WHO EMRO | Mesure de la qualité de vie en relation avec la santé chez la population de Tétouan (Maroc)

PDF version

L. El Emrani,[1] M. Senhaji [1] et A. Bendriss [1]

قياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى سكان تطوان في المغرب، باستخدام استبيان 36-SF: البيانات المعيارية وتأثير النوع والعمر

لطيفة العمراني، مفتاحة الصنهاجي، عبد النبي بندريس

: يعتبر قياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة مكمِّلاً أساسياً للتقييم الطبي الخلاصة.
بيد أنه لم تُجرَ سوى دراسات قليلة من هذا النمط في المغرب . وتهدف هذه الدراسة إلى
إعداد بيانات معيارية لاستبيان 36-SF وتحليل جودة الحياة المرتبطة بالصحة وفقاً
للنوع والسن لدى سكان مدينة تطوان بالمغرب . فقد أعطيت الـ 36-SF لعينة اختيرت بموجب
الحصص النسبية تضم 385 شخصاً تزيد أعمارهم عن 16 عاماً يعيشون في تطوان . وأجريت
مقارنات بين المتوسطات لتحديد دلالة الفروق . فرأت عينة الدراسة أن الصحة النفسية أسوأ
من الصحة البدنية . وكانت متوسطات الدرجات التي منحها الرجال لكافة مجالات الـ 36-SF
أعلى بكثير من تلك التي منحتها لها النساء . وبما أن الإحساس بالصحة - وخاصة الصحة
البدنية - يتراجع مع تقدم السن فقد سجَّل المشاركون الذين تزيد أعمارهم على 55 عاماً
تصوراً سيئاً عن حالتهم الصحية في معظم المجالات التى جرى قياسها . فهذه النتائج تسلط
الضوء على ضعف هاتين الفئتين : النساء وكبار السن .

RÉSUMÉ La mesure de la qualité de vie en relation avec la santé (QVRS) est un complément essentiel à l'évaluation médicale. Cependant, peu d’études en ce sens ont été réalisées au Maroc. Ce travail vise à déterminer les données normatives du questionnaire d’évaluation de la santé Short Form-36 Health Survey (SF-36) et d'analyser la QVRS selon le sexe et l'âge chez la population de la ville de Tétouan au nord du Maroc. Le questionnaire SF-36 a été administré chez un échantillon choisi par quotas qui comprenait 385 sujets de plus de 16 ans vivant dans la ville de Tétouan au nord du Maroc. Les comparaisons des moyennes ont été effectuées pour déterminer la significativité des différences. La population étudiée perçoit sa santé psychique moins bien que sa santé physique. Les hommes ont obtenu des scores significativement plus élevés que les femmes pour tous les domaines du SF-36. La santé perçue, et en particulier physique, décline avec l’âge ; c’est ainsi que les personnes âgées de plus de 55 ans ont une mauvaise perception de la majorité des domaines mesurés. Ces résultats mettent en évidence la vulnérabilité de ces deux groupes : les femmes et les personnes âgées.

Measuring health-related quality of life in the population of Tetouan,

1 / 16

Morocco, by the SF-36: normative data and the influence of gender and age

ABSTRACT Measuring health-related quality of life (HRQOL) is an essential complement to medical evaluation. However, few studies of this type have been conducted in Morocco. This study aims to develop normative data for the SF-36 and analyse the HRQOL according to gender and age in the population of Tetouan city, Morocco. The SF-36 was administered to a sample selected by quotas containing 385 subjects aged over 16 years living in Tetouan. Comparisons of means were done to determine the significance of differences. The study population perceived mental health to be worse than physical health. Men presented significantly higher mean scores than women for all domains of the SF-36. Perceived health, especially physical health, declines with age, and so participants over the age of 55years recorded a poor perception of their health in the majority of domains measured. The results highlight the vulnerability of the two groups: women and the elderly.

1Département de Biologie, Faculté des Sciences, Université Abdelmalek Essaâdi, Tétouan (Maroc) (Correspondance à adresser à L. El Emrani : Tifamed2004@yahoo.fr).

Reçu : 12/01/15; accepté : 01/06/15

Introduction

La mesure de la qualité de vie en relation avec la santé (QVRS) est un complément essentiel à l'évaluation médicale. Depuis quelques années, la mesure de la qualité de vie dans le domaine de la santé se généralise ; par conséquent, les travaux concernant les mesures de la QVRS sont de plus en plus nombreux.

La QVRS est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1993 (1) comme étant « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé d'une manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ». La QVRS est un concept multidimensionnel relié spécifiquement à la santé d'une personne, à la mesure de son fonctionnement, au bien-être et à la perception de la santé générale dans les domaines physique, psychologique et social (2).

Au Maroc, nous assistons actuellement à une évolution dans la politique du pays vers une démocratisation et une intégration de la dimension humaine dans les prises de décision de l'État et la définition des différentes politiques sectorielles. Il est donc primordial de disposer de données permettant le diagnostic de l'état sanitaire de la population. Cependant, peu d'études de QVRS ont été réalisées au Maroc et celles-ci concernent uniquement des groupes ou des patients particuliers (3) ; les études sur la population générale font défaut. C'est dans ce cadre que s'inscrit cette étude qui permettra de mieux diagnostiquer les vrais besoins et attentes de la population, en tenant compte d'une dimension importante qui est la qualité de vie, et de pouvoir ainsi adapter les politiques socio-sanitaires du pays aux besoins et attentes de la population.

Les mesures de la QVRS sont utilisées aussi bien pour déterminer la charge de morbidité dans le domaine économique (4) que pour évaluer les résultats des traitements de maladies chroniques ou en tant que critère important dans les études et les essais cliniques, en particulier en oncologie (1). Elles ont aussi été utilisées pour évaluer la relation médecin-patient dans la pratique médicale, les services de santé, la recherche et dans l'élaboration des politiques sanitaires pour les études en population générale (5). Le concept de QVRS est subjectif, et il est influencé par la personne et ses caractéristiques socio-démographiques (6,7) telles que le sexe, l'âge, la situation matrimoniale , le revenu, l'éducation et la situation géographique, par les facteurs psychosociaux tels que le stress et l'estime de soi et par l'impact des maladies chroniques. La mesure et l'identification des variables qui affectent la QVRS sont cruciales pour guider les professionnels de la santé et les décideurs vers des stratégies d'intervention adaptées pour l'amélioration de ce concept.

On retrouve deux grandes familles d'instruments permettant d'évaluer la qualité de vie : les instruments génériques et les instruments spécifiques. Les instruments génériques fournissent des données sur l'état de santé et la qualité de vie, quelle que soit la pathologie ou même en l'absence de pathologie, et peuvent être utilisés dans les études de la population générale. Les instruments spécifiques d'une pathologie fournissent des données propres à une maladie.

Le questionnaire Short Form-36 Health Survey (SF-36) [Questionnaire d'évaluation de la santé SF-36 en version courte] est l'un des outils génériques de mesure de la QVRS qui peut être utilisé tant dans la pratique clinique que dans les recherches scientifiques. Il permet d'évaluer, de suivre et de surveiller l'état de santé d'une population donnée. En effet, le SF-36 est un questionnaire auto-administré qui génère des scores à travers huit dimensions de la santé perçue. L'échelle est fréquemment utilisée dans les études et les enquêtes et ce, grâce à sa concision, à sa haute reproductibilité, sa validité et sa grande sensibilité aux changements (8). Le SF-36 fait partie des échelles les plus fréquemment utilisées ; il a été traduit en plus de 50 langues. Ses propriétés psychométriques ont été démontrées pour plusieurs conditions

pathologiques et sur différentes populations (8), dont certaines cultures non-occidentales, ainsi que pour des minorités ethniques de certains pays (9), ce qui permet de faire des comparaisons. En matière d'évaluation de la QVRS, le SF-36 est actuellement considéré comme « gold standard ». La revue de la littérature a permis de trouver quelques études utilisant une version en langue arabe du SF-36 (10). L'objectif principal de la majorité de ces études consistait à évaluer la QVRS d'un échantillon spécifique de patients notamment au Maroc (11), mais peu d'études se sont intéressées à la population générale dans les pays arabes (10,12).). Une étude antérieure a été faite sur la population de Tétouan en utilisant comme instrument de mesure le profil de santé de DUKE, qui privilégie le côté psychique et qui présente des dimensions de dysfonctionnement tel que l'anxiété et la dépression qui n'existent pas dans d'autres instruments de mesure de QVRS (13). Une autre étude portant sur le même échantillon et utilisant le SF-36 comme instrument de mesure a montré l'effet du niveau d'étude et de l'état matrimoniale sur la QVRS qui a été significativement affectée par ces variables (14).

L'évaluation et la surveillance de la santé - qualité de vie liée (QVRS) dans la population générale de notre pays aura un intérêt considérable. Cela donne des résultats complémentaires aux indicateurs de mortalité et de morbidité traditionnels, qui pourraient être utiles pour évaluer les disparités en matière de santé ou mesurer l'efficacité des politiques de soins de santé. Ces mesures comportent de multiples applications potentielles, comme la surveillance de l'évolution de l'état de santé de la population, l'évaluation des performances des politiques de santé publique menées, l'identification de populations à risque ou l'aide à l'élaboration d'interventions. Les valeurs normatives du SF-36 pour la population marocaine n'existent pas. Dans cette étude, nous nous sommes proposés d'évaluer la QVRS à travers une enquête à l'aide du SF-36, et d'analyser celle-ci selon le sexe et l'âge chez la population de la ville de Tétouan au nord du Maroc.

Méthodes

Échantillon d'étude

L'échantillon, dont la taille a été définie par le calculateur en ligne Raosoft (14) pour une population-mère de 318 698 individus, un intervalle de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%, est composé de 385 personnes âgées de plus de 16 ans et vivant dans la ville de Tétouan au nord du Maroc.

La méthode d'échantillonnage utilisée est celle par quotas (15). Son principe est de sélectionner des unités de manière à ce que l'échantillon reflète la population pour les critères considérés a priori comme importants, le choix final des personnes interrogées étant laissé à l'initiative de l'enquêteur. Les différents quotas ont été calculés à partir des proportions réelles de la population-mère en ce qui concerne le sexe et l'âge (Tableau 1). Le questionnaire a été auto-administré, ou hétéro-administré pour les personnes qui ont un faible niveau d'études ou qui sont illettrées. L'enquête a été réalisée en essayant de toucher directement le cœur de la

population ciblée avec ses différents niveaux socio-économiques et d'une manière dispersée sur le territoire de la ville. Il fallait absolument vérifier que les sondés interrogés correspondent véritablement à la cible recherchée et éliminer les questionnaires remplis par des répondants n'en faisant pas partie, ou ceux qui sont incomplets.

Questionnaire

Le questionnaire appliqué se composait de deux parties : une partie correspondant aux données socio-démographiques (âge, sexe) et l'autre au SF-36.

Le Medical Outcome Study-Short Form-36 (MOS SF-36 ou SF-36) a été développé par Ware et Sherboune (1992) aux États-Unis (16). La présente étude a utilisé la version arabe du SF-36 (10), qui a été traduite et adaptée au Liban en suivant la méthodologie du projet IQOLA (International Quality of Life Assessment) (17). Le questionnaire SF-36 est générique et auto-administré. Il comporte 36 questions qui se regroupent pour donner huit domaines de santé perçue, lesquels sont les suivants :

Activité physique (Physical Functioning) ou PF

Limitations dues à l'état physique (Role Physical) ou RP

Douleurs physiques (Bodily Pain) ou BP

Santé perçue (General Health) ou GH

Vitalité (Vitality) ou VT

Vie et relations avec les autres (Social Functioning) ou SF

Santé psychique (Mental Health) ou MH

Limitations dues à l'état psychique (Role Emotional) ou RE.

Le score de chaque échelle varie de 0 à 100 (techniques des sommations) ; un score élevé indique un niveau élevé d'activité et/ou une bonne santé, par contre un score bas indique un niveau faible d'activité et/ou une mauvaise santé. Ces scores permettent de calculer deux scores résumés (de second ordre) : le score résumé physique ou Physical Health Status (PCS) et le score résumé mental ou Mental Health Status (MCS) (18). Dans l'ensemble, nous avons analysé 10 scores, à savoir les scores des huit domaines du SF-36 plus les deux scores résumés physique et mental.

L'échelle est facile à administrer et le calcul du score est aisé, ce qui permet de déterminer le profil de QVRS d'une personne.

Collecte de données et mesure des scores

La saisie des données et le calcul des différents scores de santé sont effectués à l'aide d'une feuille de données que nous avons modélisée sur le logiciel Sphinx version 5, ce qui a permis le calcul automatique des scores.

Analyse statistique

Les résultats quantitatifs sont exprimés en moyennes et écart type. Les comparaisons des moyennes ont été réalisées par le test t de Student avec un seuil de significativité de 5%. L'analyse a été faite en fonction du sexe et en fonction des classes d'âge (Tableau 1).

Résultats

Étude de l'ensemble de l'échantillon

Les résultats de l'étude (Tableau 2) montrent que l'ensemble de l'échantillon présente un score d'activité physique assez élevé (75,2). Par contre, celui des limitations dues à l'état physique est de 60,4. Par ailleurs, les douleurs physiques sont aussi non négligeables (69,9). Ainsi, les sujets étudiés perçoivent leur santé comme moyenne (53,9). Le score de la vitalité chez la population est modeste et n'est que de 56,3.

Les personnes de notre population ont un score de santé psychique de 64,4 ; ceci montre qu'elles présentent une santé psychique moins bonne en comparaison avec la santé physique. Ce résultat traduit l'importance relative des sentiments de nervosité et les activités en relation avec l'état psychique. Ceci est remarqué également avec le score des limitations dues à l'état psychique qui est assez moyen (56,1). Par contre, les activités sociales (vie et relations avec les autres) sont assez bonnes (71,1).

Les scores résumés physique et psychique obtenus chez la population de Tétouan sont relativement bas, avec respectivement 45,8 et 40,9. Cependant, le score résumé physique reste supérieur au score résumé psychique.

Étude comparative selon le sexe

L'étude des scores du SF-36 selon le sexe (Tableau 2) montre l'existence d'une différence entre les hommes et les femmes. D'une manière générale, les hommes expriment une meilleure qualité de vie par rapport aux femmes pour les différentes dimensions mesurées. C'est ainsi que les hommes obtiennent des scores de qualité de vie supérieurs à ceux des femmes avec une différence très significative ($p < 0,0001$) pour toutes les dimensions du SF-36. Les écarts les plus marqués ont été observés pour les limitations dues à l'état psychique (67,2 versus 45,3), les limitations dues à l'état physique (68,6 versus 52,7), les douleurs physiques (75,2 versus 64,8) et l'activité physique (80,2 versus 70,4).

Étude comparative selon l'âge

L'étude comparative (Tableau 3) montre une diminution de l'activité physique avec l'âge. Les deux premières classes d'âge présentent des valeurs significativement élevées (82,0 et 82,1 ; $p \leq 0,01$) ; par contre, les personnes de plus de 55 ans ont un score significativement bas (55,1 ; $p \leq 0,01$). Pour les limitations dues à l'état physique et la santé perçue, on remarque que les scores significativement élevés sont ceux des personnes âgées de 25 à 34 ans (respectivement, 71,8 ; $p < 0,05$ et 57,7 ; $p < 0,05$). Puis ils diminuent progressivement pour atteindre des scores significativement bas chez les personnes de plus de 55 ans (respectivement, 40,9 ; $p \leq 0,01$ et 48,3 ; $p < 0,05$).

Concernant la vitalité, on remarque que les personnes de 25 à 34 ans présentent un score significativement élevé (60,7 ; $p < 0,05$), puis il diminue progressivement. Les scores de la vie et relation avec les autres tendent à diminuer pour atteindre une valeur significativement basse pour le dernier groupe (63,7 ; $p < 0,05$).

Les limitations dues à l'état psychique atteignent une valeur significativement élevée chez la deuxième classe d'âge (70,8 ; $p \leq 0,01$) et oscillent jusqu'à atteindre une valeur significativement basse au-delà de 55 ans (39,7 ; $p \leq 0,01$). Le score résumé physique montre des valeurs significativement élevées chez les deux premières classes d'âge (48,1 ; $p \leq 0,01$) et baisse jusqu'à atteindre un score significativement bas chez les personnes de plus de 55 ans (39,9 ; $p \leq 0,01$).

Par contre, le score des douleurs physiques, la santé psychique et le score résumé psychique ne montrent pas de variations significatives selon l'âge.

Discussion

De manière générale, la perception de la qualité de vie en relation avec la santé chez notre population est moyenne, avec des scores moyennement élevés à relativement bas. Ceci traduit un certain malaise et l'insécurité de notre population qui est peut-être en rapport avec sa perception du système de santé. En effet, ces scores sont plus faibles par rapport aux normes de la France (19), des États-Unis (20), du Canada(21), et de la Suède (22) pour toutes les dimensions. Ceci peut s'expliquer par la qualité des services sanitaires de ces pays, leur systématisation de l'utilisation des études de QVRS dans la définition et l'adaptation de leurs politiques sectorielles en général, et sanitaires et sociales en particulier.

Le résultat de la comparaison avec les pays arabes est plus mitigé : cela dépend du pays et de la dimension du SF-36 considérée. En effet, comparée au Liban (10), notre population possède des scores plus bas pour les dimensions activité physique, limitations dues à l'état physique, santé perçue et vitalité alors que ceux pour les dimensions douleurs physiques, vie et relations avec les autres, limitations dues à l'état psychique et santé psychique sont plus élevés, ce qui pourrait s'expliquer par les particularités sociales de ce pays. Par contre, les normes du SF-36 en Jordanie montrent que la population perçoit moins bien sa santé par rapport à la nôtre, sauf pour les dimensions santé perçue et limitations dues à l'état psychique (12).

Par ailleurs, nos résultats montrent que les scores les plus bas sont obtenus pour la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique et la santé psychique, dimensions principalement en rapport avec la santé psychique, alors que les scores les plus élevés correspondent à l'activité physique, aux limitations dues à l'état physique, aux douleurs physiques et à la vie et relations avec les autres, dimensions principalement en relation avec la santé physique ou somatique. Il semblerait que la population d'étude perçoit plus de problèmes en rapport avec la santé mentale. Ceci est corroboré par les scores résumés physique (45,8) et mental (40,9). Ces résultats concordent avec ceux d'une étude antérieure sur la même population utilisant le profil de santé de DUKE qui a révélé des scores de dysfonctionnement

psychique (anxiété, dépression..) assez importants (13). Le réel malaise psychique perçu par la population est cohérent avec les résultats de l'enquête sur la santé mentale au Maroc réalisée en 2005, qui conclut que la santé mentale est un réel problème de santé publique au Maroc (23). Une autre étude comparative entre le Royaume-Uni et les États-Unis a montré que la qualité de vie mentale (MCS) en Angleterre était plus élevée qu'aux États-Unis (53,1 versus 51,1) (24). Mais, comparés aux nôtres (MCS = 40,9), ces résultats restent assez bons (avec une différence supérieure à dix points), ce qui reflète la mauvaise perception de la santé mentale chez notre population.

Par ailleurs, nos résultats quant à la dimension douleurs physiques, qui sont relativement bons (69,9), semblent être en discordance avec les résultats d'une étude réalisée en 2003 qui montre que 61% des enquêtés déclarent avoir expérimenté une douleur physique d'intensité variable (25). Cette contradiction apparente pourrait s'expliquer par des différences méthodologiques et/ou de population de référence. En ce qui concerne les scores résumés physique et psychique, nous constatons qu'ils sont, aussi bien l'un que l'autre, inférieurs à 50 (respectivement 45,8 et 40,9), ce qui traduit la mauvaise perception de la santé quand on combine toutes les dimensions concernées. Il est à noter que la santé mentale est plus mal perçue que la santé physique. Si les résultats qui émanent de cette enquête rejoignent pour la plupart ceux des données internationales, l'exploitation de cette enquête dans le domaine de la surveillance épidémiologique de la santé mentale constitue un apport de connaissances encore peu disponibles pour notre population. De ce fait, un travail de fond doit être réalisé par les décideurs et les intervenants afin d'orienter des interventions prioritaires pour améliorer les déterminants qui agissent sur la santé mentale.

Les résultats de l'étude indiquent que les dimensions du SF-36 dépendent du sexe. Les femmes perçoivent moins bien leur santé, et ce avec une différence très significative pour toutes les dimensions de santé. Des différences similaires ont été relevées au Liban (10), aux États-Unis (20), au Canada (21), en France (19), en Suède (22) et au Royaume-Uni (26). Le même constat a été fait dans diverses enquêtes réalisées au Maroc (23,25,27), ainsi que l'étude de QVRS chez notre population à l'aide du profil de DUKE qui a révélé des scores de santé bas chez les femmes avec des scores de dysfonctionnement significativement élevés.

Il est vrai qu'au Maroc, l'espérance de vie chez les hommes (73,9 ans) est moins élevée que celle des femmes (75,6 ans). Mais cela ne veut pas dire que les femmes jouissent d'une meilleure santé (28). En effet, les femmes subissent plus de périodes d'invalidité de longue durée et de maladies chroniques que les hommes ; de plus, elles ont une incidence plus élevée de symptômes psychologiques et de grande détresse psychologique (29).

Cette différence peut être expliquée par des facteurs biologiques et génétiques, auxquels s'ajoutent des facteurs sociaux (30) tels que le niveau d'éducation, la profession et le revenu qui agissent sur la santé des hommes et des femmes (31). Les prédicteurs sociaux de la santé agissent différemment sur les hommes et les femmes, ces dernières étant sujettes à une confrontation plus fréquente à des facteurs stressants et à des conflits liés à leur rôle social, et de ce fait plus sensibles aux facteurs psychosociaux, par rapport aux hommes qui sont plus sensibles aux facteurs comportementaux (31). Les femmes assument plus de responsabilités de par leur rôle de mère et d'épouse, et parfois elles prennent en charge des personnes âgées ; à tout cela peut s'ajouter le travail. Toutes ces responsabilités sont assurées souvent au détriment de leur propre santé. De plus, la femme peut occuper des postes à rémunération moins élevée et vivre davantage de discrimination en milieu de travail que les hommes (32).

Au Maroc, malgré les améliorations des indicateurs socio-économiques et de la condition féminine sur le plan législatif, juridique, administratif et socio-économique, la femme reste la plus affectée par l'analphabétisme, la pauvreté et le chômage, ce qui se traduit par une forte vulnérabilité (33). En ce sens, l'OMS recommande d'intégrer le genre dans la politique sanitaire des pays afin d'adapter les services aux attentes et besoins spécifiques des femmes (28).

L'amélioration de la santé des femmes est toujours un moyen d'améliorer la santé de l'ensemble d'une population. Or la santé des femmes ne fait l'objet d'aucune politique dédiée, hormis les actions de santé relatives à ses spécificités biologiques (cancers du sein, de l'utérus, etc.). Afin de réduire les disparités entre hommes et femmes en matière de santé, de services médicaux et de soins de santé, les décideurs et les intervenants dans le domaine de la santé devraient intégrer explicitement la problématique hommes-femmes dans leurs politiques et programmes, c'est-à-dire mesurer, avant toute décision, ses éventuels effets sexospécifiques pour notre population.

L'analyse selon l'âge montre que toutes les dimensions du SF-36 en dépendent, sauf les dimensions douleurs physiques, santé psychique et le score résumé psychique où l'âge ne semble pas avoir d'effet significatif. Les scores des dimensions activité physique, vie et relations avec les autres et le score résumé physique diminuent avec l'âge, mais ceux des dimensions limitations dues à l'état physique, santé perçue, vitalité et limitations dues à l'état psychique ne le font qu'après la classe d'âge 25-34 ans. La baisse est plus prononcée dans les mesures liées à la santé physique.

Plusieurs études ont montré que les scores du SF-36 diminuent avec l'âge. C'est le cas au Liban (10), au Canada (21), en Suède (22) et en France (19). Des conclusions similaires ont été rapportées chez la population des États-Unis (20) et du Royaume-Uni (26), en particulier pour

les dimensions qui sont les plus sensibles au fonctionnement physique et au bien-être. La diminution de la QVRS en fonction de l'âge a été également marquée dans l'étude utilisant le profil de DUKE avec l'augmentation des scores de dysfonctionnement (13).

Les résultats les plus significatifs à travers notre étude montrent que les personnes âgées de plus de 55 ans ont une mauvaise perception de la majorité des domaines mesurés (six scores significativement bas sur 10), surtout ceux en relation avec la santé physique et les relations avec les autres. En effet, chez les personnes âgées, le déclin de la santé, en particulier physique, est attribué au processus de vieillissement naturel qui constitue un terrain propice au développement de maladies dont les répercussions empirent avec l'âge, engendrant souvent des comorbidités en plus des changements dans la vie sociale et professionnelle (34). En ce sens, l'enquête réalisée au Maroc en 2006 par le Haut-Commissariat au Plan a montré que les principales affections chroniques touchant les personnes âgées étaient les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète, le cancer, les maladies respiratoires dont les broncho-pneumopathies, les atteintes articulaires et les maladies neurologiques et psychiatriques, dont la dépression et la démence (35).

En outre, les limitations dues à l'état psychique chez les personnes âgées de notre population sont assez importantes, ce qui est en concordance avec les résultats d'une étude réalisée par le Ministère de la Santé du Maroc en 2003, laquelle a mis en évidence le problème de douleur, de dépression et de tristesse chez les personnes âgées et leur difficulté à se détendre et se reposer (25). Ces personnes ont des difficultés non négligeables dans les activités de la vie quotidienne et dans leurs relations avec les autres en raison de problèmes physiques ou émotionnels, ce qui met en évidence leur besoin d'être considérées et appréciées, de se sentir utiles, dignes de vivre, sentiment qui les aide à faire face à leurs angoisses. De ce fait, le rôle de la famille ainsi que de la société dans le soutien moral et social des personnes âgées devient primordial (35).

Approfondir la connaissance de cette catégorie de la population afin d'éclairer les différents intervenants dans le domaine des politiques en faveur des personnes âgées est l'un des objectifs ultimes de cette enquête. Si le vieillissement est inéluctable sur le plan démographique, il importe d'en relativiser les implications sociales et économiques. À l'instar de la plupart des pays arabes et musulmans, la solidarité familiale se porte bien au Maroc, mais pour combien de temps encore ? Il en ressort qu'il est essentiel d'opter pour des actions de vulgarisation de proximité afin d'engager les opérateurs de développement et impliquer les personnes âgées et leurs familles dans le but de trouver des voies de sortie et connaître des percées plus ambitieuses pour une vieillesse épanouie. L'efficacité d'un tel défi repose sur la formulation d'une législation précise en faveur des personnes âgées, des institutions efficaces d'assistance, un financement étudié, un personnel de gestion adapté et une large sensibilisation pour une meilleure compréhension des spécificités de la vieillesse.

La classe des jeunes de moins de 24 ans et celle des 25-34 ans ont des scores de santé physique – activité physique et score résumé physique – significativement plus élevés, ce qui semble logique vu leur jeune âge. Par contre ces jeunes ont des problèmes de perception de leur vie sociale mesurée par le profil de DUKE (13). En plus, ce sont les personnes âgées de 25-34 ans qui ont une meilleure perception de leur santé physique, perçue et émotionnelle (six dimensions hautement significatives sur 10). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que c'est dans cette tranche d'âge que la personne acquiert plus de stabilité en s'intégrant dans le domaine professionnel (taux d'activité = 59,1% en milieu urbain) et en se mariant (âge moyen du mariage de 32,5 ans chez les hommes et de 27,4 ans chez les femmes) (36) puisque la perception de la santé est sous l'influence de déterminants sociaux (30) tels que le niveau d'éducation, la profession et le revenu.

Donc nos résultats confirment l'intérêt de l'analyse de la QVRS au niveau populationnel et de la recherche des déterminants agissant sur celle-ci. Si la population générale a de réels problèmes dans la perception de la QVRS, les disparités affectant certains groupes comme les femmes et les personnes âgées semblent importantes. Il apparaît que la qualité des déterminants sociaux de la santé observée dans ce cadre aide à expliquer les grandes inégalités qui existent en matière de santé au Maroc.

Le Maroc a réussi relativement à améliorer les conditions sanitaires et économiques de la population en général au cours des 20 dernières années comme en témoignent un certain nombre d'indicateurs, mais les inégalités de santé entre groupes demeurent encore un défi majeur.

Conclusion

Les résultats de cette étude peuvent être considérés comme des données normatives du SF-36 pour la population de la ville de Tétouan, et peuvent être utilisables pour des comparaisons avec des populations spécifiques dans des études futures.

Par ailleurs, il apparaît qu'il y a un réel problème dans la perception de la santé chez la population qui perçoit sa santé psychique moins bien que sa santé physique. Les femmes perçoivent moins bien leur santé à tous les niveaux par rapport aux hommes. La santé perçue et en particulier la santé physique déclinent avec l'âge. C'est ainsi que les personnes âgées de plus de 55 ans ont une mauvaise perception de la majorité des domaines mesurés. Ceci met en évidence la vulnérabilité de ces deux groupes – les femmes et les personnes âgées –, d'autant plus que le Maroc connaît une transition démographique représentée par un vieillissement de la

population.

L'un des défis majeurs est donc de permettre à ces catégories de population, affectées par différents types de vulnérabilités, de s'intégrer dans les processus de progrès sanitaire mis en œuvre à l'échelle régionale et nationale. De ce fait, nous recommandons de réaliser des grandes enquêtes similaires et périodiques (comme c'est le cas dans certains pays développés) à l'échelle régionale et nationale. Un travail de fond doit être réalisé par les décideurs et intervenants afin d'améliorer les déterminants de la santé perçue et d'adapter les différentes actions et politiques aux besoins de la population, et surtout de ces groupes vulnérables. Il est nécessaire de mettre en œuvre une approche globale de promotion de la santé, prenant en compte l'ensemble des dimensions sanitaire, sociale, économique, culturelle, etc., qui affectent et conditionnent la vie et la survie des populations.

Conflit d'intérêt : aucun.

References

1. The WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993 Apr;2(2):153–9. PMID:8518769

2. Apolone G, Mosconi P. Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. Nephrol Dial Transplant. 1998;13(1) Suppl 1:65–9. PMID:9507501

3. Khoudri I, Belayachi J, Dendane T, Abidi K, Madani N, Zekraoui A, et al. Measuring quality of life after intensive care using the Arabic version for Morocco of the EuroQol 5 Dimensions. BMC Research Notes 2012;5:56 (http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/56, consulté le 15 novembre 2015).

4. Gold MR, Muennig P. Measure-dependent variation in burden of disease estimates: implications for policy. Med Care. 2002 Mar;40(3):260–6. PMID:11880798

5. Lanborena N. Análisis de la situación de salud y utilización de servicios sanitarios de los colectivos magrebí y subsahariano asentados en la CAPV [Analysis of the health status and health care utilization of the Maghreb and sub-Saharan populations living in the Basque Country]. In: Rodriguez L, Lanborena N, Pereda C, editors. Epidemiología sanitaria y social en los colectivos de inmigrantes asentados en la comunidad autónoma del País Vasco – espacio público-espacio privado [Epidemiology of the health and social of immigrant groups settled in the autonomous community of Basque Country – public sector-private sector]. Leioa ; Universidad del País Vasco Pereda; 2006 :85–104 (http://www.ehu.eus/imisate/Resources/I%20Jornadas%20inmigracion%20baja.pdf, consulté le 26 octobre 2015.

6. Kivits J, Erpeldingb M-L, Guillemin F. Social determinants of health-related quality of life. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2013 ; 61(3):S189–S194.

7. El Kissi Y, Amamou B, Hidar S, Ayoubi Idrissi K, Khairi H, Ben Hadj Ali B. Quality of life of

infertile Tunisian couples and differences according to gender . International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2014; 125:134-137.

8. Ware JE Jr, Gandek B, Kosinski M, Aaronson NK, Apolone G, Brazier J, et al. The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol. 1998 Nov;51(11):1167–70. PMID:9817134

9. Bekker MHJ, Lhajoui M. Health and literacy in first and second-generation Moroccan Berber women in the Netherlands : Ill literacy? Int J Equity in Health. 2004 Jun 28;3(1):8.

10. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. Health Qual Life Outcomes. 2003 Aug 6;1:30. PMID:12952543

11. Ibn Yacoub Y, Amine B, Laatiris A, Hajjaj-Hassouni N. Health-related quality of life in Moroccan patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2012 Oct;31(10):1471–7. PMID:22903698

12. Khader S, Hourani MM, Al-Akour N. Normative data and psychometric properties of short form 36 health survey (SF-36, version 1.0) in the population of north Jordan. East Mediterr Health J. 2011 May;17(5):368–74. PMID:21796947

13. El Emrani L, Bendriss A, Senhaji M. Santé et qualité de vie?: situation pour la population de Tétouan (Maroc). Santé Publique. 2013; 25(5):639–46. PMID: 24418427

14. El Emrani L, Bendriss A, Senhaji M. Evaluation de la qualité de vie en relation avec la santé chez la population de Tétouan (Maroc) à l'aide du SF-36: l'influence du niveau d'étude et de l'état matrimonial. International Journal of Innovation and Applied Studies. 2014; 7(2):815–22.

15. Sample size calculator. Raosoft (www.ezsurvey.com/samplesize.html, consulté le consulté le 9 octobre 2015).

16. Grawitz M. Méthodes des sciences sociales, 9e édition [Social science methods, 9th edition]. Paris: Dalloz; 1993.

17. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992 Jun;30(6):473–83. PMID:1593914

18. Gandek B, Ware JE Jr. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol. 1998 Nov;51(11):953–9. PMID:9817112

19. Leplège A, Ecosse E, Pouchot J, Coste J, Perneger T. Le questionnaire MOS SF-36 – Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores [The MOS SF-36 Questionnaire - user manual and guide to interpretation of scores]. Paris: ESTEM; 2001.

20. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.

21. Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T, Tenenhouse A, Poliquin S, Berger C, et al. Canadian normative data for the SF-36 health survey. CMAJ Canadian Medical Association Journal 2000;163(3):265-271. PMID:10951722

22. Sullivan M, Karlsson J. The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. J Clin Epidemiol. 1998 Nov;51(11):1105–13. PMID:9817128

23. Asouab F, Agoub M, Kadri N, Moussaoui D, Rachidi S, Tazi MA, et al. Prévalence des troubles mentaux dans la population générale marocaine (Enquête nationale, 2005)

[Prevalence of mental disorders in the Moroccan general population (National Survey, 2005)]. Bulletin Épidémiologique, Direction de l'Épidémiologie et de Lutte Contre les Maladies, Ministère de la Santé du Maroc. 2007;(61-62-63-64):1–7 (http://www.sante.gov.ma/Publications/Bulletins/Documents/final%202005.pdf?Mobile=1&Source=%2FPublications%2FBulletins%2F_layouts%2Fmobile%2Fview.aspx%3FList%3D57e26ea4-2543-4637-8894-ff7e3ce06f84%26View%3D773d5848-75bf-4864-b0f2-b21944dcf965%26CurrentPage%3D1).

24. Franco OH, Wong YL, Kandala NB, Ferrie JE, Dorn JM, Kivimäki M, et al. Cross-cultural comparison of correlates of quality of life and health status: the Whitehall II Study (UK) and the Western New York Health Study (US). Eur J Epidemiol. 2012 Apr;27(4):255–65. PMID:22392587

25. Enquête sur la sante et la reactivite du systeme de sante-Maroc 2003 [Survey on health and responsiveness of the health system in Morocco, 2003]. Rabat: Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières, Service des Études et de l'Information Sanitaire; 2007 (http://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ESRSSM2003.pdf, consulté le 10 octobre 2015).

26. Jenkinson C, Stewart-Brown S, Petersen S, Paice C. Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. J Epidemiol Community Health. 1999 Jan;53(1):46–50. PMID:10326053

27. Enquête nationale a indicateurs multiples et sante des jeunes - ENIMSJ 20062007 [National survey of the health of the young using multiple indicators - ENIMSJ 2006–2007]. Rabat: Ministère de la Santé; 2008 (http://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ENIMSJ_%20Rapport%20final.pdf, consulté le 10 octobre 2015).

28. Les femmes et la santé : La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain [Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2009.

29. Derogatis LR, Derogatis MF. SCL-90 and the BSI. In: Spilker B, editor. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott- Raven; 1996 :323–35.

30. Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. Soc Sci Med. 1999 Mar;48(6):745–55. PMID:10190637

31. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. Soc Sci Med. 2004 Jun;58(12):2585–600. PMID:15081207

32. Zerari H. Femmes du Maroc entre hier et aujourd'hui : quels changements ? Recherches internationales [Moroccan women between then and now : what has changed?]. 2006; 77(3):65–80. http://www.recherches-internationales.fr/RI77/RI77-hayat-zerari.pdf, consulté le 30 novembre 2015).

33. Yaakoubd A. La dimension sociale de la santé au Maroc [The social dimension of health in Moroco]. In: Aboussad A, Cherkaoui M, Vimard P, editors. Santé et vulnérabilités au Maroc, 1re édition. Marrakech: El Watanya; 2010 :25–56.

34. Goldman N, Glei DA, Chang MC. The role of clinical risk factors in understanding self-rated health. Ann Epidemiol. 2004 Jan;14(1):49–57. PMID:14664780

35. Fassi Fihri M. État de santé et morbidité chez les personnes âgées au Maroc. In:

Haut-Commissariat au Plan. Les personnes âgées au Maroc : Profil, santé et rapports sociaux. Analyse des résultats de l'Enquête nationale sur les personnes âgées ENPA 2006 [Health status and morbidity of the elderly in Morocco. In: High Commission for Planning. The elderly in Morocco: Profile, health and social relations. Analysis of the results of the National Survey on the elderly ENPA 2006]. Rabat: Haut-Commissariat au Plan; 2009 : 95–134 (www.hcp.ma/file/111758/, consulté le 10 octobre 2015).

36. Les indicateurs sociaux du Maroc en 2010 [The social indicators for Morocco 2010]. Rabat: Haut-Commissariat au Plan; 2010 (www.hcp.ma/file/124220/, consulté le 10 octobre 2015).

Thursday 11th of July 2024 02:23:57 PM