REVUE
DROIT & SOCIETE
مجلة
القانون و المجتمع
دورية علمية محكمة تعنى با لدراسات و الأبحاث في المجال القانوني و الاجتماعي و الاقتصادي.
PERIODIQUE SCIENTIFIQUE A COMITE DE LECTURE, CONSACRE A LA PUBLICATION D'ETUDES
ET DE RECHERCHES DANS LES DOMAINES JURIDIQUE, ECONOMIQUE ET SOCIAL

LES INEGALITES DE SANTE AU MAROC

META-SYNTHESES THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE SUR L'APPROCHE ECOLOGIQUE

HEALTH INEQUALITIES IN MOROCCO THEORETICAL AND METHODOLOGICAL META-SYNTHESIS ON THE ECOLOGICAL APPROACH

DOI: 10.5281/zenodo.6810496

Rachid KHAY
Doctorant en sciences politiques
Université Mohamed, FSJES Agdal, Rabat.

CC BY

Éditée Par
SOCIAL AND MEDIA STUDIES INSTITUTE
REVUE DROIT & SOCIÉTÉ
ISSN : 2737-8101

LES INEGALITES DE SANTE AU MAROC

META-SYNTHESES THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE SUR L'APPROCHE ECOLOGIQUE

RESUME

Les recherches quantitatives sur les inégalités de santé au Maroc souffrent d'une insuffisance remarquable. A part les études épidémiologiques, les travaux de sciences politiques et de sociologie quantitative de la santé abordent de moins en moins les dimensions écologiques de l'élection à la maladie. Toutefois, ces dimensions sont réduites à l'opposition dichotomique entre le rural et l'urbain ainsi qu'à d'autres variables agrégées à partir des données individuelles.

Cette étude a pour objectif de présenter à la communauté des chercheurs marocains en matière des inégalités de santé une revue de littérature sur les ingrédients de l'approche écologique. Elle distingue ainsi entre les variables individuelles, les variables compositionnelles ; et les variables écologiques, contextuelles et collectives, autonomes de point de vue métrique vis-à-vis des caractéristiques individuelles.

Mots clés : Ecologie-Facteur-Inégalité- morbidité-Santé.

Rachid KHAY
Doctorant en sciences politiques
Université Mohamed, FSJES Agdal, Rabat

HEALTH INEQUALITIES IN MOROCCO THEORETICAL AND METHODOLOGICAL META-SYNTHESIS ON THE ECOLOGICAL APPROACH

Rachid KHAY

PhD Student in Political Science
Université Mohamed V, Rabat

ABSTRACT

Quantitative research on health inequalities in Morocco suffers from a remarkable deficiency. Apart from epidemiological studies, work in political science and quantitative health sociology has increasingly failed to address the ecological dimensions of morbidity. However, these dimensions are reduced to the rural-urban dichotomy and other variables aggregated from individual data.

The objective of this study is to present to the Moroccan research community on health inequalities a review of the literature on the ingredients of the ecological approach. It distinguishes between individual variables, compositional variables; and ecological, contextual and collective variables, which are metrically autonomous from individual characteristics.

Key words: Ecology-Factor-Inequality-Morbidity-Health.

INTRODUCTION

Il est largement admis dans le milieu des cercles de savoir et des décideurs que le niveau de santé d'une population est corrélatif du niveau de développement économique et social d'un pays. En outre, la santé fait partie intégrante du développement humain qui influe sur le progrès économique et social des sociétés. Celui-ci exerce en retour des effets positifs sur le bien-être des citoyens. Ces liens réciproques sont largement reconnus et commentés dans la littérature sur le statut de santé [(1)].

La nature « sociale » de la santé a été unanimement reconnue par la société internationale depuis la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires en 1978. Selon la déclaration adoptée à la fin de la conférence, la santé ne signifie pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité organiques ou psychiques ; elle renvoie plutôt à un seuil de bien-être moral et physique au-dessous duquel l'être humain ne pourrait mener sans difficulté, une vie décente et productive sur les plans moral et socioéconomique.

La reconnaissance de l'aspect social de la santé n'a pas manqué de susciter un intérêt à la fois scientifique et politique pour la recherche-action, afin d'agir sur les paramètres prédicateurs de la maladie et de la morbidité. En effet si les inégalités en matière de santé semblent être un phénomène presque universel, il se peut, au sein d'une société donné, que les individus qui ne sont pas prédisposées génétiquement et démographiquement de la même façon, aux facteurs de risque, manifestent des différences notoires en matière d'élection à la maladie. A titre

(1) *Berthélemy, J-C & Thuilliez, J., (2013), « Santé et développement : une causalité circulaire, Revue d'économie du développement », Vol. 21, pp. 119-147.*

d'indication, la susceptibilité aux pathologies liées à l'âge démarque les personnes âgées par rapport aux jeunes. Or cette espèce de différence en matière de disposition à la maladie semble inévitable. Toutefois, il arrive souvent, dans la majorité des cas, que le rapport inégalitaire à la santé tend à prendre la forme de différences socialement injustes [(2)]. Les disparités de santé observées entre individus ou groupes sociaux, sur la base des considérations socio-économiques ou politiques, sont considérées comme des inégalités sociales de santé [(3)].

Les inégalités inéquitables dans ce domaine dénotent des disparités systématiques en matière d'exposition aux facteurs de risque situés aux échelons individuel et supra-individuels. Les écarts de santé paramétrés par l'ethnie, la géographie et le statut socioéconomique, traduisent des inégalités injustes en matière de distribution des ressources publiques censées protéger les individus et les groupes sociaux des pathologies prévalentes. Il s'ensuit que dans de tels contextes, la bonne étiologie est celle qui fait la part belle non seulement de la disposition génétique à la maladie, mais tient également en compte l'effet des « lieux » et de la stratification socioéconomique et ethnique sur les inégalités inéquitables de santé.

L'iniquité en matière des faits de santé tient au rôle déterminant des caractéristiques socioéconomiques liées à l'origine [(4)]. Mais cette allégation ne conduit pas forcément à nier la valeur prédictive de la génétique, inscrite dans l'histoire épidémiologique des rapports complexes entre la condition sociale des groupements sociaux et les risques attachés à l'environnement physique.

La santé de la population constitue le réceptacle ultime dans lequel se font sentir les effets des clivages économiques et socio-spatiaux. Elle manifeste, au titre d'une capabilité fondamentale, une sensibilité aux discriminations systématiques ou aléatoires qui président à la distribution inéquitable des biens publics. Ce qui justifie que les inégalités injustes de santé gagneraient davantage à être examinées au crible des hiérarchisations économiques, socio-spatiales et ethniques, qui sont au principe de l'organisation des rapports de pouvoir.

L'objectif de ce texte est de présenter à la communauté des chercheurs en matière de santé, surtout les chercheurs marocains travaillants dans le domaine des politiques publiques de santé et des inégalités sociales et territoriales, une revue de littérature de facture anglo-saxonne sur la contribution des facteurs écologiques à l'explication des disparités socio-spatiales des faits de morbidité et de mortalité, c'est à dire, à la distribution de l'exposition à la maladie. Ainsi, on est amené à distinguer entre les facteurs individuels, des facteurs écologiques agrégés et non agrégés.

La méthodologie adoptée dans cette revue de littérature n'est pas narrative. Elle participe du dispositif de ce qu'on appelle la Méta synthèse de la littérature. Elle est surtout développée comme méthodologie typique à côté de la méta-analyse systématique de la revue de littérature [(5)].

---

(2) *Arcaya, M, Arcaya, A & Subramanian, S. (2015), "Inequalities in health: Definitions, concepts, and theories", Global health action, 8(1), DOI: 10.3402/ gha.v8.27106.*

(3) *Aiach, P & Fassin, D (2004), « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », La Revue du Praticien, 54 (20), pp. 2221-2227.*

(4) *Carde, E (2011), « De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe », Revue européenne des migrations internationales, 27(3), pp. 31-55.*

(5) *Darvishpour A, Joolaee S, Cheraghi MA., 2014, "A meta-synthesis study of literature review and systematic review published in nurse prescribing". Med J Islam Repub Iran. PMID: 25405142; PMCID: PMC4219909. Consulté sur le site : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219909/.*

Mais avant de l'aborder ; il convient de passer en revue les dimensions sociales de la morbidité dans le contexte marocain.

I. Sur les inégalités de l'élection à la maladie et à la mortalité dans le contexte marocain

Au Maroc, les liens entre la santé et les problèmes sociaux prennent des proportions inquiétantes [(6)]. Avec les inégalités sociales frappantes et les disparités régionales évidentes, les conditions de vie cumulent les effets directs et indirects du phénomène historique de la *singaporisation* du développement [(7)] territorial et social. Les effets de centralisation des plans et des politiques de développement depuis l'indépendance du pays, ont produit des clivages socioéconomiques pesants lourdement sur l'état de santé des catégories sociales et des zones fragiles, les empêchant conséquemment de tirer profit des retombées de la richesse nationale et régionale. La reconnaissance officielle de l'échec des politiques de développement s'exprime pour la première fois dans le rapport du cinquantenaire dont les rédacteurs affirment sans ambages [(8)] :

> ***« Pourtant, les diagnostics sont connus depuis longtemps, particulièrement en ce qui concerne les déséquilibres territoriaux. Plusieurs indicateurs en rendent compte, au-delà des contrastes criants entre villes et campagnes : la production nationale reste concentrée autour des grands pôles économiques. Près de 40% de la richesse nationale est concentré sur 1% du territoire, y compris les aires rurales. Plus grave, 77% du territoire contribue pour seulement 10% à la valeur ajoutée nationale. En outre, les activités restent fortement concentrées sur le littoral, de Tétouan à Agadir : c'est l'axe Tanger-Safi qui abrite l'essentiel des implantations humaines et économiques et constitue donc le premier pôle de développement du pays ».***

En dépit des efforts déployés ultérieurement en matière de décentralisation et de déconcentration, l'on n'a pas réussi à résorber les disparités en matière du développement humain, en particulier dans le domaine de l'amélioration de la santé de la population. Il est vrai que la santé des Marocains s'est vue réaliser une transition épidémiologique vers l'amélioration progressive de l'espérance de vie et la régression de la mortalité, mais les faits de santé continuent d'afficher des signes déficitaires au niveau de la couverture inéquitable en services et équipements de santé et celui de la mortalité infantile et maternelle. Les rédacteurs du rapport précité mettent en relief l'accent sur l'inégalité des citoyens devant la mort et l'élection pour la maladie [(9)] :

> ***« En effet, l'offre des soins de santé et les niveaux de mortalité sont très variables entre milieu rural et milieu urbain : les citadins vivent en moyenne 6 ans de plus que les ruraux, et il y a deux fois plus***

---

(6) Le Conseil Economique, Social et Environnemental (2013), Les soins de santé de base : Vers un accès équitable et généralisé, pp. 43-62.

(7) Geertz, G. « The Judging of Nations: Some comments on the assessment of regimes in the New States », Archives Européennes de Sociologie, Vol. 18, N. 2, 1977, pp. 245-261.

(8) Le Maroc possible, « Cinquante ans du développement humain, perspective 2025 », 2006, p. 62. Voir le site :

http://www.diplomatie.ma/Portals/0/Rapport%20G%C3%A9n%C3%A9ral.pdf

(9) Le Maroc possible, « Cinquante ans du développement humain…, op.cit, p. 74

d'enfants qui meurent avant leur premier anniversaire dans les campagnes que dans les villes ; le taux de mortalité dans certaines régions comme Fès-Boulemane et Taza-Houceima-Taounate est très proche du niveau national enregistré au début des années 1970. En outre, plus d'un quart de la population se trouve encore à plus de 10 km d'une formation sanitaire en 2003.

De même, le mauvais niveau de santé de nombreuses franges de la population est souvent corrélé avec : un mauvais niveau d'éducation (analphabétisme), un mauvais statut d'habitat (habitat insalubre), un accès insuffisant aux infrastructures de base (eau salubre, électricité, routes, etc.), un accès insuffisant à l'emploi et au revenu (pauvreté, malnutrition, etc.). Il est aussi corrélé à une profonde iniquité dans l'accès aux soins en termes géographiques et en termes financiers ».

Comme le rapportent les publications officielles postérieures sur les inégalités sociales de santé et les dysfonctionnements des établissements hospitaliers [10], l'amélioration attendue dans ce segment névralgique du développement humain reste tributaire des clivages multiples qui frappent de plein fouet la concrétisation réelle du droit effectif à la santé. L'implication des facteurs socioéconomiques et culturels dans la susceptibilité à la maladie, est également mentionnée par un certain nombre de recherches sociologiques et épidémiologiques [11]. Toutefois, En dépit de l'importance des résultats obtenus, l'examen critique de ces études montre qu'elles sont moins abondantes et qu'elles se limitent dans leur portée technique et thématique au niveau individuel [12].

Certes, ces recherches traitent dans une perspective comparée l'aspect inéquitable en faisant référence à la relation entre état de santé et le degré d'appropriation individuelle des ressources publiques, mais l'omission des variables contextuelles et

---

[10])Voir par exemple:
Ministère de la Santé (2018), Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF). Voir le site : https://www.sante.gov.ma/Documents/2020/03/Rapport%20ENPSF%202018%202i%C3%A8me%20%C3%A9dition.pdf
La cour des comptes (2018), Rapport d'activités relatif à l'exercice 2018, Livre I, pp. 404-492. Voir le site : http://www.courdescomptes.ma/upload/_ftp/documents/Rapport%20CDC_Partie1_2018.pdf

[11] Boutayeb, A., (2006), "Social inequalities and health inequity in Morocco", 5(1). Publié en ligne 7 Mars 2006. Consulté le 31 octobre 2019 sur le site : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1420301/

[12] Voir à titre d'exemple :
Abdesslam, B (2012), Evolution of rural–urban health gaps in Morocco: 1992–2011. BMC Res Notes 5, 381, doi: 10.1186/1756-0500-5-381.
Engels T, Baglione Q, Audibert M, et al., (2014), "Socioeconomic status and stroke prevalence in Morocco: results from the Rabat-Casablanca study", PLoS One, 9(2), e89271. Publié le 28 février 2014. doi:10.1371/journal.pone.0089271.
Boutayeb, W., Lamlili, M., Maamri, A., Ben El Mostafa, S., & Boutayeb, A. (2016). "Actions on social determinants and interventions in primary health to improve mother and child health and health equity in Morocco", International journal for equity in health, 15, 19. doi:10.1186/s12939-016-0309-9.

compositionnelles limitent la portée de telles recherches dans l'explication de l'élection à la maladie dans le contexte marocain [13]. La dimension ethnique ainsi que les facteurs écologiques et socio-spatiaux, sont le plus souvent exclus de l'analyse des inégalités de santé. Ces deux dimensions étant sensibles dans un contexte où le législateur et les pouvoirs publics semblent tellement fermes et discret sur les inégalités d'origine raciale et géographique.

La recherche sur les facteurs écologiques peut contribuer à l'amélioration de la connaissance scientifique sur les inégalités inéquitables de santé au Maroc, en introduisant dans le modèle explicatif des pathologies frappant la maman et l'enfant du monde rural, non seulement des caractéristiques individuelles, mais également des dimensions socio-physiques et culturelles des localités objets de l'étude.

Les recherches sur les disparités sociales et territoriales de santé en milieu rural marocain ont la chance d'explorer les déterminants de la santé et de la morbidité à l'aide d'une approche écologique. Ce choix est justifié, par le constat établit par l'organisation mondiale de la santé (OMS) selon lequel l'environnement compte parmi les facteurs qui exercent une influence énorme sur la santé et le bien-être.

Selon les estimations de l'OMS, plus de dix millions d'enfants meurent chaque année à cause de maladies liées à l'environnement. Il est également établi que l'exposition des mères aux risques environnementaux peut avoir des effets sur la santé de leurs enfants avant même la naissance [14]. Par ailleurs, Les recherches menées au cours de ces dernières années sur les effets du milieu sur la santé se sont multipliées. L'intérêt s'est porté en priorité sur les caractéristiques sociales et physiques des milieux locaux comme facteurs de risque pour la santé [15]. On assiste dès lors à un retour en force de l'approche écologique dans les études sur les variations spatiales des indicateurs de santé [16].

II. L'approche écologique des inégalités de santé : essai de méta-synthèse

Pendant plus de 50 ans, l'approche écologique en matière de santé avait mauvaise presse dans les milieux sociologique et épidémiologique. Les chercheurs préférant l'analyse au plan individuel des données relatives à la mortalité et à la morbidité, partagent la conviction que l'effet des variables agrégées est suspecté. Le débat avait notamment porté sur la notion de **l'erreur écologique** *(Ecological fallacy)*, constatée sur la base des contradictions entre les corrélations au niveau individuel et supra-individuel lorsqu'il s'agit des mêmes variables [17]. Richards souligne dans ce

---

[13] *Martin, M-C(2008) "Individual and collective resources and health in Morocco", WIDER Research Paper, No. 2008/21, ISBN 978-92-9230-067-8, The United Nations University World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER), Helsinki. Voir le site: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/63304/1/560604653.pdf*

[14] *OMS& PNUE (2010). Un environnement sain pour des enfants sains: messages clés pour des actions concrètes*

[15] *Riva M., Gauvin L., Tracie A Barnett T. A. (2007). Toward the next generation of research into small area effects on health: a synthesis of multilevel investigations published since July 1998. Journal of Epidemiology and Community Health 2007;61:853–861*

[16] *Macintyre S. & Ellaway A. (2000). Ecological approach : Rediscovering the role of the physical and social environment. In Berkman L. F. & Kawachi I. (eds). Social epidemiology. Oxford University Press*

[17] *Macintyre, S., & Ellaway, A. (2000), "Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment", In L. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), Social*

cadre que les chercheurs commettent l'erreur d'inférer les variables agrégées à partir des caractéristiques et des variables individuelles [18].

Toutefois, faut-il reconnaître que la focale mise sur l'erreur écologique induit trois implications fallacieuses selon Schwarz [19] :

1. Les modèles individuels sont plus parfaitement spécifiés que les variables liées au contexte ;
2. Les corrélations au niveau agrégé sont toutes des substituts aux corrélations au plan individuel ;
3. Les variables situées au niveau contextuel ne causent pas de maladies.

La diffusion de ces convictions parmi les chercheurs en sociologie médicale et en épidémiologie sociale a contribué à sous-estimer la portée des données contextuelles dans l'explication de la morbidité et de la mortalité. En dépit des tentatives de théorisation des facteurs situés à l'échelon écologique (familles, voisinages, lieu de travail, climats, reliefs etc.), la prévalence de la notion de l'erreur écologique a fait valoir les titres des facteurs individuels censés affecter l'état de santé de la population dans une aire géographique donnée.

Les critiques adressées dans ce sillage à l'approche écologique [20] avaient pour effet de dissuader les chercheurs d'investiguer dans cette piste sur les plans théoriques et méthodologiques. Elles induisent une confusion entre l'analyse des variables agrégées et celles traduisant les aspects physiques et socioculturels de l'environnement [21].

Il semble que le prétexte de l'erreur écologique comme fondement de rejet de l'approche contextuelle, tient particulièrement aux inférences incorrectes sur la base des caractéristiques individuelles et vice versa [22]. Ainsi, les analyses employant les variables socioéconomiques au niveau d'une aire géographique, n'illustrent pas souvent si ces variables représentent de véritables mesures écologiques des lieux de résidence, indépendantes des individus, ou si elles correspondent au contraire aux caractéristiques agrégées des résidents de la zone d'étude choisie au titre d'échelle d'analyse.

Il a fallu attendre les années 90 pour que les effets de l'environnement (*ecological perspective*) reçoivent une crédibilité scientifique progressive dans l'épidémiologie sociale et dans la sociologie et la géographie médicales. Les épidémiologies amorcent la mise en question de l'approche individualiste des maladies chroniques et prônent le retour à l'approche classique qui rattache le statut de santé de la population aux facteurs de risque inscrits dans les structures socioculturelles et environnementales [23].

Epidemiology, Oxford: Oxford University Press, pp. 332–348.

[18] *Richards, J. M. (1996), "Units of analysis, measurement theory, and environmental assessment: A response and clarification", Environment and Behavior, 28, pp. 220-236.*

[19] *Schwartz, S. (1994), "The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences", American Journal of Public Health, 84(5), pp. 819–824.*

[20] *Voir par exemple :*
Hauser, R. (1974), " Contextual analysis revisited", Sociological Methods and Research, 2 (3), pp. 365– 375
Piantadosi, S., Byar, D.P & Green, S.B(1974), "The ecological fallacy", American Journal of Epidemiology. 127(5), pp. 893-904

[21] *Macintyre, S., MacIver, S. and Sooman, A. (1993), "Area, class and health: should we be focusing on places or people?", Journal of Social Policy, 22, pp. 213-234.*

[22] *Voir par exemple :*
Townsend, P., Phillimore, P., & Beattie, A. (1988), Health and deprivation: inequality and the North, London: Routledge.

[23] *Voir par exemple :*

ISSN: 2737-8101

A titre indicatif, Von Korff et ses collègues montrent que l'initiation au tabac comme comportement pathologique, est liée non seulement aux caractéristiques de l'adolescent, mais également à la socialisation familiale et aux caractéristiques de la communauté d'appartenance, en plus des facteurs sociopolitiques [24].

Au sein de la géographie médicale, les appels au retour au « lieu » n'ont pas manqué de susciter la pratique académique en matière d'étiologie géographique des maladies. L'intérêt scientifique aux effets de la localité, au sens pluriel du terme, provient selon Kearns des défis liés aux injustices dans l'élection géographique et social aux agents pathogènes [25]. Les lieux et leurs rôles dans la production des faits de santé chez les résidents se voient ainsi récupérer le regard des chercheurs [26].

Dans le domaine sociologique, le relâchement du paradigme individualiste en matière de réflexion sur les inégalités sociales de santé, a permis de s'acheminer progressivement vers la prise en compte de la dimension écologique. Les données issues des recensements de la population ont pris visiblement pas sur celles collectées sur la base des théories sociologiques [27].

Ces changements de perspective dans l'étude de la santé ont donné lieu à des travaux empiriques investiguant davantage ses disparités socio-spatiales. L'objectif étant la vérification de l'implication des facteurs écologiques dans l'explication des différences en matière d'élection à la maladie [28]. L'on avance dans ce cadre que les variations du statut de la santé devraient être examinées au crible des dimensions compositionnelle (agrégée), contextuelle (socio-physique) et collective (culturelle) de l'approche écologique [29]. Pour mieux spécifier ce cadre conceptuel, Macintyre et ses collègues proposent de faire place aux éléments suivants [30] :

- Les caractéristiques physiques de l'environnement subis par tous les résidents d'une localité (Climat, altitude, eau, etc.) ;
- Disponibilité d'un environnement sain à la maison, au travail et dans les espaces de loisirs. Celui-ci est censé affecter variablement les résidents d'une écologie donnée ;
- Les services publics et privés fournis pour développer les

Susser, M. (1994), "The logic in ecological: I. The logic of analysis". American Journal of Public Health, 84(5), pp. 825–829.

Kaplan, G. (1996), " People and places Fcontrasting perspectives on the association between social class and health", International Journal of Health Services, 26(3), pp. 507–519.

[24] *Von Korff M, Koepsell T, Curry S, Diehr P. (1992), "Multi-level analysis in epidemiologic research on health behaviors and outcomes", Am J Epidemiol. 1992 May 15;135(10), pp. 1077–1082*

[25] *Kearns, R. A. (1993), "Place and health Ftowards a reformed medical geography", Professional Geographer, 45(2), pp. 139–147.*

[26] *Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002), "Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise and measure them?", Social Science & Medicine, 55, pp. 125-139.*

[27] *Phillimore, P. (1993), "How do places shape health? Rethinking locality and lifestyle in North East England", In Platt, S., Thomas, H., Scott, S. and Williams, G. (eds) Locating Health: Sociological and Historical Explorations. Aldershot: Avebury.*

[28] *Davey Smith, G., Hart, C., Watt, G., Hole, D., & Hawthorne, V. (1998), "Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley study", Journal of Epidemiology and Community Health, 52, pp.399–405*

[29] *Macintyre, S. (1997), "What are spatial effects and how can we measure them?", In: Dale, A. (ed.) Exploiting National Survey Data: The Role of Locality and Spatial Effects. Faculty of Economic and Social Studies, University of Manchester.*

[30] *Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002), "Place effects on health: How can we operationalize, conceptualize and measure them?", Social Science & Medicine, 55, pp. 125–139*

capabilités des résidents (Etablissement scolaires, Hôpitaux, etc.) ;

- Les propriétés socioculturelles de la localité objet de l'étude (Histoire religieuse, ethnique et sociopolitique, capital social, etc.) ;
- La réputation sociale et institutionnelle de la localité (perception du lieu de la résidence par les sociétaires et les acteurs divers)

Ces facteurs fournissent la structure d'opportunité nécessaire à un état de santé viable et décent. Or celui-ci postule un degré de satisfaction du besoin de l'être humain à un environnement physiquement sain et socio-institutionnellement capacitaire et favorable au bien-être.

Ce projet de recherche s'inscrit dans cette perspective écologique des faits de santé. Elle s'interroge sur les modalités de l'articulation entre les dimensions écologiques et individuelles dans la distribution sociale de la maladie. Par-delà les débats théoriques sur le rapport de la maladie aux disparités socio-spatiales [(31)], ce projet de recherche se veut plus spécifiquement, une contribution à l'examen du volet empirique de l'effet des lieux sur la mortalité et la morbidité lorsque les caractéristiques individuelles sont contrôlées. Le cadre méthodologique ci-après illustre les modalités opérationnelles des dimensions écologiques et individuelles censées influencer les disparités de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile.

Conclusion

Les travaux sur les inégalités de santé au Maroc sont embryonnaires du point de vue des approches méthodologiques et théoriques qu'ils adoptent. Dans la plupart des cas, ils se réduisent à squatter l'élection pour la morbidité et la mortalité en mettant la focale sur des facteurs individuels. La dimension écologique est rarement employée, sauf le cas élémentaire de la comparaison des territoires en matière de distribution de la maladie rural/urbain.

Cette modeste contribution a pour dessein de nuancer les usages possibles de l'approche écologique en avançant une démarcation radicale entre les variables agrégées à partir des propriétés individuelles, ou ce qu'on appelle les variables compositionnelles ; et les variables écologiques, contextuelles et collectives, autonomes de point de vue métrique vis-à-vis des caractéristiques individuelles.

[(31)] *Voir à titre d'exemple:*
Hayes, M. V. (1999), "Man, disease and environmental associations: frommedical geography to health inequalities", Progress in Human Geography, 23(2), pp. 289–296.
Jones, K., & Moon, G. (1993), "Medical geography; taking space seriously", Progress in Human Geography, 17(4), pp. 515–524.

ISSN: 2737-8101

REFERENCES :

Abdesslam, B (2012), Evolution of rural–urban health gaps in Morocco: 1992–2011. BMC Res Notes 5, 381, doi: 10.1186/1756-0500-5-381.

Aiach, P & Fassin, D (2004), « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », La Revue du Praticien, 54 (20), pp. 2221-2227.

Arcaya, M, Arcaya, A & Subramanian, S. (2015), "Inequalities in health: Definitions, concepts, and theories", Global health action, 8(1), DOI: 10.3402/ gha.v8.27106.

Berthélemy, J-C & Thuilliez, J., (2013), « Santé et développement : une causalité circulaire, Revue d'économie du développement », Vol. 21, pp. 119-147.

Boutayeb, A., (2006), "Social inequalities and health inequity in Morocco", 5(1). Publié en ligne 7 Mars 2006. Consulté le 31 octobre 2019 sur le site : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1420301/

Boutayeb, W., Lamlili, M., Maamri, A., Ben El Mostafa, S., & Boutayeb, A. (2016). "Actions on social determinants and interventions in primary health to improve mother and child health and health equity in Morocco", International journal for equity in health, 15, 19. doi:10.1186/s12939-016-0309-9.

Carde, E (2011), « De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe », Revue européenne des migrations internationales, 27(3), pp. 31-55.

Darvishpour A, Joolaee S, Cheraghi MA., 2014, "A meta-synthesis study of literature review and systematic review published in nurse prescribing". Med J Islam Repub Iran. PMID: 25405142; PMCID: PMC4219909. Consulté sur le site : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219909/.

Davey Smith, G., Hart, C., Watt, G., Hole, D., & Hawthorne, V. (1998), "Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley study", Journal of Epidemiology and Community Health, 52, pp.399–405

Engels T, Baglione Q, Audibert M, et al., (2014), "Socioeconomic status and stroke prevalence in Morocco: results from the Rabat-Casablanca study", PLoS One, 9(2), e89271. Publié le 28 février 2014. doi:10.1371/journal.pone.0089271.

Geertz, G. « The Judging of Nations: Some comments on the assessment of regimes in the New States », Archives Européennes de Sociologie, Vol. 18, N. 2, 1977, pp. 245-261.

Hauser, R. (1974), " Contextual analysis revisited", Sociological Methods and Research, 2 (3), pp. 365– 375

Hayes, M. V. (1999), "Man, disease and environmental associations: frommedical geography to health inequalities", Progress in Human Geography, 23(2), pp. 289–296.

Jones, K., & Moon, G. (1993), "Medical geography; taking space seriously", Progress in Human Geography, 17(4), pp. 515–524.

Kaplan, G. (1996), " People and places Fcontrasting perspectives on the association between social class and health", International Journal of Health Services, 26(3), pp. 507–519.

Kearns, R. A. (1993), "Place and health Ftowards a reformed medical geography", Professional Geographer, 45(2), pp. 139–147.

La cour des comptes (2018), Rapport d'activités relatif à l'exercice 2018, Livre I, pp. 404-492. Voir le site : http://www.courdescomptes.ma/upload/_ftp/documents/Rapport%20CDC_Partie1_2018.pdf

Le Conseil Economique, Social et Environnemental (2013), Les soins de santé de base : Vers un accès équitable et généralisé, pp. 43-62.

Le Maroc possible, « Cinquante ans du développement humain, perspective 2025 », 2006, p. 62. Voir le site : http://www.diplomatie.ma/Portals/0/Rapport%20G%C3%A9n%C3%A9ral.pdf

Le Maroc possible, « Cinquante ans du développement humain…, op.cit, p. 74

Macintyre S. & Ellaway A. (2000). Ecological approach : Rediscovering the role of the physical and social environment. In Berkman L. F. & Kawachi I. (eds). Social epidemiology. Oxford University Press

Macintyre, S. (1997), "What are spatial effects and how can we measure them?", In: Dale, A. (ed.) Exploiting National Survey Data: The Role of Locality and Spatial Effects. Faculty of Economic and Social Studies, University of Manchester.

Macintyre, S., & Ellaway, A. (2000), "Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment", In L. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), Social Epidemiology, Oxford: Oxford University Press, pp. 332–348.

Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002), "Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise and measure them?", Social Science & Medicine, 55, pp. 125-139.

Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002), "Place effects on health: How can we operationalize, conceptualize and measure them?", Social Science & Medicine, 55, pp. 125–139

Macintyre, S., MacIver, S. and Sooman, A. (1993), "Area, class and health: should we be focusing on places or people?", Journal of Social Policy, 22, pp. 213-234.

Martin, M-C(2008) "Individual and collective resources and health in Morocco", WIDER Research Paper, No. 2008/21, ISBN 978-92-9230-067-8, The United Nations University World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER), Helsinki. Voir le site: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/63304/1/560604653.pdf

Ministère de la Santé (2018), Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF). Voir le site : https://www.sante.gov.ma/Documents/2020/03/Rapport%20ENPSF%202018%202i%C3%A8me%20%C3%A9dition.pdf

OMS& PNUE (2010). Un environnement sain pour des enfants sains: messages clés pour des actions concrètes

Phillimore, P. (1993), "How do places shape health? Rethinking locality and lifestyle in North East England", In Platt, S., Thomas, H., Scott, S. and Williams, G. (eds) Locating Health: Sociological and Historical Explorations. Aldershot: Avebury.

Piantadosi, S., Byar, D.P & Green, S.B(1974), "The ecological fallacy", American Journal of Epidemiology. 127(5), pp. 893-904

Richards, J. M. (1996), "Units of analysis, measurement theory, and environmental assessment: A response and clarification", Environment and Behavior, 28, pp. 220-236.

Riva M., Gauvin L., Tracie A Barnett T. A. (2007). Toward the next generation of research into small area effects on health: a synthesis of multilevel investigations published since July 1998. Journal of Epidemiology and Community Health 2007;61:853–861

Schwartz, S. (1994), "The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences", American Journal of Public Health, 84(5), pp. 819–824.

Susser, M. (1994), "The logic in ecological: I. The logic of analysis". American Journal of Public Health, 84(5), pp. 825–829.

Townsend, P., Phillimore, P., & Beattie, A. (1988), Health and deprivation: inequality and the North, London: Routledge.

Von Korff M, Koepsell T, Curry S, Diehr P. (1992), "Multi-level analysis in epidemiologic research on health behaviors and outcomes", Am J Epidemiol. 1992 May 15;135(10), pp. 1077–1082