

Haute Ecole Libre de Bruxelles Ilya Prigogine
Ecole d'infirmier(e)s et d'accoucheuses de l'ULB
Santé Communautaire



Mission d'observation et d'étude du
Système de Santé Marocain

Rabat
29 mars - 2 avril 2004



Bruxelles - juin 2004

UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES

Ecole d'infirmier(e)s et d'accoucheuses

Annexée à l'Université Libre de Bruxelles
Enseignement supérieur paramédical de plein exercice et de type court



ULB

Haute École Libre de Bruxelles ILYA PRIGOGINE

Campus Erasme
Route de Lennik, 808
B - 1070 BRUXELLES
Tél. 02.555.35.47
E-mail : ecinf@ulb.ac.be
Web : <http://www.eiulb.be/>

Nos remerciements

Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes en Belgique et au Maroc qui, de près ou de plus loin, ont contribué à nous aider à comprendre le système de santé marocain et à rendre notre mission agréable et intéressante.

Nous manifestons notre reconnaissance aux diverses instances académiques, politiques et sociales qui nous ont apporté leur soutien financier sans lequel une telle mission n'eut été possible.

Que soient enfin remerciés tous les professionnels de la santé marocains qui nous ont ouvert les portes de leurs institutions et nous ont accueillis avec la plus grande considération.

Etudiantes infirmières Spécialisation en santé communautaire

*CLAUSTRIAUX Vinciane
D'HOLLANDER Laetitia
GOMAND Séverine
LORIA Romina
NYOTA JAFARI Christiane
PIRARD Sandra
WEIS Sylvie*

Professeurs et experts
*BASTYNS Jean-Marie
LALOUX Martine
LEPAGE Yvan
MARTIN Pascale
POQUET Andrée
VANDERHAEGHEN René*

Table des matières

Mission d'observation et d'étude du système de santé marocain.....	6
1. La santé au Maroc.....	8
1.1. Etat des lieux du système de santé	8
1.2. Les prestataires de soins.....	9
1.3. Les vaccinations.....	9
2. La santé et le système de santé en regard du contexte : politique, géographie, démographie, économie	10
2.1. Les grandes étapes de la vie politique du Maroc.....	10
2.1.1. Le régime politique	10
2.1.2. Vers un nouveau régime ?.....	13
2.1.3. Le type d'État.....	14
2.2. Le profil géographique et administratif.....	15
2.3. L'évolution démographique.....	16
2.4. Le statut des femmes.....	18
2.4.1. Les onze points de la réforme.....	19
2.4.2. Commentaires.....	20
2.5. L'alimentation et l'eau	21
2.6. La situation économique et les ressources.....	22
2.7. Le rôle de la religion.....	23
3. La structuration et l'organisation du système de santé.....	24
3.1. L'offre de soins et la dualisation du système de santé	24
3.2. La sécurité sociale : vers une généralisation de l'assurance maladie	25
3.3. Présentation schématique du système national de santé.....	29
3.3.1. Une organisation en trois échelons.....	29
3.3.2. Le système de santé marocain.....	30
3.3.3. Les principaux programmes nationaux de santé	31
3.4. Le financement de la santé.....	31
4. Description des visites effectuées au cours du séjour.....	33
4.1. Visites dans le cadre des soins de santé primaire	33
4.1.1. Des spécificités.....	33
4.1.2. Approche sociale.....	36
4.1.3. Rôle de la famille.....	38
4.1.4. Le système d'aide et de santé par rapport à la population	38

4.2. Visites effectuées dans le cadre de la santé familiale	47
4.2.1. Approche démographique	48
4.2.2. Approche socio-linguistique.....	49
4.2.3. Approche éducative et rôle de la famille.....	50
4.2.4. Le système socio-économique.....	52
4.2.5. Le système d'aide et de santé par rapport à la population ciblée.....	52
4.3. Visites dans le cadre de la santé mentale	55
4.3.1. Approche démographique	55
4.3.2. Approche socio-linguistique.....	57
4.3.3. Rôle de la famille	57
4.3.4. Le système socio-économique et cadre juridique	58
4.3.5. Le système d'aide et de santé par rapport à la population ciblée.....	60
5. La formation d'infirmier(e)s	62
6. Commentaires de mission	63
7. Quelques mises en perspective	65
8. Projets à venir : comment passer de l'assistance à la collaboration ?.....	66
Eléments de bibliographie	67
Annexe 1. Liste des participants à la mission.....	68
Annexe 2. Programme	69
Annexe 3. Liste des contacts, des personnes ressources et des organismes de soutien.....	70
Annexe 4. Présentation comparative d'indicateurs socio-économiques et sanitaires selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)	71

Mission d'observation et d'étude du système de santé marocain

Cette mission d'étude et d'observation se réalise dans le cadre de la formation des infirmières et des infirmiers en cours de spécialisation en santé communautaire de l'Ecole d'infirmiers (et d'accoucheuses) annexée à l'Université de Bruxelles – Haute Ecole Libre de Bruxelles Ilya Prigogine.

L'organisation du voyage a été assurée par Andrée Poquet, professeur et coordinatrice de la section Santé Communautaire, aidée par l'équipe pédagogique.

Pour rappel, les voyages précédents ont eu lieu à Grenoble, à Amsterdam, à Lausanne, à Montréal, en Finlande, à Athènes, en Turquie, au Maroc, en Bulgarie, à Monastir, à Dakar. L'année passée, la mission s'est déroulée à la Havane.

Les objectifs poursuivis visent à :

- établir une analyse comparative entre nos services de santé de première ligne, en fonction des besoins et problèmes spécifiques des populations,
- analyser ensemble l'impact du culturel, de l'économique et du politique sur la santé en zone urbaine et rurale,
- établir un réseau de collaboration entre lieux de formation en santé communautaire – échanges de stratégies dans le cadre de la formation dans le domaine de la santé : étude comparative de projets spécifiques liés à des problématiques de santé.

Pourquoi le Maroc ?

Notre pays fête les 40 ans d'immigration de la population marocaine. De très nombreux projets de coopération existent entre le Maroc et la Belgique. Une communauté importante d'origine maghrébine habite en Belgique et côtoie nos services de santé. Le voyage permet de cerner le pays d'origine et de pouvoir mieux appréhender les difficultés, les spécificités des besoins de nos propres usagers de service.

L'analyse porte :

- sur l'accessibilité des soins aux plus démunis,
- sur la mise en place d'une politique de soins intégrés,
- sur les projets de participation réelle de la population à des programmes centrés sur la qualité de vie et la promotion de la santé,
- l'impact de l'environnement sur les indicateurs de santé.

Nous souhaitons analyser l'impact de la mise en place du nouveau code de la famille sur les dynamiques familiales et le statut de la femme. La laïcisation de nos structures d'aide et de santé en Belgique est un thème d'actualité.

Ce voyage nous permet d'ouvrir nos échanges avec le Maghreb et de cerner les liens entre économique, culturel et psycho-médico-social, dans une logique de développement durable qui caractérise l'approche communautaire.

Il nous permet de nous appuyer, et d'intensifier des collaborations existantes entre nos pools universitaires (plus particulièrement l'Ecole de santé Publique de l'ULB).

Trois axes de préoccupations et d'intérêts dans notre projet :

1/ Santé familiale :

suivi obstétrical et pédiatrique dans les dispensaires et les centres hospitaliers (vaccinations...),
stratégies face à des problèmes spécifiques de santé (sida, assuétudes...),
suivi médico-psycho-social des enfants en âge scolaire,
statut de la femme dans la communauté, statut de la personne âgée,
organisation et planification familiale.

2/ Santé mentale :

organisation de la politique de santé mentale,
approche culturelle,
dispensaires, centres de santé intégrés.

3/ Soins de Santé primaire :

organisation des consultations médicales,
maintien en famille et réadaptation des personnes malades et handicapées, prévention, éducation.

Le programme s'élabore autour de visites spécifiques composées de présentations thématiques, d'observations et d'échanges.

Le programme détaillé se trouve en annexe (annexe 2).

Concrètement les contacts se prendront aux différents niveaux du réseau de santé. Le programme s'est élaboré sous la responsabilité du Ministère de la santé publique – Rabat.

1. La santé au Maroc

1.1. Etat des lieux du système de santé ¹

En raison des transitions démographique et épidémiologique, le système de santé marocain est confronté à une double charge de morbidité liée :

- aux maladies transmissibles, aux besoins d'hygiène et de prévention, aux problèmes de santé de la mère et de l'enfant ;
- aux maladies non transmissibles, maladies du comportement, accidents et traumatismes de toute nature.

Les premières sont inhérentes aux pays en développement et les secondes caractérisent aussi les pays industrialisés.

Au sein de la population marocaine, d'importantes différences existent au niveau de l'état de santé et du statut de morbidité. Ces différences sont liées à des inégalités socio-économiques et au mode d'habitat (urbain, rural). L'exclusion sociale en matière de travail, d'éducation et de logement favorise l'exclusion des services de santé.

Ces facteurs d'exclusion, le retard de développement du monde rural notamment en infrastructures de base, ainsi que le mode de financement actuel de la santé, régressif et inégalitaire, sont directement responsables de la répartition inégale du niveau de santé au Maroc.

Principaux indicateurs de santé au Maroc

Indicateurs	Urbain	Rural	National
Espérance de vie à la naissance (en année)	72,2	65,9	68,8
Indice synthétique de fécondité	2,3	4,1	3,1
Taux de natalité	20,7	26,9	23,6
Taux de mortalité	5,1	8,1	6,5
Taux d'accroissement naturel	1,6	1,9	1,7
Quotient de mortalité infantile	23,8	46,1	36,6
Quotient de mortalité juvénile	6,1	15,1	9,8
Quotient de mortalité infanto-juvénile	29,9	61,1	45,8
Quotient de mortalité néonatale	15,1	22,1	19,7
Taux de mortalité maternelle	125	307	228

Source : ibidem, p. 38

Ces indicateurs sont plus défavorables en milieu rural et les chiffres de mortalité infantile et maternelle demeurent à des niveaux inacceptables.

¹ Ce chapitre fait entière référence au document suivant : *L'Assurance-Maladie Obligatoire au coeur du débat au Maroc*, Alami Greft Abdeljalil. Conférence Internationale de l'AIM et la CNOPS, « Universalisation de la couverture médicale, action de la mutualité », Marrakech, le 18 octobre 2002.

Des indicateurs de santé sont révélateurs de la situation socio-économique et sanitaire d'un pays. Les taux de mortalité infantile et l'espérance de vie sont des indicateurs du niveau de vie ; le taux de mortalité périnatale est, lui, révélateur de la qualité des soins prénataux et obstétricaux.

Comparaison des indicateurs	Maroc – 2000	Belgique - 2000
Espérance de vie des hommes des femmes	65,8 ans 69,5 ans	75 ans 81 ans
Taux de mortalité infantile (moins de 1 an)	41 / 1.000 n.v.	5 / 1.000 n.v.
Mortalité maternelle	230 / 100.000 n.v. (1985-1999)	10 / 100.000 n.v.
Petits poids de naissance (<2500gr.)	9 % (données référant à une partie du pays seulement ou différant de la définition standard)	7,8 % Communauté française

Sources : *Human Development Reports – Indicators 2002*
Annuaire statistique de la santé publique, Belgique, 2000
(n.v. = naissances vivantes)

Evolution des indicateurs marocains	1970 1970-1975	2000 1995-2000
Espérance de vie à la naissance (calcul sur 5 ans)	52,9	66,6
Taux de fertilité (calcul sur 5 ans)	6,9	3,4
Taux de mortalité infantile (pour 1000 n.v.)	119	41
Taux mortalité avant 5 ans (pour 1000 n.v.)	184	46
Population de moins de 15 ans	-	34,7 %
Population de plus de 65 ans	-	4,1 %

Source : *Human Development Reports – Indicators 2002*

1.2. Les prestataires de soins

Selon le *Human Development Reports*, on compte, au Maroc, 46 médecins pour 100.000 habitants (1990-99) ; les naissances avec staff médical sont estimées à 40% (1995-2000).

1.3. Les vaccinations

Le problème des vaccinations se situe au niveau de la continuité, surtout dans le cas du vaccin antitétanique. Les enfants qui doivent être vaccinés sont convoqués sur rendez-vous. S'ils ne se présentent pas, les soignants relancent les familles. En 2002, les enfants (1 an) sont vaccinés :

contre la Tuberculose	90%
contre la Diphtérie Tétanos Coqueluche	94%
contre la poliomyélite	94%
contre la rougeole	96%
contre l'hépatite B	92%

2. La santé et le système de santé en regard du contexte : politique, géographie, démographie, économie

2.1. Les grandes étapes de la vie politique du Maroc

2.1.1. Le régime politique

Officiellement, le Maroc est une monarchie constitutionnelle.

Dans les faits, c'est un régime de pouvoir personnel dont le roi Hassan II avait cultivé les tendances féodales pour asseoir sa dictature. Il a évolué, avec Mohamed VI, vers un système moins autoritaire, mais pas encore démocratique. Deux systèmes cohabitent, le premier est parlementaire et pluraliste. Il sert de façade à la réalité du pouvoir exercé par le roi et ses conseillers, qui s'appuient sur un système féodal appelé le Makhzen.

La revendication d'une véritable monarchie parlementaire (sur le modèle espagnol par exemple) commence à reprendre de l'ampleur, y compris au sein de l'USFP, le principal parti du gouvernement. Cette revendication date des années 1950, mais le bras de fer au début des années 1960 entre le courant démocratique et le roi s'était terminé par la victoire de ce dernier qui est parvenu, par la répression à imposer son pouvoir personnel. La dictature d'Hassan II, instaurée à partir de 1965, ne s'est assouplie, sous la pression internationale, que dans les années 1990. Le nouveau roi, Mohamed VI, a opéré quelque geste symbolique (libération des prisonniers politiques) mais le régime dont il a hérité reste en place. Les élections de septembre 2002 ont été les plus transparentes de l'histoire du Maroc depuis celles de 1963, mais l'émiettement du paysage politique laisse intact le pouvoir du Palais.

« L'État marocain ne peut balayer l'option démocratique d'un revers de manche. Le régime est en partie conscient, avec le contre-exemple algérien, que le prix à payer du tout sécuritaire peut être terrible. Il y aura des affrontements au sommet de l'Etat sur la voie à suivre. Certains prônent depuis deux ans une répression accentuée contre les islamistes. D'autres sont conscients que le Maroc est une poudrière sociale. La désespérance sociale donne sa force au terrorisme islamiste urbain. On en parle très peu, mais c'est un immense défi pour le régime. » (extrait d'un entretien avec Benjamin Stora, Le Monde, 20 mai 2003)

La constitution de 1996 (la cinquième) s'inspire du modèle français en instaurant le bicaméralisme, mais l'essentiel du pouvoir reste entre les mains du roi. Beaucoup en demandent la modification vers une monarchie

parlementaire. Parmi les opposants les plus radicaux, certains parlent de république.

a) Pouvoir exécutif

Il est principalement détenu par le Palais (c'est-à-dire le roi et ses conseillers), secondairement par le gouvernement.

b) Pouvoir législatif

Le Parlement est composé de deux chambres.

- La chambre des représentants : 325 députés élus au suffrage universel direct (depuis 1996, auparavant le roi en nommait le tiers) pour 5 ans à la proportionnelle sur des listes locales (295 députés) et nationales (30 députés). En 2002, le scrutin de liste a remplacé le scrutin majoritaire.
- La chambre des conseillers : composée d'élus régionaux (3/5) et d'élus des chambres professionnelles et des salariés (2/5), élue pour 3 ans et renouvelable par tiers tous les trois ans. Président : Mustafa Oukacha (RNI).

Les élections ont, jusqu'à présent, toujours été manipulées par l'administration. Lors des élections de novembre 1997, l'opposition était arrivée en tête, mais avait dénoncé de nombreuses irrégularités. Celles de 2002 ont été beaucoup plus transparentes, mais les résultats semblent avoir été quelque peu arrangés au détriment des islamistes.

Le droit de vote peut s'exercer à partir de l'âge de 20 ans.

En 2002, « un nouveau mode de scrutin – représentation à la proportionnelle dans le cadre de circonscriptions élargies – a été adopté. Et, pour mieux lutter contre la pratique des achats de voix, les électeurs ne disposent que d'un seul bulletin, sur lequel ils cocheront le logo du parti de leur choix. Ils ne peuvent plus, ainsi, apporter la preuve de leur vote en remettant, à la sortie, les bulletins écartés en échange de quelques dirhams ... » (L'Express, 26 septembre 2002). La prochaine échéance électorale : les législatives de l'automne 2007.

Présence des femmes en politique : deux députées, élues en novembre 1997. Pour la première fois, quatre femmes sont rentrées au gouvernement en avril 1998. En mars 2000, pour la première fois, une femme était nommée conseiller au palais. En septembre 2002, on annonce un quota de 30 sièges au Parlement (soit un peu moins de 10 % des députés).

« Comment se fait-il qu'en cette veille du troisième millénaire, les candidatures féminines n'aient guère dépassé 1,61 % du total aux dernières

élections locales avec un taux de réussite de 0,34 % ? Seules 83 femmes ont été élues sur les 1651 candidates aux élections locales de 1997 dont aucune ne pourra se prévaloir d'une présidence de commune, et quatre femmes seulement ont franchi le portail du Parlement, deux à la Chambre des Représentants et deux à celle des Conseillers. C'est notre manière à nous de parler de parité. » Fatiha Layadi (Femme du Maroc, mai 2000).

c) Pouvoir judiciaire

Le rôle de la Cour Suprême est de contrôler la légalité des décisions. Elle comprend six chambres (La Chambre civile, la chambre de statut personnel et successoral, la chambre pénale, la chambre administrative, la chambre sociale et la chambre commerciale). Chaque Chambre est présidée par un président de chambre et peut être subdivisée en sections.

Le système judiciaire qui est composé de 68 tribunaux de première instance, 22 cours d'appel, 7 tribunaux administratifs, du Tribunal Militaire permanent des Forces Armées Royales et de la Cour Spéciale de Justice, ainsi que des tribunaux de commerce qui seront bientôt mis en place.

Il n'y a pas au Maroc de véritable indépendance de la justice par rapport à l'exécutif.

d) Le Makhzen

C'est « la structure politico-administrative sur laquelle repose le pouvoir au Maroc, faite de soumission, de rituels, de cérémonies, de traditions ; une conception spécifique de l'autorité qui imprègne l'ensemble de la classe politique et dont la pièce maîtresse est le roi » (Ignacio Ramonet, le Monde diplomatique, juillet 2000).

« L'alternance et la transition ont eu cet avantage de mettre les partis politiques, surtout ceux dits démocratiques, à nu... La monarchie doit évoluer. Son destin est d'entreprendre une rupture radicale avec le système makhzénien. Il est temps qu'une nouvelle génération accède au pouvoir, une génération qui n'a pas été pétrie et façonnée par le Makhzen, qui n'aura pas à fonctionner selon une mentalité et des réflexes d'un autre âge ... » (Khalid Jamaï, Le Journal Hebdomadaire, 6 août 2001).

« Intraduisible en français, le mot désigne les réseaux traditionnels liés au Palais qui irriguent le royaume et concurrencent les circuits étatiques modernes, quand ils ne les court-circuitent pas. Il existe un makhzen économique qui se moque des règles de la concurrence; un makhzen politique où fleurissent les partis sans militants, les députés sans électeurs... Au Maroc, dénoncer le makhzen, hydre sans tête, monstre anonyme, est un rituel

commode qui évite de citer des noms de la nomenclatura marocaine, et d'aller plus avant dans l'analyse. » (Jean-Pierre Tuquoi, *Le Dernier roi*)

2.1.2. Vers un nouveau régime ?

« En 2002, le problème, c'est la Constitution. Amendée en 1996, elle donne toujours au roi des pouvoirs tellement astronomiques qu'on a l'impression que ce n'est plus un souverain, un être humain comme nous tous, un chef de l'Etat, mais Dieu sur terre. D'ailleurs, la 'sacralité' de la personne du roi est inscrite dans la Constitution. Et si, par malheur, nous nous mettons en tête un jour de contester cette « réalité », nous risquerions jusqu'à cinq ans de prison ferme. Le Maroc est ainsi fait. Et sa structure féodale est acceptée par de grandes démocraties comme la France ou les États-Unis. D'où peut-être la nécessité d'oser évoquer, puisque aucun parti politique ne le fait, la nécessaire réforme de la Constitution. Il faut s'aventurer à souhaiter une nouvelle charte qui établisse de façon claire la séparation des pouvoirs entre le palais et l'exécutif, entre ce dernier et le législatif, et, enfin, entre tous ces pouvoirs et le judiciaire — une Constitution qui établisse que la souveraineté émane du peuple et que c'est au gouvernement, fort du mandat du peuple, de gérer les affaires de la nation, un gouvernement qui serait comptable de son action devant le Parlement, et non devant le cabinet de l'ombre du palais. Le jour où les députés pourront discuter de la liste civile du roi, du budget de l'armée et de toute chose qui a trait à la vie de la nation, sans peur, mais en restant tout de même respectueux de l'institution monarchique, ce jour-là, nous pourrions dire que le Maroc a enfin changé. » (Ali Lmrabet, *Demain Magazine*, octobre 2002)

« Le Séisme d'Al-Hoceima le 24 février 2004 n'a pas seulement fait officiellement 600 morts et 500 blessés, il a aussi mis en évidence l'absence de réaction rapide des autorités, la bureaucratie de l'administration, la pauvreté du Rif, cette région longtemps abandonnée de tous, et la corruption de certains secteurs de l'État. Après deux longues journées où ils sont restés livrés à eux-mêmes, la colère s'est emparée de certains sinistrés, qui espéraient que le roi viendrait rapidement, signe que les secours suivraient. Certes, Mohammed VI a dépêché immédiatement sa conseillère privée et le ministre de l'Intérieur, mais il n'est arrivé que le 29 février à Al-Hoceima, décidant de bivouaquer sur place pour superviser l'organisation des secours. Nombre d'habitants ne comprennent plus pourquoi leur pays ne fonctionne pas comme les Etats européens dont ils voient les images grâce aux antennes paraboliques. » (Mireille Duteil, *Le Point*, 4 mars 2004)

2.1.3. Le type d'État

Le Maroc est un État unitaire. Hormis un pouvoir limité accordé aux municipalités (voir plus bas), le pays tout entier est dirigé depuis Rabat.

Une « décentralisation » a toutefois été engagée en juillet 2001 par la nomination de « super-walis » (gouverneur) dotés en janvier 2002 de pouvoirs très importants. Ces chefs locaux ne sont pas élus, mais nommés par le Palais et dépendent directement du roi. Ce semblant de décentralisation est une façon pour le Palais d'imposer son pouvoir au niveau local par dessus le gouvernement. Cette stratégie devrait limiter la portée de la mise en place éventuelle d'un gouvernement disposant d'une légitimité démocratique en septembre 2002.

La capitale politique : Rabat (1,4 millions d'hab.). La plus grande ville du Maroc est Casablanca (3 millions d'hab.) qui fait figure de capitale économique. Rabat a été choisi comme capitale par le général Lyautey en 1912 en remplacement de Fès perçue comme trop rebelle par l'occupant français. Dans le passé, le Maroc a souvent changé de capitale : Marrakech, Meknès, Rabat, Fès furent tour à tour capitale.

Le pouvoir s'est toujours imposé difficilement dans les régions périphériques.

Traditionnellement, on oppose au Maroc le *bled makhzen* (l'administration centrale) au *bled Siba* (l'ensemble des tribus, en particulier dans les montagnes, toujours prêtes à la dissidence). Certaines régions jouissent, de fait, d'une certaine autonomie, c'est le cas du Rif, région montagneuse jadis frondeuse, où le pouvoir marocain ferme les yeux sur la culture du cannabis (appelée localement le kif) qui fait vivre la région.

Aujourd'hui la menace ne vient plus vraiment d'un monde rural marginalisé (ou amadoué), mais des quartiers périphériques des grandes métropoles urbaines où la misère fait progresser l'audience des islamistes.

Parmi les projets de règlement du problème du Sahara occidental figure l'idée de lui accorder une large autonomie au sein du royaume du Maroc.

2.2. Le profil géographique et administratif



Découpage administratif

Le Maroc est découpé en seize régions et leurs différentes provinces ou préfectures. La région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër compte trois préfectures (Rabat, Salé et Skhirat-Témara) et une province (Khémisset).

La portée de la régionalisation au Maroc : dans l'État régional, l'autonomie accordée aux régions va plus loin qu'une simple décentralisation de l'administration. La régionalisation administrative, que l'on rencontre en France ou au Maroc par exemple, n'instaure aucune compétence normative au profit des régions. La régionalisation politique, elle, débouche sur une dualité de sources normatives, sur la reconnaissance d'un pouvoir législatif régional. (Mustapha Sehim, Maroc-Hebdo, décembre 2001).

Les municipalités : « Après 25 ans d'existence, la démocratie locale a démontré ses limites. D'autant plus que son texte de base n'a pas connu par la suite de modifications notables ... Il faut reconnaître qu'après quarante ans de gestion locale, l'expérience de décentralisation au Maroc n'a pas été concluante à bien des égards. Partout, nous constatons l'état déplorable de nos villes et villages, la situation désastreuse des régions et services publics communaux, les débris qui jonchent nos rues, les parcs et jardins qui périclitent, les voies publiques défoncées et tant d'autres carences qui ne font pas la fierté de la gestion de nos cités ... (...) Dans la pratique, la tutelle telle qu'elle est conçue et exercée par la hiérarchie, ralentit l'élan des édiles locaux. D'un droit de contrôle tout à fait logique du représentant de l'État, la tutelle s'octroie bien souvent des prérogatives que le législateur ne lui confère pas.. Le fait de cloisonner les communes urbaines et rurales dans des compétences de gestion administrative les coupe entièrement de la base. Les élus ont l'impression d'être des fonctionnaires et non pas des mandataires ... Quand il y a trop d'intermédiaires, la place des maires se réduit à un espace étroit qui ne correspond nullement à leur mandat ... » (extraits d'un article de Mohamed Boufous, ancien gouverneur, *l'Économiste*, 20 août 2001).

2.3. L'évolution démographique

Au Maroc, on compte trente millions d'habitants (estimation 2002). Cette estimation pourrait être plus élevée si le Maroc n'avait pas perdu quelque trois millions d'habitants en quatre décennies (départ des étrangers, des juifs et de nombreux marocains musulmans).

Evolution de la population (selon le *Human Development Reports*)

1975	17,3 millions
2000	29,9 millions
Estimation 2015	37,7 millions

Au Maroc en 2002 ²	
Taux annuel d'accroissement démographique de 1990-2002	1,7 %
Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine	3 %
Pourcentage de la population urbanisée	57 %

Population urbaine : la grande conurbation du littoral : Casablanca, Rabat, Salé et Kénitra représente quelque 30 % de la population. L'évolution de la population urbaine est : 1975 : 37,8 % - 2000 : 55,5 % - 2015 : 64,4 %.

² En bref : Maroc - <http://www.unicef.org/french/infobycountry/morocco.html> (consulté le 15.09.2004)

Densité : 66,6 hab./km² (42 si on tient compte du Sahara occidental), ce chiffre n'a pas grande signification tant les différences de peuplement sont importantes entre les régions. La moitié du territoire marocain est très peu peuplée.

Indice de fécondité : 3,4 enfants par femme (2001) avec de fortes différences entre la ville (2,1 un taux presque « européen ») et la campagne (4,1). La croissance démographique n'est plus que de 2 % (2001).

Espérance de vie : 69 ans (67 ans pour les hommes, 71 ans pour les femmes).

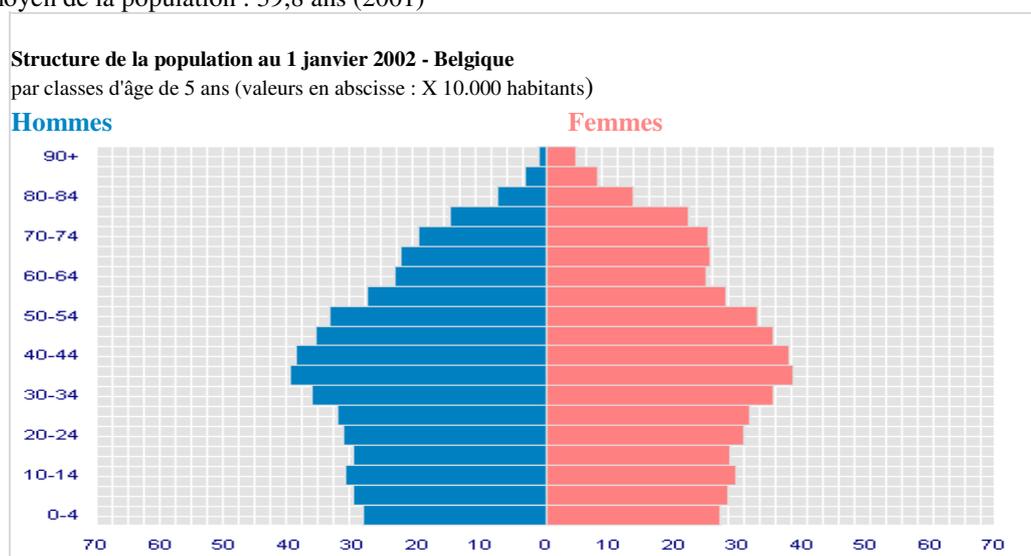
*Structure de la population (source)*³ : proportion des personnes âgées de moins de 15 ans et de plus de 65 ans (en %) :

	Maroc moins de 15 ans	Maroc plus de 65 ans	Belgique moins de 15 ans	Belgique plus de 65 ans (*)
2000	34,7	4,1	21,8	17,4%
Estimation 2015	28,1	4,9	23,5	-

Sources : *Human Development Reports*
 (*) Au 01/01/2001, personnes de nationalité belge âgées de 65 ans et plus en Belgique - INS, Institut National de Statistiques, Bruxelles, Ministère des Affaires Economiques

Analphabétisme : officiellement, le taux est de 47 % (60 % en réalité) (2002). En milieu urbain, le taux de scolarisation est environ des deux tiers avec peu de différences entre filles et garçons. En revanche en milieu rural, la scolarisation ne touche que 45 % des garçons et 20 % des filles (1998).

³ Pour la Belgique (Source : INS, Statistiques démographiques) :
 Population de 65 ans et plus : 17% ; population de moins de 20 ans : 23% (2001)
 Age moyen de la population : 39,8 ans (2001)



*Diaspora*⁴ : environ 2,5 millions de personnes sont à l'étranger dont environ 800.000 en France.

Immigration : très limitée, elle est surtout le fait d'Africains migrant vers l'Europe et qui ne sont pas parvenus à franchir le détroit de Gibraltar, mais aussi d'Européens. Ces derniers sont quelques dizaines de mille aujourd'hui (dont 28 000 Français expatriés), contre 500 000 en 1952.

La population marocaine : berbère pour l'essentiel, même si cet héritage ethnico-culturel n'est jamais officiellement évoqué, sauf quand il s'agit de la production de tapis. L'apport de population arabe est resté numériquement limité, voire infime, mais culturellement important. Par le biais de l'islam, la langue arabe s'est peu à peu imposée au point de reléguer les langues berbères au second plan.

Certaines villes ont accueilli des communautés spécifiques, comme les Andalous chassés de Cordoue qui se sont installés à Fès, donnant à la population de cette ville, les Fassis, une spécificité culturelle et politique encore très nette de nos jours. La population des grandes villes du littoral a été très marquée par le séjour d'Européens, Portugais, Espagnols, puis Français... Il en résulte un brassage ethnique et culturel qui éloigne le Maroc urbain du monde berbère. On peut aussi citer la présence de juifs espagnols venus grossir la communauté autochtone à la fin du XVe siècle et qui a quitté le pays dans les années 1960, après y avoir joué un rôle important.

Les ethnies : les Berbères revendiquent une présence au Maghreb vieille de plus de cinq mille ans. Leur communauté s'étend sur près de cinq millions de kilomètres carrés, de la frontière égypto-libyenne à l'Atlantique et des côtes méditerranéennes au Niger, au Mali et au Burkina. Leur culture, leur identité et leurs droits ont longtemps été méprisés, leurs revendications étant assimilées d'abord au « parti colonial », puis plus tard interprétées comme sécessionnistes. Mais l'on assiste à une renaissance du mouvement berbère, notamment au Maroc où un tiers de la population parle le *Tamazight*, langue berbère⁵.

2.4. Le statut des femmes

Au Maroc, la femme va devenir – presque – l'égale de l'homme. Grâce à la volonté de Mohammed VI, aux pressions des « modernistes » et sans heurter

⁴ Voir fiche dans BiblioMonde

⁵ <http://www.monde-diplomatique.fr/cartes/berberes1994>

les religieux, un nouveau code de la famille a été adopté par le Parlement (janvier 2004)⁶.

2.4.1. Les onze points de la réforme

Coresponsabilité - La famille est placée sous la responsabilité conjointe des deux époux et plus sous celle exclusive du père. La règle de « l'obéissance de l'épouse à son mari » est abandonnée.

Tutelle - La femme n'a plus besoin de tuteur (wali) pour se marier, ce qui était obligatoire dans l'ancien texte.

Âge du mariage - Il est fixé à 18 ans pour la femme (au lieu de 15 ans actuellement) et pour l'homme.

Polygamie - Elle est soumise à des conditions qui la rend quasiment impossible. La femme peut conditionner son mariage à un engagement du mari à ne pas prendre d'autres épouses. Le mari a besoin de l'autorisation du juge avant d'épouser une seconde femme.

Mariages civils - Les mariages faits à l'étranger sont reconnus par la nouvelle moudawana, à condition que deux témoins au moins soient musulmans.

Répudiation - Elle sera soumise à l'autorisation préalable du juge. Avant, c'était un droit exclusif du mari.

Divorce - La femme peut demander le divorce. Avant, le juge n'acceptait la demande que dans le cas exceptionnel où l'épouse présentait des preuves de « préjudices subis » et des témoins.

Garde des enfants - En cas de divorce, la garde des enfants revient à la mère, puis au père, puis à la grand-mère maternelle. La garde de l'enfant doit être garantie par un habitat décent et une pension alimentaire.

Enfant hors mariage - Protection du droit de l'enfant à la paternité au cas où le mariage ne serait pas formalisé par un acte. Avant, la règle était la non-reconnaissance de l'enfant né hors mariage.

Héritage des enfants - Du côté de la mère, ils ont le droit d'hériter de leur grand-père, au même titre que du côté du père.

⁶ <http://www.bibliomonde.com>

Répartition des biens - Possibilité des époux d'établir un contrat avant le mariage, pour gérer les biens acquis (extrait du Monde, décembre 2003).

2.4.2. Commentaires

Le statut des femmes marocaines était nettement plus défavorable que dans d'autres pays du Maghreb. Il reste fondé sur l'obéissance et la tutelle. Cet immobilisme était perçu comme l'un des grands échecs du gouvernement Youssouffi et du début du règne du roi Mohammed VI.

Le nouveau code devrait placer la famille « sous la responsabilité conjointe des deux époux » et non plus du seul mari. « L'obéissance de l'épouse à son mari », inscrite dans le code actuel, disparaîtra. La polygamie, comme la répudiation, ne seront pas interdites mais nécessiteront l'autorisation d'un juge. En cas de divorce, les enfants seront en priorité confiés à la mère ... le statut de la femme marocaine devrait se rapprocher de celui de la Tunisienne et s'éloigner de l'archaïsme qui prévaut encore en Algérie.

« Dans l'entourage du roi, comme dans les associations féministes, on sait que le problème, désormais, c'est l'application de la loi. Les procédures judiciaires sont longues, coûteuses et souvent sans chance d'aboutir. Des instructions ont donc été données pour que l'appareil judiciaire, lent et souvent corrompu, suive. Des tribunaux de la famille pour appliquer le code de la famille avec célérité vont être créés. Une quinzaine de ces juridictions sont déjà mises en place sur les soixante-dix prévues. » (extrait d'un article de José Garçon, Libération, 15 décembre 2003)

Jusqu'en janvier 2004, une femme pouvait se faire répudier sur le champ par son mari, en revanche si celle-ci voulait prouver qu'il la bat, il lui fallait trouver douze témoins prêts à témoigner devant le juge, faute de quoi sa demande divorce était refusée. Plus dramatique encore était le sort de la femme qui accouche sans être mariée : si elle se risquait d'aller à l'hôpital, elle était arrêtée, jugée et condamnée à 3 à 6 mois de prison « pour prostitution ». L'enfant était soit emprisonné avec la mère, soit confié à l'orphelinat. L'autre solution pour les mères célibataires (presque toujours rejetées par leur famille) était d'accoucher seule... Une femme mariée pouvait être répudiée alors qu'elle était enceinte (parfois elle ignorait qu'elle a été répudiée) et se retrouvait dans l'illégalité au moment de l'accouchement ! Une femme, Aïcha Ech Channa, se bâta en leur faveur.

Aïcha Belcaïd, militante des droits de l'Homme Dévouement au féminin : C'est au CCDH que Aïcha Belcaïd « fait ses lettres de noblesse ». Ce qui ne l'empêche pas de mener une vie où l'engagement au sens sartrien est

constamment présent même si elle ne se reconnaît pas vraiment dans un parti politique. Cette militante trouve encore du temps à consacrer à des « détreffes individuelles ». Comme elle le dit joliment (par Abdelatif El Azizi, Maroc-Hebdo, 29 novembre 2001).

L'Association Démocratique des Femmes du Maroc (ADFM) : une Association Féminine indépendante fondée en juin 1985. Elle se fixe pour mission la défense et promotion des Droits Humains des Femmes (droits civils, politiques, économiques et sociaux, protection contre les violences (ses principaux partenaires).

Les miss contre les islamistes : les Marocaines se sont inscrites en masse au concours de la Gazelle de l'Atlas. Signe parmi d'autres d'une attirance croissante de la jeunesse pour le modèle occidental (mai 2002, El Periódico de Catalunya, traduit en français par Courrier international).

2.5. L'alimentation et l'eau

Le pourcentage de la population disposant d'un robinet dans le logement est de 46,2 % (81,8 % en zone urbaine et 7,4 % seulement en zone rurale). La proportion de la population ayant accès à une eau propre à la consommation est de 57,7 % (98,8 % en ville et 13,3 % en zone rurale). Le contrôle de la qualité des eaux des puits en zone rurale et l'éducation (eau chlorée) est de la responsabilité des infirmiers et des hygiénistes (voir relaté des visites). Les logements sans toilettes (ni privées, ni collectives) représentent encore 28,3%, soit 1,5% en milieu urbain et 57,5% en zones rurales (ENSME, 1997).

Les puits : la surveillance des puits est effectuée par l'équipe mobile. Elle distribue des pastilles de chlore (une pastille/puits/semaine) et réalise des prélèvements bactériologiques en collaboration avec le bureau communal d'hygiène. Il existe au niveau fédéral un Office National de l'Eau Potable (ONEP).

Au Maroc en 2000 ⁷	Urbain	Rural	Total
% de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées	98%	56%	80%
% de la population ayant accès à un assainissement adéquat	86%	44%	68%

Remarque : la diarrhée en relation avec la consommation d'eau non potable n'est plus un problème aussi important qu'auparavant.

⁷En bref : Maroc - <http://www.unicef.org/french/infobycountry/morocco.html> (consulté le 15.09.2004)

L'alimentation maghrébine est variée et équilibrée : légumes et fruits à profusion. La cuisine étuvée a le défaut détruire les vitamines et la consommation de thé pendant les repas altère l'assimilation de la vitamine D. Les habitudes alimentaires poussent à une consommation importante de sucre. Par le thé bien sûr mais aussi par le nombre de gâteaux qui sont le réel reflet de l'hospitalité. Peu d'alcool, vu les interdits religieux mais les limonades sont consommées de manière importante.

La religion musulmane a ses interdits : viande de porc, mode d'abattage. Si au départ, les habitudes culinaires peuvent être assez équilibrées moyennant quelques adaptations, force est de constater que les fritures apparaissent.

2.6. La situation économique et les ressources

Si le Produit Intérieur Brut par habitant est un indicateur de la richesse d'un pays (tout ce qui est produit sur le territoire national), il ne donne cependant aucune indication du niveau de développement de ce pays : répartition des richesses produites, utilisation de ces richesses, possibilités et conditions d'importation et d'exportation sur le marché mondial, développement social.

Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) considère l'Indice de Développement Humain (IDH) qui tient compte non seulement du PIB par habitant (lequel mesure le standard de vie) mais également de la longévité (mesurée par l'espérance de vie à la naissance) et de l'éducation (mesurée par une combinaison du taux d'alphabétisation et du ratio d'inscriptions dans les niveaux d'enseignements).

	Maroc 2000	Belgique 2000
PIB par habitant	3.546 \$	27.178 \$
Espérance vie à la naissance	67,6 ans	78,4
Taux alphabétisation	48,9 %	99,0 %
Ratio d'inscription dans les niveaux d'enseign. primaire, secondaire et supérieur	52 %	109 %

Si l'on considère la valeur de l'indice de développement humain, le Maroc se situe aujourd'hui au niveau moyen de développement (IDH = 0,602) sachant que la classification comporte trois niveaux : haut (IDH = 0,800 et plus), moyen (IDH = 0,500-0,799) et bas (IDH = 0,500 et moins).

	HDI
2000	0,602
1990	0,540
1980	0,474

Le niveau de développement humain dépasse largement la question du revenu national, il repose sur la santé, l'éducation, l'accès aux ressources nécessaires pour une vie décente et la capacité de participer à la vie de la communauté. Afin de cerner le niveau de développement d'un pays, d'autres mesures sont aussi prises en compte comme l'index de pauvreté (HPI), la mesure de l'inégalité entre les sexes ou encore, la participation politique.

En ce qui concerne l'index de pauvreté (HPI-1), il est le plus élevé de l'ensemble des pays arabes d'Afrique du Nord : 35,8

Le *Human Development Report*⁸, référant à l'indice de développement humain, présente le Maroc en 123^{ème} rang parmi les 173 pays comparés, positionné entre la Namibie et l'Inde.

La Belgique se situe en rang 4, la France en rang 12, les Etats-Unis en rang 6, le Sénégal en rang 154. Parmi les pays arabes du Nord de l'Afrique, le Maroc se positionne après la Tunisie (rang 97), l'Algérie (rang 106), la Lybie (rang 64) et l'Egypte (rang 115)⁹.

2.7. Le rôle de la religion

La religion a un rôle important dans la structure sociale. La population marocaine est majoritairement musulmane qui s'appuie donc sur l'islam. L'islam est consigné dans le Coran et la Sunna. Les Marocains observent essentiellement le rite malérite, un des quatre rites de la branche sunnite se caractérisant par une certaine ouverture et tolérance à la culture de l'autre (à l'opposé du rite hanbalite). La morale tient une place importante dans la doctrine islamique. La première vertu est la piété. L'esprit de fraternité bannit le principe des castes. Chacun doit donner un quarantième de son revenu aux pauvres. La femme mariée peut dans cette logique gérer seule sa fortune. L'islam s'appuie sur les cinq piliers à savoir : la profession de foi, la prière, l'aumône légale, le jeûne du ramadan et le pèlerinage à La Mecque. Une autre pratique religieuse reconnue mais non imposée est la circoncision.

Certains aliments sont interdits comme la viande de porc, les carnassiers. Les prescriptions coraniques exigent que la viande soit totalement exsangue avant consommation. Les marabouts sont des musulmans sages et respectés qui font l'objet d'un culte (équivalent à un Saint dans la religion catholique). Cette personne est souvent un relais lors de problème santé bien avant de consulter un médecin.

⁸ Source : Human Development Report - www.hdr.undp.org/statistics/faq.cfm

⁹ Annexe 4. Présentation comparative d'indicateurs socio-économiques et sanitaires selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

3. La structuration et l'organisation du système de santé

3.1. L'offre de soins et la dualisation du système de santé ¹⁰

L'offre de soins est qualifiée de consistante et de diversifiée. Globalement, le système de production des soins au Maroc est caractérisé par une forte concentration des structures autour des grands axes urbains. Ce n'est pas tant l'insuffisance en valeur absolue des structures que leur mauvaise répartition sur le territoire ainsi que le cloisonnement excessif entre elles qui posent un important problème au Maroc.

Le système de production de soins est organisé en trois secteurs :

- le secteur public,
 - le secteur privé à but lucratif,
 - le secteur privé à but non lucratif.
-
- Le secteur public de santé est le plus important et couvre tout le territoire. Il comprend des structures de santé de base (actions de prévention et de lutte contre les principaux facteurs de morbidité), un réseau hospitalier (85% de la capacité en lits du pays) et un réseau de laboratoires nationaux et d'instituts d'appui à la mission de santé publique.
 - Le secteur privé à but lucratif a connu un essor important depuis les années 80 palliant les manques d'investissements publics. Il se développe dans les grandes villes et concerne les soins ambulatoires ou de haute technologie.
 - Le secteur privé à but non lucratif est représenté par les établissements de soins des mutuelles (CNOPS), de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et de quelques fondations. Il intervient essentiellement dans le domaine de l'hospitalisation.

Le secteur public de santé est le principal employeur des professionnels de santé au Maroc. Il a le mérite de prendre en charge les problèmes de santé de la population pauvre, notamment en milieu rural, là où le secteur privé est absent.

Les patients assurés s'adressent préférentiellement au secteur privé (médecine libérale à l'acte), les patients non assurés ont recours au secteur public (professionnels salariés).

¹⁰ Ce chapitre fait entière référence au document suivant : *L'Assurance-Maladie Obligatoire au coeur du débat au Maroc*, Alami Greft Abdeljalil. Conférence Internationale de l'AIM et la CNOPS, « Universalisation de la couverture médicale, action de la mutualité », Marrakech, le 18 octobre 2002.

Le Maroc produit 80% de sa consommation pharmaceutique et importe tous les autres produits et équipements biomédicaux.

La formation des médecins, des paramédicaux et des autres métiers de la santé est assurée en quasi totalité et en quasi monopole par l'Etat, même si un certain nombre de cadres continuent à être formés à l'étranger.

3.2. La sécurité sociale : vers une généralisation de l'assurance maladie

Actuellement, il n'y a pas de couverture sociale généralisée et obligatoire au Maroc. On estime à 16 % le nombre de personnes et leurs ayants droits (dont la quasi-totalité est citadine) couvertes par un régime d'assurance-maladie (facultatif et volontaire)¹¹. Les descendants sont couverts jusqu'à l'âge de 18 ans avec certificat de scolarité. Il existe un système de caisses mutuelles pour les fonctionnaires d'Etat notamment et un système d'assurances privées pour les plus fortunés. Les personnes économiquement défavorisées sont exclues du système. Elles sont prises en charge de façon quasi gratuite dans les structures publiques de soins (systématiquement pour les soins de santé primaires et moyennant la production d'un certificat d'indigence pour les soins hospitaliers). Le reste de la population (ni assurée, ni indigente) acquitte ses dépenses de soins au moyen de paiements directs auprès des professionnels.

Les institutions qui gèrent l'Assurance Maladie sont de quatre types :

- les mutuelles des agents publics et assimilés dont 8 sont fédérées au sein de la CNOPS,
- les 7 mutuelles internes des établissements et entreprises publiques,
- la Caisse mutualiste inter-professionnelle dans le secteur privé (CMIM) qui couvre 256 entreprises essentiellement dans les secteurs bancaires et des hydrocarbures (caisse sans but lucratif),
- les compagnies d'assurance privées qui couvrent un peu plus de 3000 entreprises privées (caractère commercial et but lucratif).

¹¹ Taille de la population couverte par les divers régimes d'Assurance Maladie

Institutions	Adhérents	Ayants droit	Bénéficiaires	Parts
CNOPS*	996 000	2 099 900	3 095 900	68,6 %
Compagnies d'assurances	234 300	580 800	815 100	18,1 %
Régimes internes	120 000	424 000	544 000	12,0 %
CMIM - caisse mut. inter-professionnelle sect. privé	18 800	41 200	60 000	1,3 %
TOTAL	1 369 100	3 145 900	4 515 000	100 %

*Déduire de l'effectif, la mutuelle des FAR (n'en fait plus partie depuis 1999) soit 700 000 bénéficiaires

Source : *L'Assurance-Maladie Obligatoire au coeur du débat au Maroc*, Alami Greff Abdeljalil. Conférence Internationale de l'AIM et la CNOPS, « Universalisation de la couverture médicale, action de la mutualité », Marrakech, le 18 octobre 2002.

Le projet de loi N° 65-00 du Code de la couverture médicale de base¹² vise l'instauration de l'assurance maladie obligatoire (AMO) au Maroc. Celle-ci doit être instaurée de manière progressive à partir de 2005.

Le préambule présente la loi de la façon suivante :

« L'amélioration du niveau de santé constitue une des composantes essentielles de cette politique qui vise à garantir la pleine participation des citoyens au développement durable du pays. A cet effet, l'une des priorités de l'Etat en matière de santé est d'assurer à toute la population l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins.»

Le fondement de la protection sociale en matière de santé repose sur une couverture médicale de base qui comprend :

- une **assurance maladie obligatoire de base** (AMO) fondée sur les principes et les techniques de l'assurance sociale au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants ;
- un **régime d'assistance médicale** (RAMED) fondée sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie.

L'article 2 de la loi citée précise que l'assurance maladie obligatoire de base s'applique :

- aux fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public ;
- aux personnes assujetties au régime de sécurité sociale en vigueur dans le secteur privé ;
- aux titulaires de pensions des deux secteurs public et privé ;
- aux travailleurs indépendants, aux personnes exerçant une profession libérale et à toutes autres personnes exerçant une activité non salariée.

Quant à l'article 3, il concerne les personnes démunies : « Les personnes économiquement faibles qui ne sont assujetties à aucun des régimes d'assurance maladie obligatoire de base institués au titre de la présente loi sont éligibles pour le partie en charge des frais de leurs soins, à un régime d'assistance médicale (...) ». Ce projet prévoit, dans un premier temps, la couverture de 30 à 40 % de la population (y inclus les ascendants). La couverture sociale concernera d'abord les fonctionnaires de l'Etat, puis les autres travailleurs salariés et enfin l'ensemble de la population. Les personnes qui ne sont ni salariées ni ayant des moyens pour payer les soins seront pris en

¹² Référence : BO N° 5058 – 16 ramadan 1423 (21-11-2002), p. 1333. Loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.

charge par le système d'assistance médicale (projet de prise en charge à 50% des soins hospitaliers et ambulatoires sauf pour la consultation en centre de santé qui continueront d'assurer des prestations gratuitement).

Le régime d'assistance médicale est financé principalement par l'Etat et les collectivités locales ainsi que par la participation des bénéficiaires, les produits financiers, les dons et legs et toutes autres ressources affectées à ce régime en vertu de la législation et réglementation particulières¹³.

Ces prestations sont concernées¹⁴ par l'assurance maladie obligatoire :

- soins préventifs et curatifs liés aux programmes prioritaires entrant dans le cadre de la politique sanitaire de l'Etat ;
- actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites ;
- soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les autres de chirurgie réparatrice ;
- analyses de biologie médicale ;
- radiologie et imagerie médicale ;
- explorations fonctionnelles ;
- médicaments admis au remboursement ;
- poches de sang humain et dérivés sanguins ;
- dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents actes médicaux et chirurgicaux compte tenu de la nature de la maladie ou de l'accident et du type de dispositifs ou d'implants ;
- appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ;
- lunetterie médicale ;
- soins bucco-dentaires ;
- orthodontie pour les enfants ;
- actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- actes paramédicaux.

Les caisses gérant l'assurance maladie obligatoire de base sont :

- la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS), pour le secteur privé,
- la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS), pour le secteur public.

La CNOPS est composée de sociétés mutualistes dont la fondation remonte à 1958¹⁵. Huit mutuelles sont fédérées au sein de la caisse qui mène une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide tendant à la couverture des risques,

¹³ Loi citée : Titre III Financement et gestion du régime d'assistance médicale Article 125.

¹⁴ Loi citée : Chapitre II Prestations garanties Article 7.

¹⁵ La mutualité a fait ses premiers pas au Maroc depuis les années 1920

La caisse nationale des organismes de prévoyance sociale – note descriptive, non datée (transmis par l'Association Internationale des Mutuelles, Bruxelles).

pouvant atteindre les adhérents et leurs ayants droit légalement à charge (conjoint, enfants et parents collatéraux jusqu'au 2^{ème} degré).

Ces mutuelles réfèrent à différentes corporations de travailleurs : fonctionnaires de l'Etat, douanes, postes, administrations publiques, éducation nationale, armée, employés des agences portuaires¹⁶.

Au Maroc, la CNOPS semble gérer les établissements socio-sanitaires comme les centres médicaux, polycliniques et de radiologie, les cabinets dentaires et d'optique, les centres de rééducation, les laboratoires de biologie clinique. Les établissements hospitaliers et les maisons de retraite ne semblent pas, par contre, être gérés par ces caisses mutualistes.

La généralisation de la couverture mutualiste est un événement significatif dans l'histoire des mutuelles au Maroc qui ont un rôle important à jouer dans l'instauration du nouveau système de protection sociale (la CNOPS, par son poids, assure le leadership).

Selon Alami Greff Abdeljalil, expert en assurance-maladie obligatoire auprès du Premier Ministre au Maroc, « dans les pays en voie de développement, l'universalité de la couverture médicale ne peut être qu'un objectif à long terme. Aussi, la question la plus pertinente, aujourd'hui, est de savoir quels sont les stratégies, les politiques et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. De ce point de vue, le Maroc représente un cas d'école, à ajouter à la richesse du débat international. »¹⁷

Cet expert distingue quatre étapes dans le développement de l'assurance maladie obligatoire.

- *Une première étape de préparation qui a stimulé les études sur le coût et le financement de la santé et qui a permis d'organiser de nombreux séminaires nationaux et internationaux.*

¹⁶ Les mutuelles fédérées au sein de la CNOPS sont :

- la Société Fraternelle de Secours Mutuels et Orphelinat du Personnel de la Sûreté Nationale (Rabat)
- la Mutuelle des Douanes et Impôts indirects du Maroc (Casablanca)
- les Œuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents Assimilés du Maroc (Casablanca)
- la Mutuelle Générale des Postes et Télécommunications (Rabat)
- la Mutuelle Générale du Personnel des Administrations Publiques (Rabat)
- la Mutuelle des Forces Auxiliaires (Rabat)
- la mutuelle Générale de l'Education Nationale (Casablanca)
- la Mutuelle de l'Office des Exploitations des Ports (Casablanca)

¹⁷ *L'Assurance-Maladie Obligatoire au coeur du débat au Maroc*, Alami Greff Abdeljalil. Conférence Internationale de l'AIM et la CNOPS, « Universalisation de la couverture médicale, action de la mutualité », Marrakech, le 18 octobre 2002.

- *Une deuxième étape qui a abouti à un premier projet de loi élaboré en 1991 par le Ministère de la Santé. Projet qui n'a pas franchi le stade de la préparation administrative.*
- *Une troisième étape qui a abouti à l'adoption par le gouvernement d'un projet de loi en 1995.*
- *Une quatrième étape qui, à l'issue de l'abandon du projet de 1995, a abouti à l'adoption par notre pays de la loi fondamentale portant code de la couverture médicale de base (CMB). La CMB étant dès lors conçue comme la pierre angulaire d'autres textes élaborés par le Ministère de la Santé sur la réorganisation de l'offre de soins, sur le fonctionnement des hôpitaux et la régulation du système de santé.*

Les grands axes du débat national sur l'instauration de l'assurance maladie au Maroc se sont développés autour de cinq questions fondamentales :

- quelle population couvrir par l'AMO ?
- quelles prestations de soins couvrir ?
- comment financer l'AMO ?
- qui doit financer l'AMO ?
- quelles relations entre assureurs et producteurs de soins ? Et quelles procédures de maîtrise des coûts ?

Ces questions qui sont à la base de la construction progressive au Maroc d'une assurance maladie obligatoire sont aussi celles que l'on se pose dans notre société face à notre propre système de sécurité sociale et plus particulièrement face à notre système d'assurance maladie-invalidité obligatoire instauré dans nos pays européens depuis 1945 et largement questionné aujourd'hui.

3.3. Présentation schématique du système national de santé

3.3.1. Une organisation en trois échelons

La structuration du système de santé correspond aux niveaux administratifs suivants :

- ministère,
- régions,
- provinces/préfectures,
- communes rurales et urbaines.

3.3.2. Le système de santé marocain

Le système de santé comporte deux composantes : une *composante hospitalière* qui assure les soins curatifs au sein d'hôpitaux universitaires, provinciaux ou spécialisée ; une *composante ambulatoire* qui assure les soins de santé de base ou primaire au sein de Centres de santé, de dispensaires ruraux ou par des équipes mobiles.

Le réseau d'action hospitalière : il est composé de 4 catégories d'hôpitaux.

- L'hôpital de zone d'une capacité de 200 à 250 lits. Il dessert une population moyenne de 250.000 habitants (référence pour 4 à 5 centres de santé). Il est doté d'un ensemble de 4 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 spécialités faisant défaut dans l'hôpital de zone.
- L'hôpital régional d'une capacité de 800 à 1.000 lits, dispose de 8 spécialités en plus de celles de l'hôpital provincial, dessert la population de toute la zone (en général 4 à 6 provinces).
- L'hôpital national (ou universitaire) dispose de 1.600 à 2.000 lits et dessert toute la population. Il a également toutes les spécialités.

Par ailleurs, il existe un réseau de laboratoires et de centres spécialisés ; centres de référence pour la planification familiale, centres de lutte pour la tuberculose et centres de diagnostic.

Le réseau d'action ambulatoire : c'est le réseau de soins de base ; il a pour principal champ d'action la prévention sanitaire. Pour ce faire, chaque province ou préfecture est divisée en circonscriptions sanitaires, rurales ou urbaines, qui sont des aires géographiques délimitées par la taille de la population et tenant compte aussi de la distribution de la population, par rapport au chef-lieu de la circonscription sanitaire, qui est le centre de santé. Le médecin-chef de la circonscription est chargé de la supervision, du contrôle et de l'évaluation des différents programmes sanitaires (voir ci-dessous). Enfin, chacun des secteurs est subdivisé en zones géographiques appelées les sous-secteurs. L'infirmier est chargé, selon un circuit mensuel, des activités du sous-secteur.

Le travail au sein de ces différentes structures s'oriente autour des Programmes Nationaux de Santé prioritaires. Ceux-ci sont élaborés par le Ministère de la Santé Publique qui fournit l'ensemble du matériel « didactique » et éducatif pour l'application de ces programmes.

3.3.3. Les principaux programmes nationaux de santé

La politique de santé publique s'appuie sur treize programmes verticaux en voie de régionalisation (y compris le programme d'épidémiologie).

On citera notamment :

- le programme de surveillance de la grossesse qui vise à diminuer la mortalité maternelle et infantile et à lutter contre la pratique des accouchements à domicile,
- le programme de planification familiale qui tente de promouvoir auprès des femmes l'usage de moyens de contraception,
- le programme de lutte contre la tuberculose qui assure le dépistage, le suivi des malades et de son traitement,
- le programme de vaccination qui vise à maximiser la couverture vaccinale,
- le programme de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles,
- le programme de lutte contre les troubles dus aux carences en micronutriments,
- le programme de lutte contre le paludisme qui consiste principalement en une surveillance des différents gîtes d'anophèles.

3.4. Le financement de la santé

Selon le *Human Development Reports*, les dépenses du secteur de santé¹⁸ représentent 1,2% du produit intérieur brut en 1998, pour le secteur public (en 1990, elles n'atteignaient pas 1%). On distingue les dépenses du secteur public et celles du secteur privé. Les secondes représentent 3,2% du produit intérieur brut. Les dépenses représentent donc 4,5% du PIB, chiffre nettement inférieur à la moyenne des pays comparables au Maroc (cf. annexe).

Les dernières estimations, la dépense globale de santé est légèrement supérieure à 15 Milliards de Dhs, soit US\$ 56 per capita (US\$ 135 en terme de parité de pouvoir d'achat).

Les principales sources de financement sont¹⁹ :

- les ménages contribuant pour 59% (54% à travers des paiements directs et 5% à travers les cotisations salariales à l'assurance maladie) ;
- l'Etat représentant 26% de la dépense, essentiellement à travers le budget du Ministère de la Santé (5% du budget général de l'Etat ou encore 1% du PIB) ;

¹⁸ A titre de comparaison, les dépenses militaires sont de 4,2 % en 1998 (et de 4,1 % en 1990).

¹⁹ Ce chapitre fait entière référence au document suivant : *L'Assurance-Maladie Obligatoire au coeur du débat au Maroc*, Alami Greft Abdeljalil. Conférence Internationale de l'AIM et la CNOPS, « Universalisation de la couverture médicale, action de la mutualité », Marrakech, le 18 octobre 2002.

- les entreprises publiques (5% à travers les contributions à l'assurance maladie) ;
- les entreprises privées (5% à travers les cotisations patronales à l'assurance maladie) ;
- les collectivités locales (1%) ;
- la coopération internationale (1%) ;
- les associations caritatives et autres sources de financement (3%).

L'Assurance Maladie ne participe au financement que dans une proportion de 18% de la dépense courante.

La répartition de ces ressources vers les prestataires de soins est la suivante :

- 37 % pour la pharmacie et la fourniture des biens médicaux,
- 27 % pour les établissements du Ministère de la Santé,
- 15 % pour l'hospitalisation privée,
- 10 % par les cabinets privés,
- 4 % pour les cabinets et cliniques mutualistes,
- 7 % pour les autres prestataires.

Selon Alami Greft Abdeljalil, il faut constater que :

- les ménages supportent une charge disproportionnée dans les dépenses de soins ;
- le financement public est nettement insuffisant ;
- l'Assurance Maladie est peu développée et ne concerne que des groupes restreints de la population.

4. Description des visites effectuées au cours du séjour

Les visites effectuées se retrouvent à ces différents niveaux :

- Région : Rabat – maternité et centre de référence
- Préfectures : Salé – SIAAP et Témara
- Centre de santé suburbain de Salé
- Centre de santé communal de Salé et sa maison d'accouchements
- Centre de santé rurale de Ain Atig et de Salé
- Unité mobile et infirmier itinérant de Salé

4.1. Visites dans le cadre des soins de santé primaire²⁰

Une des priorités de la politique de santé au Maroc est de veiller à l'accessibilité géographique des soins de santé primaires afin de diminuer les écarts de santé flagrants entre les populations urbaines et rurales.

Les visites se sont effectuées essentiellement dans le département de Salé.

4.1.1. Des spécificités

Spécificité géographique

Salé est un grand pôle économique ce qui engendre un exode rural important (urbanisation sauvage). Salé est la ville la plus dense du Maroc et a un des taux d'accroissement démographique le plus fort du Maroc.

Dans le département de Salé :

- le centre de santé suburbain dessert 143.309 habitants (habitants de la Médina) dont 85% ont moins de 40 ans,
- le centre de santé communal dessert une population de 3000 habitants.

Concernant la Médina :

- pas de bidonvilles mais beaucoup de logements vétustes,
- promiscuité et présence de « Fondouck » = sorte d'hôtel où chaque chambre abrite une famille. Ce genre de structure peut parfois héberger jusque cent personnes. Cela pose des problèmes de santé : pas d'eau potable, manque d'hygiène, transmission des maladies...

La promiscuité est plus importante en milieu suburbain (bidonville) qu'en milieu rural.

²⁰ Auteurs des notes : Romina LORIA et Sylvie WEYS

Spécificités de santé

Les accouchements et la planification familiale

- A Salé, 60% des accouchements se font en milieu surveillé.
- Au centre de santé communal : 32 accouchements depuis janvier, les autres ont lieu à domicile avec l'aide d'une sage-femme traditionnelle. Il est difficile de collaborer avec les accoucheuses traditionnelles. Elles considèrent les centres de santé comme de la concurrence.
- La consultation prénatale est une occasion de sensibiliser la femme à l'accouchement en milieu surveillé. 84% des femmes suivies et informées accouchent à domicile.
- 5,3% des femmes ont une complication pendant leur grossesse.
- Moyenne de cinq enfants/femme : moyenne nationale est de trois enfants/ femme.

La tuberculose

La tuberculose est l'objet d'un programme de santé du ministère. Elle a été un problème majeur de santé publique au Maroc.

	1990	2000
Maroc	110/100.000 hab	110/100.000 hab
Salé	220/100.000 hab	140/100.000 hab

Remarque : le taux d'incidence de la tuberculose au Maroc n'a pas diminué car un nombre plus important de dépistages a été effectué.

A Salé, ce programme structuré, qui n'a jamais connu de rupture de stock de médicaments et de dépistages, a engendré une diminution du taux d'incidence. Il a même été primé par l'OMS pour son efficacité. Cette réussite est due à une décentralisation de la prise en charge (prise en charge de proximité), le renvoi du malade suspecté par les services de santé privés aux services publics, la convocation systématique du malade pour la prise de ses médicaments devant un agent de santé (si le malade ne se présente pas, l'infirmière se rend à domicile) et à un dépistage systématique de l'entourage du malade (ex : dépistage des élèves de la classe du malade ou de l'ensemble des travailleurs de l'usine où un cas est dépisté).

De plus, le vaccin BCG est obligatoire pour inscrire un enfant au registre national. D'ailleurs le pourcentage d'enfants âgés d'un an vaccinés contre la tuberculose s'élève, en 2002, pour l'ensemble du Maroc, à 90%. Par ailleurs, le Maroc ne connaît pas de problème de résistance au traitement. Cela est certainement lié au fait que le malade prend ses médicaments devant le soignant.

Le paludisme

Le paludisme est un problème moins important qu'il y a quelques années. Les centres de santé et les équipes mobiles sont chargés de la surveillance des gîtes d'anophèles. Dès qu'une fièvre isolée se présente, un cas de paludisme est suspecté. La personne est soumise à un test sanguin : « la goutte épaisse » afin d'identifier l'infection paludique.

Les intoxications et les empoisonnements

Il existe une sorte de « centre antipoison » qui organise une permanence d'écoute téléphonique et donne des informations sur la manière de réagir, par exemple, suite à une intoxication médicamenteuse ou une piqûre d'insecte (scorpion). Le centre de santé communal de Salé a traité sept cas de piqûres de scorpions entre le 29/07/02 et le 30/03/03, soit en huit mois. Il est peu fréquent de rencontrer un décès suite à une piqûre de scorpion, il survient dans le cas où il n'y a pas de prise en charge de la victime.

Le sida

Le dépistage du SIDA se fait principalement à travers des dons de sang mais pas dans les centres de santé. Si un cas est suspecté, il est orienté vers le Centre de dépistage VIH/SIDA à Rabat.

VIH/SIDA au Maroc fin 2001 ²¹	
Taux de prévalence chez les adultes	0,1 %
Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA âgées entre 0-49ans	13.000

Le diabète

Le centre de santé communal de Salé prend en charge 23 diabétiques. Ils sont soumis à des contrôles périodiques et sont référés vers les médecins endocrinien. Les analyses de prélèvements se font au niveau des pharmacies (glycémie ...). Le diabète de type II est le plus fréquemment rencontré. Ses causes sont multifactorielles.

La maladie mentale

Au dispensaire rural de Salé, l'anxiété et la dépression représentent 5-10% des consultations. Le dispensaire occupe aussi un rôle de soutien pour la famille.

Les autres problèmes de santé

Rabat n'est pas une ville fort industrialisée et rencontre donc moins de problèmes de maladies liées au travail. Par contre, Rabat et le Maroc en général, sont de plus en plus confrontés à des maladies occidentales (maladies cardio-vasculaires, cancers, accidents).

²¹ En bref : Maroc - <http://www.unicef.org/french/infobycountry/morocco.html> (consulté le 15.09.2004)

Les médicaments

Le pays est suffisamment bien fourni par rapport aux médicaments. Ceux-ci sont donnés gratuitement au patient ou doivent être achetés en pharmacie. Les stocks de médicaments s'établissent par dotation trimestrielle. L'équipe essaye de gérer le stock sur quatre mois pour ne pas tomber à cours.

4.1.2. Approche sociale

Les infirmières

L'infirmier(e) a, depuis la réforme des études, un statut valorisé au sein de la société marocaine. Il s'agit d'un métier à dominance féminine (comme chez nous). Néanmoins, nous avons rencontré des hommes lors de notre voyage. Ceux-ci abordaient avec les femmes des sujets délicats tels que la contraception, sans que cela ne pose, selon leurs dires, de problème culturel. L'infirmier itinérant est très apprécié des familles. Un proverbe marocain dit d'ailleurs « un bon infirmier itinérant, ne fait pas aboyer les chiens lorsqu'il arrive au village ». Ce qui signifie que c'est une personne de confiance.

Les médecins

Il y a suffisamment de médecins généralistes au Maroc, mais il existe une pénurie de spécialistes (ophtalmologues, anesthésistes...). Beaucoup d'entre eux partent étudier à l'étranger et décident par la suite d'exercer dans le pays d'accueil, ce qui explique la pénurie. L'Etat garantit néanmoins une bonne distribution de ses ressources humaines en matière de médecins spécialisés car il oblige ceux-ci à aller exercer dans les régions en manque.

Les femmes

Ce sont surtout elles qui sont en relation avec les services de soins tant pour elles-mêmes que pour leurs enfants. On remarque que malgré cela elles accouchent encore très souvent à la maison. Les explications sont les suivantes :

- problème d'accès géographique,
- problème d'accès économique : un accouchement coûte environ 120 dirhams (revenu minimum : 1700 dirhams ou 170 euros),
- raison culturelle : les habitudes de l'accouchement à domicile, la famille organise une fête dès le lendemain de la naissance de l'enfant, donc si la mère est à l'hôpital, elle ne pourra pas participer à la fête. Une femme qui accouche en milieu surveillé sort très rapidement après son accouchement. Elle reste environ six à huit heures au centre (maternité ou maison d'accouchement) :
 - si accouchement de nuit → elle reste jusqu'au matin
 - si accouchement le matin → elle reste jusqu'à l'après-midi.

La majorité des femmes pratiquent l'allaitement maternel. Les femmes ont tendance à donner de la verveine en infusion au nouveau-né pendant les trois premiers jours. Cette pratique s'appuie sur la croyance que le colostrum n'est pas assez nourrissant pour le bébé. En général l'allaitement est très tardif : il n'est pas rare qu'une femme allaite jusqu'à une durée de deux ans ou plus. Le succès de l'allaitement est dû en partie parce que la femme y voit un moyen de contraception efficace.

Le concept de la pilule micro-dosée est de plus en plus connu des femmes qui réclament leur « pilule de l'allaitement ». Nous avons entendu que les femmes ont des difficultés à prendre de façon régulière leur pilule contraceptive. Beaucoup d'entre elles la prennent juste après le rapport sexuel. Par contre, la période de ramadan ne pose pas vraiment de problème, la prise de médicaments est tout simplement décalée.

Actuellement, les femmes en milieu rural ont conscience de la nécessité d'espacer les naissances. Elles préfèrent avoir 2 ou 3 enfants au lieu de 6 ou 7 et ce pour des raisons socio-économiques. Elles se présentent volontiers aux consultations de planification familiale. Il n'y aurait donc pas de tabou concernant la planification familiale.

Les hommes

Nous avons rencontré très peu d'hommes dans les structures de soins. L'explication que l'on nous a donnée est qu'ils sont préoccupés par leur travail et de ce fait se négligent un peu sur le plan sanitaire.

Les adolescents

Les adolescents ont peu droit à la parole. Lors d'enquêtes, on demande l'avis du mari et père de famille, ce qui fait que les besoins de l'adolescent ne sont pas récoltés. Il n'y a pas de lieu de regroupement spécifique aux jeunes.

Les personnes âgées

Les maladies des personnes âgées ne sont actuellement pas une priorité. Pas de programme spécifique de prise en charge des personnes âgées. 60-70% de la population marocaine a moins de 30 ans.

Les religieux

En ce qui concerne Salé, il n'y a pas de collaboration entre les religieux et les services de soins, par exemple pour favoriser le concept du planning familial. Mais dans d'autres villes, cette collaboration existe.

Les « mokadems »

Le « mokadem » est un agent d'autorité, une personne ressource choisie par l'équipe mobile pour son ascendant sur la population. Son rôle est d'informer la population du passage de l'équipe, de recruter la population et de mettre à disposition de l'équipe, les locaux nécessaires (une école, son propre domicile).

4.1.3. Rôle de la famille

Place du milieu naturel dans la prise en charge des besoins de santé

La famille a une place importante à ce niveau. On compte énormément sur le support familial pour prendre en charge les personnes âgées, les enfants handicapés mentaux ou physiques, ... Ce qui devient un problème pour les familles des zones urbaines qui ont un train de vie similaire au notre et pour qui la prise en charge de ces personnes devient problématique.

Distribution sexuelle des rôles et place de la femme

La relation mère/belle-mère est très différente par rapport à celle que l'on rencontre dans notre pays. La belle-mère a un certain pouvoir sur sa belle-fille : c'est elle qui décide par exemple si elle peut aller accoucher en milieu médicalisé. Le mari doit travailler pour pouvoir subvenir aux besoins de sa famille. La femme doit soigner ses enfants. C'est d'ailleurs principalement elle que l'on retrouve dans les structures de soins. Toutes ces tendances sont plus marquées en milieu rural, qu'en milieu urbain où la famille copie de plus en plus le modèle occidental. Le code de la famille étant nouvellement paru, on n'en ressent pas encore les effets.

Les relations intergénérationnelles

Il n'y a pas de lieu de regroupement spécifique aux jeunes ou aux personnes âgées. Toutes les générations sont confondues. Les jeunes quittent le village pour la ville, ils reviennent le week-end pour voir leurs parents. Ils voient ce dont ceux-ci ont besoin et tentent de le leur apporter de la ville. Les parents restent au village car ils sont attachés à leur terre.

4.1.4. Le système d'aide et de santé par rapport à la population

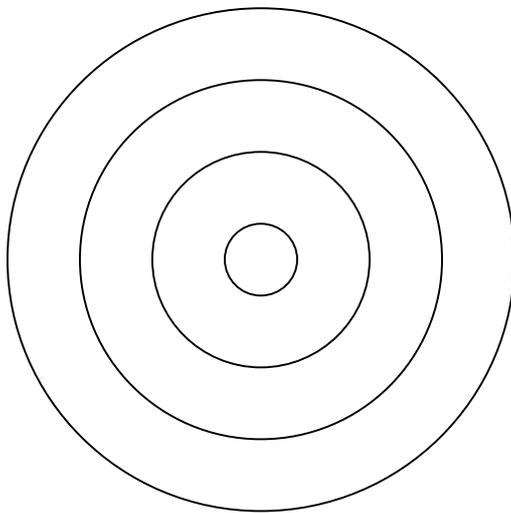
a) L'équipe mobile et l'infirmier itinérant

Un des problèmes du Maroc est l'accessibilité aux soins de santé et ce pour deux raisons :

- le réseau routier : à certains endroits, surtout en région rurale, les routes sont peu accessibles, en piètre état ou inexistantes,

- les moyens de locomotion : tout le monde ne dispose pas d'un engin motorisé. Il n'est pas rare de voir des habitants se déplacer à dos d'âne ou en charrette tirée par un animal.

Pour pallier cette difficulté, les soins de santé se déplacent vers les populations les plus retirées. Le dispensaire rural dessert une population dans un rayon de 3km et la population doit se déplacer. Entre 3 et 5 km, la prise en charge est réalisée par un infirmier itinérant qui se déplace en vélo moteur (pilules, vaccins, prestations...). Entre 5 et 10 km, l'équipe mobile prend le relais.



De manière générale :

- dans un rayon de 3 km : dispensaire rural
- entre 3 et 5 km : infirmier itinérant qui se déplace en vélo moteur (pilules, vaccins, prestations ...)
- entre 5 et 10 km : équipe mobile

Dans le cas de Salé :

- l'équipe mobile prend aussi en charge la population résidant à plus de 3 km.

L'équipe mobile et les centres de santé offrent les mêmes services : planification familiale, vaccination ... L'équipe mobile s'occupe plus particulièrement d'assurer la surveillance des puits.

L'unité mobile de Salé est composée de quatre personnes : trois infirmiers (un homme et deux femmes) et un médecin.

Cette formation sanitaire agit toujours avec, comme point de relais, un centre de santé communal. Cette unité dessert les localités les plus éloignées du centre de santé. Son activité est préventive et curative. Elle prend en charge : la vaccination, la planification familiale, les consultations prénatales, le suivi du paludisme, le traitement des puits, l'hygiène scolaire... et a un programme mensuel de prévention destiné à l'ensemble de la population ou individuellement aux femmes.

Pour chaque localité et pour chaque programme, un objectif, fixé par le pouvoir central, est à atteindre (ex. taux de couverture vaccinale).

Planification familiale :

- le planning est mensuel : en un mois, le circuit est complet (visite mensuelle dans chaque localité),
- les femmes ne reçoivent qu'un cycle de pilule, le but étant qu'elles se représentent lors de la visite suivante,
- programme de visite journalière dans différentes localités,
- l'agent d'autorité local (« mokadem » = personne ressource) est informé de la visite de l'équipe mobile et a pour fonction de prévenir et recruter la population,
- un point de rendez-vous est défini dans la localité, souvent l'école ou le domicile de l'autorité locale,
- les personnes avec problèmes de santé sont envoyées au centre de santé ou à l'hôpital de Salé.

Les équipes mobiles existent depuis 1998. Le lancement de l'équipe mobile a été difficile, il a fallu intégrer tout le monde, habitants et personnels de santé.

Au niveau de l'accessibilité géographique : il n'y a pas de problème dans la région de Salé. Dans d'autres lieux, les problèmes sont dus au sable (kémitra) et aux régions montagneuses.

b) Le centre de santé communal et rural

Les lieux visités sont :

- le Centre de santé de Salé
- le Centre de santé Ain Atig intégré en zone rurale

Centre de santé communal à Salé

Ce centre dessert environ 3.000 habitants. Les missions du centre de santé et de son équipe mobile consistent à appliquer les programmes verticaux et de veiller aux besoins de santé de la population.

Le centre est équipé d'un système informatique pour faciliter le recensement des données. Le personnel n'a pas de formation en informatique : il s'agit de se former sur le tas. Tous les centres ne sont pas informatisés. Il s'agit d'une initiative de Salé, l'idée des responsables locaux étant que si le cadre de travail est agréable, les médecins décideront peut-être plus facilement de quitter les centres des villes vers les petites communes et la ruralité. Le registre comporte des données telles que : l'âge, le sexe, les situations d'urgence, les maladies chroniques, les médicaments prescrits, les

diagnostics posés, les taux de prévalence et d'incidence des maladies, la mortalité. Un rapport mensuel concernant la planification familiale, HTA, vaccin, ... doit être remis à la délégation préfectorale. Une évaluation annuelle des activités du centre est réalisée.

Le dispensaire rural à Salé

Le dispensaire est situé à côté d'un marché hebdomadaire qui a lieu le mercredi et ceci pour garantir une meilleure accessibilité. Un tout nouveau dispensaire vient d'être construit et sera bientôt accessible. Nous avons visité les anciens locaux encore actuellement occupés.

- Description lieu :
 - ancienne bâtisse vétuste
 - réfrigérateur pour les vaccins (énergie solaire)
 - utilisation de l'énergie solaire et de butane
 - ouvert 5 jours/7
 - permanence de 8h30-12h et de 14h30 à 18h
- Population couverte et usagers : \pm 5800 habitants. Tous les mercredis, ils reçoivent environ 100 malades, le mercredi étant le jour du marché. Les autres jours, entre 15 et 20 patients se présentent au dispensaire. Les personnes âgées consultent également.
- L'équipe du centre est constituée d'un médecin et de deux infirmiers. Un des infirmiers loge sur place.
- L'équipe du centre collabore avec une équipe mobile : les infirmières, avant de partir en tournée, s'occupent des femmes qui consultent au centre. L'équipe mobile a un rôle particulièrement important dans cette zone, vu l'éloignement des familles par rapport au centre. Elle s'occupe également du suivi de la santé scolaire deux fois par an.
- L'activité consiste à effectuer des consultations médicales, des vaccins, planning familial, surveillance des femmes enceintes (grossesses à risque référées à un centre de diagnostic où il y a un gynécologue).
- Problèmes de santé rencontrés : les problèmes principalement traités sont l'hypertension et les infections ; si le problème est grave, le transfert s'effectue en ambulance ou le patient se rend à l'hôpital par ses propres moyens (taxis,...). Un des grands problèmes est la rage à cause des chiens errants.
- L'infirmier possède un GSM ; le Maroc est bien couvert par les réseaux GSM.
- La pharmacie compte suffisamment de médicaments pour la population. Une pharmacie privée est installée juste à côté du centre (ouverte le mercredi).

c) Le centre péri-urbain à Salé

Population desservie : 143.309 habitants dont 85% de moins de 40 ans, ensemble du quartier (Médina).

- Centre de santé et trois dispensaires
- Centre de santé = chef lieu de la circonscription

Il s'agit d'un centre de santé offrant des services de médecine générale et spécialisée. L'équipe médicale se compose de 6 généralistes, 4 stomatologues, 4 spécialistes. Il n'y a pas de gynécologue. Il y a 20-30 consultations / médecin / jour : soit \pm 180-200 consultations / jour.

Kinésithérapie respiratoire : seul, Salé offre ce service (2 kinésithérapeutes spécialisées en respiration pédiatrique). On retrouve donc dans ce centre beaucoup de pathologies respiratoires : bronchiolites, mucoviscidoses... Ville humide, polluée, beaucoup d'entreprises (une des villes les plus polluées et les plus humides du Maroc).

Cabinet de dentisterie : l'hygiène dentaire comprenant la prévention, le rinçage au fluor, des soins comme le détartrage. Il n'existe pas d'orthodontie.

Consultations santé mère et enfants : un médecin et une infirmière assurent le suivi des grossesses, assurent le programme de planification et font les séances de vaccinations. Le cas échéant, ils orientent vers des unités plus médicalisées.

Consultations ophtalmologiques : un ophtalmologue, à Salé assure le suivi. Les problèmes rencontrés sont principalement des rétinopathies diabétiques. Les petites chirurgies sont payantes, et se font à l'hôpital. Un patient atteint de cataracte sénile sort dès le lendemain. Une cataracte avec décollement nécessitera une hospitalisation plus longue.

Consultation en rhumatologie : un programme sanitaire consiste à traiter systématiquement toute angine à streptocoques par des antibiotiques, dans le cadre de la prévention du RAA (rhumatisme articulaire aigu). Cette technique a permis de diminuer le nombre de RAA. Mais problème d'utilisation abusive d'antibiotiques ? De risque de résistances aux antibiotiques ?

Remarque : quelques patients identifiés comme hypocondriaques et habitant à proximité du centre, viennent tous les jours et consultent 2-3 médecins, avec une tolérance réelle de la part des soignants.

d) Présentation d'un projet pilote communautaire à Salé

Ce centre participe à un projet pilote appelé « Le processus par besoins prioritaires au développement » : il s'agit d'un programme de développement durable et intégré, dont le point de départ sont des enquêtes de santé faites auprès de la population. La première expérience date de 1985. Ce programme vise à améliorer la situation socio-économique des habitants dans le but d'avoir un impact sur la santé, la santé n'ayant jamais été considérée comme un besoin prioritaire par la population.

- *Le processus*

- Choix d'un site selon certains critères : existence de problèmes de santé, pauvreté. Un centre de santé communal est le point de départ.
- Le comité local de développement est choisi par la population. Il occupe une fonction de relais entre la population et les autorités.
- Le centre de santé offre la logistique pour ce comité.
- Formation de personnes relais.
- Phase préparatoire / de sensibilisation (dure environ un an) afin que la population saisisse bien le programme et l'importance de la santé.
- Diagnostic de la population par une enquête sur les besoins ressentis par la population.
- Mise en place d'un programme en réponse aux besoins des populations.
- Les ONG, différents secteurs (eau potable, route de bonne qualité, hygiène), associations locales, sont invités à élaborer ce plan et à la mise en application en fonction des moyens.

- *Organisation du recueil de données*

Elle se fait de porte à porte : 540 familles sont contactées (soit 2597 personnes). L'enquête est menée par deux infirmières qui connaissent bien la population. L'infirmière est considérée comme un agent communautaire : elle aide des membres des comités locaux.

- *Personne relais*

Ces personnes résident dans le quartier, sont de confiance et ont une bonne relation avec la population. Toutes les 20-25 familles doivent avoir un à deux représentants (un homme et une femme). Ces personnes transmettent des messages à la population. Pour le comité, les autorités choisissent dix représentants parmi ces personnes selon des critères de motivation, de bon contact avec la population. Ils participent alors à l'étude de faisabilité des projets.

- *Budget*

Il représente 10% de la somme allouée par l'OMS pour les activités socio-sanitaires. Il n'y a pas de rémunération pour les membres du comité (souvent ils ont une activité professionnelle).

- *Fréquence des rencontres du comité local*

Les rencontres avec le comité local se font deux fois par semaine, au début. Ensuite, l'écart s'allonge.

- *Thèmes du plan d'action correspondant aux besoins identifiés par la population*

- Grossesse et accouchement
- Sensibilisation aux grossesses à risques et à la vaccination antitétanique
- Planning Familial : promotion des méthodes
- Maladies chroniques : diabète, hypertension, asthme...
- Environnement (accumulation d'ordures ménagères, moustiques...)
- Handicap
- Sensibilisation hygiène scolaire
- Création d'espaces verts
- Alphabétisation
- Chômage
- Amélioration de la situation socio-économique
- Amélioration de l'infrastructure (éclairage, canalisation eaux usées...)
- Infections sexuellement transmises.

- *Résumé de l'enquête*

Les besoins de la population sont définis autour de quatre grands axes :

- hygiène, évacuation des ordures
- travail, formation, augmenter le niveau de vie
- au niveau social : espaces verts, souks, mosquées
- sécurité : éclairage, routes ...

Les besoins qui préoccupent le plus la population sont : l'infrastructure (eau, rues...), le chômage et les quartiers marginalisés.

La sécurité routière devient un problème de santé publique : organisation de campagnes de sensibilisation.

- *Travail sur certains thèmes avec des groupes*

Objectif : amener la population à changer certains comportements.

Accouchement à domicile avec un groupe de femmes : il faut parfois profiter des événements qui se présentent. Les funérailles d'une jeune femme décédée en couche à domicile a été l'occasion de parler avec les femmes du problème des accouchements à domicile.

A Salé, l'éloignement des structures de santé n'est pas un problème. Il s'agit plus d'un problème de coutumes mais aussi d'accueil au niveau de la maternité. Les femmes ne veulent pas accoucher à l'hôpital car elles se sentent assistées. Parfois, le premier accouchement se fait à l'hôpital et s'il se passe bien, la femme accouchera à domicile lors de son deuxième enfant. Une expérience négative de la voisine peut influencer le choix de ne pas accoucher à l'hôpital.

Adolescents : ils sont confrontés à la problématique des infections sexuellement transmissibles (IST). Seul ce programme les cible. Les professionnels disposent de peu d'avis d'adolescents sur leurs besoins (l'enquête est remplie par le chef du foyer). Des demandes viennent de maison de jeunes, de centres sportifs.

Au niveau intersectoriel : on constate la difficulté des secteurs à cerner leur rôle dans l'amélioration de la santé.

Pour susciter la mobilisation des habitants, de crédits sont octroyés : les femmes bénéficient d'un petit montant pour monter un projet et, en contrepartie, elles doivent veiller sur la santé de leurs enfants. Les crédits sont remboursables sans intérêt avec une traite très basse.

e) La préfecture de Témara

Nous avons été reçus par la déléguée de la province de Shirat Témara.

La province de Témara compte 354 000 habitants dont 74% vit en milieu urbain et 26% en milieu rural. 45% de cette population est analphabète. Elle présente de nombreux bidons villes, des fosses septiques sans réseau d'égouts et des gîtes d'anophèles qui représentent plus ou moins 300 hectares à surveiller. Mais la préfecture s'urbanise petit à petit. Il existe un exode massif de Rabat vers Témara : beaucoup de travailleurs logent à Témara et font la navette tous les jours pour aller travailler à Rabat.

La préfecture dispose :

- d'un hôpital de 59 lits avec objectif d'atteindre les 250 lits
- de 14 centres de santé
- de 4 maisons d'accouchement
- d'un centre de diagnostic
- d'un centre de diagnostic spécifique à la tuberculose
- d'un bureau municipal d'hygiène.

Par rapport à la moyenne nationale, il y a un déficit. C'est pourquoi, la préfecture demande 14 centres de santé en plus.

Le travail d'activité sanitaire se fait, comme partout au Maroc, sur la base de programmes verticaux qui mobilisent beaucoup d'effectifs, l'objectif étant de travailler à l'avenir avec des programmes horizontaux.

f) Service d'Infrastructure à Action Ambulatoire Préfectorale (SIAAP)

Rencontre avec le médecin chef du SIAAP de la préfecture de Témara.

Chaque préfecture a son propre SIAAP composé d'une chefferie et d'animateurs de programmes sanitaires correspondant aux différents programmes ministériels.

- Application des directives ministérielles concernant les programmes de santé
- Suivi et formation en parallèle avec ces programmes
- Elaboration des indicateurs et récolte des données

Un animateur est désigné par programme sauf pour les petits programmes (ex : le programme 'paludisme' étant petit, l'animateur a également en charge un autre programme). L'animateur a une formation paramédicale (souvent infirmier). Il s'appuie sur une expérience de terrain. Il a le même statut barémique que le personnel des centres de santé.

Communication entre le réseau ambulatoire et le réseau hospitalier : elle se fait par le biais de centres de diagnostic et de réunions périodiques des responsables hospitaliers et ambulatoires.

Centre de diagnostic : lieu où le médecin spécialiste voit le malade envoyé par le centre de santé. Il l'oriente vers le service hospitalier si nécessaire.

A l'hôpital : lors de l'arrivée, soit le malade dit « chaud » est orienté vers les urgences (équipe de garde) et pris en charge le jour même ; soit le malade est

réorienté vers la consultation. Lors de la sortie : carte de sortie qui résume l'hospitalisation et le diagnostic. Le malade est orienté vers la première ligne pour le suivi médical, post-opératoire ou obstétrical. Le médecin n'a pas toujours un retour de l'hôpital. Les temps d'hospitalisation sont courts.

Soins à domicile : ces soins sont inexistantes, on compte beaucoup sur la famille.

4.2. Visites effectuées dans le cadre de la santé familiale ²²

Séance introductive d'accueil au Ministère de la population : présentation du système de santé.

Le Ministère est représenté par divers représentants (14 personnes) :

- le chef de division santé scolaire (adolescents) : en lien avec le département jeunesse et le département santé
- le représentant du département de la coopération
- le représentant de la coopération Nord-Sud (Afrique francophone et monde arabe) – organisations intergouvernementales
- le médecin responsable de la collaboration Nord-Sud
- le responsable information de la collaboration Nord-Sud, collaboration intersectorielle
- le chef de division du planning familial
- le nutritionniste
- le responsable du secteur information – éducation – communication : droits des enfants, droits des femmes
- le responsable de la vaccination, de la surveillance des grossesses et du programme de santé infantile
- le médecin responsable du planning familial
- le responsable de la santé universitaire (santé des jeunes en milieu universitaire)
- le médecin responsable de la mortalité maternelle et néonatale en collaboration avec l'université
- le responsable de l'enseignement préscolaire et fondamental.

La direction de la population compte 207 professionnels dont la majorité sont des cadres avec une formation en santé publique et en sciences de la communication.

²² Auteurs des notes : Vinciane CLAUSTRIAUX , Sandra PIRARD, Christiane NYOTA et Séverine GOMAND

Sa composition :

- Planning familial
- IES (information, éducation, communication)
- Santé scolaire
- Santé maternelle et infantile

Informations générales reçues :

- ✓ La santé publique est une discipline récente – nombreuses références à l'école de santé publique de l'ULB et à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.
- ✓ Reconnaissance de la spécialisation en santé publique dans le courant années 90'.
- ✓ Révision du statut du médecin en 1983.
- ✓ 80% du personnel du ministère sont infirmiers de formation
- ✓ La malnutrition classique a disparu mais carences en micronutriments (iode, fer notamment).
- ✓ Population prioritaire : les femmes et les enfants ; importance des soins maternels et infantiles.
- ✓ En matière de santé mentale, il ne s'agit pas tant du volet psychiatrique que de la dimension psychologique intégrée dans la santé maternelle et infantile (pas de psychiatrisation mais suivi psychologique).

4.2.1. Approche démographique

Depuis 1966, année où a été institué le Programme National de Planification Familiale, la population est considérée comme une variable à intégrer dans le processus de développement économique et social (ENSME, 1997).

Les rapports de mission des différents organismes internationaux ont mis en évidence l'influence de la croissance démographique sur le développement économique du pays. En conséquence, la politique de population au Maroc a pris position en faveur de la planification familiale.

En 1965, un discours du roi Hassan II met l'accent sur le contrôle des naissances à travers un Programme d'Action Générale. En outre, Hassan II a été un des signataires de la Déclaration sur la Population de l'Organisation des Nations Unies du 11 septembre 1967. Dans ce cadre, le Ministère de la Santé Publique a pris contact avec différents ONG pour mettre en pratique cette politique.

La création en 1966 de la Commission Supérieure de la Population et des Commissions Locales de la Population, ainsi que le décret royal du 1^{er} juillet

1967 qui abroge la loi interdisant la propagande anticonceptionnelle et qui libéralise l'avortement thérapeutique, sont deux des aspects qui ont eu un impact net sur la croissance démographique au Maroc.

L'indice de fécondité est sept enfants en moyenne en 1980, de trois enfants en moyenne en 1997 (selon le *Human Development Reports*, le taux de fécondité par femme est de 3,4 pour 1995-2000). Prévalence de la contraception : 19% en 1980 et 59% en 1997. La prévalence de la contraception est de 50% pour 1995-2000 (selon le *Human Development Reports*).

Les principales causes de mortalité maternelle au Maroc sont ²³ :

- dystocie et rupture utérine (entre 15% et 28% des décès)
- hémorragie (entre 18% et 26%)
- infections (entre 17% et 22%)
- toxémie (entre 13% et 15%).

Pour rappel, le taux de mortalité maternelle est de 230/100.000 naissances vivantes (1985-1999). 90% de la mortalité maternelle pourrait être évitée grâce à une prise en charge des grossesses et des accouchements par des professionnels. Aujourd'hui, environ 50% des accouchements se font en milieu surveillé. 10% des accouchements sont réalisés par des médecins.

Principales causes de mortalité infantile : infections respiratoires aiguës, maladies diarrhéiques, paludisme, rougeole et carences en micro-nutriments
La mortalité infantile est de 41/1.000 naissances vivantes (en 2000). Elle a diminué de 50% en 10 ans.

4.2.2. Approche socio-linguistique

Les discours relatifs à la contraception et au planning familial s'inscrivent non pas dans une logique de limitation des naissances mais bien de planification dans le temps.

Terminologie employée pour le planning familial :

- centres de motivation (au sein de la maternité),
- centres d'excellence.

Stratégie d'implémentation du programme Planning Familial :

- travailler la confiance avec acceptation de la notion de planning familial ;

²³ Document réalisé avec le support du Projet Evaluation « 30 ans de collaboration entre le Ministère de la Santé et l'USAID au Maroc : Analyse rétrospective : Maternité sans risque », Ministère de la santé, mai 2001

- opportunité et légitimation : en 1993 – Hassan II introduit la notion de planification dans son discours : « *contraception ou pauvreté* » ; en outre, la conférence des responsables religieux et ministre des affaires islamiques ont repositionné la question de la contraception et de la planification des naissances à la lumière d'une lecture proposée de versets coraniques ;
- volet communication de masse sous différentes formes.

Cassette vidéo visionnée dans un centre de santé et ayant pour thème la nécessité d'accoucher en milieu médical. Le scénario met en scène un sage qui raconte à une assemblée d'hommes, de femmes et d'enfants attentifs, l'histoire dramatique d'une jeune femme qui meurt en couche à domicile, faute d'avoir été transportée à l'hôpital par sa belle-mère. Les images insistent sur l'aspect dramatique de la situation et traduisent une certaine culpabilisation des protagonistes.

Contraception : recours aux dispositifs intra-utérin, pilules, préservatifs.

La dimension préventive prévaut pour les pouvoirs publics, or la population est surtout demandeuse de soins curatifs.

4.2.3. Approche éducative et rôle de la famille

a) La Division d'Information Education et Communication

Exposé et accueil par Monsieur Mohammed Madi, Chef de Service de Conception et de Communication.

L'I.E.C. est une section de conception et production en communication au niveau de techniques d'animation de groupes, actions de communication médias, etc. L'objectif est la promotion de la santé : instauration d'une culture favorable à la santé et la prévention. En 1993, l'I.E.C. veut lancer une action. Ils avaient le choix entre une action sur le thème de la contraception ou sur la pauvreté. Le thème retenu a été celui de la contraception. Des spots TV et radio, des cassettes vidéo ainsi que des affiches ont été créés. 150.000 cassettes vidéo ont été distribuées.

L'I.E.C. a créé trois types de supports pour :

- le grand public : supports audiovisuels (spots TV et radio, cassettes vidéos, etc.) ;
- les animations de groupes : messages, flanellographe, etc. ;
- les affiches et dépliants.

Le frein principal des différents programmes est soit le mari soit la belle-mère surtout en milieu rural.

L'analphabétisme est de 50% pour les femmes en milieu rural.

Actuellement, les enfants sont obligés d'aller à l'école à partir 6 ans, pendant 9 ans. Par après, un problème de distance se pose à nouveau puisque l'école secondaire est parfois située à plus de deux heures du domicile. Pour éviter la déperdition scolaire des femmes, des internats pour accueillir des filles ont été créés afin qu'elles puissent continuer leurs études.

b) Le programme national de planification familial

Exposé et accueil par M. le Pr. Chaoui, chargé du programme et son équipe.

En 1966, un programme national de planification familial est lancé. Ce programme a pour but de servir d'outil de maîtrise démographique et permettre de lutter contre la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. Ce programme met également en place une stratégie de développement des différentes méthodes contraceptives telles que pilule, dispositif intra-utérin, condom, implant, injections et chirurgie contraceptive volontaire. Ce programme est destiné tant à la zone urbaine que rurale et se fait en collaboration avec les médias et les ONG. Les résultats de ce programme se sont avérés rapidement positifs (évolution de l'indice de fécondité).

Au niveau de la contraception, les résultats sont également encourageants puisqu'en 1980, 19% des femmes étaient sous contraceptifs et en 1997, 59% étaient sous contraceptifs. En milieu urbain, deux femmes sur trois utilisent un moyen de contraception. En milieu rural, une femme sur deux utilise un moyen de contraception. L'accès physique est le principal frein pour accéder aux différents moyens de contraception. Il faut constater qu'une grande disparité existe entre le milieu urbain et rural. En milieu rural, des VDMS (visite à domicile motivée et systématique) sont réalisées. L'infirmier se déplace à domicile pour réaliser des soins de base et transmettre des informations au sujet de la contraception.

La présence d'hommes infirmiers lors des VDMS était difficile à imaginer au départ. Mais ce n'est pas cet aspect qui détermine l'acceptation ou non de la planification familiale, c'est davantage la confiance qui peut s'installer entre les personnes.

Il y a donc une stratégie fixe (centre de référence) et une stratégie mobile (VDMS).

L'infirmier passe de maisons en maisons afin de :

- dispenser des soins à domicile,
- transmettre des messages éducatifs et expliquer les avantages du planning familial,
- remettre les contraceptifs si nécessaires,
- référer auprès de professionnels ou de centres.

En 1988, le programme de marketing social pour les contraceptifs est lancé.

c) Evolution récente : changement du code de la famille

Ce nouveau code :

- assure plus de droits aux femmes notamment lors de divorces (répudiation),
- accorde une place au médiateur familial,
- porte l'âge au mariage à 18 ans,
- considère la notion de préservation de la famille,
- instaure le Certificat d'examen médical pré-nuptial (instauré il y a plus ou moins 4 ans). L'examen est obligatoire pour mariage à la mairie (dépistage maladies contagieuses, tuberculose, syphilis et sida – radio des poumons, test syphilis et test sida). L'examen gynécologique (contrôle de la virginité) n'est pas obligatoire mais demandé par les familles dans 90% des cas (tant du côté de la femme que de celui de l'homme).

4.2.4. Le système socio-économique

Les centres de référence se sont renforcés et ont donné essor aux plannings familiaux. Ces plannings familiaux réalisent des informations, des prestations gynécologiques, etc. Les soins de base y sont gratuits. Par contre, dans les hôpitaux, les soins sont payants et la majoration dépend du statut de la personne. Les indigents ont accès aux soins gratuitement en présentant un certificat d'indigence.

4.2.5. Le système d'aide et de santé par rapport à la population ciblée

Les soins prénataux sont disponibles au niveau des dispensaires ruraux via l'infirmier et des centres de santé en zone rurale et urbaine via l'infirmier et le médecin. Certains de ces centres disposent d'une maison d'accouchement : il s'agit d'un petit service de 4 à 8 lits de maternité réservé à l'accouchement en présence d'une sage-femme. Les unités mobiles se chargent également de la santé maternelle, infantile et reproductive. Les hôpitaux ont des services de maternité. Peu d'hôpitaux ont un obstétricien/gynécologue faisant partie de

leur personnel. Les hôpitaux provinciaux et régionaux ont des services de maternité séparés. Les femmes connaissant des complications de la grossesse et de l'accouchement y sont orientées.

a) Visite du centre de référence et de la maternité de Rabat

Premiers constats

- Importante disparité entre centres ruraux et urbains mais aussi suburbains (exode rural, bidonvilles autour des villes).
- Implication des différents secteurs public, privé et associatif (nombreuses ONG) dans le domaine de la santé familiale.
- Missions des Centres de référence :
 - prestations relatives à la contraception
 - prise en charge des effets secondaires de contraceptifs
 - formation et encadrement sur le terrain – formation continue des professionnels.

Il y a un centre de référence par région. Il y en a seize au total pour tout le Maroc. Le centre de référence peut être détaché d'une maternité. L'objectif national est la maternité sans risque.

Visite du centre de référence de la maternité Ibn Sina Rabat

Le centre de référence est un centre de niveau 3 c'est-à-dire qu'il prend en charge tous les niveaux de santé, primaire, secondaire et tertiaire. Le centre de référence fait partie intégrante de la maternité Ibn Sina. Il a pour mission d'offrir des prestations gratuites, sans rendez-vous (pilule, condoms, DIU, injections) et de réaliser des informations sanitaires. Le centre sert également de lieu de stage pour la formation des futurs médecins spécialisés en gynéco-obstétrique ainsi que pour les infirmières et les sages-femmes. Une autre de ses missions est le suivi des femmes dites « à risques ». Les consultations prénatales actuelles sont assurées par le personnel de santé. Elles sont très peu médicalisées (seulement dans 2 à 3% des cas).

La prochaine étape est de médicaliser ces consultations prénatales. Il y a des disparités importantes entre le milieu urbain et rural. En effet, la mortalité maternelle est plus élevée en milieu rural. En milieu rural, il n'est pas rare de trouver un centre de santé distant de 30 km de son domicile. Les interruptions thérapeutiques de grossesses sont acceptées. La limitation de naissance est interdite par la religion mais l'espacement des naissances est autorisé. La polygamie existe et l'homme a le droit d'avoir quatre femmes, avec accord de la première épouse. La ligature des trompes nécessite le consentement des

deux époux et ne peut avoir lieu que si la femme a eu quatre enfants dont un garçon et si le dernier enfant est âgé de 2 ans minimum.

La répudiation existe envers les femmes. En cas de séparation, les enfants restent avec leur mère au domicile. Le père doit quitter le domicile et payer des allocations jusqu'au moment où son ex-femme se remarie. Si la mère se remarie, le père peut alors reprendre les enfants. A l'âge de dix ans, les enfants ont le droit de choisir d'habiter avec le père ou la mère.

Visite de la maternité Ibn Sina Rabat

La maternité prend en charge de nombreux problèmes obstétricaux d'urgence. La programmation de l'accouchement reste très exceptionnelle. La maternité comporte 18 blocs d'accouchements. Il y a en permanence quatre sages-femmes pour 12 heures. La femme qui a accouché reste en moyenne 24 heures à l'hôpital. Cela est dû à l'influence culturelle. En effet, la jeune maman souhaite rentrer à son domicile pour participer à la fête organisée pour la naissance. La maternité fonctionne avec trois services ouverts. Le reste des étages est fermé par manque de personnel.

Au centre d'excellence de Rabat, on compte 12.000 accouchements par mois.

b) Visite du centre de santé reproductive et de développement communautaire

Il existe plusieurs centres de santé reproductive au niveau de la région.

A l'entrée, une animatrice reçoit la personne. Ce sont majoritairement les femmes qui viennent consulter mais il arrive que certains maris accompagnent leur femme. L'animatrice accoucheuse explique les différentes méthodes de planification familiale. Le stérilet et la pilule ne sont pas bien acceptés par les femmes : à cause de certaines rumeurs, les femmes en ont peur.

Un des objectifs du centre est de toucher l'homme à travers la femme. Il arrive que l'infirmière convoque le mari en cas d'indécision de son épouse. Sur le même site, on retrouve également le service de santé pour adolescents et jeunes.

Ce centre est un nouveau projet du Ministère de la Santé et de l'UNFPA qui propose différentes activités pour les jeunes entre 14 et 25 ans.

c) La maison d'accouchement et l'unité mobile de Salé

Pour lutter contre la mortalité maternelle, Salé a mis en place :

- *l'équipe mobile*
 - prend en charge les femmes de la localité
 - sage femme, chauffeur et médecin vivent à côté du centre ce qui garantit une disponibilité jour et nuit
 - ambulance
- *une maison d'accouchement*
 - épisiotomie (fils résorbant), surtout si primipare
 - femmes préférant être accouchées par une femme
 - éducation des femmes au post-partum : hygiène...
 - primipare orientée vers l'hôpital
 - pas de ligature des trompes dans ce centre (à l'hôpital)

Projet : construction de maison d'attente pour femme seule avant l'accouchement, gérée par des associations. Cela devrait permettre de lutter contre les problèmes spécifiques de certaines zones enclavées.

4.3. Visites dans le cadre de la santé mentale ²⁴

Le thème de la santé mentale fut abordé pendant une journée grâce aux interventions de deux psychiatres rencontrés. Malheureusement en raison de problèmes techniques, nous n'avons pu visiter de structures de prise en charge. L'approche est donc restée très théorique. Cette partie du rapport est basée sur les documents remis par les intervenants et non par une observation et approche pratique. On remarque une différence homme/femme importante : pour les consultations, les femmes sont presque aussi nombreuses que les hommes et pour les hospitalisations, le sexe masculin prédomine.

4.3.1. Approche démographique

Cette partie nous apporte des informations sur l'âge des personnes hospitalisées et consultantes et ensuite la répartition des pathologies à ces deux niveaux (hospitalisations et consultations). En 2001, les hospitalisations pour les personnes âgées de 0 à 14 ans représentaient 2.21%, 96.96% chez les personnes entre 15 et 60 ans et 0.83% chez les personnes de plus de 60 ans. Au total, 13.314 personnes ont été hospitalisées. En ce qui concerne les consultations, elles ont été au nombre de 141.857, 3.52% chez les moins de 14 ans, 93.95 % chez les 15-60 ans et enfin, 2.53% chez les personnes âgées de plus de 60 ans.

²⁴ Auteur des notes : Laetitia D'HOLLANDER

Au niveau des pathologies, on retrouve la schizophrénie largement en tête avec 53.32% des hospitalisations et 33.66% des consultations en 2001. Suivent ensuite les troubles de l'humeur pour ces deux secteurs. Les troubles névrotiques occupent la 3^{ème} place des consultations alors qu'ils ne se retrouvent qu'en 5^{ème} position dans le secteur hospitalier.

Voici les deux tableaux permettant la comparaison des autres troubles. Il est interpellant de constater que l'on retrouve l'épilepsie et les retards mentaux dans la classification des pathologies psychiatriques et que ces troubles sont pris en charge au niveau hospitalier, dans un service spécialisé en psychiatrie.

Répartition des hospitalisations par diagnostic. Maroc, 2001

Diagnostic (2001)	Effectif	Pourcentage
Tr.schizophréniques	7099	53.32
Tr.de l'humeur	2392	17.97
Psy.aig.trans	729	5.48
Epilepsie	586	4.40
Tr.névrotiques	444	3.33
Autre	428	3.21
Toxicomanie	388	2.91
Alcoolisme	331	2.49
D.chro n.schiz	276	2.07
Psychopathie	239	1.80
Retard mental	167	1.25
Démence	109	0.82
Tr.nev.enf	98	0.74
Tr.psy.ch.enf	28	0.21
Total	13.314	100.00

Se pose la question de la signification de certaines abréviations :

- Psy.aig.trans :
psychose aiguë transitoire (?)
- D.chro.n.schiz :
délire chronique non schizophrénique (?)
- Les pathologies suivies de 'enf'
attribuées probablement aux enfants.

Répartition des consultations par diagnostic. Maroc, 2001

Diagnostic (2001)	Effectif	Pourcentage
Tr.schizophréniques	47.745	33.66
Tr.de l'humeur	35.860	25.28
Tr.névrotiques	22.172	15.63
Epilepsie	12.428	8.76
Autre	5.318	3.75
Psy.aig.trans	4.279	3.02
Retard mental	3.364	2.37
D.chro n.schiz	2.740	1.93
Démence	2.178	1.54
Toxicomanie	2.032	1.43
Alcoolisme	972	0.69
Psychopathie	967	0.68
Tr.nev.enf	902	0.64
Tr.psy.ch.enf	900	0.63
Total	141.857	100.00

Source :
Ces chiffres sont issus des données épidémiologiques du Ministère de la santé, Service de la santé mentale et des maladies dégénératives.

4.3.2. Approche socio-linguistique

Nous n'avons pas eu beaucoup de données concernant la façon de nommer la population cible : fou et d'autres termes péjoratifs (qui n'ont pas été cités).

Place dans la société marocaine : il nous a été dit que les personnes atteintes de maladie mentale bénéficiaient d'un soutien et d'une intégration plus importante dans le milieu rural. Le malade est pris en charge par la population elle-même. En secteur urbain, la population recourt plus volontiers aux services de certaines associations.

La société marocaine peut se montrer tantôt tolérante tantôt discriminatoire envers cette problématique. Cette image négative de la maladie mentale serait selon les propos de M. Didou en partie due au cinéma et aux médias associant à la personne atteinte de troubles psychiatriques une image noire remplie de préjugés (profil psychopathique, déviances, crimes, ...).

Certaines familles ou personnes malades mentales demandent l'intervention d'un marabout avant, pendant ou après le suivi scientifique. Ces personnes consultantes associent une idée de possession par un esprit maléfique (*djinn*) ou un sort qu'on leur aurait jeté, au fait d'être atteint d'un problème psychiatrique. Cette manière d'aborder la maladie mentale existe bel et bien dans la société marocaine mais cette approche ne fut que très brièvement abordée au cours de la journée traitant de la santé mentale.

4.3.3. Rôle de la famille

Le rôle de la famille est primordial dans la prise en charge du malade mental. En effet, il n'existe pas au Maroc de structures intermédiaires entre l'hôpital et les structures de première ligne. De plus, l'hospitalisation dure en phase aiguë en moyenne 18 jours au terme desquels le patient retourne dans sa famille qui doit assurer du mieux possible son suivi et son futur. Il n'existe pas de système aidant le malade à trouver un emploi, à développer des aptitudes sociales ... la famille doit donc faire face aux problèmes sociaux inhérents à la maladie mentale (perte de travail, décrochage scolaire, problèmes économiques, ...).

En ce qui concerne les enfants souffrants de maladie mentale, le problème n'est pas aussi important. En effet, les familles travaillent et se groupent sous forme d'ONG pour aider ces enfants.

On peut donc affirmer que les familles jouent plusieurs rôles dans cette problématique de la santé mentale. D'une part, elles accompagnent leur

proche lors d'une hospitalisation, elles assurent le suivi et la prise en charge après la sortie ou de manière continue s'il n'y a pas d'hospitalisation et, d'autre part, on peut supposer que les familles subviennent également aux besoins fondamentaux des personnes malades mentales.

4.3.4. Le système socio-économique et cadre juridique

a) L'aspect économique

L'absence de financement est un problème touchant tous les secteurs de la santé. La seule donnée nous ayant été communiquée sur ce point est que 4,5 à 5% du budget global est consacré à la santé.

Voici quelques pistes de réflexion lancées par les intervenants et permettant d'avancer que le système socio-économique est défaillant, notamment dans le domaine qui nous intéresse ici :

- « le traitement médical des personnes souffrant d'affections psychiatriques est très onéreux et peu pris en charge par la couverture sociale ». Par contre, la loi précise dans son titre 3, article 21 que : « les soins et les médicaments nécessaires au traitement du malade placé sous surveillance médicale, lorsque celle-ci est exercée par un médecin de la santé publique, sont à charge de l'Etat. » Il faut préciser que la surveillance médicale est une mesure particulière développée dans le chapitre suivant et que donc toutes les personnes consultantes n'entrent pas dans le cadre de cette mesure ;
- « les personnes consultant les Centres de santé sont de milieux modestes et pour cette raison, les consultations dispensées sont gratuites » ;
- dans le secteur psychiatrique, le personnel de référence se limite au psychiatre et à l'infirmier. Ils ne recrutent pas d'autres professionnels dont les spécificités s'avéreraient nécessaires dans le domaine de la santé mentale (ex : psychologues, assistants sociaux).

b) Cadre juridique

La santé mentale est régie par une « loi », le Dahir n° 1-58-295 du 21 chaoual 1378 (30/4/59) relatif à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux. Cette loi définit les structures de santé mentale, le cadre d'une hospitalisation et de la mise en observation.

Une hospitalisation peut s'effectuer sur demande du malade ou de toute autre personne (de manière à protéger le patient lui-même, les proches, de l'ordre public) au vu d'un certificat médical délivré par un psychiatre.

La mise en observation a lieu sur demande du patient, de toute autre personne ou par décision du gouverneur lorsque la personne constitue un danger pour lui-même, un proche ou l'ordre public. La mise en observation ne dépasse pas 15 jours. La mise en observation et l'hospitalisation peuvent devenir une hospitalisation d'office lorsque la sortie du patient serait dangereuse. Cette hospitalisation d'office est prise pour 6 mois et ne peut se réaliser que dans un hôpital public. Le psychiatre peut mettre fin à une hospitalisation d'office ou à une mise en observation, si le malade présente une amélioration suffisante pour envisager sa sortie. Si le placement était judiciaire, la décision revient au procureur du roi qui peut fixer des conditions à la sortie ou la refuser.

Le titre 3 de ce Dahir précise la surveillance médicale hors des services psychiatriques. Un malade mental peut être placé sous ce qui est qualifié de « surveillance médicale ». Cette décision, prise par un psychiatre, consiste en une surveillance psychiatrique externe et en un suivi ambulatoire régulier.

Le titre suivant concerne les mesures de contrôle pendant l'hospitalisation, la mise en observation et la surveillance médicale. Cette partie de la loi précise les modalités devant être reprises sur les certificats. Elle oblige également tout service public ou privé psychiatrique de tenir un registre d'hospitalisation et de constituer un dossier individuel par patient. Elle nous informe enfin que tout établissement est inspecté tous les trimestres.

Le titre 5 de ce Dahir nous informe des voies de recours possibles pour contrer une décision prise dans le domaine d'une hospitalisation, mise en observation ou hospitalisation d'office ou surveillance médicale. Ce recours est adressé au Ministre de la santé publique et est ensuite transmis à la Commission de santé mentale qui prend la décision.

Le titre suivant régit la protection juridique des malades mentaux hospitalisés et prévoit qu'une personne non interdite bénéficie des services d'un administrateur provisoire des biens ou judiciaire. Il peut également si nécessaire avoir un mandataire spécial le représentant en justice.

L'avant dernier titre prévoit les dispositions pénales, la loi punit en effet :

- les personnes qui auraient provoqué une hospitalisation injustifiée et donné de faux renseignements,
- les personnes qui feraient obstacle aux voies de recours,
- le psychiatre qui n'établirait pas les certificats prévus ou la personne qui omettrait de tenir les registres obligatoires à jour,
- les personnes qui auraient ouvert un établissement sans autorisation,
- les psychiatres, médecins qui retiendraient un patient à l'encontre des dispositions légales.

Les peines vont de 20.000 à 100.000.000 dirhams et de un mois à six ans d'emprisonnement.

Enfin le titre 8 nous renseigne sur les dispositions particulières aux mesures de sûreté judiciaires qui sont réglées par les dispositions du code pénal qui leur sont propre.

Ce texte est tiré du Dahir n° 1-58-295 du 21 chaoual 1378 (30/4/59).

Toutes ces dispositions légales étaient importantes à développer afin de mieux comprendre le système de santé mentale marocain et apporter des éléments de comparaison par rapport au système belge.

4.3.5. Le système d'aide et de santé par rapport à la population ciblée

Pour répondre aux besoins particuliers de la population souffrant d'un problème psychiatrique, le système marocain prévoit plusieurs structures.

- Le service central de santé mentale qui élabore et coordonne des plans et des projets dans le secteur psychiatrique. Ce service a également pour mission de surveiller les établissements publics et privés, compétents dans le champ de la santé mentale (informations précitées sont tirées du Dahir n° 1-58-295 du 21 chaoual 1378 (30/4/59).
- En ce qui concerne les structures de soins curatifs, il existe 7 hôpitaux psychiatriques autonomes répartis sur l'ensemble du Maroc et une trentaine de services psychiatriques dans les hôpitaux provinciaux. Selon les données épidémiologiques du ministère de la santé, service de la santé mentale et des maladies dégénératives, la capacité hospitalière psychiatrique s'élève à 1934 lits pour le Maroc en 2002.
- En ce qui concerne les soins de santé primaires, ils sont assurés par le biais des centres de santé dispensant des consultations gratuitement. Tous les centres de santé marocains ne bénéficient malheureusement pas des services d'un psychiatre. L'affectation ou pas d'un professionnel et la mise en place de consultations psychiatriques dépendent de la population desservie par le centre. Toujours selon les données épidémiologiques du ministère de la santé, service de la santé mentale et des maladies dégénératives, il est estimé pour 2002 à 52 le nombre de centres de santé ayant une consultation psychiatrique.
- Il est nécessaire de repréciser ici l'importance capitale du réseau naturel de la personne malade mentale. En effet, le manque de structures offrant une alternative à l'hospitalisation se fait fortement sentir et le poids du suivi et de l'évolution de la pathologie repose sur les épaules de la famille, principale actrice (avec le patient) de la problématique.

Pour conclure ce point, nous soulignons les difficultés mais aussi les forces du système marocain en matière de santé mentale.

- Les difficultés
 - Demande plus importante que l'offre, manque de lits en psychiatrie : cette situation devrait s'améliorer 2007 car cela constitue une priorité dans ce domaine.
 - Manque de professionnels : en effet, ceux-ci ont tendance à se diriger vers l'Europe.
 - Manque de structures intermédiaires : selon le psychiatre responsable que nous avons rencontré, la création de ces structures relève des compétences du ministère des affaires sociales qui ne priorise pas ce problème.

- Points forts :
 - Exploitation du réseau de première ligne.
 - Existence d'une formation destinée aux médecins généralistes permettant le diagnostic et le traitement des malades mentaux ; cette mesure visant à contrecarrer le manque de psychiatre.
 - L'implication des familles.

5. La formation d'infirmier(e)s

La formation des infirmiers se fait actuellement au sein des instituts de Formation aux carrières de santé. Au sein du même établissement, se retrouve donc un nombre important de formations centrées sur la santé (kinésithérapeutes, techniciens de laboratoire). La formation accoucheuse, est comme chez nous, autonome.

Actuellement, la formation est de trois années après un baccalauréat. L'organisation des études s'appuie sur le modèle français. Un *numerus clausus* est d'application, contrairement à chez nous. De nombreux étudiants présentent donc l'examen d'admission sans pour autant pouvoir faire les études désirées.

Aucune spécialisation n'est possible après la formation de base. Des orientations peuvent cependant se prendre dès l'entrée à l'école. En trois ans, après un baccalauréat, on peut devenir : infirmière psychiatrique, anesthésiste, réanimatrice. Pas d'orientation santé communautaire spécifique. Après ce premier cycle de trois ans, et après quatre ans d'expérience utile, les gradués peuvent faire un deuxième cycle (non universitaire, donc toujours dans l'institut) comme surveillant ou enseignant.

Actuellement, les formations universitaires après la formation de base n'existent pas mais un programme est en cours d'élaboration, en collaboration avec le Québec.

Concernant la formation à l'approche de la communauté, les étudiants, dès leurs années de base, font des stages en extra-hospitalier, dans les centres intégrés. La sensibilisation se centre sur l'approche de santé publique (mise en place des programmes). La pédagogie est actuellement peu centrée sur l'approche communautaire participative.

L'image de l'infirmière est positive. Mais, au sein de la société, l'infirmière est peu valorisée. Actuellement, elle peut accéder plus facilement à la fonction publique. Pour entrer au ministère, il faut 30 ans d'expérience professionnelle et des formations complémentaires. Avant, l'infirmière était moins valorisée : celle-ci avait un niveau d'infirmière brevetée. Actuellement, le baccalauréat exigé et la formation de 3 ans la repositionne au niveau des autres agents de santé.

6. Commentaires de mission

Lors des visites, étudiants et professeurs ont été interpellés par différents aspects. Nous les relatons et les commentons dans cette partie.

6.1. Infirmier(e) : une demande de formation et un manque sur le terrain

Nous constatons donc une réelle motivation auprès des jeunes à faire le métier d'infirmier. Le problème réside dans les possibilités d'accès aux études et donc à un changement des normes au niveau ministériel. La réflexion porte donc sur la place des soins et de la politique de santé en général au niveau global.

6.2. La femme dans la société marocaine : pilier dans l'organisation des soins

Si nous constatons que notre voyage s'organise à une période charnière pour la femme marocaine, par la mise en place du nouveau code de la Famille (adopté par le Parlement en janvier 2004), nous constatons que la famille a de tout temps été un lieu privilégié pour les personnes fragilisées. La femme est un réel pilier dans l'organisation des soins de première ligne : elle permet dans la plupart des cas le maintien au domicile des personnes âgées, des patients en décompensation psychiatrique. La pyramide des âges explique bien sûr la priorisation des programmes de santé familiale. On constate l'importance d'intégrer les femmes à l'élaboration des programmes et de s'appuyer sur leurs ressources sans méconnaître leurs représentations et leurs pressions culturelles.

6.3. Perception des forces et des faiblesses : essai de synthèse

Des forces	Des faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - accessibilité : mise en place progressive d'une assurance maladie obligatoire (actuellement soins 'de base' difficilement accessibles mais gratuits pour la population) - programmes verticaux en fonction des besoins spécifiques, en voie de sectorisation - centration sur la planification familiale (et la santé maternelle et infantile) - politique de santé mentale intégrée aux autres programmes - mise en place du nouveau code de la famille formation des agents de santé au sein des mêmes instituts - valorisation de la formation des infirmières - passerelles de formation importantes Europe – Maroc 	<ul style="list-style-type: none"> - dualité des soins : médecine privée pour les riches et médecine publique sous financée pour les 'pauvres' - l'inaccessibilité géographique (en dehors des villes) - pas de synergie entre l'approche traditionnelle de la santé et les structures officielles - directives ascendantes, peu de logique participative et communautaire - hiérarchisation importante des prises de décisions – peu de relations horizontales - groupes « oubliés » (adolescents, personnes âgées, handicapés) - manque de structures psychiatriques alternatives - peu d'approche intégrée de pédopsychiatrie - poids des soins de 1^{ère} ligne reposant essentiellement sur les épaules des femmes - peu de ventilation des rôles - emprise des belles-mères (des femmes mariées) - population féminine encore peu scolarisée – niveau d'analphabétisme important (surtout en zones rurales) - numerus clausus dans l'enseignement infirmier freinant l'accès à la profession, indépendamment des besoins

7. Quelques mises en perspective

L'approche de la communauté d'origine maghrébine en Belgique pose des problèmes spécifiques aux infirmières qui ne semblent pas se rencontrer dans le pays d'origine.

Notre population est une population immigrée, déracinée. Elle vit habituellement en situation de précarité économique. Les hommes travaillent ou sont confrontés à notre crise économique et se retrouvent donc en dehors du circuit marchand. Les femmes, de la première vague migratoire, restent pour la plupart chez elles, peu influencées par notre propre évolution (contrairement à ce qu'on constate à Rabat).

Les jeunes de deuxième et même de troisième génération, pour la plupart naturalisés belges, se trouvent souvent entre deux cultures, celle de leur milieu d'origine et celle de leur pays d'accueil.

Au Maroc, nous avons constaté clairement l'envie exprimée par les jeunes de venir en Europe, dans une logique d'autonomie et de promotion.

8. Projets à venir : comment passer de l'assistance à la collaboration ?

Le troisième objectif de notre mission est de cerner et d'élaborer des passerelles de collaboration entre collègues belges et marocaines.

Quelques pistes se dessinent.

La question que nous posons est de savoir comment s'enrichir l'un de l'autre, sans réduire l'intervention à une assistance.

Les attentes de collaboration sont réelles : plusieurs centres visités souhaiteraient envisager des formules de jumelage.

Les modalités pratiques doivent se réfléchir entre
le Ministère de la Santé Marocain
et
la Délégation de Wallonie–Bruxelles–Wallonie / Relations internationales,
la Région de Bruxelles–Capitale / département des relations internationales.

Concrètement, des échanges de professionnels et d'étudiants pourraient s'organiser sous forme de stages.

Deux enseignantes – Souad Lamhasni et Zoulikha Farah – de l'Institut de Formation aux carrières de santé font pour le moment une formation de deux mois dans notre Ecole de Santé Publique.

La collaboration entre nous, dans ce cadre, s'élabore autour d'une réflexion sur la formation des infirmiers à la planification des naissances. L'idée s'appuie sur une meilleure approche communautaire (représentation de santé, échange de savoirs). Comme pour les professionnels de terrain, des stages pour étudiants pourraient s'envisager des deux côtés.

Eléments de bibliographie

AKHCHICHINE Ahmed, *Du côté des oubliés, les hommes dans la planification au Maroc*, en collaboration avec l'USAID, oct. 1998.

ALAMI GREFT Abdeljalil, *L'Assurance-Maladie Obligatoire au coeur du débat au Maroc*. Conférence Internationale de l'AIM et la CNOPS « Universalisation de la couverture médicale, action de la mutualité », Marrakech, le 18 octobre 2002.

ALAOUI M'DAGHRI A., *Islam et Planning Familial*, conférence donnée par le Ministre des Habous et des Affaires Islamiques – semaine Nationale pour le programme de planification familiale organisée par le Ministère, 1993.

Annuaire statistique de la santé publique, Belgique, 2000.

Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant, ENSME, publié par le Ministère de la santé, Maroc, 1997.

Ministère de la Santé Direction de la planification des ressources, Royaume du Maroc, « 30 ans de collaboration entre le Ministère de la Santé et l'USAID au Maroc », mai 2001.

Human Development Reports – Indicators 2002 - *Présentation comparative d'indicateurs socio-économiques et sanitaires selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)*, Ministère de la santé, direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies, service de la santé mentale et des maladies dégénératives, données épidémiologiques. www.hdr.undp.org/statistics/faq.cfm

TUQUOI Jean-Pierre, *Le Dernier Roi*. Paris, Ed. Grasset, 2001.

MOSLEH Khadija, *Condition de la femme et santé reproductive*, Association Marocaine de Planification Familiale, mai 1995.

Articles de presse :

DUTEUIL Mireille, *Le Point*, 4 mars 2004

GARCON José, *Libération*, 15 décembre 2003

JAMAI Khalid, *Le journal hebdomadaire*, 6 août 2001

LAYADI Fatima, *Femmes du Maroc*, mai 2000

LMRABET Ali, *Demain Magazine*, octobre 2002

STORA Benjamin, *extrait d'un entretien, Le Monde*, 20 mai 2003

Sites :

<http://bibliomonde.com>

<http://www.unicef.org/french/infobycountry/morocco.html>

Annexe 1. Liste des participants à la mission

Etudiant(e)s infirmier(e)s - spécialisation en santé communautaire

CLAUSTRIAUX Vinciane

D'HOLLANDER Laetitia

GOMAND Séverine

LORIA Romina

NYOTA JAFARI Christiane

PIRARD Sandra

WEIS Sylvie

L'infirmier(e) gradué(e) en santé communautaire est l'infirmier(e) spécialisé(e) de première ligne. Sa pratique, selon la politique de Santé pour tous, s'appuie essentiellement sur les principes inhérents à l'approche des Soins de Santé Primaire. Elle/Il se centre sur : la promotion et le maintien de la Santé, la prévention, la réadaptation dans la Communauté.

Professeurs à l'Ecole d'infirmier(e)s et d'accoucheuses de l'ULB et experts

BASTYNS Jean-Marie

Psychiatre – travail de liaison au centre hospitalier de Tubize – Nivelles.

LALOUX Martine

Infirmière sociale – Section santé communautaire

Chargée du cours de santé familiale

LEPAGE Yvan

Anthropologue – Conseil de l'Education et de la Formation, Ministère de la communauté française

Chargé du cours de sociologie - anthropologie

MARTIN Pascale

Sociologue – Union Nationale des Mutualités Socialistes

Chargée du cours de gérontologie sociale

POQUET Andrée

Infirmière sociale – Coordinatrice de la formation « infirmier(e) en santé communautaire »

Chargée des cours de sciences infirmières en santé communautaire : définition et méthodologie d'intervention; méthodologie de recherche ; éthique ; gestion des structures médico-sociales notamment.

VANDERHAEGHEN René

Animateur culturel

Annexe 2. Programme

Programme élaboré par le Ministère de la Santé
Coordination générale : Mr. Ait Malek

Lundi 29/3

- 9h Ministère de la Santé à Rabat
Réunion avec le Directeur de la Population
Présentation du système de santé et des programmes de santé familiale
- 10h Visite de la Maternité Ibn Sina – Centre d'excellence CHU de Rabat
Réunion avec le Prof. Chaoui
- 14h Visite de la division de l'IEC
Réunion avec Mr. Madi et son équipe
Présentation des activités de promotion de la santé

Mardi 30/3

- 9h Rencontre avec la Déléguée Médicale, le Dr. Souad Bennani
Province de Skhirat –Témara
Visite du Centre de Santé urbain –Témara 1
ONG Projet « Jeunes pour Jeunes »
Réunion avec le Directeur Exécutif de l'AMPF
- 15h Réunion de débriefing avec le Directeur de la Population

Mercredi 31/3

- 9h Ministère de la Santé Publique
Réunion avec le Dr. Didouh –psychiatre
Chef de service de la santé mentale et des maladies dégénératives
Présentation de la politique de santé mentale
- 15h Entretien avec la psychiatre du centre de santé de Salé
Problématiques de pédopsychiatrie

Jeudi 1/4

- Rencontre avec Mme Darkaoui
Chef de division – Direction des Soins Ambulatoires
Rencontre avec la Délégation médicale de Salé
Visite du centre de santé rural de la maison d'accouchements
Rencontre avec l'unité mobile
Visite du centre de santé périurbain

Vendredi 2/4

- Institut de Formation aux carrières de Santé (IFCS)
Réunion de travail avec Mr. Bahadi, Directeur et son équipe
Réunion planifiée par Mr. Mhamed Benekadi, Directeur des ressources humaines et Mr. Agyo, responsable de la formation des infirmiers de base.

Annexe 3. Liste des contacts, des personnes ressources et des organismes de soutien

Contacts et personnes ressources au Maroc

- Pour Wallonie –Bruxelles Relations internationales
Daniel Sotiaux, délégué à Rabat
Sabine Sterckx, collaboratrice
- Mr. Driss Bessar : Ministère de la Santé, Direction des Hôpitaux
- Mr. Bahadi : Directeur de l'Institut des formations aux carrières de santé à Rabat
- Mr. Ait Malek : Ministère de la Santé, chef de service de la coopération bilatérale et régionale et responsable de l'élaboration du programme
- Mr. le Dr. Mustapha Tyane et Mr. Cherradi : Direction de la population, responsables du programme santé familiale
- Mr. le Dr. Abderrahmane Didouh, Ministère de la Santé, chef de service de la santé mentale, psychiatre
- Mme. Katra-Ennada Darkaoui : Ministère de la Santé, chef de Division des services ambulatoires
- Mr. Mhamed Benelkadi et Mr. Agyo : Ministère de la Santé, Direction des Ressources Humaines, responsable de la formation des infirmiers de base.

Personnes ressources en Belgique

- Michel DE JAER, Union Nationale des Mutualités Socialistes, Bruxelles.
- Monique VAN DORMAEL, Institut de Médecine Tropicale, Anvers.
- Alain LEVEQUE, Professeur à l'Ecole de Santé Publique et à l'Ecole d'infirmier(e)s de l'ULB (épidémiologie, promotion de la santé, politiques et systèmes de santé).

Organismes ayant soutenu financièrement la mission

- La Commission administrative de l'Ecole d'infirmier(e)s de l'ULB
- Le Conseil social de la Haute Ecole Libre Ilya Prigogine
- Pour la Région de Bruxelles-Capitale
Guy VANHENGEL, Ministre des relations extérieures
- Pour la Communauté Wallonie-Bruxelles :
Françoise DUPUIS, Ministre de l'Enseignement supérieur, de l'Enseignement de promotion sociale et de la Recherche scientifique
Nicole MARECHAL, Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé
- ASBL SEFE : Christian ROULLING, Administrateur.

Annexe 4. Présentation comparative d'indicateurs socio-économiques et sanitaires selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

Source : Human Development Indicators 2002
www.hdr.undp.org/reports/global/2002/en/indicator.

Le Human Development Index (HDI) tient compte du GDP *per capita** (*Gross Domestic Product* / Produit Intérieur Brut par habitant), le niveau d'éducation (mesuré par le taux d'alphabétisation et le ratio d'inscriptions dans les niveaux d'enseignements primaire, secondaire et supérieur), la longévité (mesurée par l'espérance de vie).

Pour mesurer le niveau de développement, le HDI peut être complété par d'autres indicateurs tels que le GEM (Gender Empowerment Measure) et le GDI (Gender-related Development Index) qui tiennent compte des inégalités entre les sexes.

Un autre indicateur utilisé est le HPI (Human Poverty Index) :

- le HPI-1 concerne les pays en développement ; il prend en compte le taux des nouvelles naissances qui n'atteindront pas 40 ans, le taux d'adultes illettrés, le taux de personnes n'ayant pas accès à l'eau potable et le taux d'enfants de moins de 5 ans en sous-poids ;
-
- le HPI-2 concerne les pays industrialisés ; il prend en compte le taux des nouvelles naissances qui n'atteindront pas 60 ans, le taux de personnes fonctionnellement illettrées, le taux de personnes vivant en dessous du revenu minimum et l'exclusion sociale mesurée par le chômage de longue durée (12 mois ou plus).

* GDP (PPP US\$)= *Gross Domestic Product* (Produit Intérieur Brut) - PPP = *Purchasing Power Parity* (Pouvoir d'achat) : 1 PPP\$ a le même pouvoir d'achat dans l'économie du pays en question que 1 US\$ aux USA. Cela permet de comparer les standards de vie d'un pays à un autre.

Remarque : le PNUD ne produit pas ses propres données ; les données reprises dans le *Human Development Report* proviennent d'une diversité d'organismes et d'agences statistiques. Toutes les sources sont reprises en référence. La table réfère à 173 pays.

Human development classification :

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| 1.Haut niveau de développement : | HDI = 0.800 et plus |
| 2.Moyen niveau de développement : | HDI = de 0,500 à 0,799 |
| 3.Bas niveau de développement : | HDI = inférieur à 0,500 |

Income classifications (selon la Banque mondiale) :

- | | |
|--------------------|---------------------------------------|
| 1.Hauts revenus : | GNP (PIB) par hab = 9.266\$ et plus |
| 2.Moyens revenus : | GNP (PIB) par hab = de 756\$ à 9265\$ |
| 3.Bas revenus : | GNP (PIB) par hab = inférieur à 755\$ |

Le HPI-2 montre que parmi 17 pays européens et Nord américains, les E.U. qui ont le 2^{ème} plus haut niveau de revenu par habitant ont aussi le plus haut taux de pauvreté humaine.

Table des indicateurs pour différents pays

Année 2000 (sauf autre précision)	Maroc	Belgique	Cuba	Algérie	Lybie	Tunisie	Sénégal
Human Development Index							
HDI Rang du pays	123 ^{ème}	4 ^{ème}	55 ^{ème}	106 ^{ème}	64 ^{ème}	97 ^{ème}	154 ^{ème}
GDI Rang du pays	102 ^{ème}	9 ^{ème}	90 ^{ème}	90 ^{ème}	61 ^{ème}	81 ^{ème}	130 ^{ème}
GDP/hab. rang moins HDI rang	-16 ^{ème}	5 ^{ème}	35 ^{ème}	-22 ^{ème}	-2 ^{ème}	-26 ^{ème}	-11 ^{ème}
GDP Index	0,60	0,94	0,64	0,66	0,72	0,69	0,45
HDI Valeur	0,602	0,939	0,795	0,697	0,733	0,722	0,431
Ratio (%) inscription des enseign. primaire, second. et sup. (1999)	52	109	76	72	92	74	36
Education Index	0.50	0.99	0.90	0.69	0.84	0.72	0.37
Taux alphab. adulte (15 ans +) %	48,9	99,0	96,7	66,7	80,0	71,0	37,3
Espérance vie à la naiss. (ans)	67,6	78,4	76,0	69,6	70,5	70,2	53,3
Espérance de vie Index	0,71	0,89	0,85	0,74	0,76	0,75	0,47
GDP/habitant (PPP US\$)	3.546	27.178	4.519*	5.308	7.570 (1996)	6.363	1.510
Human Poverty Index - Index de pauvreté							
HPI-1 valeur / HPI-2 valeur	35,8	12,6	4,1	23,4	16,2	-	45,2
HPI-1 rang / HPI-2 rang	59 ^{ème}	13 ^{ème}	4 ^{ème}	39 ^{ème}	27 ^{ème}	-	79 ^{ème}
Prob.nonsurvie à 40ans et à 60 ans en % (95-00)	11,8 23,0	- 10,5	4,4 13,5	10,5 20,1	6,4 19,8	7,8 19,6	28,5 47,0
Enfant <5ans sous-poids % (95-00)	9*	-	4	6	5	4	18
Tendances démographiques							
Taux de croissance 1975-2000	2,2	0,2	0,7	2,5	3,1	2,0	2,7
Pop âgée < 15 ans (%)	34,7	17,3	21,2	34,8	33,9	29,7	44,3
Pop âgée > 65 ans (%)	4,1	17,0	9,6	4,1	3,4	5,9	2,5
Fécondité (par femme) 95-2000	3,4	1,5	1,6	3,3	3,8	2,3	5,6
Santé : accès, services, ressources							
Pop utilisant commod. sanitaires (%)	75	100	95	73	97	-	70
Accès eau potable (%)	82	100	95	94	72	-	78
Dépenses de santé / hab. (PPP US\$) 1998	-	2.137	-	-	-	108	23
Nbre médecins/100.000hab 90-99	46	395	530	85	128	70	8
Naiss. staff sanitaire 95-2000 (%)	40	100	100	92	94	90	51
Santé : crises et challenges							
Petits poids de naissance (%) 1995-2000	9*	8	6	7	7*	5	12
Population sous alimentée (%) 1997-99	6	-	17	6	-	-	24
Sida (% 15-49 ans) 2001	0,08	0,16	-	0,10 (1999)	0,24	-	0,50
Mortalité maternelle 1985-1999 (pour 100.000 n.v.)	230	-	33	220*	75	70	560
Mortalité avant 5 ans (pour 1.000 n.v.)	46	6	9	65	20	28	139
Mortalité infantile (pour 1.000 n.v.)	41	6	7	50	17	22	80
Education							
Alphabétisme (15-24 ans)	67,4	100	99,8	89,0	96,5	93,4	50,7
Suivi enseignant primaire (%) 1998	79	100	97	94	-	98	59
Suivi enseignant secondaire (%) 1998	-	95	75	58	71	55	-
Et. Sup. sci. math ingé (%) 94-97	29	-	21	50	-	27	-

n.v. = naissance vivante

*les données diffèrent de la définition standard ou réfèrent à seulement une partie du pays.

