

Les Cahiers du P I a n

Principaux résultats de l'Enquête nationale sur l'anthropométrie 2011

A propos de
la santé-nutrition
de la population





Président

Ahmed Lahlimi Alami
Haut Commissaire au Plan

Création, rédaction en chef

Ahmed El Kohen Lamrhili

Comité scientifique

Abdelhak Allalat
Jamal Bouchachen
Mohammed Doudich
Mourad Guerouani
Abderrahmane Haouach
Abdellatif Lfarakh
Abdelaziz Maâmi
Mohamed Taâmouti

Editeur

CND

(Centre National de Documentation)

Tél. : 0537 77 10 32 / 0537 77 09 84

0537 77 30 08

Fax : 0537 77 31 34

Haut-Agdal – Rabat

Dépôt légal

2004/0139

ISSN : 1114-8411

Publication

Haut Commissariat au Plan

e-mail :

cahiersduplan@yahoo.fr

Site : www.hcp.ma

Pré-presse

Babel com

Tél. : 0537 77 92 74

Fax : 0537 77 03 31

Agdal – Rabat

Imprimerie

El Maârif Al Jadida

Tél. : 0537 79 47 08 / 09 – Rabat

s o m m a i r e

A propos de la santé-nutrition de la population

Ahmed LAHLIMI ALAMI 4

Principaux résultats de l'Enquête nationale sur l'anthropométrie 2011

Mohamed DOUIDICH, Abdeljaouad EZZRARI,
Doha IKIRA et Charifa LOUAFI 9

Les Cahiers du Plan publient les articles dans la langue où leurs auteurs les ont rédigés. Le contenu de ces articles n'engage que leurs auteurs.

A propos de la santé-nutrition de la population ⁽¹⁾



Ahmed LAHLIMI ALAMI, Haut Commissaire au Plan

L'Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA) a été réalisée, en 2011, par le Haut -Commissariat au Plan auprès d'un échantillon de 10 426 ménages, issu de l'échantillon de plus de 100.000 ménages ayant servi de base à l'Enquête nationale démographique 2009-2010. L'ENA permet de diagnostiquer la santé-nutrition de la population et en élaborer une cartographie plus précise de la situation des enfants à cet égard. Elle a été mise à profit pour doter notre pays d'indicateurs observés et non plus estimés de la pauvreté multidimensionnelle.

Concepts et définitions

Disons, tout d'abord, que le concept de la sécurité alimentaire ne veut pas dire uniquement la disponibilité d'une quantité suffisante de nourriture exprimée en termes de calories et de protéines. Il renvoie également à une dimension qualitative d'une alimentation saine n'induisant pas de menaces sur la santé aussi des enfants que des adultes. Il existe à cet effet des standards nutritionnels reconnus au plan international qui concernent les tranches d'âge de moins de 6 ans et de plus de 20 ans auxquelles s'est référée cette enquête. Pour la tranche intermédiaire il n'y a guère de normes internationales auxquelles on pourrait se référer. Nous ne manquerons pas d'appeler à une rencontre scientifique entre spécialistes marocains, éventuellement étrangers, de la nutrition, de l'économie de la santé et de psychologues et autres spécialistes pour soumettre, sous cet angle, à leur examen toutes les problématiques liées à la santé-nutrition au Maroc.

La santé-nutrition des enfants de moins de 5 ans se mesure par des indices portant sur :

- l'insuffisance pondérale qui exprime une carence du poids par rapport à l'âge ;

- le retard de croissance ou le déficit de la taille par rapport à l'âge ;
- et l'émancipation ou le déficit du poids par rapport à la taille.

Evolution des indices de la santé-nutrition des enfants au Maroc

Une amélioration notable et une des meilleures performances internationales :

L'insuffisance pondérale a diminué passant de : 14,8 % en 1987 à 9,3 % en 2004 et à 3,1 % en 2011 où elle concerne 89 000 de moins de 5 ans ; un indice nettement inférieur aux 16 % de la moyenne mondiale et aux 18 % de celle des pays en développement au cours de la période 2006-2010 ;

(1) Principaux points de l'intervention de M. Ahmed LAHLIMI ALAMI, Haut Commissaire au Plan, à l'occasion de la présentation des résultats de l'Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA) 2011.

Le retard de croissance : une incidence en baisse passant de 28,6 % en 1987 à 18,1 % en 2004 et 16,5 % en 2011 (474 000 enfants).

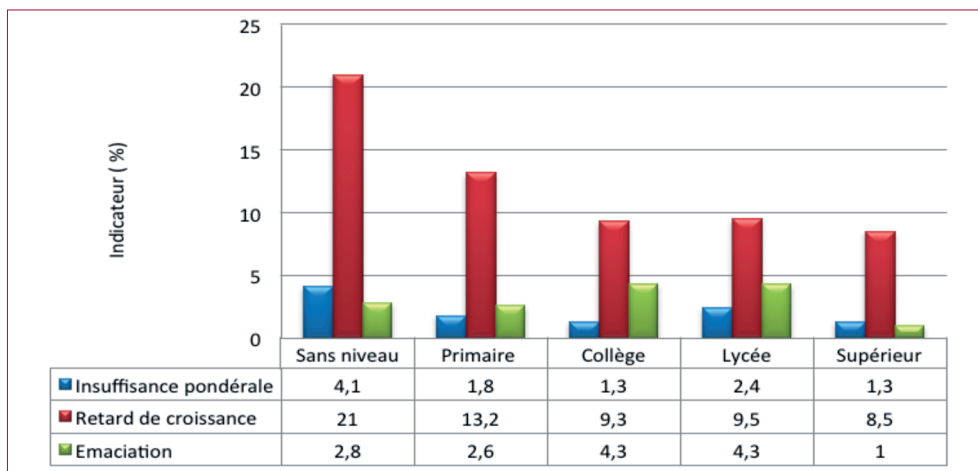
- Moyenne mondiale : 27 % ;
- Moyenne des pays en développement : 29 %.

L'émaciation ou déficit du poids par rapport à la taille : incidence en réduction de 10,2 % en 2004 à 3 % en 2011, nettement inférieure à la moyenne des pays en développement où elle était de 10 %.

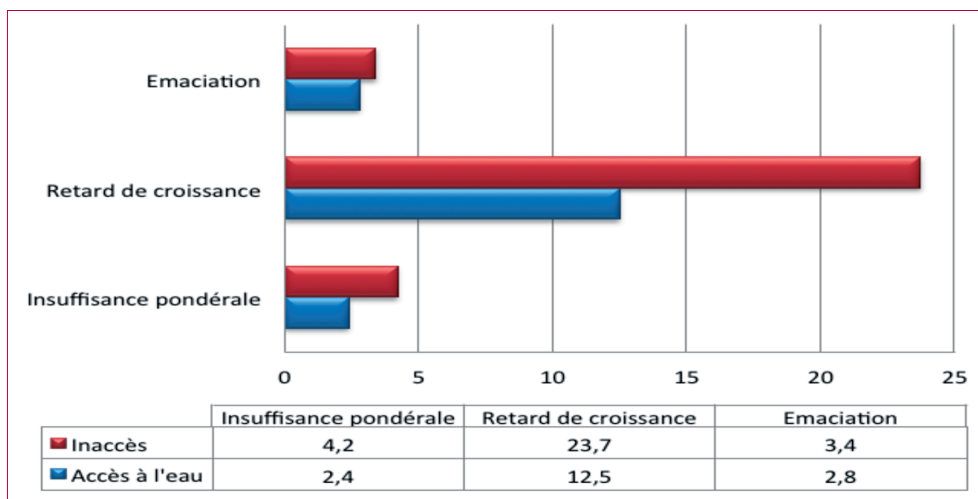
La santé nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans s'améliore avec :

- le niveau scolaire du milieu familial et notamment celui de la mère (graphique 1) ;
- les conditions de vie du ménage appréhendées par le niveau d'accès à l'eau potable du réseau (graphique 2) ;
- et le niveau de vie appréhendé par le niveau de pauvreté (graphique 3).

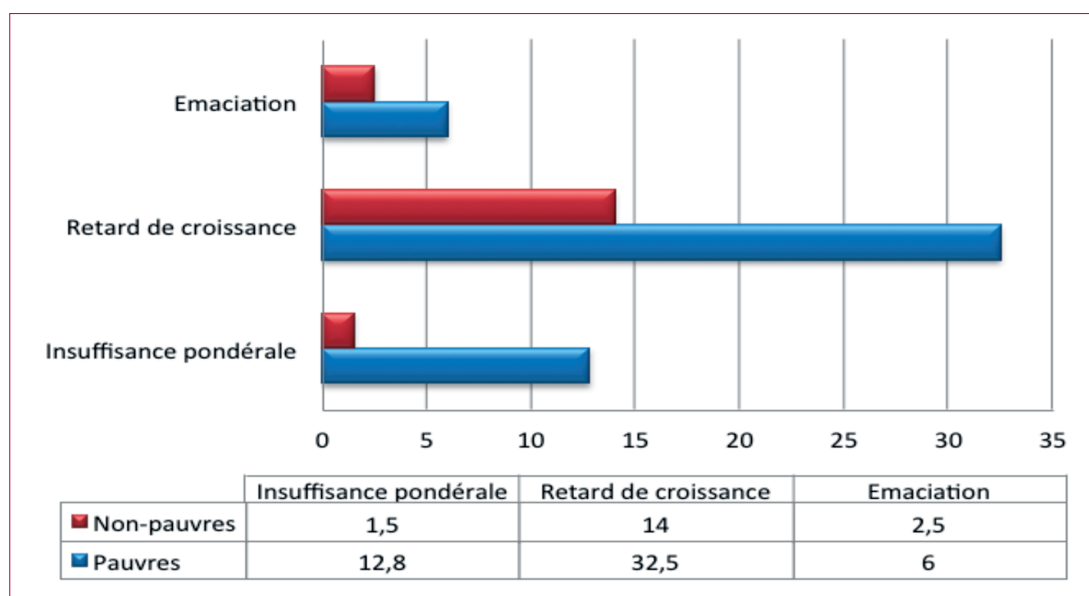
Graphique 1 : Indicateurs de la sané-nutrition des enfants de moins de 5 ans selon le niveau de la mère, en 2011



Graphique 2 : Incidence (%) des pathologies d'origine nutritionnelle parmi les moins de 5 ans selon l'accès à l'eau potable du réseau



Graphique 3 : Incidence (%) des pathologies d'origine nutritionnelle parmi les moins de 5 ans selon le statut à l'égard de la pauvreté multidimensionnelle



Evolution de la santé nutritionnelle des adultes de 20 ans et plus

Le diagnostic se fonde sur 3 indicateurs :

- la maigreur qui renseigne sur une sous-nutrition ou un faible poids par rapport à la taille ;
- la pré-obésité ou le surpoids ;
- l'obésité dont celle grave et morbide ou l'excès de surpoids.

L'analyse de ces indices indique que si la maigreur est en nette baisse, se sont le surpoids et l'excès de poids qui constituent les phénomènes pathologiques les plus marquants de la santé-nutrition des adultes.

La maigreur : une incidence plutôt marginale : 669 000.

Un indice passant de 3,9 % en 2001 à 3,3 % en 2011, en milieu urbain de 3,5 % à 3,1 % et en milieu rural de 4,4 % à 3,8 %.

L'incidence du surpoids est passée en 10 ans (2001-2011) de 27 % à 32,9 % (de 29,2 % à 34,9 % en milieu

urbain, de 24,1 % à 29,5 % en milieu rural). La même tendance se retrouve aussi bien parmi les hommes (de 23,9 % à 30,8 %) que parmi les femmes (de 29,9 % à 34,7 %). Globalement l'effectif d'adultes en situation de pré-obésité est passé en 10 ans de 4,5 millions à 6,7 millions.

L'incidence de l'excès de surpoids affecte 3,6 millions d'adultes en 2011, représentant 17,9 % de la population (21,2 % en milieu urbain, 12,6 % en milieu rural). C'est le lot de 26,8 % des femmes contre 8,2 % des hommes. Les femmes urbaines se placent en tête avec 31,3 %, suivies de loin des femmes rurales avec 18,5 %.

Au total :

- 10,3 millions de marocains adultes dont 63,1 % de femmes sont en situation d'obésité ou de pré-obésité.
- En 10 ans, l'obésité dont celle grave et morbide augmente de 7,3 % par an entre 2001 et 2011.
- Moins de 46 % des adultes marocains ne souffrent ni de maigreur, ni d'obésité, ni de pré-obésité.

Quel rapport entre santé-nutrition des adultes et mode de vie ?

L'indice de l'obésité s'aggrave avec l'âge et l'inactivité.

- L'indice du surpoids ou obésité pathologique passe de 5,2 % parmi les adultes âgés de 20 à 24 ans à 25,7 % parmi les tranches d'âge de 45-59 ans, tendance observée aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes ;
- Un adulte inactif enregistre en moyenne une incidence (25,3 %) plus de 2 fois celle d'un adulte actif (11,2 %). Cet indice s'élève à 32 % parmi les femmes au foyer.

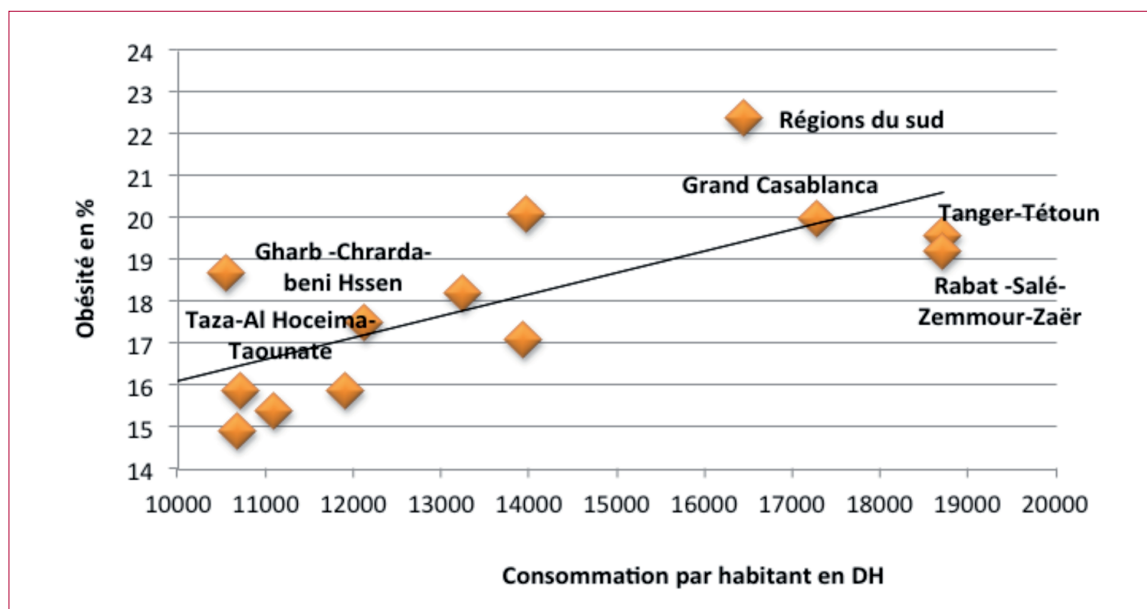
L'incidence de l'obésité s'accroît avec la nucléarisation de la famille et varie en fonction du niveau scolaire

- Les adultes membres d'un ménage constitués de 1 à 2 personnes sont plus d'une fois et demi exposés à l'obésité que les membres d'un ménage constitué de 8 personnes ;
- Les adultes sans niveau scolaire enregistrent une incidence de l'obésité (21,6 %) deux fois plus grande que les adultes ayant un niveau d'études supérieur.

L'incidence de l'obésité varie en fonction du niveau de vie (graphique 4).

En prenant pour référence la consommation des ménages par tête d'habitant telle qu'elle résulte des comptes régionaux de 2010, il est remarquable de constater que cette incidence passe de 19-22 % dans les régions les plus aisées à 15-16 % dans les régions où la consommation par tête des ménages est la plus faible.

Graphique 4 : Incidence de l'obésité grave et morbide en fonction de la consommation par habitant et par région



Ce rapport entre l'amélioration de la santé-nutrition au Maroc et celle des conditions et des niveaux de vie est une évidence qui se trouve également vérifiée par la mesure de la pauvreté multidimensionnelle dans notre pays. Les indicateurs de celle-ci qui, comme on le sait,

intègrent plusieurs dimensions des conditions de vie des ménages ont été mesurées d'une façon précise, à l'occasion de l'Enquête Nationale sur l'Anthropométrie. Il s'en dégage, en particulier, que si ce type de pauvreté est quasiment éradiqué en milieu urbain, il reste, tout en

baissant notablement, le lot du milieu rural. C'est ainsi que la pauvreté multidimensionnelle est passée, entre 2004 et 2011, de 8,4 % à 2,3 %, en milieu urbain et de 54,2 % en 2004 à 20,2 %, en milieu rural. Au niveau national, elle est passée de 28,5 % à 9,8 %.

En conclusion, le modèle de croissance et de développement humain adopté par le Maroc, au cours des 10 dernières années en particulier, s'illustre, aujourd'hui, par les résultats issus de l'Enquête Nationale sur l'Anthropométrie et celle relative à la pauvreté multidimensionnelle. De ces résultats, se dégage clairement que ce pays a su au cours de cette période réaliser des performances sous le double plan de la lutte contre la pauvreté et de l'amélioration de la santé-nutrition de sa population.

En matière de pauvreté multidimensionnelle, il peut se prévaloir de l'éradication de ce phénomène en milieu

urbain alors qu'il est appelé à renforcer son effort en matière de développement social pour continuer à en faire baisser le niveau dans le monde rural. Il n'est que justice, à cet égard, de souligner la pertinence et l'efficacité du ciblage des actions de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain qui ont su privilégier les zones urbaines les plus vulnérables et, de plus en plus, les communes les plus pauvres du monde rural.

En matière d'amélioration de la santé-nutrition des enfants, les indices montrent que le Maroc est placé parmi les pays en tête des pays en développement. Ce sont cependant la pré-obésité et l'obésité qui émergent comme les nouveaux défis pathologiques auxquels il est aujourd'hui confronté comme, du reste, l'ensemble des pays développés ou en développement où ces défis enregistrent la même tendance ascendante ■

Principaux résultats de l'Enquête nationale sur l'anthropométrie 2011

Le Haut-Commissariat au Plan (HCP) a réalisé l'Enquête nationale sur l'anthropométrie (ENA) en 2011, du 18 mars au 7 juillet, auprès d'un échantillon de 10426 ménages, sélectionnés à partir de celui de l'Enquête nationale démographique 2009-2010. Cette enquête a permis de diagnostiquer la santé-nutrition de la population, et devra aider à l'élaboration d'une cartographie géographiquement fine de celle des enfants. Elle a permis, par ailleurs, une mise à jour des indices de la pauvreté multidimensionnelle mesurée selon la méthode d'Alkire-Foster recommandée par le PNUD. Nous en présentons aujourd'hui les résultats sous la double dimension de la pauvreté multidimensionnelle et de la santé-nutrition au Maroc en 2011.

Par Mohamed DOUIDICH, Abdeljaouad EZZRARI, Doha IKIRA et Charifa LOUAFI, HCP (1)

Encadré 1

Santé-nutrition et sécurité alimentaire

Le concept de la sécurité alimentaire n'est plus restreint à la disponibilité d'une quantité suffisante de nourriture, exprimée en termes de calories et protéines. Il s'étend, sur le plan qualitatif, à la garantie d'une alimentation saine, n'induisant pas de pathologies d'origine alimentaire. Ceci requiert la référence à des standards nutritionnels exprimant les besoins du corps humain.

Ces standards se fondent sur deux types de données. Il s'agit, en premier lieu, des disponibilités alimentaires en nutriments, lesquelles sont obtenues à partir des enquêtes alimentaires et nutritionnelles, et, en second lieu, des données portant sur les pathologies engendrées par les déficits ou les excès alimentaires, mesurées au seul moyen d'enquêtes anthropométriques.

Cependant, n'obéissant à aucune norme internationalement admise, en ce qui concerne les tranches d'âges de 6 à 19 ans, ces dernières n'ont pas été, par précaution scientifique, couvertes par la présente étude.

Santé-nutrition au Maroc

Santé-nutrition des enfants

Les normes de la croissance des enfants, recommandées par l'OMS, ne sont universellement admises que pour les « moins de 5 ans ». L'analyse de la santé nutrition de cette tranche d'âges, sur la base des mêmes normes appliquées aux données de l'ENA 2011, se fonde sur les indices suivants (cf. encadré 2) :

- l'insuffisance pondérale qui exprime une carence du poids par rapport à l'âge ;
- le retard de croissance ou le déficit de la taille par rapport à l'âge ;

(1) Groupe de travail ayant été chargé, au Haut-Commissariat au Plan, de l'élaboration des résultats de l'Enquête nationale sur l'anthropométrie 2011. Doudich M. est statisticien économiste, Ezrari A. (Administrateur), Ikira Doha (Statisticienne-économiste) et Louafi Charifa (Statisticienne-économiste).

- et l'émaciation ou le déficit du poids par rapport à la taille.
- **Les enfants marocains ont connu une amélioration notable de leur santé-nutrition bénéficiant beaucoup plus aux enfants vivant en milieu urbain et en particulier aux enfants de sexe masculin** (Graphiques 1 et 2).
- L'insuffisance pondérale a diminué le long de la période 1987-2011, passant de 14,8 % en 1987 à 9,3 % en 2004 et à 3,1 % en 2011. Elle concerne 89 mille enfants de moins de 5 ans en 2011. Le Maroc se place ainsi parmi les pays dont l'incidence de l'insuffisance pondérale est nettement inférieure à la moyenne mondiale (16 %), et à celle des pays en développement (18 %) au cours de la période 2006-2010 (2).
- De son côté, le retard de croissance a connu une baisse, et affecte, en 2011, 474 mille enfants. Son incidence a diminué de 28,6 % en 1987 à 18,1 % en 2004 puis à 16,5 % en 2011; c'est-à-dire à un niveau nettement

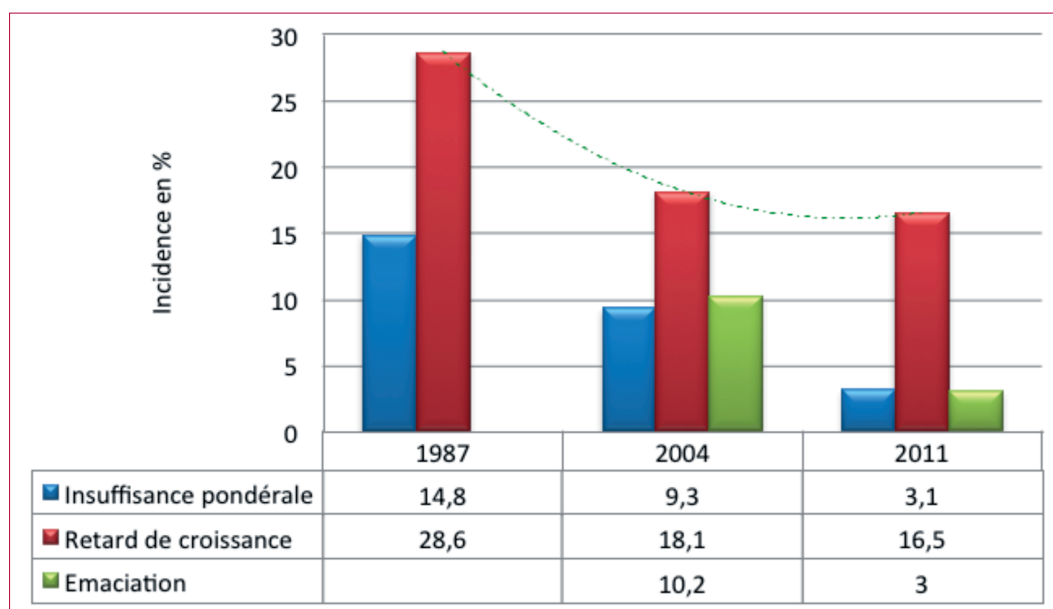
inférieur à la moyenne mondiale (27 %) et à celle des pays en développement (29 %).

- Quant à l'émaciation chez les moins de 5 ans, elle affectait 86 mille enfants de moins de 5 ans en 2011. Son incidence a été réduite de 10,2 % en 2004 à 3,0 % en 2011, de 10,4 % à 3,0 % pour les garçons et de 10,0 % à 3,0 % pour les filles. Elle est également inférieure à la moyenne des pays en développement (10,0 %).

Il convient de relever, par ailleurs, que le recul des pathologies autres que l'émaciation a bénéficié davantage aux urbains qu'aux ruraux, ce qui a accentué l'écart entre le milieu urbain et le milieu rural pour l'insuffisance pondérale et le retard de croissance (graphique 2).

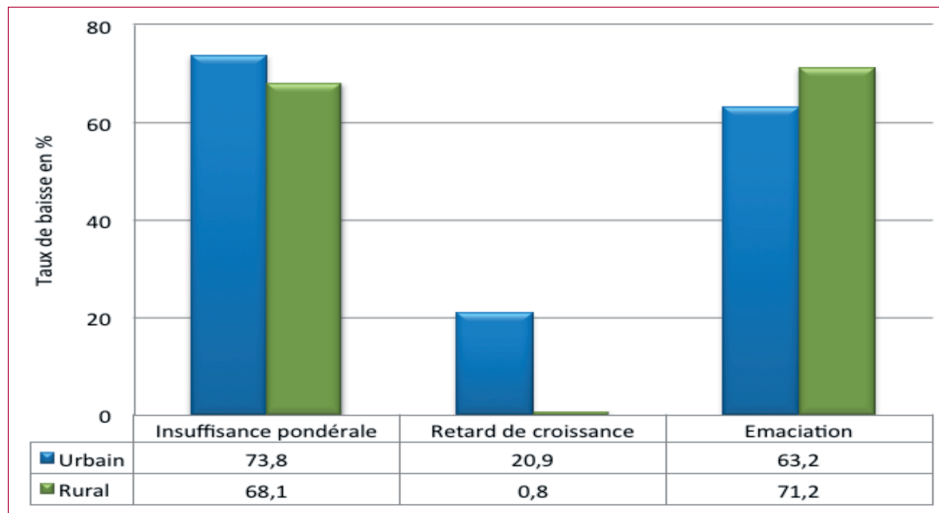
Les graphiques suivants indiquent l'évolution de l'incidence de ces pathologies au Maroc entre 1987 et 2011.

Graphique 1: Evolution des indicateurs de la santé nutrition des moins de 5 ans



(2) UNICEF (2012), *la Situation des enfants dans le monde*, p. 95, données relatives à la période 2006-2010.

Graphique 2 : Amélioration (%) de l'incidence (%) des pathologies liées à la santé-nutrition des moins de 5 ans, entre 2004 et 2011

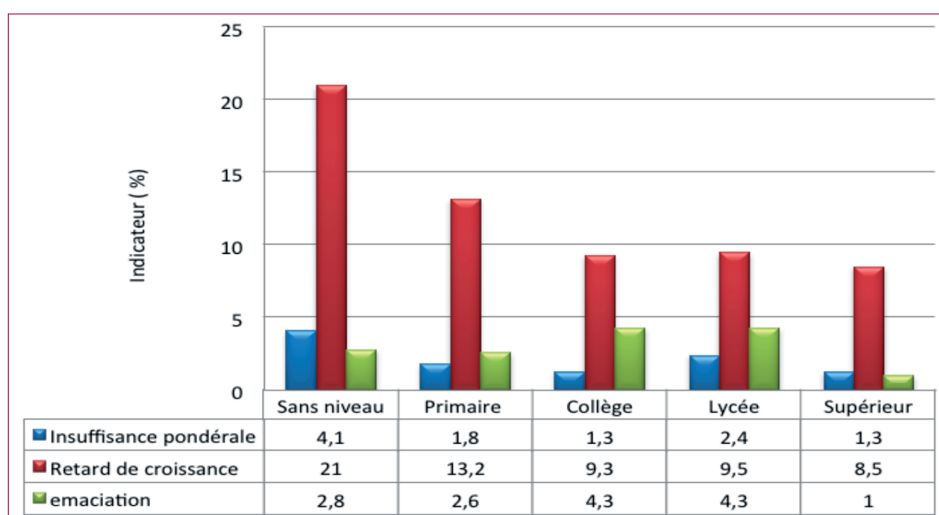


• *L'incidence des pathologies, en particulier le retard de croissance, est nettement corrélée au niveau scolaire de la mère (graphique 3) et à l'accès à l'eau potable du réseau.*

L'insuffisance pondérale passe de 4,1 % lorsque les mères n'ont pas de niveau scolaire à 1,3 % lorsqu'elles ont un niveau d'études supérieures. Le retard de croissance passe respectivement de 21,0 % à 8,5 %.

De même, les enfants appartenant aux ménages desservis par l'eau potable du réseau enregistrent une incidence de l'insuffisance pondérale (2,4 %) et du retard de croissance (12,5 %) relativement réduite, en comparaison avec les ménages qui n'ont pas accès à ce service public (resp. 4,2 % et 23,7 %).

Graphique 3 : Indicateurs de la santé-nutrition des enfants de moins de 5 ans selon le niveau scolaire de la mère, en 2011



Encadré 2

Indicateurs de la santé-nutrition des enfants de moins de 5 ans

Ces indicateurs se déclinent, selon les normes de l’OMS, comme suit :

- **Insuffisance pondérale** : pourcentage d’enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de deux écarts types (insuffisance pondérale modérée), ou de trois écarts types (insuffisance pondérale grave) au poids médian pour leur âge tel qu’il est défini dans les Normes OMS de croissance de l’enfant. Cette étude opte pour l’insuffisance pondérale modérée. Celle grave concerne un nombre marginal d’enfants.
- **Emaciation-modérée et grave** : pourcentage d’enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de deux écarts-types au poids pour la taille médian tel qu’il est défini dans les Normes OMS de croissance de l’enfant.
- **Retard de croissance-modéré et grave** : pourcentage d’enfants âgés de 0 à 59 mois dont la taille pour l’âge est inférieure de deux écarts types à la taille pour l’âge médian telle qu’elle est définie dans les Normes OMS de croissance de l’enfant.

Ces nouvelles normes de la croissance des enfants de moins de cinq ans ont été publiées, par l’OMS, en 2006. L’échantillon ayant servi à l’élaboration de ces normes est constitué de nourrissons allaités au sein et de jeunes enfants en bonne santé ayant des origines ethniques et des environnements culturels très divers (Brésil, États-Unis d’Amérique, Ghana, Inde, Norvège et Oman). OMS, 2006.

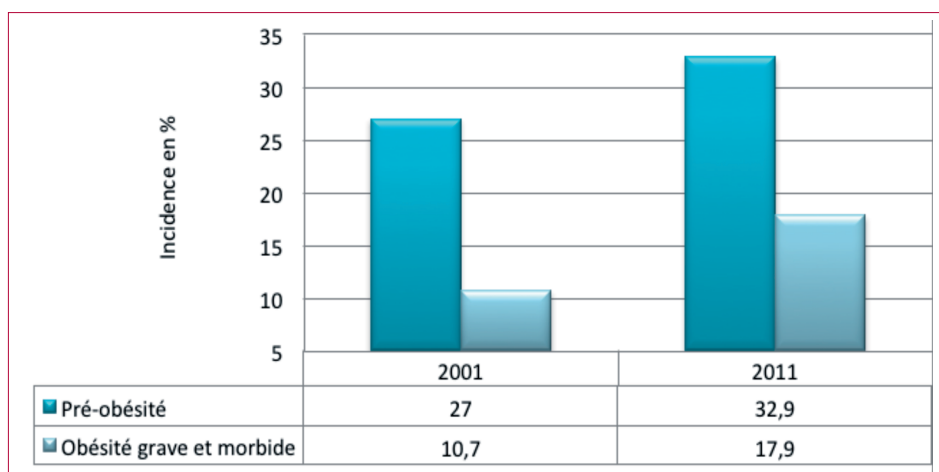
Santé-nutrition des adultes de 20 ans et plus

Le diagnostic de la santé-nutrition des adultes âgés de 20 ans et plus se réfère à trois indicateurs, à savoir (i) la maigreur qui renseigne sur une sous nutrition ou un faible poids par rapport à la taille, (ii) la pré-obésité ou le surpoids, et l’obésité dont celle grave et morbide

ou l’excès de surpoids (cf. encadré 3). L’évolution de ces indicateurs montre que la maigreur est en baisse et l’obésité en hausse.

- **Parmi les adultes, l’incidence de la maigreur est marginale, celle de l’obésité s’accroît** (Graphique 4).

Graphique 4: Tendence de la pré-obésité et de l’obésité grave et morbide parmi les 20 ans et plus



La maigreur en baisse : l'incidence de la maigreur parmi les adultes de 20 ans baisse de 3,9 % en 2001 à 3,3 % en 2011 (669 mille adultes). Cette baisse a été constatée aussi bien dans le milieu urbain (de 3,5 % à 3,1 %) que dans le milieu rural (de 4,4 % à 3,8 %).

Cependant, pour cette tranche d'âges, ce sont la pré-obésité et l'obésité qui constituent les pathologies les plus préoccupantes.

L'obésité en hausse : l'effectif d'adultes en situation de pré-obésité (le surpoids) a augmenté de 4,5 millions en 2001 à 6,7 millions en 2011. Ce qui correspond à une incidence en hausse de 27,0 % à 32,9 % durant la période. Cette hausse a été observée aussi bien dans le milieu urbain (de 29,2 % à 34,9 %) que dans le milieu rural (de 24,1 % à 29,5 %). C'est aussi le cas aussi bien des hommes (de 23,9 % à 30,8 %) que des femmes (de 29,9 % à 34,7 %).

L'obésité dont celle grave et morbide affecte 3,6 millions d'adultes en 2011, représentant 17,9 % de la population. Elle sévit beaucoup plus parmi les urbains (21,2 %) que parmi les ruraux (12,6 %). Les femmes (26,8 %) sont aussi plus exposées à cette forme d'obésité que les hommes (8,2 %). Les femmes urbaines (31,3 %) suivies, de loin, des femmes rurales (18,5 %) se trouvent à la tête des personnes en situation d'obésité grave et morbide.

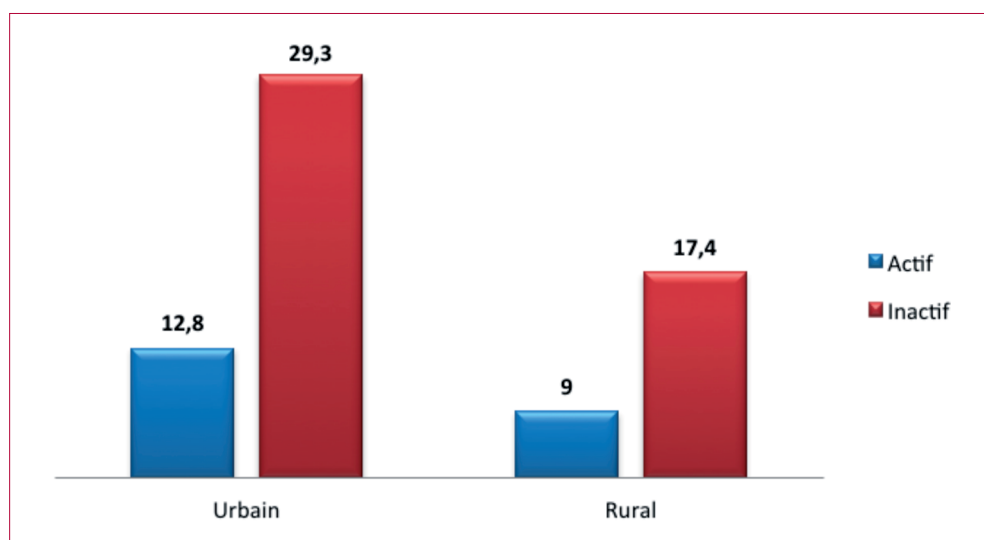
Au total

- 10,3 millions de Marocains adultes (dont 63,1 % sont des femmes) sont en situation d'obésité ou de pré-obésité,
- en 10 ans, entre 2001 et 2011, l'effectif d'adultes affectés par l'obésité a augmenté de 7,3 % par an, et celui de la pré-obésité de 4,0 % par an,
- et en raison de la hausse de la pré-obésité et de l'obésité, seuls 45,9 % d'adultes s'avèrent ainsi indemnes de toute pathologie d'origine nutritionnelle, contre 58,4 % en 2001.
- **L'obésité est le lot des inactifs et son incidence s'aggrave avec l'âge, en particulier parmi les femmes** (graphiques 5 et 6).

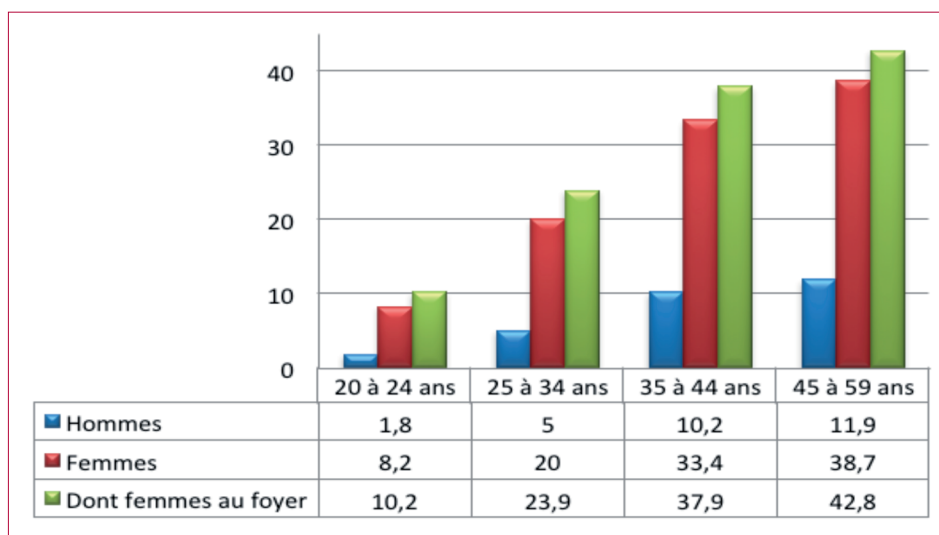
Un adulte inactif enregistre, en moyenne, une incidence (25,3 %) de l'obésité plus que 2 fois celle d'un adulte actif (11,2 %). Cette incidence s'élève à 32,0 % parmi les femmes au foyer.

Par ailleurs, le risque d'obésité augmente avec l'âge, de 5,2 % parmi les « 20-24 ans » à 25,7 % parmi les « 45-59 ans ». Ce phénomène se vérifie aussi bien pour les hommes que pour les femmes en général et les femmes au foyer en particulier.

Graphique 5: Taux (%) d'obésité grave et morbide parmi les actifs et les inactifs, en 2011



Graphique 6: Incidence (%) de l'obésité grave et morbide selon le sexe et l'âge des adultes, en 2011



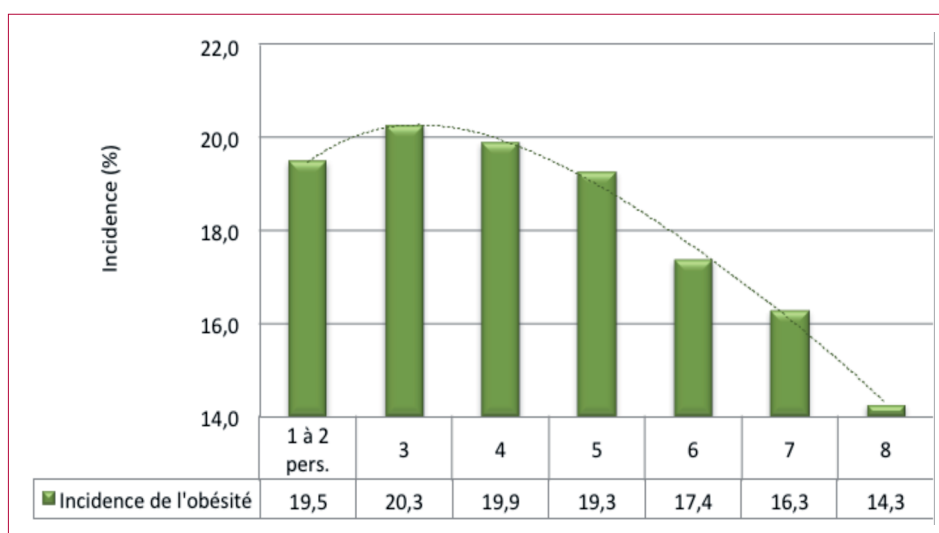
• *L'incidence de l'obésité s'accroît avec la nucléarisation de la famille et varie en fonction du niveau scolaire* (graphiques 7 et 8).

L'incidence de l'obésité et la pré-obésité augmente avec la dimension du ménage. Les adultes membres d'un ménage constitué de 1 ou 2 personnes sont plus exposés à l'obésité (19,5 %) que les adultes membres

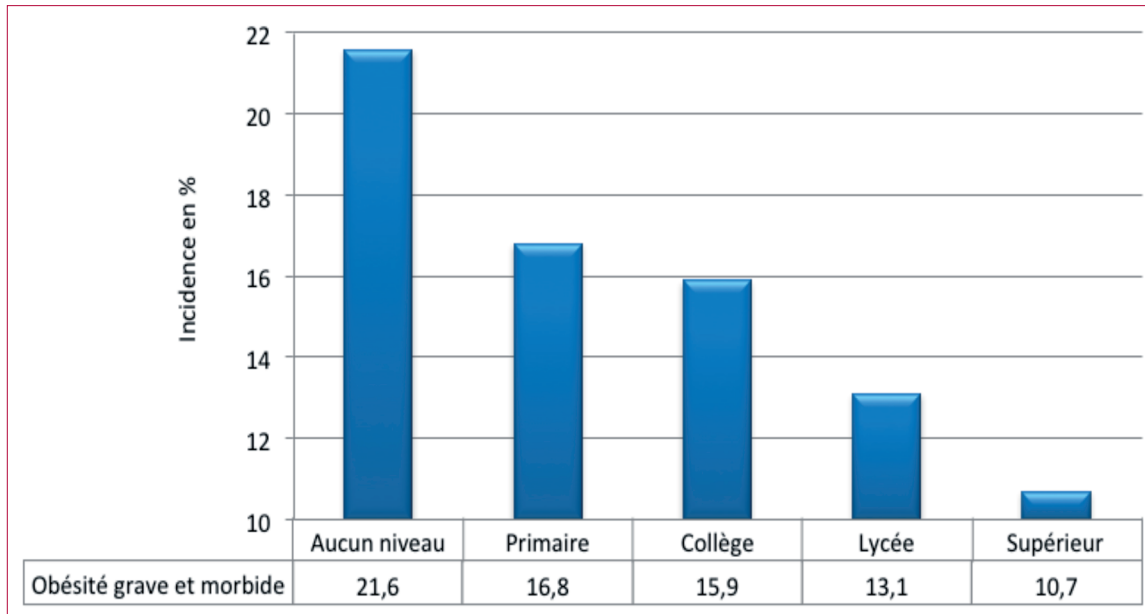
d'un ménage constitué de 10 personnes et plus (15,0 %).

De même, l'élévation du niveau scolaire s'accompagne d'une baisse de l'obésité. Les adultes n'ayant jamais été scolarisés enregistrent une incidence de l'obésité (21,6 %) deux fois plus grande que ceux ayant un niveau d'études supérieures (10,7 %).

Graphique 7: Incidence (%) de l'obésité grave et morbide selon la taille des ménages, en 2011



Graphique 8: Incidence (%) de l'obésité grave et morbide selon le niveau scolaire, en 2011



Encadré 3

Indicateurs de la santé-nutrition des adultes «20 ans et plus»

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fonde le diagnostic de la malnutrition parmi les adultes sur l'indice de Quételet. Cet indice est calculé en divisant le poids de l'individu en Kg par la taille en m au carré. Il est appelé Indice de masse corporelle (IMC).

Le statut nutritionnel d'une personne est déterminé, d'après l'OMS, selon des seuils précis de cet indice :

- La maigreur correspond à un IMC inférieur à 18,49 ;
- l'état normal à un IMC allant de 18,5 à 24,99 ;
- le surpoids ou la pré-obésité à un IMC entre 25 et 29,99 ;
- et l'obésité dont celle grave et morbide à un IMC supérieur à 30.

En conclusion, les politiques d'amélioration des conditions de vie et de lutte contre la pauvreté ont nettement réduit les pathologies d'origine nutritionnelle parmi les enfants. Le Maroc se trouve ainsi en une bien meilleure position que la moyenne des pays en

développement. Ce sont cependant la pré-obésité et l'obésité qui émergent comme de nouveaux défis pathologiques rejoignant, du reste, leur montée dans l'ensemble du monde, dans les pays développés et en développement.

Santé-nutrition : rapports avec le niveau de vie

La référence aux données des comptes régionaux sur la consommation finale des ménages de 2010, aux indices de la pauvreté monétaire découlant de l'enquête sur le niveau de vie 2007, et à celles de la santé-nutrition de l'ENA 2011 montre les conclusions suivantes :

• *Les ménages résidant dans les régions à faible consommation par habitant sont, en moyenne, les plus exposés au retard de croissance des enfants de moins de 5 ans* (Graphique 9).

L'incidence du retard de croissance diminue à mesure que s'élève le niveau régional de la consommation par habitant, telle que appréhendée par les comptes régionaux. Elle est plus élevée dans les régions les moins aisées en termes de consommation par habitant,

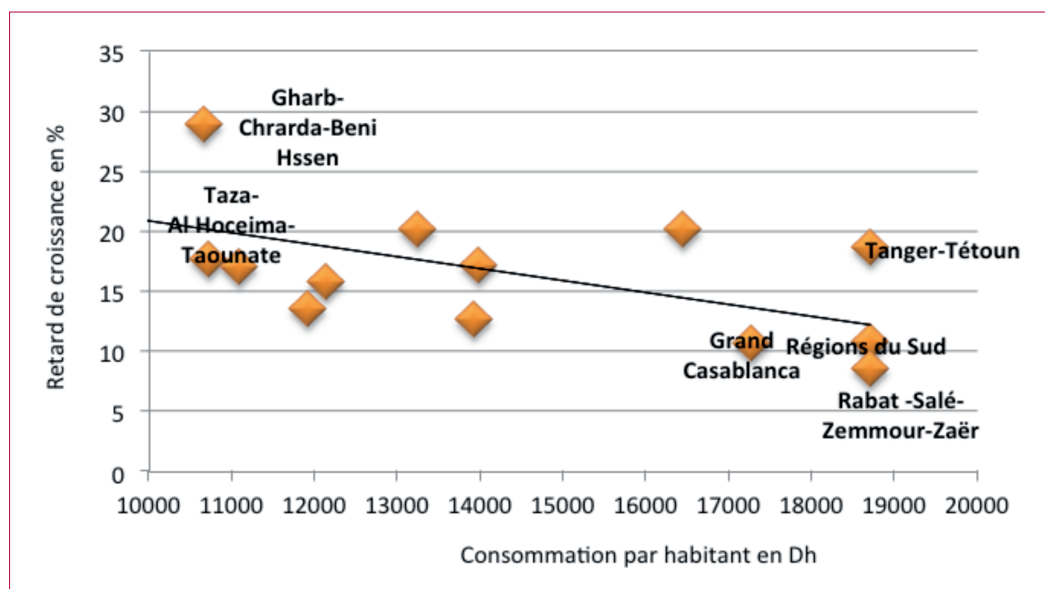
dont notamment Taza-Alhoceima-Taounate et le Gharb-Chrarda-Béni-Hssen.

Les régions à forte consommation par habitant comme celles du sud, Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, le Grand Casablanca, Tanger-Tétouan enregistrent, en revanche, la plus faible incidence du retard de croissance.

• *L'incidence de l'obésité parmi les adultes varie en fonction du niveau régional de la consommation par habitant* (graphique 10).

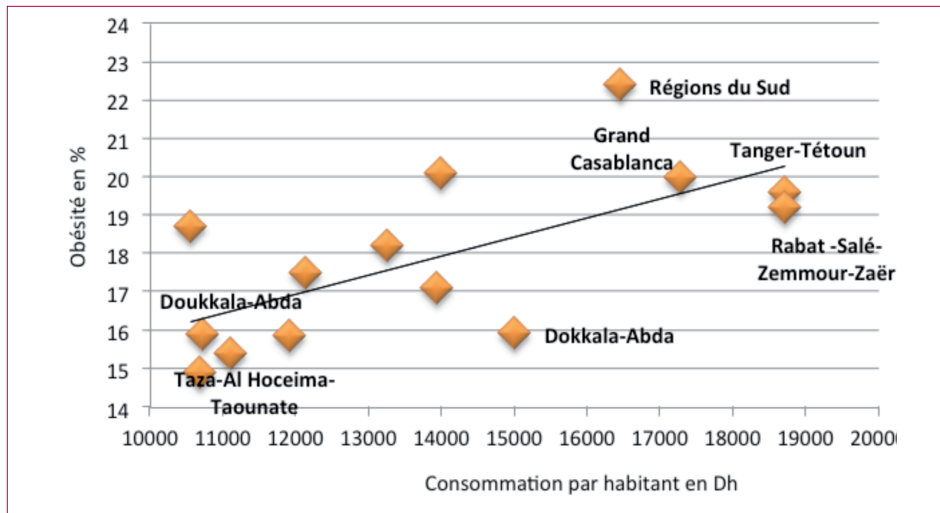
Elle s'élève avec le niveau régional de la consommation par habitant. Son incidence la plus grande est observée dans les régions où la consommation par habitant est la plus élevée, à savoir les régions du sud (3) suivies du Grand-Casablanca, de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër et de Tanger-Tétouan. Sa plus faible incidence est, en revanche, relevée dans les régions de Taza-Al Hoceima-Taounate et de Doukala-Abda qui enregistrent les plus faibles niveaux de consommation par habitant.

Graphique 9 : Incidence du retard de croissance en fonction de la consommation par habitant et par région



(3) Ces régions sont Laâyoune-Boujdor-Sakia-Al Hamra, Guelmim-Es-Semara et Oued Ed Dahab-Lagouira. Elles sont regroupées pour des raisons de représentativité statistique de l'échantillon.

Graphique 10: Incidence de l'obésité grave et morbide en fonction de la consommation par habitant et par région

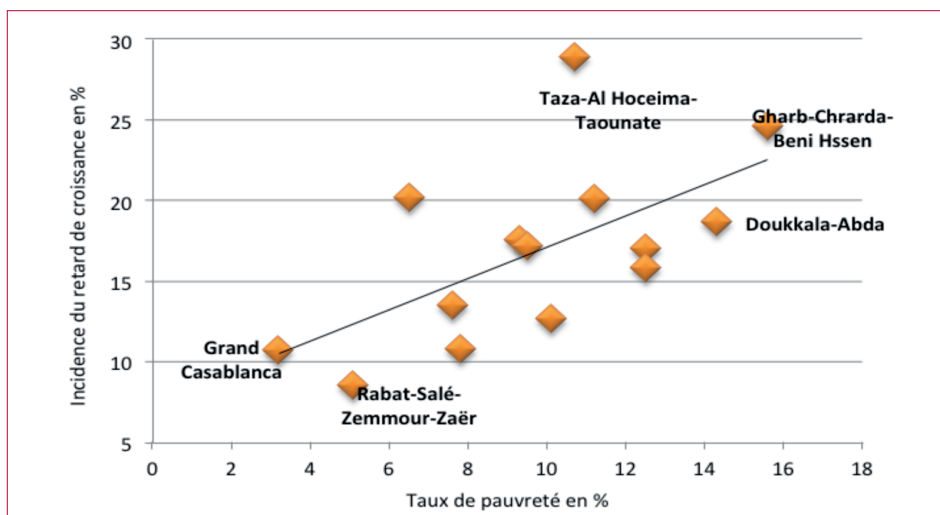


• *L'incidence du retard de croissance parmi les moins de 5 ans est plus grande dans les régions les plus pauvres* (graphiques 11).

Elle est plus élevée dans les régions les plus pauvres dont notamment Doukkala-Abda et le Gharb-Chrarda-

Beni Hssen. Dans les régions les moins pauvres comme le Grand Casablanca et Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, l'incidence du retard de croissance est relativement réduite.

Graphique 11: Incidence régionale du retard de croissance en fonction de la pauvreté monétaire



La disponibilité de données actualisées sur la consommation des ménages et la pauvreté alimentaire et monétaire aurait permis de mieux appréhender la relation entre la pauvreté monétaire et la santé-nutrition. L'enquête nationale sur la consommation et les dépenses

des ménages que compte réaliser le HCP à partir de 2013 fournira l'ensemble des données nécessaires au diagnostic des aspects nutritionnels de la population. La collecte de pareilles données nécessite cependant une année entière.

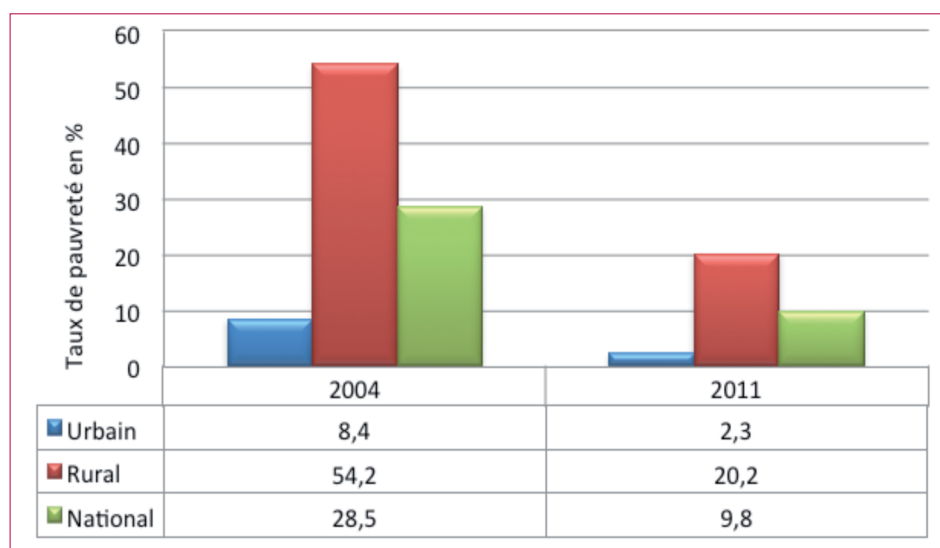
Si la pauvreté multidimensionnelle se prête, en revanche, à l'observation rapide au moyen d'enquêtes infra annuelles, elle ne se substitue pas pour autant à la pauvreté monétaire. Mais, le HCP, saisissant l'occasion de la réalisation de cette enquête, a étendu son champ à des variables qui rentrent dans le calcul de la pauvreté multidimensionnelle selon la même méthodologie que celle d'Alkire-Foster (encadré 4). En dépit des réserves qu'il émet à l'égard de cette méthodologie dont notamment la nature des variables et leur pondération, le HCP dispose, pour la première fois, d'une mise à jour de tous les indices de cette forme de pauvreté. Ceux ci ne sont comparables qu'à ceux calculés à partir de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale 2003-2004.

La comparaison des indices de la pauvreté multidimensionnelle, tels qu'ils ressortent de ces deux enquêtes, montre les conclusions suivantes :

• **Entre 2004 et 2011, la pauvreté multidimensionnelle a été réduite de près de 2/3** (graphique 12). Le Maroc connaît une réduction notable de la pauvreté multidimensionnelle, passant de 28,5 % en 2004 à 9,8 % en 2011 à l'échelle nationale, de 8,4 % à 2,3 % dans les villes et de 54,2 % à 20,2 % dans le milieu rural.

En dépit de cette baisse, près de 3,145 millions de Marocains vivent encore dans des ménages multidimensionnellement pauvres, dont 86,3 % sont des ruraux.

Graphique 12 : Evolution du taux de la pauvreté multidimensionnelle selon le milieu



• **La pauvreté multidimensionnelle a été quasi-éradiquée dans le milieu urbain et est aujourd'hui un phénomène surtout rural.** C'est ainsi qu'elle est 9 fois plus fréquente dans le milieu rural (taux de pauvreté égal à 20,2 %) que dans le monde urbain (2,3 %), ce qui en fait, désormais, une caractéristique plutôt rurale.

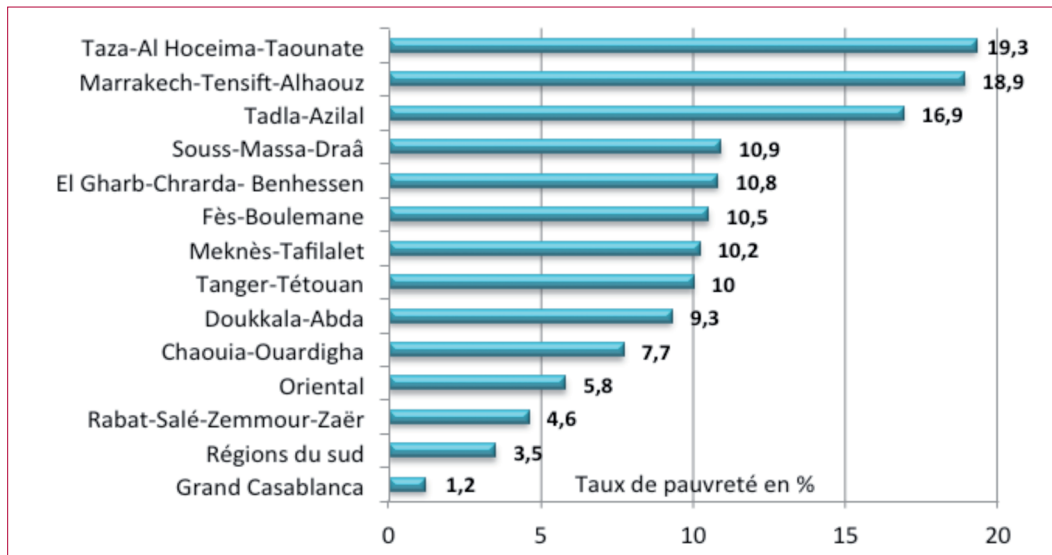
• **Disparités régionales de la pauvreté multidimensionnelle** (graphique 13).

La pauvreté multidimensionnelle varie selon le milieu et la région. Son taux le plus élevé est observée dans

les zones rurales des régions de Marrakech-Tensift-Al Haouz (31,2 %), Fès-Boulemane (28,5 %), Tadla-Azilal (24,7 %), Taza-Al Hoceima-Taounate (24,5 %), Meknès-Tafilalt (22,0 %) et Tanger-Tétouan (20,7 %). Dans ces régions, plus d'une personne rurale sur cinq est membre d'un ménage pauvre.

Inversement, la pauvreté multidimensionnelle a été presque éradiquée dans les zones urbaines du Grand Casablanca (1,2 %), des régions du sud (1,7 %), Doukala-Abda (1,0 %), Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (1,9 %), l'Oriental (1,9 %) et Chaouia-Ouardigha (1,5 %).

Graphique 13: Classement des régions selon le taux de pauvreté multidimensionnelle, en 2011



Encadré 4

Approche de la pauvreté multidimensionnelle

La pauvreté multidimensionnelle, mesurée à l'aide de l'approche d'Alkire-Foster, exprime les "déprivations" que subissent les ménages en matière de santé, éducation et niveau de vie, mesurées au moyen de 10 indicateurs portant sur la nutrition, la mortalité infantile, les années de scolarité, la scolarisation des enfants, le combustible de cuisine, la disponibilité d'une toilette, l'eau potable, l'électricité, le sol du logement et les biens durables possédés.

Ces résultats montrent l'efficacité du ciblage de la lutte contre la pauvreté, et notamment celui de l'INDH dont les actions ont d'abord privilégié les zones urbaines les plus vulnérables et les communes les plus pauvres du monde rural.

Une carte géographiquement fine des pathologies d'origine nutritionnelle aura l'intérêt de localiser les enfants cibles. Tel est l'objet de la carte de la santé-nutrition, en cours d'élaboration sur la base des données de l'ENA 2011 et l'Enquête nationale démographique à passages répétés 2009-2010, couplées aux indicateurs structurels (4) du Recensement général de la population et de l'habitat 2004.

Enfin, les résultats présentés dans ce document ne constituent qu'une première exploitation de cette enquête. Ils porteront, entre autres, sur les normes de l'évaluation de la santé-nutrition des « 5 à moins de 20 ans » (5).

(4) Ce sont les indicateurs dont la structure n'a pas significativement changé entre 2004, année de réalisation du dernier recensement, et 2011, année de référence de l'ENA.

(5) Seule une situation provisoire de la santé-nutrition de cette tranche d'âges est proposée dans ce document.

Annexes

Annexes I

Santé-nutrition des enfants de moins de 5 ans

Tableau 1 : Evolution des indicateurs anthropométriques (%) des enfants de moins de 5 ans

Milieu de résidence	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)		Retard de croissance Taille pour âge (%)		Emaciation Poids pour taille (%)	
	2004	2011	2004	2011	2004	2011
Urbain	6,5	1,7	12,9	10,2	7,6	2,8
Rural	14,1	4,5	23,6	23,4	11,1	3,2
Ensemble	9,3	3,1	18,1	16,5	10,2	3,0

Source : Ministère de la Santé, ENSPF 2004 & HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 2 : Indicateurs anthropométriques (en %) des enfants de moins de 5 ans selon le sexe de l'enfant et le milieu de résidence, en 2011

Sexe de l'enfant	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Masculin	2,1	5,0	3,6	11,1	23,9	15,5	2,2	3,9	3,0
Féminin	1,5	3,9	2,6	9,3	22,8	17,6	3,3	2,6	3,0
Ensemble	1,7	4,5	3,1	10,2	23,4	16,5	2,8	3,2	3,0

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 3 : Indicateurs anthropométriques (%) des enfants de moins de 5 ans selon le sexe du chef de ménage et le milieu de résidence, en 2011

Sexe du chef de ménage	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Masculin	1,4	4,4	2,9	10,3	23,3	16,6	2,8	3,3	3,1
Féminin	4,7	5,6	5,1	9,2	24,6	15,8	2,4	2,5	2,4
Ensemble	1,7	4,5	3,1	10,2	23,4	16,5	2,8	3,2	3,0

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 4: Indicateurs anthropométriques (%) des enfants de moins de 5 ans selon le niveau scolaire de la mère et le milieu de résidence, en 2011

Niveau scolaire de la mère	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Sans niveau	1,5	5,5	4,1	13,0	25,3	21,0	2,0	3,2	2,8
Fondamental 1	1,8	1,8	1,8	9,2	18,3	13,2	2,1	3,3	2,6
Fondamental 2	1,5	0,6	1,3	7,8	16,2	9,3	4,4	3,7	4,3
Secondaire	2,0	6,4	2,4	8,4	19,6	9,5	4,4	3,3	4,3
Supérieur	1,3	0,0	1,3	8,4	12,5	8,5	0,5	15,1	1,0

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 5: Indicateurs anthropométriques (%) des enfants de moins de 5 ans selon le niveau scolaire du chef de ménage et le milieu de résidence, en 2011

Niveau scolaire du chef de ménage	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Sans niveau	2,1	5,1	4,0	11,7	22,2	20,3	2,9	3,5	3,3
Fondamental 1	1,9	3,3	2,5	10,1	21,1	15,0	2,4	2,1	2,2
Fondamental 2	1,2	0,9	1,1	7,6	11,1	8,5	4,2	3,2	3,9
Secondaire	2,1	7,7	2,7	8,0	23,9	9,6	3,1	5,0	3,3
Supérieur	0,6	0,0	0,6	10,6	13,9	10,9	1,3	4,2	1,6

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 6: Indicateurs anthropométriques (%) des enfants de moins de 5 ans selon la région et le milieu de résidence, en 2011

Régions	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Régions du sud	3,4	2,3	3,0	16,6	27,6	20,0	2,0	1,3	1,8
Souss-Massa-Draâ	2,0	6,9	4,6	8,9	23,9	17,0	2,7	4,6	3,7
El Gharb-Chrarda-Beni Hssen	0,8	7,8	5,0	19,5	28,0	24,6	5,5	6,6	6,1

Régions	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Chaouia-Ouardigha	5,1	2,8	3,6	6,5	17,8	13,5	6,5	3,6	4,7
Marrakech-Tensift-Alhaouz	1,0	5,4	3,7	10,6	26,4	20,1	1,6	3,3	2,6
Oriental	2,3	2,6	2,4	8,8	19,8	12,7	3,2	3,9	3,5
Grand Casablanca	0,5	2,2	0,6	10,6	11,2	10,7	3,9	0,0	3,5
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	3,4	0,0	2,7	7,7	11,5	8,5	2,9	2,8	2,9
Doukkala-Abda	1,5	2,7	2,3	16,9	19,6	18,7	0,0	2,2	1,5
Tadla-Azilal	1,4	6,1	4,6	6,8	22,7	17,6	3,1	5,5	4,7
Meknès-Tafilalet	1,5	5,4	3,2	9,0	24,0	15,8	1,9	2,6	2,2
Fès-Boulemane	2,2	7,0	4,0	10,2	28,8	17,2	2,5	2,1	2,4
Taza-Alhoceima-Taounate	4,0	3,8	3,8	17,9	32,1	28,9	4,0	1,9	2,4
Tanger-Tétouan	0,0	1,5	0,7	4,7	18,2	10,8	0,7	1,0	0,8

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 7: Indicateurs anthropométriques (%) des enfants de moins de 5 ans selon la profession du chef de ménage et le milieu de résidence, en 2011

Profession du chef de ménage	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Responsables hiérarchiques	1,3	0,0	1,2	11,1	0,0	10,3	0,9	10,9	1,7
Cadres moyens	0,8	9,9	1,8	7,2	29,9	9,6	1,7	0,0	1,5
Employés	2,2	1,1	1,9	10,6	14,3	11,4	4,0	1,1	3,3
Commerçants	0,9	1,4	1,0	8,3	13,4	9,9	2,9	5,2	3,6
Exploitants agricoles	0,0	5,8	5,5	15,2	25,4	24,8	1,7	3,2	3,1
Artisans et ouvriers qualifiés	1,8	3,4	2,2	10,1	22,6	13,6	1,6	4,3	2,4
Ouvriers et manœuvres agricoles	0,6	4,4	3,6	13,1	26,6	23,9	0,0	3,0	2,4

Profession du chef de ménage	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Conducteurs d'installation	0,7	2,5	1,3	8,3	14,7	10,1	5,5	1,0	4,2
Manœuvres non agricoles	1,9	3,8	2,5	12,9	25,0	17,2	4,0	1,5	3,1

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 8: Indicateurs anthropométriques (%) des enfants de moins de 5 ans selon la situation dans la profession du chef de ménage et le milieu de résidence, en 2011

Situation dans la profession du chef de ménage	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Employeur	1,3	0,0	0,9	7,0	13,4	9,3	4,2	6,5	5,0
Indépendant	2,0	5,2	4,1	12,2	24,4	20,1	3,4	3,2	3,3
Salarié	1,3	3,5	2,1	9,9	22,5	14,4	2,4	2,4	2,4

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 9: Indicateurs anthropométriques (%) des enfants de moins de 5 ans selon la taille du ménage et le milieu de résidence, en 2011

Taille de ménage	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Trois personnes	3,1	3,6	3,3	13,3	23,4	16,1	3,1	0,7	2,4
Quatre personnes	1,4	2,3	1,7	9,8	22,5	14,2	2,9	1,4	2,4
Cinq personnes	1,8	2,4	2,1	6,3	22,0	12,7	1,7	2,2	1,9
Six personnes	1,7	5,9	3,7	10,6	25,7	17,9	1,9	2,6	2,3
Sept personnes	1,2	4,9	3,1	10,8	23,4	17,4	3,5	5,0	4,3
Huit personnes	2,1	4,4	3,6	12,4	18,5	16,4	2,9	4,4	3,9
Neuf personnes	3,2	5,2	4,3	12,5	27,0	20,3	4,3	1,5	2,8
Dix personnes et plus	0,4	6,2	4,5	13,9	24,1	21,2	4,9	5,1	5,0

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 10: Indicateurs anthropométriques (%) des enfants de moins de 5 ans selon le nombre d'enfants de moins de 15 ans dans le ménage et le milieu de résidence, en 2011

Nombre d'enfants	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
1 ou 2 enfants	2,1	3,0	2,5	9,5	21,9	14,2	3,3	2,3	2,9
3 ou 4 enfants	1,3	4,9	3,2	9,9	24,1	17,2	2,0	3,5	2,8
5 ou 6 enfants	0,0	5,9	4,7	16,3	23,7	22,2	4,0	4,1	4,1
7 enfants et plus	0,0	8,3	7,0	45,2	27,4	30,2	0,0	5,2	4,3

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 11 : Indicateurs anthropométriques (%) des enfants de moins de 5 ans selon le milieu de résidence, l'accès à l'eau et à l'électricité, en 2011

	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
<i>Accès à l'eau du réseau</i>									
Oui	1,8	4,4	2,4	10,1	19,4	12,5	2,6	3,5	2,8
Non	1,5	4,6	4,2	11,2	25,6	23,7	5,3	3,1	3,4
<i>Accès à l'électricité</i>									
Oui	1,7	4,2	2,8	10,1	21,4	14,9	2,8	3,4	3,0
Non	1,9	5,6	5,0	12,6	29,7	26,8	2,6	2,7	2,9

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 12: Indicateurs anthropométriques (%) des enfants de moins de 5 ans selon le milieu de résidence et la disponibilité d'un moyen de transport, en 2011

	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
<i>Disponibilité d'une voiture</i>									
Oui	1,1	1,5	1,2	9,2	12,8	10,2	2,6	4,0	3,0
Non	2,0	4,6	3,5	10,5	24,6	18,0	2,9	3,2	3,0

	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
<i>Disponibilité d'une moto</i>									
Oui	1,5	3,8	2,6	10,5	14,4	12,4	2,9	4,1	3,5
Non	1,8	4,7	3,2	10,1	25,5	17,5	2,8	3,0	2,9
<i>Disponibilité d'un tracteur</i>									
Oui	–	1,4	1,3	–	13,2	12,0	–	6,5	6,0
Non	1,7	4,6	3,1	10,2	23,8	16,6	2,8	3,1	2,9

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 13: Indicateurs anthropométriques (%) des enfants de moins de 5 ans selon le milieu de résidence et la disponibilité des moyens de communication, en 2011

	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)			Retard de croissance Taille pour âge (%)			Emaciation Poids pour taille (%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
<i>Disponibilité d'une télévision</i>									
Oui	1,6	4,1	2,7	9,9	21,0	14,7	2,7	3,5	3,0
Non	8,7	5,9	6,3	20,2	33,1	31,5	7,4	2,3	2,9
<i>Disponibilité d'une radio</i>									
Oui	2,0	4,2	3,0	9,4	20,8	14,6	2,8	3,6	3,2
Non	1,4	4,8	3,1	11,3	26,3	18,9	2,8	2,8	2,8
<i>Disponibilité d'une parabole</i>									
Oui	1,7	3,7	2,4	9,4	20,9	13,1	3,0	3,3	3,1
Non	1,9	5,1	4,3	14,3	25,3	22,7	1,6	3,2	2,9

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 14: Indicateurs de la santé-nutrition des enfants selon le milieu et le statut vis-à-vis de la pauvreté

Milieu	Statut vis-à-vis de la pauvreté	Retard de croissance Taille pour âge (%)	Insuffisance pondérale Poids pour âge (%)	Emaciation Poids pour taille (%)
Urbain	Pauvre	15,8	12,0	4,1
	Non pauvre	9,9	1,4	2,7
	Ensemble	10,2	1,7	2,8
Rural	Pauvre	35,0	12,9	6,2
	Non pauvre	19,6	1,8	2,3
	Ensemble	23,4	4,5	3,2
Ensemble	Pauvre	32,5	12,8	6,0
	Non pauvre	14,0	1,8	2,5
	Ensemble	16,0	3,1	3,0

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Annexes II

Santé-nutrition des adultes de 20 ans et plus

Tableau 1: Evolution de l'indice de masse corporelle (IMC) moyen selon le sexe et le milieu de résidence

Milieu de résidence	2001			2007			2011		
	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
Urbain	23,7	25,9	24,9	24,3	26,0	25,1	24,6	27,8	26,3
Rural	23,2	24,5	23,9	23,7	25,4	24,5	23,7	25,8	24,8
Total	23,5	25,3	24,4	24,0	25,8	24,9	24,3	27,0	25,7

Source : HCP, ENCDM 2000-2001, ENVM 2006-2007 et Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 2: Evolution de la répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique, le milieu de résidence et le sexe

Etat nutritionnel	2001			2007			2011		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
<i>Les deux sexes</i>									
Maigreur	3,5	4,4	3,9	2,5	3,7	3,0	3,1	3,8	3,3
Normal	54,4	63,6	58,4	52,1	58,0	54,6	40,8	54,1	45,9
Pré-obésité (surpoids)	29,2	24,1	27,0	33,3	28,1	31,1	34,9	29,5	32,9
Obésité	12,9	7,9	10,7	12,1	10,2	11,3	21,2	12,6	17,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Hommes</i>									
Maigreur	4,3	4,4	4,3	2,7	3,6	3,1	4,5	4,0	4,3
Normal	63,9	70,1	66,7	58,9	67,4	62,6	52,1	64,2	56,7
Pré-obésité (surpoids)	26,2	21,2	23,9	32,6	23,7	28,7	34,0	25,7	30,8
Obésité	5,6	4,3	5,0	5,8	5,3	5,6	9,4	6,1	8,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Femmes</i>									
Maigreur	2,8	4,5	3,5	2,3	3,6	2,8	1,8	3,6	2,4
Normal	45,8	57,0	50,6	45,0	47,3	46,0	30,7	44,9	36,1
Pré-obésité (surpoids)	31,9	27,2	29,9	34,1	33,2	33,7	35,7	33,0	34,7
Obésité	19,4	11,3	16,0	18,6	15,9	17,5	31,8	18,5	26,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : HCP, ENCDM 2000-2001, ENVM 2006-2007 et Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Note : dans ce tableau, comme dans les tableaux qui suivent, la modalité "Obésité" correspond à l'ensemble des situations d'obésité dont celles graves ou morbides.

Tableau 3: Evolution (en %) de la prévalence de l'obésité et de la maigreur des adultes (normes des années 1980) selon le milieu de résidence

Année de référence	Sexe	Ensemble		Urbain		Rural	
		Maigres	Obèses	Maigres	Obèses	Maigres	Obèses
1985	Masculin	19,8	2,3	19,1	2,9	20,4	1,9
	Féminin	4,1	14,6	3,5	19,7	4,6	10,3
	Total	16,9	13,1	16,4	17,8	17,3	9,1
2001	Masculin	13,6	5,0	13,0	5,6	14,4	4,3
	Féminin	2,2	24,9	1,7	29,5	2,9	18,8
	Total	7,8	15,3	7,1	18,2	8,7	11,5
2007	Masculin	10,2	5,6	9,3	5,8	11,4	5,3
	Féminin	1,8	27,5	1,4	28,5	2,4	26,0
	Total	6,2	16,1	5,4	16,9	7,2	15,0

Source : HCP, ENCDM 1984-1985 et 2000-2001 & ENVM 2006-2007.

Tableau 4: Indicateurs anthropométriques de la population âgée de 20 ans et plus selon le milieu de résidence et le type d'activité, en 2011

• *National*

Type d'activité	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Actif occupé	3,2	51,7	33,6	11,5	100
Chômeur	4,5	60,1	26,5	9,0	100
Femme au foyer	1,9	30,8	35,3	32,0	100
Elève/étudiant	10,0	68,8	17,7	3,5	100
Rentier	5,9	45,9	34,2	14,0	100
Retraité	2,6	42,7	39,1	15,6	100
Vieux	4,6	46,3	30,5	18,6	100
Infirmes/malade	10,8	54,0	24,2	11,0	100
Enfant	16,0	47,4	23,9	12,7	100
Autres inactifs	4,2	53,9	30,6	11,3	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

• *Urbain*

Type d'activité	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Actif occupé	3,1	45,4	38,1	13,5	100
Chômeur	4,4	59,1	27,3	9,2	100
Femme au foyer	1,3	23,8	36,4	38,5	100
Elève/étudiant	9,4	68,8	18,2	3,7	100
Rentier	6,0	46,7	32,2	15,2	100
Retraité	2,3	41,6	39,4	16,7	100
Vieux	2,9	41,7	31,4	24,0	100
Infirmes/malade	9,9	53,2	24,6	12,2	100
Enfant	19,0	40,7	21,1	19,2	100
Autres inactifs	4,5	49,7	31,2	14,6	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

• *Rural*

Type d'activité	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Actif occupé	3,4	59,4	28,2	9,0	100
Chômeur	4,8	67,3	20,5	7,4	100
Femme au foyer	3,1	42,9	33,3	20,8	100
Elève/étudiant	13,5	69,2	14,5	2,8	100
Rentier	5,8	44,1	38,4	11,7	100
Retraité	5,4	52,0	36,2	6,5	100
Vieux	6,5	51,8	29,5	12,1	100
Infirmes/malade	11,9	55,1	23,7	9,3	100
Enfant	12,7	54,6	26,9	5,8	100
Autres inactifs	3,8	59,6	29,9	6,8	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 5: Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique et le type d'activité agrégé, en 2011

	Maigreur	Normal	Surpoids	Obésité	Total
Actif occupé	3,2	51,7	33,6	11,5	100
Chômeur	4,4	60,0	26,5	9,0	100
Inactif	3,3	37,4	33,0	26,2	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 6: Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le groupe d'âges et le statut anthropométrique, en 2011

Groupe d'âges	Maigreur	Normal	Surpoids	Obésité	Total
20 à 24 ans	6,2	68,5	20,1	5,2	100
25 à 34 ans	3,3	52,2	31,3	13,2	100
35 à 44 ans	2,3	39,0	36,1	22,6	100
45 à 59 ans	2,4	33,5	38,4	25,7	100
60 et plus	3,5	41,7	34,9	20,0	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 7: Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique et la taille du ménage, en 2011

Taille de ménage	Maigreur	Normal	Surpoids	Obésité	Total
Une à 2 personnes	3,0	42,0	35,5	19,5	100
3 personnes	3,0	42,7	34,1	20,3	100
4 personnes	3,2	41,9	36,1	19,9	100
5 personnes	3,4	43,7	33,7	19,3	100
6 personnes	3,4	47,0	32,3	17,4	100
7 personnes	3,4	49,9	30,5	16,3	100
8 personnes	4,0	55,2	26,5	14,3	100
9 personnes	4,3	50,7	30,2	14,8	100
10 personnes et plus	3,3	50,4	31,3	15,0	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 8 : Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique et le niveau scolaire, en 2011

Niveau scolaire	Maigreur	Normal	Surpoids	Obésité	Total
Aucun	2,9	42,2	33,3	21,6	100
Fondamental 1	3,6	47,5	32,1	16,8	100
Fondamental 2	3,4	50,2	30,6	15,9	100
Secondaire	4,2	50,6	32,2	13,1	100
Supérieur	3,8	48,1	37,4	10,7	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 9 : Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique et le statut dans la profession, en 2011

Statut dans la profession	Maigreur	Normal	Surpoids	Obésité	Total
Employeur	1,5	38,2	45,9	14,5	100
Indépendant	3,4	50,0	33,8	12,8	100
Salarié	3,3	50,4	34,6	11,7	100
Aide Familial / apprenti	3,0	59,6	27,6	9,8	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 10 : Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique et l'état matrimonial, en 2011

Etat matrimonial	Maigreur	Normal	Surpoids	Obésité	Total
Célibataire	5,4	62,9	25,1	6,6	100
Marié	2,4	39,6	36,3	21,7	100
Divorcé	4,1	38,0	32,1	25,8	100
Veuf	2,5	31,4	35,5	30,6	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 11 : Répartition (en%) de la population âgée de 20 ans et plus selon la profession, le milieu de résidence et le statut anthropométrique, en 2011

• *National*

Profession	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Responsables hiérarchiques	2,3	38,5	46,1	13,1	100
Cadres moyens	2,4	41,3	43,0	13,4	100
Employés	2,1	44,5	39,0	14,3	100

Profession	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Commerçants	3,1	42,0	40,5	14,4	100
Exploitants agricoles	3,8	56,0	31,1	9,1	100
Artisans et ouvriers qualifiés	3,6	53,1	31,3	12,0	100
Ouvriers et manœuvres agricoles	3,0	60,7	27,1	9,2	100
Conducteurs d'installation	3,6	54,9	31,4	10,2	100
Manœuvres non agricoles	4,7	53,8	30,4	11,1	100
Inactif	3,4	38,7	32,3	25,6	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

• **Urbain**

Profession	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Responsables hiérarchiques	2,3	37,7	46,7	13,2	100
Cadres moyens	2,2	41,3	43,1	13,4	100
Employés	1,8	43,1	40,3	14,8	100
Commerçants	2,5	39,9	42,8	14,8	100
Exploitants agricoles	4,9	36,5	42,2	16,5	100
Artisans et ouvriers qualifiés	3,7	50,8	32,5	13,1	100
Ouvriers et manœuvres agricoles	1,2	48,5	42,7	7,6	100
Conducteurs d'installation	4,0	53,8	32,0	10,3	100
Manœuvres non agricoles	5,0	50,5	31,3	13,2	100
Inactif	3,0	34,4	32,7	29,9	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

• **Rural**

Profession	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Responsables hiérarchiques	2,3	52,5	34,2	11,0	100
Cadres moyens	5,4	41,1	40,6	12,9	100
Employés	4,7	56,0	28,8	10,6	100
Commerçants	4,9	47,9	34,0	13,2	100
Exploitants agricoles	3,7	57,5	30,2	8,6	100
Artisans et ouvriers qualifiés	3,1	50,6	27,6	8,7	100

Profession	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Ouvriers et manœuvres agricoles	3,1	61,8	25,7	9,4	100
Conducteurs d'installation	1,5	60,5	28,4	9,7	100
Manœuvres non agricoles	3,8	63,5	27,7	5,0	100
Inactif	4,2	46,7	31,6	17,6	100

Tableau 12: Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le milieu de résidence, le statut anthropométrique et le type de logement, en 2011

• *National*

Type de logement	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Villa/étage villa	1,4	39,1	40,1	19,4	100
Appartement	3,1	38,4	38,0	50,6	100
Maison moderne	3,0	41,4	34,2	21,3	100
Maison traditionnelle	3,8	43,0	32,7	20,5	100
Habitat précaire	3,5	47,8	31,8	16,9	100
Logement rural en dur	3,4	52,3	31,1	13,1	100
Logement rural en pisé	4,3	56,8	27,7	11,2	100
Autres	5,5	58,5	14,5	21,5	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

• *Urbain*

Type de logement	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité grave	Total
Villa/étage villa	1,4	39,1	40,1	19,3	100
Appartement	3,0	38,2	38,1	20,7	100
Maison moderne	3,1	40,8	34,4	21,7	100
Maison traditionnelle	4,1	40,9	33,1	21,9	100
Habitat précaire	3,5	45,9	32,4	18,2	100
Logement rural en dur	5,9	53,1	27,1	13,9	100
Logement rural en pisé	3,9	44,8	30,1	21,1	100
Autres	7,4	60,7	14,4	17,6	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

• **Rural**

Type de logement	Maigreux	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Villa/étage villa	–	38,9	34,5	26,5	100
Appartement	8,7	55,5	26,7	9,1	100
Maison moderne	2,9	46,4	32,6	18,0	100
Maison traditionnelle	1,1	58,2	29,9	10,8	100
Habitat précaire	3,5	52,0	30,3	14,2	100
Logement rural en dur	3,3	52,3	31,3	13,1	100
Logement rural en pisé	4,3	57,5	27,5	10,6	100
Autres	–	52,0	14,8	33,2	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 13 : Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique, l'accès à l'eau et à l'électricité, en 2011

• **National**

	Maigreux	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Accès à l'eau du réseau					
Oui	3,1	42,1	34,5	20,3	100
Non	3,8	55,4	28,8	12,0	100
Accès à l'électricité					
Oui	3,1	44,7	33,4	18,7	100
Non	5,4	56,6	27,4	10,6	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 14 : Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique et la disponibilité d'un moyen de transport, en 2011

Moyens de transports	Maigreux	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Disponibilité d'une voiture					
Oui	2,1	37,7	37,9	22,3	100
Non	3,6	47,8	31,6	16,9	100
Disponibilité d'une moto					
Oui	2,9	45,2	33,2	18,8	100
Non	3,4	46,0	32,8	17,7	100
Disponibilité d'un tracteur					
Oui	1,9	46,1	34,4	17,6	100
Non	3,4	45,8	32,8	17,9	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 15 : Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique, l'accès à l'eau et à l'électricité, en 2011

• **Urbain**

	Maigreux	Normal	Pré-obésité	Obésité grave	Total
<i>Accès à l'eau du réseau</i>					
Oui	3,0	40,4	35,1	21,4	100
Non	4,5	46,4	31,3	17,8	100
<i>Accès à l'électricité</i>					
Oui	3,0	40,7	35,0	21,4	100
Non	7,5	44,5	32,3	15,6	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 16 : Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique et la disponibilité d'un moyen de transport, en 2011

• **Urbain**

	Maigreux	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
<i>Disponibilité d'une voiture</i>					
Oui	2,1	35,8	38,8	23,3	100
Non	3,4	42,4	33,6	20,5	100
<i>Disponibilité d'une moto</i>					
Oui	2,8	41,9	34,1	21,3	100
Non	3,2	40,6	35,1	21,2	100
<i>Disponibilité d'un tracteur</i>					
Oui	2,0	34,1	46,6	17,2	100
Non	3,1	40,8	34,9	21,2	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 17 : Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique, l'accès à l'eau et à l'électricité, en 2011

• **Rural**

	Maigreux	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
<i>Accès à l'eau du réseau</i>					
Oui	3,8	49,2	31,6	15,4	100
Non	3,7	56,9	28,4	11,0	100
<i>Accès à l'électricité</i>					
Oui	3,5	52,8	30,3	13,4	100
Non	4,9	59,4	26,3	9,4	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 18: Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique et la disponibilité d'un moyen de transport, en 2011

• *Rural*

	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité grave	Total
<i>Disponibilité d'une voiture</i>					
Oui	2,1	44,8	34,4	18,6	100
Non	4,0	55,2	28,9	11,9	100
<i>Disponibilité d'une moto</i>					
Oui	3,1	50,1	31,8	15,0	100
Non	3,9	55,1	29,0	12,0	100
<i>Disponibilité d'un tracteur</i>					
Oui	1,9	47,3	33,2	17,6	100
Non	3,8	54,4	29,4	12,4	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 19: Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le milieu de résidence, le statut anthropométrique et la disponibilité des moyens de communication, en 2011

• *National*

	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
<i>Disponibilité d'une télévision</i>					
Oui	3,2	44,9	33,3	18,6	100
Non	4,6	57,9	27,8	9,8	100
<i>Disponibilité d'une radio</i>					
Oui	3,4	45,3	33,2	18,1	100
Non	3,3	46,6	32,4	17,7	100
<i>Disponibilité d'une parabole</i>					
Oui	2,9	42,8	34,4	19,9	100
Non	4,3	53,3	29,1	13,2	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

• **Urbain**

	Maigreur	Normal	Pré-obésité	Obésité	Total
Disponibilité d'une télévision					
Oui	3,1	40,6	34,9	21,4	100
Non	4,9	48,3	33,8	13,1	100
Disponibilité d'une radio					
Oui	2,9	40,4	35,3	21,3	100
Non	3,3	41,3	34,2	21,1	100
Disponibilité d'une parabole					
Oui	2,8	39,8	35,6	21,7	100
Non	4,7	46,5	30,7	18,2	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

• **Rural**

	Maigreur	Normal	Pré obésité	Obésité	Total
Disponibilité d'une télévision					
Oui	3,6	53,0	30,1	13,3	100
Non	4,5	59,8	26,5	9,1	100
Disponibilité d'une radio					
Oui	4,1	53,7	29,4	12,8	100
Non	3,3	54,8	29,6	12,3	100
Disponibilité d'une parabole					
Oui	3,3	51,6	30,7	14,4	100
Non	4,2	56,4	28,4	11,0	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 20 : Répartition (en %) de la population âgée de 20 ans et plus selon le statut anthropométrique, le milieu de résidence et la région, en 2011

• **Ensemble**

Région	Maigreur	Normal	Surpoids	Obésité	Total
Régions du sud	2,6	40,8	34,3	22,4	100
Souss-Massa-Draâ	5,0	48,7	30,9	15,4	100
El Gharb-Chrarda-Beni Hssen	2,5	49,8	31,8	15,9	100
Chaouia-Ouardigha	3,1	50,4	30,6	15,9	100

Région	Maigreux	Normal	Surpoids	Obésité	Total
Marrakech-Tensift-Alhaouz	4,5	46,5	30,9	18,2	100
Oriental	2,3	44,7	35,9	17,1	100
Grand Casablanca	2,7	42,2	35,0	20,0	100
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	2,7	43,7	34,5	19,2	100
Doukkala-Abda	4,0	46,9	30,5	18,7	100
Tadla-Azilal	3,3	50,0	30,9	15,9	100
Meknès-Tafilalet	3,2	44,3	35,1	17,5	100
Fès-Boulemane	4,1	43,5	32,4	20,1	100
Taza-Al Hoceima-Taounate	2,7	49,8	32,7	14,9	100
Tanger-Tétouan	3,7	44,4	32,4	19,6	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

• **Urbain**

Région	Maigreux	Normal	Surpoids	Obésité	Total
Régions du sud	2,6	36,0	36,8	24,7	100
Souss-Massa-Draâ	4,3	43,6	33,2	18,9	100
El Gharb-Chrarda-Beni Hssen	2,4	45,6	31,5	20,4	100
Chaouia-Ouardigha	3,0	42,6	33,1	21,3	100
Marrakech-Tensift-Alhaouz	3,7	38,0	33,0	25,3	100
Oriental	1,7	41,6	37,9	18,8	100
Grand Casablanca	2,7	41,9	35,0	20,3	100
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	2,7	42,1	35,2	20,0	100
Doukkala-Abda	5,1	35,7	33,4	25,8	100
Tadla-Azilal	3,6	43,8	36,4	16,3	100
Meknès-Tafilalet	2,8	39,8	36,8	20,6	100
Fès-Boulemane	3,93	39,43	34,40	22,3	100
Taza-Al Hoceima-Taounate	2,94	42,13	35,97	19,0	100
Tanger-Tétouan	3,31	36,54	35,02	25,1	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

• *Rural*

Régions	Maigreur	Normal	Surpoids	Obésité	Total
Régions du sud	2,4	56,1	26,3	15,2	100
Souss-Massa-Draâ	5,6	53,6	28,6	12,2	100
El Gharb-Chrarda-Beni Hssen	2,6	53,7	32,1	11,6	100
Chaouia-Ouardigha	3,2	58,0	28,3	10,5	100
Marrakech-Tensift-Alhaouz	5,3	54,6	28,8	11,3	100
Oriental	3,4	51,0	31,8	13,7	100
Grand Casablanca	2,6	46,7	35,0	15,7	100
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	2,2	52,3	30,6	14,8	100
Doukkala-Abda	3,2	54,6	28,4	13,8	100
Tadla-Azilal	3,0	53,9	27,4	15,7	100
Meknès-Tafilalet	3,8	52,3	32,1	11,9	100
Fès-Boulemane	4,5	56,5	25,8	13,3	100
Taza-Al Hoceima-Taounate	2,5	53,0	31,3	13,2	100
Tanger-Tétouan	4,3	58,3	27,8	9,7	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableaux 21 : Répartition (%) des adultes de 20 ans et plus selon le milieu de résidence, le statut anthropométrique et le statut vis-à-vis de la pauvreté, en 2011

• *National*

Statut anthropométrique	Pauvre	Non pauvre	Ensemble
Maigreur	10,3	2,7	3,3
Normal	56,7	44,9	45,9
Surpoids	23,7	33,7	22,9
Obésité	9,3	18,7	17,9
Total	100	100	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

• *Urbain*

Statut anthropométrique	Pauvre	Non pauvre	Ensemble
Maigreur	19,0	2,8	3,1
Normal	45,1	40,7	40,8
Surpoids	22,8	35,1	34,9
Obésité	13,1	21,4	21,2
Total	100	100	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

• *Rural*

Statut anthropométrique	Pauvre	Non pauvre	Ensemble
Maigreux	8,8	2,6	3,8
Normal	58,6	53,1	54,1
Surpoids	23,9	30,8	29,5
Obésité	8,7	13,5	12,6
Total	100	100	100

Source : HCP, Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Annexes III

Santé-nutrition : rapport avec le niveau de vie

Tableau 1 : Evolution de la structure (contribution en %) de la pauvreté multidimensionnelle selon ses dimensions

Indicateurs	DHS - 2004	Anthropométrie - 2011
1. Années de scolarité	38,7	29,8
2. Scolarisation		15,6
3. Nutrition	27,1	2,1
4. Mortalité infantile		25,4
5. Electricité	34,2	5,7
6. Eau potable		1,7
7. Assainissement		5,1
8. Sol du logement		8,0
9. Energie de cuisson		2,3
10. Avoirs		4,4
Total	100,0	100,0

Source : Ministère de la Santé, ENSPF 2004 & HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 2 : Evolution de la pauvreté multidimensionnelle selon l'approche d'Alkire Foster

	2004	2011
Urbain	8,4	2,3
Rural	54,2	20,2
Ensemble	28,5	9,8
Ecart R/U	6,5	8,8

Source : Ministère de la Santé, ENSPF 2004 & HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 3 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle (%) selon le milieu de résidence et la région, en 2011

Régions	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Régions du sud	1,7	8,8	3,5	33,7	39,5	37,4
Souss-Massa-Draâ	2,2	18,3	10,9	34,1	41,3	40,6

Régions	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
El Gharb-Chrarda- Beni Hssen	3,1	17,0	10,8	39,2	38,0	38,1
Chaouia-Ouardigha	1,5	13,0	7,7	39,4	40,7	40,6
Marrakech-Tensift-Alhaouz	3,1	31,2	18,9	34,2	44,0	43,3
Oriental	1,9	13,2	5,8	36,0	41,5	40,4
Grand Casablanca	1,2	1,5	1,2	34,0	40,3	34,5
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	1,9	17,7	4,6	36,1	38,1	37,5
Doukkala-Abda	1,0	14,3	9,3	35,6	38,9	38,7
Tadla-Azilal	4,3	24,7	16,9	36,4	47,5	46,4
Meknès-Tafilalet	2,6	22,0	10,2	35,8	40,0	39,2
Fès-Boulemane	3,9	28,5	10,5	36,6	38,8	38,2
Taza-Al Hoceima-Taounate	3,7	24,5	19,3	46,8	41,4	41,7
Tanger-Tétouan	3,0	20,7	10,0	37,1	40,4	39,8

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 4 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon la taille du ménage, en 2011

Taille du ménage	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Une personne	3,1	32,7	13,0	37,5	37,2	37,2
Deux personnes	1,7	24,6	8,8	35,6	37,4	37,2
Trois personnes	2,2	15,7	6,3	36,8	41,0	40,0
Quatre personnes	1,4	16,3	5,8	38,1	41,0	40,5
Cinq personnes	2,1	18,1	7,6	35,9	39,7	39,0
Six personnes	2,7	19,5	9,7	37,3	42,2	41,4
Sept personnes	4,0	18,4	10,6	35,6	40,7	39,7
Huit personnes	2,7	19,6	12,5	36,4	44,2	43,5
Neuf personnes	0,8	27,4	14,5	33,3	44,6	44,2
Dix personnes et plus	2,9	25,2	17,7	33,3	41,7	41,2

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 5 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon le sexe du chef de ménage, en 2011

Sexe du chef de ménage	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Masculin	2,2	20,2	10,0	36,3	41,8	41,4
Féminin	2,6	20,4	8,4	36,1	40,1	39,3

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 6 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon l'âge du chef de ménage, en 2011

Age du chef de ménage	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Moins de 20 ans	0,0	26,2	6,3	.	33,3	33,3
20 à 24 ans	2,6	26,6	12,4	33,3	41,0	40,0
25 à 34 ans	4,2	24,6	14,2	36,9	42,2	41,4
35 à 44 ans	3,5	25,5	13,1	37,3	42,7	41,8
45 à 59 ans	1,7	18,7	8,4	36,0	41,6	40,9
60 ans et plus	2,0	17,7	8,6	35,3	40,3	39,7

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 7 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon le niveau scolaire du chef de ménage, en 2011

Niveau scolaire du chef de ménage	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Sans niveau	3,6	24,1	14,8	36,5	41,9	41,3
Fondamental 1	1,8	10,3	4,8	36,5	38,6	38,4
Fondamental 2	0,3	3,0	0,8	38,9	37,1	37,6
Secondaire	0,6	5,3	1,0	33,3	35,2	34,2
Supérieur	1,2	2,8	1,4	33,3	33,3	33,3

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 8 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon la profession du chef de ménage, en 2011

La profession du chef de ménage	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Responsables hiérarchiques	0,6	4,2	0,8	33,3	38,9	34,9
Cadres moyens	1,9	9,6	2,3	34,9	33,3	34,5
Employés	0,6	10,8	2,4	33,6	37,9	37,1
Commerçants	2,3	11,0	4,8	34,7	41,7	39,4
Exploitants agricoles	3,4	25,1	23,7	39,0	42,5	42,4
Artisans et ouvriers qualifiés	2,4	12,9	5,2	36,4	41,9	40,0
Ouvriers et manœuvres agricoles	5,5	27,8	23,0	36,8	41,0	40,8
Conducteurs d'installation	0,5	8,0	2,0	35,8	37,0	36,8
Manœuvres non agricoles	5,4	17,3	8,8	37,9	41,7	40,1

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 9 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon la situation dans la profession du chef de ménage, en 2011

Situation dans la profession du chef de ménage	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Employeur	1,7	18,4	7,2	33,3	38,4	37,6
Indépendant	3,0	22,2	15,3	36,9	42,6	42,2
Salarié	2,2	18,2	6,6	36,7	40,8	40,0

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 10 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon le type d'activité du chef de ménage, en 2011

Type d'activité du chef de ménage	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Actif occupé	2,6	21,4	11,6	36,8	41,9	41,3
Chômeur	4,0	13,1	5,7	37,7	36,0	37,0
Femme au foyer	0,9	12,9	4,3	34,0	40,1	39,1
Elève/étudiant	3,5	0,0	3,3	33,3	–	33,3
Rentier	10,4	13,9	11,8	33,3	36,8	34,9
Retraité	0,7	10,3	1,9	33,5	38,5	37,0
Vieux	3,3	18,6	9,5	34,6	38,1	37,4
Infirmes/malade	0,8	13,0	6,8	38,9	43,0	42,7

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 11 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon le type de logement, en 2011

Type de logement	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Villa/étage villa	1,0	23,3	1,2	33,3	44,4	34,6
Appartement	1,7	28,2	2,0	36,2	55,1	39,1
Maison moderne	1,7	5,3	2,1	35,6	35,9	35,7
Maison traditionnelle	3,4	6,2	3,8	35,6	36,0	35,7
Habitat précaire	7,7	13,0	9,4	39,1	38,8	39,0
Logement rural en dur	12,9	13,5	13,4	35,6	38,4	38,3
Logement rural en pisé	10,1	28,8	27,8	38,1	42,8	42,7

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 12 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon l'accès à l'eau du réseau et à l'électricité, en 2011

	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
<i>Accès à l'eau du réseau</i>						
Oui	1,6	10,9	3,7	34,8	39,4	37,8
Non	10,9	25,5	23,6	39,3	42,1	41,9
<i>Accès à l'électricité</i>						
Oui	1,9	13,0	6,0	35,4	39,0	38,3
Non	13,1	45,0	41,1	40,4	44,2	44,0

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 13 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon l'accès aux moyens de transport, en 2011

	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
<i>Disponibilité d'une voiture</i>						
Oui	1,1	7,1	2,5	33,6	38,0	36,4
Non	2,7	21,7	11,5	36,7	41,7	41,1
<i>Disponibilité d'une moto</i>						
Oui	1,5	9,6	4,9	35,1	38,7	38,1
Non	2,4	22,4	10,8	36,4	41,8	41,1

	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
<i>Disponibilité d'un tracteur</i>						
Oui	–	16,4	14,9	–	38,9	39,0
Non	2,3	20,4	9,7	36,3	41,7	40,9

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA) ,2011

Tableau 14 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon la disponibilité d'un moyen de communication, en 2011

	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
<i>Disponibilité d'une télévision</i>						
Oui	2,0	13,9	6,5	35,9	39,6	38,9
Non	13,7	50,5	45,1	39,1	44,2	44,0
<i>Disponibilité d'un radio</i>						
Oui	1,7	17,9	8,2	34,7	40,6	39,9
Non	3,2	23,3	11,9	37,5	42,5	41,8
<i>Disponibilité d'une parabole</i>						
Oui	1,6	10,1	4,0	34,8	38,6	37,5
Non	6,2	29,0	22,5	38,4	42,5	42,2

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 15 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon le niveau scolaire de l'époux de chef de ménage, en 2011

Niveau scolaire de l'époux de chef de ménage	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Sans niveau	3,1	22,1	13,6	3,71	41,9	41,4
Fondamental 1	1,2	5,7	2,3	35,5	37,5	36,7
Fondamental 2	0,5	1,2	0,6	33,3	50,0	36,3
Secondaire	2,0	0,0	1,9	33,3	–	33,3
Supérieur	1,3	0,0	1,2	33,3	–	33,3

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

Tableau 16 : Taux et intensité de la pauvreté multidimensionnelle selon le nombre des enfants de moins de 15 ans dans le ménage, en 2011

Taille du ménage	Taux de pauvreté(%)			Intensité de la pauvreté(%)		
	Urbain	Rural	National	Urbain	Rural	National
Aucun enfant	1,1	12,0	4,3	34,3	37,4	36,8
1 ou 2 enfants	2,6	15,3	7,3	36,9	41,0	40,1
3 ou 4 enfants	3,5	25,3	15,5	36,4	41,6	41,1
5 ou 6 enfants	2,7	36,1	28,7	33,3	44,8	44,5
7 enfants et plus	–	40,3	36,2	–	44,2	44,2

Source : HCP Enquête Nationale sur l'Anthropométrie (ENA), 2011.

ملاحق

ملحق 1

مؤشرات الصحة - التغذية عند الأطفال أقل من 5 سنوات

تعرف هذه المؤشرات حسب معايير المنظمة العالمية للصحة كما يلي :

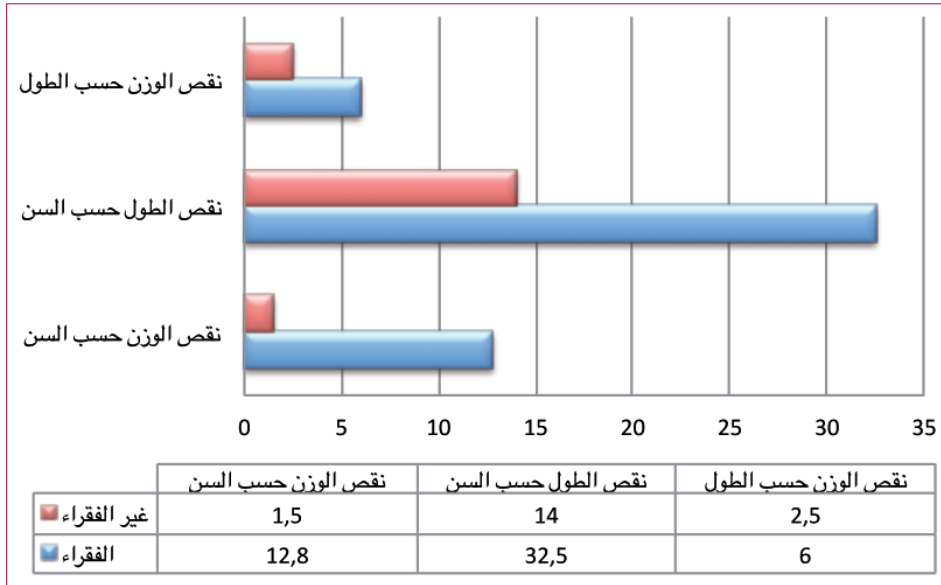
- **نقص الوزن حسب السن** : نسبة الأطفال المتراوحة أعمارهم بين 0 و59 شهرا والذين تكون أوزانهم أقل من وسيط الوزن بالنسبة لأعمارهم بمرتين قيمة الانحراف المعياري (نقص معتدل للوزن حسب السن) أو بثلاث مرات قيمة الانحراف المعياري (نقص خطير للوزن حسب السن)، وذلك وفقا لمعايير المنظمة العالمية للصحة الخاصة بنمو الطفل.
- **النحافة، معتدلة أو خطيرة**: نسبة الأطفال المتراوحة أعمارهم بين 0 و59 شهرا والذين يقل وزنهم حسب القامة بمرتين قيمة الانحراف المعياري عن وسيط الوزن حسب القامة، وفقا لمعايير المنظمة العالمية للصحة بخصوص نمو الأطفال.
- **نقص القامة حسب السن**، معتدل أو خطير: نسبة الأطفال المتراوحة أعمارهم بين 0 و59 شهرا والذين تكون قامتهم حسب السن أقل بمرتين من قيمة الانحراف المعياري لوسيط القامة حسب السن، وفقا لمعايير المنظمة العالمية للصحة بخصوص نمو الطفل.

ملحق 2

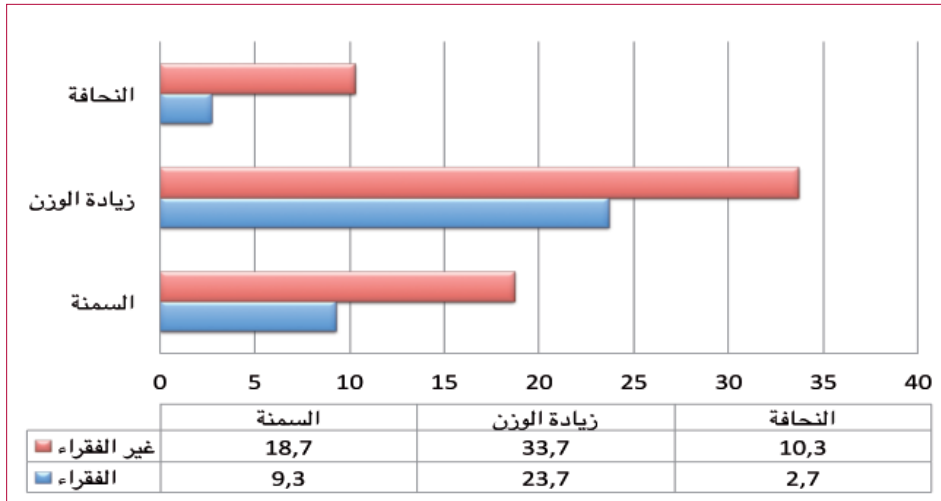
مؤشرات الصحة - التغذية لدى الكبار البالغين 20 سنة فأكثر

- تعتمد المنظمة العالمية للصحة في تشخيص سوء التغذية لدى الكبار، على مؤشر (كيتلي-Quetelet). يتم حساب هذا المؤشر بقسمة وزن الفرد بـ (كلغ) على مربع قامته (بالمتر). ويسمى مؤشر الكتلة الجسمية.
- ويتحدد الوضع الغذائي للفرد، حسب المنظمة العالمية للصحة، وفق عتبات دقيقة لهذه المؤشرات :
- النحافة يقابلها مؤشر كتلة جسمية أقل من 18,49؛
 - الوضع السليم يقابله مؤشر كتلة جسمية بين 18,5 و24,99؛
 - زيادة الوزن يقابلها مؤشر كتلة جسمية بين 25 و29,99؛
 - السمنة بما في ذلك السمنة الخطيرة والمرضية يقابلها مؤشر كتلة جسمية أكبر من 30.

الرسم 13 : نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من أمراض سببها التغذية حسب الحالة تجاه الفقر



الرسم 14 : نسبة الكبار الذين يعانون من أمراض سببها التغذية حسب الحالة تجاه الفقر



خريطة الحالة الصحية والغذائية التي توجد في طور الإعداد على أساس معطيات البحث الوطني حول قياس الإناسة 2011 والبحث الوطني الديموغرافي المتكرر الزيارات 2009-2010، إضافة إلى المؤشرات البنوية (2) للإحصاء العام للسكان والسكنى 2004.

(2) مؤشرات لم تتغير بنيتها بشكل ملموس بين سنة إنجاز الإحصاء العام للسكان والسكنى و2011 سنة إنجاز البحث الوطني حول قياس الإناسة.

وتدل هذه النتائج على فعالية الاستهداف في محاربة الفقر وخاصة من طرف المبادرة الوطنية للتنمية البشرية التي ركزت برامجها بالدرجة الأولى، على المناطق الحضرية الأكثر هشاشة والجماعات القروية الأكثر فقرا.

ويكتسي إعداد خريطة جغرافية دقيقة لسوء تغذية الأطفال أهمية بالغة في تحديد جيوب الخصاص في هذا الميدان. وهذا موضوع

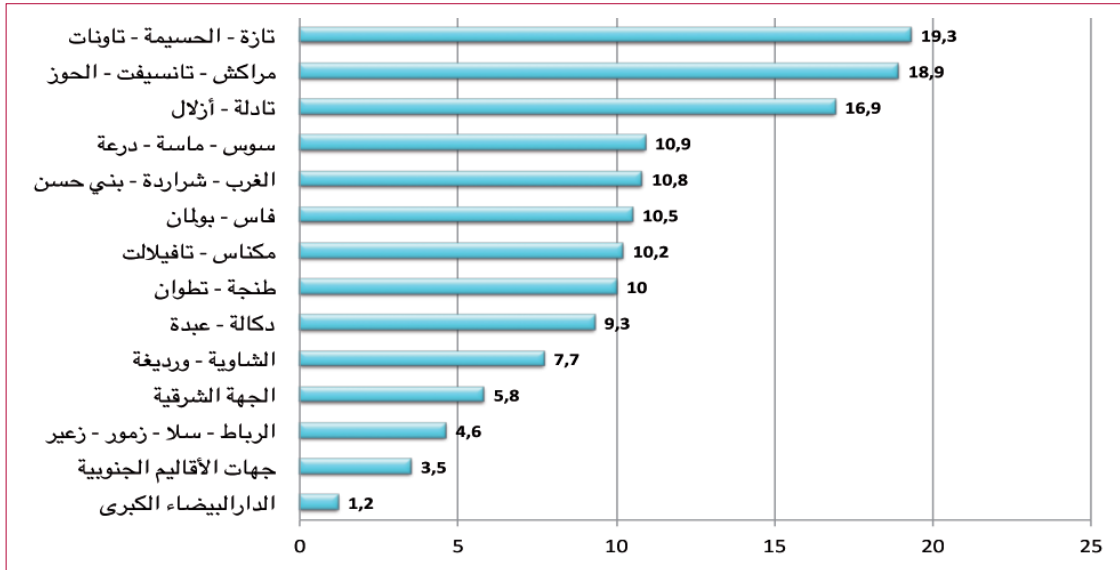
وتازة-الحسيمة-تاوانات (24,5%) ومكناس-تافيلالت (22%) وطنجة-تطوان (20,7%). ففي هذه الجهات أزيد من فرد قروي من أصل خمسة ينتمي إلى أسرة فقيرة. وعلى العكس من ذلك، فإن الفقر المتعدد الأبعاد، قد تم القضاء عليه بصفة نهائية بالمناطق الحضرية لجهة الدار البيضاء الكبرى (1,2%) وجهات الجنوب (1,7%) وجهة دكالة-عبدة (1%) والرباط-سلا-زمور-زعير (1,9%) والجهة الشرقية (1,8%) وجهة الشاوية-ورديغة (1,5%).

• تم القضاء بصفة نهائية على الفقر المتعدد الأبعاد بالوسط الحضري، ويظل ظاهرة قروية. ينتشر الفقر بالوسط القروي 9 مرات أكثر من الوسط الحضري (20,2% مقابل 2,3%)، مما يجعل منه ميزة قروية.

• التفاوت الجهوي للفقر المتعدد الأبعاد (رسم بياني 12).

تتغير نسبة الفقر المتعدد الأبعاد حسب وسط الإقامة والجهة، حيث تسجل أعلى نسبة بالمناطق القروية بجهات مراكش-تانسيفت-الحوز (31,2%) وفاس-بولمان (28,5%) وتادلة-أزيلال (24,7%)

الرسم 12 : تصنيف الجهات حسب معدل الفقر



• تنتشر السمنة بالأوساط غير الفقيرة أكثر بمرتين مما هي عليه بالأوساط الفقيرة (رسم 14).

يلاحظ أن انتشار السمنة في صفوف الكبار الفقراء هي أقل مما هو عليه في صفوف الكبار غير الفقراء (9,3% مقابل 18,7% على المستوى الوطني) و(13,1% مقابل 21,4% بالوسط الحضري) و(8,7% مقابل 13,5% بالوسط القروي). في ما يخص زيادة الوزن، يتضح أن أكثر من فقيرين من بين عشرة يعانون منها (23,7%) مقابل أكثر من ثلاثة أفراد غير فقراء من بين عشرة (33,7%).

وعلى العكس من ذلك، تنتشر النحافة في صفوف الكبار الفقراء أربع مرات أكثر مقارنة بنظرائهم غير الفقراء (10,3% مقابل 2,7%).

• التغذية والصحة والفقر

يتضح من خلال معطيات البحث الوطني حول قياس الإناسة 2011 أن تقليص الفقر المتعدد الأبعاد، باعتباره في نفس الوقت سببا ونتيجة، يحسن بكل تأكيد الصحة والتغذية لدى الأطفال، لكنه يسبب في انتشار السمنة.

• الأطفال أقل من 5 سنوات المنتمون لأسرة فقيرة، هم أكثر عرضة للأمراض بأسباب غذائية (رسم بياني 13).

تعاني هذه الفئة من الأطفال من نقص الوزن حسب القامة (6%) ونقص الوزن حسب السن (12,8%) ونقص القامة حسب السن (32,5%)، في حين أنه بالنسبة لنظرائهم في الأسر غير الفقيرة، فقد تم تقليص هذه النسب إلى 2,5% و1,5% و14% على التوالي.

عن الحرمان الذي تعاني منه الأسر في مجالات الصحة والتعليم ومستوى المعيشة والذي يتم قياسه انطلاقا من عشر مؤشرات تتعلق بالتغذية ووفيات الأطفال وعدد سنوات التمدرس وتمدرس الأطفال ووقود الطبخ وتوفر المراحيض والماء الصالح للشرب والكهرباء وأرضية المنزل والتجهيزات المستدامة المتوفرة.

وهكذا، نغتنم اليوم، فرصة إنجاز البحث الوطني حول قياس الإناسة 2011 لتحيين قياسات هذا النوع من الفقر، وذلك باعتماد نفس منهجية ألكير-فوستر ونفس المعايير التي يعتمدها برنامج الأمم المتحدة للتنمية. وتوضح نتائج البحث أن الفقر المتعدد الأبعاد قد عرف تراجعاً ملموساً.

• بين 2004 و2011، تم تقليص الفقر المتعدد الأبعاد بأزيد من النصف. عرف المغرب تراجعاً ملموساً لظاهرة الفقر المتعدد الأبعاد، حيث انتقلت نسبته من 28,5% سنة 2004 إلى 9,8% سنة 2011 على الصعيد الوطني، ومن 8,4% إلى 2,3% بالمدن ومن 54,2% إلى 20,2% بالوسط القروي (رسم بياني 11). وبالرغم من هذا الانخفاض لازال حوالي 3,4 مليون مغربي يعيشون في أسر تعاني من الفقر المتعدد الأبعاد، 86,3% منهم قرويون.

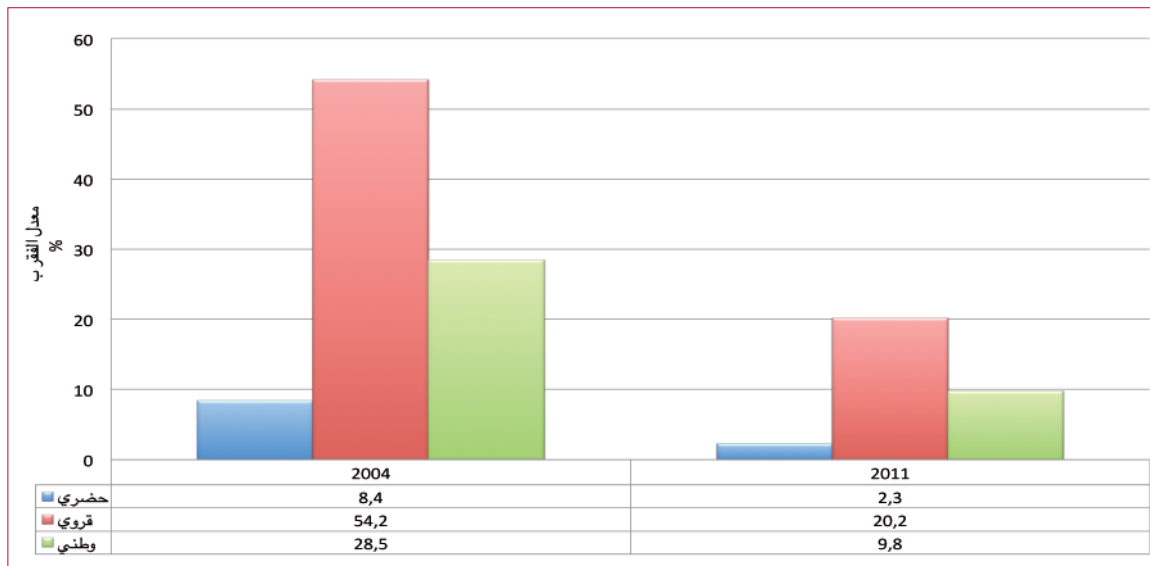
وكخلاصة، ساهمت سياسات تحسين ظروف المعيشة ومحاربة الفقر بشكل ملموس في تقليص الأمراض الناتجة عن التغذية في صفوف الأطفال. وفي هذا الصدد، يوجد المغرب في وضع أفضل من ما تسجله، في المتوسط، الدول السائرة في طريق النمو. إلا أنه يجب التنبيه إلى أن الزيادة في الوزن والسمنة الخطيرة والمرضية تأخذ منحى تصاعدياً على غرار ما يقع في العالم برمته بما فيه الدول المتقدمة والسائرة في طريق النمو، لتشكل تحديات مرضية جديدة.

وعلى العموم، يتضح أن التحسن الحاصل على مستوى صحة وتغذية الطفل الذي كشفت عنه نتائج هذا البحث، يصاحبه بشكل قوي تراجع الفقر المتعدد الأبعاد على مدى العقد 2000.

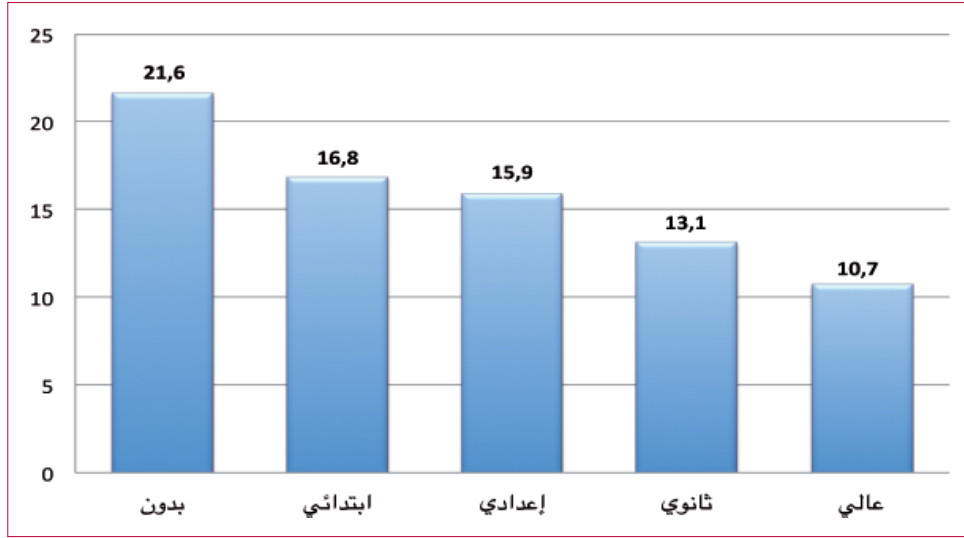
• الفقر المتعدد الأبعاد

لقد أصبح، منذ 2010، الفقر المتعدد الأبعاد الذي يتم قياسه حسب مقاربة ألكير-فوستر، مؤشراً معتمداً بصفة دائمة من طرف التقرير العالمي حول التنمية البشرية (تقرير سنة 2010). ويعبر

الرسم 11 : تطور معدل الفقر متعدد الأبعاد



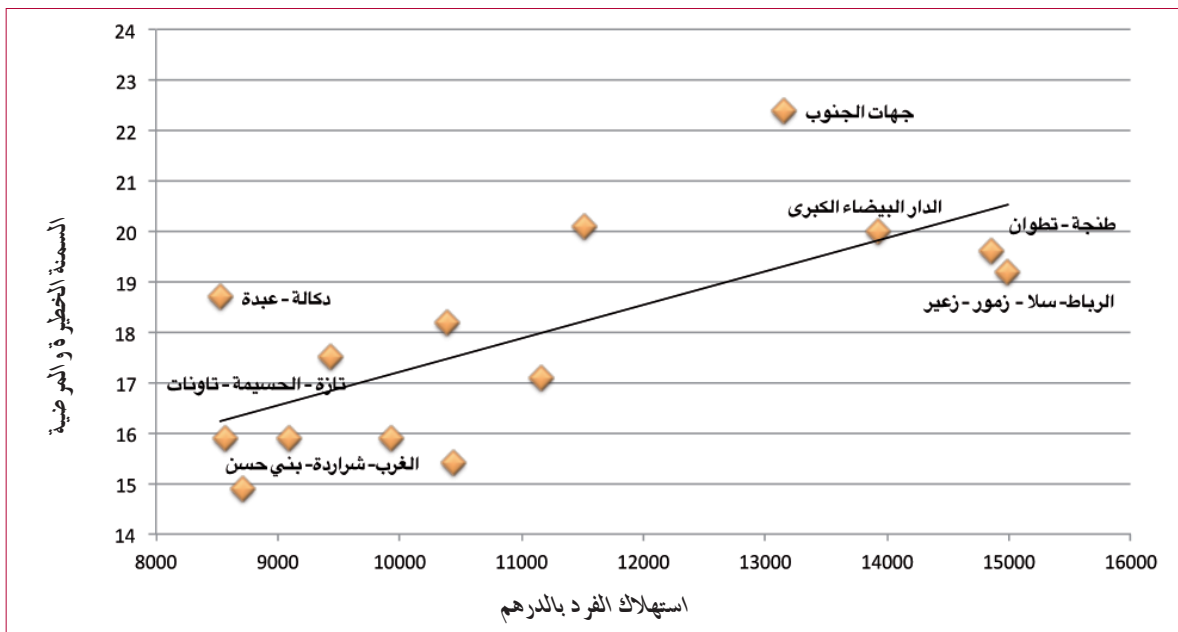
الرسم 9 : نسبة (%) السمنة الخطيرة والمرضية حسب المستوى الدراسي



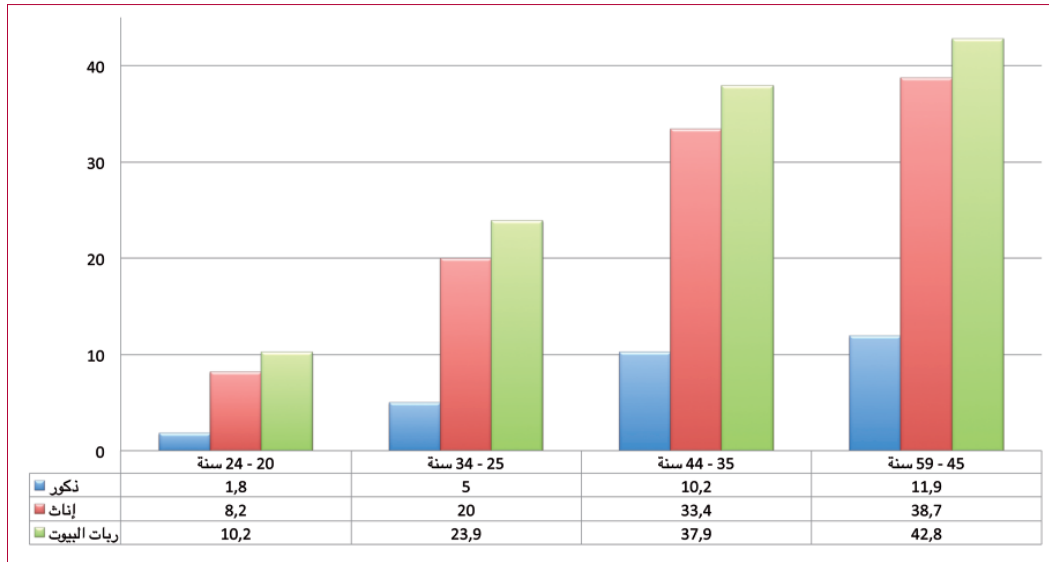
الكبرى والرباط-سلا-زمور-زعير وطنجة-تطوان وفاس-بولمان. وفي المقابل، يسجل هذا المرض أدنى مستوى له بالجهات التي تعرف أضعف مستوى جهوي للاستهلاك الفردي كجهتي تازة-الحسيمة-تاوانات والغرب-الشراردة-بني حسن.

• يتغير مستوى انتشار السمنة حسب المستوى الجهوي للاستهلاك الفردي (رسم 10). ترتفع السمنة مع ارتفاع المستوى الجهوي للاستهلاك الفردي. وتسجل أعلى مستوى لها بالجهات التي تعرف أعلى مستوى للاستهلاك الفردي كجهات الجنوب، تليها جهات الدار البيضاء

الرسم 10 : السمنة الخطيرة والمرضية ومستوى استهلاك الفرد حسب الجهات



الرسم 7 : نسبة (%) السمنة الخطيرة والمرضية حسب الجنس والفئات العمرية



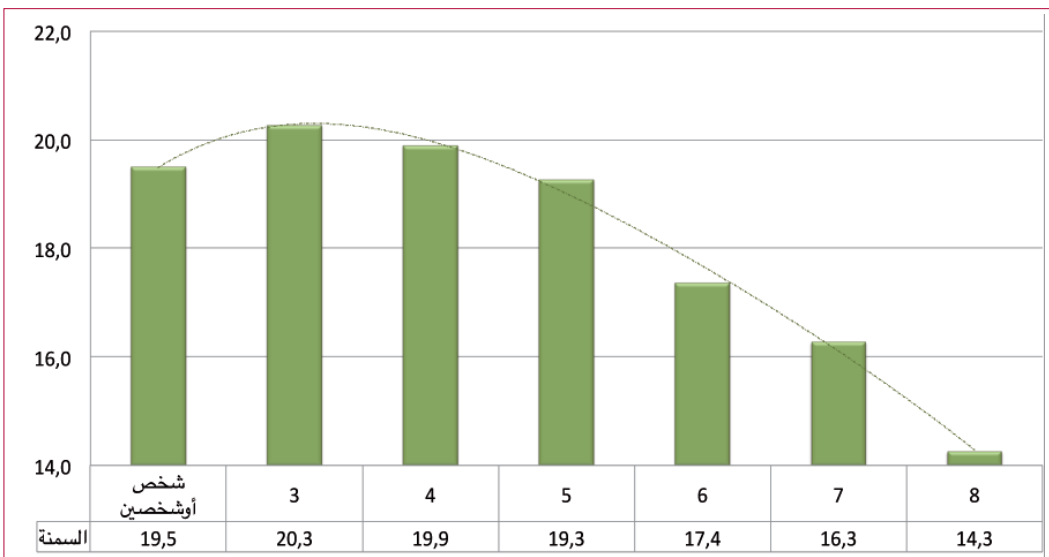
في الوزن (35,5%) مقارنة مع الذين يعيشون في أسرة تتكون من عشرة أفراد فما فوق (15% و31,3% على التوالي).

◆ كما أن المستوى الدراسي المرتفع يرافقه انخفاض في انتشار السمنة (الرسم البياني 9). ذلك أن نسبة الإصابة بهذا المرض لدى الأفراد الذين لم يتمدرسوا نهائياً تسجل ضعف ما تسجله لدى الذين لهم مستوى دراسي عالي (21,6% مقابل 10,7%).

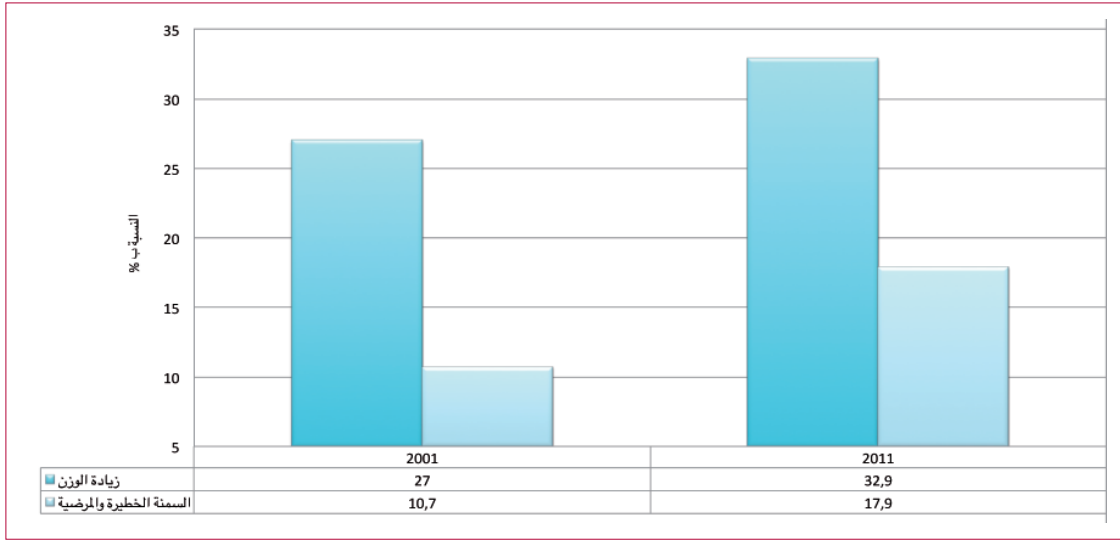
◆ تزداد ظاهرة السمنة انتشاراً مع انتشار ظاهرة الأسرة النووية وتتغير حسب المستوى الدراسي. بصفة عامة، يساهم العيش في أسرة كبيرة الحجم في تقليص خطر الإصابة بالسمنة وزيادة الوزن، حيث ينحصر انتشارهما كلما ارتفع حجم الأسرة (الرسم البياني 8).

وهكذا، فإن الأفراد الكبار (20 سنة وأكثر) في أسرة مكونة من شخص إلى شخصين هم أكثر عرضة للسمنة (19,5%) والزيادة

الرسم 8 : نسبة (%) السمنة الخطيرة والمرضية حسب حجم الأسرة



الرسم 5 : تطور زيادة الوزن والسمنة الخطيرة والمرضية لدى البالغين 20 سنة وأكثر



في المتوسط، تنتشر السمنة في صفوف غير النشيطين الكبار أكثر مما تنتشر في صفوف النشيطين المشغلين الكبار بـ 2,3 مرة (26,2% مقابل 11,5%).

وتعد ربوات البيوت كذلك، أكثر عرضة للسمنة في حوالي حالة من أصل ثلاثة (32%). بالإضافة إلى هذا، يزداد خطر الإصابة بالسمنة مع ارتفاع السن من 5,2% في صفوف الفئة العمرية 20-24 سنة إلى 25,7% في صفوف الفئة العمرية 45-59 سنة. وقد لوحظ هذا التطور عند الرجال والنساء على حد سواء بصفة عامة والنساء ربوات البيوت بصفة خاصة.

وإجمالاً يعاني 10,3 مليون مغربي (63,1% منهم نساء) من السمنة أو زيادة الوزن. وتجدر الإشارة كذلك إلى أنه بين 2001 و2011 ارتفعت نسبة الأشخاص الكبار المصابين بالسمنة الخطيرة والمرضية بـ 67,3% ونسبة المصابين بالزيادة في الوزن بـ 21,9%، وهذا ما يجعل أقل من نصف عدد الكبار (45,9% في 2011) يعيشون اليوم في وضع سليم مقابل (58,4% في 2001).

♦ السمنة تهم بالخصوص الأشخاص غير النشيطين ويزداد انتشارها مع التقدم في السن لدى الكبار الذكور وأكثر أيضاً لدى النساء بشكل عام وربوات البيوت منهن بشكل خاص (رسم بياني 6 و7).

الرسم 6 : نسبة (%) السمنة الخطيرة والمرضية لدى النشيطين المشغلين وربوات البيوت



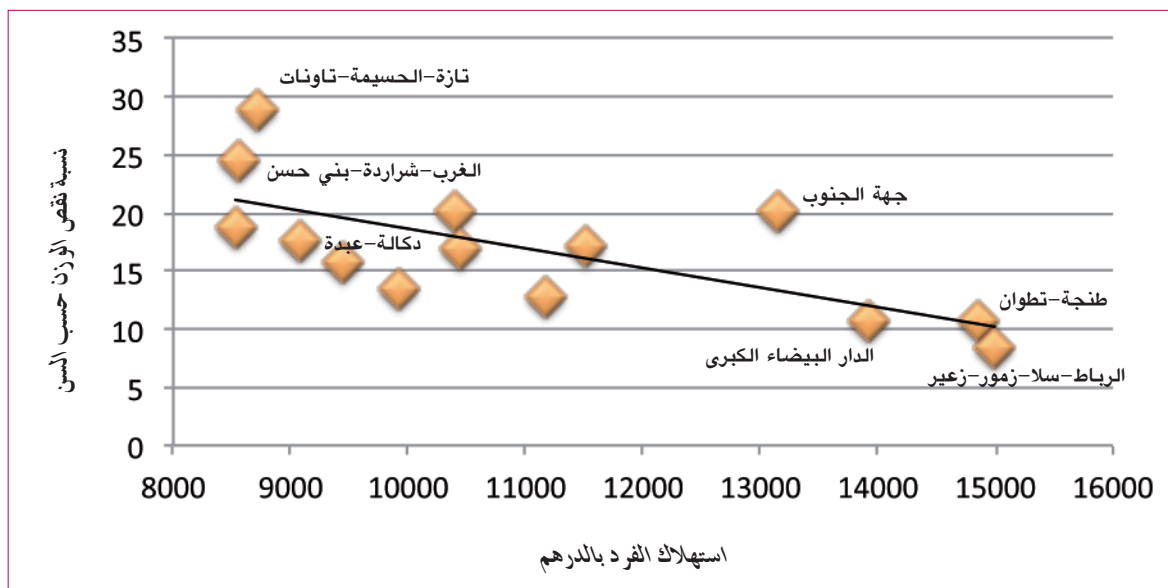
نقص القامة حسب السن يسجل أعلى مستوى له في الجهات غير الميسورة من حيث الاستهلاك الفردي، وخاصة جهات تازة- الحسيمة-تاوانات والغرب-الشراردة-بني حسن وعبدة-دكالة.

وبالمقابل، تسجل الجهات ذات الاستهلاك الفردي المرتفع كجهة الرباط-سلا-زمور-زعيير وجهة الدار البيضاء الكبرى-وجهة طنجة-تطوان، أضعف نسبة لانتشار نقص القامة حسب السن.

تعد الأسر المقيمة بالجهات ذات استهلاك فردي ضعيف، في المتوسط، أكثر عرضة لنقص القامة حسب السن لدى الأطفال أقل من 5 سنوات (رسم بياني 4).

يتراجع انتشار نقص القامة حسب السن كلما ارتفع مستوى الاستهلاك الفردي الجهوي الذي تم تحديده انطلاقا من البحث الوطني حول مستوى معيشة الأسر 2007. وهكذا، يلاحظ أن انتشار

الرسم 4 : نقص الوزن حسب السن ومستوى استهلاك الفرد حسب الجهات



لكن، بالنسبة لهذه الفئة العمرية، فإن الزيادة في الوزن والسمنة هما اللتان تشكلان الأمراض الأكثر انتشارا. ارتفع عدد الأشخاص الكبار الذين يعانون من زيادة الوزن من 4,5 مليون في 2001 إلى 6,7 مليون في 2011، أي بزيادة في انتشار هذه الظاهرة خلال نفس الفترة من 27% إلى 32,9%. وقد لوحظت هذه الزيادة في المدن (من 29,2% إلى 34,2%) والقرى (من 24,1% إلى 29,5%) وكذلك عند الرجال (من 23,9% إلى 30,8%) والنساء (من 29,9% إلى 34,7%).

تطال السمنة 3,6 مليون فرد كبير في 2011 أي 17,9% من السكان. وتنتشر أكثر في الوسط الحضري (21,2%) مقارنة بالوسط القروي (12,6%) والنساء (26,8%) مقارنة بالرجال (8,2%). وللإشارة تعتبر النساء الحضرية أكثر عرضة للسمنة الخطيرة والمرضية (31,3%) تليهن النساء القرويات (18,5%).

الصحة والتغذية لدى الكبار

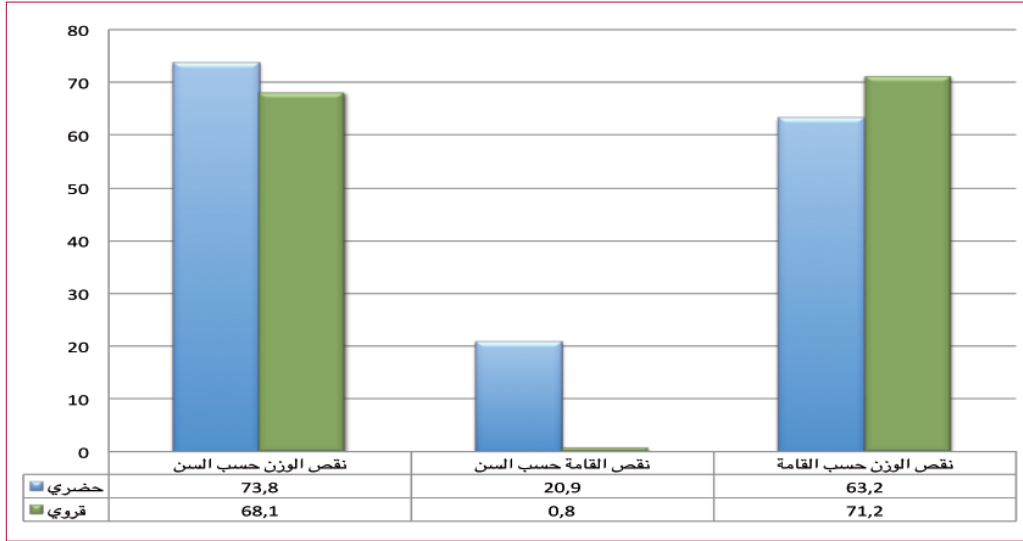
ارتكز تشخيص الحالة الصحية والتغذية لدى الكبار على ثلاث مؤشرات وهي (أ) النحافة التي تدل على نقص التغذية أو ضعف الوزن بالنسبة للقامة؛ (ب) زيادة الوزن والسمنة بما في ذلك السمنة الخطيرة والمرضية أو الإفراط في الوزن (أنظر الملحق 2).

ويستنتج من تحليل هذه المؤشرات الخلاصات التالية :

♦ لا يعاني الأشخاص المغاربة الكبار من النحافة إلا بشكل هامشي، لكن صحتهم مهددة أكثر فأكثر بالسمنة (رسم بياني 5).

في ما يتعلق بالنحافة، في سنة 2011، يعاني منها 669 ألف فرد أي 3,3% من الكبار البالغة أعمارهم 20 سنة فما فوق، مقابل 3,9% في 2001. وقد لوحظ انخفاضها، على حد سواء، بالمدن (من 3,5% إلى 3,1%)، كما في القرى (من 4,4% إلى 3,8%).

الرسم 2 : نسبة انخفاض الحالات المرضية الناتجة عن التغذية ما بين 2004 و 2011

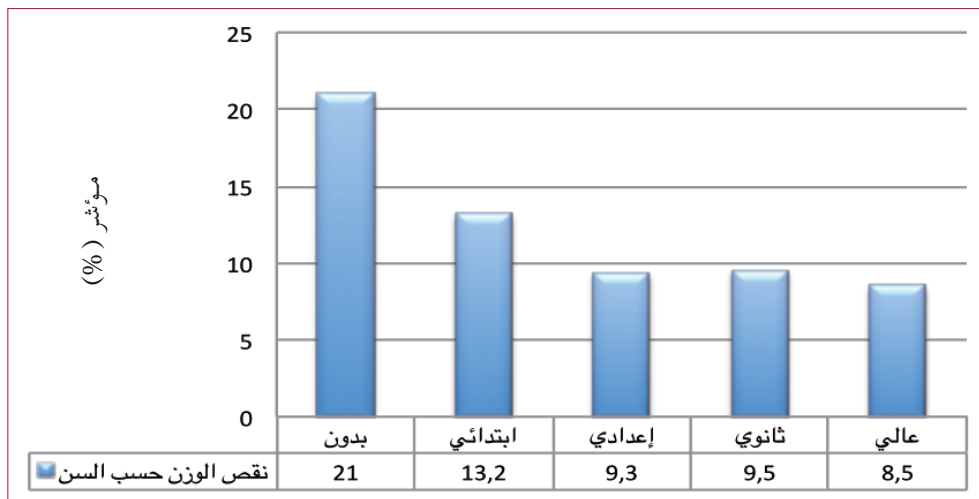


1,3% لدى الأمهات المتوفرات على مستوى دراسي عالي وينتقل نقص القامة حسب السن من 21% إلى 8,5%. ويسجل الأطفال المنتمون لأسر متوفرة على الربط بشبكة الماء الصالح للشرب، معدلات ضعيفة نسبيا في ما يتعلق بنقص الوزن حسب السن (2,4%) وبنقص القامة حسب السن (12,5%) مقارنة مع الأسر غير المتوفرة على هذه الخدمة العمومية (4,2% و 23,7% على التوالي).

♦ انتشار الأمراض التي تسببها التغذية ترتبط بالمستوى الدراسي للأم (رسم بياني 3) وبالولوج إلى الماء الصالح للشرب.

يتراجع انتشار نقص الوزن حسب السن ونقص القامة حسب السن، كلما ارتفع المستوى الدراسي للأم وكلما تم توسيع وولوج الأسر إلى شبكة الماء الصالح للشرب، حيث ينتقل نقص الوزن حسب السن من 4,1% عند الأمهات بدون مستوى دراسي إلى

الرسم 3 : نقص الوزن حسب المستوى الدراسي للأم



تراجع انتشار هذا المرض من 10,2% سنة 2004 إلى 3% سنة 2011 ومن 10,4% إلى 3% بالنسبة للذكور ومن 10% إلى 3% بالنسبة للفتيات. وهو ما يظل أقل من المعدل المسجل بالدول المتقدمة (10%).

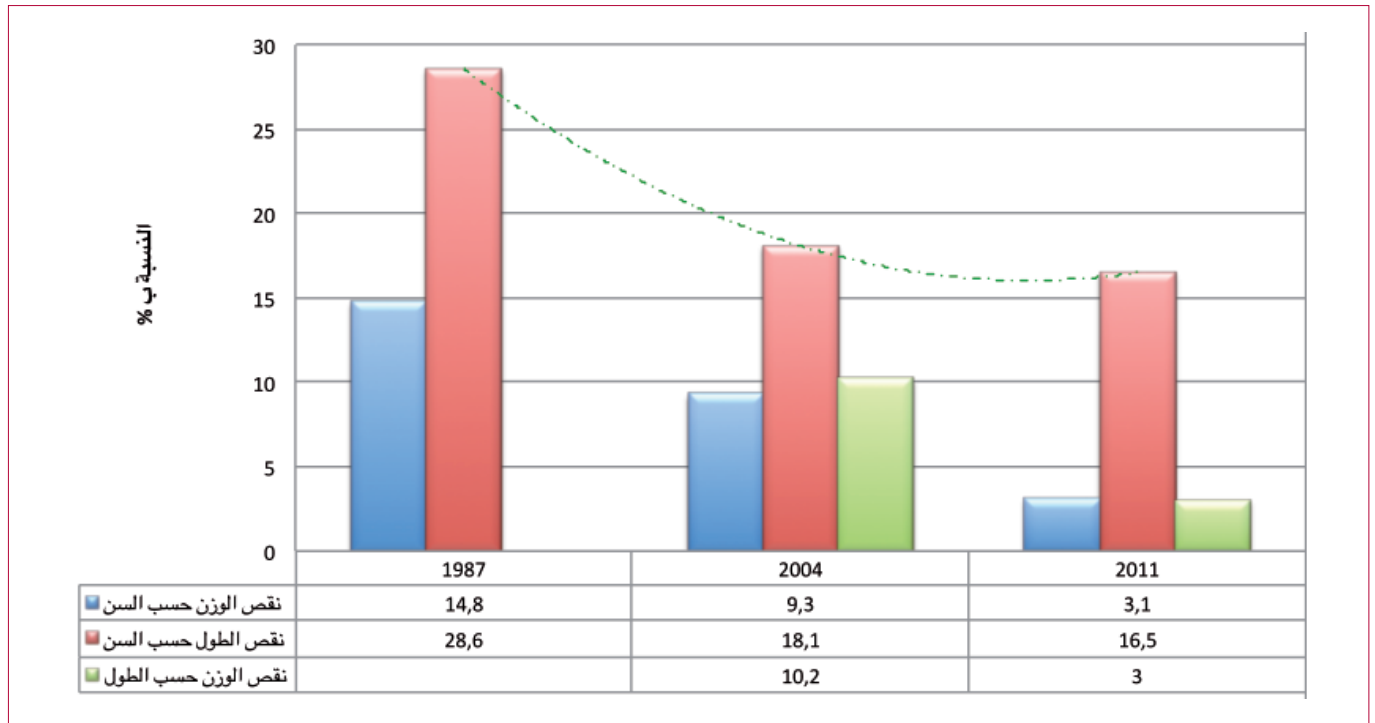
إجمالاً، فقد استفاد من تراجع الأمراض الأخرى غير نقص الوزن حسب القامة الحصريون أكثر من القرويين، وهو ما يعمق الفارق بين الوسطين الحضري والقروي في ما يتعلق بنقص الوزن حسب السن ونقص القامة حسب السن (رسم بياني 2).

ويشير الجدولان التاليان إلى تطور هذه المؤشرات بين 1987 و2011.

بين البلدان التي تسجل مستوى أقل لانتشار مرض نقص الوزن حسب السن مقارنة بالمعدل العالمي (16%) وبالدول النامية (18%)، خلال الفترة 2006-2010.

- ومن جهته، يطال نقص القامة حسب السن في 2011، 474 ألف طفل. فقد تراجع انتشاره من 28,6% سنة 1987 إلى 18,1% سنة 2004 ثم إلى 16,5% سنة 2011، أي إلى مستوى أقل مما هو مسجل على الصعيد العالمي (27%) وعلى مستوى الدول النامية (29%).
- وبخصوص نقص الوزن حسب القامة، فإنه في 2011، بلغ عدد الأطفال أقل من 5 سنوات الذين يعانون منه 86 ألف طفل. فقد

الرسم 1 : تطور مؤشرات الصحة-التغذية للأطفال دون خمس سنوات



(1) صندوق الأمم المتحدة للطبولة 2012، وضعية الأطفال في العالم، ص. 95. معطيات متعلقة بالفترة 2006-2010.

النتائج الأساسية للبحث الوطني حول قياس الإناسة 2011

أنجزت المندوبية السامية للتخطيط في سنة 2011 بحثاً وطنياً حول قياس الإناسة خلال الفترة الممتدة ما بين 18 مارس و7 يوليوز، لدى عينة مكونة من 10 426 أسرة تم انتقاؤها من عينة البحث الوطني الديمغرافي 2009-2010. وقد مكنتنا هذا البحث من تشخيص الحالة الصحية-الغذائية للسكان وسيساعد على إعداد خريطة جغرافية دقيقة للحالة الصحية والغذائية للأطفال. كما يمكننا هذا البحث أيضاً من تحيين مؤشرات الفقر المتعدد الأبعاد، كما تم قياسه حسب مقاربة الكير-فوستر التي أوصى بها برنامج الأمم المتحدة للتنمية. نقدم اليوم نتائج هذا البحث من منظور بعدي الفقر المتعدد الأبعاد والحالة الصحية-الغذائية بالمغرب في 2011.

بقلم محمد ادويدش، عبد الجواد ازراي،
ضحى إكيرا وشريفة الوافي، م.س.ت.

إطار 1

مفهوم الأمن الغذائي

لم يعد مفهوم الأمن الغذائي يقتصر على توفير كمية كافية من الغذاء يتم التعبير عنها بالسعرات الحرارية والبروتينات، بل يتعدى ذلك ليشمل، على المستوى الكيفي، ضمان تغذية سليمة لا تؤدي إلى أمراض يكون سببها هو التغذية. وهذا ما يتطلب اعتماد معايير غذائية تعبر عن حاجيات الجسم البشري. وترتكز هذه المعايير على نوعين من المعطيات. يهم النوع الأول المحتويات الغذائية في الغذاء والمحصل عليها عن طريق البحوث حول التغذية، فيما يرتبط النوع الثاني بالأمراض الناتجة عن الخصائص أو الإفراط في التغذية، والتي يتم قياسها اعتماداً على بحوث حول قياس الإناسة. إلا أن الأشخاص المتراوحة أعمارهم ما بين 6 و19 سنة ولكونهم لم يخضعوا لأي معيار مقبول دولياً، فإنهم، من باب الاحتياط العلمي غير مشمولين بهذه الدراسة.

● الصحة والتغذية بالمغرب

الصحة والتغذية لدى الأطفال

تقاس مؤشرات الصحة و التغذية لدى الأطفال بـ :

- نقص الوزن حسب السن الذي يعبر عن ضعف الوزن مقارنة بالسن؛
- نقص القامة حسب السن؛
- نقص الوزن حسب القامة.

◆ توضح معطيات البحث الوطني حول قياس الإناسة 2011 أن الأطفال المغاربة قد سجلوا تحسناً ملموساً على مستوى الصحة والتغذية (رسم 1).

وقد استفاد أكثر من هذا التحسن، الأطفال الذين يعيشون بالوسط الحضري وخاصة منهم الذكور.

• قد عرف انتشار مرض نقص الوزن حسب السن تراجعاً خلال الفترة 1987-2011، حيث انتقل من 14,8% سنة 1987 إلى 9,3% سنة 2004 ومنه إلى 3,1% سنة 2011. وهكذا، يعد المغرب من

التنمية الاجتماعية لمواصلة تقليص مستوى هذا النوع من الفقر بالوسط القروي. وبهذا الخصوص، تجدر الإشارة إلى أهمية ونجاعة المبادرة الوطنية للتنمية البشرية التي اهتمت بالمناطق الحضرية الأكثر هشاشة والجماعات القروية الأكثر فقرا.

في ما يتعلق بصحة وتغذية الأطفال، تبين المؤشرات أن المغرب يحتل مراتب متقدمة ضمن الدول النامية. غير أن زيادة الوزن والسمنة بدأت تأخذ منحى تصاعديا على غرار ما يقع في مجموع الدول المتقدمة والنامية حيث تشكل تحديات مرضية جديدة ■

من 8,4% إلى 2,3% بالوسط الحضري ومن 54% إلى 20% بالوسط القروي ومن 28,5% إلى 9,8% على الصعيد الوطني.

وكخلاصة، تدل نتائج البحث الوطني حول قياس الإناسة ومؤشرات الفقر المتعدد الأبعاد على نجاعة وفعالية نموذج النمو والتنمية البشرية. وتبين هذه النتائج، وبشكل واضح، أن بلادنا قد عرفت خلال هذه الفترة، أداء جيدا سواء على مستوى محاربة الفقر أو تحسن صحة وتغذية السكان.

بخصوص الفقر المتعدد الأبعاد، يمكننا القول أننا انتصرنا في القضاء عليه بالوسط الحضري لكننا مطالبين بالمزيد من جهود

• يتعرض الكبار المنتمون لأسرة مكونة من شخص واحد إلى اثنين للسمنة أكثر بـ 1,5 مرة من الكبار المنتمين لأسرة مكونة من 8 أفراد.

• يتعرض الكبار الذين لم يسبق لهم أن تدرسوا للسمنة (21,6%) أكثر بمرتين من الكبار الذين يتوفرون على مستوى دراسي عالي.

♦ يتغير مستوى انتشار السمنة حسب مستوى المعيشة (رسم بياني 4).

باعتتماد مستوى الاستهلاك الفردي كما تبينه الحسابات الجهوية لسنة 2010، يتضح أن انتشار السمنة يتغير من 19% إلى 22% في الجهات الميسورة ومن 15% إلى 16% بالجهات الأقل مستوى في ما يتعلق بالاستهلاك الفردي.

أي علاقة بين الصحة والتغذية لدى الكبار ونمط الحياة؟

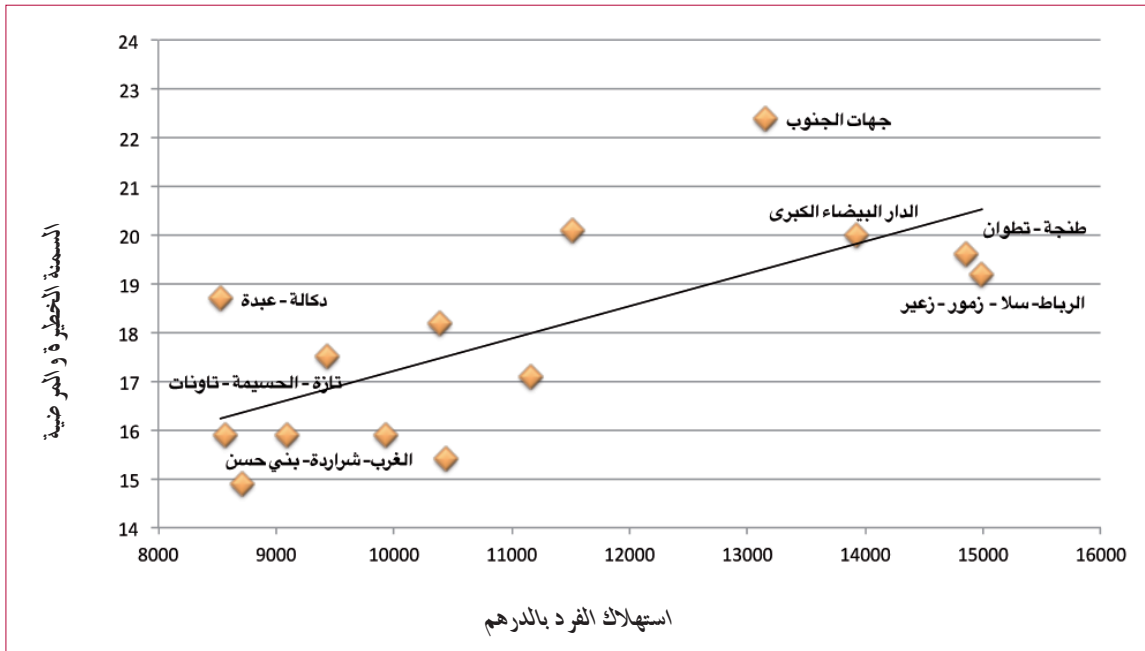
يزداد خطر السمنة في صفوف غير النشيطين ويزداد خطرهما مع التقدم في السن.

• يزداد انتشار زيادة الوزن والسمنة المرضية من 5,2% في صفوف الفئة العمرية 20-24 سنة إلى 25,7% في صفوف الفئة العمرية 45-59 سنة. ويهم ذلك الرجال والنساء على حد سواء.

• تنتشر زيادة الوزن والسمنة في صفوف غير النشيطين بـ 25,3%، أي أكثر من ضعف مستوى انتشارها في صفوف الكبار النشيطين (11,2%). ويبلغ هذا المؤشر 32% في صفوف ربات البيوت.

تزداد ظاهرة السمنة انتشارا بانتشار ظاهرة الأسرة النووية وتتغير حسب المستوى الدراسي.

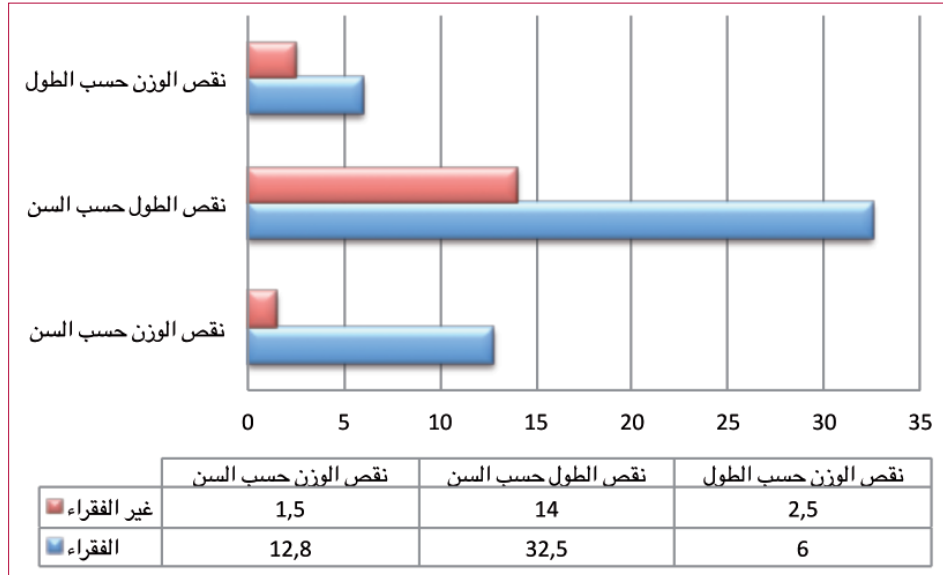
رسم بياني 4 : السمنة الخطيرة والمرضية ومستوى استهلاك الفرد حسب الجهات



بمناسبة إنجاز البحث الوطني حول قياس الإناسة. ويتضح من هذا البحث أن هذا الشكل من الفقر قد تم القضاء عليه بصفة شبه نهائية بالوسط الحضري، ويظل ميزة قروية على الرغم من تراجع مستواه. وهكذا، فقد تقلص الفقر المتعدد الأبعاد بين 2004 و2011

هذه العلاقة الموجودة بين تحسن الصحة والتغذية بالمغرب وبين ظروف ومستويات العيش هي دليل أكده أيضا قياس الفقر المتعدد الأبعاد. وتدمج مؤشرات الفقر المتعدد الأبعاد، كما هو معروف، عدة متغيرات لظروف حياة الأسر، وقد تم قياسها، وبشكل دقيق،

رسم بياني 3 : مؤشرات الصحة-التغذية لدى الأطفال حسب الوضعية اتجاه الفقر



تطور الصحة الغذائية لدى الكبار البالغين 20 سنة فأكثر

يرتكز التشخيص على 3 مؤشرات :

- النحافة التي تعبر عن نقص التغذية أو ضعف الوزن مقارنة مع القامة؛
- زيادة الوزن؛
- السمنة بما في ذلك السمنة الخطيرة والمرضية.

توضح الدراسة أنه إذا كان انتشار النحافة في تراجع، فإن زيادة الوزن والسمنة تشكّلان ظواهر مرضية تطبع الحالة الصحية والتغذية لدى الكبار.

♦ **النحافة** : 669 000 فرد بالغ في وضعية نحافة. تراجع انتشار النحافة من 3,9 % سنة 2001 إلى 3,3 % سنة 2011 على الصعيد الوطني. وتراجع انتشارها من 3,5 % إلى 3,1 % بالوسط الحضري ومن 4,4 % إلى 3,8 % بالوسط القروي.

♦ **زيادة الوزن**: ازداد انتشار زيادة الوزن خلال 10 سنوات الأخيرة (2001-2011) من 27 % إلى 32,9 % (من 29,2 % إلى 34,9 % بالوسط الحضري، ومن 24,1 % إلى 29,5 % بالوسط القروي). وقد ازداد انتشار زيادة الوزن في صفوف الرجال (من 23,9 %

إلى 30,8 %) وفي صفوف النساء كذلك (من 29,9 % إلى 34,7 %). إجمالاً ارتفع عدد الكبار الذين يعانون من زيادة الوزن خلال 10 سنوات من 4,5 مليون إلى 6,7 مليون فرد.

♦ **السمنة** : في سنة 2011، يعاني من السمنة بما في ذلك السمنة الخطيرة والمرضية 3,6 مليون فرد من الكبار، أي 17,9 % من السكان (21,2 % بالوسط الحضري و12,6 % بالوسط القروي). وتبلغ نسبة النساء اللواتي يعانين من هذا المرض 26,8 % مقابل 8,2 % بالنسبة للرجال. وينتشر هذا المرض في صفوف النساء الحضرية بـ 31,3 % مقابل 18,5 % بالنسبة للقرويات.

إجمالاً :

- يعاني من السمنة وزيادة الوزن 10,9 مليون مغربي، 63,1 % منهم نساء ؛
- ازداد انتشار السمنة خلال 10 سنوات بـ 7,3 % سنوياً بين 2001 و2011.
- أقل من 46 % من الكبار المغربية لا يعانون من النحافة ولا من السمنة ولا من زيادة الوزن.

♦ **تحسن الصحة الغذائية لدى الأطفال الأقل من 5 سنوات حسب :**

- تحسن المستوى الدراسي للوسط العائلي وخاصة المستوى الدراسي للأم (رسم بياني 1).
- تحسن ظروف معيشة الأسرة معبر عنه بمستوى الولوج لشبكة الماء الصالح للشرب (رسم بياني 2).
- تحسن مستوى المعيشة معبر عنه بمستوى الفقر (رسم بياني 3).

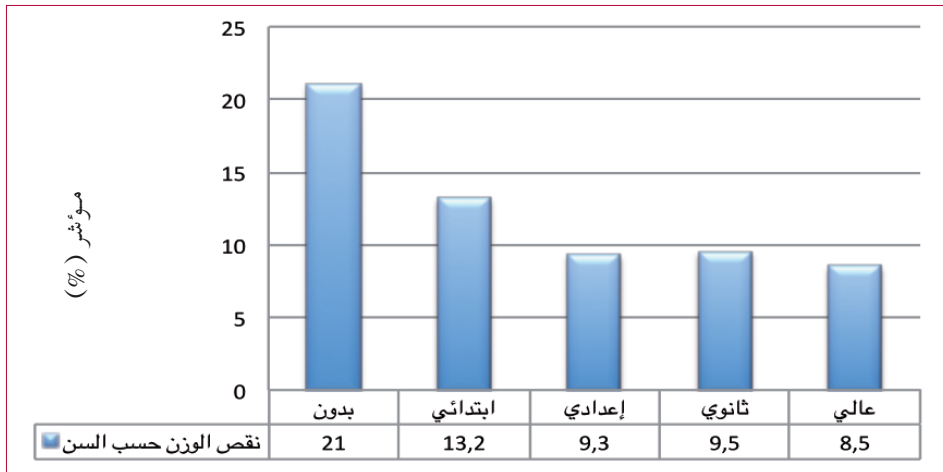
♦ **نقص القامة حسب السن:** تراجع انتشاره من 28,6 % سنة 1987 إلى 18,5 % سنة 2004 وإلى 16,5 % سنة 2011 (474 000 طفل).

• المتوسط العالمي 27 %.

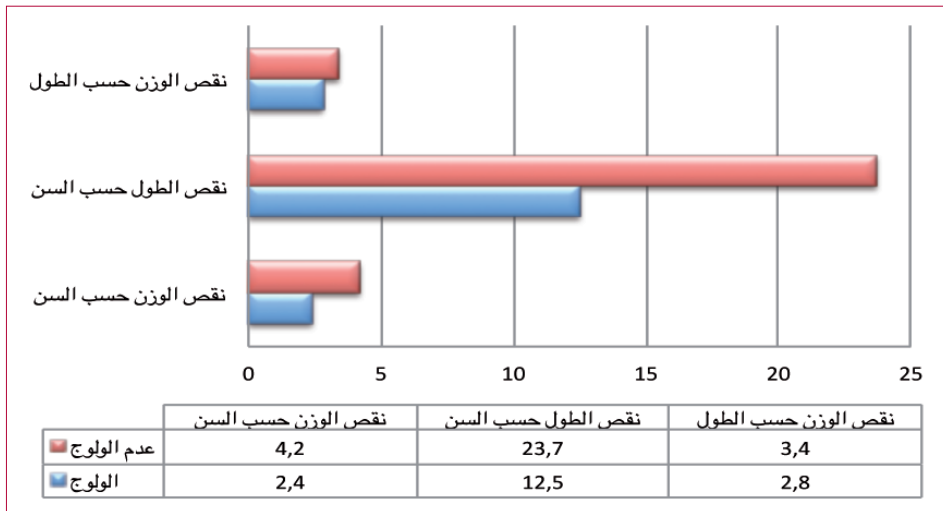
• متوسط البلدان النامية 29 %.

♦ **نقص الوزن حسب القامة:** تراجع انتشاره من 10,2 % سنة 2004 إلى 3 % سنة 2011 وهو أقل من متوسط انتشاره بالبلدان النامية 10 %.

رسم بياني 1 : نقص الوزن حسب المستوى الدراسي للأم



رسم بياني 2 : مؤشرات الصحة-التغذية لدى الأطفال حسب ولوج الماء الصالح للشرب



الصحة-الغذائية للسكان (1)

أنجزت المندوبية السامية للتخطيط في سنة 2011 بحثا وطنيا حول قياس الإناسة، لدى عينة مكونة من 10426 أسرة تم انتقاؤها من عينة البحث الوطني الديموغرافي 2009-2010 التي تتكون من أكثر من 100000 أسرة. يمكن هذا البحث من تشخيص الحالة الصحية-الغذائية للسكان ومن إعداد خريطة جغرافية دقيقة لوضعية الأطفال في هذا الميدان ومن قياس مؤشرات واقعية ملحوظة غير مقدرة عن الفقر متعدد الأبعاد.



السيد أحمد الحليمي علمي، المندوب السامي للتخطيط

مفاهيم وتعريف

تقاس صحة وتغذية الأطفال الأقل من 5 سنوات بمؤشرات حول:

- نقص الوزن حسب السن الذي يعبر عن ضعف الوزن مقارنة بالسن؛
- نقص القامة حسب السن أو قصر القامة حسب السن؛
- نقص الوزن حسب القامة أو ضعف الوزن حسب القامة.

تطور مؤشرات الصحة والتغذية لدى الأطفال بالمغرب

تحسن ملموس:

- ♦ تراجع انتشار نقص الوزن من: 14,8% سنة 1987 إلى 9,3% سنة 2004 وإلى 3,1% سنة 2011، غير أن 29 000 طفل لا زالوا يعانون من هذا المرض. وهو أقل من المعدل العالمي (16%) وأقل مما هو مسجل بالبلدان النامية (18%) خلال الفترة 2006-2010.

نشير إلى أن مفهوم الأمن الغذائي لم يعد يقتصر فقط على توفير كمية كافية من الغذاء يعبر عنها بالسعرات والبروتينات، بل يتعدى ذلك ليشمل أيضا المستوى الكيفي للتغذية السليمة التي لا تهدد صحة الأطفال والكبار على حد سواء. ولهذا الغرض، توجد معايير غذائية متعارف عليها دوليا تهتم الفئات العمرية الأقل من 6 سنوات والفئات العمرية الأكبر من 20 سنة، وهي الفئات التي اهتم بها هذا البحث. في ما يخص الفئة العمرية الأخرى، لا توجد معايير دولية يمكن اعتمادها. ولا تفوتنا الدعوى إلى عقد لقاء علمي يجمع متخصصين مغاربة وربما أجنب أيضا، في التغذية واقتصاد الصحة ونفسانيين وتخصصات أخرى لتدارس الإشكاليات المرتبطة بالصحة والتغذية بالمغرب.

(1) أهم نقط كلمة السيد أحمد الحليمي علمي المندوب السامي للتخطيط بمناسبة تقديم يوم 20 نونبر 2011 نتائج البحث الوطني حول قياس الإناسة الذي أنجزته المندوبية السامية للتخطيط سنة 2011.



الرئيس

أحمد الحليمي علمي
المنذوب السامي للتخطيط

تأسيس ورئاسة التحرير

أحمد الكوهن المغيلي

اللجنة العلمية

عبد الحق علالات

جمال بورشاشن

محمد ادويدش

مراد كرواني

عبد الرحمان حواش

عبد اللطيف الفراخ

عبد العزيز معلمي

محمد تغموتي

الناشر

المركز الوطني للتوثيق

الهاتف: 05 37 77 10 32

05 37 77 09 84

05 37 77 30 08

الفاكس: 05 37 77 31 34

أكدال، الرباط

الإيداع القانوني

2004/139

منشورات

المنذوبية السامية للتخطيط

البريد الإلكتروني:

cahiersduplan@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني:

www.hcp.ma

إنجاز

بابل كوم

الهاتف: 05 37 77 92 74

الفاكس: 05 37 77 03 31

أكدال، الرباط

المطبعة

المعارف الجديدة

الهاتف: 05 37 79 47 08/09

محتويات العدد

■ الصحة الغذائية للسكان

أحمد الحليمي علمي

■ النتائج الأساسية للبحث الوطني حول قياس الإناسة 2011

محمد ادويدش، عبد الجواد ازراري،

ضحى إكيرا وشريفة الوافي

دفاتر التخطيط تنشر المقالات حسب اللغة التي كتبت بها.

الكتاب مسؤولون على محتوى مقالاتهم.

دفاثر النخيط

النتائج الأساسية
للبحث الوطني حول
قياس الإناسة 2011

الصحة الغذائية
للسكان

