

**ROYAUME DU MAROC
PREMIER MINISTRE
MINISTERE DE LA PREVISION
ECONOMIQUE ET DU PLAN**

PROGRAMME DE PRIORITES SOCIALES (BAJ 1)

***DEMANDE DE SOINS DE SANTE
DANS LES PROVINCES CIBLES
NIVEAU ET DETERMINANTS***

Juin 1998

DIRECTION DE LA STATISTIQUE

Dépôt Légal : 825/1998

ISSN : 1113-9927

ISBN : 9981-20-145-6

**Toute reproduction intégrale ou partielle est strictement interdite
sauf autorisation écrite de la Direction de la Statistique**

SOMMAIRE

• Introduction	5
• Synthèse générale	9
I. Considérations préliminaires	16
1.1. Niveau de l'offre de soins de santé	16
1.2. Couverture médico-sanitaire	18
1.3. Etat de morbidité de la population	25
II. Demande de soins de santé curatifs	30
2.1. Recours à la consultation médicale	30
2.2. Utilisation différenciée des services de santé	34
2.3. Accessibilité des enfants à la vaccination	39
III. Femme et demande de soins de santé reproductive	40
3.1. Pratique de la planification familiale	40
3.1.1. Niveau de la prévalence contraceptive	40
3.1.2. Diffusion différenciée de la contraception	43
3.2. Contrôle et suivi médicaux de la grossesse	49
3.3. Assistance médico-sanitaire de l'accouchement	53
IV. Encadrement qualitatif de la demande de soins de santé	55
4.1. Choix du personnel médical et para-médical	55
4.2. Les formations sanitaires cibles: statut et type	58
• Annexe :	67
- Précis conceptuel	69
- Tableaux statistiques	73

INTRODUCTION

La satisfaction des besoins de la population en soins de santé est tributaire de la proximité des établissements médico-sanitaires et de leur équipement en moyens humains et matériels adéquats. Elle demeure, en outre, régie par d'autres facteurs liés notamment au niveau d'instruction des individus, de leur aptitude à s'acquitter des charges médicales et de leur accessibilité à la couverture médico-sanitaire.

Dans ce document, l'analyse des effets directs et indirects exercés par la proximité de l'infrastructure sanitaire et les caractéristiques socio-économiques des ménages sur l'utilisation des services de santé, est menée dans le sens d'une identification des facteurs dont la diffusion parmi la population contribue à l'élargissement de l'accessibilité aux soins médico-sanitaires. Il s'agit d'une quantification des liaisons en amont et en aval¹ entre le profil socio-économique de la population, sa localisation spatiale et le degré de son recours aux services dispensés par les établissements sanitaires publics et privés. Le but est d'identifier les besoins sectoriels et spatiaux d'intégration de la diffusion des soins de santé.

En se référant à une tabulation détaillée et à une modélisation de la demande de soins de santé, cette étude définit les conditions sous-jacentes à une utilisation plus accrue de ces soins et dresse le profil de la population la moins favorisée en la matière; donnée susceptible d'aider à la rentabilisation des politiques de santé orientées vers les

1. Dans cette étude, les liaisons en amont représentent les apports directs et indirects indispensables à la satisfaction des besoins en soins de santé. Les liaisons en aval renseignent sur les effets induits par la satisfaction d'une série de besoins sur celle du besoin en soins de santé.

zones et les populations défavorisées. Tels qu'ils sont adoptés par cette étude, les critères de classification des populations en fonction de l'accessibilité aux soins de santé, sont de type spatial, démographique, professionnel et socio-économique. Ces critères sont appliqués aussi bien aux provinces cibles du BAJ² qu'au reste du pays dans le but de prendre en considération le niveau socio-économique de la population et la disponibilité des équipements sanitaires dans l'évaluation de la satisfaction des besoins en soins de santé et dans la genèse des interpolations appropriées en matière de politique de santé.

Les principaux enseignements de l'analyse des diverses dimensions de la demande de soins de santé, étant présentés à la synthèse générale, la première partie de ce document est consacrée à une vue d'ensemble de l'offre de soins de santé, et à une évaluation de la couverture médicale et de l'état de morbidité de la population. La seconde partie aborde le niveau et les déterminants de la demande de soins curatifs en se référant à une différenciation de l'utilisation des services de santé en fonction des caractéristiques éducatives, démographiques et socio-économiques de la population³. A la troisième partie, la demande de soins de santé reproductive de la femme est analysée en termes de recours à la planification familiale et d'accès de la femme au contrôle médical de la grossesse et à l'assistance de l'accouchement. L'encadrement de la demande de soins de santé du point de vue qualité du personnel médical

2. Le Premier Programme de priorités sociales (BAJ1) de la Stratégie de Développement Social, intéresse quatorze provinces: El-Kelaâ Sraghna, Ouarzazate, Taroudant, Essaouira, Azilal, Chefchaouen, Sidi-Kacem, Tiznit, Safi, Chichaoua, El-Haouz, Taza, Al-hoceima et Zagoura. Se référer à l'encadré 1 ci-après.

3. Il importe d'observer qu'en l'absence de données sur le revenu des ménages, les caractéristiques socio-économiques constituent des proxy-variables à même de remédier à cette insuffisance.

consulté et choix des formations sanitaires publiques et privées, est examiné à la quatrième partie. Une tabulation intégrée des indicateurs de l'évaluation qualitative et quantitative de la satisfaction des besoins en soins de santé, est annexée à cette étude.

Ce document a été élaboré par Mrs Doudich
Mohamed et Teto Abdelkader .

Encadré 1: Programme de priorités sociales (BAJ 1): Consistance et provinces

cibles du projet de santé de base

■ **Consistance du projet de santé de base:** Pour élargir l'accessibilité des zones défavorisées aux services sociaux de base, la Stratégie de développement social prévoit, dans sa première tranche (BAJ 1), un projet relatif à la santé de base visant les objectifs suivants:

→ L'amélioration de l'accès des populations aux services de soins de santé préventifs et curatifs essentiels par le renforcement des capacités physiques et techniques des établissements de soins de santé de base (ESSB), l'organisation globale du secteur sanitaire et l'amélioration de la disponibilité des médicaments dans ces établissements.

→ Le renforcement du programme de maternité sans risque essentiellement par l'aménagement et la réorganisation des services prénatals au niveau des ESSB, l'amélioration des conditions d'accueil et de la capacité du personnel médical et para-médical à détecter les grossesses à risque et à les référer au niveau approprié, l'appui à la lutte contre l'anémie ferripive chez les femmes enceintes, la promotion des méthodes modernes de planification familiale, la rénovation et la réhabilitation des salles de maternité et la formation des accoucheuses traditionnelles pour mieux assister les accouchements à domicile.

→ Le maintien du soutien aux programmes prioritaires nationaux de santé physique par l'acquisition des médicaments, des vaccins, du matériel et des équipements essentiels, l'organisation de campagnes d'information, d'éducation et de communication pour motiver la population et induire des changements de comportement ainsi que le soutien, la supervision et la formation du personnel médical pour renforcer le suivi intégré des programmes sanitaires prioritaires.

■ **Provinces cibles du projet de santé de base:** Les provinces cibles de la composante "santé de base" du programme de priorités sociales sont: El-Kelaâ Sraghna, Ouarzazate, Taroudant, Essaouira, Azilal, Chefchaouen, Sidi-Kacem, Tiznit, Safi, Chichaoua, El-Haouz, Taza, Al-hoceima et Zagoura.

SYNTHESE GENERALE

En se référant à des données intégrées⁴ sur la demande de soins de santé, ce document analyse l'influence de la proximité de l'infrastructure sanitaire et des caractéristiques socio-économiques des ménages sur l'élargissement de l'accessibilité de la population aux soins médico-sanitaires. Les conditions sous-jacentes à une utilisation plus accrue des services de santé sont abordées aussi bien pour l'espace cible du BAJ que pour le reste du pays moyennant une tabulation croisée et une séparation (par le modèle logit) des effets d'une série de caractéristiques individuelles, familiales et sociales sur l'utilisation des soins sanitaires préventifs, curatifs et de santé reproductive de la femme. L'aspect qualitatif de l'encadrement de la demande de soins de santé est abordé du point de vue personnel médical consulté et formations sanitaires cibles. Les principaux constats qui se dégagent de l'étude de ces dimensions, sont synthétisés dans ce qui suit.

1^o- L'élargissement de l'accessibilité aux soins de santé est appelé à considérer en priorité les facteurs qui entravent la répartition géographique des ressources de santé, à savoir l'insuffisance de l'infrastructure sociale physique, la restriction de la couverture médicale et la diffusion limitée de l'éducation dans l'espace rural.

Exprimée en termes de personnel médical et en infrastructure sanitaire, l'offre de soins de santé observe ces dernières années une tendance à l'amélioration marquée par la progression du secteur privé dans le domaine des soins curatifs et le secteur public en matière des soins primaires. La répartition spatiale de l'offre de services de santé est cependant sujette à un déséquilibre régional essentiellement induit par l'insuffisance de l'infrastructure sociale physique dans les zones rurales en général et dans les provinces à prédominance rurale en

4. Direction de la Statistique, Volet social de l'Enquête nationale sur la population et l'emploi 1996.

particulier (cas de la strate des provinces ciblées par le BAJ). Il s'en suit que le développement des équipements communautaires⁵ dans l'espace rural, est à l'amont de la proximité de l'offre de soins de santé et est, corrélativement, un facteur d'élargissement de l'accessibilité aux services médico-sanitaires.

La couverture médicale par un système de sécurité sociale qui est relativement développée parmi la population citadine (24,6%) et nettement restreinte parmi la population rurale en général (2,3%) et celle ciblée par le BAJ (1,3%) en particulier, est un autre facteur limitant la demande de soins de santé dans les zones rurales et entravant par là même l'expansion des services de santé susceptibles d'être dispensés par le secteur privé⁶. Cette étude a soutenu la nécessité de conception d'un système de sécurité sociale destiné aux statuts professionnels les plus dépourvus en couverture médicale, notamment les commerçants, les exploitants agricoles, les pêcheurs, les artisans et les ouvriers agricoles et non agricoles ainsi que la main d'oeuvre familiale généralement employée dans des activités indépendantes de type informel.

L'incidence de la maladie qui est plus élevée dans les zones urbaines (8,2%) que dans l'espace rural (6,1%) et dont la traduction en demande de consultations médicales est plus large parmi les citadins (68,4%) que parmi les ruraux (49,0%), est révélatrice de l'impact de la proximité des établissements sanitaires sur le degré d'utilisation des services de santé. Il est, certes, difficile d'attribuer ces différences à la prédisposition des citadins à la maladie la plus contraignante, mais l'augmentation des taux de morbidité et de consultation en fonction de

5. Il s'agit essentiellement des routes goudronnées, de l'électricité, de l'eau potable du réseau et des moyens de transport et de communication.

6. Les effets marginaux de la variables indicatrices "Etre couvert par un système de sécurité sociale" sont révélateurs de ce constat. Se référer au tableau R0 ci-après.

la proximité de l'offre de services de santé révèle que plus les soins médicaux sont accessibles plus leur utilisation est accrue.

2^o La proximité des prestations de soins de santé, l'alphabétisation et la scolarisation ainsi que les facteurs de création de revenu, sont à la fois en amont et en aval de l'utilisation des soins médicaux sanitaires.

A mêmes milieu de résidence (urbain/rural) et genre (homme/ femme), la morbidité est particulièrement répandue parmi les nourrissons (moins de 2 ans), les adultes à partir de 35 ans et la population du troisième âge (60 ans et plus). Cette tendance de l'incidence de la maladie en fonction de l'âge n'engendre pas une demande proportionnelle de soins de santé. En l'absence de données sur le degré de sévérité de la maladie, le comportement des ménages en matière de recours à la consultation médicale, avantage les enfants de moins de 5 ans (taux de consultation égal à 69,8%), et tend à discriminer les fillettes (7 à 14 ans) et les femmes plus âgées (60 ans et plus) dans les zones rurales les plus défavorisées (le rural de la strate des provinces cibles du BAJ). En âge d'activité économique ou domestique (15 à 60 ans), les femmes et les hommes s'alignent en matière de chances de recours à la consultation d'un personnel médical. Plus précisément, la population la moins utilisatrice des soins de santé est essentiellement observée dans les zones rurales les plus défavorisées dont notamment celles du BAJ. Il s'agit de ménages dirigés par des personnes peu ou prou scolarisées, en situation de chômage ou d'inactivité et qui n'adhèrent à aucun système de couverture médico-sanitaire.

La vaccination est en fait le soins préventif le plus développé, qui n'est pas systématiquement différencié dans l'espace et qui ne subit pas une influence aussi importante de l'éducation des chefs de ménages ou de leur catégorie socio-professionnelle. Pour tous les critères de classification retenus par cette étude, la proportion des enfants (12 à 23 mois) vaccinés contre les six maladies cibles, dépasse le seuil de

80%.

3^o- La réduction du taux de mortalité maternelle et infantile⁷ passe inévitablement par l'éducation et de l'homme et de la femme, l'espacement des naissances, le suivi médico-sanitaire de la grossesse et l'accouchement en milieu sanitaire surveillé.

La présente étude a abordé les dimensions de la santé reproductive de la femme dont l'impact à long terme sur la santé de la population et sur son potentiel productif n'est plus à démontrer. L'analyse de cet aspect révèle d'abord que le taux de prévalence contraceptive observé en 1996 (55,3% à l'échelle nationale) tend à s'aligner à celui des pays comparables. L'usage des contraceptifs est cependant plus important parmi les femmes citadines (62,3%) que parmi celles du milieu rural (47,4%). Sa diffusion parmi les femmes mariées en âge de procréation est étroitement liée à la scolarisation et de l'homme et de la femme à l'enseignement fondamental; le fait que la femme ait suivi des études secondaires ou supérieures tend essentiellement à consolider la pratique de la contraception. Celle-ci est à son niveau le plus bas dans les zones rurales situées au sud et au nord du pays et plus particulièrement parmi les femmes analphabètes en situation d'inactivité ou de chômage. L'accessibilité (coût et/ou disponibilité) aux contraceptifs ne semble plus entraver la pratique de la planification familiale; une diffusion plus rapide de la contraception est désormais appelée à contrecarrer la crainte des effets secondaires des contraceptifs et les résistances culturelles (dites refus de la contraception dans ce document) généralement observées dans les zones rurales les plus défavorisées et où l'analphabétisme est plus prépondérant.

7. Selon les recommandations de l'OMS et les directives du Ministère de la Santé au Maroc, "un minimum de trois visites médicales est requis pour toute grossesse normale afin de suivre le développement du fœtus, de détecter toute complication éventuelle durant la grossesse et/ou l'accouchement, et de fournir les soins, les conseils ou l'éducation appropriée".

En 1996, les cas de grossesse qui se sont déroulés en l'absence de tout contrôle médical, représentent 26,2% en milieu urbain et 70,3% en milieu rural (respectivement 39,5% et 82,5% en 1992). En dépit de cette avancée de la pratique de diagnostics prénatals, d'importantes disparités régionales persistent à ce niveau. Les zones rurales des provinces ciblées par le BAJ et qui sont situées dans des régions comme "Souss Massa Draâ", "Chaouia-Ourdigha" et "Abda-Doukala", observent des taux de suivi médical de la grossesse inférieurs à 20%. Ces zones rurales ont, certes, le plus besoins d'installations médico-sanitaires et de campagnes de sensibilisation; mais comme pour d'autres soins préventifs, l'éducation de la mère et/ou du conjoint est déterminante comme prémisses d'une maternité sans risque et l'accès aux soins maternels s'élargit fortement avec le niveau d'éducation (tableau R0 ci-après). C'est aussi le cas des accouchements qui ne sont assistés par un personnel médical qu'à raison de 75,0% en milieu urbain et de 18,9% en milieu rural. Cette étude a révélé que les femmes rurales et particulièrement celles qui sont membres d'un ménage dirigé par une personne n'ayant jamais été à l'école, sont les plus sujettes à un accouchement administré par une kabla (accoucheuse traditionnelle) et non par un personnel médical ou paramédical.

4°- Les groupes sociaux modestes et les zones rurales défavorisées comptent beaucoup plus sur les prestations sanitaires dispensées par les formations sanitaires publiques et particulièrement sur les dispensaires et les centres de santé.

La répartition des demandes de soins de santé en fonction du personnel consulté et des formations sanitaires cibles, révèle que les médecins encadrent, en moyenne, plus de 80% des consultations et que le reste est essentiellement le fait des pharmaciens suivis de loin par les infirmiers. Ce niveau d'encadrement ne semble pas se modifier d'une façon notable en fonction du milieu de résidence ou du niveau socio-économique des ménages; seule une tendance au recours aux pharmaciens est observée parmi les ménages dirigés

par une personne d'un niveau d'instruction moyen ou élevé.

A l'échelle nationale, le secteur sanitaire privé satisfait plus de la moitié des demandes de consultation (55,8%) et que son importance relative est nettement limitée dans les zones les plus défavorisées (45,0% dans les provinces ciblées par le BAJ). Il se trouve que plus le niveau scolaire de la population s'améliore, plus elle accède à la couverture médicale et plus la demande de soins de santé est orientée vers les formations sanitaires privées. En effet, l'influence de la couverture médicale sur le choix d'une formation sanitaire privée est statistiquement significative (au seuil de 5%). La diffusion de la couverture médicale s'apparente en fait à un investissement social allégeant la pression sur les établissements sanitaires publics. Les groupes sociaux qui comptent le plus sur le secteur sanitaire public sont les petits exploitants, les ouvriers et manoeuvres agricoles et non agricoles, les pêcheurs, les manutentionnaires, les artisans et les travailleurs des petits métiers. Plus précisément, la modicité du niveau socio-économique où la résidence dans un espace rural défavorisé, limitent significativement l'utilisation des services de santé dispensés par les hôpitaux publics et les cabinets privés. La demande de soins de santé s'en trouve orientée, en partie, vers les dispensaires et les centres de santé.

**Tableau R0: Extrait des modèles logit dichotomiques ajustés par la présente étude:
Effets marginaux de quelques caractéristiques socio-démographiques
sur l'accessibilité aux prestations sanitaires**

En %

Variables explicatives	Consultation médicale	Suivi de grossesse	Formation sanitaire cible		
			C.S.D	Hôpital	M.P.M
Situation de référence	43,29	50,00	40,61	29,11	30,58
Proximité:					
-Résidence en milieu urbain	+4,96	+13,7	-7,65	+7,5	+0,6*
-Résidence en milieu rural	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
Strate de provinces:					
-Provinces BAJ	+0,99*	-0,25*	+8,39	-0,82*	-5,04
-Provinces hors BAJ	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
Niveau scolaire du chef de ménage					
-Aucun	-1,95	-4,24	+0,97*	+1,89*	-2,89
-Fondamental	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
-Secondaire/supérieur	+5,96	+12,95	-11,5	-1,42*	+9,79
Couverture médico-sanitaire:					
-Oui	+6,21	+2,75*	-2,39*	-8,03	+9,8
-Non	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
Le ménage dispose d'un téléviseur:					
-Oui	+6,71	+5,23	-4,03	-3,19	+6,24
-Non	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
Le ménage dispose d'un poste de radio:					
-Oui	+1,23*	+2,0*	-5,41	-1,42*	+3,95
-Non	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
Distance à la formation sanitaire	-	-	-0,72	+0,21	+0,21

Notations : C.S.D désigne centre de santé et dispensaire, M.P.M désigne médecin privé et cabinet mutualiste.

(*) Non significatif au seuil de 5%.

Lecture : Cas de la colonne "consultation médicale": Toutes choses égales par ailleurs, une personne se trouvant dans la situation de référence (résidence en milieu rural dans une province non ciblée par le BAJ, etc...), a 43,29% de chances de consulter un médecin suite à une maladie ou à une blessure. A autres caractéristiques inchangées, cette probabilité s'élève de 6,21 points si cette personne est couverte par un système de sécurité sociale. Cette valeur de 6,21 points représente l'effet marginal de la caractéristique "être couvert par un système de sécurité sociale" calculé par rapport à la situation de référence "non couvert par un système de sécurité sociale".

La probabilité de référence est : $p = 1/(1+e^{-\alpha})$ où α est la constante du modèle logit.

L'effet marginal de la caractéristique i est : $\Delta_{pi} = [1/(1+e^{-(\alpha + \beta_i)})] - p$, où β_i est le coefficient de la variable indicatrice i "avoir la caractéristique i " dans le modèle logit.

Les effets marginaux ne se cumulent pas. Pour estimer l'effet d'un double changement dans la situation de référence, il importe de se référer aux coefficients β_i et β_j et de calculer la grandeur suivante:

$$\Delta_{pij} = 1/[(1+e^{-(\alpha + \beta_i + \beta_j)})] - p.$$

I. CONSIDERATIONS PRELIMINAIRES

Cette partie examine les principaux paramètres de l'offre de soins de santé, de la couverture médico-sanitaire et de l'état de morbidité de la population. Le niveau auquel s'établissent ces paramètres permet de mieux saisir la façon par laquelle la demande de soins de santé se modifie en fonction de la proximité de l'infrastructure sanitaire et du profil socio-économique de la population.

1.1. Niveau de l'offre de soins de santé

Exprimée en termes de personnel qualifié et infrastructure sanitaire, l'offre de soins de santé observe ces dernières années une légère tendance à l'amélioration. En trois années, de 1994 à 1996, tous les paramètres de l'offre sanitaire ont enregistré une progression modérée. Etablis pour 10 mille habitants, le nombre de médecins s'élève en 1996 à 3,5, le nombre de personnel para-médical à 9,9 et le nombre de pharmaciens à 1,1.

Les zones les plus urbanisées (cas de la strate de provinces hors BAJ) comptent, en revanche, une moyenne de 4,2 médecins pour 10 mille habitants. Les provinces les plus défavorisées (champ du programme BAJ) enregistrent une moyenne de 1,2 médecin pour 10 mille habitants. Dans cette strate de provinces, le nombre de médecins devrait tripler pour s'aligner à la moyenne nationale (3,5). Cette même strate de provinces regroupe plus du 1/4 de la population marocaine et moins du 1/10 de la masse globale des médecins.

Ce déséquilibre de la répartition spatiale du personnel médical résulte d'une diffusion inégale de l'urbanisation en tant que support de l'infrastructure physique⁸ indispensable à un développement local de l'offre de soins de santé. Ce fait indique que l'expansion de l'offre de

8. Réseau d'eau potable, électricité, moyens de communication et de transport, routes goudronnées, etc...

soins de santé primaires dans les zones rurales les plus défavorisées, peut-être garantie à court terme par le recours à des solutions adaptées à cette insuffisance de l'infrastructure physique. Les campagnes de vaccination dont l'organisation requiert une mobilisation ad-hoc et dont les résultats sont satisfaisants, sont révélatrices d'une diffusion appropriée des soins préventifs. Le taux de vaccination atteint 88,8% dans l'espace cible du BAJ contre 95,4% dans le reste du pays où l'infrastructure sociale physique est plus développée. La demande relativement restreinte de soins de santé dans les zones rurales⁹ et leur accès limité à la couverture médico-sanitaire, constituent une autre entrave d'un élargissement de l'utilisation des services de santé.

L'apport du secteur privé au développement de l'offre de soins de santé s'est aussi concrétisé ces dernières années par une progression de l'importance relative des médecins et des pharmaciens. En l'espace de trois ans, de 1994 à 1996, la part des médecins du secteur privé dans l'effectif total des médecins, s'est élevée de 50,0% à 57,4%. La progression de l'importance relative des pharmaciens de ce secteur a fait que le nombre d'habitants par pharmacien recule de 10,5 à 9,2 mille au cours de la même période. Cette contribution du secteur privé est plus marquée dans les provinces du BAJ que dans le reste du pays. Inversement, la tendance de l'effectif du personnel paramédical et des établissements de soins de santé de base, indique que le secteur public s'oriente vers la dispense de soins de santé primaires.

La progression observée par le secteur privé en termes de médecins et de pharmaciens et la diffusion des soins primaires dispensés par le secteur public (établissements de soins santé de base et personnel

9. En 1990/91, la dépense annuelle moyenne par personne en hygiène et soins médicaux était 3,4 fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

paramédical), constituent actuellement deux principales composantes de l'élargissement de l'accessibilité de la population aux soins de santé.

1.2. Couverture médico-sanitaire

La couverture médico-sanitaire par un système public ou privé, n'est relativement développée que parmi la population citadine (Tableau A1 en annexe). La population bénéficiant de ce système représente 24,6% dans les villes contre 2,3% dans l'espace rural. Dans les zones rurales ciblées par le BAJ, cette proportion est de 1,3% contre 3,0% dans le reste des zones rurales. Dans des espaces régionaux comme "Marrakech-Tensift-El Haouz et Tadla-Azilal", "Meknès-Tafilelt et Fès-Boulemane" et "Rabat-Salé-Zemour-Zaer et Gharb-Chrarda-Beni-Hssen", le taux de couverture médico-sanitaire de la population rurale est inférieur à 2%. Dans les zones urbaines de ces mêmes régions, ce taux s'élève respectivement à 18,1%, 17,7% et 32,2%.

En milieu urbain comme en milieu rural, le taux de couverture médico-sanitaire s'élève avec le niveau scolaire des chefs de ménages. De 1,6% pour la population relevant des ménages dirigés par une personne peu ou prou scolarisée dans les zones rurales (12,2% dans les zones urbaines), le taux de couverture s'élève à 54,6% (66,5% dans les zones urbaines) pour la population relevant des ménages dont le chef a un niveau d'études supérieures. Cette tendance est observée aussi bien dans l'espace cible du BAJ que dans le reste du pays.

Encadré 2 : Les données de base

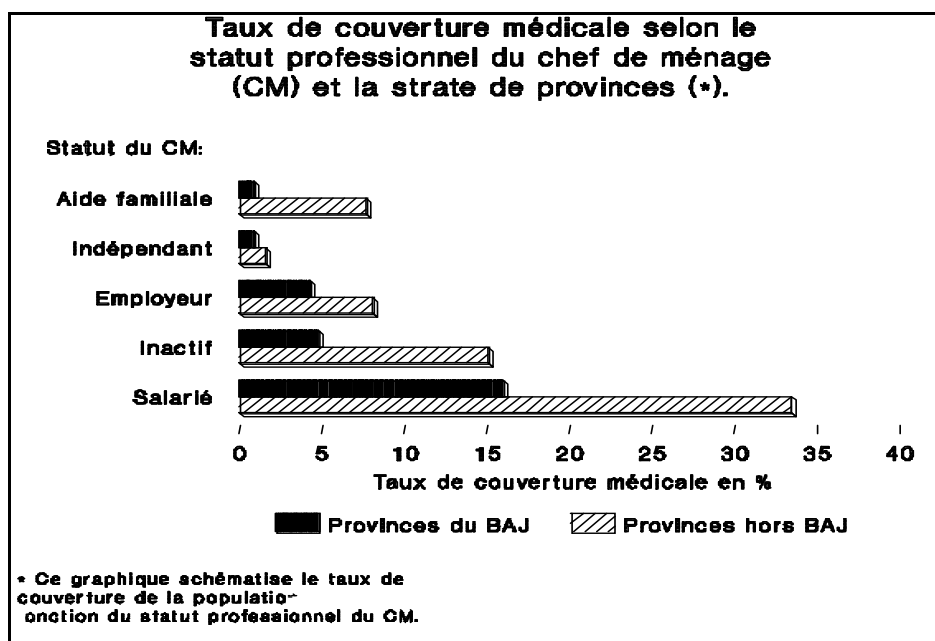
Dans cette étude, l'analyse de la demande de soins de santé se réfère à des données intégrées recueillies au premier semestre de 1996 par le volet social de l'Enquête nationale sur la population et l'emploi (ENPE 1996) réalisée par la Direction de la Statistique. La taille de l'échantillon observé par cette enquête au cours de la période de référence, est de 15 023 ménages dont 43,8% résident en milieu rural.

Comme l'observation de la demande de soins de santé s'effectue auprès des membres des ménages échantillons, les données de base sont constituées de 84 108 personnes dont 47,3% sont enquêtées en milieu rural.

Ce sont les ménages dirigés par une personne en chômage qui enregistrent les taux de couverture les plus limités: 1,4% en milieu rural et 8,9% en milieu urbain. L'exercice d'un emploi n'agit significativement sur l'accès à la couverture sociale qu'à travers le statut de salarié. Dans les zones rurales comme dans les zones urbaines, les ménages dirigés par un salarié se détachent du reste de la population par des taux de couverture relativement élevés, respectivement 5,8% et 41,7%.

Les groupes socio-professionnels relativement avantagés en couverture médico-sanitaire sont d'abord les membres des corps législatifs, les élus locaux, les responsables hiérarchiques, les directeurs, les cadres de direction d'entreprises, les cadres supérieurs et les membres des professions libérales. 27,4% de la population rurale (63,2% de la population urbaine) relevant d'un ménage dont le chef fait partie de ce groupe socio-professionnel, sont couverts par un système de sécurité médico-sanitaire. Les "cadres moyens et les employés" occupent le second rang en observant des taux de couverture s'élevant à 14,1% en milieu rural et 61,9% en milieu urbain. La référence aux éléments de confort associés à un cadre de vie

décent, indique, en outre, que le système de prévoyance sociale avantage les populations les plus aisées et ce, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.



Selon que l'on dispose ou non d'une voiture, le taux de couverture s'établit respectivement à 40,1% et 21,3% dans les zones urbaines et à 6,1% et 2,1% dans les zones rurales.

La population la plus dépourvue en couverture médico-sanitaire est celle relevant des ménages dirigés par un commerçant, un exploitant agricole, un pêcheur, un artisan ou un ouvrier agricole ou non agricole. Ce sont les commerçants dans les villes et les exploitants agricoles dans l'espace rural qui bénéficient le moins du système de sécurité médico-sanitaire. Il s'agit également d'indépendants employés dans des activités de type informel exerçant leur propre activité en employant une main-d'œuvre

familiale non rémunérée et faisant appel, de temps en temps, à la main d'oeuvre non familiale salariée. Cette catégorie d'actifs est aussi bien observée en milieu urbain qu'en milieu rural et elle peut être ciblée par des systèmes de sécurité sociale adaptés à ces statuts professionnels et à leur niveau de rémunération.

Le tableau R1 ci-après présente l'effet exercé par les caractéristiques démographiques, professionnelles et socio-économiques sur la probabilité d'être couvert par un système médico-sanitaire en se référant à une modélisation logit (encadré 3). Cette modélisation ajuste la variable discrète "Individu couvert par un système de couverture médico-sanitaire" (prenant la valeur 1 dans le cas affirmatif et la valeur 0 dans le cas inverse) sur une série de caractéristiques familiales, individuelles et socio-professionnelles. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité d'être couvert par un système de couverture médico-sanitaire est assujettie aux considérations suivantes:

→ A l'échelle nationale, le fait d'être de sexe masculin a un effet positif hautement significatif sur la chance d'être couvert par un système médico-sanitaire. Cette forme de discrimination vis-à-vis des femmes est attribuée à des facteurs en amont et en aval de la couverture sociale et particulièrement à la participation relativement limitée de la femme à l'éducation et à la formation et, corrélativement, à un emploi salarié bénéficiant d'une protection sociale systématique. En effet, la chance d'accéder à la couverture sociale s'élève avec le niveau d'éducation de l'individu ou de l'un de ses parents. Dans les provinces du BAJ où le taux de couverture sociale est plutôt symbolique, seule une tendance à la discrimination des femmes est soupçonnée (l'effet de la variable "individu de sexe masculin" est positif mais il est significativement nul).

→ La résidence dans une ville, la jouissance d'un cadre de vie relativement décent ainsi que la performance du statut socio-professionnel, avantagent l'adhésion à un système d'assurance maladie. La résidence dans une zone défavorisée (cas des provinces BAJ) a, en revanche, un effet négatif significatif sur l'accès à cet avantage sociale. Ceci signifie que la couverture médico-sanitaire est aussi contrainte par des facteurs en amont dont notamment les systèmes de sécurité sociale orientés vers les populations à revenu limité vivant dans un espace agricole.

Encadré 3: Formalisation de la décision de demande d'un soins de santé.

Lorsqu'elle ne se réfère qu'à des tableaux croisés différenciant une pratique selon un ou plusieurs critères, l'étude des comportements se heurte à divers effets de structure qui risquent de conduire à des interprétations discutables. Dans ce document, l'analyse du comportement de la population en matière de demande de soins de santé porte sur des pratiques de nature discrète comme le recours à la consultation médicale et le suivi médical de la grossesse, variables dichotomiques (à deux modalités de réponse: oui/non). Pour affiner les enseignements de la tabulation croisée de ces pratiques, le recours à des techniques économétriques de type logit permet de mesurer l'effet d'une caractéristique, toutes choses égales par ailleurs, sur la pratique expliquée. Cette modélisation permet d'identifier l'effet exercé par chacune des diverses caractéristiques démographiques et socio-économiques sur la variable discrétisée objet de l'analyse. Tous les modèles ajustés dans cette étude, se réfèrent à une variable endogène dichotomique, notée y , prenant les valeurs 1 si la pratique analysée s'est réalisée et 0 sinon. Pour un individu échantillon, la valeur prise par cette variable endogène " y " est associée à ses caractéristiques démographiques et socio-économiques, notées x_1, x_2, \dots, x_k et dites variables exogènes, par

le modèle suivant:
$$y = \mu + \sum_{i=1}^k \beta_i x_i + u$$

où μ et β_i , $i=1$ à k , sont les coefficients du modèle et u son terme aléatoire.

Il s'agit d'un modèle logit dichotomique où la probabilité de réalisation de la pratique étudiée a été choisie sous une forme logistique:

$$p(y = 1) = \frac{1}{1 + \exp(-\mu - \sum_{i=1}^k \beta_i x_i)}$$

→ Les valeurs numériques des coefficients n'ont pas d'interprétation directe; en revanche leur signe et le fait qu'ils soient ou non significatifs sont interprétables. Le signe permet de savoir si la probabilité de réalisation d'une pratique donnée est une fonction croissante (signe positif) ou décroissante (signe négatif) de la variable explicative correspondante; toutes choses égales par ailleurs.

→ La non signification de certains coefficients permet de repérer des variables n'influençant pas la réalisation de la pratique étudiée.

→ Le degré de précision d'un coefficient du modèle est évalué par la valeur absolue de son rapport à son écart-type, noté x . Lorsque la colonne " $P(x>t)$ " indiquée dans les divers tableaux prend une valeur inférieure à 0,05, le coefficient est significativement différent de 0 au seuil de 5%.

Tableau R1 : Estimation de l'effet des caractéristiques socio-démographiques sur l'accès à la couverture médico-sanitaire

Variable expliquée du modèle ajusté (logit): l'individu bénéficie d'une couverture médicale.

Champ : la population totale.

Données de base: ENPE 1996, Direction de la Statistique.

Variables	Ensemble		Provinces BAJ		Provinces hors BAJ	
	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)
Constante	-4,86	0,00	-5,68	0,00	-4,89	0,00
Résidence dans la strate BAJ	-0,15	0,00	--	--	--	--
Sexe masculin de l'individu	0,06	0,00	0,01	0,81	0,06	0,00
Age révolu de l'individu	-0,00	0,00	-0,00	0,21	-0,00	0,01
Age au carré de l'individu	0,00	0,20	0,00	0,99	0,00	0,20
Résidence en milieu urbain	0,43	0,00	0,53	0,00	0,37	0,00
Niveau d'instruction du CM:						
-Aucun	-0,36	0,00	-0,44	0,00	-0,36	0,00
-Secondaire ou supérieur	0,39	0,00	0,47	0,00	0,38	0,00
Type d'activité du CM:						
-Actif occupé	0,68	0,00	1,03	0,00	0,65	0,00
-Inactif	0,21	0,12	3,05	0,21	0,04	0,76
Statut professionnel du CM:						
-Salarié	0,62	0,00	1,00	0,00	0,60	0,00
-Indépendant/employeur	-0,47	0,00	0,05	0,85	-0,52	0,00
Profession du CM:						
-Cadre, profession libérale & assimilés	0,76	0,00	0,48	0,00	0,77	0,00
-Exploitant agricole	0,70	0,00	0,75	0,00	0,57	0,00
-Ouvrier	0,21	0,00	0,01	0,96	0,23	0,00
Le ménage a un poste de radio	0,35	0,00	0,42	0,00	0,34	0,00
Le ménage a un téléviseur	0,45	0,00	0,28	0,00	0,52	0,00
Niveau d'instruction de l'individu:						
-Aucun niveau	-0,03	0,27	0,02	0,86	-0,03	0,27
-Secondaire ou supérieur	-0,08	0,03	-0,06	0,65	-0,09	0,02
Type d'activité de l'individu:						
-Actif occupé	0,94	0,00	0,99	0,00	0,92	0,00
-Inactif	1,07	0,00	0,83	0,00	1,09	0,00
Statut professionnel de l'individu:						
-Salarié	0,15	0,00	-0,01	0,94	0,23	0,00
-Indépendant/employeur	-0,07	0,25	-0,18	0,22	0,01	0,92
Profession de l'individu:						
-Cadre, de profession libérale & assimilés	0,78	0,00	0,86	0,00	0,76	0,00
-Exploitant agricole	0,19	0,03	0,06	0,83	0,33	0,00
-Ouvrier	0,14	0,05	0,43	0,95	0,11	0,14

Lecture: CM désigne "Chef de ménage". Se référer à l'encadré 3 pour l'interprétation des paramètres.

Les variables de référence sont: la résidence dans l'espace hors BAJ pour la variable "Résidence dans la strate BAJ", le sexe féminin pour "Sexe masculin de l'individu", la résidence en milieu rural pour "Résidence en milieu urbain", le niveau d'enseignement fondamental pour le "Niveau d'instruction du CM et de l'individu", les individus et les chefs de ménages en chômage pour le "Type d'activité", les individus ou chefs de ménage travaillant à domicile, aides familiales, apprentis ou associés pour le "Statut professionnel", la profession de commerçant et assimilés pour la "Profession", les ménages ne disposant pas de poste de radio ou de téléviseur respectivement pour les variables "le ménage à un poste de radio" et "le ménage a un téléviseur".

1.3. Etat de morbidité de la population

En mesurant l'importance relative de la population malade ou blessée

au cours de quatre semaines¹⁰, le taux de morbidité renseigne sur le niveau hypothétique de la demande de soins de santé; c'est-à-dire la proportion de la population qui serait en quête d'un soins médico-sanitaire si toute maladie ou blessure engendrait une consultation médico-sanitaire¹¹. Au premier semestre de 1996, ce taux s'est établi à 8,2% en milieu urbain et à 6,1% en milieu rural, soit 7,2% à l'échelle nationale (Tableau 1 ci-après). Cette incidence de la morbidité n'est systématiquement traduite en demande effective de consultations médicales qu'à raison de 60,6% au niveau national, soit 68,4% dans les villes et 49,0% dans les zones rurales. C'est particulièrement dans l'espace rural cible du BAJ (où le taux de morbidité est limité à 5,4%) que la proportion de la population malade qui recourt à une consultation médicale est la plus réduite (45,3%).

10. Pour l'observation de la morbidité, la période de référence retenue par l'ENPE 1996, a été fixée aux quatre semaines précédents le jour de l'enquête.

11. **Principales causes de décès déclarées en 1992** : L'analyse globale des données relatives aux décès déclarés au niveau des municipalités au cours de l'année 1992 laisse apparaître des groupes de pathologies comme étant relativement les plus importants. 25,1% des décès sont dus aux maladies de l'appareil circulatoire, 13,6% respectivement aux infections dont l'origine se situe dans la période périnatale et aux lésions traumatiques et les empoisonnements, 9,9% aux tumeurs, 8,6% et 7,2% respectivement aux maladies endocriniennes et diabète et aux maladies infectieuses et respiratoires.

Les différents facteurs associés à la mortalité varient d'un groupe d'âge à un autre. Pour les enfants de moins d'un an, les principales causes de décès sont: les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (55,2%), les maladies infectieuses et parasitaires (10,6%), les maladies de l'appareil circulatoire (7,5%), les maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires (6,7%) et les maladies de l'appareil respiratoire (6,3%). Les maladies de l'appareil circulatoire (24,3%), les lésions traumatiques et empoisonnements (16,3%) et les tumeurs (16,1%) constituent les principales causes de mortalité des femmes âgées de 15 à 44 ans. D'après le document préliminaire pour l'élaboration du plan de développement économique et social 1996-2000 du Ministère de la Santé Publique.

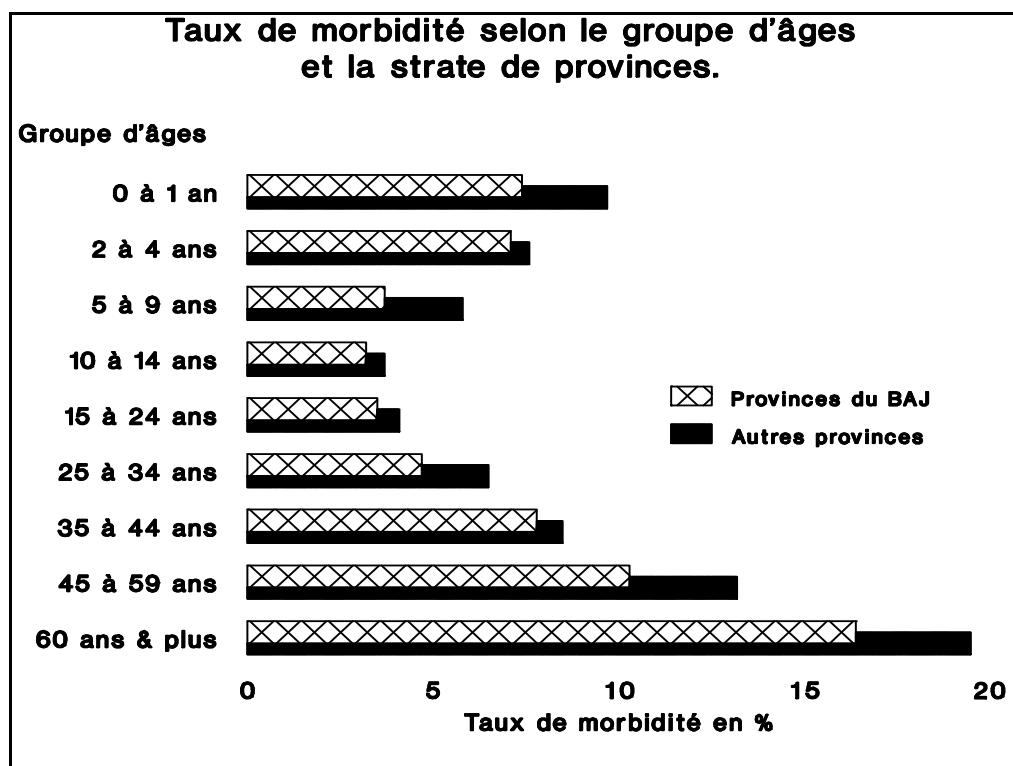
La population âgée de 10 à 24 ans est la moins vulnérable à la maladie. Les taux de morbidité les plus faibles sont relevés pour les "10 à 14 ans" (3,6%) et les "15 à 24 ans" (3,9%). Inversement, ce sont les "moins de 5 ans" (7,6%) et les "60 ans et plus" (18,6%) qui observent des taux de morbidité relativement élevés. Comme le schématise le graphique ci-après, l'incidence de la morbidité dépasse la moyenne nationale pour les "moins de 5 ans", s'établit à un niveau inférieur pour les "5 à 34 ans" et entame une hausse rapide avec l'âge à partir de 35 ans. Cette tendance est vérifiée aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, pour les hommes que pour les femmes.

La comparaison des taux de morbidité par groupe d'âges, révèle, en outre, qu'en général les citadins sont plus enclins à la déclaration de la maladie que les ruraux et qu'à partir de 15 ans les femmes sont en moyenne plus prédisposées aux troubles sanitaires que les hommes. Il importe de noter qu'en l'absence de données sur le degré de gravité de la maladie, ces tendances sont strictement restreintes à la morbidité déclarée; c'est-à-dire à la perception de la maladie chez les populations. En fait, une maladie de sévérité similaire pourrait être perçue par deux personnes différentes comme une maladie à divulguer dans un cas et à ignorer dans l'autre. Les différences en matière de vulnérabilité à la morbidité, sont donc attribuables, en partie, au degré de sévérité et de perception de la maladie et, corrélativement, aux niveaux d'instruction, d'éducation sanitaire, de revenu et de proximité des établissements sanitaires.

En 1991, les 20% les plus aisés de la population observaient un taux de morbidité¹² de 22,8% contre 9,7% pour les 20% les plus défavorisés. L'observation d'un taux de morbidité relativement limité dans les zones ciblées par le BAJ, obéit à cette logique et est

12. *Direction de la Statistique (1992): Enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages 1990/91, vol.1, Rapport de synthèse.*

totallement imputable au comportement de la population rurale dont le taux de morbidité est limité dans ces zones à 5,4%. Inversement, la population citadine de l'espace BAJ est sujette à la même incidence de la morbidité (8,3%) que le reste du pays (8,2%).



En somme, la population citadine est en moyenne plus prédisposée à déclarer son état de morbidité. Ce sont en particulier les femmes citadines qui se distinguent par le taux de morbidité le plus élevé; en milieu rural, ce taux n'est pas significativement différencié par le genre de la population. A mêmes milieu de résidence (urbain/rural) et genre (homme/femme), la morbidité est particulièrement répandue parmi les enfants à un jeune âge (4 ans et moins), les adultes à partir de 35 ans et les personnes du troisième âge (60 ans et plus).

Tableau 1 : Taux de morbidité selon le groupe d'âges, le sexe, la strate de province et le milieu de résidence

1. Les deux sexes

En %

Groupe D'âge	Urbain			Rural			Ensemble		
	BAJ	Hors BAJ	Total	BAJ	Hors BAJ	Total	BAJ	Hors BAJ	Total
0 à 4 ans dont :	12,2	9,9	10,2	4,5	6,2	5,5	5,9	8,3	7,6
* 0 à 1 an									
* 2 à 4 ans	15,6	11,3	11,8	5,4	7,5	6,6	7,4	9,7	9,0
5 à 9 ans	10,2	9,2	9,3	4,0	5,5	4,8	5,1	7,6	6,9
10 à 14 ans	6,1	6,7	6,6	3,1	4,6	4,0	3,7	5,8	5,2
15 à 24 ans	5,1	4,1	4,2	2,7	3,2	3,0	3,2	3,7	3,6
25 à 34 ans	3,3	4,3	4,2	3,6	3,6	3,6	3,5	4,1	3,9
35 à 44 ans	6,8	7,1	7,0	3,9	5,4	4,8	4,7	6,5	6,2
45 à 59 ans	8,5	8,8	8,8	7,6	7,9	7,8	7,8	8,5	8,4
60 ans et plus	15,9	13,4	13,7	8,8	12,7	11,0	10,3	13,2	12,5
	20,0	20,8	20,8	15,5	17,4	16,6	16,4	19,5	18,6
Total	8,3	8,2	8,2	5,4	6,6	6,1	6,1	7,6	7,2

Source : Direction de la Statistique, ENPE 1996.

Lecture : Le taux de morbidité est le rapport de l'effectif de la population malade ou blessée à l'effectif total de la population.

Tableau 1 : Taux de morbidité selon le groupe d'âges, le sexe, la strate de province et le milieu de résidence (suite)

2. Population masculine

En %

Groupe D'âge	Urbain			Rural			Ensemble		
	BAJ	Hors BAJ	Total	BAJ	Hors BAJ	Total	BAJ	Hors BAJ	Total
0 à 4 ans	10,5	9,7	9,8	4,7	7,3	6,2	5,8	8,6	7,8
5 à 9 ans	6,5	6,8	6,7	3,3	5,2	4,4	3,9	6,1	5,5
10 à 14 ans	4,8	4,1	4,2	2,8	3,2	3,0	3,2	3,7	3,6
15 à 24 ans	2,1	3,6	3,4	3,3	3,6	3,5	3,0	3,6	3,5
25 à 34 ans	4,6	5,6	5,5	3,7	5,1	4,6	4,0	5,5	5,1
35 à 44 ans	6,4	7,4	7,3	6,0	7,9	7,2	6,1	7,6	7,2
45 à 59 ans	12,1	11,4	11,4	7,9	10,9	9,7	8,8	11,2	10,6
60 ans et plus	19,8	20,3	20,3	16,2	17,5	17,0	16,8	19,2	18,5
Total	6,8	7,4	7,4	5,4	6,7	6,2	5,7	7,1	6,8

3. Population féminine

En %

Groupe D'âge	Urbain			Rural			Ensemble		
	BAJ	Hors BAJ	Total	BAJ	Hors BAJ	Total	BAJ	Hors BAJ	Total
0 à 4 ans	14,0	10,2	10,7	4,2	5,2	4,8	6,0	8,0	7,4
5 à 9 ans	5,7	6,7	6,6	2,8	4,0	3,5	3,4	5,5	4,9
10 à 14 ans	5,4	4,0	4,2	2,6	3,2	2,9	3,1	3,7	3,5
15 à 24 ans	4,6	4,9	4,9	3,8	3,6	3,7	4,0	4,5	4,3
25 à 34 ans	8,7	8,3	8,4	4,1	5,7	5,1	5,4	7,5	7,0
35 à 44 ans	10,5	10,2	10,2	8,9	7,8	8,3	9,3	9,4	9,4
45 à 59 ans	19,2	15,3	15,7	9,5	14,4	12,2	11,6	14,9	14,1
60 ans et plus	20,2	21,4	21,3	14,5	17,3	16,2	15,8	19,8	18,8
Total	9,7	8,9	9,0	5,4	6,5	6,1	6,4	8,0	7,6

Source : Direction de la Statistique, ENPE 1996.

Lecture : Le taux de morbidité est le rapport de l'effectif de la population malade ou blessée à l'effectif total de la population.

II. DEMANDE DE SOINS DE SANTE CURATIFS

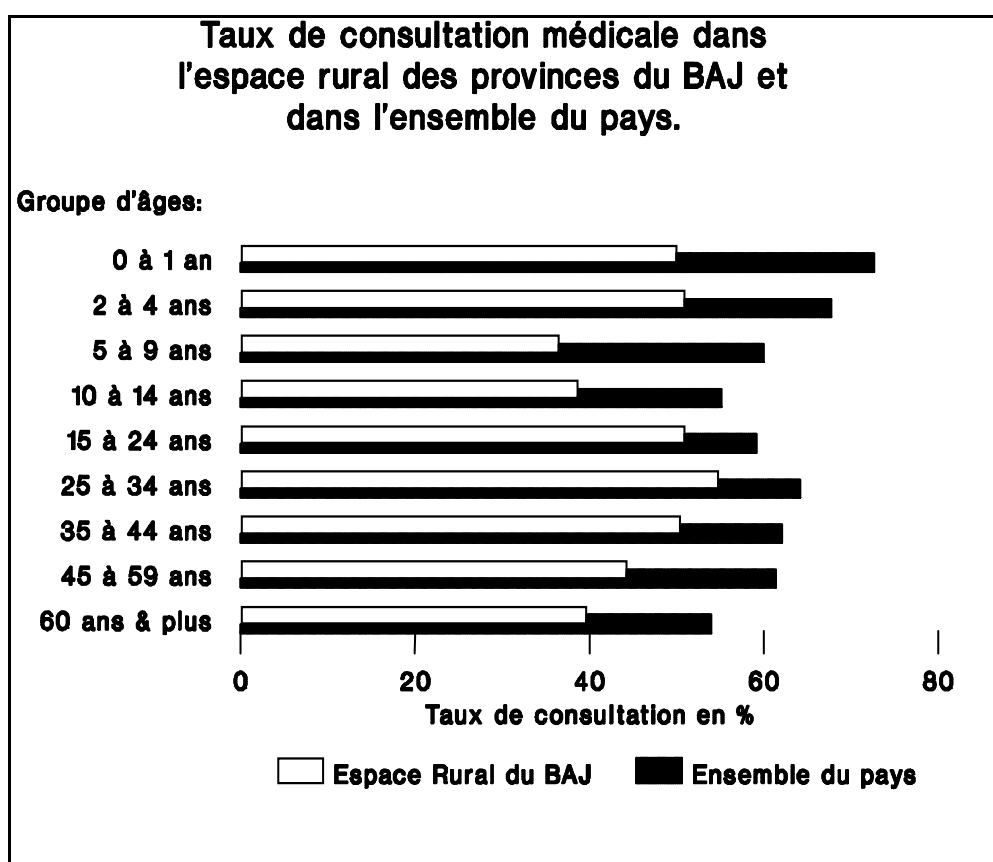
2.1. Recours à la consultation médicale

Le recours à la consultation médicale en cas de maladie renseigne sur la demande effective de soins de santé. Mesurée par le taux de consultation¹³, la demande de soins et traitements médicaux est pratiquée par 60,6% de la population en situation de morbidité, soit 68,4% pour les citadins et 49,0% pour les ruraux (Tableau A2 en annexe). La population la moins encline à la demande de prestations sanitaires est celle des enfants âgés de 5 à 14 ans résidant dans la zone rurale de la strate de provinces cibles du BAJ. Pour cette tranche de la population, moins de 4 enfants sur 10 malades ou blessés sont conduits à une consultation médicale. Les personnes plus âgées (60 ans et plus) sont aussi les plus défavorisés en la matière. Leur taux de consultation est systématiquement inférieur à celui observé pour les enfants de moins de 5 ans et les adultes en âge d'activité économique (15 à 60 ans). C'est plutôt dans les zones rurales de la strate BAJ que les personnes âgées s'alignent avec les "5 à 14 ans" en matière de recours restreint aux soins médicaux.

Le comportement des ménages en matière de demande de soins de santé avantage en premier lieu les nourrissons, tend à défavoriser les fillettes (6 à 14 ans) dans les zones rurales de la strate BAJ et privilégie les membres en âge d'activité. En effet, quels que soient le milieu de résidence, le genre et la strate de provinces (BAJ/hors BAJ), les "moins de 5 ans" se caractérisent par le taux de consultation le plus performant. Ce taux s'établit à 70,8% pour les garçons et à 68,7% pour les filles contre une moyenne masculine de 59,4% et une moyenne féminine de 61,6%. Comparées aux garçons, les fillettes rurales de la strate BAJ observent un retard en matière de chances de consultation médicale s'élevant à 7 points pour les "moins de 5 ans" et

13. *Le taux de consultation exprime la proportion de la population malade qui a procédé à une consultation médicale.*

à 11 points pour les "5 à 14 ans". A l'échelle de l'ensemble de l'espace rural, cette tendance à la discrimination des enfants de sexe féminin vis-à-vis de la demande de soins de santé, est plutôt marginale. Dans la strate BAJ, les femmes rurales les plus âgées observent aussi une incidence limitée de la consultation médico-sanitaire. Leur taux de consultation s'établit à 34,9% contre 43,0% pour les hommes de la même strate et du même groupe d'âges.



Il découle de ces données qu'en général, les enfants de moins de 5 ans sont les plus avantagés en matière de consultation et traitement médicaux, qu'une tendance à la discrimination envers les fillettes et les femmes plus âgées dans les zones rurales les plus défavorisées (strate BAJ) est soupçonnée, et qu'en âge d'activité économique ou domestique les femmes et les hommes s'alignent en matière de chances de recours aux soins médicaux en cas de maladie ou de blessure.

Tableau 2 : Pourcentage des malades ayant fait recours à une consultation médicale selon l'âge, la strate de province et le milieu de résidence (Taux de consultation)

1. Les deux sexes

En %

Groupe D'âge	Urbain			Rural			Ensemble		
	BAJ	Hors BAJ	Total	BAJ	Hors BAJ	Total	BAJ	Hors BAJ	Total
0 à 4 ans dont :	89,8	78,2	79,8	50,5	55,8	53,9	65,4	71,0	69,8
* 0 à 1 ans	89,3	81,3	82,6	50,0	61,3	57,4	66,2	74,7	72,7
* 2 à 4 ans	90,3	76,0	77,8	50,9	51,5	51,3	64,8	68,4	67,7
5 à 9 ans	79,4	68,8	69,9	36,5	50,7	46,0	50,0	62,5	60,0
10 à 14 ans	58,6	66,7	65,6	38,7	43,0	41,4	45,1	58,4	55,2
15 à 24 ans	82,4	66,8	68,1	50,9	44,6	47,1	58,1	59,6	59,2
25 à 34 ans	69,4	68,1	68,2	54,8	55,6	55,3	60,7	64,9	64,2
35 à 44 ans	62,5	69,0	68,4	50,4	51,9	51,3	54,0	64,1	62,1
45 à 59 ans	75,0	67,1	68,1	44,3	55,4	51,6	54,7	63,2	61,4
60 ans et plus	62,7	61,2	61,4	39,7	48,9	45,3	45,2	56,7	54,0
Total	72,7	67,8	68,4	45,3	51,2	49,0	53,7	62,5	60,6

Tableau 2 : Pourcentage des malades ayant fait recours à une consultation médicale selon l'âge, la strate de province et le milieu de résidence (Taux de consultation) (suite)

2. Population masculine

En %

Groupe D'âge	Urbain			Rural			Ensemble		
	BAJ	Hors BAJ	Total	BAJ	Hors BAJ	Total	BAJ	Hors BAJ	Total
0 à 4 ans	88,5	80,7	81,6	53,9	56,9	55,8	65,4	72,2	70,8
5 à 9 ans	77,8	72,4	73,0	41,5	51,7	48,4	52,5	64,7	62,2
10 à 14 ans	50,0	66,3	64,2	39,4	43,1	41,7	42,6	58,2	54,4
15 à 24 ans	81,8	68,2	69,1	46,9	45,5	46,0	53,3	59,8	58,5
25 à 34 ans	66,7	64,4	64,6	53,1	46,5	48,5	57,5	59,2	58,9
35 à 44 ans	58,8	67,2	66,5	48,8	50,0	49,6	51,7	61,7	59,9
45 à 59 ans	80,0	64,7	66,3	39,0	44,6	42,6	51,2	57,9	56,5
60 ans et plus	62,5	64,4	64,2	43,0	48,6	46,3	46,9	58,4	55,5
Total	71,5	68,2	68,5	45,1	48,7	47,4	52,1	61,4	59,4

3. Population féminine

En %

Groupe D'âge	Urbain			Rural			Ensemble		
	BAJ	Hors BAJ	Total	BAJ	Hors BAJ	Total	BAJ	Hors BAJ	Total
0 à 4 ans	90,9	75,7	78,0	46,7	54,2	51,3	65,4	69,7	68,7
5 à 9 ans	81,3	65,0	66,7	30,3	49,2	42,7	46,9	60,0	57,4
10 à 14 ans	66,7	67,0	67,0	37,9	42,9	41,0	47,7	58,6	56,0
15 à 24 ans	82,6	65,7	67,4	53,9	43,7	48,0	61,4	59,3	59,8
25 à 34 ans	70,6	70,3	70,4	56,1	62,6	60,6	62,7	68,5	67,5
35 à 44 ans	64,5	70,2	69,6	51,4	53,6	52,7	55,3	65,9	63,6
45 à 59 ans	72,3	68,8	69,2	48,2	62,9	57,9	57,0	66,8	64,7
60 ans et plus	62,9	57,9	58,5	34,9	49,3	44,0	43,0	55,0	52,3
Total	73,5	67,5	68,2	45,6	53,7	50,7	55,1	63,4	61,6

Source : Direction de la Statistique, ENPE 1996.

Lecture : Le taux de consultation est le rapport de l'effectif de la population malade ou blessée ayant consulté un personnel médical, para-médical ou thérapeute à l'effectif de la population malade ou blessée.

2.2. Utilisation différenciée des services de santé

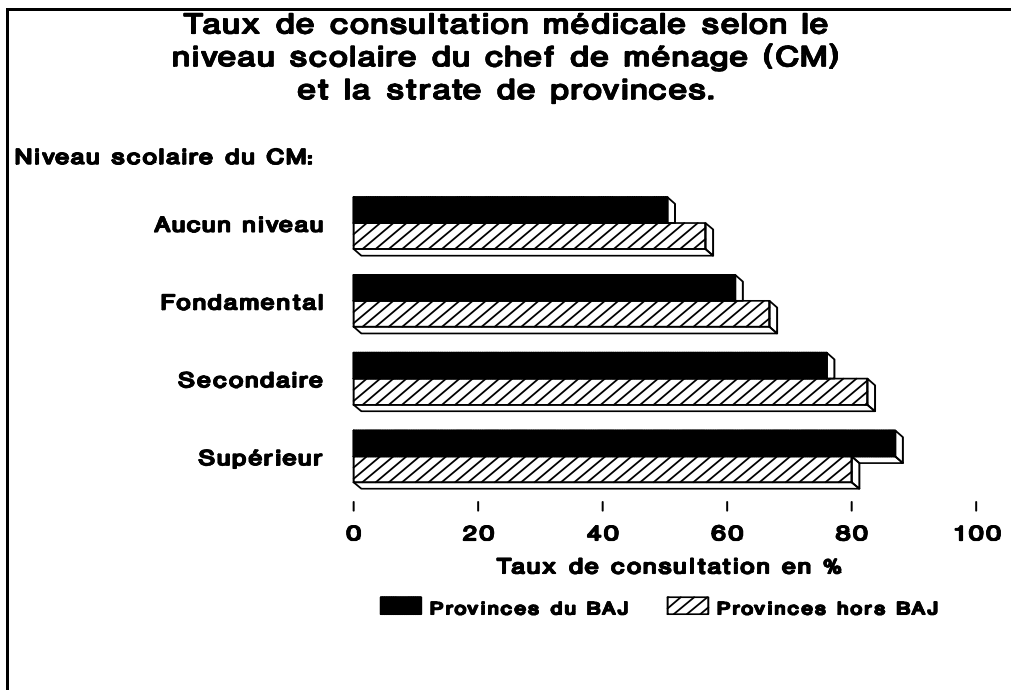
Le tableau A2 en annexe porte sur l'utilisation des services de santé par les populations de la strate des provinces du BAJ et du reste du pays différenciées en fonction du milieu de résidence (urbain /rural). Il révèle l'ampleur de l'utilisation des services de santé par les personnes malades ou blessées en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques. Une tendance marquée dans la consultation du personnel de santé se déduit des taux de consultation ainsi différenciés.

L'utilisation des soins de santé est à son niveau le plus performant parmi la population observée dans les zones relevant des villes comme Rabat, Kenitra, Oujda, Fès, Meknès et Marrakech où le taux de consultation médicale dépasse 70%. Inversement, ce sont les populations rurales ciblées par le BAJ et relevant des zones de Chaouia-Abda (35,8%), Agadir-Goulmim-Laâyoune (41,3%) et Rabat-Kénitra (18,3%) qui enregistrent les taux de consultation les plus faibles. Abstraction faite sur les zones urbaines ciblées par le BAJ et relevant de l'axe Agadir-Goulmim (47,7%), le reste du champ urbain de ce programme de priorités sociales observe des taux de consultation aussi performants que les autres zones urbaines. L'observation d'une utilisation accrue des soins de santé dans les grandes villes est aussi bien attribuable à la proximité et à la diversité de l'infrastructure sanitaire qu'aux niveaux d'instruction et d'éducation médicale des populations de cet espace urbain et de leur niveau socio-économique. En effet, les performances en matière de recours à la consultation médicale en cas de maladie, sont le fait des ménages citadins dirigés par une personne d'un niveau d'études secondaires ou supérieures, et/ou exerçant les professions de "membres des corps législatifs, responsable hiérarchique, directeur, cadre de direction d'entreprises, membre des professions libérales" et de "cadres supérieurs ou moyens".

Pour ces groupes sociaux, la chance de consulter un médecin suite à une maladie dépasse dans la quasi-totalité des cas le taux de 80%. La jouissance d'un cadre de vie meilleur qui est aussi propre à ces groupes sociaux, a une influence positive sur l'usage des soins de santé. Abstraction faite sur le niveau d'instruction et la profession du chef de ménage, les populations citadines résidentes dans des logements modernes et/ou disposant d'éléments de confort, observent des taux de consultation supérieurs à 70%.

Dans les zones rurales, c'est exactement par les mêmes caractéristiques (niveau d'instruction moyen ou élevé, profession plus lucrative et meilleur cadre de vie) que se distingue le groupe social le plus favorisé en soins de santé. Il y a cependant lieu de constater qu'à mêmes cadre de vie et niveau d'instruction, l'utilisation des soins de santé est généralement plus restreinte en milieu rural qu'en milieu urbain. Autrement dit, la demande de soins de santé en milieu rural, est négativement influencée par l'insuffisance de la proximité de l'infrastructure sanitaire et par son effet induit sur la fréquence des consultations médicales. La population la plus démunie en utilisation de soins de santé est celle relevant de l'espace rural de la strate BAJ. Il s'agit des ménages dirigés par une personne peu ou prou scolarisée (taux de consultation égal à 43,6%), en situation de chômage (37,5%) ou d'inactivité (33,5%).

L'estimation de l'effet des caractéristiques socio-économiques sur la décision de recours à la consultation médicale, s'est référée à l'explication de la variable dichotomique "Avoir fait recours à une consultation médicale suite à une maladie ou une blessure" prenant les valeur 1 si cet événement s'est réalisé et 0 dans le cas inverse.



Les paramètres du modèle logit ajustant le recours éventuel à la consultation médicale sur une série de caractéristiques familiales et individuelles, figurent sur le tableau R2 ci-après. Le premier enseignement qui se dégage du niveau de signification des divers coefficients concerne la restriction des facteurs avantageant significativement le recours à la consultation médicale. A l'échelle nationale comme dans les provinces défavorisées (strate BAJ), les caractéristiques qui avantagent significativement la demande de consultations, sont la résidence en milieu urbain, le cadre décent de vie, la performance relative du niveau d'instruction du chef de ménage, le statut socio-professionnel témoignant de l'exercice d'une activité mieux rémunérée et l'adhésion à un système de couverture médico-sanitaire. Les caractéristiques des individus autres que le chef de ménage n'exercent pas d'effet significatif sur la chance de recours à une consultation médicale suite à une maladie ou une blessure. Ce fait signifie, entre autres, que la prise de décision en matière de recours à une consultation médicale

revient au chef de ménage qui s'apparente, dans la quasi-totalité des cas, au soutien économique de son unité familiale. Dans les provinces hors BAJ, le fait d'être inactif agit négativement (au seuil de 5%) sur le recours à la consultation. Ce constat s'explique par le fait que les inactifs sont constitués essentiellement des enfants et des femmes contrôlant peu leur accès aux soins médicaux. Le niveau socio-économique du ménage est aussi déterminant dans ce domaine et est révélateur de la contribution de l'amélioration du niveau moyen de vie de la population au renforcement de l'accessibilité aux soins de santé. Un autre fait marquant de la demande de consultation, se dégage de la comparaison des coefficients de la variable "membre couvert par un système de sécurité sociale". Le coefficient de cette variable est plus élevé (au seuil de 5%) dans les zones défavorisées (+0,36) que dans le reste du pays (+0,24). Il en découle que l'apport de la couverture sociale au recours à la consultation médico-sanitaire est, en moyenne, plus performant parmi les populations à revenu limité.

Tableau R2 : Estimation de l'effet des caractéristiques socio-démographiques sur la demande de consultations médicales

Variable expliquée du modèle ajusté (logit) : Avoir fait recours à une consultation médicale suite à une maladie.

Champ : la population se déclarant malade.

Données de base: ENPE 1996, Direction de la Statistique.

Variables	Ensemble		Provinces BAJ		Provinces hors BAJ	
	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)
Constante	-0,27	0,29	-0,62	0,43	0,00	0,98
Résidence dans la strate BAJ	0,04	0,42	--	--	--	--
Age révolu de l'individu	0,00	0,64	-0,00	0,89	0,00	0,72
Sexe masculin de l'individu	-0,02	0,52	-0,02	0,78	-0,02	0,64
Age au carré de l'individu	-0,00	0,33	-0,00	0,78	-0,00	0,50
Niveau d'instruction du CM						
-Aucun	-0,08	0,07	0,08	0,46	-0,13	0,01
-Niveau secondaire ou supérieur	0,24	0,00	-0,14	0,57	0,28	0,00
Type d'activité du CM						
-Actif occupé	0,13	0,25	0,19	0,63	0,11	0,36
-Inactif	-0,46	0,32	-0,78	0,30	-0,63	0,34
Statut professionnel du CM						
-Salié	-0,04	0,75	0,23	0,53	-0,09	0,53
-Indépendant/Employeur	0,09	0,47	0,28	0,45	0,04	0,77
Profession du CM						
-Cadre, professions libérales & assimilés	0,15	0,13	0,47	0,07	0,08	0,49
-Exploitants agricoles	0,12	0,18	0,46	0,02	0,14	0,16
-Ouvrier	-0,05	0,53	0,22	0,30	-0,10	0,27
Résidence en milieu urbain	0,20	0,00	0,29	0,03	0,17	0,01
Individu couvert par un système de couverture médicale	0,25	0,00	0,36	0,05	0,24	0,00
Le ménage a un poste de radio	0,05	0,34	0,04	0,67	0,02	0,77
Le ménage a un téléviseur	0,27	0,00	0,36	0,00	0,18	0,00
Niveau d'instruction de l'individu						
-Aucun	-0,16	0,10	-0,46	0,13	-0,11	0,28
-Niveau secondaire ou supérieur	-0,25	0,06	-0,08	0,86	-0,22	0,13
Type d'activité de l'individu						
-Actif occupé	-0,08	0,58	-0,14	0,77	-0,07	0,64
-Inactif	-0,29	0,11	0,27	0,60	-0,41	0,04
Statut professionnel de l'individu						
-Salié	0,02	0,85	-0,16	0,52	0,01	0,92
-Indépendant/Employeur	0,10	0,27	0,14	0,42	0,08	0,48
Profession de l'individu						
-Cadre, professions libérales & assimilés	0,01	0,96	0,18	0,75	0,02	0,93
-Exploitant agricole	-0,12	0,40	-0,07	0,85	-0,14	0,38
-Ouvrier	0,16	0,25	0,21	0,62	0,17	0,23

Lecture: CM désigne "Chef de ménage". Se référer à l'encadré 3 pour l'interprétation des paramètres. Les variables de référence sont: la résidence dans l'espace hors BAJ pour la variable "résidence dans la strate BAJ", le sexe féminin pour "Sexe masculin de l'individu", la résidence en milieu rural pour "Résidence en milieu urbain", les individus qui ne bénéficient pas d'un système de couverture médicale pour "Individu couverts par un système de couverture médicale", le niveau d'enseignement fondamental pour le "Niveau d'instruction du chef de ménage et de l'individu", les individus et les chefs de ménages en chômage pour le "Type d'activité", les individus ou les chefs de ménages travaillant à domicile, aides familiales, apprentis ou associés pour le "Statut professionnel", la profession des commerçants et assimilés des individus et des chefs de ménages pour la "Profession", les ménages ne disposant pas de poste de radio ou de téléviseur respectivement pour les variables "le ménage a un poste de radio" et " le ménage a un téléviseur".

2.3. Accessibilité des enfants à la vaccination

Dans cette section, la vaccination des enfants de 12 à 23 mois contre les six maladies cibles¹⁴, est abordée du point de vue différenciation sociale et spatiale. Les données révèlent de prime abord que la pratique de la vaccination au Maroc s'identifie à la prestation sanitaire la mieux diffusée parmi la population. En milieu rural, 90,7% des enfants de "12 à 23 mois" bénéficient des vaccins fondamentaux. Cette proportion s'élève à 96,9% en milieu urbain. Et, quel que soit l'espace régional et son niveau de développement socio-économique, le taux de vaccination dépasse les 80%.

Les conditions socio-économiques des ménages n'influencent la vaccination que dans les zones rurales des provinces les plus défavorisées (strate BAJ). C'est le cas des sections rurales ciblées par le BAJ et situées dans les espaces régionaux comme "Tensift-Al-Haouz et Tadla-Azilal" (80,9%) et "Tanger-Tétouan et Taza-Al-Hoceima-Taounate" (86,1%) où le taux de vaccination est inférieur à la moyenne rurale (90,7%). Dans les zones rurales du BAJ, les enfants qui accèdent le moins à la vaccination, sont ceux qui vivent dans un ménage dirigé par une personne peu ou prou scolarisée (85,4%).

Le profil socio-professionnel des ménages les moins avantagés en vaccination, correspond aux "Artisans et ouvriers qualifiés des métiers artisanaux" (82,6%) et aux "Ouvriers et manoeuvres agricoles et de la pêche, les manoeuvres non agricoles et les travailleurs des petits métiers" (74,4%). Les taux de vaccination observés dans les zones urbaines ciblées par le BAJ s'alignent aux taux observés dans le reste de l'espace urbain. Le retard relatif en matière de vaccination des "12 à 23 mois" n'est donc observé que dans un segment restreint de l'espace rural ciblé par le BAJ.

14. *Il s'agit de la tuberculose, de la diphtérie, du tétanos, de la coqueluche, de la poliomyélite et de la rougeole.*

La campagne de sensibilisation semble exercer à cet égard un effet positif sur l'utilisation des services de vaccination. Les populations rurales de la strate BAJ qui sont pourvues d'un poste de radio enregistrent un taux de vaccination (88,3%) plus performant que le taux observé (81,9%) parmi le reste des ménages ruraux. La disponibilité d'un téléviseur qui reflète en même temps un niveau socio-économique relativement décent en milieu rural et un support de communication, joue un rôle équivalent. Les ménages ruraux de la strate BAJ qui dispose d'un téléviseur observent un taux de vaccination (93,0%) plus élevé que celui observé chez le reste des ménages de la même strate (83,9%).

III. FEMME ET DEMANDE DE SOINS DE SANTE REPRODUCTIVE

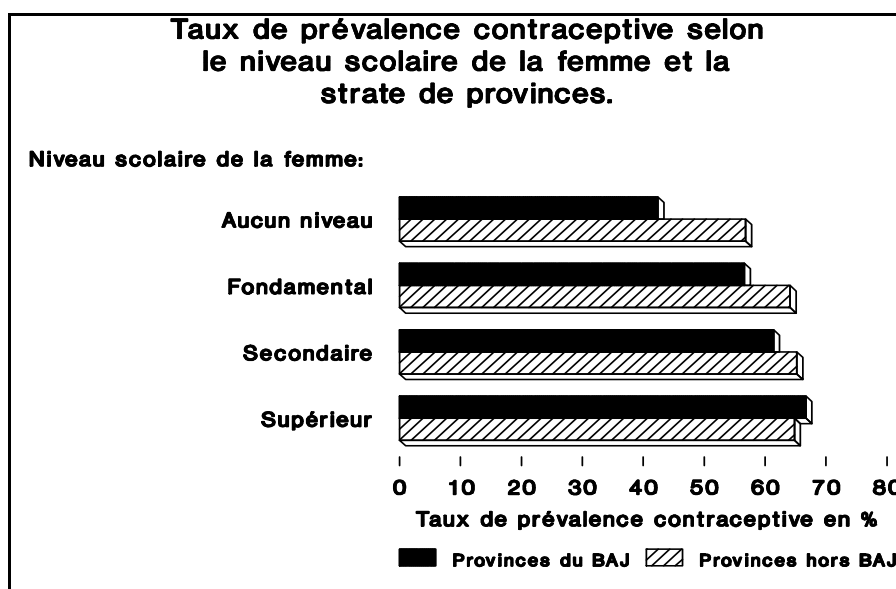
L'espacement des naissances, le suivi médical de la grossesse et l'assistance médico-sanitaire de l'accouchement, constituent des dimensions fondamentales de la santé reproductive de la femme. Ils sont abordés en termes de niveau et différenciation en fonction des caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques de la femme et de son unité familiale.

3.1. Pratique de la planification familiale

3.1.1. Niveau de la prévalence contraceptive

Différenciée selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes mariées en âge de procréation, la pratique de la contraception est plus fréquente parmi les femmes âgées de 35 à 44 ans et ce, aussi bien en milieu rural (56,3%) qu'en milieu urbain (70,8%); la prévalence contraceptive étant estimée à 47,4% dans l'espace rural et à 62,3% dans l'espace urbain (Tableau A4 en annexe). C'est pratiquement au sud et au nord du pays que le taux de prévalence contraceptive est relativement limité. Dans tous les espaces régionaux, le taux de prévalence contraceptive dépasse 50% sauf aux zones rurales des régions du sud "Oued-Ed-Dahab-

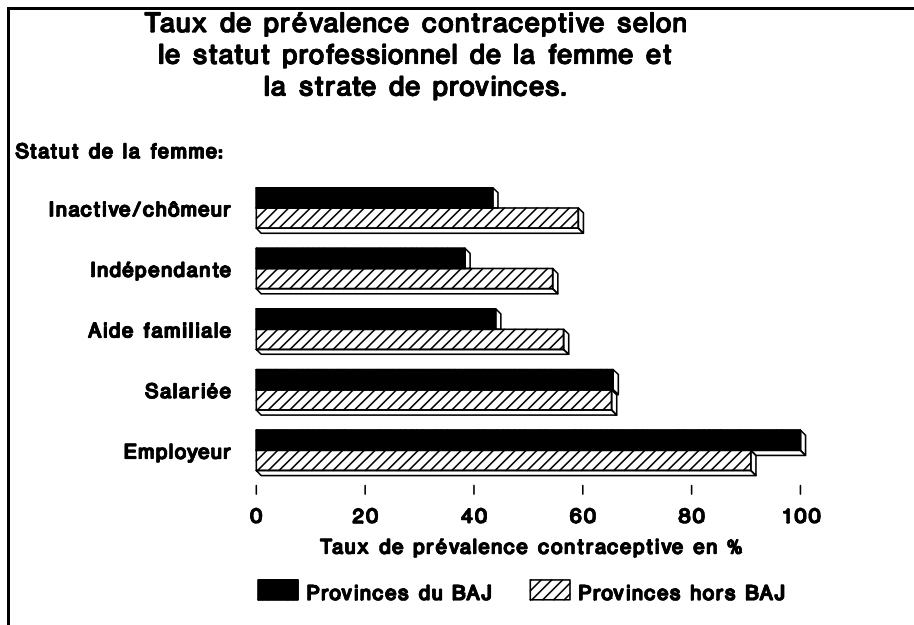
Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia El Hamra, Guelmim-Essmara et Sous-Massa-Daraâ" (31,7%) et de l'espace "Tanger-Tétouan et Taza-Al-Hoceima-Taounate" (33,2%). Les sections rurales des provinces qui relèvent de ces régions et qui font partie de l'espace ciblé par le BAJ, observent les taux de prévalence contraceptive les plus faibles (respectivement 27,1% et 28,7%). Aux régions de "Chaouia-Ourdigha" et "Abda-Doukala", les zones rurales ciblées par le BAJ enregistrent aussi un taux de prévalence contraceptive relativement limité (38,7%).



Concernant l'influence de la scolarisation sur la pratique de la contraception, les données révèlent que l'usage des contraceptifs le plus restreint est observé parmi les femmes qui n'ont pas été scolarisées. Le taux de prévalence contraceptive des femmes d'un niveau de l'enseignement fondamental dépasse de onze points en milieu rural et de près de quatre points en milieu urbain le taux relevé pour celles qui n'ont jamais été scolarisées. En milieu urbain comme en milieu rural, le fait que

la femme ait été scolarisée aux études secondaires et universitaires, n'engendre pas une amélioration plus nette de la pratique de la planification familiale et ce, par référence au taux enregistré par les femmes ayant été scolarisées à l'enseignement fondamental. En milieu rural, le taux de prévalence contraceptive chez les femmes qui ont été scolarisées à divers niveaux d'études (fondamentale, secondaire ou universitaire), se situe entre 55,6 et 57,9%. En milieu urbain, cet intervalle est plus restreint: de 64,3 à 65,2%.

Les femmes qui tendent à avantager la planification des naissances sont aussi des actives pourvues d'un travail exercé sous le statut de salarié ou d'employeur. Les autres statuts d'activité (indépendant ou aide familiale) permettent à la femme de mieux adapter les exigences de son travail à ses occupations familiales dont notamment l'éducation et les soins apportés aux enfants. Sous cette angle, les femmes qui font le moins de recours aux contraceptifs sont inactives dans le sens qu'elles n'exercent pas une activité marchande, et sont généralement membres de ménages d'un niveau socio-économique limité ou modeste. Le taux de prévalence contraceptive est nettement plus élevé parmi les femmes membres de ménages pourvus d'une voiture ou d'un téléviseur. A titre d'illustration, le fait d'avoir un téléviseur fait augmenter le taux de prévalence contraceptive de 44,0% à 52,8% en milieu rural et de 52,7% à 63,6% en milieu urbain. Ceci ne signifie pas que la dotation de tous les ménages d'un téléviseur induirait systématiquement une progression de la planification des naissances. Disposer d'une voiture ou avoir un téléviseur chez soi, signifie la jouissance d'un revenu relativement décent devant être à la fois une cause et un effet d'une procréation contrôlée.

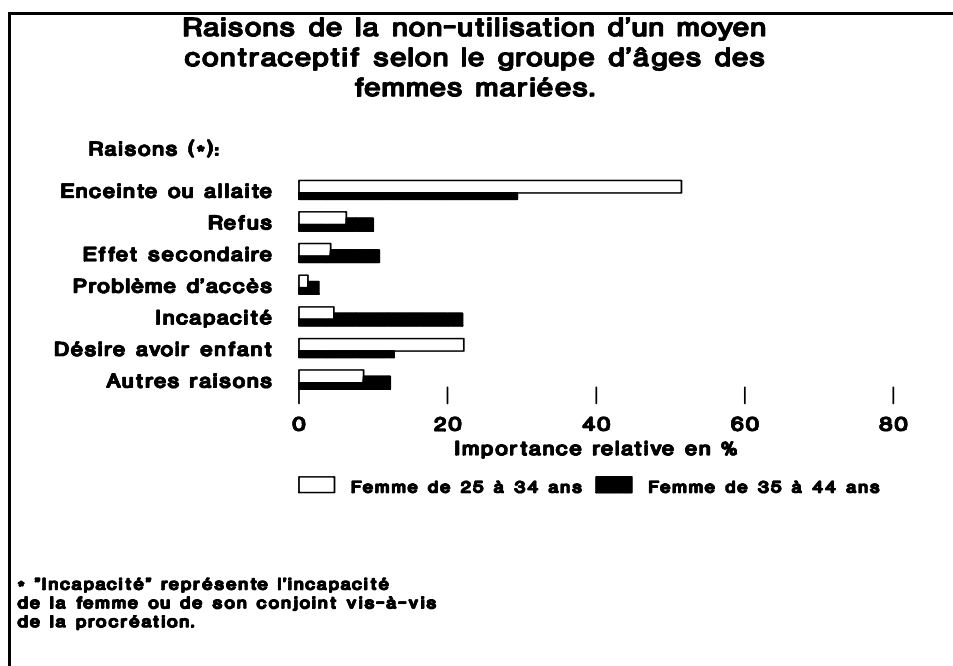


3.1.2. Diffusion différenciée de la planification familiale

52,6% des femmes rurales en âge de procréation n'utilisent pas de contraceptifs pour des raisons liées à la grossesse ou à l'allaitement (41,2%), au refus catégorique de la planification familiale (8,6%), à la crainte des effets secondaires des contraceptifs (5,3%), à l'incapacité du mari ou de la femme vis-à-vis de la procréation (16,7%), au désir d'avoir des enfants (18,4%) et à d'autres raisons spécifiques au couple (7,2%) (Tableau A5 en annexe). Le coût des contraceptifs (0,7%) et la difficulté de leur acquisition (1,9%), n'ont qu'un impact marginal sur la diffusion de la planification familiale.

Pour les 37,7% des femmes citadines mariées en âge de procréation et qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives, les raisons qui priment sont l'allaitement ou la grossesse (35,6%), les effets secondaires des contraceptifs (7,4%), l'incapacité du mari ou de la femme vis-à-vis de la procréation (16,5%) et le désir d'avoir

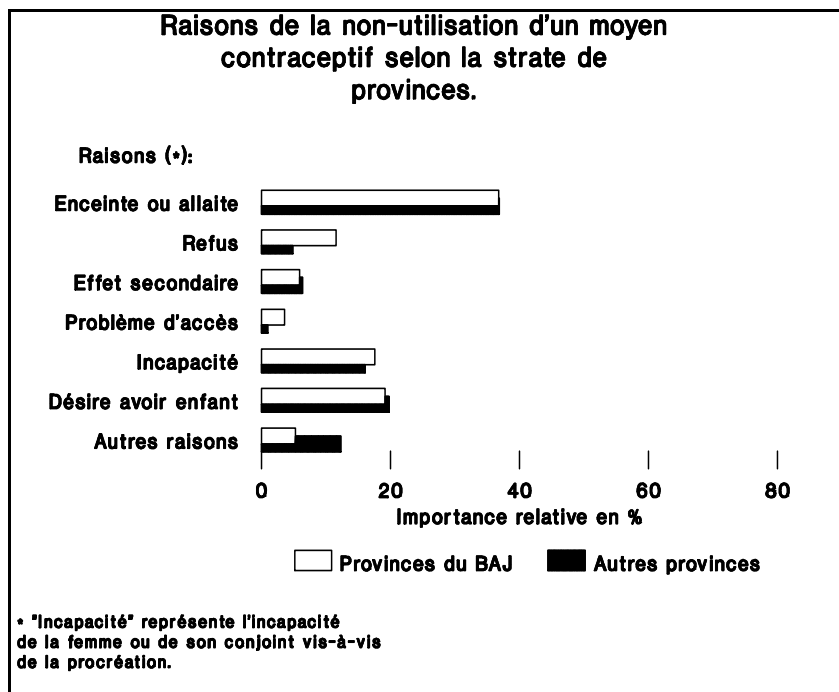
des enfants (21,1%). Il importe de noter que les raisons personnelles (13,6%) sont plus prépondérantes parmi les couples citadins et que le refus systématique de la planification familiale est plus restreint (5,1%) dans les villes que dans l'espace rural (8,6%). En milieu urbain comme en milieu rural, l'accessibilité (coût (0,3%) et disponibilité (0,5%)) aux contraceptifs n'a qu'une influence marginale sur la restriction de l'utilisation d'une méthode contraceptive par les femmes citadines.



Une progression de la contraception peut-être alors basée sur la sensibilisation des couples réticents de l'intérêt de la planification familiale, la vulgarisation des conditions d'un usage sain des contraceptifs, et sur la diffusion des méthodes contraceptives n'ayant pas d'effets secondaires. Il est important de noter à cet égard que le refus de la contraception prime dans les zones rurales des espaces régionaux comme "Oued-Ed-Dahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia El Harma et Sous-Massa-Daraâ" (20,4%), l'"Oriental" (10,6%) et "Tanger-Tétouan et Taza-Al-Hoceima-

Taounate" (12,0%). Ce refus de la contraception est plus prépondérant dans l'espace rural de la strate BAJ (12,5%) par comparaison au reste de l'espace rural (5,0%). Ce sont les zones rurales des provinces BAJ situées au nord du pays qui observent le taux de refus le plus élevé (16,0%). Cette opposition à la contraception est relativement limitée parmi les jeunes mariées (les moins de 35 ans) et est essentiellement le fait des femmes peu ou peu scolarisées. En milieu urbain comme en milieu rural, l'intensité de l'opposition à la contraception recule d'une façon notable à mesure que le niveau scolaire de la femme s'améliore. En milieu rural, la proportion de femmes qui s'opposent à l'usage d'un contraceptif est de 8,9% pour les non-scolarisées, de 3,7% pour celles ayant le niveau de l'enseignement fondamental, et est pratiquement nulle pour les niveaux d'études secondaires et universitaires. La même tendance est observée en milieu urbain où seules 1,8% des femmes universitaires s'opposent à la contraception contre 6,6% pour les femmes qui n'ont jamais été scolarisées.

Concernant la crainte des effets secondaires, elle est relativement



fréquente dans les espaces régionaux du "Grand-Casablanca" (25,0% en milieu rural et 9,0% en milieu urbain), de l'"Oriental" (respectivement 11,2% et 11,8%) et "Tanger-Tétouan et Taza-Al-Hoceima-Taounate" (respectivement 9,7% et 10,4%). Cette crainte des effets secondaires de la contraception est essentiellement le fait des femmes plus âgées (35 ans et plus) et peu ou prou scolarisées en milieu rural. Le même comportement se vérifie en milieu urbain à une nuance près: les citadines d'un niveau d'études supérieures s'alignent avec leurs homologues ayant le niveau de l'enseignement fondamental en matière de crainte des effets secondaires de la contraception (respectivement 6,4% et 6,1%).

Le tableau R3 ci-après révèlent les principaux déterminants démographiques et socio-économiques du comportement de la femme en matière de pratique de la planification familiale à l'échelle nationale, aux provinces du BAJ et au reste du pays. Exprimé en années révolues, l'âge de la femme exerce un effet positif décroissant sur l'utilisation des contraceptifs (le coefficient de l'âge au carré est significativement négatif). La pratique de la contraception est donc plus répandue parmi les jeunes femmes et au début de la vie conjugale.

Toutes choses égales par ailleurs dont notamment le niveau d'instruction et l'âge, les variables indicatrices de la localisation spatiale de la femme, influent significativement sur la probabilité de l'utilisation des moyens contraceptifs. La résidence en milieu urbain développe la pratique de la planification familiale alors que le fait d'être résident dans l'espace BAJ exerce un effet significativement négatif et relativement important en valeur absolue sur la chance d'utilisation d'une méthode contraceptive. Dans la strate BAJ, la diffusion de la planification est, en outre, significativement

contrecarrée par l'inactivité ou le chômage du chef de ménage et de son statut professionnel d'ouvrier ou d'indépendant dans l'espace agricole.

Le fait que la femme n'ait pas été scolarisée ou que son conjoint soit peu ou prou scolarisé, a un impact négatif statistiquement significatif sur la pratique de la contraception. Inversement, l'accès de la femme et/ou de son conjoint, aux études secondaires et supérieures tend à consolider la pratique de la contraception à son niveau induit par la scolarisation à l'enseignement fondamental.

En matière de pratique de la planification familiale, le comportement de la femme est en somme significativement influencé aussi bien par ses caractéristiques individuelles (âge et instruction) que par le niveau d'éducation du chef de ménage et par le fondement socio-culturel régnant dans l'environnement familial et local.

Tableau R3 : Estimation de l'effet des caractéristiques socio-démographiques sur l'utilisation des moyens contraceptifs

Variable expliquée du modèle ajusté (logit) : la femme utilise un moyen contraceptif.

Champ : les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans.

Données de base : ENPE 1996, Direction de la Statistique.

Variables	Ensemble		Provinces BAJ		Provinces hors BAJ	
	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)
Constante	-4,00	0,00	-6,02	0,05	-4,22	0,00
résidence dans la strate BAJ	-0,11	0,00	--	--	--	--
Résidence en milieu urbain	0,13	0,00	0,19	0,04	0,06	0,20
Age de la femme	0,22	0,00	0,19	0,00	0,23	0,00
Carré de l'âge de la femme	-0,00	0,00	-0,00	0,00	-0,00	0,00
Niveau d'instruction de la femme						
-Aucun	-0,09	0,02	-0,21	0,05	-0,11	0,01
-Niveau secondaire ou supérieur	-0,22	0,00	-0,42	0,04	-0,19	0,00
Type d'activité de la femme						
-Active occupée	0,10	0,48	0,37	0,47	0,10	0,52
-Inactive	-0,09	0,56	-0,10	0,78	-0,00	0,99
Statut professionnel de la femme						
-Salarié	-0,07	0,43	-0,05	0,82	-0,09	0,30
-Indépendante/Employeur	-0,05	0,45	-0,12	0,29	-0,10	0,24
Profession de la femme						
-Cadre, professions libérales & assimilés	0,35	0,14	3,06	0,32	0,28	0,27
-Exploitant agricole	0,31	0,16	2,68	0,38	0,31	0,18
-Ouvrière	0,31	0,16	2,89	0,35	0,21	0,37
Femme Couverte par un système de couverture médicale	0,06	0,14	0,11	0,33	0,07	0,10
Niveau d'instruction du CM						
-Aucun	-0,09	0,01	-0,16	0,03	-0,07	0,04
-Secondaire ou supérieur	0,08	0,18	-0,06	0,73	0,11	0,06
Type d'activité du CM						
-Actif occupé	0,08	0,30	0,37	0,04	0,04	0,63
-Inactif	0,21	0,48	2,49	0,08	-0,11	0,73
Statut professionnel du CM						
-Salarié	0,15	0,12	-0,30	0,22	0,14	0,15
-Indépendant/Employeur	0,11	0,23	-0,53	0,02	0,20	0,04
Profession du CM						
-Cadre, professions libérales & assimilés	-0,01	0,84	-0,13	0,46	0,02	0,79
-Exploitant agricole	-0,04	0,49	-0,19	0,11	0,01	0,91
-Ouvrier	0,02	0,64	-0,24	0,05	0,10	0,08
Le ménage a un poste de radio	-0,09	0,01	-0,10	0,12	-0,08	0,04
Le ménage a un poste de téléviseur	0,22	0,00	0,39	0,00	0,17	0,00

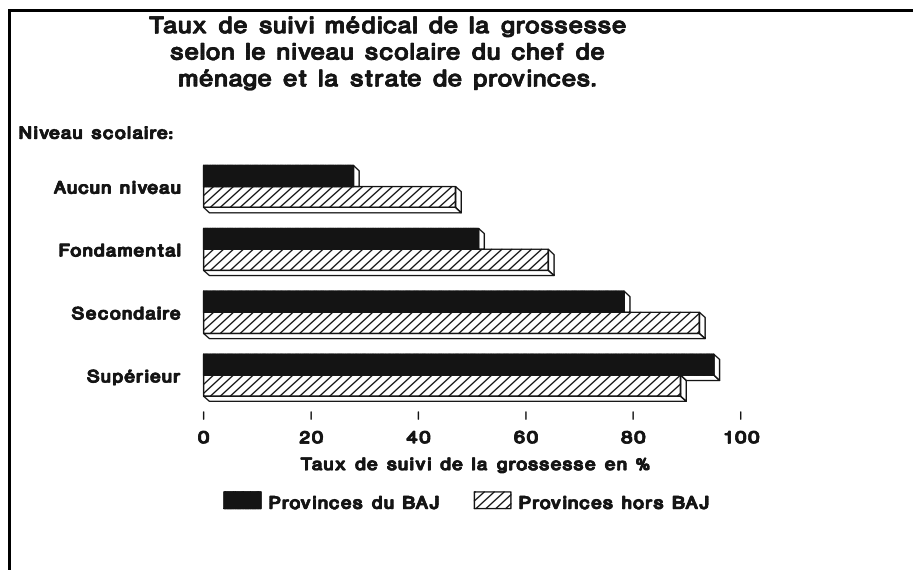
Lecture: CM désigne "Chef de ménage". Se référer à l'encadré 3 pour l'interprétation des paramètres. Les variables de référence sont: la résidence dans l'espace hors BAJ pour la variable "résidence dans la strate BAJ", la résidence en milieu rural pour "Résidence en milieu urbain", les femmes qui ne bénéficient pas d'un système de couverture médicale pour "Femme couvertes par un système de couverture médicale", le niveau d'enseignement fondamental pour le "Niveau d'instruction du chef de ménage et de la femme", les femmes et les chefs de ménages en chômage pour le "Type d'activité", les femmes ou les chefs de ménages travaillant à domicile, aides familiales, apprentis ou associés pour le "Statut professionnel", la profession des commerçants et assimilés des femmes et des chefs de ménages pour la "Profession", les ménages ne disposant pas de poste de radio ou de téléviseur respectivement pour les variables "le ménage a un poste de radio" et " le ménage a un téléviseur".

3.2. Contrôle et suivi médicaux de la grossesse.

Dans cette partie, le suivi médico-sanitaire de la grossesse correspond aux visites médicales qu'effectue une femme enceinte auprès d'un personnel médical ou paramédical pour s'assurer que sa grossesse se déroule dans des conditions normales. Le taux de suivi de la grossesse représente donc le rapport de l'effectif des cas de grossesses qui ont été contrôlés au moins une fois par un personnel médical ou paramédical à l'effectif global des cas de grossesses¹⁵.

Ainsi défini, le suivi de la grossesse s'applique à 73,8% des cas dans les villes et centres urbains contre 29,7% en milieu rural (Tableau A6 en annexe). Les zones rurales de la strate BAJ relevant des espaces régionaux comme ceux du sud (18,7%) et "Chaouia-Ourdigha et "Doukala-Abda" (14,8%) sont les lieux cibles des grossesses qui s'opèrent en l'absence de tout contrôle médico-sanitaire. Là aussi, le niveau scolaire, la catégorie socio-professionnelle et le cadre de vie déterminent l'accessibilité de la femme enceinte au suivi médico-sanitaire de sa grossesse. A même milieu de résidence, le taux de suivi de la grossesse s'élève avec le niveau scolaire du chef de ménage de 26,4% pour les non-scolarisés à 80,0% pour le niveau universitaire en milieu rural et, respectivement, de 67,9% à 90,7% en milieu urbain.

15. Dans ce document, le taux de suivi de la grossesse correspond exactement à la proportion des naissances survenues au cours d'une période de référence de 24 mois et qui ont fait l'objet d'au moins un diagnostic médical prénatal.



Compte-tenu de la proximité des établissements médico-sanitaires dans les villes et centres urbains, l'influence exercée par le cadre de vie sur le recours au suivi de la grossesse, n'est relativement nette qu'en milieu rural. Les ménages ruraux pourvus d'un téléviseur enregistrent un taux de suivi de 37,4% des cas de grossesses dans l'espace BAJ et de 41,5% dans le reste des zones rurales, contre respectivement 20,9% et 27,0% pour les ménages qui ne disposent pas d'un téléviseur.

L'analyse des déterminants de l'accès au suivi de la grossesse (Tableau R4), révèle qu'aux provinces défavorisées (cas de la strate BAJ) comme au reste du pays, l'urbanisation exerce l'effet positif le plus important en valeur absolue sur l'accessibilité de la femme enceinte au suivi médical de sa grossesse. Toutes choses égales par ailleurs dont notamment le niveau socio-économique du ménage et le niveau d'éducation de son dirigeant, la liaison en aval entre le suivi de la grossesse et l'urbanisation est généralement représentée

par l'apport de cette dernière en matière d'infrastructure sanitaire publique et de conditions préalables à une extension des services de santé dispensés par le secteur privé.

A l'échelle nationale, la résidence dans une province de la strate BAJ n'a pas un effet significativement négatif sur les chances de suivi médical de la grossesse. Ce sont les caractéristiques de la population dont notamment le niveau d'éducation du chef de ménage, sa catégorie socio-professionnelle et son cadre de vie qui déterminent le comportement de la population en matière de recours au suivi de la grossesse. En effet, les femmes significativement démunies en suivi de la grossesse relèvent des ménages dirigés par une personne peu ou prou scolarisées et/ou ayant le statut professionnel d'indépendant ou d'ouvrier dans l'espace rural. Ce profil de ménages est plus prépondérant dans la strate de province BAJ où un cadre de vie relativement décent tend, comme dans le reste du pays, à avantager la pratique du suivi de la grossesse.

Tableau R4 : Estimation de l'effet des caractéristiques socio-démographiques sur le suivi de la grossesse

Variable expliquée du modèle ajusté (logit) : le cas de naissance a fait l'objet d'au moins un diagnostic médical prénatal.

Champ : les cas de naissances survenues pendant une période de référence de deux ans.

Données de base: ENPE 1996, Direction de la Statistique.

Variables	Ensemble		Provinces BAJ		Provinces hors BAJ	
	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)
Constante	0,00	0,98	-0,94	0,19	0,08	0,77
Résidence dans la strate BAJ	-0,01	0,88	--	--	--	--
Résidence en milieu urbain	0,56	0,00	0,33	0,05	0,58	0,00
Enfant couvert par un système de couverture médicale.	0,11	0,18	-0,11	0,62	0,15	0,09
Niveau d'instruction du CM:						
-Aucun	-0,17	0,01	-0,31	0,02	-0,15	0,03
-Niveau secondaire ou supérieur	0,53	0,00	0,26	0,47	0,61	0,00
Type d'activité du CM:						
-Actif occupé	0,10	0,51	0,59	0,05	-0,01	0,97
-Inactif	0,54	0,35	-3,03	0,50	-0,31	0,61
Statut professionnel du CM:						
-Salarié	-0,33	0,07	-0,20	0,74	-0,44	0,02
-Indépendant/Employeur	-0,47	0,01	-0,45	0,47	-0,49	0,01
Profession du CM:						
-Cadre, professions libérales & assimilés	0,13	0,34	0,53	0,10	0,10	0,53
-Exploitant agricole	-0,13	0,20	0,16	0,48	-0,25	0,04
-Ouvrier	-0,17	0,09	0,02	0,94	-0,18	0,10
Le ménage a un poste de radio	0,08	0,24	0,09	0,46	0,10	0,19
Le ménage a un téléviseur	0,21	0,00	0,38	0,00	0,16	0,03

Lecture: CM désigne "Chef de ménage". Se référer à l'encadré 3 pour l'interprétation des paramètres. Les variables de référence sont: la résidence dans l'espace hors BAJ pour la variable "résidence dans la strate BAJ", la résidence en milieu rural pour "résidence en milieu urbain", l'enfant non couvert par un système de couverture médicale pour "Enfant couvert par un système de couverture médicale", le niveau d'enseignement fondamental pour le "Niveau d'instruction du chef de ménage", les chefs de ménages en chômage pour le "Type d'activité", les chefs de ménages travaillant à domicile, aides familiales, apprentis ou associés pour le "Statut professionnel", la profession de commerçant et assimilés pour la "Profession", les ménages ne disposant pas de poste de radio ou de téléviseur respectivement pour les variables "le ménage a un poste de radio" et " le ménage a un téléviseur".

3.3. Assistance médico-sanitaire de l'accouchement

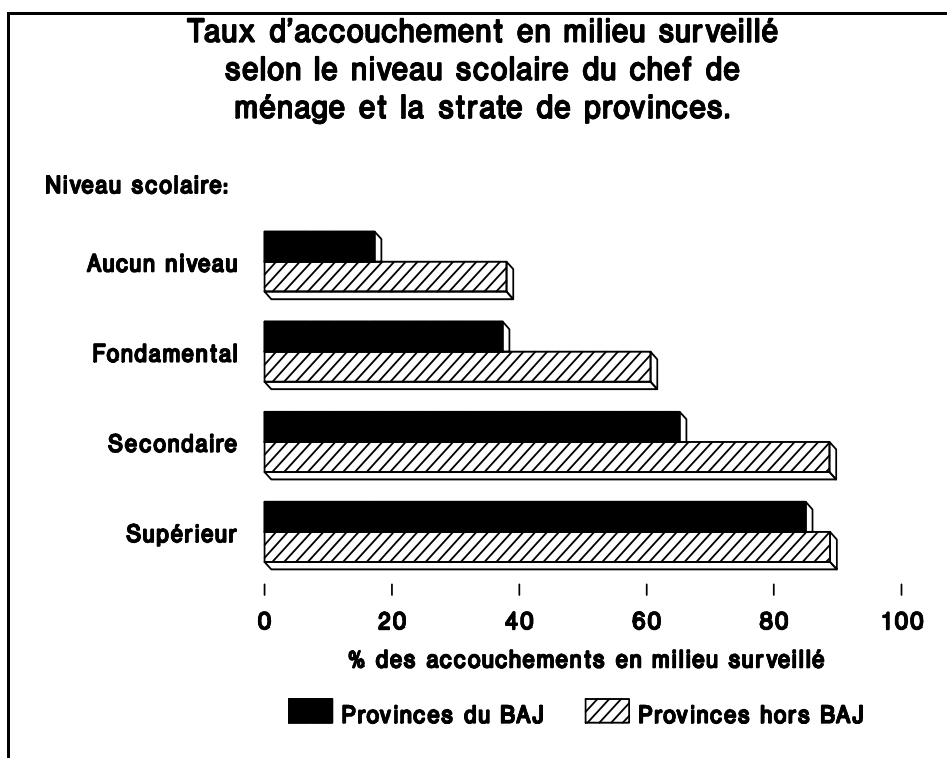
Dans cette étude, le taux d'accouchement en milieu surveillé exprime la proportion des accouchements qui sont survenus dans une formation sanitaire publique ou privée. Le qualificatif "milieu surveillé" ne prend pas en considération les accouchements survenus à domicile et qui sont assistés par un personnel médical ou paramédical (médecin ou accoucheuse formée).

Ceci étant, l'accouchement en milieu surveillé demeure peu répandu dans les zones rurales défavorisées et est largement différencié par le niveau socio-économique de la population et le niveau d'instruction des chefs de ménages (Tableau A7 en annexe). Dans les zones rurales cibles du BAJ, l'espace régional "Oued-Ed-Dahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia El Harma, Guelmim-Essmara et Sous Massa-Daraâ" et "Chaouia-Ourdigha et Abda-Doukala" observe un taux d'accouchement en milieu surveillé limité à moins de 10%; le taux moyen étant de 12,2% dans l'espace rural de la strate BAJ et de 17,5% pour l'intégralité du milieu rural marocain. Connue par ses potentialités économiques et sociales, la région du "Grand-Casablanca" observe dans sa partie rurale le taux d'accouchement en milieu surveillé le plus performant (41,2%) et ce, par comparaison aux autres zones rurales.

En milieu urbain, 70,6% des accouchements surviennent en un milieu surveillé et, dans la quasi-totalité des villes et centres urbains, cette proportion se situe entre 50% et 90%. Cet avantage des femmes citadines en matière d'accouchement en milieu surveillé n'est pas uniquement le résultat de la proximité des établissements sanitaires en milieu urbain. La catégorie socio-professionnelle et le niveau d'instruction du chef de ménage sont autant de facteurs avantageant l'accouchement en milieu surveillé. Dans les zones rurales les plus défavorisées (strate BAJ), l'accouchement en milieu

surveillé s'applique à 80,0% des accouchements déclarés par les ménages dirigés par une personne ayant le niveau des études supérieures contre 10,7% pour les ménages dont le chef n'a pas été scolarisé. Dans ce même espace (le rural de la strate BAJ), l'accouchement en milieu surveillé est pratiqué dans 50% des cas par le groupe socio-professionnel constitué, entre autres, des directeurs, cadres de direction d'entreprise, cadres supérieurs, membres des professions libérales et des corps législatifs.

La différenciation des accouchements en fonction de leur assistance par un personnel médical, tient compte des accouchements qui s'opèrent à domicile en présence d'un médecin ou d'une accoucheuse formée. En milieu urbain, les 3/4 des accouchements sont encadrés par un personnel médical que ce soit dans un établissement sanitaire ou à domicile (Tableau A8 en annexe). Ce rapport demeure inférieur au 1/5 en milieu rural (18,9%) et n'est que de 13,1% dans les zones rurales ciblées par le BAJ.



Les femmes les plus défavorisées en matière d'accouchement assisté par un personnel médical ou paramédical, sont surtout celles qui vivent dans les zones rurales ciblées par le BAJ et relevant des espaces régionaux "Oued-Ed-Dahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia El Hamra, Guelmim-Essmara et Sous Massa-Daraâ" (8,7%), "Chaouia-Ourdigha et Abda-Doukala" (11,1%) et "Marrakech-Tensift-El-Haouz et Tadla-Azilal" (14,5%).

Les femmes membres des ménages dirigés par des personnes qui n'ont jamais été scolarisées, sont généralement les plus sujettes à un accouchement administré par les accoucheuses traditionnelles (Kabla) et non par les professionnels en la matière. Les accouchements qui surviennent en dehors de la sphère médicale sont essentiellement le fait des femmes rurales et citadines relevant des unités familiales dont le chef n'a jamais été scolarisé.

Une catégorie socio-professionnelle témoignant d'un niveau limité d'instruction et de revenu, s'inscrit aussi parmi les entraves d'une diffusion de l'accouchement assisté par un personnel qualifié en la matière. Dans les villes comme dans l'espace rural, les accouchements assistés par un personnel médical ou paramédical sont relativement restreints parmi les ménages relevant des groupes socio-professionnels comme les exploitants agricoles, les pêcheurs, les artisans, les ouvriers et les travailleurs dans les petits métiers.

IV. ENCADREMENT QUALITATIF DE LA DEMANDE DE SOINS DE SANTE

4.1. Choix du personnel médical et paramédical

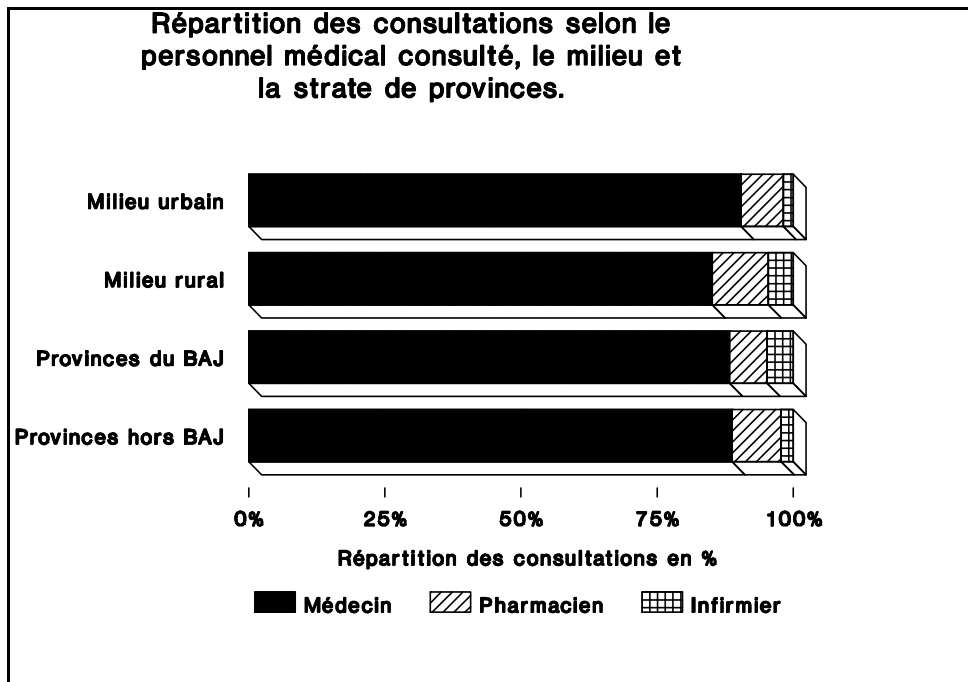
Le tableau A9 en annexe donne une image détaillée des consultations réparties selon le personnel médical et paramédical sollicité. En milieu urbain, 89,5% des consultations ont été réalisées

après d'un médecin, 7,7% après d'un pharmacien et 1,8% après d'un infirmier et assimilé; le reste (1,0%) après des guérisseurs. En milieu rural, ces proportions s'établissent respectivement à 83,6%, 10,1%, 4,5% et à 1,8%. Ces taux révèlent qu'en milieu urbain comme en milieu rural, plus de 8 consultations sur 10 sont demandées auprès d'un médecin, près d'une consultation sur 10 auprès d'un pharmacien; la part du personnel paramédical dans la masse globale des consultations étant limitée à moins du 1/10.

L'importance relative des consultations effectuées auprès d'un médecin dans les sections urbaines des régions économiques, dépasse la moyenne urbaine (89,5%) aux régions du sud, à "Chaouia-Ourdigha", "Abda-Doukala" et au "Grand-Casablanca". Dans le reste des zones urbaines des régions, cette proportion se situe entre 77,2% à l'"Oriental" et 90,4% à l'espace régional "Rabat-Salé-Zémour-Zaer et Gharb-Chrarda-Beni Hssen". En ce qui concerne les zones rurales, c'est dans la région du "Grand-Casablanca" (100,0%) et de l'espace rural de "Meknès-Tafilelt, Fès-Boulemane" (95,3%) que la population privilégie le recours à un médecin en cas de demande de consultation médicale. Le recours aux médecins est à son niveau le plus restreint dans les zones rurales des régions comme l'"Oriental" (73,4%), "Rabat-Salé-Zémour-Zaer, et Gharb-Chrarda-Beni Hssen" (75,4%) et "Oued-Ed-Dahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia El Hamra, Guelmim-Essmara et Sous-Massa-Daraâ" (75,9%). Il ressort de ces données que la demande de consultations médicales auprès d'un médecin n'est pas uniquement le fait des régions les plus équipées en infrastructure sanitaire. L'observation d'un niveau relativement performant de l'encadrement des consultations médicales dans des zones rurales relevant des régions comme "Chaouia-Ourdigha", "Abda-Doukala", "Meknès-Tafilelt" et "Fès-Boulemane", peut-être

attribuable au fait que les populations rurales tendent à ne déclarer que les cas de maladie et de blessure qui nécessitent le recours à un médecin. C'est aussi cette tendance qui serait à l'origine de l'observation d'un taux de recours aux médecins plus élevé dans la strate des provinces les plus défavorisées (celles de la strate BAJ) par comparaison au reste du pays. En milieu rural, la strate BAJ observe une importance relative des médecins dans le personnel consulté s'établissant à 88,3% contre 81,3% pour le reste du pays.

En milieu urbain, l'importance relative des consultations demandées auprès d'un médecin, n'est pas significativement influencée par les caractéristiques socio-démographiques des chefs de ménage. Quels que soient le diplôme, le niveau scolaire, le type d'activité et le groupe socio-professionnel, la proportion des consultations demandées par des citoyens auprès d'un médecin, s'établit entre 85 et 95%. En milieu rural, ce sont les ménages dirigés par une personne d'un niveau scolaire moyen ou élevé et/ou ayant un diplôme de cadre moyen ou supérieur qui s'adressent le moins aux médecins en cas de consultation médicale. Le taux de recours aux pharmaciens et au personnel paramédical en milieu rural, s'élève à 21,6% pour les ménages dont le chef est d'un niveau d'études secondaires et à 28,6% si ce niveau est universitaire. Ce sont en particulier les cadres supérieurs et moyens en milieu rural qui s'adressent le plus aux pharmaciens et au personnel paramédical en cas de maladie d'un membre de leur ménage, soit respectivement 20,0% et 42,9%. Cette tendance à l'automédication des ménages dirigés par une personne d'un niveau d'instruction moyen ou élevé, témoigne d'un savoir-faire de cette couche sociale en matière de traitement médical.



Le recours à la médecine traditionnelle dont notamment les "guérisseurs et assimilés", est, cependant, essentiellement observé chez les populations peu ou prou scolarisées: aucun ménage rural dirigé par un membre détenant un diplôme quelconque ne semble recourir à un personnel extra-médical. Dans les villes, ce sont les ménages dirigés par une personne ayant au moins un diplôme des études secondaires qui se limitent au personnel médical et paramédical en cas de demande de consultation.

4.2. Les formations sanitaires cibles : statut et type

A l'échelle nationale, le secteur privé satisfait près de 55,9% des demandes de consultations (46,2% chez un médecin privé, 1,2% dans un cabinet mutualiste et 8,5% dans une pharmacie). Cette proportion s'établit à 45,0% dans les provinces les plus défavorisées (strate du BAJ) et à 58,5% dans le reste du pays

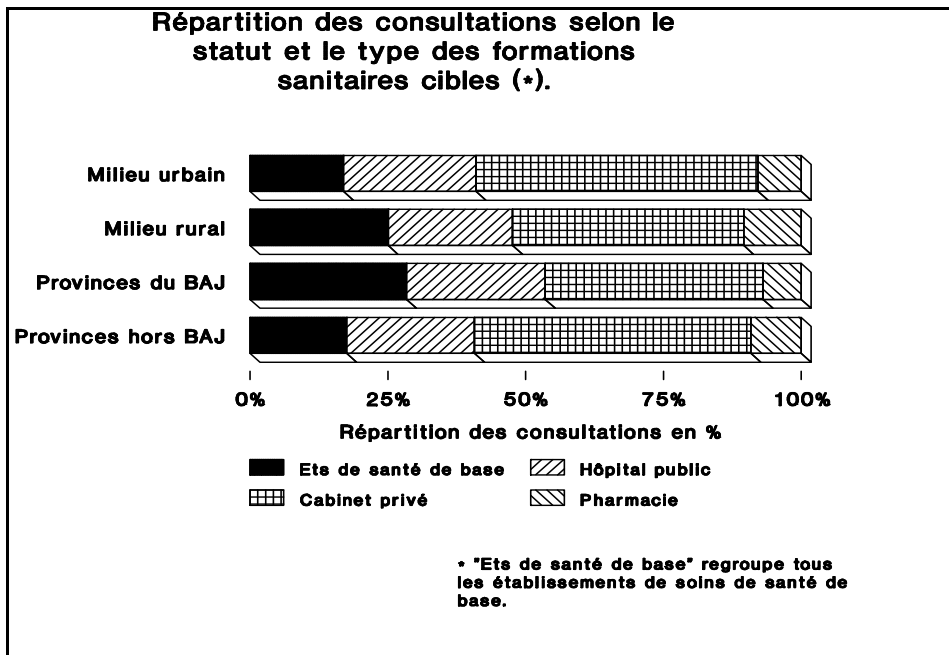
(Tableau A10 en annexe). Ces deux proportions s'établissent respectivement à 41,2% et 56,6% en milieu rural et à 50,3% et 59,2% en milieu urbain. Il ressort de ces données que le recours au secteur public est plus fréquent dans l'espace rural des zones défavorisées. En milieu rural, les dispensaires, les centres de santé et les hôpitaux publics, satisfont 55,8% des demandes de consultation exprimées par la population cible du BAJ contre 41,6% pour le reste de la population rurale. Dans les zones urbaines, ces proportions s'établissent respectivement à 46,5% et 39,5%. Ces données indiquent que les zones défavorisées, aussi bien urbaines que rurales, comptent beaucoup plus sur les services sanitaires dispensés par le secteur public.

C'est aux régions "Oued Ed-Dahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia El Hamra, Guelmim-Essmara et Sous-Massa-Daraâ", "Meknès-Tafilelt et Fès-Boulemane" et "Tanger-Tétouan et Taza-Al-Hoceima-Taounate" que le secteur public est plus cité comme statut du lieu de consultation. Dans ces régions, la proportion des consultations satisfaites par le secteur public s'élève respectivement à 52,4%, 58,4% et 55,5% en milieu rural et à 51,4%, 51,9% et 47,6% en milieu urbain. Dans le reste des espaces régionaux, le secteur privé satisfait plus de la moitié des demandes de consultations. Il se trouve que plus le niveau scolaire du chef de ménage s'élève, plus la demande de soins de santé est orientée vers le secteur privé. Les consultations médicales effectuées par les membres des ménages dirigés par une personne d'un niveau scolaire de l'enseignement fondamental, sont observées à raison de 50,2% auprès d'un médecin privé en milieu urbain (40,4% en milieu rural). Dans les milieux urbain et rural, cette proportion s'élève respectivement à 66,0% et 48,7% pour les ménages dont le chef est d'un niveau d'études secondaires. Comme le niveau scolaire du chef de ménage est positivement corrélé au niveau de vie, la demande de soins de

santé dans les dispensaires et les centres de santé est essentiellement le fait des couches à revenu moyen ou limité. La proportion des consultations effectuées auprès d'un cabinet privé par une personne relevant d'un ménage dont le chef est en chômage, est particulièrement limitée à 32,3% en milieu urbain et à 34,6% en milieu rural.

Les catégories socio-professionnelles qui comptent le moins sur le secteur sanitaire public, sont les membres des corps législatifs, les élus locaux, les responsables hiérarchiques, les directeurs et cadres de direction d'entreprise, les cadres supérieurs et les membres des professions libérales qui s'adressent, en cas de consultation, à raison de 77,1% dans les villes au secteur privé. Les cadres moyens et les employés en milieu urbain, le font à raison de 60,8%. Inversement, les groupes sociaux qui s'adressent le plus au secteur public de soins de santé, sont les petits exploitants agricoles, les ouvriers et manoeuvres agricoles et de la pêche, les ouvriers non agricoles, les manutentionnaires et les travailleurs des petits métiers. Les artisans et les ouvriers qualifiés des métiers artisanaux font partie de ce groupe dont le niveau moyen de revenu ne garantit pas un recours systématique aux services médicaux dispensés par le secteur privé.

Si l'on retient la propriété d'une voiture et/ou d'une télévision comme indicateur d'un cadre décent de vie, on constate qu'en général, ce sont les populations les plus défavorisées qui privilégient le recours au secteur public en cas de demande de soins de santé. 26,9% des demandes de consultation émanant des ménages citadins dépourvus d'une voiture (23,0% en milieu rural), ont été satisfaites par un hôpital public. Cette proportion s'établit à 10,5% pour les ménages citadins propriétaires d'un véhicule et à 11,6% pour les ménages ruraux pourvus de cet avoir.



Pour isoler l'effet de chaque caractéristique socio-économique sur l'option pour diverses formations sanitaires, cette section se réfère à un modèle logit dans lequel la consultation médicale est supposée faite auprès d'un seul établissement sanitaire. Les paramètres de cette modélisation figurent sur les tableaux R5, R6 et R7 ci-après. Il en découle que, toutes choses égales par ailleurs, les hommes ont tendance à opter pour les services dispensés par les hôpitaux et les femmes pour les dispensaires et centre de santé, et que plus le niveau d'éducation du chef de ménage s'élève, plus le choix porte sur les médecins privés et cliniques mutualistes au lieu des hôpitaux publics et des dispensaires et centres de santé.

L'effet de la couverture médico-sanitaire sur le choix d'une formation sanitaire privée est statistiquement significatif au seuil de 5%. Les populations bénéficiaires d'une couverture médicale, optent pour les médecins privés et cliniques mutualistes au lieu des

hôpitaux publics. La diffusion de la couverture médicale s'identifie, dans ces conditions, à un investissement social allégeant la pression de la demande de soins de santé sur les formations sanitaires publiques.

Par ailleurs, la disponibilité des éléments de confort dans le logement, proxy-variable d'un cadre de vie relativement décent, avantage le recours aux médecins privés et aux cabinets mutualistes. Le fait de résider en milieu urbain a aussi une influence significativement positive sur l'accès de la population aux services dispensés par les hôpitaux publics par opposition aux dispensaires et centres de santé. Inversement, la résidence dans une zone rurale des provinces défavorisées (strate BAJ), limite significativement l'utilisation des services de santé dispensés par les hôpitaux publics, les médecins privés et les cabinets mutualistes, et ce, au profit des dispensaires et centres de santé. Dans ces mêmes provinces, l'accessibilité à la couverture médicale contribue à l'orientation de la demande de soins médicaux vers le secteur sanitaire privé et, dans une bien moindre mesure, les hôpitaux publics. La couverture médicale contribue dans ces conditions à l'amélioration de la qualité moyenne des services sanitaires dispensés à la population relevant des zones défavorisées. Dans cette même strate de provinces, il se trouve que plus les dispensaires et centres de santé sont proches du lieu de résidence plus la population fait recours aux hôpitaux, aux médecins privés et aux cabinets mutualistes. Ceci signifie qu'en général les centres de santé et les dispensaires sont localisés dans des zones où d'autres formations sanitaires alternatives sont facilement accessibles.

Tableau R5 : Estimation de l'effet des caractéristiques socio-démographiques sur le choix des formations sanitaires (Ensemble du pays)

Variable expliquée du modèle ajusté (logit) : la consultation a eu lieu dans une formation sanitaire donnée.

Champ : la population malade ayant fait recours à une consultation médicale.

Données de base : ENPE 1996, Direction de la Statistique.

Variables	C.S.D*		H.P*		M.P.M†	
	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)
Constante	-0,38	0,36	-0,89	0,01	-0,82	0,01
résidence dans la strate BAJ	0,34	0,00	-0,04	0,57	-0,25	0,00
Age de l'individu	-0,02	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00
Sexe masculin de l'individu	-0,09	0,11	0,15	0,01	-0,04	0,38
Age au carré de l'individu	0,00	0,09	-0,00	0,00	-0,00	0,68
Niveau d'instruction du CM						
-Aucun	0,04	0,51	0,09	0,17	-0,20	0,00
-Secondaire ou supérieur	-0,51	0,00	-0,07	0,48	0,22	0,01
Type d'activité du CM						
-Actif occupé	0,01	0,95	-0,25	0,12	0,13	0,42
-Inactif	-0,28	0,62	2,40	0,12	-0,49	0,34
Statut professionnel du CM						
-Salarié	0,45	0,04	-0,12	0,50	-0,07	0,67
-Indépendant/Employeur	0,28	0,20	-0,21	0,21	0,21	0,21
Profession du CM						
-Cadre, professions libérales & assimilés	-0,08	0,58	0,04	0,78	0,31	0,01
-Exploitant agricole	-0,13	0,33	0,19	0,13	0,11	0,35
-Ouvrier	-0,01	0,96	0,16	0,16	0,08	0,44
Résidence en milieu urbain	-0,33	0,00	0,34	0,00	0,03	0,75
Individu couvert par un système de couverture médicale	-0,10	0,24	-0,43	0,00	0,43	0,00
Le ménage a un poste de radio	-0,23	0,00	-0,07	0,29	0,18	0,01
Le ménage a un téléviseur	-0,17	0,03	-0,16	0,03	0,28	0,00
Niveau d'instruction de l'individu						
-Aucun	-0,08	0,58	0,25	0,04	-0,14	0,18
-Secondaire ou supérieur	-0,51	0,05	-0,36	0,06	0,43	0,01
Type d'activité de l'individu						
-Actif occupé	-0,09	0,69	-0,26	0,19	0,31	0,10
-Inactif	0,12	0,64	-0,35	0,09	0,27	0,18
Statut professionnel de l'individu						
-Salarié	0,04	0,81	-0,14	0,36	-0,02	0,87
-Indépendant/Employeur	0,01	0,94	0,21	0,15	-0,34	0,01
Profession de l'individu						
-Cadre, professions libérales & assimilés	-0,17	0,55	0,35	0,15	-0,54	0,01
-Exploitant agricole	0,22	0,33	-0,21	0,30	-0,11	0,57
-Ouvrier	0,18	0,42	-0,07	0,72	-0,27	0,13
Distance à la formation sanitaire	-0,03	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00

Notation : CM désigne "Chef de ménage", C.S.D désigne "Dispensaires et centres de santé", H.P désigne "Hôpitaux publics", M.P.M désigne "Médecins privés et cabinets mutualistes". Se référer à l'encadré 3 pour l'interprétation des paramètres.

Lecture : Les variables de référence sont: la résidence dans l'espace hors BAJ pour la variable "résidence dans la strate BAJ", le sexe féminin pour "Sexe masculin de l'individu", la résidence en milieu rural pour "Résidence en milieu urbain", les individus ne bénéficiant pas d'une couverture médicale pour "Individu couvert par un système de couverture médicale", le niveau d'enseignement fondamental pour le "Niveau d'instruction du chef de ménage et de l'individu", les individus et les chefs de ménages en chômage pour le "Type d'activité", les individus ou les chefs de ménages travaillant à domicile, aides familiales, ou associés pour le "Statut professionnel", la profession de commerçants et assimilés des individus et des chefs de ménages pour la "Profession", le ménage ne dispose pas de poste de radio ou de téléviseur respectivement pour les variables "le ménage a un poste de radio" et " le ménage a un téléviseur".

Tableau R6 : Estimation de l'effet des caractéristiques socio-démographiques sur le choix des formations sanitaires (Provinces du BAJ)

Variable expliquée du modèle ajusté (logit) : la consultation a eu lieu dans une formation sanitaire donnée.

Champ : la population malade ayant fait recours à une consultation médicale.

Données de base : ENPE 1996, Direction de la Statistique.

Variables	C.S.D*		H.P*		M.P.M*	
	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)
Constante	-8,98	0,26	0,29	0,84	-1,13	0,39
Age de l'individu	-0,02	0,06	0,00	0,86	0,02	0,02
Sexe masculin de l'individu	-0,28	0,04	0,16	0,20	0,06	0,61
Age au carré de l'individu	0,00	0,36	-0,00	0,87	-0,00	0,17
Niveau d'instruction du CM						
-Aucun	-0,30	0,08	0,16	0,36	0,19	0,25
-Secondaire ou supérieur	-0,38	0,25	0,06	0,86	-0,20	0,49
Type d'activité du CM (*)						
-Actif occupé	3,28	0,52	-0,18	0,81	-0,76	0,33
-Inactif	-0,26	0,72	2,30	0,31	-1,09	0,13
Statut professionnel du CM						
-Salaire	0,37	0,64	0,58	0,42	-0,90	0,13
-Indépendant/Employeur	0,36	0,65	0,38	0,60	-0,79	0,17
Profession du CM						
-Cadres, professions libérales & assimilés	0,57	0,12	-0,13	0,74	0,11	0,75
-Exploitant agricole	-0,26	0,40	0,13	0,68	0,20	0,51
-Ouvrier	0,04	0,88	0,09	0,78	0,08	0,79
Résidence en milieu urbain	-1,34	0,00	0,52	0,01	0,39	0,04
Individu couvert par un système de couverture médicale	-0,75	0,01	-0,19	0,44	0,37	0,08
Le ménage a un poste de radio	-0,32	0,07	0,07	0,68	0,24	0,13
Le ménage a un téléviseur	-0,03	0,87	0,02	0,89	-0,07	0,66
Niveau d'instruction de l'individu						
-Aucun	0,68	0,18	-0,03	0,94	-0,25	0,43
-Secondaire ou supérieur	0,99	0,22	-0,89	0,24	-0,04	0,93
Type d'activité de l'individu						
-Actif occupé	3,24	0,52	-1,12	0,16	0,72	0,36
-Inactif	0,29	0,65	-1,05	0,07	1,15	0,15
Statut professionnel de l'individu						
-Salaire	0,19	0,66	-0,43	0,32	0,11	0,76
-Indépendant/Employeur	0,02	0,95	0,28	0,39	-0,42	0,12
Profession de l'individu						
-Cadre, professions libérales & assimilés	-0,03	0,99	-0,63	0,44	0,97	0,20
-Exploitant agricole	3,53	0,32	-1,27	0,02	0,69	0,24
-Ouvrier	2,76	0,44	-0,79	0,18	0,56	0,37
Distance à la formation sanitaire	-0,05	0,00	0,01	0,01	0,02	0,00

(*) **Notations:** CM désigne "Chef de ménage", C.S.D désigne "Dispensaires et centres de santé", H.P désigne "Hôpitaux publics", M.P.M désigne "Médecins privés et cabinets mutualistes". Se référer à l'encadré 3 pour l'interprétation des paramètres.

Lecture: Les variables de référence sont: le sexe féminin pour "Sexe masculin de l'individu", la résidence en milieu rural pour "Résidence en milieu urbain", Individu ne bénéficiant pas de la couverture médicale pour "Individu couverts par un système de couverture médicale", le niveau d'enseignement fondamental pour le "Niveau d'instruction du chef de ménage et de l'individu", les individus et les chefs de ménages en chômage pour le "Type d'activité", les individus ou les chefs de ménages travaillant à domicile, aides familiales, apprentis ou associés pour le "Statut professionnel", la profession de commerçant et assimilés des individus et des chefs de ménages pour la "Profession", le ménage ne dispose pas de poste de radio ou de téléviseur respectivement pour les variables "le ménage a un poste de radio" et "le ménage a un téléviseur".

Tableau R7 : Estimation de l'effet des caractéristiques socio-démographiques sur le choix des formations sanitaires (Provinces hors BAJ)

Variable expliquée du modèle ajusté (logit) : la consultation a eu lieu dans une formation sanitaire donnée.

Champ : la population malade ayant fait recours à une consultation médicale.

Données de base : ENPE 1996, Direction de la Statistique.

Variables	C.S.D*		H.P*		M.P.M*	
	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)	Effet	P(x>t)
Constante	0,07	0,86	-1,11	0,00	-0,97	0,01
Age de l'individu	-0,02	0,00	0,02	0,00	0,01	0,03
Sexe masculin de l'individu	-0,05	0,47	0,13	0,03	-0,06	0,25
Age au carré de l'individu	0,00	0,11	-0,00	0,00	0,00	0,83
Niveau d'instruction du CM						
-Aucun	0,10	0,18	0,10	0,15	-0,24	0,00
-Secondaire ou supérieur	-0,46	0,00	-0,09	0,42	0,24	0,01
Type d'activité du CM						
-Actif occupé	-0,03	0,88	-0,20	0,22	0,17	0,33
-Inactif	2,30	0,48	2,23	0,32	-0,61	0,48
Statut professionnel du CM						
-Salarié	0,45	0,04	-0,25	0,17	0,01	0,94
-Indépendant/Employeur	0,26	0,25	-0,33	0,07	0,30	0,10
Profession du CM						
-Cadres, professions libérales	-0,27	0,10	0,02	0,87	0,33	0,02
-Exploitant agricole	-0,08	0,62	0,20	0,15	0,03	0,83
-Ouvrier	-0,05	0,71	0,11	0,38	0,08	0,46
Résidence en milieu urbain	-0,10	0,32	0,34	0,00	-0,08	0,37
Individu couvert par un système de couverture médicale	-0,06	0,51	-0,48	0,00	0,44	0,00
Le ménage a un poste de radio	-0,23	0,01	-0,09	0,26	0,17	0,02
Le ménage a un téléviseur	-0,26	0,00	-0,24	0,00	0,45	0,00
Niveau d'instruction de l'individu -						
Aucun	-0,13	0,38	0,28	0,03	-0,16	0,17
-Secondaire ou supérieur	-0,61	0,03	-0,32	0,11	0,44	0,01
Type d'activité de l'individu						
-Actif occupé	-0,08	0,71	-0,16	0,45	0,24	0,23
-Inactif	0,02	0,92	-0,30	0,16	0,22	0,30
Statut professionnel						
-Salarié	0,14	0,44	-0,15	0,37	-0,12	0,43
-Indépendant/Employeur	0,10	0,61	0,16	0,33	-0,36	0,02
Profession de l'individu						
-Cadre, professions libérales	-0,11	0,70	0,52	0,04	-0,67	0,00
-Exploitant agricole	-0,19	0,46	0,05	0,81	-0,08	0,70
-Ouvrier	0,07	0,77	0,10	0,63	-0,26	0,16
Distance à la formation sanitaire	-0,02	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00

Notation : CM désigne "Chef de ménage", C.S.D désigne "Dispensaires et centres de santé", H.P désigne "Hôpitaux publics", M.P.M désigne "Médecins privés et cabinets mutualistes". Se référer à l'encadré 3 pour l'interprétation des paramètres.

Lecture : Les variables de référence sont: le sexe féminin pour "Sexe masculin de l'individu", la résidence en milieu rural pour "Résidence en milieu urbain", Individu ne bénéficiant pas d'une couverture médicale pour "Individu couvert par un système de couverture médicale", le niveau d'enseignement fondamental pour le "Niveau d'instruction" du chef de ménage et de l'individu, les individus et les chefs de ménages en chômage pour le "Type d'activité", les individus ou les chefs de ménages travaillant à domicile, aides familiales, apprentis ou associés pour le "Statut professionnel", la profession de commerçant et assimilés des individus et des chefs de ménages pour la "Profession", le ménage ne disposant pas de poste de radio ou de téléviseur respectivement pour les variables "le ménage a un poste de radio" et "le ménage a un téléviseur".