

SANTÉ ET HYGIÈNE PUBLIQUES AU MAROC

..... « C'est une précieuse chose que la santé et la seule qui mérite à la vérité qu'on y emploie non le temps seulement, la sueur, la peine, les biens, mais encore la vie à sa poursuite.....
 « Toute voye qui nous mènerait à la santé, ne se peut dire pour moi ny aspre ny chère.....
 (MONTAIGNE. — *Essais*, livre II, chap. XXXVII.)

En Europe, au cours d'une longue évolution, l'hygiène a étendu progressivement son domaine de l'individu aux collectivités et des collectivités à la société. Au Maroc, d'emblée et par nécessité, l'hygiéniste a dû consacrer son activité moins à la préservation de l'homme qu'à la protection du monde marocain contre les maladies sociales et épidémiques qui le décimaient.

C'est une action de masse qui a été recherchée par l'application de mesures collectives de prophylaxie, et par la somme des actions thérapeutiques presque « standardisées » qu'exerçaient les médecins en tribu et dans les formations sanitaires.

C'est qu'en effet l'hygiéniste s'est trouvé au Maroc devant les conditions humaines du monde médiéval. La majeure partie de la population était rurale, dispersée sur un vaste territoire. Elle était soumise aux vicissitudes d'une économie primitive. L'absence d'hygiène corporelle, la précarité de l'habitat, la méconnaissance des règles de l'hygiène collective, les disettes périodiques livraient sans défense les tribus marocaines aux maladies endémo-épidémiques : paludisme, syphilis, variole, typhus, peste, etc. L'accroissement de la population était considérablement « freiné » par la mortalité et les avortements dus à la syphilis. Le paludisme exerçait ses ravages lorsque les pluies étaient abondantes. Dans les années sèches et de disette, c'était le typhus qui décimait les populations.

Il a fallu adapter à cette situation un armement sanitaire capable de faire régresser les maladies endémiques et de juguler les épidémies. A la période héroïque des groupes sanitaires mobiles suivant ou précédant les colonnes, vaccinant les populations, traitant les syphilis mutilantes, a fait suite l'organisation sanitaire du territoire. Sur toute l'étendue du Maroc était mis en place un équipement prophylactique qui n'a cessé de se perfectionner. Pour le traitement des malades, des hôpitaux étaient créés dans les villes, des infirmeries dans les centres, des salles

de visite sur les souks et les tribus étaient visitées par nos médecins et nos missions de prophylaxie.

Les résultats de l'action médicale au Maroc apparaissent dans les statistiques démographiques. Le chiffre des populations est passé de 4 millions d'habitants en 1921 à 8 millions en 1945. Les épidémies ont été jugulées, l'état sanitaire, transformé.

Mais pour remarquables que soient les résultats déjà obtenus sous les angles politique, démographique et prophylactique, il faut bien convenir que l'organisation sanitaire marocaine ne répond plus entièrement aux exigences de l'heure.

Pour traiter une population de près de 8 millions d'habitants dont près de 7 vivent dans les zones rurales, le Maroc ne dispose que de cent cinquante médecins d'État. Pour suppléer à cette insuffisance numérique, une grande mobilité avait été donnée à nos groupes sanitaires mobiles, à nos missions de prophylaxie ; mais si les masses paysannes ont été efficacement protégées contre les épidémies les plus graves, elles sont encore atteintes de maladies endémiques liées au sol, à l'habitat, aux conditions sociales (affections gastro-intestinales, paludisme, maladies oculaires, etc.). La mortalité infantile reste élevée.

Ces populations ont pu, dans l'ensemble, trouver dans nos formations rurales les soins que nécessitait leur état, mais leur dispersion n'a pas permis de les faire bénéficier de toutes les ressources d'un armement d'hygiène sociale moderne.

Dans les villes, les citoyens hospitalisés ont pu bénéficier des installations complètes de nos formations sanitaires. Mais là, encore, l'afflux des consultants aux portes de nos hôpitaux, de nos dispensaires et de nos infirmeries, a souvent contraint nos médecins à pratiquer une médecine distributive. Leur petit nombre ne leur permettait pas d'examiner à fond la foule des consultants et le rendement demandé était parfois obtenu aux dépens de la qualité.

Certes, les masses marocaines n'ont pas encore assez évolué pour se prêter aux thérapeutiques longues et patientes que nécessitent certaines maladies, telle que la tuberculose. Mais il faut noter en contre-partie l'enthousiasme des milieux éclairés pour les méthodes modernes de

diagnostic et de traitement, les examens de laboratoire, les radiographies, les interventions chirurgicales, etc.

Au stade actuel de l'évolution marocaine, il apparaît donc nécessaire de compléter notre organisation prophylactique par un *armement d'hygiène sociale*, de poursuivre l'étude de ces vastes et difficiles problèmes de l'*hygiène individuelle* et de l'*hygiène des collectivités* parmi



Vaccination antivariolique.

• Cliché Santé et Hygiène publiques.

des populations encore peu évoluées et d'achever notre *équipement sanitaire*, de façon que chacun puisse bénéficier des ressources de la médecine moderne, sur le plan de la prévention et du traitement.

Sur le plan de l'hygiène publique.

La création de l'Institut d'hygiène à Rabat nous a donné depuis 1930 de vastes moyens d'action.

Notre organisation prophylactique donne des résultats satisfaisants.

A l'échelon central, la direction de la santé publique a ses organismes techniques : le *service d'épidémiologie*, le service antipaludique qui centralisent les renseignements d'ordre épidémiologique, établissent les doctrines et les mettent en application. Ces services trouvent à l'Institut d'hygiène du Maroc les laboratoires et les moyens nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

A l'échelon régional, le médecin-chef de région représente le directeur de la santé publique dans toutes ses attributions. Il a auprès de lui un chef de service régional d'hygiène et d'épidémiologie qui est chargé de toutes les questions de prophylaxie dans le territoire. Il coordonne l'action des médecins de la santé publique et intervient directement en cas de besoin avec ses sections de prophylaxie spécialisées.

A l'échelon municipal, le médecin-directeur du bureau d'hygiène est chargé de la protection sanitaire de la cité. Il possède ses ressources en personnel propres.

A l'échelon local, dans les circonscriptions rurales, le médecin-chef de l'infirmerie indigène a pour mission de veiller à l'hygiène des centres, de protéger contre les épidémies les populations de son secteur.

Cette organisation devra être complétée par la création de *lazarets* et d'*hôpitaux de ségrégation* pour contagieux dans les villes qui en manquent encore, par la création de *centres d'études ruraux de paludologie*.

Notre organisation d'hygiène collective est effective dans les villes et dans les centres où il existe des bureaux d'hygiène, mais il n'en est pas de même dans les zones rurales.

Là, notre action doit débiter dans les *secteurs de modernisation du paysanat*, où sont créés de véritables *bureaux d'hygiène ruraux* chargés de la protection sanitaire de l'enclave : assainissement des gîtes à anophèles, destruction des mouches, surveillance de l'alimentation, désinsectisations à la poudre D.D.T., assainissement des matières usées et des eaux.

De ce fait, les petits centres ruraux et les secteurs de modernisation du paysanat deviennent des postes avancés de notre organisation, tant en ce qui concerne l'hygiène rurale que les prophylaxies (lutte contre le paludisme, les maladies oculaires, les maladies pestilentielles, les maladies gastro-intestinales).

Notre organisation d'hygiène sociale doit être étendue.

Comme nous l'avons vu, la permanence, dans le monde marocain, des maladies sociales

telles que la syphilis, le trachome, la tuberculose, les dysenteries est liée aux conditions de vie.

C'est en améliorant ces conditions de vie sous l'angle économique et social par un ensemble de mesures coordonnées et concentrées que l'on pourra lutter efficacement contre ces maladies sociales.

C'est en construisant des hammams modernisés pour les Marocains des villes et des campagnes, en leur offrant ainsi la possibilité de se laver dans de bonnes conditions, de détruire les insectes qui parasitent leurs vêtements, en leur offrant des conditions d'habitat meilleures que celles des « bidonvilles », des cités ouvrières ou que les « taudis » de certaines médinas traditionnelles, en surveillant l'hygiène de l'alimentation que l'on pourra lutter contre ces maladies sociales : tuberculose, typhus, trachome, maladies intestinales, etc.

C'est en diffusant largement les méthodes obstétricales modernes qu'on évitera les dystocias et leurs conséquences, c'est en éduquant les mères, en leur inculquant les préceptes élémentaires de l'hygiène des nourrissons, en persuadant les masses que l'on diminuera la mortalité infantile.

Parallèlement à l'action sociale, il conviendra d'agir sur le plan technique et de compléter l'armement sanitaire.

L'Institut d'hygiène donne les directives générales de lutte contre les maladies endémo-épidémiques, dont la plupart naissent des conditions géographiques, sociales, économiques... Il est chargé de l'enseignement supérieur de l'hygiène, de sa diffusion.

Le programme de lutte antituberculeuse, prévoit, outre la création du sanatorium, qui constituera la pièce maîtresse de l'armement, la multiplication des dispensaires, des préventoriuns, le dépistage, par des équipes volantes et par les médecins de l'hygiène scolaire, de la tuberculose pendant l'enfance, l'adolescence, la vie professionnelle.

La lutte contre les maladies oculaires, et le trachome en particulier, nécessite la reprise des tournées des groupes ophtalmologiques mobiles.

La protection de la mère et de l'enfant est encore insuffisante... Il existe quelques maternités au Maroc. Leur nombre devra être multiplié. Les garderies n'existent que dans quelques grandes villes. Crèches et garderies devront être implantées sur l'ensemble du territoire.

Le service de l'hygiène scolaire devra étendre son action aux enfants des écoles coraniques et

talmudiques et continuer le contrôle médical de l'enfance et de l'adolescence au cours de l'apprentissage ou de la vie universitaire, sur les terrains de sports, etc.

Dans ce domaine de l'hygiène sociale, il est nécessaire de disposer d'assistantes très au courant des mœurs marocaines. A cet égard, la direction de la santé publique va disposer : d'une part, d'assistantes sociales européennes (il a été créé un stage d'initiation marocaine pour les assistantes sociales recrutées en France) ; d'autre part, d'auxiliaires médico-sociales musulmanes (école de Casablanca), d'accoucheuses musulmanes instruites dans nos hôpitaux (diplômes de « moualidat » délivrés par la direction de la santé publique).

Des assistantes sociales seront affectées aux formations sanitaires : hôpitaux, maternités, dispensaires, centres de santé des villes, des centres ruraux, des secteurs de modernisation du paysanat. Les assistantes ont pour mission, dans leur secteur d'action, de venir en aide aux familles éprouvées, de diriger l'évolution des femmes marocaines en matière d'accouchement, de puériculture, d'aiguiller les malades sur les consultations, les hôpitaux, et de propager les notions élémentaires d'hygiène individuelle et collective.

La réalisation de ce programme étendu exige la mise en œuvre d'une *propagande active*, d'une vulgarisation des notions d'hygiène individuelle, collective et sociale par l'école, l'assistante sociale, le film, la causerie radiodiffusée. Un service spécialisé pourra être créé à cet effet à l'Institut d'hygiène du Maroc, qui centralise toutes ces questions.

Sur le plan de la santé publique.

EQUIPEMENT HOSPITALIER.

Par suite de l'arrêt des constructions, depuis 1940, notre capacité hospitalière est insuffisante : 5.000 lits pour plus de 8 millions d'habitants (en France, on comptait 150.000 lits en 1939 pour 40 millions d'habitants, sans compter les 130.000 lits de clinique). Nos formations sanitaires ne comportent pas toutes les services hospitaliers modernes nécessaires à l'exercice d'une médecine scientifique. Enfin, les hôpitaux qui reçoivent les populations musulmanes et israélites sont encore, pour la plupart, dépourvus de services réservés aux malades payants.

Il est nécessaire de pallier ces insuffisances. C'est pourquoi il est indispensable de prévoir une organisation échelonnée, capable de traiter avec un maximum d'efficacité les deux grandes catégories de malades qui se présentent à nos

formations, ceux qui peuvent suivre un traitement ambulatoire et ceux qui doivent être hospitalisés.

Dans les zones rurales, les postes de l'avant seront équipés de salles de visite modernes, véritables petits dispensaires, desquelles les malades à hospitaliser seront évacués vers nos infirmeries ou nos hôpitaux, dans des ambulances automobiles. Le nombre de ces salles de visite devra être accru. Il en existe actuellement au Maroc 48.

Dans les centres et dans les secteurs de modernisation du paysanat, des infirmeries munies d'appareils de radiographie, d'un laboratoire, et comportant quelques salles d'hospitalisation, permettront d'hospitaliser les malades n'ayant pas besoin de soins spéciaux qu'ils pourront trouver dans les hôpitaux. Le nombre des infirmeries est actuellement de 51.

Dans les villes, il conviendra de moderniser ou de construire des hôpitaux munis de tout



L'hôpital Moulay-Youssef à Rabat (hôpital à pavillons séparés).

Cliché Santé et Hygiène publiques.

l'équipement scientifique (laboratoire, radiologie, pharmacie) et de tous les services de médecine, de chirurgie, de spécialités, de contagieux, avec les maternités, les chambres de climatisation nécessaires.

Entre les formations de l'avant, les hôpitaux complémentaires, les hôpitaux urbains, des voitures-ambulance, et, dans les territoires du Sud, des avions sanitaires permettront l'évacuation rapide des malades.

La politique hospitalière au Maroc est liée à des besoins qui sont considérables : le Protec-

torat n'offre aux malades qu'un lit pour 1.600 habitants (alors qu'en France on compte 1 lit pour 260 habitants).

Les difficultés financières et matérielles actuelles ne pourront être surmontées rapidement. Aussi bien ne saurait-il être question de construire partout des petits hôpitaux. Il faut concentrer les moyens pour arriver à la création de grands hôpitaux munis de toutes les installations modernes. Cette politique est liée également et de façon étroite aux aspirations des populations marocaines qui demandent à béné-

ficier du même confort, des mêmes techniques que les populations européennes. Elle est liée enfin à la disposition des villes, aux plans d'urbanisme qui dirigent la croissance des cités.

Parmi les installations existantes, les dernières exécutées, les plus modernes, doivent être conservées sans changement (hôpitaux de Marrakech, hôpital Auvert à Fès). D'autres peuvent être aménagées : il en est ainsi des hôpitaux à pavillons séparés dans lesquels la création d'un bloc des services généraux au cœur de la formation permettrait un rendement meilleur (hôpital Colombani à Casablanca).

D'autres doivent être reconstruits en partie ou en totalité. D'autres, enfin, doivent être entièrement créés.

Les hôpitaux, chaque fois que l'importance des populations desservies l'exigera, seront réservés, en partie ou en totalité, soit aux musulmans, soit aux israélites, soit aux Européens. Le genre de vie, l'alimentation, l'éloignement des médinas et des villes nouvelles justifient ces affectations, à condition que les malades trouvent partout le même confort, les mêmes techniques.

Mais les hôpitaux spécialisés et ceux des villes de moyenne importance, sans vaste hinterland, seront ouverts à tous les malades marocains et européens. Il en est déjà ainsi d'ailleurs à Mazagan, Safi, Mogador, Agadir, etc.

Dans les zones suburbaines, on placera les hôpitaux de contagieux et les services de convalescents.

Parmi les créations envisagées, il faut donner une place de première importance aux établissements de cure de la tuberculose.

A cet égard, la création d'un sanatorium moderne de 180 lits est en cours dans la région d'Azrou, à Bensmim. Ce sanatorium sera ouvert aux malades susceptibles de se plier aux exigences de la cure sanatoriale. A proximité immédiate de ce sanatorium sera placé un pavillon d'hospitalisation pour les enfants tuberculeux.

L'équipement sanatorial (établissement de Bensmim, maison de cure de Benahmed) devra être complété par la création de préventorioms.

La fréquence des affections oculaires au Maroc justifie également la création d'un second hôpital ophtalmologique à Marrakech, l'hôpital Murat de Fès sera modernisé.

Les hôpitaux marocains ne seront pas réservés aux indigents, ils seront ouverts largement aux classes aisées musulmanes et israélites, pour lesquelles il est prévu la création de services réservés aux malades payants.

La gratuité de l'hospitalisation restera largement étendue à l'ensemble de la population pauvre, mais au moment où les charges de la santé publique deviennent extrêmement lourdes pour l'État, où les populations marocaines aisées font appel avec insistance aux médecins de clientèle et entrent dans les cliniques privées, il est tout à fait normal que l'on puisse demander à ces malades, qui trouveront dans nos formations sanitaires le confort des installations modernes, de régler leurs frais d'hospitalisation dans l'avenir.

Au Maroc, comme dans la plupart des pays d'Europe et d'Amérique, les recettes des hôpitaux n'équilibrent pas leurs dépenses. Les prix de revient des journées d'hospitalisation sont moins élevés dans le Protectorat qu'en France et en Algérie et oscillent en moyenne autour de 150 francs en 1945, au lieu de 200 à 300 francs à Paris. Mais la gratuité est la règle pour l'hospitalisation des Marocains ; le tarif de remboursement pour les Européens indigents est de 75 francs. Il en résulte un déséquilibre budgétaire que comblent les subventions de l'État qui sont ainsi détournées de leur but : le financement de constructions et d'équipements nouveaux.

Il conviendra donc d'envisager un système permettant le rajustement automatique des tarifs au prix de revient réel de la journée d'hospitalisation. Par ailleurs, la création de salles de malades payants, ouvertes aux Marocains qui ont les possibilités de régler leurs frais d'hospitalisation, entraînera un accroissement notable des ressources budgétaires des hôpitaux autonomes.

Il serait ainsi possible de consacrer en partie, sinon en totalité, les crédits de subvention au financement de constructions ou d'installations techniques nouvelles.

Par ailleurs, il est nécessaire d'unifier les formules de gestion. A l'heure actuelle, la formule des salles civiles dans les hôpitaux militaires doit être abandonnée et il faut en revenir à la conception d'hôpitaux dépendant uniquement de la santé publique, pouvant cependant comporter, dans les petits centres, des salles pour l'hospitalisation des militaires.

Cette réorganisation sera accompagnée d'une amélioration de la qualité technique de nos médecins fonctionnaires. L'ère de la médecine polyvalente est terminée. Nul ne peut être à la fois un excellent médecin, un excellent chirurgien, un excellent spécialiste.

Les médecins de la santé publique seront donc spécialisés après un stage d'initiation maro-

caine qui durera de deux à cinq ans. Des concours leur seront ouverts pour leur permettre l'accès des postes de médecin, de chirurgien, de spécialiste des hôpitaux de la santé publique.

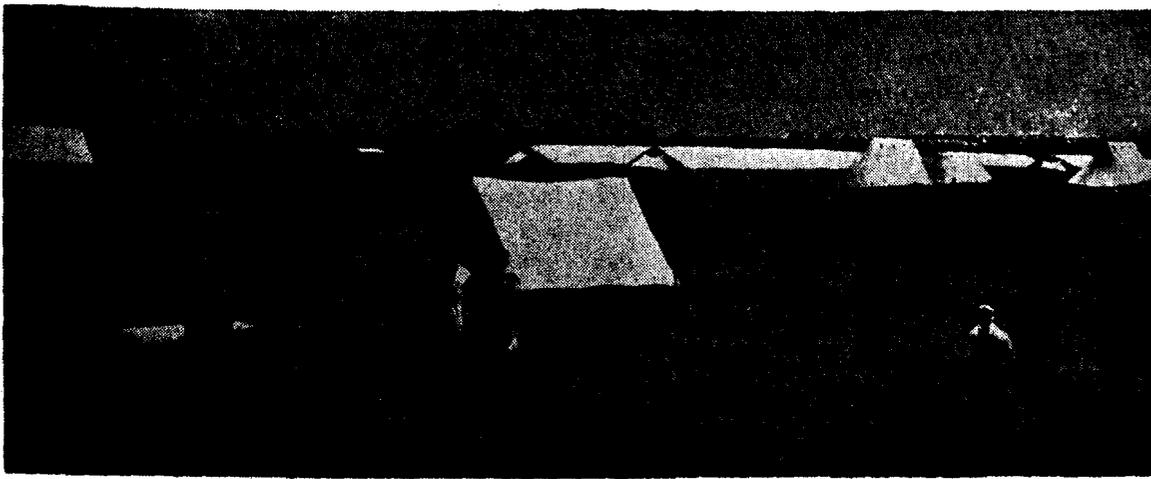
Ainsi, dans le domaine de l'équipement hospitalier créé tant en faveur des Marocains que des Européens, il faut entreprendre le rajeunissement des hôpitaux vétustes, le rééquipement en moyens d'investigation modernes, la construction de formations nouvelles, l'accroissement de la capacité d'hospitalisation du Maroc.

MÉDECINE PRÉVENTIVE.

Mais il est indispensable, par ailleurs, de renforcer nos moyens d'action en matière de médecine préventive.

Il convient, à l'heure actuelle, de transformer notre médecine « artisanale » en une médecine scientifique capable de faire l'inventaire physiologique précis de l'individu, tant par les examens cliniques que par ceux qui nécessitent le concours des spécialistes (laboratoire, radiologie, examens d'oto-rhino-laryngologie, gynécologie, etc.).

Cet inventaire physiologique doit commencer dès la naissance, par l'établissement du *carnet de santé* qui suit l'enfant à l'âge scolaire, à l'apprentissage ou à l'université, et qui porte tous les incidents pathologiques survenus, en même temps que les critères d'accroissement statural et pondéral.



Un lazaret de prophylaxie.

Cliché Santé et Hygiène publiques.

A l'âge adulte, l'échéance de bien des maladies graves est évitée ou retardée par un diagnostic précoce scientifiquement établi.

A cet égard, les *centres de santé* représentent l'organisation de base de la médecine préventive. Ils comportent ainsi un bloc polyclinique comprenant consultations de médecine générale, de chirurgie, consultations de dermato-vénérologie, tuberculose, des spécialités (gynécologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, etc.).

Mais ce qui fait l'originalité du centre de santé, c'est qu'il est destiné à servir de pilier à l'œuvre de protection de la mère et de l'enfant. C'est, en effet, dans le centre de santé que les mères marocaines ou européennes pourront, avant la naissance, trouver dans les consultations les indications diagnostiques utiles et même souvent les soins spéciaux que nécessite leur état. Une Goutte de lait, une consultation de nourrissons permettront de faire bénéficier les nourrissons des bienfaits de la puériculture moderne.

Le centre de santé comporte également au Maroc :

Un bloc prophylactique, destiné aux miséreux qui peuvent y être douchés, désinsectisés et, le cas échéant, même nourris ;

Un bureau social dont les assistantes sont en liaison étroite avec les bureaux du travail, les services sociaux des offices, des industries, etc.

Urbain , le centre de santé est une grosse formation comportant plusieurs médecins (nouvelle médina, à Casablanca).

Rural , il pourra être réduit à un petit bloc auquel sont rattachés un infirmier, une assistante sociale puéricultrice. Les premiers seront réalisés dans les secteurs de modernisation du paysanat.

Des centres de santé existent à Casablanca. Leur construction est en cours à Casablanca (Roches-Noires), Rabat, Marrakech, prévues à Fès et à Meknès.

Sur le plan de l'assistance.

Le programme est également très étendu. Le nombre des malheureux, des individus qui ne peuvent vivre sans assistance, est très grand au Maroc.

Les orphelins, que la société doit prendre en charge dans des orphelinats, et qu'elle doit armer pour la vie en leur donnant un métier, ne sont hébergés actuellement qu'à Rabat, à Taroudannt, et à Marrakech. La création d'orphelinats est prévue à Casablanca, à Oujda et à Fès.

Les incurables ne sont reçus actuellement dans aucun établissement spécialisé au Maroc. Il est indispensable de créer, à bref délai, un pavillon d'incurables. Le choix s'est porté sur Port-

Lyautey où il est possible de créer un pavillon dépendant des services généraux de l'hôpital.

Il conviendra de même de créer un service de rééducation des *enfants anormaux*.

Les vieillards sont pris en charge par les sociétés françaises ou musulmanes de bienfaisance. Mais, à cet égard, il importe de moderniser les institutions existantes, de créer de nouveaux établissements.

Mentionnons, enfin, le nombre très important des *aveugles*, qu'il faudrait pouvoir héberger dans un établissement spécialisé.

En cette matière, comme en bien d'autres, les formules de l'assistance au Maroc méritent d'être revisées. A l'heure actuelle, tant dans le domaine de la bienfaisance que dans celui de la



Prophylaxie antipaludique.

Cliché Santé et Hygiène publiques.

prévoyance sociale, c'est bien souvent l'initiative privée qui agit avec le concours financier de l'État, si large parfois que les ressources de certaines œuvres ne proviennent que des subventions publiques.

Il importe donc que l'État, tout en favorisant au maximum toutes les initiatives qui apportent avec elles des bonnes volontés et des ressources, puisse, dans certains cas, agir directement et donner des solutions d'ensemble à des problèmes qui n'ont jusqu'à présent reçu que des solutions fragmentaires.

Au surplus, le domaine de la prévoyance sociale s'étend chaque jour aux dépens de celui de la bienfaisance. C'est à l'État de prendre en main l'organisation, la coordination des mesures nécessaires pour lutter contre les fléaux sociaux, les causes de misère et de déchéance.

Dans le vaste programme d'action économique et sociale qui est tracé au Maroc par le Gouvernement, la direction de la santé publique a une large part d'initiative. Elle doit déborder largement du rôle technique qui lui était autrefois dévolu, et agir en synergie avec les organismes publics intéressés.

Il lui faut non seulement protéger les populations marocaines, mais aider à une évolution sociale qui doit aller de pair avec l'évolution économique.

La réalisation de ce programme exigera enthousiasme et persévérance. L'enthousiasme et la foi que montrent les équipes marocaines permettent d'espérer que l'œuvre entreprise sera menée à bien.

D^r G. SICAUT.