

I- INTRODUCTION : DONNEES GENERALES SUR LE MAROC :

Le Maroc est situé à l'angle Nord-Ouest du continent Africain.

Sa façade maritime s'étend sur 3446 Km.

Sa superficie est d'environ 710.850 Km² dont une part importante est couverte de zones montagneuses et zones arides.

Le Maroc est dirigé par SA MAJESTE LE ROI MOHAMED VI, QUE DIEU LE GLORIFIE, dans le cadre d'une monarchie constitutionnelle, avec multipartisme, deux chambres, avec séparation du pouvoir.

L'Administration du territoire est organisée en provinces, préfectures et Wilayas à la tête des quelles un gouverneur est nommé par dahir.

Sur le plan sanitaire ; malgré l'évolution, et le chemin parcouru, la santé au Maroc présente encore des indicateurs alarmants :

- Le taux de mortalité maternelle : 132 pour **100 000** naissances vivantes
- Le taux de mortalité infantile de **40** pour **1 000** naissances
- La couverture médicale : **30 %** de la population.

PROFIL DE LA POPULATION MAROCAINE

Année	1960	1982	2008
Population totale (en milliers)	11 626	20 419	31 177
Population urbaine (en milliers)	3 389	8 730	17 730
Population rurale (en milliers)	8 236	11 689	13 447
Proportion de la population urbaine (%)	29,1	42,7	56 ,9

Source : Haut Commissariat au Plan

Population selon les grands groupes d'âges

Grands groupes d'âges	1960 (%)	1982 (%)	2008 (%)
00 – 14 ans	44,4	42,2	28,6
15 – 59 ans	48,4	51,5	63,4
60 ans et plus	7,2	6,3	8,0
Total	100,0	100,0	100,0

Source : Haut Commissariat au Plan

POPULATION ET TAUX D'URBANISATION

REGIONS CLASSEES SELON LA TAILLE DE LA POPULATION	POPULATION EN MILLIERS (2008)	TAUX D'URBANISATION %
1- Grand Casablanca	3 841	90,6
2 -Marrakech -Tensift- Al Haouz	3 212	41,2
3 -Sous - Massa - Draa	3 285	43,7
4-Tanger- Tetouan	2 623	59,5
5-Rabat-Salé-Zemmour -Zaair	2 512	82,1
6- Méknès - Tafileit	2 210	58,6
7- Doukkala - Abda	2 031	36,8
8- Oriental	1 952	64,9
9- Taza-Al louceima Taounat	1 811	27,2
10- Gharb -Chrarda -Bni Hsen	1 930	43,7
11- Chaouia- Ourdigha	1 691	46,0
12-Tadal-Azilal	1 477	37,9
13- Fès - Boulemane	1 661	73,2
14- Guelmim - Essemara	495	64,2
15- Laayoune - Boujdour Sakia El Hamra	295	92,9
16- Ouad Eddahab - Lagouira	151	54,3

Source : Haut Commissariat au Plan

Mariage

L'âge moyen au premier mariage au niveau national est de **29,5** ans,

Fécondité

La fécondité des femmes en âge de procréation est saisie à travers :

Le taux de fécondité : le rapport du nombre total d'enfants vivants à la naissance par le nombre moyen de femmes fécondes pour une année donnée

L'indice synthétique de fécondité : le nombre moyen d'enfants que des femmes auraient au cours de leur vie si, à tout âge, leur niveau de fécondité était celui de l'année considérée

L'indice synthétique de fécondité s'élève à **2,28 enfants par femme** pour l'ensemble du pays

Le taux brut de natalité : 19,5 pour mille

Le taux brut de mortalité : 5,8 pour mille

Le taux de mortalité infantile : 40 pour 1 000 naissances

Le taux de mortalité maternelle : 132 pour 100 000 naissances vivantes

Le taux d'accroissement annuel :

Il décrit le rythme d'augmentation du nombre d'individus au sein d'une population. Il est de 1,4%

L'espérance de vie à la naissance : 72,6 ans :

- pour le sexe féminin 73,9 ans.
- pour le sexe masculin 71,4 ans.

Ménages disposant de l'électricité
et de l'eau courante

	ELECTRICITE				EAU COURANTE			
ANNEE	1994	1996	2004	2008	1994	1996	2004	2008
URBAIN (%)	80.7	85.8	89,9	97,4	74.2	76.1	83,0	89,8
RURAL (%)	9.7	10.6	43,2	80	4.0	4.3	18,1	43,2

II- APPROCHES ET CONCEPTS EN SANTE PUBLIQUE ET COMMUNAUTAIRE

II-1-Introduction

De nos jours, deux données fondamentales sont à la base de toute réflexion sur l'état de santé et la politique de santé :

1. L'accès aux soins et à la protection de la santé est un droit fondamental de l'homme. Dans ce contexte chaque pays, compte tenu de son développement économique et social, de son organisation politico-administrative, traduit ce droit dans un système sanitaire qui lui est propre.
2. La santé est une condition indispensable à tout développement socio-économique d'un pays

II-2 Définition de la santé, le concept moderne de santé.

L'OMS, dans sa constitution de 1946, a défini "la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social".

Les dictionnaires indiquent que " la santé est l'absence de maladie et d'infirmité " ce qui est vrai, comme il est vrai que la richesse est l'absence de pauvreté, la paix l'absence de guerre.

- Mais qu'est ce qu'un état de complet bien-être ?
- Ne peut-il, dans certains cas, être à l'opposé de ce que nous reconnaissons généralement comme un état de santé? (L'ivrogne jovial, le fumeur impénitent, le drogué satisfait qui trouvent leur bien-être dans - l'alcool, le tabac ou la drogue sont-ils des êtres en bonne santé ?).
- Peut-être faut-il dépasser cette notion de bien être et donner à la santé une dimension plus large. Une définition statique est aujourd'hui largement dépassée.

La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine, biologiques, psychologiques, sociales et économiques.

Cet équilibre exige :

- d'une part la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains (besoins affectifs, nutritionnels, sanitaires, éducatifs et sociaux),
- d'autre part une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation.

La définition de Dubos¹ (1973) : apporte un élément qualitatif important à la mesure de la santé qui est basé sur la perception qu'a l'individu de sa propre fonctionnalité : « un individu en bonne santé est celui qui est capable de fonctionner aussi efficacement que possible dans son milieu, et de se consacrer pleinement à ses projets ».

Miton TERRIS a proposé de supprimer le terme « **complet** » et a donné la définition suivante : « la santé est un état de bien être physique, mental et social et économique avec la capacité de fonctionner, et ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie ou d'infirmité »

¹ Dubos, R. « l'homme et l'adaptation au milieu » édition Payot, Paris, 1973

III-3 Les altérations de la santé : l'histoire naturelle de la maladie :

Un homme sain est un homme qui vit en parfait équilibre avec les agents pathogènes dans un milieu donné.

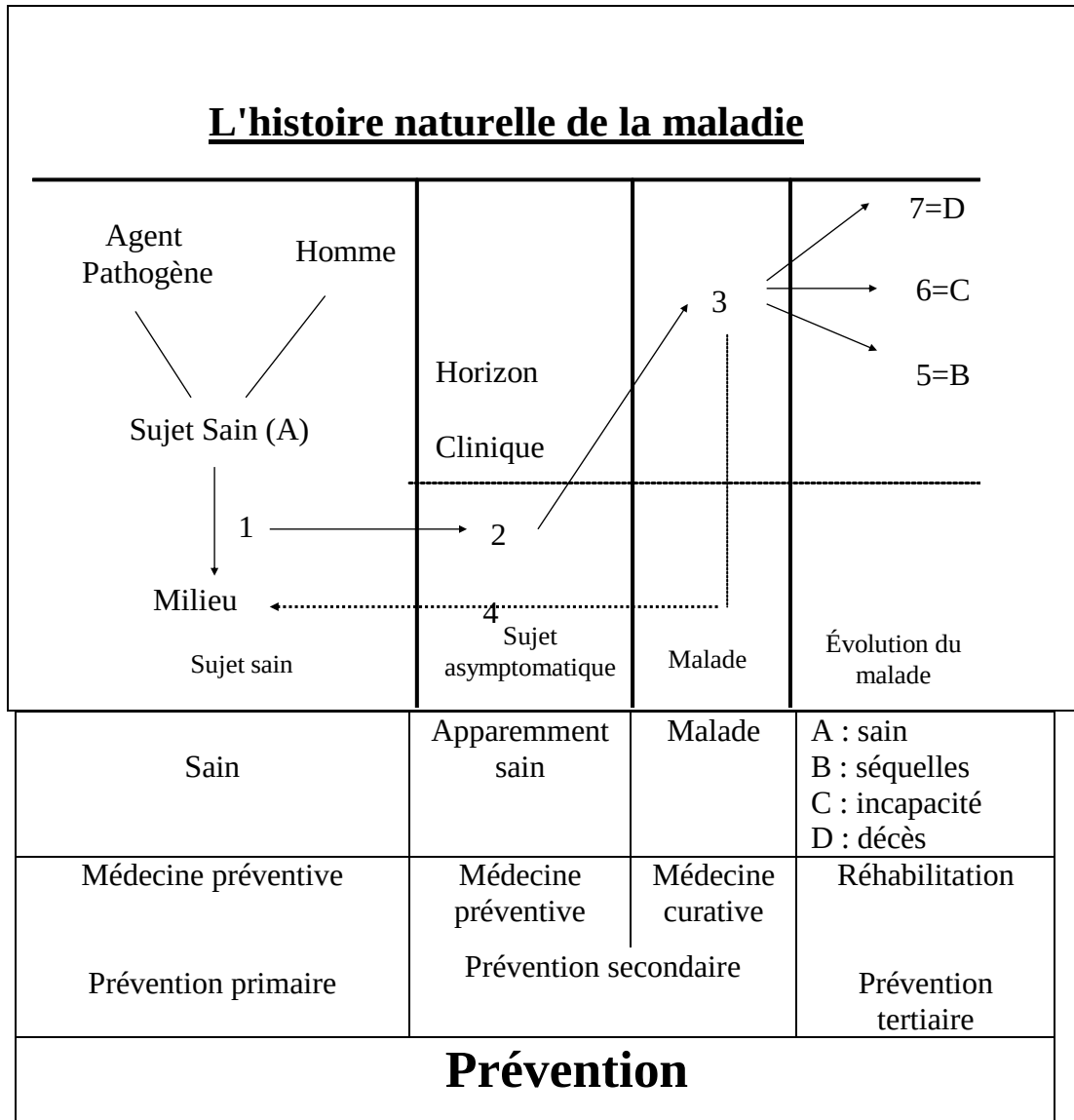
- a. Pour éviter que l'homme ne devienne malade il faut entreprendre des mesures de prévention primaire (exemple : vaccination, assainissement...)
- b. L'homme peut être apparemment sain, alors qu'il est porteur d'agents infectieux pathogènes.

L'ensemble de ces mesures préventives (pour identifier ces sujets) et curatives (pour les traiter), constituent la prévention secondaire.

- c. L'homme malade peut :
 - 1 - soit guérir et redevenir sain
 - 2- soit guérir gardant des incapacités, ou des séquelles plus ou moins importantes
 - 3- soit mourir de sa maladie.

L'ensemble des mesures de réhabilitation, qui visent à réduire au maximum les incapacités et les séquelles, constituent la prévention tertiaire.

L'HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE



- 1 : Sujet sain
- 2 : Sujet asymptomatique (sans signes cliniques de maladie)
- 3 : Sujet malade
- 4 : Un sujet malade qui redevient sain après traitement et guérison
- 5 : Séquelles
- 6 : Incapacités
- 7 : Décès

II-4- La santé publique :

Santé publique et santé individuelle ne sont pas deux concepts opposés. Si la santé individuelle se gère au niveau de l'individu, la santé publique s'envisage au niveau de la population. Cela ne signifie pas que cette dernière nie les particularismes du vécu et des besoins de chacun, bien au contraire la satisfaction des besoins individuels est au cœur de ses préoccupations.

II-4-1- Définitions de la santé publique :

Traditionnellement la santé publique recouvrait essentiellement les domaines :

- D'hygiène du milieu,
- La lutte contre les maladies transmissibles

Le concept de santé publique a été élargie pour aboutir à une discipline autonome qui s'occupe de la santé globale des populations sous tous ses aspects : **préventifs, curatifs et promotionnels.**

D'où la nouvelle définition:

« La santé publique peut se définir comme la synthèse de toutes les activités spécifiques qui ont pour but de rétablir, maintenir ou de promouvoir la santé dans une communauté ».

II-4-2 La santé publique recouvre la désignation des organismes officiels chargés de :

1. Organiser le contrôle de l'environnement,
2. Appliquer la réglementation sanitaire,
3. Planifier et mettre en œuvre les programmes et les actions de santé,
4. Evaluer les programmes et les actions de santé (amélioration de l'état de santé),
5. Réguler le système de santé.

II-4-3 L'approche en santé publique

L'approche de santé publique se différencie de l'approche médicale traditionnelle du clinicien par sa responsabilité vis à vis de la communauté en opposition à la responsabilité traditionnelle.

La responsabilité vis à vis de la communauté implique des éléments qui n'existent pas dans l'approche traditionnelle comme la promotion de la santé, la prévention primaire, le diagnostic précoce, la continuité des soins curatifs, la prévention tertiaire etc.

Différences entre l'approche santé publique et l'approche traditionnelle

	Approche traditionnelle	Approche santé publique
Population concernée	Malades	Malades et non malades
Attitude vis à vis de la population	Qui consultent spontanément	Même s'ils ne consultent pas
Prise en charge	Au moment où ils consultent	Jusqu'à réinsertion sociale et au contrôle du problème
Gestion des ressources	Le prix ne compte pas	Tient compte des ressources disponibles et mobilisables
Responsabilité des gens	Exécuter les prescriptions	Décision participative

II-4-4 La santé communautaire :

L'amélioration de la santé par la participation active et par le développement de la créativité individuelle et collective est le postulat fondamental de la santé communautaire.

➤ **Les professionnels de santé**

Médecins, infirmiers, administrateurs...

➤ **Le pouvoir local**

Elus, conseillers municipaux...

➤ **Les groupes de population**

Groupes d'individus ou de familles ayant un intérêt commun et se considérant solidaires face aux problèmes qui les affectent.

Exemple :

- une association du 3^{ème} âge ;
- une association sportive ;
- un comité d'intérêt de quartier.

a. Les producteurs de soins

1. Les établissements de soins:

Ils appartiennent soit au secteur public, soit au secteur privé (à but lucratif ou non).

2. Les médecins

Ils peuvent être soit généralistes soit spécialistes ;

Ils peuvent exercer au secteur public ou au secteur privé

Il existe 4 modes de rémunération :

- ☞ Le paiement à l'acte
- ☞ Le paiement à la capitation
- ☞ Le paiement par pathologie
- ☞ Le paiement par salaire

b. Le rôle des pouvoirs publics

Rôle variable d'un pays à l'autre

c. Population - Partenaires sociaux

Le processus de " mieux connaître pour mieux choisir et agir" nécessite l'engagement des trois catégories.

II-5 Développement communautaire

L'expression "développement communautaire" est entrée dans la langue internationale pour désigner l'ensemble des procédés par lesquels les habitants d'un pays unissent leurs efforts à ceux des pouvoirs publics en vue d'améliorer la situation économique, sociale, culturelle des collectivités, d'associer ces collectivités à la vie de la nation et de leur permettre de contribuer sans réserve aux progrès du pays.

L'approche collective de la santé a pour but d'assurer à chaque membre de la collectivité, un niveau de vie compatible avec la conservation et la promotion de la santé et d'améliorer le bien-être des individus par le moyen d'action concertées visant à assainir le milieu, lutter contre les fléaux sociaux, enseigner les règles d'hygiène, organiser les services sanitaires en vue de la prévention, du dépistage, du traitement et de la réadaptation, etc. ...

III- MEDECINE CONVENTIONNELLE, MEDECINE PREDICTIVE, MEDECINE CONSTRUCTIVE ET MEDECINE TRADITIONNELLE

III-1-MEDECINE CONVENTIONNELLE

A. médecine curative

- La médecine curative s'adresse aux malades présentant des symptômes

B. Médecine préventive

- Médecine préventive : devance la maladie, elle vise à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents.
 - * prévention primaire : vise à diminuer l'INCIDENCE d'une maladie, c'est à dire réduire l'apparition de nouveaux cas.
 - * Prévention secondaire : vise à diminuer la PREVALENCE d'une maladie, c'est à dire réduire la durée d'évolution de la maladie.
 - * Prévention tertiaire : vise à diminuer la prévalence des incapacités chroniques et des récidives c'est à dire réduire au maximum les invalidités fonctionnelles et motrices

C. NOTION DE SOINS DE SANTE PRIMAIRE (SSP)

1°) Définition :

(OMS, ALMA - ATA (U.R.S.S.) 1978)

Il s'agit de :

- 1) Soins de santé essentiels, (actions de promotion et prévention, des soins curatifs et de réadaptation)
- 2) Universellement accessibles à tous les individus et toutes les familles de la communauté.
- 3) Par des moyens qui leur sont acceptables
- 4) Avec leur pleine participation
- 5) Et à un coût abordable pour la communauté et le pays.

Les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé du pays dont ils constituent le noyau, ainsi que du développement social et économique global de la communauté.

2°) Objectifs des soins de santé primaires:

Les SSP doivent maîtriser les principaux problèmes de la santé de la communauté,

3°) Champs d'action des soins de santé primaires :

- Approvisionnement convenable en eau potable,
- Mesures d'assainissement de base (liquide et solide),
- Surveillance et promotion de la santé de la mère et de l'enfant, planification familiale (S.M.I/PF),
- Prévention et réduction des endémies locales (vaccination),
- Promotion d'une nutrition correcte,
- Information, éducation pour la santé et les problèmes de santé prédominants,
- Traitement approprié des maladies et traumatismes courants.

D. Médecine individuelle :

Action essentiellement curative.

E. Médecine collective

1. Médecine sociale : Individu + entourage

2. Médecine communautaire : Conservation et amélioration de la santé

III-2-Médecine Prédictive

A. Rappels :

Génétique : *du grec « genos » ; race, origine.* Science de l'hérédité

Génome: Ensemble des gènes portés par les chromosomes.

Gène : *du grec « genos » ; race, origine.* Segment d'ADN transmis héréditairement et participant à la synthèse d'une protéine correspondant à un caractère déterminé.

Eugénisme: Ensemble des méthodes qui visent à améliorer le patrimoine génétique des groupes humains

B. La médecine prédictive aujourd'hui :

Actuellement, la connaissance croissante du génome humain entraîne de vastes champs d'application qui dépassent de beaucoup le simple cas des maladies héréditaires.

Les nouvelles techniques en biologie moléculaire ont permis d'envisager un nouveau type de médecine : la médecine prédictive. Grâce à des tests génétiques, on espère ainsi pouvoir prévoir et surtout prévenir l'apparition de certaines maladies.

III-3- Médecine constructive

Le concept de **médecine constructive** assez récent suppose que la santé est un état qui se construit tout au cours de la vie, c'est un potentiel, un capital qu'il faut renforcer et fructifier. Et c'est ainsi qu'est née la notion de promotion de la santé qui englobe les moyens pour préserver et améliorer la santé des individus.

III-4-Médecine traditionnelle

Un nombre relativement important de la population, particulièrement en milieu rural a recours à la médecine traditionnelle (les herboristes, l'accouchement traditionnelle à domicile par des Kablas...)

IV- LE SYSTEME DE SANTE MAROCAIN

A. Définition de la santé

La santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, elle suppose un état de bien être physique, mental, social et économique permettant à l'individu de jouer un rôle actif dans la société en vue de réaliser son aspiration au bonheur et au bien être.

B. Définition d'un système de santé:

Le système de santé peut être défini comme l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels, financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé.

C. Les catégories des systèmes de santé

Trois grandes catégories :

1. Le système socialiste
2. Le système libéral
3. Le système mixte

D. Objectifs du système de santé

1. Identifier les besoins de la population
2. Déduire les priorités
3. Mettre en place les actions nécessaires

E. Les moyens du système de santé

- La restauration de la santé
- La prévention
- La promotion de la santé
- L'éducation pour la santé

F. Qualités du système de santé :

Global

Equitable

Accessible

Efficace

Acceptable ...

G. L'accès aux soins est un droit fondamental de l'homme

Les services de santé doivent:

- Etre accessibles 24h / 24h
- Etre accessibles à toute la population, particulièrement la plus défavorisée
- Etre répartis d'une manière homogène dans le territoire

H. Santé et développement socio-économique:

Il y a corrélation entre la santé et le développement socioéconomique.

H-1- Les carences alimentaires :

- La faim

- La malnutrition

- Complications de la grossesse et de l'accouchement.
- ➡ • Faible poids à la naissance et nombreux prématurés.
- Susceptibilité accrue aux maladies infectieuses...

H-2- Les carences du secteur agricole

- Un rendement faible et médiocre.
- Des techniques archaïques.
- Une dégradation du sol.

➡ Entraînent :

- Une économie de subsistance.
- Une sous-alimentation et une malnutrition protéino-calorique.

H-3- Les carences de l’instruction :

C’est un terrain déclenchant et aggravant de plusieurs maladies dont les affections contagieuses infectieuses.

Le taux d’analphabétisme en milieu urbain :

19 % chez les hommes

38,5 % chez les femmes

Le taux d’analphabétisme en milieu rural

43,5 % chez les hommes

72,2 % chez les femmes

H-4- L'insuffisance du produit national brut (P.N.B) par tête d'habitant

Outil de mesure traditionnel du développement

- La moyenne pour les pays en développement : 770 \$
- La moyenne pour les pays industrialisés : 17 017 \$
- Au Maroc : 2 182 \$

H-5-Les faibles rythmes de croissance économique entraînent un développement de la pauvreté, et influencent l'état de santé des populations :

- ☞ L'espérance de vie au Maroc est estimée actuellement à 72,6 ans.
- ☞ Population ayant accès aux services de santé, 74 % pour le Maroc.
- ☞ Population ayant accès à l'eau courante :
 - Urbain : 89,8 %
 - Rural : 43,2 %
- ☞ Population ayant accès à un assainissement par le réseau publique :
 - Urbain : 86 %
 - Rural : 3,3 %
- ☞ Population au dessous du seuil de la pauvreté, au Maroc, représente 9,0 % avec une nette disparité entre rural et urbain (4,8 % en urbain et 14,5 % en rural)
- ☞ Taux d'analphabétisme

En milieu urbain :

19 % chez les hommes
38,5 % chez les femmes

En milieu rural

43,5 % chez les hommes
72,2 % chez les femmes

H-6- Les problèmes démographiques dont la forte natalité, l'exode rural et l'urbanisation désordonnée des populations entraînent :

- ☞ une accentuation du vide rural.
- ☞ une couverture sanitaire de plus en plus difficile

H-7- L'essor démographique actuel du Maroc peut se résumer ainsi :

- Population totale : 31 177 000.
- Population de moins de 15 ans : 28,6 %
- Enfants de moins de 5 ans : 9,2 %.
- Indice synthétique de fécondité est de 2,28
- Femmes en âge de procréation 8 858 075
- Taux brut de natalité : 19,2 pour mille habitants.
- Taux de mortalité générale : 5,8 pour mille habitants.
- Taux d'accroissement démographique : 1,4 %.
- Population active (15 - 59 ans) : 63,4%.
- population urbaine : 29,1 % en 1960
56,9 % en 2008

Enfin d'autres paramètres interviennent dans le développement humain (nutrition, santé, éducation, démographie, statut de la femme, emploi, flux des ressources, l'aide au développement...)

V- LES SECTEURS DE SANTE

A. Les grandes fonctions du système national de santé

1. Organisation d'une offre de soins décentralisée et hiérarchisée
2. Instauration d'un mécanisme de financement des soins qui maintient un juste équilibre entre les dépenses de santé et la capacité de payer de la collectivité

B. Présentation des différents secteurs de santé :

Dans **le système socialiste** l'état estime que la santé lui incombe entièrement.

Dans **le système libéral**, l'initiative privée répond aux besoins de la population
La santé publique tire ses ressources des impôts.

La sécurité sociale bénéficie des ressources des cotisations des assurés. Les membres et les groupes s'assurent réciproquement contre certains risques.

C. Le système de santé national et ses principales caractéristiques :

Présentation des différents secteurs du système de santé national :

Le secteur public.

Le réseau hospitalier, le réseau des soins de santé de base, les institutions et laboratoires nationaux et les services de santé des Forces Armées Royales.

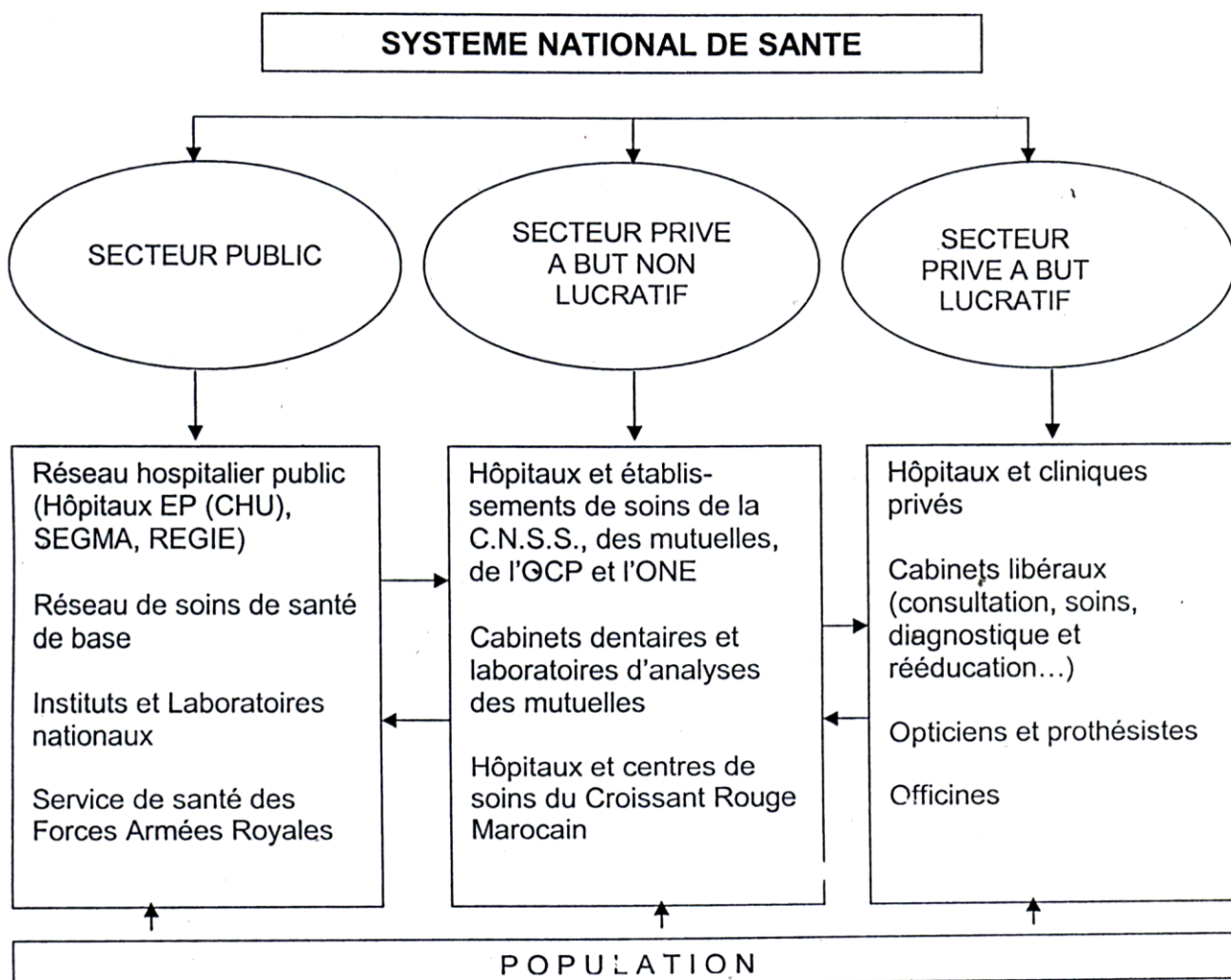
Le secteur privé à but lucratif

Les hôpitaux et les cliniques privées, les cabinets libéraux, les officines...

Le secteur privé à but non lucratif

Les hôpitaux et les établissements de soins de la C.N.S.S., des mutuelles, de l'OCP, de l'ONEP de l'ONE....

Le secteur de médecine traditionnelle, informel, non réglementé, à impact limité sur la santé de la population.



1. Secteur public étatique

Un secteur public où entrent en jeu les dispositifs du Ministère de la Santé, le service de santé des Forces Armées Royales et les collectivités locales.

MEDECINS DU MINISTERE DE LA SANTE

Médecine Générale	4 799
Chirurgie Générale	422
Autres spécialités	5 712
Total des Médecins	10 933

Quand au personnel infirmier, Il y a actuellement environ 8,5 infirmiers pour 10 000 habitants soit environ 1 infirmier pour 1 134 habitants dans le secteur public

PERSONNEL PARAMEDICAL DU SECTEUR PUBLIC

A.S.B	10 020
A.S.D.E	192
I.D.E	18 832
ENSEMBLE	27 786

A.S.B : Adjoint de santé breveté

A.S.D.E : Adjoint de santé diplômé d'état

I.D.E : Infirmier diplômé d'état

2. Secteur privé ou libéral

Un secteur privé à but lucratif où exercent des médecins, des chirurgiens dentistes, des pharmaciens et des professionnels paramédicaux soit au sein du cabinet ou de cliniques d'hospitalisation.

MEDECINS DU SECTEUR PRIVE

Médecine Générale	4 109
Chirurgie Générale	400
Autres spécialités	3 808
Total des Médecins	8 317

3. Secteur mutualiste et autres : (secteur semi-public)

a. La CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

En vertu du Dahir du 12 Novembre 1963, les sociétés mutualistes sont des groupements à but non lucratif qui, au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener une action de prévoyance et de solidarité.

L'effectif global des affiliés dépasse actuellement les 550 000; le nombre de personnes prises en charge et les retraités excèdent les 2,5 millions.

La CNSS dispose actuellement de polycliniques d'une capacité de 1092 lits.

b. La CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de prévoyance Sociale

- **O.M.F.A.M** : Œuvres de mutualité des fonctionnaires et agents publics au Maroc.

- **M.G.P.A.P.M** : Mutuelle générale du personnel des administrations publiques au Maroc.

- **FRATERNELLE** : Société fraternelle de secours mutuels et orphelinat du personnel des services civils de la sécurité publique.

- **P.T.T** : Mutuelle générale des P.T.T.

- **DOUANES** : Mutuelle générale des douanes et impôts indirects au Maroc.

- **F.A.R** : Mutuelle autonome des Forces Armées Royales.

- **F.A** : Mutuelle des Forces Auxiliaires.

- **M.G.E.N** : Mutuelle générale de l'éducation nationale.

- **M.O.D.E.P** : Mutuelle de l'office de l'exploitation des ports.

c. L'OCP : L'office chérifien des phosphates

d. L'ONCF, L'ONE, L'ONT, L'ONEP ... et autres établissements publics.

Ils disposent d'une infrastructure sanitaire, mais ils ont une visée essentiellement curative.

4. Secteur traditionnel

Un secteur de médecine traditionnelle (informel) auquel a recours un nombre relativement important de la population, particulièrement en milieu rural.

Accouchement traditionnelles, herboristes

VI- ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU

MINISTERE DE LA SANTE :

Le Ministère de la Santé a la responsabilité de la politique et de la stratégie de la santé au niveau national dans le cadre de l'action gouvernementale

A. Organisation de l'administration centrale du ministère de la santé : niveau central

Décret n° 2.94.285 du 21 Novembre 1994

a. Le Ministre de la santé : nommé par dahir

Sont rattachés directement au ministre :

1. Le cabinet

Rôle de liaison entre le Ministère et les différents services et avec les interlocuteurs extérieurs.

Fonction des études de questions politiques ou techniques que lui soumet le Ministre.

2. L'inspection générale

Mission permanente d'investigation et de contrôle technique et administratif du service de la santé.

b. Le secrétaire général

Coordination et animation de l'ensemble des services extérieurs et de l'administration centrale.

c. Directions :

Il existe actuellement 8 directions rattachées au Secrétaire Général

1. La direction de la population.
2. La direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies.
3. La Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires.
4. La Direction du Médicament et de la Pharmacie.
5. La Direction des Equipements et de la Maintenance.
6. La Direction des Ressources Humaines.
7. La Direction de Réglementation et du Contentieux.
8. La Direction de la Planification et des Ressources Financière

1- La Direction de la Population est chargé de

- De définir, promouvoir et exécuter :
 - les programmes de planification familiale;
 - les programmes relatifs à la santé maternelle et infantile.
- De programmer et réaliser des actions de réhabilitation physique de même que celles portant sur la gériatrie.
- De définir, promouvoir et exécuter le programme national de santé scolaire et universitaire et développer des activités qui rentrent dans le cadre de la promotion de la santé des adolescents et des jeunes;

2- La Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte Contre les Maladies est chargé :

- D'assurer la surveillance épidémiologique
- D'évaluer les caractéristiques épidémiologiques de la population
- De réaliser toutes les enquêtes et les études en matière d'épidémiologie.
- De concevoir et réaliser des programmes de lutte contre les maladies....

3- **La Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires** est chargé de quatre types d'action :

- Action hospitalière
- Action des soins ambulatoires
- Action d'urgentologie
- Action d'assistance sociale

4- **La Direction du Médicament et de la Pharmacie** est chargé :

- D'arrêter les normes de fabrication, de conditionnement, de circulation, de vente et de stockage des médicaments, produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques ;
- De fixer le cadre des prix des médicaments et des spécialités pharmaceutiques, conformément à la réglementation des prix en vigueur...

5- **La Direction des Equipements et de la Maintenance**

6- **La Direction des Ressources Humaines**

7- **La direction de la réglementation et du contentieux**

8- **La Direction de la Planification et des Ressources Financières**

9- **Trois divisions relevant du Secrétariat Général**

9.1- La Division de l'Approvisionnement

9.2- La Division du Parc-auto et des Affaires Générales

9.3- La Division de l'Informatique et des Méthodes

10- Sont assimilés à des services centraux

10.1- L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE : (INH)

Il constitue l'organisme central des laboratoires de la santé. Il comprend 12 départements et notamment :

- Anatomopathologie
- Bactériologie médicale
- Biochimie
- Biologie moléculaire...

10.2- LE CENTRE NATIONAL DE TRANSFUSION SANGUINE ET D'HEMATOLOGIE (CNTSH) :

Se compose de :

- Le Centre national de transfusion sanguine et d'hématologie (Rabat)
- Les Centres régionaux de transfusion sanguine (CTS)
- Les Banques de sang

10.3 - LE CENTRE NATIONAL DE RADIO-PROTECTION

Parmi ses rôles :

Conseiller les établissements médicaux, les laboratoires et départements scientifiques quant à l'utilisation appropriée des appareils de radiologie, radio-isotopes et appareils connexes.

10.4- L'INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE (INAS)

l'INAS est une institution spécialisée pour la formation des cadres supérieurs (médicaux, paramédicaux et administratifs) dans le domaine de l'administration sanitaire et santé publique pour répondre aux besoins du Ministère de la Santé et d'autres organismes publics et privés.

10.5- LE CENTRE ANTI-POISON ET DE PHARMACOVIGILANCE DU MAROC (CAPM)

Créé en 2001.

Il assure une fonction de vigilance et d'alerte sanitaire.

Objectifs :

- La diminution du nombre total d'intoxications
- La réduction du décès et des séquelles toxiques par l'amélioration de la prise en charge du patient intoxiqué.

10.6-LE LABORATOIRE NATIONAL DE CONTROLE DES MEDICAMENTS (LNCM)

Inauguré en 1969.

Il procède à l'analyse et à l'inspection des médicaments et produits de pansement.

Conseille de Ministre de la santé dans le domaine de contrôle des médicaments...

10.7- L'INSTITUT PASTEUR

Chargé de la fabrication et de l'importation, exportation des sérums et vaccins à usage humain.

Il procède à des expertises et analyses biomédicales.

Il procède à des recherches sur un certain nombre de maladies bactériennes, virales et parasitaires

10.8- LE LABORATOIRE NATIONAL DE VIROLOGIE (INV)

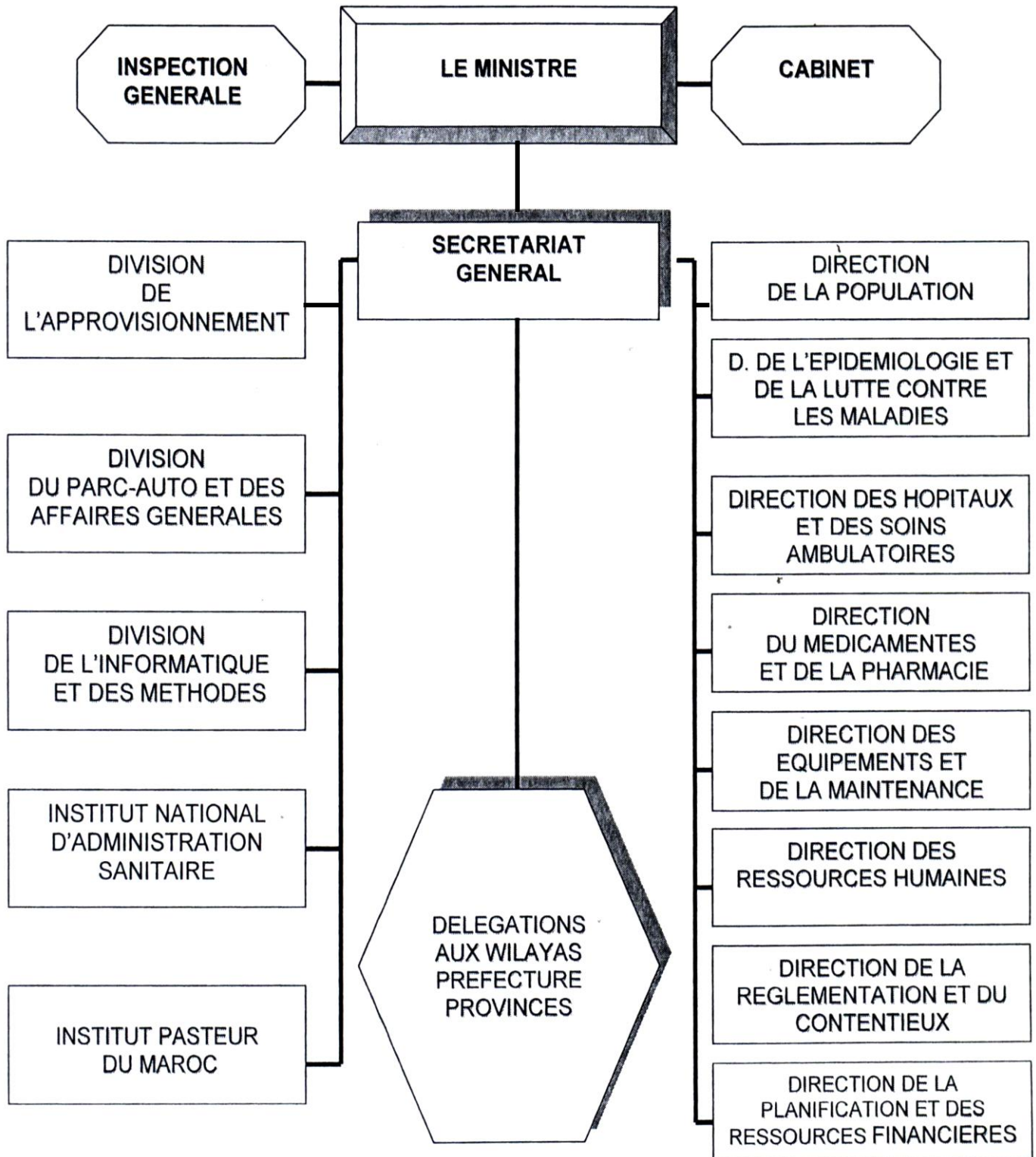
Il s'occupe de la surveillance, de l'isolement et de l'identification des virus (poliomyélite, grippe en particulier).

Conclusion

Au cours des dernières années, des efforts ont été consenti pour restructurer les programmes et les activités sanitaires en vue d'améliorer leur performance et d'accroître leur impact sur la résolution des principaux problèmes de santé.

Organigramme du Ministère de la Santé

ORGANIGRAMME DE L'ADMINISTRATION CENTRALE



B. Organisation administrative des services extérieurs du ministère de la sante :

a- Rôle des services extérieurs :

Le niveau extérieur est la base d'exécution de tous les programmes de santé.

Le délégué de la santé de la Wilaya, de la préfecture ou de la province représente le Ministre de la Santé dans le territoire de cette circonscription, ils sont chargés d'appliquer la politique sanitaire de l'Etat dans leur ressort territorial.

b- Organisation d'une préfecture- province :

Comprennent 3 services:

1- Le Service administratif et économique

Il est chargé du suivi et de la coordination de toutes les affaires administratives et générales.

2- Le service des soins curatifs

Il est chargé de la coordination du système de soins, suivie, évaluation et appui technique aux formations hospitalières et aux formations du réseau de soins de santé de base.

3- Le service de la promotion de la santé

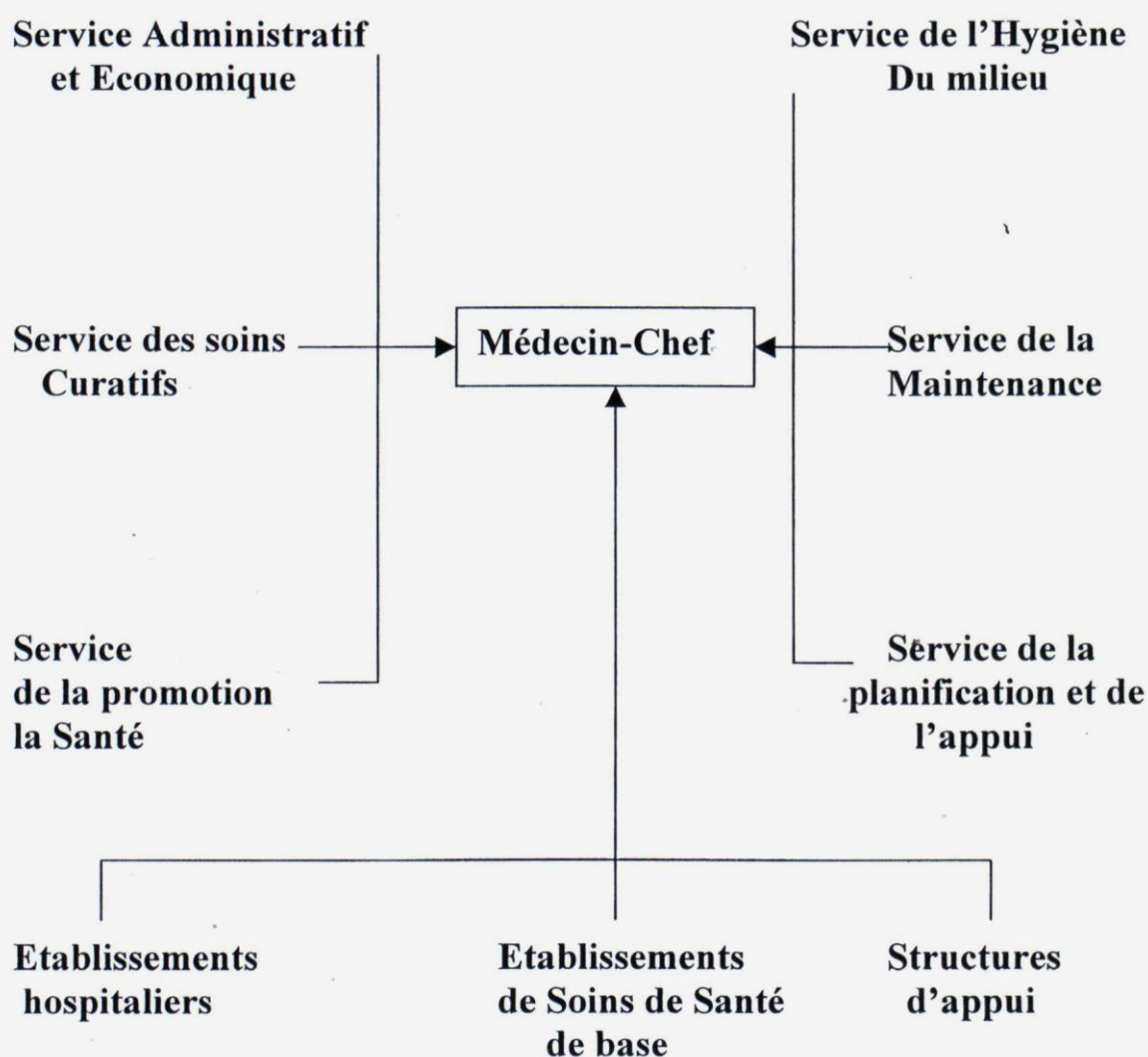
Il est chargé de l'animation, programmation, suivi, et évaluation des activités de prévention et de promotion de la santé.

c- Organisation d'une Wilaya :

Dans le cadre des Wilayas, la préfecture médicale chef lieu de la Wilaya comprend, en outre, 3 autres services :

- **Service d'hygiène du milieu :** Chargé de la supervision et du contrôle des actions relatives à la surveillance de l'hygiène du milieu
- **Un service de planification et de l'appui :** Chargé du suivi et de la coordination des activités relatives à la planification et à la programmation sanitaire ;
- **Un service de la maintenance :** Chargé de la gestion et maintenance des équipements biomédicaux et des installations techniques hospitalières.

ORGANIGRAMME D'UNE WILAYA MEDICALE



C. les services extérieurs du ministère de la sante

Le niveau extérieur est constitué :

- Des établissements hospitaliers ;
- Des établissements de soins de santé de base ;
- Des structures d'appui.

a. Les établissements hospitaliers

1. Définition :

1-1- La définition de l'hôpital repose sur :

- les disciplines qui y sont exercées,
- le nombre de lits ;
- la population à desservir.

1-2- L'hôpital est un établissement sanitaire destiné :

- A héberger et soigner des malades, des blessés ou des parturientes
- Il concourt à la formation pratique des étudiants en médecine et en pharmacie et des élèves des écoles de formation professionnelle et de formation des cadres.
- Il contribue à la réalisation des activités de recherche en matière de santé.

1-3- Les hôpitaux participent en outre aux activités diverses :

- de prévention
- de l'éducation sanitaire des malades
- de l'éducation sanitaire des consultants et des visiteurs.

2. Organisation hospitalière publique

Les hôpitaux publics au Maroc sont organisés selon trois critères :

- la gamme de leurs prestations et la nature de leurs équipements c.à.d la nature de l'offre;
- le statut juridique (leur mode de gestion) et
- le plan organisationnel (leur champ d'action et le niveau des prestations dispensées).

2-1- Organisation des hôpitaux selon l'offre de soins

La nature de l'offre de soins permet de distinguer les hôpitaux généraux et les hôpitaux spécialisés

☞ *Les hôpitaux généraux*

Ils comprennent des services des urgences, de chirurgie, de médecine, d'obstétrique et de pédiatrie et parfois d'autres spécialités médicales et chirurgicales.

☞ *Les hôpitaux spécialisés*

Il reçoit généralement les malades ayant besoin de soins spéciaux, orientés par un établissement sanitaire où ils ont été vus auparavant. (Hôpitaux psychiatriques. Hôpitaux de pneumo-phtysiologie, léprologie etc...)

2-2- Organisation des hôpitaux publics selon leurs statuts :

Sur le plan du statut juridique des hôpitaux, il existe trois types d'hôpitaux combinant des modes d'organisation et de gestion, très différents : les établissements publics, les établissements gérés de manière autonome (SEGMA), les établissements en régie.

☞ *Les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)*

Ils sont représentés par les 05 centres hospitaliers universitaires (CHU), disposant d'un statut qui leur confère une personnalité morale (c.à.d titulaire de droits et d'obligations et peut avoir un nom, un patrimoine et un siège sociale) et une autonomie financière. Ils sont répartis sur les viles de Rabat, Casablanca, Marrakech, Fès et Oujda.

☞ *Les Services d'Etat Gérés de Manière Autonome (SEGMA)*

Ce sont les hôpitaux les plus nombreux. Ils n'ont pas de personnalité morale mais ont une autonomie financière. C'est un statut qui a été initié pour la première fois en 1987 dans cinq hôpitaux. En 1998, il a connu une nouvelle organisation selon laquelle les hôpitaux SEGMA sont regroupés en Centres Hospitaliers Provinciaux, Préfectoraux (CHP) ou Régionaux (CHR).

☞ *Les hôpitaux gérés en mode régie*

Ce type de statut ne confère à l'hôpital ni personnalité morale ni autonomie financière. Son budget n'est pas individualisé par rapport à celui de la délégation territoriale dont il relève.

2-3- Organisation des hôpitaux selon le champ d'action et le niveau de prestation dispensé :

Le réseau des établissements hospitaliers est hiérarchisé selon trois niveaux de recours :

☞ **Premier niveau**

a) **La polyclinique** : en milieu **urbain**

Constitue le premier niveau de référence dans la filière de soins hospitaliers.

Elle comprend, en plus des urgences les disciplines de base suivantes :

- L'obstétrique ;
- La pédiatrie ;
- La médecine générale ;
- La chirurgie générale.

Son implantation exige une agglomération d'au moins 20 000 habitants.

b) **L'hôpital local (HL)** : en milieu **rural**

Il assume, en plus des fonctions d'un centre de santé communal avec une unité d'accouchement, celle des soins curatifs hospitaliers.

Il dispose, en plus, d'une unité polyvalente d'hospitalisation d'une capacité de 25 lits et d'un dispositif pour effectuer des examens de radiologie et de laboratoire.

☞ **Deuxième niveau**

Le centre hospitalier provincial, préfectoral ou régional (CHP ou CHR). Il peut être constitué par un ou plusieurs hôpitaux généraux ou spécialisés. Il constitue, dans la limite territoriale de la province ou préfecture de son implantation, le deuxième niveau de référence dans la filière de soins hospitaliers.

Il doit dispenser, outre les prestations médicales citées ci dessus, des prestations de soins et services spécialisés en traumatologie-orthopédie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie maxillo-faciale, stomatologie, gastro-entérologie, cardiologie, néphrologie, psychiatrie et pneumo-phtisiologie. Le CHP peut avoir une vocation régionale quand son attractivité dépasse l'aire régionale. Dans ce cas il doit développer des disciplines comme l'urologie, la neurochirurgie, le service des brûlés, la néphrologie, la rhumatologie, la neurologie et l'hématologie.

☞ **Troisième niveau**

Constitué par le centre hospitalier universitaire (CHU) à vocation universitaire qui dispense des prestations de soins et services dans toutes les disciplines médicales. Il regroupe un ensemble d'établissements comprenant une gamme complète de services hautement spécialisés, à vocation universitaire.

C'est un centre d'enseignement et de recherche.

Il comprend des disciplines qui ont un caractère national telles que:

- La cancérologie ;
- La chirurgie réparatrice ;
- La chirurgie thoracique ;
- La chirurgie cardio-vasculaire ;
- L'hématologie clinique.

Actuellement il y a cinq CHU au Maroc dans les villes de Rabat, Casablanca, Marrakech, Fès et Oujda.

INFRASTRUCTURE SANITAIRE

HOSPITALIERE PUBLIQUE

Hôpitaux universitaires	SEGMA	REGIE	TOTAL
18	101	14	133

Le nombre d'habitants par lit hospitalier (secteur public) est **1 402**.

b. Les établissements de soins de santé de base : (ESSB)

Base d'exécution de tous les programmes sanitaires.

C'est à travers ce réseau que se développe la stratégie de la couverture de la population par les services de santé de base (promotion de la santé, prévention, soins essentiels).

1- Les dispensaires

○ Dispensaire urbain

Il est en cours de médicalisation

Activités : triage, référence, soins et surtout santé maternelle et infantile.

○ Dispensaire rural

- Constitue l'unité opérationnelle de premier recours la plus décentralisée du système de santé
- Personnels exclusivement infirmiers
- Activités : Fichier, triage, Soins infirmiers, santé maternelle et infantile, vaccination...

REMARQUE :

En milieu rural : chaque secteur est divisé en 3 sous-secteurs qui sont parcourus théoriquement chaque mois par un infirmier itinérant qui accomplit « le circuit de surveillance » en rendant visite à 50 familles par jour, soit 5 000 personnes par mois correspondant au nombre d'habitants d'un sous-secteur.

**50 FAMILLES X 5 PERSONNES X 5 JOURS X 4 SEMAINES =
5 000 habitants.**

2- Les centres de santé

2.1- Le centre de santé urbain (CSU) :

Desserve entre 45 000 à 60 000 habitants

Il assure les soins curatifs essentiels, les activités de protection de la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et les consultations médicales de médecine générale, de pédiatrie et de gynécologie.

☞ Le centre de santé Urbain type 1 (CSU I)

- Santé de la mère et de l'enfant.
- Hygiène scolaire
- Hygiène du milieu
- Consultations de médecine
- Consultations de pédiatrie
- Consultations de gynécologie

☞ **Le centre de santé urbain II (CSU II)** s'ajoute

- Les consultations de dermatologie,
- Les consultations d'ophtalmologie,
- Les consultations d'ORL etc...

2.2- Le centre de santé communal (CSC)

- Le premier établissement sanitaire médicalisé pour le milieu rural.
- Les soins essentiels, les activités de protection de la santé maternelle et infantile et de lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles, les consultations médicales et l'encadrement des dispensaires
- S'ajoute la fonction d'accouchement avec une unité de 4 à 8 lits.

INFRASTRUCTURE SANITAIRE AMBULATOIRE PUBLIQUE

URBAINE	695
RURALE	1 931
ENSEMBLE	2 626

Le nombre d'habitant par établissement de soins ambulatoire est de 9 073.

c. Les structures d'appui :

1- Le centre de référence pour la planification familiale (CRPF)

Il pour rôle essentielle Donner un avis d'ordre gynécologique pour toute acceptatrice d'une méthode contraceptive et d'insérer les dispositifs intra-utérins pour celles qui l'ont souhaité.

2- Le Centre de Diagnostic de la Tuberculose et Maladies Respiratoires (CDTMR)

Il sert comme premier niveau de référence aux formations sanitaires de base pour la prise en charge spécialisée de la tuberculose et des maladies respiratoires prioritaires dont l'asthme et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives

3- Le laboratoire d'épidémiologie et d'hygiène du milieu (LEHM):

Il a pour mission de soutenir les programmes de prévention et de lutte, contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

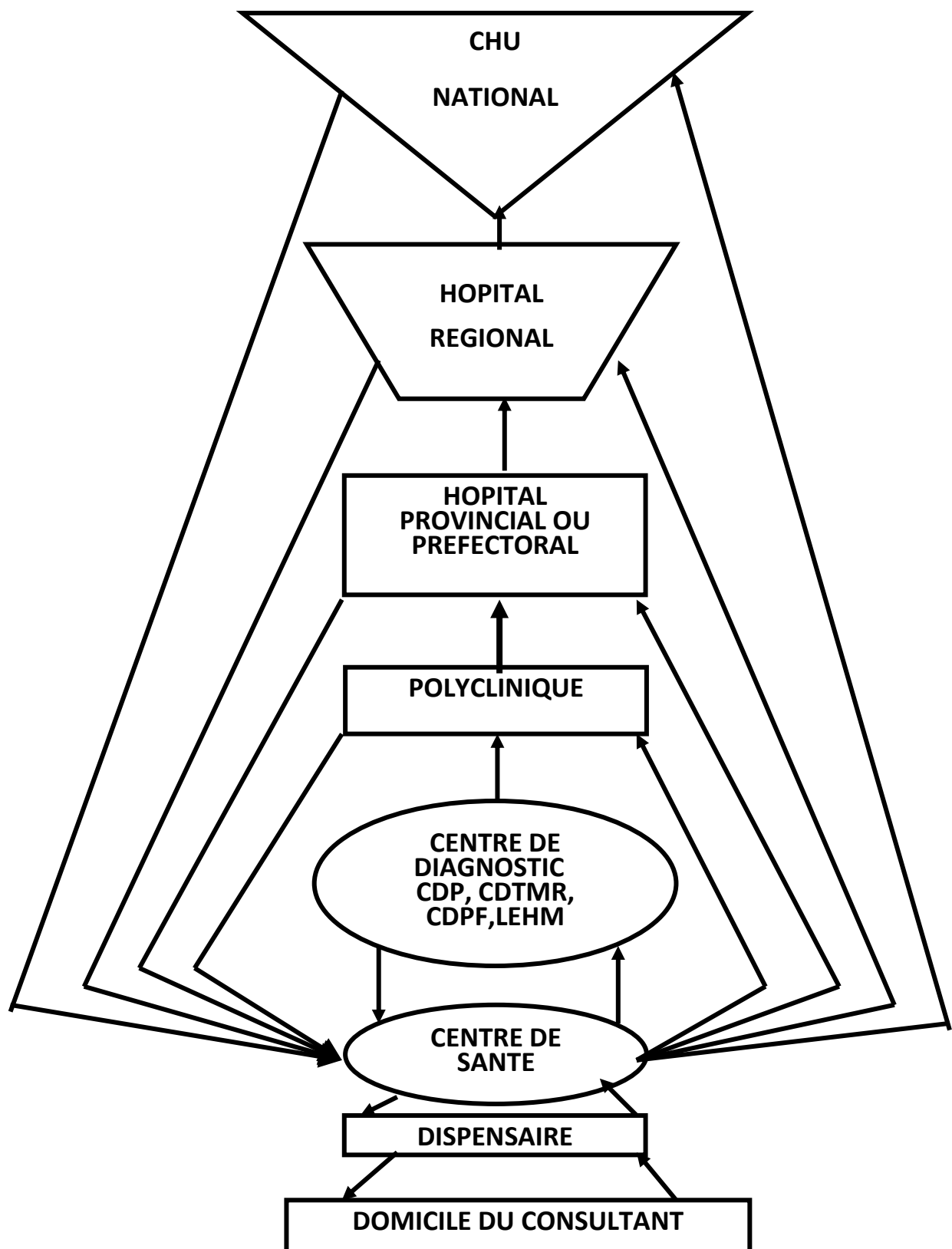
4- Centre de diagnostic polyvalent

- Trait d'union entre l'action ambulatoire et hospitalière.
- Renforce les moyens de diagnostic et de traitement des centres de santé d'une zone déterminée grâce à des moyens de diagnostic, (laboratoire, examens radiologiques).

d. l'environnement administratif

Le secteur le plus déterminant et dont dépend la réussite même de l'action d'une circonscription sanitaire reste les autorités administratives, qui sont représentées à l'échelle locale par les autorités locales (ou agents d'autorité) et les collectivités locales.

D. CIRCUIT DE SANTE PUBLIQUE



NB : Le centre de diagnostic peut envoyer directement vers un hôpital provincial ou préfectoral, régional ou national

VII- LES PROGRAMMES EN SANTE PUBLIQUE

VII-1- Les programmes en faveur de l'enfant de moins de 5 ans :

Ils vont permettre la réduction de la mortalité et de la morbidité infantile. Ces programmes sont :

A. Programme national d'immunisation (PNI)

A-1- Stratégies vaccinales

☞ Stratégie fixe

Elle s'adresse à une population ayant des facilités d'accès aux formations sanitaires.

☞ Stratégie mobile : qui inclut deux modes de couverture :

a. L'itinérance : l'infirmier itinérant opère par :

- Les relances
- Le Rassemblement au niveau d'un point de contact.

b. La vaccination par équipe mobile

Une équipe, composée d'un médecin et de deux infirmiers-infirmières, se déplace par véhicule pour couvrir les zones éloignées

☞ La vaccination par mini-compagne dans le cas de

Riposte vaccinale, ou

Couverture vaccinale basse au niveau d'une localité

☞ Journées nationales et/ou maghrébines d'immunisation

Depuis 1987, le Maroc organise chaque année des Journées nationales d'immunisation contre les dix (10) maladies cibles de l'enfant.

Grace aux Journées nationales d'immunisation notre pays a pu améliorer la couverture vaccinale et la maintenir à un niveau élevé.

MALADIES CIBLES

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. TUBERCULOSE | 7. HEPATITE B |
| 2. POLIOMYELITIS | 8. RUBEOLE |
| 3. DIPHTERIE | 9. OREILLONS |
| 4. TETANOS | 10. MENINGITE A |
| | HAEMOPHILUS |
| 5. COQUELUCHE | INFLUENZA TYPE b |
| 6. ROUGEOLE | |

A-2- Mesures d'accompagnement des stratégies vaccinales

1- Les relances

Cette activité a pour but de rattraper les enfants et les femmes qui n'ont pas complété leur vaccination.

2- Les occasions manquées

Les occasions les plus fréquemment manquées sont :

- * L'absence d'administration simultanée de tous les vaccins pour lesquels un enfant est éligible ;
- * Les fausses contre indications ;
- * Les ruptures de stock de vaccins, une mauvaise programmation des séances de vaccination.

Perspective du PNI

- * Atteindre et maintenir une couverture vaccinale supérieure à 95 % pour tous les antigènes à tous les niveaux et tous les milieux ;
- * Obtenir, avec les autres pays de la région, la certification de l'éradication de la poliomyélite ;
- * Maintenir l'effort pour l'élimination du tétanos néonatal ;
- * Eliminer la rougeole et contrôler la rubéole vers l'an 2010.

B. Le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques

L'utilisation des selles de réhydratation orale (SRO) a permis de réduire de façon notables les cas de déshydratation aigue et donc la mortalité infantile.

C. Le programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA)

Ce programme vise la réduction de la mortalité infantile liée aux IRA et la réduction de la prévalence des IRA graves.

D. Programme de lutte contre les maladies de carence

☞ La malnutrition protéino-calorique

Ce programme permet de suivre le développement et la croissance pondérale des enfants de moins de 2 ans.

☞ le rachitisme

Il permet la prévention contre cette maladie du nourrisson par l'administration de la vitamine D2 aux enfants de 0 à 11 mois.

VII-2- Les programmes en faveur de la mère

1. Programme de planification familiale

Il met à la disposition des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) des moyens contraceptifs (pilules, dispositifs intra-utérins etc....)

2. Programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement (maternité sans risque)

Visé à diminuer la mortalité maternelle et la mortalité périnatale par les consultations prénatales (1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre), les activités de planning familial, et l'amélioration des conditions d'accouchement.

3. Programme de lutte contre l'anémie ferriprive

Elle a été entreprise dans le cadre des visites domiciliaires pour les femmes enceinte et allaitantes.

4. Programme de vaccination antitétanique des femmes en âge de procréer dans le cadre du P.N.I.

La protection des femmes en âge de procréer contre le tétanos et donc la protection des enfants

VII-3-Les programmes de lutte contre les maladies transmissibles.

1. Les maladies à transport hydrique (typhoïde, choïera, hépatite virale A, etc....)

- maladies fréquentes
- liées aux conditions d'hygiène générale
- liées aux problèmes d'approvisionnement en eau potable et d'hygiène alimentaire.

2. La tuberculose

On assiste depuis 1991 à un renforcement des moyens de diagnostic et à une révision des schémas thérapeutiques et de prise en charge des malades.

3. Le paludisme

Depuis 1985 il y a une légère recrudescence dans beaucoup de zones réceptives et apparition de foyers nouveaux.

4. La bilharziose

Les risque d'extension de cette maladie s'accroient avec le développement des barrages collinaires. Un programme de lutte existe depuis de nombreuses années.

5. Les maladies oculaires

La tendance des ophtalmies transmissibles est à la baisse (trachome, conjonctivites) mais celui des ophtalmies non transmissibles (glaucome) persiste.

6. La lèpre

Dispose d'un programme national, avec des structures régionales de lutte depuis le plan 1981 – 85. La lèpre reste une maladie très circonscrite en voie d'extinction.

7. Les zoonoses

La rage et l'échinococcose continuent de poser des problèmes de surveillance épidémiologiques. Leur lutte est liée à celle des chiens errants.

Un programme national interministériel de lutte contre l'Hydatides / Echinococcose a été mis en place en début d'année 2008.

8. Les infections sexuellement transmissibles

Exemple : syphilis, sida, gonococcie, uréthrites non gonococciques, etc.....

VII-4-Les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles :

1. « santé mentale et toxicomanie »Stratégie nationale

Le programme national de santé mentale a été mis en place en 1988 puis restructuré 1993 et depuis 2006 il s'est élargi en une stratégie nationale englobant également la lutte contre les toxicomanies

2. Les accidents de la circulation

Une recrudescence des accidents de la voie publique (A.V.P) qui touchent les jeunes cadres nécessaires au développement socio-économique du pays nécessite la mise en place de programme de prévention et de pris en en charge des accidentés.

3. La santé bucco-dentaire

67 % des enfants de moins de 12 ans et 87 % des adultes entre 35 et 44 ans sont touchés par la carie dentaire.

4. Les maladies endocriniennes et métaboliques :

La prévalence du diabète est 6,6% chez les marocains âgés de 20 ans et plus soit environ un million de diabétiques.

Le programme national de prévention et de contrôle du diabète a pour objectif essentielle de réduire la morbidité et la mortalité liée aux complications graves du diabète et ceci par la prévention, le diagnostic et la prise en charge de diabétiques.

5. Les maladies cardio-vasculaires :

Ce programme vise la lutte contre le Rhumatisme Articulaire Aigue (RAA) et l'hypertension artérielle essentiellement par l'information et l'éducation et en second lieu par le dépistage et le traitement des malades

6. Les maladies néoplasiques :

Un plan national de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) a vu le jour en Mars 2010 grâce à un partenariat stratégique entre l'association lalla Salma de lutte contre le cancer et le ministère de la Santé, il a pour but d'offrir des soins de qualité accessibles à travers l'ensemble du Royaume.

VII-5- Autres programmes :

1. Santé scolaire et universitaire :

- Double tutelle : enseignement et santé.
- Essentiellement à visé préventive.
- Il concerne :
 - La surveillance de croissance
 - Le bilan de santé à des âges clé de la scolarité
 - L'examen des étudiants et des élèves à leur demande, ou à la demande de leurs familles ou des enseignants...

2. L'hygiène du milieu:

- Inspection des établissements scolaires;
- Hygiène de l'habitat et du milieu professionnel;
- Inspection des industries alimentaires;
- Contrôle des denrées alimentaires et des établissements de restauration collective.

3. Réhabilitation des handicapés :

Problème de scolarité pour les infirmes et invalides. Insertion ou réinsertion après éducation ou rééducation.

Le problème des handicapés mentaux reste une priorité.

4. Education pour la santé

L'OMS a défini l'éducation sanitaire comme "une action exercée sur les individus pour les amener à modifier leur comportement". En effet :

- L'ignorance des règles d'hygiène individuelle et collective
- La persistance de préjugés et d'idées fausses dans tous les milieux
- La méconnaissance des ressources de l'équipement sanitaire et social du pays contribuent à la diffusion, de certains fléaux sociaux.

A. Les objectifs de l'éducation sanitaire sont:

1. En prévention primaire

- Elle doit démarrer dès l'enfance
- Education pour le changement de comportement et des habitudes
- Instruction sanitaire à l'école faire connaître les dangers du Sida, du tabac, de l'alcool, etc....

2. En prévention secondaire

Pour que les malades viennent consulter dès les premiers symptômes

3. En prévention tertiaire

Pour prendre conscience de la nécessité de la rééducation fonctionnelle et motrice etc.....

B. l'organisation de l'éducation sanitaire

1. professionnels de santé : medecins, personnel paramédical....
2. Enseignant, instituteur, éducateur....
3. Comité pour l'éducation sanitaire...
4. Mais aussi les pharmaciens, chirurgiens dentistes, artistes, élus, leaders d'opinion etc.....

VIII- LES PROFESSIONNELS DE SANTE

A. LES MEDECINS

1- Les médecins du secteur public.

L'effectif total des médecins du secteur public est de **10 933**.

Le nombre de médecins généralistes est de 4 799.

Pour ce qui est de la répartition par réseau 5 598 (51,2 %) des médecins du secteur public exerçant dans les hôpitaux, le reste est affecté au niveau du réseau ambulatoire.

2- Médecins du secteur privé

L'effectif des médecins privés est de **8 317**. Environ 50 % des médecins privés exercent dans les régions de Grand Casablanca et Rabat-Salé-Zemmour-Zaer.

3- le nombre des médecins est actuellement en augmentation rapide :

Un médecin pour 1 637 habitants

ANNEE	1965	1975	1985	1995	2000	2001	2008
Nbre de médecins	1 099	1 319	4 000	8 972	11 901	12 955	19 250
Nbre de Médecins pour 10 000 habitants	0,88	0,78	1,81	3,93	4,17	4,44	6,11

4- Répartition des médecins par région économique :

<u>Région</u>	<u>Siège</u>	<u>Nombre de médecins</u>
Région OUED EDDAHAB-LAGUIRA.....	Oued Eddahab	85
Région LAAYOUNE-BOUJDOUR-SAKIA L'HAMRA	Laayoune	279
Région GUELMIM-SMARA	Guelmim	356
Région SOUS-MASA-DRAA.....	Agadir	1607
Région EL GHARB-CHRARDA-BNI HSSAINE	Kenitra	1065
Région CHAOUIA-OUARDIGHA.....	Settat	1021
Région MARRAKECH-TENSIFET-EL HAOUZ.....	Marrakech	1868
Région de l'ORIENTALE.....	Oujda	1358
Région GRAND CASABLANCA.....	Casablanca	5906
Région RABAT-SALE-ZEMMOUR-ZAER.....	Rabat	5493
Région DOUKKALA-ABDA.....	Safi	899
Région TADLA-AZILAL	Béni-Mellal	617
Région MEKNES-TAFILALET.....	Meknes	1518
Région FES-BOULEMANE.....	Fès	1673
Région TAZA-AL HOCEIMA-TAOUNATE.....	Al Houceima	741
Région TANGER-TETOUAN.....	Tanger	1576

5- Répartition par spécialité

Il existe 8 316 médecins spécialistes pour les deux secteurs ensemble. Le secteur public emploie 6 134 médecins spécialistes.

B. PHARMACIENS :

Ils sont passés de 580 en 1979 à plus de 8 400 en 2008 et couvrent convenablement le territoire dans son ensemble.

Il faut signaler le manque de pharmaciens dans le secteur public

PHARMACIENS

TOTAL	PUBLIC	PRIVE	ETRANGERS	FEMMES MAROCAINES
8 452	179	8 273	104	4 300

C. CHIRURGIENS DENTISTES :

Ils sont 3 867 dont plus de 1 000 femmes marocaines actuellement soit environ deux dentistes pour 16 000 habitants ce qui reste faible.

Beaucoup de chirurgiens dentistes ont été formés au Maroc depuis une dizaine d'années dans les deux facultés de Rabat et de Casablanca.

Evolution des chirurgiens dentistes **(Privé et public) 1992 à 2007**

Année	2000		2006		2008	
Secteur	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Total	162	2299	320	3153	348	3 519

D. PERSONNEL PARAMEDICAL :

1- **Les A.S.B** (adjoint de santé breveté) sont en voie de disparition

2- **A.S.D.E** : (Adjoint de santé diplômé d'état) polyvalent

Recrutement : Niveau Baccalauréat avec deux ans de formation

3- **Les ASDES** : (adjoint de santé diplômé d'état spécialiste) ou IDE (infirmier diplômé d'état).

LE PERSONNEL PARAMEDICAL

CATEGORIES	EFFECTIFS EN 1990	EFFECTIFS EN 2006	EFFECTIFS EN 2008
ASB	13 664	11 947	8 762
ASDE	8 256	2 072	192
ASDES (IDE)	1 315	11 080	18 832
ENSEMBLE	23 232	25 099	27 786

E. LES ASSISTANTES SOCIALES

Exercent dans le secteur public (civil et militaire) et le secteur privé.

F. PERSONNEL ADMINISTRATIF

L'effectif du personnel administratif et de service (administrateur économe, économe, sous économe.....) est de 13 718, il reste très insuffisant.

Jouent un rôle important dans la coordination des services sociaux.

IX- L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ET LA CONSOMMATION MEDICALE

L'industrie pharmaceutique au Maroc connaît une grande expansion.

- 35 sociétés de production sont actuellement implantées au Maroc.
- La production nationale couvre 70 % des besoins du pays en médicaments
- Environ 35 000 emplois directs et indirects en industrie pharmaceutique

Le réseau de distribution

- Grossistries : 49 qui emploient environ 3000 salariés
- Pharmacies d'officines : 9 011 qui emploient environ 30 000 salariés

La consommation médicale

- Le budget alloué à la santé est de 4,9 % par rapport au budget total de l'état
- La consommation médicale représente environ 47,4 % des dépenses courantes.
- La consommation annuelle par habitant est de 303 DH environ

X- LA DESCRIPTION DE LA SANTE DES POPULATIONS : NOTIONS D'EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE

A. Définitions de l'épidémiologie :

L'épidémiologie est l'étude de la **distribution** et des **déterminants** de **fréquence** des maladies dans la population (**Mac Mahon**).

Autre définition : (JENICEK ; CLEROUX, 1982)

L'épidémiologie est :

- un raisonnement,
- une méthode, propres au travail objectif en médecine et dans d'autres sciences de la santé appliquées à la description des phénomènes de santé, à l'explication de leur étiologie, et à la recherche des méthodes d'intervention les plus efficaces.

EXPERIENCE DE SNOW

Il s'agit d'une étude de la mortalité par choléra dans les zones urbaines de la ville de Londres, entre "1849 et 1854", par John Snow, médecin épidémiologiste anglais.

- 1849 : Ces zones étaient desservies en eau potable par 2 compagnies :
 - Southwalk "S"
 - Lambeth "L"

Mortalité élevée par Choléra
- 1849 : Les 2 compagnies S et L puisaient l'eau dans la portion basse de la TAMISE, en aval des égouts, donc ... contamination
- 1854 : - "S" n'avait pas changé de prise d'eau
 - "L" avait déplacé sa prise d'eau en amont, loin des égouts, donc les risques diminuent, donc probablement
- 1854 : - "S" → Mortalité reste élevée
 - "L" → Mortalité a diminué

→ Diminution des risques de contamination.

- **Snow a commencé par formuler une hypothèse :**

« Il existe une relation entre la mortalité par choléra et les sources d'eau utilisées »

- **Puis il a vérifié cette hypothèse**

En constatant qu'il existait des zones étendues de la ville de Londres qui étaient desservies, à la fois, par les 2 compagnies "S", "L" (zones mixtes "M") et où la mortalité par choléra était d'une fréquence moyenne.

Il a pris 3 lots de maisons identiques dans les 3 zones : "S", "L", et "M".

Voici les résultats qu'il a trouvés :

Zone	Population	Nombre décès par choléra	Taux de mortalité (pour mille)
Cie "S"	167.954	844	5,0
Cie "L"	19.133	18	0.9
Mixte	300.149	652	2,2

CONCLUSION :

1) Le taux le plus élevé de mortalité par Choléra s'observe dans les quartiers desservis par la compagnie "S" à savoir la population qui utilise l'eau contaminée par les égouts.

2) Le taux le plus faible s'observe dans les quartiers où la compagnie "L" avait changé de prise d'eau, en amont, loin des égouts, et donc de la contamination.

3) Il existe des quartiers mixtes qui utilisent l'eau distribuée par les 2 compagnies et donc on a une fréquence moyenne des décès par Choléra.

Snow avait démontré, à l'époque, que le Choléra était une maladie à transmission hydrique avant même la découverte du vibrion cholérique

B. Les différentes branches de l'épidémiologie et leur champ d'application :

1-L'épidémiologie descriptive :

C'est l'étude de la distribution de la maladie dans les populations selon les caractéristiques de :

- **Personne**
- **Lieu**
- **Temps**

C'est le volet **quantitatif** de l'épidémiologie

2-L'épidémiologie analytique :

Elle s'intéresse donc à la recherche des déterminants (origine ou étiologie) des phénomènes de santé.

Elle vise à comparer les fréquences d'une maladie dans différents groupes afin de mettre en évidence les « facteurs de risque ».

C'est le volet **qualitatif** de l'épidémiologie

Il en existe donc 2 types :

- L'une explicative
- L'autre pragmatique

3- L'épidémiologie d'intervention :

- Elle porte souvent sur des populations bien portantes avec une visée préventive : (Exemple des examens répétés en vue de dépistage du cancer du col)
- Ou elle concerne le domaine de la recherche clinique : Exemple des essais thérapeutiques.

C. Champs d'application de l'épidémiologie :

- La surveillance épidémiologique,
- L'aide à la planification,
- Aide à l'évaluation,
- Aide à la recherche.

D. Classification des phénomènes de masse :

1- Epidémie :

Une épidémie c'est "l'apparition dans une collectivité humaine d'une maladie dont la fréquence est clairement en excès par rapport à la fréquence attendue".

C'est un phénomène de masse **limité dans le temps et dans l'espace**.

2- Endémie / Endémo-épidémie

C'est un phénomène de masse illimité dans le temps, limité dans l'espace avec une fréquence observée relativement constante.

On parle également **d'endémo-épidémie**.

3- Pandémie :

C'est un phénomène de masse limité dans le temps illimité dans l'espace, avec une fréquence variable.

4- Sporadique :

- **Cas isolés** ; souvent sans aucun lien entre eux,
- **Phénomène de masse limité dans le temps et dans l'espace avec fréquence basse.**

E. les mesures épidémiologiques

1. Les principaux outils de mesure de la morbidité :

La morbidité représente le nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné, en général une année, dans une population.

Elle peut être mesurée soit par l'incidence soit par la prévalence

a) Le taux d'incidence :

L'incidence représente le nombre des *cas nouveaux* apparus dans une population donnée pendant une période donnée.

Le taux d'incidence =

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée par unité de temps (en général 1 année civile)}}{\text{Population totale exposée pendant la période considérée}} \times 10^x$$

X= 1, 2,3... (10, 100 ,1 000, 10 000)

Exemple : Le taux d'incidence annuel de la tuberculose en 2008 était :

$$\frac{25\,473}{31\,177\,000} \times 1000 = 0,817$$

→ 0,817/ 1000 habitants

b) Le taux de prévalence :

La prévalence représente le nombre *total de cas* dans une population déterminée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens.

- **Le taux de prévalence instantanée =**

$$\frac{\text{Nombre de personnes présentant une maladie à un moment donné}}{\text{Nombre de personnes observées au moment de l'étude}} \times 10^x$$

- **Le taux de prévalence de période =**

$$\frac{\text{Nombre de personnes présentant une maladie pendant une période donnée}}{\text{Nombre de personnes observées durant cette période}} \times 10^x$$

Renseigne sur l'ampleur et la gravité d'une maladie donnée pendant une période déterminée (Exemple : 5 ans).

2. Les principaux outils de mesure de la mortalité :

a) Le taux de mortalité générale ou taux brut de mortalité :

Le taux brut de mortalité est le rapport des décès d'une année à la population moyenne de cette année.

$$\frac{\text{Nb de décès survenus pendant une période donnée (1 année en général)}}{\text{Population moyenne pendant la période considérée}} \times 1\,000$$

b) Les taux de mortalité spécifiques :

- Par âge
- Par sexe
- Par profession
- Par milieu (urbain ou rural)
- Par état matrimonial (marié, célibataire, divorcé, veuf...)
- Par religion
- Par nationalité
- Par ethnie
- Par maladie

c) Le taux de mortalité infantile :

C'est le rapport entre le nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an sur le nombre total de naissances vivantes pendant cette période. Cette statistique est exprimée pour 1 000 naissances (‰).

Le taux de mortalité infantile =

$$\frac{\text{Nombre de décès des enfants âgés de moins de 1 ans}}{\text{Nombre de naissance vivantes pendant cette période}} \times 1\,000$$

Il est estimé au Maroc à 40 ‰ en 2008

d) Le taux de létalité :

Le taux de létalité exprime la gravité d'une maladie et l'efficacité d'un traitement.

Le taux de létalité =

$$\frac{\text{Nombre de décès en rapport avec une maladie donnée}}{\text{Nombre totale de cas de cette maladie}} \times 100$$

S'exprime toujours en %

3. Les principaux paramètres démographiques utilisés en épidémiologie descriptive:

Les paramètres démographiques en général sont les indicateurs qui nous permettent d'étudier les variations quantitatives de la population dans le temps et dans l'espace, en fonction des milieux socio-économiques et culturels.

a) Taux de natalité :

Il donne le nombre de naissances vivantes par habitant (population moyenne de l'année).

Taux de natalité =

$$\frac{\text{Nombre de naissances vivantes pendant une année}}{\text{Nombre de la population au milieu de l'année}} \times 1\,000$$

Au Maroc ; en 2008 ce taux était de 19,5 ‰

b) Taux de mortalité générale :

$$\frac{\text{Nombre de décès survenus pendant une période donnée}}{\text{Population moyenne pendant la période considérée}} \times 1\,000$$

Au Maroc ; en 2008 ce taux était de 5,8 ‰

c) **Taux d'accroissement naturel :**

C'est le taux de natalité moins le taux de mortalité générale

Au Maroc ; en 2008 ce taux était de 1,4%

d) **L'indice synthétique de fécondité**

Cet indicateur mesure le nombre moyen d'enfants que des femmes auraient au cours de leur vie si, à tout âge, leur niveau de fécondité était celui de l'année considérée.

Au Maroc ; en 2008 il était égal à **2,28 enfants par femme**

XI- Les facteurs qui influencent la santé :

Approche pluridisciplinaire et multisectorielle des problèmes de santé :

Il existe de nombreux et divers facteurs qui influencent la santé de l'homme. On les classe en 2 groupes :

A- FACTEURS SANITAIRES :

- Etat des connaissances médicales
- Possibilités d'application :
 - personnels
 - équipements.

B- FACTEURS NON SANITAIRES :

1) Facteurs géographiques :

- Richesses naturelles,
- Climat,
- Communications.

2) Facteurs démographiques :

- Répartition de la population par âge,
- Concentration urbaine,
- Dissémination rurale,
- Politique gouvernementale vis-à-vis de la planification familiale.

3) Facteurs socio-économiques : + + +

- Revenus (P.N.B.)
- Habitat
- Urbanisation et aménagement rural
- situation de l'emploi (profession)
- Modes de vie + + +

4) Facteurs psycho-culturels :

- Scolarisation
- Coutumes, croyances, traditions
- Mentalités des populations devant les problèmes de santé.

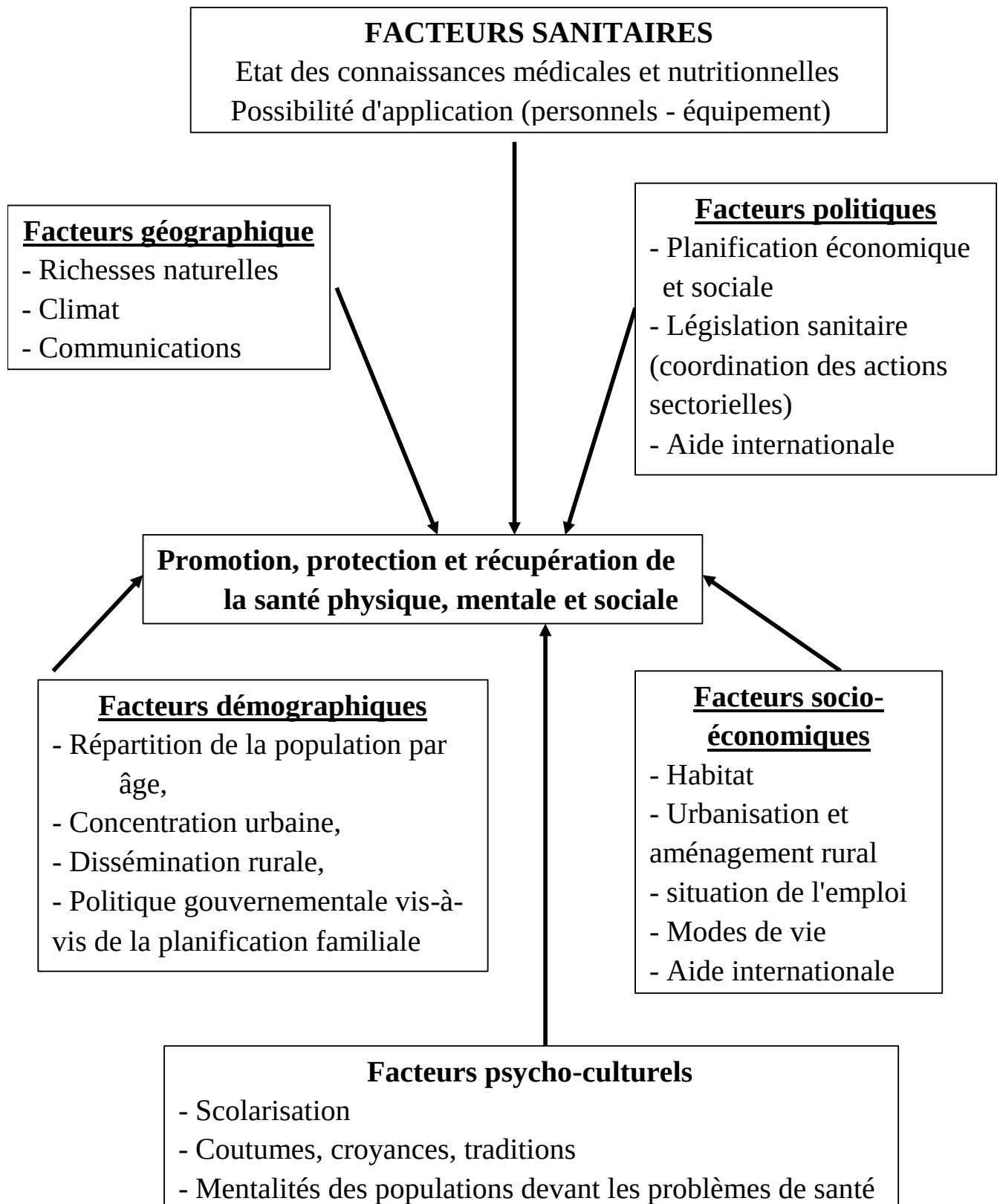
5) Facteurs politiques :

- Planification économique et sociale
- Législation sanitaire
- Coordination des actions sectorielles
- - aide internationale : coopération.

Les pays développés, du fait de leur mode de vie et de leur environnement industrialisé, souffrent particulièrement des problèmes de santé liés au stress, et aux maladies dites de progrès (maladies cardio-vasculaires, métaboliques, psychiatriques, cancers etc...).

Par contre les pays en développement doivent encore, pour la plupart, faire face à des problèmes sanitaires d'un autre ordre, dus essentiellement aux maladies infectieuses et transmissibles, entretenues et exacerbées par de mauvaises conditions d'hygiène, au manque d'eau potable, à la malnutrition, l'analphabétisme et à la pauvreté.

Les facteurs qui influencent la sante de l'homme



➤ **L'approche multidisciplinaire :**

Il y a lieu de signaler que concernant l'approche multidisciplinaire plusieurs disciplines concourent à l'étude et à l'analyse des problèmes de santé.

Il s'agit, essentiellement de :

- L'épidémiologie
- Les sciences sociales
- L'information
- L'économie
- L'éducation
- La formation
- La gestion, management
- La démographie.

➤ **L'approche multisectorielle :**

Quant à l'approche multisectorielle, on peut citer parmi les déterminants les plus importants à titre d'exemple :

- 1 - Sous-alimentation infantile en particulier
- 2- Logements insalubres : absence d'installations sanitaires adéquates
- 3- Pollution de l'air
- 4- Analphabétisme
- 5- IST, Sida, prostitution des jeunes, violence
- 6- Tabac, alcool
- 7- Accidents de la circulation
- 8- Projet d'irrigation conçus (gâtes larvaires).

Cependant, plusieurs ministères et départements publics et semi-publics sont concernés par la santé. C'est dans le cadre d'une action intersectorielle qu'on peut résoudre les problèmes de santé.

XII- MEDECINE PREVENTIVE SCOLAIRE ET

UNIVERSITAIRE

La santé scolaire est supervisée par le Ministère de l'Education Nationale.

C'est le Ministère de la Santé qui est responsable à l'échelon national.

Les tâches du médecin scolaire sont multiples :

A. LA SURVEILLANCE MEDICALE DE L'ECOLIER :

Médecine de dépistage +++ Médecine d'adaptation Education sanitaire

1. Examen de santé

- a. Antécédents personnels, familiaux et signes fonctionnels
- b. Examen physique : pratiqué debout et couché
- c. Dépistage des déficits sensoriels, facteurs d'inadaptation scolaire
- d. Dépistage des troubles de l'audition
- e. Etude de la croissance : portera sur la taille, le poids et les segments corporels
- f. Recherche de maladies chroniques : diabète.....

2. Le rythme des examens

- a. Programmés
- b. A la demande

B. PROPHYLAXIE DES MALADIES CONTAGIEUSES A L'ECOLE :

1. Evictions scolaires
2. Prophylaxie de la tuberculose - IST...
3. Vaccinations

C. CONTROLES

1. Alimentation : équilibrée, restauration collective
2. Locaux : superficie, éclairage
3. Le mobilier et le matériel scolaire adaptés doivent être réglementés.

D. INADAPTATION SCOLAIRE

Prévention de l'inadaptation à toute l'activité scolaire :

- problème de l'insertion
- éviter l'exclusion.

E. MEDECINE PREVENTIVE UNIVERSITAIRE

Dépend du Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement supérieur.

Dépistage :

- de la tuberculose
- des infections sexuellement transmissibles
- des troubles de la santé mentale de l'écologiste et de l'étudiant

F. LES TACHES DU MEDECIN SCOLAIRE

Les tâches du médecin scolaire sont très variées :

- Surveillance de la croissance des enfants :
 - bilan de santé
 - examens médicaux à la demande
- Dépistage des caries dentaires et des malpositions dentaires
- Surveillance médicale : activités physiques et sportives scolaires...

I- Les problèmes sanitaires de la population scolaire concernent surtout la préservation du « capital santé » du futur adulte et l'adaptation scolaire et sociale, on peut citer :

- Les accidents
- Les troubles sensoriels: auditifs et sensoriels
- Les handicaps et maladies chroniques
- Les caries dentaires et malpositions dentaires...

II- Adaptation scolaire

III- Echec scolaire :

Parmi les causes de l'échec scolaire sont :

- Niveau socio-économique des parents
- Qualité du logement
- Nombre d'enfants présents au foyer
- Niveau d'instruction des parents (surtout de la mère)...