

2 — Mouvements migratoires : Passages de voyageurs aux frontières du Maroc (1)

ANNEE ET MOIS	Français	Etran- gers	Maro- cains	Ensem- ble	PAR VOIE		
					Mariti- me	Terres- tre	Aérienne
ENTREES (2)							
1948 - Année entière moyenne mens. <i>dt : présumés travailleurs</i>	19.299 769	2.262 61	21.009 75	42.570 905	3.102 297	35.213 578	4.255 60
1949 - 9 premiers mois moyen. mens. <i>dt : présumés travailleurs</i>	22.601 434	2.403 80	17.865 —	42.869 514	3.515 266	32.702 156	6.652 92
1949 - Août	30.071 315	2.460 67	19.398 —	51.929 382	3.251 209	39.228 131	9.450 12
1949 - Septembre	48.829 323	3.369 33	32.836 —	85.034 356	7.786 243	59.257 73	17.991 40
1949 - Octobre	35.612 522	3.207 59	21.270 —	60.089 381	6.074 370	40.650 118	13.458 93
1949 - Novembre	18.388 490	2.188 60	16.930 —	37.506 550	4.288 400	27.293 53	5.925 97
SORTIES (2)							
1948 - Année entière moyenne mens.	18.494	2.017	6.204	26.715	2.678	19.580	4.457
1949 - 1 ^{er} semestre moyenne mensu ^{elle}	18.903	2.374	5.176	26.453	2.966	18.168	5.319
1949 - Août	28.413	2.800	8.192	39.405	3.462	29.386	6.557
1949 - Septembre	22.500	2.140	6.519	31.159	3.907	21.881	5.671
1949 - Octobre	16.411	2.039	7.357	25.807	2.130	18.526	5.451
1949 - Novembre	12.405	1.857	4.372	18.634	1.911	13.183	3.510
EXCEDENT DES ENTREES							
1948 - Année entière moyenne mens.	805	245	14.805	15.855	424	15.633	202
1949 - 1 ^{er} semestre moyenne mensu ^{elle}	1.666	166	10.379	8.547	37	9.700	1.116
1949 - Août	1.658	340	11.206	12.524	211	9.842	2.893
1949 - Septembre	26.329	929	26.317	53.575	3.879	37.376	12.320
1949 - Octobre	19.201	1.168	13.913	34.282	3.941	22.034	8.307
1949 - Novembre	5.983	331	12.558	18.872	2.377	14.110	2.385

(1) Adultes et enfants de moins de 15 ans.

(2) Y compris les voyageurs en transit.

Ce tableau est établi d'après les contrôles effectués par services de sécurité aux différents postes frontières.

Source : Direction des services de sécurité publique.

L'EMIGRATION DES TRAVAILLEURS MAROCAINS, ET SES NOUVELLES MODALITES

Le dahir du 8 novembre 1949, paru au bulletin officiel du 6 janvier 1950, a créé à la direction du travail et des questions sociales un service de l'émigration chargé de centraliser les demandes d'emploi de main-d'œuvre marocaine à destination de tous pays.

Des arrêtés du directeur du travail et des questions sociales, pris après avis du directeur de l'intérieur, détermineront les catégories de travailleurs dont l'émigration temporaire ou permanente hors de la zone française du Maroc sera autorisée, et en fixeront les contingents.

Enfin le service de l'émigration élaborera des accords avec les services de main-d'œuvre de tous pays, ainsi qu'avec les employeurs ou

groupements d'employeurs accrédités, veillera à l'introduction dans ces accords de dispositions protégeant les travailleurs, assurera la sélection professionnelle et sanitaire, contrôlera l'exécution des conditions stipulées et, celles-ci étant remplies, procédera à la mise en route des émigrants.

**

Le dahir du 8 novembre 1949 vise essentiellement à refondre, unifier et renforcer la réglementation antérieurement en vigueur dans ce domaine. Celle-ci, en effet, ne répondait plus aux exigences nouvelles et n'assurait plus, aux travailleurs émigrants comme à leurs employeurs

toutes les garanties dont les uns et les autres peuvent et doivent légitimement s'entourer.

peut être exigée par les règlements du pays d'immigration.

**

Désormais le travailleur marocain candidat à l'émigration doit être en possession d'un passeport, qu'il se rende en France ou dans tout autre pays étranger. Mais — et c'est en cela surtout que la réglementation antérieure est renforcée — ce passeport n'est délivré qu'après présentation par l'intéressé d'un contrat de travail spécialement établi pour la main-d'œuvre marocaine et dûment visé à la fois par les services qualifiés du pays d'immigration et par la direction du travail et des questions sociales au Maroc. Ainsi se trouve écarté le danger, trop souvent couru dans le passé, de voir des ressortissants marocains quitter leur pays sans qu'ils soient certains de trouver à l'étranger le travail propre à assurer leur subsistance.

La production des documents suivants est en outre obligatoire :

— un certificat médical établi par un médecin de la santé publique ayant moins d'un mois de date et constatant que le travailleur est apte à l'emploi en vue duquel il émigre ; qu'il n'est pas atteint de certaines maladies et qu'il a subi toutes les vaccinations prescrites par les règlements ; ce certificat médical doit être accompagné d'un certificat de désinsectisation ;

— un extrait de la fiche anthropométrique délivré par la direction des services de sécurité publique, attestant que le travailleur émigrant n'a pas été frappé de condamnation grave ;

— un reçu délivré par le trésorier payeur général du Protectorat, certifiant le versement par l'employeur ou le travailleur d'une somme, variable suivant le pays de destination, garantissant le remboursement des frais que le Maroc pourrait être amené à engager pour assurer le rapatriement de l'émigrant. Ce dépôt est naturellement restitué à l'intéressé si celui-ci rentre par ses propres moyens ;

— toutes autres pièces dont la présentation

**

Les sanctions qui, seules, peuvent garantir le respect des dispositions qui précèdent, ont également été mises en harmonie avec les textes qui fixent les nouveaux taux des amendes. Les personnes, qui, pour elles-mêmes ou dans l'intérêt d'un tiers, auront tenté, de quelque façon que ce soit, de tourner la loi, seront passibles d'un emprisonnement d'un mois à deux ans et d'une amende de 12.000 à 240.000 francs, ou de l'une de ces deux peines seulement. D'autre part, les compagnies de navigation maritime et aérienne qui auront embarqué un travailleur non pourvu des documents exigés, supporteront toutes les dépenses qui pourront résulter de leur négligence ou de leur complicité.

**

Il convient de noter, enfin, que le dahir du 8 novembre 1949 réglemente, en la simplifiant au maximum, l'émigration des travailleurs frontaliers marocains qui se rendent, pour exécuter des travaux saisonniers, en Algérie ou en zone espagnole de l'Empire chérifien. Les intéressés devront être porteurs d'une « autorisation de sortie temporaire » (ou, pour la zone espagnole, d'un « permis de voyage ») délivrée par l'autorité locale de leur résidence et d'une carte sanitaire établie par un médecin de la santé publique et de la famille.

**

Telle est l'économie de ce dahir, qui doit permettre de faire cesser l'émigration irrégulière des travailleurs marocains. Tout en apportant plus de simplicité et plus de clarté dans une réglementation déjà éparsée et touffue, il doit assurer une meilleure défense des intérêts de ces travailleurs, qu'il protège contre la tentation d'aller chercher à l'étranger un emploi hypothétique, et donner à leurs employeurs la certitude d'une main-d'œuvre physiquement et moralement saine.

Pierre GRUFFAZ.

EXTRAIT DU RAPPORT

présenté à la session de décembre 1949 du conseil du Gouvernement
par M. Mohamed Laghzaoui, premier vice-président de la chambre marocaine de commerce
et d'industrie de Fès
sur le projet de budget de la direction des travaux publics

HABITAT MAROCAIN

Depuis le 1^{er} juillet 1949, la direction des travaux publics est chargée du rôle de constructeur d'habitations qu'avait l'ex-office chérifien de l'habitat.

Examinons maintenant ce budget spécial :

Ce budget qui, rappelons-le, n'est relatif qu'à l'habitat marocain pour ce qui est des travaux neufs, s'équilibre, en recettes et en dépenses, 1.915 millions.

Les recettes proviennent :

Pour 148 millions : de l'encaissement des loyers :

Pour 150 millions : de la vente des immeubles construits ;

Pour 1.000 millions : d'une subvention du budget général.

491 millions ne sont que des recettes d'ordre destinées à apurer les comptes de l'ancien office de l'habitat.

La somme de 100 millions qui figure en recettes et dépenses au titre des bâtiments administratifs n'offre pas d'intérêt. C'est le simple enregistrement des opérations que l'habitat fait, parfois, pour le compte des administrations, et que celles-ci remboursent alors à leur valeur.

Les dépenses comprennent 2 parties distinctes :

A. — Des dépenses d'exploitation, entretien, gérance des immeubles déjà réalisés. Ces dépenses se montent à 34 millions 200, somme à laquelle il faudrait ajouter une part proportionnelle des dépenses communes de personnel, matériel, frais généraux, soit environ : 1/3 de 54 millions 800 ou : 18 millions 300.

B. — Des dépenses de travaux neufs qui sont par conséquent relatives à la construction de nouvelles maisons pour marocains, musulmans et israélites. Ces dépenses se montent à 1.685 millions, somme à laquelle il faudrait ajouter la part proportionnelle de frais généraux et personnel, soit 2/3 de 54 millions 800 ou 36 millions 500.

Examinons comment se répartit cette somme de 1.685 millions :

250 millions + 41 = 291 millions sont destinés à apurer les comptes de l'habitat européen ;

100 millions représentent le transit des bâtiments administratifs par le budget de l'habitat.

Il reste 1.334 millions se répartissant ainsi :
Habitat marocain musulman : 900 millions ;
Habitat marocain israélite : 100 millions + 200 millions de report non employés en 1949 ;
Divers : 134 millions.

Les 900 millions pour l'habitat marocain musulman serviront :

Pour 150 millions : à payer les travaux en cours ;

Pour 280 millions : à acheter des terrains ;

Pour 220 millions : à faire la voirie, les égouts, les adductions d'eau dans les nouvelles médinas ;

Pour 250 millions seulement : à faire de nouvelles maisons, ce qui représente 1.300 à 1.500 logements environ.

Ces chiffres appellent les réflexions suivantes :

1° Les dépenses d'achat de terrains, de voirie, d'équipement en eau et égouts sont très élevées par rapport aux dépenses totales. Nous tenons pourtant à ce qu'elles soient faites, les nouvelles cités marocaines ne pouvant se passer des conditions indispensables de l'hygiène la plus élémentaire. Toutefois, ces dépenses devront être supportées, tout au moins en partie, par les Municipalités qui bénéficieront, plus tard, des taxes urbaines afférentes à ces nouveaux logements.

2° Les 100 millions + 200 millions de report de l'habitat israélite sont destinés à la construction d'un groupe d'immeubles à Casablanca. Nous ne pouvons que souhaiter la réalisation immédiate de ce projet.

3° Les 134 millions de dépenses diverses doivent servir à préparer les plans des médinas futures, à essayer de nouveaux procédés de construction et de nouveaux types de maisons marocaines.

Rappelons que nous désirons, avant tout, qu'on réalise des maisons simples, mais décentes et solides ; que nous ne tenons pas à des réalisations trop perfectionnées dont le coût empêcherait la multiplication, et que nous ne rejetons à priori aucune forme d'habitation s'éloignant de nos constructions traditionnelles.

Malgré l'effort envisagé, 1.500 logements nouveaux au plus seront réalisés en 1950. A cette cadence, il faudrait environ un tiers de siècle pour construire les 40 à 50.000 logements indispensables au remplacement des bidonvilles et au dégagement des médinas surpeuplées, à condition toutefois que le nombre de ces économiquement faibles s'arrête au chiffre actuel.

Pour remédier à cette situation angoissante, nous proposons :

1° Une augmentation substantielle de la subvention budgétaire accordée à cette œuvre sociale de première nécessité ;

2° La création d'un système de vente-location aux locataires actuels ;

3° La vente des constructions déjà réalisées, aux conditions fixées par un cahier des charges excluant toute tentative spéculative ;

4° Préparation de lotissements avec eau, égouts, lumière et routes, qui seront mis gracieusement à la disposition de ceux qui veulent construire et se conformer à des conditions à déterminer.

Nous sommes persuadés que l'application immédiate de ce programme ne manquera pas de résoudre le problème de l'habitat marocain dans un temps record.

3 — Santé publique

Déclarations de maladies contagieuses — Ensemble de la population du Maroc

D A T E S	Fièvre typhoïde		Typhus exantématique		Fièvre récurrente		Variole et varioloïde		Rougeole Rubéole	
	E.	M.	E.	M.	E.	M.	E.	M.	E.	M.
1946 - moyenne mens. ...	114		315		1.387		156		169	
1947 - » » ...	61		11		2		5		267	
1948 - » » ...	57		6		2		2		329	
1949 - 9 1 ^{ers} m. m. mens.	14	23	—	2	2	6	—	1	34	106
1949 - Octobre	32	79	—	—	5	16	—	—	5	134
1949 - Novembre	33	77	—	2	—	12	1	—	12	292
1949 - Décembre (1) ...										
D A T E S	Diphthérie		Dysenterie amibienne		Dysenterie bacillaire		Tuberculose pulmonaire		Lépre	
	E.	M.	E.	M.	E.	M.	E.	M.	E.	M.
1946 - moyenne mens. ...	19		3.146		432		735		12	
1947 - » » ...	28		2.338		135		1.001		15	
1948 - » » ...	34		2.658		159		1.382		22	
1949 - 9 1 ^{ers} m. m. mens.	11	17	35	1.997	3	141	32	1.457	—	17
1949 - Octobre	33	9	50	2.036	5	175	38	1.384	—	10
1949 - Novembre	61	16	38	2.678	4	146	14	1.372	—	22
1949 - Décembre (1) ...										

(1) Chiffres non parvenus.
Source : Direction de la santé publique et de la famille.

ANNEXES AU RAPPORT

présenté à la session de décembre 1949 du conseil du Gouvernement par M. Rouché, premier vice-président de la chambre française de commerce et d'industrie de Rabat sur le projet de budget de la direction de la santé publique et de la famille

RESSOURCES HÔPITALIÈRES

I. — Total général : 6.984 lits.

II. — Régions :

Casablanca	753	1.731
Rabat	198	731
Meknès	205	514
Fès	149	878
Marrakech	180	785
Oujda	39	302
Agadir	84	435

Totaux

III. — Villes importantes :

Casablanca	450	892
Rabat	122	312
Salé	0	122
Port-Lyautey	76	77
Meknès	111	250
Fès	149	720
Marrakech	150	365
Oujda	30	120
Agadir	40	100

	Lits européens	Lits marocains
I. — Total général	1.608	5.376
II. — Régions :		
Casablanca	753	1.731
Rabat	198	731
Meknès	205	514
Fès	149	878
Marrakech	180	785
Oujda	39	302
Agadir	84	435
Totaux	1.608	5.376
III. — Villes importantes :		
Casablanca	450	892
Rabat	122	312
Salé	0	122
Port-Lyautey	76	77
Meknès	111	250
Fès	149	720
Marrakech	150	365
Oujda	30	120
Agadir	40	100

NOUVEAUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS OUVERTS EN 1949
(Hôpitaux et dispensaires)

<i>Région de Casablanca :</i>	Nombre de lits	<i>Région de Casablanca :</i>	Nombre de lits
Nouvel hôpital musulman de Casablanca (5 pavillons)	330	Hôpital Jules Mauran (extension et modernisation des pavillons israélites)	90
Hôpital d'El-Hank (1 pavillon de contagieux) Casablanca	40	Nouvel hôpital musulman (ouverture des autres pavillons)	330
Nouveaux services du dispensaire de la nouvelle médina : « O.R.L. et ophtalmologie, dermato-syphiligraphie et tuberculose ».		Dispensaire-antenne de la rue Larrey à Casablanca.	
Nouveau service d'ophtalmologie de l'hôpital civil de Casablanca.		Nouveau service de pédiatrie du dispensaire de la nouvelle médina à Casablanca.	
Extension du service de chirurgie (opérés) de l'hôpital civil de Casablanca (1 ^{re} tranche)	10	Extension du centre anticancéreux Bergonié de Casablanca	30
Maison de cure de Ben Ahmed (modernisation des pavillons existants)		Centre de santé des Roches-Noires de Casablanca.	
Extension du préventorium d'Oued Zem	30	Nouveau pavillon de la maison de cure de Ben-Ahmed	56
Nouveaux pavillons de l'infirmerie mixte d'Oued-Zem (réalisation de la première tranche)	20	Infirmerie d'Oued-Zem (2 ^{me} tranche)	12
<i>Région de Rabat :</i>		Infirmerie des Beni-Amir Beni-Moussa	16
Centre de santé de la rue Sidi Fatah.		<i>Région de Rabat :</i>	
Centre ophtalmologique de Salé.	100	Extension de l'infirmerie de Souk el Arba	16
<i>Région de Marrakech :</i>		Extension de l'infirmerie de Petit-jean	12
Centre de santé de Bab-Khemis.		Nouveaux services de consultations et de spécialités de l'hôpital Moulay-Youssef à Rabat.	
Modernisation et extension de l'hôpital de tuberculeux du Djenan Amerchich	30	<i>Région de Marrakech :</i>	
<i>Région de Meknès :</i>		Nouveau pavillon de l'hôpital Henri David à Safi	36
Nouveaux services de l'infirmerie de Midelt	8	<i>Région de Meknès :</i>	
Nouveaux services de l'infirmerie de Ksar-es-Souk	8	Hôpital Sidi Saïd (nouveau pavillon de 80 lits)	80
Nouveaux services de l'infirmerie d'Azrou	12	<i>Région de Fès :</i>	
Extension du sanatorium « Hélios » d'Azrou	8	Nouveaux pavillons d'hospitalisation de l'hôpital Cocard à Fès	100
<i>Région de Fès :</i>		Infirmerie de Boulemane.	
Dispensaire du « bled Puro » de Taza.		Nouveaux pavillons d'hospitalisation de l'infirmerie de Sefrou.	
<i>Région d'Onjda :</i>			
Dispensaire de l'Oued Nachef.			
Infirmerie de Martimprey du Kiss	20		
<i>Région d'Agadir :</i>			
Nouveaux services de l'hôpital de Taroudant	30		
Nouveaux services de l'hôpital de Tiznit	30		
Total	676 lits.	Total	778 lits.

NOTE SUR L'ACTIVITE
DE L'INSTITUT D'HYGIENE

Dès 1928, la création d'un institut d'hygiène était envisagée par la direction de la santé publique. Il devenait nécessaire de confier à un organisme spécialement outillé l'étude technique des problèmes relatifs à l'hygiène et à la protection du Maroc contre les grandes maladies endémo-épidémiques.

I. -- ACTIVITES.

1° *Etude méthodique des problèmes d'hygiène et d'épidémiologie.*

Les maladies pestilentielles et le paludisme ont été abordés les premiers, l'urgence des problèmes qu'ils soulevaient étant alors très grande. Mais l'institut d'hygiène s'est aussi attaché à l'étude des grandes maladies sociales : tuberculose, syphilis, lèpre, cancer, trachome. Pour chacune de ces maladies, les conditions proprement marocaines ont été dégagées. L'étude des animaux vecteurs ou du réservoir de virus des différentes maladies humaines a complété ces travaux épidémiologiques.

L'habitat marocain, l'alimentation marocaine ont donné lieu à des enquêtes. L'épuration des eaux de boisson, l'hygiène rurale, l'hygiène professionnelle figurent parmi les questions traitées. La toxicologie marocaine a fait l'objet d'une étude d'ensemble. Des maladies locales comme la bilharziose, le darmous, les splénomégalies nord-africaines ont également été étudiées.

2° *Etude des moyens prophylactiques efficaces contre les maladies endémo-épidémiques.*

Qu'il s'agisse de paludisme, de peste, de typhus, de variole, de fièvre récurrente mondiale, de choléra, l'institut d'hygiène s'est constamment tenu au courant des procédés de prophylaxie employés dans les divers pays du monde. Parmi ces procédés, il a retenu ceux qui pouvaient être appliqués au Maroc et les a adaptés aux conditions locales.

Une doctrine prophylactique tenant compte de la situation épidémiologique et sociale du pays a ainsi été élaborée pour chacune des maladies endémo-épidémiques. Elle est sans cesse remaniée et tenue à jour, en fonction des progrès scientifiques et de l'évolution sociale du Maroc.

3° *Rôle du laboratoire central.*

L'activité des laboratoires de l'institut d'hygiène est spécialement orientée vers les questions d'épidémiologie et d'hygiène (hydrologie, hygiène alimentaire, hygiène professionnelle). Elle ne se borne cependant pas à ce champ. Le personnel et l'outillage techniques spécialisés permettent à l'institut d'hygiène d'effectuer des examens qui ne peuvent être pratiqués dans les laboratoires de routine. Les laboratoires de l'institut d'hygiène ont, d'autre part, suppléé pendant longtemps

à l'insuffisance des laboratoires cliniques au Maroc et cette activité, qui s'est progressivement réduite au fur et à mesure du développement des laboratoires régionaux, n'a cependant pas encore cessé.

4° *Enseignement et diffusion des méthodes de lutte contre les maladies sociales.*

Des stages d'instruction technique et de perfectionnement sont organisés pour :

- des médecins de la santé publique lors de leur recrutement et, éventuellement, au cours de leur carrière,
- les infirmiers des services régionaux d'hygiène et d'épidémiologie.

Des conférences de caractère pratique sont faites avant leur entrée en fonction aux contrôleurs civils, aux officiers des affaires indigènes et aux instituteurs, tous susceptibles d'aider directement ou indirectement les médecins dans leur effort de prophylaxie.

Le public lui-même enfin, européen ou marocain, est directement touché par une propagande écrite, radiophonique et cinématographique.

II. -- ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT.

Ces activités sont assurées par :

un groupe de *laboratoires* :

- laboratoire de microbiologie et de sérologie ;
- laboratoire d'histopathologie ;
- laboratoire de parasitologie et d'hématologie ;
- laboratoire de trachomatologie ;
- laboratoire de chimie et de toxicologie.

un groupe de *service de prophylaxie* :

- service de prophylaxie générale (maladies pestilentielles) ;
- service antipaludique ;
- service de prophylaxie antituberculeuse.

une division de *documentation* comportant une bibliothèque, un service de documentation iconographique et une publication scientifique, le « bulletin de l'institut d'hygiène ».

Cet ensemble constitue l'organisme central, section technique de la direction de la santé publique, directement rattachée à cette dernière. Cet organisme central est prolongé dans chacune des sept régions du Maroc par les services régionaux d'hygiène et d'épidémiologie (S.R.H.E.), chargés de la lutte contre les épidémies, la lutte antipaludique et la surveillance de l'hygiène rurale. Les S.R.H.E. groupent, sous la surveillance d'un médecin, deux à cinq sections de prophylaxie dépendant administrativement du médecin-chef de la région ; ils sont reliés techniquement aux services de prophylaxie de l'institut d'hygiène.

Les S.R.H.E. ont la charge :

de recueillir les renseignements épidémiologiques et de les transmettre aux services centraux ;

d'appliquer les mesures prophylactiques selon les directives techniques des services centraux ;

Les services centraux ont la charge :

de tenir les S.R.H.E. au courant des

recherches et progrès en matière d'hygiène et d'épidémiologie ;

de leur donner les directives techniques pour l'application des mesures de prophylaxie ;

de leur apporter, en cas de péril épidémique débordant les moyens régionaux, l'aide des sections de prophylaxie en réserve à l'institut d'hygiène.

ACTIVITE DES LABORATOIRES

	Nombre d'examens pratiqués	
	1948	du 1 ^{er} -1-1949 au 30-9-1949
<i>Laboratoires de microbiologie, de sérologie et d'histopathologie :</i>		
Examens microbiologiques	4.298	6.279
Examens hématologiques	721	797
Examens endocrinologiques	28	19
Examens sérologiques	31.096	66.820
Examens histopathologiques	482	300
<i>Laboratoires de chimie et de toxicologie :</i>		
Examens de chimie biologique	1.070	1.140
Examens d'hydrologie	432	227
Expertises de toxicologie judiciaire	43	31
Expertises de bromatologie et d'hygiène générale	17	6
<i>Service antipaludique :</i>		
Identifications d'anophèles	10.250	8.858
Recherches d'hématozoaires	8.268	4.868
<i>Examens de fonctionnaires</i>	1.658	1.449

NOTE SUR LE PROGRAMME DE CONSTRUCTIONS DE LA DIRECTION

Le programme de constructions de la santé publique tend à la réalisation d'un plan dont les grandes lignes sont les suivantes :

1^{er} Formations interrégionales.

Elles sont destinées à recevoir les malades atteints d'affections qui nécessitent des thérapeutiques spéciales : tuberculose -- maladies mentales -- maladies oculaires.

Ces formations, où qu'elle soient situées, n'ont pas un caractère urbain ; elles drainent les malades d'une fraction ou de l'ensemble du Maroc.

2^{es} Formations régionales.

Elles sont situées au chef-lieu de la région et doivent satisfaire les besoins de la population urbaine, ainsi que ceux de l'hinterland immédiat ; elles reçoivent enfin les malades atteints des affections les plus graves, car elles disposent ou disposeront de tous les services pour thérapeutiques spécialisées.

3^{es} Formations complémentaires.

Il s'agit ici des hôpitaux ou grosses infirmeries de secteur, situés, soit au siège du territoire, soit au siège de l'annexe et qui, comme par le passé, draineront les malades de leur ressort

territorial ; ces formations modernes ou modernisées sont l'équivalent des hôpitaux de sous-préfecture dans la Métropole. Leur caractère est bi-valent : il est à la fois urbain et rural.

4° *Formations rurales.*

Les infirmeries et salles de visite réparties sur l'ensemble du territoire constituent les antennes avancées des formations urbaines ou interrégionales et continuent, comme par le passé, à dispenser soins et consultations dans le bled et en tribu.

5° *Dans les villes* est en cours de réalisation le programme médico-social avec, du point de vue médical, la création de centres de santé d'où

les consultants gravement atteints seront acheminés sur l'hôpital.

6° Les liaisons entre salles de visite, infirmeries et hôpitaux sont réalisés par voitures ambulances.

Pour compléter l'action médicale, des voitures « dispensaires » vont jusqu'aux points les plus reculés donner des soins aux malades atteints de maladies oculaires, aux mères et aux enfants, ou dépistent la tuberculose.

7° L'équipement en matériel des formations sanitaires est, pour partie, pris sur les crédits d'équipement sanitaire.

Ci-après le tableau des réalisations de l'année 1949 et les prévisions pour 1950.

PROGRAMME DES TRAVAUX NEUFS
DE LA DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA FAMILLE

	Crédits engagés en 1949	Ventilation des crédits du budget en 1950
<i>Formations inter-régionales :</i>		
Sanatorium de Ben-Smim	50,8	100
Nouveau pavillon à l'hôpital neuro-psychiatrique de Berrechid — en service	10	20
Hôpital ophtalmologique de Salé — en service	39	
<i>Azrou</i> — Formations antituberculeuses en service	13,3	
Pavillon pour tuberculeux à Meknès (1 ^{er} janvier 1950)	27,7	
Sanatorium de Ben-Ahmed — en service .	25	20
Préventorium de Ben-Ahmed	26	20
Pavillon pour tuberculeux à Casablanca (fin 1950)	52	20
Hôpital complémentaire d'El-Hank — en service	6,5	
Centre de Sidi-el-Ayachi (vieillards) — en service	21,1	10
	271,4	190
<i>Formations régionales ou urbaines :</i>		
Nouvel hôpital Oujda	101	100
Hôpital « Cocard » à Fès	84,2	50
Nouvel hôpital franco-marocain à Meknès.	105	100
Nouvel hôpital franco-marocain à Rabat ..	160	100
Formations sanitaires à Tanger	4	
Hôpital « Mauchamp » à Marrakech		30
	454,2	380

	Crédits engagés en 1949	Ventilation des crédits du budget en 1950
<i>Centres de santé — Dispensaires action sociale :</i>		
Centre de santé de la rue Sidi Fatah à Rabat — en service	26,4	
Centre de santé « Moulay-Youssef » à Rabat	31,7	10
Centre de santé d'Aïn-Chok à Casablanca	7	25
Dispensaire hygiène scolaire à Rabat	9,5	10
Maison d'enfants — Casablanca — Oasis	8,1	15
Dispensaire des Roches-Noires à Casablanca	23,8	10
Travaux du service médico-social (études, garderies, dispensaires, etc...)	38,5	40
Centre de santé de l'Arsa-Moha-Marrakech		15
Dispensaire ophtalmologique à Marrakech		12
	166,2	137
<i>Hôpitaux de territoires ou ruraux :</i>		
Hôpital d'Ouezzane	7	30
Hôpital de Mazagan	10	30
Hôpital du Djenan Amerchich de Marrakech	12,9	10
Hôpital de Mogador (1 ^{re} tranche — Consultations)		10
Hôpital de Safi		80
Hôpital de Taroudant	10	10
	39,9	170
<i>Infirmeries :</i>		
Travaux en cours	146	10
Martimprey-du-Kiss		12
Sefrou		8
Matmata		
Aknoul		
Boulemane		
Ksar-es-Souk (en service)		
Midelt (en service)		
Souk-el-Arba du Rharb		5
Ksiri		15
Fédala		
Oued-Zem (en service)		
Berrechid		
Imi N'Tanout (en service)		20
Ouarzazate		
Goulimine (en service)		
Bou Izakarn (en service)		
Inezgane		
<i>Travaux à entreprendre :</i>		
Berkane		20
Tafraout		10
Tahala		10
Erfoud		15
Moulay-Idriss		8
Aït-Ourir		8
Souk-el-Arba des Skours		8
Boulhaut		12
Beni-Mellal		8
Postes de l'avant		25
Fonds de concours au paysanat	25	30
	171	224

	Crédits engagés en 1949	Ventilation des crédits du budget en 1950
<i>Salles de visites rurales</i>	47	80
<i>Travaux divers :</i>		
(Ecoles d'infirmiers, pharmacie centrale, logements)	125	100
Véhicules sanitaires (ambulances, voitures dispensaires, etc...)	27	40
Matériel d'équipement (radiologie, blocs chirurgicaux, stérilisation, etc...)	56,5	150
Crédits réservés pour compléter les estimations de travaux après adjudication	321,8	54
Total général (Millions)	1.680	1.525

EXTRAIT DU RAPPORT

présenté à la session de décembre 1949 du conseil du Gouvernement par M. Isaac Dahan, délégué israélite, représentant des intérêts divers de la région de Rabat sur le projet de budget de la santé publique et de la famille

MEDECINE DE MASSE
ET MEDECINE DE CAS

Cette fièvre créatrice qui fait partout surgir des chantiers nouveaux répond, comme nous venons de le dire, à la nécessité de rattraper le retard du Maroc, en matière d'équipement sanitaire, ensuite à celle d'accentuer l'orientation vers ce que le Dr Sicault a exprimé en termes lapidaires : « la substitution progressive de la médecine de cas à la médecine de masse ».

Cette orientation suit elle-même l'évolution générale du pays. Si pendant longtemps on a appliqué la médecine de masse, c'est en raison d'une situation hygiénique très précaire qui laissait le champ libre aux maladies à caractère endémique et, de temps à autre, à des épidémies péniblement meurtrières. Aujourd'hui cette situation s'est nettement améliorée en raison de l'organisation et du développement de tous les services d'hygiène et d'épidémiologie, de la construction de nouvelles formations sanitaires, des découvertes thérapeutiques et de l'éducation progressive de la masse. C'est précisément cette amélioration qui incite à adopter la médecine de cas et qui a engagé la direction de la santé à envisager un plan rationnel de construction comportant des salles de visite disposées en éventail autour d'infirmiers de secteur, elles-mêmes disposées de la même façon autour de formations urbaines et régionales, et de formations inter-régionales à thérapeutiques spéciales. Ce réseau de formation, auquel on pourrait joindre les

dispensaires, doit permettre de repérer dans la masse des consultants les malades graves qui, une fois le diagnostic établi, doivent être acheminés vers tels établissements où ils seront traités par des moyens appropriés. Il est évident que la médecine de cas ainsi conçue ne peut avoir de plein effet que si elle est entourée des conditions les meilleures. Tout en évitant le somptueux, l'hôpital doit être beau et confortable en sorte que le malade s'y sente à l'aise.

Il faut bannir à tout jamais ces tristes visions de bâtiments vétustes abritant de vieux lits d'une propreté douteuse ; l'espace, l'air et la lumière doivent régner à l'hôpital pour donner au malade le sentiment du mieux-être. Ce sentiment ne pourra être complet que si le personnel est suffisant et bien rétribué (je pense surtout au personnel subalterne marocain) et l'alimentation saine et assez abondante — et ce n'est certes pas les 50 frs par jour qui pourraient y suffire. Si l'on considère que la thérapeutique moderne utilise des moyens de plus en plus coûteux et que, de ce fait la clientèle des hôpitaux est appelée à grossir, l'hôpital apparaît comme l'instrument par excellence de l'orientation préconisée, celle de la médecine de cas.

*
**

Afin d'intéresser les éléments représentatifs de la population à la gestion d'un hôpital, on a institué dans les grandes villes des commissions consultatives ; cette institution qui rappelle une

expérience tentée en France où l'on a créé des commissions hospitalières, n'a pas donné au Maroc les résultats qu'on en attendait ; l'expérience doit être reprise, mais il importe de fixer par un règlement intérieur les attributions de cette commission appelée à jouer un grand rôle dans la vie des hôpitaux. Nous demandons donc à M. le D^r Sicaults d'élaborer ces règlements et de reconstituer ces commissions régionales en faisant appel à des personnalités ayant une expérience sociale assez large.

Enfin nous suggérons qu'une assistante sociale soit rattachée à chaque hôpital pour l'éducation sanitaire des malades ; une éducation donnée à un patient, pendant sa maladie, a des chances d'être profonde et durable.

Les assistantes sociales.

Le meilleur agent de cette politique de prévention est l'assistante sociale. Apparue dans le monde marocain il y a quatre ans à peine, l'assistante sociale s'est d'emblée imposée par le

rôle capital qu'elle a joué et qui a fait d'elle un agent indispensable. On peut affirmer que par la confiance qu'elle a inspirée à la femme marocaine, elle a été à la base du rayonnement du service médico-social.

De 6 en 1946, les assistantes sociales sont passées à 45 en 1949. En 1950, elles seront 89 auxquelles il faudra ajouter un certain nombre d'assistantes non diplômées. Cette augmentation a imposé à la direction de la santé la création d'un diplôme d'état d'assistante sociale. Mais d'ores et déjà il faut penser à créer des cours d'assistantes sociales pour les marocaines afin de leur permettre de prendre leur part à cette tâche éducative.

Par son tact, sa persévérance et sa douceur, l'assistante sociale acquiert la sympathie des milieux qu'elle visite et à qui elle apporte un réconfort matériel et moral. Qu'elle soit l'intermédiaire entre l'œuvre d'assistance et la famille dont elle a la charge, qu'elle soit l'éducatrice de la mère et des enfants, qu'à l'occasion, elle s'improvise infirmière, elle crée par son activité multiple un courant de sympathie et d'amitié.

5 — La lecture publique au Maroc

Statistiques annuelles 1949 (1)

I. — Lecteurs et prêts

LECTEURS INSCRITS				Nombre d'entrées dans la Salle de lecture		PRETS EFFECTIFS			
Euro-péens	Musul-mans	Israé-lites	Total	Total	Moyenne journalière	à Rabat	à l'extérieur	Communica-tions dans la Salle	Total
4.864	967	75	2.906	21.125	70	37.617	1.639	4.429	43.685

II. — Accroissements du fonds en 1949

I M P R I M E S				Manus-crits	au 31-12-49 existants Total des volumes		PERIODIQUES ET QUOTIDIENS			
Dons	Achats	Dépôt légal	Total		Impri-més	Manus-crits	Abonne-ments	Dépôt légal	Dons ou échanges	Total
331	2.371	158	2.860	1	84.615	2.331	176	259	313	778

(1) Ces renseignements concernent la bibliothèque générale du Protectorat à Rabat.