

Formations sanitaires du Maroc

I. — Aperçu rétrospectif

Le premier jalon de l'assistance médicale proprement dite, en milieu marocain, fut posé au milieu du siècle dernier.

Le gouvernement français décida alors de consacrer à la fondation d'un hôpital à Tanger, l'indemnité versée par le Makhzen, à la suite d'un attentat commis contre des nationaux français.

En 1893, un nouvel hôpital, mieux situé et mieux installé, le remplaça et fut doublé d'une consultation gratuite.

Au Maroc français, tel qu'il fut défini plus tard, les nombreuses missions mises à part (la plus célèbre étant celle du docteur Linarès auprès du Sultan Moulay Hassan (1878-1894), ce n'est qu'à partir de 1906, après la signature de l'Acte d'Algésiras, et surtout après 1908, que furent installés, dans les conditions les plus précaires, les premiers dispensaires et infirmeries, rapidement ouverts à la population autochtone.

Avant cette époque, le Maroc était dépourvu de tout service de soins, même rudimentaire. Tout, absolument, était à créer sur le plan de l'équipement et de l'organisation sanitaire du pays.

La première liste officielle des formations sanitaires du Maroc donne la situation de ces formations, fin 1912, c'est-à-dire au moment où venait d'être promulgué, quelques mois à peine

après la signature du Traité de Fès, le règlement portant création d'un service d'assistance médicale auprès du Résident général (21 octobre 1912) (1).

Cette situation est alors la suivante :

- 1 dispensaire -- hôpital à Fès,
- 3 dispensaires : Casablanca, Rabat, Safi,
- 5 infirmeries : Salé, Azemmour, Mazagan, Mogador, Marrakech, Fès.

Soit, en tout, 38 formations dirigées par 40 médecins militaires ou civils, secondés par 45 infirmiers.

Dans l'ensemble de ces formations, le nombre de lits s'élevait à 63.

Le tableau I donne un aperçu rétrospectif du développement de l'équipement sanitaire pendant ces quarante dernières années.

Ce développement s'est effectué, et s'effectue encore, non seulement dans le sens de l'augmentation de la densité du réseau des formations nouvelles, mais aussi, et dans des proportions importantes, dans le sens de l'extension et de la modernisation des formations anciennes. Il était donc nécessaire que fussent donnés, en dehors du nombre de formations, quelques renseignements sur leurs activités.

(1) Cette liste a paru dans le premier rapport officiel sur l'activité des services du Protectorat (1912-1914).

TABLEAU I

Formations de la santé publique au Maroc (1)

Années	FORMATIONS URBAINES			FORMATIONS RURALES (3)			Formations hospitalières spécialisées inter-régionales	Nombre de lits	Nombre de journées d'hospitalisation	Nombre de consultations
	Hôpitaux régionaux ou urbains	Dispensaires Centres de santé	Bureaux municipaux d'hygiène	Hôpitaux ruraux infirmeries	Salles de visite	Groupes sanitaires mobiles polyvalent ou spécialisés				
1912	1 (2)	3		5	27	2	—	163	40.857 (4)	32.690 (5)
1926	8	11	15 (6)	25	75	15	1	2.100	551.467	1.924.539
1939	20	18	18	55	120	16	4	4.950	1.483.337	9.128.665
1952	24	33	19	89	283	23 (7)	15	10.000 (8)	2.800.000 (8)	15.000.000 (8)

(1) Pour avoir des renseignements complémentaires sur l'évolution, la description et l'activité des différentes formations de la santé publique, voir étude du docteur Chardonneau : « Travail médical et social réalisé dans la région de Fès », bulletin économique et social du Maroc, vol. XV n° 54. Notons que sur ce tableau n'apparaissent pas les formations spécifiquement médico-sociales (garderies, asiles de vieillards, orphelinats, etc.)

(2) Il s'agit de l'hôpital Cocard, de Fès, qui n'était en réalité terminé, dans sa conception initiale, qu'en automne 1913

(3) Il y aurait lieu d'ajouter les services régionaux d'hygiène et de médecine préventive (au nombre de 7, en 1952) dont l'action s'exerce essentiellement en milieu rural.

(4) Ces chiffres portent sur l'année 1913, début de la statistique des journées d'hospitalisation.

(5) Total des consultations données pendant les mois de novembre et décembre 1912 — En 1913, le nombre des consultations s'était élevé à 468.942.

(6) L'arrêté viziriel du 1^{er} novembre 1912 a créé des bureaux d'hygiène à Fès, Meknès, Rabat, Casablanca, Marrakech, Mogador, Safi, Mazagan. En fait, ce n'était là que des organisations provisoires, les municipalités n'ayant été créées que par dahir en 1917. Ce n'est qu'en 1920 (arrêté viziriel du 16 mars) que les attributions des bureaux municipaux d'hygiène sont nettement déterminées.

(7) Dont 7 groupes ophtalmologiques — Signalons qu'en 1953 va entrer en service un camion radiologique qui permettra d'intensifier la radiodépistage.

(8) Chiffres provisoires.

Ce tableau se passe de commentaires. Notons simplement qu'il serait intéressant de l'opposer aux chiffres de morbidité et de mortalité dont la variation s'est effectuée, en règle générale, dans le sens contraire.

II. — Formations sanitaires en 1952

La première carte connue des formations sanitaires du Maroc en donne la situation fin 1913 (2).

Outre les signes indiquant ces formations, elle comporte le nom des centres, le tracé des routes et des voies ferrées.

Bien entendu, les auteurs n'avaient pas estimé nécessaire d'utiliser plusieurs couleurs pour la rendre intelligible.

Jusqu'à la veille de la dernière guerre, cette carte a été périodiquement mise à jour.

L'arrêt quasi total des constructions pendant les six années de guerre, et les 18 mois de l'après-guerre, a retardé la nouvelle mise à jour.

Après l'effort considérable accompli depuis 1947, il a paru opportun de reprendre la question.

La tâche n'est pas simple. L'organisation sanitaire moderne d'un pays est une affaire extrêmement complexe et vraisemblablement sans équivalent par rapport à d'autres organisations sociales comparables.

Aussi, représenter sur un seul document toutes les formations sanitaires du Maroc, et faire apparaître leurs différentes caractéristiques (hygiène publique, formation médico-sociales, hospitalières, dispensaires, formations fixes, mobiles, générales, spécialisées, existantes, en construction etc.) tout en respectant une certaine hiérarchie, et ceci dans un format nécessairement limité, est sans doute une entreprise pour le moins téméraire.

La carte reproduite ici et qui n'était pas destinée initialement à être publiée est donc très imparfaite. Elle ne donne, en réalité, qu'une vue d'ensemble, d'ailleurs assez déformée, sur le réseau des formations.

Il est nécessaire, pour sa compréhension, et pour avoir une meilleure connaissance de la situation des formations sanitaires du Maroc en 1952, de faire les quelques observations que nous nous sommes efforcés de présenter ci-après :

a) Considérations d'ordre administratif.

Seules ont été représentées, parmi les formations civiles, celles en régie, ou ayant le statut de formations autonomes, qui sont directement rattachées à la direction de la santé publique.

Les formations sanitaires privées ou rattachées à des organismes spéciaux semi-publics, voire publics, et dans la quasi totalité desquelles la direction de la santé publique intervient sous forme de subventions, ou de remboursement des frais occasionnés pour des formations type « hygiène publique » comme par exemple, les hôpitaux de Khouribga, ou de Louis-Gentil, gérés par l'office des phosphates pour les dispensaires, rattachés administrativement à des œuvres de secours diverses ou

(2) Cette carte a paru dans une étude intitulée « la pénétration pacifique par le médecin au Maroc, depuis 1708 » par M. Oberlé et H. P. J. Renaud. (Archives de médecine et pharmacie militaire, tome L XX n° 3, septembre 1922).

aux services municipaux et aussi pour des formations du type médico-social (ce sont les plus nombreuses : gouttes de lait, garderies, orphelinats, asiles de vieillards, etc.) gérées par les mêmes organismes ou d'autres sociétés de bienfaisance.

Ces formations, qu'il est important de connaître puisque leur existence oriente en partie l'action de la direction de la santé publique, feront l'objet d'une autre étude.

Dans le cadre des formations rattachées à la direction de la santé publique, notons qu'une formation importante, pourvoyeuse de toutes les autres, n'a pas été représentée à cause de son caractère spécial (mais nous le regrettons aujourd'hui) : il s'agit de la Pharmacie centrale, dont le siège est à Casablanca. Par ailleurs, les écoles d'infirmiers, de sages-femmes (en milieu européen ou marocain) assez spéciales elles aussi n'ont également pas été indiquées.

b) Considérations d'ordre technique.

A l'exception de quelques hôpitaux généraux ou spécialisés, toutes les formations hospitalières de la santé publique assurent des services de consultations. C'est le cas, notamment, des hôpitaux ruraux et des infirmeries où résident, souvent, plusieurs médecins d'Etat.

Les groupes sanitaires mobiles (généraux ou spécialisés) — et il en existe de très importants dans les régions très dispersées du sud — et les services régionaux d'hygiène et de médecine préventive dont l'action s'exerce comme celle des groupes mobiles essentiellement en milieu rural, ont été représentés près de leur centre de rattachement, ce qui fausse, dans une certaine mesure, l'optique de la carte.

Il importe donc de préciser qu'en 1952, et cette proportion a été observée depuis plusieurs années, sur les 15 millions de consultations données dans l'ensemble des formations de la santé publique, près de 8 millions l'ont été en milieu uniquement rural.

Il est intéressant d'indiquer, ici, que la densité du réseau des formations de soins ou de traitement rattachées à la direction de la santé publique, était, en 1952, d'une formation, en moyenne, dans un rayon de 18 kilomètres.

L'activité prophylactique exercée dans les diverses formations représentées sur cette carte est complétée par les vastes campagnes prophylactiques organisées par la direction de la santé publique, avec le concours d'organismes internationaux.

Plus de 2.500.000 sujets ont été testés pendant la campagne B.C.G. 1949-50-51 (3).

En 1953, va se dérouler dans le territoire du sud, une campagne contre les affections oculaires portant sur 200.000 personnes environ.

15 équipes de soins et 2 groupes ophtalmologiques chirurgicaux vont être spécialement mis sur pied à cet effet.

La hiérarchie des différentes familles de formations hospitalières a pu être respectée, dans l'ensemble. Mais, bien entendu, la carte ne peut représenter l'importance des populations qu'elles desservent.

Les hôpitaux régionaux, notamment, reçoivent, dans des proportions importantes, des malades provenant des zones rurales.

Il paraît opportun de présenter, ici, quelques caractéristiques statistiques de ces différentes formations :

(3) Cf. à ce sujet l'étude du docteur Houel « Organisation et déroulement de la campagne internationale de vaccination contre la tuberculose au Maroc, de 1949 à 1951. Données du bulletin économique et social du Maroc vol. XV n° 52.

TABLEAU II

Quelques caractéristiques des formations hospitalières

(Taux d'occupation - Durée moyenne de séjour - Mortalité clinique)

	Taux d'occupation	Durée moyenne de séjour	Mortalité clinique
Hôpitaux régionaux ou généraux	90 %	18	5 %
Hôpitaux territoriaux ou ruraux	80 %	16	4 %
Infirmiers	65 %	14	3 %

Notons les taux d'occupation, anormalement élevés, dans les hôpitaux régionaux. En ce qui concerne la durée moyenne de séjour et la mortalité clinique, les différences observées sont liées à l'organisation médicale de ces formations — (importants services de chirurgie ou de traitement dans les hôpitaux régionaux, qui reçoivent les cas les plus graves).

Quant aux formations hospitalières spécialisées, dont le nombre est passé de 3 à 15, ces dernières années, la carte reflète mal l'effort considérable qui a été fait dans ce sens.

Outre ces formations spécialisées autonomes, il existe d'importants centres de traitement (notamment en ce qui concerne la lutte anti-tuberculeuse) et des maternités, dans le cadre des hôpitaux régionaux et généraux.

Signalons, à ce sujet (qu'en 1951, sur les 114.418 admissions enregistrées dans l'ensemble des formations de la santé publique, 7.877 concernaient des tuberculeux, et 14.264 des accouchements.

Toutes les formations étant ouvertes, indifféremment, à toutes les catégories de la population il n'a pas été possible de faire apparaître, sur cette carte, l'effort considérable qui a été accompli en milieu uniquement marocain.

Le tableau III permet d'en avoir une idée pour les deux dernières années.

TABLEAU III

Consultations et hospitalisations

(Répartition ethnique et taux par 1.000 habitants)

	REPARTITION		Consultations pour 1.000 habitants
	Consultations	Hospitalisations	
Musulmans	82 %	76 %	1.600
Israélites	16 %	10 %	
Européens	14 %	2 %	
	98 %		86 %

La quasi totalité des consultations données dans les formations de la santé publique ont été données aux Marocains soit près de 15 millions en 1952.

En ce qui concerne l'hospitalisation, les Marocains représentent, et de beaucoup, la fraction la plus importante (86 %) de l'effectif total des malades.

En milieu musulman, on observe cependant un retard. Cela tient au fait que le Marocain musulman qui vient facilement

à la consultation (bien qu'il y soit beaucoup moins assidu que l'Israélite dans les zones urbaines) n'accepte pas toujours l'hospitalisation, malgré les progrès considérables enregistrés. Les services de santé n'ont pas seulement dans ce pays des soins à donner mais toute une éducation sanitaire à faire.

La direction de la santé publique a orienté son action dans ce sens au cours de ces dernières années. En même temps il a été mis sur pied un programme de construction portant non seulement sur les zones urbaines, où les taux d'occupation ont toujours été, et sont encore, les plus élevés, mais aussi sur les zones rurales pour l'équipement desquelles des sommes très importantes sont dépensées chaque année.

Il eut été extrêmement difficile de concrétiser sur la carte tout l'effort de construction actuellement en cours. Cet effort mériterait l'établissement d'une carte spéciale indiquant tous les chantiers. Nous nous sommes contentés de signaler les plus importants (notamment les nouveaux hôpitaux franco-marocains Rabat, Meknès, Ben Smin, Safi).

A ce sujet, le rapport sur le projet de budget de la santé publique présenté au dernier conseil de gouvernement, donne les précisions suivantes :

« 44 formations sanitaires nouvelles de traitement et d'hospitalisation ont été achevées et mises en service en 1952 :
 « 2 dispensaires, 1 hôpital de territoire, 5 hôpitaux ruraux,
 « 2 infirmeries rurales, 32 salles de visite, 2 préventoria, 1 maison de cure.

« 35 formations ont été agrandies et modernisées, 4 hôpitaux régionaux, 2 hôpitaux de territoire, 3 hôpitaux ruraux,
 « 6 infirmeries rurales, 17 salles de visite, 1 hôpital neuro-psychiatrique, 2 sanatoria, 1 préventorium.

« A ces chiffres, il faut ajouter les grands chantiers ouverts dans toutes les régions, pour la mise en route de formations qui ne seront en service que dans deux ou trois ans, et tous les travaux poursuivis sur les hôpitaux franco-marocains dont l'achèvement en 1953-54 doit porter la capacité du pays à 12.000 lits.

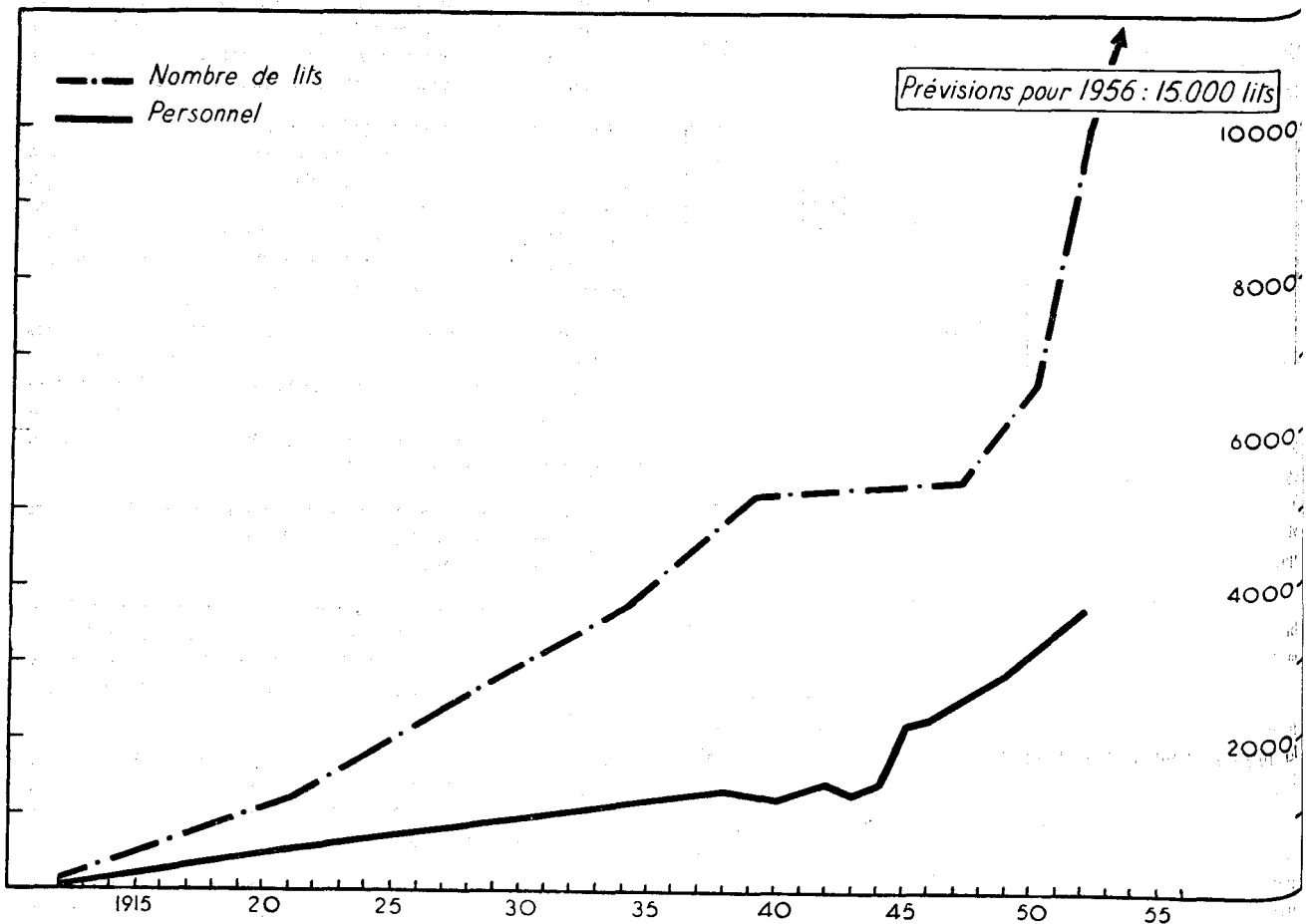
« Le programme quadriennal en cours d'exécution porte sur un chiffre global de 4.000 lits. La capacité envisagée pour 1956 est de 15.000 lits.

Perspective d'avenir

L'œuvre de la santé publique au Maroc, mesurée par le nombre de formations, et, mieux encore par le nombre de lits, avance donc à pas de géant, selon une progression géométrique. Sa courbe a pris, en effet, une inclinaison singulièrement ascendante, depuis le changement de pente observé en 1947. La situation fin 1952 est déjà telle, qu'avant même qu'aucune des pièces maîtresses, en cours de construction, ne soit entrée en service, le nombre de lits dépasse, et de beaucoup, celui qui aurait été normalement enregistré si le progrès régulier observé jusqu'en 1939 s'était poursuivi sans interruption à la même cadence qu'avant guerre.

On peut être frappé par la différence de rythme qu'on observe depuis 1947, par rapport aux périodes précédentes.

Pendant les cinq dernières années la santé publique s'est, en effet, enrichie d'un nombre de lits pratiquement égal à celui qu'elle a installé pendant les 35 ans qui précédaient cette période. Il y a à cela plusieurs causes. En plus de raisons diverses, d'ordre général ou particulier, il faut songer que cette première période avait été marquée par deux guerres mondiales, et que le Maroc n'a été définitivement pacifié qu'en 1934. Il y



a aussi et surtout le fait que la dernière grande épidémie ne remonte qu'en 1945-46 (4).

L'année 1947 marque le début d'une ère médicale nouvelle au Maroc.

A la lutte contre les grands fléaux pestilentiels ou autres, qui paraissent définitivement jugulés, aux traitements en cure libre, ont succédé et succèdent de plus en plus la médecine de cas, la médecine sociale et spécialisée, et les traitements en cure surveillée.

Cette évolution apparaît d'ailleurs clairement si l'on suit celle du rapport des hospitalisations aux consultations enregistrées dans l'ensemble des formations de la santé publique depuis le début des statistiques. En diminution régulière jusqu'à la dernière guerre, ce rapport est stabilisé depuis plusieurs années, et très vraisemblablement, il ira en augmentant, marquant ainsi la prédominance que prendront, de plus en plus, les traitements en cure surveillée.

Quand le Maroc atteindra-t-il son point de saturation sur le plan de l'équipement sanitaire ?

Entre 1947 et 1952, le taux d'accroissement moyen annuel du nombre de lits était de 10 %.

(4) Le dernier cas de peste remonte à octobre 1945.

Entre les deux derniers recensements (1936-1951) la population de l'ensemble du pays a accusé un taux d'accroissement moyen annuel de près de 2 %.

L'accroissement de l'équipement sanitaire est donc, actuellement au moins 5 fois plus rapide que l'accroissement démographique.

Un calcul simple montrerait que si ces conditions restaient remplies (toutes choses égales par ailleurs), dans vingt ans, environ, le niveau de l'équipement sanitaire du Maroc serait celui dont jouit actuellement la France.

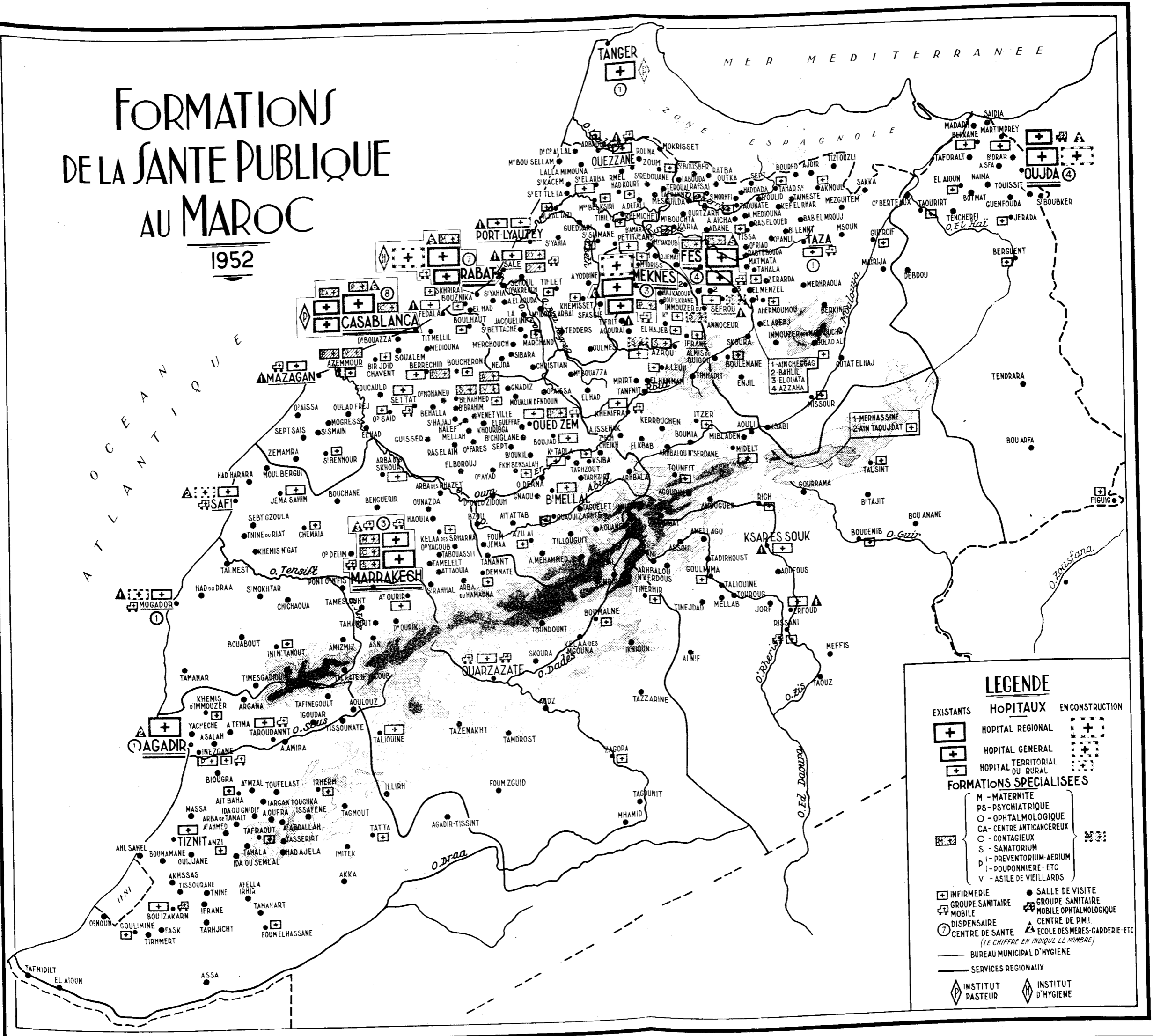
Terminons donc sur cette vue optimiste sur l'avenir. Elle est bien fragile, il faut en convenir, mais elle a, pourtant, l'avantage de bien fixer le présent. N'oublions surtout pas le passé, et pour mieux juger de l'effort déjà accompli en 45 ans, rappelons que, fin 1912, d'après un rapport préfacé par le premier Résident général de la France au Maroc il y avait 163 lits exactement dans l'ensemble des formations sanitaires de ce pays. Il y en avait, en 1952, 10.000.

P. JUNG

statisticien de la direction
de la santé publique et de la famille
du Maroc

FORMATIONS DE LA SANTE PUBLIQUE AU MAROC

1952



LEGENDE

- | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------|------------------------------|
| EXISTANTS | HOPITAUX | EN CONSTRUCTION | |
| | HOPITAL REGIONAL | | |
| | HOPITAL GENERAL | | |
| | HOPITAL TERRITORIAL
OU RURAL | | |
| FORMATIONS SPECIALISEES | | | |
| | M - MATERNITE | | |
| | PS - PSYCHIATRIQUE | | |
| | O - OPHTHALMOLOGIQUE | | |
| | CA - CENTRE ANTICANCREUX | | |
| | C - CONTAGIEUX | | |
| | S - SANATORIUM | | |
| | P - PREVENTORIUM-AERIUM | | |
| | V - ASILE DE VIEILLARDS | | |
| | I - INFIRMERIE | | |
| | G - GROUPE SANITAIRE | | |
| | MO - MOBILE OPHTHALMOLOGIQUE | | |
| | D - DISPENSAIRE | | CENTRE DE P.M.I. |
| | CS - CENTRE DE SANTE | | ECOLE DES MERES-GARDERIE-ETC |
| <small>(LE CHIFFRE EN INDIQUE LE NOMBRE)</small> | | | |
| | BUREAU MUNICIPAL D'HYGIENE | | |
| | SERVICES REGIONAUX | | |
| | INSTITUT PASTEUR | | |
| | INSTITUT D'HYGIENE | | |