

## **DE L'HOPITAL AUX SOINS DE SANTE DE BASE : LE CAS DU MAROC**

*Nicolas BREJON de LAVERGNEE*

### **INTRODUCTION**

Conscient des insuffisances du système de santé publique tel qu'il fonctionne actuellement au Maroc, le Ministère de la Santé Publique a entamé dans les années 1980 une réflexion pour élaborer un avant-projet de guide de programmation des formations sanitaires du réseau ambulatoire.

L'idée de base, proche de la stratégie des soins de santé primaires telle qu'elle a été développée par l'O.M.S. en 1979 et de celle de la «Santé pour Tous en l'An 2000» de la Banque Mondiale, consiste à développer des installations beaucoup plus légères que les précédentes de façon à les rapprocher des populations, à faire appel à la participation des habitants et des collectivités locales et à mettre l'accent davantage sur la prévention.

Ce revirement à 180° de la politique de la Santé Publique marocaine s'explique par les graves difficultés qu'elle rencontre en ce moment. Sans exagérer, et à l'instar du système scolaire, on peut parler de crise. Comment se caractérise-t-elle ? Les remèdes proposés sont-ils à la hauteur des maux à soigner ? C'est à ces questions que la présente communication tente de répondre. Et, pour commencer, un bref rappel décrira le système de référence.

### **1. LE SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE : CADRE DE REFERENCE**

Pour son bonheur comme pour son malheur, le Maroc a hérité du système de Santé Publique introduit dès 1912 par le protectorat français.

Pour son bonheur certes, car avant le Protectorat l'organisation sanitaire était pratiquement inexistante. Malgré l'avance scientifique et la notoriété de médecins arabes comme Avicenne et Averroès, et l'existence à l'époque de Léon l'Africain d'hôpitaux

(exemplaires pour leur époque) à Fès et Marrakech, l'élan médical subit le même arrêt que la civilisation arabo-musulmane et, parallèlement crût l'influence du «fkih» et du «marabout». Cependant tout n'était pas négatif : en particulier la médecine par les plantes était extrêmement vivante - et des recherches sont actuellement menées pour lui redonner ses lettres de noblesse <sup>(1)</sup>.

Avec l'avènement du Protectorat (1911), l'une des préoccupations du Maréchal Lyautey fut la création d'une direction de la Santé Publique et de la Population. Dans un de ses fameux discours, il déclara <sup>(2)</sup> : «L'expression coloniale a ses rudesses, elle n'est pas sans reproches ni sans tares, mais si une chose l'anoblit et la justifie, c'est l'action du médecin».

La première étape du programme sanitaire français fut la lutte et la prévention des maladies transmissibles qui se transformaient vite en épidémies car leur propagation était favorisée par les mauvaises conditions d'hygiène.

En 1918, les objectifs de la première phase sont atteints et à partir de 1920 commence celle de l'hospitalisation. L'organisation hospitalière a pour caractéristique essentielle d'être étroitement liée à une hiérarchie poussée des formations sanitaires : à la base, des salles de visite disséminées dans le pays fonctionnent comme des postes de secours de bled ; au dessus sont réparties d'après les subdivisions administratives les infirmeries et au sommet on trouve les dispensaires, les centres de santé et les hôpitaux qui constituent les pièces maîtresses de l'armature sanitaire. On mesure facilement les progrès réalisés à la vue de quelques chiffres :

	1912	1956	
Hôpitaux	1	91	
Dispensaires, centres de santé et salles de visite	0	411	
Nombre de lits	163	17.319	67,65 pour 100.000 h
Etablissements hospitaliers spécialisés	0	26	
Infirmeries	2	69	
Médecins	1 pour 100.000 h	3,6 pour 100.000 h	
Pharmaciens			3,45 pour 100.000 h
Dentistes			1,73 pour 100.000 h
Personnel para-médical			30,5 pour 100.000 h

**Tableau 1**

Source : *La Santé Publique en chiffres, M.S.P., 1969, cité par BENNANI et Charkoune, op. cit.*

(1) Cécile PROUVOST, *Soigner avec des moyens simples - Rabat, 1983* ; et les recherches actuelles de la Société marocaine de recherche en médecine traditionnelle dont le secrétaire général est le bien connu Dr El Mokhari.

(2) Cité dans N. BENNANI et M. CHARKOUNE, *Evolution de l'infrastructure hospitalière au Maroc depuis 1956, mémoire de fin d'études, M.S.P., Rabat, 1982.*

Tel est le patrimoine sanitaire du Maroc à la veille de l'Indépendance en 1956. Pour son bonheur, avons-nous dit, mais aussi pour son malheur.

Pour son malheur : Plusieurs raisons peuvent être avancées :

a) Ce Protectorat a introduit au Maroc, avec la meilleure volonté du monde, un système médical étranger aux valeurs culturelles et culturelles de ses habitants <sup>(3)</sup>, mais plutôt adapté aux normes, au type de civilisation et au pouvoir d'achat de la France.

b) Ce système peut être brièvement caractérisé par sa lourdeur (multiplication des formations sanitaires), par son aspect pyramidal, hiérarchisé, coiffé par l'hôpital (ce qui pose des problèmes de cohérence et de coordination entre les différentes formations) et par la prééminence du réseau hospitalier sur le réseau ambulatoire.

c) Il en découle :

- des lourdeurs techniques, l'hôpital induisant pour être performant un appareillage de plus en plus sophistiqué et qui dépend donc de l'étranger ;

- des lourdeurs financières, la médicalisation de la santé et son degré de sophistication croissant entraînant des dépenses considérables et des sorties de devises importantes ;

- des arbitrages budgétaires en faveur de l'hôpital (car on ne peut casser un «bel outil») et en défaveur des formations sanitaires de base et en particulier de l'ambulatoire, d'action moins noble et d'effets plus cachés.

Par là même, le système de santé publique profite davantage aux habitants des villes - du fait de la localisation des hôpitaux <sup>(4)</sup> - et, vu la rareté de leurs moyens de fonctionnement, à ceux qui par leurs relations peuvent avoir accès aux soins d'avant-garde.

De plus la physionomie qu'a prise le S.S.P. sous le Protectorat explique en bonne partie l'inégale répartition des médecins dans la zone Sud (sous domination française) : en 1957 Casablanca et Rabat bénéficiaient d'un médecin pour 1500 à 1900 habitants, pas très loin de la moyenne occidentale de l'époque. Quant aux provinces, les écarts étaient également importants : Fès avait 1 médecin pour 11.000 h alors que Ouarzazate 1 pour 75.000 h. Disparités inter-provinciales donc mais surtout, la province englobant le rural, disparités entre la ville et la campagne <sup>(5)</sup>.

Ainsi donc, on peut affirmer sans grand risque d'erreur que le système de santé hérité du Protectorat portait en lui-même les germes de ses difficultés ultérieures et en

(3) N'a-t-il pas été question un moment de supprimer les lits dans les infirmeries et les hôpitaux ruraux car ils s'avéraient incompatibles avec les coutumes des malades.

(4) Il existait bien des hôpitaux ruraux mais ils ont été vite «déclassés», faute de moyens de fonctionnement et d'inadaptation flagrante aux normes culturelles et mentales des populations rurales.

(5) L'activité du secteur privé est également concentrée de façon principale dans les villes importantes où sont situés les hôpitaux publics.

particulier de l'opposition villes-campagnes, car il fut conçu par et pour «une minorité urbaine qui n'est pas décidée à se laisser oublier» <sup>(6)</sup>. Le compte-rendu d'un colloque sur le sujet résume très bien la situation :

«... Les limites de cette politique curative et technologique, concentrée sur les zones de peuplement urbain, apparaîtront dès que la pacification sera virtuellement terminée.

Ainsi nous aurons une implantation des structures hospitalières et d'installations privées dans les grandes villes où l'activité médicale répondra plus à des demandes de soins curatifs d'une population pouvant se permettre le paiement des actes qu'une action préventive prenant en charge de façon spécifique les couches les plus défavorisées...

L'influence de cette conception médicale occidentale au Maroc persistera jusqu'après l'indépendance et se traduira par :

- une perception très médicalisée des problèmes dont la finalité est l'action curative individuelle,
- le rôle privilégié du médecin, détenteur du savoir et des solutions, sans partage avec les autres membres de l'équipe,
- l'orientation vers l'acquisition de moyens de plus en plus sophistiqués de diagnostic et de traitement, avec la concentration des équipements dans les zones urbaines,
- la non valorisation des actions préventives et par voie de conséquence la non prise en charge des besoins et des demandes des populations les plus défavorisées, à l'exception d'actions de lutte contre des épidémies qui constituent un plus grand danger pour les populations européennes». <sup>(7)</sup>

## 1.2. L'INDEPENDANCE

Conscient des problèmes hérités du Protectorat, le nouveau Ministère de la Santé Publique <sup>(8)</sup> s'est donné deux guides d'action :

- intensifier la formation des cadres sanitaires, car le Protectorat avait formé peu de médecins ; le seul emploi auquel pendant longtemps pouvaient prétendre les Marocains était celui d'aide sanitaire ;
- réorienter le S.S.P. dans le sens du développement du réseau d'action ambulatoire,

(6) Selon l'expression de Cl. Brisset, *La santé dans le Tiers-Monde, La Découverte - Le Monde, Paris, 1934, p. 199.*

(7) Cette dernière phrase est peut-être sujette à caution car les européens sont tous vaccinés... Il s'agirait plutôt d'un réflexe classique contre les vieilles peurs des épidémies et du souci de son image de marque vis-à-vis de l'extérieur.

Cf. *Association marocaine de prospective, Développement et prospective, séminaire de Beni-Mellal, 21-22 mars 1980, p. 177.*

(8) dont l'organisation et les attributions définitives n'ont été fixées que par les dahirs de 1975 et 1976. vide juridique fréquent au Maroc qui finit toujours par être comblé, mais avec quelle lenteur

avec visée sur la prévention ; ce qui permettrait de corriger les inégalités entre le rural et l'urbain et de prendre en charge les besoins de toute la population qui s'exprimaient avec de plus en plus d'ampleur.

C'est la conférence nationale de la Santé Publique de 1959, regroupant les 80 médecins marocains de ce secteur, qui jeta les bases du nouveau système.

Puis dans les années 60, les nouvelles orientations ont été précisées davantage et des normes élaborées pour l'encadrement de la population. D'autre part se sont ouvertes des écoles de formation professionnelle (adjoints de santé), puis en 1962 la Faculté de Médecine de Rabat et en 1973 celle de Casablanca.

Laissons le roi Mohammed V préciser la chose :

«... Dans le cadre de nouvelles perspectives de notre politique générale et de l'orientation de la promotion nationale, notre action vise désormais à doter d'hôpitaux tout le pays et principalement les campagnes, et d'accorder une priorité à la prévention médicale et à la «médecine de masse». Notre action se développe en deux directions essentielles : la première consiste à implanter un équipement moderne et rural destiné à accroître notre potentiel médical. Elle comporte la création d'un centre de santé pour 45.000 h et d'un dispensaire pour 15.000 h. La deuxième tend à intensifier la formation des cadres sanitaires»<sup>(9)</sup>.

Si la priorité est accordée à la médecine préventive par le réseau d'action ambulatoire, on notera cependant que la médecine hospitalière n'est pas abandonnée pour autant : loin de là, elle devra être généralisée au milieu rural et ne plus être l'apanage des villes.

Utopie, bien évidemment. L'hôpital reste, dans tout système pyramidal et hiérarchisé de type occidental, l'ultime recours, la structure d'appel pour les cas difficiles.

Mais ce n'est pas là que réside le gros défaut de cette nouvelle politique sanitaire. Il est plutôt dans le fait qu'elle ne programme - et encore avec des normes très simplistes - que des moyens et non pas des objectifs. Au fond le raisonnement était le suivant : couvrons le pays d'hôpitaux, de centres de santé et de dispensaires, et nous ferons de la bonne médecine. C'est prendre les moyens pour la fin, c'est tout simplement se tromper d'objectif. Il a fallu attendre l'impulsion de l'O.M.S. et le plan quinquennal 1981-85 pour que soit formulé un objectif général médical clair :

«tendre à porter le taux de mortalité infantile sur le plan national d'une moyenne estimée à 130 %. au-dessous de 100 %.».

En résumé, la nouvelle phase, qui s'est poursuivie jusque dans les années 80, se caractérisait par une absence de priorités sanitaires clairement définies, de populations cibles et de choix de zones d'intervention. Ce qui peut se traduire, a contrario, par l'objectif suivant : vouloir tout et tout de suite.

(9) *Discours du Trône du 3 mars 1962, cité par Bennani et Charkoune, op.cit.*

Comment a évolué l'encadrement sanitaire de la population ? Des chiffres, mieux que des discours et des déclarations d'intention, permettront de déceler les intentions réelles du Pouvoir.

## 2. LES MOYENS MIS EN OEUVRE

Trois sortes de moyens étaient programmés : le réseau ambulatoire, le réseau hospitalier et la formation de personnel <sup>(10)</sup>.

### 2.1. Le réseau d'action ambulatoire

Le souci de desservir une population déterminée, recensée, connue, a fait diviser chaque province en circonscriptions sanitaires d'environ 45 à 60.000 habitants.

Celles-ci sont desservies par un centre de santé où se déroulent des consultations médicales. Ce centre est dirigé par un médecin-chef de circonscription qui est à la fois médecin de Santé Publique, administrateur et animateur d'une équipe composée en majorité de personnel paramédical. C'est au centre de santé que se font les premiers contacts «population-médecin».

Chaque circonscription sanitaire est divisée en 3 ou 4 secteurs d'environ 15.000 habitants. Dans ces secteurs ont été créés des dispensaires où exercent des équipes constituées de personnel paramédical. C'est à partir du dispensaire que les programmes de Santé Publique sont menés. Dans les régions rurales, les secteurs sanitaires ont eux-mêmes été divisés en trois sous-secteurs parcourus chaque mois par un infirmier itinérant accomplissant chaque jour un circuit pré-établi de surveillance, ce qui lui permet de visiter 40 à 50 familles quotidiennement.

Le réseau de centres de santé et de dispensaires est renforcé en certains endroits par des centres de diagnostic, soit polyvalents (centre hautement équipé en moyens de diagnostic), soit spécialisés (dans le diagnostic de la tuberculose par exemple et les centres de référence pour la planification familiale).

Le tableau montre que le dispensaire a été favorisé par rapport au centre de santé, que l'effort d'investissement a été soutenu en permanence<sup>(12)</sup> et que la priorité a été donnée à la campagne : sur les 663 formations créées entre 1970 et 1983, 70 % sont situées dans le milieu rural.

(10) Par souci de simplification nous laisserons de côté le réseau de laboratoires.

(11) Cf. M.S.P., Guide d'information, 1977.

(12) La hausse spectaculaire des formations durant les dernières années doit être interprétée à la lumière de la récupération des «provinces sahariennes qui ont bénéficié à elles seules de 87 dispensaires et centres de santé en moins de cinqu ans.

	centre de santé		dispensaire		total
	urbain	rural	urbain	rural	
1956	411				
1960	437				
1970	66	119	147	451	783
1975	67	122	166	530	865
1980	109	149	207	629	1131
1983	136	174	278	853	1446
Accroiss. 56-80					1035
Accroiss. 70-84	70	55	131	407	663

**Tableau 2**

Source : Service d'exploitation mécanographique du M.S.P., 1981 et  
Annuaire statistique du Maroc, 1984.

Cet effort est-il suffisant ? La réponse est négative, selon les termes mêmes du Plan quinquennal 1981-85. Le document distingue les deux milieux :

a) en milieu rural, il est signalé l'inadéquation des critères de programmation dont, à la vérité, le seul pris en compte est le nombre d'habitants à prendre en charge par formation sanitaire (45.000 pour le centre de santé et 15.000 pour le dispensaire). Il est évident que les critères «distance» et plus généralement «accessibilité»<sup>(13)</sup> - qui jouent beaucoup moins à la ville - sont fondamentaux quand on connaît les problèmes d'enclavement que connaissent nombre de communes rurales au Maroc.

Pour chaque région économique a été calculé le rayon moyen d'action, c'est-à-dire la distance que doit parcourir la population pour arriver à la formation, ainsi que la distance parcourue par l'infirmier itinérant à partir de la formation pour atteindre cette population :

(13) Le concept n'a pas seulement une dimension géographique, mais aussi économique, sociale et culturelle. Cf. N. Brejon de Lavergnée et A. Quiot, *Les équipements collectifs, définitions et concepts, doc. ronéo. Inau, Rabat, 1985.*

Régions	Par formation sanitaire rurale existante	
	Superficie moyenne en Km <sup>2</sup>	Rayon moyen d'action en Km
Nord - Ouest	229	8,5
Centre	253	9,0
Tensift	300	10,0
Centre - Nord	372	10,9
Centre - Sud	1070	18,4
Sud (sans les provinces sahar.)	1211	19,6
Oriental	1358	20,8
Moyenne	578	13,6
Moyenne prévue	471	12,2

**Tableau 3 - Tableau de la hiérarchie des formations sanitaires**

*Source : Plan quinquennal 1981-85.*

D'autre part, même si l'on ne tient compte que des normes quantitatives officielles, les réalisations ont pris du retard. Le taux de réalisation (existant/besoins normés) est de 93,4 % pour les dispensaires ruraux et de 51 % pour les centres de santé ruraux, avec des variations importantes d'une région à l'autre <sup>(14)</sup>. Cela veut dire pratiquement que les D.R. ne couvrent pas en moyenne 15.000 h mais 18.000 h et les C.S.R. pas 45.000 h mais 83.000 h. Ce qui ne va pas sans conséquence sur le fonctionnement du réseau hospitalier ainsi que du système de santé en général.

La «dépendance médicale» des campagnes à l'égard des dispensaires (dont le programme de réalisation est moins en retard que celui des C.S.R.) constitue une force mais aussi une fragilité. Une force si le D.R. fonctionne bien, c'est-à-dire que plus proche de la population car plus répandu, il pourra mieux répondre à ses besoins de santé primaire, l'infirmier itinérant allant sur place, l'infirmier major donnant les premiers soins et faisant le tri pour la visite hebdomadaire du médecin. Mais s'il s'avère que les D.R. manquent de personnel itinérant, de moyens de mobilité et sont situés dans des zones à voie de communication déficientes, ce seront des populations entières qui seront coupées de tout soin sanitaire et de tout contact avec le médecin.

Or il semble bien que ce soit souvent le cas : la visite de toutes les formations sanitaires rurales de la région Nord-Ouest <sup>(15)</sup> nous a convaincu de leurs difficultés énormes de fonctionnement. Le personnel y est insuffisant et généralement c'est l'itinérant qui est sacrifié de premier : parfois même le dispensaire est fermé faute de personnel <sup>(16)</sup>. D'autre part, les moyens de locomotion (mobylettes) <sup>(17)</sup> sont souvent en panne et comme le droit

*(14) Il ne faut pas exagérer ces disparités inter-régionales : celles entre provinces sont plus importantes et celles entre communes et entre les villes et les campagne encore davantage.*

*(15) Dans le cadre du schéma d'armature rurale Nord-Ouest, INAU, 1986.*

*(16) Comme nous avons pu le constater plusieurs fois dans la province de Tetouan.*

*(17) Parfois nous avons rencontré des ânes, mais ce moyen de locomotion n'est malheureusement pas utilisé très souvent.*

ne leur est pas donné d'en réparer une avec les pièces détachées d'une autre, ce sont souvent deux mobylettes qui sont en panne. Quant à l'allocation essence de l'itinérant, elle est de 5 dh par mois, autant dire dérisoire. Et d'ambulance il n'y en a point.

Cela ne veut pas dire que rien n'est fait, ni que parfois les actions des infirmiers ne frôlent l'héroïsme.

Il apparaît donc que l'option privilégiée pour l'action ambulatoire est largement théorique : le nombre de créations de formations sanitaires gonfle les statistiques et font plaisir aux responsables, voire à l'O.M.S., mais ce sont bien souvent des coques vides. N'est-il pas symptomatique que les D.R. ne contiennent pas de module P.M.I. et que les C.R.S. ne contiennent pas d'unité d'accouchement, alors que le taux de mortalité infantile est l'un des plus élevés du monde ?

Le réseau d'actions ambulatoires est le premier niveau d'intervention du système de Santé Publique, il en est l'instrument le plus important. S'il est défaillant, c'est tout le système médical qui est en jeu, sauf à couper le corps (système ambulatoire) de la tête (système hospitalier) et à faire fonctionner celle-ci en circuit fermé. Et cela risque bien de donner un cancer

b) en milieu urbain, les critiques sont également fournies. Par rapport aux normes officielles, le taux de réalisation est de :

- . 59 % pour les centres de santé urbains (CSU)
- . 42 % pour les dispensaires urbains (DU) avec des disparités inter-régionales non négligeables<sup>(18)</sup>.

Les normes, quoique insuffisantes, ne sont même pas atteintes. Cela donne un taux de desserte de :

- . 77.000 h par CSU en moyenne
- . 38.000 h par DU en moyenne

Il y a donc une «pression de demande de services» (Plan quinquennal) sur ces types de formation qui n'arrivent plus à satisfaire les besoins.

La conclusion vient d'elle-même, elle est formulée par un document du Plan concernant la Santé Publique :

«De par leurs structures et leurs fonctions actuelles, les formations sanitaires urbaines se trouvent totalement dépassées et dans l'incapacité de jouer correctement leur rôle comme support des activités de protection et de promotion de la santé de la population».

(18) Les ratios sont de 1 à 2,28 et de 1 à 2,77 respectivement pour les CSU et les DU entre le Centre-Sud et le Centre. Notons que pour la ville le centre de santé a été prioritaire (taux de réalisation le plus élevé) alors que pour la campagne, c'était le dispensaire.

## 2.2. Le réseau hospitalier du système de santé publique

Trop complexe pour être décrit en détail, le système hospitalier marocain ne nous intéresse, dans le cadre de notre problématique, que par rapport à sa situation dans l'ensemble.

«L'implantation des hôpitaux au Maroc a été réalisée durant les premières années de l'Indépendance selon les possibilités et sous la pression de la nécessité. Aucune norme n'a été préétablie de façon rigoureuse... En conséquence on a assisté à une diversité très grande de l'hôpital, aussi bien en ce qui concerne sa taille que sa destination ou son mode de fonctionnement. Leur implantation a été faite en majorité dans les centres urbains et ce n'est qu'à partir de 1972 qu'on a tenu compte de la nécessité d'un système hospitalier de Santé Publique comprenant 4 types de niveau d'action : CHU et national, régional, provincial et de zone (cf. tableau 3 de la hiérarchie des formations sanitaires ci-dessus).

Mis à part les urgences, tout malade dont l'état nécessite le recours à l'hôpital entre d'abord dans un service correspondant à un hôpital de zone (norme : 1 pour 200 à 250.000 h), le plus proche de sa résidence, d'où il peut être acheminé en cas de besoin vers la formation supérieure.

En pratique cette codification a eu des effets limités car il y a une insuffisance notoire des hôpitaux de zone : selon les normes il en faudrait 80 à 100 et il n'y en a que 11. L'hospitalisation se fait donc souvent au niveau provincial, sinon régional, et les habitants de Casablanca et de Rabat, eux, ont un accès direct aux C.H.U.

Les réalisations ont été les suivantes :

	1983 CHU et hôpital				
	Régions	National	CHR	CHP	Total de zone
Nord-Ouest	9	0	12	5	26
Centre	4	2	11	1	18
Centre-Nord	0	6	3	1	10
Sud	0	2	7	1	10
Centre-Sud	0	3	3	3	9
Trensift	0	6	3	0	9
Oriental	0	2	1	0	3
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>40</b>	<b>11</b>	<b>85</b>
<b>% par type</b>	<b>15,29</b>	<b>24,71</b>	<b>47</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

**Tableau 4**

*Source : Annuaire statistique du Maroc, 1984.*

On mesurera les progrès accomplis quand on aura rappelé qu'en 1956 le Maroc comptait 24 hôpitaux d'une capacité de 17.300 lits. Actuellement (dernière année connue 1983), elle est de 24.363 lits <sup>(19)</sup>. Quels jugements peut-on porter sur cette évolution ?

Trois facteurs nous semblent mériter examen :

- 1) Quelle logique de la hiérarchie hospitalière se dégage des chiffres ?
- 2) Quelle est la place de l'hôpital dans le système de santé publique ?
- 3) Quelle est l'efficacité du système hospitalier ?

2.2.1. la hiérarchie hospitalière telle qu'elle était définie dans ses principes n'est pas respectée. Le tableau 5 montre bien :

- que l'hôpital de zone qui constitue normalement le premier niveau d'intervention de l'infrastructure hospitalière, donc le plus accessible et le plus à même de répondre aux besoins curatifs essentiels de la population, a été négligé : il ne représente que 13 % du total ; certaines régions n'en ont aucun ou un seul (Tensift, Oriental, Centre, Centre-Nord, Sud, soit 5 régions sur 7) et le M.S.P. lui a tout simplement substitué d'autres formations de niveau provincial ou régional, donc des structures plus lourdes. On peut résumer cet état de fait par le calcul de l'indice du taux de réalisation de la capacité hospitalière en fonction du type de formation :

Formations hospitalières	Taux de réalisation (existant/besoins) %
hôpital de zone	8,5
hôpital provincial	50,36
hôpital régional	82,80
C.H.U. et national	91,50

**Tableau 5**

*Source : A. Azizi, L'hôpital dans le système de santé publique au Maroc, mémoire du cycle supérieur de gestion, 1982.*

Le taux de réalisation (qui est en moyenne de 41,6 %) est d'autant plus important que l'on monte dans la hiérarchie. D'autre part une analyse plus fine par discipline révèle également de grandes distorsions : ce sont la mère et l'enfant qui sont les plus négligés avec un taux de réalisation (en lits) de 17,6 % pour la pédiatrie et de 28,3 % pour l'obstétrique, tandis que les «spécialisations» réalisent un taux de 56 % .

(19) Non compris les 66 centres de santé avec lits représentant 1430 lits. Mais ils sont souvent vétustes, surtout en zone rurale, car ils sont un vestige du Protectorat.

Il est certain que, depuis l'Indépendance, l'infrastructure hospitalière a connu une amélioration considérable de ses conditions de fonctionnement. Celle-ci est due à une modernisation des moyens de diagnostic (nouvel appareillage, laboratoires, centres de diagnostic...), à un renforcement des moyens de traitement et à la dotation d'un personnel plus important et plus compétent. Cette modernisation a touché tous les hôpitaux mais ce sont surtout les formations nationales et les C.H.U. qui ont été dotés des instruments les plus sophistiqués (les scanners entre autres) : l'inégalité spatiale des formations hospitalières se cumule avec celle des spécialités <sup>(20)</sup>. On est loin des déclarations des responsables et du discours de S.M. le Roi Mohammed V.

2.2.2. la place de l'hôpital dans le système de Santé Publique ne peut facilement être appréciée qu'en termes financiers (et de personnel, ce que nous verrons plus loin) de façon à ramener sous un dénominateur commun, la monnaie, des choses incomparables par nature.

Or il apparaît que :

- le secteur hospitalier consomme globalement 65 % du budget de fonctionnement <sup>(21)</sup>,
- la part des crédits d'équipement affecté au secteur hospitalier représentait 74 % durant la période 1973-77, 79,7 % en 1979 et 81,5 % en 1980 <sup>(22)</sup>. «Si on applique ces pourcentages au budget de la Santé Publique de 1984, un lit d'hôpital coûterait en moyenne 27.115 dh». <sup>(23)</sup>

Ce sont donc les hôpitaux qui ont bénéficié d'une priorité dans le développement du système sanitaire, au détriment du réseau d'action ambulatoire, ce qui est en contradiction avec la politique pour la prévention, affichée par le Ministère de la Santé Publique. Faut-il le taxer de machiavélisme ? Non bien sûr. Selon l'interprétation la plus favorable, le M.S.P. ne peut pas du jour au lendemain changer de système ni de politique. De même que la marge de manoeuvre pour réorienter le Budget de l'Etat est très faible d'une année sur l'autre (de l'ordre de 10 %), de même l'existence d'une infrastructure hospitalière imposante implique nécessairement, sans même qu'un libre choix intervienne, un certain nombre de dépenses de fonctionnement, sous peine de la rendre rapidement inutilisable. Et comme le budget de fonctionnement représente en moyenne plus de 80 % du budget total de la Santé Publique, on comprendra qu'un changement de politique nécessite de nombreuses années avant de se traduire dans les faits.

2.2.3. L'efficacité du système hospitalier ne nous intéresse pas en tant que telle mais pour justifier ou condamner les choix du M.S.P. Car si l'hôpital est «efficace», il n'y a pas de raison de changer de politique. Or, force est de reconnaître que les choix effectués ont entraîné des difficultés qui sont loin d'avoir été et d'être maîtrisées. Succintement:

(20) Cf.

(21) Cf. A. Azizi, *op. cit.*

(22) Cf. Bennani et Charkoune, *op. cit.*, p. 105.

(23) Cf. *Santé et Population*, n° 1, mai 1986, S.E.J.S., M.S.P., p. 16.

- l'hôpital coûte cher

. en regard du taux de croissance rapide de la population : à preuve le ratio nombre de lits/1000 h qui est passé de 1,6 en 1960 à 1,1 en 1984 ; le taux d'hospitalisation par habitant est passé de 44,5 % en 1956 à 27,6 % en 1983 ; la moyenne des soins par habitant est de moins de 2, etc...

. en regard de l'étendue du territoire à couvrir : c'est ainsi qu'est dénoncée sans cesse la mauvaise répartition géographique des formations hospitalières dont plus de la moitié est concentrée dans le Nord-Ouest et le Centre, c'est-à-dire en fait Rabat et Casablanca qui ont, de plus, le monopole des hôpitaux nationaux et universitaires <sup>(24)</sup>.

. en regard des moyens financiers de l'Etat et des habitants : en 1985, le budget total du M.S.P. représentait 5 % du budget général, après avoir dépassé les 7 % en 1965 ; per capita, cela représente 50 dh, en baisse en valeur réelle par rapport aux années 60. D'autre part, l'augmentation relative du budget de fonctionnement a servi surtout à gonfler les frais de personnel qui en 1985 consomment 75 % du total ; du même coup s'amenuisent les dépenses consacrées réellement au fonctionnement, c'est-à-dire à la maintenance, aux transports, aux médicaments...

- l'hôpital est complexe à concevoir et gérer :

. le M.S.P. n'a jamais réfléchi à des normes de construction hospitalière adaptées au climat, aux mentalités, au contexte socio-culturel et aux ressources des habitants <sup>(25)</sup>.

. «des difficultés d'absorption des crédits apparaissent au grand jour pour devenir une tradition : pour la durée d'exécution du quinquennat 1973-77, on a consommé 64 % environ des crédits affectés aux deux C.H.U., 50,8 % aux hôpitaux de zone, 45,5 % aux hôpitaux régionaux, 38,1 % aux hôpitaux provinciaux et 21 % des crédits destinés au Centre national contre le cancer» <sup>(26)</sup>.

. beaucoup d'études convergentes <sup>(27)</sup> ont montré :

- a) une baisse tendancielle de la productivité médicale ;
- b) une faible rationalisation de la gestion du secteur hospitalier.

«En effet la diminution anormalement simultanée de la durée moyenne de séjour (DMS) et du taux moyen d'occupation des lits disponibles (TOM) a été vérifiée à différents

*(24) Cette inégalité géographique était déjà une caractéristique du protectorat : sur les 24 hôpitaux existant en 1956, 11 étaient situés le long des côtes.*

*(25) N'est-ce pas la combinaison de tous ces facteurs qui explique que l'on voit du béton partout, de Tanger à Laayoune ; que certaines formations sont sur-dimensionnées, comme l'hôpital des Enfants Malades ou la Maternité de Rabat dont 5 niveaux fonctionnent seulement sur 11 ; que le taux d'admission est resté constant entre 1960 et 1980, 21 %...*

*(26) Cf. Rapport de la BIRD à l'occasion d'une mission effectuée au Maroc en 1978, in : Revue Libération, 21-27 mars 1980. Notons que le taux d'absorption des crédits augmente avec le degré hiérarchique des hôpitaux.*

*(27) Cf. L'étude citée en note 28, ainsi que la thèse d'Azizi, le mémoire de Bennani et Charkoune, le projet FNUAP - MAROC de décembre 1980, etc...*

niveaux (régionaux, nationaux et par discipline) et ne peut nullement être imputée à l'imperfection des données. Elle est au contraire un résultat réel mais qui néanmoins soulève deux remarques importantes :

- tout d'abord la baisse de la DMS que l'on a interprété à priori comme un résultat positif pourrait être dans certains cas dûe au manque de moyens et d'équipement. En effet l'on sait que plusieurs formations hospitalières exigent à l'admission du malade à hospitaliser jusqu'aux draps, serviettes de toilette, etc., sans parler des médicaments nécessaires à son traitement.

- mais c'est surtout la baisse du TOM qui est inquiétante car elle peut être le résultat dû aux sentiments d'insatisfaction qu'éprouverait la population au sujet des services offerts par le secteur hospitalier public.

Dans un cas comme dans l'autre, l'effet de ces éléments doit être neutralisé, sans quoi l'efficacité de la gestion et l'utilisation rationnelle des lits et des moyens de production hospitalière ne seront jamais réalisées». <sup>(28)</sup>

### 2.3. Formation du personnel médical et para-médical

Eliminant par souci de simplification les personnels administratifs et de service, nous nous attacherons à l'évolution du personnel médical et para-médical.

#### 2.2.1. Le personnel médical <sup>(29)</sup>

	Nombre de médecins de la S.P. exerçant en milieu	
	hospitalier	ambulatoire
1956	346	
1966	537	
1974	463 (73,6 %)	166 (26,4 %)
1978	551 (65,0 %)	297 (35,0 %)
1980	718 (68,5 %)	330 (31,5 %)
1985	1858 (76,6 %)	567 (23,4 %)

**Tableau 6**

Sources : 1956 - 1980, A. Azizi, *op. cit.* 1985, *organismes internationaux*.

Malgré un rattrapage du nombre de médecins affectés au réseau ambulatoire, la proportion reste très défavorable à ce dernier : pour 1 médecin y exerçant, il y en a 2 en milieu hospitalier. Contradiction, une fois de plus, avec les priorités aux actions préventives du système de santé publique du Maroc (cf tableau 6).

(28) Cf. *Santé et Population*, n° 1, *op. cit.*, p. 23-24.

(29) Il est formé à titre principal par les Facultés de médecine de Rabat à partir de 1962 et de Casablanca à partir de 1973.

Les hôpitaux étant concentrés en ville, il n'est pas étonnant d'y retrouver les médecins également. Les seules villes de Rabat-Salé, Casablanca et Tanger concentrent plus de 50 % de l'effectif total des médecins publics pour une population de 17 % (chiffres 1983).<sup>(30)</sup>

### 2.2.2. le personnel para-médical

Il se compose des

- aides sanitaires
- adjoints de santé brevetés
- adjoints de santé diplômés d'Etat
- adjoints de santé diplômés d'Etat

Les efforts accomplis dans la formation professionnelle de ce corps ont permis de le marocaniser dans sa totalité. L'augmentation très importante des effectifs révèle bien son rôle dans le système : il en est la cheville ouvrière (cf tableau 7).

	Nombre de para-médicaux exerçant en milieu	
	hospitalier	ambulatoire
1958	3053	
1974	3924 (49,6 %)	3994 (50,4 %)
1978	5145 (49,4 %)	5267 (50,6 %)
1980	6357 (50,4 %)	6255 (49,6 %)
1985	7559 (45,4 %)	9085 (54,6 %)

**Tableau 7**

Sources : identiques au tableau précédent.

La répartition du personnel para-médical entre les deux réseaux ne présente pas les mêmes irrégularités que pour les médecins : elle est équilibrée. Cependant, à y regarder de près, ce n'est qu'une apparence, car les formations urbaines ont moins besoin d'infirmiers - toutes choses égales par ailleurs - que les formations rurales qui ont à faire face à de larges secteurs d'itinérance et le secteur hospitalier reste encore très favorisé : peut-être cela est-il dû en partie à l'absence de critères pertinents pour décider du nombre d'infirmiers à affecter à chaque type de formation sanitaire.

On peut noter également un déséquilibre dans le type de formation professionnelle. En 1983 :

- les ASDES (cadristes) représentaient 2,4 % du total
- les ASDE représentaient 25,2 %

(30) Bien que l'amélioration du statut du médecin de la Santé Publique en 1981 ait attiré de nombreux médecins qui commencent à mieux couvrir le territoire national. Les médecins privés suivent.

- les ASB et les AS représentaient 72,4 %

La satisfaction des besoins, calculée selon les normes officielles, était respectivement pour chaque catégorie de 18 %, 54 % et 94 %.

La grande majorité du personnel para-médical est composée de brevetés. En revanche les cadres sont trop peu nombreux. Cela ne manque pas d'avoir des répercussions sur la qualité de l'encadrement et la gestion des formations sanitaires. Phénomène courant dans les P.E.D. : la pénurie de cadres intermédiaires et donc le glissement fatal dans les responsabilités ; l'ASB jouant le rôle de l'ASDE et celui-ci remplaçant trop souvent l'ASDES dans ses fonctions d'encadrement <sup>(31)</sup> <sup>(32)</sup>.

#### 2.4. Les résultats

Il n'est pas question de faire un bilan exhaustif du système de Santé Publique marocain mais de l'appréhender à partir de quelques indicateurs de résultat, et selon notre problématique.

Tout le monde s'accordera à reconnaître, sauf à être taxé de mauvaise foi, qu'au cours des 30 dernières années qui se sont écoulées depuis l'Indépendance, la santé de la population marocaine s'est sensiblement améliorée. Cela peu se traduire par les indicateurs démographiques et sanitaires suivants :

- espérance de vie à la naissance en 1956 : 45 ans  
 1962 : 47 ans  
 1971 : 51 ans  
 1980 : 59 ans  
 1985 : 61 ans <sup>(33)</sup>

Cette augmentation de l'espérance de vie est due principalement à la baisse de la mortalité infantile et juvénile :

- taux de mortalité infantile en 1971 : 162 %.  
 1980 : 91 %.  
 1985 : 87 % <sup>(34)</sup>

*(31) Personnellement nous avons constaté dans le milieu rural une pénurie sévère non seulement d'ASDES mais aussi d'ASDE. Bien souvent nous n'avons eu à faire qu'à des brevetés et quand il y a pénurie de personnel, c'est l'itinérant qui est sacrifié le premier ; ensuite c'est le dispensaire qui est fermé (cas rencontrés dans la Province de Tetouan). Comme on l'entend parfois (un peu méchamment) : «le malade peut mourir heureux, bien opéré... mais mal soigné», ou encore : «on va à l'hôpital pour mourir».*

*(32) On compte 10 % de femmes parmi les brevetés et 33 % parmi les diplômés d'Etat, qualité importante pour une bonne promotion et l'extension des programmes de PSME et de Planning familial, notamment en milieu rural.*

*(33) Cf. Faish d'information sanitaire, Service d'études et d'information statistique (SEIS), M.S.P., n° 1, mars 1986. Les chiffres de 1985 sont estimés.*

*(34) Notons que le Plan ne disposait pas de l'information concernant le taux de mortalité infantile lorsqu'il posait comme objectif de le faire baisser de 130 % à moins de 100 %, alors qu'en 1980 il n'était que de 91 %. De l'utilité des statistiques pour viser des objectifs corrects*

- taux brut de mortalité en 1962 : 19 %.

1971 : 16 %.

1980 : 10,6 %.

1985 : 10,1 %.<sup>(33)</sup>

- taux brut de natalité en 1971 : 47 %.

1980 : 41 %.

1985 : 37,2 %<sup>(33/34)</sup>

- indice synthétique de fécondité

en 1971 : 7,4 enfants/femme

1980 : 5,9 « «

1985 : 5,2 « «<sup>(33)</sup>

D'autres indicateurs pourraient être donnés ; ils confirmeraient que la couverture sanitaire de la population a fait beaucoup de progrès depuis l'Indépendance.

Alors pourquoi le changement de politique ? Malgré les efforts indéniables, l'état sanitaire des marocains demeure encore très médiocre<sup>(35)</sup>. Quelques indicateurs montrent que la situation est loin d'être optimale :

- le taux de mortalité infantile reste élevé : « cela est dû à la persistance des maladies infectieuses, à la malnutrition protéino calorique des jeunes enfants (due en partie aux conditions d'hygiène lamentables) et aux risques encourus pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. Ces caractéristiques sont en général plus accentuées en milieu rural et parmi les groupes de population les plus déshérités »<sup>(36)</sup> : 22 % ne connaissent pas encore le dispensaire comme point d'accès à la filière Santé<sup>(37)</sup>.

- autre façon de dire la même chose : les décès de moins d'un an représentent 43 % de l'ensemble des décès et la mortalité des enfants de 1 à 4 ans est estimée (par la BIRD) à 17 %.

- de l'ordre de 530 pour 100.000 naissances en 1972, la mortalité maternelle s'est considérablement réduite, notamment en milieu urbain. Cependant en milieu rural, où la prise en charge des femmes enceintes reste très insuffisante<sup>(38)</sup>, la morbidité maternelle est élevée comme en témoigne le nombre d'admissions d'urgence dans les services d'obstétrique et le nombre de décès associés aux accouchements effectués dans les hôpitaux.

- malgré des programmes ambuleux de vaccination (PEV, VDMS, UISF, équipes mobiles de PSME)<sup>(39)</sup>, la couverture reste faible. En 1984, la couverture vaccinale des

(35) La BIRD, dans son rapport de mission de 1978, parle de « dégradation ».

(36) Cf. Unicef-Rabat, Programme Santé, 24-28 juin 1986, p. 1 ; Projet Fnuap-M.S.P., Renforcement de l'infrastructure des actions ambulatoire, déc. 1980, p. 6.

(37) Cf. *Fash d'information sanitaire*, op. cit. Dans le rural, le taux est de 23,5 %.

(38) 80 % des femmes accouchent encore chez elles, soit 56,1 % dans l'urbain et 92,5 % dans le rural.

(39) Voir plus loin pour le détail.

enfants de moins d'un an n'atteint pas 50 % pour le DTcoq - Polio (46 %) ni pour la rougeole (42 %) ; celle du BCG est de 70 %).

Des effets il faut en (re)venir aux causes, la principale - celle que nous avons essayé de développer dans la première partie de cette contribution - étant la politique sanitaire suivie par le Maroc depuis l'Indépendance, en droite ligne de l'héritage du Protectorat.

Bien que le discours royal de 1962 et les différents plans de développement aient mis l'accent sur le caractère prioritaire de la médecine préventive et ambulatoire, généralisée aux masses et bien répartie dans l'espace, nous avons montré que jusqu'en 1980 les réalisations étaient surtout axées sur la création d'infrastructures hospitalières lourdes, canalisant à leur profit les ressources budgétaires et humaines.

Les résultats, nous les connaissons : au niveau des moyens, une médecine curative, européen et hospitalo-centriste, élitiste et très concentrée dans la ville. Et par voie de conséquence - car il faut répéter, c'est le rôle de l'économiste, que l'on ne peut à la fois avoir le beurre et l'argent du beurre ou encore, plus universitairement, que l'économie est la science de l'allocation des RESSOURCES RARES - l'accès de la population aux services sanitaires est souvent très difficile : en milieu rural, par exemple, la population doit parcourir une distance allant de 9,1 km dans les zones les plus favorisées (en formations sanitaires, certes, mais aussi et surtout en infrastructures routières) comme la région Nord-Ouest, à 19,6 km dans la région du sud et 21,3 km dans celle de l'Oriental. Ou encore, l'itinérant du réseau ambulatoire parcourt en moyenne 19,3 km par journée de travail ; on imagine ce qui peut se passer s'il n'est pas motivé ou si on ne lui donne pas les moyens de se déplacer.

Au niveau de l'état de santé de la population, nous avons donné quelques indicateurs, certains en nette amélioration, d'autres moins bons et même franchement mauvais. Mais ce qu'il importe de souligner, c'est que l'état de santé national n'est jamais un résultat définitivement acquis dans un pays où il naît 835.000 enfants par an, soit 2.289 par jour, où il y a 3,5 millions d'enfants de 0-4 ans (1,3 en urbain et 2,2 en rural) et où 64 % de la population a moins de 25 ans. L'expérience de ces 30 dernières années montre tout simplement que le système actuel de Santé publique ne peut en aucun cas se soumettre à la tyrannie de la démographie.

La conclusion s'impose : faire une pose dans les programme d'infrastructure en cherchant à rationaliser la gestion de leurs moyens de production installés <sup>(40)</sup> et mettre l'accent sur les programmes d'action préventive qu'il faudrait déterminer en fonction d'objectifs clairs et quantifiés à atteindre. C'est dans ce sens qu'a été amorcée avec courage la nouvelle politique de la santé en 1980.

---

(40) Le document cité en note 28 a calculé qu'avec une DMS de 8 jours en 1990 (contre 10,9 en 1984), le nombre de lits à prévoir serait inférieur à celui actuellement disponible.

### 3. LA NOUVELLE POLITIQUE SANITAIRE

Autant que nous puissions en juger, la nouvelle politique sanitaire a été décidée sous une triple pression - qui ne représente finalement que celle des trois acteurs en présence de toute politique de santé publique :

- la pression des organismes internationaux tels que la BIRD (rapport de mission au Maroc en 1978), l'O.M.S. (déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé de base en 1978), l'adoption d'une stratégie globale de «Santé pour tous en l'an 2000» adoptée à Genève au cours de la 34<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé, les intervenants de programmes au Maroc comme l'US-AID et le FNUAP.

- la pression des usagers, tant les utilisateurs du secteur des soins curatifs et hospitaliers qui est «source de mécontentement grandissant» <sup>(41)</sup>, que les utilisateurs (potentiels) du secteur d'actions ambulatoires dont les revendications se font plus pressantes avec le développement des média (la TV en particulier), les progrès de l'alphabétisation, l'influence de la ville et le brassage des populations. «La pression pour une meilleure prise en charge de la population est une réalité dont les hommes politiques se doivent de tenir compte» <sup>(41)</sup>.

- la pression du Ministère de la Santé Publique lui-même. Toutefois ce point mérite éclaircissement car, le Ministère étant gouverné par des médecins, qu'est-ce qui pourrait les faire changer d'avis ? Il est possible qu'il y ait eu un «débat-combat» au plus haut niveau, avec la participation active de certains organismes internationaux, dont l'une des conséquences - la partie visible de l'iceberg - aura été la nomination à la tête du Ministère d'un non-médecin, M. Bencheikh, ingénieur-économiste au Plan, ce qui confirme le sentiment que le Maroc est à l'heure des comptes, c'est-à-dire pour la Santé publique à l'heure de la rationalisation de la gestion du système dans son ensemble et de l'hôpital en particulier, puisque c'est ce qui lui coûte le plus cher.

#### 3.1. La stratégie des soins de santé de base (SSB)

La mission BIRD ayant jeté un regard critique sur le système de santé au Maroc, il y avait place pour une mission d'évaluation des besoins fondamentaux. C'est le Fonds des Nations-Unies pour les activités en matière de population (FNUAP) qui l'a réalisé en identifiant les principaux problèmes du pays dans le domaine de la santé et de la planification familiale.

Une commission nationale de la Santé, de la nutrition et de la planification familiale a reconnu, dans son rapport d'avril 1980, ces mêmes problèmes de santé et défini les orientations et les objectifs à atteindre à court et moyen termes. Ce rapport a souligné la

---

(41) Cf. Unicef-Rabat, *Programme Santé*, op. cit., p. 2. Le dépouillement de la presse locale est très intéressant pour connaître le vécu quotidien de la population, riche en «anecdotes» tournant parfois au drame : les malversations, le manque de conscience professionnelle, les erreurs de diagnostic, la pénurie de médicaments, les tracasseries administratives, les files d'attente, la déficience de la maintenance sont les problèmes les plus couramment rencontrés.

nécessité d'une programmation nouvelle des activités qui mette l'accent sur les SSB et l'éducation pour la santé en matière de population. Cette orientation a pour but de faire accéder aux services sanitaires les populations rurales les plus éloignées et les groupes urbains les plus déshérités.

Le Plan quinquennal 1981-85 prend acte de ces nouvelles orientations :

«La réorientation des activités du système sanitaire vers les SSB constitue une priorité». <sup>(42)</sup>

Plus précisément, il reformule de nouveaux critères de programmation des installations sanitaires du réseau ambulatoire tels que la répartition de la population dans l'espace, les migrations saisonnières, les points d'attraction de la population (souks, marabouts...), la configuration géo-morphologique de la zone ainsi que ses caractéristiques socio-culturelles, l'infrastructure de base (eau potable, électricité...), etc. On est loin du critère unique : 1 formation pour 15.000 ou 45.000 habitants.

Le Plan reformule également de nouvelles formations sanitaires, plus légères, plus mobiles, davantage axées sur les services de PSME et pouvant évoluer selon les besoins vers les niveaux supérieurs de l'armature sanitaire.

De plus l'approche suivie met l'accent sur la participation des collectivités locales et de la population (en particulier les sage-femmes traditionnelles) aux efforts déployés en matière d'implantation et de fonctionnement des formations ambulatoires. Enfin un calendrier de mise en application de programmation a été établi : l'année 1983 servira aux discussions, à l'élaboration d'un guide et à la formation des équipes qui seront chargées d'élaborer le plan de développement de l'infrastructure ambulatoire ; l'année 1984 verra quelques réalisations sur le terrain puis l'exploitation des données recueillies et enfin l'homologation définitive du plan de développement <sup>(43)</sup>.

La nouveauté par rapport aux plans précédents est la clarté des objectifs qu'on ne confond pas avec les moyens à mettre en oeuvre : le but du système de santé n'est pas de couvrir tout le pays, ni de toucher tout le monde ; les formations sanitaires, qu'elles soient ambulatoires ou hospitalières, n'ont aucune justification par elles-mêmes. Le but, ou plutôt les buts, ce sont des populations-cibles dont l'état de santé peut être décrit par un certain nombre d'indicateurs précis que l'on veut faire évoluer favorablement d'un certain montant et pendant un temps déterminé. A nouveauté d'objectifs, il faut la nouveauté des moyens.

### 3.2. Le nouveau dispositif mis en œuvre

Il ne peut être que sommairement décrit, vu sa complexité. La nouveauté concerne

*(42) Cette priorité s'est traduite (enfin) dans les chiffres du budget d'investissement : de 1983 à 1985, 314 millions de dh ont été investis dans les SSB et 119 millions seulement dans le secteur hospitalier. Pour la seule année 1984, 30 millions d'investissement ont été consacrés à l'ambulatoire et 5 millions à l'hospitalier.*

*(43) En fait le calendrier n'a pu être respecté et il accuse un retard de 2,5 ans.*

surtout «le niveau primaire d'intervention» qui utilise une technologie simple et peu coûteuse, une main-d'oeuvre qualifiée et qui fournit les soins essentiels de base <sup>(44)</sup>.

3.2.1. En milieu rural, un nouveau type de formation sanitaire a été introduit : le dispensaire rural de base, destiné à délivrer les SSP. Son implantation est prévue dans les zones à habitat dispersé. Les fonctions qui lui sont dévolues figurent en annexe. Quant aux «anciens» dispensaires ruraux, qui gardent leur dénomination, ils seront progressivement dotés d'unités de PMI et équipés de façon à faire face éventuellement à un accouchement. Leur implantation est envisagée - en cas d'unités nouvelles - dans des zones à habitat dense.

Le centre de santé rural est le centre de santé actuel dont les fonctions ont été élargies avec, entre autres, l'adjonction systématique d'une maternité de 4 à 10 lits. Il constitue pour le milieu rural la première formation médicalisée. Il doit, en plus des soins essentiels, assurer des activités de PMI, des consultations médicales et des accouchements normaux et encadrer quelques dispensaires.

L'hôpital rural est une formation de type centre de santé rural auquel s'ajoute le module hospitalisation de 10 à 20 lits, un module examens complémentaires et un module services généraux.

«Toutes ces formations sont conçues pour permettre leur transformation éventuelle à des niveaux supérieurs et, de ce fait, le choix du terrain doit permettre cette extension» <sup>(45)</sup>.

A l'exception des nouveaux critères d'implantation des formations sanitaires ambulatoires, le nouveau système n'est pas d'une grande originalité : il consiste à se rapprocher de la population et de renforcer les paquets d'actions PMI. L'originalité vient plutôt du «monde mobile» de desserte des SSP qui se développe à partir d'une formation fixe et s'adresse à la population située en dehors de son aire d'influence. Il comprend 3 modalités :

- l'itinérance par visite à domicile : c'est le classique «porte à porte», mais avec un paquet d'actions plus étoffé ;

- l'itinérance par point de contact : c'est la même fonction que la modalité précédente mais la rencontre entre l'itinérant et la population se fait en un lieu déterminé de certaines localités sélectionnées, connues et acceptées par tous - appelées «point de contact». De plus est assurée la vaccination des enfants.

(44) Rappelons la définition de l'O.M.S. : «Les soins de santé primaires sont des soins essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui lui sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays. Les SSP 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».

(45) Pour toutes ces questions, cf. Guide pour l'élaboration d'un plan d'extension de la couverture sanitaire (projet), M.S.P., Division de l'infrastructure, 1986.

- l'itinérance par équipe mobile : l'équipe est constituée de 2 personnes au moins avec un véhicule ; le paquet d'actions à fournir est plus important car il s'adresse à des populations non touchées par l'une des deux modalités précédentes, ni par le mode fixe. Cette équipe mobile doit se développer à partir des équipes actuelles de vaccination dont les tâches doivent être élargies.

- enfin il est fait appel localement, en cas de besoin, à des «personnes-ressources». Ces personnes sont choisies parmi la population et par elle et peuvent, après une initiation, prodiguer certaines prestations essentielles : c'est le cas par exemple des accoucheuses traditionnelles (les quablas) <sup>(46)</sup>.

3.2.2. En milieu urbain, l'aspect de mobilité qui fait l'originalité et la difficulté des formations rurales n'existe pas. L'ancien dispensaire urbain s'est médicalisé (disons qu'il doit l'être) en devenant centre de santé urbain et l'ancien CSU est devenu une polyclinique avec consultations médicales spécialisées et soins dentaires. Il est prévu également la création de maternités urbaines, en étroite relation avec la maternité hospitalière pour les accouchements qu'elle pourrait assurer.

C'est donc, en résumé, un effort d'équipement (agrandissement de bâtiments et achat de matériel) et un renforcement du personnel qualifié en PSME qui sont demandés.

### 3.3. Réalisations

Le projet SSB a commencé en 1981 dans trois provinces pilotes : Agadir, Settat et Taroudant. Le M.S.P. a reçu l'appui de l'O.M.S. et la BIRD a accepté d'accorder un crédit au Maroc pour la réalisation du projet sur le terrain <sup>(47)</sup>.

Les études préalables, connues sous le nom de «projet de développement des services de santé», ont permis de :

- revoir la stratégie de couverture sanitaire
- restructurer les modes de couvertures sanitaire et en adopter des nouveaux
- mettre au point une méthodologie de travail pour l'étude et l'élaboration d'un plan d'extension de la couverture sanitaire, sur la base d'une analyse multi-critères.

Parallèlement, des programmes déjà anciens :

- visite à domicile de motivation systématique VDMS
- programme élargi de vaccination PEV

*(46) L'expérience marocaine reprend celle, plus ancienne, des Philippines : le gouvernement a enregistré toutes les «hilot» en les encourageant à suivre un programme de formation intensif en santé publique et en obstétrique ; à la fin des cours, elles obtiennent un brevet de pratique.*

*(47) L'accord a eu lieu en avril 1985 et prend la forme d'un prêt de 270 millions de dh remboursable en 20 ans après un délai de grâce de 5 ans.*

et certaines unités itinérantes de santé familiale (UISF) ont été utilisés pour développer les SSP. Ces actions sont financées conjointement par le M.S.P. et certains organismes internationaux. Ceux-ci contribuent également à financer l'équipement et la formation des cadres des nouvelles formations sanitaires prévues par le «projet de développement des services de santé».

#### 4. CONCLUSION PROVISOIRE : QUE PEUT-ON ESPERER DE CES PREMIERES EXPERIENCES ?

La conclusion ne peut qu'être provisoire, étant donnée la jeunesse des expériences en cours. Quelles chances ont-elles de réussir ?

Le premier point à souligner est qu'il semble bien exister au Maroc une volonté politique réelle de substituer au système hospitalo-centriste d'autrefois une stratégie de distribution de SSP : l'idée est lancée, à la suite de beaucoup d'autres pays et un peu à leur traîne, que des soins simples et précoces, distribués au plus grand nombre, la prévention de santé d'un pays ; et que non seulement ils n'entrent pas en concurrence avec les hôpitaux, mais que - bien articulés à eux - ils pourraient permettre enfin un bon fonctionnement de ceux-ci.

L'objectif, tel qu'il est défini et résumé par le slogan : «la santé pour tous, et en particulier les couches de population les plus défavorisées, en l'an 2000», est difficilement contestable et c'est à ce constat que par exemple l'Association marocaine de prospective était arrivée dans son séminaire de Beni-Mellal des 21-22 mars 1980. Mais que faut-il faire pour arriver au résultat recherché ? Il est nécessaire, selon la même Association, de résoudre au préalable un certain nombre de contraintes :

- *contraintes matérielles* : les nouvelles formations sanitaires doivent être plus légères et plus proches des populations et de leur lieu de travail pour en rapprocher les services et à la réalisation desquelles participeront les collectivités locales et la population<sup>(48)</sup>. De plus il faut doter cette infrastructure de moyens de mobilité qui permettront à l'équipe sanitaire de s'acquitter de ses tâches. L'étude du nouveau système mis en place progressivement répond parfaitement à ces contraintes ;

- *contraintes organisationnelles* : il est nécessaire de réorganiser au sein du Ministère de la Santé Publique les services chargés de la gestion, de la programmation et de l'évaluation des activités pour élaborer des programmes précis et en contrôler l'exécution ; l'informatique et des méthodes de gestion modernes s'imposent en particulier, devant l'ampleur et la complexité des tâches à accomplir. Cela est également en cours ;

---

(48) Nous en avons peu parlé dans cette communication mais ce point demeure fondamental. Il est prouvé par exemple que le PEV a eu des résultats mitigés à cause d'une insuffisance de participation de la population à ce programme. Selon les recommandations de l'O.M.S, tous les actes de santé publique doivent «s'intégrer à un ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé et à recourir à une aide en cas de besoin».

- *contraintes financières* : l'évolution de la part du budget de la S.P. dans le budget global de l'Etat fait apparaître une lente mais certaine dégradation. Or le programme à mettre en place va coûter extrêmement cher : construction de nouvelles formations sanitaires, étoffement des paquets d'actions, multiplication des équipes mobiles et donc besoins accrus de personnel d'encadrement et de moyens de locomotion, etc. A terme, et si la nouvelle politique est efficace, la Nation est gagnante car ce que l'on dépense en plus pour le préventif maintenant, on le récupère plus tard par diminution de la morbidité. Mais qui va financer les investissements de départ ?

Plusieurs voies sont ouvertes qui ne s'excluent nullement. La première consiste à augmenter le budget de la S.P., mais ce genre de proposition relève le plus souvent de l'incantation et a de toutes façons des effets très limités car il s'agit d'une variable structurelle très difficile à modifier. La seconde consiste à faire payer les soins par les usagers, mais là encore elle est difficile à mettre en oeuvre étant donné le faible pouvoir d'achat de la majorité de la population : l'ancien ministre n'avait-il pas suggéré de demander 1 dh à chaque malade pour contribuer aux dépenses de soins ? Le risque est alors grand qu'il attende la dernière extrémité pour se faire soigner<sup>(49)</sup>. Faire payer ceux qui en ont les moyens est une solution mais qui est délicate à mettre en oeuvre et serait de portée limitée car étant le plus souvent assurés sociaux, ils recourent de préférence à la médecine privée, à la CNSS et, pour les militaires, au Service de santé des Forces Armées Royales. On risque fort, dans ces conditions, d'avoir deux systèmes parallèles : une médecine de qualité pour les classes aisées et les assurés sociaux, et une médecine au rabais pour les pauvres. Ne faudrait-il pas plutôt étudier les conditions d'une généralisation progressive de la couverture sociale, en particulier par unification des multiples régimes privés existant actuellement au Maroc ?<sup>(50)</sup>

Une troisième voie consiste à essayer de faire des économies par la chasse aux « gaspi » et par une surveillance vigilante des prix des médicaments. Quant au premier point, il est à l'ordre du jour comme nous l'avons signalé plus haut et concerne à titre principal ce qui coûte le plus cher, c'est-à-dire la gestion des hôpitaux : la rationalisation des systèmes de commande, de la gestion de stocks, de la passation des marchés et du suivi des fournisseurs fait partie du programme financé par la BIRD ; l'amélioration de la gestion du M.S.P., de la planification, du suivi et de l'évaluation des projets et des actions sanitaires est également un aspect couvert par le prêt de la BIRD. En ce qui concerne les médicaments, il eût été difficile dans un pays à économie de marché de bloquer les prix des médicaments car cela aurait entraîné inévitablement une diminution des profits dans ce secteur et in fine le risque de son dépérissement. Plus astucieusement, le M.S.P. a décidé, avec l'aide de la BIRD, de créer une unité de production, de

(49) Selon le quotidien L'Opinion, 93 % des malades sont des indigents, ce qui explique que les recettes de l'hôpital ne se montent qu'à 1,5 M dh par an, pour des dépenses de 60 M, soit un taux d'autofinancement de 2,5 %.

(50) Le régime de SS a été créé au Maroc par le dahir du 31-12-1959. Tous les salariés de l'industrie, du commerce ou des professions libérales sont normalement assujettis au régime de SS et doivent être immatriculés à la CNSS. En 1971, une loi a étendu ce régime aux travailleurs agricoles et aux forestiers. D'autres régimes existent : mutuelle des fonctionnaires, régimes de l'ONCF, de l'OCF ou des FAR... Mais des problèmes demeurent : selon le parti de l'Istiqlal, la CNSS n'aurait que 600 adhérents sur les 12.300.000 individus que compte la population active (chiffres de mai 1985).

conditionnement et de stockage des médicaments. Pour ce qui est de la production, il est prévu une quarantaine de médicaments de large consommation, premier pas vers une stratégie de fourniture de «médicaments essentiels». Pour ce qui est du conditionnement, il s'agit de l'améliorer afin de limiter le gaspillage : d'une part les médicaments seront mieux divisés (par exemple s'il faut 6 comprimés, on pourra les donner au patient au lieu de deux plaquettes de 5 comprimés chacune), d'autre part l'unité de production achètera en vrac des médicaments qu'elle ne fabrique pas elle-même mais qu'elle conditionnera afin d'en réduire le prix.

La dernière voie à analyser est l'emprunt international. Comment ne pas être frappé par l'omni-présence des organismes internationaux dans le financement et la prise en charge matérielle des programmes de SSP ? Quel est leur but ? au mieux, il est de donner, quelles que soient les utilisations qui en sont faites sur le terrain - sinon leur budget sera en diminution l'année suivante. Au pire, il est de créer une dépendance supplémentaire vis-à-vis de produits et de techniques occidentales dont le pays «bénéficiaire» ne pourra plus se passer, une fois que l'aide internationale se sera retirée. C'est pour ces raisons que l'on est en droit d'émettre les plus extrêmes réserves sur la façon dont les méthodes contraceptives sont introduites et répandues au Maroc sous la houlette de l'US-AID et du FNUAP <sup>(51)</sup> <sup>(52)</sup>. La misère spécifique du riche est qu'il ne sait pas donner, c'est la corruption du don. Il ne sait pas ou ne veut pas savoir que le don véritable est celui qui rend le partenaire «donnant» et vise ainsi à l'échange dans l'égalité. Tandis que le don frelaté engendre la misère qu'il prétend soulager ou aider : le mécanisme économique des «dons» que les Nations riches octroient aux peuples pauvres en est la parfaite illustration ; sous couvert de l'aide, l'exploitation la plus cynique est savamment organisée. Certains organismes internationaux ont bien compris l'exploitation qu'ils pouvaient faire des sentiments humanitaires, combien s'y laissent prendre ? Il n'est pourtant pas besoin d'être Nietzsche pour subodorer les relents nauséabonds qui montent des marécages de la pitié et d'une certaine bienfaisance ! Le sujet n'est pas clos.

- *contraintes humaines* : «Il n'est de richesse que d'homme», disait déjà Jean Bodin au 16<sup>e</sup> siècle. Cela est encore plus vrai pour la Santé : les ressources humaines et leur gestion optimale sont la pierre d'angle du système. Trois problèmes peuvent être évoqués :

. celui du nombre insuffisant et de l'absence de motivation: à notre avis, ces deux contraintes sont liées entre elles et dépendantes d'un troisième facteur qui est le statut du médecin et de l'infirmier. Celui du médecin a été promulgué en 1981 et n'a pas tardé à porter des fruits. Celui de l'infirmier est attendu pour 1986, il devrait résoudre les problèmes de la même façon <sup>(53)</sup>.

(51) *Comment ne pas s'inquiéter de l'amalgame qui est fait entre le planning familial et les SSP, réunis sous un même programme au cours des visites à domicile (VDMS) ? Cela pose des problèmes d'éthique et de culture, d'autant que les méthodes naturelles de régulation des naissances sont systématiquement combattues : à qui cela profite-t-il ?*

(52) *Courageusement l'UNICEF a osé écrire : «ce programme (VDMS) a pour inconvénient d'être coûteux et un peu lourd à gérer et posera de sérieux problèmes de continuité au M.S.P. du Maroc, si un jour l'aide extérieure se tarissait». C'est bien ce qui s'est passé pour l'expérience tunisienne de P.F. Le jour où l'US-AID a cessé son aide, le Gouvernement, dans la mentalité duquel il n'avait jamais été question de relève, s'est trouvé désemparé et démuné.*

(53) *En attendant, la Journée Internationale de l'Infirmier (11 mai de chaque année) est l'occasion fournie pour pousser «un cri de détresse» ; cf. L'Opinion du 12 mai 1985.*

. celui du profil de formation : une réforme a déjà eu lieu en 1980 pour modifier le cursus universitaire trop calqué sur le modèle occidental. Il faut aller plus loin et orienter la formation para-médicale ainsi que les spécialités du médecin vers les objectifs de la nouvelle politique sanitaire, tout particulièrement l'obstétrique et les soins de PSME<sup>(54)</sup>. Cette tâche est immense car pas seulement technique : elle doit intégrer la formation et le recyclage des personnels de santé à l'exercice de la communication. Et, à ce titre, les besoins en matériel audio-visuel sont immenses.

. celui de la gestion des ressources humaines : rappelons que les frais de personnel consomment 73 % du budget de fonctionnement qui lui-même se monte à 84 % du budget total du M.S.P. (chiffres 1985). C'est dire la place déterminante qu'elles occupent et l'influence qu'elles peuvent avoir sur la consommation des ressources financières de l'Etat.

Toutes ces contraintes sont les préalables dont les dépassements permettront d'atteindre la couverture des besoins de santé de base de toute la population.

Mais il faut prendre garde, ce ne sont que des préalables. Il apparaît en effet, à la lumière des expériences en cours dans diverses parties de l'Afrique Noire ou de l'Amérique latine et du Sud, que la stratégie des SSP n'est pas vierge de toute idéologie occidentale. Au Pérou, par exemple, les responsables des programmes de SSP contribuent avec la meilleure volonté du monde à écraser la culture populaire dans son secteur le plus vivant et l'on en arrive à ce paradoxe que plus les programmes sont efficaces et dirigés vers les plus défavorisés, plus ils sont destructeurs<sup>(55)</sup>. Et l'on arrive au résultat inverse : une opposition conflictuelle entre la médecine andine traditionnelle et la médecine «moderne», au lieu de complémentarité, l'apport de la première n'étant plus seulement thérapeutique ou psychologique mais devenant une revendication culturelle globale et un moyen d'affirmer son identité.

L'expérience des SSP commence aussi à être riche en Afrique Noire. Une étude de Diana Senghor a bien montré deux failles qui risquent de compromettre gravement l'avenir de ces projets, en dehors des difficultés normales de mise en route : la première est que les «cases de santé» (l'équivalent du dispensaire de base) n'ont pas été bien intégrées aux formations sanitaires supérieures dont la compétence pour les cas plus compliqués doit être utilisée ; si ce n'est pas fait, la case de santé n'est plus un relais mais un terminus, un centre de soins au rabais pour les pauvres.

Deuxième faille, déjà énoncée plus haut : la fragilité financière du système. Actuellement ce sont les organismes d'aide étrangers qui assurent la majeure partie du financement. Quand ils se retireront, tous les efforts et sacrifices consentis par la population, les collectivités locales ou l'Etat risquent d'être réduits à néant. C'est une autre façon, plus insidieuse certes, de peétiner l'identité culturelle des pays pauvres<sup>(56)</sup>.

(54) Le M.S.P. envisagerait d'introduire le CAP d'obstétrique dans le cursus des ADSE et de former des auxiliaires d'obstétrique.

(55) C'est ainsi que les programmes étatiques de formation des sages-femmes traditionnelles ne respectent absolument pas les savoirs locaux, comme la gamme des 7 positions de l'accouchée, l'ambiance «chaude», la participation de la famille.... Cf. *Peuples en marche*, mars 1986, p. 8-9.

(56) Cf. *Le compte-rendu de sa recherche in Forum du Développement*, mai 1983.

Il n'est pas certain qu'on ait assez pris conscience au Maroc que la santé fait partie de la culture et que la culture, ou plutôt les cultures doivent se réapproprier la santé, c'est-à-dire en définitive leurs savoirs et les savoirs venus d'ailleurs<sup>(57)</sup>. C'est à cette condition qu'une politique de développement authentique et harmonieuse, au service de tout l'homme et de tous les hommes.

---

(57) SADEC Lettre (Paris) pour tous ces sujets.