

**Royaume du Maroc  
Institut Excel de Santé  
Marrakech**

# ***Le système national de santé***

***Cours mis à jour et adapté aux aides soignants (es)***

**Octobre 2007**

**Filière : aide soignant (e)**  
**Niveau : qualification**  
**Unité : santé publique**  
**Séquence : système national de santé**

## **I OBJECTIFS PEDAGOGIQUES**

### **1- objectif général**

Prendre connaissance du système national de santé et des programmes  
D'activité sanitaire

### **2- objectif intermédiaire**

Prendre connaissance du système national de santé

### **3- objectifs spécifiques**

#### ***- Définir les concepts suivants***

La santé

La santé publique

Le système de santé

- Décrire le système national de santé

- Décrire la politique du ministre de la santé

- Citer les objectifs du ministère de la santé

- Décrire l'organisation de l'administration centrale du ministère de la santé

- Définir l'Hôpital, le centre de santé urbain, le centre de santé communal l'Hôpital local le  
Dispensaire rural et citer leurs fonctions.

- Citer les fonctions du SIAAP, de la délégation provinciale et régionale

- Décrire les trois réseaux de l'infrastructure sanitaire du ministère de la santé.

- Décrire les différents modes de couverture sanitaire par le réseau de ESSB

## **II- PLAN DU COURS**

### ***1- Définitions :***

\* La santé

\* La santé publique

\* Le système sanitaire

### ***2- Le système de santé :*** Le système national de santé

\* Le secteur public

\* Le secteur privé à but non lucratif

\* Le secteur privé à but lucratif

\* Le secteur traditionnel

### ***3- L'organisation du ministère de santé :***

3-1- La politique du ministère de santé

3-2- Les objectifs du ministère de santé

### ***4- Les réseaux de l'infrastructure de base du ministère de santé :***

4-1- Le réseau hospitalier

4-2- Le réseau de laboratoires

4-3- Le réseau des établissements de soins de santé de base

### ***5- Les différents modes de couverture sanitaire :***

5-1- En milieu rural

5-2- En milieu urbain

## **I- DEFINITIONS DES CONCEPTS :**

### **1-1-La santé :**

« La santé est un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (O.M.S.1964).

« La santé est un état dynamique de complet bien être physique, mental, spirituel et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

### **1-2- La santé publique :**

c'est la science ou l'art de prévenir les maladies, d'améliorer la santé et la vitalité physique et mentale de l'individu, de prolonger la vie par le moyen d'une action collective concertée, visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une incidence sociale, à enseigner à l'individu les règles d'hygiène personnelle ; à organiser les services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et d'un traitement préventif des maladies ; ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé. L'objectif final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité.

### **1-3- le système sanitaire.**

Un système est défini comme étant composé d'une multitude d'éléments qui agissent les uns sur les autres (éléments interactifs). Le système reçoit de l'environnement qui l'entoure des ressources (entrées) INPUT, il répond à ceci par des effets qu'il produit (sorties ou out put). Les premiers (entrées) sont couvertes en seconds (en effets) par des procédés du système appelé processus. Par le fait des entrées et des sorties le système se trouve donc en un état d'équilibre avec son environnement. De ce fait quand cet état est rompu il y a soit un autre état d'équilibre qui se forme ou bien le système est anéanti. Chaque travailleur de santé fait partie du système de santé aussi longtemps qu'il agit sur les autres éléments du système. Pour se faire il « consomme » des ressources (énergie) et il produit des effets (services).

## **2- LE SYSTEME DE SANTE MAROCAIN :**

### **2-1 Définition :**

« Le système National de santé se définit comme l'ensemble des ressources humaines, matérielles, financières ainsi que les institutions et activités destinées a assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population »

(Ministère de la santé, projet de loi relatif au système national de santé et à l'offre de soins)

### **2-2 Les différentes composantes du système de santé marocain :**

Il se compose de :

- Un secteur étatique
- Un secteur privé à but lucratif
- Un secteur privé à but non lucratif (mutualiste, d'assurances et d'établissement publics et semi-publics)
- Un secteur traditionnel (non officiel)

#### **2-2-1 le secteur étatique**

Il comprend :

- Le Ministère de la santé
- Le service de santé des forces armées royales
- Les services sanitaires des collectivités locales (BMH)

##### **Le Ministère de la santé**

Il reste le premier responsable de la protection, du maintien et de la promotion de la santé de la population. Il représente l'instrument de l'Etat dans ce domaine et s'adresse à la quasi-totalité de la population dont il est souvent l'unique recours surtout en milieu rural.

##### **Les services de santé des forces armés royales.**

Il s'adresse aux membres des FAR ainsi qu'à leurs familles. Ces dernières années on a vu le développement de diverses activités préventives en collaboration avec le Ministère de la santé. Actuellement l'adoption du système SEGMA par les services de santé Militaire permet aux citoyens civils de bénéficier des soins au niveau des formations militaires.

### **2-2-2 le secteur privé à but lucratif**

Les installations sont du ressort du secrétariat général du gouvernement lequel n'est tenu de demander qu'un avis consultatif au Ministère de la santé et au conseil de l'ordre des médecins. Ainsi les majorité des praticiens du privé se trouve installés dans les grandes agglomérations surtout CASA – RABAT, le reste est éparpillé dans autres grandes villes.

### **2-2-3 Le secteur privé à but non lucratif**

(Le secteur mutualiste, des assurances et des établissements publics et semi-publics).

#### **LA C.N.O.P.S.**

qui regroupe : La M.G.P.A.P.M, L'O.M.F.AM ; mutuelle des F.A.R, Mutuelle de la police, Mutuelle des douanes, mutuelle de O.N.T.C, La M.G.E La Mutuelle des forces auxiliaires.

L'adhésion à la C.N.O.P.S est obligatoire et concerne les fonctionnaires et agents des administrations, et établissements publics.

#### **LA C.N.S.S :**

La C.N.S.S est un établissement public doté de la personnalité civile. Elle est administrée par un conseil d'administration tripartite (24 membres) composé à part égale des représentants de l'Etat, des représentants des travailleurs et des employeurs.

#### **Les établissements publics et semi-publics**

Certains de ces établissements se chargent eux même de la couverture et de la demande sanitaires de leurs employés et leurs familles.

Ils interviennent à cet effet au moyen des infirmeries, des hôpitaux et cliniques Privées de la médecine de travail. EX : O.N.E.P, O.C.P

### **2-2-4- Le « secteur » traditionnel :**

La médecine traditionnelle occupe encore une place assez importante dans notre pays et plus particulièrement au niveau des zones échappant à la couverture sanitaire d'une part et / ou le facteur culturel reste encore à revoir et la où on note une infrastructure inadéquate. Ce secteur n'est régi par aucun texte. A noter la tendance actuelle à l'intégration de certains tradipraticiens dans la couverture sanitaire EX. Le cas des accoucheuses traditionnelles.

## **3- L'organisation du ministère de la santé**

### **3-1- La politique du M.S. :**

Elle fait partie de l'analyse de la situation sanitaire du pays.

Elle est un énoncé des buts à long terme en matières de santé publique, elle peut indiquer :

- Le degré de priorités de certaines régions du pays.
- La priorité de certains groupes sociaux ou groupes d'âge,
- La priorité de certains secteurs publics
- La priorité de certains problèmes,

### **3-2- Les objectifs du M.S..**

- Assurer la longévité par la lutte contre les causes de décès,
  - Améliorer l'état de santé des habitants,
- Protéger et conserver l'état de santé des citoyens,
- L'objectif général étant la prise en charge des habitants sur le plan curatif , préventif et d'éducation pour la santé.

### **3-3- L'organisation et attribution de l'administration centrale.**

L'organisation de l'administration et des services de la santé fut mise sur pied au lendemain de l'indépendance du Maroc, par le décret N° 2-56-036 du 1-8-56 qui a institué les attribution et l'organisation du M.S., celles-ci furent révisées en 1976 par le décret N° 2-75-835 du 25-2-1976 et en janvier 1990 par le décret N° 2-88-711 du 11 Joumada II 1410 ( 9-1-1990) relatif aux attribution, et à l'organisation du M.S..

#### **Article 1<sup>er</sup> :**

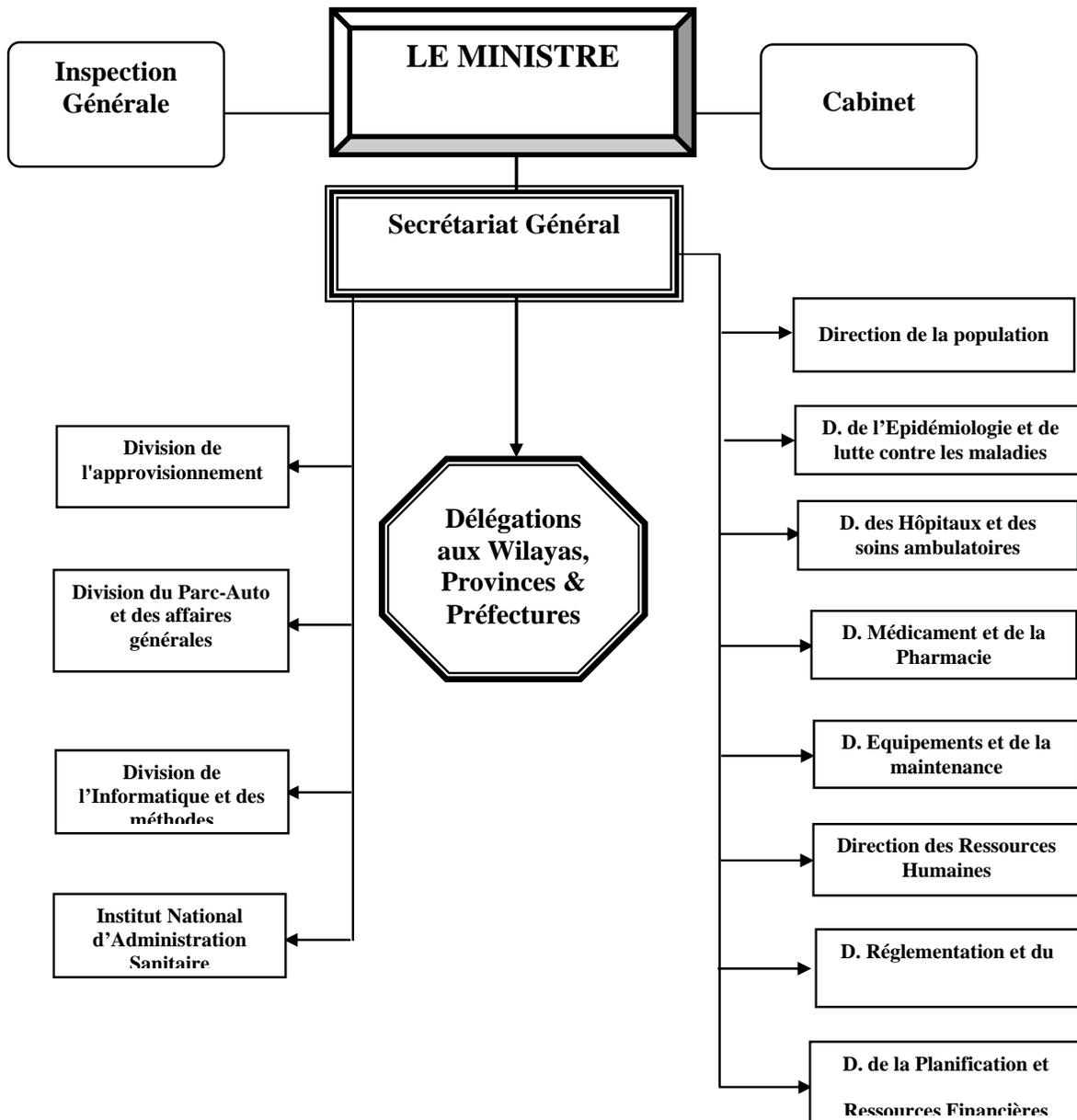
Le ministre de la santé est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé de la population.

- Il agit en liaison avec les départements concernés en vue de promouvoir le bien être physique, mental et social des habitants
- Il harmonise les orientations, coordonne les objectifs et les actions ou mesures Qui concourent à l'élévation du niveau de santé dans le pays et intervient afin D'assurer, au niveau national, une meilleure allocation des ressources, en matière De prévention, de soins curatifs ou d'assistance.
- Il suit la politique sanitaires internationale à laquelle le Maroc contribue, définit, En concertation avec les départements concernés les options de la coopération Dans le domaine de la santé et assure la mise en application et le suivi de Réalisation des programmes convenus.
- Il assure, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, Le contrôle, de l'exercice des professions médicales infirmières et pharmaceutiques.

**Article 2 :**

Le ministère de la santé comprend outre le cabinet du ministère, l'administration centrale et les services extérieurs.

**Organigramme du Ministère de la Santé**



### **Attributions du ministère de la santé :**

- ❖ Définition des priorités sanitaires nationales et élaboration de la stratégie sectorielle
- ❖ Régulation et coordination du développement du secteur
- ❖ Planification de l'offre de soins
- ❖ Développement de la législation sanitaire
- ❖ Monitoring de la performance des institutions et processus de leur accréditation
- ❖ Elaboration d'une politique sur la recherche et le développement.
- ❖ Régulation du financement et allocation des ressources aux régions.

### **L'Administration centrale :**

Elle est conçue sur le modèle hiérarchique combiné avec le principe de spécialisation et de la division de travail et comprend :

#### **Le Secrétariat général :**

C'est une institution qui assure sous l'autorité du Ministre des tâches techniques et administratives importantes et diverses, à sa tête un secrétaire général, considéré comme deuxième responsable après le Ministre, il assure la continuité de l'administration sanitaire ainsi que la coordination des structures du département.

#### **L'inspection générale :**

Cette institution procède sous l'autorité du Ministre et sur ses instructions au contrôle de l'utilisation des moyens et ressources mis à la disposition de tout le département et informe régulièrement le Ministre sur le fonctionnement des services.

#### **Les Directions centrales :**

Constituent le centre de conception de l'action sanitaire, de direction et d'impulsion des structures qui leur sont rattachées (divisions et services) Les directions assurent les grandes tâches du département.

### **Attributions des services centraux**

- ❖ Formulation des politiques de santé applicables aux activités inter et intra sectorielles et fixation des priorités.
- ❖ Elaboration des plans nationaux sanitaires
- ❖ Allocation des ressources
- ❖ Surveillance et évaluation de l'efficacité et efficience du système
- ❖ Appui technique aux régions
- ❖ Contrôle des qualités des produits pharmaceutiques
- ❖ Réglementation du développement du personnel y compris la formation
- ❖ Réglementation des organismes prestataires de soins secteur privé
- ❖ Encadrement/coordination des établissements de soins nationaux et instituts d'enseignement et de recherche.
- ❖ Développement de la coopération bi et multilatérale
- ❖ Coordination des diverses sources de financement
- ❖ Répartition rationnelle et équitable des fonds et subventions entre régions/provinces

### **Attributions des services provinciaux et préfectoraux**

- ❖ Organisation et direction des services hospitaliers dans la province
- ❖ Gestion de tous les autres établissements de soins du secteur public
- ❖ Exécution des programmes de santé
- ❖ Gestion des budgets
- ❖ Coordination et supervision de tous les services de santé assurés dans la province.
- ❖ Encouragement de participation des collectivités locales à la planification sanitaire locale.
- ❖ Préparation d'un plan annuel de santé.
- ❖ Mobilisation de fonds locaux supplémentaires pour les projets d'investissement.
- ❖ Formation en cours d'emploi des agents de santé.

### **Attributions des services régionaux de santé**

- ❖ Définition des besoins en santé de la région dans le cadre des politiques de santé nationales.
- ❖ Planification sanitaire régionale, surveillance et évaluation des programmes.
- ❖ Coordination de toutes les activités sanitaires dans la région.
- ❖ Emploi et encadrement d'une partie ou d'une totalité du personnel de santé.
- ❖ Formation en cours d'emploi.
- ❖ Soutien logistique, notamment approvisionnement en achats groupés

### **4- INFRASTRUCTURE DU MINISTERE DE LA SANTE :**

#### **Introduction :**

L'infrastructure sanitaire du M.S. comporte trois principaux réseaux :

- Le réseau des établissements de S.S.B.
- Le réseau des actions hospitalières
- Le réseau des laboratoires.

#### **4-1 LE RESEAU DES SSB OU SIAAP**

##### **ATTRIBUTIONS DU SIAAP**

Le service de l'Infrastructure d'Actions Ambulatoires Provinciales a pour attributions ;

- 1-Le bilan permanent de l'infrastructure : population, superficie, découpage Sanitaire.....
- 2-La surveillance épidémiologique
- 3-La surveillance de la qualité du milieu au niveau des CS
- 4-La définition, la coordination et la surveillance des programmes de travail provinciaux.
- 5-La gestion administrative du service et de ses moyens d'action : personnel, patrimoine véhicules....
- 6-la diffusion des informations techniques et administratives

##### **4-1-1 au niveau provincial**

##### **STRUCTURES D'APPUI AU NIVEAU PROVINCIAL**

Elles sont composées principalement de :

- Centre de diagnostic polyvalent : CDP
- Centre de diagnostic spécialisé de la tuberculose : CDST
- Centre de référence
- Laboratoire d'épidémiologie et d'hygiène du milieu

##### **Le C.D.P**

##### **ATTRIBUTIONS :**

Le rôle essentiel de C.D.P c'est de renforcer les moyens de diagnostic et de prise en des maladies évolutives en :

- Permettant aux médecins .... Des c/s de compléter le diagnostic clinique des examens radiologiques ou de labo.
- Permettant aux médecin-chef des c/s de solliciter l'avis des médecins spécialistes soit pour des conduites thérapeutiques soit pour le complément de diagnostic.
- Permettant aux médecins chef des services hospitaliers le contrôle de l'évolution clinique des malades qui ont été hospitalisés en usant des convocations transmises par les médecin chefs des c/s ou par des rendez-vous.

Grâce à ces C.D.P, la qualité du diagnostic et du traitement ambulatoire peut être améliorée, l'indication d'une hospitalisation essentielle serait mieux justifiée.

### **Le C.D.S.T.**

#### **ATTRIBUTIONS :**

- Etablir et confirmer le diagnostic de la tuberculose par des examens complémentaires chez tout patient suspect adressé par les différentes structures du réseau des soins de santé de base.
- Orienter vers l'hospitalisation au service de prénom phthisiologie les malades confirmés (dans l'ancien système de L'A. T)
- Indiquer le TUT ambulatoire des malades sortant de l'Hôpital et le schéma des contrôles périodiques thérapeutiques.
- Déclencher les enquêtes épidémiologiques autour des cas.
- Tenir un fichier des anciens et nouveaux cas.
- Faire l'évaluation de la L.A.T.

### **CENTRE DE REFERENCE :**

#### **ATTRIBUTIONS :**

La prise en charge de toute cliente quelle soit nouvelle ou ancienne utilisatrice ayant posé des problèmes gynécologique médicaux ou techniques à l'équipe chargée de la P.F. au niveau périphérique.

- La contribution à la formation et au recyclage du personnel de santé aux techniques de P.F
- La relance des activités de P.F. à tous les niveaux plus particulièrement la ligature tubaire et le Norplant ; également la motivation dans les maternités.
- Le recrutement des femmes optant pour les méthodes interventionnistes (L.T et Norplant).

### **4-2- Au Niveau périphérique.**

Le réseau des actions ambulatoires est conçu pour agir sur les conditions de santé des habitants. C'est à travers lui que se développe la stratégie de la couverture de la population par les services de santé de base (programmes sanitaires, soins essentiels ce réseau comprend :

#### ***a/ En milieu rural :***

- Le dispensaire rural (D.R.)
- Le centre de santé communal (C.S.C)
- Le centre de santé communal avec unité d'accouchements (C.S.C A)

#### ***b/ En milieu urbain :***

- Le centre de santé urbain

### **4-3-3- Définitions et fonction des formations du R.S.S.B.**

#### **a- Le D.R.**

##### **- DEFINITION :**

Cette appellation concerne la plus petite formation de soins de santé de base qui constitue l'unité opérationnelle de premier recours la plus décentralisée du système sanitaire devant délivrer les soins de santé essentiels.

##### **- FONCTIONS :**

Les fonctions dévolues au D.R. doivent permettre :

L'identification de la population à charge ainsi que les problèmes sanitaires qui se posent elles.

- La fourniture des prestations de soins à titre ambulatoire et par des visites à domicile (itinérante)
- La surveillance épidémiologique de l'aire de service.
- L'exécution de certaines tâches spécifiques des programmes sanitaires.
- La participation à l'information, à la maturation et à l'éducation des individus de la collectivité ce type de formation est conçu de façon à permettre son évolution à des niveaux supérieurs.

## **b- LE CENTRE DE SANTE COMMUNAL**

### **- DEFINITION :**

c'est une formation sanitaire médicalisée qui fournit les prestations de santé maternelle et infantile, elle est destinée à fournir une gamme de services plus complète pour les soins de santé essentiels et les activités des différents programmes de santé .

### **- FONCTIONS :**

Les fonctions dévolues au C.S.M : doivent lui permettre :

- \* L'identification de la population à charge ainsi que les problèmes sanitaires qui se posent à elle.
  - \* La consultation curative
  - \* La fourniture des soins essentiels à titre ambulatoire et par des visites à domicile (itinérance)
  - \* La surveillance épidémiologique de l'aire desservie
  - \* La fourniture des services de santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale.
  - \* La contribution à l'amélioration des conditions de l'accouchement à domicile.
  - \* La coordination et la supervision de l'exécution des programmes sanitaires au niveau des D.R..
  - \* L'exécution des tâches spécifiques des programmes sanitaires
  - \* La formation et le recyclage du personnel des D.R.. et les infirmiers itinérants.
  - \* La participation à l'information, à la motivation et à l'éducation des individus et de la collectivité.
- Ce type de formation sanitaire de conception modulaire doit permettre son extension en centre de santé rural.

## **C- LE CENTRE DE SANTE COMMUNAL AVEC LITS D'ACCOUchemENTS :**

c'est une formation sanitaire qui constitue pour le milieu rural, le 1<sup>er</sup> établissement sanitaire médicalisée le plus proche de la population. Le C.S.C.A doit, en plus des soins essentiels, des activités de santé maternelle et infantile, des consultations médicales, assurer les accouchements normaux et encadrer quelques dispensaires.

### **- FONCTIONS :**

- \* Identification de la population à charge, ainsi que les problème Qui se posent à elle.
- \* La fourniture des soins essentiels à titre ambulatoire et par des Visites à domicile (itinérance)
- \* La surveillance épidémiologique de l'aire de service
- \* La fourniture des services de S.M.I, y compris la P.F.
- \* La pratique des accouchements normaux
- \* La pratique des consultations médicales
- \* L'exécution des tâches spécifiques aux programmes sanitaires.
- \* La programmation, la coordination et la supervision de L'exécution des programmes sanitaires au niveau des (C.S.C )
- \* La formation et le recyclage de l'équipe sanitaire
- \* La coordination des actions sanitaires menées au niveau de la c/s Avec celles, des autres départements, ainsi qu'avec les élus locaux.
- \* La participation à l'information, à la motivation et à l'éducation Des individus et de la collectivité.

## **d- L'HOPITAL LOCAL (H L):**

C'est une formation sanitaire du type, centre de santé communal auquel s'ajoute un module d'hospitalisation de 20 à 30 lits, un module examens complémentaires et un module services généraux. Il doit assurer les soins de santé essentiels, les activités de santé maternelle et infantile, les accouchements, les consultations médicales, l'hospitalisation de cas bénins ou de mise en observation et une gamme minimale d'examens complémentaires support de l'activité hospitalière.

### **FONCTIONS :**

Les fonctions de l'hôpital local doivent permettre :

- L'identification de la population à charge ; ainsi que les problèmes Sanitaires qui se posent à elle.
- La fourniture de soins essentiels à titre ambulatoire et par des visites à Domicile (itinérance)
- La surveillance épidémiologique de l'aire des services
- La fourniture des soins médicaux, de petites chirurgies et pédiatriques de

La compétence à ce niveau à titre hospitalier pour les malades mis en Observation.

- La pratique des accouchements normaux
- La pratique de consultation médicale, ainsi que quelques examens Complémentaires de base : (radiologie et laboratoire).
- L'exécution des tâches spécifiques aux programmes sanitaires.
- La programmation, la coordination et la supervision de l'exécution des Tâches spécifiques aux programmes sanitaires pour les dispensaires Ruraux et les dispensaires ruraux de base.
- La formation et le recyclage de l'équipe sanitaire.
- La formation des action sanitaires menées au niveau de la Circonscription avec celles des autres départements, ainsi qu'avec les Élus locaux.
- La participation à l'information, à la motivation et à l'éducation des Individus et de la collectivité.

**\* En MILIEU URBAIN**

- Centre de santé urbain

**\* DEFINITION :**

C'est une formation sanitaire qui assure les activités curatives et préventives ainsi que l'exécution des programmes de santé. Elle est constituée par, cinq modules :

- 
- Consultation médicale (pédiatrie, gynéco obstétrique)
- Consultation paramédicale et surveillance épidémiologique
- Soins
- Santé maternelle et infantile
- Administration.

**\* FONCTIONS :**

Les fonctions dévolues à ce centre de santé urbain sont :

- L'identification de la population à charge, ainsi que les problèmes Sanitaires qui se posent à elle.
- La surveillance épidémiologique de l'aire desservie.
- Les consultations de médecine générale, de pédiatrie et de gynécologie Obstétrique.
- La fourniture des soins essentiels à titre ambulatoire
- L'exécution des activités de santé maternelle et infantile, y compris la Planification familiale.
- La programmation de l'exécution des tâches spécifiques des autres Programmes sanitaires y compris la santé scolaire et les activités D'hygiène du milieu.
- La coordination des actions sanitaires menées au niveau de la c/s avec Celles des autres départements ainsi qu'avec les élus locaux
- La participation à l'information, à la maturation et à l'éducation des Individus et de la collectivité.

#### **4-3 LE RESEAU DES ACTIONS HOSPITALIERES**

Ce réseau doit permettre à tout habitant quel que soit son lieu de résidence, de bénéficier de l'hospitalisation qui convient le mieux à son cas.

##### **4-3-1- Définition de l'Hôpital.**

L'hôpital public est une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population l'hébergement, la nourriture, des soins médicaux complets curatifs et préventifs.

Il est également un lieu de stage pour la formation des élèves infirmiers(es), des étudiants en médecine et des médecins en cours de spécialisation.

Ses activités s'exercent sous la tutelle des pouvoirs publics sanitaires qui le contrôlent et le financent.

##### **4-3-2- Définition fonctionnelle : ou classification selon la spécificité de l'établissement**

**\* Hôpital général :**

**\* Hôpital spécialisé**

##### **4-3-3- DEFINITION HIERARCHIQUE ou classification hiérarchisée : comporte trois niveaux :**

**- Le premier niveau**

**\* POLY CLINIQUE DE SANTE .:**

**\* CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL OU PREFECTORAL**

**- Le deuxième niveau**

**\* LE CENTRE HOSPITALISER REGIONAL.**

**-Le troisième niveau**

**\* LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

##### **4-3-4 Classification selon la capacité litière**

**\* L'hôpital local ou polyclinique de santé : 120 à 200 lits**

**\* L'hôpital provincial : 200 à 500 lits**

**\* Le centre hospitalier régional : 500 à 1000 lits**

**\* Le centre hospitalier universitaire : sup à 1000 lits**

##### **4-3-5 Classification selon le mode de gestion**

**\* Les hôpitaux dits « en régie » ou SEGER : \* Les hôpitaux dits « SEGMA » :**

**\*Les centres hospitaliers érigés en établissements publics administratifs :**

REGIONS	HOPITAUX GENERAUX		HOPITAUX SPECIALISES		TOTAUX	
	Nbre / lits		Nbre / lits		Nbre / lits	
OUED EDDAHAB LAGOUIRA	01	53	0	0	01	53
LAAYOUNE BOUJDOUR SAKIA HAMRA	02	266	01	144	02	410
GULEMIME –SMARA	04	317	0	0	04	317
SOUSS -MASSA – DARAA	09	2108	02	154	11	2262
MARRAKECH TENSIFT-ALHAOUZ	05	1368	04	1138	09	2506
ABDA –DOUKKALA	02	1107	01	80	03	1187
CHAOUIA-OURDIGHA	06	913	02	817	08	1730
GRAND CASABLANCA	07	2332	04	903	11	3235
RABAT-SALE ZEMMOUR-ZAER	06	1513	08	2065	14	3578
EL GHARB-CHRARDA –BENI HSAN	05	939	0	0	05	939
TADLA-AZILL	04	813	0	0	04	813
MEKNES- TAFILALT	07	1591	03	576	10	2167
FES –BOULMANE	05	1260	02	274	07	1534
TAZA-ALHOUCEMA-TAOUNATE	05	886	0	0	05	886
TANGER-TETUAN	07	1410	04	726	11	2136
REGION DE L'ORIENTAL	05	1263	01	90	06	1353
TOTAUX	80	18139	32	6967	112	25106

(Répartition par région du nombre d'Hôpitaux et de lits hospitaliers publics (2001))

L'évolution des lits hospitaliers de 1960 à 2000 se présente  
**comme suit :**

	1960	1970	1980	1990	2000
LITS	15523	20309	22365	25974	25106
HABITANT/LIT	750	737	864	943	1161

#### **4-4. LE RESEAU DES LABORATOIRES**

##### **4.4.1. AU NIVEAU NATIONAL : on trouve :**

##### **4.4.1.1. L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE :**

##### **4-4-1-2- L'INSTITUT PASTEUR DU MARDC**

##### **4.4.1.3. LE LABORATOIRE DE VIROLOGIE :**

##### **4-4-1-4- LE LABO NATIONAL DE CONTROLE DES MEDICAMENTS ET DE VIGILANCE.**

##### **4-4-1-5- LE CENTRE NATIONAL DE LA TRANFUSION SANGUINE ET D'HEMATOLOGIE.**

##### **4-4-2- AU NIVEAU PROVINCIAL :**

##### **4-4-2-1- LE LABO DE DIAGNOSTIC EPIDEMIOLOGIQUE ET HYGIENE DU MILIEU :**

C'est un labo qui est destiné à épauler La programme de santé de base (R.E.SS.B) Il a pour objectif :

- De confirmer le diagnostic des cas cliniques de maladie épidémiologique,

- De contrôler l'hygiène du milieu,
- D'identifier les sources de contamination.

#### **4-4-2-2- LE LABO DE LUTTE ANTI TUBERCULEUSE :**

IL a pour objectifs de :

- Dépister les nouveaux cas de tuberculose
- Surveiller bactériologiquement les malades sous traitement.

Son champ d'activités est de réaliser :

- La bacilloscopie,
- La culture de B.K,
- Les tests de pharmaco sensibilité.

### **5- LES DIFFERENTS MODES DE COUVERTURE SANITAIRE.**

**5-1- Définition :** c'est l'offre de prestations ou de services de santé à une population, par le développement d'un dispositif ou d'unités sanitaires opérationnelles dont la finalité est de prendre en charge les besoins en matière de soins, de prévention et de réhabilitation de cette population.

#### **5 – 4 LA PROGRAMMATION DES MODES DE COUVERTURE SANITAIRE PAR LE RESEAU DE SOINS DE SANTE DE BASE**

##### **5– 4- 1 LE MILIEU RURAL :**

**5-4-1-1 LE MODE FIXE :** c'est l'implantation d'une formation sanitaire de soins de santé de base d'une catégorie déterminée (L'H.L , C.S.C , C.S.C.A , DR) Dans un lieu accessible pour la population dans une aire géographique donnée. En partant des besoins sanitaires d'une population et en considérant l'espace, territorial qu'elle occupe, son attachement et son mouvement au sein de cet espace, on peut sélectionner un lieu pour l'implantation d'une formation sanitaire de niveau ou de catégorie déterminée.

Il existe quatre type de formation de soins de santé de base en milieu rural : le D.R, le C.S.C Le C.S.C.A, H.L.

Les éléments suivants ont été considérés pour la définition des fonctions et des structures des formations du réseau de soins de santé de base :

- La réponse de tous les niveaux aux besoins sanitaires essentiels de la population.
- L'organisation des moyens selon la complexité technologique de chaque niveau.
- L'appui technique nécessaire de chaque niveau pour ceux qui lui sont inférieurs.
- La flexibilité des structures pour une évolution facile vers des niveaux supérieurs.

Le mode fixe oblige les usages des services sanitaires à se déplacer pour bénéficier des services offerts. Mais il arrive que certains autres usagers ne peuvent se déplacer du fait de leur éloignement car ils sont en dehors du rayon d'influence de la formation fixe. Dans ce cas, on fait appel au mode mobile.

##### **5-4-1-2 LE MODE MOBILE :**

Il est développé à partir d'une formation sanitaire de soins de santé de base et s'adresse à la population située dans sa zone d'influence et ayant des difficultés pour utiliser les services qu'elle offre. Il constitue donc le prolongement des services de la formation qui vont concerner la population du territoire desservi par elle.

Ce mode dont la finalité est de soutenir et de renforcer le mode fixe pour étendre la couverture, permet la fourniture des prestations sanitaires à domicile ou à proximité.

Trois modalités sont préconisées :

#### **A- L'ITINERANCE CLASSIQUE :**

Qui s'effectue de porte à porte, par un moyen de transport adéquat, avec un «paquet d'actions » plus étoffé et un nombre raisonnable de foyers à visiter par jour.

Les fonctions de base de cette modalité est d'assurer les tâches et prestations des programmes sanitaires à la partie de la population non couverte par le mode fixe. Il s'agit de :

- Connaissance de la population et de son milieu de vie
- Surveillance pré et post natale
- Dépistage et suivi des enfants malnutris
- Dépistage traitement, suivi d'enfants avec diarrhées
- Dépistage actif du paludisme, bilharziose, tuberculose.
- Dépistage suivi et soins des malades chroniques
- Contrôle de l'eau de boisson et de l'hygiène du milieu
- Information, motivation et éducation de la population en fonction des problèmes locaux et des programmes sanitaires développés
- Hygiène scolaire
- Diagnostic et référence des malades, graves à la formation sanitaire appropriée
- Enregistrement de l'information sanitaire
- Gestion du matériel utilisé
- Sensibilisation des femmes mariées en matière de P.F. et réapprovisionnement de celles qui sont sous pilules.
- Participation aux activités de vaccinations.

#### **b- L'ITINERANCE PAR POINT DE CONTACT**

C'est la même fonction que la modalité précédente le même « paquet d'actions » à fournir et les mêmes moyens. Mais elle a les particularités suivantes :

Au lieu de visiter foyer par foyer, la rencontre entre l'itinérant et la population s'effectue en un lieu déterminé de certaines localités sélectionnées connues et acceptées par tous appelées point de contact (P.D.C).

Elle s'adresse à la population non concernée par la modalité précédente (V.A.D).

#### **c- L'ITINERANCE PAR EQUIPE MOBILE**

Elle s'appuie sur la constitution d'une équipe mobile avec moyen de mobilité (véhicule ) dont la fonction de base est d'assurer les prestations sanitaires essentielles pour étendre la couverture sanitaire aux populations non touchées par aucune des deux modalités précédentes. Cette modalité se caractérise par les particularités suivantes :

- L'équipe est constituée de deux personnes au moins et elle est dotée d'un véhicule. Elle peut parfois s'adjoindre les services d'un médecin.
- Le « paquet d'actions » à fournir est plus important (fonction de la composition de l'équipe).
- Les moyens matériels qui vont être disponibles sont différents et plus développés.

#### **5- 4-1-3 AUTRES MODES DE COUVERTURE :**

Dans certains cas, on peut recourir à l'utilisation localement de personnes ressources (ces personnes choisies parmi la population et par elle qui, après une initiation, peuvent prodiguer, certaines prestations essentielles). C'est le cas par exemple des accoucheuses traditionnelles (KABLAS) qui peuvent participer à la prise en charge de quelques problèmes de santé, ou d'autres personnes, dont le profil est à déterminer.

Ces ressources, une fois identifiées, peuvent être utilisées pour assurer, certaines tâches bien définies et sous contrôle du personnel de santé. Ces tâches sont les suivantes :

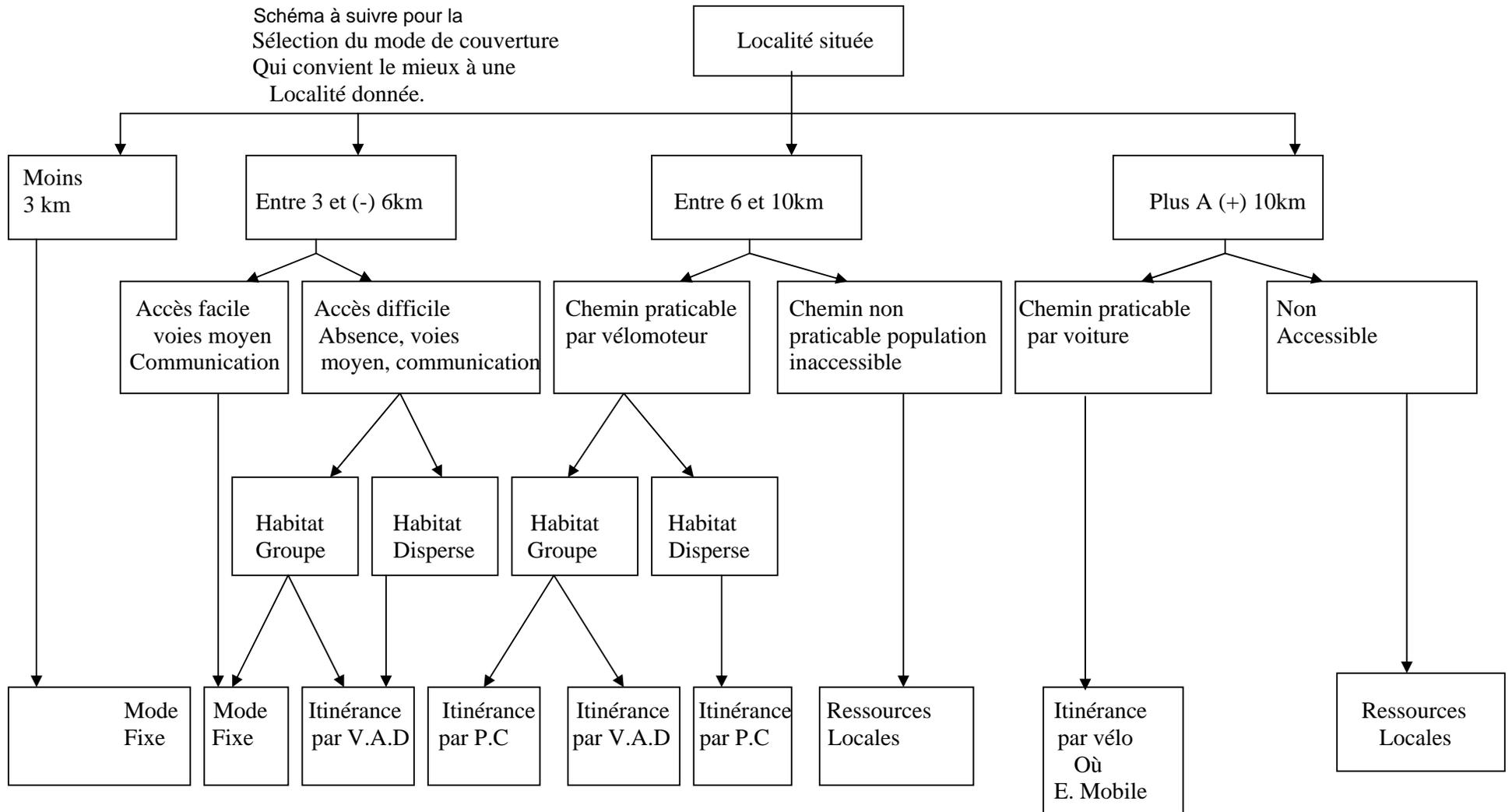
- Dépistage, traitement et suivi d'enfants malnutris.
- Dépistage, traitement et suivi d'enfants avec diarrhées.
- Traitement de l'eau de boisson et hygiène du milieu.
- Education pour la santé.
- Suivis simples.
- Référence des malades à une formation sanitaire fixe.
- Enregistrement d'informations.
- Gestion de certains produits programmes.
- Suivi des femmes enceintes.
- Accouchement amélioré à domicile.
- Référence des accouchements dystociques.

- Suivi du nouveau né et du post- partum.
- Distribution de pilules contraceptive.
- Rappel des contrôles pour planification familiale.
- Dépistage des intolérances à une méthode contraceptive.
- Référence des femmes pour des mesures intra-utérines.

Ce mode de couverture peut être développé à partir d'une formation sanitaire parallèlement au mode mobile, ou séparément là où le système (1) ne peut pas accéder et où la population se trouve dans une zone enclavée inaccessible.

Les provinces peuvent imaginer d'autres systèmes spécifiques adaptés aux conditions locales, l'objectif étant d'assurer une couverture sanitaire la plus adéquate et de toute la population.

Schéma à suivre pour la  
Sélection du mode de couverture  
Qui convient le mieux à une  
Localité donnée.



## **Le personnel du Ministère de la santé**

### **Les différentes catégories**

#### **Le personnel médical**

\* L'évolution des effectifs :

Le nombre total des Médecins tous secteur confondu (S.P. ...) à évolué de 979 Médecin en 1960 à 7708 en 1993 et 10155 (1998) l'augmentation moyenne annuelle en 1960 et 1980 à été de 5,95%. et entre 1980 et 1991 17%. Passé de 0,84 Médecin pour 10.000 habitant entre 1960 à 2,39 Médecins pour 10.000 habitant en 1991 ce qui donne en chiffre absolu un médecin de secteur public pour 6828 habitant et un médecin de secteur privé à but lucratif pour 7122 pour l'ensemble des secteur un médecin pour 3467 habitant. Actuellement en 1998 il y a un médecin pour 4915 (projection de la population a progresse par rapport au médecin), A titre comparatif le nombre d'habitant par médecin au titre de l'année 1990 est 2330 habitant en Algérie et 1870 en Tunisie.

Répartition des médecins :

	Généralistes	Spécialistes	Total
Médecins du RSSB	2360	208	2568
Médecins du R HOSPITALIER	694	2184	2878
Médecins de santé	3282	2530	5812
Médecins du S PRIVE	3479	3141	6620
Total	6761	5671	12432

#### **Le personnel infirmier (voir annexe : tableaux )**

D'évolution des effectifs du personnel infirmier est passé de 803 agents en 1960 à 23495 en 1991 Actuellement en 1998 nous sommes 24400 dont 12534 qualifiés (IDE) 1400 cadres. (Échelle 10 IDE 1<sup>er</sup> grade IDE 2<sup>ème</sup> grade échelle 9) IDE grade principal (échelle 11) le ratio habitant infirmier est de 1076 pour le secteur public et 32627 habitants pour le secteur privé. Actuellement en (1998) un infirmier pour 1333, à titre de comparaison ce ratio est de 330 habitants en Algérie et 300 habitants par infirmier en Tunisie.

#### **L'encadrement infirmier par réseau.**

La répartition des effectifs du personnel infirmier selon les réseaux se présentent en 1990 comme suit.

<b>Réseau \ Grades</b>	<b>IDE 1<sup>er</sup> grade</b>	<b>IDE 2<sup>ème</sup> grade</b>	<b>INF. Auxil.</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Densité pour 10.000 habitant.</b>
Réseau hospitalier	291	4351	5584	10286	4
Réseau de S.S.B.	121	2386	6377	8884	3,4

On peut constater que :

- L'effectif total du personnel infirmier des Hôpitaux est supérieur de 15% à ce lui du réseau de S.S.B (il y a un pléthore : ex à des infirmières. Axe de Jadida Kenitra)
- Le nombre d'infirmier diplômé d'état 2<sup>ème</sup> grade par rapport au infirmier d'état 1<sup>er</sup> grade, et le nombre des infirmier auxiliaire par rapport aux infirmiers d'état 2<sup>ème</sup> grade est respectivement de 15 et de 1,3 dans les Hôpitaux et dans le réseau de soins de santé de base il est respectivement de 19,7 et 2,7.
- La densité du personnel infirmier, pour 10.000 habitant hospitalier est de 4 alors que dans le réseau de S.S.B. il n'est que de 3,4.

### **Le personnel administratif :**

Il s'agit d'un personnel commun à toutes les administrations publiques dont le recrutement s'opère :

- Soit à la suite d'une formation exp. Rédacteur, secrétaire et c soit sur titre exp. Les lauréats de Ecole NA ou bien de I.S.T.A (institut supérieur de la technologie appliquée).
- Soit sur concours exp. Agent de service, Agent public.

### **La formation du professionnel de la santé.**

#### **La formation médicale de base**

##### **La formation du médecin :**

En 1959 fut créée la faculté de médecine à Rabat par le dahir N° 1-58-398 du 21 Juillet 1959, qui ne sera fonctionnel qu'en 1962. Le 5 Mars 1963 fut créée le premier centre hospitalier universitaire (CHU) par arrêté conjoint du ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé.

En 1975 fut créé le second CHU à Casa cette création témoignait de l'intérêt primordiale qu'accordait les pouvoirs publics à la santé, cette 1<sup>er</sup> expérience nationale en matière de formation médicale avait permit grâce aux efforts et aux dynamismes des équipes d'enseignants de faire sortir dès 1969 la 1<sup>er</sup> promotion des médecins. La confrontation de ces jeunes médecins aux réalités de terrain avait révélé la nécessité de mieux adapter la formation Médicale en vues de faire face aux priorités nationale en matière de santé. C'est ainsi que s'est imposé l'idée d'une réforme des études médicales. Une commission composée d'enseignant et comprenant les représentant du ministère de la santé et du secteur privé, après avoir analyser les données démographiques épidémiologiques et socio économiques de 1977-1980 proposa un projet de réforme. Cette réforme a été adoptée officiellement en 1982 et fut appliquée en 1983. Actuellement la formation médicale s'effectue au niveau national dans 4 facultés de Médecine (Casa, Rabat, Marrakech et Fès). La durée de formation est de 7 ans.

##### **\* La formation du pharmacien :**

La section de pharmacie a vu le jour en Octobre 1986 au sein de la faculté de médecine de Rabat. Elle s'est fixée pour objectif essentiel la formation d'un pharmacie adapté à l'environnement marocain et capable de contribuer au bien être de le collectivité dans le domaine de la santé. Le nombre total d'étudiant en pharmacie à la faculté de médecine et de pharmacie à Rabat à passer de 92 en 1986 à 410 en 1992 la 1<sup>er</sup> promotion de docteur en pharmacie date de 1990-1991 : 11 pharmaciens ont soutenu avec succès en 1990 et 86 en 1991.

##### **\* La formation en médecine dentaire :**

Les deux facultés de médecine dentaire (Rabat, Casablanca) ont été créés en 1981 Pour compléter la formation médicale au Maroc et répondre aux besoins en médecins dentistes à cette date l'effectif total des médecin dentiste au Maroc ne dépassait pas 90 soit un dentiste pour 80 000 habitants.

##### **\* La formation des médecins spécialistes :**

Depuis 1986 l'accès à la formation pour une spécialité médicale ou chirurgicale a été organisé et planifier. 200 postes sont ouverts chaque année depuis 1987 pour les grandes spécialités : médicale, chirurgicales, biologique et neuropsychiatrie la durée des études est de 4 ans minimum il faut ajouter à ce nombre de poste les effectifs de tous les autres médecins qui préparent la spécialité à l'étranger Actuellement le système de résidanat est entré en vigueur.

### **La formation de base du personnel infirmier.**

A/ Dans l'histoire des services de santé au Maroc en ne signalait aucunement la formation du personnel infirmier avant l'année 1940.

Ce n'ait en effet qu'en 1941 que la 1<sup>ere</sup> école de la formation d'infirmière fut ouverte à Casablanca. IL s'agit d'une école qui prépare le diplôme d'état français. 1944 l'école pour auxiliaire médico sociale fut ouverte (2 années de formation pour le CM2, CM1 3 années de formation, CE2 4 années de formation. 1944 commence également la formation des jeunes infirmiers marocains à l'école d'infirmier musulmans de Rabat. Dont les candidats doivent être titulaires de CEPM (certificat d'étude préparatoire marocaine). Après, les besoins pressant en personnel (Infirmier, aide manipulateur, aide anesthésistes) ont amené les autorités coloniales a envisager la création d'autres écoles de formation au début des années 50 à Fès, Meknès et Marrakech.

A la veille de l'indépendance les besoins en personnel se sont accrus, il a fallu pallier à ce personnel par l'intensification de la formation cette formation portera sur les aides sanitaires. Et les infirmiers brevetés (cadre institué par l'arrêté ministériel du 23 septembre 1957). La formation en vue du

diplôme d'Etat d'infirmiers ne connaît un essor qu'à partir de 1960 et à partir 1982 pour les diplômes d'état et de techniciens. C'est aussi à la fin de 1962 (63) que débute la formation à l'école de cadres.

Par la suite, la formation du personnel infirmier est faite selon les besoins du pays, son développement économique et culturel. Les différents plans du développement accordent une place importante à la formation du personnel et les multiplications des écoles est allée de pair avec l'accroissement démographique et le développement de l'infrastructure sanitaire, ainsi on note :

- 1957 : 3 écoles,
- 1967 : 17 écoles (8 écoles brevetées, 8 D.E. 1 Ecole Cadres)
- 1977 : 44 écoles (24 brevetés - 19 D.E – 1.écoles cadres)
- 1979 : 46 écoles (26 brevetés – 19 D.E. 1 .écoles cadres)
- Au début des années 80 : 51 écoles :
  - 28 écoles d'infirmiers brevetés
  - 22 écoles préparant aux D.E. et techniciens
  - 1 école de cadres.

La capacité totale de formation s'élèves de plus de 8000 infirmiers et techniciens de tous profils. Cette formation a connu un ralentissement ou cours de la période 1987 – 1990 surtout les ASB dont les formations a été arrêtée en 1986 en raison des restrictions de recrutement (environ 4300 ASB).

- 1991 Le réseau, des écoles de formation du personnel infirmier n'est plus constitué que par.
  - 1 école d'A.S.B
  - 24 écoles D.E. et techniciens.
  - 3 écoles de cadres (Rabat, Marrakech, Meknès.)

Actuellement la formation du personnel infirmier se fait au niveau de 21 Instituts repartis à travers tout le Royaume – l'enseignement dispensé dans les instituts de formation aux carrières de santé comprend des cours, des travaux dirigés, des travaux pratiques et des stages.

IL est réparti en deux cycles :

A/ (+) Le 1<sup>er</sup> cycle : est un cycle de formation de base, il peut comporter l'une ou plusieurs des sections suivantes :

- Section : infirmier polyvalent
- Section infirmier en psychiatrie
- Section : infirmier en anesthésie-réanimation
- Section sage-femme
- Section infirmiers Kinésithérapeute
- Section infirmiers diététicien
- Section infirmiers Technicien de labo
- Section infirmier de radio
- Section infirmier H. du milieu
- Section assistant (e) social(e)
- Section Orthoprothésiste.

- La durée des études est fixée à trois ans
- L'admission en 1<sup>er</sup> année s'effectue sur concours ouvert aux titulaires du bac et aux infirmiers auxiliaires du 2<sup>ème</sup> et du 1<sup>er</sup> grade justifiant au moins de 3 ans de service effectif en cette qualité et aux A.S.B. principaux justifiant de 4 ans de service effectif en cette qualité.

B/ (+) Le 2<sup>ème</sup> cycle des études infirmières :

Comprend deux sections :

- Section : surveillant des services sanitaires
- Section : enseignement paramédical.
- D'autres section peuvent en cas de besoin être institués par arrêté du ministère de la santé l'accès est ouvert sur concours :
  - \* Infirmiers D.E. 2<sup>ème</sup> grade justifiant au moins de trois ans de service en cette qualité.
  - \* Dans la limite du nombre de places fixées annuellement par le ministre de la Santé :

- Aux candidats titulaires du diplôme d'état du 1<sup>er</sup> cycle des études paramédical ou d'un diplôme reconnu équivalent par le ministre de la santé et justifiant au moins de trois ans d'exercice dans le secteur privé.
- Aux candidats titulaires du diplôme d'adjoint de santé diplôme d'état ou d'un diplôme reconnu équivalent par le ministre de la santé et justifiant au moins de sept années d'exercice dans le secteur privé.
- La durée du 2<sup>ème</sup> cycle des études paramédicales est de deux ans.

**La formation continue.**

L'instauration d'un système de formation continue à l'intention des professionnels de santé répondait au souci du M.S. de renforcer les efforts déployés dans les domaines des techniques de gestion, de soutenir l'exécution des programmes sanitaires pour les rendre performants.

Le système visait également l'amélioration des compétences et de la carrière professionnelle du personnel ainsi que le renforcement de l'esprit d'équipe. L'institutionnalisation de la formation continue à partir de 1988 allait donner un nouveau souffle à cette activité qui couvre les personnels médical, paramédical et administratif ; elle postera aussi sur l'éducation à distance, la préparation du matériel didactique et la documentation sans omettre d'assurer la coordination avec les différents services sanitaires et extra-sanitaires.

Au titre du plan de développement 1988-1992, il a été élaboré une stratégie de décentralisation de la formation continue qui s'est inscrite comme l'un des premiers secteurs d'activité de décentralisation.

A l'avenir, l'action de la formation continue concernera notamment la formation de noyaux de formateurs et la création d'un fond documentaire au niveau central et périphérique.