE DE LA MORBIDITE

Tableau4.1:	Tuberculose : Pourcentage des personnes dépistées: proportion des personnes ayant présenté des symptômes de tuberculose (besoin) et proportion de celles ayant bénéficié d'un test de dépistage (couverture).....	41
Tableau4.2:	Pourcentage des naissances des cinq dernières années ayant bénéficié d'une consultation prénatale et nombre de visites mesures effectués. Pourcentage de naissances des 2 dernières années dont les mères ont bénéficié d'un test pour le VIH/SIDA.....	42
Tableau4.3:	Pourcentage des femmes ayant donné lieu à une naissance vivante dans les cinq dernières années et % de celles ayant bénéficié d'un accouchement assisté par un professionnel de santé. % selon le lieu d'accouchement.....	45
Tableau4.4:	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant présenté un épisode de fièvre, de toux ou de diarrhée et ayant bénéficié d'un traitement à domicile durant les trois derniers mois précédents l'enquête.....	46
Tableau4.5:	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant présenté un épisode de respiration rapide, vomissements et refus de boire et % de ceux ayant consulté un établissement de santé.....	48
Tableau4.6:	statut vaccinal des enfants de 12 à 23 mois ayant une carte de vaccination.....	51
Tableau4.7:	statut vaccinal des enfants âgés de 12 à 23 mois selon les deux sources d'information (document ou déclaration des parents).....	52
Tableau4.8:	Pourcentage des femmes âgées de 18 ans et plus ayant bénéficié d'un frottis de dépistage du cancer du col et pourcentage de celles âgées de 40 ans ayant bénéficié d'une mammographie ou un examen des seins pour le dépistage du cancer des seins.....	54
Tableau4.9:	Pourcentage de personnes ayant eu un problème buccodentaires, un accident de la voie publique ou des blessures et ayant bénéficié d'un traitement.....	55
Tableau4.10:	Pourcentage des personnes ayant présenté une angine de poitrine, une ostéoarthrite, un asthme ou un diabète et qui ont bénéficié d'un traitement	56
Tableau4.11:	Pourcentage des personnes ayant souffert d'une dépression ou d'une schizophrénie et qui ont reçu un traitement spécifique.....	58
Tableau4.12:	Pourcentage des personnes âgées de 60 ans ou plus et qui ont bénéficié d'un traitement spécifique.....	60
Chapitre 5 EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE		
Figure 5.1:	Relation entre les objectifs et les fonctions du système de santé.....	61
Tableau5.1:	Distribution des enquêtés selon l' appréciation de leur état général de santé au Maroc 2003/2004.....	64
Tableau5.2:	Difficulté avec "le travail et le travail ménager" au cours des 30 derniers jours.....	66
Tableau5.3:	Difficulté pour se déplacer dans les alentours au cours des 30 derniers jours.....	67
Tableau5.4:	Distribution en % des enquêtés ayant reporté des difficultés à accomplir des activités vigoureuses au Maroc 2003/2004.....	68
Tableau5.5:	Distribution en % des enquêtés ayant reporté des difficultés à prendre Soin d'eux et de la préservation de l'apparence générale au Maroc 2003/2004.....	69
Tableau5.6:	Distribution en % des enquêtés ayant reporté des difficultés à prendre soin d'eux et du maintien de leur apparence générale durant les 30 derniers jours précédent l'enquête au Maroc 2003/2004.....	70
Tableau5.7:	Distribution en () des enquêtés selon le dosé de douleurs/souffrances éprouvées au cours des 30 derniers jours ayant précédé l'ENSR 2003.....	72

Tableau5.8:	Distribution en % des enquêtés selon le degré de malaise physique qu'ils ont ressentis les 30 derniers jours ayant précédé l'ENSR 2003/2004.....	73
Tableau5.9:	Distribution en % des enquêtés rapportant des difficultés de concentration et de mémorisation des choses durant les 30 derniers jours au Maroc 2003/2004.....	74
Tableau5.10:	Distribution en % des enquêtés ayant rapporté des difficultés d'apprentissage de nouvelles taches au Maroc 2003 /2004.....	76
Tableau5.11:	Distribution en % des enquêtés ayant rapporté des difficultés de relation personnelles et de participation à la communauté au cours des 30 derniers jours ayant précéder l'ENSR-2003.....	78
Tableau5.12:	Distribution en % des enquêtés ayant reporté des difficultés en relation avec Les conflits et tensions durant les derniers 30 jours au Maroc 2003/2004.....	79
Tableau5.13:	Distribution en % des enquêtés ayant reporté des difficultés de vision et de Reconnaissance d'une personne dans la route (20 m) Maroc 2003/2004.....	81
Tableau5.14:	Distribution en % des enquêtés ayant des difficultés de voir à bout de bras durant les 30 derniers jours précédent l'enquête au Maroc 2003/2004.....	82
Tableau5.15:	Distribution en % des enquêtes ayant des difficultés de sommeil durant les 30 derniers jours précédent l'Enquête au Maroc 2003/2004.....	84
Tableau5.16:	Distribution en % des enquêtés ayant des difficultés à se sentir fatigué et affaibli durant les 30 derniers jours précédent l'enquête au Maroc 2003/2004.....	85
Tableau5.17:	Distribution en % des enquêtés ayant reporté se sentir triste, déprimé et faible durant les 30 derniers jours précédent l'Enquête au Maroc 2003/2004.....	87
Chapitre 6	REACTIVITE DE SYSTEME DE SANTE	
Tableau6.1:	Utilisation des services de santé et besoin non satisfait.....	90
Tableau6.2:	Evaluation des domaines de réactivité des services ambulatoires, par le patient: %des patients ayant vu que c'est " moyen, mauvais, très mauvais".....	93
Tableau6.3:	Evaluation des domaines de réactivité des services ambulatoires, par le patient: %des patients ayant vu que c'est " moyen, mauvais, très mauvais".....	95
Tableau6.4:	Caractéristiques des répondants ayant été hospitalisé au cours des 5 dernières années.....	99
Tableau6.5:	Evaluation des domaines de réactivité des services hospitaliers: % jugeant que c'est " modéré, mauvais ou très mauvais".....	102
Tableau6.6:	Evaluation des domaines de réactivité des services hospitaliers: % jugeant que c'est " modéré, mauvais ou très mauvais".....	104
Figure 6.1:	patient hospitalisés ayant jugé "très important" les 8 critères de réactivités de l'hôpital, selon le sexe.....	105
Chapitre 7:	DEPENSES DE SANTE ET COUVERTURE PAR UNE ASSURANCE	
Figure 7.1:	Dépense moyenne de santé selon certaines caractéristiques socio-économiques du ménageENSR-2003.....	106
Figure 7.2:	Part (%) de la santé dans le budget selon certaines caractéristiques socio-économiques du ménage.....	108
Figure 7.3:	Poids (%) de la dépense de santé dans la capacité à payer des ménages selon certaines caractéristiques socio-économiques.....	109
Figure 7.4:	Structure de la dépense de santé selon les catégories de services et certaines variables socio-économiques ENSR 2003.....	110

Figure 7.5:	Proportion des ménages ayant des dépenses catastrophiques de santé selon certaines caractéristiques socio-économiques ENSR-2003.....	112
Figure 7.6:	proportion des ménages appauvris par les dépenses de santé selon certaines caractéristiques socio-économiques, ENSR-2003.....	113
Figure 7.7:	Principales sources de financement des dépenses de santé (%) , ENSR-2003.....	114
Figure 7.8:	Taux (%) comparés de recours aux sources de financement selon la situation vis-à-vis de l'assurance et l'hospitalisation ENSR-2003.....	115
Figure 7.9:	Principales sources de financement des dépenses de santé selon le niveau de vie.....	116
Figure 7.10:	Distribution (%) de la population bénéficiant d'une assurance selon le mode d'assurance médicale.....	117
Tableau7.1:	Distribution de la population disposant d'une assurance maladie selon les quintiles de niveau de vie et le statut vis-à-vis de l'assurance maladie.....	117

PREFACE

Dans son rapport sur la santé dans le monde 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pu comparer les systèmes de santé de 191 états membres. Le système d'évaluation de l'OMS s'est effectué sur la base de cinq indicateurs: niveau de santé général de la population; inégalités (ou disparités) de santé dans la population; degré général de réactivité du système de santé (satisfaction des malades conjuguée au bon fonctionnement du système); distribution de la réactivité dans la population (satisfaction des personnes de niveaux économiques divers vis-à-vis des services fournis par le système de santé) et la répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population (qui assume les coûts).

Ce rapport a approfondi également les questions de gouvernance dans le secteur de la santé et a lancé le concept d'administration générale, qui signifie que ce sont les gouvernements qui sont responsables en dernier ressort du bien être de leurs citoyens dont ils doivent prendre le plus grand soin. La santé de la population doit donc constituer une priorité nationale et chaque pays a le devoir de mettre en place un système de santé efficace et équitable.

Ainsi, et dans le cadre de l'élaboration du rapport national sur la charge globale de morbidité et l'équité dans le financement des prestations de santé, une Enquête Marocaine sur la Santé et la Réactivité des Systèmes de Santé (ENSRS-2003), a été réalisée par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'objectif général de cette enquête est de permettre aux décideurs d'avoir des informations utiles et pertinentes sur leur système de santé en vue d'améliorer sa performance et par conséquent l'état de santé de la population.

Cette enquête a été entreprise par le Service des Etudes et de l'Information Sanitaire relevant de la Direction de la Planification et des Ressources Financières avec la collaboration des directions techniques du Ministère de la Santé et de la direction du programme mondial OMS. Le soutien financier, a été assuré par l'OMS-Génève et l'OMS-EMRO.

J'espère que ce document constitue un outil précieux pour tous ceux qui s'intéressent au système de santé et à son fonctionnement. Je souhaite également que les résultats publiés dans ce rapport contribuent à enrichir et à améliorer les données dont dispose le Ministère de la Santé et qui restent à la disposition des différents acteurs sociaux et aident à l'élaboration des stratégies adéquates pour l'amélioration des performances du système de santé marocain.

Je saisai cette occasion pour féliciter tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de cette étude d'envergure nationale et d'adresser mes remerciements à l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'appui technique et financier qu'elle a apporté à la réalisation de cette étude.

**Le Directeur Technique de l'Enquête
Jilali HAZIM**

CHAPITRE 1 : CONTEXTE GEOGRAPHIQUE DE L'ETUDE, METHODOLOGIE ET QUALITE DES DONNEES

1.1. Introduction

Dans le cadre de l'élaboration du rapport national sur la charge de morbidité et l'équité dans le financement des prestations de santé ainsi que la préparation d'une nouvelle vision santé à l'horizon 2020, une enquête marocaine sur la Santé et la Réactivité des Systèmes de Santé (ENSRS-2003), a été réalisée par le Ministère de la Santé en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette étude de grande envergure a permis non seulement de comparer le Maroc aux autres pays, mais surtout de disposer des outils pertinents tels que la réactivité du système de santé marocain, l'équité dans les prestations et le financement des services de santé, en vue d'une performance de notre système de santé.

Toutefois et avant d'entamer la présentation du contexte général de l'étude et les principaux résultats auxquels elle a abouti, il n'est pas inutile de rappeler les principaux caractéristiques du Maroc que se soit d'ordre géographique, humain ou sanitaire.

1.2. Contexte géographique de l'étude

Le Maroc est un pays au nord-ouest de l'Afrique appartenant au Maghreb. Il est entouré par l'Océan Atlantique à l'Ouest, par le détroit de Gibraltar et la Mer Méditerranée au Nord, par l'Algérie à l'Est et par la Mauritanie au Sud.

Le Maroc est un vaste pays de presque 710 850 km², bien plus grand que la France, qui réunit de la Méditerranée à l'Atlantique, de l'Atlas au Sahara des espaces variés. Le Maroc est découpé en wilayas, provinces et préfectures et il comprend seize régions administratives (voir la carte du Maroc) divisées en 17 wilayas. Ces dernières sont subdivisées en 71 provinces et préfectures couvrant 1547 communes urbaines et rurales. Les régions administratives sont caractérisées par une très grande hétérogénéité aussi bien sur le plan géographique, économique, social que culturel.

1.2.1. Milieu naturel

1.2.1.1. Relief

Au Maroc, on trouve les plaines les plus vastes et les montagnes les plus hautes de l'Afrique du Nord. Le Maroc présente 4 régions géographiques distinctes:

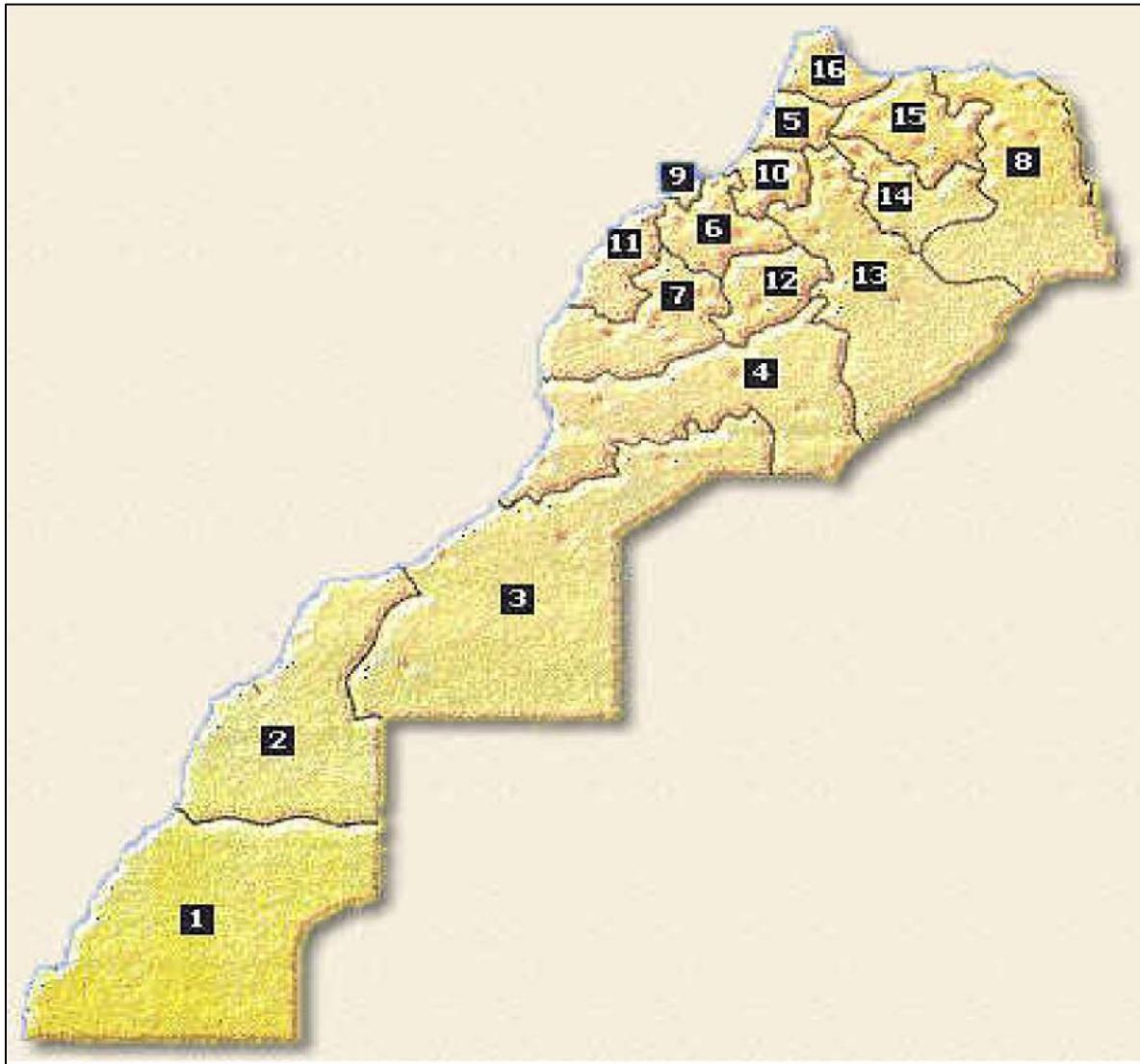
- Les montagnes du Rif, au nord du pays. Culminant à 2440 m, elles ont un tracé parallèle à la côte méditerranéenne.
- Les montagnes de l'Atlas, qui s'étendent du Sud-Ouest au Nord-Est du pays. On y trouve le plus haut sommet du nord de l'Afrique, avec le Jebel Toubkal (4165 m). On compte 10 sommets dépassant 4000 m, ce qui a permis au Maroc le développement de plusieurs stations de ski. C'est aussi le domaine de la forêt de cèdres.
- Les plaines côtières, dans lesquelles s'est établie la majorité de la population.
- Les terres désertiques, à l'Est et au Sud du pays, à la lisière du Sahara. On y trouve des oasis et des palmeraies, des plateaux caillouteux et des dunes de sable.

Royaume du Maroc

Carte administrative

Les 16 régions :

Figure 1.1 : Royaume du Maroc -Carte administrative-



Légende

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| 1 Oued Eddahab-Lagouira | 9 Grand Casablanca |
| 2 Laâyoune-Boujdour-Sakia El Hamra | 10 Rabat-Salé-Zemmour-Zaër |
| 3 Guelmim-Es Smara | 11 Doukkala-Abda |
| 4 Souss-Massa-Drâa | 12 Tadla-Azilal |
| 5 Gharb-Chrarda-Beni Hssen | 13 Meknès-Tafilalet |
| 6 Chaouia-Ouardigha | 14 Fès-Boulemane |
| 7 Marrakech-Tensift-AlHaouz | 15 Taza-Al Hoceïma-Taounate |
| 8 Oriental | 16 Tanger-Tétouan |
-

1.2.1.2. Hydrographie

Bien arrosé, avec des neiges persistantes sur les plus hauts sommets, l'Atlas donne naissance à de nombreuses rivières dont l'eau est utilisée pour l'irrigation et l'alimentation de plusieurs petites centrales hydroélectriques. Ces cours d'eau deviennent des fleuves comme la Moulouya (450 km), qui se jette dans la Méditerranée, ou le Sebou (500 km), qui se déverse dans l'Atlantique.

La nature accidentée du terrain et le régime des pluies rendent les fleuves du Maroc peu navigables. Ainsi, le Sebou constitue l'unique voie navigable du pays, mais uniquement dans la dernière partie de son cours, jusqu'à Kenitra (17 km), tandis que l'Oum er-Rebia (600 km), principal fleuve du Maroc, qui court d'est en ouest tout le long du versant saharien et arrose une ligne d'oasis, est impropre à la navigation.

Les averses soudaines et incontrôlées du printemps ou de l'automne approvisionnent des nappes souterraines qui font vivre, le reste de l'année, les populations établies sur des collines.

Par ailleurs, le Maroc dispose de 130 grands barrages et compte poursuivre cette politique avec la construction de nouveaux barrages pour subvenir aux besoins croissants en eau de sa population et de son économie.

1.2.1.3. Climat

Le Maroc présente plusieurs zones climatiques bien distinctes:

- un climat méditerranéen dans le Nord
- un climat atlantique dans l'Ouest
- un climat continental dans l'intérieur du pays
- un climat désertique à l'Est et au Sud.
- Dans le Nord, le climat est de type méditerranéen, tempéré par l'influence de la mer avec des hivers plus froids en altitude et des précipitations voisines de 800 mm annuellement sur le versant atlantique septentrional. À l'intérieur du pays, les hivers sont plus frais et les étés plus chauds. Dans l'Atlas, il n'est pas rare de trouver des températures hivernales en dessous de 0°, et les sommets sont enneigés presque toute l'année.

La saison des pluies correspond aux mois d'hiver. Les précipitations sont importantes dans le Nord-Ouest et plus faibles dans l'Est et le Sud, en particulier sur les contreforts orientaux de l'Atlas.

1.2.1.4. Flore et Faune

Le Maroc est le pays le plus boisé du Maghreb. Les régions montagneuses tournées vers l'Atlantique sont couvertes de forêts (9,8 p. 100 du territoire), comprenant de larges étendues de chênes-lièges, des chênes verts, des genévrier, des cèdres, des sapins et des pins qui bénéficient des pluies de l'automne et de l'hiver, mais les sécheresses, de plus en plus longues dans le Sud, fragilisent cette végétation soumise aux incendies, aux coupes et à l'érosion des sols. Les terres cultivées occupent presque toutes les plaines ; ailleurs, le maquis prédomine. Dans la plaine du Sous, près de la frontière méridionale, on trouve une vaste forêt d'organiers, des épineux endémiques de l'Afrique du Nord. La végétation dans les vallées des oueds présahariens est identique à celle des zones arides de la région ; dans les oasis, cultures maraîchères et arbres fruitiers prospèrent à l'ombre des palmiers dattiers.

Le Maroc, au carrefour de l'Europe et de l'Afrique, possède une faune diversifiée. Les mosaïques romaines de Volubilis témoignent de la présence d'éléphants, aujourd'hui disparus, et de lions, dont les derniers spécimens vivaient encore dans l'Atlas au XIXe siècle. On rencontre encore des espèces comme le renard, le lapin, la loutre et l'écureuil, mais aussi la gazelle, le phacochère, la panthère, le babouin et la vipère cornue.

1.2.2. Milieu humain

La population du Maroc est constituée des grands groupes humains suivants :

- les Berbères, qui vivent en majorité dans les régions montagneuses du Rif (les Rifains), du Moyen et Haut Atlas (Les Amazighenes) et de l'Anti-Atlas (les Tachelhites ou Souassas) ;
- les Arabes qui sont installés, en général, dans les plaines intérieures et côtières ;
- les Sahraouis qui vivent au Sahara marocain.

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2004, la population marocaine est estimée à presque 30 millions d'habitants. La répartition spatiale est très inégale dans la mesure où les deux régions économiques du Grand Casablanca et du Rabat-Salé-Zemmour-Zaër abritent la moitié de la population. Cette population a connu de grandes mutations démographiques dont les principaux traits sont retracés dans les paragraphes suivants.

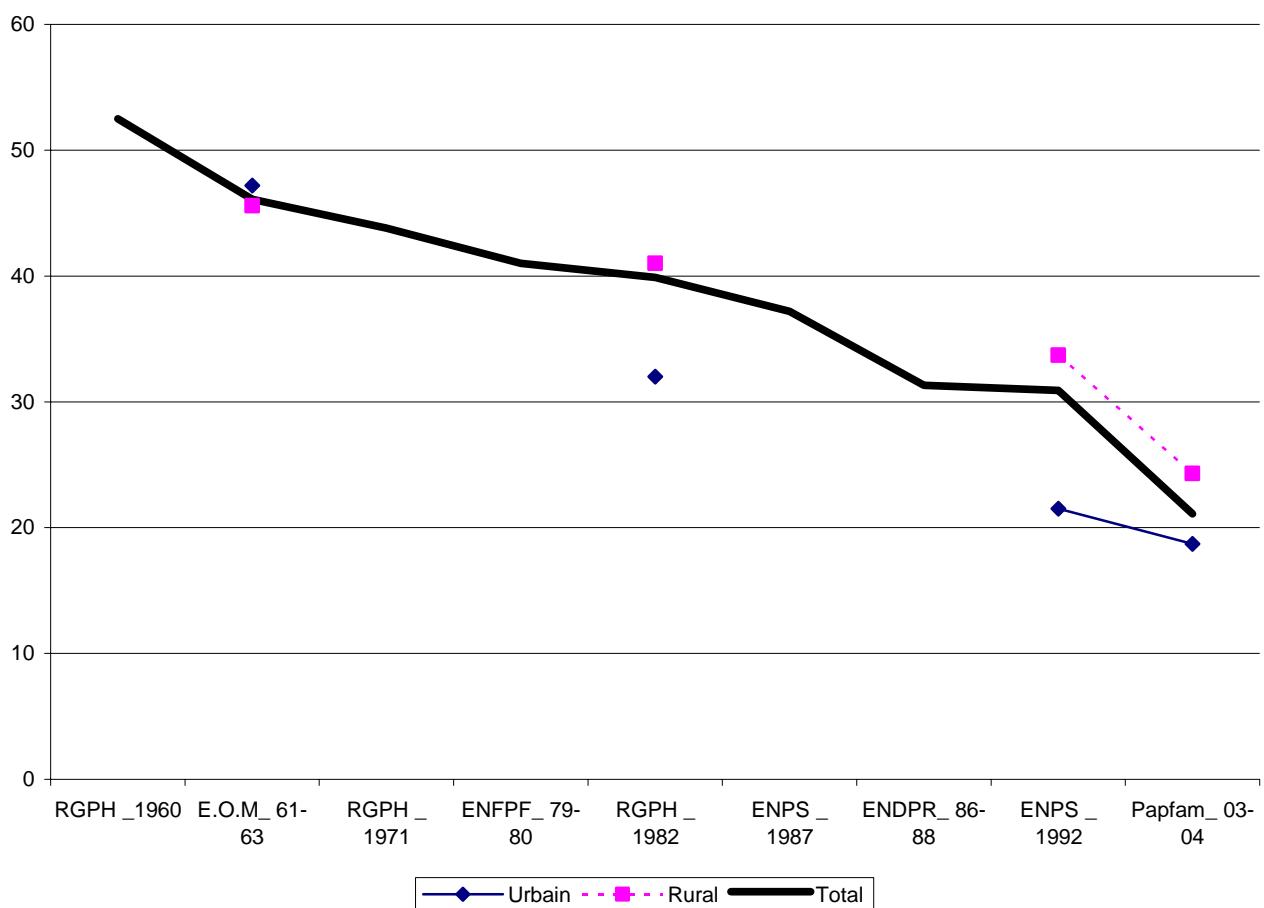
1.2.2.1. Fécondité :

Après l'augmentation de la fécondité au milieu du 20ème siècle sous l'effet combiné de la diminution de la stérilité, de la régression de la mortalité intra-utérine et de la stabilité des couples, la fécondité a connu une baisse continue et progressive passant ainsi d'une fécondité naturelle où il n'y avait aucune planification des naissances à une fécondité plus au moins contrôlée.

Taux brut de natalité :

La figure 2 retraçant l'évolution du taux brut de natalité au cours de la période 1960-2004, montre que ce dernier est passé de 46 pour mille selon l'Enquête à Objectifs Multiples 61-63 (EOM61-63), à 21 pour mille selon l'Enquête sur la Population et la Santé de la Famille 2004 (EPSF 2003-2004) soit une baisse de plus de 50 pour cent. Ce déclin n'était pas uniforme le long de cette période. En effet, la baisse a été relativement lente entre 1962-1982 (moins de six points en 20 ans) et s'est accélérée entre 1982-2004 (dix-huit points en 22 ans). Ceci est attribué en partie aux efforts déployés par les programmes de santé familiale.

**Figure 1.2 Evolution du taux brut de natalité (pour mille), Maroc
1960-2004**



L’analyse différentielle de la baisse du taux de natalité montre qu’elle était du sort du milieu urbain entre 1962-1982 vu que cet indicateur a reculé de 18 points en l’espace de 20 ans contre un recul de 5 points en milieu rural.

A partir de 1982, la baisse de la natalité en milieu rural s’est accélérée. Ainsi, le taux brut de natalité a perdu 16,7 points en l’espace de vingt ans (de 41 pour mille en 1982 à 24,3 pour mille en 2003) contre 13,3 points en milieu urbain au cours de la même période. Avec son taux brut de natalité actuel de 24,3 pour mille, le milieu rural enregistre plus de 15 ans de retard par rapport au milieu urbain. Fait qu’on peut expliquer certainement par les niveaux différentiels atteints par les déterminants proches de la fécondité et notamment la prévalence contraceptive et l’âge au premier mariage, sans pour autant négliger le rôle joué par les facteurs socioculturels.

Comparé à d’autres pays , on remarque qu’avec un taux brut de natalité avoisinant 21 pour mille, le Maroc se place après la Tunisie (18 pour mille) , l’Algérie (20 pour mille) et précède l’Egypte (26 pour mille) et la Libye (27 pour mille). En plus, le taux brut de natalité marocain coïncide avec la moyenne mondiale et il est nettement supérieur aux taux atteints par les pays européens, le Japon, les Etats Unies d’Amérique et le Canada dont les taux se situent entre 9 et 14 mille.¹

¹ Revue population et société, numéro414,INED, juillet,Août 2005 .

Indice synthétique de fécondité :

L'indice synthétique de fécondité était de l'ordre de 7 enfants par femme selon l'Enquête à Objectifs Multiples 1961-63 et il est passé à 2,5 enfants par femme selon l'Enquête sur la Population et la Santé Familiale 2003-2004 enregistrant ainsi une baisse de plus de 64 pour cent en l'espace de 40 ans.

Jusqu'au début des années soixante, la fécondité des femmes urbaines était comparable à celle des femmes rurales. Quinze ans plus tard, les femmes rurales gardaient toujours leur niveau de fécondité, alors que les femmes citadines n'en avaient plus que 4,4 enfants. Plusieurs sources ont confirmé ce constat tel que le RGPH 82 et l'ENPSI 87.

La baisse de la fécondité est restée un phénomène essentiellement urbain jusqu'au début des années 80. En effet, la fécondité mesurée par l'indice synthétique de fécondité (ISF) est demeurée très élevée en milieu rural et elle tournait autour de 7 enfants par femme. La baisse n'est devenue perceptible qu'à partir des années 80 (6,6 enfants par femme selon le RGPH 82) et le processus s'est accéléré pour voir passer l'ISF de 6 enfants par femme selon l'ENDPR 86-88 à 3 enfants par femme selon l'EPSF 2003-2004, soit 3 enfants de moins par femme.

La baisse est donc désormais plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain où les niveaux de la fécondité ont déjà suffisamment régressé dans le passé. En effet, la fécondité des femmes urbaines approche celle des pays développés et elle a même franchi le seuil de remplacement des générations pour certaines catégories de population, telle que les femmes du niveau d'instruction secondaire ou plus (1,8 enfants / femme).

1.2.2.2. Mortalité :

Au cours des dernières décennies et suite au développement socio-économique et aux progrès sanitaires, la mortalité a connu un déclin rapide qui a affecté aussi bien son niveau que sa structure.

Mortalité générale :

Taux brut de mortalité : Le taux brut de mortalité a été estimé à 19 pour mille en 1960 (EOM 1962-1963) et il est passé à 7,4 pour mille (EDPR 1986-88) enregistrant ainsi une diminution de plus de 61 pour cent en l'espace d'un quart de siècle. Toutefois, on a relevé une baisse lente entre 1962 et 1975 (0,7 % annuellement) suivie d'une diminution plus rapide à partir de 1975 à un taux annuel moyen de 7,5 pour cent.

Par ailleurs, on prévoit que la tendance à la baisse va continuer mais avec un rythme moins accéléré et on n'écarte pas une éventuelle augmentation du taux brut de mortalité sous l'effet du vieillissement de la population. En effet, le Centre des Etudes et de Recherches en Démographie (CERED) estime le Taux Brut de Mortalité (TBM) à 5,5 pour mille pour la période 2004-2005 soit une diminution de presque 2 points par rapport au niveau estimé pour l'année 1987. Ce taux va se stabiliser à ce niveau pour augmenter progressivement à mesure que la population vieillisse.

Le niveau national du taux brut de mortalité cache des disparités entre le milieu urbain et rural. En effet et même si l'utilisation des taux bruts de mortalité pour illustrer une éventuelle différentielle de mortalité entre les deux milieux reste tributaire de la structure de la population urbaine et rurale, on peut confirmer l'existence d'une surmortalité rurale avec des écarts qui se réduisent au fil des années bien qu'on ne puisse les mesurer avec certitude.

Espérance de vie à la naissance : L'espérance de vie à la naissance a franchi le cap de 70 ans alors qu'elle ne dépassait pas 50 ans en 1962 selon l'Enquête à Objectifs Multiples (EOM1961-63), soit un gain de 24 ans en l'espace de 41 ans. Le gain annuel en espérance de vie a été plus important au cours de la période 1987-1990 (10 mois /an) contre 3 mois par an au cours de la période 1990-2003.

Les deux milieux et les deux sexes ont bénéficié de l'amélioration des chances de survie. Cependant, on note que les femmes vivent plus longtemps que les hommes avec des écarts qui se creusent davantage au fil des années surtout en milieu urbain. Ainsi et à titre indicatif l'espérance de vie atteint par le sexe masculin en 2003 approche celle enregistrée par le sexe féminin 13 ans auparavant. Ceci peut s'expliquer par un ensemble de facteurs dont le biologique.

Néanmoins, on note que les femmes rurales vivent moins longtemps que les hommes du milieu urbain, phénomène qu'on peut expliquer par l'effet de la mortalité maternelle qui reste très élevée en milieu rural, résultat d'un ensemble de variables qui jouent en défaveur de la femme rurale.

Par ailleurs, l'espérance de vie tient compte juste des risques de mortalité. Or plusieurs risques morbides de brèves ou de longues durées affectent la santé des individus et donc diminuent leur espérance de vie en bonne santé qui est toujours inférieure à l'espérance de vie totale.

L'espérance de vie en bonne santé est basée sur le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). Ce paramètre tient compte de l'impact de différents risques sur la mortalité et la morbidité. Autrement dit, une année de vie corrigée de l'incapacité est équivalente à la perte d'une année de vie en bonne santé.

Ce nouvel indicateur permet une meilleure évaluation de l'état de santé de la population. Ainsi, si l'espérance de vie des marocains a franchi 70 ans, l'espérance de vie en bonne santé est de dix ans moins (60 ans). La surmortalité masculine observée en se basant sur le concept « espérance de vie » est compensée par une sur morbidité féminine ce qui a conduit à une égalisation des espérances de vie en bonne santé des deux sexes.

Mortalité des enfants : La baisse constatée de la mortalité générale traduite par la baisse du taux brut de mortalité et l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance est attribuée en très grande partie à la réduction spectaculaire de la mortalité des enfants.

Cette dernière a bénéficié en particulier de l'amélioration des facteurs socio-économiques, culturels et contextuels (niveau de vie, instruction des parents, urbanisation) et du changement des attitudes et comportements en matière de nutrition, de santé préventive et curative (alimentation de complément, vaccination, traitement de la diarrhée, des infections respiratoires).

L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance peut être mise en parallèle avec la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. En effet, au moment où l'espérance de vie à la naissance est passée de moins de 50 ans aux années 60 à plus de 70 ans au début du 21 siècle, le quotient de mortalité infantile est passé de 149 pour mille en 1962 à 40 pour mille selon l'EPSF 2003-04, soit une baisse de plus de 70 pour cent. La mortalité juvénile est passée, à titre de comparaison, de 213 pour mille à 47 pour mille au cours de la même période enregistrant ainsi une baisse de 75 pour cent.

1.2.2.3. Structure de la population marocaine :

La population marocaine est passée de moins de douze millions en 1960 à un peu plus de 15 millions en 1971 pour atteindre 20,4 millions en 1982 et 26 millions en 1994. La population actuelle du Maroc est presque de 30 millions selon le RGPH 2004.

Par ailleurs, le Taux d'accroissement de la population n'a pas cessé de s'accroître jusqu'au début des années 80 où on a commencé à apercevoir une tendance vers la baisse. En effet, le Taux d'accroissement a atteint 0,7 % entre 1900 et 1912, 2,8 % entre 1960 et 1971 pour passer à 2,6 % pendant la période 1971-1982 et à 2,1 % au cours de la période 1982-1994. Actuellement, il est de 1,4 % selon le RGPH 2004.

Outre l'évolution de son effectif global, la population marocaine est caractérisée par un rythme accéléré du processus d'urbanisation. En effet, la proportion de la population urbaine est passée de 29,2 % en 1960 à 35 % en 1971 et 42,7 % en 1982 pour dépasser 51 % en 1994 et atteindre 55 pour cent en 2004. Cette croissance rapide de la population urbaine est attribuée en partie au changement du statut administratif de certaines localités, à l'exode rural sans négliger le rôle joué par le taux d'accroissement naturel.

Par ailleurs, l'âge médian de la population marocaine est passé de 19 ans en 1960 à presque 25 ans en 2004 confirmant encore une fois la diminution de la proportion des jeunes dans la population. Les deux sexes ont bénéficié du recul de l'âge médian et surtout dans l'intervalle 1994-2004. En effet, d'une valeur respective de 18 ans et 20 ans en 1960 respectivement chez le sexe masculin et féminin, l'âge médian a atteint 21 ans en 1994 pour passer à 24 ans et 25 ans chez les deux sexes.

Ce qui est dit à propos de l'âge médian reste vrai pour l'âge moyen de la population. En effet, cet indicateur a gagné 5 ans en un peu moins de 40 ans avec des gains plus marqués en milieu urbain (6 points) et relativement faibles en milieu rural (3 points).

1.2.3. Système de santé

Depuis l'indépendance du Maroc, on n'a pas cessé de construire un système de santé capable de répondre aux besoins de la population et aux défis internationaux. Ainsi, on peut retracer trois grandes périodes d'évolution du système de santé marocain :

1959-1980 : Mise en place du système de santé marqué principalement par l'organisation de la première conférence nationale sur la santé en 1959. Cette conférence a été présidée par feu sa Majesté Mohammed V et a abouti à la naissance du système de santé. Deux déclarations ont illustré l'orientation générale de la politique de santé au Maroc dont la première reconnaît que la santé de la nation incombe à l'état et la deuxième charge le ministre de la santé publique de la conception et la réalisation de ce système. Ainsi, on a vu la création des premières facultés de médecine et des écoles de formation professionnelles. Par ailleurs, on a mis en place les premières stratégies de couvertures sanitaires.

1981-1994 : Etant donné sa souscription à la déclaration d'Alma-Ata (conférence internationale des soins de santé primaires, réunie à Alma-Ata le 12 septembre 1978), le Maroc a renforcé les structures de soins de santé de base et il a développé des programmes sanitaires. Vers la fin des années 80, l'Etat a entrepris pour la première fois une étude sur le financement des soins.

1995-2006 : avec la restructuration des services centraux du Ministère de la Santé (consolidation de certaines directions ; création d'autres directions ; changement du statut de certains services en directions, ...), le Maroc a choisi d'orienter sa politique sanitaire vers les soins préventifs et de renforcer les établissements de production de soins.

Par ailleurs et afin de concrétiser l'engagement de l'Etat, qui consacre le principe du droit à la santé tel que prévu par les conventions internationales, la loi 65-00 constitue le parachèvement de l'expérience du Maroc en matière de couverture médicale et consolide les droits acquis par les citoyens marocains bénéficiant d'une assurance maladie.

Cette assurance sera progressivement étendue à l'ensemble des citoyens, toutes catégories sociales

confondues. A cette fin, deux régimes seront mis en place : Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et régime d'assistance aux économiquement démunis (RAMED), en vue d'atteindre l'accès universel aux soins. Les décrets d'application du régime de l'assurance maladie obligatoire de base (AMO) ont été publiés au bulletin officiel du 18 août 2005, marquant ainsi l'entrée en vigueur de cette assurance qui concerne les employés, les salariés et les pensionnés des secteurs privé et public. Quant au deuxième, il est prévu pour l'année 2007.

S'agissant de l'organisation actuelle du système de santé, on note ce dernier est subdivisé en deux catégories de réseaux d'action sanitaire, celui de l'action ambulatoire et celui de l'action hospitalière.

Réseau d'action ambulatoire : C'est le réseau des soins de santé de base (SSB) ; il a pour principal champ d'action la prévention sanitaire. Pour ce faire, chaque province ou préfecture est divisée en circonscriptions sanitaires, urbaines ou rurales, qui sont des aires géographiques délimitées par la taille de la population mais qui tiennent également compte de la distribution de la population, par rapport au chef lieu de la circonscription sanitaire, qui est le centre de santé. Le médecin-chef de la circonscription est chargé de la supervision, du contrôle et de l'évaluation des différents programmes sanitaires.

Enfin, chacun des secteurs est subdivisé en zones géographiques appelées sous-secteurs. L'infirmier est chargé, selon un circuit mensuel, des activités de son sous-secteur.

Réseau d'action hospitalière : Il est composé de quatre catégories d'hôpitaux :

- L'hôpital local d'une capacité optimale de 45 à 70 lits. Il dessert une population moyenne de 150 000 habitants. Il est doté d'un ensemble de quatre services de base : médecine, chirurgie, pédiatrie et gynécologie.
- L'hôpital provincial d'une capacité de 100 à 300 lits, est situé au chef-lieu de la province ou de la préfecture. Il dessert la population de toute la province, surtout pour les services de spécialité faisant défaut dans les hôpitaux de zone.
- L'hôpital provincial disposant de 8 spécialités en plus de celles de l'hôpital provincial, et d'une capacité de 300 à 600 lits, l'hôpital régional dessert la population de toute la zone (en général 4 à 6 provinces).
- L'hôpital national (ou universitaire) dispose de plus de 600 lits, et dessert toute la population. Toutes les spécialités y sont disponibles.

En outre, il y a lieu de noter l'existence du réseau de laboratoires et de centres spécialisés (centres de référence pour la planification familiale, centres de lutte contre la tuberculose et centres de diagnostic).

1.3. Objectifs, cadre institutionnel et méthodologie de l'enquête

1.3.1. Objectifs

L'objectif général de cette enquête est de permettre aux décideurs d'avoir des informations utiles et pertinentes sur le système de santé en vue d'améliorer sa performance et par conséquent l'état de santé de la population.

Parmi les objectifs spécifiques de cette étude, on cite :

- avoir des informations sur le revenu et les dépenses des ménages;
- identifier les principales maladies et affections touchant la population ;
- décrire les principales causes de mortalité des adultes ;
- décrire et évaluer l'état de santé de la population;
- étudier la réactivité du système de santé et le comparer au système de santé d'autres pays.

1.3.2. Cadre institutionnel

Dans son rapport sur la santé dans le monde 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé a pu comparer, à partir des cinq indicateurs de performance, les systèmes de santé des 191 états membres. Ce rapport a approfondi également les questions de gouvernance dans le secteur de la santé et a lancé le concept d'administration générale, qui signifie que ce sont les gouvernements qui sont responsables en dernier ressort du bien être de leurs citoyens dont ils doivent prendre le plus grand soin. La santé de la population doit donc constituer une priorité nationale et chaque pays a le devoir de mettre en place un système de santé efficace et équitable.

Les résultats publiés dans ce rapport ont suscité beaucoup d'intérêt de la part des pays membres dont le Maroc. Ainsi et dans le cadre de la préparation du « rapport sur la santé dans le monde 2001 », et du rapport sur la charge de morbidité, une convention a été établie entre le Ministère de la Santé et l'Organisation Mondiale de la Santé et ce pour la réalisation de la première enquête marocaine sur la santé et la réactivité du système de santé, 2003 (ENSRS-2003).

Cette enquête a été entreprise par le Service des Etudes et de l'Information Sanitaire (SEIS) relevant de la Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF) avec la collaboration des directions techniques du Ministère de la Santé et de la direction du programme mondial OMS, bases factuelles à l'appui des politiques de santé.

La direction technique de cette enquête a été assurée par le chef du (SEIS). Ce dernier a été aidé dans sa tâche par deux ingénieurs statisticiens démographes, coordinateurs de l'enquête, un analyste programmeur, un administrateur gestionnaire, et une secrétaire.

Le financement a été pris en charge par l'OMS-Genève, l'OMS-EMRO et le Ministère de la Santé.

1.3.3. Questionnaire

Le questionnaire de cette étude est basé sur le standard proposé par l'OMS. Il est composé de trois volets ; à savoir :

- volet ménage (liste exhaustive des membres du ménage, assurance maladie ; revenu permanent et dépenses du ménage) ;
- volet métiers de santé adressé à tout membre du ménage exerçant ou ayant été formé dans le domaine de la santé ;
- volet individuel rempli auprès du membre du ménage ayant été choisi selon la méthode de Kish.

Ce questionnaire a été traduit en arabe dialectal pour permettre une meilleure compréhension des questions par la population et surtout les analphabètes. Un guide d'instruction pour enquêtrices et contrôleurs a été élaboré pour expliquer toutes les définitions et la terminologie utilisée.

Le questionnaire débute par la liste exhaustive de tous les membres habituels du ménage classés par sexe et du plus âgé au plus jeune. Le tableau des membres du ménage contient une question permettant d'identifier les membres du ménage travaillant ou ayant été formé dans le domaine de la santé. Ces membres constituent la population cible du deuxième volet du questionnaire. On tient à rappeler que le questionnaire ménage peut être rempli auprès de n'importe quel membre du ménage à condition qu'il soit adulte et capable de fournir toutes les informations concernant les autres membres.

Le reste du questionnaire, composé de huit modules, a été rempli auprès de la personne choisie aléatoirement parmi tous les membres éligibles du ménage âgés de 18 ans et plus. Ce choix a été fait en respectant le tableau de sélection et dépend du type de la feuille à remplir (A,B1,B2,C,D,E1,E2,F) et du nombre total de personnes éligibles. Le choix du type de feuille est conditionné par le numéro du ménage. Ce numéro va de 1 à 5000. L'affectation des numéros a été faite aléatoirement et a permis une parfaite harmonisation du travail sur le terrain.

La règle du jeu utilisée est de fixer des rendez vous afin de revisiter les personnes absentes momentanément et de recourir à la substitution du ménage si la personne choisie pour répondre au questionnaire individuel refuse catégoriquement de collaborer.

On tient à signaler à nouveau qu'à la différence des enquêtes DHS et PAPCHILD qui ont touché en général les femmes en âge de reproduction, l'ENSRS 2003 considère comme éligible toute personne âgée de 18 ans et plus qu'elle soit homme ou femme, jeune ou vieille. Et donc, on s'attend à une représentativité des différentes tranches d'âge et des deux sexes.

Comme signalé ci-dessus, le questionnaire individuel s'articule autour de huit modules qui sont :

Module 1 : Caractéristiques sociodémographiques

Ce module cherche des informations relatives aux caractéristiques sociodémographiques du répondant tel que l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'instruction, la situation de travail des 12 derniers mois, le poids et la taille.

Module 2 : Description de l'état de santé selon l'interviewé

- informations concernant l'état de santé (physique et émotionnel) du répondant le jour de l'interview ;
- appréciation de l'état de santé des trente derniers jours à travers un certain nombre de questions touchant toutes les fonctions du corps ;
- utilisation des vignettes pour détecter les glissements des limites de catégories et pour appliquer des méthodes statistiques assurant la comparabilité des données entre populations.

Module 3 : Evaluation des états de santé

- description de cinq états de santé, chaque état est décrit par rapport à 3 domaines de santé et on pose une question par domaine ;
- classement des cinq états de la plus souhaitable à la moins souhaitable pour le restant de la vie du répondant ;
- utilisation de l'échelle thermomètre pour juger à quel point le répondant trouve un état de santé désirable.

Le principe de ce module repose sur la présentation d'un ensemble de fiches décrivant chacune un état de santé à l'enquêté qui doit imaginer ce qui serait de vivre dans un tel état pour le reste de sa vie. Après la lecture de chaque fiche, on commence d'abord par demander à l'enquêté d'imaginer les difficultés que pourraient avoir une personne dans un tel état à s'acquitter de ses activités ordinaires en passant activité par activité. Une fois fait, on relit une deuxième fois toutes les fiches et on lui demande de les classer de la plus souhaitable à la moins souhaitable pour le restant de sa vie. Dans le même ordre d'idées, on utilise l'échelle thermomètre pour juger à quel point le répondant trouve un état de santé désirable ou indésirable. Cette échelle est graduée de 0 à 100, le zéro indique un état de santé aussi indésirable que la mort et 100 l'état de santé le plus souhaitable.

Module 4 : Facteurs de risque

Les facteurs de risque sont des attributs, des caractéristiques ou des expositions qui augmentent la probabilité de voir se développer une maladie (Tabac, Alcool, Nutrition , Activité physique, Eau et assainissement, Pollution de l'air à l'intérieur des bâtiments, Indice de la masse corporelle, rapports sexuels non protégés, Stress, Anxiété, Dépression).

Module 5 : Mortalité

Deux méthodes ont été utilisées pour évaluer la mortalité :

- historique des naissances chez les femmes en âge de procréer pour estimer la mortalité des enfants. Cet historique est complété par des questions portant sur les causes de décès comme les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques qui restent parmi les principales causes de mortalité des enfants ;
- survie des fratries comme méthode indirecte d'évaluation de la mortalité des adultes complétée par un court module sur les autopsies verbales permettant l'identification de certaines causes de décès comme les lésions, les maladies cardiovasculaires, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses.

Module 6: Couverture sanitaire

La couverture sanitaire est définie comme étant la probabilité de bénéficier d'une intervention de santé efficace si le besoin en est avéré, on essaie dans ce module de comprendre :

- les besoins de soins qui bénéficient des interventions nécessaires ;
- les facteurs qui déterminent la probabilité qu'une personne bénéficie des interventions dont elle a besoin ;
- les obstacles qui empêchent de couvrir une population donnée par certaines interventions.

Ce module touche les maladies ou problèmes de santé dont avait souffert l'enquêté pendant l'année ayant précédé l'interview. Les principales pathologies traitées sont : hypertension, diabète, arthrite, arthrose, maladie cardiaque, bronchite chronique, asthme, ulcère, cancer, etc.

Pour chacune de ces maladies, on demandera d'abord à l'enquêté s'il a dûsouffert au cours des douze derniers mois de la maladie en question. Si la réponse est affirmative, on lui demande si le diagnostic a été fait par un médecin ou un autre professionnel de la santé. On complète par d'autres questions relatives au traitement éventuel de la maladie, à la réalisation de certaines analyses, l'hospitalisation et l'adoption d'un régime alimentaire à cause de cette maladie.

Module 7 : Réactivité

- questionner les individus au sujet de leurs expériences avec les systèmes de santé, expérience du malade externe et du malade hospitalisé lors de la dernière visite.
- poser des questions touchant différents éléments d'un système réactif : traitement respectueux ; confidentialité des renseignements personnels ; brefs temps d'attente ; choix des prestataires de soins de santé ; participation aux prises de décisions ; bonne qualité de l'environnement ; contact avec le monde extérieur ; clarté de la communication.
- Vignettes.

Ce module est relatif à l'utilisation des services de santé au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. Il peut s'agir d'un cabinet médical, d'un dispensaire, d'un hôpital ou d'un dispensateur de soins qui s'est rendu à domicile. On recueille des informations sur la promptitude des soins, la dignité, la communication, l'autonomie, la confidentialité des informations recueillies au niveau du système de santé, le choix des dispensateurs de soins, la qualité du cadre ou de l'environnement, le soutien social et d'autres aspects du système de santé. Comme c'était le cas avec le module 2 relatif à la description de l'état de santé, on a utilisé des vignettes concernant la réactivité du système de santé. L'enquêteur doit lire au répondant chacune des vignettes avant de lui poser les deux questions qui s'y attachent.

Module 8 : Capital social et objectifs de santé

- établir les liens qui existent entre sécurité, stress, capital social et conséquences sur la santé ;
- classer les différents objectifs de la santé selon l'importance que leur accorde le répondant ;
- répondre aux vignettes présentant un scénario de capital social pour corriger les distorsions qui peuvent survenir lors de l'appréciation personnelle.

1.3.4. Méthodologie

Etant donnée la relation étroite entre la méthodologie adoptée et la précision des résultats et afin d'atteindre les objectifs fixés pour l'ENSRS-2003, on a opté pour une enquête par sondage dont

l'expérience acquise par le ministère, au cours des trente dernières années, permettra de garantir et d'assurer une meilleure qualité des données et à moindre coût.

1.3.4.1. Echantillonnage

Base de sondage

Le Maroc a réalisé le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat en 2004 (RGPH-2004). Les Districts de Recensement (DR) qui ont été créés pour les besoins de cette opération ont été choisis comme unité primaires de l'enquête susmentionnée. Le pays a été découpé en 37000 DRs environ. Les DRs contiennent des informations sur leur identifiant, leur milieu de résidence et leur tailles en ménages. Chaque district a une carte délimitant sa position et ses limites. La base de sondage retenue est une liste complète des DRs. Cette base est stratifiée ensuite selon la région économique, le milieu de résidence, la dimension de la ville et le type d'habitat.

L'échantillon de cette enquête est un échantillon aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. L'unité primaire du sondage est le DR tel que défini par le RGPH2004. Chaque région économique a été séparée en parties urbaines et rurales parmi lesquelles des strates d'échantillonnages ont été créées selon la dimension de la ville et le type d'habitat. L'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au premier degré, 250 DRs ont été tirés avec une probabilité proportionnelle à la taille qui n'est rien d'autre que le nombre de ménages dans le district pendant l'opération de cartographie pour le RGPH 2004. Les districts tirés sont ensuite découverts en segments (grappes) de taille moyenne de 40 ménages. Un seul segment a été tiré pour l'ENSRS-2003. Un dénombrement des ménages dans chaque grappe sélectionnée a permis d'obtenir une liste des ménages qui a servi à la sélection des ménages au deuxième degré¹. Le dénombrement a été assuré par une équipe de techniciens de statistique provinciaux supervisés par des ingénieurs statisticiens du SEIS. Les 20 ménages à enquêter dans chaque grappe ont été choisis selon un sondage systématique de probabilité égale, à partir des listes nouvellement établies au moment du dénombrement.

Taille et allocation de l'échantillon

Les deux contraintes essentielles à l'origine de la détermination de la taille de l'échantillon de cette enquête sont les considérations budgétaires et le souci d'avoir des résultats significatifs pour des variables relatives à des phénomènes rares telle que la mortalité.

La formule utilisée pour calculer la taille optimale de l'échantillon « n » est la suivante :

$$n = \frac{k \times p \times (1 - p) \times t_{\alpha}^2}{d^2}$$

Avec :

p : la proportion de la principale variable recherchée dans l'étude ;

t : est égale à **1,96** pour **$\alpha=0,05$** ;

d : niveau de précision de **p** ;

K : effet de grappes.

Il est à noter que l'effet de stratification conduit à améliorer de façon substantielle la précision attendue. Pour les caractéristiques assez fréquentes, la précision des résultats est plus élevée.

¹ La segmentation des DRs n'est pas considérée comme une étape d'échantillonnage car elle a pour seul but de limiter le travail de dénombrement à l'intérieur du DR.

Pour les besoins de l'étude, un échantillon de 5000 ménages est suffisant pour permettre de donner des résultats représentatifs à l'échelle nationale par milieu de résidence et pour quelques régions économiques. Chaque ménage a un identifiant unique qui va de 1 à 5000. A chaque identifiant correspond un Kish bien déterminé permettant le choix du répondant au questionnaire individuel et du code de rotation qui détermine la série des vignettes à utiliser pour chaque répondant.

Sélection des grappes

Sur la base des 250 DRs choisis comme unité primaire, 250 grappes ont été sélectionnées par un tirage systématique proportionnel à la taille effective de la grappe. Pour assurer une meilleure représentativité de l'échantillon, les 250 grappes ont été stratifiées selon le milieu de résidence et pour le milieu urbain selon le type d'habitat (villa, quartier industriel, quartier moderne, nouvelle médina, ancienne médina, bidonville et autres centres urbains). Cette stratification a l'avantage d'améliorer les résultats en réduisant la variance inter et intra grappes.

La taille de l'échantillon en terme de grappes est estimée à 250 grappes, de 20 ménages chacune, dont 141 urbaines. L'allocation de l'échantillon est reproduite dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1.1 :Répartition des grappes échantillon de l'ENRSS-2003

REGION	Nombre de grappes à enquêter		
	Urbain	Rural	Total
PROVINCES SAHARIENNES	3	2	5
SOUS MASSA DRAA	11	15	26
ELGHARB CHRARDA BNI HSSEN	7	9	16
CHAOUIA OUARDIGHA	6	8	14
MARRAKECH - TENSIFT-ALHAOUZ	10	15	25
ORIENTAL	10	6	16
GRAND CASABLANCA	29	1	30
RABAT - SALE-ZEMOUR-ZAIR	17	3	20
DOUKKALA - ABDA	6	10	16
TADLA - AZILAL	5	8	13
MEKNES - TAfilalet	9	7	16
FES - BOULMANE	11	5	16
TAZA - AL HOCEIMA -TAOUNATE	4	12	16
TANGER - TETOUAN	13	8	21
ENSEMBLE	141	109	250

Sélection des ménages

Lors des opérations d'actualisation de l'échantillon, et au niveau de chaque grappe sélectionnée, les équipes de statisticiens ont établi une liste exhaustive des logements qu'ils ont subdivisé en des zones d'environ 50 unités. Seule la zone tirée aléatoirement a été dénombrée. On disposait au moment de l'enquête de la liste exhaustive de tous les ménages qui y résident (avec le nom du chef de ménage et l'adresse complète) et du croquis détaillé. A partir de cette liste, on a procédé au tirage aléatoire des vingt ménages à enquêter dans chaque grappe. Pour les ménages absents ou dont le répondant au questionnaire individuel est absent, on a procédé à un deuxième tirage ce qui explique la différence qui

existe entre la taille de l'échantillon en termes de ménages et qui a été fixée à 5000 et les ménages effectivement enquêtés (6297).

1.3.4.2. Pré-test

Avant de lancer l'étude proprement dite, des interviews sur le terrain ont été effectuées pour tester le degré de compréhension du questionnaire (terminologie, sens, traduction en dialecte) par les différentes couches de la population. Les guides de l'enquêtrice ainsi que la méthode de collecte des données sur le terrain ont été également vérifiés.

Ce test fut mené dans la préfecture de Rabat (urbain) et de Salé (rural). Il a touché neuf grappes pendant une durée de dix jours. Ce test a été précédé par une formation théorique des enquêtrices et des enquêteurs et d'un essai pratique dans trois formations sanitaires relevant de la délégation médicale de Rabat. Cette pré-enquête a permis de tester les différents instruments de l'enquête et de calculer la durée moyenne d'une interview. Les résultats issus de cette opération ont permis de finaliser les questionnaires, le guide d'instruction de l'enquêtrice et du contrôleur ainsi que la méthodologie adoptée.

1.3.4.3. Recrutement, formation des enquêtrices et collecte des données

A l'instar des enquêtes réalisées par le Ministère de la santé et dont la qualité n'est pas à démontrer, les enquêteurs qui ont été chargés de l'étude sont les infirmières fonctionnaires du Ministère de la Santé ayant une expérience sur le terrain dans les enquêtes sur la population et la santé. Pour les besoins de l'étude cinquante enquêtrices et contrôleurs ont été recrutés pour participer à un séminaire atelier à Rabat. Ce dernier a eu lieu à l'Institut de Formation aux Carrières de Santé de Rabat. il a duré 20 jours ouvrables sur deux phases du 24/03/2003 au 7/04/2003 et du 16 /04/2003 au 20/04/2003. La période creuse entre ces deux phases était réservée à la correction et l'impression du questionnaire et des documents de l'enquête. La formation a été assurée par les cadres du SEIS en plus du directeur technique de l'enquête et du consultant de l'OMS. Elle a porté sur tous les modules du questionnaire sous forme d'exposés, de jeux de rôle, d'interviews simulées et de démonstrations enregistrées.

L'évaluation du travail de chaque sortie s'est effectuée le même jour et les erreurs commises ont été discutées et corrigées.

La formation s'est déroulée dans de bonnes conditions. La discussion a été très riche et a permis de soulever un ensemble de problèmes qui ont permis de rectifier le questionnaire et de préparer les différents documents de l'enquête proprement dite.

La sélection progressive des enquêtrices et des contrôleurs a permis de constituer des équipes de bonne compétence qui vont collecter les données sur le terrain.

A la fin de la formation, les enquêtrices (39) et les contrôleurs (11) ont effectué des tests pratiques au niveau des formations sanitaires (8 formations sanitaires au niveau du quartier Yaâkoub Elmansour à Rabat) et auprès des ménages au niveau de trois districts du même quartier.

Après ce test, dix équipes formées chacune de quatre enquêtrices, d'un contrôleur (chef d'équipe) et d'un chauffeur, ont participé à l'opération de collecte de données sur le terrain pendant deux mois.

L'échantillon a été subdivisé en dix zones plus ou moins homogènes selon les critères du nombre de grappes, de la distance inter et intra grappes ainsi que de la difficulté d'accès à la grappe.

Pour assurer un meilleur contrôle et une supervision continue des équipes et à l'instar des enquêtes Démographiques et de Santé réalisées par le Ministère de la Santé, chaque équipe a assuré la collecte des données au niveau d'une zone déterminée pendant toute la période de l'étude.

Des missions de supervision ont été organisées par le bureau de l'enquête (rattaché au SEIS) et ce pour assurer une meilleure qualité des données. Les principales tâches assignées aux superviseurs sont de :

- vérifier le travail des enquêtrices;
- veiller à la standardisation de la méthode de collecte des données au niveau des grappes échantillon;
- apporter un complément de formation le cas échéant.

1.3.4.4. Exploitation des données

L'exploitation des données a été réalisée par le centre de calcul du SEIS. Cette phase importante de l'enquête avait été réalisée comme suit :

- Réception et classement des données: les questionnaires remplis et contrôlés ont été transmis au SEIS (Rabat) où après contrôle d'exhaustivité, ils ont été classés dans l'ordre des ménages par grappe et par province.
- Saisie des données: elle a été effectuée par une équipe de 4 agents sur des micro-ordinateurs. Le logiciel ISSA (Integrated System for Survey Analysis) a été utilisé pour la saisie des données.
- Apurement des données: cette opération, utilisant toujours le logiciel ISSA a eu lieu en même temps que la saisie. Les questionnaires de chaque grappe ont été soumis à un programme de vérification Batch (ensemble de grappes) plus exhaustif. Déjà, pendant la saisie, les vérifications des champs de validité des codes et des cohérences des filtres ont été effectuées.
- L'OMS a transmis le fichier de données apurées ainsi que les tableaux nécessaires pour l'élaboration du rapport final de l'étude. Un groupe de consultants marocains (médecins, statisticiens, démographes, et économistes) ont été identifiés et désignés pour participer à la rédaction du rapport final.

1.4. Qualité des données

L'analyse de la qualité des données collectées lors de l'ENSRS-2003 va intéresser les cinq éléments ci-dessous :

- taux de réponse ménage, individuel et par thème ;
- informations géographiques
- indices de déviation de l'échantillon ménage, individuel avec leur Pi star ;
- indices de Meyers ;
- consistance des réponses test-retest.

1.4.1. Taux de non réponse

L'objectif de toute enquête par sondage est de fournir des informations sur une population donnée en se basant sur les données collectées auprès de l'échantillon sélectionné. Or, si les données recherchées ne sont pas fournies par toutes les unités enquêtées, on se trouve devant des cas de non réponses. Ces derniers ont plusieurs effets négatifs sur la qualité des données car d'une part, les non réponses réduisent la taille de l'échantillon et donc augmentent la variance d'échantillonnage et d'autre part, elles biaisent les estimations et surtout quand les répondants ont des caractéristiques différentes des non répondants. Pour évaluer la qualité des données, on recourt donc au calcul des taux de non réponses. Ces taux sont calculés par unité de sondage (ménage, individu) et par thème.

Les premiers donnent une idée sur le taux de participation à l'enquête aussi bien au premier niveau qui est le ménage qu'au niveau des répondants au questionnaire individuel.

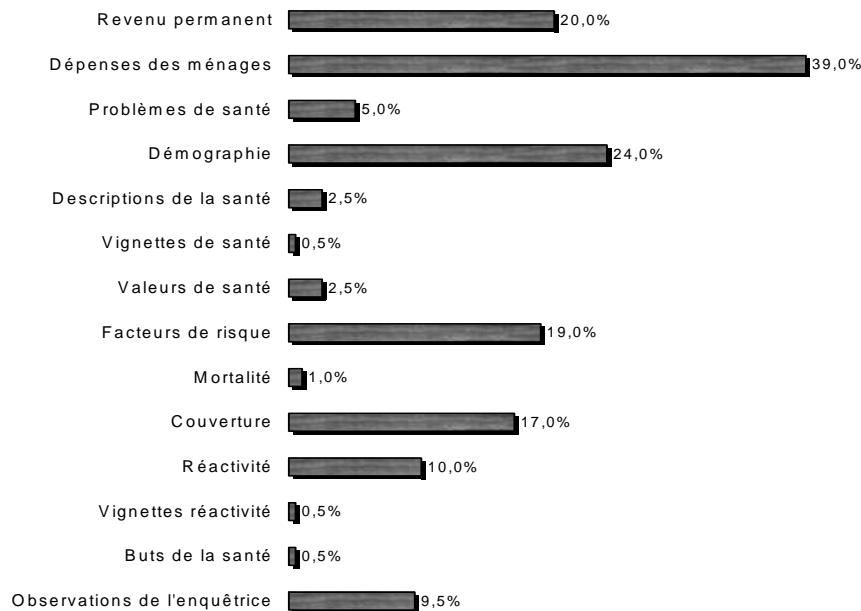
Néanmoins, on peut dans certains cas remplir tout le questionnaire mais avec des non réponses à des questions soit parce qu'elles sont embarrassantes ou tout simplement parce que l'enquêtrice a oublié de reporter la réponse dans les cases réservées à cet effet. Pour cela, il est intéressant de calculer des taux de réponses par thème pour permettre, aux divers utilisateurs de ses données, une meilleure appréciation de leur qualité.

Taux de réponses par unité de sondage : L'échantillon prévu pour cette enquête était de 5000 ménages. Toutefois et étant donné le taux d'absentéisme des ménages, il y a eu recours à la substitution des ménages absents ou qui ont refusé de répondre. Ainsi, l'échantillon réellement couvert par l'enquête est de 6297 ménages, 3912 en urbain et 2385 en rural. Parmi ce total, 4713 ménages ont été interviewés avec succès, soit un taux de réponse de 74,8 pour cent avec des taux respectifs de 67,4 % en urbain et 87,1 % en rural.

Pour ce qui est des individus, les résultats de l'enquête montrent que nous avons réalisé 4472 interviews, parmi 5769 individus sélectionnés, dont 2494 urbains et 1978 ruraux, soit des taux de réponses respectifs de 77,5 % (total), 69,5% (urbain) et 90,6% (rural). Ces taux de réponses sont élevés et démontrent la bonne qualité des données de l'enquête.

Taux de réponses par thème : Le graphique ci-après présente la répartition des taux de non réponses selon le thème. Nous remarquons que ces taux varient de 0,1 % pour la santé des ménages, but de la santé, etc. à plus de 40 % pour les dépenses du ménage. Il est intéressant de noter que les thèmes relatifs utilisant des vignettes ont des taux de réponses très élevés. Ce constat peut s'expliquer par la nouveauté de cette technique dans de telles enquêtes ce qui a retenu l'attention des répondants et a amélioré leur coopération.

Figure 1.3 taux de non réponses par thème



1.4.2. Informations géographiques de l'ENSRS-2003

L'enquête ménage a été une source très importante d'informations étant donnée qu'elle a permis de collecter un ensemble d'informations sur la localisation géographique¹ des grappes échantillon. Aussi, les interviews ont elles été conduites simultanément ce qui a permis d'introduire la dimension spatiale dans l'analyse.

L'utilisation du GPS²(Global Positioning System) dans cette enquête a offert un large éventail d'utilisation des données géographiques collectées allant de la production des cartes thématiques à la modélisation de certaines variables tout en tenant compte de la dimension spatiale.

L'une des utilisations immédiates de ces données est la production de la carte des grappes échantillon. Celle-ci permet de visualiser la complétude et la représentativité de l'échantillon sur le territoire national.

Ainsi et grâce à la représentation de ces données sur la carte du Maroc, on a pu constaté que les grappes enquêtées touchent tout l'espace marocain du Nord au Sud et de l'Est à l'Ouest. Les grappes sont réparties proportionnellement à la taille de la population.

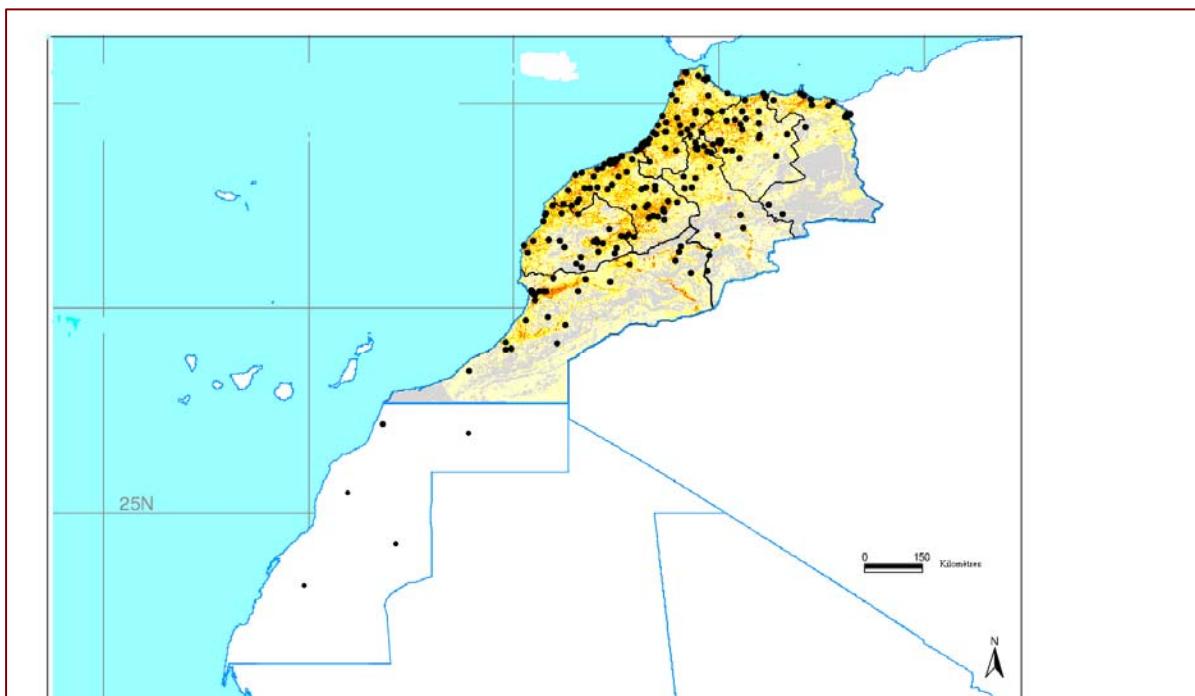
Par ailleurs, on a essayé lors de cette opération de repérer la position de chaque ménage échantillon dans l'espace et d'introduire cette variable géographique pour mieux expliquer certains phénomènes sanitaires liés à l'environnement et à la géographie d'une part. D'autre part, on a relevé la position et l'emplacement exact sur une carte sanitaire des hôpitaux, centres de santé ou dispensaires qui desservent les grappes enquêtées en plus de l'infrastructure privée ce qui pourrait expliquer les problèmes relatifs à l'accès aux soins de santé.

1 Le Maroc est l'un des 27 pays ayant utilisé le GPS dans ce type d'enquêtes.

2 C'est un système de positionnement à l'échelle mondiale. Il est mis en œuvre par le gouvernement des Etats-Unis. Son utilisation peut déterminer la position qu'il soit sur terre, en mer ou dans les airs, à partir de la position connue de plusieurs satellites.

Figure 1.4 Distribution de l'échantillon en terme de grappes

ENSR-2003, Maroc



1.4.3. Indices de déviation de l'échantillon

Ces indices permettent d'évaluer la représentativité de l'échantillon et peuvent être calculés aussi bien au niveau du ménage qu'au niveau individuel.

Indice de déviation de l'échantillon ménage (HSDI)

Quand on utilise un sondage par grappes à plusieurs degrés, caractérisé par une grande homogénéité intra- grappes et faible homogénéité inter- grappes, l'étude de la représentativité de l'échantillon devient nécessaire.

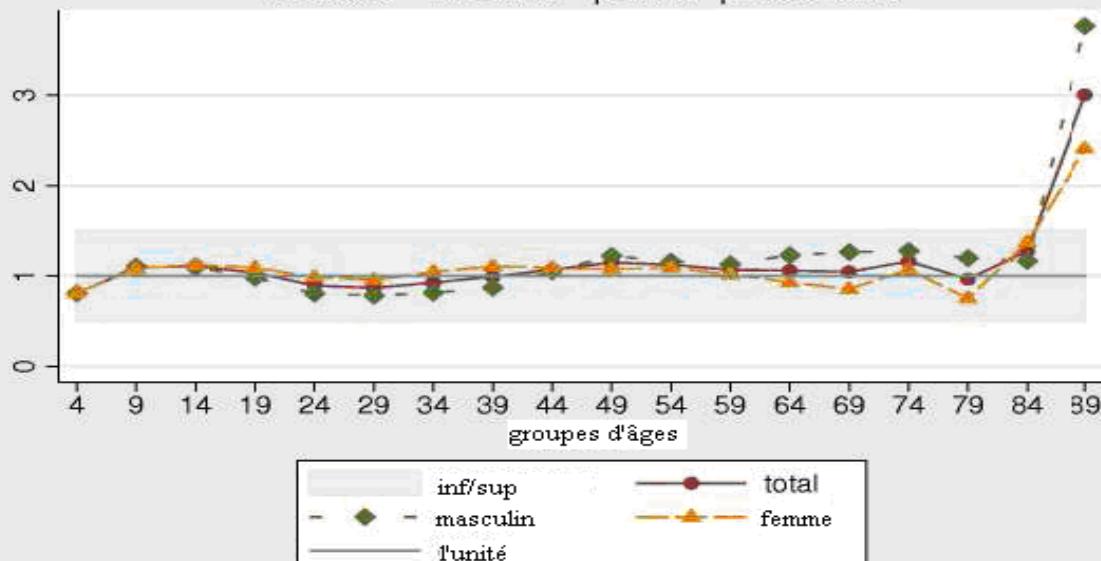
Pour cela, on recourt au calcul de plusieurs paramètres dont l'indice de déviation de l'échantillon (SDI) et ceci selon différentes caractéristiques dont le groupe d'âges et le sexe. Pour chaque groupe, on mesure SDI en reportant l'effectif de cette catégorie dans l'échantillon à celui de la population cible de cette catégorie. L'interprétation de cet indice est très facile. En effet, plus il s'approche de 1, plus cette catégorie est bien représentée dans l'échantillon enquêté et vice versa.

La mesure des SDI sur la base des données marocaines (figure 3) permet de constater que :

- Tous les indices sont proches de 1 sauf pour les personnes très âgées (90 ans et +), ce qui est normal étant donné le faible effectif de cette population ;
- La valeur de 'p' est proche de 0 indiquant l'existence d'une différence significative entre la population cible et l'échantillon enquêté, mais ce résultat n'a pas une très grande signification statistique étant donnée qu'il est lié à la taille de l'échantillon qui est assez grande ;
- La valeur de 'Pi-star' est relativement petite (0.19) et montre que 81 % de l'échantillon enquêté respecte le schéma par âge de la population ciblée par cette étude. Autrement dit, l'échantillon enquêté semble être représentatif de la population visée par l'étude.

Figure 1.5 : Indice de déviation de l'échantillon ménage

N=26532 m/f=0.94 p=0.00 pi-star=0.19



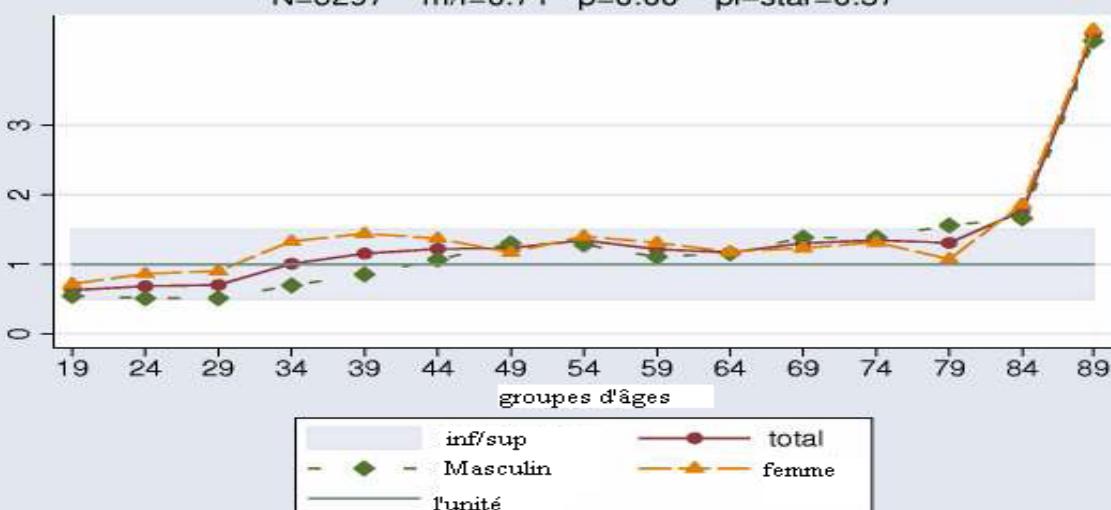
Indice de déviation de l'échantillon individuel (SDI)

S'agissant de l'enquête individuelle, on constate que l'indice de déviation de l'échantillon s'écarte de l'unité dans presque tous les groupes d'âges et quel que soit le sexe. Ces écarts restent significatifs même si ils n'impliquent pas un rejet systématique des données collectées. Ces écarts peuvent s'expliquer en partie par le fait qu'on a recouru à la substitution des ménages dans lesquels le répondant au questionnaire individuel ne peut être joint au moment de l'enquête. Or, si on ajoute que les jeunes, et surtout de sexe masculin, sont en général plus mobiles que le reste de la population, on peut comprendre, en partie, pourquoi la tranche d'âges 18-34 ans est sous représentée dans l'échantillon.

La valeur du Pi Star montre que 37 pour cent de la population couverte par l'enquête individuelle ne respecte pas le schéma par âge de la population marocaine âgée de 18 ans et plus.

Indice de déviation de l'échantillon individuel

N=6297 m/f=0.71 p=0.00 pi-star=0.37



1.4.4. Indices de Meyers

Même si l'âge est la variable clé de toute analyse démographique, il est couramment sujet aux erreurs de déclaration dues à l'effet de mémoire ou au manque de documents officiels (livret d'état civil ou équivalent) permettant le calcul de l'âge exact. Ces erreurs peuvent prendre plusieurs formes dont l'attraction pour les âges ronds (ou préférence numérique) et le déplacement. Chez les populations les moins alphabétisées, on a tendance à préférer certains chiffres ronds. Il est donc courant de trouver des concentrations de sujets à des âges dont le nombre se termine par les chiffres 0 et 5. Certains indices, comme ceux de Whipple et de Myers, ont été élaborés afin de permettre une évaluation statistique de l'importance de la préférence d'âge. Ces indices supposent que la population présente une distribution rectangulaire dans une certaine plage d'âge.

Toutefois et alors que l'indice de Whipple mesure la préférence pour les âges se terminant par 0 et 5, l'indice de Myers exprime les préférences (ou les répulsions) pour les âges se terminant par chacun des chiffres de 0 à 9.

Vue l'impossibilité de comparer les effectifs totaux des personnes ayant déclaré des âges se terminant respectivement par chacun de ces chiffres du fait de la décroissance normale des effectifs de la population, Myers a recouru au calcul des effectifs remaniés qui devraient égaliser 10 % de l'effectif remanié total en cas d'absence de toute attraction ou répulsion.

Si les déclarations d'âges sont exactes, tous les effectifs remaniés sont à peu près égaux et l'indice de Myers est approximativement nul. Sa valeur est d'autant plus élevée que les préférences ou les répulsions pour certains chiffres sont plus grandes. Sa valeur maximale est de 180 et elle est atteinte quand tous les âges déclarés se terminent par le même chiffre.

Le calcul de cet indice sur la base des données par âge issues de l'ENSRS-2003 montre que la structure par âge de l'échantillon enquêté ne souffre pas de très grandes distorsions. Ce résultat reste vrais quel que soit le sexe même si les données sur l'âge de sexe masculin semblent être de qualité supérieure (indice de Myers de 6,7 contre 10,1 pour le sexe féminin).

Par ailleurs, il semble que les chiffres 0, 2 et 8 restent les plus attractifs alors que les chiffres 1 et 9 sont les plus répulsifs et ceci indépendamment du sexe.

Tableau 1.2 Indices de Myers par sexe et classement des chiffres (0 à 9) du plus répulsif au plus attractif, ENSRS-2003, Maroc

	Masculin		Féminin	
	Valeur	Rang	Valeur	Rang
0	11,8	10	13,4	9
1	8,7	1	8,7	2
2	11,0	9	10,7	8
3	9,7	5	8,9	3
4	9,4	3	9,5	5
5	9,8	4	10,4	7
6	10,2	7	10,1	6
7	10,0	6	9,4	4
8	10,3	8	10,4	7
9	9,1	2	8,5	1
Indice de Myers	6,7		10,1	

1.4.5. Fiabilité des données test-retest

Pour mesurer la fiabilité des données de l'ENSRS-2003, l'OMS a implanté la technique du retest visant à interviewer une deuxième fois un sous échantillon de 10 pour cent de l'échantillon initial. Le principe de la méthode vise à refaire l'enquête dans les 1 à 7 jours suivant la première interview par une autre enquêtrice. Cette technique est idéale pour tester la consistance des données collectées mais à

condition de respecter les délais fixés pour le retest. Ceci n'était pas le cas au Maroc où la durée séparant test et retest a dépassé les normes fixées par l'OMS et cela pour des considérations techniques.

Or, si on ajoute que la majorité des questions sont relatives à des périodes de références bien déterminés (30 jours précédent l'interview), on trouverait certainement une explication à la non consistance des résultats test-retest.

En effet le calcul de la valeur de Kappa pour les variables catégoriques et de la corrélation intra classes pour les variables continues, sur la base des données marocaines, a montré qu'à l'exception du questionnaire ménage et des caractéristiques sociodémographiques, les réponses aux autres sections ont une consistance moyenne.

CHAPITRE 2 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ENQUETEE

Le profil socio-démographique représente un des modules de l’Enquête Nationale sur la Réactivité du Système de Santé qui aborde une série de questions qui traitent de la structure de la population par âge, par sexe et selon le milieu de résidence, de l’âge moyen des chefs de ménage selon l’indice de richesse¹, du niveau d’éducation et de la structure de la population par état matrimonial.

2.1. Structure de la population et caractéristiques des ménages

Cette section aborde les caractéristiques de la population des ménages, en particulier l’âge, le sexe, l’état matrimonial et l’éducation. Toutefois, les réponses concernant le rôle et les caractéristiques des ménages sont fournies par un répondant membre à part entière d’un ménage qui fait partie de l’échantillon retenu pour l’enquête. Les questions relatives à l’état matrimonial concernent les personnes âgées de 15 ans et plus et, celles relatives à l’éducation sont adressées aux personnes âgées de 6 ans et plus. Cependant, le nombre de ménages enquêtés est de 4713 avec une population totale d’environ 26864 personnes dont 55 pour cent résident en milieu urbain et 45 pourcent en milieu rural. Ces proportions, en référence à l’Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l’Enfant (ENSME) de 1997, étaient de 53 pour cent en milieu urbain contre 47 en milieu rural. Cette évolution en faveur du milieu urbain s’explique dans une large mesure par le statut urbain que l’administration octroie à des centres ruraux d’une part, et à l’exode rural (rural – urbain) de l’autre.

2.1.1. Structure par sexe et par âge

a- Répartition par sexe et par milieu

Le tableau 2.1 relatif à la distribution (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d’âge, milieu de résidence, état matrimonial et niveau d’instruction, selon le sexe indique que la population des femmes dépasse légèrement celle des hommes. En effet, les femmes représentent 51,8 pour cent de l’ensemble de la population tandis que les hommes représentent 48,2 pour cent, ce qui correspond à un rapport de masculinité de 93 hommes pour 100 femmes.

¹ ...Généralement les données sur le revenu et les dépenses ne sont pas, collectées dans les enquêtes sociales. Toutefois une approche pragmatique a utilisé les données disponibles dans la plus part des enquêtes auprès des ménages afin de produire un indice de richesse pouvant expliquer des différences entre catégories socio-économiques. L’utilisation des informations sur les avoirs et les possessions du ménage considérés comme indicateur de richesse.

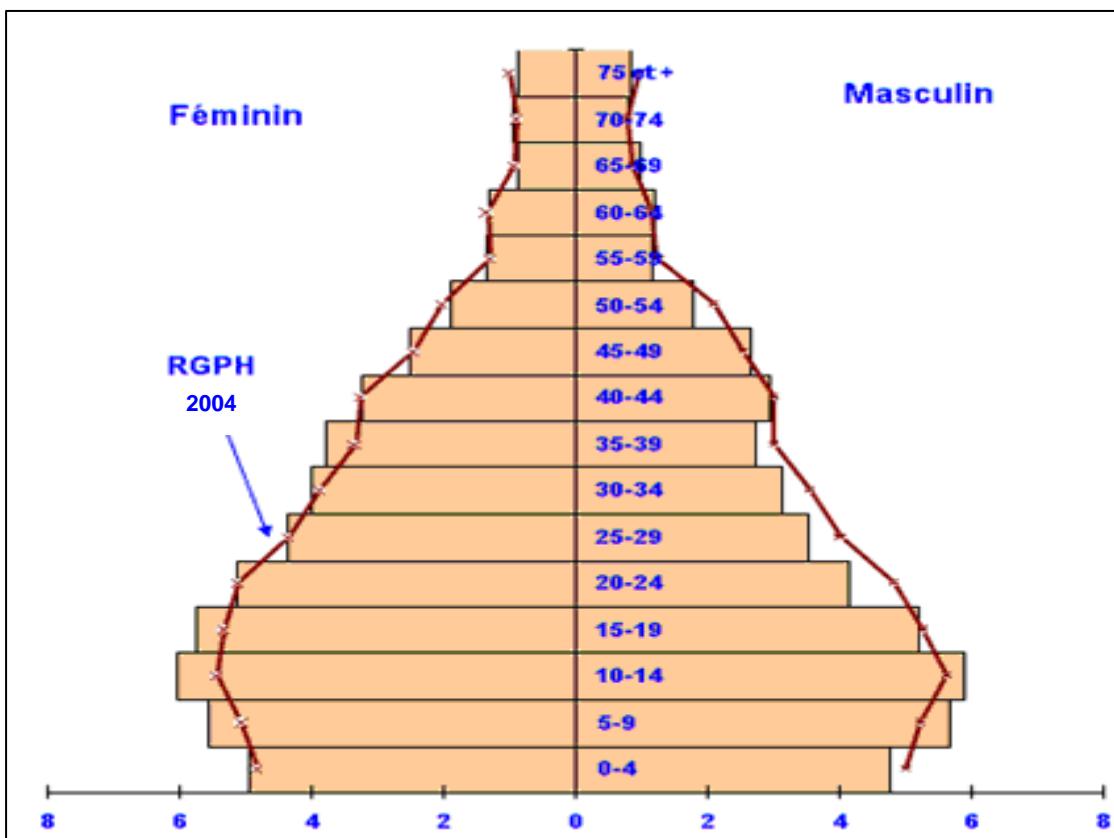
Tableau 2.1 Distribution (en %) de la population (de fait) des ménages par âge, milieu de résidence, état matrimonial et niveau d'instruction, selon le sexe.

	Masculin	Féminin	Total
Age			
0-4	9,9	10,5	10,2
5-14	24,1	22,1	23,1
15-29	27,3	29,6	28,5
30-44	19	20,6	19,8
45-59	12,1	10,9	11,5
60-69	4,6	3,4	4,0
70-79	2,1	1,8	2,0
80- +	0,8	1,1	1,0
Résidence			
Urbain	55,9	54,8	55,3
Rural	44,1	45,2	44,7
Etat matrimonial			
Célibataire	41,6	23,6	32,5
Marié	55,6	64,8	60,2
Divorcé	2,4	2,1	2,2
Veuf	0,5	9,6	5,1
Education			
Aucune instruction	36,3	54,5	45,7
Primaire	36,9	28	32,3
Secondaire	13,8	9,5	11,6
Supérieur	8,5	5,1	6,8
Autre	4,4	2,7	3,5
Total			
%	100	100	100
Effectif	12947	13917	26864

b- Répartition par groupes d'âges

Pour une meilleure connaissance des caractéristiques structurelles de la population des ménages, il est opportun d'examiner sa répartition par groupes d'âges quinquennaux à travers la pyramide des âges. Dans cette même perspective, le graphique 2.1 correspond dans l'ensemble à une pyramide dont la base est encore large avec un rétrécissement qui devient apparente au fur et à mesure que l'on passe des générations récentes aux générations les plus anciennes. Ce graphique fait aussi apparaître de légères asymétries entre les deux sexes et ceci à partir de 35 ans jusqu'à 50 ans, chose qui pourrait être due dans une large mesure aux problèmes que posent la déclaration de l'âge chez les générations anciennes .

Figure 2.1 : Pyramide de la population
Figure 2.1. Pyramide de la Population



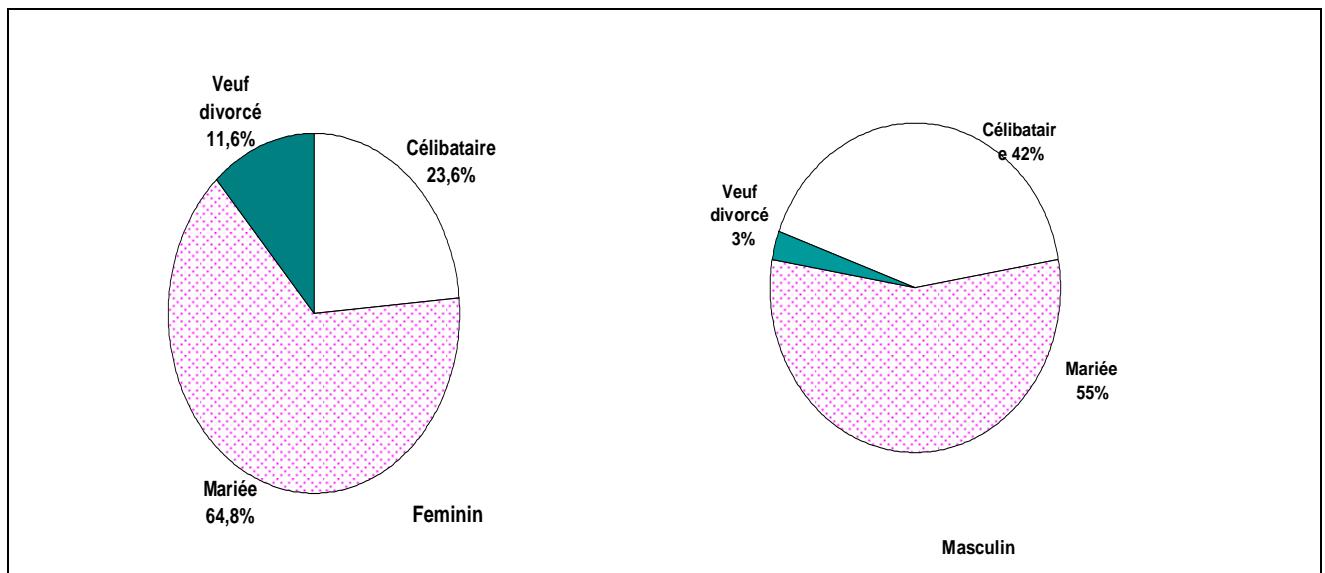
D'une façon générale, les aspects les plus saillants qui caractérisent cette population sont :

- la forme de la pyramide qui reflète bien les caractéristiques d'une population jeune étant donné que le groupe de moins de 15 ans représente environ le 1/3 de la population totale ;
- le rétrécissement notable au niveau du groupe d'âge 0-4 ans par rapport au 5-9 ans qui est résultante de la baisse continue de la fécondité ;
- le vieillissement qui est relativement faible (7 %) connaîtra dans les années à venir une augmentation significative dans la mesure où la fécondité avait connu une baisse plus rapide que prévue.

2.1.2. État matrimonial

Il ressort, également, du tableau 2.1 et du graphique 2. 2 qui représentent la répartition de la population âgée de 15 ans et plus selon leur état matrimonial au moment de l'enquête que plus de six femmes sur dix (64,8%) sont mariées et plus de deux femmes sur dix sont célibataires. Ces proportions sont sensiblement différentes si l'on se réfère au sexe masculin dont quatre sur dix sont célibataires (41,6%) contre un peu moins de six sur dix sont mariées (55,6). Par ailleurs le veuvage est plus fréquent chez les femmes (9,6%) que chez les hommes (0,5%).

Figure 2.2. Structure matrimoniale de la population âgée de 15 ans et plus



2.1.3. Niveau d'instruction

Les questions concernant l'éducation s'adressent à l'ensemble des membres des ménages qui sont âgés de 6 ans et plus. L'âge de 6 ans est considéré comme étant l'âge légal d'entrée à l'école moderne. A ce propos, le tableau 2.1 montre que 46 pour cent de la population des ménages âgées de 6 ans et plus n'ont aucun niveau d'éducation, 32,3 pour cent ont atteint le niveau primaire, 11,6 pour cent ont atteint le niveau secondaire et 7 pour cent ont atteint le supérieur. Par ailleurs, et quelque soit le niveau d'éducation, les différenciations selon le genre sont significatives. Dans cette perspective, 36 pour cent des hommes contre 54 pour cent des femmes n'ont aucun niveau d'instruction et 37 des hommes contre 28 pour cent des femmes ont atteint le niveau primaire. Toutefois, le passage du primaire aux autres niveaux, Les proportions sont faibles et les différenciations sont encore discriminatoires. A ce titre le niveau secondaire passe de 13,8 pour cent chez les hommes contre 9,5 pour cent chez femmes. En outre, la proportion de ceux qui ont atteint le niveau supérieur reste faible : 8,5 pour cent chez les hommes et 5,1 chez les femmes ; ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle la scolarisation est d'autant plus faible que la génération est plus ancienne.

2.1.4. Répartition des chefs de ménage par âge moyen selon le quintile de bien être

L'âge moyen du chef de ménage est de 46 ans. Néanmoins et en fonction du quintile du bien être, les variations de cet indicateur sont minimes. Par ailleurs et référence au niveau d'instruction selon l'indice de richesse, les écarts deviennent de plus en plus importants au fur et à mesure qu'on passe des plus pauvres aux plus riches. En outre, Les résultats du tableau 2.2 ci-dessous, font apparaître que ceux ayant achevé le primaire ne sont apparents que chez les populations moyennant riche ou plus. Le niveau médiane chez les plus riches est le supérieur tandis que le niveau médiane chez les riches et les moins riches est le primaire complètement achevé.

Tableau 2.2 : Caractéristiques du chef de ménage selon le quintile du bien - être.

	Age moyen du chef de ménage	Education médiane du chef de ménage
Les plus pauvres	45	1
Second (Q2)	49	1
Moyen (Q3)	45	3
Quatrième (Q4)	47	3
Les plus riches	48	5
Ensemble	46	1

Education : 1= sans instruction, 2= moins du primaire, 3= primaire achevé, 4 = secondaire achevé, 5= supérieur (ou équivalent) achevé

2.2. Caractéristiques Socio-démographique des répondants (questionnaire individuel)

Le questionnaire individuel est administré à une seule personne baptisée répondante âgée de 18 ans et plus, choisie au hasard parmi les membres à part entière du ménage. A ce niveau, cette partie traite des caractéristiques des répondants ou répondantes en l'occurrence l'âge, le sexe, le milieu, l'éducation et le statut matrimonial. Au total les 4472 individus interviewés sont répartis entre l'urbain avec 57,5 pour cent et le milieu rural avec 42,5 pour cent. Néanmoins la répartition selon le genre n'affiche pas de différence (49,5 % sont de sexe masculin contre 50,5% de sexe féminin).

2.2.1. Distribution par âge et sexe

Les informations du tableau 2.3 relatives à l'âge et le sexe des répondants montrent que 70 pour cent des répondants sont âgés de moins de 45 ans dont 38 pour cent de cette population se trouve dans la tranche d'âge compris entre 18 et 29 ans. D'une manière générale, environ la totalité des répondants (90%) ont moins de 60 ans c'est –à- dire la majorité de la population répondante au questionnaire individuel fait partie de la population active. Mais, si ces répondants affichent des différences selon l'âge, la proportion de chaque sexe dans chaque tranche d'âge est presque la même.

2.2.2. Etat matrimonial

La structure matrimoniale des répondants selon le même tableau montre que trois sur cinq des répondants sont mariés et un sur trois est célibataire par contre les veufs et les divorcés ne représente que 5 pour cent. Ces proportions, si le genre entre en compte, affichent des différences apparentes : 65 des femmes répondantes sont mariées contre 56 pour cent des hommes. A l'opposé, 42 pour cent des hommes répondants sont des célibataires contre 24 pour cent.

2.2.3. Niveau d'instruction

Globalement la part des personnes âgées de 18 ans et plus qui n'ont jamais été scolarisé est de 49,2 pour cent. Elle est beaucoup plus importante chez les femmes où elle représente 63,7 pour cent contre 34,5 pour cent chez les hommes.

La population âgée de 18 ans et plus qui est scolarisée au moment de l'enquête ou qui a été scolarisé dans le passé représente 50,8 pour cent de l'ensemble de la population du même âge; 36,3 pour cent pour les femmes et 65,5 pour cent pour les hommes.

Par niveau, les différences sont très significatives comme l'indique le tableau 2.3. Les écarts constatés selon le genre par niveau de scolarisation sont assez importants : 28 pour cent pour le primaire chez les hommes contre 17 pour les femmes ; pour le secondaire 13,5 pour cent chez les hommes contre 9

pour cent chez les femmes ; quant au niveau supérieur la proportion passe du simple au double, les hommes représentent 13,5 pour cent et les femmes seulement 6 pour cent.

Tableau 2.3 Distribution (en %) des hommes et des femmes enquêtées par le questionnaire individuel selon l'âge, le milieu de résidence, l'état matrimonial et éducation.

	Masculin	Féminin	Total
Age			
18-29	38.8	36.7	37.7
30-44	33.8	33	33.4
45-59	18	18.3	18.1
60-69	5.5	7.2	6.4
70-79	3.2	3.9	3.6
80-+	0.8	0.9	0.8
Résidence			
Urbain	58.2	56.9	57.5
Rural	41.8	43.1	42.5
Etat matrimonial			
Célibataire	41.6	23.6	32.5
Marié	55.6	64.8	60.2
Divorcé	2.4	2.1	2.2
Veuf	0.5	9.6	5.1
Education			
Sans instruction	34.5	63.7	49.2
Primaire	27.8	17.1	22.4
Secondaire	13.5	8.8	11.2
Supérieur	14.7	6	10.3
Autre	9.5	4.4	6.9
Total			
%	100	100	100
Effectif	2214	2258	4472

CHAPITRE 3 : LES FACTEURS DE RISQUE

Le cycle de vie de tout individu est empreint de facteurs de risque susceptibles de l'exposer à la maladie et parfois même au décès. Ces facteurs de risque prennent généralement la forme de comportements et de caractéristiques propres pouvant créer les conditions favorables au déclenchement d'un processus de maladie et/ou de morbidité. Les risques de santé induits par des facteurs de nature comportementale sont nombreux et de retombées variables. Le tabagisme et la consommation d'alcool sont parmi de ces risques dont l'impact néfaste sur la santé est largement démontré et universellement reconnu.

Le comportement n'est, cependant, pas l'unique vecteur en mesure de générer des risques pour la santé. D'autres facteurs peuvent également induire de tels risques soit directement ou indirectement. Les conditions socio économiques, l'environnement de vie, les habitudes alimentaires...etc. sont quelques uns des facteurs dont l'impact direct ou indirect sur la santé est aussi fort documenté et partout avéré. De par les contraintes et les restrictions que ces facteurs peuvent imposer en matière d'accès aux services de base (eau, électricité, assainissement,...etc.) et au bien être socio économique (alimentation, logement, soins hygiène,...etc.) dans son ensemble, ils sont de nature à induire de conséquents risques pour la santé.

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser à certains de ces facteurs et apprécier la mesure dans laquelle les situations s'y rapportant sont favorables ou défavorables au développement des risques de santé. Partant de facteurs à caractère comportemental ; en l'occurrence le tabagisme, la consommation d'alcool et les régimes nutritionnels, nous allons porter notre attention ensuite sur des facteurs ayant plutôt trait à l'environnement de vie et aux conditions socio économiques. Le mode d'approvisionnement en eau potable, l'accès à un sanitaire aménagé et le type de combustible utilisé pour la cuisine sont des facteurs sur lesquels l'analyse sera focalisée.

3.1. Consommation de tabac

Il est établi et démontré que le tabagisme est un facteur de risque fort conséquent pour la santé. Le tableau 3.1 donne la répartition de la population enquêtée selon le degré de prévalence de ce phénomène et suivant un certain nombre de caractéristiques retracant le profil socio démographique de ces populations.

De ce tableau, il ressort que la consommation de tabac est un fait qui particularise, avant tout, les hommes. A en croire les résultats de l'enquête, il est à noter, en effet, que près d'un tiers des hommes (32%) sont des fumeurs et que la majorité d'entre eux (29,8%) le sont au quotidien. Les femmes, en revanche, ne sont que marginalement touchées par ce phénomène. Presque la totalité d'entre-elles (99,7%) se sont, en effet, déclarées des non fumeuses.

La prévalence du tabagisme selon le milieu de résidence ne laisse transparaître aucune différence selon le milieu. Dans les villes comme dans les campagnes, la proportion de non consommateurs de tabac est exactement la même : 83,8%. Il est à noter, toutefois, qu'au sein de la population des fumeurs ce sont les ruraux qui se dégagent comme étant la catégorie de la population à consommation de tabac relativement la plus élevée. Les résultats de l'enquête révèlent, en effet, que la proportion de fumeurs assidus est légèrement plus élevée dans le rural que dans l'urbain. Environ 15,2% des ruraux enquêtés se sont déclarés des fumeurs quotidiens contre 14,5% dans l'urbain.

Tableau 3.1 : Prévalence du tabagisme

	Prévalence du tabagisme			Nombre de répondants
	Fumeur quotidien	Fumeur occasionnel	Non fumeur	
Sexe				
Masculin	29,8	2,2	67,6	2214
Féminin	0,1	0,1	99,7	2258
Milieu de résidence				
Urbain	14,5	1,3	83,8	2572
Rural	15,2	0,8	83,8	1900
Quintile de bien être				
Q1 (les plus pauvres)	16,9	0,4	82,5	602
Q2	17,2	0,8	81,7	882
Q3	18,5	1,8	79,1	914
Q4	14,7	1,3	84,0	914
Q5 (les plus riches)	7,6	1,1	91,1	780
Non déclaré				379
Age				
18–29	11,6	1,9	86,0	1687
30–44	21,3	0,4	78,3	1493
45–59	15,2	1,3	83,4	811
60–69	6,2	0,4	93,4	284
70–79	4,0	0,2	95,5	160
80+	4,8	0,0	93,4	37
Ensemble	14,8	1,1	83,8	4472

A son tour, le niveau de bien être ne semble pas être un facteur de différenciation important quant à la consommation de tabac. Si l'on exclut, en effet, la catégorie socio économiquement la mieux lotie (les 20% les plus riches) qui s'affiche comme étant celle à prévalence du tabagisme la plus basse (8,7%), toutes les autres catégories sont touchées par le phénomène dans des proportions quasi-identiques. Le pourcentage de non fumeurs au sein de ces catégories varie, en effet, entre 79,1% pour la catégorie à prévalence la plus élevée ; en l'occurrence celle s'identifiant au 3ème quintile de bien être et 91,1% pour la catégorie à prévalence la moins élevée ; en l'occurrence celle s'identifiant au 5ème quintile.

A côté du sexe, l'âge émerge aussi comme un critère d'identification suivant lequel la prévalence du tabagisme est nettement variable. Dans l'ensemble, la consommation de tabac est un phénomène plus répandu parmi les jeunes que parmi les personnes âgées. Si l'on excepte les plus jeunes (18–29 ans) et les plus âgés (80 ans et plus), il semble même que la prévalence du tabagisme est un fléau à incidence décroissante selon l'âge. Evaluée à 78,3% pour les personnes âgées de 30 à 44 ans, la proportion de non fumeurs croît, en effet, continuellement selon l'âge pour atteindre les 95,5% pour les personnes âgées de 70 à 79 ans.

3.2. Consommation d'alcool

Tout autant que le tabagisme, la consommation de boissons alcoolisées est également reconnue comme un facteur de risque aux retombées conséquentes pour la santé. Le tableau 3.2 donne la répartition de la population enquêtée selon la fréquence de la consommation d'alcool et suivant les mêmes variables socio démographiques en fonction desquelles la prévalence du tabagisme a été analysée ci-dessus.

De ce tableau, il se dégage qu'à l'instar du tabagisme, la consommation de boissons alcoolisées est avant tout le fait des hommes. Si, en effet, la proportion de personnes n'ayant jamais bu de l'alcool atteint les 99,7% parmi les femmes, elle n'est que de 76,6% parmi les hommes. Autrement dit, la consommation d'alcool est un fait presque exclusivement masculin. Sur les 23,4% des hommes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool, 21,8% ont déclaré ne l'avoir consommé que rarement. A se fier à ces déclarations, elles sont de nature à affirmer que même si la consommation d'alcool est un fait répandu parmi les hommes, cette consommation prend le plus souvent plus le caractère d'un comportement occasionnel que d'une habitude quotidienne ou relativement fréquente.

Tableau 3.2 : Proportion de personnes n'ayant jamais bu de l'alcool et de buveurs d'alcool occasionnels, peu fréquents et très fréquents

	Personnes n'ayant jamais bu de l'alcool	Personnes ayant rarement bu de l'alcool	Buveurs peu fréquents	Buveurs très fréquents	Nombre de répondants
Sexe					
Masculin	76,6	21,8	1,3	0,3	2214
Féminin	99,7	0,2	0,0	0,0	2258
Milieu de résidence					
Urbain	86,6	12,2	0,9	0,2	2572
Rural	90,6	9,2	0,2	0,0	1900
Quintile de bien être					
Q1	91,9	7,5	0,6	0,0	602
Q2	89,0	10,7	0,3	0,0	882
Q3	83,5	15,8	0,5	0,2	914
Q4	87,4	11,7	0,8	0,1	914
Q5	89,1	9,2	1,4	0,3	780
Non déclaré					379
Age					
18-29	89,3	9,6	1,0	0,0	1687
30-44	85,9	13,3	0,6	0,2	1493
45-59	87,5	11,8	0,3	0,4	811
60-69	92,4	7,6	0,0	0,0	284
70-79	94,6	5,4	0,0	0,0	160
80+	95,2	4,8	0,0	0,0	37
Ensemble	88,3	10,9	0,6	0,1	4472

Par ailleurs et comme on pouvait s'y attendre, contrairement au tabagisme la consommation d'alcool est relativement plus répandue dans les villes que dans les campagnes. Les personnes n'ayant jamais consommé de l'alcool représentent, en effet, près de 90,6% dans le rural et ne regroupent que 86,6% dans l'urbain. Dans un milieu comme dans l'autre, la consommation d'alcool demeure, toutefois, marquée par sa fréquence rare et souvent occasionnelle. Sur les 13,3% de consommateurs urbains d'alcool 12,2% ont, en effet, déclaré l'avoir été à titre occasionnel. De même, sur les 9,4% de personnes ayant déjà consommé de l'alcool dans le rural 9,2% ont déclaré ne l'avoir fait que rarement.

A l'opposé du sexe et du milieu de résidence, le niveau de bien être ne semble affecter que marginalement la disposition des individus à consommer des boissons alcoolisées. La proportion de personnes n'ayant jamais bu de l'alcool est, en effet, peu variable selon le quintile de bien être. Elle atteint son niveau le plus bas (83,5%) pour la catégorie s'identifiant au 3ème quintile et affiche celui le plus élevé (91,9%) pour la catégorie s'identifiant au 20% les plus pauvres.

A l'image du tabagisme, la consommation d'alcool paraît également prendre le caractère d'un comportement à fréquence décroissante selon l'âge. Exception faite, en effet, de la catégorie des plus jeunes (18-29 ans), la proportion de personnes n'ayant jamais bu de l'alcool décroît continuellement à mesure que l'on se déplace vers les catégories d'âge plus avancé. Avec un pourcentage de personnes

n'ayant jamais consommé de l'alcool s'établissant aux alentours de 85,9%, les personnes âgées de 30 à 44 ans émergents comme étant celles parmi lesquelles la consommation de boissons alcoolisées est relativement la plus répandue. En revanche, les personnes les plus âgées (80 ans et plus) qui dans leur 95,2% ont déclaré n'avoir jamais bu de l'alcool, se distinguent comme étant celles parmi lesquelles la consommation de boissons alcoolisées est de loin la moins répandue.

3.3. Apport nutritionnel

Le régime alimentaire, la quantité et la qualité des aliments consommés et leurs apports nutritionnels sont, de toute évidence, des facteurs d'un impact incontestable sur la santé. Dans le tableau qui suit (Tableau 3.3), nous nous intéressons plus particulièrement à la consommation en fruits et légumes du fait de leurs apports nutritionnels reconnus. Ce tableau donne la distribution de la population enquêtée selon que sa consommation déclarée en ces produits a été jugée suffisante ou insuffisante.

Toutes choses étant égales par ailleurs, les résultats que synthétise ce tableau vont dans le sens d'affirmer une plus forte prévalence des carences alimentaires en fruits et légumes parmi les femmes que parmi les hommes et dans le rural plus que dans l'urbain. L'insuffisante consommation en ces deux essentielles composantes alimentaires est, en effet, notée pour 86,2% des femmes et 88,9% des ruraux. Elle n'est, en revanche, enregistrée que pour 80,6% des hommes et 80% des urbains. Notons, toutefois, que qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, de campagnards ou de citadins, ces pourcentages de personnes à consommation insuffisante en fruits et légumes dénotent, globalement, de la très forte incidence des carences alimentaires parmi la population dans son ensemble.

Tableau 3.3 : Proportion (en%)de personnes à consommation insuffisante en fruits et légumes

	Consommation insuffisante	Consommation suffisante	Nombre de répondants
Sexe			
Masculin	80,6	19,4	2276
Féminin	86,2	13,8	2196
Milieu de résidence			
Urbain	80,0	20,0	2793
Rural	88,9	11,1	1679
Quintile de bien être			
Q1	94,2	5,8	528
Q2	87,0	13,0	788
Q3	84,8	15,2	919
Q4	83,8	16,2	1005
Q5	71,2	28,8	849
Non déclaré	83,3	16,7	383
Age			
18–29	76,6	23,4	1441
30–44	83,9	16,1	1384
45–59	87,6	12,4	1034
60–69	91,9	8,1	396
70–79	87,1	12,9	152
80+	91,9	8,1	65
Ensemble	83,4	16,6	4472

Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de la population sujette à une telle carence est d'autant plus étendue que le niveau de bien être s'abaisse. De 71,2% pour la catégorie de la population constituée des 20% les plus riches, la proportion de personnes à consommation de fruits et légumes jugée insuffisante connaît une évolution ascendante à mesure que le niveau de bien être régresse, pour atteindre les 94,2% pour la catégorie de la population rassemblant les 20% les plus pauvres.

Du point de vue âge, on note globalement que l'insuffisante consommation en fruits et légumes est plus le fait des personnes d'âge relativement avancé que ceux de jeunes âges. Seuls 76,6% des personnes âgées de 18 à 29 ans ont, en effet, déclaré consommer des fruits et des légumes en deçà du seuil jugé suffisant. Cette proportion atteinte, en revanche, les 91,9% parmi la population la plus âgée ; autrement dit celle ayant atteint ou dépassé les 80 ans.

3.4. Accès à l'eau potable

L'eau est une source vitale. Le mode d'approvisionnement en eau potable est, du coup, un des vecteurs de risque pouvant dans certaines situations revêtir une importance considérable. Le tableau 3.4 donne la répartition des ménages enquêtés selon la source d'approvisionnement en eau potable et suivant le milieu de résidence, dans un premier lieu et le niveau de bien être, dans un second lieu.

Un premier constat se dégage à la lecture de ce tableau : les risques de santé liés au mode d'approvisionnement en eau potable sont nettement plus conséquents dans le rural que dans l'urbain et considérablement plus élevés parmi les ménages les plus pauvres que parmi ceux socio économiquement les mieux lotis. L'approvisionnement direct ; autrement dit via un robinet à l'intérieur du logement habité, n'est en effet l'apanage que de 3,4% des ménages parmi ceux s'identifiant à la catégorie des 20% les plus pauvres et ne bénéficie qu'à 8,5% des ménages résidant en milieu rural. Cette proportion atteint, en revanche, les 99% lorsqu'on se reporte à la catégorie des 20% les plus riches et s'établit aux alentours de 82% lorsque ce sont les ménages habitant en milieu urbain qui sont pris en considération.

Tableau 3.4 : Répartition (en%) des ménages selon la source d'approvisionnement en eau potable

	Robinet à l'intérieur du logement	Autres sources améliorées	Total des sources améliorées	Sources non améliorées	Nombre de ménages
Milieu de résidence					
Urbain	82,0	12,7	94,7	5,3	2820
Rural	8,5	37,2	45,8	54,2	1893
Quintile de bien être					
Q1	3,4	26,1	29,5	70,5	699
Q2	9,9	44,5	54,4	45,6	781
Q3	44,6	33,1	77,7	22,3	917
Q4	88,5	9,6	98,1	1,9	905
Q5	99,0	0,9	99,8	0,2	775
Non déclaré					636
Ensemble	52,5	22,6	75,1	24,9	4713

La situation des ménages les plus pauvres, tout comme celle des ménages habitant les campagnes d'ailleurs, est d'autant plus désavantageuse que la grande majorité de ceux d'entre eux qui ne bénéficient pas d'un approvisionnement direct se contentent d'un approvisionnement via une source non améliorée. Plus de 7 ménages sur 10 parmi ceux s'identifiant aux 20% les plus pauvres s'approvisionnent, en effet, en eau potable auprès d'une source qualifiée de non améliorée. Ce mode d'approvisionnement est aussi le propre de plus de la moitié des ménages résidant en milieu rural (54,2%).

Bien que ne bénéficiant que marginalement d'un accès direct à l'eau potable, les ménages s'identifiant au second quintile de bien être sont, toutefois, proportionnellement plus nombreux à avoir accès aux autres sources d'approvisionnement dites améliorées. Parmi les 90,1% de ces ménages qui ne bénéficient pas d'un approvisionnement direct, près de la moitié (44,5%) ont, toutefois, accès à une source améliorée. Cette proportion n'est que de 26,1% parmi les ménages de la catégorie de bien être immédiatement inférieure ; autrement dit celle regroupant les 20% les plus pauvres.

3.5. Accès à un sanitaire aménagé

L'accès à un sanitaire aménagé et relié au réseau d'évacuation est un élément fort indicatif des conditions d'hygiène et de la qualité de l'environnement immédiat dans lequel vit le ménage. Le tableau 3.5 donne la répartition des ménages enquêtés selon le type d'aisance dans le logement occupé et suivant le milieu de résidence et le quintile de bien être.

De ce tableau, il ressort que l'accès à un logement équipé en toilettes reliées au réseau d'évacuation est, avant tout, l'apanage des catégories sociales les plus nanties et des ménages résidant en milieu urbain. Pas moins de 94,2% des ménages s'identifiant aux 20% les plus riches y ont, en effet, accès. En revanche, seulement 0,5% parmi ceux s'identifiant aux 20% les plus pauvres ont déclaré avoir cet avantage. De même, 71,8% des ménages citadins habitent des logements disposant d'un tel équipement, contre 2,4% seulement des ménages campagnards.

Tableau 3.5 : Répartition (en %) des ménages selon le type d'aisance dans le logement habité

	Toilettes reliées au réseau d'évacuation	Autres toilettes améliorées	Total des toilettes améliorées	Toilettes non améliorées	Nombre de ménages
Milieu de résidence					
Urbain	71,8	10,7	82,5	17,2	2820
Rural	2,4	48,0	50,4	49,2	1893
Quintile de bien être					
Q1	0,5	21,2	21,8	77,6	699
Q2	4,2	57,2	61,4	38,5	781
Q3	31,5	40,8	72,3	27,5	917
Q4	77,4	9,8	87,2	12,6	905
Q5	94,2	1,9	96,2	3,5	775
Non déclaré					636
Ensemble	43,9	25,7	69,6	30,1	4713

De toutes les situations, celle la moins avantageuse et, du coup, la plus empreinte de risques du point de vue santé est, de loin, celle particularisant les ménages à situation socio économique la moins favorable ; en l'occurrence ceux composant la catégorie des 20% les plus pauvres. L'écrasante majorité de ces ménages (77,6%) n'ont, en effet, accès qu'à des toilettes dites non améliorées. Ce pourcentage s'atténue fortement lorsqu'on passe à la catégorie de bien être immédiatement supérieure (38,5%) et poursuit sa régression à mesure que le niveau de bien être progresse pour s'établir, en définitive, à 3,5% seulement pour la catégorie formant le sommet de l'échelle sociale ; autrement dit celle s'identifiant aux 20% les plus riches.

Bien que moins discriminante, la situation dans le rural témoigne d'inégalités d'un ordre de grandeur non moins conséquent. Près de la moitié des ménages ruraux (49,2%) n'ont, en effet, accès qu'à des toilettes que l'on peut qualifier de non améliorées. Dans l'urbain, les ménages s'assimilant à la même catégorie ne représentent que 17,2%. Ce qui témoigne d'une situation d'hygiène et d'un environnement de vie nettement plus insidieuse pour les ménages ruraux que pour ceux urbains.

3.6. Type de combustibles utilisés pour la cuisine

Le type de combustibles utilisés pour la cuisine est un autre facteur de risque pour la santé vus la pollution et les risques d'accidents qu'il peut induire. Le tableau 3.6 donne la répartition des ménages enquêtés selon la nature du combustible utilisé pour la cuisson.

Tableau 3.6 : Répartition (en %) des ménages selon le type de combustible utilisé pour la cuisson

	Électricité et gaz	Kérosène	Combustible solide avec four moderne	Combustible solide avec four traditionnel	Total des utilisateurs de combustible solide	Nombre de ménages
Milieu de résidence						
Urbain	99,9	0,0	0,0	0,1	0,1	2820
Rural	87,0	0,1	0,0	12,9	12,9	1893
Quintile de bien être						
Q1	73,3	0,0	0,0	26,7	26,7	699
Q2	95,7	0,1	0,0	4,1	4,1	781
Q3	99,8	0,0	0,0	0,1	0,1	917
Q4	99,8	0,0	0,0	0,2	0,2	905
Q5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	775
Non déclaré						636
Ensemble	94,7	0,0	0,0	5,2	5,2	4713

Les différences qui se dégagent à la lecture de ce tableau sont nettement moins accentuées que celles relevées en fonction des autres variables. Ainsi, dans le milieu urbain les ménages recourent quasi-exclusivement à l'électricité et au gaz pour la cuisson : 99,9% de ces ménages ont, en effet, déclaré ne consommer que ces deux types de combustibles et seuls 0,1% d'entre eux ont affirmé recourir à un combustible solide avec four traditionnel.

En milieu rural, l'accès à l'électricité et au gaz demeure malgré tout assez étendu : 87% des ménages ruraux ont, en effet, déclaré recourir à ces deux types de combustibles. La quasi-totalité des ménages restants (12,9%) font usage d'un four traditionnel avec combustible solide et seule une fraction marginale (0,1%) d'entre eux use de kérosène.

L'examen de la répartition des ménages selon le niveau de bien être et le type de combustible utilisé montre, à son tour, que le recours aux moyens traditionnels (four traditionnel avec combustible solide) est d'autant plus étendu que le niveau de bien être se réduit. Plus du quart (26,7%) des ménages s'identifiant à la catégorie des 20% les plus pauvres ont déclaré, en effet, recourir à ce type de combustible.

Ce recours à des moyens traditionnels, sans doute dicté par l'incapacité économique à se doter de moyens modernes, se réduit considérablement à mesure que le niveau de bien être s'améliore. Il ne concerne plus que 4,1% des ménages qui composent la catégorie de bien être immédiatement supérieure (quintile 2) et n'est qu'insignifiant pour les deux catégories suivantes (quintiles 3 et 4), pour devenir carrément nul pour la catégorie la mieux lotie ; en l'occurrence celle rassemblant les 20% les plus riches.

Cette dernière catégorie se distingue, en effet, par le fait d'être celle où la consommation de combustibles pour la cuisson se réduit exclusivement à l'électricité et au gaz qui sont censés être les moins générateurs de risque pour la santé. Les autres catégories, bien que recourant à d'autres types de combustibles, affichent un niveau de consommation d'électricité et de gaz qui reste, toutefois, fort étendu. La plus basse proportion de ménages recourant à ces combustibles reste, en effet, d'un niveau assez élevée : 73,3%. Elle est enregistrée par les ménages s'identifiant à la catégorie des 20% les plus pauvres.

Conclusion

Au terme de ce chapitre, il y a lieu de souligner certains résultats et de procéder à d'importantes conclusions. Tout d'abord, au niveau des vecteurs de risques induits par des facteurs à caractère comportemental, toutes les variables analysées ci-dessus révèlent la prévalence de comportements à risque avec des prépondérances variables selon le genre, l'âge, le milieu et le niveau de bien être. Le tabagisme et la consommation d'alcool, par exemple, émergent comme étant des comportements à risque caractérisant presque exclusivement les hommes et sévissant plus parmi les jeunes d'entre eux que parmi ceux relativement âgés.

L'adoption d'un régime alimentaire marqué par une consommation insuffisante en fruits et légumes est, en revanche, un fait qui caractérise plus les femmes que les hommes et plus les personnes âgées que celles relativement jeunes. En milieu rural et parmi les catégories de la population se rangeant au bas de l'échelle sociale, la consommation déficiente en de tels produits alimentaires est aussi remarquable.

L'accès à une source améliorée d'approvisionnement en eau potable, la disposition au sein du logement habité d'un sanitaire aménagé et l'usage d'un combustible amélioré pour la cuisson paraissent être plus le privilège des catégories sociales relativement aisées et plus l'apanage des ménages urbains que ruraux. Ces variables ayant trait à l'environnement de vie révèlent des situations qui ne sont pas sans être conditionnées par les capacités économiques des ménages à accéder aux services de base (eau, électricité et assainissement).

Dans l'ensemble les facteurs de risques analysés au niveau de ce chapitre, bien que non exhaustifs, donnent une idée plus ou moins approximative sur la nature des risques encourus selon l'appartenance de genre, la catégorie d'âges, le milieu de vie et le niveau de bien être économique et social. Ils permettent de la sorte de cibler, d'ores et déjà, des groupes de population en faveur desquels certaines actions de sensibilisation sont à mener ou certaines mesures visant l'amélioration de la qualité et de l'environnement de vie sont à entreprendre afin de réduire le degré de prévalence des risques auxquels ils sont exposés.

CHAPITRE 4 : PREVALENCE DE LA MORBIDITE :

Les enquêtes menées jusqu'à ce jour tiennent compte beaucoup plus de la mortalité que de la morbidité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles. Malgré que notre pays est en cours de transition épidémiologique, certaines maladies transmissibles continuent à représenter un problème de santé publique telles, que les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aigues, la tuberculose etc..... Cette enquête a permis d'évaluer la morbidité en rapport avec certaines maladies transmissibles et non transmissibles telles que : la tuberculose, le VIH (transmission Mère-Enfant), les maladies communes de l'enfant qui étaient responsables autrefois d'une forte mortalité et morbidité, la morbidité liée aux conditions d'accouchement, certaines maladies mentales, certaines maladies chroniques (angine de poitrine , ostéoarthrite, asthme et diabète), les cancers en particulier le cancer du sein et celui de l'utérus, etc....

4.1.Maladies transmissibles :

Il s'agit principalement de la tuberculose, la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant pendant l'accouchement, les maladies communes de l'enfant (maladies diarrhéiques, infections respiratoires aigues et fièvre) etc....

4.1.1. Tuberculose

La tuberculose, qui constitue un bon indicateur de développement sociale et économique, est considérée comme étant un véritable problème de santé publique dans notre pays malgré les efforts déployés par le Ministère de la Santé en matière de généralisation du BCG à la naissance depuis plus de 3 décennies et l'amélioration de la prise en charge des cas au niveau des structures sanitaires nationales.

Tableau 4.1 : Tuberculose : Pourcentage des personnes dépistées: proportion des personnes ayant présenté des symptômes de tuberculose (besoin) et proportion de celles ayant bénéficié d'un test de dépistage (couverture)

	Total	Tuberculose	
		Besoin	Couverture
Sexe			
Féminin	2.258	18,4	5,6
Masculin	2.214	15,7	12,8
Résidence			
Urbain	2.572	16,6	12,5
Rural	1.900	17,6	4,2
Quintile bien être			
Q1(plus pauvre)	602	22,1	3
Q2	882	18,5	7,1
Q3	914	17,4	10,7
Q4	914	15,9	12,8
Q5(plus riche)	780	12,8	8,2
Manquant	379		
Age			
18-29	1.687	13,8	3,9
30-44	1.493	16,7	6,8
45-59	811	17,8	17,1
60-69	284	31,2	17,3
70-79	160	21,7	5
80+	37	33,6	0,5
Total	4.472	17,1	8,9

L'analyse du tableau ci-dessus montre que l'enquête a concerné environ 4.472 personnes dont 2.258 de sexe féminin et 2.214 de sexe masculin. Parmi ces personnes, 17,1 % du total ont présenté une toux qui a persisté pendant plus de 3 semaines ou ont présenté des crachats sanguins (hémoptysie) pendant les 12 derniers mois précédents l'enquête avec 18,4 % pour le sexe féminin et 15,7 % pour le sexe masculin. La différence n'est pas significative selon les milieux urbain et rural.

C'est les plus pauvres qui ont présenté ces symptômes, ce qui prouve que la tuberculose est bel et bien un indicateur de développement social et économique des pays.

Les tranches d'âge les plus touchées sont la tranche 60-69 ans et la tranche 80 ans et plus.

Parmi ceux et celles qui ont présenté les symptômes sus mentionnés, seulement 8,9 % ont bénéficié d'un dépistage contre la tuberculose dont 12,8 % pour le sexe masculin et seulement 5,6 % pour le sexe féminin. La majorité de ceux qui ont bénéficié du dépistage sont du milieu urbain (12,5 %); alors que seulement 4,2 % sont du milieu rural.

Ce sont les riches (environ 12,8 %) qui ont bénéficié le plus du dépistage ; alors que seulement 3,0 % des plus pauvres ont en bénéficié. Les tranches d'âge qui ont bénéficié le plus du dépistage sont celle de 60-69 ans avec 17,3 % et celle de 45-59 ans avec 17,1 %.

4.1.2. Soins prénatal et transmission mère enfant du VIH/SIDA

Dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale, la consultation prénatale constitue une activité importante pour dépister les grossesses à haut risque. Elle permet aussi de bien préparer les femmes enceintes pour accoucher dans une structure de santé en vue de réduire les risques éventuels de complications, pour la mère et le nouveau né, qui peuvent survenir avant, pendant et après l'accouchement (post-partum).

Tableau 4.2 : Pourcentage des naissances des cinq dernières années ayant bénéficié d'une consultation prénatale et nombre de visites mesures effectués. Pourcentage de naissances des 2 dernières années dont les mères ont bénéficié d'un test pour le VIH/SIDA.

	Femmes 18-49 ans	Naissance 5 dernières années	Couverture	Soins Prénatal					Transmission VIH/sida Mère enfant		
				Au moins			Prise de la TA contrôlée	Prise de sang	Information sur les complications de la grossesse	Naissance des 2 dernières années	Couverture
				Une visite	Deux visites	Trois visites					
Résidence											
Urbain	1.026	37,3	29,4	77	65,5	58,1	73	51,2	42,7	18	0,8
Rural	708	38,4	6,1	49	34,5	25,6	41,4	10,8	20,5	18	0,1
Quintile bien être											
Q1 (plus pauvre)	276	43,2	2,5	44	29,6	20,6	34,3	6	13	19	0,3
Q2	296	43,7	9,2	51	37,2	28,8	45	16,8	26,3	20	0
Q3	323	41,2	26,6	69	59,6	50,4	65,7	41,4	37,2	20	1,7
Q4	377	36,7	22,8	81	65,5	56,5	79,5	46,7	41,9	22	0,4
Q5 (plus riche)	288	31,8	46,4	88	81,2	75,9	83,3	69	58,6	12	0
Manquant	174										
Total	1.734	37,8	19,7	65	52,6	44,6	59,9	34,4	33,5	18	0,5

4.1.2.1. Soin prénatal

Selon le tableau ci-dessus, 1.734 femmes en âge de reproduction (18-49 ans) ont fait l'objet de cette enquête dont 1.026 du milieu urbain et 708 du milieu rural. Parmi ces femmes 37,8 % ont donné lieu à une naissance vivante dans les cinq dernières années précédentes l'enquête avec 37,3 % pour le milieu rural et 38,4 % pour le milieu rural.

Ce sont les femmes de niveau socio-économique faible qui ont donné le plus de naissances vivantes dans les cinq dernières années précédentes l'enquête (43,2 % et 43,7 %).

Parmi les femmes en âge de reproduction qui ont eu une naissance vivante dans les cinq dernières années précédentes l'enquête, seulement 19,7 % ont bénéficié au moins de trois consultations prénatals, avec prise la tension artérielle (TA), une prise de sang pour un examen biologique et ont été sensibilisées et éduquées sur les signes de complications durant la dernière grossesse. Ce sont les femmes du milieu urbain qui bénéficient relativement plus des soins prénatals avec 29,4 % contre seulement 6,1 % du milieu rural. Ce sont là encore les femmes en âge de reproduction de niveau socio – économique élevé qui ont bénéficié le plus des soins prénatals durant la dernière grossesse avec 46,4 % contre seulement 2,5 % des femmes les plus pauvres.

4.1.2.1.1. Visites prénatales :

Pour les femmes en âge de reproduction qui ont donné lieu à une naissance vivante durant les cinq dernières années précédentes l'enquête :

- 64,9 % ont été vues au moins une fois par un professionnel de santé pendant la dernière grossesse,
- 52,6 % ont été vues au moins deux fois par un professionnel de santé pendant la dernière grossesse,
- 44,6 % ont été vues au moins trois fois ou plus par un professionnel de santé pendant la dernière grossesse.
- Ce sont, en général, les femmes en âge de procréation de familles aisées qui ont bénéficié le plus de consultation prénatale.

4.1.2.1.2. Prise de la tension artérielle (TA) :

Pour les femmes en âge de reproduction qui ont donné lieu à une naissance vivante durant les cinq dernières années précédents l'enquête, 59,9 % ont bénéficié d'une prise de la TA durant la dernière grossesse dont 73,0 % pour le milieu urbain et seulement 41,4 % pour le milieu rural.

Comme pour les autres prestations qui rentrent dans le cadre de la consultation prénatale, ce sont, en général, les femmes en âge de procréation de familles aisées qui ont bénéficié le plus de cette prestation.

4.1.2.1.3. Analyse de sang :

Pour les femmes en âge de reproduction qui ont donné lieu à une naissance vivante durant les cinq dernières années précédents l'enquête, 34,4 % ont bénéficié d'une prise de sang pour des tests biologiques durant la dernière grossesse dont 51,2 % pour le milieu urbain et uniquement 10,8 % pour le milieu rural..

Comme pour les précédentes prestations, qui rentrent dans le cadre de la consultation prénatale, ce sont, en général, les femmes en âge de reproduction de familles aisées qui ont bénéficié le plus de cette prestation.

4.1.2.1.4. Signes de complication de la grossesse :

Durant la consultation prénatale, toute femme enceinte doit être suffisamment sensibilisée et éduquée sur les signes de complication de la grossesse devant lesquels elle doit revenir le plutôt possible à la formation sanitaire la plus proche de son domicile pour chercher des soins adéquats.

Pour les femmes en âge de reproduction qui ont donné lieu à une naissance vivante durant les cinq dernières années précédents l'enquête, 33,5 % ont été sensibilisées et éduquées sur les signes de complication durant la dernière grossesse dont 42,7 % pour le milieu urbain et malheureusement seulement 20,5 % pour le milieu rural..

Là aussi ce, en général, les femmes en âge de reproduction de familles aisées qui ont été le plus sensibilisées et éduquées sur les signes de complication durant la dernière grossesse.

4.1.2.2. Transmission mère enfant du VIH

17,9 % des femmes en âge de reproduction ont donné lieu à une naissance vivante durant les deux dernières années précédents l'enquête avec 18,1 % pour le milieu urbain et 17,7 % pour le milieu rural. Là aussi, ce sont les familles pauvres qui ont donné lieu à plus de naissance vivantes durant les deux dernières années.

Parmi ces femmes, seulement 0,5 % ont bénéficié d'une consultation et d'un examen de sang pour le VIH et ont reçu les résultats du test durant le dernière grossesse avec 0,8 % pour le milieu urbain et 0,1 % pour le milieu rural.

Paradoxalement, ce sont les femmes les plus riches qui ne bénéficient pas de cette prestation.

4.1.3. Assistance à l'accouchement

Dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale, l'ensemble des professionnels de la santé doit promouvoir et encourager les femmes enceintes pour accoucher dans une structure sanitaire publique ou privée pour éviter d'éventuelles complications pouvant survenir avant, pendant et après l'accouchement.

Tableau 4.3 : Pourcentage des femmes ayant donné lieu à une naissance vivante dans les cinq dernières années et % de celles ayant bénéficié d'un accouchement assisté par un professionnel de santé. % selon le lieu d'accouchement :

	Assistance à l'accouchement			Lieu d'accouchement		
	Femmes 18-49 ans	Besoins	Couverture	Structure publique	Structure privée	Domicile
Résidence						
Urbain	1.026	37,3	68	53,3	13,1	14
Rural	708	38,4	40,9	36,6	0,4	50,8
Quintile bien être						
Q1 (plus pauvre)	276	43,2	34,3	32,2	0,1	56,7
Q2	296	43,7	45,4	42,8	0	43,1
Q3	323	41,2	58,2	50,6	2,5	26,1
Q4	377	36,7	67,4	55,3	9,4	15,6
Q5 (plus riche)	288	31,8	84	46,4	36,9	1,1
Manquant	174					
Total	1.734	37,8	56,8	46,3	7,8	29,3

Selon le tableau ci-dessus, 1.734 femmes en âge de reproduction (18-49 ans) ont fait l'objet de cette enquête dont 1.026 du milieu urbain et 708 du milieu rural.

37,8 % de ces femmes ont donné lieu à une naissance vivante dans les cinq dernières années avec 37,3 % du milieu rural et 38,4 % du milieu rural. Ce sont les femmes de niveau socio-économique faible qui ont donné le plus de naissances vivantes dans les cinq dernières années précédentes l'enquête (43,2 % et 43,7 %).

56,8 % des femmes ont bénéficié d'un accouchement assisté par un professionnel de santé (médecin, infirmier ou sage femme) durant la dernière grossesse avec 68,0 % en milieu urbain et 40,9 % en milieu rural. Comme les autres prestations, ce sont les femmes riches qui bénéficient le plus d'un accouchement assisté (voir tableau).

Parmi les femmes qui ont accouché dans une structure de santé :

- 46,3 % ont accouché dans un établissement de santé publique,
- alors que seulement 7,8 % ont accouché dans une formation sanitaire privée.
- Ce sont toujours les femmes de familles aisées qui accouchent le plus dans les établissements de santé publique alors que la quasi totalité des femmes qui accouchent dans les établissements de santé privé sont de famille les plus riches (36,9 %).
- 29,3 % des femmes continuent malheureusement à accoucher à domicile (ou dans les champs) avec 50,8 % du milieu rural et 14,0 % du milieu urbain. Parmi ces femmes, 56,7 % sont des femmes très pauvres contre seulement 1,1 % des femmes les plus riches.
-

4.1.4. Santé de l'enfant- maladies communes

Dans le cadre de la stratégie nationale pour réduire la mortalité et la morbidité infanto juvénile, notre département a déployé des efforts non négligeables pour assurer une prise en charge de qualité des cas de diarrhée et d'infections respiratoires aigues (IRA) qui constituent malheureusement les deux principales causes de mortalité et de morbidité infanto juvénile.

Conformément aux recommandations nationales, nos professionnels de santé doivent promouvoir la prise en charge de qualité à domicile de tout enfant présentant un épisode de toux, de diarrhée ou de fièvre. Ainsi, toutes les femmes doivent, dans ces cas :

- donner aux enfants plus de liquide à boire que d'habitude pour prévenir la déshydratation,
- maintenir l'alimentation pour prévenir la malnutrition,
- connaître les signes de gravité devant les pousser à consulter le professionnel de santé le plus proche de leur domicile pour agir rapidement et efficacement.

Tableau 4.4 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant présenté un épisode de fièvre, de toux ou de diarrhée et ayant bénéficié d'un traitement à domicile durant les 3 derniers mois précédents l'enquête

	Total enfants < 5 ans	Fièvre			Toux			diarrhée		
		%	Plus de liquide	Même Q ou + de nourritur e	%	Plus de liquide	Même Q ou + de nourritur e	%	Plus de liquide	Même Q ou + de nourritur e
Sexe										
Féminin	1.029	55,2	44,2	41	50,8	46,8	29	54,5	40,7	
Masculin	849	55,9	52,4	39	51,4	43,9	37	53,1	39,5	
Résidence										
Urbain	933	56,8	44,5	40	48,6	46,3	29	52,2	37,3	
Rural	945	54,3	51,4	41	54,2	44,3	36	55,1	42,3	
Quintile bien être										
Q1 (plus pauvre)	272	58,5	50,6	36	52,8	29,1	40	56	30	
Q2	465	55,5	46,8	46	49,7	52,2	35	48,8	49,6	
Q3	447	51,6	54,1	36	53,4	41,7	30	67,9	29	
Q4	321	54,1	54,3	40	53,6	48,4	32	55,3	46,9	
Q5 (plus riche)	280	59,5	37,4	44	47,3	52,6	22	48,9	42,2	
Total	1.878	55,5	47,9	40	51,1	45,4	33	53,8	40,1	

Le tableau 4.4 montre que la fièvre, la toux (problème de toux ou de respiration) et les diarrhées constituent un motif fréquent de consultation.

- 55,5 % ont présenté un épisode de fièvre avec 55,2 % pour le sexe féminin et 55,9 % pour le sexe masculin. 56,8 % d'entre eux vivent en milieu urbain et 54,3 % en milieu rural. Les victimes de fièvre sont, selon l'enquête, les plus pauvres avec 58,5 % et les plus riches avec 59,5 % .
- Quant à la prise en charge de ces enfants, seulement 47,9 % ont bénéficié d'un apport liquidiens plus important que d'habitude alors qu'uniquement 40,4 % ont continué à être alimentés (même quantité d'aliments ou plus) durant l'épisode. Paradoxalement, ce sont les enfants du milieu rural et en particulier ceux de sexe masculin qui ont reçu plus de liquide par rapport à ceux du milieu urbain alors que la différence n'est pas significative par sexe et par milieu pour le problème de l'alimentation. Ce sont les enfants de familles les plus riches qui reçoivent le moins d'apport liquidiens mais qui continuent à être alimentés pendant les épisodes de fièvre.
- 39,6 % des enfants de moins de cinq ans ont présenté un épisode de toux avec 37,7 % pour le sexe féminin et 41,8 % pour le sexe masculin. Parmi ces enfants, 44,7 % vivent en milieu urbain et seulement 34,4 % en milieu rural. Les victimes de toux sont, selon l'enquête, les enfants des classes aisées.
- Dans le cadre de la prise en charge de ces enfants, seulement la moitié a bénéficié d'un apport liquidiens plus important que d'habitude et 45,4 % ont continué à être alimentés (même quantité d'aliments ou plus). Les enfants du milieu rural bénéficient d'un apport liquidiens plus important durant les épisodes de toux (54,2 %) alors que ce sont les enfants des familles aisées (53,6 %) qui reçoivent la même quantité ou plus d'aliments par rapport aux enfants des familles les plus pauvres (29,1 %).
- 32,7 % ont présenté un épisode de diarrhée avec 28,7 % pour le sexe féminin et 37,4 % pour le sexe masculin. Pour le milieu de résidence, 29,0 % vivent en milieu urbain et 36,3 % en milieu rural. Ce sont les enfants de sexe masculin et du milieu rural qui sont davantage victimes de diarrhée.

Pour la prise en charge de la diarrhée, 53,8 % des enfants présentant un épisode diarrhéique ont reçu davantage de liquide pendant l'épisode diarrhéique alors que seulement 40,1 % ont reçu la même quantité ou plus d'aliments. La différence n'est pas tellement significative par sexe pour les problèmes d'apports alimentaire et liquidiens. Cependant, les enfants du milieu rural qui bénéficient d'un apport liquidiens plus important que d'habitude pendant les épisodes de diarrhée (55,1 %) par rapport à ceux du milieu urbain (52,2 %).

Pour la variable augmentation de l'apport liquidiens durant les épisodes de diarrhée, ce sont les enfants de la classe moyenne qui en bénéficient plus avec 67,9 % contre seulement 48,9 % pour la classe la plus riche.

Pour la variable augmentation ou maintien de l'apport alimentaire durant les épisodes de diarrhée, ce sont les enfants de la classe moyenne (29,0 %) et ceux des familles les plus pauvres (30,2 %) qui sont exposés au risque potentiel de malnutrition et de cercle vicieux diarrhée malnutrition.

4.1.5. Santé de l'enfant : signes de danger

Dans le cadre de la réduction de la mortalité et de la morbidité infanto juvénile et conformément aux recommandations internationales et des programmes nationaux (PLMD, PLMC, IRA, PCIME,...), nos professionnels de santé doivent promouvoir la prise en charge de qualité à domicile de tout enfant présentant un épisode de toux, de diarrhée ou de fièvre.

Ainsi, toutes les femmes doivent systématiquement et immédiatement, en cas de diarrhée ou d'IRA, donner aux enfants plus de liquide à boire que d'habitude pour prévenir la déshydratation, maintenir l'alimentation pour prévenir la malnutrition et connaître les signes de gravité devant les pousser à consulter le professionnel de santé le plus proche de leur domicile pour agir rapidement et efficacement (enfant avec respiration rapide, enfant qui vomit tout ce qu'il mange, enfant qui refuse de boire ou de manger, enfant qui ne s'améliore pas après traitement, etc....).

Tableau 4.5: Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant présenté un épisode de respiration rapide, vomissements et refus de boire et % de ceux ayant consulté un établissement de santé.

	Respiration rapide						Vomissements						Refus de boire ou de manger					
	Enfants	%	Consultation	Public	Privé	Trad	%	consultation	public	privé	trad	%	consultation	public	privé	trad		
Sexe																		
Féminin	1.029	0,3	79,4	42	17,5	39,2	26,9	78,9	44	15,9	38,6	38,1	81	38,6	16,2	44,2		
Masculin	849	0,3	81	53,3	15,9	28,7	30,4	82,1	46,5	21,2	31,3	38,2	84,5	47,6	22,2	29,8		
Résidence																		
Urbain	933	0,3	87,2	43,2	22,2	32,1	27,2	88,3	44,6	19,7	33,7	40,9	90,2	41,1	22,9	35,1		
Rural	945	0,3	72,4	52,2	9,7	37,7	29,7	73,4	45,9	17,3	36,4	35,4	73,9	45,1	13,6	40,9		
Quintile bien être																		
Q1 (plus pauvre)	272	0,3	67,8	55,2	4	40,8	32,7	65,2	54,9	5,4	39,7	37,7	65,4	50,7	7,1	42,3		
Q2	465	0,3	67,8	61,4	10,6	26,9	26,6	68,6	51,4	19,5	26,5	30,5	68,3	60,4	16,8	21,8		
Q3	447	0,3	86,2	37	19,2	38,4	28,2	86,2	42,5	6,6	48,1	40,5	88,7	39	9,5	49,7		
Q4	321	0,3	87,2	56,4	9,9	33,7	27,9	86,4	56,2	19,2	24,7	39,1	89,2	41,9	17,9	40,2		
Q5 (plus riche)	280	0,3	90,8	30,2	36,6	33,3	25,5	95	25,7	35,1	39,2	44,1	93	28,3	34	37,7		
Total	1.878	0,3	80,1	47,1	16,8	34,5	28,5	80,5	45,2	18,5	35	38,1	82,6	42,8	19	37,5		

Parmi les 1.878 enfants de moins de cinq ans concernés par cette enquête, 1.029 étaient de sexe féminin et 849 de sexe masculin. 933 sont du milieu urbain et 945 sont du milieu rural.

4.1.5.1.Respiration rapide :

Seulement 0,3 % des enfants de moins de cinq ans ont présenté une respiration rapide durant les trois derniers mois précédents l'enquête. La différence n'est pas significative par sexe, milieu de résidence et par niveau socio économique.

80,1 % ont été emmenés par les parents, , pour une prise en charge au niveau du secteur public ou privé ou chez un guérisseur traditionnel. La différence n'est pas significative par sexe. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (87,2 % contre 72,4 %). Par ailleurs, plus on est aisné plus on consulte pour le problème de respiration rapide.

Parmi les enfants qui consultent pour un problème de respiration rapide :

- 47,1 % sont des clients du secteur public avec une prédominance du sexe masculin (53,3 contre 42,0 % pour le sexe féminin) et avec 52,2 % pour le milieu rural contre 43,2 % pour

le milieu urbain. En général, les pauvres (55,2 % et 61,4 %) sont des clients du secteur public et les plus riches sont des clients du secteur privé (36,6 %),

- 16,8 % consultent dans le secteur privé avec 36,6 % pour les plus riches et uniquement 4,0 % pour les plus pauvres. Ce sont les enfants du milieu urbain qui consultent le plus au niveau du secteur privé avec 22,2 % contre 9,7 % des enfants du milieu rural. A noter que le secteur privé est plus développé au niveau de l'urbain et est presque inexistant en milieu rural.
- Malheureusement, plus du tiers des enfants (34,5 %) continuent à aller chez les guérisseurs traditionnels pour le problème de respiration rapide avec 39,2 % pour le sexe féminin et 28,7 % pour le sexe masculin. Parmi les enfants qui consultent les guérisseurs traditionnels, 32,1 % sont du milieu urbain contre 37,7 % du milieu rural. C'est, évidemment, les plus pauvres qui vont chez les guérisseurs traditionnels avec 40,8 % contre 26,9 % des moins pauvres.

4.1.5.2. Vomissements :

28,5 % des enfants de moins de cinq ans ont présenté durant les trois mois précédents l'enquête, des vomissements avec 26,9 % pour le sexe féminin et 30,4 % pour le sexe masculin. Selon le milieu de résidence, 29,7 % sont du milieu rural et 27,2 % sont du milieu urbain.

Ce sont malheureusement, les enfants des familles les plus pauvres qui sont le plus victimes de vomissements (32,7 % contre 25,5 % des enfants des familles les plus riches).

Comme pour le problème de respiration rapide, 80,5 % ont été emmenés par les parents, pour une prise en charge au niveau du secteur public ou privé ou chez un guérisseur traditionnel. Parmi ces enfants, 82,1 % sont de sexe masculin contre 78,9 % de sexe féminin alors que 88,3 % sont du milieu urbain contre 73,4 % du milieu rural. Là aussi, plus on est riche plus on consulte pour le problème de vomissement.

Parmi les enfants qui consultent pour un problème de vomissement :

- 45,2 % des enfants sont des clients des établissements de la santé publique et la différence n'est pas aussi significative par sexe et par milieu de résidence. En général, ce sont les familles des enfants pauvres qui consultent le plus au niveau du secteur public,
- 18,5 % seulement des enfants souffrant de vomissement consulte au niveau du secteur privé avec 21,2 pour le sexe masculin et 15,9 % pour le sexe féminin. 19,7 % de ces enfants sont du milieu urbain et 17,3 % sont du milieu rural. Ce sont les classes les plus riches qui sont des clients du secteur privé avec 35,1 % (contre seulement 5,4 des plus pauvres).
- Plus du tiers (35,0 %), continue à aller chez les guérisseurs traditionnels avec 38,6 % pour le sexe féminin et 31,3 % pour le sexe masculin. C'est paradoxalement, la classe moyenne qui constitue le client le plus important des guérisseurs traditionnels avec 48,1 %.

4.1.5.3. Refus de Boire ou de Manger :

Parmi les enfants enquêtés de moins de cinq ans, 38,1 % ont refusé de boire ou de manger pendant les trois mois précédents l'enquête, sans différence significative selon le sexe avec 40,9 % pour le milieu urbain et 35,4 % pour le milieu rural. A noter que le problème a été plus fréquent chez les enfants

appartenant aux classes moyennes ou aisées. Parmi ces enfants 82,6 % ont cherché des soins dans les établissements de soins, dont 84,5 % pour le sexe masculin et 81,0 % pour le sexe féminin et 90,2 % pour le milieu urbain et 73,9 % pour le milieu rural.

Comme pour les autres symptômes, les enfants qui refusent de boire ou de s'alimenter qui consultent le plus.

Parmi les enfants qui consultent pour un refus de boire ou de manger :

- 42,8 % des enfants de moins de cinq ans ont consulté dans un établissement de santé publique avec 47,6 % pour le sexe masculin et 38,6 % pour le sexe féminin. 45,1 % résident au niveau du rural et 41,1 % au niveau de l'urbain. Ce sont les enfants de moins de cinq ans appartenant à des familles pauvres qui consultent le plus pour ce problème.
- 19,0 % des enfants de moins de cinq ans sont des clients du secteur privé avec 22,2 % pour le sexe masculin et 16,2 % pour le sexe féminin. Selon le milieu de résidence, 22,9 % sont du milieu urbain et 13,6 % sont du milieu rural. Ce sont toujours les enfants des familles les plus riches qui sont clients du secteur privé,
- 37,7 % continuent à chercher les soins chez les guérisseurs traditionnels avec 44,2 % pour le sexe féminin et 29,8 % pour le sexe masculin. Selon le milieu de résidence, cette proportion est de 40,9 % selon le milieu rural et de 35,1 % selon le milieu rural. Ce sont les plus pauvres et les plus ou moins aisés qui consultent le plus les guérisseurs traditionnels.

4.1.6. Vaccination des enfants âgés de 12 à 23 mois avec carte de vaccination selon les recommandations de l'OMS

La vaccination, qui constitue un élément fondamental des droits de l'enfant, représente le moyen le plus efficace et le plus sûr pour prévenir les maladies cibles qui étaient autrefois responsables d'une forte mortalité et morbidité néonatal, infantile et juvénile.

Notre pays a déployé depuis plus de trois décennies des efforts importants pour assurer la vaccination de tous les enfants de moins d'un an par l'ensemble des antigènes du Programme National d'Immunisation (PNI).

La primo vaccination par le DTC3 et par le VAR constituent deux véritables indicateurs pour évaluer l'efficacité des programmes nationaux de vaccination et les comparer aux autres pays.

Lors de cette enquête, on s'est basé sur deux éléments pour mesurer la couverture vaccinale. Il s'agit de la couverture vaccinale par le DTC3 et celle du Vaccin Anti Rougeoleux (VAR) (voir tableau 4.6) avec :

- déclaration des parents, avec malheureusement toute la subjectivité que cela entraîne et le risque d'oubli,
- présence d'un document de vaccination en l'occurrence le carnet de santé de l'enfant ou la carte de vaccination.

Tableau 4.6 : statut vaccinal des enfants de 12 à 23 mois ayant une carte de vaccination:

	Enfants de 12-23 moins	Vaccination par DTC3	Rougeole (VAR)
	Ayant une carte de vaccination	Couverture en %	Couverture en %
Sexe			
Féminin	231	94	83
Masculin	194	79	73
Résidence			
Urbain	215	91	89
Rural	210	83	67
Quintile de bien être			
Q1 (plus pauvre)	44	80	67
Q2	97	79	74
Q3	130	94	74
Q4	96	85	86
Q5 (plus riche)	45	97	91
Manquant	14		
Total	425	87	78

Parmi les enfants âgés de 12 à 23 mois vus durant l'enquête, 425 disposaient d'une carte de vaccination. Cet effectif est composé de 231 enfants de sexe féminin et de 194 de sexe masculin. La distribution par milieu montre que 215 enfants sont issus du milieu urbain et 210 du milieu rural.

4.1.6.1. Vaccination contre la diphtérie, le tétonos et la coqueluche :

87,0 % des enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont une carte de vaccination ont reçu le DTC3 avec des proportions respectives de 93,5 % pour le sexe masculin et de 79,0 % pour le sexe féminin. Selon le milieu de résidence, 91 % des enfants du milieu urbain ont reçu ce vaccin contre 83% en milieu rural. . Ce sont les enfants des ménages les plus riches qui bénéficient plus de la vaccination contre la diphtérie, le tétonos et la coqueluche (97 %).

4.1.6.2. Vaccination contre la rougeole :

78,3 % des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu le vaccin anti-rougeoleux (VAR) avec des proportions respectives de 83 % pour le sexe féminin et de 73 % pour le sexe masculin. Cette proportion varie de façon significative selon le milieu de résidence (89,0 % pour le milieu urbain contre seulement 67 % pour le milieu rural); ce qui confirme la place de la stratégie mobile dans la promotion des activités préventives qui rentre dans le cadre des soins de santé de base. Comme pour le DTC3, ce sont les enfants des ménages aisées qui profitent le plus des activités de vaccination.

4.1.7. Statut Vaccinal Des Enfants De 12 A 23 Mois :

Tableau 4.7 : statut vaccinal des enfants âgés de 12 à 23 mois selon les deux sources d'information (document ou déclaration des parents)

	Enfants 12-23 mois	carte vue (%)	Vaccination par DTC3 Couverture en %			Vaccination par VAR Couverture en %		
			Total	Carte	Pas Carte	Total	Carte	Pas Carte
Sexe								
Féminin	304	76,2	94,8	79	21	90	80,5	19,5
Masculin	262	74	91,3	77,8	22,2	92	76,4	23,6
Résidence								
Urbain	288	74,6	94,00	79,1	20,9	91	80,1	19,9
Rural	277	75,7	92,30	77,7	22,3	91	77	23
Quintile bien être								
Q1(plus pauvre)	72	61,4	86	58,3	41,7	84	61,2	38,8
Q2	131	73,8	92	78,3	21,7	90	75,7	24,3
Q3	150	86,4	99	86,7	13,3	94	89,2	10,8
Q4	110	87,1	96	91	9	95	90,9	9,1
Q5(plus riche)	68	66,2	100	66,4	33,6	99	66,2	33,8
Manquant	35							
Total	566	75,2	93	78,4	21,6	91	78,6	21,4

L'analyse du tableau 4.7 montre que 566 enfants de 12 à 23 mois dont 304 de sexe féminin et 262 de sexe masculin ont été vaccinés avec 288 du milieu urbain et 278 du milieu rural.

4.1.7.1. Carte de vaccination :

75,2 % de ces enfants disposaient d'une carte de vaccination durant l'enquête. La différence n'est pas aussi significative selon le sexe et le milieu de résidence. Ce sont les ménages de niveau socio économique moyen qui conservent le plus les cartes de vaccination (86,4 % et 87,1 %).

4.1.7.2 Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche

93,2 % des enfants âgés de 12 à 23 mois ont terminé la primo vaccination par le DTC3 avec 94,8 % pour le sexe féminin et 91,3 % pour le sexe masculin. Selon le milieu de résidence, 94,0 % des enfants âgés de 12 à 23 mois du milieu urbain ont achevé la primo vaccination par le DTC3 contre et 92,3 % des enfants du milieu rural. Ce sont les ménages des enfants âgés de 12 à 23 mois des familles les plus riches qui cherchent les services de vaccination avec presque 100 % contre seulement 85,8 % des enfants des ménages les plus pauvres.

Parmi les enfants ayant reçu le DTC3 :

- 78,4 % ont conservé leur carte de vaccination. La différence n'est pas aussi significative selon le sexe et le milieu de résidence. Ce sont les ménages de classe moyenne qui conservent le plus les cartes de vaccination des enfants.
- 21,6 % des ménages de ces enfants n'ont pas montré de carte de vaccination au moment de l'enquête. La différence n'est pas significative par sexe et par milieu de résidence. Ce sont

paradoxalement les ménages les plus pauvres (41,7 %) et les plus riches (33,6 %) qui n'ont pas montré de carte de vaccination au moment de l'enquête.

4.1.7.3. Vaccination contre la rougeole

91,0 % des enfants de 12 à 23 mois ont bénéficié de la vaccination anti rougeoleuse. La différence n'est pas significative selon le sexe et le milieu de résidence. Par contre, ce sont les enfants des ménages moyens et riches qui bénéficient le plus de cette prestation vaccinale avec respectivement 93,5 %, 95,1 % et 99,2 %.

Parmi les enfants ayant reçu le VAR :

- 78,6 % des ménages ont conservé la carte de vaccination dont 80,5 % pour le sexe féminin et 76,4 % pour le sexe masculin. Selon le milieu de résidence, 91,4 % des enfants de 12 à 23 mois sont du milieu urbain contre 90,7 % du milieu rural,
- 21,4 % des ménages ont perdu la carte de vaccination (déclaration des parents) avec 22,2 % pour le sexe masculin et 21 % pour le sexe féminin. Selon le milieu de résidence, 22,30 % des enfants de 12 à 23 mois du milieu rural n'ont pas montré de carte contre 20,9 % du milieu urbain. Là aussi, ce sont les ménages les plus pauvres avec 38,8 % et les ménages les plus riches avec 33,8 % qui n'ont pas montré de carte de vaccination au moment de l'enquête.

4.2.Maladies non transmissibles

A l'instar des pays en voie de développement, notre pays est en pleine phase de transition épidémiologique. La fréquence des maladies non transmissibles est en nette augmentation avec une prédominance des cancers et particulièrement les cancers du sein et du col utérin, de certaines maladies chroniques telles que l'angine de poitrine, l'ostéoarthrite, l'asthme et le diabète, de certaines maladies mentales telles que la dépression et la schizophrénie, les accidents de la voie publique (AVP) et les blessures en dehors des AVP et la cataracte.

Selon les dernières enquêtes menées par notre département (PAPCHILD et PAPFAM), le Maroc est en pleine phase de transition démographique. Ainsi, et compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie qui a déjà atteint 71 ans, de l'existence de nouvelles méthodes de dépistage et compte tenu de l'environnement social et économique de la population (y compris la pollution) les maladies non transmissibles deviennent de plus en plus prédominante dans notre pays et posent un problème de dépistage et de prise en charge.

4.2.1.Dépistage du cancer féminin

Selon les données nationales et internationales, le cancer du sein et celui du col utérin sont considérés comme étant les cancers les plus fréquents dans notre pays. En effet, ces cancers sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité élevées au Maroc et constituent, par conséquent, un souci majeur dans le domaine de la santé publique.

Le dépistage de ces pathologies est plus facile et bien maîtrisé offrant la possibilité d'un dépistage précoce et d'un traitement efficace Ainsi, l'accès au frottis cervical a permis une diminution de 80 % des décès liés à cette pathologie dans les pays où le dépistage organisé est en vigueur.

Les pratiques de dépistages étudiées dans cette enquête sont :

- la mammographie et l'examen clinique des seins,
- le frottis cervical qui s'est avéré être un test de dépistage efficace.

Tableau 4.8 : Pourcentage des femmes âgées de 18 ans et plus ayant bénéficié d'un frottis de dépistage du cancer du col et pourcentage de celles âgées de 40 ans ayant bénéficié d'une mammographie ou un examen des seins pour le dépistage du cancer des seins.

	Total Femme	pourcentage Femmes 18+	Frottis (PM)	pourcentage Femmes 40+	Mammographie Ex Sein
Résidence					
Urbain	1.284	96,6	4,6	35,8	2,7
Rural	974	93,3	1,9	37,7	1,4
Manquant	0				
Quintile bien être					
Q1 (plus pauvre)	341	93,5	4,5	28,8	5,1
Q2	412	94	0,5	38,7	0,0
Q3	417	95,2	2,1	37,1	0,0
Q4	451	97,7	2,6	32,1	2,7
Q5 (plus riche)	385	95,2	6,8	40,3	4,9
Manquant	253				
Age					
18-29	829	36,7	1,8		
30-39	493	21,9	3,8		
40-49	412	18,2	7,1	18,2	2,4
50-59	252	11,2	4,3	11,2	2,6
60-69	163	7,2	0,3	7,2	0,5
70+	109	4,8	0	4,8	0,0
Total	2.258	95,2	3,5	36,6	2,1

Le tableau 4.8 montre que les données recueillies en matière de lutte contre les cancers se limitent uniquement au cancer du col utérin et du sein.

Parmi les 2.258 femmes enquêtées, 1.284 sont du milieu urbain et 974 du milieu rural. 95,2 % étaient âgées de 18 ans ou plus avec 96,6 % au milieu urbain et 93,3 % au milieu rural. La majorité des femmes enquêtées sont âgées de moins de 50 ans.

Paradoxalement, seulement 3,5 % ont bénéficié d'un frottis vaginal de dépistage (frottis de Papamikolaou) avec 4,6 % au milieu urbain et seulement 1,9 % au milieu rural. Ce sont les femmes les plus pauvres (4,5,0 %) et les plus riches (6,8 %) qui ont bénéficié le plus de ce dépistage durant les trois années précédentes l'enquête.

Parmi les enquêtées, 36,6 % sont âgées de 40 ans et plus avec 37,7 % au milieu rural et 35,8 % au milieu urbain. Les différentes classes socio économique ont été concernées par cette enquête.

Malheureusement, seulement 2,1 % de ces femmes ont bénéficié d'une mammographie ou d'un examen des seins avec 2,7 % pour le milieu urbain et 1,4 % pour le milieu rural. Là encore, ce sont les femmes les plus pauvres (5,1 %) et celles les plus riches (4,9 %) qui ont bénéficié de l'un des deux examens sus mentionnés durant les trois années précédentes l'enquête..

La quasi-totalité des femmes ayant bénéficié de ces prestations étaient âgées entre 40 et 59 ans.

4.2.2. Santé bucco-dentaire et blessures/accidents

Selon les données nationales de l'enquête épidémiologique sur la santé bucco dentaire réalisée en 1999 par le Ministère de la Santé, environ 72 % des enfants de 12 ans présentent des caries dentaires et 62,5 % présente une gingivite (inflammation des gencives).

Tableau 4.9 : Pourcentage de personnes ayant eu un problème buccodentaires, un accident de la Voie Publique ou des Blessures et ayant bénéficié d'un traitement :

	Total	Problèmes Santé Buccale		Accidents de la VP		Blessures	
		Besoins	Couverture	Besoins	Couverture	besoins	couverture
Sexe							
Féminin	2.258	45,1	38,4	1,2	5	3,5	7,3
Masculin	2.214	40,7	36,5	3,2	25,3	4,5	23,3
Résidence							
Urbain	2.572	46,9	42,4	3	21	4,6	21
Rural	1.900	37,6	29,2	1	14,6	3,1	6,6
Quintile bien être							
Q1(plus pauvre)	602	39,2	27,1	1	0	4,7	1,4
Q2	882	37	28,4	0,7	6,6	2,7	3,1
Q3	914	40,5	31,7	2,1	14,7	4,2	24,2
Q4	914	44,1	40	2,8	25,8	4,8	18,4
Q5(plus riche)	780	50,1	53,7	3,2	9,7	2,5	28,5
Manquant	379						
Age							
18-29	1.687	42	32,7	2,6	0	4,5	0,4
30-44	1.493	46,2	42,6	2,7	0	4,7	0
45-59	811	45,9	43,8	0,9	3,2	2,5	5,1
60-69	284	29,5	22	1	22,1	3,1	0
70-79	160	31,9	26,5	0,9	25,3	2,1	0
80+	37	40,8	0,8	1,3	0	0	0
Total	4.472	42,9	37,5	2,2	19,7	4	16,2

L'analyse du tableau 4.9 montre que 4.472 personnes ont été interviewées avec 2.258 de sexe féminin et 2.214 de sexe masculin. Parmi ces personnes, 2.572 vivent dans le milieu urbain et 1.900 dans le milieu rural.

4.2.2.1.Santé bucco-dentaire

Parmi les 4.472 personnes enquêtées, 42,9 % ont eu un problème buccodentaire pendant les 12 mois précédents l'enquête avec 45,9 % au milieu urbain et 37,6 % au milieu rural.

37,5 % de ceux qui ont eu un problème au niveau de la bouche et/ou au niveau des dents pendant les 12 mois précédents l'enquête ont été pris en charge avec 42,4 % pour le milieu urbain et seulement 29,2 % pour le milieu rural. Ce sont les plus aisés qui sont le plus victime de ce problème et qui ont bénéficié le plus des soins dentaires ou une prise en charge médical et ce sont les tranches d'âge 18-29,30-44,45-59ans qui ont bénéficié le plus de ces soins avec des promotions respectives de 32,7, 42,6 et 43,8.

4.2.2.2. Accidents de la voie public (AVP)

Parmi les 4.472 personnes enquêtées, 2,2 % ont été victimes d'un accident de la voie publique, durant les 12 mois précédents l'enquête, dont la quasi-totalité réside en milieu urbain et de sexe masculin. Parmi ces 2,2 % de victimes seulement 19,7 % (environ un cinquième) ont reçu un traitement sur place ou dans un établissement de santé pendant la première heure de l'accident avec 25,3 % pour le sexe masculin et 5 % pour le sexe féminin. Selon le milieu de résidence, 21,0 % des victimes du milieu urbain et 14,6 % des victimes du milieu rural ont reçu des soins sur place ou pendant la première heure de l'accident.

Ce sont les riches qui sont victimes des AVP et qui reçoivent le plus de soins. Les tranches d'âge les plus touchées sont celles de 18-29 et 30-44 ans et un peu moins la tranche 60-69 ans.

4.2.2.3. Blessures sans rapport avec les AVP

Parmi les 4.472 personnes enquêtées, 4,0 % avec 4,5 % pour le sexe masculin et 3,5 % pour le sexe féminin, ont été victimes de blessures. Parmi ces victimes, 16,2 % ont reçu un traitement sur place ou dans un établissement de santé pendant la première heure de l'accident avec 23,3 % pour le sexe masculin et 7,3 % pour le sexe féminin. Selon le milieu de résidence, 21,0 % en milieu urbain et 6,6 % au milieu rural. Ce sont les ménages aisés qui bénéficient de ces soins en comparaison avec les ménages pauvres et en général, c'est la tranche d'âge 45-59 ans qui a bénéficié d'une prise en charge dans l'heure qui a suivi l'accident durant les 12 mois précédents l'enquête.

4.2.3. Maladies chroniques: Angine de poitrine, Ostéoarthrite, Asthme et diabète

Cette enquête s'est intéressée aux pathologies qui touchent en général les personnes d'un certain âge. Il s'agit de l'angine de poitrine, des ostéoarthrite, de l'asthme et du diabète.

Tableau 4.10 Pourcentage des personnes ayant présenté une angine de poitrine, une ostéoarthrite, un asthme ou un diabète et qui ont bénéficié d'un traitement :

	Angine de poitrine		Ostéoarthrite		Asthme		Diabète	
	Total	Besoins	couverture	Besoins	couverture	Besoins	couverture	Besoins
Sexe								
Féminin	2.258	6,8	25,5	19,4	17,9	3,8	28,2	5,5
Masculin	2.214	3,3	23,5	15	9,7	2,9	42,1	2,2
Résidence								
Urbain	2.572	5	27,8	15,6	17,8	3,1	42	4,5
Rural	1.900	5,2	21,2	19,3	10,7	3,7	25,4	3,1
Quintile bien être								
Q1(plus pauvre)	602	6,2	9,3	18,5	11,8	4,9	30,5	3,4
Q2	882	4,6	8,2	20	8,7	3,4	30,4	2
Q3	914	2,7	43	16,1	7,8	2,3	12,6	3,6
Q4	914	5	22,7	16	10,1	2,9	46	4
Q5(plus riche)	780	4,7	27,9	14,3	24,8	4,6	40,1	5,1
Age								
18-29	1.687	3,8	6,1	7,8	5,7	2,1	28,3	1,2
30-44	1.493	3,6	21	15,3	7,2	3,4	40,4	2
45-59	811	7,2	24,3	29	17,6	4,4	33,7	8,6
60-69	284	11,7	48,2	35,6	23,4	6,2	29,4	11,4
70-79	160	7,6	58,5	38,7	26,9	5,3	29,5	10,6
80+	37	12,6	81,5	31,8	43,9	7,3	48,8	10,5
Total	4.472	5,1	24,9	17,2	14,4	3,4	34,2	3,9
								74,8

4.2.3.1.Angine de poitrine

Il ressort du tableau 4.10 que parmi les 4.472 personnes enquêtées, seulement 5,1 % des patients ayant souffert d'une angine de poitrine ont été diagnostiqués pendant les 12 mois précédent l'enquête, avec 6,8 % des femmes et 3,3 % d'hommes. La différence n'est pas significative selon le milieu de résidence (environ 5%).

Cette pathologie touche les deux classes et les tranches les plus touchées sont celles de 60-69 ans et 80 ans et plus.

Environ un quart (24,9 %) des victimes d'angine de poitrine ont reçu un traitement ou ont bénéficié de dépistage durant les 2 semaines ayant précédé l'enquête. La différence n'est pas significative selon le sexe. Par contre, ce sont les résidents en milieu urbain qui ont reçu un traitement ou ont bénéficié de dépistage avec 27,8% contre 21,2 % pour le milieu rural. Ce sont les tranches d'âge 60-69, 70-79 et 80 ans et plus qui ont reçu un traitement ou ont bénéficié d'un dépistage et ce sont les personnes de la classe moyenne et ceux les plus riches qui ont reçu un traitement ou ont bénéficié de dépistage au cours de la période de référence fixée pour l'enquête à 2 semaines.

4.2.3.2.Ostèo-arthrites

Parmi les 4.472 personnes enquêtées, 17,2 % ont été diagnostiqués comme ayant un problème d'Ostéoarthrite pendant les 12 mois précédent l'enquête. Cette pathologie est surtout l'apanage des femmes (19,4 %); alors que les hommes représentent environ 15,0 %. Cette pathologie touche surtout les personnes du milieu rural avec 19,3 % alors que ceux du milieu urbain sont touchés dans une proportion de 15,6 %.

Parmi les personnes ayant souffert de cette pathologie, 14,4 % ont reçu un traitement spécifique ou ont bénéficié d'un dépistage pendant les 2 semaines précédent l'enquête. Le recours à ce type de soins est plus facile pour les personnes du milieu urbain avec 17,8 % contre 10,7 % pour ceux du milieu rural. Ce sont les plus les plus riches qui ont reçu un traitement spécifique ou ont bénéficié d'un dépistage pendant les les deux dernières semaines ayant précédé l'enquête ; alors que ce sont les plus âgés qui ont été pris en charge.

4.2.3.3.Asthme

Parmi les 4.472 personnes enquêtées, 3,4 % ont été diagnostiqués comme ayant un problème d'asthme pendant les 12 mois précédent l'enquête. La différence n'est pas significative pour les variables sexe et milieu de résidence. Cette pathologie, qui commence tôt dans la vie, touche surtout les sujets âgés. Parmi ceux qui ont été diagnostiqués, 34,2 % ayant souffert de problème d'asthme, ont reçu un traitement spécifique ou ont bénéficié d'un dépistage pendant les 2 semaines précédent l'enquête. Ce sont les plus riches, et à des moindres degrés les plus pauvres, qui en sont victimes de cette pathologie, mais ce sont les riches qui bénéficient plus d'une prise en charge par comparaison aux pauvres.

Cette pathologie touche tous les âges avec un pic à 30-44 ans et 80 ans et plus.

4.2.3.4.Diabète

Parmi les 4.472 personnes enquêtées ; 3,9 % ont été diagnostiqués comme ayant un problème de diabète pendant les 12 mois précédent l'enquête. Cette pathologie est surtout l'apanage des femmes (5,5 % contre 2,2 % pour le sexe masculin) et des populations urbaines avec 4,5 % contre 3,1 % pour le milieu rural.

74,8 % des personnes diagnostiquées comme ayant un diabète, ont reçu un traitement spécifique ou ont bénéficié d'un dépistage pendant les 2 semaines précédent l'enquête. Plus on est riche et âgé, plus on est pris en charge contre cette pathologie.

4.2.4. Santé mentale

Parmi les problèmes relatifs à la santé mentale, la dépression et la schizophrénie constituent deux motifs de consultations fréquents dans notre pays.

Tableau 4.11 : Pourcentage des personnes ayant souffert d'une dépression ou d'une schizophrénie et qui ont reçu un traitement spécifique:

	Total	Dépression		Schizophrénie	
		Besoins	Couverture	Besoins	Couverture
Sexe					
Féminin	2.258	3,8	21,5	0,5	3
Masculin	2.214	2,1	45,0	0,9	47,3
Résidence					
Urbain	2.572	3,6	36,3	0,8	43,5
Rural	1.900	2,2	15,2	0,4	2,1
Quintile bien être					
Q1 (plus pauvre)	602	2,2	26,2	0,6	4,8
Q2	882	1,2	11,2	0,6	0
Q3	914	1,3	15,2	1,2	81,9
Q4	914	5,2	57,1	0,0	29
Q5 (plus riche)	780	3,7	18,2	1,1	0,0
Manquant	379				
Age					
18-29	1.687	2,1	24	0,4	0,0
30-44	1.493	3,3	46,9	1,1	57,1
45-59	811	3,4	9,2	0,5	0,0
60-69	284	5,4	20,8	0,1	0,0
70-79	160	3,1	26,2	1,5	0,0
80+	37	3,6	100	0,0	0,0
Total	4.472	3	29,8	0,7	31,9

L'analyse du tableau 4.11 montre que cette enquête s'est limitée à la collecte de données relatives à deux pathologies plus courantes dans notre environnement. Il s'agit de la dépression et de la schizophrénie.

4.2.4.1. La dépression

Parmi les 4.472 personnes enquêtées, 3,0 % ont été diagnostiquées comme ayant un problème de dépression pendant les 12 mois précédent l'enquête avec 3,8 % pour le sexe féminin et 2,1 % pour le sexe masculin. Les habitants du milieu urbain sont plus victimes que ceux du milieu rural de

cette pathologie (3,6 % contre 2,2 %). Plus on est riche, plus on est à risque de dépression. Cette pathologie touche toutes les tranches d'âge avec un pic pour la tranche 60-69 ans.

Parmi ceux qui ont été diagnostiqués comme ayant souffert de dépression, 29,8 % ont reçu un traitement spécifique ou ont bénéficié d'un dépistage pendant les 2 semaines précédent l'enquête dont les 2/3 sont des hommes et la majorité du milieu urbain. Ce sont les plus pauvres et les plus aisés qui ont bénéficié d'un traitement spécifique ou d'un dépistage pendant les 2 semaines précédent l'enquête.

4.2.4.2. Schizophrenie

Parmi les 4.472 personnes enquêtées, 0,7 % ont été diagnostiqués comme ayant un problème de schizophrénie pendant les 2 semaines précédent l'enquête dont la quasi-totalité sont des hommes issue et du milieu rural. Ce sont les tranches d'âge de 30-44 ans et de 70-79 ans qui sont les plus touchées par cette pathologie et ce sont les plus riches et la classe moyenne (Q3) qui sont les plus touchées par cette pathologie.

Parmi ceux qui ont été diagnostiqués comme ayant souffert de schizophrénie, 31,9 % ont reçu un traitement spécifique ou ont bénéficié d'un dépistage pendant les 2 semaines précédent l'enquête. La quasi totalité de ceux qui ont bénéficié d'une prise en charge pendant les 2 semaines précédent l'enquête sont de sexe masculin (47,3 % contre 3,0 % pour le sexe féminin) et du milieu urbain (43,5 % contre 2,1 % pour le milieu rural). Ce sont les personnes de la classe moyenne et ceux de la tranche 30-44 qui ont bénéficié le plus d'une prise en charge pendant les 2 semaines précédent l'enquête.

4.2.5. Cataracte

La cataracte, qui touche essentiellement les personnes âgées, constitue un motif de consultation très fréquent dans notre pays. Le diagnostic ainsi que la prise en charge est à la portée de tous les médecins impliqués dans la prise en charge de cette pathologie. Pendant la dernière décennie, en plus des efforts déployés par le Ministère de la Santé en matière de dépistage et de pris en charge, un nombre important d'associations nationales et régionales commencent à jouer un rôle important dans le diagnostic et la chirurgie de la cataracte.

Tableau 4.12 : Pourcentage des personnes âgés de 60 ans ou plus et qui ont bénéficié d'un traitement spécifique.

	Total 60+	Cataracte	
		Besoins	Couverture
Sexe			
Féminin	272	15,3	36,9
Masculin	210	8,6	43,1
Résidence			
Urbain	216	15,7	36,6
Rural	265	9,6	41,6
Quintile bien être			
Q1 (plus pauvre)	67	11,8	27,1
Q2	105	5,7	27,6
Q3	105	12	58,3
Q4	82	18,9	40,3
Q5 (plus riche)	61	18,1	10,4
Manquant	61		
Age			
60-69	284	6,8	28,4
70-79	160	19,7	44,2
80+	37	23,5	41,7
Total	482	12,4	38,7

Le tableau 4.12 montre que 482 personnes âgées de 60 ans et plus ont fait l'objet de cette enquête.

Parmi ces personnes enquêtées, 272 sont de sexe féminin et 210 de sexe masculin.

12,4 % ont été diagnostiqués comme ayant une cataracte pendant les cinq dernières années précédent l'enquête avec 15,3 % pour le sexe féminin et 8,6 % pour le sexe masculin ; donc la cataracte est deux fois plus fréquente chez les femmes âgées de 60 ans ou plus que chez les hommes du même groupe d'âge. Environ, 15,7 % des enquêtés du milieu urbain et 9,6 % du milieu rural ont eu une cataracte durant les cinq années précédentes l'enquête. La majorité est âgée de 70 ans et plus. Ce sont les plus riches qui sont les plus touchés.

Parmi les personnes ayant été diagnostiquées comme ayant une cataracte, 38,7 % ont bénéficié d'une chirurgie de la cataracte pendant les cinq dernières années précédent l'enquête. Ce sont les personnes de la classe moyenne qui ont bénéficié le plus de la chirurgie de la cataracte.

CHAPITRE 5 : EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE

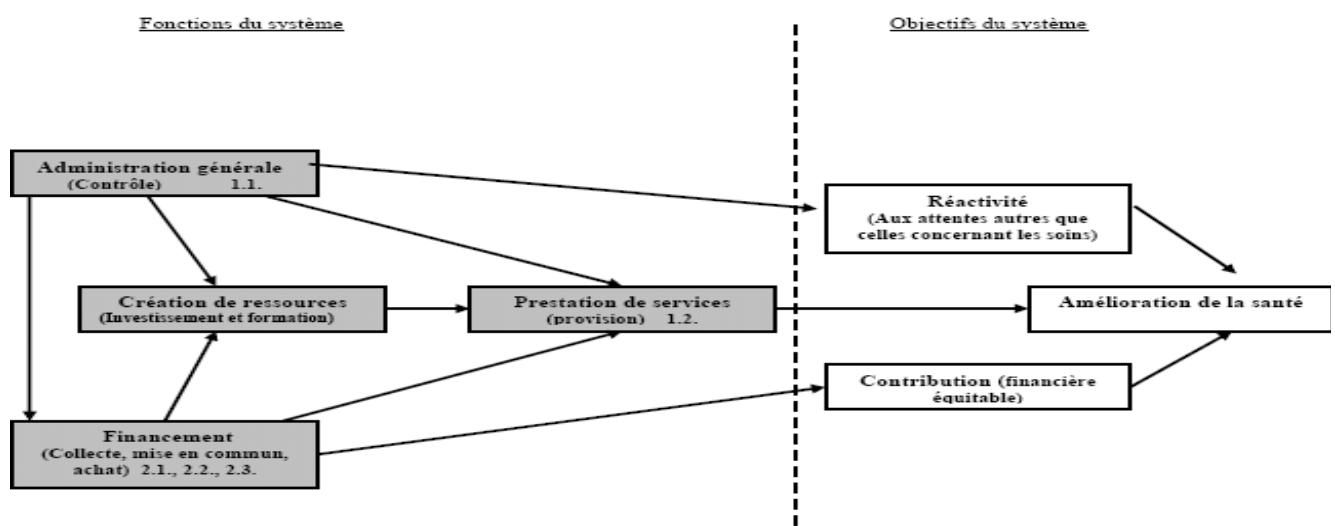
Le Rapport sur la santé dans le monde de 2000 consacré à l'évaluation de la performance des systèmes de santé nationaux, a innové en proposant pour la première fois un indice de cette performance dans la réalisation des trois grands objectifs. Ces objectifs sont l'amélioration de la santé, la réponse aux attentes de la population (réactivité) et la répartition équitable de la contribution financière.

A noter que le degré de réalisation de ces trois objectifs repose essentiellement sur la mesure dans laquelle un système de santé parvient à s'acquitter de ses quatre fonctions vitales qui sont la prestation de services, la production de ressources, le financement et l'administration générale .

Cinq indicateurs doivent être mesurer pour évaluer un système de santé. Ce sont le niveau de santé général, la distribution de la santé dans la population, le degré général de réactivité, la distribution de cette réactivité et la répartition de la contribution financière.

Le schéma ci-dessous , représentant la relation entre les objectifs et les fonctions du système de santé , constitue la base du cadre conceptuel de l'Enquête Mondiale de Santé (EMS) et de l'Enquête Nationale de Santé et de Réactivité du système de santé .

Figure 1 - Relation entre les objectifs et les fonctions du système de santé



Source : Rapport sur la santé dans le monde 2000. OMS.

Il est aussi à souligner que si l'amélioration de la santé constitue, de toute évidence, le principal objectif d'un système de santé, il n'est pas le seul. Cet objectif est en fait double car il s'agit d'une part d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible, ce qui suppose un système apte à bien répondre aux attentes de la population (qualité), et d'autre part de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, autrement dit, assurer à chacun la même qualité de soins, sans discrimination (équité).

Il s'avère ainsi que l'OMS dépasse le domaine de ses préoccupations traditionnelles, à savoir le bien-être physique et mental des gens, pour mettre l'accent sur la qualité et l'équité

Dans le cadre de l`activité importante de l`analyse des performances des systèmes nationaux de santé qu`elle s`est assignée a réaliser d`une façon régulière et pour laquelle elle a consacré le Rapport de la Santé dans le Monde de l`An 2000 pour disséminer la méthodologie et les instruments de mesure à utiliser, l`OMS a institué un système d`enquêtes particulièrement l`Enquête Mondiale de Santé (EMS) et ce, en vue de recueillir ou de compléter les données de base nécessaires à ce but .

L`un des modules importants de l`EMS et similairement de l`ENSR est celui relatif à l`évaluation de l`état de santé des populations .Le but est d`arriver à analyser le niveau de santé dans les pays enquêtés en utilisant les nouvelles mesures de santé de population à savoir l`espérance de santé à tout âge et le nombre d`années vécues sans charge de morbidité.

Le présent chapitre , comme son nom l`indique , tentera de décrire l`état de santé de la population marocaine âgée de 18 à 80 ans et plus .Il ne fera qu`une analyse statistique descriptive des différentes composantes du modules :

1. Etat général de santé
2. Mobilité
3. Soins personnels
4. Douleur et malaise
5. Cognition
6. Activités interpersonnelles
7. Vision
8. Sommeil et énergie

Chaque domaine de l`état de santé comporte deux questions et le classement a été effectué pour l`état de santé 30 jours préalables à l`étude.

Les difficultés reportées sont classifiées sur une échelle de cinq points (pas de difficultés, moyenne, modérée, sévère et extrême).

5.1. Appréciation de l`état de santé général de santé

Les deux questions de base du questionnaire individuel qui sont utilisés en vue de l`appréciation de l`état général de santé des personnes enquêtées sont les suivantes :

Q2000. En général, comment considérez-vous votre santé aujourd`hui ?

La personne enquêtée devrait répondre selon la façon dont il considère sa santé et donner sa meilleure estimation sachant que la santé physique et la santé mentale doivent être toutes les deux prises en considération.

Q2001. En général, dans les derniers 30 jours, quelle difficulté avez-vous eue à faire correctement votre travail ou toutes les tâches ménagères ?

Pareilles questions portent sur les difficultés à mener des activités quotidiennes à cause de l`état de santé physique ou émotionnel d`une personne. Elles comprennent ainsi tant les activités du ménage que celles du travail et des études. Par « difficultés », il faut comprendre la manière dont les activités sont normalement effectuées.

L`enquêté a été sollicité pour apprécier l`état de santé le jour de l`enquête en la considérant tel ou comme très bon, bon, modéré, mauvais ou très mauvais.

Le tableau 5.1 présentant le classement de la santé des enquêtés selon certaines caractéristiques sociodémographiques montre que la plus grande proportion des enquêtés (34 %) s'estiment être en santé

modérée suivie de 30 % s'estimant avoir une bonne santé. Cependant, 15 % seulement des répondants s'estiment en très bonne santé et environ 7 % se considèrent en très mauvais état de santé. Les hommes s'estiment être en meilleur état de santé en comparaison aux femmes. Parmi les hommes, 53 % perçoivent leur santé comme étant bonne ou très bonne contre 35% parmi les femmes. Par ailleurs, 21% des hommes se sont estimés être en très bonne santé, 32% en bonne santé et 31% ayant une santé modérée. S'agissant des femmes, 40% apprécient leur état de santé comme étant modéré, 37% comme bon et 9 % comme très bon.

Environ 20% des femmes estiment leur santé mauvaise en comparaison aux 7% des hommes. Seuls 6 % des hommes et 8 % des femmes s'estiment en très mauvaise santé.

La plus importante proportion des citadins adultes (environ 16%) se sont estimés être en très bonne santé en comparaison à la population rurale (9 %). Environ 28 % des citadins contre 30 % des ruraux s'estiment être en bonne santé. La proportion des adultes qui s'estiment être en état de santé modéré est plus importante dans les régions urbaines (36 %) en comparaison aux régions rurales (31 %).

La proportion des personnes enquêtées avec un très mauvais état de santé est légèrement plus importante dans les régions rurales (7,4 %) que dans les régions urbaines (6,6 %).

Dans l'ensemble, l'état de santé des personnes enquêtées augmente proportionnellement avec l'élévation des revenues des personnes enquêtées (ou avec l'ascension dans l'échelle sociale).

C'est ainsi que la proportion des personnes enquêtées ayant eu d'un côté un très bon ou un bon état de santé, et de l'autre côté un mauvais ou très mauvais état de santé se présente respectivement comme suit :

- **35 % et 31 % pour la classe Iz plus défavorisée (Q1)**
- **45 % et 22 % pour la classe moyenne (Q3)**
- **50 % et 14 % pour la classe les plus aisée (Q5)**

La proportion de ceux qui ont déclaré avoir une très bonne santé est la plus élevée respectivement dans les tranches d'âges de 18- 29 ans et 30-44 ans puisqu'elle s'élève à 55 % et 45 %. Le pourcentage de la population avec une mauvaise et une très mauvaise santé est basse dans la catégorie d'âge des plus jeunes et elle est de l'ordre de (9,4%) et (20,4%) dans les âges de 18-29 ans et de 30-44 ans respectivement. Dans les âges de 45-59, une proportion élevée de 35 % s'est estimée avoir une santé modérée .Seuls 10 % des répondants âgés de 80ans et plus se sont estimés être en bonne santé alors que plus du deux tiers (69 %) ont déclaré avoir un mauvais ou très mauvais état de santé.

Tab 5.1 Distribution des enquêtés selon l' appréciation de leur état général de santé au Maroc 2003/2004

	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Très Mauvais	N
Sexe						
Masculin	21,1	31,8	30,5	10,6	5,6	2,214
Féminin	8,6	26,1	37,7	19,5	8,2	2,258
Résidence						
Urbaine	15,8	28,2	36,3	12,8	6,6	2,572
Rurale	13,5	29,8	31,3	18,2	7,4	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	8,4	26,6	34,4	21,2	9,5	602
Q2	16,0	31,0	29,3	17,2	6,5	882
Q3	19,1	25,6	33,1	14,0	8,1	914
Q4	13,7	30,1	38,7	10,8	5,9	914
Q5(Les plus riches)	16,8	32,6	36,9	10,0	3,7	780
Age						
18-29	22,3	33,2	34,5	7,9	1,5	1,687
30-44	14,1	31,2	34,3	14,8	5,6	1,493
45-59	8,0	23,8	35,4	21,1	11,8	811
60-69	2,2	15,2	24,4	33,8	24,5	284
70-79	1,6	16,6	42,7	25,9	13,3	160
80+	0,1	9,6	21,5	32,2	36,5	37
Ensemble	14,8	28,9	34,2	15,1	6,9	4,472

5.2. Mobilité

Le module dans L'ENSR comprend les deux questions suivantes sur la mobilité :

2. difficultés à se déplacer dans la maison.
3. difficultés à exécuter des activités vigoureuses.

Les informations sont collectées chez les répondants afin de connaître s'ils trouvent des difficultés à se déplacer dans la maison ou à l'extérieur.

On entend par difficulté, des efforts intenses, un inconfort ou une peine, une nonchalance ou un changement dans la manière de faire des activités particulières.

La mobilité d'une chambre à une autre et à l'intérieur de la chambre et à l'extérieur du domicile. Etant entendu que quelqu'un qui trouve des difficultés à se déplacer à domicile sera dans la même situation lors de son déplacement en dehors de la maison.

5.2.1. Difficultés avec le travail et les activités ménagères

Le Tab 5.2 montre que dans l'ensemble 44 % répondent n'avoir aucune difficulté à accomplir le travail et l'activité du ménage.

Cependant pour ceux qui ont rapporté des difficultés , environ 19 % ont déclaré avoir des difficultés modérées suivies successivement de 15 % pour des difficultés légères, 14 % pour des difficultés sévères et enfin 9% pour des difficultés extrêmes .

Par rapport au sexe, près de 55 % des hommes contre 33 % des femmes n'ont expérimenté aucune difficulté de travail et d'activité du ménage durant les 30 jours précédent l'enquête.

Comparée aux hommes, une proportion élevée de femmes a eu des difficultés, légères modérées et sévères. Cependant, une proportion importante de mâles a rapporté avoir eu une difficulté extrême concernant ce sujet.

Pour ce qui est du lieu de résidence, 47 % dans des régions urbaines et 39 % des régions rurales n'ont aucune difficulté avec le travail ou l'activité du ménage.

Selon le degré des difficultés relatives au travail et aux activités du ménage , la prévalence est toujours élevée en milieu rural qu'en milieu urbain et ce, en allant des cas légers aux cas de difficultés extrêmes .C'est ainsi qu'en milieu rural 15 % ,20 % , 15 %, et 10 % des personnes enquêtées ont vécu respectivement des cas légers modérés, sévères et extrêmes de difficultés à ce sujet comparés aux 14 %, 17 % ,14 % et 8 % en milieu urbain .

De la même façon, la proportion de personnes qui n'ont pas eu de difficultés de travail et d'activités du ménage diminue avec l'âge. D'un autre côté pour celles qui ont déclaré avoir eu des difficultés de ce genre, la fréquence de ces cas augmente avec l'âge et selon tous les degrés de gravité de difficulté.

5.2 Difficulté avec "le travail et le travail ménager" au cours des 30 derniers jours

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	54,7	12,4	15,6	10,1	7,2	2,214
Féminin	32,9	17,1	21,5	18,4	10,1	2,258
Résidence						
Urbaine	47,0	14,3	17,3	13,5	7,9	2,572
Rurale	39,1	15,4	20,3	15,4	9,7	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	29,4	18,1	24,0	18,7	9,7	602
Q2	40,9	15,8	19,7	15,2	8,4	882
Q3	47,7	13,0	18,5	10,8	10,0	914
Q4	51,2	14,2	16,3	11,2	7,1	914
Q5(Les plus riches)	47,8	16,1	16,5	13,6	6,0	780
M	36,2	9,9	17,4	22,5	14,0	379
Age						
18-29	57,7	16,2	16,3	8,1	1,8	1,687
30-44	43,8	15,0	19,4	14,2	7,6	1,493
45-59	32,9	15,3	22,1	17,3	12,3	811
60-69	15,5	6,0	16,2	31,5	30,7	284
70-79	7,6	11,7	25,1	30,4	25,2	160
80+	9,0	6,9	6,6	31,3	46,2	37
Ensemble	43,7	14,8	18,6	14,3	8,7	4,472

5.2.2. Difficulté de déplacement à domicile

Le Tableau 5.3 montre que dans l'ensemble 75 % répondent ont aucune difficulté à se déplacer à domicile.

Toutefois en ce qui concerne ceux qui ont rapporté des difficultés, le taux de gravité de celle-ci se situe presque au même niveau de 7- 8% pour les cas légers, modérés et sévères. Le niveau de gravité extrême ne représente qu'environ 2.5 %.

Eu égard au sexe près de 82 % des hommes contre 69 % des femmes n'ont expérimenté aucune difficulté à se déplacer à l'intérieur et aux alentours de leur domicile durant les 30 jours précédant l'enquête.

Par rapport au degré de gravité des difficultés à se déplacer à domicile, les femmes ont eu les prévalences les plus importantes comparées a celles des hommes.

Pour ce qui est du lieu de résidence, 76 % des enquêtés dans des régions urbaines et 74 % des enquêtés dans des régions rurales n'ont eu aucune difficulté à se déplacer à domicile et aux alentours durant les 30 derniers jours précédent l'enquête.

Selon le degré des difficultés à se déplacer, la prévalence des cas légers et modérés est plus élevée dans le milieu rural alors que dans le milieu urbain, elle l'est pour les cas des difficultés sévères et extrêmes. Ces taux sont respectivement de 8 % et 10 % pour l'urbain et de 7 % et 2 % pour le rural.

De la même façon, la proportion des personnes qui n'ont pas eu des difficultés à se déplacer diminue avec l'âge, passant de 86 % et 79 % pour les tranches d'âge de 18-29 et 30-34 à 29 % et 16% pour les âgés de 70-79 et 80 et plus. D'un autre côté pour celles qui ont déclaré avoir eu des difficultés à se déplacer, la fréquence de ces cas augmente avec l'âge et selon tous les degrés de gravité des difficultés.

Tableau5.3 Difficulté pour se déplacer dans les alentours au cours des 30 derniers jours

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	81,9	6,0	6,1	4,0	2,0	2,214
Féminin	68,7	9,6	10,3	9,6	1,9	2,258
Résidence						
Urbaine	76,2	7,4	7,0	7,0	2,4	2,572
Rurale	73,8	8,4	9,9	6,6	1,3	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	68,8	10,1	13,2	5,5	2,3	602
Q2	75,0	8,7	8,9	5,7	1,8	882
Q3	79,3	5,9	6,3	6,6	1,8	914
Q4	74,2	9,6	7,1	6,0	3,0	914
Q5(Les plus riches)	78,2	6,7	7,1	7,2	0,9	780
M	72,3	5,0	8,1	13,2	1,4	379
Age						
18-29	86,2	7,1	4,3	1,5	0,9	1,687
30-44	79,1	7,1	6,4	5,5	1,9	1,493
45-59	67,5	9,6	11,0	10,2	1,7	811
60-69	45,3	9,3	23,1	16,9	5,4	284
70-79	29,2	9,4	22,3	31,9	7,2	160
80+	16,3	13,1	23,2	41,4	6,1	37
Ensemble	75,2	7,8	8,2	6,8	1,9	4,472

5.2.3. Difficultés dans les activités vigoureuses

Les difficultés associées aux activités vigoureuses ont été aussi prises en compte. Par activités vigoureuses, on entend le fait de porter des charges lourdes, pratiquer de l'exercice, aérobics et le travail dans les champs. Ces activités peuvent être tant des activités récréatives que professionnelles.

Le Tableau 5.4 montre que dans l'ensemble, 42 % des répondants n'ont rapporté aucun problème à accomplir un travail vigoureux. Pour les personnes enquêtées ayant reporté des difficultés concernant ce sujet, le degré de gravité varie d'un côté de 9 % et 13 % pour les cas légers et les cas modérés et aussi les cas sévères et de l'autre côté de 22 % pour les difficultés extrêmes. Par rapport au sexe, 58 % des hommes et 27 % des femmes n'ont connu aucun problème à effectuer des activités vigoureuses.

La prévalence des cas de difficultés à ce sujet est plus élevée chez les femmes et ce, à tous les degrés de gravité de ces difficultés.

Eu égard au milieu de résidence des enquêtés, 44 % des adultes urbains et 27 % des adultes ruraux n'ont eu aucun problème à accomplir des activités vigoureuses. La proportion de ceux qui ont rapporté des cas de difficultés est plus élevée dans le milieu rural et ce, pour tous les degrés de gravité à l'exception des cas extrêmes plus importants en milieu urbain.

La fréquence relative des enquêtés ayant déclaré n'avoir eu aucune difficulté à accomplir des activités vigoureuses diminue avec l'âge et ce, quelque soit le degré de difficulté vécu. La proportion des répondants n'ayant pas eu de difficultés dans l'accomplissement d'activités vigoureuses augmente avec l'élévation sociale en terme d'augmentation de revenus. En effet, celle-ci varie de 32 % pour les classes les plus pauvres (Q1) à 50 % pour les plus aisées (Q5).

Tableau 5.4 Distribution en % des enquêtés ayant reporté des difficultés à accomplir des activités vigoureuses au Maroc 2003/2004

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	57,5	7,2	11,7	9,0	14,6	2,214
Féminin	27,3	10,1	14,9	17,4	30,2	2,258
Résidence						
Urbaine	44,0	7,9	12,6	14,3	21,1	2,572
Rurale	39,9	9,6	14,3	11,9	24,3	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	31,8	9,6	15,2	13,3	30,1	602
Q2	44,0	8,6	12,6	11,9	22,8	882
Q3	43,7	10,8	16,5	10,6	18,4	914
Q4	41,5	7,6	11,0	16,6	23,3	914
Q5(Les plus riches)	49,8	7,3	13,4	12,5	17,0	780
M	37,3	7,5	9,7	16,6	28,9	379
Age						
18-29	58,8	9,5	12,9	10,4	8,5	1,687
30-44	42,9	9,7	15,3	13,2	18,8	1,493
45-59	28,3	6,9	14,0	17,9	32,8	811
60-69	7,2	6,6	10,1	13,7	62,3	284
70-79	3,0	3,8	3,1	19,5	70,5	160
80+	6,9	4,0	1,5	15,8	71,7	37
Ensemble	42,3	8,6	13,3	13,3	22,5	4,472

5.3. Soins personnels

Q2020. En général, dans les 30 derniers jours, quelle difficulté avez-vous ?

Cette section comprend la grande difficulté du répondant concernant les soins personnels et le maintien de l'apparence générale. Les soins personnels constituent un important composant pour savoir si le répondant est apte physiquement à accomplir un travail basic et personnel comme le lavage et l'habillage. Cette question fait référence à un large éventail d'activité dont le lavage des vêtements et le fait de se vêtir le haut et le bas du corps, prendre les vêtements à l'endroit où ils sont rangés (placard, armoire) et attacher les boutons, faire des noeuds etc.

5.3.1. Soins personnels

Le tableau 5.5 montre que 77 % des adultes n'ont aucune difficulté à prendre soins d'eux mêmes. Environ 9 % seulement ont eu des difficultés légères et modérées pour se soigner alors qu'une proportion relativement plus faible a connu des difficultés sévères (2.3 %) et extrêmes (1.6%).

Environ 80 % des hommes et 74 % des femmes n'ont trouvé aucune difficulté à prendre soins d'eux-mêmes. Le pourcentage des femmes ayant des difficultés tant légères, modérées ou sévères est relativement plus élevé par rapport aux hommes.

78 % de la population urbaine et 77 % rurale ont répondu n'avoir eu aucune difficulté à prendre soin d'eux même. Cependant des différences significatives ont été observées entre l'urbain et le rural pour ce qui est du degré des difficultés - légères, modérées, sévères et extrêmes, expérimentés- en soins personnels.

94.4 % de la population adulte, des jeunes âgés entre 18-29 n'ont eu aucune difficulté à prendre soin d'eux-mêmes comparés aux 36.3 % de personnes âgées de 80 et plus. Les difficultés légères sont les plus basses chez les plus jeunes et les plus âgés (80 et +) alors qu'elles sont les plus élevées chez les répondants des populations âgées de 70-79 ans.

A noter que le pourcentage de ceux qui ont reporté des difficultés, tant modérées, sévères et extrêmes, à prendre soin d'eux-mêmes augmente avec l'âge.

Tableau 5.5 Distribution en % des enquêtés ayant reporté des difficultés à prendre Soin d'eux et de la préservation de l'apparence générale au Maroc 2003/2004

	Aucune	Légère	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	91,6	3,4	2,1	1,9	1,0	2,214
Féminin	82,3	5,2	5,1	5,3	1,9	2,258
Résidence						
Urbaine	87,2	4,5	3,2	3,7	1,4	2,572
Rurale	86,4	4,1	4,2	3,6	1,5	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	81,3	5,4	6,6	4,3	2,0	602
Q2	87,5	3,2	3,5	4,0	1,8	882
Q3	91,3	3,6	2,3	1,7	1,1	914
Q4	87,0	4,8	3,0	4,3	0,9	914
Q5(Les plus riches)	88,2	4,8	3,1	2,7	1,2	780
M	80,9	4,6	5,2	6,6	2,7	379
Age						
18-29	94,4	2,7	1,8	0,8	0,3	1,687
30-44	89,9	4,5	2,4	2,4	0,8	1,493
45-59	83,1	4,4	4,1	5,4	3,1	811
60-69	65,1	8,8	8,7	13,8	3,6	284
70-79	49,7	10,1	22,4	11,8	4,7	160
80+	36,3	12,8	6,4	29,4	15,1	37
Ensemble	86,9	4,3	3,6	3,6	1,5	4,472

5.3.2. La prise de soin de soi et la préservation de l'apparence général

Des questions faisant partie de l'enquête consistant à demander aux enquêtés leur difficulté à prendre soins d'eux-mêmes ainsi que d'autres aspects quotidiens de la vie courante tels que le soin de l'apparence générale comme le fait de se coiffer et d'avoir l'air propre et soigné autre que la toilette de base et l'habillement.

Le Tableau 5.6 montre que environ 80 % ne sentent aucune difficulté et 10 % ont eu des difficultés légères en prenant soin de leur apparence générale et en la préservant .

Environ 6 % ont eu des difficultés modérées alors que 2 % ont eu des difficultés sévères et seulement 1 % ont expérimenté des difficultés extrêmes à ce sujet.

Par sexe, environ 81 % des hommes et 78 % des femmes n'ont eu aucune difficulté à prendre soin de leur apparence générale et le préserver.

Les femmes ont eu plus de difficultés légères, modérées et extrêmes que les hommes à prendre soin de leur apparence générale et à la préserver.

De très faibles différences sont reportées entre le milieu rural et le milieu urbain quant au fait de prendre soin de l'apparence générale et sa préservation. Cependant une grande proportion des enquêtés en milieu urbain ont reporté avoir expérimenté des difficultés légères en prenant soin de leur apparence générale et de la maintenir et comparé aux enquêtés du milieu rural qui ont reporté davantage de difficultés modérées et sévères.

La proportion des adultes qui n'ont expérimenté aucune difficulté à prendre eux même soin de leur apparence générale et de la préserver diminue avec l'âge. Une relation inverse est observée pour ceux qui ont eu des difficultés modérées, et sévères et extrêmes à ce sujet.

Par ailleurs, la fréquence relative, en (%), des enquêtés n'ayant pas eu de difficulté à prendre soin de leur apparence générale et la préserver croit avec l'élévation de leur revenus .En effet cette fréquence passe de 84 % pour les revenus les plus bas (Q1) à 92 % pour les revenus les plus élevés (Q5).

Tableau 5.6 Distribution en % des enquêtés ayant reporté des difficultés à prendre soin d'eux et du maintien de leur apparence générale durant les 30 derniers jours précédent l'enquête au Maroc 2003/2004

	Aucune	Légère	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	91,6	2,5	2,3	2,0	1,6	2,214
Féminin	84,4	7,1	4,3	3,2	1,0	2,258
Résidence						
Urbaine	88,2	4,7	3,4	2,2	1,5	2,572
Rurale	87,7	5,0	3,1	3,1	1,0	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	83,7	8,1	3,9	3,3	1,1	602
Q2	89,1	3,9	2,4	3,8	0,9	882
Q3	89,9	3,2	3,5	1,4	2,0	914
Q4	87,2	5,6	3,5	2,1	1,7	914
Q5(Les plus riches)	91,7	3,7	2,2	1,6	0,7	780
M	82,1	6,3	5,6	4,8	1,2	379
Age						
18-29	95,5	1,7	1,5	0,5	0,9	1,687
30-44	90,8	4,1	2,4	1,1	1,6	1,493
45-59	84,3	6,3	3,4	4,9	1,1	811
60-69	68,3	13,0	11,3	6,3	1,2	284
70-79	50,0	18,9	13,6	15,1	2,5	160
80+	29,9	22,7	10,3	26,7	10,4	37
Ensemble	88,0	4,8	3,3	2,6	1,3	4,472

5.4. Douleur et malaise

Ce module fait référence à toute forme de douleur ou de malaise ressenti et qui dérange les actes ordinaires des personnes, sur une courte ou une longue période. Par douleur, nous faisons allusion à la douleur « physique ».

L'ENRS a mis les aspects de douleur et malaise à la base des réponses des personnes enquêtées, aux deux questions suivantes :

Q2030. En général, au cours des 30 derniers jours, quel niveau de douleur physique avez-vous éprouvé ?

Q2031. Au cours des 30 derniers jours, quel niveau d'inconfort physique avez-vous ressenti ?

5.5. Douleur physique

Les résultats de l'enquête sur la douleur physique, représentés par le Tableau 5.7 peuvent être résumés comme suit :

- 39 % des personnes enquêtées n'ont déclaré aucune douleur physique alors que 16 %, 17 % et 21 % ont respectivement expérimenté des degrés légers, modérés et sévères. Seuls, environ 8% des adultes ont eu des douleurs physiques extrêmes.
- Environ 51 % des hommes et 28 % des femmes n'ont déclaré aucune douleur physique tandis que les femmes ont davantage expérimenté des degrés modérés, sévères et extrêmes de cette douleur.
- Environ 40 % des enquêtés en milieu urbain et 38 % en milieu rural n'ont déclaré aucune douleur physique.Une proportion élevée (24%) des ruraux déclare avoir une grande souffrance et 5.5 % du même milieu ont vécu une souffrance degré extrême. .
- Selon le niveau de revenus des personnes enquêtées le % de celles n'ayant souffert d'aucune douleur physique augmente avec l'élévation des revenus. En effet, de 31 % pour les plus faibles revenus, cette proportion passe à 42 % pour les revenus les plus élevés.
- La fréquence des enquêtés n'ayant pas expérimenté des cas de douleurs physiques diminue avec l'âge. Elle passe de 50 % chez les jeunes adultes de 18-29 ans à 33 % chez le groupe d'âge 45-59 à 14 % chez les enquêtés âgés de 80 ans et plus.

Tableau 5.7 distribution en % des enquêtés selon le dosé de douleurs/souffrances éprouvées au cours des 30 derniers jours avant précéder l'ENSR 2003.

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	51,2	14,2	15,7	13,5	5,4	2,214
Féminin	27,9	16,9	17,7	27,4	10,0	2,258
Résidence						
Urbaine	40,3	16,3	16,7	18,0	8,7	2,572
Rurale	38,3	14,6	16,7	23,9	6,5	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	30,6	16,4	17,6	25,4	10,1	602
Q2	41,1	13,1	17,8	22,5	5,6	882
Q3	44,5	14,8	14,8	18,8	6,8	914
Q4	38,0	18,6	17,0	17,6	8,8	914
Q5(Les plus riches)	42,1	16,7	18,2	16,2	6,7	780
M	35,0	12,3	13,2	28,2	11,3	379
Age						
18-29	50,1	16,4	16,6	13,1	3,6	1,687
30-44	38,1	17,7	16,5	19,6	8,1	1,493
45-59	33,0	13,3	17,1	24,4	12,1	811
60-69	15,3	9,5	16,6	43,0	15,5	284
70-79	19,8	8,7	18,6	42,3	10,4	160
80+	13,8	17,1	9,5	39,8	19,8	37
Ensemble	39,4	15,6	16,7	20,5	7,8	4,472

5.6. Malaise physique

Le Tableau 5.8 représente les résultats relatifs au malaise physique. Ceux-ci se résument comme suit :

D'une façon générale, 37 % de la population enquêtée ont répondu qu'ils n'ont eu aucun malaise durant les derniers 30 jours précédent l'enquête. Selon le degré des malaises rapportés, près de 19 % ont eu des malaises légers et modérés, 17 % des malaises sévères, 8 % des malaises extrêmes.

Concernant le sexe, le % des personnes enquêtées qui n'ont souffert d'aucun malaise physique est plus élevé (48 %) chez les hommes comparé à celui de 26 % pour les femmes. Pour ce qui est de la prévalence des malaises physiques déclarés, la plus élevée (23 %), elle se rapporte aux cas sévères chez les femmes alors que la prévalence la plus basse (6.5 %), elle concerne les cas extrêmes chez les hommes.

Par ailleurs la fréquence des personnes ayant expérimenté des malaises physiques est moindre en milieu urbain (36%) qu'en rural (38).

Le niveau des revenus caractérisant les classes sociales influe sur la prévalence des malaises physiques déclarés chez les personnes enquêtées. En effet le pourcentage d'absence des cas de ces malaises durant les 30 jours précédent l'enquête augmente avec l'élévation des revenus des enquêtés. C'est ainsi que de 30 % chez les plus faibles revenus, ce pourcentage se situe à 37 % chez les personnes aux revenus les plus élevés.

La proportion des cas de malaise physiques la plus élevée (21 %) est relative au cas modéré et concerne la classe la plus riche, alors que le niveau le plus bas (6.5 %) est relatif aux cas extrêmes de malaise et concerne les enquêtés aux revenus faibles (Q2).

La proportion de la population avec des malaises physiques augmente avec l'âge. C'est ainsi que la fréquence reportée des états modérés, sévères et extrêmes croît en fonction de l'âge alors que inversement, celle relative aux états de malaises physiques légers diminue avec l'âge.

Tableau 5.8 Distribution en % des enquêtés selon le degré de malaise physique qu'ils ont ressentis les 30 derniers jours ayant précédé l'ENSR 2003/2004

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	47,7	16,5	18,3	11,0	6,5	2,214
Féminin	25,9	21,0	20,1	23,0	10,0	2,258
Résidence						
Urbaine	35,7	18,8	19,6	16,8	9,1	2,572
Rurale	38,0	18,7	18,7	17,5	7,0	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	30,3	19,8	18,8	19,9	11,2	602
Q2	39,0	18,6	19,8	16,9	5,7	882
Q3	39,1	18,3	19,3	15,9	7,4	914
Q4	39,3	18,1	18,6	16,3	7,7	914
Q5(Les plus riches)	37,2	20,0	21,0	14,0	7,8	780
M	28,6	17,5	16,0	24,1	13,8	379
Age						
18-29	46,3	18,5	19,8	11,0	4,4	1,687
30-44	36,0	21,2	17,7	17,0	8,1	1,493
45-59	30,4	17,5	19,1	21,4	11,7	811
60-69	14,6	13,1	21,6	30,8	19,9	284
70-79	19,6	16,7	22,6	32,4	8,6	160
80+	10,9	14,4	22,7	31,6	20,3	37
Ensemble	36,7	18,8	19,2	17,1	8,2	4,472

5.7. Cognition

Les deux questions de la composante cognition du présent module sont les suivantes :

Q2050. Dans l'ensemble, au cours des 30 derniers jours, quelle difficulté avez-vous eu à vous concentrer ou à vous souvenir de quelque chose ?

Comme il a été indiqué dans la partie du Guide d'instruction de l'Enquête relative à cette composante, cette question " fait référence à la concentration au moment d'accomplir des tâches, de lire, d'écrire, de dessiner, d'écouter les autres, de jouer un instrument de musique, d'assembler une pièce d'équipement ou de s'engager dans toute autre activité. Le répondant devrait penser à la concentration dans des circonstances ordinaires et non pas lorsqu'il est préoccupé par une situation problématique où qu'il se trouve dans un environnement exceptionnellement distrayant ".

« Se souvenir de choses » fait référence aux choses qu'une personne se rappellerait normalement tous les jours, comme le fait de faire des courses ou du magasinage, payer les factures ou se présenter à des rendez-vous.»

Q2051. Au cours des 30 derniers jours, quelle difficulté avez-vous eue à apprendre une nouvelle tâche (par exemple, apprendre comment se rendre dans un nouvel endroit, apprendre un nouveau jeu, apprendre une nouvelle recette, etc.) ?

5.7.1. Concentration et mémoire

Les résultats obtenus à ce sujet sont représentés par le tableau 5.9 ci-dessous. En effet celui-ci indique que 48 % des personnes enquêtées n'ont eu aucune difficulté de concentration et de mémoire. Cependant près de 14 % ont eu des difficultés légères, 18 % des difficultés modérées, 16 % des difficultés sévères dans la concentration et la mémorisation des choses.

Par rapport au sexe des personnes enquêtées, 38 % des femmes contre 58 % des hommes n'ont eu aucune difficulté de concentration et de mémoire durant les 30 derniers jours précédant leur enquête. Cependant les cas de difficultés légères, modérées, sévères et extrêmes de concentration et de mémoire sont plus fréquents en général chez les femmes que les hommes.

Par rapport au milieu de résidence environ 51 % des personnes enquêtées du milieu urbain n'ont eu aucune difficulté de concentration et de mémoire contre 47 % en milieu rural.

Une proportion plus importante des enquêtés en milieu urbain ont eu des difficultés légères et extrêmes pendant que ceux du milieu rural ont déclaré avoir des difficultés modérées et sévères de concentration et de mémorisation.

La fréquence des enquêtés qui avaient des difficultés de concentration et de mémoire croit avec l'âge. La proportion des adultes qui ont déclaré avoir eu des difficultés modérées, sévères et extrêmes augmente avec l'âge par contre la proportion de ceux qui ont déclaré des cas de difficultés légères diminue avec l'âge.

Tableau 5.9 Distribution en % des enquêtés rapportant des difficultés de concentration et de mémorisation des choses durant les 30 derniers jours au Maroc 2003/2004

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	63,3	15,3	12,1	7,0	2,3	2,214
Féminin	39,6	18,2	19,0	16,8	6,4	2,258
Résidence						
Urbaine	50,7	17,2	15,6	12,9	3,8	2,572
Rurale	52,3	16,3	15,6	10,7	5,1	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	48,9	13,8	18,1	11,1	8,0	602
Q2	53,0	16,4	15,9	11,6	3,1	882
Q3	49,9	17,9	15,7	12,5	4,1	914
Q4	51,1	20,2	12,7	14,3	1,7	914
Q5(Les plus riches)	57,0	13,7	16,5	8,8	4,1	780
M	43,6	18,0	15,7	13,7	9,0	379
Age						
18-29	60,4	19,1	11,9	7,3	1,3	1,687
30-44	52,1	15,4	15,7	11,8	5,0	1,493
45-59	43,8	15,2	18,5	15,2	7,3	811
60-69	31,5	17,0	23,9	21,3	6,3	284
70-79	30,0	11,5	25,7	23,3	9,5	160
80+	17,9	19,8	10,5	39,7	12,1	37
Ensemble	51,3	16,8	15,6	12,0	4,3	4,472

5.7.2. Apprentissage d'une nouvelle tâche

Une question a été posée aux personnes enquêtées demandant si elles avaient expérimenté des difficultés à apprendre une nouvelles tâches telles que se rendre à une nouvelle place , apprendre un nouveau jeu , se rappeler un nouveau nom ,acquérir une dextérité à faire des nouvelles tâches , etc.

Les résultats dans ce domaine sont indiqués par le tableau 5.10 et se résument comme suit :

Presque la moitié des enquêtés (49 %) n'ont pas expérimenté durant la période considérée des difficultés d'apprentissage d'une nouvelle tâche.

L'autre moitié (51 %) ayant rapporté des difficultés à ce sujet ont eu des cas légers dans 15 % , des cas modérés dans 13 % , des cas sévères dans 12 % et enfin des cas extrêmes dans 11 % .

Pour ce qui est du sexe des enquêtés 57 % des hommes n'ont eu aucune difficulté à apprendre une nouvelle tâche, comparés à 42 % des femmes. Ces dernières ont reporté avoir expérimenté plus de difficulté de degré modéré, sévère et extrême que les hommes à l'exception des cas légers pour lesquels ceux-ci ont enregistré une plus grande prévalence.

Environ 52 % des personnes en milieu urbain et 42 % en milieu rural n'ont pas eu des difficultés d'apprentissage En milieu rural la proportion des cas reportés est relativement plus importante pour ce qui est des cas légers, des cas sévères et des cas extrêmes tandis qu'en milieu urbain, ce sont les fréquences des cas modérés qui sont les plus élevées.

En relation avec le niveau de revenus des enquêtés, la fréquence de non survenue de difficultés à ce sujet augmente avec la croissance des revenus .C'est ainsi que de 40 % chez les plus bas revenus, cette fréquence passe à 49 % chez les revenus moyens pour atteindre 59 % chez les revenus les plus élevés.

Eu égard à l'âge des enquêtés, la fréquence d'absence de difficulté d'apprentissage d'une nouvelle tâche diminue avec l'avancée de l'âge. De 61 % chez les jeunes adultes de 18-29 ans, elle passe à 41% environ aux âges de 45-59 ans pour baisser à 8% chez les vieux âgés de 80 ans et plus.

Selon le degré de gravité de difficulté, la prévalence la plus élevée par âge soit 52 % se rapporte aux cas extrêmes chez les vieux âgés de 80 ans qui ont aussi enregistré la plus faible soit 1 % pour les cas légers de difficultés.

Tableau 5.10 Distribution en % des enquêtés ayant rapporté des difficultés d'apprentissage de nouvelles tâches au Maroc 2003 /2004

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	56,5	17,2	11,7	8,0	6,6	2,214
Féminin	42,0	12,6	14,2	16,3	14,8	2,258
Résidence						
Urbaine	52,2	13,4	13,3	11,9	9,1	2,572
Rurale	45,1	16,8	12,5	12,6	12,9	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	40,2	15,6	14,5	12,8	16,9	602
Q2	47,4	18,9	10,5	12,7	10,5	882
Q3	49,0	14,7	11,0	14,7	10,6	914
Q4	54,4	15,0	12,1	10,1	8,4	914
Q5(Les plus riches)	59,0	11,2	14,2	9,0	6,6	780
M	35,5	12,1	20,8	15,5	16,1	379
Age						
18-29	60,9	17,0	13,3	6,2	2,6	1,687
30-44	52,0	15,2	13,0	11,0	8,7	1,493
45-59	40,6	13,8	13,9	17,1	14,5	811
60-69	13,7	12,2	8,4	31,8	33,9	284
70-79	15,4	2,8	13,7	22,7	45,4	160
80+	7,6	0,8	8,2	31,3	52,1	37
Ensemble	49,2	14,9	13,0	12,2	10,7	4,472

5.8. Relations interpersonnelles

L'influence de la composante “relations interpersonnelles” a été étudiée, à travers les deux questions suivantes :

Q2060. En général, au cours des 30 derniers jours, quelle difficulté avez-vous eue en ce qui concerne vos relations personnelles ou votre participation à la vie de la communauté ?

Dans ce cadre, les relations interpersonnelles impliquent les conjoints, les parents ou les amis. La participation à la vie sociale inclut toute forme de participation sociale telle que le fait d'aller à un forum politique, prendre part à des activités, des loisirs sportifs de la ville, du voisinage ou de la communauté. La question appropriée à cette question est de demander à l'individu s'il lui est facile ou s'il éprouve des difficultés pour participer à ces activités.

Q2061. Au cours des 30 derniers jours, quelle difficulté avez-vous eue à gérer les conflits et les tensions avec les autres ?

Cette question donne une idée des relations qu'entretient une personne avec les autres et comment elle peut faire face aux situations conflictuelles, comme de fortes divergences ou des disputes.

5.8.1. Degré de relation interpersonnelle : Participation à la communauté

Les résultats obtenus sur le degré de difficultés de relation interpersonnelle et de la participation à la vie de la communauté sont représentés par le tableau 5.11.

A ce sujet, il s'avère que 81 % des personnes enquêtées n'ont eu aucune difficulté en ce qui concerne les relations interpersonnelles et la participation à la vie de la communauté. Près de 7 % ont eu des difficultés légères et modérées, 4 % des difficultés sévères et seulement 2 % de difficultés extrêmes.

Par sexe, il a été noté que 84 % des hommes et 78 % des femmes n'ont pas eu des difficultés de relation interpersonnelle et de participation communautaire. Toutefois une proportion plus importante de femmes a éprouvé des difficultés légères, modérées, sévères et extrêmes en comparaison aux hommes.

Environ 82 % des enquêtés en milieu urbain et 78 % en milieu rural n'ont eu aucune difficulté à participer à des activités communautaires. Une plus grande proportion des enquêtés en milieu rural ont eu des difficultés tant légères, modérées et extrêmes dans les relations personnelles et la participation à l'activité de la communauté. Alors qu'en milieu urbain une plus grande proportion des enquêtés a eu des difficultés sévères.

Par rapport au niveau des revenus, la fréquence relative en % des personnes enquêtées n'ayant pas expérimenté des difficultés de relations personnelles et de participation à la communauté croît légèrement avec le revenu. De 77% chez les plus bas revenus, elle passe à 78% chez les revenus moyens pour atteindre 85% chez les revenus les plus élevés.

La prévalence des cas déclarés de difficultés décroît avec le niveau de revenu et ceci quelque soit le degré de gravité de difficultés. La proportion la plus élevée (9 % environ) des cas déclarés de difficultés modérées.

Correspond aux personnes ayant les revenus les plus bas (Q1). La proportion la moins importante (0.4 %) est relative aux revenus plus que moyens (Q4).

En relation avec l'âge des enquêtés, la fréquence de la non survenue des difficultés concernées décroît avec la progression de l'âge. En effet le pourcentage des enquêtés n'ayant eu aucune difficulté passe de 81% à l'âge de 18-29 ans à 80 % à l'âge de 45-59 ans puis à 66 % chez les vieux de 80 ans et plus.

Pour ce qui est de la prévalence des cas déclarés selon le degré de gravité de difficultés concernées, le pourcentage le plus élevé (13 %) se rapporte aux cas modérés chez les personnes âgées de 80 ans et plus. Par contre la fréquence la plus faible concerne les cas de difficultés extrêmes chez les jeunes adultes de 18-29 ans (0.9 %).

Tab 5.11 Distribution en % des enquêtés ayant rapporté des difficultés de relation personnelles et de participation à la communauté au cours des 30 derniers jours ayant précédé l'ENSR-2003.

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	84,0	5,6	6,1	3,4	0,9	2,214
Féminin	78,1	7,4	6,9	4,7	2,8	2,258
Résidence						
Urbaine	81,6	5,9	5,8	5,6	1,2	2,572
Rurale	80,3	7,4	7,5	1,9	2,8	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	77,4	7,7	8,6	2,6	3,7	602
Q2	81,4	6,9	6,9	2,6	2,2	882
Q3	78,5	8,0	7,2	5,5	0,8	914
Q4	82,9	4,6	6,7	5,5	0,4	914
Q5(Les plus riches)	84,9	6,1	3,5	3,8	1,5	780
M	79,5	5,5	6,4	3,4	5,2	379
Age						
18-29	81,1	7,9	6,5	3,6	0,9	1,687
30-44	82,6	6,2	5,6	4,0	1,6	1,493
45-59	79,6	5,3	8,0	4,4	2,8	811
60-69	80,9	2,5	8,9	2,7	5,0	284
70-79	77,1	6,4	3,0	10,9	2,7	160
80+	66,2	10,7	13,0	2,9	7,2	37
Ensemble	81,0	6,5	6,5	4,1	1,9	4,472

5.8.2. Conflits et tensions

La présente composante du module tente d’apprécier comment une personne se comporte avec les autres et dans quelle mesure elle est à même de se comporter avec des situations conflictuelles tels les grands désaccords ou arguments.

Le Tableau 5.12 relatif aux résultats sur ce sujet montre que près de 71 % des enquêtés n’ont eu aucun problème se rapportant à des situations conflictuelles et détendues .La proportion de celles ayant des difficultés légères de comportement avec des conflits s’élève à 12 % alors que celles ayant des difficultés modérées est de 9 % suivie de 5 % et 4% pour les difficultés sévères et extrêmes respectivement.

Par rapport au sexe, les résultats indiquent que 75 % des hommes et 67% des femmes n’ont pas vécu des difficultés de conflits et de tension . A l’exception des cas modérés plus fréquents chez les hommes, les personnes enquêtées qui ont déclaré tous les autres degrés de difficultés sont des femmes.

Concernant le milieu de résidence, ce sont 71 % des enquêtés en milieu urbain pour 67 % en milieu rural qui n’ont reporté aucune difficulté en relation avec les conflits et tensions. Pour ce qui est de la prévalence reportée de certaines difficultés à ce sujet, à l’exception des cas sévères (6.4 %) plus fréquents en urbain toutes les fréquences des autres degrés de difficultés sont plus élevées au milieu rural.

Le niveau des revenus représente un déterminant non négligeable dans la prévalence déclarée des problèmes associés aux conflits et tensions chez les personnes enquêtées .

En effet si le taux de non survenue des cas de difficultés augmente avec ce niveau cela signifierait que la prévalence des cas déclarés diminuerait en conséquence.

Ainsi si la proportion des enquêtés n'ayant pas eu de difficultés passe de 69 % chez ceux aux revenus les plus bas à 77 % chez ceux aux revenus les plus élevés, le taux de prévalence des cas diminue au fur et à mesure que les revenus augmentent.

Tab 5.12 : Distribution en % des enquêtés ayant reporté des difficultés en relation avec Les conflits et tensions durant les derniers 30 jours au Maroc 2003/2004

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	74,9	11,2	6,7	4,5	2,6	2,214
Féminin	66,7	12,2	10,4	6,3	4,5	2,258
Résidence						
Urbaine	71,4	11,0	7,9	6,4	3,4	2,572
Rurale	69,9	12,7	9,4	4,1	3,8	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	68,8	12,3	7,8	5,2	5,9	602
Q2	69,7	13,0	10,3	3,7	3,2	882
Q3	71,8	12,7	8,8	4,2	2,6	914
Q4	69,3	11,7	7,5	7,9	3,6	914
Q5(Les plus riches)	77,4	8,4	7,4	3,6	3,0	780
M	63,7	12,1	9,9	10,4	3,8	379
Age						
18-29	70,9	15,4	6,5	4,1	3,1	1,687
30-44	72,4	8,5	9,6	6,0	3,5	1,493
45-59	68,9	11,7	10,1	4,9	4,4	811
60-69	70,0	9,1	10,2	6,6	4,1	284
70-79	68,5	8,4	9,4	10,8	2,8	160
80+	56,6	9,3	8,7	19,0	6,4	37

5.9. Vision

Le but relatif à cette composante n'est pas de faire un diagnostic mais de comprendre la santé dans l'ensemble.

Les trois questions suivantes ont été à la base des résultats obtenus sur la vision, élément important de l'état de santé de la population.

Q2070. Portez-vous des lunettes ou des verres de contact ?

Q2071. Au cours des 30 derniers jours, quelle difficulté avez-vous eue à voir et à reconnaître une personne que vous connaissiez de l'autre côté d'une route (c.-à-d. à une distance d'environ 20 mètres) ?

Q2072. Au cours des 30 derniers jours, quelle difficulté avez-vous eue à voir et à reconnaître un objet placé à bout de bras ou à lire ?

5.9.1. Voir/reconnaître une personne de l'autre côté de la route

Le tableau 5.13 résume les résultats obtenus sur la vision. Il indique qu'en général 83 % des personnes enquêtées n'ont eu aucune difficulté à voir et à reconnaître une personne traversant la route .Près de 5 % seulement ont reporté tant des cas de difficultés légères que des difficultés modérées, 6 % des cas sévères alors qu'uniquement 2 % ont eu des difficultés extrêmes.

Par sexe, 86 % des hommes contre 80 % des femmes n'ont souffert d'aucune difficulté de vision à ce sujet. Les difficultés expérimentées, quelque soit leur degré de gravité, sont plus importantes chez les femmes.

En relation avec le milieu de résidence, près de 85 % des personnes enquêtées en milieu rural et 81 % en milieu urbain n'ont déploré aucune difficulté de voir et de reconnaître une personne à travers la route. La fréquence des adultes en milieu urbain qui ont reporté des cas de difficultés légères, modérées, sévères et extrêmes est plus élevée comparée à celle des adultes en milieu rural.

L'influence du niveau de revenus sur la fréquence des difficultés de vision n'est pas négligeable. Les personnes ayant un niveau moyen (Q2 et Q3) enregistrent la proportion la plus élevée des cas ne souffrant d'aucune difficulté de la vision (respectivement 84,4 % et 86,3 %). Pour les autres classes de revenu, cette proportion passe de 80,4 % enregistrée au niveau de Q1 à 83,4% au niveau de Q5.

En relation avec l'âge, environ 90 % des jeunes de 18-29 ans n'ont eu aucune difficulté de vision comparés au 23 % des personnes âgées de 80 ans et plus.

La prévalence des cas déclarés de difficultés de vision augmente avec l'âge. Selon le degré de gravité la fréquence la plus élevée (42%) correspond aux cas de difficultés sévères de vision chez les vieux de 80 ans et plus. Par contre la fréquence la plus faible (1 %) est relative aux cas de difficultés extrêmes chez les jeunes adultes de 18-29 ans.

Tab 5.13 : Distribution en % des enquêtés ayant reporté des difficultés de vision et de Reconnaissance d'une personne dans la route (20 m) Maroc 2003/2004

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	86,1	4,3	3,9	3,8	1,7	2,214
Féminin	79,6	4,8	5,4	7,5	2,6	2,258
Résidence						
Urbaine	81,2	4,9	5,3	6,0	2,5	2,572
Rurale	85,1	4,1	3,7	5,4	1,7	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	80,4	5,7	4,8	6,8	2,3	602
Q2	84,9	3,8	3,6	5,9	1,8	882
Q3	86,3	2,8	3,5	5,3	2,1	914
Q4	82,2	5,1	6,3	4,2	1,9	914
Q5(Les plus riches)	83,4	4,6	4,5	5,7	1,7	780
M	73,8	7,4	5,8	8,4	4,6	379
Age						
18-29	90,1	3,1	3,5	2,8	0,6	1,687
30-44	87,9	4,1	3,1	3,6	1,1	1,493
45-59	76,0	5,8	7,6	8,0	2,5	811
60-69	58,0	10,8	6,9	17,6	6,8	284
70-79	52,1	6,1	11,4	15,4	14,9	160
80+	22,7	9,3	8,4	41,8	17,8	37
Ensemble	82,8	4,6	4,6	5,7	2,2	4,472

5.9.2. Voir un objet à bout de bras

Le tableau 5.14 montre que 80 % des adultes enquêtés n'ont eu aucune difficulté à voir un objet à bout de bras ou à lire. La proportion de ceux ayant de légères difficultés est de 6 %, celle ayant des difficultés modérées est de 5 %, alors que celle ayant des difficultés sévères approche 6 %. Quant à la proportion de ceux ayant trouvé des difficultés extrêmes, elle s'élève à 2.5 % des adultes enquêtés.

Par rapport au sexe des enquêtés, 84 % des hommes et 76 % des femmes n'ont reporté aucune difficulté quelconque au sujet de la vision .La prévalence des cas déclarés de difficultés est plus importante pour les femmes .Ainsi par degré de difficulté les femmes ont eu 6.3 % des cas légers , 6.2 % des cas modérés , 8.4 % des cas sévères et 3.4 % des cas extrêmes contre 5.4 % , 4.2 % , 4.3 % et 1.6 % respectivement pour les femmes .

En relation avec le lieu de résidence, près de 81 % des enquêtés du rural et 79 % de l'urbain n'ont eu aucune difficulté à ce sujet. Il est toutefois à noter qu'à part les cas extrêmes la prévalence des cas de difficulté est plus importante en milieu rural pour les autres cas de degré de gravité.

Concernant l'effet du revenus sur la fréquence de difficultés de voir à bout de bras, les résultats montrent que cet effet est relativement négligeable .Aucune différence assez significative n'est évidente quant à l'influence du niveau de revenu sur la prévalence des cas de ce genre de difficulté de vision.

Pour ce qui est de l'âge, le pourcentage des adultes qui n'ont déclaré aucune difficulté à voir un objet à bout de bras diminue avec l'âge .En effet ce pourcentage qui est de 95 % pour les jeunes adultes âgés de

18-29 ans passe à 86 % pour le groupe d'âge moyen 45-49 pour atteindre 28 % pour les vieux de 80 ans et plus.

Pour ceux ayant déclaré avoir des difficultés à voir un objet à bout de bras et quelque soit le degré de gravité de celles ci – légères, modérées, sévères ou extrêmes – leur fréquence croît relativement avec l'âge des enquêtes.

Tableau 5.14 Distribution en % des enquêtés avant des difficultés de voir à bout de bras durant les 30 derniers jours précédent l'enquête au Maroc 2003/2004

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	84,4	5,4	4,2	4,3	1,6	2,214
Féminin	75,5	6,3	6,2	8,4	3,4	2,258
Résidence						
Urbaine	78,9	6,0	5,6	6,8	2,3	2,572
Rurale	81,2	5,6	4,6	5,7	2,8	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	80,3	5,3	5,7	5,4	3,2	602
Q2	81,7	5,4	4,3	5,4	3,1	882
Q3	81,1	5,1	4,2	7,4	2,1	914
Q4	78,6	6,5	5,9	6,1	2,3	914
Q5(Les plus riches)	80,7	6,9	5,6	5,0	1,5	780
M	73,4	5,7	6,0	10,9	3,9	379
Age						
18-29	95,4	2,9	0,7	0,8	0,1	1,687
30-44	86,5	4,8	4,0	3,2	1,1	1,493
45-59	55,3	10,8	13,6	13,8	6,3	811
60-69	50,0	7,2	11,3	26,7	4,7	284
70-79	44,5	14,5	8,5	15,8	16,2	160
80+	28,2	22,1	11,1	25,7	12,8	37
Ensemble	79,9	5,8	5,2	6,4	2,5	4,472

5.10. Sommeil et énergie

Les deux questions suivantes ont été posées aux personnes enquêtées en vue d'apprécier la composante “ sommeil et énergie “ de ce module :

Q2080. En général, au cours des 30 derniers jours, quel problème avez-vous eu avec votre sommeil, que ce soit pour vous endormir, parce que vous vous êtes réveillé fréquemment au cours de la nuit ou parce que vous vous êtes réveillé trop tôt le matin ?

Les problèmes avec le sommeil incluent l'incapacité de s'endormir, le sommeil interrompu ou le fait de se réveiller plus tôt qu'à l'habitude.

Q2081. Au cours des 30 derniers jours, le fait de ne pas vous sentir reposé et détendu pendant la journée vous a-t-il posé un problème ?

Le « problème » tel utilisé dans l'enquête, s'entend par baisse d'énergie ou de vitalité et de quelle façon cette baisse affecte le quotidien ; une incapacité de terminer des tâches ou une absence au travail, comme par exemple une personne qui manque d'énergie pour poursuivre ses activités normales.

5.10.1. Difficulté de sommeil

Les résultats obtenus sur la question sont donnés par le Tableau 5.15. Celui-ci indique que 56 % des enquêtés n'ont eu aucun problème relié au sommeil. Près de 13 % des adultes ont déclaré avoir eu des problèmes légers, 15 % des problèmes modérés, 14 % des problèmes sévères et 3 % des problèmes extrêmes associés au sommeil.

La proportion des hommes qui n'ont eu aucun problème de sommeil s'est élevée à 65 % contre 59 % pour les femmes. Selon le degré de problème de sommeil, variant de légers à extrêmes, leur prévalence est plus importante chez les femmes que chez les hommes. Celle-ci varie de 14% pour les cas légers à 4 % pour les cas extrêmes contre respectivement 11% et 3 % pour les hommes. Une grande proportion, soit 55 % des enquêtés en milieu urbain n'ont eu aucun problème avec le sommeil contre 57 % en milieu rural. La prévalence des cas de difficultés avec le sommeil est relativement plus importante en milieu rural et ce à tous les degrés de gravité à l'exception des cas sévères pour lesquels le milieu urbain est plus touché.

Eu égard aux revenus des enquêtés, les résultats ne montrent qu'une influence légère sur le problème avec le sommeil. En effet la proportion de ceux n'ayant rapporté aucun cas avec celui-ci n'augmente que légèrement avec la progression des revenus passant de 51% au niveau le plus bas à 55 % pour les plus élevés.

La proportion des cas de problèmes avec le sommeil augmente avec l'âge des personnes enquêtées. Tant que le % des personnes n'ayant déclaré aucun problème que la prévalence des cas selon leur gravité, ces deux mesures montrent que l'effet de l'âge est prépondérant. C'est ainsi que la proportion des personnes n'ayant aucun problème a progressé de 67 % aux âges jeunes 18-29 à 21 % chez les vieux de 80 ans et plus.

Alors que la prévalence des cas de problème de sommeil augmente avec l'âge à tous les degrés de gravité de problème. En effet, les écarts de la prévalence des cas par gravité entre les âges extrêmes (18-29 ans et 80 ans et plus) est de 1.5, 1.6, 33.3 et 9.6 respectivement pour les cas légers, les cas modérés, les cas sévères et les cas extrêmes.

Tableau 5.15 Distribution en % des enquêtes avant des difficultés de sommeil durant les 30 derniers jours précédent l'Enquête au Maroc 2003/2004

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	65,3	10,7	12,3	9,2	2,6	2,214
Féminin	46,4	14,2	17,4	17,9	4,1	2,258
Résidence						
Urbaine	54,8	12,4	13,8	15,8	3,3	2,572
Rurale	57,0	12,6	16,3	10,6	3,4	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	50,8	12,6	18,5	13,8	4,4	602
Q2	58,6	12,9	15,4	11,1	2,0	882
Q3	58,4	13,5	15,1	9,5	3,5	914
Q4	57,2	9,9	13,5	15,3	4,0	914
Q5(Les plus riches)	55,5	13,5	13,2	16,7	1,1	780
M	47,7	12,7	14,0	18,3	7,4	379
Age						
18-29	66,6	11,6	11,0	9,8	1,0	1,687
30-44	56,6	13,4	13,8	11,6	4,7	1,493
45-59	45,8	13,9	18,2	17,5	4,6	811
60-69	28,4	9,1	33,0	23,8	5,6	284
70-79	41,5	10,8	17,8	27,1	2,8	160
80+	20,6	13,1	12,6	43,1	10,6	37
Ensemble	55,8	12,5	14,9	13,6	3,3	4,472

5.10.2. Se sentir reposé et détendu

Une appréciation a été faite pour savoir si les personnes enquêtées ont échoué à terminer un tâche à cause du manque d'énergie pour accomplir les activités. Les résultats obtenus à ce sujet sont représentés par le Tableau 5.16.

Il ressort de ce tableau que près de 44 % des personnes enquêtées ne se sont pas sentis reposés et détendus. Se rapportant à la gravité de ce problème, 18 % ont été légers de même aussi que modérés, 15% sévères et 4 % extrêmes.

Une proportion plus élevée d'hommes adultes (54 %) comparée aux femmes (35 %) n'ont eu aucun problème à se sentir reposé et détendus.Une plus grande proportion de femmes ont déclaré avoir à ce sujet de difficultés tant légères (20%), modérées (21%), sévères (19 %) et extrêmes (8 %) que les hommes qui ont enregistré respectivement 17 %, 15 %, 11 % et 3 %. La proportion des enquêtés qui se sont sentis reposés et détendus ne diffère que légèrement par milieu de résidence puisqu'elle s'élève à 46 % et à 43 % respectivement en milieu urbain et en milieu rural. La prévalence des cas de difficultés de se sentir reposé et détendu, variant à peu près entre 18 % et 4 % par milieu a toutefois une fréquence plus importante pour les cas modérés en milieu rural (20 %) qu'en urbain (17%).

Par rapport aux revenus, la proportion des enquêtés n'ayant eu aucune difficulté de se sentir reposé et détendu augmente avec l'élévation de leur niveau de revenu .C'est ainsi que cette proportion qui est de 31 % pour les personnes ayant les revenus les plus bas (Q1) passe à 48 % pour ceux ayant des revenus moyens (Q3) pour atteindre 50 % pour ceux ayant les revenus les plus élevés (Q5). La prévalence des cas de difficultés en fonction du revenu suit en conséquence la tendance inverse car elle augmente avec la baisse du niveau des revenus. Similairement la prévalence des cas selon le degré de gravité qui est de 18,

25, 18, et 8 pour les revenus les plus bas (Q1) à respectivement 17 %, 16 %, 14 % et 3 % pour les revenus les plus élevés.

Le pourcentage des enquêtés qui ont reporté n'avoir éprouvé aucun problème de se sentir reposé et détendu diminue avec l'âge 55% pour les jeunes adultes de 18-29 ans, il passe à 40 % pour les âges médians 45-59 pour baisser à 18 % chez les de 80 ans et plus.

La prévalence des cas de difficultés reportés croît avec l'âge et ce à chaque degré de difficulté. Les valeurs extrêmes enregistrées sont 2 % pour la valeur minimale correspondant aux cas extrêmes chez les jeunes adultes de 18-29 ans d'une part et de 34 % pour la valeur maximale correspondant aux cas sévères chez les vieux âgés de 70-79 ans.

Tableau 5.16 Distribution en % des enquêtés ayant des difficultés à se sentir fatigué et affaibli durant les 30 derniers jours précédent l'enquête au Maroc 2003/2004

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	54,4	16,7	15,4	10,7	2,7	2,214
Féminin	34,7	19,7	20,5	19,4	5,8	2,258
Résidence						
Urbaine	45,9	18,3	16,5	15,3	3,9	2,572
Rurale	42,5	18,1	20,0	14,7	4,7	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	30,8	18,3	24,9	18,1	7,8	602
Q2	46,0	18,7	18,6	13,4	3,4	882
Q3	48,5	18,4	15,6	14,3	3,2	914
Q4	44,6	20,1	16,5	14,9	4,0	914
Q5(Les plus riches)	49,8	17,4	16,4	13,8	2,6	780
M	41,3	13,8	18,4	19,0	7,5	379
Age						
18-29	55,1	20,8	14,1	8,2	1,8	1,687
30-44	42,5	19,0	19,0	15,1	4,4	1,493
45-59	37,9	16,1	19,7	20,2	6,1	811
60-69	23,2	9,3	27,7	29,1	10,7	284
70-79	27,9	10,2	24,1	33,8	4,0	160
80+	17,6	16,1	18,0	24,5	23,8	37
Ensemble	44,4	18,2	18,0	15,1	4,3	4,472

5.11. Affect

Les deux questions utilisées pour aborder la composante “ affect “dans le module état de santé sont les suivantes :

Q2090. En général, au cours des 30 derniers jours, le fait de vous sentir triste, faible ou déprimé vous a-t-il posé des problèmes à un degré quelconque ?

Pour cette question, chacun aura à trouver un équivalent culturel sensé et compris par le répondant. Par « problèmes », nous voulons dire la façon dont ces états ont dérangé la vie d'une personne, comme de la rendre incapable d'accomplir certaines activités à cause d'un sentiment de détresse.

Détresse, tristesse ou inquiétude doivent être comprises comme se produisant plus souvent qu'à l'accoutumée. Tout le monde s'inquiète, mais cet état devient un problème lorsqu'une personne

s'inquiète plus que la normal des choses qui ne méritent pas. La tristesse se caractérise souvent par le fait d'avoir envie de pleurer, de se sentir fatigué et désespéré, et de perdre de l'intérêt pour toutes choses.

Q2091. En général, au cours des 30 derniers jours, avez-vous éprouvé de l'inquiétude, de la tristesse ou des angoisses à un degré quelconque ?

Le but de cette question est de prendre en compte d'autres états émotionnels négatifs, comme le fait de se sentir en détresse, nerveux, tendu et crispé. La personne est incapable de se décontracter et tend à tirer de choses relativement peu importantes des conséquences disproportionnées.

Le Tableau 5.17 représentant les résultats sur ce sujet montre qu'en général près de 42 % des personnes adultes enquêtés n'ont eu, durant les 30 derniers jours précédent l'enquête, aucun problème de sensation de tristesse et de déprime .Ceux qui ont rapporté avoir été tristes et déprimés représentent 20 % dans le cas léger de tristesse et de déprime, 17 % dans le cas modéré de même que dans les cas sévères et 4 % dans les cas extrêmes.

Par sexe, environ 51 % des hommes et 33 % des femmes n'ont eu aucun problème lié à la tristesse et à la déprime. Cependant par rapport aux cas déclarés de ces manifestations, ce sont les femmes qui ont eu la plus importante prévalence. Par degré de gravité, les prévalences reportées par les femmes sont 22 % pour les cas légers, 19 % pour les cas modérés , 20 % pour les cas sévères et 5 % pour les cas extrêmes contre 18 % , 15 % , 13 % , et 3 % respectivement pour les hommes .

Par milieu de résidence, la proportion des personnes n'ayant déclaré aucune difficulté de tristesse et de déprime ne diffère que légèrement entre l'urbain et le rural puisqu'elle est respectivement de 42 % et de 41 %.

Cependant, la prévalence des cas déclarés de tristesse et de déprime est relativement plus élevée en zones rurales à l'exception de celle des cas de gravité sévères plus importante en milieu urbain (19 %) qu'en milieu rural (14 %). Pour ce qui est des autres cas de gravité de problème, la prévalence est de 21 pour les cas légers, de 19 % pour les cas modérés et de 5 pour les cas extrêmes en milieu rural contre respectivement 19 % , 15 % et 4 % en milieu urbain.

En relation avec leurs revenus, la proportion des enquêtés qui n'ont reporté aucun problème de tristesse et de déprime diminue au fur et à mesure que leur niveau augmente. En effet, de 35 % chez les revenus les plus faibles, cette proportion s'élève à 44 % pour les revenus les plus élevés.

La proportion des personnes qui n'ont pas eu des cas de tristesse et de déprime diminue avec l'âge passant de 45% chez les jeunes âgés de 18-29 à 39 % pour les âges moyens et à 35 pour les plus vieux de 80 ans et plus . Toutefois, par degré de gravité, des manifestations de problème de fréquence des cas tant modérés, sévères qu'extrêmes, augmente avec l'âge excepté pour les cas légers pour lesquels elle diminue.

Tableau 5.17 Distribution en % des enquêtés ayant reporté se sentir triste, déprimé et faible durant les 30 derniers jours précédent l'Enquête au Maroc 2003/2004

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Enorme/ ne peut pas	N
Sexe						
Masculin	50,9	17,6	15,1	13,0	3,4	2,214
Féminin	32,9	22,3	19,2	20,3	5,3	2,258
Résidence						
Urbaine	42,3	19,4	15,5	18,8	4,0	2,572
Rurale	41,2	20,7	19,5	13,9	4,8	1,900
Revenu						
Q1(Les plus pauvres)	35,0	18,7	22,5	17,8	6,1	602
Q2	44,6	19,8	17,3	14,5	3,8	882
Q3	43,7	21,0	18,6	14,6	2,2	914
Q4	44,3	19,7	14,9	16,4	4,7	914
Q5(Les plus riches)	43,7	20,5	13,9	18,0	3,7	780
M	31,5	19,7	17,4	23,3	8,1	379
Age						
18-29	45,5	24,3	16,4	11,5	2,2	1,687
30-44	43,4	19,0	16,3	17,1	4,3	1,493
45-59	39,5	15,7	15,5	22,1	7,2	811
60-69	26,1	14,4	28,1	24,1	7,4	284
70-79	28,8	18,6	24,6	21,7	6,2	160
80+	35,1	5,0	9,9	40,7	9,3	37
Ensemble	41,8	20,0	17,2	16,7	4,3	4,472

5.11.1. Inquiétude/anxiété

Le problème des émotions négatives plus sérieuses telles l'inquiétude et l'anxiété a été apprécié par la deuxième question mentionnée ci haut.

Les résultats trouvés, montrent qu'environ 41,8 % des personnes enquêtées n'ont eu aucun problème lié à l'inquiétude et à l'anxiété.

Parmi celles qui ont expérimenté ce problème, près de 20 % ont eu des cas légers, 17.2% des cas modérés, 16.7 % des cas sévères alors que seul 4.3 % ont souffert des cas extrêmes d'inquiétude et d'anxiété.

Selon le sexe, près de la moitié des hommes n'ont souffert d'aucun problèmes à ce sujet contre un peu plus qu'un tiers (32.9 %) des femmes. Les femmes ont davantage reporté des cas légers, modérés, sévères ou extrêmes.

CHAPITRE 6 : REACTIVITE DU SYSTEME DE SANTE

La réactivité concerne la capacité du système à répondre aux attentes de la population quant à la façon dont elle souhaite être prise en charge.

La réactivité du système de santé représente un des cinq objectifs spécifiques de l'étude sur la santé et la réactivité du système de santé. Cet objectif tire sa légitimité de l'approche adoptée par l'OMS pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé dans le rapport sur la santé dans le monde, 2000.

En effet, en janvier 2001, à sa septième session, le Conseil exécutif a reconnu l'importance des systèmes de santé pour l'amélioration de la situation sanitaire et de la qualité de vie tout comme l'évaluation de ses performances¹. Aussi, l'évaluation régulière de la performance des systèmes de santé grâce à des méthodes qui permettent les comparaisons entre pays est devenue une nécessité d'une part pour déterminer les politiques et les stratégies d'amélioration et d'autre part pour suivre les progrès réalisés en terme de résultat mesurable utilisant cinq indicateurs de performance.

L'analyse de la réactivité du système, se place dans le cadre de référence de l'OMS, qui définit le système de santé, comme étant l'ensemble des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires dont l'objectif principal est d'améliorer l'état de santé. Selon ce nouveau cadre conceptuel, tout système de santé est caractérisé par trois objectifs intrinsèques : améliorer l'état de santé des populations, répondre aux attentes des divers partenaires et établir équitablement la contribution financière. Dans ce modèle, sept éléments, qui ne sont pas en rapport avec la prestation des soins de santé sont pris en considération pour mesurer la réactivité aux attentes des partenaires. C'est ce que l'OMS propose² dans son document où ces éléments ont été catégorisés selon deux aspects :

- un aspect de respect des personnes : respect de la dignité, confidentialité, autonomie
- et un aspect de l'attention réservée à l'égard du patient : Rapidité de prise en charge, qualité de l'environnement, accès à l'aide du réseau social

Par cette catégorisation, l'OMS cherche à faire la distinction entre les aspects relatifs au respect de la personne et qui sont basés sur le jugement du patient et donc avec une part de subjectivité et les aspects objectifs qui se rapportent à la façon dont le système répond aux préoccupations des utilisateurs du système

Dans l'étude menée au Maroc, le module spécifique à l'utilisation des services de santé porte sur l'expérience de la population durant les 12 derniers mois en matière de recours aux soins ambulatoires et durant les 3 dernières années concernant les soins en milieu hospitalier. Les domaines suivants ont fait l'objet de recueil d'information : la promptitude des soins, la dignité, la communication, l'autonomie, la confidentialité des informations recueillies au niveau des systèmes de santé, le choix du dispensateur de soins, la qualité du cadre ou de l'environnement, etc.

¹ Résolution EB107.R8

² Cadre conceptuel du système de santé de l'OMS, Belgacem SABRI, Bureau régional de l'OMS au Caire

6.1. Utilisation des services de santé et perception des besoins insatisfaits

Il ressort du tableau 6.1 que d'une façon globale et quel que soit le niveau de soins utilisé, les femmes semblent recourir davantage aux services de santé que les hommes lorsqu'elles sont confrontées à un problème de santé. Le taux de fréquentation des services ambulatoires de santé est de 43.6% parmi les femmes contre 36.2% parmi les hommes.

Par ailleurs, au moins 12% des malades (hommes ou femmes) n'ont pas trouvé une réponse à leurs besoins de soins au moment de la demande. Il est aussi paradoxal de constater que même en milieu urbain 11.8% de la population est concernée par ce constat (13.5% en rural).

Selon le milieu de résidence, la population qui réside en milieu urbain est plus consommatrice des services ambulatoires et hospitaliers que la population qui réside en milieu rural, respectivement 43.0% contre 34.7% lorsqu'il s'agit du recours aux services ambulatoires et 4.3%, contre 2.7% lorsqu'il s'agit du recours à l'hôpital (pour les patients adultes). Cette différence d'utilisation des services de soins entre milieux est peut être due à une plus grande accessibilité physique des établissements de santé en milieu urbain. Le même constat reste vrai lorsqu'il s'agit des patients jeunes (enfants de moins de 12 ans).

L'âge des répondants ne semble pas influencer sur le recours aux soins en ambulatoire. Le recours aux services ambulatoires est presque identique quel que soit le groupe d'âge et varie entre 37% et 43%. Par contre lorsqu'il s'agit du groupe d'âge de plus de 60 ans on remarque une prédominance du recours aux soins en milieu hospitalier, 14% pour les tranches d'âges de 60-69 ans et 70 ans et plus, contre un pourcentage cumulé de 6.3 pour les tranches de 18 à 44 ans.

Il n'existe pas par ailleurs de différence significative entre les répondants relativement à leurs tranches d'âges concernant la perception du besoin non satisfait. Le pourcentage de répondants déclarant un besoin non satisfait ou (soin non trouvé selon la traduction littérale de l'expression « unmet care ») varie entre 10.5% et 11.7% parmi les tranches d'âges médianes (30 à 69 ans). Ce besoin non satisfait est exprimé davantage dans les tranches d'âges jeunes 18-29 ans avec près de 16% de répondants déclarant un besoin de soins non satisfait.

La non utilisation des services de santé est observée davantage dans la tranche d'âges 70 ans et plus avec un pourcentage de 44.4% de répondants dans cette tranche déclarant ne pas utiliser un service de santé ou ne pas exprimer un besoin de santé.

Le paramètre 'niveau de scolarisation' semble avoir un certain effet sur l'utilisation des services sanitaires, notamment hospitaliers. Le recours aux services ambulatoires semble plus important chez le segment de répondants sans niveau de scolarisation (76.2% contre 40.5% dans le segment 1-5 années de scolarisation, 35.4% dans le segment 6-11 années et 45.1% dans le segment > 12 ans de niveau d'études). Les résultats rapportent également une utilisation des services de santé informels qui augmente très légèrement avec les niveaux d'instruction, il varie de 0% dans le segment sans niveau d'instruction à 1.5% parmi les répondants du segment à niveau d'instruction le plus élevé.

Il est difficile de tirer une quelconque conclusion sur la base des résultats obtenus concernant les niveaux d'utilisation des services de santé par rapport au paramètre niveau d'instruction. D'autres croisements de données selon divers paramètres seront nécessaires pour appréhender la signification des données.

L'utilisation des services de santé telle que reportée par les participants à l'enquête semble être sensiblement influencée par le paramètre niveau socio-économique des répondants.

L'utilisation des services ambulatoires et hospitaliers semble proportionnelle au niveau socioéconomique. Inversement, la perception du besoin non satisfait (ou du service non retrouvé) est inversement proportionnelle au niveau socioéconomique.

Parmi la population qui a opté pour le secteur gouvernemental, 71 % ont utilisé les services ambulatoires et 11,6% les services hospitaliers.

Pour le secteur privé, 80,2% ont recouru aux services ambulatoires et seulement 5,3 % aux services hospitaliers. Les services hospitaliers du secteur public semblent être mieux sollicités par la population.

Tableau 6. 1 Utilisation des services de santé et besoin non satisfait

	Ambulatoire (adulte)	Ambulatoire (enfant)	hospitalier adulte	hospitalier enfant	soins informels	besoin non satisfait	n'a pas utilisé
Sexe							
Féminin	43,6	11	4,7	0,6	0,6	12,4	27
Masculin	36,2	5,6	2,7	0,1	0,6	12,7	42,1
Milieu de résidence							
Urbain	43	10,1	4,3	0,5	0,6	11,8	29,6
Rural	34,7	5,1	2,7	0,1	0,6	13,6	43,2
Groupe d'âge							
18-29 ans	37,5	6,9	3,2	0,5	1,1	15,7	35,2
30-44 ans	39,1	15,1	3,1	0,6	0,6	11,7	29,8
45-59 ans	43,1	5	3,2	0,1	0,2	10,5	37,8
60-69 ans	42,2	2	7,6	0,0	0,0	11,5	36,6
70 et plus	41,2	0,1	6,3	0,0	0,0	8,0	44,4
nombre d'années de scolarisation							
0	76,2	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	16,9
1-5	40,5	5,8	3,4	0,7	0,1	15,3	34,1
6-11	35,4	9,0	4,2	0,6	0,6	16,3	33,9
12 et plus	45,1	7,4	0,9	0,3	1,5	12,0	32,9
Quintile du bien être							
Q1	33,4	6,3	1,5	0,2	1,4	17,1	40,1
Q2	34,5	5,0	3,5	0,2	0,3	12,4	44,1
Q3	35,8	12,2	3,8	0,1	0,3	12	35,8
Q4	41,3	8,4	5,1	0,7	0,4	12,3	31,8
Q5	50	8,8	2,3	0,5	1,1	10,9	26,4
Prestataire							
Public	54,6	17,6	10,5	1,1	0,3	7,6	8,5
Privé	74,4	5,8	4,2	0,1	0,3	10,1	5,2
Autres	68,3	20,9	6,7	0,0	0,0	0,0	4,1
Total	39,9	8,3	3,7	0,4	0,6	12,5	34,7

6.2. Réactivité du système de santé : services ambulatoires

La facilité d'accès aux services ambulatoires est appréciée à travers deux paramètres : le temps nécessaire pour accéder à la structure sanitaire et le délai d'attente pour bénéficier du service.

6.2.1. Le temps de déplacement

La durée moyenne pour atteindre un établissement de santé est estimée non satisfaisante par 50% des femmes et 49.5% des hommes. Elle est jugée comme tel par près de 39% des répondants du milieu urbain et par 71% des répondants dans le rural (tableau 6.2)

Selon l'âge des répondants, la durée moyenne de déplacement est jugée mauvaise par les personnes âgées de 70 années et plus, avec près de 56% de réponses. Ce constat est vrai parmi les populations les plus vulnérables, soit :

- Les populations non scolarisées : 82% contre 38 – 40% pour les répondants ayant un niveau de scolarisation ;
- Les populations à faible revenu : 77% pour le quintile le plus pauvre contre 33% pour celui le plus aisé.

Selon le prestataire, il semble que les utilisateurs des services privés accèdent plus rapidement aux structures en 47% que ceux qui utilisent les services publics, avec 51% de réponses défavorables à la durée du temps d'accès.

6.2.2. Le délai d'attente

Les données recueillies auprès des répondants montrent un délai d'attente plus long pour les femmes (56% de réponses défavorables) que les hommes (46%). Ce délai d'attente semble être jugé de manière semblable selon les âges des répondants (tableau 6.2).

Selon le niveau de scolarisation, le délai d'attente est estimé mauvais par la frange de répondants sans niveau de scolarisation à 31% contre un délai jugé plus long pour les répondants de niveau 6-11 années d'études (46.6%). À l'inverse, le délai d'attente est jugé trop long par les répondants issus du milieu socioéconomique défavorisé (68% pour le quintile 1 le plus pauvre) que par ceux à haut niveau socioéconomique (41% de réponses pour le quintile 4).

Fait éloquent, 100% des répondants trouvent que le délai d'attente est mauvais¹ ou très mauvais dans le cas de l'utilisation des services ambulatoires pour les accouchements.

Ce délai est moins bien apprécié parmi les utilisateurs des services sanitaires publics (64%) que parmi les répondants utilisant les services du secteur privé (39%).

6.2.3. Le respect de la dignité des usagers

Le respect de la dignité est apprécié à travers deux critères : parler respectueusement et respecter l'intimité.

¹ « Mauvais » reflète l'insatisfaction des patients du temps d'attente

Les deux critères semblent être peu appréciés par les femmes (respectivement 24% et 15%) que par les hommes (19% et 13%). Entre milieux de résidence, les répondants en milieu rural apprécieraient moins le comportement des prestataires vis-à-vis des deux critères énoncés (23% et 16% d'insatisfaits contre 21% et 13% en milieu urbain) (tableau 6.2).

Selon l'âge des répondants, les jeunes semblent les plus sensibles à cette question, avec 26% et 16% d'insatisfaits parmi les 18-29 ans contre 13% et 6% chez les 60-69 ans, la tendance est décroissante entre les deux tranches d'âges.

Le niveau de revenu pourrait avoir un effet discriminatoire relativement à l'aspect mesuré. En effet, le pourcentage de répondants insatisfaits va en décroissance du niveau de faible revenu (36% et 24% pour le Q1) à ceux de revenu modéré et élevé (16% et 9.5% pour le Q4). Les répondants de niveau socioéconomique très élevé Q5 font l'exception avec des chiffres d'insatisfaits de près de 19% et 12%.

Autre fait significatif, selon le motif de recours, il apparaît que les utilisatrices des services ambulatoires pour des prestations d'obstétrique (accouchement) soient les moins satisfaites du respect de la dignité dans ces structures (51.5% et 39%). Ceci expliquerait en partie la non utilisation de ces services sensés fournir des prestations de proximité aux femmes parturientes et leur éviter des déplacements vers des structures hospitalières plus éloignées ou simplement les obliger à accoucher en milieu non surveillé. Les moins insatisfaits de ces critères de respect de la dignité sont les patients suivis pour affections chroniques (22% et 13%).

Relativement au secteur d'activité, les répondants utilisateurs du secteur public sont les plus insatisfaits du niveau de respect de la dignité (38% et 24.5% d'insatisfaits contre seulement 7% et 4% dans le secteur privé).

6.2.4. La communication prestataire usagers

En matière de communication envers les usagers deux critères ont été soumis à l'appréciation des répondants. Il s'agit du :

- niveau de satisfaction par rapport à la clarté des explications données
- temps accordé aux questions de clarification

Les données collectées concernent les pourcentages des répondants estimant « modéré à très mauvais » les critères annoncés (tableau 6.2).

Il n'existe pas de différences suffisamment concluantes concernant la variabilité des pourcentages relativement aux différentes catégories de regroupement des répondants. Le seul critère parlant concerne les pourcentages d'insatisfaits relevés entre secteur public (36.4% pour les explications claires et 37.8% pour le temps accordé aux questions des patients) et secteur privé (respectivement 14.8% et 14.5%).

Tableau 6.2 Evaluation des domaines de réactivité des services ambulatoires, par le patient: %des patients ayant vu que c'est " moyen, mauvais, très mauvais"

	temps moyen (mn) pour y accéder à SS	temps pour y accéder	Temps d'attente	Respect	Intimité	Explication	Temps pour poser les questions
Sexe							
Féminin	40,9	50,0	56,4	24,2	15,5	27,9	29,3
Masculin	46,5	49,5	45,9	18,9	13,1	23,3	26,4
Milieu de résidence							
Urbain	31,3	38,9	48,5	20,9	13,5	25,9	26,8
Rural	67,8	70,9	56,8	23,2	16,1	25,3	30,1
Groupe d'âge							
18-29 ans	38,6	47,8	50,3	26,1	16,4	34,8	35,4
30-44 ans	40,5	51,8	50,9	21,2	15,5	23,6	26,5
45-59 ans	42,1	48,2	53,6	20,4	13,3	24,3	25,7
60-69 ans	66,6	50,5	49,6	12,8	6,5	9,4	17,7
70 et plus	62,3	55,8	52,8	18,6	13,9	18,0	19,9
nombre d'années de scolarisation							
0	66,7	82,3	30,9	0,0	0,0	30,9	30,9
1-5	39,6	40,1	45,1	15,5	12,7	24,2	26,0
6-11	30,7	40,0	46,6	23,5	12,0	21,6	23,1
12 et plus	37,6	38,0	44,4	20,0	11,8	35,2	31,9
Quintile du bien être							
Q1	79,5	77,2	67,7	36,0	24,1	36,4	44,3
Q2	62,1	71,0	60,2	21,8	14,5	23,6	31,1
Q3	44,7	64,5	48,8	22,1	16,6	23,8	26,8
Q4	33,2	30,4	41,2	16,3	9,5	25,0	23,8
Q5	29,5	33,3	48,9	18,6	12,1	24,5	24,1
Cause de consultation							
Vaccin-enfant	36,2	50,1	61,8	31,6	19,3	29,2	32,8
Prévention	42,8	64,7	55,0	30,5	23,5	32,7	32,4
Accouchement	45,4	47,1	100,0	51,5	38,7	51,5	51,5
Fièvre/diarrhée/toux	33,9	34,4	62,1	25,3	13,5	29,1	31,4
Blésseures	59,5	77,1	48,5	30,0	17,8	25,2	21,6
Arthrite/Asthme/MCV	43,5	59,1	63,0	21,7	12,8	26,6	31,7
Autres	44,3	47,5	46,8	19,1	12,5	23,1	22,5
Préstataire							
Public	38,5	51,3	63,9	38,0	24,5	36,4	37,6
Privé	48,2	47,4	39,4	6,8	3,6	14,8	14,5
Autres	91,4	48,8	64,3	35,8	76,3	56,3	81,1
Evaluation							
très bien	33,8	45,6	44,2	17,9	8,8	15,6	21,0
Bien	39,3	38,7	43,7	18,0	12,6	23,8	23,1
Moyen	44,7	48,1	49,1	19,0	11,5	25,1	23,9
mauvais	45,9	58,7	61,5	32,3	22,3	33,9	37,3
très mauvais	55,7	68,1	66,1	22,6	13,7	22,0	20,7
Total	43,6	49,7	51,3	21,6	14,4	25,7	27,9

6.2.5. Autonomie des patients par rapport aux prescriptions médicales : informations sur les traitements et participation aux choix thérapeutiques

Les données fournies pour cette analyse descriptive concernent les pourcentages de répondants jugeant « modéré, mauvais ou très mauvais » les critères relatifs au respect de leur autonomie de décision par rapport à la prescription du prestataire (tableau 6.3).

Autour de 45% des répondants femmes et 35% des hommes estiment être insatisfaits du niveau d'informations et de leur implication lors de la prescription de leur propre traitement. Ces pourcentages sont plus élevés parmi les répondants en milieu rural (autour de 43% pour les deux critères) qu'en milieu urbain (37% et 39% respectivement pour les informations et l'implication/participation à la prescription).

La distribution des pourcentages de répondants insatisfaits ne semble pas suivre une certaine variabilité selon les groupes d'âges.

Cette insatisfaction est relatée davantage parmi les répondants niveau scolaire bas que ceux de niveau plus élevé (51% pour les deux critères parmi les sans niveau d'éducation contre 29.7% et 32.7% parmi les 6-11 ans d'études), exception faite du dernier segment 12 années et plus qui affiche un pourcentage d'insatisfaits autour de 36 – 37%.

La mauvaise appréciation de cette autonomie est inversement proportionnelle au niveau socioéconomique. 57% - 58% des répondants du 1er quintile ont jugé leur niveau d'autonomie mauvais ou très mauvais, contre 28% - 27% des répondants du 5ème quintile le plus riche.

Selon le motif de consultation, c'est encore dans les situations d'utilisation des services ambulatoires pour des soins d'obstétrique que les répondants estiment être le moins sollicités (près de 36%) que ce soit pour leur expliquer les traitement que pour demander leur avis quant aux choix thérapeutiques relatifs pourtant à leur état de santé.

La prise en considération de l'avis du patient et son implication dans son traitement est aussi mieux perçue dans le secteur privé avec 18% et 17% seulement d'insatisfaits contre 35% et 38% parmi les répondants utilisateurs du secteur public.

6.2.6. Confidentialité : entretien en privé ; confidentialité des enregistrements et données médicales personnelles.

Le pourcentage des répondants jugeant mauvais ou très mauvais le respect des deux critères choisis pour mesurer la perception du respect de la confidentialité lors du passage en consultation ambulatoire ne semble pas suivre une variation particulière dans les catégories Sexe ; Ages ; Niveau de scolarisation.

Par contre, ce pourcentage d'insatisfaits est de plus en plus élevé lorsqu'on s'approche des Niveau Socio-économique bas (12.9% et 9.7%) dans le quintile le plus riche, contre 31% pour le deux critères parmi les répondants du 1er quintile le plus pauvre.

Encore une fois, la variation est très nette entre secteur privé (avec seulement 5.5% et 2.9%) et secteur public (26.8% et 20.9%).

6.2.7. Liberté du choix du prestataire

La variation des pourcentages de répondants déclarant leur insatisfaction est surtout retrouvée entre utilisateurs du secteur public (51%) et ceux du secteur privé (17%).

6.2.8. Aménagements de base : propreté de la structure ; espace

Une distribution similaire des pourcentages de réponses défavorables est relevée pour ce paramètre. Ces pourcentages vont en décroissance à la fois avec les âges des répondants qu'avec l'augmentation de Niveau Socio-économique des répondants. A l'inverse, les pourcentages de répondants non satisfaits augmentent avec l'augmentation des niveaux d'études (25.7% et 39.5% chez les 1-5 ans de scolarisation et 35.9% et 44.2% parmi les plus de 12 ans d'études).

Tableau 6.3 Evaluation des domaines de réactivité des services ambulatoires, par le patient: %des patients ayant vu que c'est " moyen, mauvais, très mauvais"

	Discussion du traitement	Participation	Discussion en privé	Confidentialité	Liberté du choix du prestataire	propreté	Espace
Sexe							
Féminin	42,8	45,2	16,2	14,0	36,6	27,7	36,9
Masculin	35,2	35,8	15,6	12,0	38,0	28,6	39,3
Milieu de résidence							
Urbain	36,9	39,2	13,9	11,3	35,5	29	39,1
Rural	43,4	43,7	19,9	16,6	40,7	26,5	36,0
Groupe d'âge							
18-29 ans	45,5	46,9	19,2	15,7	40,8	34,4	41,6
30-44 ans	31,4	34,4	14,1	12,1	38,3	31,5	45,5
45-59 ans	41,5	41,7	17,2	12,9	36,8	22,6	30,7
60-69 ans	40,3	42,1	8,9	7,4	30,3	16,4	25,2
70 et plus	34,3	39,0	14,1	14,1	21,1	14,1	25,0
nombre d'années de scolarisation							
0	51,4	51,4	51,4	0,0	51,4	0,0	0,0
1-5	33,1	34,6	15,0	10,9	33,9	25,7	39,5
6-11	29,7	32,7	14,2	10,8	35,7	29,6	40,5
12 et plus	37,2	36,4	13,7	9,4	38,3	35,9	44,2
Quintile du bien être							
Q1	57,3	58,7	31,4	31,5	48,0	35,3	46,4
Q2	47,6	50,0	15,3	10,3	38,6	27,5	36,4
Q3	36,2	39,4	16,4	15,2	41,9	28,2	41,5
Q4	34,6	34,8	11,9	9,3	29,9	27,1	39,2
Q5	28,2	27,8	12,9	9,7	34,5	28,3	35,1
Cause de consultation							
Vaccin-enfant	27,1	32,3	24,0	20,3	50,6	48,4	53,7
Prévention	34,2	26,7	28,7	25,7	42,6	35,6	38,9
Accouchement	35,8	35,8	38,7	38,7	48,9	51,5	51,5
Fièvre/diarrhée/toux	30,7	28,2	17,3	15,3	34,2	34,9	47,0
Blésseures	26,9	27,5	12,7	10,2	34,1	31,6	28,8
Arthrite/Asthme/MCV	32,6	30,6	17,3	13,4	28,3	20,0	33,2
Autres	23,2	21,9	12,9	8,9	32,1	26,3	35,7
Préstataire							
Public	35,1	32,8	26,8	20,9	51,1	47,3	52,7
Privé	18,1	17,1	5,5	2,9	17,1	10,6	24,2
Autres	54,7	54,7	54,7	54,7	40,7	35,9	45,4
Evaluation							
très bien	23,0	19,9	10,8	9,3	25,2	26,3	29,3
Bien	23,5	25,1	13,9	8,2	30,7	31,1	41,7
Moyen	23,8	23,0	14,5	11,1	36	27,3	35,7
mauvais	36,7	30,2	21,6	14,6	35,2	23,4	37,5
très mauvais	27,9	25,1	19,8	19,7	35,2	31,3	43,8
Total	39,0	40,6	15,9	13,0	37,3	28,1	38,0

6.3. Réactivité du système de santé : services hospitaliers

6.3.1. Profils des patients hospitalisés

Les longs séjours en milieu hospitalier (soit plus de 6 jours dans cette enquête) concernent plus souvent les patients hommes (58.2%) que les femmes (29.3%) ; les patients résidants en milieu rural sont plus concernés (40.6%) par ces longs séjours que ceux du milieu urbain (37.5%) (tableau 6.4).

Aussi, ces longs séjours concernent-ils plus les patients du groupe d'âges de 60 – 69 ans (72.6%) que le reste des groupes. De manière générale, les longs séjours concernent souvent les patients de groupes d'âges de 45 ans et plus que les plus jeunes.

Selon leur niveau de scolarisation, les patients ayant plus de 12 années d'études sont plus représentés dans les hospitalisations longs séjours (32.5%).

Les patients de revenus faibles ou moyens (2ème et 3ème quintile) sont plus concernés par les longs séjours (respectivement 40.1% et 44.5%) que ceux à très faibles revenus (Q1 : 28.4%) et à revenu très élevé (Q5 : 37.6%).

Selon les raisons d'hospitalisation, les arthrites et maladies rhumatologiques (dues ou non à des maladies systémiques (95%), les cardiopathies (88.2%) et les fièvres (77.6%) sont les motifs les plus fréquents d'hospitalisations de longs séjours.

Les patients hospitalisés ayant passé durant les trois dernières années un séjour hospitalier de plus de 6 jours estiment leur état de santé aujourd'hui mauvais (52.9%) ou très mauvais (70.5%) comparativement à ceux qui jugent leur état de santé bon (28.5%) ou très bon (35.2%).

6.3.2. Appréciation des caractéristiques des prestataires de soins par les patients : compétences, équipements et médicaments.

Les femmes semblent être plus satisfaites des compétences (85.2%) et des équipements de soins (75.2%) que les hommes. En revanche, ces derniers seraient plus sensibles à la disponibilité des médicaments (68.7%). Ces trois critères semblent être jugées adéquates dans le groupe d'âge 80 ans et plus et davantage parmi les patients du milieu rural (compétences (87%), équipements (74.8%) et médicaments (63.3%)) (tableau 6.4).

Relativement au niveau de scolarisation, les répondants ayant suivi 6 années d'études et plus apprécieraient comme adéquates et suffisantes les compétences, équipements et médicaments mis à leur disposition au sein des structures hospitalières visitées lors de leur dernier séjour. Cette même appréciation est retrouvée chez les répondants à revenu moyen Q3 (compétences 91.5%, équipements 84.1%; médicaments 73.2%).

Les répondants ayant séjourné à l'hôpital pour un problème de fièvre semblent être les mieux satisfaits des 3 caractéristiques des prestations sanitaires (compétences 97.5% ; équipements 87.4% ; médicaments 89.7%). Les moins satisfaits seraient les usagers qui ont séjourné pour des causes d'arthrites (compétences 66.4% ; équipements 52% ; médicaments 11.2%) qui nécessitent des longs séjours.

Les usagers des hôpitaux du secteur privé semblent être les mieux satisfaits des compétences 94.6%, des équipements 94.3% et des médicaments 85.2% qu'offrent ces structures.

6.3.3. Accessibilité aux services hospitaliers

Les femmes utilisatrices des services hospitaliers mettent en moyenne 49.5 minutes pour arriver à l'établissement hospitalier contre 89.6 minutes pour les hommes. Lorsqu'on regarde les moyens de transport utilisés, parmi les femmes utilisatrices, 29.1% ont utilisé un moyen de transport privé contre seulement 17% parmi les hommes (tableau 6.4).

Les utilisateurs résidants en milieu rural semblent être défavorisés en terme d'accès aux soins hospitalier. Ils mettent en moyenne 90.3 min pour atteindre l'hôpital contre 53 min pour les urbains. Dans les 2 cas, 24 à 27% des patients hospitalisés ont utilisé un moyen de transport privé.

Les patients hospitalisés des groupes d'âges supérieurs à 45 ans ont besoin de 72.8 à 109.8 min pour arriver à l'hôpital contre 45.8 à 47 min pour les groupes d'âges inférieurs. L'utilisation d'un moyen de transport privé semble très faible (1% seulement) dans le groupe d'âge de 80 ans et plus. Cette utilisation est paradoxalement plus élevée (38.3%) dans le groupe d'âge 60 – 69 ans qui présente le plus long délai pour atteindre l'hôpital, soit 109.8 minutes.

Selon le niveau de revenu, les patients hospitalisés du 1er quintile mettent en moyenne 104.5 min pour atteindre l'hôpital contre 54.6 min dans le groupe à haut revenu (5ème quintile). L'utilisation d'un moyen de transport privé suit également la même distribution soit 18.4% dans le Q1 et 46.6% dans le Q5. Le facteur revenu est ici très discriminatoire.

Selon le motif d'hospitalisation, les patients admis pour affections cardiovasculaires, traumatismes ou pour chirurgie mineure présentent les délais les plus longs (respectivement 88.6, 65.9 et 136.7 min). À l'inverse, les patients admis pour des motifs d'asthme, d'accouchement, de douleurs rhumatismales ou de syndrome fébrile présentent les délais les moins longs (respectivement 26.7, 32.0, 35.5 et 38.2 min).

6.3.4. Délais de rendez-vous d'hospitalisation

Une différence existe quant aux délais d'hospitalisation entre patients femmes et hommes. Ainsi, parmi les hospitalisés 7% des hommes contre seulement 1.9% des femmes ont attendu plus d'un mois pour être admis dans un service hospitalier(tableau 6.4).

Parmi ces répondants utilisateurs des hôpitaux, 5.7% provenant du rural contre seulement 2.8% parmi les patients provenant du milieu urbain, avaient attendu plus d'un mois avant de bénéficier d'une hospitalisation.

Les répondants des groupes d'âges supérieurs (60 années et plus) sont les plus concernés par les délais d'hospitalisation de plus d'un mois (jusqu'à 9.3% des répondants contre seulement 1% des 18-29 ans).

Les motifs d'hospitalisation ne semblent pas affectés les délais d'hospitalisation.

Entre secteurs hospitaliers, 0.2% seulement des patients admis en hospitalisation privée auraient attendu leur admission plus d'un mois contre 4.2% des patients en hospitalisation publique.

6.3.5. Nombre moyen de personnes occupant la même salle d'hospitalisation

Il n'existe pas de différence significative quant au nombre moyen de patients occupant conjointement la même salle d'hospitalisation selon qu'on se réfère au sexe des patients ou à leur âges (entre 4.0 et 4.5

patients). Toutefois, parmi les groupes d'âges 70 – 79 ans et 80 ans et plus le nombre moyen de patients occupant la même salle d'hospitalisation varie respectivement de 3.0 à 6.3 patients.

Cependant, il existe une différence quant au nombre moyen de patients occupants la même salle d'hospitalisation entre l'hospitalisation privée et publique, respectivement 1.1 patients et 5.1 patients.

6.3.7. Coût moyen d'un séjour hospitalier

Le séjour hospitalier semble coûter en moyenne plus cher pour les hommes que pour les femmes. Ainsi pour les premiers le séjour coûterait en moyenne 3.020 DH pour les premiers et seulement 1.268 DH pour les seconds.

Entre milieux de résidence, les coûts paraissent légèrement plus élevés chez les ruraux (2.076DH) par rapport aux urbains (1.731 DH).

Lorsqu'on regarde ces coûts de prise en charge en fonction des âges des répondants, une valeur maximale du coût moyen d'un séjour hospitalier est rapportée chez les patients hospitalisés du groupe d'âges 60-69 ans avec 3.762 DH. Des valeurs minimales sont observées chez les patients jeunes (953DH), moins utilisatrices des services hospitaliers lourds.

Ce coût moyen semble augmenter en parallèle avec le niveau de scolarisation. Ainsi, ce coût est-il de 133 DH dans le groupe jamais scolarisé et de 2.777 DH dans le groupe 12 années et plus d'études. Un coût moyen de 1.191 à 1.264 est rapporté dans le cas de séjours hospitaliers pour des patients de niveau scolaire de 1 à 11 ans d'études.

Selon le niveau socioéconomique des répondants, un coût moyen du séjour hospitalier de 1.160 – 1.931 DH est rapporté dans les 3 premiers quintiles. Ce coût moyen double dans les quintiles de revenus supérieurs Q4 et Q5 avec respectivement 2.176 et 2.425 DH.

Le coût moyen d'un séjour hospitalier varie aussi en fonction des motifs d'hospitalisation. Les valeurs maxima sont observées pour les séjours hospitaliers motivés par les traumatismes (6.740 DH) et les maladies cardiovasculaires (2.872 DH). Les valeurs minima sont rapportées pour les hospitalisations motivées par un syndrome fébrile (565 DH) et un accouchement (781DH).

Une grande différence existe quant au coût moyen d'un séjour hospitalier passé dans un établissement public (1.211 DH) et un établissement privé (4.029 DH). Un coût intermédiaire est observé dans les établissements hospitaliers semi-publics.

6.3.8. Perception de la discrimination

Il ne semble pas y avoir de différence relative à leurs sexes, à leurs âges, à leurs niveaux de scolarisation ou à leurs niveaux de revenus entre patients hospitalisés quant à leur perception d'une forme de discrimination.

A l'encontre, 12.2% des patients hospitalisés dans un établissement privé déclarent subir une discrimination contre 34.8% de ceux utilisant l'hôpital public.

Tableau 6.4 Caractéristiques des répondants ayant été hospitalisé au cours des 5 dernières années

	Répondants jugeant que les prestataires des services sont compétents									
	+ 6 js d'hospitalisation	savoir-faire	Equipement	offre des médicaments	Temps moyen pour accéder au service (min)	% des répondants ayant utilisé voiture/moto	Répondant ayant attendre plus d'un mois pour être hospitalisé	Nombre de patient dans la même chambre	le coût moyen d'une hospitalisation	% des répondants ayant constaté une discrimination
Sexe										
Féminin	29,3	85,2	75,2	57,7	49,5	29,1	1,9	4,5	1.268,2	30,1
Masculin	58,2	80,3	71,5	68,7	89,6	17,0	7,0	4,0	3.020,4	31,4
Milieu de résidence										
Urbain	37,5	82,7	73,9	60,4	53,0	24,7	2,8	4,4	1.731,7	31,1
Rural	40,6	87,0	74,8	63,3	90,3	27,5	5,7	4,2	2.076,4	28,7
Groupe d'âge										
18-29 ans	23,0	80,9	67,0	50,2	47,0	27,0	1,0	4,5	952,8	37,7
30-44 ans	22,3	84,1	74,7	62,5	45,8	27,8	4,6	4,2	1.787,4	34,3
45-59 ans	68,0	84,9	74,9	62,6	85,4	15,7	1,4	4,4	2.219,5	21,0
60-69 ans	72,6	87,6	85,5	73,2	109,8	38,3	9,3	4	3.762,4	22,6
70 et plus	62,6	84,3	84,3	82,3	86,4	12,3	5,7	4,1	1.664,7	14,7
nombre d'années de scolarisation										
0	0,0	100	41,9	41,9	24,7	41,9	0,0	1,7	133,2	0,0
1-5	26,1	78,0	62,3	51,9	55,3	23,5	3,4	4,6	1.264,4	29,5
6-11	25,7	83,2	72,4	55,0	46,5	20,9	2,0	4,0	1.191,9	34,0
12 et plus	32,5	79,5	71,0	64,5	44,8	47,1	3,7	3,0	2.776,5	28,3
Quintile du bien être										
Q1	28,4	87,8	75,8	69,0	104,5	18,4	3,5	4,1	1.331,8	30,7
Q2	40,1	79,9	62,1	48,2	76,4	25,6	3,8	4,9	1.931,7	36,2
Q3	44,5	91,5	84,1	73,2	60,1	15,9	5,4	4,2	1.160,2	26,4
Q4	36,2	84,0	75,2	54,2	45,3	22,6	3,3	5,2	2.176,1	34,3
Q5	37,6	80,3	73,9	66,2	54,6	46,6	1,8	3,1	2.425,3	26,6
Cause de consultation										
Vaccin-enfant	58,7	89,1	76,2	61,4	81,0	15,2	7,4	4,0	1.920,0	33,4
Fièvre	77,6	97,5	87,4	89,7	38,2	9,3	3,0	3,5	565,8	18,0
Accouchement	8,5	86,1	74,1	61,5	32,0	31,4	0,2	4,5	781,7	34,9
Arthrite	95,0	66,4	52	11,8	35,5	14,4	14,4	3,7	1.460,7	51,2
Ashme	62,4	88,4	83,4	39,4	26,7	31,9	0,0	4,5	1.711,6	16,6
maladies cardiaques	88,2	85,1	83,5	64,2	88,6	20,3	0,0	5,0	2.872,8	10,2
Blessures	29,9	74,7	62,7	67,1	65,9	20,3	6,1	3,2	6.740,2	35,1
Petite chirurgie	44,6	81,8	76,5	56,8	136,7	16,7	14,5	4,3	1.720,6	27,8
Autres	59,3	81,7	73,5	60,5	80,8	23,1	4,6	4,3	2.442,9	27,9
Préstataire										
Public	39,6	81,1	69,2	55,1	62,2	19,7	4,2	5,1	1.211,1	34,8
Privé	32,4	94,6	94,3	85,2	61,0	49,6	0,2	1,1	4.029,5	12,2
Autres	50,2	79,2	65,4	65,4	65,4	0,5	15,6	2,1	3.231,7	48,5
Evaluation										
très bien	35,2	87	78,6	59,3	46,1	23,5	0,0	3,8	2.447,2	22,6
Bien	28,5	82,5	69,9	57,9	62,6	18,9	1,8	4,2	1.119,4	41,8
Moyen	27,6	88,0	77,8	60,3	48,0	32,5	5,1	4,4	1.543,2	23,9
mauvais	52,9	73,9	64,7	62,4	60,4	26,7	5	3,7	1.741,5	40,4
très mauvais	70,5	85,1	81,5	69,5	115,5	18,5	3,1	5,8	3.333,1	18,3
Total	38,3	83,7	74,1	61,1	62,0	25,4	3,5	4,3	1.812,4	30,5

6.3.9. Evaluation de la réactivité de l'hôpital (Domaines où la réactivité de l'hôpital est appréciée comme moyenne, mauvaise ou très mauvaise)

6.3.9.1. Attention particulière : délai d'attente

Le délai d'attente est jugé non satisfaisant par 55.8% des patients hommes et 43.7% des patientes femmes. Cette appréciation est sans différence notable en fonction du milieu de résidence des patients (46.9% pour les urbains et 49.4% pour les ruraux) (tableau 6.5).

Rapportée aux différents groupes d'âges, cette appréciation est similaire chez les hospitalisés des groupes 18 à 69 ans (42.8 – 51.5%). Le groupe 70 et plus fait l'exception. Dans ce groupe, seuls 22.2% des hospitalisés partagent cette appréciation.

Il ne semble pas y avoir de différences significatives dans les pourcentages des patients hospitalisés ayant une appréciation non satisfaisante des délais d'attente, en rapport avec leurs niveaux d'éducation ou leurs revenus.

Par ailleurs, rapportés aux motifs d'hospitalisation, ces pourcentages connaissent des valeurs maxima et des minima. Le pourcentage le plus élevé d'insatisfaits du délai d'attente est observé dans le groupe de patients hospitalisés pour un syndrome fébrile (84.8%). La valeur la plus basse concerne les hospitalisés pour des motifs cardiovasculaires (19% seulement).

Relativement à la nature publique ou privée de l'établissement hospitalier, 53.2% des patients hébergés dans un hôpital public et 23.2% de ceux hospitalisés dans un hôpital privé déclarent non satisfaits des délais d'attente.

6.3.9.2. Dignité : parler respectueusement et respecter l'intimité

Les deux critères sont jugés non satisfaisants (moyens, mauvais ou très mauvais) plus par les patients hommes (35.4% / 26%) et les résidants du milieu urbain (32.3% / 24.5%) que par les patientes femmes (29.1% / 22.9%) et les résidants du milieu rural (27.2% / 21.7%).

Selon les groupes d'âges, les jeunes de 18 – 29 ans semblent être les plus sensibles aux questions de dignité. 41.9% et 34.3% des patients de ce groupe d'âges pensent que les deux aspects mentionnés sont insatisfaisants.

Il n'existe pas de différences significatives dans la perception liée aux critères de dignité explorés dans les groupes ‘niveau de scolarisation et revenus’.

Selon la propriété de l'établissement hospitalier, les patients hospitalisés dans un établissement public estiment à 37.5% que le critère ‘parler respectueusement’ n'est pas satisfaisant. En milieu hospitalier privé, seul 3.4% des hospitalisés partagent cet avis.

6.3.9.3. Communication interpersonnelle : explications claires et temps réservé aux questions

La communication est jugée insatisfaisante plus chez les patients hospitalisés hommes (39.9% et 39.6%) que chez les hospitalisées femmes (27.5% et 35%). Cette appréciation est maintenue entre groupes de

patients de provenance rurale (33.5% et 39.3%) et ceux de provenance urbaine (30.7% et 35.6%) (tableau 6.5).

Rapportés aux groupes d'âges, les pourcentages de patients insatisfaits des comportements communicationnels sont plus importants chez les patients jeunes de 18 à 44 ans (36.8% - 39.3% et 42.3% - 44.2%). Ces pourcentages sont les plus bas dans les groupes d'âges 45 à 69 ans (17% - 17.9% et 20.5% - 23.9%).

Les aspects de communication ciblés par l'étude sont jugés insatisfaisants dans les groupes de patients hospitalisés ayant des niveaux de scolarisation de 6 années et plus (39.9% - 38.2% et 43.1% - 40.7%). Des pourcentages assez disparates de patients ayant émis les mêmes appréciations sont rapportées dans les différentes classes de revenus.

Selon le motif d'hospitalisation, le groupe de patients hospitalisés pour des problèmes de rhumatismes inflammatoires semble être le plus concerné par les pourcentages des insatisfaits des aspects de communication. Ainsi, 51.2% des patients appartenant à ce groupe ont émis un avis défavorable quant aux aspects de communication précités. Des pourcentages d'insatisfaits plus faibles sont rapportés parmi les groupes de patients hospitalisés pour des motifs de maladie cardiovaseculaire (13.2%) et de chirurgie mineure (19.3%).

Lorsque cette appréciation est rapportée aux types de prestataires, les pourcentages d'insatisfaits dans les établissements publics dépassent de loin (35.5% et 36.9%) ceux observés parmi les usagers des établissements privés (4.7% et 10.8%).

6.3.9.4. Autonomie : informations et participation au traitement

Indépendamment du sexe des répondants, près de la moitié des patients hospitalisés jugent moyens, mauvais ou très mauvais les informations reçues à propos de leur traitement (43.1% des femmes et 57.2% des hommes) ainsi que leur participation (48.3% des femmes et 53.4% des hommes) (tableau 6.5).

Un constat semblable est observé lorsque les données sont rapportées aux groupes de milieu de résidence (47.6% et 49.5% pour les patients provenant du milieu urbain ; 49.3% et 52.2% pour ceux résidants en milieu rural).

La réactivité face aux critères ‘autonomie du patient’ est jugée non satisfaisante plus parmi les jeunes patients de 18 – 29 ans (60.2% et 64.9%) que parmi les patients des groupes d'âges avancés 70 ans et plus (25.7% et 26.7%).

Des pourcentages rapprochés sont rapportés dans les groupes de niveaux de scolarisation. Toutefois, ces pourcentages suivent une courbe décroissante allant de 100% et 58.1% d'insatisfaits parmi les patients sans aucun niveau scolaire à 47.3% et 40.8% d'insatisfaits dans les groupes de patients hautement scolarisés (12 ans et plus).

Selon les niveaux de revenus, 77.1% et 67.6% des patients hospitalisés, appartenant au groupe de revenu du 1er quintile ne sont pas satisfaits du niveau de réactivité de leur établissement hospitalier, contre 37.3% et 39.1% de ceux du groupe 5ème quintile.

Aussi, ces pourcentages montrent-ils de grandes différences lorsque rapportés au type d'hospitalisation, publique ou privée. Ainsi, 31.8% et 32.8% des patients hospitalisés dans un établissement public seraient insatisfaits contre seulement 11.3% et 13% parmi les patients accueillis dans un établissement privé.

Tableau 6.5 Evaluation des domaines de réactivité des services hospitaliers: % jugeant que c'est "modéré, mauvais ou très mauvais"

	Temps pour y accéder	Temps d'attente	Respect	Intimité	Explication	Temps pour poser les questions	Discussion du traitement	Participation
Sexe								
Féminin	53,4	43,7	29,1	22,9	27,5	35,0	43,1	48,3
Masculin	71,5	55,8	35,4	26,0	39,9	39,6	57,2	53,4
Milieu de résidence								
Urbain	53,1	46,9	32,3	24,5	30,7	35,6	47,6	49,5
Rural	77,9	49,4	27,2	21,7	33,5	39,3	49,3	52,2
Groupe d'âge								
18-29 ans	60,6	48,9	41,9	34,3	36,8	42,3	60,2	64,9
30-44 ans	57,0	42,8	29,2	23,1	39,3	44,2	47,5	45,5
45-59 ans	51,7	59,4	28,3	18,4	17,9	23,9	46,2	52,9
60-69 ans	71,6	51,5	14,4	12,4	17	20,5	34,0	39,3
70 et plus	69,8	22,2	27,2	14,5	21,5	30,5	25,7	26,7
nombre d'années de scolarisation								
0	41,9	0,0	0,0	0,0	0,0	41,9	100,0	58,1
1-5	59,7	50,4	38,3	26,2	30,7	42,2	58,6	57,8
6-11	60,2	48,9	38,2	32,0	39,9	40,7	53,4	56,2
12 et plus	48,9	33,8	29,2	24,3	38,2	43,1	47,3	40,8
Quintile du bien être								
Q1	90,1	53,2	24,3	23,8	34,4	52,8	77,1	67,6
Q2	71,1	51,7	36,7	28,4	45,1	39,5	49,2	59,1
Q3	62,4	54,3	21,6	17,3	27,1	28,2	39,4	41,7
Q4	49,5	40,3	38,2	31,1	32,8	43,9	58,3	54,9
Q5	54,0	42,6	29,6	20,8	18,9	26,6	37,3	39,1
Cause de consultation								
Vaccin-enfant	76,2	69,2	37,5	30,1	31,7	33,3	32,5	38,1
Fièvre	81,1	84,8	25,5	22,2	27,9	35,3	33,4	30,8
Accouchement	50,4	36,3	28,4	25,2	31,3	36,1	26,5	27,7
Arthrite	5,0	61,4	36,8	36,8	51,2	51,2	33,6	48,0
Ashme	50,0	26,4	54,7	16,6	31,4	31,4	31,4	31,4
maladies cardiaques	84,5	19,0	19,1	5,7	13,2	23,2	25,8	18,5
Blessures	65,8	39,0	27,3	25,7	37,6	39,0	40,0	37,0
Petite chirurgie	61,8	63,2	32,3	24,0	38,8	19,3	20,2	20,6
Autres	64,8	55,1	34,1	22,5	25,7	28,9	29,3	31,1
Préstataire								
Public	59,3	53,2	37,5	28,5	35,5	36,9	31,8	32,8
Privé	56,3	23,2	4,3	3,4	4,7	10,8	11,3	13,0
Autres	71,8	61,1	34,6	20,8	36,0	49,7	61,1	61,1
Evaluation								
très bien	74,3	54,6	27,3	22,1	17,9	9,7	21,9	28,1
Bien	49,0	40,6	35,6	25,6	37,2	39,6	31,3	28,2
Moyen	55,6	40,2	26,9	23,6	30,6	37,1	29,3	31,7
mauvais	56,0	53,9	42,7	30,4	23,3	33,1	34,2	36,6
très mauvais	79,6	67,1	19,5	10,7	28,8	18,0	14,0	14,2
Total	59,0	47,5	31,1	23,9	31,4	36,4	48,0	50,1

6.3.9.5. Confidentialité : parler en privé ; confidentialité des enregistrements

Les pourcentages de patients hospitalisés jugeant moyens, mauvais ou très mauvais le niveau de respect de la confidentialité sont assez proches aussi bien entre patients hommes et femmes, qu'entre groupes de patients résidants en milieu urbain et ceux provenant du milieu rural.

Selon les groupes d'âges, les patients jeunes 18 – 29 ans semblent être plus concernés par cette question de confidentialité (avec 40.1% et 35%) que les plus âgés (avec 25% et 14.8%). Cette appréciation ne semble pas être influencée par le niveau de revenus des patients. En revanche, l'insatisfaction des patients à l'égard de ces 2 critères décroît avec leur niveau d'éducation. Ainsi, 43.7% et 38.3% des patients de niveau scolaire 1 à 5 ans sont insatisfaits contre 26.3% et 21.4% des patients de niveau supérieur (tableau 6.6).

36.7% et 28.5% des patients hospitalisés au niveau des établissements publics trouvent que la réactivité de l'hôpital à l'égard des questions de confidentialité est insatisfaisante, contre 9.5% et 2.8% des utilisateurs des établissements privés.

6.3.9.6. Choix du prestataire

Le pourcentage des patients jugeant la réactivité de l'hôpital à la question de la liberté de choix du prestataire, moyenne, mauvaise ou très mauvaise décroît avec leurs âges (67.4% des 18-29 ans et 19.4% des 70 ans et plus), leurs niveaux d'éducation (100% des non scolarisés et 44% des patients de niveau 12 ans et plus) et leurs niveaux de revenus (64.5% des patients du quintile 1 et 30.1% des patients du quintile 5) (tableau 6.6).

Ce pourcentage est d'autant plus élevé parmi les utilisateurs des établissements publics (46%) que ceux des structures privées (6.5%).

6.3.9.7. Aménagements hospitaliers de base : propreté et espaces

Les pourcentages de patients insatisfaits des aménagements de base au niveau des établissements hospitaliers montrent une différence significative entre utilisateurs des établissements publics (avec 40.9% et 37.9%) et ceux des établissements privés (5% et 11.1%) (tableau 6.6).

A l'intérieur des différentes catégories d'observations il n'existe pas de différences concluantes.

6.3.9.8. Support social : visites de familles, contact avec l'extérieur

Comme par ailleurs, la réactivité de l'établissement hospitalier face à la question du support social semble être fortement influencée par le type de prestataires. Ainsi, 26.2% et 23.7% des patients hospitalisés dans un établissement public déclarent non satisfaits de la réactivité de l'hôpital à l'égard des visites de familles et du contact avec le monde extérieur, contre 2.4% et 13.3% des patients hospitalisés dans un établissement privé (tableau 6.6).

Tableau 6.6 Evaluation des domaines de réactivité des services hospitaliers: % jugeant que c'est "modéré, mauvais ou très mauvais"

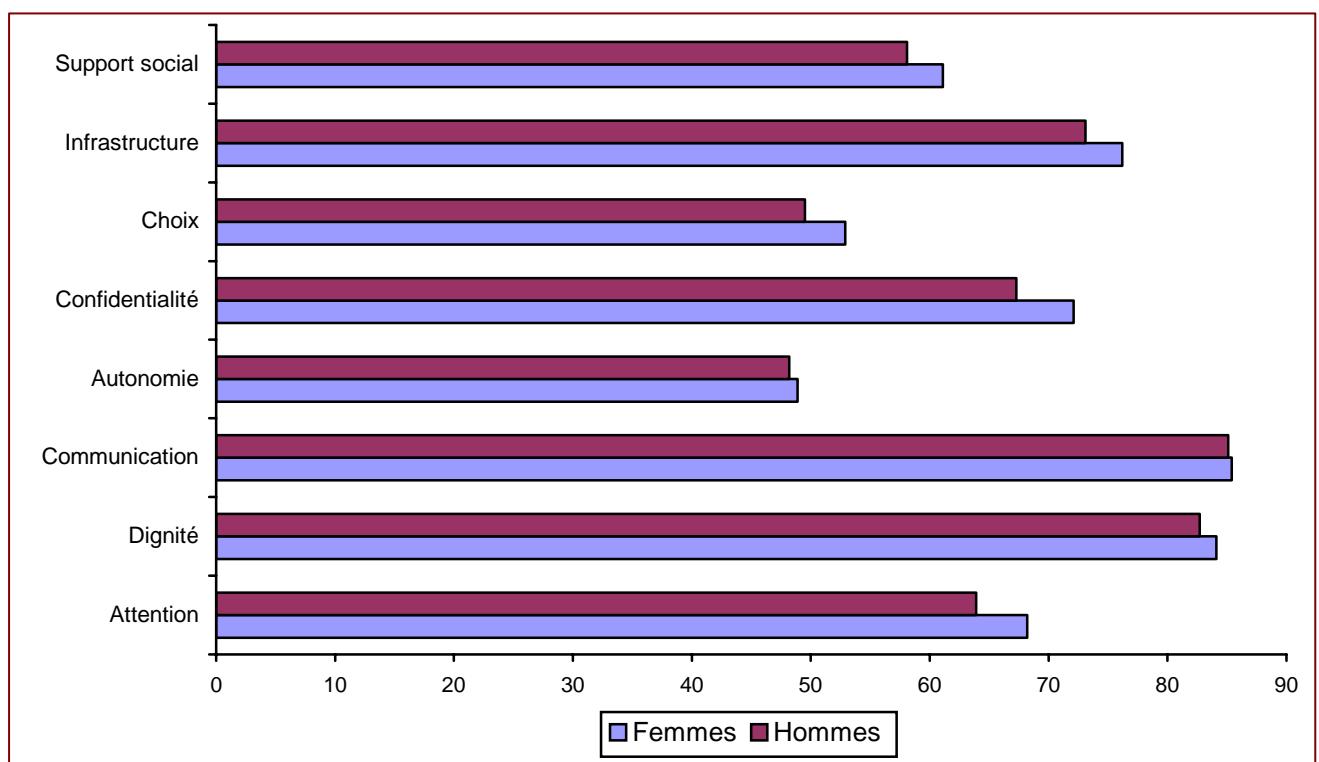
	discuter en privé	Confidentialité	choix du prestataire	Propreté	Espace	Visite de la famille	Contacte extérieurs
Sexe							
Féminin	31,2	24,8	49,6	33,1	28,9	22,1	20,4
Masculin	34,6	28,7	54,2	35,1	40,5	21,1	25,3
Milieu de résidence							
Urbain	31,6	24,4	51,0	34,6	35,0	21,4	20,9
Rural	34,6	31,5	51,4	31,1	24,8	23,0	25,1
Groupe d'âge							
18-29 ans	40,1	35,0	67,4	40,9	32,3	32,9	32,1
30-44 ans	34,2	27,0	57,6	37,6	35,0	22,5	21,6
45-59 ans	28,6	19,8	41,7	29,5	34,1	14,0	7,6
60-69 ans	14,0	17,1	18,4	13,2	27,5	5,7	25,0
70 et plus	25,0	14,8	19,4	20,5	19,5	13,6	18,8
nombre d'années de scolarisation							
0	0,0	41,9	100,0	41,9	0,0	0,0	0,0
1-5	43,7	38,3	61,6	44,7	35,3	24,9	22,2
6-11	32,1	28,9	56,7	31,0	31,6	23,2	24,3
12 et plus	26,3	21,4	44,0	36,7	35,9	21,5	16,0
Quintile du bien être							
Q1	44,6	41,3	64,5	33,4	27,5	25,0	31,1
Q2	35,4	33,0	66,8	43,4	37,4	31,9	28,4
Q3	26,3	20,9	51,0	20,3	28,4	19,4	11,7
Q4	44,0	31,1	50,3	40,7	34,6	21,3	33,2
Q5	18,1	16,4	30,1	31,5	33,9	15,6	11,5
Cause de consultation							
Vaccin-enfant	39,9	21,9	38,5	43,9	42,5	28,3	21,0
Fièvre	34,2	19,5	29,2	37,4	32,5	35,9	23,1
Accouchement	34,0	26,6	45,3	37,8	31,4	27,8	23,8
Arthrite	38,4	1,6	14,4	43,4	46,8	0,0	0,0
Ashme	15,5	15,5	33,3	36,8	75,5	38,8	39,4
maladies cardiaques	22,1	18,9	31,1	9,7	27,1	12,7	10,2
Blessures	34,1	18,1	51,4	39,5	44,0	24,8	17,9
Petite chirurgie	19,7	20,3	31,2	32,6	26,8	6,1	21,0
Autres	30,6	22,7	33,3	30,0	32,6	17,7	20,9
Préstataire							
Public	36,7	28,5	46,0	40,9	37,9	26,2	23,7
Privé	9,5	2,8	6,5	5,0	11,1	2,4	13,3
Autres	20,8	20,8	34,6	14,3	14,3	34,6	20,8
Evaluation							
très bien	26,5	23,1	42,7	30,0	15,9	24,0	28,0
Bien	33,6	24,4	42,3	37,4	28,3	26,1	20,1
Moyen	31,6	21,9	39,4	36,4	40,5	23,3	22,0
mauvais	40,3	32,5	37,7	37,6	35,3	20,3	17,2
très mauvais	16,5	13,4	23,3	15,6	28,5	7,7	24,9
Total	32,3	26,1	51,1	33,7	32,5	21,8	21,9

6.3.9.9. Perception de l'importance des domaines de réactivité (Attention ; Dignité ; Communication ; Autonomie ; Confidentialité ; Choix du prestataire ; Aménagements de base ; Support social).

Dans les différentes catégories de classement, les pourcentages de patients déclarant « très importants » les critères de réactivité sus cités sont assez comparables.

Les aspects de réactivité en rapport avec le respect de la dignité, la bonne communication et l'adéquation des aménagements de base semblent représenter la priorité de la majorité des patients hospitalisés, les jugeant comme « très important ».

Figure 6.1: % patients hospitalisés ayant jugé "très important" les 8 critères de réactivité de l'hôpital, selon le sexe

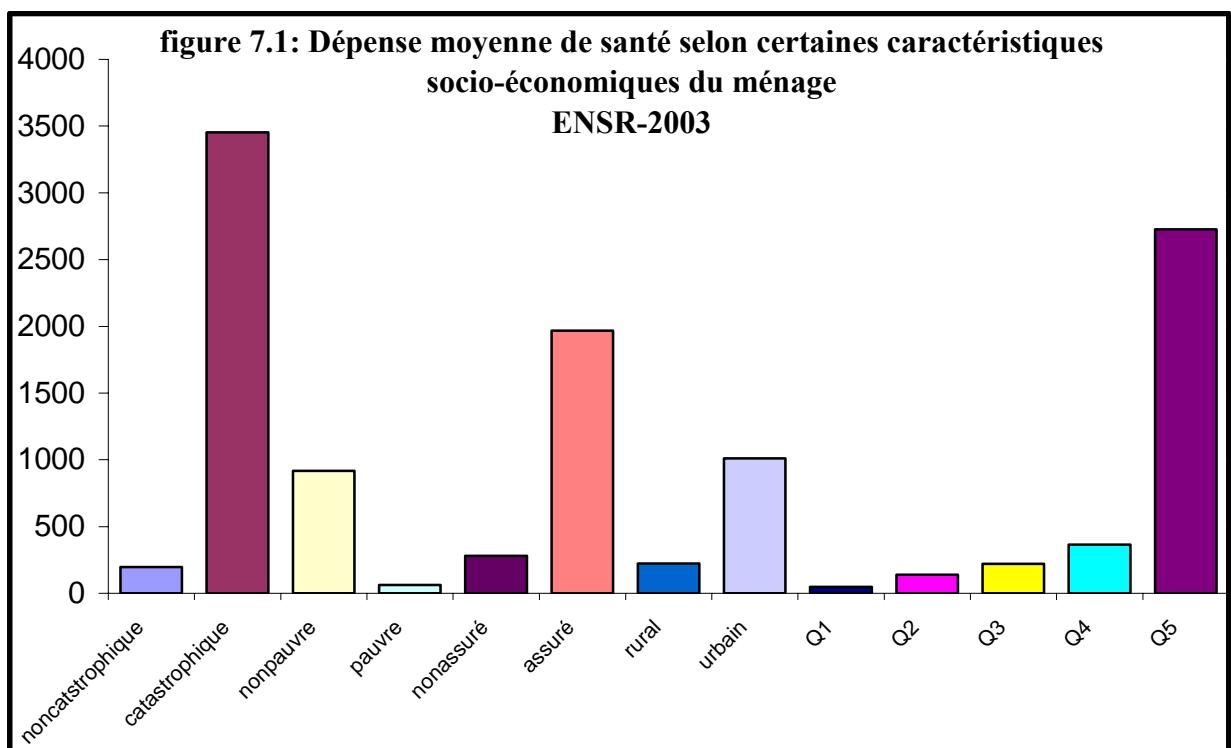


CHAPITRE 7 : DEPENSES DE SANTE ET COUVERTURE PAR UNE ASSURANCE

7.1. Dépenses de santé

Selon les données de « l'enquête nationale sur la santé et la réactivité du système de santé », un ménage dépense en moyenne 699 dirhams par an en service de santé au niveau national. Ce montant représente environ 9,7% de la dépense totale et 17,6% du potentiel⁹ de dépense en service de santé. Cette enquête révèle, également, de grandes disparités à la fois spatiales, catégorielles et sociales. La dépense en service de santé est environ 4,5 fois plus élevée dans les villes (1010 dh) que dans les campagnes (223 dh). Les personnes couvertes par une assurance maladie dépensent près de sept fois plus que ceux qui ne le sont pas et les non pauvres dépensent près de 15 fois plus que les pauvres (figure 7.1).

Selon les quintiles de revenu, la dépense en service de santé varie de 49 dirhams dans le premier quintile des plus pauvres à 2725 DH dans le quintile le plus élevé, soit un rapport de 55 fois. Il faut noter que les ménages relevant du quintile des plus aisés (quintile 5) marquent une grande distinction par rapport au reste puisque le niveau de leur dépense de santé est presque huit fois plus grand que celui du quintile juste au dessous (quintile 4) (figure 7.1).



⁹ Le potentiel de dépense en service de santé est défini par la différence entre la dépense totale et la dépense en bien de subsistance

Si la dépense en service de santé, en valeur absolue, présente autant de disparités selon les catégories de ménages, l'analyse de la dispersion de son poids dans leur budget, qui globalement de 9,7%, est tout aussi instructif. Les écarts, relatifs à cette dispersion, sont bien moins marqués entre la population urbaine et la population rurale. Les proportions ne sont, respectivement, que de 11,0% contre 7,6%. De même, pour les ménages disposant d'une assurance maladie, elles sont de 11,3% contre 9,1% pour les non assurés. Alors qu'entre les pauvres et les non pauvres, elles sont de 5,4% contre 11,1% (Figure 7.2).

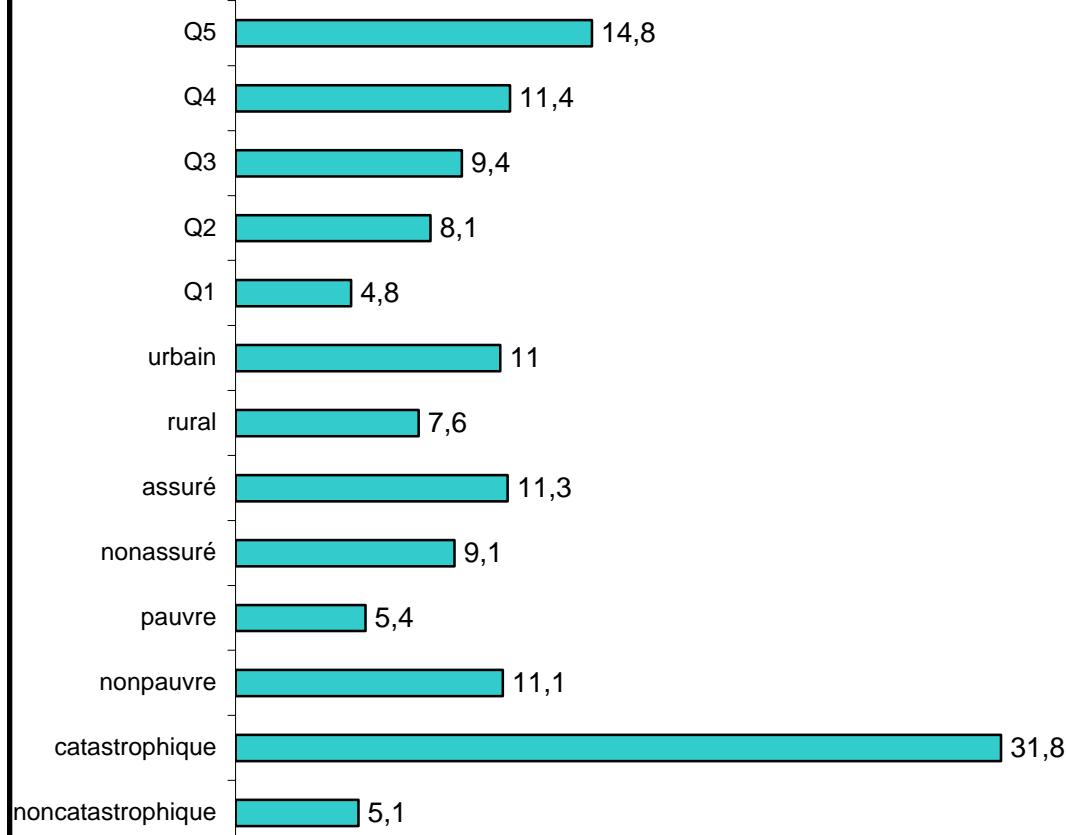
D'autre part, la proportion des dépenses (coefficients budgétaires) en service de santé croît régulièrement avec le niveau de revenu. Elle va de 4,8% chez les ménages les plus défavorisés (premier quintile) à 14,8% chez ceux du dernier.

Toutefois, Il est évident, de par la définition même des dépenses catastrophiques¹⁰ de santé, que les ménages ayant effectué ce genre de dépense vont voir une plus grande part de leur budget y passer. En effet, cette part se chiffre à 31,8% des dépenses totales pour ces ménages, contre seulement 5,1% pour les autres.

¹⁰ Les dépenses catastrophiques de santé sont définies par une valeur équivalente ou excédant 40% du potentiel de dépense en service de santé.

figure 7.2: Part (%) de la santé dans le budget selon certaines caractéristiques socio-économiques du ménage

ENSR2003

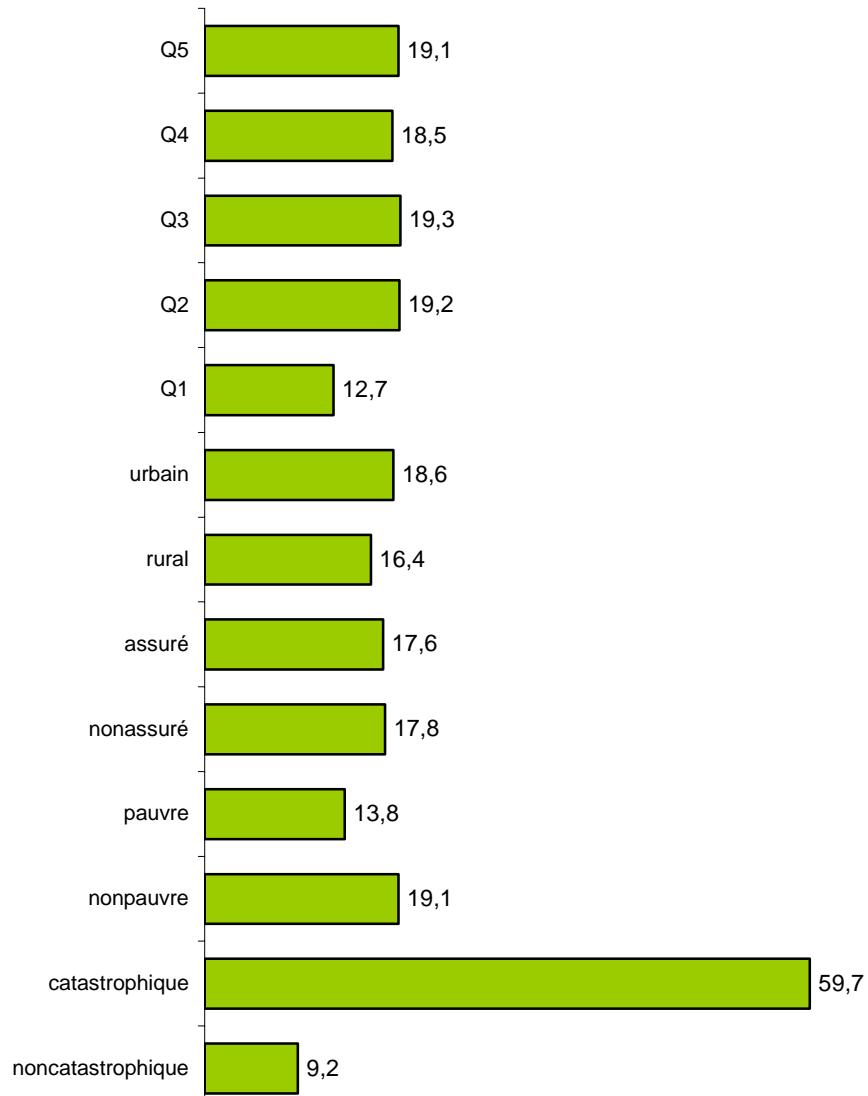


Par ailleurs, le coût de la santé rapportée au potentiel des dépenses des ménages en services de santé, varie peu entre les différentes catégories des ménages, à l'exception, encore une fois, de ce qui est relatif aux dépenses catastrophiques de santé (figure 7.3).

En effet, si ce rapport qui vaut 17,6% au niveau national, varie de 13,8% chez les ménages pauvres à 19,1% chez les non pauvres. Il est de 18,6% chez les ménages citadins contre 16,4% chez les ruraux; et de 17,8% chez les ménages couverts par une assurance maladie contre 17,6% chez les non couverts. La distribution selon les quintiles de revenu, fait apparaître un écart de ce même rapport qui varie de 12,7% à 19,1% entre le premier et le dernier quintile.

La variation la plus saillante se manifeste entre ceux qui ont eu des dépenses catastrophiques de santé et les autres. Pour cette catégorie de dépense, le rapport en passe de 9,2% à 59,7% (figure 7.3).

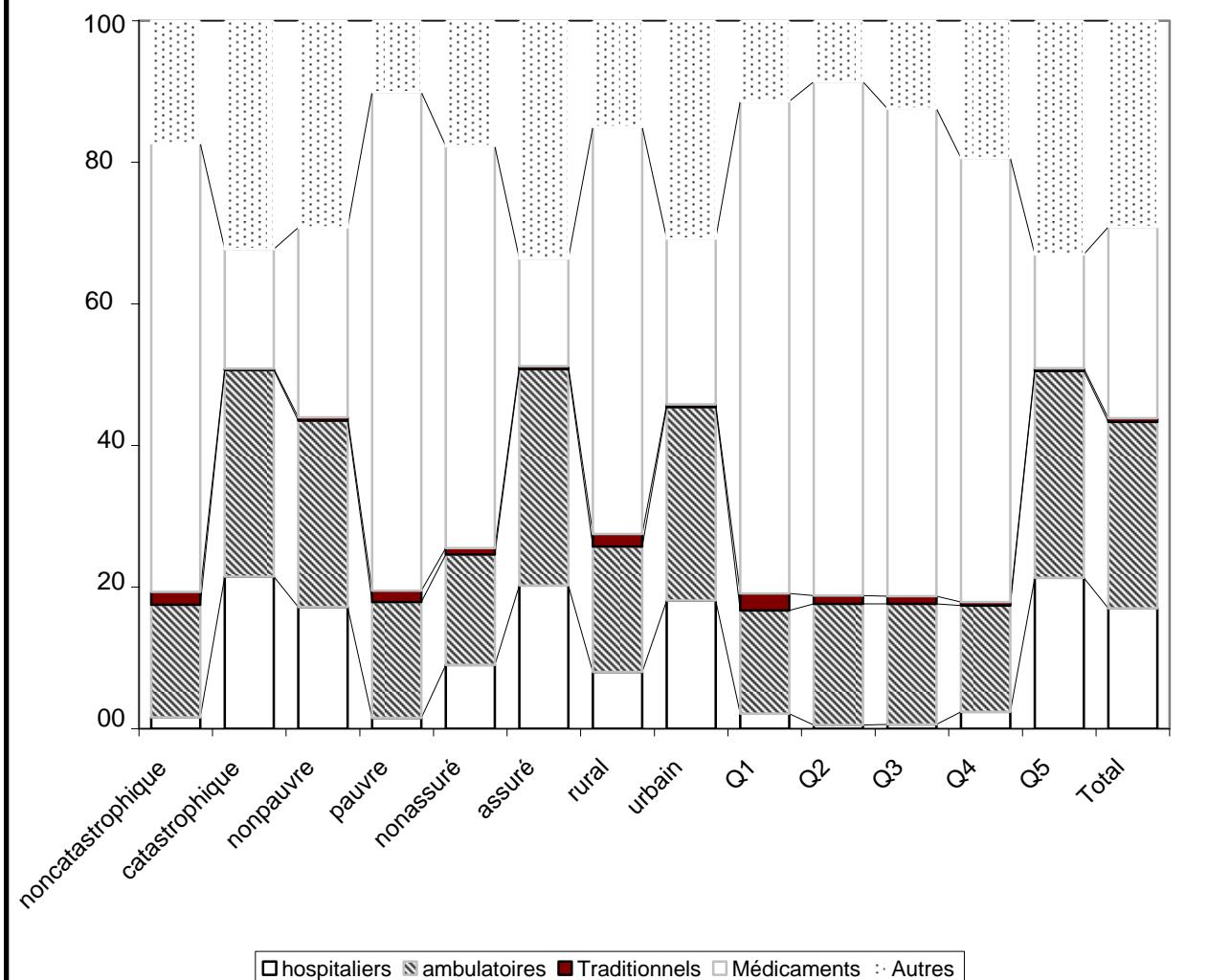
Figure 7.3: Poids (%) de la dépense de santé dans la capacité à payer des ménages selon certaines caractéristiques socio-économiques



7.1.1. Dépenses de santé par catégorie de services

Il est important de repérer les catégories de services qui ont le plus d'impact sur la dépense totale de santé. Selon les résultats, la décomposition de cette dépense totale montre que les soins ambulatoires en occupent 26,1, les médicaments 27,7% et les soins hospitaliers en représentent 16,8%. Les soins traditionnels ne représentent qu'une proportion marginale de 0,5% . Cette structure des dépenses est très variable selon les catégories de ménages. Les soins hospitaliers, qui représentent 16,8% de la dépense de santé, peuvent occuper une très faible proportion pour certaines catégories de ménages. Les pauvres et les classes moyennes, par exemple, voient ces services occuper moins de 3% (figure 7.4).

Figure 7.4: Structure de la dépense de santé selon les catégories de services et certaines variables socio-économiques ENSR 2003



Les ménages ayant effectué des dépenses catastrophiques de santé l'ont probablement fait dans des hôpitaux et cliniques où les prestations doivent coûter beaucoup plus cher. Concernant cette catégorie de population, la proportion des dépenses en prestations sanitaires est de 21,5% de leur dépense totale de santé, contre seulement 1,6% pour les autres ménages. A l'opposé, les médicaments qui n'occupent que 16,9% de leur dépense de santé en forment 63,4% chez les autres ménages. Les soins ambulatoires sont aussi dans une proportion presque deux fois moindre chez les premiers ménages par rapport aux seconds.

Entre les pauvres et les non pauvres, on retrouve également des différences importantes dans la structure des dépenses de santé. En effet, les médicaments représentent 70,4% de la dépense de santé pour les pauvres et 26,8% pour les non pauvres. A l'inverse, les soins hospitaliers représentent 1,5% et 17,2% respectivement chez ces deux catégories de ménages.

De même, chez les assurés, les soins ambulatoires forment une part importante (30,6%) des dépenses de santé, suivis par les soins hospitaliers (20,2%). Ces deux rubriques interviennent pour plus de la

moitié de ces dépenses. Tandis que chez les non assurés, ce sont les médicaments qui représentent plus de 56,8% de la dépense de santé. Les soins hospitaliers et ambulatoires, groupés, forment même un peu près le quart de cette dépense chez les non assurés.

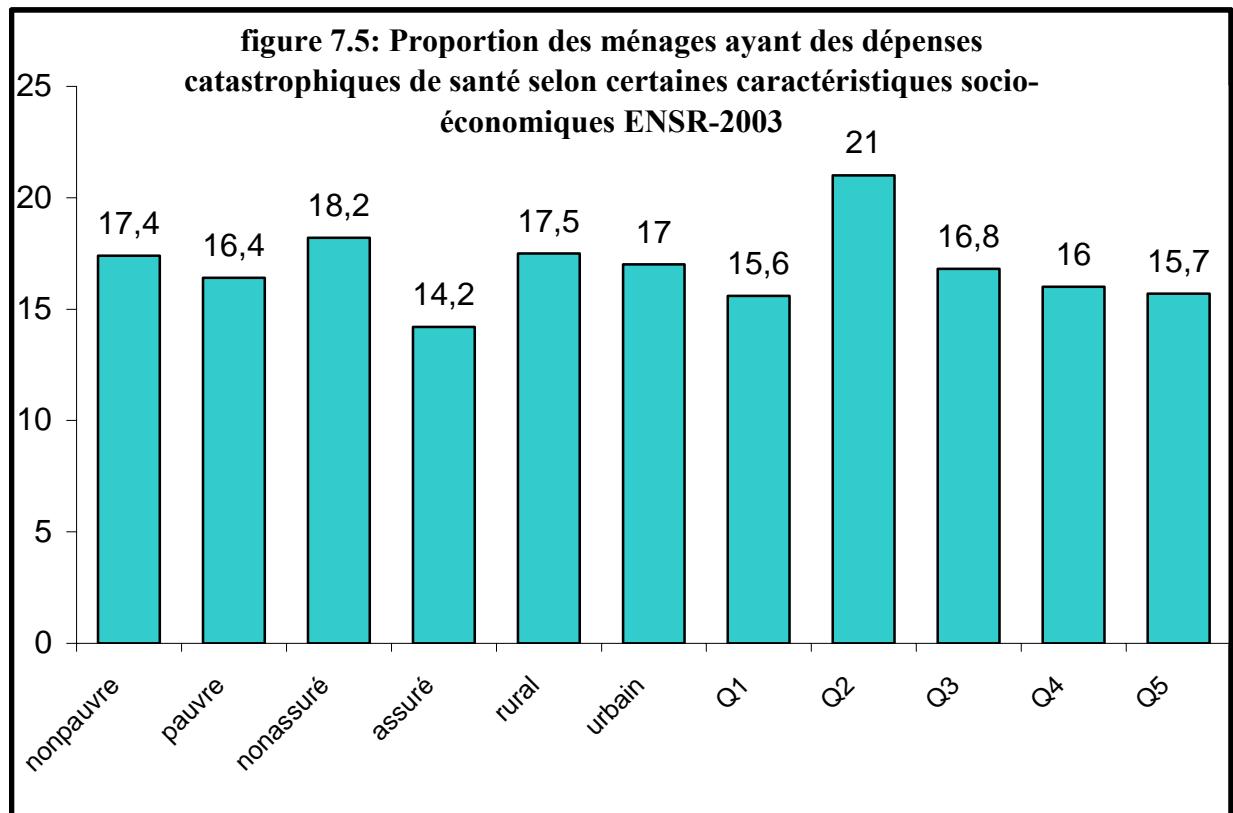
Par milieu de résidence, on retrouve presque la même dispersion dans la structure des dépenses, relevée ci haut, entre les ménages urbains et ruraux. En effet, les soins hospitaliers constituent 18,1% et les soins ambulatoires 27,3% de la dépense de santé des urbains alors que ces proportions sont respectivement de 8,0% et 17,7%. Les médicaments forment 23,4% de la dépense de santé des urbains contre 57,5% pour les ruraux.

Selon les quintiles de niveau de vie, on peut dire que les soins ambulatoires et surtout les soins hospitaliers constituent une part importante de la dépense de santé au détriment des médicaments pour les ménages aisés, et vice versa. En effet, nous constatons que les soins hospitaliers qui constituent 21,2% de la dépense de santé des ménages du plus haut quintile, en forment seulement 2,4% pour les ménages du quintile immédiatement plus bas. Les soins ambulatoires occupent respectivement 28,9% et 15,3% pour ces deux quintiles ; alors que les médicaments en occupent 16,8% et 62,3% dans le même ordre.

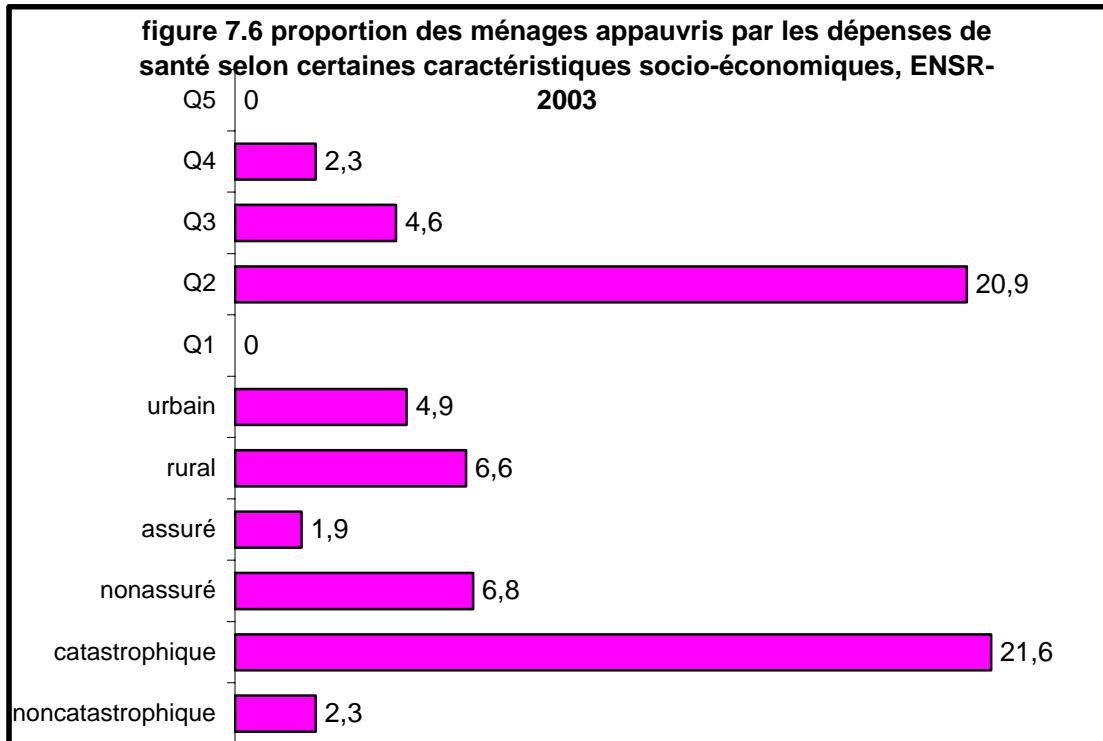
7.1.2. Dépenses catastrophiques de santé

Certains ménages sont obligés d'effectuer des dépenses de santé représentant des proportions catastrophiques de leur revenu disponible. Ces ménages ont une dépense moyenne de santé de 3153 dirhams contre seulement 196 dirhams pour les autres ménages (soit 16 fois plus). Ce montant représente 59,7% de leur potentiel de dépense en service de santé et 31,8% de leur dépense totale, alors qu'il ne dépasse pas 9,2% et 5,1% respectivement pour les autres ménages. D'un autre côté, la proportion de ménages ayant des dépenses catastrophiques de santé est de 17,0%. On relève par ailleurs, qu'en matière de dépenses catastrophiques de santé, il n'y a pas de différences significatives entre les ménages pauvres (16,9%) et non pauvres (17,0%) et les ménages urbains (16,7%) et ruraux (17,4%). Par contre, cette proportion est nettement plus élevée parmi les ménages non couverts par une assurance maladie (18,1%) qu'au sein de ceux qui le sont (13,5%).

Examinée selon la distribution du revenu, les données de l'enquête montrent que ce sont surtout les classes moyennes qui présentent les proportions les plus élevées de ménages ayant des dépenses catastrophiques de santé. En effet, 21,0% des ménages du deuxième quintile et 16,8% des ménages du troisième quintile ont effectué de telles dépenses (figure 7.9).



En conséquence, les dépenses de santé peuvent provoquer le glissement de certains ménages dans la situation de pauvreté. Les résultats de l'enquête indiquent que 5,6% des ménages sont concernés par cet appauvrissement. En effet, à cause des dépenses catastrophiques de santé, certains ménages se trouvent dans une situation instable financièrement pour faire face à ce type de problème. Ainsi, une proportion évidemment très élevée, de l'ordre de 21,6% ont subit un appauvrissement à cause des dépenses de santé, contre seulement 2,3% des ménages n'ayant pas de dépenses catastrophiques (figure 7.6).



L’assurance maladie semble protéger contre ce phénomène d’appauvrissement puisque seul 1,9% des ménages couverts par une telle assurance l’ont subi, contre 6,8% des ménages non couverts. Les ménages urbains en sont moins touchés que les ruraux. En fonction du revenu du ménage, c’est encore les ménages du deuxième quintile qui est la plus affectée par ce phénomène d’appauvrissement. La proportion des ménages concernés y est de 20,9%. Cette classe est suivie par celle du troisième quintile où cette proportion n’est, toutefois que de 4,6%. A noter que le taux d’appauvrissement des ménages du premier quintile à cause des dépenses catastrophiques de santé est nul parce qu’ils sont déjà classés pauvres avant même d’effectuer ce type de dépenses. Par ailleurs, les ménages aisés du cinquième quintile sont hors d’atteinte par ce problème pour plusieurs raisons qu’on ne peut citer à titre d’exemple que la couverture médicale et le niveau de revenu qui en sont aussi importants au niveau de cette catégorie pour qu’elle soit protégée contre la dégradation de son niveau de vie.

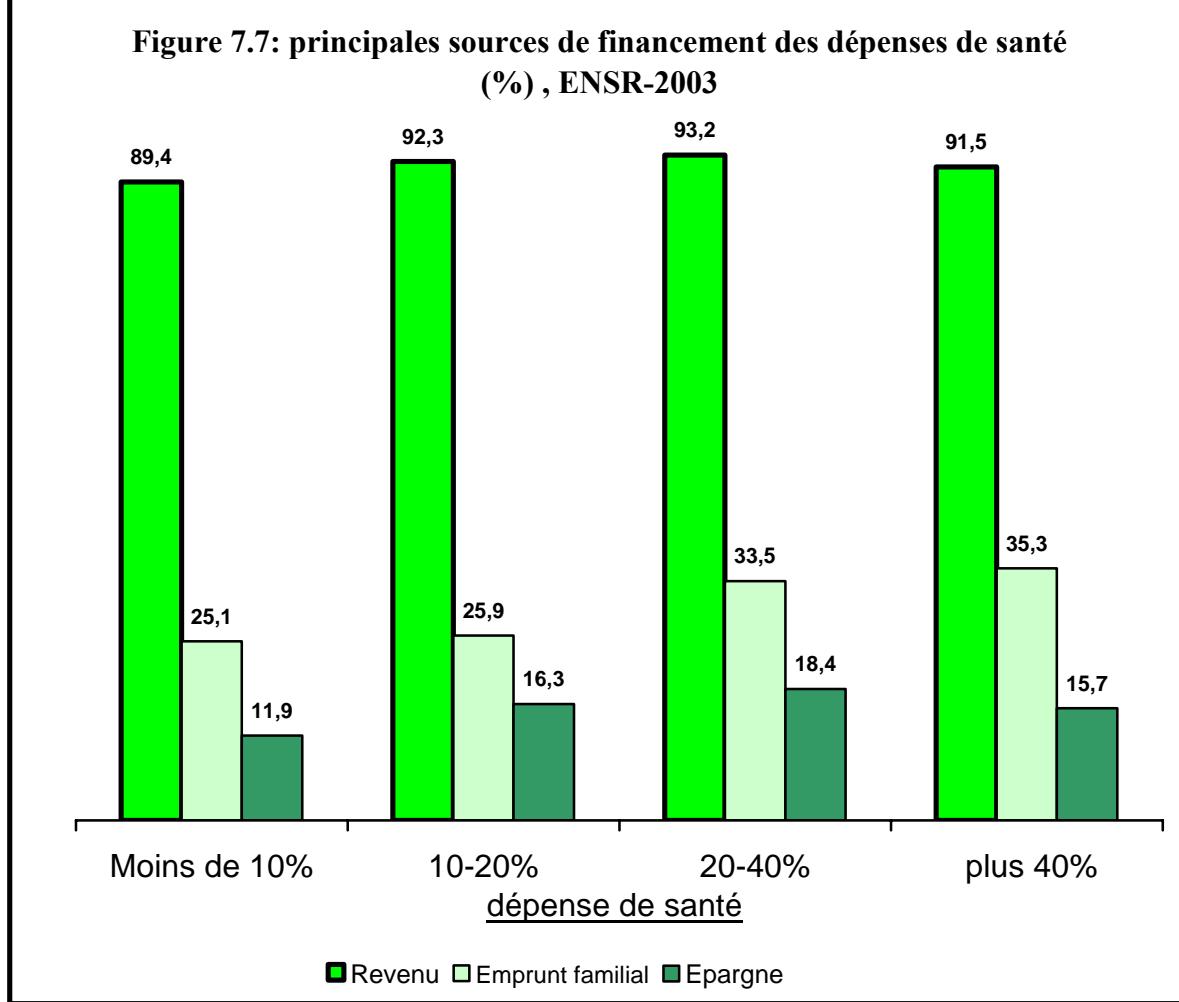
7.1.3. Ressources financières pour les paiements des soins de santé :

Le financement de la santé par les ménages constitue un des entraves pour l’accès aux soins de santé. Les données de l’enquête nationale sur la santé et la réactivité du système de santé réalisée en 2003 révèlent que la capacité des ménages à financer les coûts générés par les services de santé reste limitée. Les ressources financières sont liées, principalement aux revenus, à l'emprunt, l'aide familiale et l'assurance maladie. Pour l'ensemble du pays, les ménages comptent sur leurs propres moyens (revenus) dans 90,7% des cas pour payer les coûts de santé soit 93,4% dans les zones urbaines contre 86,7% en milieu rural. Les ménages urbains ont recours essentiellement pour le paiement des soins de santé en plus des revenus propres, à l'emprunt et aide familial (28,6%), à la couverture par l'assurance

maladie (22,5%) et à l'épargne (18,7%). Par contre en milieu rural où l'accès aux soins de santé demeure limité et la diffusion de l'infrastructure sanitaire est en deçà des aspirations de la population, les sources complémentaires au revenu des ménages pour faire face aux dépenses de santé se limitent dans la majorité des cas à l'emprunt et à l'aide familiale (28,0%) et à la vente d'objets (25,7%). Il est à noter qu'un ménage peut recourir à plusieurs sources de financement simultanément pour couvrir les dépenses de santé.

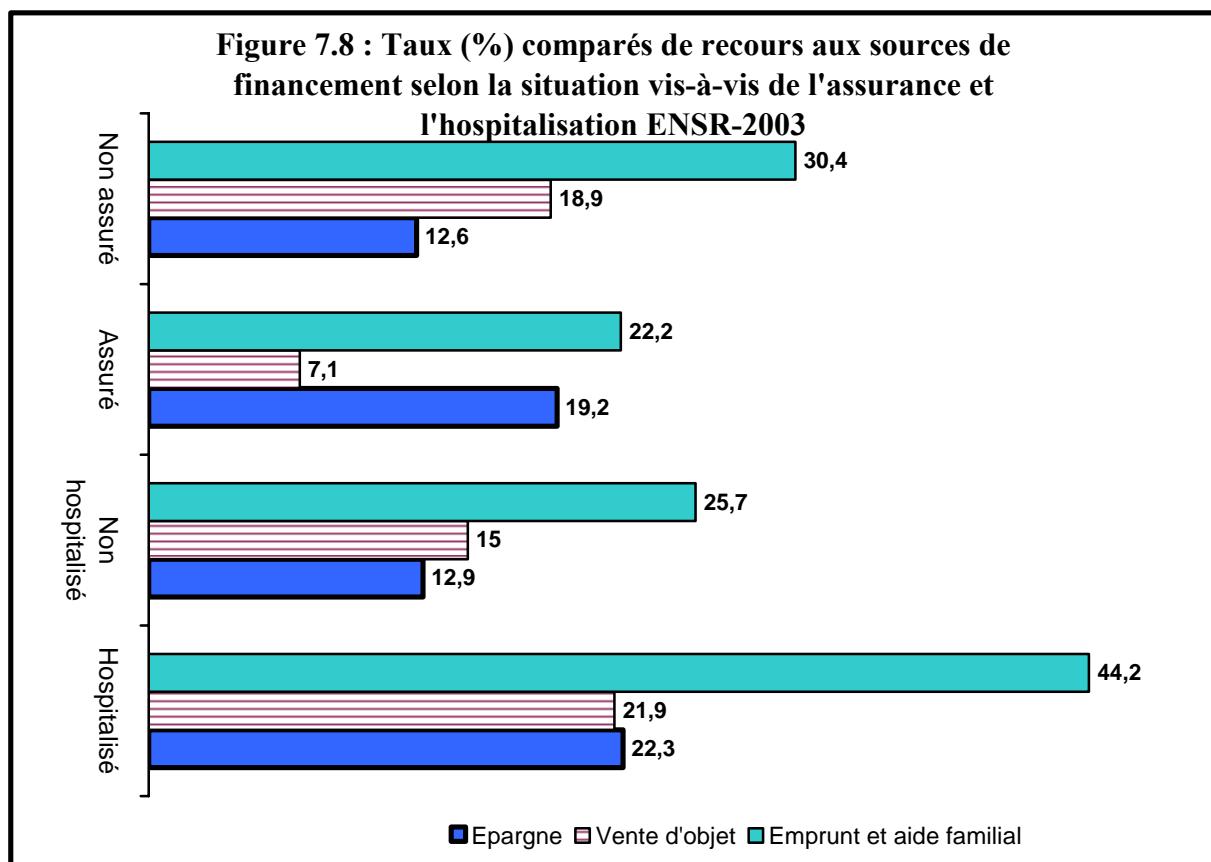
Examinées selon les caractéristiques des ménages, on relève que les sources de financement varient sensiblement selon le potentiel de dépense en service de santé. Exprimée en pourcentage par rapport à ce potentiel, les ménages dont la dépense ne dépasse pas 10%, ont recours à l'épargne dans 11,9% des cas, à leurs propres revenus dans 89,4%, à l'emprunt et aide familiale dans 25,1% des cas. Pour les ménages en situation de dépenses catastrophiques, ces proportions s'établissent respectivement à 15,7%, 91,5% et 35,3%. Le recours à l'assurance maladie se fait moins par les ménages ayant un potentiel limité de financement des dépenses de santé. Pour les ménages ayant un potentiel de financement compris entre 10-20%, les sources de financement, en plus du revenu (92,3%), s'élargissent sans grandes différences à l'emprunt et aide familial (25,9%), à la couverture par l'assurance maladie (23,1%), à l'épargne (16,3%) et à l'emprunt auprès des personnes en dehors de la famille (15,7%).

Figure 7.7: principales sources de financement des dépenses de santé (%) , ENSR-2003



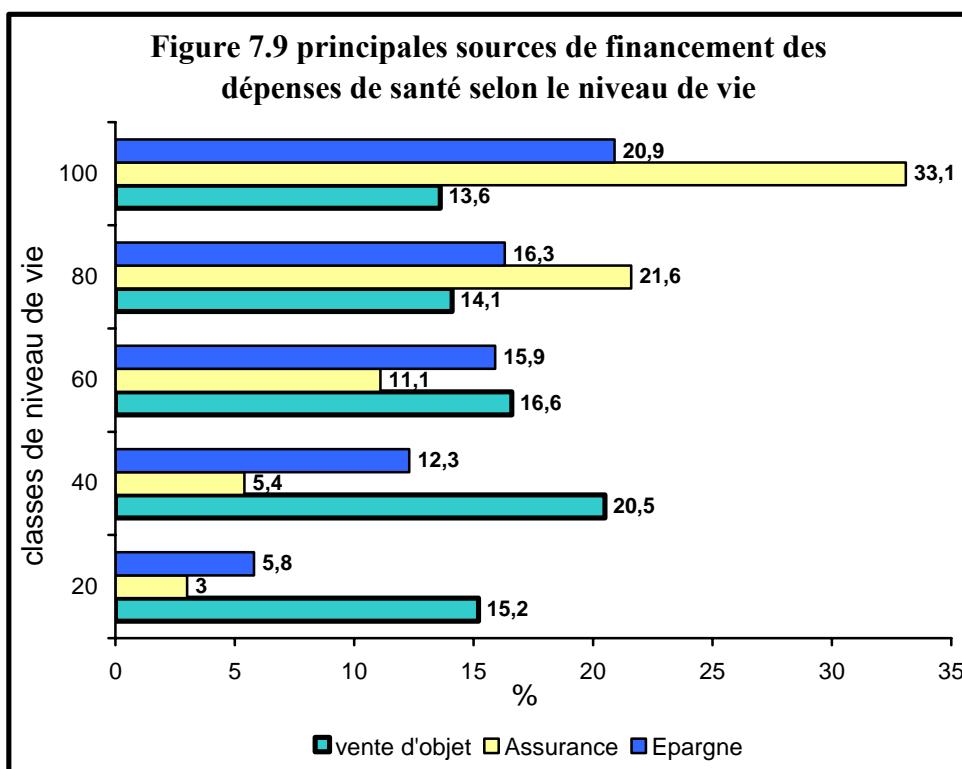
Par ailleurs, la comparaison des sources de financement pour la santé, à l'exception du revenu, entre les ménages ayant un membre hospitalisé durant les 12 derniers mois et ceux ayant uniquement fréquenté le système de santé sans avoir été hospitalisé révèle que le premier groupe observe des taux de recours aux différentes sources plus élevées que le second. Ainsi, au niveau des ménages dont l'un des membres a été hospitalisé, on observe un taux de recours à l'épargne de 22,3% contre 12,9% pour les non hospitalisés, et respectivement 44,2% et 25,7% pour les emprunts et aide familial, et finalement 21,0% et 14,4% pour les emprunts autres que la famille.

Selon la disposition de la couverture médicale (Assurance maladie), le revenu (89,2%) reste la source à laquelle font recours les ménages non assurés pour le financement des dépenses de santé, renforcé par d'autres sources à savoir l'emprunt et l'aide auprès de la famille (30,4% des cas), la vente exceptionnelle d'objets (18,9% des cas), l'emprunt autres que la famille (16,0%) et l'épargne (13,1%). Pour les ménages disposant d'une assurance maladie, le recours au revenu est pratiqué dans 95,3% des cas, l'assurance et la mutuelle dans 55,9% et l'épargne dans 19,2% des cas.



La répartition de la population selon les classes de niveau de vie (quintile de dépenses) montre d'importantes disparités dans le recours aux sources de financement des dépenses de santé. Le taux de recours à la source principale des ménages qui est le revenu passe de 85,3% au niveau des ménages relevant de la classe la plus défavorisée (quintile 1) à 95,2% pour les plus aisés. Ces taux s'établissent respectivement à 5,8% et 20,9% pour l'épargne et à 3,0% et 33,1% pour ceux disposant de l'assurance maladie ou la mutuelle. Ce constat montre bien les limites auxquels sont confrontés les ménages

relevant des classes pauvres et vulnérables, qui, en l'absence de l'assurance maladie et la faiblesse de l'épargne, ne peuvent compter pour le financement des dépenses de santé que sur leurs propres revenus limités et également sur l'emprunt et la vente d'objets.



7.2. Assurance maladie

L'assurance maladie constitue un déterminant important de l'accès de la population aux soins de santé et à l'allégement des dépenses de santé en particulier les dépenses catastrophiques. A l'échelle nationale, la distribution de la population bénéficiant d'une assurance maladie selon le statut de cette assurance montre que 26,5% des bénéficiaires sont des personnes à charge, 37,0% sont des assurés et 33,2% bénéficient d'une assurance obligatoire. La proportion des personnes qui ont opté pour une assurance maladie volontairement ne représente que 2,4%. L'examen de cette distribution selon l'échelle dans le niveau de vie, révèle que se sont les populations des classes aisées qui ont une plus d'accès à l'assurance maladie, et ce quel que le mode d'assurance. En effet, parmi l'ensemble de la population disposant de l'assurance maladie 7,9% relèvent de la classe des plus pauvres et des vulnérable à la pauvreté (quintile 1 et 2), 47,0% relèvent de la classe moyenne (quintile 3 et 4) et 45,0% sont des plus aisés. Selon le mode d'assurance maladie, on relève au niveau des assurés, que la part des pauvres (quintile 1) qui en bénéficient ne représente qu'une proportion marginale (0,5%) alors qu'elle est de 45,1% parmi la population la plus aisée (quintile 5) et de 29,6% pour celle du quintile immédiatement plus bas. Les autres formes d'assurance observent la même tendance. Ainsi, l'assurance obligatoire enregistre, respectivement, 0,6%, 46,6% et 29,7%.

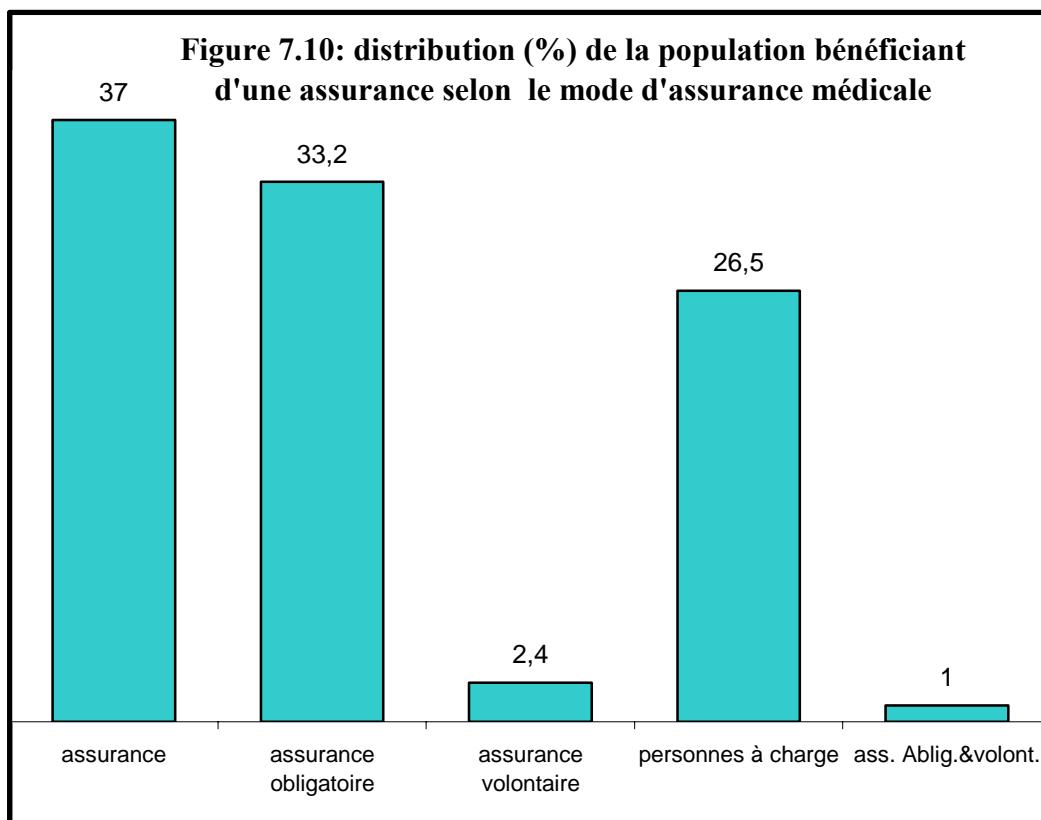


Tableau 7.1 : distribution de la population disposant d'une assurance maladie selon les quintiles de niveau de vie et le statut vis-à-vis de l'assurance maladie

Quintile de niveau de vie	Statut de l'individu vis-à-vis de l'assurance maladie					total
	assuré	assurance obligatoire	assurance volontaire	assuré en tant que personne à charge	assurance obligatoire et volontaire	
20%	0,5	0,6	2,2	0,5	5,7	0,6
40%	7,4	6,9	9,3	7,6	9,1	7,3
60%	17,4	16,2	13,1	18,2	7,2	17,0
80%	29,6	29,7	26,8	31,5	23,8	30,0
100%	45,1	46,6	48,5	42,1	54,3	45,0
Total	100	100	100	100	100	100
Nombre	4688	4211	299	3362	126	

PERSONNEL DE L'ENQUETE

Bureau de l'Enquête:

AZELMAT MUSTAPHA
LOUDGHIRI KHADIJA
EL GANDASSI ABDELJABBAR
YASSINE MOHAMMED

Contrôleurs et Enquêtrices :

AHMED KSIBER	KOBRI HAYAT
AMINA DALIL	LAHMAR WAFAA
ANNAMRI KHALIFA	LHAYATI FATIMA
BOUKAR RABIA	LOUKRAA HAFIDA
CHAKIR MUSTAPHA	MALIKA EL ATTAR
CHNITEF SAID	MHAMZOU ABDERRAHMANE
DHBI AHMED	NAIT NBAREK KHADIJA
EL QUORCHI FOUZIA	NJA HAKIMA
ELKABIRI HAKIMA	NOUR JEMAA
ENNOURI ILHAM	OUAHABI ZAKIA
FAJRI ILHAM	OUBIHI HAFIDA
FATHI FATIMA ZAHRA	RACHIDA RAMI
FOUZIA FADADA SAID	RADI HASNA
GUENFOUDI HAFIDA	RAHAL SAFYANI
GUERROUJI ABDELKARIM	RARHAI SOPHIA
GUILLOUL KHADIJA	SADIK LOUBNA
HANACH NAJAT	SAHILI SAIDA
HANANE LAMHIRZI	SELMA ETOUIL
HOUDA BENDELLA	TOUTA OUIDAD
HOUSSANI MOUNIA	
KHALID CHEYBI	

Les chauffeurs:

AHLOUAN NORDIN	FOUNAS ABDELALI
AMRAOUI LARBI	HMADNA MOHAMED
BABOUCH RACHD	IGHIR ABDELLAH
BEL KASSEM ABDELILAH	KADIM LARBI
CHEMS EL MAARIF ABDERRAHIME	LAMLIH MOHAMED
CHERKAOUI KHALID	MARZOUK SAID
DAHI ABDERRAHMAN	MESKINI ABDERRAHMANE
EL MABROUK HASSAN	MUSTAPHA HAYATI
EL MOSTAFA KHAIA	SBAI ABDELLATIF
EL OUALI MOHAMMED	SELHOUNE MOHAMMED
EL OUIZ MILOUD	TAIKI ABDELMAJID
ESSEBBANE KACEM	THAMI ESSADIK
EZZINE ABDELGHFOUR	

Informatique

ARCHACH MAHFOUD

Chiffrement et Saisie:

BENCHAM FATIMA
EL FENNI AICHA
JAABARI TOURIA
EL MAZANI ABDELGHAFOUR
ARCHACH MAHFOUD
BELAITER BOUCHRA
OUBELLA KHADIJA
TOK ZOUBIDA
LAMRANI ASMAA
KHARACHI BOUCHRA
BAOUDI TOURIA
ALAMI IDRISI ZAHRA

Analyse:

HAZIM JILALI
LOUDGHIRI KHADIJA
ACHEMLAL AHMED
ABDELILAH YAAKOUBD
ABDELAZIZ ZGUIOUAR
BRIKAT M HAMMED
OUAKRIM M'HAMMED
ABDELGHANI DRHIMEUR

Administration:

MAAKOULI MOHAMMED

Secrétariat:

LAMRANI ASMAA

Comité de lecture

HAZIM JILALI
ZGUIOUAR ABDELAZIZ
LOUDGHIRI KHADIJA
ACHEMLAL AHMED
Secrétariat
KHARACHI BOUCHRA