

Santé, morbidité et mortalité

Soins de santé primaire et secteur de la santé

(Mohamed Laaziri)

L'évaluation de l'état de santé de la population, appréciée à travers un certain nombre d'indicateurs, a permis de mesurer les acquis en termes de fourniture de services et leur impact sur la morbidité et la mortalité et l'importance des efforts qui restent à déployer pour résoudre les problèmes sanitaires actuels ou émergents.

I. Situation sanitaire

En l'espace de dix huit ans, la mortalité infantile a régressé de 54 points passant de 91‰ en 1979-80 à 37‰ en 1997. La mortalité juvénile, a diminué de 42 points passant de 52‰ en 1979-80 à 10‰ en 1997 et la mortalité infanto-juvénile de 92 points passant de 138‰ en 1979-80 à 46‰ en 1997. Des écarts relativement important persistent encore entre milieux. Dans le rural, la mortalité infantile est près du double (46‰) de celle de l'urbain (24‰). Il en est de même pour la mortalité juvénile et infanto-juvénile. Des écarts régionaux sont également observés : le taux de mortalité infantile varie par exemple entre un minimum de 6‰, dans les provinces les plus urbanisées et un maximum de 75‰, dans le rural profond. Aussi, en vingt sept ans, l'espérance de vie à la naissance des Marocains est-elle passée de 48 à 68 ans (70 ans chez les femmes et 66 ans chez les hommes¹).

1. Morbidité

Bien que les maladies transmissibles aient beaucoup régressé au cours des dix dernières années, elles continuent à représenter une charge relativement importante en terme d'actions de prévention et de lutte. Les maladies non transmissibles, les accidents et traumatismes pèsent eux aussi lourdement sur le système de santé, en particulier sur l'hôpital où ils sont généralement pris en charge. Une étude récente de 1997 sur la morbidité globale² à partir des causes de décès selon trois groupes de maladies³ a abouti au classement suivant :

¹ « ...L'allongement de notre espérance de vie est en soi un objectif souhaitable, mais il l'est encore plus si les années ainsi gagnées sont exemptes de pauvreté, de souffrances et d'incapacités... » (Extrait du rapport sur la santé dans le monde de 1997, Chapitre 1 : L'état de santé dans le monde, p. 1).

² La prise de décision concernant la ventilation des ressources pour la santé exige la connaissance d'un indicateur du poids de la morbidité qui soit unique. C'est l'indicateur de la charge globale de morbidité, qui exprime la quantité de vie que fait perdre la maladie, il se mesure en années de vie, corrigées du facteur invalidité, qui combine années de vie perdues en raison d'un décès prématuré et années de vie vécues avec incapacité.

³ Il s'agit des décès déclarés en 1992. L'étude a consisté à estimer les années de vie perdues en raison d'un décès prématuré. Pour mieux apprécier l'évolution des pathologies en relation avec l'évolution économique et sociale du pays, il y a eu une agrégation des dix huit chapitres de la neuvième classification internationale des maladies (CIM9) autour de trois grands groupes de pathologies :

- pour les maladies du groupe I : les affections d'origine périnatale représentent sur l'ensemble des causes (21%), suivies par les maladies infectieuses et parasitaires (18,5%) ;
- pour les maladies du groupe II et III : les maladies de l'appareil circulatoire représentent (16,3%), suivies par les traumatismes (11,6%) puis par les tumeurs malignes (6,2%).

Au Maroc, les affections d'origine périnatales représentent encore le cinquième (21%) des années de vie perdues en raison d'un décès prématuré contre moins de 10% dans les pays à économie de marché. En outre, la structure des causes de décès va encore changer en raison du vieillissement progressif de la population, qui va entraîner une augmentation importante des maladies des groupes II et III qui demandent plus de soins de niveaux secondaire et tertiaire.

Il ressort également que cette transition épidémiologique va modifier la nature des problèmes sanitaires et affectera le type et le volume des services que devra fournir le système de santé. L'accès de plus en plus important de la population à l'information, influencera aussi la structure de la demande de soins, avec une pression accrue sur l'utilisation des nouvelles technologies médicales.

2. Développement de l'offre des soins

Malgré les efforts et les améliorations importantes du système, le problème de l'iniquité en terme d'accès aux soins et de couverture par les prestations sanitaires de base reste posé. En matière de couverture de la population par les établissements de soins de santé de base (ESSB), le nombre de ces établissements qui était de 1 653 en 1991, soit 1 ESSB pour 14 912 habitants, est passé à 1 949 en 1997, soit 1 ESSB pour 14 012 habitants. Cette couverture a connu une amélioration en milieu rural puisqu'elle est passée de 1 237 établissements de soins de santé de base en 1991, soit 1 pour 10 129 habitants, à 1 386 en 1997, soit 1 ESSB pour 9 225 habitants. Concernant le réseau hospitalier, le ratio habitants par lit d'hôpital était de 1 060 au début de l'année 1997. L'infrastructure hospitalière évolue donc à un rythme inférieur à celui de l'accroissement de la population, puisqu'en 1997 le nombre moyen d'habitants par lit hospitalier a régressé de 14% en 1997 par rapport à 1990.

Pour ce qui est du secteur privé, au début de l'année 1997, le nombre de cabinets médicaux de consultation s'élève à 3 470 soit une moyenne de 7 870 habitants par cabinet. Il faut noter

Groupe I : Maladies transmissibles, maternelles et de la période périnatale : groupe qui reflète en quelque sorte les maladies les plus communément rencontrées dans les pays en développement et qui sont liées essentiellement aux mauvaises conditions d'hygiène, la malnutrition, l'insuffisance de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, l'analphabétisme, la fécondité élevée, etc.

Groupe II : Maladies non transmissibles : groupe qui reflète des maladies dites de « progrès » qui sont la conséquence du stress et des modes de vie et comportements liés aux différentes mutations sociales que subit la population des pays industrialisés.

Groupe III : Traumatismes : il s'agit d'un regroupement de tout le chapitre qui concernent les lésions traumatiques et les empoisonnements qui sont la aussi des phénomènes qui s'accroissent avec le développement industriel et le changement dans les modes de vie et comportement.

cependant que la majorité de ces cabinets sont implantés dans les grandes villes et les petits centres urbains.

3. Financement de la santé

Au cours de la période 1991-97/98, le budget du MS n'a jamais pu dépasser la barre de 5% du budget général de l'Etat (alors qu'il en représentait près de 7% dans les années soixante) et de 1,1% du Revenu National. Son évolution en Dh constants a été, en général, négative au cours des années quatre-vingts et quatre-vingt-dix. L'indice du budget du MS *per capita* en Dh constants a été respectivement de 97,2 et 99,9 en 1995 et 1996-97 contre 100 en 1981. Le problème des ressources budgétaires est aggravé en raison des deux facteurs suivants :

- la prédominance des crédits alloués aux salaires : il faut préciser que l'augmentation, en Dh courants, du budget du MS est entraînée davantage par le budget de fonctionnement que celui d'investissement dont les croissances respectives entre 1991 et 1997-98 ont été respectivement de 68,7% et 63,6% (en dépit des crédits d'investissement exceptionnels de cette année fiscale). A son tour, le budget de fonctionnement est dominé par les crédits alloués au personnel représentant, en moyenne, durant la même période, plus de 55% du budget total et 70% du volet fonctionnement (58% et 72% en 1997-98) ;
- la baisse de la contribution des donateurs : l'insuffisance du budget et la faiblesse participative des autres départements aux dépenses de santé rendent incontournable le recours à l'aide financière des donateurs. Cette aide, mobilisée pour des projets ou des programmes développés dans le cadre de la coopération multilatérale et bilatérale, représente près de 2% de la dépense globale de santé. Cependant, ce soutien assez conséquent commence déjà à fléchir en raison du désengagement progressif annoncé par un certain nombre de donateurs.

Quant aux dépenses globales de santé (tous les secteurs confondus), celles-ci demeurent faibles à peine 4% (1995) du Revenu National.

II. Politique nationale en matière de santé

Au cours des prochaines années, le système national de santé devra faire face à un double défi. Il devra s'occuper des problèmes sanitaires caractérisant les pays en développement et faire face à une série de problèmes sanitaires émergents caractérisant les pays industrialisés d'autre part. Par ailleurs, les changements que vont induire la régionalisation, l'ouverture de l'économie et les perspectives d'intégration à la zone de libre échange avec l'Union Européenne, imposeront eux aussi le développement progressif des capacités du système de santé et son adaptation à l'évolution de la demande et de l'offre de soins. Les principaux éléments de politique sanitaire qui continueront à déterminer les priorités et la planification des programmes d'actions sont :

- le renforcement des programmes de prévention et de lutte contre les maladies⁴ : En développant les activités de promotion sanitaire qui ont une influence positive sur le mode de vie et préviennent les comportements nocifs pour la santé de l'individu, de la famille et de la collectivité, grâce à des programmes intégrés d'information, d'éducation et de communication. Ils cibleront en priorité les femmes et les jeunes en collaboration avec les organisations de la société civile et les autres partenaires. L'information, l'éducation et la communication viseront essentiellement à développer chez les citoyens une « conscience sanitaire », c'est-à-dire les rendre responsables de leur propre santé.

Cet axe doit aussi permettre d'accroître l'impact des programmes de santé préventive particulièrement ceux concernant la santé de la reproduction. Les activités devront être plus ciblées et plus intenses, visant les populations rurales et défavorisées de la périphérie des grandes villes. La planification familiale, la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, recevront une attention soutenue.

- le renforcement de l'offre de soins ainsi que sa répartition équitable sur l'ensemble du territoire, pour permettre une meilleure accessibilité aux différents services de santé ;
- l'amélioration de la qualité⁵ des services de santé y compris les soins curatifs : condition essentielle pour maintenir la compétitivité du secteur public pour l'offre de soins ;
- l'adoption d'une politique du médicament, socialement efficiente ;
- l'amélioration de la gestion des services de santé y compris la gestion hospitalière où le souci de rentabilité et d'efficacité doit dominer afin d'offrir des prestations sanitaires plus performantes et de meilleure qualité ;
- le renforcement des mécanismes de financement de la santé afin d'améliorer à la fois l'accès aux soins et le rapport coût/efficacité, à travers l'extension de la couverture par l'assurance maladie et l'instauration d'un mode institutionnel de financement des soins aux personnes économiquement faibles ;
- la définition et la mise en œuvre d'une stratégie globale des ressources humaines, fondée sur la maîtrise de leur utilisation sur l'amélioration et l'adaptation de leurs capacités de résolution des problèmes de santé ;

⁴ Cet axe concerne la fonction santé publique, série d'activités indispensables destinées à protéger la santé de la population et à traiter les maladies et visant l'environnement et la communauté. Elles sont vitales pour le maintien et l'amélioration de la santé. Les pays doivent veiller à ce que ses services respectent des normes minimales. Leur application doit être surveillée par des services de l'Etat. (Document du Conseil Exécutif EB 101/8 « *La santé pour tous au XXI^{ème} siècle* » OMS 1997).

⁵ Dans le contexte actuel, des soins ou des services sont jugés de qualité s'ils répondent à des critères particuliers et, compte tenu des connaissances et des moyens contemporains, s'ils satisfont les espoirs de maximisation des avantages et de minimisation des risques pour la santé et le bien-être du malade (N.T. Racoveanu & Kristen Staehr Johansen, (1995), *La technologie au service de l'amélioration constante des soins*, Forum mondial de la santé, vol. 16.).

- le renforcement de la déconcentration et de la décentralisation, avec la mise en place des structures sanitaires régionales.

Les principaux programmes, activités, projets et mesures découlant de ces orientations et considérés prioritaires sont :

- les programmes et activités sanitaires ayant un impact sur la réduction de la fécondité, de la morbidité et de la mortalité en général, infantile et maternelle en particulier ;
- les projets d'extension de l'offre de soins pour améliorer l'accessibilité de la population aux différents services de santé ;
- l'amélioration de la qualité de prise en charge des soins en général et hospitaliers en particulier, dans le cadre de la réforme hospitalière ;
- les mesures institutionnelles visant l'instauration et le développement de mécanismes de financement des soins et de recouvrement de leur coût, ainsi que le renforcement des capacités de gestion du secteur ;
- les mesures visant à valoriser les ressources humaines et à améliorer leurs connaissances et leur savoir faire en matière de prise en charge des problèmes de santé.

Les stratégies spécifiques à chaque programme ou projet seront de plus en plus planifiées, programmées et exécutées de manière décentralisée, avec une recherche constante du meilleur rapport coût/efficacité entre les différents niveaux d'actions.

III. Objectifs des programmes

Les moyens de prévention et de prise en charge mis en place en matière de soins de santé primaire, vont être renforcés. En effet, des programmes de prévention ont été mis en œuvre, pour les problèmes de santé maternelle et infantile et de lutte contre les maladies transmissibles. Mais d'autres, n'ont pu encore être pris réalisés en raison de l'insuffisance des ressources : diabète, hypertension artérielle...

Actuellement, mis à part les performances des programmes de vaccination des enfants et des femmes contre les six maladies cibles et les actions de lutte contre les maladies transmissibles, la couverture de la population par les programmes de santé reste en général modeste voire insuffisante. Les écarts entre milieux restent importants. Tel est le cas de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, dont les performances sont réduites, en particulier en milieu rural et qui ont un impact important sur la mortalité maternelle. En 1997, le taux de couverture par la consultation prénatale en milieu rural n'a pas dépassé 20% et n'a progressé que de 7 points en plus en 10 ans, contre 20 points dans les villes. Cette même année, le pourcentage d'accouchements en milieu surveillé a atteint 43%, 70% en ville, 20% seulement à la campagne. En 10 ans, le progrès en milieu rural n'a été que de 9 points. Ainsi 80% de rurales accouchent

sans assistance de personnel qualifié et des centaines de milliers d'enfants sont nés sans que ni la mère ni l'enfant ne reçoivent de soins appropriés.

En revanche, les performances en matière de vaccination sont bonnes, grâce à une mobilisation sociale par le biais des journées nationales de vaccination organisées chaque année depuis 1987. La couverture vaccinale a atteint 89% en 1997 contre 70% en 1987. En milieu rural, la couverture est passée de 58% à 85% entre 1987 et 1997.

Tableau 1 : Evolution des taux de couverture (en %) par les programmes de vaccination et de surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

Années	1987			1992			1997		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Surveillance prénatale	49	13	25	61	18	33	69	20	42
Accouchement en milieu surveillé	56	11	26	59	13	28	70	20	43
Vaccination des enfants contre les six maladies cibles	83	58	70	94	67	76	93	85	89

Sources : Enquêtes ENPS I et II, PAPCHILD

La mauvaise performance de certains programmes est liée à l'accessibilité géographique. Ce problème est mis en évidence par le ratio « consultations médicales dans les établissements de soins de santé primaires par habitant et par an », qui est très faible. La difficulté d'accès aux soins par la population rurale demeure une insuffisance majeure du système. Les distances entre population et formations sanitaires sont importantes : près de 40% de ruraux se trouvent à plus de 10 kilomètres d'un établissement sanitaire. La population éloignée est sensée être couverte par des services de santé mobile. Or, les performances de ce système en termes de couverture et de contribution à l'offre de soins sont relativement faibles, si bien qu'une grande proportion de la population rurale n'a que très peu accès aux soins. (accès difficile à certains villages enclavés, diminution du nombre d'infirmiers itinérants, problèmes de gestion des équipes mobiles...). Afin de pallier ces insuffisances, le Ministère de la Santé a entamé, depuis 1993, un vaste programme de construction de centres de santé communaux et a renforcé la médicalisation du monde rural.

Un des enjeux majeurs pour le futur, sera de garantir que les programmes sanitaires en général et ceux de la santé de la reproduction et infantile en particulier soient dirigés vers les groupes les plus vulnérables et les plus exposés aux risques. Dans ce contexte, le Ministère de la Santé oriente depuis 1995 l'ensemble des actions de prévention vers ces cibles, dans le cadre d'une stratégie de développement social qui englobe des interventions intégrées en éducation et santé de base au bénéfice de 13 provinces parmi les plus défavorisées.

Le Ministère de la Santé s'attaquera donc, au cours des prochaines années, à la réduction des problèmes de santé qui demeurent prédominants afin de réduire les niveaux de mortalité maternelle et périnatale, d'atténuer l'intensité de la morbidité maternelle et infectieuse et de réduire la malnutrition des mères et des enfants. La consolidation des résultats obtenus jusque là exige des efforts d'autant que le problème du financement se pose avec acuité en raison de la baisse des ressources provenant de la coopération bilatérale et multilatérale.

La décennie quatre vingt dix étant celle de la promotion et du développement de l'intégration, la stratégie de « gestion intégrée des maladies de l'enfant ou la prise en charge intégrée des problèmes sanitaires de l'enfant » a été adoptée pour renforcer les actions menées dans le cadre de la protection de la santé de la mère et de l'enfant. Cette stratégie présente d'indéniables atouts tels l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires, l'accélération du processus de décentralisation, l'intégration des activités relatives à la santé de la mère et de l'enfant et un accroissement notable de l'efficacité des programmes.

Pour la lutte contre les maladies, les actions envisagées porteront sur :

- la consolidation des acquis en matière de lutte contre certaines maladies (poliomyélite, tétanos néonatal, rougeole, paludisme, bilharziose) ;
- l'intensification des efforts déjà entrepris pour l'élimination de certaines d'entre elles ;
- la réorientation de certaines stratégies de lutte ;
- l'intégration de toutes les actions possibles dans les soins de santé primaires ;
- l'encouragement de toutes les initiatives visant à protéger l'environnement de toutes les nuisances à l'origine de problèmes de santé ;
- le développement de programmes de surveillance épidémiologique performants pour faire face à toute maladie émergente.

Des actions qui restent cependant tributaires de l'intervention concertée et coordonnée des différents secteurs. Par ailleurs, le MS a entamé des actions ciblées en direction des soins curatifs tant au niveau du réseau de soins de santé de base qu'au niveau hospitalier, avec pour objectif majeur l'amélioration de la qualité des prestations fournies.

IV. Soins de santé primaires au Maroc

Les soins de santé primaires ont été définis comme « des mesures simples et efficaces en terme de coût, de techniques et d'organisation, d'accès facile aux malades cherchant un soulagement à leurs souffrances et faites pour améliorer les conditions d'existence de l'individu, de sa famille et de la communauté. Le but de ces mesures est de répondre aux besoins fondamentaux de l'homme en tout ce qui concerne la santé : ce qui peut, en fin de compte, s'exprimer par des réponses aux simples questions suivantes : Premièrement, où puis-je aller et que dois-je faire pour conserver ma santé ? Il s'agit donc non seulement de mesures qui préviennent et guérissent la maladie, mais aussi de celles qui rétablissent et améliorent la santé tout en favorisant l'évolution de la communauté ».⁶

⁶ Ibid.

1. La composante soins de santé primaires

Les soins de santé recouvrent 8 composantes essentielles : une éducation appropriée pour la santé, la promotion d'une alimentation/nutrition saine, des mesures d'assainissement de base telles que l'approvisionnement suffisant en eau saine et l'évacuation hygiénique des déchets, des activités de santé maternelle et infantile incluant la planification familiale, des vaccinations contre les maladies infectieuses les plus importantes, la prévention et la lutte contre les endémies locales, le traitement approprié des maladies et traumatismes courants et la fourniture des médicaments essentiels. Sur le plan international, l'approche concernant les soins de santé primaire a vu le jour à la suite d'une discordance entre les besoins de santé et l'affectation des ressources concernant l'amélioration de la santé. Cette approche constitue la pierre angulaire de la stratégie de « la santé pour tous »⁷ signifiant qu'il faudrait considérer la santé comme l'objectif du développement économique et non seulement comme l'un des moyens d'y parvenir.

Lors de la Conférence d'Alma Ata en 1978 il a été déclaré que la santé « qui est un état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité... », est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

Les soins de santé primaires reposent sur trois éléments fondamentaux : une approche multisectorielle de la santé, la participation communautaire et l'adoption d'une technologie appropriée. Ces éléments constituent l'assise de tous les programmes de santé et de développement de l'offre de soins. Ils placent l'individu, la famille et la communauté au centre du système de santé, et ils font des professionnels de santé du réseau de santé primaire, le premier échelon du système sanitaire avec lequel la communauté entre en contact.

2. L'évaluation de l'après Alma Ata

L'évaluation réalisée en 1988 sur la stratégie de la santé pour tous lors de la réunion tenue à Riga⁸, avait conclu qu'il était urgent de reconnaître que beaucoup de problèmes de santé subsistaient, malgré les efforts de développement. Ces problèmes résiduels, qui contribuent lourdement au fardeau de la mortalité et de l'incapacité, exigent instamment une évaluation attentive et une application plus énergiques des approches actuelles, mais aussi des approches

⁷ En 1977, la XXX^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé a décidé que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS pour les prochaines décennies devait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permet de mener une vie socialement et économiquement productive. Cet objectif est généralement désigné par la formule « *La santé pour tous d'ici l'an 2000* » (SPT 2000).

⁸ Réunion organisée par l'OMS à Riga (Lettonie) du 22 au 25 Mars 1988 sous le slogan d'ALMA ATA à l'an 2000, Situation à mi-parcours et perspectives.

nouvelles, des recherches nouvelles, des mécanismes nouveaux, des partenaires nouveaux, des ressources nouvelles.

En 1991, lors du sommet de la santé publique⁹, le Directeur Général de l'OMS déclarait que « ...la santé pour tous est en réalité une quête de justice sociale et d'équité, c'est à dire le droit à la santé pour chacun... ». La déclaration issue de ce Sommet soulignait par ailleurs que les récents changements politiques, socio-économiques, épidémiologiques, démographiques, écologiques allaient imposer une charge encore plus lourde au secteur de la santé, déjà très sollicité par l'allocation et la distribution des ressources. Deux autres recommandations fondamentales sont ressorties de cette déclaration : la promotion de l'élaboration des programmes sanitaires et environnementaux conformes aux principes d'éthique, d'équité et de justice sociale, sans perdre de vue les exigences de qualité et d'accessibilité des prix et la recherche du meilleur équilibre entre les interventions de l'Etat et les lois du marché en atténuant la dichotomie public/privé afin d'assurer un accès équitable à des soins de santé efficaces.

3. Le développement des soins de santé primaires au Maroc

Au Maroc, quoique les SSP ont constitués la pierre angulaire de la politique de prévention adoptée depuis le début des années soixante. Mais ils se sont développés dans un contexte marqué au cours de la décennie quatre vingt par la mise en œuvre du programme d'ajustement structurel de l'économie visant à rétablir les équilibres macro-économiques dont les effets sur les secteurs sociaux en général et sur celui de la santé en particulier a pu avoir des effets négatifs en terme de budgets adéquats.

Paradoxalement, durant cette même période, certaines composantes des SSP ont connu un développement remarquable grâce à la mobilisation d'importantes ressources dans le cadre de projets initiés avec l'appui de la coopération multilatérale et bilatérale. Des programmes d'envergure ont été menés en faveur de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant.

Trois programmes peuvent ainsi être considérés comme une réussite, par l'impact qu'ils ont produits sur la santé de la population : la planification familiale, la vaccination et la lutte contre maladies diarrhéiques par la réhydratation orale. L'innovation introduite dans la stratégie d'intervention de ces programmes a consisté en une mobilisation sociale intense dans le cadre de journées nationales. Les ressources mobilisés par ces programmes pour les activités d'information, de communication et de fourniture des services, ont permis de leur insuffler une nouvelle dynamique.

Depuis 1995, un plan de mobilisation sociale a été mis en œuvre afin de réduire les risques liés à la maternité. Les efforts engagés dans le renforcement de ce programme de surveillance de

la grossesse et de l'accouchement commencent à porter leurs fruits puisque la mortalité a régressé, en 10 ans, de presque un tiers passant de 332 à 228 pour 100 000 naissances vivantes. Si ce taux n'est que de 125 en milieu urbain, il demeure encore très élevé en milieu rural où il atteint 300. En revanche, d'autres problèmes sanitaires non moins importants, tels que ceux liés à certaines maladies transmissibles restent encore posés en raison de leur lien étroit avec le manque d'hygiène et de l'accès inégal à l'eau potable et à l'assainissement.

La disponibilité des médicaments essentiels dans les structures de SSP reste insuffisante en raison de problèmes de financement. Des tentatives visant à faire participer la population au coût des médicaments ont été entreprises. Mais l'opération est très complexe. La participation est, de fait, tributaire des institutions, dont l'évolution peut ne pas être suffisamment rapide.

Le MS doit maintenant relever le défi qui consiste à assurer que le système de santé sera capable, à long terme, de financer et de fournir les services de prévention, de soins curatifs et de promotion de la santé, en particulier pour les individus et les groupes dans la communauté les plus vulnérables et les plus défavorisés. Les services de soins de santé primaire sont la porte d'entrée du système de soins et la voie d'accès aux hôpitaux. Dans le cadre de la réforme actuelle qui consiste à investir simultanément dans l'amélioration de l'équité et l'efficacité des services de santé, le renforcement du réseau de soins de santé primaire constitue une priorité. Dans ce contexte, une réforme du système de soins a été engagée dans une perspective de décentralisation, en direction des régions nouvellement instituées, sur la base de ces principes :

- l'autonomie et la co-responsabilisation pour la gestion des services ;
- la participation des professionnels et des citoyens aux décisions.

La conséquence de cette régionalisation fera apparaître vraisemblablement une pluralité de formules de gestion des soins de santé primaire, en raison des spécificités démographiques, économiques, épidémiologiques et sanitaires de chaque région.

En définitive, les mutations socio-économiques en cours sur le plan national, nécessiteront une nouvelle approche de résolution des problèmes et un investissement beaucoup plus important en capital humain, fondé sur une politique d'équité et de solidarité. Dans ce contexte, la santé trouve une place de choix, vu que ses actions sont à la fois condition et conséquence du développement et visent à résoudre ou à supprimer des problèmes qui pèsent sur l'homme et réduisent ses capacités de production, sa prospérité et par là son bien être.

⁹ Sommet de santé publique organisé du 17-20 septembre 1991, par l'OMS et la préfecture de Saïtama au Japon sur le thème « Pour une nouvelle action de santé publique ».

Bibliographie

- Heaver R., (1995), « *Managing Primary Health Care, Implications of the health transition* », World Bank Discussion Papers, n° 276, 41 p.
- Mahler H., (1981), « *Que signifie : la santé pour tous d'ici l'an 2000* ». Forum Mondial de la santé, 2 (1) : 5-26, OMS.
- Ministère de la Santé Publique, (1993), *La Santé au Maroc, Stratégie de développement*, 99 p.
- Ministère de la Santé, (1989), *Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la santé de la Population au Maroc (ENPS) 1987*, Rapport final sur l'enquête, 197 p.
- Ministère de la Santé, (1993), *Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS II) 1982*, Rapport final sur l'enquête, 281 p.
- Ministère de la Santé, (1998), *Stratégie sectorielle de la santé*, document de travail inédit, 75 p.
- OMS, (1978), *Les soins de santé primaires, Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Alma Ata (URSS), 6-12 sept. 1978. Rapport conjoint de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2,88 p.
- OMS, (1981), *Prise de décision à l'échelon national pour les soins de santé primaires*, Etude du Comité mixte FISE/OMS des directives sanitaires. OMS, Genève, 76 p.
- OMS, (1988), *Riga : la réaffirmation d'Alma Ata, Situation à la mi-parcours et perspectives.*. Rapport de l'OMS, Riga, URSS, 22-25 Mars 1988, 18 p.
- OMS, (1992), *Pour une nouvelle action de santé publique*, Rapport sur le Sommet de la santé publique de Saitama, Japon, 17-20 sept. 1991, 163 p.

La santé de l'enfant au Maroc ***(Mostafa Tyane et Hamid Chekli)***

Introduction

La réduction du taux de mortalité infantile - un indicateur efficace de l'état de santé est une préoccupation constante des pouvoirs publics au Maroc, surtout depuis deux décennies. Le plan quinquennal 1981-85 a ainsi fixé pour la première fois des objectifs chiffrés de réduction de la mortalité infantile en précisant les moyens et mesures. Par ailleurs, des enquêtes nationales furent mises en place par le Ministère de la Santé pour pallier les lacunes de l'état civil, sur la mesure de cette mortalité. C'est ainsi que, l'on a pu disposer d'informations adéquates et régulières pour suivre les stratégies destinées à réduire la mortalité infantile et répertorier les nouveaux besoins liés à la survie de l'enfant. En ratifiant la convention internationale sur les Droits de l'Enfant en 1993, le Maroc s'est également engagé dans un processus dont l'objectif consiste à fournir la protection requise par l'enfant aux plans législatif, social, sanitaire et éducationnel. Cet engagement constitue un tournant décisif à l'aube du prochain millénaire.

Malgré d'importantes disparités économiques et socio-démographiques, la mortalité infantile a connu une amélioration notable, qui reste néanmoins en deçà des attentes nationales. L'enquête PAPCHILD de 1996-97 a récemment confirmé l'accélération de la baisse : mortalité infantile de 36‰ et infanto-juvénile de 45,8‰. Maladies diarrhéiques et infections respiratoires aiguës, associées à la malnutrition, en constituent les principales causes. Grâce aux campagnes annuelles de vaccination du Programme National d'Immunisation (PNI), les maladies cibles ne constituent en revanche plus un problème de santé publique. Aucun cas de poliomyélite ne fut enregistré depuis une dizaine d'années et l'incidence de la rougeole, de la coqueluche et de la diphtérie a considérablement diminué.

Enfin les causes de morbidité des jeunes adolescents sont dominées par les maladies des voies digestives, les maladies infectieuses et les maladies sexuellement transmissibles. L'incidence du SIDA reste faible : mais l'insuffisance des moyens de dépistage et le manque d'information sur cette maladie ne permettent pas d'estimer avec précision les cas de séropositifs.

II. Analyse de la situation sanitaire actuelle de l'enfant au Maroc

Dans son article premier, la Convention Internationale sur les Droits de l'Enfant définit un enfant comme un être vivant âgé de moins de dix-huit ans sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation nationale. En 1992, les moins de 18 ans, un peu plus de 12 millions d'individus, représentaient la moitié de la population totale (49,7%) et baisseront au tiers (35,1%) en 2012. Les moins de cinq ans, 13,2 millions, sont passés de 19,2% en 1960 à 13% en 1992 et ne

représentera plus que 8,4% en 2012. Le ralentissement observé ces dernières années dans la croissance démographique est évidemment le fruit de la baisse de la fécondité, particulièrement aiguë en milieu urbain.

1. Cadre général

A l'indépendance, le Maroc a hérité d'un système de santé publique mal adapté à ses réalités socio-économiques. Une médecine curative avait été développée au détriment d'une médecine de prévention reléguée au second plan alors que des maladies endémiques (paludisme, tuberculose, malnutrition, maladies hydriques...) étaient extrêmement répandues. Le corps médical était essentiellement constitué de médecins étrangers. Le nombre de médecins marocains ne dépassait guère la trentaine sur un total de 1099 médecins en exercice, vers 1960. Depuis, la situation s'est singulièrement améliorée après la création des deux facultés de médecine : Rabat (1964) et Casablanca (1976). Le nombre de médecins a depuis été multiplié par 4,5. Le niveau de spécialisation de ce corps ne cesse de croître. La densité médicale demeure néanmoins insuffisante et leur répartition, celle des médecins en général et des pédiatres en particulier, très inégale : Casablanca et Rabat, rassemblent à elles seules plus de 70% des pédiatres du secteur public et 60% de ceux du privé.

L'action des pouvoirs publics en matière de santé de l'enfant est axée en priorité sur la prévention. C'est ainsi qu'un réseau de soins de santé de base (RSSB) regroupant des dispensaires et des centres de santé implantés dans les villes et campagnes a été développé. Les établissements de santé offrent des services de planification familiale, de santé maternelle et infantile, de vaccination, d'hygiène scolaire, etc. Mais toutes les formations sanitaires ne comportent pas encore des unités d'accouchement.

L'accessibilité aux unités sanitaires de base demeure l'une des préoccupations du Ministère de la Santé. En effet, si en milieu urbain le problème d'accessibilité physique ne se pose pas avec acuité, en milieu rural (où l'habitat est dispersé et les moyens de communication insuffisants), l'accès aux services constitue encore un problème sérieux. Pour atteindre la formation sanitaire la plus proche, près de 6 habitants ruraux sur 10 doivent parcourir une distance au moins égale à 6 km et environ 4 habitants sur 10 une distance supérieure à 10 km. Partant de cette réalité, de nouvelles normes ont été arrêtées pour la programmation de l'infrastructure sanitaire. Les anciennes normes prévoyaient 1 dispensaire pour 15 000 habitants et 1 centre de santé pour 45 000 habitants. Les services de pédiatrie, ont connu un développement relativement important mais surtout concentré dans les agglomérations urbaines.

2. Situation sanitaire des enfants de moins de cinq ans

Le poids de la mortalité infanto-juvénile dans la mortalité générale demeure très important. Le tiers des décès concerne des enfants de moins de cinq ans. Mais un effort appréciable a été entrepris pour l'infléchir. On note ainsi :

- la régression constante des niveaux de mortalité néonatale, post néonatale et juvénile
- la part croissante de la mortalité néonatale dans la mortalité infantile (55% en 1987-91 contre 49% en 1962-66). Cette inversion est le résultat des actions menées dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses évitables par la vaccination ;
- la part de la mortalité néonatale précoce (0-6 jours) qui représente 59% des décès néonataux avec comme principales causes la prématurité, l'hypoxie intra-utérine et l'asphyxie à la naissance ;
- les premières naissances comportent un risque de mortalité périnatale élevé. La mortalité néonatale est plus élevée chez les primipares et les multipares (4 enfants et plus). Elle l'est aussi chez les femmes dont l'âge à l'accouchement est inférieur à 20 ans et quand l'intervalle intergénéral est inférieur à 2 ans ;
- la part de la mortalité juvénile chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 47% en 1962-66 à 27% en 1993-97 ;
- la part de plus en plus importante de la mortalité infantile dans celle des enfants de moins de cinq ans (75% en 1987-91 contre 58% en 1962-66) ;
- la surmortalité en milieu rural (+4,9 pour la mortalité néonatale, +16,5 pour la mortalité post néonatale, +21,6 pour la mortalité de moins de cinq ans) par rapport au milieu urbain ;
- les programmes de protection de la santé de la mère et de l'enfant fournissent des services dont la pertinence est indiscutable. Toutefois, leurs performances en terme de couverture dans l'espace et dans le temps ainsi que la qualité de la prestation restent insuffisantes ;
- la lenteur des progrès. Au rythme actuel, plusieurs décennies seraient nécessaires pour parvenir à infléchir la mortalité des enfants. L'offre de soins est globalement faible tant au niveau des infrastructures publiques que privées. L'encadrement par les médecins spécialistes (obstétriciens, gynécologues et pédiatres) est faible et son évolution plus lente que l'accroissement démographique. C'est l'une des causes de la persistance des problèmes de santé maternelle et infantile ;
- les projections pour l'an 2001 montrent que la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infantile passera à 62%. La part de la mortalité juvénile dans la mortalité des moins de cinq ans ne sera plus que de 19%. L'écart entre milieux demeurera important.

3. Situation sanitaire des enfants de six à onze ans

Les principales causes de décès (déclarations auprès des municipalités) sont :

- les accidents, empoisonnements et traumatismes (37,3% des cas) ;
- les maladies de l'appareil circulatoire (17% des cas) ;
- les maladies du système nerveux et des organes des sens (11,6%) ;
- les tumeurs (5,9%).

Les actions de santé en faveur des enfants de six à onze ans se réalisent à travers le programme national de santé scolaire qui ne touche que les enfants scolarisés, près de la moitié de la population concernée seulement. Une autre moitié échappe donc aux programmes de prévention.

4. Situation sanitaire des enfants de douze à dix huit ans

Les principales causes de décès sont :

- les accidents, empoisonnements et traumatismes (35,4% des cas) ;
- les maladies du système nerveux et des organes des sens (11,4% des cas) ;
- les tumeurs (7%).

Cette population se caractérise par une forte exposition aux risques de maladies et aux comportements à risque : maladies sexuellement transmissibles, l'usage du tabac et de la drogue...

IV. Dispositif des soins destinés à l'enfant

1. Cadre général

La connaissance des niveaux et des causes de mortalité des enfants a permis de dégager quelques observations à même d'aider les autorités sanitaires. Les programmes du Ministère de la Santé depuis les années 70 ont connu un développement appréciable, mais les résultats escomptés en terme de réduction de la mortalité infantile, eu égard aux moyens investis, restaient modestes. C'est pourquoi une restructuration de ces programmes a été entreprise en 1987 visant leur intégration et leur adaptation aux caractéristiques régionales. Les organisations internationales ont contribué à sensibiliser l'opinion publique sur les niveaux élevés de la mortalité des enfants. La plupart des pays en développement, le Maroc en particulier, ont ainsi réorienté leurs programmes vers des objectifs plus ciblés.

2. Actions développées en faveur de l'enfant

Les programmes destinés à l'enfant sont nombreux et complémentaires. Ils visent tous à réduire la mortalité, la morbidité et promouvoir la santé des enfants, ceux de moins de 5 ans en particulier, la tranche la plus vulnérable. Les plus importants sont les suivants :

- le Programme National d'Immunisation (PNI) ;
- le Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PLMD) ;

- le Programme de Lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës (PLIRA) ;
- le Programme de Lutte contre les Maladies de Carence (PLMC) et
- le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU).

2.1. Le Programme National d'Immunisation (PNI)

L'engagement politique au plus haut niveau et l'expérience acquise depuis plus de dix ans dans le domaine de la vaccination ont stimulé les performances de ce programme. Il a permis de réduire d'une manière drastique la mortalité et les handicaps dus aux principales maladies cibles : diphtérie, coqueluche, rougeole, poliomyélite, tétanos et tuberculose. Les premières campagnes de vaccination de masse ont été menées dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV), dans le cadre du plan de développement économique et social 1981-85. Les résultats obtenus ont été assez encourageants sur le plan de la couverture vaccinale et sur l'incidence de la poliomyélite et de la diphtérie sans atteindre cependant les objectifs escomptés. La couverture n'avait pas dépassé 50% en 1985. Le PEV a été transformé en PNI en 1987, dont les objectifs visaient à répondre aux besoins de la population en vaccination, privilégiant les milieux rural et périurbain, afin de réduire les disparités et d'éviter la constitution de zones à haut risque de transmission pour les maladies cibles.

Le programme s'est astreint à atteindre une couverture vaccinale satisfaisante et uniforme à tous les niveaux. La stratégie s'appuie sur les structures de base de la couverture sanitaire et comporte quatre volets :

- la stratégie fixe s'adresse à une population ayant des facilités d'accès aux formations sanitaires. Des séances de vaccination sont programmées et réalisées régulièrement dans toutes ces formations. Leur fréquence est fonction de l'objectif arrêté mensuellement pour chaque structure. Le secteur privé (cabinets de médecins, de sages-femmes et d'infirmières) joue également un rôle significatif dans la vaccination, contribuant à l'amélioration de l'accessibilité aux prestations vaccinales.
- la stratégie mobile inclut deux modes de couverture :
- la vaccination par itinérance : un infirmier se déplace par vélomoteur dans un rayon de 3 à 6 km et vaccine des enfants et des femmes non ou incomplètement vaccinés qu'il rassemble en un point de contact.
- la vaccination par équipe mobile : une équipe composée d'un médecin et de deux infirmiers(es) se déplace par véhicule sur un rayon de 10 km ou plus pour couvrir les zones éloignées. Cette équipe vaccine également des femmes et des enfants non ou incomplètement vaccinés dans des points de rassemblement selon un programme préétabli.
- la vaccination par mini-campagne.

Cette activité limitée dans le temps et dans l'espace est réservée à des situations particulières, telles que la « riposte » vaccinale lors de l'identification et de la déclaration de cas de paralysie flasque aiguë, d'épidémie de rougeole ou de cas de tétanos néonatal.

- les Journées Nationales de Vaccination.

Depuis 1987, le Maroc organise, chaque année, des Journées Nationales de Vaccination (JNV) contre les six maladies cibles de l'enfant. Grâce à cette stratégie, la couverture vaccinale a été améliorée et maintenue à un niveau élevé.

Les résultats obtenus en matière de couverture vaccinale et de réduction de l'incidence des maladies cibles sont spectaculaires :

- aucun cas de poliomyélite n'a été enregistré depuis 1990 ;
- les formes graves de tuberculose sont exceptionnelles ;
- le tétanos néonatal est pratiquement éliminé des services de pédiatrie ;
- la diphtérie et la coqueluche sont devenues rarissimes.

Le lancement du PNI a eu d'autres retombées positives sur le système de santé :

- l'adoption d'un calendrier plus performant et plus adapté répondant aux recommandations de l'OMS et de l'UNICEF ;
- l'introduction de la vaccination antitétanique chez les femmes en âge de procréer ;
- la généralisation de la vaccination dans toutes les formations sanitaires de base ;
- l'équipement de toutes les structures en matériel d'injection, de stérilisation et de chaîne de froid ;
- l'acquisition de moyens de transport pour garantir le suivi et la distribution du vaccin et du matériel ;
- la décentralisation de la gestion et de la programmation des activités de vaccination ;
- et surtout l'indépendance en matière d'acquisition des besoins du pays en vaccins.

Les perspectives du PNI sont :

- d'atteindre et de maintenir dans l'ensemble du pays une couverture vaccinale supérieure à 90% pour tous les antigènes ;
- d'éliminer le tétanos néonatal d'ici l'an 2000 ;
- de réduire l'incidence de la rougeole et d'envisager son élimination d'ici l'an 2005
- d'éradiquer la poliomyélite d'ici l'an 2000.

2.2. Le Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PLMD)

Les maladies diarrhéiques sont un problème majeur de santé publique. A la suite des recommandations de l'OMS, le PLMD a été créé et généralisé à tout le pays en 1980. Jusqu'en

1990, le programme a développé une stratégie de traitement par les sels de réhydratation orale (SRO) tous les cas de diarrhée décelés dans les structures de santé. La mise en œuvre du programme a permis une baisse régulière de l'incidence hospitalière des cas de déshydratation aiguë, une amélioration sensible des connaissances des professionnels de santé et des mères quant à la préparation et l'administration des SRO.

L'objectif de ce programme est de dépister et d'assurer la prise en charge précoce des cas de diarrhée infantile évitant ainsi la déshydratation aiguë et donc l'élévation du risque de décès. L'action de ce programme vient en soutien aux mesures d'amélioration des infrastructures de base, adduction d'eau potable et élimination hygiénique des excréta. Cependant, ces infrastructures de base accusent un retard considérable, surtout dans les campagnes. La généralisation des infrastructures de base représente, avec l'alphabétisation universelle, le défi majeur des prochaines années.

Sur le plan opérationnel, le programme développe trois stratégies fondamentales et complémentaires :

- stratégie I : prévention des diarrhées à travers la promotion de l'allaitement maternel, l'application de pratiques adéquates de sevrage, l'hygiène des mains, des latrines et le maintien d'une bonne couverture vaccinale surtout anti-rougeoleuse ;
- stratégie II : promotion de la thérapie de réhydratation à domicile (augmentation du volume des liquides consommés, poursuite de l'alimentation) ;
- stratégie III : amélioration et standardisation de la prise en charge des cas par les agents de santé.

2.3. Le Programme de Lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës (PLIRA)

Les infections respiratoires aiguës (IRA) chez les jeunes enfants constituent un autre problème majeur de santé publique. Mis en place au début de l'année 1992, le programme PLIRA a d'abord concerné quatre provinces : Agadir, Marrakech, Kénitra et Meknès. En 1993, il a été étendu à douze autres puis généralisé à l'ensemble du pays. Ses activités sont les suivantes :

- formation du personnel de santé en matière de prise en charge des cas d'IRA ;
- acquisition de matériel technique et de médicaments spécifiques ;
- production de supports didactiques et éducatifs ;
- développement des capacités de gestion des professionnels en charge du programme.

Sur le plan pratique, les activités du programme de lutte contre les IRA consistent à assurer une prise en charge clinique correcte des enfants malades et de procéder à leur transfert en milieu spécialisé en cas de nécessité. Il vise également à rationaliser l'utilisation des antibiotiques et assurer leur disponibilité au niveau des formations sanitaires de base.

2.4. Le Programme de Lutte contre les Maladies de Carence (PLMC)

Ce programme vise à réduire la mortalité infanto-juvénile et à promouvoir un développement psychomoteur et somatique harmonieux du jeune enfant. En voici certaines activités :

- surveillance de la croissance par la pesée systématique des enfants ;
- dépistage et suivi des cas de malnutrition protéino-calorique ;
- promotion de l'allaitement maternel et des bonnes pratiques de sevrage ;
- supplémentation des nourrissons par la vitamine D pour prévenir le rachitisme carenciel ;
- éducation des mères sur l'alimentation de leurs enfants.

Les indicateurs anthropométriques tirés des enquêtes nationales sur la population et la santé de 1992 et 1997 montrent que la malnutrition sous sa forme aiguë est pratiquement inexistante : 3% seulement. Mais la malnutrition chronique ou retard de croissance est extrêmement répandue et touche un enfant sur quatre au plan national et presque un enfant sur trois en milieu rural. Par ailleurs, si la malnutrition protéino-énergétique a connu une évolution favorable, les carences spécifiques en micronutriments sont encore répandues. L'anémie par carence en fer touche 35% des enfants de moins de cinq ans selon les données de l'enquête nationale réalisée par le Ministère de la Santé en 1995. De même, 41% des enfants de moins de six ans souffrent d'une carence en vitamine A dont 3% présente une carence sévère avec un taux de rétinol sérique inférieur à 100 µg/l. Des cas d'atteinte oculaire caractéristiques de xérophtalmie ont été notifiés dans des services spécialisés d'ophtalmologie. Pour lutter contre ces carences nutritionnelles, des stratégies appropriées sont en cours d'élaboration et s'articulent autour de :

- la diversification alimentaire ;
- la supplémentation en micronutriments des populations les plus vulnérables ;
- et l'enrichissement des aliments de large consommation.

Il y lieu de noter que depuis plus de deux décennies, le Maroc a mis en place une politique de supplémentation en Vit D qui s'est avérée efficace. Ainsi, les cas de rachitisme dans les services de pédiatrie sont rares. Cependant, cette mesure n'est que palliative. Pour de larges franges de la population affectées par la pauvreté, les enfants et nourrissons restent particulièrement vulnérables aux maladies de carence.

2.5. La promotion de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel n'était pas considéré comme un problème de santé publique au Maroc. Les données des enquêtes récentes, ont montré que pratiquement quatre femmes sur cinq allaitent encore leur enfant après cinq mois. La durée semble satisfaisante mais ne tient pas compte de l'exclusivité ni de la conduite de l'allaitement maternel. L'OMS recommande que les nourrissons de moins de quatre mois soient exclusivement allaités au sein.

Au Maroc, le biberon est introduit dès le deuxième mois dans plus de 45% des cas par les mères citadines et presque 20% par les rurales. Les femmes de niveau socio-économique moyen ou aisé utilisent le biberon pour alimenter leurs enfants dans plus de 50% des cas. Le sevrage est généralement brusque et la diversification alimentaire souvent précoce et inadaptée. Les mères arrêtent d'allaiter leurs enfants pour différentes raisons mais en milieu rural la principale cause d'arrêt est la survenue d'une nouvelle grossesse dans plus de 35% des cas. Plus d'une mère allaitante sur trois pense que son lait est insuffisant pour couvrir les besoins de son enfant.

Ces données inquiétantes montrent à quel point les jeunes nourrissons sont exposés à une alimentation inappropriée et expliquent la fréquence élevée des maladies diarrhéiques, des intolérances digestives et de la malnutrition chez cette catégorie de la population. Pour redresser remédier à la baisse de la pratique de l'allaitement maternel, le Ministère de la Santé a mis en place en 1992 un plan d'action englobant :

- l'information et l'éducation du grand public sur les avantages de l'allaitement maternel ;
- l'encouragement et la protection de l'allaitement maternel dans les structures de maternité et de pédiatrie à travers « l'initiative des hôpitaux amis des bébés » en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF ;
- l'application des dispositions du code international de commercialisation des substituts du lait maternel qui vise à protéger les femmes allaitantes contre les argumentations des fabricants de lait.

2.6. Le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU)

La santé scolaire et universitaire, qui concerne une population de près de 5 millions, englobe un ensemble d'activités éducatives, préventives et curatives en faveur des élèves, étudiants et enseignants. Elle vise la restauration, la protection et la promotion de leur santé pour un meilleur développement physique et mental. Constituée de jeunes enfants, d'adolescents et d'adultes jeunes, regroupés dans des établissements structurés et organisés la population scolaire est facilement accessible aux programmes spéciaux répondant aux besoins des jeunes. Elle peut également offrir un canal de transmission privilégié aux messages destinés aux autres membres de la famille, en particulier dans un contexte où l'analphabétisme sévit toujours.

Les principaux problèmes pris en charge en santé scolaire et universitaire sont :

- les maladies contagieuses et transmissibles : conjonctivites, teigne, gale, infections broncho-pulmonaires, dermatoses ;
- les troubles sensoriels et orthophoniques : malvoyance, malentendance, troubles du langage ;
- les comportements malsains : caries dentaires, hygiène générale, accidents domestiques, usage du tabac et de la drogue ;

- les problèmes psychosociaux : inadaptation scolaire, handicaps psychomoteurs.

La stratégie développée par le programme national de santé scolaire est parfaitement intégrée aux stratégies de couverture sanitaire et utilise les ressources disponibles du système de santé. Par ailleurs, des moyens spécifiques sont mobilisés par les départements de la santé et de l'éducation pour compléter le dispositif d'intervention destiné à cette population.

Le suivi de la situation épidémiologique en milieu scolaire montre une réduction significative des maladies dues au manque d'hygiène, teigne et gale qui sévissaient à l'état endémique il y a 30 ans. En revanche, affections cardio-vasculaires et MST se sont accrues. Un programme destiné à informer les jeunes adolescents sur différents aspects de la santé reproductive, selon les directives du Plan d'Action Mondial pour la Population du Caire de 1994, s'avère indispensable.

V. Résultats

1. En terme de réduction de la mortalité

La mortalité des enfants de moins de cinq ans a connu une évolution favorable depuis les années 60. En effet, pour la période 1993-97, la mortalité infantile est de 37‰, dont 20‰ pour la néonatale et 17‰ pour la post-néonatale, la mortalité juvénile de 10‰, soit 46‰ pour l'ensemble de la mortalité infanto-juvénile. De 1979-80 à 1997, la mortalité infantile a connu une baisse de 60% et la mortalité juvénile de 80%. Cette baisse n'a malheureusement pas été uniforme puisque certaines régions comme Meknès-Tafilelt, Taza-Al Hoceima-Taounate ou Souss-Massa-Drâa, subissent des taux largement supérieurs à la moyenne. A l'inverse, d'autres régions jouissent d'une mortalité infantile basse : Grand Casablanca (13‰) ou Rabat-Salé (20‰).

2. En terme de fixation de nouveaux objectifs

Les données socio-démographiques et économiques actuelles situent le Maroc parmi les pays intermédiaires. Les efforts doivent continuer pour réduire davantage la mortalité infantile. La mortalité néonatale reste encore élevée et représente à elle seule plus de la moitié des décès infantiles. Cette mortalité est intimement liée aux conditions de grossesse et d'accouchement. L'initiative de maternité sans risque et les nouvelles stratégies de santé reproductive constituent un cadre idéal pour réduire les mortalités maternelle et néonatale.

Les disparités entre régions et entre milieu urbain et rural constituent un défi lancinant, que les nouvelles orientations de la politique sanitaire devraient mieux prendre en considération. La planification et l'allocation des ressources devraient donc se faire en fonction des besoins et de l'acuité des problèmes propres à chaque région. La qualité des services doit également être un objectif et un souci constant comme garant du succès des programmes sanitaires et de leur pérennité.

VI. Perspectives d'avenir

1. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

Mise en œuvre conjointement par l'OMS et l'UNICEF il y a cinq ans, cette nouvelle stratégie a été adoptée par le Ministère de la Santé en 1996 et sera testée dans deux provinces pilotes Meknès et Agadir. Cette stratégie associe une meilleure prise en charge des maladies de l'enfant avec des éléments concernant la nutrition, les vaccinations et d'autres facteurs importants pour la santé de l'enfant y compris la santé maternelle.

Au moyen d'un ensemble d'interventions permettant le traitement intégré et la prévention des principales maladies de l'enfance, la stratégie vise à réduire la mortalité ainsi que la fréquence et la gravité des maladies et des invalidités. Elle contribue également à favoriser la croissance et le développement harmonieux de l'enfant. Cet ensemble d'intervention a pour but d'améliorer les pratiques suivies aussi bien dans les établissements de soins que dans la communauté ou à domicile. La mise en œuvre de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant repose sur les trois composantes suivantes :

- l'amélioration des compétences du personnel de santé ;
- l'amélioration du système de santé nécessaire à une prise en charge efficace des maladies de l'enfant ;
- l'amélioration des pratiques familiales et communautaires.

Les avantages de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant sont nombreux à tel point qu'elle a été considérée par la Banque Mondiale comme l'une des dix interventions les plus efficaces et les plus efficaces de ces vingt dernières années. En effet, elle :

- favorise un diagnostic précis des maladies de l'enfant en ambulatoire ;
- garantit un traitement combiné des principales maladies ;
- renforce le rôle de conseil du personnel soignant et la prestation des services préventifs ;
- accélère la référence et le transfert à l'hôpital des enfants gravement malades ;
- améliore la qualité des soins prodigués aux enfants au niveau des lieux de transfert ;
- favorise un comportement vigilant des parents, une meilleure nutrition et le respect des soins prescrits.

2. Santé de l'enfant et régionalisation du système de santé

La politique de décentralisation et de régionalisation fournira un cadre propice à la réduction plus rapide de la mortalité infantile. La région, qui constitue une véritable entité géographique et socio-économique d'intervention, pourra établir son propre diagnostic et planifier des actions adaptées à son contexte épidémiologique. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant s'attaque aux principaux problèmes de santé infantiles et permet de réaliser

des économies. Elle favorise enfin l'équité et permet aux familles d'accéder à des soins simples, efficaces et abordables.

Conclusion

La situation sanitaire de l'enfant au Maroc a connu une évolution très favorable ces dernières années grâce à la conjugaison de plusieurs actions et programmes. Les indicateurs de mortalité et de morbidité infantile sont à ce titre très éloquentes : toutefois les résultats obtenus restent en deçà des espérances du pays et de son niveau de développement. Des inégalités persistent encore entre les différentes régions et le milieu rural est particulièrement désavantagé. Des efforts soutenus doivent être déployés pour consolider les acquis et des alternatives nouvelles devraient être envisagées pour relever les défis.

Références

- AMS-L'UNICEF, (1994), *Congrès National des Droits de l'Enfant*, Rapport du Congrès. Basics, *Améliorer la santé de l'enfant à travers la nutrition*, Le paquet minimum d'activités/Nutrition, Série de publications.
- Herberg S., (1998), *La Carence en Fer en Nutrition Humaine*.
- Maazouzi W., (1989), *Les éléments d'une nouvelle politique de santé*, éd. Okad.
- Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales, (1996), *Les enfants au travail*, une enquête d'étape qualitative.
- Ministère de la Santé, (1987), *Enquête Nationale sur la Population et la santé*.
- Ministère de la Santé, (1992), *Enquête Nationale sur la Population et la santé*.
- Ministère de la Santé, (1992), *Rachitisme et Etat Nutritionnel des Enfants en milieu hospitalier*.
- Ministère de la Santé, (1994), *Enquête Nationale sur la couverture vaccinale des enfants et des femmes et la morbidité diarrhéique*.
- Ministère de la Santé, (1994), *La santé en chiffres*.
- Ministère de la Santé, (1995), *Contribution des Ménages aux charges de l'hospitalisation*.
- Ministère de la Santé, (1995), *Encadrement Médical, Projection de l'offre et approche d'estimation des besoins*.
- Ministère de la Santé, (1995), *Enquête Nationale sur la Population santé*, (enquête Panel).
- Ministère de la Santé, (1995), *Estimation des indicateurs démographiques, Etude comparative par formation de soins de santé de base*.
- Ministère de la Santé, (1996), *Enquête Nationale sur la Carence en Vitamine A*.
- Ministère de la Santé, (1997), *Enquête Nationale sur la Population et la santé*, (enquête PAPCHILD).
- Ministère de la Santé, (1997), *Guide de vaccination*.
- Ministère de la Santé, *Enquête sur les causes et circonstances des décès infanto-juvéniles*, 1989-90.
- Ministère du Plan, (1990), *Les moins de 15 ans, tout sur les enfants au Maroc*.
- OMS, (1995), Sommer A., *La Carence en vitamine A et ses conséquences*, Genève.
- UNICEF, (1996), *Le Progrès des Nations*.
- UNICEF, (1998), *La situation des enfants dans le Monde, Regard sur la Nutrition*.