

LA SANTE DANS LE ROYAUME DU MAROC

K. SBAI IDRISSE

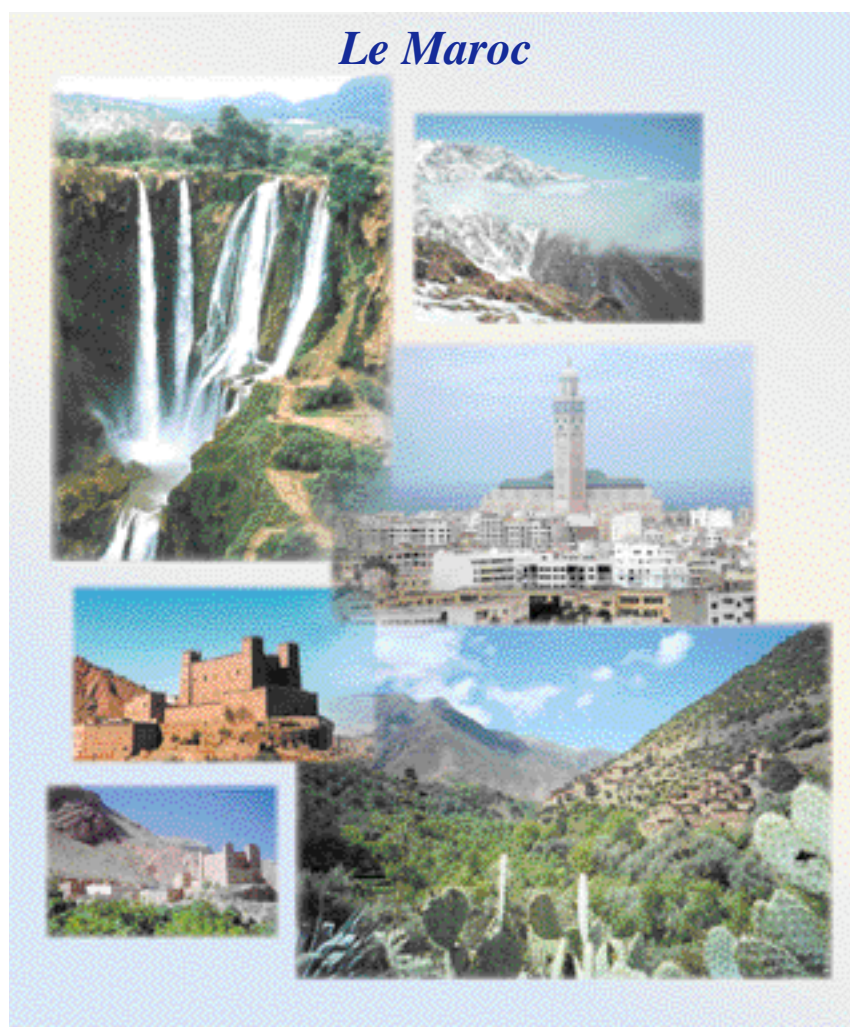
- Travail du Service de médecine des collectivités (K.S.I., Docteur en médecine), Institut de médecine tropicale du service de santé des armées, Marseille, France.
- Correspondance : Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Hay Riad, Rabat, Maroc • e-mail : siksbai@hotmail.com •

Med Trop 2002; 62 : 489-496

Entrer dans la modernité sans rompre avec ses traditions, telle est la voie choisie par le Maroc. Pays situé au point de rencontre de l'Afrique et de l'Europe, initialement peuplé de Berbères, il a été islamisé entre le VII^e et le VIII^e siècles, à la suite de la conquête arabe. Aujourd'hui, avec à sa tête Sa Majesté (SM) le Roi Mohamed VI, Commandeur des croyants, il se propose de jouer un rôle de premier plan sur la scène internationale. La santé au Maroc a aujourd'hui une expression ambivalente, malgré l'importance des efforts investis dans le domaine et le succès qu'ont connu certains programmes de santé instaurés au lendemain de l'indépendance. En effet, d'un côté la lecture des indicateurs sanitaires montre une extension de la couverture sanitaire et un recul des mortalités infantiles et juvéniles ; et de l'autre il persiste une disparité de l'état de santé entre les milieux socio-économiques et les régions, ainsi que beaucoup d'insuffisance en matière de qualité des soins. Le prochain défi consiste à lever cette ambivalence tout en tenant compte de la mutation du profil épidémiologique et démographique du pays.

Histoire

Nommé par les géographes arabes pays de « l'extrême couchant » (*al-maghreb al-aqsâ*), le royaume du Maroc ouvert aux influences occidentales a développé une civilisation originale au sein du monde arabe. Il apparaît comme le point de rencontre des mondes africain, oriental et européen. Le Maroc, véritable creuset de civilisations, a une histoire caractérisée par la persistance à travers plusieurs siècles de la culture et de la langue berbères et la continuité d'une monarchie qui remonte au VIII^e siècle après JC, date de son arabo-islami-



sation. L'actuel territoire marocain est occupé par l'homme depuis la préhistoire comme en témoignent les gravures rupestres des sites de l'anti-Atlas, du Tafilelt et de l'Atlas. Mais, ce n'est qu'à partir du V^e siècle avant JC que les auteurs antiques rapportent des témoignages sur les traditions et les modes de vies rencontrés

par les Phéniciens lorsqu'ils fondèrent des comptoirs sur ses côtes méditerranéennes et atlantiques (Lixus, Mogador, Sala). Les Romains ont fait du Nord de l'actuel territoire marocain une des provinces de leur empire, leur influence persiste avec un certain nombre de coutumes comme l'usage du calendrier julien dans les campagnes

pour les travaux agricoles. L'événement le plus marquant jusqu'à nos jours reste la conquête arabe et l'islamisation, qui s'est faite malgré la vive résistance des populations berbères au VIII^e siècle après JC. La première dynastie marocaine fut fondée par les Idrissides à Fès, première capitale du Maroc, vers la fin du VIII^e siècle. Puis plusieurs dynasties se sont succédées et ont marqué l'histoire régionale de façon plus ou moins importante (Afrique du nord, péninsule Ibérique) ; par ordre de succession on peut citer : les Almoravides (XI-XII^e siècle), les Almohades (XII-XIII^e siècle), les Mérinides, les Ouattassides, les Saadiens et les Alaouites enfin, dynastie fondée au XVII^e siècle, règnent encore aujourd'hui. De 1912 à 1956, le Maroc est sous protectorat français et espagnol. C'est durant cette période (et sur la partie sous protectorat français uniquement) que le Maroc a connu la mise en place des bases d'une organisation sanitaire matérialisée par un service public de la santé mixte, à la fois civil et militaire, dont les principes visaient à l'époque trois objectifs essentiels : faciliter la pénétration française, favoriser la protection du « capital humain marocain » et protéger les Européens contre les maladies qui sévissaient dans le pays. Il est à ce propos nécessaire de rendre hommage aux médecins militaires français qui ont beaucoup œuvré pour la santé de la population marocaine de l'époque en luttant contre la tuberculose, la variole, la peste et la lèpre qui faisaient de grands ravages.

Géographie physique

Situé à l'extrême Nord-Ouest du continent africain, entre le 36^e et le 21^e parallèle de latitude Nord, le Maroc est limité à l'Est par l'Algérie, au Sud par la Mauritanie, à l'Ouest par l'océan Atlantique, au Nord par la mer Méditerranée (Fig. 1). Sa superficie atteint 710 850 km². Sa très longue façade maritime (3 500 km) qui lui assure de grandes ressources halieutiques, est étroite et abrupte en bordure de la Méditerranée, et se prolonge de plaines et de plateaux du côté atlantique. Ses montagnes sont les plus élevées du Maghreb : le mont Toubkal culmine dans le Haut Atlas à 4 165 m. Elles se décomposent en quatre chaînes formées à des époques géologiques différentes et plusieurs fois remaniées : au Sud, l'Anti-Atlas, le Haut et le Moyen Atlas et au Nord, le Rif. Ces massifs s'ouvrent largement à l'Ouest et encadrent les plaines du Gharb, de la Chaouïa, du Haouz et du Sous, laissant à l'écart les hauts plateaux du Maroc oriental. Ils n'ont jamais constitué un obstacle



Figure 1- Carte du Maroc.

infranchissable (les hommes ont toujours utilisé leurs passages et leurs cols). Deux zones de hauts plateaux s'élèvent à plus de 1 000 m : la Meseta marocaine entre le Haut et le Moyen Atlas et les terres qui prolongent le Tell oranais. Grâce à l'enneigement de ses montagnes, véritables châteaux d'eau, le royaume est drainé par de longs fleuves bien alimentés. La Moulouya se jette dans la Méditerranée, le Sebou, le Bou-Regreg, l'Oum er-R'bia, le Tensift et le Sous, dans l'Atlantique. Les fleuves sahariens, comme le Draa ou le Dadès, sont intermittents dans leurs cours inférieurs vers le Sud.

Les montagnes, qui compartimentent le Maroc en milieux naturels bien distincts, délimitent deux grandes zones climatiques : les régions du Nord, relativement arrosées, et celles du Sud, désertiques aux abords du Sahara. Dans la moitié septentrionale, le climat est de type méditerranéen, avec une période tempérée et humide (début octobre jusqu'à fin avril) et une saison sèche (du mois de mai à la fin du mois de septembre). D'importantes variations locales sont dues à l'influence atlantique, à l'altitude et au contact du Sahara. La proximité de la mer atténue les écarts de température et augmente l'humidité ; plus on s'en éloigne, plus l'amplitude thermique est importante et la sécheresse prononcée. Les précipitations augmentent avec l'altitude. L'enneigement est parfois important dans

les montagnes, où les températures peuvent descendre jusqu'à -20 °C. Les variations climatiques d'une année à l'autre, particulièrement marquées, rendent les conditions agricoles parfois aléatoires. Par contre, la longueur de la saison sèche et l'intensité de l'évaporation ne sont pas favorables au maintien des nappes d'eaux lacustres : de ce fait le Maroc n'a aucun lac naturel important. La politique de construction des barrages et des lacs collinaires en est la principale conséquence pour assurer l'autosuffisance alimentaire (Fig. 5). L'enjeu épidémiologique sont les maladies à transmission hydriques (choléra, fièvre typhoïde, diarrhées), manuportées (ascaridiose, trachome et conjonctivites) et parasitaires (bilharziose), qui semblent vouées à une recrudescence cyclique. Au Maroc, tout est fonction de la hauteur et de la répartition des pluies, d'où la domination du climat sur la vie en général.

Le régime des vents, quant à lui, est en étroite liaison avec la position de l'anticyclone des Açores d'où divergent les vents secs. Au Nord, l'instabilité des pressions et de la circulation nord atlantique rapproche le Maroc de l'Europe occidentale et tempérée ; au Sud, règne la puissante régularité du régime subtropical. La démarcation entre ces zones varie, de sorte qu'en hiver le Maroc est presque tout entier dans la zone tempérée, froide et humide alors qu'en été, il se trouve dans la zone subtropicale

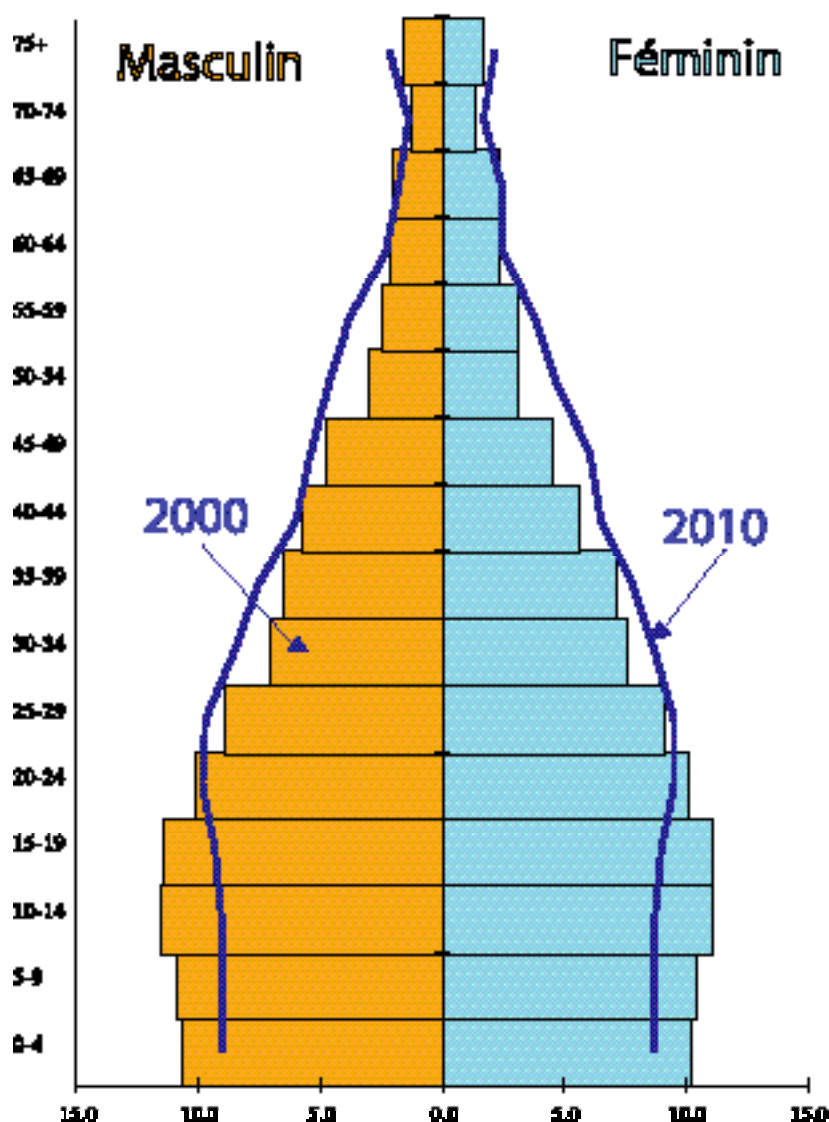


Figure 2- Pyramide d'âges de la population en 2000 et projection pour 2010 (Ministère de la santé, Maroc).

Tableau 1 - Principaux indicateurs démographiques au Maroc pour l'année 2001.

Indicateur	Valeur
Densité au kilomètre carré	40,4 hab./Km ²
Espérance de vie à la naissance	69,5 ans
PNB par habitant par an	1360 dollars US
PIB par habitant par an	1310 dollars US
Taux de chômage	14,5 %
Taux de fécondité par femme (en âge de procréer)	4 enfants
Indice synthétique de fécondité	3,1
Taux brut de natalité	21,9 / 1000
Taux brut de mortalité	5,9 / 1000
Taux de mortalité des moins de 5 ans (régression 1990 à 1999)*	5,2
Taux d'accroissement démographique	1,6 %
Taille moyenne des ménages	5,5

* : source UNICEF

aride et chaude de l'alizé. De plus, des vents locaux peuvent modifier quelque peu ces règles. L'idée générale que le Maroc est un

pays chaud et sec est fautive. Ceci n'est vrai qu'en été. Le reste du temps, le climat est relativement froid et humide, spécialement

sur le littoral, au Nord et dans les montagnes. Ceci n'est pas sans incidence sur la prévalence des maladies des voies aériennes supérieures et pulmonaires.

En outre, le sous-sol est doté d'un potentiel minéral particulièrement riche, puisque rares sont les minéraux ou les roches qui lui sont inconnues. L'existence de certaines aura une implication épidémiologique comme le montre la coïncidence entre la fréquence des fluoroses dentaires et la répartition géographique des gisements de phosphate.

Démographie

Le Maroc présente une société qui paraît composite certes, mais qui est très soudée par une longue histoire commune. La religion et la langue officielles sont l'Islam et l'arabe. Un tiers de la population parle le berbère, les arabophones constituant les deux tiers restant et sont pour la grande majorité des Berbères arabisés. Les invasions arabes du VII^e siècle après JC n'ont en effet entraîné l'installation que de quelques dizaines de milliers d'hommes originaires de la péninsule arabique. La population de confession israélite, aux origines diverses (Berbères judaïsés avant l'ère chrétienne, juifs réfugiés après l'expulsion d'Espagne en 1492) s'est sensiblement réduite avec l'émigration massive vers Israël, la France et le Canada. Des pathologies du pourtour du bassin méditerranéen comme la maladie de Behcet et la maladie périodique se retrouvent au Maroc. Les Européens sont environ 100 000 à y vivre aujourd'hui. Près de 1,8 millions de marocains vivent à l'étranger (7,8% de la population active marocaine). Le Maroc a réalisé 4 recensements depuis son indépendance (1960, 1971, 1982 et 1994). Les caractéristiques démographiques actuelles de la population du Maroc sont calculées à partir de projections. Actuellement estimée à 29 800 000 habitants la population marocaine est rurale à 44%. Le territoire n'est pas occupé de façon homogène et l'exode rurale ne fait qu'accroître cet état de fait. La répartition en 2000 et une projection pour l'an 2010 par tranches d'âges sont représentées à la figure 2; on y voit clairement que la population marocaine est en train de changer de profil démographique. A terme elle aura un profil de pays développé avec tout ce que cela implique comme problèmes de santé nouveaux du fait de l'allongement de la durée moyenne de vie et de l'augmentation de la proportion de sujets du troisième âge. Le tableau I décrit les principales caractéristiques démographiques en 2001.

Organisation du système de santé

Politique de santé

La naissance du système de santé Marocain remonte à la première conférence nationale sur la santé organisée en 1959 sous la présidence de feu S.M. Mohamed V qui a énoncé les principes qui constituent les pierres angulaires de la politique sanitaire au Maroc depuis plus de 40 ans. Deux déclarations de cette conférence illustrent l'orientation générale de cette politique : «La santé de la nation incombe à l'Etat» et «Le Ministère de la santé publique doit en assurer la conception et la réalisation». Cette première phase a permis de nationaliser et développer l'offre de soins et de lutter contre les grands fléaux épidémiques. C'est ainsi que le système de santé a connu d'une part la fondation des premières facultés de médecine, des écoles de formation professionnelle et d'autre part le développement des premières stratégies de couvertures sanitaires (groupes sanitaires mobiles). Au fur et à mesure de l'extension des infrastructures, un effort a été déployé pour organiser la couverture sanitaire, renforcer les structures centrales et définir l'organisation et les attributions des services extérieurs. La Charte communale (1976) a permis de responsabiliser les collectivités locales sur certains aspects de santé (hygiène et assainissement des villes).

La Deuxième période (1981-1995) vient après la souscription du Maroc à la déclaration d'Alma Ata en 1978. Durant cette période on assiste à un grand renforcement des structures sanitaires de base et au développement des programmes sanitaires. En 1989, a été réalisée la première étude sur le financement des soins, annonçant le souci des autorités sanitaires marocaines pour cet aspect.

La Troisième période, depuis 1995, est la quête de changement avec la restructuration des services centraux du Ministère de la santé. Cette restructuration est particulièrement parce qu'elle traduit une tendance. La consolidation de la Direction de la Population et de la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, qui exprime une volonté d'achever les succès réalisés dans les programmes sanitaires. La création de nouvelles directions centrales pour les hôpitaux, les médicaments et la réglementation, traduit une orientation claire vers les soins curatifs et vers le renforcement des établissements de production de soins et services représentés essentiellement par les hôpitaux. La caractéristique de la situation socio-sanitaire au Maroc (transitions démographique et sanitaire) explique les choix stratégiques qui doivent à la fois consolider les acquis en matière de prévention et de lutte contre les maladies anciennes et le souci de faire face à l'émergence d'une nouvelle structure morbide dominée par les maladies chroniques et les cancers qui nécessitent la mise en place d'une infrastructure hospitalière de plus en plus coûteuse. Quant à la création du Service de l'Economie de la santé, il concrétise l'intérêt accordé à la maîtrise des aspects économiques liés à la santé.



Figure 3 - Répartition des établissements de soins de santé de base par région en 1999 (Ministère de la santé, Maroc).

graphique et sanitaire) explique les choix stratégiques qui doivent à la fois consolider les acquis en matière de prévention et de lutte contre les maladies anciennes et le souci de faire face à l'émergence d'une nouvelle structure morbide dominée par les maladies chroniques et les cancers qui nécessitent la mise en place d'une infrastructure hospitalière de plus en plus coûteuse. Quant à la création du Service de l'Economie de la santé, il concrétise l'intérêt accordé à la maîtrise des aspects économiques liés à la santé.

Carte sanitaire

Le Ministère de la Santé Publique a la responsabilité de l'exécution de la politique sanitaire. Le système de santé est organisé en provinces et préfectures médicales (une soixantaine au total), dont les délimitations sont calquées sur le découpage administratif. Le médecin-chef de la préfecture, représentant du Ministère de la Santé Publique, assure l'exécution de la politique sanitaire au niveau de sa province ou préfecture. Le système de santé est subdivisé en deux catégories de réseaux d'actions sanitaires ; celui de l'action ambulatoire et celui de l'action hospitalière.

• Réseau d'action ambulatoire

C'est le réseau des soins de santé de base. Il est composé de 2 138 formations sanitaires de base : dispensaires, centres de santé urbains et ruraux. Ces formations sont le plus souvent médicalisées et leurs prestations sont gratuites. Ce réseau a pour principal champ d'action la prévention sanitaire et la promotion de la santé. Pour ce faire, chaque province ou préfecture est divisée en circonscriptions sanitaires, qui sont des aires géographiques délimitées par la taille de la population (en moyenne 45 000 habitants). Chacune des circonscriptions dispose d'un centre de santé, et est subdivisée en sous-secteurs dont les plus importants en effectifs disposent d'un dispensaire (Fig. 3). Un infirmier itinérant est chargé, selon un circuit mensuel, de faire des tournées dans les sous-secteurs qui n'ont pas de dispensaire du fait de la dispersion des habitants sur le territoire. Le découpage est en cours de modification pour tenir compte de la densité de la population, et de la distance par rapport au chef lieu de la circonscription sanitaire, qui est le centre de santé (en 1996, près de 31 % de la population se trouvent encore à plus de 10 km d'une formation sanitaire). Le médecin-chef de la circonscription est chargé de la supervision, du

Encadré 1**La tuberculose et son traitement au Maroc**

Au Maroc, la tuberculose est un problème majeur de santé publique en raison de sa forte incidence. La lutte contre cette maladie est considérée comme une priorité. Depuis les années 80, le nombre de nouveaux cas de tuberculose enregistrés chaque année par le système de surveillance oscille entre 26000 et 30000 dont plus de la moitié sont des tuberculoses pulmonaires. Cette maladie affecte aussi bien les femmes que les hommes de notre pays. Tous les âges sont concernés et plus particulièrement les adultes jeunes. En effet, 70 % des tuberculeux ont entre 15 et 45 ans, c'est à dire la tranche d'âge la plus productive de la population. Le Maroc a adopté les recommandations de l'OMS dans son Programme National de la Lutte Antituberculeuse. Les régimes de chimiothérapie antituberculeuse sont standardisés et doivent être scrupuleusement respectés par tous les prescripteurs (spécialistes ou généralistes du secteur public ou privé ou autre). Le traitement est supervisé par les autorités sanitaires conformément aux recommandations de l'OMS (DOTS). Selon la forme de tuberculose les patients sont classés en quatre catégories thérapeutiques :

Catégorie I :

Les tuberculoses pulmonaires à microscopie positive (2 mois SRHZ* / 4 mois RH (6 jours sur 7)) et les formes aiguës et graves : elles mettent en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel (2 mois SRHZ / 7 mois RH*(6 jours sur 7)).

Catégorie II :

Les malades en rechute et en échec au traitement ont un risque élevé de développer une tuberculose multirésistante ; ils doivent recevoir un régime de retraitement qui doit être totalement supervisé (2 mois SRHEZ* / 1 mois RHEZ / 5 mois RHE (6 jours sur 7)).

Catégorie III :

Cette catégorie regroupe les formes de tuberculose pulmonaire à microscopie négative avec lésions parenchymateuses peu étendues et de tuberculose extra pulmonaire sans pronostic vital en jeu (2 mois RHZ / 4 mois RH (6 jours sur 7)).

Catégorie IV :

Les cas chroniques et cas multi-résistants sont transférés dans l'un des centres hospitaliers nationaux en vue de l'identification de la souche bacillaire résistante et d'une prise en charge adéquate.

* S : streptomycine ; R : rifampicine ; H : Isoniazide ; Z : pyrazinamide ; E : éthambutol

La prévention fait appel aussi à la vaccination par le BCG. C'est une composante du Programme National d'immunisation (PNI). Elle est effectuée à la naissance. Elle doit être poursuivie partout dans le pays par le PNI et, particulièrement, durant les journées nationales de vaccination. La vaccination indiscriminée lors de la première année scolaire est maintenue dans le cadre du Programme d'Hygiène Scolaire et universitaire pour rattraper, à l'âge de 7 ans, les enfants non vaccinés ou mal vaccinés. Le vaccin utilisé est celui de l'Institut Pasteur. Il est injecté par voie intradermique au niveau du tiers supérieur de l'avant bras gauche à la dose de 0,1 ml chez les enfants âgés de plus d'un an et à moitié dose (0,05 ml) chez les enfants âgés de moins d'un an ■

Encadré 2**Lutte contre les leishmanioses**

Au Maroc, une relative augmentation dans le nombre et la répartition géographique des cas notifiés de leishmanioses a été relevée ces dernières années. Ceci résulte, pour une large part, de la sensibilisation du personnel du terrain à ce type de parasitoses. Des activités de surveillance sont assurées par le biais d'un dépistage passif permanent dans toutes les formations sanitaires. La surveillance active sur le terrain est assurée par des équipes mobiles au cours des visites à domicile effectuées par les infirmiers itinérants des localités exposées. La prise en charge de l'ensemble des cas dépistés est assurée au niveau des différentes formations sanitaires, en milieu hospitalier pour la forme viscérale (antimoine pentavalent ou amphotéricine B par voie parentérale) et en ambulatoire pour les atteintes cutanées (soins locaux à l'éosine, infiltrations péri-lésionnelles d'antimoine pentavalent - Glucantime® - et pansement sec sur les lésions). Les opérations de lutte contre le rongeur *Meriones shawi grandis*, réservoir sauvage de la leishmaniose cutanée à *L. major*, ont intéressé les zones de pullulation de ce rongeur dans les localités à risque ; elles consistent en des campagnes rodenticides bisannuelles (fin de l'hiver et fin de l'été) et un suivi épidémiologique de l'infestation de ce rongeur. Dans le cadre de la lutte contre les zoonoses (rage, kyste hydatidique et leishmaniose viscérale), des campagnes d'abattage des chiens errants (second réservoir) sont effectuées. Des campagnes de sensibilisation de la population sont menées dans les provinces où la leishmaniose est endémique, ceci pour impliquer la population dans la prévention des poussées épidémiques par l'élimination hygiénique des ordures ménagères, source de prolifération des vecteurs de cette maladie.

La leishmaniose cutanée à *L. major* semble se limiter à son terrain de prédilection dans les zones pré-sahariennes continentales au sud de l'anti-atlas. La majorité des foyers de transmission sont constitués de palmeraies circonscrites formées de douars de petite et moyenne importance et de zones péri-urbaines caractérisées par un habitat insalubre favorable à la genèse et à l'entretien de ce type de maladie. La leishmaniose cutanée à *L. tropica* confinée à l'origine dans une zone allant du versant Ouest de l'Atlas aux plateaux pré-rifains (région centre), s'y maintient d'une manière latente hypo-endémique ; par contre les atteintes dispersées, relevées dans les autres provinces demeurent difficiles à différencier des formes cutanées à *L. infantum* par manque de confirmation parasitologique de l'espèce en cause.

La leishmaniose viscérale à *L. infantum* est confinée de manière sporadique dans plusieurs provinces au Nord du pays. Son évolution revêt une allure endémique. L'incidence globale au cours des dix dernières années reste cependant faible avec une distribution territoriale localement très éparpillée. L'exécution du programme semble avoir abouti à une maîtrise de l'endémicité dans certaines provinces, alors que la transmission semble se maintenir dans d'autres. Mais l'hypothèse d'un réchauffement climatique fait envisager l'extension des foyers actuels et donc la rupture de l'équilibre actuel ■

contrôle et de l'évaluation des différents programmes. Les principaux programmes sanitaires en cours sont :

- le programme national d'immunisation (tuberculose, diphtérie, coqueluche, poliomyélite, tétanos, rougeole) ;
- la planification familiale (contraception orale, condom, dispositif intra-utérin, implants sous cutanés de contraceptifs, ligature des trompes) ;
- le suivi des grossesses et accouchement (vaccination antitétanique des femmes en âge de procréer, visites médicales périodiques de suivi de la grossesse, sérologie de la toxoplasmose et de la syphilis) ;
- la lutte contre les maladies diarrhéiques (thérapie par réhydratation orale, hygiène alimentaire),

- la lutte contre la malnutrition dont souffrent 45% des enfants de moins de 5 ans (éducation sanitaire des mères pour la préparation de repas équilibrés, suivi de la croissance des nourrissons et des enfants, distribution des aliments de sevrage) ;
- la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, ou PCIME ;
- la lutte contre les maladies respiratoires et la tuberculose (dépistage des cas et enquête dans leur entourage immédiat, distribution du traitement antituberculeux) (Encadré 1) ;
- la lutte contre les maladies parasitaires (paludisme, bilharziose, leishmaniose) (Encadré 2) ;
- la lutte contre les MST et le sida (campagnes de sensibilisation, dépistage gratuit

et anonyme, traitement anti-VIH par une tri thérapie dont les charges financières sont réparties entre l'Etat et un certain nombre d'ONG nationales et internationales) ;

- la santé scolaire et universitaire (visites médicales périodiques).

• Réseau d'action hospitalière

Il est composé de 112 hôpitaux répartis en quatre catégories (les capacités d'accueil indiquées pour chaque catégorie sont théoriques et peuvent fluctuer dans la réalité en fonction des réorganisations, de même que dans certaines provinces il n'y a que l'hôpital de niveau régional du fait de la faible densité de la population) :

- l'hôpital de zone d'une capacité optimale de 200 à 255 lits, dessert une population moyenne de 250 000 habitants (4 à 5

Tableau II - Ressources accordées à la santé.

Indicateur	Valeur
Nombre d'habitants par établissement de soins de santé de base	15 165
Nombre d'habitants par lit d'hôpital public	1136
Nombre d'habitants par Médecin (tous secteurs confondus)	3 268
Nombre d'habitants par infirmier du secteur public	1 090
Part du budget de la Santé dans le budget total de l'Etat	4,9 %
Part du budget de fonctionnement de la Santé dans le B.F ¹ de l'Etat	5,3 %
Part du budget d'investissement de la Santé dans le B.I ² de l'Etat	3,7 %

1 : Budget de fonctionnement
2 : Budget d'investissement

centres de santé). Il est doté de quatre services de base : médecine, chirurgie, pédiatrie et gynécologie.

- l'hôpital provincial d'une capacité de 400 à 500 lits, est situé au chef-lieu de la province ou de la préfecture. Il dessert la population de toute la province, surtout pour les services de spécialité faisant défaut dans les hôpitaux de zone.

- l'hôpital régional disposant de 8 spécialités en plus de celles de l'hôpital provincial et d'une capacité de 800 à 1 000 lits, dessert la population de toute la zone (en général 4 à 6 provinces).

- l'hôpital national (ou universitaire) dispose de 1600 à 2000 lits, et dessert toute la population. Il a toutes les spécialités. Il existe actuellement quatre centres hospitalo-universitaires.

- Par ailleurs, il y a lieu de noter l'existence d'un réseau d'instituts, de laboratoires et de centres spécialisés (Institut Pasteur, Institut National d'Oncologie, Institut National d'Hygiène, Centres de transfusion sanguine, Centres de référence pour la planification familiale, Centres de lutte contre la tuberculose).

Il faut mentionner le rôle du Service de Santé des Forces Armées Royales qui, bien que destiné à prendre en charge la santé des militaires et de leurs familles, intervient en cas de nécessité au profit des populations civiles marocaines (et parfois étrangères dans le cadre d'actions humanitaires : Somalie, Kosovo...). Il dispose d'infrastructures fixes (hôpitaux, dispensaires familiaux) et peut déployer des unités médico-chirurgico-dentaires mobiles au Maroc ou à l'étranger.

Le secteur privé quant à lui est très développé; il met à la disposition de sa clientèle des polycliniques où existent la plupart des spécialités et représentant 19 % de la capacité en lit hospitalière totale. Les cabinets de médecine générale et spécialisée ainsi que des laboratoires d'examen complémentaires biologiques et radiologiques complètent un secteur privé qui de plus en plus entre en concurrence avec le secteur public. L'accessibilité au privé est

limitée par sa distribution urbaine (grandes villes) et par le problème du paiement des frais de soins du fait de la faible couverture sociale.

Les ressources de la Santé

Le tableau II donne les principaux chiffres qui caractérisent les ressources financières et humaines attribuées au secteur de la santé.

Si globalement l'offre des soins de santé dans le public et le privé s'améliore, les différences entre régions restent importantes. La répartition du personnel médical et paramédical suit plus ou moins la densité de la population car ce personnel de l'état est réparti par décision administrative (Fig. 4); en revanche, le secteur privé est beaucoup plus présent dans les grandes villes délaissant le monde rural. De plus, le

pourcentage des personnes disposant d'une couverture sociale pour la maladie est de 25,3 % dans les zones urbaines et seulement 1,3 % dans les zones rurales. Ces inégalités sont encore plus fortes entre les catégories socio-professionnelles (61,9 % chez les cadres supérieurs, contre 1,1 % chez les exploitants agricoles). Mais ces inégalités d'accès ne sont pas insurmontables, la meilleure preuve en étant donnée par les programmes sanitaires : on peut citer, par exemple, le résultat des campagnes nationales de vaccination, la couverture vaccinale étant supérieure à 80 % pour tous les enfants du pays, quel que soit leur lieu de résidence ou la condition socio-économique de leurs parents. De plus le principe de l'assurance maladie obligatoire a été adopté par le gouvernement en 2001, et ce système se mettra en place progressivement pour donner lieu à terme à une couverture médicale généralisée de la population.

D'autre part, dans le domaine de la formation des professionnels de la santé le Maroc dispose aujourd'hui de quatre facultés de médecine (à Rabat, Casablanca, Marrakech et Fès) qui forment des médecins (généralistes, spécialistes, enseignants-chercheurs), des chirurgiens-dentistes avec divers degrés de spécialisation et des pharmaciens (d'officine et de laboratoire). Il dispose de deux instituts de santé qui forment des cadres paramédicaux (infirmiers, techniciens de laboratoires, secrétaires médicaux).

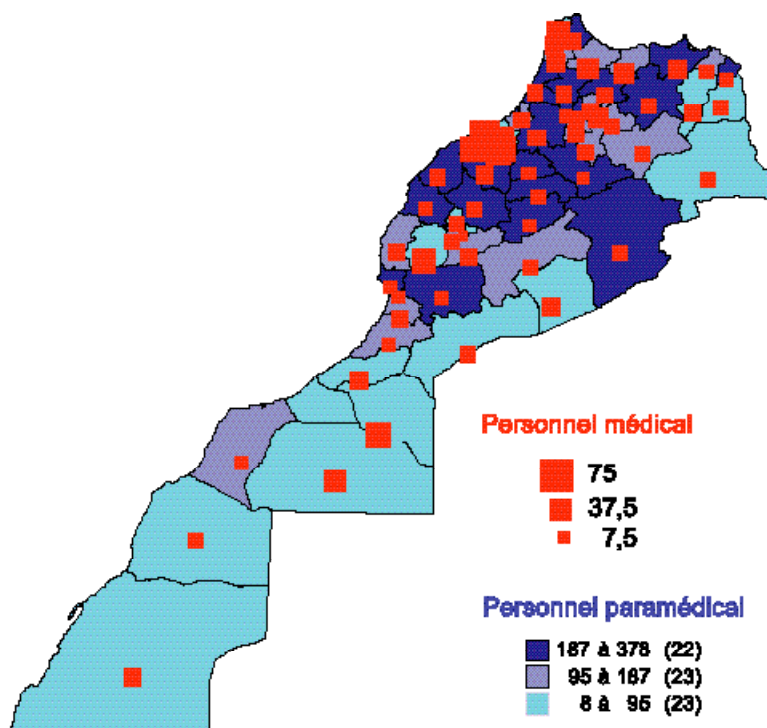


Figure 4 - Répartition du personnel médical et paramédical du réseau de soins de santé de base en 1999 selon les villes et les localités (Ministère de la santé, Maroc).

Principaux problèmes de santé

La situation sanitaire au Maroc est caractérisée, d'une part, par une réduction des niveaux de mortalité et de fécondité qui annoncent la transition démographique et, d'autre part par l'émergence d'une nouvelle répartition de la charge de morbidité du fait d'une transition de nature épidémiologique. A travers l'étude des maladies à déclaration obligatoire et des différents registres (cancer, diabète, décès), la morbidité paraît avoir trois tendances :

- la diminution notable : c'est le cas des maladies cibles du programme élargi de vaccination ainsi que la fièvre typhoïde, le trachome, le paludisme, la bilharziose et la lèpre. Pour la poliomyélite et la diphtérie, il n'y a pas eu de cas enregistrés depuis déjà 5 ans ;

- la persistance : c'est le cas de la tuberculose qui reste parmi les problèmes importants de santé publique au Maroc. Près de 30 000 cas sont déclarés annuellement et l'apparition, comme partout dans le monde, de souches de BK résistantes pose parfois un réel problème de traitement. Le nombre des anthropozoonoses (hydatidose, brucellose) est également en stagnation du fait que le Maroc soit un pays d'élevage traditionnel (ovins, bovins, caprins, camélidés) ;

- l'émergence : c'est le cas notamment des maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires) et des cancers. Certains virus ont fait leur apparition : celui de l'immunodéficience humaine fait partie de ces nouvelles maladies contre lesquelles la lutte est organisée. En 2002, un cumul de 1 085 cas de sida enregistrés est atteint. Le taux de séroprévalence national pour ce virus est inférieur à 1 % en 2001, malgré la prévalence relativement élevée des autres infections sexuellement transmissibles. Avec un impact moindre en matière de santé publique le virus West Nile a été isolé par l'Institut Pasteur du Maroc sur des chevaux et sur un cas humain en 1996, la souche a été véhiculée depuis le Sénégal par des oiseaux migrateurs (même séquence génomique).

Bien que certaines maladies transmissibles aient beaucoup régressé au cours des dix dernières années, elles continuent à représenter une charge relativement importante en terme d'action de prévention et de lutte. Le tableau III retrace les taux d'incidence des principales maladies transmissibles d'après les statistiques du Ministère de la santé en 2001, ce qui permet d'avoir un aperçu des maladies infectieuses les plus répandues. Les maladies non transmissibles, (catégorie II et III de la CIM 10) pèsent eux aussi lourdement sur le système

Tableau III - Incidence des principales maladies transmissibles au Maroc pour l'année 2001.

Maladies	Incidence (cas déclarés)	Taux d'incidence p.100 000
Tuberculose	29 854	105,8
Diphtérie	0	0
Poliomyélite antérieure aiguë	0	0
Coqueluche ¹	20	0,7
Tétanos ¹	28	0,9
Rougeole ¹	10 853	364,7
Fièvre typhoïde	2 281	8,1
Choléra	0	0
Méningite cérébro-spinale	367	1,3
Paludismes ²	60	0,2
Bilharziose urinaire	231	0,8
Hépatites virales	1 836	6,5
Trachome	11 182	39,6
Conjonctivites	242 780	860,2
Lèpre ³	90	0,3
Syphilis	5 058	17,9
Rhumatisme articulaire aigu	5 224	18,8

1 : enfants de moins de 5 ans

2 : autochtone à *Plasmodium vivax* dans certaines zones et d'importation à *Plasmodium falciparum*

3 : des foyers d'endémicité sont décrits

de santé, en particulier sur les hôpitaux où elles sont prises en charge. Les causes de mortalité les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (16,5 %) suivies des accidents, empoisonnements et traumatismes (10 %).

Conclusion

« ...Le bien le plus précieux d'une nation n'est cependant pas sa réserve d'or et de devises pour considérable qu'elle soit, ce n'est pas d'avantage, la richesse de son sous-sol ou la puissance de son industrie, c'est la santé de son peuple... ». (Feu SM le Roi Hassan II, que Dieu l'ait en sa Sainte Miséricorde).

Partant de cette vérité la santé est un des objectifs prioritaire au Maroc, mais les efforts à fournir sont nombreux et doivent être répartis entre les différents axes de développement (santé, éducation, infrastructure de base). Le travail des années à venir portera sans nul doute sur une meilleure répartition des ressources et une rationalisation de leur utilisation, d'autant plus que le Maroc est confronté, en même temps, aux problèmes de santé des pays riches et à ceux des pays pauvres. Les maladies dites « de civilisation », caractéristiques de l'abondance de nourriture et de l'excès de stress, côtoient les maladies « primitives » dues à la pauvreté, à l'absence d'hygiène et d'éducation sanitaire. De plus, les responsables de la santé se heurtent au problème de la dissémination de la population sur le territoire. Ce qui fait que le niveau d'équité de son système de soins (accessi-

bilité aux soins) et le niveau de santé de sa population ne sont pas à la hauteur des efforts consentis. Mais, en ce qui concerne la performance et l'efficacité de son système de santé, le Maroc occupe le 29^{ème} rang au classement mondial selon des données de l'Organisation Mondiale de la Santé, surtout grâce au travail du personnel médical et paramédical. Donc, le savoir-faire médical existe et c'est le point fort du système de santé marocain. Ce qui lui manque, c'est un nombre plus grand de cadres de gestion ■



Figure 5 - Lac collinaire dans la région de l'Atlas.

Résumé •

Le Royaume du Maroc est situé au Nord-Ouest du continent africain, sa superficie est de 710 850 km². Sa population est estimée à 29 800 000 habitants en 2001. La population marocaine n'est pas répartie de façon homogène sur le territoire. Le profil démographique est en changement, il évolue vers celui des pays développés. La naissance du système de santé marocain remonte à 1959 et celui-ci a subi plusieurs réformes dont la dernière est en cours. A l'heure actuelle le système de santé est organisé en une soixantaine de préfectures médicales. Il est subdivisé en deux catégories de réseaux d'actions sanitaires : celui de l'action ambulatoire et celui de l'action hospitalière. Le premier est le réseau des soins de santé de base. Il est composé de 2138 formations sanitaires de base : ces formations sont le plus souvent médicalisées et ont pour principal champ d'action la prévention sanitaire. Le réseau hospitalier est composé de 112 hôpitaux répartis en hôpitaux de zone, hôpitaux provinciaux, hôpitaux régionaux et hôpitaux universitaires. Par ailleurs, un réseau d'instituts, de laboratoires et de centres spécialisés offre un appui technique et scientifique à ces deux réseaux. Pour la formation des professionnels de la santé le Maroc dispose aujourd'hui de quatre facultés de médecine et de deux instituts de santé qui forment des cadres paramédicaux. Une transition de nature épidémiologique est en train de se produire et à ce stade il y a coexistence des maladies des pays industrialisés avec celles des pays en voie de développement.

Mots-clés •

Maroc - Indicateurs sanitaires - Système de santé.

Abstract •

HEALTH CARE SERVICES IN THE KINGDOM OF MORROCO

Kingdom of Morocco is located in Northwestern Africa on the Atlantic Ocean and the Mediterranean Sea. Its surface area is 710 850 km². In 2001 the estimated population of Morocco was 29 800 000 people who are not equally distributed over the territory. Population growth rate is changing with a tendency toward levels similar to those in developed countries. The health care system created in 1959 has undergone several reorganizations including the most recent reform now in progress. At the present time the health care system is organized into approximately 60 medical districts. It is subdivided into two networks, i.e., an ambulatory action network and a hospital action network. The ambulatory action network provides basic health care services. It includes 2128 basic care units. Most of these units have medical equipment designed mainly for preventive medicine. The hospital action network comprises 112 hospitals classified as zone hospitals, provincial hospitals, regional hospitals, and university hospitals. Both networks receive technical and scientific support from a network of institutes, laboratories, and specialized centers. Training for health care professionals in Morocco is provided by four medical schools and two health care institutes for paramedical care specialists. Morocco is in a period of epidemiological transition characterized by the coexistence of patients with developed and developing country diseases.

Key words •

Morocco - Health indicators - Health care system.

SOURCES

- Ministère de la santé, Direction de la planification et des ressources financières : «santé en chiffres 2000». (<http://www.santé.gov.ma>)
- Ministère de la santé, Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies transmissibles : Bulletin épidémiologique - Bilan 2001. (<http://www.santé.gov.ma>)
- RIOUX JA - Trente ans de coopération franco-marocaine sur les leishmanioses : dépistage et analyse des foyers. Facteurs de risque. Changements climatiques et dynamique noso-géographique. *Revue de l'association des anciens élèves de l'Institut Pasteur* 2001 ; n° 168 : 90-100.
- ONUSIDA - Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA/VIH, juillet 2002, 253 p.