

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

FES



Année 2014

Thèse N° 042/14

**PREVALENCE DE LA MORBIDITE AU NIVEAU DU RESEAU  
DE SOINS DE SANTE DE BASE DE LA REGION  
FES-BOULEMANE  
(A propos de 600 cas)**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/04/2014

PAR

**Mlle. BENBRAHIM FOUZIA**

Née le 26 Septembre 1987 à Fès

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE**

**MOTS-CLES :**

Prévalence de la morbidité - RSSB - Médecine générale  
Réforme des études médicales

**JURY**

M. IBRAHIMI SIDI ADIL.....	PRESIDENT
Professeur de Gastro-entérologie	
Mme. EL RHAZI KARIMA.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Médecine communautaire	
M. SQALLI HOUSSAINI TARIK.....	JUGES
Professeur agrégé de Néphrologie	
M. NEJJARI CHAKIB.....	
Professeur d'Epidémiologie clinique	
Mme. EL FAKIR SAMIRA.....	
Professeur agrégé d'Epidémiologie clinique	

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	8
I. Système de Santé au Maroc.....	11
1. Définition.....	11
2. Organisation et structures .....	11
3. Place du RSSB dans le Système de Santé.....	16
4. Points forts et points faibles du Système de Santé marocain.....	17
II. Place du médecin généraliste dans le Système de Santé.....	20
1. Définition.....	20
2. Rôles du médecin généraliste dans les soins primaires .....	20
III. Formation médicale .....	23
1. Bref historique des Facultés de Médecine au Maroc.....	23
2. Système de formation médicale au Maroc .....	24
3. Réforme des études médicales au Maroc.....	27
OBJECTIFS.....	29
I. Objectif principal.....	30
II. Objectifs secondaires .....	30
MATERIELS ET METHODES .....	31
I. Type d'étude .....	32
II. Lieu et population d'étude.....	32
III. Définition des cas.....	33
1. Critères d'inclusion .....	33
2. Critères d'exclusion.....	33
IV. Recueil des données .....	33
V. Définition de la morbidité.....	35
VI. Analyse statistique des données .....	36
VII. Aspects éthiques .....	36

RESULTATS .....	37
I. Description de la population étudiée : Données sociodémographiques .....	38
1. Sexe.....	38
2. Âge .....	39
3. Niveau d’instruction .....	40
4. Profession.....	42
5. Statut matrimonial .....	42
6. Nombre d’enfants .....	43
7. Couverture sociale .....	43
II. Description des données liées à la morbidité dans la population étudiée :	
Données médicales.....	44
1. Consultations antérieures.....	44
2. Consultation actuelle.....	46
III. Comparaison entre les pathologies enseignées et celles rencontrées au niveau du RSSB.....	64
DISCUSSION .....	66
CONCLUSION .....	71
RESUME .....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	77
ANNEXES .....	81

## Liste des figures

Figure 1 - Organisation du Système de Santé au Maroc .....	12
Figure 2 - Bases de la compétence du médecin .....	22
Figure 3 - Répartition de la population de l'étude en fonction du sexe .....	38
Figure 4 - Répartition de la population d'étude par tranches d'âges .....	39
Figure 5 - Répartition des malades selon le niveau d'instruction .....	40
Figure 6 - Niveau d'instruction des mères des enfants de moins de 15 ans .....	41
Figure 7 - Niveau d'instruction des pères des enfants de moins de 15 ans .....	41
Figure 8 - Répartition de la population de l'étude en fonction de la situation professionnelle .....	42
Figure 9 - Répartition des patients selon leur statut matrimonial.....	42
Figure 10 - Répartition des patients selon le nombre d'enfants .....	43
Figure 11 - Répartition des malades en fonction de la couverture sociale .....	43
Figure 12 - Répartition des patients selon leur fréquentation des centres de santé ...	44
Figure 13 - Répartition des malades en fonction de leurs besoins en santé au niveau du RSSB .....	45
Figure 14 - Répartition des patients selon la nature de la consultation .....	46
Figure 15 - Répartition des examens complémentaires demandés selon leur type ....	49
Figure 16 - Répartition des pathologies selon leur évolution .....	52
Figure 17 - Répartition des pathologies selon les tranches d'âge.....	53
Figure 18 - Répartition des pathologies aiguës et chroniques en fonction du sexe....	53
Figure 19 - Répartition des pathologies en médicales/chirurgicales .....	61
Figure 20 - Répartition des pathologies en infectieuses/non infectieuses .....	62

## Liste des tableaux

Tableau 1 - Récapitulatif des modules consacrés aux pathologies enseignées au deuxième cycle des études médicales et leur volume horaire : Programme global d'enseignement des études médicales à la FMPF, 2013-2014.....	26
Tableau 2 - Motifs de consultation les plus fréquents .....	47
Tableau 3 - Principales pathologies du suivi.....	48
Tableau 4 - Spécialités les plus rencontrées lors des consultations médicales.....	51
Tableau 5 - Diagnostics les plus fréquents par ordre décroissant et selon le sexe pour les 600 consultations réalisées au niveau des centres de santé concernés par l'étude .....	55
Tableau 6 - Principales pathologies rencontrées chez les sujets de plus de 15 ans ...	56
Tableau 7 - Pathologies les plus rencontrées chez les malades de moins de 15 ans..	57
Tableau 8 - Principales pathologies aiguës réparties par spécialités .....	59
Tableau 9 - Principales pathologies chroniques réparties par spécialités .....	60
Tableau 10 - Modules consacrés aux pathologies au cours de la troisième année de médecine .....	82
Tableau 11 - Modules consacrés aux pathologies au cours de la quatrième année de médecine .....	85
Tableau 12 - Modules consacrés aux pathologies au cours de la cinquième année de médecine .....	92

## Liste des abréviations

CDTMR	: Centre de diagnostic et de traitement de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires
CHP	: Centre Hospitalier Provincial ou Préfectoral
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNOPS	: Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CREMPO	: Commission Nationale de Réforme des Etudes Médicales, Pharmaceutiques et Odontologies
CRM	: Croissant Rouge Marocain
CRPF	: Centre de Référence pour la Planification Familiale
CS	: Centre de Santé
CSC	: Centre de Santé Communal
CSCA	: Centre de Santé Communal avec unité d'Accouchement
CSU	: Centre de Santé Urbain
CSUA	: Centre de Santé Urbain avec module d'Accouchement
DR	: Dispensaire Rural
ECG	: Electrocardiogramme
ESSB	: Etablissements de Soins de Santé de Base
FF	: Femmes au Foyer
FAR	: Forces Armées Royales
FMPF	: Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès
FOGD	: Fibroscopie œsogastroduodénale
HTA	: Hypertension artérielle
LEHM	: Laboratoire d'Epidémiologie et d'Hygiène du Milieu

NFS : Numération Formule Sanguine  
OCP : Office Commerciale Pharmaceutique  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie  
RAA : Rhumatisme Articulaire Aigu  
RAMED : Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis  
RSSB : Réseau de Soins de Santé de Base  
TIAC : Toxi-Infection Alimentaire Collective  
TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs  
VS : Vitesse de Sédimentation

# INTRODUCTION

Le bien-être du citoyen est placé au cœur du développement socio-économique ; une évaluation continue du niveau de santé de la population est indispensable pour améliorer la qualité de la santé et adapter le niveau du système de santé aux besoins de la population.

Le Maroc a profondément changé ces dernières années. Il connaît une transition démographique avec une réduction des niveaux de mortalité et de fécondité avec vieillissement de la population ; ainsi qu'un changement de la structure de la morbidité qui induit l'émergence des maladies non transmissibles comme les maladies cardio-vasculaires, les maladies chroniques et les cancers, et le déclin progressif des maladies infectieuses, qui annoncent la transition épidémiologique [1,2].

Le profil épidémiologique au Maroc se caractérise actuellement par la coexistence de trois groupes d'affections ayant des charges de morbidité et de mortalité lourdes [1,3], qui sont :

- les maladies transmissibles, maternelles et périnatales qui représentent 33,4% de la Charge de Morbidité Globale (CMG).
- les maladies non transmissibles qui sont responsables de 55,8% de la CMG.
- les traumatismes génèrent 10,8% de la CMG.

Les décès par maladies non transmissibles représentent actuellement 75% de tous les cas des décès ; ils sont suivis de loin par les décès par maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles qui représentent 19% et les accidents et traumatismes qui représentent 6% [4].

Les principaux facteurs contribuant à ce changement sont le développement socio-économique rapide associé à des changements dans le mode de vie. La sédentarisation et l'adoption de plus en plus fréquente du régime alimentaire occidental sont les principaux traits de cette transition [2]. La prévalence du tabagisme continue aussi d'augmenter progressivement [2].

Le Système de Santé marocain a déployé des efforts non négligeables pour faire face aux problèmes de santé que connaît le Maroc ; cependant, il existe toujours des disparités grandissantes entre milieux et régions et une grande insuffisance en matière de qualité de soins et d'un retard inquiétant en matière de ressources humaines [4].

Face aux changements profonds des besoins en santé, ainsi que des insuffisances manifestes du modèle du système en place, une nouvelle réforme de santé demeure une nécessité et non pas un choix. Le secteur de santé doit s'adapter avec ce changement remarquable et il doit, entre autres, renforcer davantage la formation médicale, afin de recadrer le métier du médecin généraliste de sorte qu'il soit un acteur central dans la prise en charge globale du malade dans son environnement familial, socioculturel, professionnel et économique.

Une étude récente sur les attentes des médecins généralistes du secteur public et privé montre que dans leur ensemble ils s'accordent à dire que la formation qu'ils ont reçue n'est pas adaptée à la pratique de la profession et ne répond pas aux besoins de la population [4].

Actuellement, le Ministère de la Santé prévoit des projets de réforme visant l'amélioration de l'offre de soins et par conséquent l'état de santé de la population. En revanche il n'y a pas d'études sur le terrain permettant de bien mettre en évidence l'état de la morbidité ainsi que les besoins de la population en santé, à part quelques données du Ministère de la Santé qui restent insuffisantes et non exhaustives. Les enquêtes menées jusqu'à ce jour tiennent compte beaucoup plus de la mortalité que de la morbidité ; par conséquent la situation épidémiologique des principaux problèmes de santé reste méconnaissable.

Cette étude est la première en son genre qui vise à analyser la morbidité au niveau du réseau de soins de santé de base (RSSB).

# I. Système de Santé au Maroc

Le Système National de Santé marocain a été mis en place en 1959 [4]. Il constitue l'ensemble des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires dont l'objectif principal est d'améliorer l'état de santé de la population [5].

Pour analyser les besoins de santé de la population marocaine, il est nécessaire de comprendre comment le Système de Santé au Maroc est organisé.

## 1. Définition

“ Le Système National de Santé se définit comme l'ensemble des ressources humaines, matérielles, financières ainsi que les institutions et activités destinées à assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population ” [6].

## 2. Organisation et structures

### a) Organisation :

Ce système est actuellement organisé autour de deux secteurs :

§ Le secteur public : il est assuré principalement par les structures du Ministère de la Santé. Ces structures comportent un RSSB essentiellement ambulatoires, un réseau hospitalier avec des hôpitaux universitaires et non universitaires, et un ensemble d'instituts et laboratoires nationaux [7].

Font également de l'offre publique de soins les services de santé des Forces Armées Royales (FAR), les bureaux d'hygiène municipaux et communaux qui dépendent des collectivités locales. Sont rattachés à l'offre publique de soins de santé des unités et services de divers départements administratifs (unités de préventions sanitaires collectives, unités de transport sanitaire, service de médecine pénitentiaire) [7].

§ Le secteur privé : Le secteur privé englobe tous les cabinets de consultation, de diagnostic ou de soins exerçant sous un régime libéral. Il existe aussi un secteur privé dit à but non lucratif qui est constitué de structures sanitaires des mutuelles, ressources sanitaires de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), des Mutuelles (CNOPS), du Croissant Rouge Marocain (CRM) [8], etc. Il convient aussi de citer les agents de la médecine traditionnelle [8].

L'organisation du Système de Santé est décrite dans la figure ci-dessous :

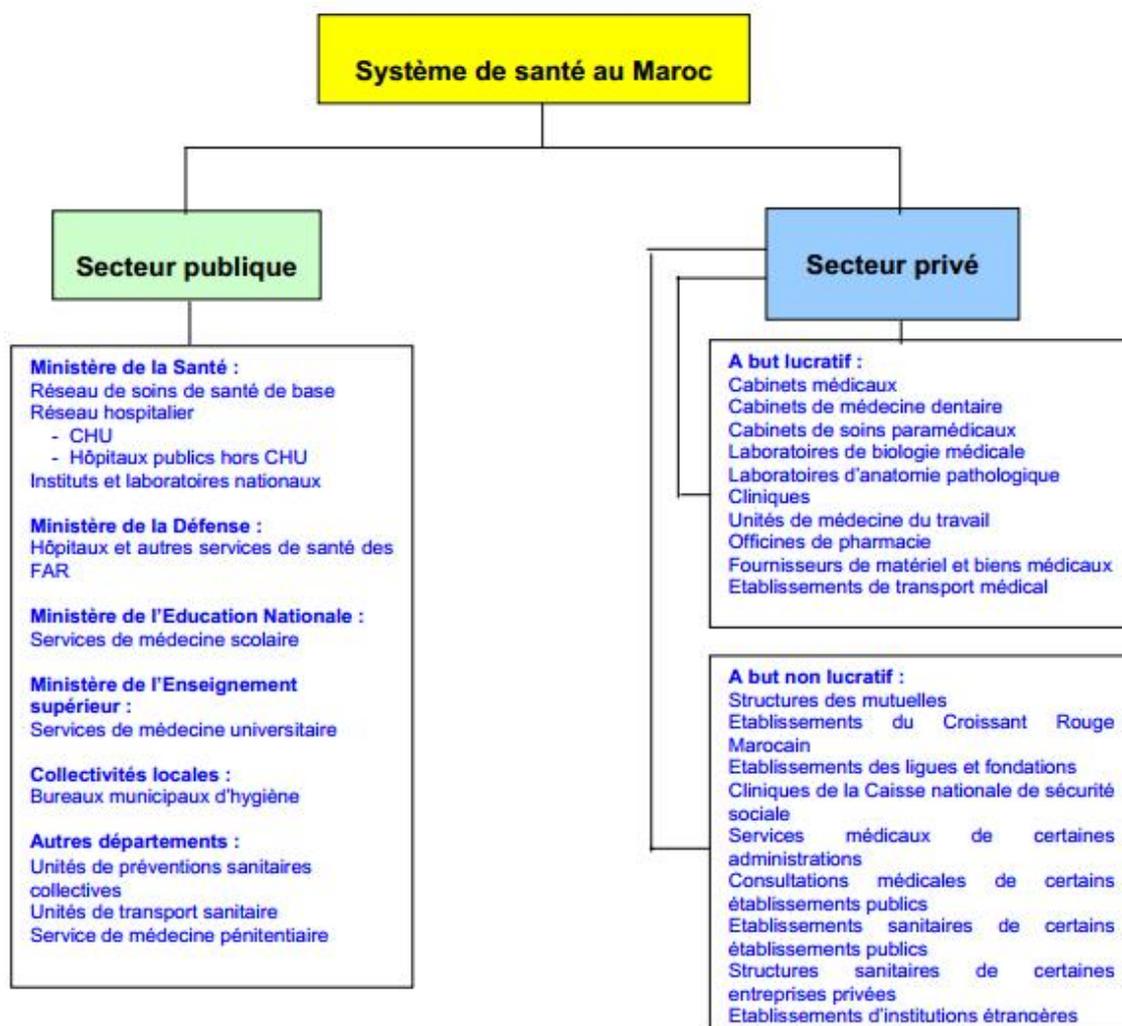


Figure 1 - Organisation du Système de Santé au Maroc

Le recours au système de soins est en principe libre dans le sens où tout citoyen peut théoriquement s'adresser à n'importe quel prestataire de soins. Le principe théorique aussi du « libre choix du médecin » édicté par le code de déontologie des médecins qui date de 1953 fait qu'il n'y a pas d'organisation ni d'orientation des recours aux soins [9].

b) Structures

ü Structures publiques :

Elles sont organisées en deux réseaux :

Le réseau des établissements de soins de santé de base (ESSB) : il est conçu pour agir sur les conditions de santé des habitants, il est la base opérationnelle de toute l'action sanitaire. Il constitue la première interface entre la population et le système de soins. C'est à travers ce réseau que se développe la stratégie de la couverture de la population par les services de santé de base (promotion de la santé, prévention, soins essentiels) [10]. Il comprend:

Le dispensaire rural (DR) : c'est le plus petit ESSB. Il constitue l'unité opérationnelle de premier recours, non médicalisée, la plus décentralisée du système sanitaire devant délivrer les soins de santé essentiels (promotion, prévention et soins). Son implantation est prévue, en plus du centre de santé communal implanté au chef-lieu, dans les communes qui desservent une population importante et dont les localités sont étalées sur de grandes superficies. Cependant, en vue du recrutement de plus en plus important de médecins, cette unité tend à disparaître.

Le centre de santé communal (CSC) : il constitue pour le milieu rural, le premier établissement sanitaire médicalisé. Il est implanté au chef-lieu de la commune et doit assumer, en plus des soins essentiels et des activités de protection de la santé maternelle et infantile et de lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles, les consultations médicales, et l'encadrement des dispensaires qui lui sont rattachés.

Le centre de santé communal avec unité d'accouchement (CSCA) : Lorsque le CSC est implanté au chef-lieu d'une Caïdat ou d'un cercle, il assure, outre les fonctions d'un CSC, la prise en charge des accouchements. Sa capacité en lits varie selon son lieu d'implantation (Caïdat ou cercle) entre 4 à 25lits.

Le centre de santé urbain (CSU) : c'est l'établissement sanitaire de premier recours en milieu urbain. Il assure les soins curatifs essentiels, les activités de protection de la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, les consultations médicales de médecine générale, de pédiatrie et de gynécologie. Dans certains cas, le CSU peut assurer en plus de ses fonctions ordinaires, des examens et des soins bucco-dentaires.

Le centre de santé urbain avec module d'accouchement (CSUA) : il assume en plus des fonctions d'un CSU la prise en charge des accouchements. Cette catégorie regroupe, en plus des centres de santé dotés en lits d'accouchement, les anciens hôpitaux locaux implantés en milieu urbain.

Tous les établissements du RSSB sont appuyés par des structures d'appui et d'intervention [10], à savoir :

Le centre de référence pour la planification familiale (CRPF) : c'est un centre de consultation, d'information et de formation pour tout ce qui a trait aux activités de contraception et de fertilité.

Le Centre de diagnostic et de traitement de la Tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR) : c'est un établissement sanitaire qui s'occupe essentiellement des problèmes de prise en charge des cas de tuberculose et appuie les ESSB qui interviennent dans le programme des maladies respiratoires.

Le Laboratoire d'épidémiologie et d'hygiène du milieu (LEHM) : il a pour mission de soutenir les programmes de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, notamment pour les aspects liés au contrôle de

certaines produits à risque et au diagnostic biologique et immunologique des maladies faisant l'objet d'un programme structuré de lutte.

Le réseau d'établissements hospitaliers : il est composé de quatre catégories d'hôpitaux [10], hiérarchisées en trois niveaux d'interventions:

- Le premier niveau, qui comprend :

L'Hôpital Local: qui est un hôpital général dans lequel s'exercent la médecine générale et la chirurgie générale, la pédiatrie chirurgie infantile et l'obstétrique gynécologie avec une activité d'urgence. L'hôpital local constitue, dans le site où il est implanté, le premier niveau de référence pour les ESSB qui sont dans son rayon d'influence.

Le Centre Hospitalier Provincial ou Préfectoral (CHP): Il est constitué par un ou plusieurs hôpitaux généraux ou spécialisés. Il comporte en plus des disciplines de base, les spécialités médicales et chirurgicales suivantes : l'ophtalmologie, la dermatologie vénérologie, les maladies infectieuses, l'oto-rhino-laryngologie, la psychiatrie, la pneumo-phtisiologie, la cardiologie, la gastro-entérologie, la réhabilitation, l'endocrinologie, la traumatologie orthopédie, la médecine interne et la réanimation.

- Le second niveau : il comprend :

Le Centre Hospitalier Régional (CHR): Il comporte en plus des disciplines existantes au niveau du CHP des disciplines à vocation régionale telles que la chirurgie infantile, les brûlés, la stomatologie, l'urologie, la néphrologie, la neurochirurgie, la rhumatologie, la neurologie et l'hématologie.

- Le troisième niveau : il comprend :

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU): Il est constitué d'un ensemble d'établissements comprenant une gamme complète de services hautement spécialisés. Le CHU est un centre d'enseignement et de recherche, son aire d'influence s'étend sur la région qu'il dessert et pour quelques disciplines à l'ensemble du pays. Il comporte

en plus des disciplines existantes au niveau du CHR, les disciplines qui ont un caractère national telles que la cancérologie, la chirurgie réparatrice, la chirurgie thoracique, et la chirurgie cardio-vasculaire.

ü Structures privées :

A but lucratif, elles englobent : les cliniques, les cabinets de consultations médicales, de radiologie, de chirurgie dentaire, les laboratoires d'analyses médicales, les officines de pharmacie et dépôts de médicaments, exerçant sous un régime libéral [10].

A but non lucratif, les hôpitaux et cliniques exerçant sous la tutelle de certains organismes mutualistes et d'assurance (CNOPS, CNSS, etc.) et de certains offices publics (OCP, ONE, etc.) [10].

### 3. Place du RSSB dans le Système de Santé

Le RSSB est la structure de soins d'interface entre la population desservie et le système de soins. Il prodigue les soins primaires de base, qui ont pour objectifs de fournir les prestations essentielles des soins curatifs (Consultation curative polyvalente et spécifique aux malades chroniques: hypertension artérielle (HTA) et diabète), préventifs (vaccination, surveillance anthropométrique, suivi prénatal, planning familial, santé scolaire) et promotionnel (éducation pour la santé) [11].

Une organisation ainsi qu'une supervision des activités des programmes sanitaires fournies à la population à desservir demeurent nécessaires, tout en analysant la situation épidémiologique de cette population.

Les soins primaires nommés au Maroc soins de santé de base définis par l'OMS lors de la conférence d'Alma Ata, en 1978, sont précisés en 1996 par l'American Institute of Medicine comme « des prestations de soins de santé accessibles et intégrés, par des médecins qui ont la responsabilité de répondre à une grande

majorité de besoins de santé individuels, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté ».

Il s'agit du premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de tout autre caractéristique de la personne concernée [12]. Ces soins comprennent [12] :

- l'éducation pour la santé ;
- la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
- la prévention et le contrôle des endémies locales ;
- le traitement des maladies et lésions courantes ;
- la fourniture de médicaments essentiels.

#### 4. Points forts et points faibles du Système de Santé marocain

Le Système National de Santé, depuis sa création en 1959 et au fil des années, a investi des efforts importants afin de développer l'organisation de l'offre de soins et lutter contre les grandes endémies. Le contexte sanitaire actuel au Maroc reste marqué par un certain nombre d'acquis mais aussi par des déficits relativement importants. Certes, la situation sanitaire mesurée en termes de réduction de la mortalité et de la morbidité, s'est manifestement bien améliorée [1]. Les principaux acquis non contestés dans le secteur de la santé sont représentés par [1]:

- Maîtrise de l'accroissement démographique qui se traduit par un déclin de la fécondité et de la mortalité.
- Gain important en espérance de vie avec changement dans le profil de la morbidité dominé actuellement par les maladies non transmissibles.

- Accélération de la réduction de la mortalité maternelle grâce au renforcement de la surveillance de l'accouchement surtout en milieu rural, en plus de l'instauration de la gratuité de l'accouchement dans les hôpitaux publics.
- Diminution importante de la mortalité infantile et juvénile grâce aux programmes de prévention et de lutte contre les maladies
- Amélioration de la couverture sanitaire par les ESSB.
- Performance du secteur de la distribution et le réseau de la dispensation des médicaments (officines) qui couvre l'ensemble du territoire national y compris les zones rurales ; ainsi qu'une couverture du secteur d'industrie pharmaceutique de plus de 70% des besoins du marché local.

Cependant, Le développement du Système de Santé marocain est fortement conditionné par la levée d'un certain nombre d'obstacles liés particulièrement à [1]:

- Une insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire avec une répartition déséquilibrée à travers le territoire et des écarts importants entre milieux rural et urbain.
- Une pénurie aiguë en ressources humaines sachant que celles-ci constituent l'élément moteur de tout Système de Santé et le principal levier de ses réformes. A ce sujet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) situe le Maroc parmi les 57 pays du Monde souffrant d'une pénurie aigue en personnel soignant [1].
- Une insuffisance de formation et de production de professionnels de santé capables de satisfaire les besoins en soins.
- Une mauvaise gestion de l'approvisionnement en médicaments dans le secteur public notamment au niveau des hôpitaux, ainsi que du suivi des médicaments après leur sortie des pharmacies.

- L'importance des paiements directs des ménages qui constitue le principal problème du système de financement de la santé au Maroc.

Pour faire face à ces insuffisances et garantir l'accès équitable aux services de santé, le système annonce les actions programmatiques suivantes [1]:

- Ø Le renforcement de la confiance dans le Système de Santé dans un cadre de participation à travers l'organisation d'un forum national sur la santé ;
- Ø Le renforcement de la disponibilité des médicaments et des services de santé essentiels, particulièrement dans le domaine de la maternité et des urgences ;
- Ø Le renforcement des soins de santé de base surtout en milieu rural ;
- Ø La maîtrise des déterminants sociaux de la santé dans un cadre de collaboration intersectorielle ;
- Ø La consolidation des acquis en matière de lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvénile en vue d'atteindre les objectifs de 50 pour 100 000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle et 20 pour mille naissances vivantes pour la mortalité infanto-juvénile ;
- Ø L'encadrement de l'offre de soins à travers la mise en œuvre des dispositions de la carte sanitaire,
- Ø Le renforcement de la surveillance épidémiologique et la vigilance sanitaire ainsi que la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles,
- Ø La promotion de la santé des populations à besoins spécifiques;
- Ø La modernisation du réseau des établissements hospitaliers et le renforcement de l'autonomie administrative et financière des hôpitaux régionaux et provinciaux,
- Ø La revalorisation de la médecine générale et la formalisation des filières de soins;
- Ø Et le renforcement de la formation de base des professionnels de la santé.

## II. Place du médecin généraliste dans le Système de Santé

### 1. Définition

La médecine générale se définit comme « une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. » [13].

Le médecin généraliste est considéré comme le premier référant en matière de santé. Il est donc évident et essentiel pour la protection des patients que les médecins généralistes bénéficient d'une formation qui leur donne les compétences nécessaires pour pratiquer dans tous les pays membres [13].

La littérature internationale démontre que les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaires efficaces, avec des médecins généralistes (médecins de famille) qui ont un niveau de formation élevé et qui pratiquent au sein de la communauté, fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique que les systèmes moins orientés vers des soins de santé primaires [14].

L'Europe et la France ont initié un processus de reconnaissance universitaire de la médecine générale afin de développer l'enseignement et la recherche en soins primaires dans le but d'améliorer la formation des médecins généralistes [15,16].

### 2. Rôles du médecin généraliste dans les soins primaires

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans les services de soins de premier recours, il est considéré comme « pivot de l'organisation des soins centrés sur le patient », ses missions peuvent être détaillées comme suit [17] :

- 1) Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies

ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux.

- 2) Orienter ses patients, selon leurs besoins dans le système de soins et le secteur médico-social.
- 3) S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.
- 4) Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.
- 5) S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- 6) Contribuer aux actions de prévention et de dépistage en s'appuyant sur les données épidémiologiques concernant les conditions d'apparition et de progression des maladies.
- 7) Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Six compétences principales doivent être maîtrisées par le médecin généraliste et qui peuvent être classées schématiquement comme suit [18] :

1. la gestion des soins de santé primaires
2. la démarche centrée sur la personne
3. la capacité spécifique pour la résolution de problèmes
4. l'approche globale
5. l'orientation communautaire
6. le modèle holistique.

La compétence du médecin généraliste se trouve à la convergence des trois domaines complexes qui sont :

- Les préférences et comportement du patient
- Les données actuelles de la science
- La situation clinique observée.

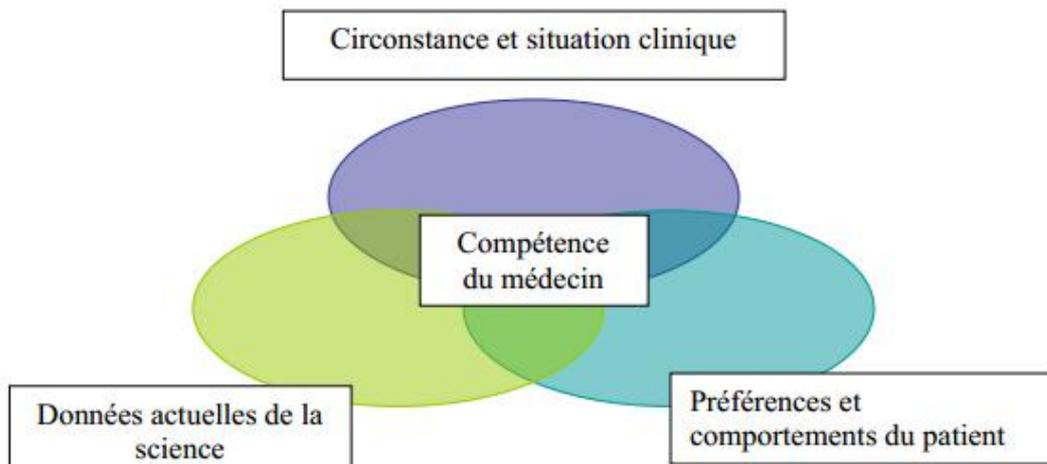


Figure 2 - Bases de la compétence du médecin

Aux Etats-Unis, une étude a été faite sur une durée de 11 années, qui avait pour but d'examiner la relation entre les ressources de soins primaires et la mortalité (Social Science & Médecine 2005) ; elle a démontré que toutes les causes de mortalité ont diminué et la moyenne statistique de la mortalité ajustée à l'âge a chuté de 821 à 762 pour 100 000 habitants quand le nombre de médecins généralistes a augmenté de 5,02 à 6,04 pour 100 000 habitants. Ces résultats sont importants car ils apportent une preuve plus solide de la relation entre le médecin généraliste et la diminution statistique de la mortalité. Cette étude affirme que la santé de la population est liée aux ressources en soins primaires qui aident à réduire les disparités socioéconomiques [19].

Une autre étude qui a été menée avec un groupe de cardiologues de Casablanca montre que presque 35% des douleurs thoraciques vue en consultation cardiologique ne sont pas d'origine cardiaque, donc un 1er passage de ces patients chez le médecin généraliste pouvait conduire à une réduction de plus de 35% des dépenses [20].

Une médecine générale caractérisée par des soins de santé de base centrés sur la personne dans sa globalité peut servir à renverser les effets négatifs des inégalités sociales sur la santé, donc on peut déduire que la promotion de la médecine générale peut être une stratégie plus facile et moins onéreuse pour améliorer la santé de la population et lutter contre la mortalité.

### III. Formation médicale

#### 1. Bref historique des Facultés de Médecine au Maroc

Le Maroc dispose de cinq Facultés de Médecine et de Pharmacie dont il est important de rappeler leurs dates de fondation [20]:

- Ø Création de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat en 1962.
- Ø Création de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca en 1975.
- Ø Création des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Fès et de Marrakech en 1999.
- Ø Ouverture de la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda en 2008.

Deux projets de création de Facultés de Médecine et de Pharmacie à Agadir et à Tanger sont en préparation, permettant ainsi d'élargir le réseau universitaire au Maroc et qui devraient accueillir les étudiants à la rentrée universitaire 2015-2016.

## 2. Système de formation médicale au Maroc

Les études médicales sont dispensées sous forme d'enseignements théoriques, dirigés et pratiques tout au long des cinq premières années, et elles sont essentiellement d'ordre pratique les deux dernières années. Elles se déroulent en trois cycles au sein de l'une des cinq universités ayant une Faculté de Médecine et de Pharmacie associée à l'un des 5 Centres Hospitaliers Universitaires :

- Un premier cycle de sciences précliniques qui s'étale sur les deux premières années.
- Un deuxième cycle de sciences cliniques qui s'étend de la troisième à la cinquième année.
- Un troisième cycle représenté par les deux dernières années ; la sixième année qui se déroule dans les formations de CHU, tandis que la septième année se faisant en province. A la fin de la septième année, et après avoir satisfait aux épreuves cliniques, l'étudiant peut soutenir sa thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, dont la préparation peut commencer au début de la 6ème année.

L'accès à la spécialité se fait de deux manières, soit par la voie d'internat du CHU soit par la voie du concours de résidanat.

Le cursus des études médicales comprend alors :

- une approche pratique à l'hôpital avec une formation clinique qui se déroule principalement dans les services spécialisés des CHU, donc dans un niveau tertiaire, où l'étudiant se trouve face à une prise en charge des pathologies de différentes spécialités axées souvent sur une méthodologie de troisième niveau.
- et une approche théorique à l'université, représentée par les cours dispensés en Faculté de Médecine. L'enseignement théorique est axé sur l'enseignement des sciences fondamentales et de la pathologie médicale

avec emphase sur les principaux appareils (cardiaque, digestive, neurologique, rénale, musculo-squelettique...). Chacune des universités est dotée d'une autonomie pédagogique dans l'organisation de la formation.

En dépit d'une certaine différence dans la répartition des modules sur les années d'étude d'une faculté à l'autre ; on peut décrire en général les principaux modules enseignés. Les deux premières années sont consacrées à l'enseignement des sciences fondamentales basées surtout sur l'anatomie, la biologie, la biophysique, l'histo-embryologie, la biochimie, la physiologie, la psychologie, la virologie, la sémiologie, et une initiation à la médecine sociale.

A partir de la troisième année de médecine, les étudiants commencent à apprendre les différentes pathologies. Les principaux modules consacrés aux pathologies sont récapitulés dans le tableau N°1 en se basant sur le programme des cours magistraux de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès (FMPF) au cours de l'année 2013-2014. Le détail par rapport à leur contenu ainsi que le volume horaire consacré à chacune des pathologies sont présentés en annexe N° 1.

Tableau 1 - Récapitulatif des modules consacrés aux pathologies enseignées au deuxième cycle des études médicales et leur volume horaire : Programme global d'enseignement des études médicales à la FMPF, 2013-2014.

Années	quadrimestres	Modules	VH
3 <sup>ème</sup> année	1	Pathologie de l'appareil digestif	30H
		Chirurgie générale	24H
		Chirurgie vasculaire	16H
	2	Pathologie de l'appareil respiratoire	32H
		Chirurgie thoracique	6H
		Pathologie de l'appareil cardio-vasculaire	39H
4 <sup>ème</sup> année	1	Hématologie clinique	30H
		Pathologie infectieuse et parasitaire	24H
		Gynéco-obstétrique	76H
		Néphrologie	24H
		Urologie	28H
	2	Endocrinologie	20H
		Neurologie	26H
		Neurochirurgie	20H
		Dermatologie	48H
		Pédiatrie médicale	88H
5 <sup>ème</sup> année	1	Chirurgie pédiatrique	31H
		Maladies systémiques	22H
		ORL	26H
	2	Ophtalmologie	28H
		Urgence et réanimation	40H
5 <sup>ème</sup> année	1	Génétique	26H
		Psychiatrie	22H
	2	Rhumatologie	26H
		Traumatologie	32H

A côté de l'enseignement des pathologies, il y a d'autres modules qui sont indispensables pour compléter la connaissance et la maîtrise des études médicales, telles l'anatomie pathologique, la médecine sociale, la radiologie, la médecine expérimentale et la pharmacologie.

Les programmes de formation doivent être révisés et réajustés pour permettre au futur médecin d'être en mesure de se reconnaître sur le terrain et à travers les différents Systèmes de Santé. Il devra pouvoir s'adapter aux rigueurs imposées par l'environnement et affronter les méfaits des pathologies émergentes et existantes.

### 3. Réforme des études médicales au Maroc

Le succès de toute réforme dépendra en grande partie des ressources humaines pour la santé. Il faut des professionnels avec des compétences diversifiées, en bien plus grand nombre, plus à l'écoute des populations, pour pouvoir répondre aux attentes des populations d'avoir accès à des soins de santé de qualité, de proximité et de référence. Il faut adapter les profils aux besoins nouveaux d'une société en mutation.

La dernière réforme des études médicales au Maroc remonte à 1983, sur proposition des conseils des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Rabat et de Casablanca [21]. Elle avait concerné les aspects pédagogiques et institutionnels, le statut des enseignants chercheurs, celui des internes et des résidents ainsi que la création du CHU.

A travers les années, face à la poussée démographique, l'émergence de nouveaux défis sanitaires au niveau mondial et l'avancement technologique avec ses applications médicales imposent une réorientation ainsi qu'un renforcement de la formation initiale tout en prenant en considération la carence en ressources humaines spécifiques.

La réorientation de la formation médicale est une urgence, qui nécessite une adhésion claire, forte et volontariste des structures de formation. Il revient aujourd'hui de penser à une définition actualisée de cet enseignement initial. Les cursus en vigueur doivent refléter la réalité sanitaire du pays et du même coup bénéficier de l'empreinte des progrès scientifiques.

Un projet de réforme a été discuté par une Commission Nationale de Réforme des Etudes Médicales, Pharmaceutiques et Odontologies (CREMPO) en septembre 2005 [22], et qui porte notamment sur :

- Le profil du futur médecin généraliste marocain.
- L'architecture pédagogique globale (médecine, pharmacie et médecine dentaire).
- Les modalités d'accès aux formations médicales.
- L'organisation des stages cliniques.
- L'internat et le résidanat.

Ce projet n'a pas encore abouti à de réels résultats. Des commissions régionales ont été mises en place pour analyser ce document et faire des propositions concrètes sur l'architecture globale et dans un deuxième temps sur le contenu de la formation tout en respectant les normes pédagogiques nationales.

Une nouvelle réforme des études médicales s'impose ; pour permettre à la Faculté de Médecine de suivre l'évolution de la société, et adapter les programmes de formation à la réalité de l'exercice médical en médecine générale. Le profil du médecin et le programme enseigné aux étudiants doivent émaner du besoin exprimé par la population. Une coordination entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'enseignement supérieur s'avère indispensable ; pour répondre à un certain nombre de questions dont les principales sont : Quelle est la place du médecin généraliste dans le système de santé ? Quels sont les besoins sur le terrain ? Quelles sont les tâches du médecin généraliste ? Quel type de population est-il amené à soigner ? Quelles sont les pathologies auxquelles il est confronté ?

# OBJECTIFS

## I. Objectif principal

L'objectif général de cette étude est de décrire la morbidité notifiée dans le réseau de soins de santé de base de la région Fès-Boulemane.

## II. Objectifs secondaires

Parmi les objectifs spécifiques de cette étude :

- Décrire l'état de santé de la population au niveau de la région Fès-Boulemane ;
- Analyser la situation épidémiologique de la population à desservir ;
- Identifier les principales pathologies diagnostiquées ;
- Identifier le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des malades consultants au niveau du centre de santé ;
- Mettre à la disposition des responsables de la formation médicale des renseignements pratiques sur la morbidité diagnostiquée en médecine générale pour pouvoir adapter le programme de la formation médicale à l'état de santé de la population ;
- Identifier le besoin en formation médicale pour une meilleure prise en charge du malade.

# MATERIELS ET METHODES

## I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale à visée descriptive, qui a intéressé les patients consultants dans des centres de santé de la région Fès-Boulemane.

## II. Lieu et population d'étude

L'étude a été réalisée en décembre 2013, au niveau de quatre centres de santé urbains et un centre de santé rural de la région Fès-Boulemane auprès des malades fréquentant ces établissements pour consultation médicale.

Les caractéristiques de la ville de Fès :

La région de Fès-Boulemane est l'une des seize régions du Maroc. Elle se situe dans le nord du pays, et inclut une partie du Moyen Atlas. Elle est considérée comme un carrefour entre l'est et le nord-est d'une part, et le sud-ouest du Royaume d'autre part. Sa superficie est de 20 318 km<sup>2</sup> soit 2,85 % de la superficie totale du Royaume, répartie entre la province de Séfrou et celle de Boulemane et les trois préfectures de la ville de Fès : Fès Jdid Dar Dbibagh, Fès-Médina et Zouagha Moulay Yacoub. La population est de 1 573 055 habitants soit 5,26 % de la population totale du pays. La population est au deux tiers urbaine, la capitale est la ville de Fès dont environ 1 million est concentré au niveau de cette ville.

Le choix des centres de santé a été effectué par tirage au sort tout en prenant en considération le niveau socioéconomique des quartiers où habitent les patients de l'étude.

Les centres de santé concernés par l'étude sont:

- En milieu urbain:
  - Centres de santé Bab Jiaf et Aouint El Hajjaj : bas niveau socio-économique
  - Centres de santé Dekkarat et El Adarissa : moyen niveau socio-économique.
- En milieu rural : Centre de santé Oulad Tayeb.

### III. Définition des cas

#### 1. Critères d'inclusion

Les malades fréquentant les centres de santé pour consultation de médecine générale.

#### 2. Critères d'exclusion

Ont été exclus de notre étude les malades présentant aux centres de santé pour les programmes préventifs, ainsi que les malades ayant refusé de participer dans l'étude.

### IV. Recueil des données

Les données ont été recueillies en se basant sur un questionnaire anonyme rempli par les étudiants de la 5<sup>ème</sup> année de médecine et qui ont été formés à cet effet. Il convient de signaler que lors du recueil des données les étudiants ont été encadrés par les médecins consultants. En milieu rural les données ont été recueillies directement par une étudiante de la 7<sup>ème</sup> de médecine qui a été chargée, dans la cadre de la présente thèse, de la coordination de l'étude.

Avant de commencer le recueil des données, une étude-pilote a été réalisée par les étudiants au sein des centres de santé. L'objectif était de tester la faisabilité de l'enquête ainsi que les difficultés pouvant être rencontrées lors du recueil de données.

Au total, 600 questionnaires ont été remplis, et qui ont été répartis en 500 questionnaires pour les quatre centres de santé urbains soit 125 questionnaires par centre de santé, et 100 questionnaires pour le centre de santé rural.

Les étudiants étaient au nombre de 24 ; chacun d'eux a rempli 20 questionnaires en une durée de 5 jours, répartis en 4 questionnaires par jour. Les malades ont été choisis au hasard parmi les malades vus en consultation médicale. La

coordinatrice de l'étude supervisait quotidiennement les informations recueillies le long de la période de l'enquête.

Le questionnaire (annexe 2) est subdivisé en deux sections :

ü Une section sociodémographique comportant des renseignements sur :

- L'âge
- Le sexe
- Le quartier d'habitat
- Le niveau d'instruction ainsi que le niveau d'instruction de la mère et du père s'il s'agit d'un(e) enfant
- La situation professionnelle
- Le statut matrimonial avec le nombre d'enfants
- Et la couverture sociale: Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ou Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED).

ü Une section médicale qui représente la partie la plus importante dans ce questionnaire, recueillant:

- Les données médicales du patient lors des consultations antérieures tout en précisant leur nombre durant les 12 derniers mois, les raisons qui ont motivé le patient à consulter auparavant au centre de santé : planification familiale, vaccination, consultation médicale, suivi de sa maladie, suivi de grossesse ou suivi d'accouchement.
- Les données médicales de l'actuelle consultation:
  - La nature de la consultation : consultation médicale ou suivi.
  - Le motif principal de consultation et les motifs secondaires tels qu'ils ont été décrits par le patient.
  - L'appareil concerné par la symptomatologie.

- Les examens para-cliniques demandés, (radiologique, biologique ou autres examens complémentaires).
- Le diagnostic retenu ou suspecté par le médecin généraliste qui encadrerait l'étudiant recueillant les données.
- Les procédures de prise en charge proposées pour ce patient (prescription médicale, soins, référence, suivi).

## V. Définition de la morbidité

La morbidité d'une population se définit comme étant le « nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné » [23].

On distingue habituellement plusieurs types de morbidité [24]:

- une morbidité diagnostiquée qui correspond aux affections diagnostiquées et traitées par le corps médical, chez des individus ayant eu recours à des médecins ;
- une morbidité dite ressentie qui recouvre l'ensemble des affections, des troubles réels tels que les individus les ressentent et les interprètent, dont un sous-ensemble constitue la morbidité déclarée ;
- enfin, la morbidité infra-clinique ; ce sont les affections dont on ne peut encore déceler l'existence, faute de signes cliniques ou de moyens d'investigation suffisamment sensibles ;
- l'ensemble constitue la morbidité réelle, comprenant la totalité des affections existant chez un individu, connues ou non de lui, diagnostiquées ou non.

Enfin, ces définitions doivent être précisées dès que l'on s'interroge sur la signification du « moment donné » et on est donc amené à considérer deux types de mesures de la morbidité [23]:

- la morbidité prévalente : il s'agit du nombre de cas d'une maladie donnée ou de personnes atteintes de cette maladie ou de tout autre événement morbide (accidents ou suicides par exemple), existant dans une population déterminée à un moment donné, sans distinction entre les cas nouveaux et les anciens ;
- la morbidité incidente : il s'agit du nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée ou des personnes qui sont atteintes de cette maladie, pendant une période donnée, dans une population déterminée.

La présente étude s'est intéressée à la morbidité prévalente au niveau du RSSB.

## VI. Analyse statistique des données

Les données de l'étude ont été codées, saisies et validées sur le logiciel Microsoft Office Excel 2010.

L'analyse statistique à visée descriptive a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de pourcentage et les données quantitatives sous forme de moyenne  $\pm$  écart type.

## VII. Aspects éthiques

On a pu avoir le consentement des médecins chefs des centres de santé pour la réalisation de l'étude en permettant aux étudiants assistants à la consultation médicale de recueillir les données nécessaires, tout en expliquant aux médecins généralistes travaillant au sein des centres de santé l'intérêt et le but de l'étude.

Tous les malades étaient consentants pour participer à l'étude et les données ont été recueillies en respectant l'anonymat.

# RESULTATS

# I. Description de la population étudiée : Données sociodémographiques

## 1. Sexe

Une prédominance du sexe féminin dans la population étudiée est notée avec 388 femmes soit 64,7%. Avec un sexe ratio (H/F) de 0,5 (graphique N°3).

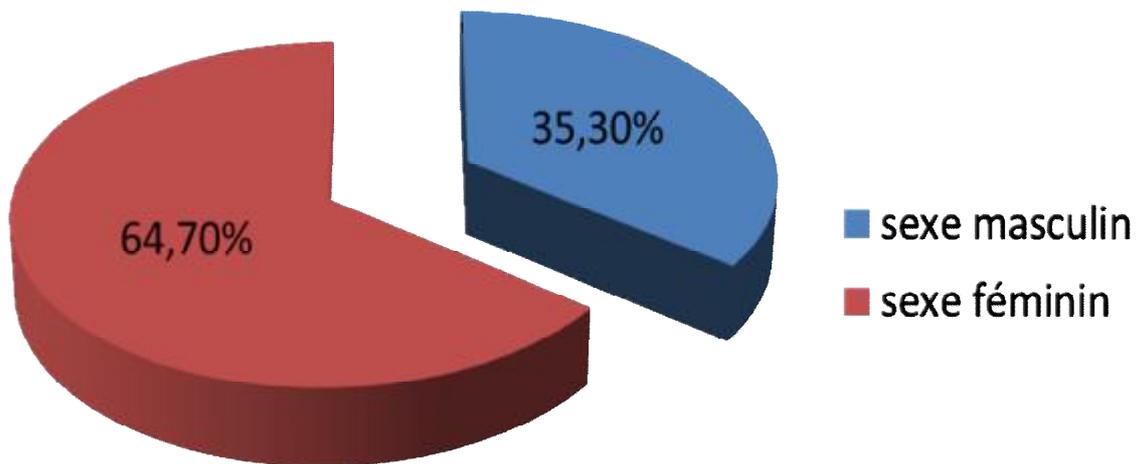


Figure 3 - Répartition de la population de l'étude en fonction du sexe

## 2. Âge

Le pic de fréquence maximal était représenté par la tranche d'âge de moins de 15 ans où se situent 41% des patients de l'étude. La répartition en fonction des tranches d'âges est représentée par le graphique N° 4.

Chez les enfants de moins de 15 ans, la moyenne d'âge était de 6 ans  $\pm$  4 ( $p=10^{-3}$ ).

Chez les adultes de plus de 15 ans, la moyenne d'âge était de 42 ans  $\pm$  17 avec un minimum de 16 ans et un maximum de 86 ans ( $p=10^{-3}$ ).

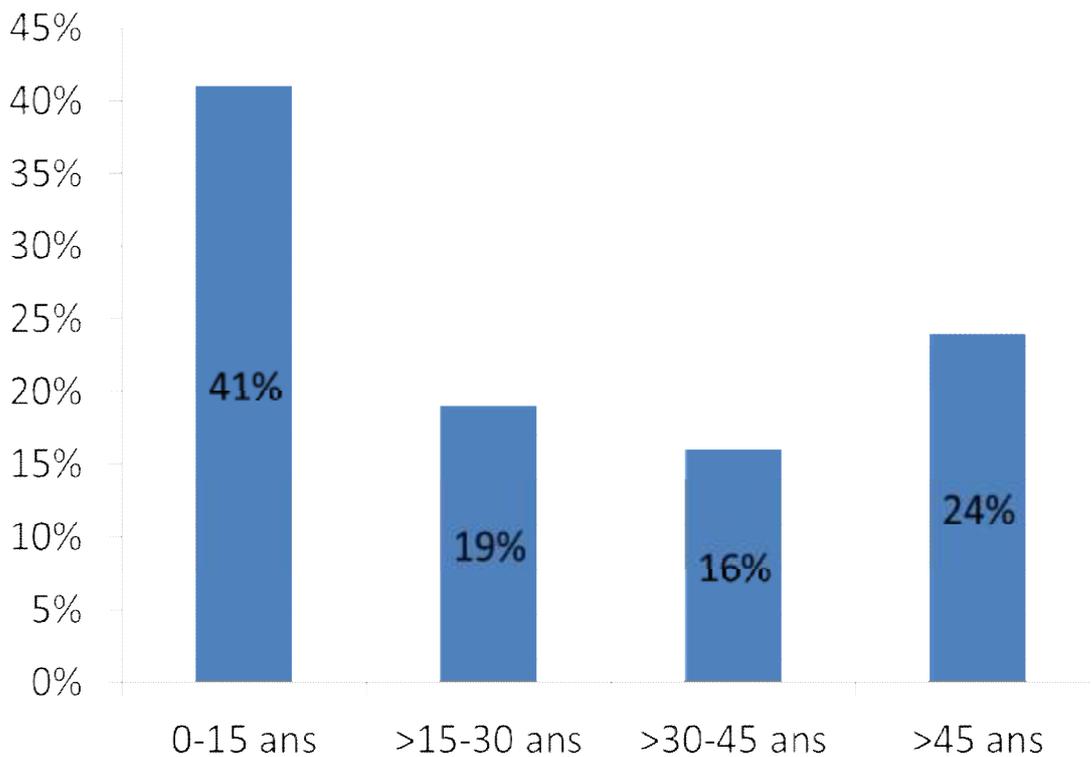


Figure 4 - Répartition de la population d'étude par tranches d'âges

### 3. Niveau d'instruction

#### a. Niveau d'instruction des malades

En ce qui concerne le niveau d'études, le 1/3 des patients était non scolarisé soit 32%, 9% étaient en maternelle, 31% avaient un niveau primaire, 21% avaient un niveau secondaire et 7% de la population étudiée avaient fait des études supérieures.

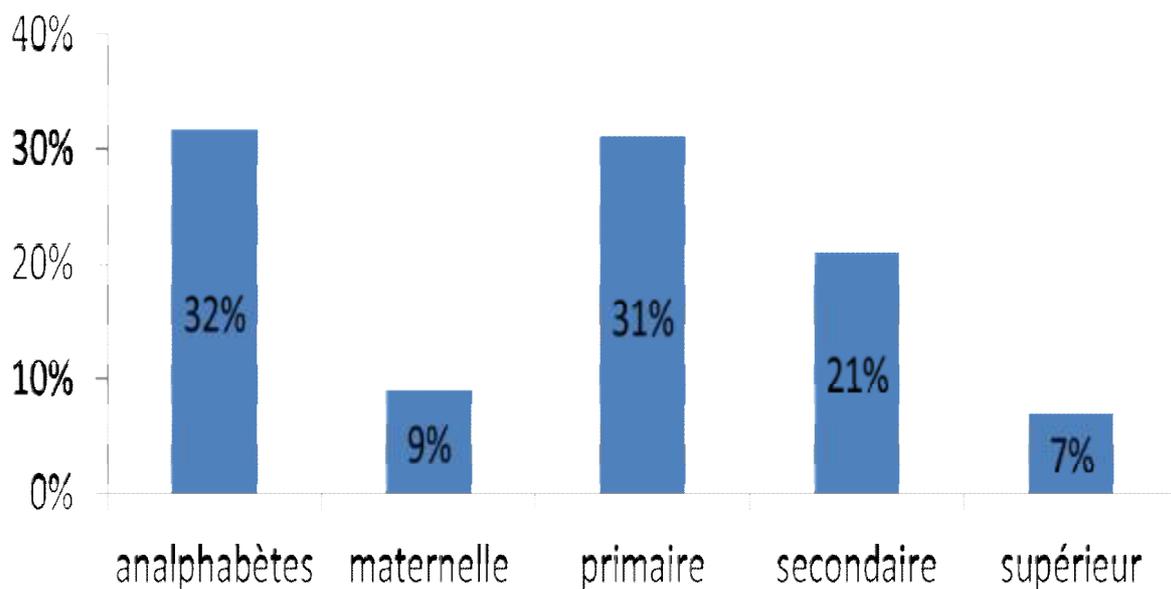


Figure 5 - Répartition des malades selon le niveau d'instruction

b. Niveau d'instruction des parents

Pour les enfants de moins de 15 ans, on note que l'analphabétisme des mères est plus marqué ; quant à la scolarité primaire et secondaire, le pourcentage chez les pères est plus grand que celui des mères, alors qu'une minorité des parents ont fait des études supérieures.

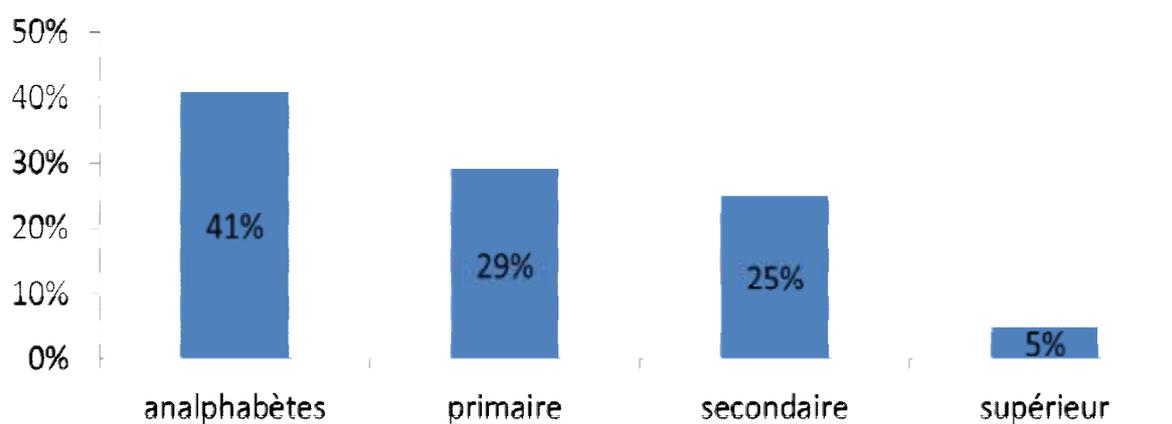


Figure 6 - Niveau d'instruction des mères des enfants de moins de 15 ans

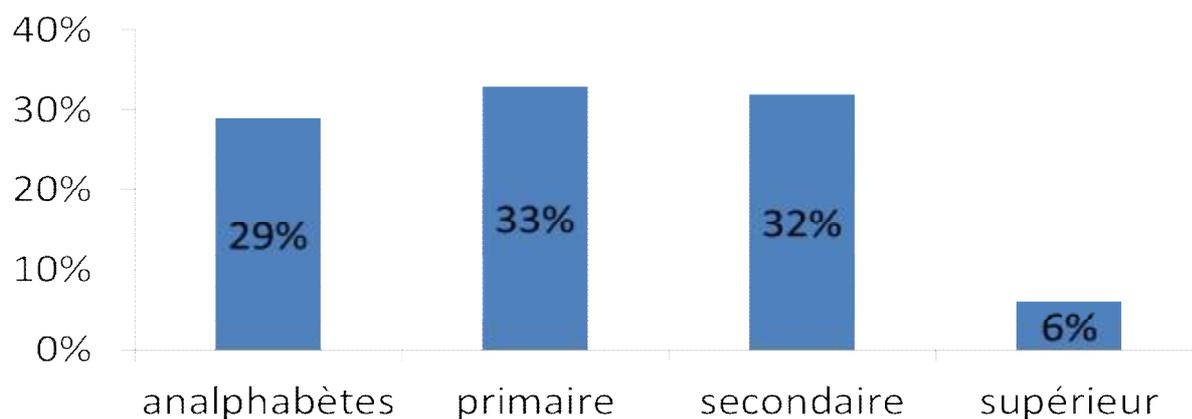


Figure 7 - Niveau d'instruction des pères des enfants de moins de 15 ans

#### 4. Profession

L'analyse de la profession au sein de la population étudiée a révélé qu'elle a été essentiellement constituée par les femmes au foyer (FF) avec un pourcentage de 64%, les personnes actives sur le plan professionnel ne constituaient que 16%, alors que 13,6% des patients étaient sans profession, 4,5% des malades représentés par les étudiants et il n'y avait que 2% de retraités.

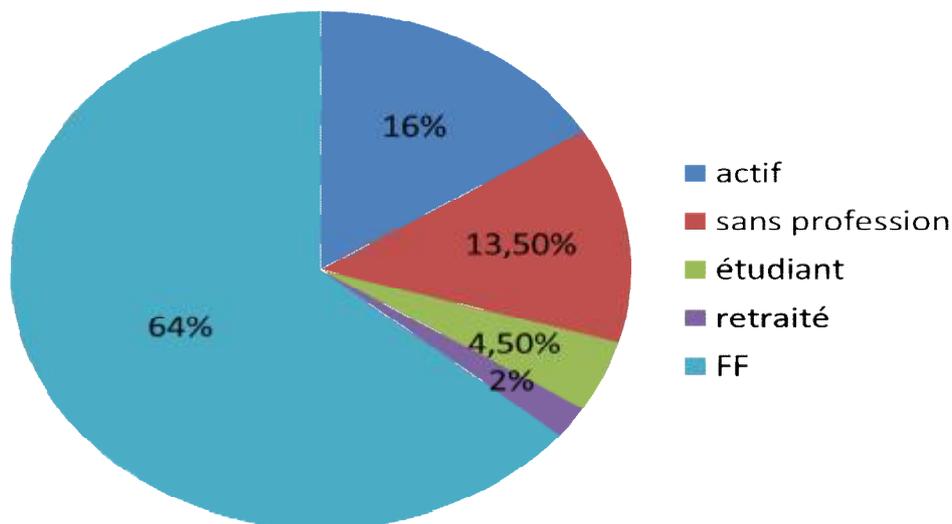


Figure 8 - Répartition de la population de l'étude en fonction de la situation professionnelle

#### 5. Statut matrimonial

A propos du statut matrimonial, les deux tiers des patients étaient des mariés.

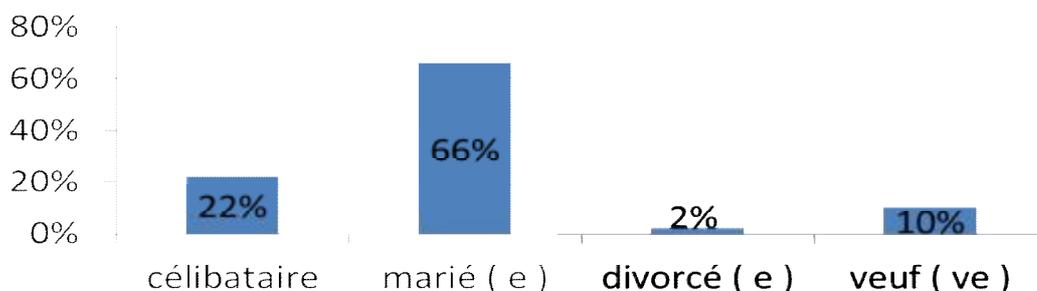


Figure 9 - Répartition des patients selon leur statut matrimonial

## 6. Nombre d'enfants

15% des patients n'ont pas eu d'enfants, 45% ont eu un à trois enfants, 40% possédaient plus de trois enfants.

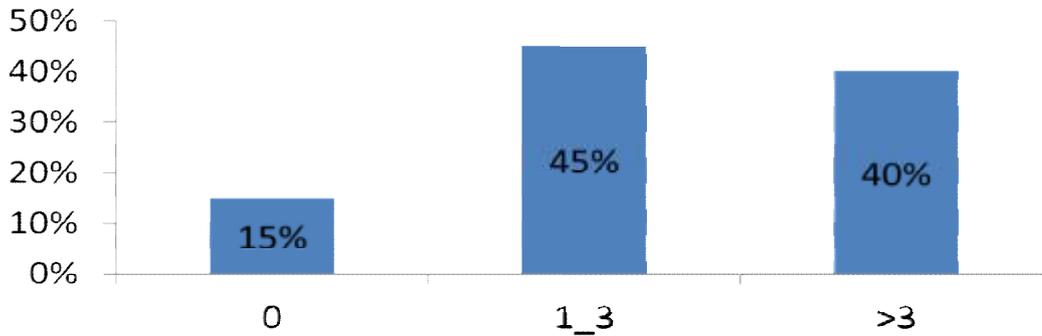


Figure 10 - Répartition des patients selon le nombre d'enfants

## 7. Couverture sociale

60% des patients ne bénéficiaient pas de couverture sociale, les RAMEDistes constituaient 24% de la population étudiée, 11% des patients avaient comme couverture sociale la CNSS (secteur libéral), ainsi que la CNOPS (secteur public) ne couvrait que 6%.

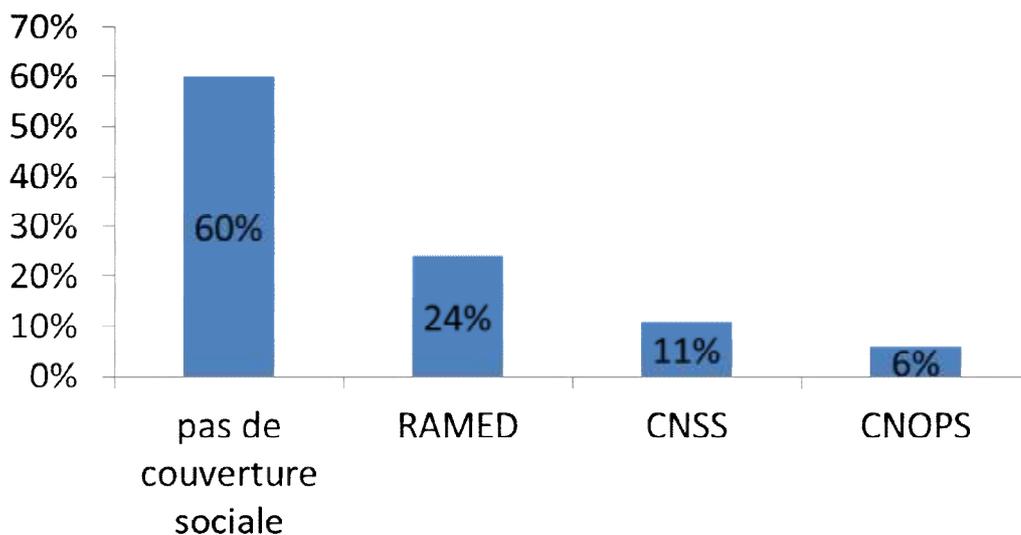


Figure 11 - Répartition des malades en fonction de la couverture sociale

## II. Description des données liées à la morbidité dans la population étudiée : Données médicales

### 1. Consultations antérieures

#### a. Fréquentation des centres de santé par les malades

On note que 69% des malades ont consulté au centre de santé auparavant alors que seulement 31% ont été présentés au centre de santé pour la première fois.

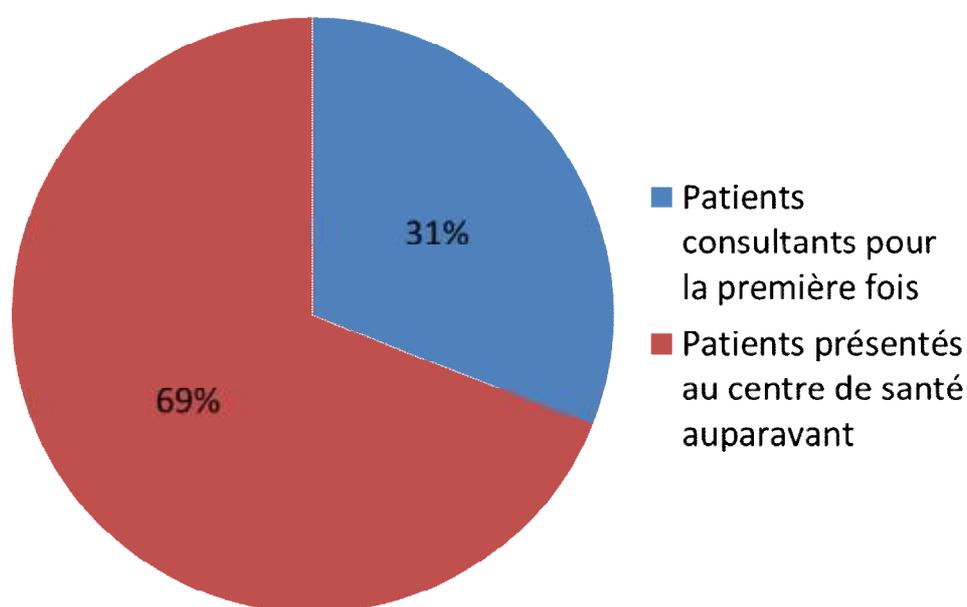


Figure 12 - Répartition des patients selon leur fréquentation des centres de santé

#### b. Nombre de consultations antérieures

Pour les patients qui ont déjà consulté au centre de santé, le minimum de consultations antérieures était une fois alors que le maximum était 30 fois avec une moyenne de  $4,7 \pm 4$ .

c. Motif de la dernière consultation au niveau du centre de santé

La majorité des malades ont été venus pour consultation médicale soit 59%, 20% venaient pour suivi médical chez le médecin généraliste, 13% ayant eu comme besoin la vaccination, 6% venaient pour la planification familiale et 2% ont consulté pour suivi de grossesse.

On note que personne n'a été consulté pour suivi d'accouchement dans cette population étudiée.

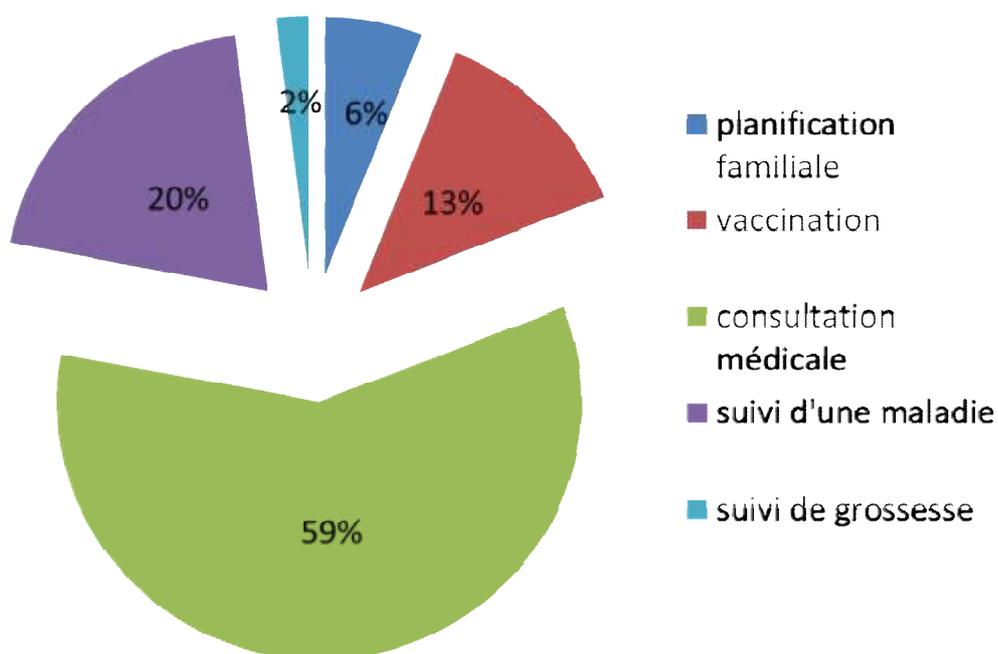


Figure 13 - Répartition des malades en fonction de leurs besoins en santé au niveau du RSSB

## 2. Consultation actuelle

### a. Nature de la consultation

Parmi les 600 cas, 528 individus soit 88% de l'ensemble de la population d'étude ont été venus pour consultation médicale ainsi que 12% des malades venaient pour suivi de leurs maladies.

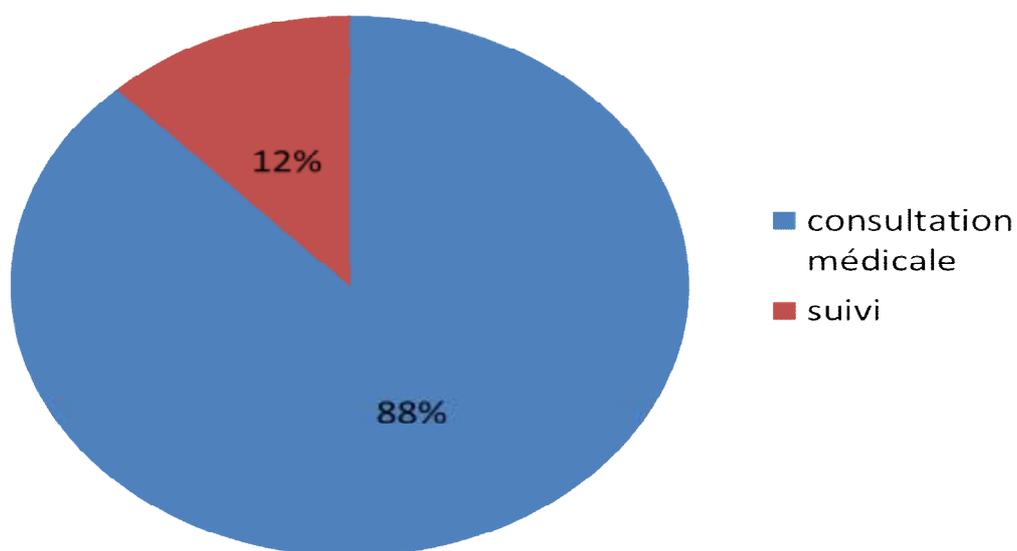


Figure 14 - Répartition des patients selon la nature de la consultation

b. Principaux motifs de consultation médicale

L'odynophagie était le symptôme le plus fréquent parmi les motifs de consultation soit 12,5%, suivi par ordre décroissant de : éruption cutanée, syndrome grippal, toux, fièvre, douleur abdominale, rougeur oculaire, vomissements, otalgies, céphalées, arthralgies, métrorragies, diarrhée aiguë, prurit et lombalgies.

Les motifs de consultation ont été très variés, parmi les autres motifs non figurés dans le tableau ci-dessous et qui constituaient 33,3%, on cite: brûlure mictionnelle, douleur pelvienne, leucorrhée, sciatalgie, hématurie, dyspnée, asthénie, otorrhée, douleur oculaire.

Tableau 2 - Motifs de consultation les plus fréquents

Motif de consultation	Nombre de cas	Pourcentage en %
Odynophagie	66	12,5
Eruption cutanée	48	9
Syndrome grippal	41	8
Toux	29	5,5
Fièvre	24	4,5
Douleurs abdominales	22	4
Rougeur oculaire	18	3,5
Vomissements	17	3
Otalgies	17	3
Céphalées	15	2,8
Métrorragies	15	2,8
Arthralgies	12	2,3
Diarrhée aiguë	10	2
Prurit	9	1,7
Lombalgies	9	1,7
Autres	176	33,3
Total	528	100

c. Principaux motifs du suivi

En ce qui concerne les malades qui ont été venus pour suivi médical, le diabète et HTA constituaient les principales pathologies suivies par les médecins généralistes, comme le montre le tableau N°3.

Parmi les autres motifs non mentionnés dans le tableau et qui ont été représentés par un cas pour chacun, il y avait : abcès du sein, asthme, arthrose, goitre, dyslipidémie, eczéma de contact et parasitose intestinale.

Tableau 3 - Principales pathologies du suivi

Motif du suivi	Nombre de cas	Pourcentage en %
Diabète	28	39
HTA	23	32
Grossesse	4	5,5
Toxicomanie	2	2,7
Rhumatisme articulaire aigu (RAA)	2	2,7
Autres	13	18
Total	72	100

d. Appareils concernés par les motifs

La sphère ORL occupait la première position avec une proportion de 24%, suivi de l'appareil cutané et l'appareil digestif qui représentaient 11% pour chacun. Les trois constituaient, par conséquent presque la moitié des appareils.

Le reste a été représenté par les appareils : génital, pleuro-pulmonaire, ostéo-articulaire, bucco-dentaire, cardio-vasculaire, oculaire, neurologique, sénologique, urinaire, ganglionnaire et uro-génital.

e. Examens para-cliniques demandés

Les examens para-cliniques n'ont été demandés que chez 106 patients soit 17,6% de l'ensemble de la population étudiée, ce qui induit que 82,4% des malades n'ont pas bénéficié de bilans complémentaires.

i. Type de bilans demandés

Parmi les examens complémentaires demandés, les bilans biologiques ont constitué 56%, tandis que 34% des malades ayant eu besoin de bilans radiologiques.

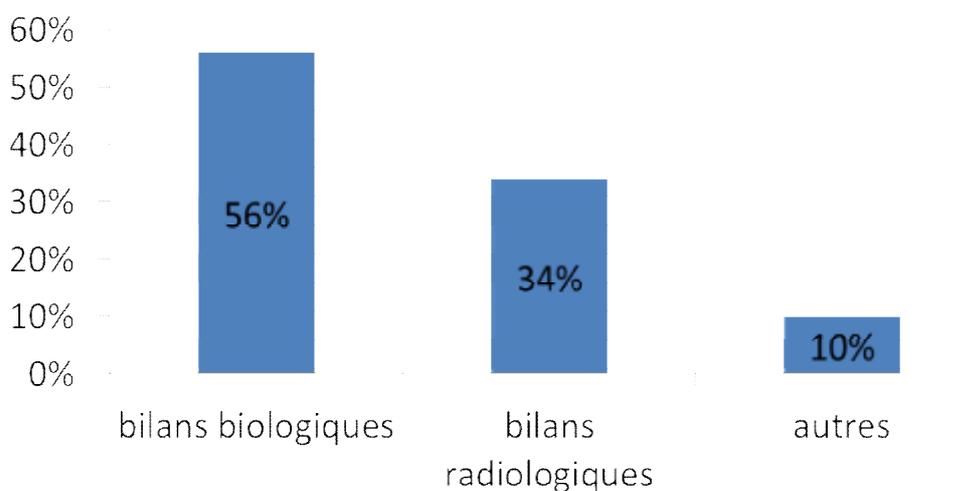


Figure 15 - Répartition des examens complémentaires demandés selon leur type

ii. Principaux bilans demandés

Les bilans biologiques les plus fréquemment demandés étaient : la NFS chez 24 patients et constituait 22,6% de tous les bilans, la glycémie à jeun chez 23 patients (21,7%), l'hémoglobine glyquée chez 19 patients (18%), la VS chez 17 patients (16%) et le bilan lipidique chez 10 patients (9,4%).

Concernant les bilans radiologiques : l'échographie pelvienne a été demandée chez 13 patients (12%), la radiographie thoracique chez 5 patients (4,7%) et la radiographie du rachis lombaire chez 5 patients (4,7%).

Parmi les autres bilans, on note: l'électrocardiogramme (ECG), le fond d'œil et la fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD).

f. Spécialités les plus rencontrées

Les spécialités présentées dans le tableau N°4 ont été établies en se basant sur les 511 diagnostics retenus parmi les 600 patients vus en consultation et qui ont été détaillés dans le tableau N°5.

La pédiatrie médicale occupait la première position avec une proportion de 42%, suivie de l'oto-rhino-laryngologie (ORL) (9,6%), les deux spécialités couvraient, par conséquent, la moitié de la pratique médicale des médecins généralistes travaillant au sein des centres de santé concernés par l'étude.

La chirurgie pédiatrique et la chirurgie viscérale n'ont représenté respectivement que 1% et 0,4% de la morbidité diagnostiquée.

Le tableau ci-après montre par ordre d'importance, les spécialités les plus rencontrées par les médecins généralistes.

Tableau 4 - Spécialités les plus rencontrées lors des consultations médicales

Spécialités	Nombre de cas	Pourcentage en %
Pédiatrie médicale	215	42
ORL	49	9,6
Gynéco-obstétrique	45	9
Cardio-vasculaire	31	6,
Endocrinologie	31	6
Gastro-entérologie	29	5,7
Dermatologie	23	4,5
Pneumologie	16	3
Rhumatologie	14	2,7
Stomatologie	10	2
Neurologie	8	1,5
Traumatologie	8	1,5
Psychiatrie	7	1,4
Urologie	7	1,4
Ophthalmologie	6	1,2
Médecine interne	5	1
Chirurgie pédiatrique	5	1
Chirurgie viscérale	2	0,4
Total	511	100

Pour les enfants de moins de 15 ans, les spécialités les plus rencontrées étaient : l'ORL qui constituait plus que la moitié des spécialités soit 54,6%, suivie de la dermatologie (16%), la gastro-entérologie (9%), la pneumologie (7%), l'ophtalmologie (5,5%), la chirurgie (2%), la stomatologie (1,4%), la médecine interne (1,4%), la traumatologie (1,4%), la gynéco-obstétrique (1%) et l'urologie (0,5%).

g. Pathologies les plus rencontrées par le médecin généraliste

i. Répartition des pathologies en fonction de leur évolution :  
pathologies aiguës/chroniques

Les pathologies chroniques constituaient 39% de l'ensemble des maladies, alors que 61% des diagnostics étaient des pathologies aiguës.

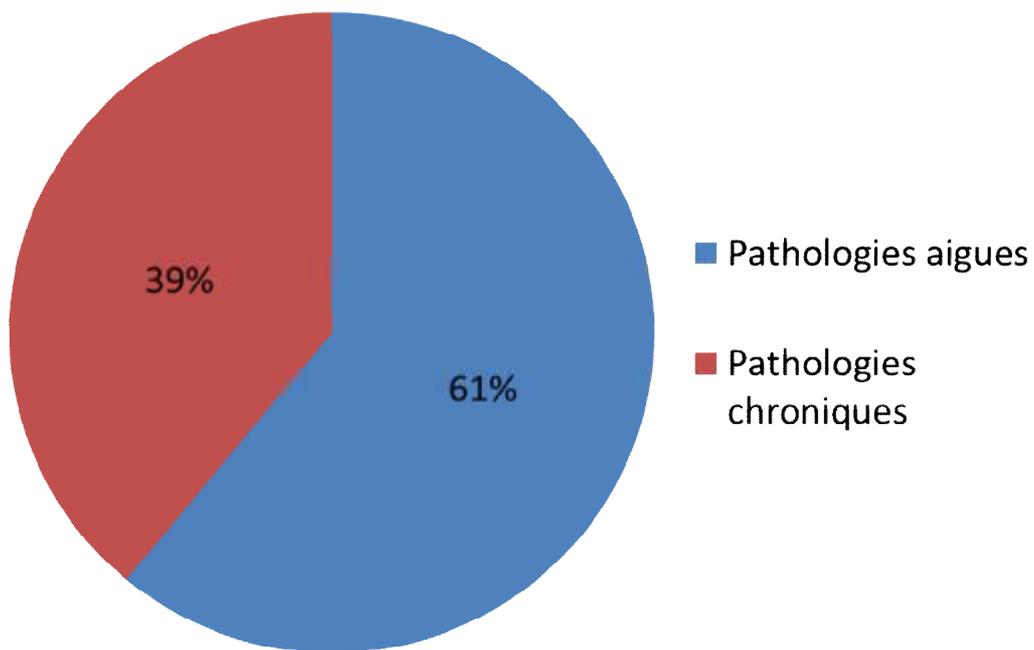


Figure 16 - Répartition des pathologies selon leur évolution

## ii. Répartition des pathologies aiguës et chroniques selon les tranches d'âge

Les pathologies aiguës constituaient 91% des pathologies vues chez les enfants de moins de 15 ans et leur taux diminue avec l'âge, tandis que le pourcentage des pathologies chroniques augmente avec l'âge pour atteindre son maximum dans la tranche d'âge de plus de 45 ans soit 91% ( $p=10^{-3}$ ).

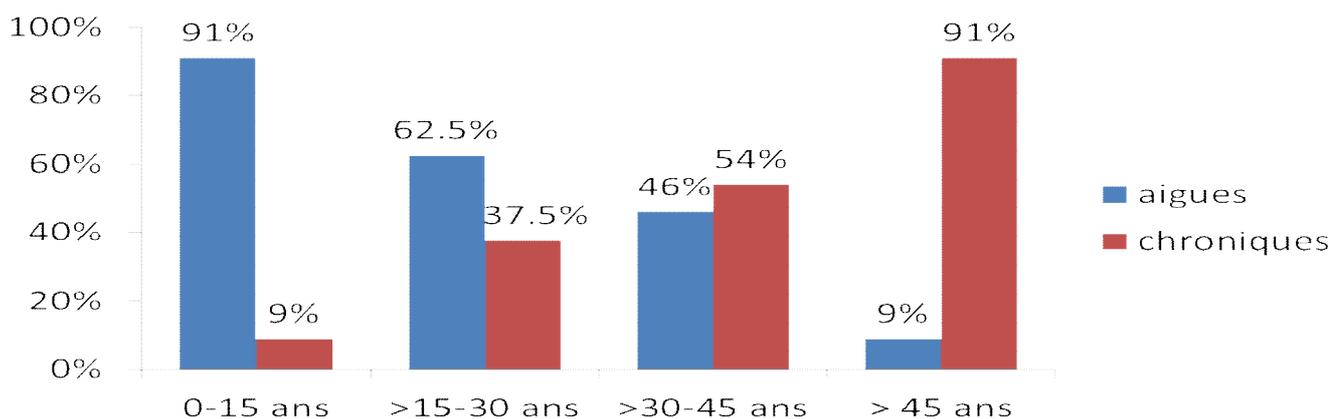


Figure 17 - Répartition des pathologies selon les tranches d'âge

## iii. Répartition des pathologies aiguës et chroniques en fonction du sexe

Les malades de sexe féminin étaient les plus touchés par les deux types de pathologies avec une nette prédominance féminine par rapport aux pathologies chroniques soit 73,4% ( $p=10^{-3}$ ).

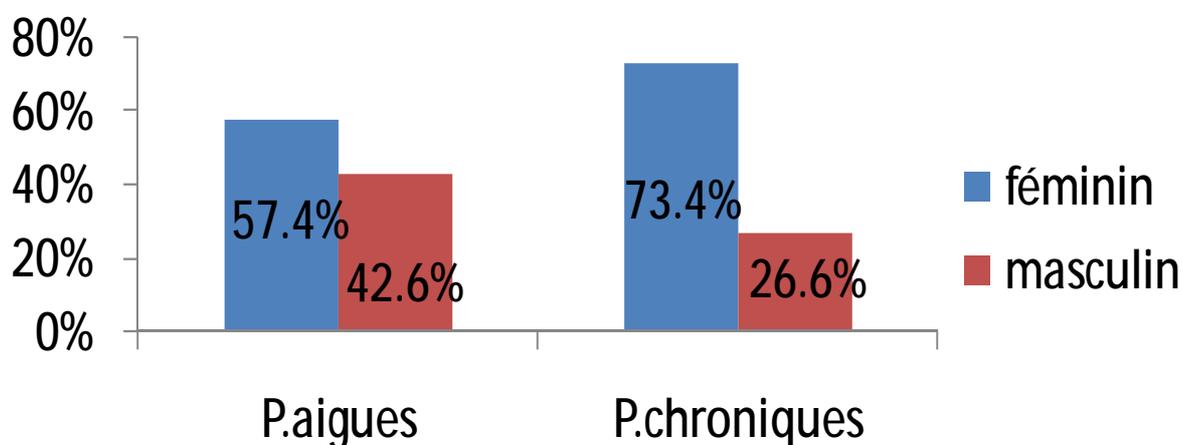


Figure 18 - Répartition des pathologies aiguës et chroniques en fonction du sexe

#### iv. Répartition de la morbidité selon les problèmes de santé diagnostiqués

Les étudiants de la 5ème année de médecine encadrés par les médecins généralistes ont pu poser 511 diagnostics (retenus ou suspectés) lors des 600 consultations effectuées dans les centres de santé de base intéressés par l'étude. Le tableau N°5, récapitule les principaux diagnostics posés.

Trois problèmes de santé ont représenté 30% des diagnostics établis, deux maladies aiguës : l'angine (14,3%) et la rhinopharyngite (9,7%), et une maladie chronique l'HTA (6%).

L'angine occupait la première position chez les patients du sexe masculin avec un taux de 21,5% tandis que chez le genre féminin l'angine et la rhinopharyngite occupaient toutes les deux le premier rang avec un taux de 10,4%, l'HTA tenait le deuxième rang chez le genre féminin (7%), mais la quatrième position chez le genre masculin (4,3%) après la rhinopharyngite (8,5%) et le diabète (5,3%).

Parmi les autres diagnostics non mentionnés dans le tableau, et qui ont été les moins fréquents au sein de cette population étudiée, on cite : goitre, psoriasis, abcès du sein, arthrose, leishmaniose, rhinite allergique, parasitose intestinale, hernie inguinale, tuberculose pulmonaire, cancer du col, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), behçet et rachitisme.

Tableau 5 - Diagnostics les plus fréquents par ordre décroissant et selon le sexe pour les 600 consultations réalisées au niveau des centres de santé concernés par l'étude

Diagnostics	Féminin		Masculin		Total	
	N	%	N	%	N	%
Angine	34	10,4	40	21,5	74	14,5
Rhinopharyngite	34	10,4	16	8,6	50	9,8
HTA	23	7	8	4,3	31	6
Diabète	18	5,5	10	5,4	28	5,5
Infection respiratoire aiguë basse	14	4,3	7	3,7	21	4
Otite moyenne aiguë	9	2,7	8	4,3	17	3,3
Infection génitale basse	13	4	0	0	13	2,5
Gastro-entérite aiguë	4	1,2	8	4,3	12	2,3
Conjonctivite aiguë	6	1,8	4	2,1	10	2
Reflux gastro-œsophagien (RGO)	8	2,4	1	0,5	9	1,7
Grossesse	8	2,4	–	–	8	1,5
Traumatismes	3	1	4	2,1	7	1,4
Oreillons	3	1	4	2,1	7	1,4
Infection urinaire	6	2	1	0,5	7	1,4
Asthme	3	1	4	2,1	7	1,4
Nodule du sein	7	2,1	–	–	7	1,4
Colopathie fonctionnelle	5	1,5	1	0,5	6	1,2
Fibrome utérin	6	2	–	–	6	1,2
Sciatique par hernie discale	3	1	3	1,6	6	1,2
Sinusite aiguë	3	1	3	1,6	6	1,2
Varicelle	2	0,6	4	2,1	6	1,2
Anémie	4	1,2	1	0,5	5	1
Dermatite atopique	2	0,6	3	1,6	5	1
Gale	2	0,6	3	1,6	5	1
Otite externe	1	0,3	4	2,1	5	1
Teigne	0	0	5	2,7	5	1
Ulcère gastroduodéal	5	1,5	0	0	5	1
Polyarthrite rhumatoïde	4	1,2	0	0	4	0,8
hémorroïdes	0	0	4	2,1	4	0,8
Eczéma de contact	4	1,2	0	0	4	0,8
Toxi-infection alimentaire	3	1	1	0,5	4	0,8
Autres	88	27	39	21	127	24,8
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>100%</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>	<b>511</b>	<b>100%</b>

v. Répartition des diagnostics selon l'âge

La répartition des diagnostics selon l'âge montre que l'HTA a été le diagnostic le plus fréquemment vu chez les malades de plus de 15 ans (10,7%), suivie du diabète (9,6), alors que l'angine (26,7%) occupait la première position chez les malades de moins de 15 ans, suivie de la rhinopharyngite (13,6). Les deux tableaux qui suivent, récapitulent les principales pathologies aiguës et chroniques rencontrées en fonction de l'âge.

Tableau 6 - Principales pathologies rencontrées chez les sujets de plus de 15 ans

	Pathologies	Nombre de cas	%
Aiguës	Rhinopharyngite	20	6,9
	Angine	15	5,2
	Infection génitale basse	12	4,1
	Infection respiratoire aigüe	8	2,8
	Infection urinaire	6	2
	Traumatismes divers	4	1,4
	Crise d'angoisse aigüe	3	1
	Otite moyenne aigüe	3	1
	Sinusite aigüe	3	1
	Autres	42	14,5
	Total	116	40
Chroniques	HTA	31	10,7
	Diabète	28	9,6
	RGO	8	2,8
	grossesse	8	2,8
	Nodule du sein	7	2,4
	Fibrome utérin	6	2
	Colopathies fonctionnelles	6	2
	Sciatique par hernie discale	6	2
	Ulcère gastroduodénal	5	1,7
	Asthme	5	1,7
	Polyarthrite rhumatoïde	4	1,4
	Eczéma de contact	4	1,4
	Hémorroïdes	4	1,4
	Autres	52	18
	Total	174	60
	TOTAL	290	100,0

Tableau 7 - Pathologies les plus rencontrées chez les malades de moins de 15 ans

	Pathologies	Nombre de cas	%
Aigues	Angines	59	26,7
	Rhinopharyngite	30	13,6
	Otite moyenne aigue	14	6,3
	Infection respiratoire aigue	13	5,9
	Gastro-entérite aigue	10	4,5
	Conjonctivite aigue	8	3,6
	Oreillons	7	3,2
	Varicelle	5	2,3
	Teigne	5	2,3
	Gale	4	1,8
	Otite externe	3	1,3
	Sinusite aigue	3	1,3
	Oxyurose	2	0,9
	Abcès dentaire	2	0,9
	Blépharite médicamenteuse	2	0,9
	Colique du nourrisson	2	0,9
	Constipation	2	0,9
	Poussée dentaire	2	0,9
	Toxi-infection alimentaire	2	0,9
	Urticaire aigue d'origine alimentaire	2	0,9
Autres	18	8,1	
Total	195	88,7	
Chroniques	Dermatite atopique	5	2,2
	Anémie	3	1,3
	Asthme	2	1
	Cryptorchidie	2	1
	Autres	13	5,8
Total	25	11,3	
TOTAL	220	100	

vi. Répartition des principales pathologies rencontrées par spécialités et par leur évolution

Les deux tableaux qui suivent, récapitulent les principales pathologies diagnostiquées lors des consultations médicales au cours de cette étude, réparties par spécialités et selon leur évolution : aiguës/chroniques.

Tableau 8 - Principales pathologies aiguës réparties par spécialités

Pathologies aiguës			
Spécialités	Pathologies	N	%
Pédiatrie médicale	Angines	59	18,9
	Rhinopharyngite	30	9,6
	Otite moyenne aigue	14	4,5
	Infection respiratoire aigue	13	4,2
	Gastro-entérite aigue	10	3,2
	Conjonctivite aigue	8	2,5
	Oreillons	7	2,2
	Varicelle	5	1,6
	Teigne	5	1,6
	Autres	44	14,1
ORL	Rhinopharyngite	20	6,4
	Angines	15	4,8
	Otite moyenne aigue	3	1
	Sinusite aigue	3	1
	Otite externe	2	0,6
Gynéco-obstétrique	Infections génitales	13	4,2
	Grossesse extra-utérine	1	0,3
	Abcès du sein	1	0,3
	Engorgement mammaire	1	0,3
	Bartholinite	1	0,3
Pneumologie	Infection respiratoire aigue	8	2,5
Urologie	Infection urinaire	6	2
	Infection génitale chez l'homme	1	0,3
Traumatologie	Traumatismes divers	4	1,2
	Tendinite	2	0,6
	Entorse de la cheville	1	0,3
Dermatologie	Infection cutanée bactérienne	4	1,2
	Gale	1	0,3
	Varicelle	1	0,3
	Autres	5	1,6
psychiatrie	Crise d'angoisse aigue	3	1
Gastro-entérologie	Toxi-infection alimentaire	2	0,6
	Gastro-entérite aigue	2	0,6
Rhumatologie	Arthrite de l'épaule	2	0,6
Stomatologie	Aphtes buccaux	2	0,6
	Muguet buccal	2	0,6
	Abcès dentaire	2	0,6
	Autres	3	1
ophtalmologie	Conjonctivite aigue	2	0,6
	Hémorragie sous-conjonctivale	1	0,3
Neurologie	Paralysie faciale a frigore	1	0,3
	TOTAL	312	100

Tableau 9 - Principales pathologies chroniques réparties par spécialités

Pathologies chroniques			
Spécialités	Pathologies	N	%
Cardiologie	HTA	31	15,6
	RAA	2	1
Endocrinologie	Diabète	28	14
	Goitre multi nodulaire	1	0,5
	Obésité morbide	1	0,5
	dyslipidémie	1	0,5
Gastro-entérologie	RGO	8	4
	Colopathie fonctionnelle	6	3
	Hémorroïdes	4	2
	Ulcère gastroduodéal	5	2,5
	Autres	2	1
Gynéco-obstétrique	Nodule du sein	7	3,5
	Fibrome utérin	6	3
	Grossesse	8	4
	Cancer du col	3	1,5
	Autres	4	2
Pédiatrie médicale	Dermatite atopique	5	2,5
	Anémie	3	1,5
	Asthme	2	1
	Autres	10	5
Dermatologie	Eczéma de contact	4	2
	intertrigos	2	1
	Pityriasis versicolore	1	0,5
	psoriasis	1	0,5
	Autres	4	2
Pneumologie	Asthme	5	2,5
	Tuberculose pulmonaire	2	1
	Bronchite chronique	1	0,5
Rhumatologie	Polyarthrite rhumatoïde	4	2
	Arthrose	3	1,5
	Goutte	2	1
	Spondylarthrite ankylosante	1	0,5
ORL	Rhinite allergique	2	1
	Vertige paroxystique bénin	2	1
	Tuberculose ganglionnaire	2	1
	Presbyacousie	1	0,5
Neurologie	Sciatique par hernie discale	6	3
	Céphalées de tension	1	0,5

Médecine interne	Anémie	2	1
	Behçet	2	1
	Syndrome de Gougerot-Sjogren	1	0,5
Pédiatrie chirurgicale	Cryptorchidie	2	1
	Hernie inguinale	1	0,5
	Fente palatine	1	0,5
	Pied bot varus équin	1	0,5
Psychiatrie	Dépression	1	0,5
	TOC	1	0,5
	Toxicomanie	2	1
Chirurgie viscérale	Cholécystite chronique	1	0,5
	Hernie inguinale	1	0,5
Ophtalmologie	Rétinopathie diabétique	1	0,5
	Rétinopathie hypertensive	1	0,5
	Cataracte	1	0,5
Stomatologie	Caries dentaires	1	0,5
Traumatologie	Epine calcanéenne	1	0,5
	TOTAL	199	100

vii. Pathologies médicales/pathologies chirurgicales

Les pathologies médicales occupaient un pourcentage très important soit 92% des pathologies diagnostiquées.

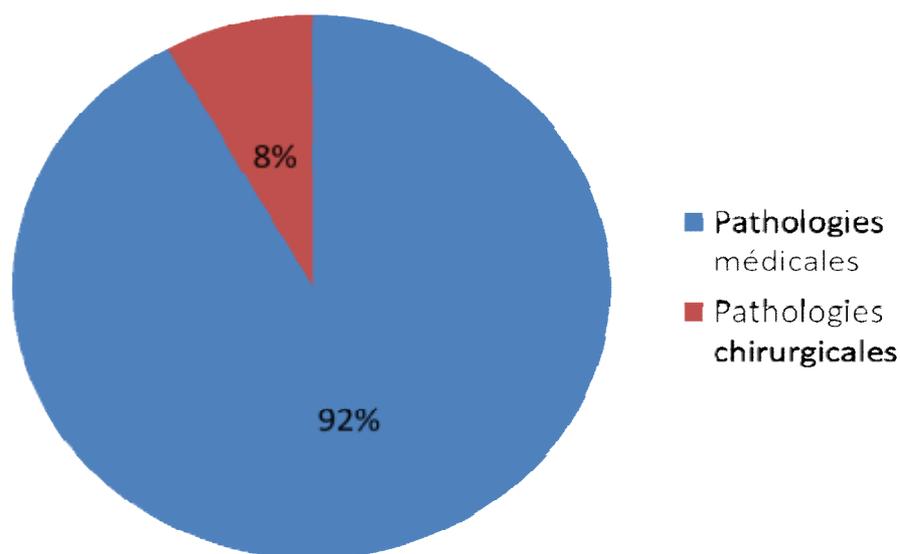


Figure 19 - Répartition des pathologies en médicales/chirurgicales

viii. Pathologies infectieuses/non infectieuses

Plus que la moitié des malades présentaient des pathologies infectieuses soit 56,5%.

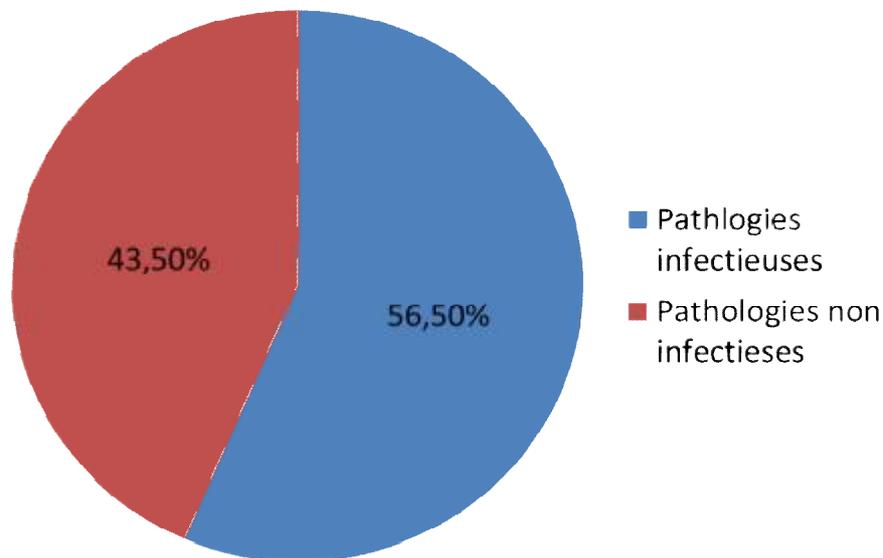


Figure 20 - Répartition des pathologies en infectieuses/non infectieuses

h. Procédures de prise en charge

i. Soins

Seulement 7 patients consultants soit 1,2% ont eu besoin de soins locaux effectués au sein des centres de santé.

Ce taux a été sous-estimé car la plupart des malades qui ont besoin de soins au niveau des centres de santé, ne consultent pas chez les médecins généralistes et passent directement aux salles de soins gérées par les infirmiers.

ii. Traitement médical

La prescription de traitement médical a été effectuée chez 475 malades soit 79% de la population étudiée ; Un traitement étiologique a été prescrit chez 45,5% des patients dont il a été associé à un traitement symptomatique chez 26% ; tandis que 31% des malades n'ont reçu qu'un traitement symptomatique.

Les antipyrétiques constituaient le traitement symptomatique le plus prescrit avec un taux de 44%, suivis des anti-inflammatoires (17,4%), antitussifs (11,3%), antalgiques (9%), antihistaminiques (7,8%), corticoïdes (5,2%), antispasmodiques (4,6%), antiémétiques (4%), anti-diarrhéiques (3,2%), laxatifs et anti-vertigineux (1,2%).

Parmi toutes les prescriptions, les antibiotiques occupaient le premier rang avec un taux de 38%. Et ils ont été prescrits chez 30,2% des patients au cours des 600 consultations effectuées. Par ailleurs, le type de molécules des antibiotiques n'a pas été toujours signalé par les étudiants qui n'ont pas été avisés dans ce sens.

Le traitement des maladies chroniques tels les antidiabétiques oraux, l'insulinothérapie et les antihypertenseurs, représentait 8% des prescriptions.

### iii. Référence des patients

Le taux de référence des malades aux médecins spécialistes a été de 15% soit 90 patients. Parmi ces malades 47 ont été référés à l'hôpital provincial soit 62,7% et 28 ont été référés au CHU soit 37,3%.

### iv. Suivi

Le suivi par les médecins généralistes n'a concerné que 13% des patients.

### III. Comparaison entre les pathologies enseignées et celles rencontrées au niveau du RSSB

En se basant sur le programme des cours dispensé à la FMPF au cours de l'année universitaire 2013-2014, on remarque que la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique constituent avec la pathologie médicale et la pathologie chirurgicale les piliers fondamentaux du cursus de formation du médecin généraliste ; elles occupent les volumes horaires les plus importants parmi les modules enseignés, soit 88/784 heures pour la première et 76/784 heures pour la deuxième.

Pour comparer la morbidité notifiée au niveau des centres de santé concernés par l'étude et l'ensemble des pathologies enseignées, les tableaux (10,11,12) en annexe 1, regroupent d'une part les modules consacrés aux pathologies médicales et chirurgicales, en précisant leur contenu et leur volumes horaires, et d'autre part les pathologies rencontrées en consultation médicale au cours de cette étude, signalant leur nombre et leur taux en pourcentage par rapport à l'ensemble des diagnostics posés.

L'analyse du contenu des modules enseignés montre que certains problèmes de santé notifiés au cours de cette étude, n'ont pas été figurés dans le programme des cours, tels la toxicomanie (2cas), la dacryocystite aiguë (1cas), la stérilité (1cas), le syndrome des ovaires poly-kystiques (1cas) et la bartholinite (1cas).

Par ailleurs, certaines pathologies qui ont été fréquemment rencontrées en consultation médicale, et qui constituent actuellement un véritable problème de santé, ont eu un volume horaire plus ou moins raisonnable ; il s'agit notamment des infections respiratoires aiguës (4h), le diabète (5h) et l'HTA (3h).

Des pathologies dermatologiques constituaient 11,2% de l'ensemble des cas retrouvés en consultation médicale et elles sont bien figurées dans le module de dermatologie, ce qui témoigne l'adéquation entre les cours enseignés en ce module

avec les principales pathologies auxquelles est confronté le médecin généraliste dans sa pratique.

On note que des pathologies courantes retrouvées chez les enfants au cours de cette étude, n'ont pas eu de place dans le module de pédiatrie médicale, comme les oreillons (7cas), l'oxyurose (2cas), l'érythème fessier (1cas) et les coliques du nourrisson (2cas).

Certains modules tels que la chirurgie vasculaire, la chirurgie thoracique et la génétique n'ont été représentés par aucun cas lors de cette étude alors qu'ils occupent 6% du volume horaire enseigné.

# DISCUSSION

Ce travail a consisté en une étude épidémiologique transversale ayant colligé 600 malades consultants au niveau de quatre centres de santé urbains et un centre de santé rural de la région Fès-Boulemane. Ces malades ont été choisis aléatoirement lors des consultations médicales faites par les médecins généralistes travaillant à ce niveau.

Dans le cadre de cette étude, les consultations médicales ont été caractérisées par une prédominance féminine ; la plupart des malades étaient inactifs sur le plan professionnel ; le tiers des patients étaient analphabètes ; ainsi qu'un taux élevé d'entre eux n'ont pas eu de couverture sociale.

Le bas niveau socio-économique des malades consultants pourrait expliquer l'importance de leur fréquentation des ESSB en vue de bénéficier de la gratuité des offres de soins.

En outre, la prédominance féminine dans les consultations médicales est un fait universel retrouvé dans toutes les études [25]. Dans la présente étude, la prédominance du sexe féminin et des FF peut s'expliquer par leur meilleure disponibilité à l'utilisation des services de soins primaires ouverts quasi uniquement les matinées. Ce qui concorde parfaitement avec les résultats d'une étude tunisienne sur la morbidité diagnostiquée au niveau des ESSB [11].

Les principaux résultats concernant la morbidité ont été marqués par une grande variété des pathologies rencontrées par le médecin généraliste, ce qui témoigne le large champ d'exercice touchant toutes les spécialités. La coexistence de maladies aiguës et chroniques, transmissibles et non transmissibles et qui ont été représentées en particulier par les affections respiratoires hautes et basses (l'angine (14,5%), la rhinopharyngite (9,8%) et les infections respiratoires aiguës basses (4%)), circulatoires (l'HTA (6%)) et endocriniennes (le diabète (5,5%)) ; reflète la transition épidémiologique que connaît le Maroc ainsi que tous les pays en voie de développement.

Ces résultats sont très proches de ceux retrouvés dans l'étude tunisienne susdite ; qui a été basée sur la classification internationale des soins primaires (CISP), et qui a montré que les diagnostics enregistrés par les médecins généralistes ont été représentés essentiellement par : l'angine (14,4 %), la grippe et le rhume (11%), la bronchite aiguë (8,3 %), l'HTA (7,4 %) et le diabète (4,4 %). Les mêmes pathologies ont été rencontrées avec des fréquences comparables dans la présente étude.

La description de la morbidité a montré aussi une variabilité des maladies selon l'âge et le sexe, avec une prédominance des pathologies aiguës et infectieuses dans la tranche d'âge de moins de 15 ans, dont les principales étaient les infections respiratoires hautes et basses ; versus une prédominance des pathologies chroniques et non transmissibles dans la tranche d'âge de plus de 45 ans, occupées en particulier par l'HTA et le diabète.

La fréquence élevée des enfants de moins de 15 ans rencontrés en consultation soit 41%, pourrait être expliquée par la vulnérabilité de cette tranche d'âge, en particulier en hiver, aux pathologies aiguës. Au Sri Lanka [25], les enfants de moins de 12 ans totalisaient 32 % des consultants en médecine générale alors qu'ils ne représentaient que 24 % de la population générale. D'où la nécessité du renforcement de l'enseignement de la pédiatrie dans les Facultés de Médecine.

En ce qui concerne les maladies chroniques, elles représentaient les pathologies les plus fréquentes chez l'adulte soit 73%. Selon le Ministère de la Santé, les maladies chroniques représentent la cause majeure de mortalité et de morbidité dans le monde [28], et selon des données de l'enquête nationale sur la Population et la Santé Familiale de 2011 [29], 18,2% de la population marocaine, et surtout sa fraction la plus âgée est atteinte d'une maladie chronique.

Une nette prédominance féminine soit 73,4% a été notée chez les patients atteints de maladies chroniques avec l'HTA était au premier rang (25,7%). Ceci pourrait être attribué à la meilleure disponibilité des femmes à l'utilisation des

services des soins primaires mais aussi à des considérations épidémiologiques. Selon des données d'une enquête nationale réalisée en 2000 par le Ministère de la Santé sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires [27], l'HTA est plus fréquente chez les femmes (37%) que chez les hommes (30,2). Ces résultats concordent aussi avec les problèmes de santé au Sri Lanka [25] et en Islande [26].

Les résultats de cette étude ont été aussi caractérisés par une nette prédominance des pathologies médicales soit 92%, d'où la nécessité de donner plus d'attention aux spécialités médicales dans le programme de la formation initiale.

En ce qui concerne la conduite à tenir menée par les médecins généralistes, les examens complémentaires ont été peu demandés, ceci pourrait être expliqué par la fréquentation des ESSB pour des problèmes de santé courants ne nécessitant pas d'investigations. Le bas niveau socio-économique des consultants peut expliquer aussi l'attitude des médecins qui prennent en considération le manque de moyens de leurs patients. Par conséquent le médecin généraliste se base plutôt sur la symptomatologie pour retenir ou suspecter un diagnostic, ce qui explique aussi leur tendance à prescrire plus fréquemment un traitement symptomatique.

Par ailleurs, les antibiotiques ont eu une part non négligeable dans la prescription médicale. Ceci est peut être lié au fait que les maladies infectieuses ont été prédominantes dans les consultations médicales, mais aussi à la prescription abusive de la part du médecin généraliste qui peut être soit spontanée soit à la demande incitative des consultants.

En comparant le programme des cours appliqué en Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès avec les principaux résultats liés à la morbidité diagnostiquée au niveau des centres de santé concernés par l'étude, il s'avère qu'il faut une adaptation des principaux problèmes de santé retrouvés aux modules enseignés, en particulier certains modules de la pathologie chirurgicale, de la pédiatrie, de la cardiologie, de l'hématologie, des pathologies infectieuses et des maladies de système.

Cette études avait quelques limites représentées par :

- Son caractère transversal qui a permis de déterminer la prévalence, mais seulement de façon limitée dans le temps.
- En effet, l'étude ne couvrait pas toutes les saisons, elle a été faite en hiver (décembre), ce qui peut expliquer la prédominance des maladies infectieuses qui règnent en cette saison telles la rhinopharyngite, l'angine et l'infection respiratoire aigüe.
- La petite taille de l'échantillon choisi. Pour des raisons de faisabilité, l'étude n'a pu être réalisée qu'au niveau de certains centres de santé de la ville de Fès et n'a pu inclure que 600 sujets ce qui pourrait probablement affecter la représentativité de l'échantillon par rapport à la population générale d'où la nécessité d'effectuer d'autres études plus élargies aussi bien à l'échelle régionale qu'à l'échelle nationale permettant de mieux analyser la morbidité dans tout le pays.

L'étude a par ailleurs des points forts : D'abord c'est la première étude en son genre qui a permis de recueillir des données plus précises sur les principaux problèmes de santé vus en médecine générale dans la région étudiée. Elle peut aussi être considérée comme une première étape d'une étude plus globale sur la morbidité au niveau national qui serait sans doute plus compliquée à réaliser. Cette étude a donc permis de donner une idée plus claire sur sa faisabilité à l'échelle nationale et de finaliser les instruments de mesure qui pourrait être éventuellement utilisé. Enfin, ces résultats en termes de morbidité diagnostiquée peuvent servir de base pour orienter les responsables de la formation médicale dans le cadre des projets de réforme des études médicales. Cette étude avait aussi un objectif pédagogique puisque le questionnaire a été administré par les étudiants de la 5ème année de médecine qui ont été initiés pour la première fois dans la cadre de leur stage de santé publique aux enquêtes épidémiologiques d'une part et d'autre part c'est un travail qui les intéresse en tant que futurs médecins, parmi desquels il y aura des médecins généralistes.

# CONCLUSION

La bonne connaissance des pathologies rencontrées en pratique en médecine générale permet d'améliorer le programme d'enseignement médical et former par conséquent un médecin performant, maîtrisant son travail de telle sorte qu'il soit adapté aux besoins de cette population.

Les résultats de cette étude contribueraient à ajuster le programme d'enseignement adopté dans notre Faculté de Médecine aux besoins réels de la population, et ils apporteraient des informations complémentaires, sans doute utiles à la réforme des études médicales en cours.

Des études plus élargies à l'échelle nationale englobant plus de centres de santé et incluant aussi le secteur privé sont recommandées pour une meilleure réforme des études médicales car fourniront des informations plus précises sur le type et la tendance de la morbidité dans la population générale au Maroc.

# RESUME

## RESUME

La connaissance de la morbidité d'une population donnée servira de base pour améliorer le programme d'enseignement médical et former par conséquent un médecin performant, maîtrisant son travail de telle sorte qu'il soit adapté aux besoins de cette population.

Cette étude épidémiologique transversale auprès de 600 consultants au niveau des centres de santé du réseau de soins de santé de base de la région Fès-Boulemane, a permis d'apporter des informations considérables sur la situation de la morbidité à ce niveau. La morbidité notifiée à ce niveau a été caractérisée par la prédominance dans les consultations médicales, de la pédiatrie médicale et l'oto-rhino-laryngologie, les infections ORL étaient en tête des pathologies les plus rencontrées, suivies des deux pathologies chroniques, qui sont l'HTA et le diabète. Les pathologies étaient diversifiées, différentielles selon l'âge et le sexe. Les pathologies chirurgicales étaient très rares.

Ces résultats contribueraient à ajuster le programme d'enseignement adopté dans notre Faculté de Médecine aux besoins réels de la population, et ils apporteraient des informations complémentaires, sans doute utiles à la réforme des études médicales en cours.

Des études à l'échelle nationale et plus élargies englobant plus de centres de santé, incluant aussi le secteur privé, sont recommandées pour une meilleure réforme des études médicales car fourniront des informations plus précises sur le type et la tendance de la morbidité en médecine générale au Maroc.

## ABSTRACT

The knowledge of the morbidity's profile in a given population can be used as a basis for improving the medical program curriculum to form an effective doctor, mastering his work and adapted to the needs of the population.

This cross sectional study was conducted in 600 subjects consultant in primary care health in Fez-Boulemane region. The notified morbidity at this level was characterized by the predominance, in the medical consultations, of medical pediatric and otorhinolaryngology, ORL infections were in the top of the list of the main encountered pathologies, followed by two more chronic diseases wich are hypertension and diabetes. The Pathologies were diversified according to sex and ages. Chirurgical pathologies are less frequent.

These results help to adjust the curriculum adopted in our Faculty of Medecine to the reel needs of the population, and they bring additional informations, undoubtedly useful to the reform of medical studies.

National studies including more health centers and also including private medical offices are recommended improve the ongoing medical reform in our Faculties of Medecine and provide more precise information about the type and the trend of the morbidity in the general medicine of Morocco.

## مطنى

إن معرفة الحالة المضوية لهاك نفعين نساهم في شكاف اعدده تحسين المقرر  
الدراسيلط به ذلك من ألتة كويط بيب فعاله تمكن من عمله و متكيف مع حاجيلها ذه  
الساكنة.

تمكت هاتل لدراسة من رصد جموعة من المعطيات حول الحالة المضوية على مستوي  
شبكة لوعاية الصحية الأساسية في جهة فلن ولمان إحدالة المضيلة لمدوطة خلال لاسدشرت  
الطبية تميزت بتصدر لاسدشرت للتعلاقة بطبالأطفل و أموطن الأفوالأ ذوق الدجرة  
خصوصاً لالتعافية فيها بوعتان بمضين زمين: ارتفاع لظغط الدموي و مرض  
السكري. تميزت الأموطن في ذه لدرابته ذوعها ولخلافها حسب لأعملرو الجسوكافك بية  
بالأسلس.

هذالذ نتلشج مكننا من مواجعاله نظام لتعليميل معتمد في كليتا لظ بية حتى يتكيف مع  
الحاجيل للتحقية لهداكنة بسو مكننا من جلب عمل و ملتكميلية لتساعدون شك في اصلاح تعليم  
الطجاليا.

هو اسكت أخرى نية على نطق أوسع تشمل عدد أكبر مان لمر الكولصود ايلة عيادت  
الطبايلة تابعمل لقطاع الخطين قسا هه شك كل كقرعالية في منظومة الاصلاح حيث تمكن من  
رصد عملو ملتأكثر على نوعوية يفيلها حالة لمضوية اخل قطاع المداخلة عمالة بالمغرب.

# BIBLIOGRAPHIE

- 1- Ministère de la Santé. Stratégie Sectorielle « Santé » 2012-2016. Mars 2012 ;
- 2- M.Berraho. Epidémiologie du cancer du col au Maroc (Thèse de Doctorat en sociétés, politique, santé publique, épidémiologie). Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Université Bordeaux Segalen. 2012 ;
- 3- SANTE vision 2020. ONDH ;
- 4- Ministère de la santé. Livre blanc : pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé. 2<sup>ème</sup> Conférence Nationale sur la Santé 2013 ;
- 5- OMS : Rapport sur la santé dans le monde. 2000 ;
- 6- Ministère de la santé. Projet de loi relatif au système national de santé et à l'offre de soins: Les indicateurs de l'offre et de la demande de soins en santé reproductive ;
- 7- M.KHABOU, J.BOUKHALDI. Essai de mesure de la performance des établissements de soins de santé de base. Cas de PSGA à la préfecture de Rabat au Maroc. Institut de formation aux carrières de santé Rabat – Technicien de statistique sanitaire 2012.
- 8- F.KHARBACH, A.EL ALAMI. OMS : Etude sur le financement des soins de santé au Maroc. Novembre 2007 ;
- 9- Ministère de la Santé. Direction de la réglementation et du contentieux. Ordre des Médecins du Maroc. Code de déontologie ;
- 10- Ministère de la santé. A.BENNIS. Le système de soins de santé au Maroc quelques éléments d'analyse de ses atouts et faiblesse.
- 11- A.Abdelaziz. La morbidité diagnostiquée dans les structures publiques de médecine générale en Tunisie. Santé publique 2003 ;
- 12- M.Elkhadiri, H.Himmich. Les soins de santé de base vers un accès équitable et généralisé. Commission Permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité. 2013 ;

- 13- P.Evans. Wonca Europe 2002 (La Société Européenne de médecine générale - médecine de famille). L'Organisation Régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille : La définition Européenne de la Médecine générale - Médecine de famille ;
- 14- N.BENANI. Etat et perspective de la médecine générale au Maroc. Marrakech 2009 ;
- 15- Directive européenne 86/457/CEE du Conseil. Relative à une formation spécifique en médecine générale. 15 septembre 1986 ;
- 16- Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of médecins and the mutual recognition of their diplomas. Certificates and other evidence of formal qualifications. Official Journal of the European Communauté ;
- 17- Labélisation universitaire des structures pluri-professionnelles de soins primaires ambulatoires. Propositions adoptées en Conseil d'Administration. 8 janvier 2013.
- 18- S.OUSTRIC. Rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective. Faculté de Médecine Toulouse-Département Universitaire de Médecine Générale ;
- 19- M.Villiers-Moriame. It's official: Family doctors are good for your health. Collège et UFR de Paris Ile-de-France Ouest. Université de Versailles Saint-Quentin.
- 20- A.LAHLOU. Adéquation entre l'enseignement de la santé publique au Maroc et la situation épidémiologique (Thèse pour le diplôme de doctorat en médecine). Université Sidi Mohammed Ben Abdellah de Fès. 2012 ;
- 21- Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique. Pour une nouvelle réforme des études médicales au Maroc. Mai 2005.
- 22- M.Boussetta, M.Torra. Réforme du système d'enseignement supérieur et nouveau mode de gouvernance universitaire : l'expérience marocaine.

- 23- A.Jammal, R.Allard, G.Losier. Définition de la morbidité. Dictionnaire d'épidémiologie. Edisem/Maloine. 1988 ;
- 24- B.Gilles, F.Didier. Santé publique. Ellipses. 1989 ;
- 25- N.De Silva, K.Mendis. One-day general practice morbidity survey in Sri Lanka. Fam Pract 1998;
- 26- T.Njalsson, JA.Sigurdsson, RG.McAuley. Health problems in family practice. An Islandeic multicentre study. Scand J Prim Health Care 1996;
- 27- Ministère de la Santé. Plan d'action santé 2008-2012. Enquête sur les facteurs de risque cardiovasculaire. 2000 ;
- 28- Ministère de la santé. La démographie médicale et paramédicale à l'horizon 2025. Décembre 2009 ;
- 29- Ministère de la santé. Enquête Nationale sur la Population et le Santé Familiale (ENPSF-2011). Décembre 2012 ;

# ANNEXES

Annexe 1: Les modules consacrés à l'enseignement des différentes pathologies médicales et chirurgicales durant les trois années du deuxième cycle des études médicales et leur volume horaire en se basant sur le programme des cours 2013-14 dispensé à la FMPF ; et les différentes pathologies rencontrées lors de cette étude, leur nombre et leur pourcentage

Tableau 10 - Modules consacrés aux pathologies au cours de la troisième année de médecine

Modules	Pathologies enseignées	VH	Pathologies rencontrées	N	%
Chirurgie générale	Cancer de l'estomac	2h	Cholécystite chronique	1	0,2
	Cancer du colon	2h	Hernie inguinale	2	0,4
	Cancer du rectum	2h			
	Cancer de l'œsophage	2h			
	Cancer du pancréas	2h			
	Appendicite aiguë	2h			
	Cholécystite aiguë	2h			
	Pancréatite aiguë	4h			
	Angiocholite	2h			
	Péritonite aiguë	2h			
	Kyste hydatique du foie	2h			
Total	24h				
Chirurgie vasculaire	Artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs	2h			
	Sténose carotidienne athéromateuse	2h			
	Insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs	2h			
	Anévrisme de l'aorte sous-rénale	2h			
	Ischémie aiguë des membres	2h			
	Traumatismes vasculaires des membres	2h			
	Artériopathie non athéromateuse	2h			
	Lymphœdème des membres	2h			
Total	16h				

Pathologie de l'appareil digestif	Colites inflammatoires	2h	Gastro-entérite aigue	12	2,3
	RGO/gastrite	2h	RGO	9	1,8
	Troubles fonctionnels digestifs	2h	Colopathie fonctionnelle	6	1,2
	Hémorroïdes/fissures/ fistules anales	2h	Hémorroïdes	5	1
	Diarrhée chroniques	2h	Ulcère gastroduodénal	5	1
	Diverticulose colique/ parasitologie digestive	2h	Diarrhée chronique	1	0,2
	Hépatites virales	4h	Parasitose intestinale	1	0,2
	Cirrhose	2h			
	Pathologie ulcéreuse gastroduodénale	2h			
	Lithiase biliaire	2h			
	Lymphomes primitifs du tube digestif	2h			
	Tuberculose digestive/ hépatite médicamenteuse	2h			
	Hypertension portale	2h			
	Abcès hépatique/tumeur hépatique	2h			
	Total	30h			
	Pathologie de l'appareil respiratoire	Asthme	6h	Infection respiratoire aigue	8
Pneumopathies infiltratives diffuses		2h	Asthme	5	1
Infections respiratoires aiguës basses communautaires		4h	Tuberculose pulmonaire	2	0,4
Tuberculose		6h	Bronchite chronique	1	0,2
BPCO		4h			
Dilatation des bronches		2h			
Sommeil et ses troubles		2h			
Pneumothorax		1h			
Pleurésie		1h			
Cancers broncho-pulmonaires primitifs		2h			
Syndromes paranéoplasiques		2h			
Total		32h			

Chirurgie thoracique	Kyste hydatique du poumon	1h			
	Drainage thoracique	1h			
	Plaies thoraco-pulmonaire	2h			
	Traumatisme thoracique fermé/Tumeurs médiastinales	2h			
	Total	6h			
Pathologie de l'appareil cardio-vasculaire	Cardiopathie ischémique	6h	HTA	31	6%
	HTA	3h	RAA	2	0,4
	RAA	2h			
	Endocardite infectieuse	2h			
	Valvulopathies	4h			
	Cardiomyopathie	2h			
	Insuffisance cardiaque chronique	2h			
	Thrombose veineuse profonde	2h			
	Etat de choc cardiogénique	2h			
	Œdème aigu du poumon	2h			
	Dissection aortique	2h			
	Péricardite aiguë	2h			
	Embolie pulmonaire	2h			
	Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire	2h			
	Cardiopathies congénitales	2h			
	Troubles du rythme et de la conduction	2h			
Total	39h				

Tableau 11 - Modules consacrés aux pathologies au cours de la quatrième année de médecine

Modules	Pathologies enseignées	VH	Pathologies rencontrées	N	%	
Hématologie clinique/pathologie infectieuse et parasitaire	Troubles d'hémostase et de coagulation	2h	Anémie	2	0,4	
	Syndrome hémorragique	2h				
	Thrombophilie	2h				
	Anémie ferriprive et inflammatoire	2h				
	Anémie macrocytaire	2h				
	Anémie hémolytique	2h				
	Pancytopénie/aplasie médullaire	2h				
	Syndrome myéloprolifératif	2h				
	Gammopathie monoclonale/ myélome multiple	2h				
	LLC/Maladie de Waldenstrom/ Syndrome mononucléosique	2h				
	Maladie de Hodgkin/hyper éosinophilie	2h				
	Lymphome non hodgkinien	2h				
	Exploration en hématologie/ urgences hématologiques	2h				
	Leucémie aigue	2h				
	Syndrome myélodysplasique	2h				
	Total	30h				
		Classification, terminologie et nosologie de fièvre aigue	2h	Rhinopharyngite	50	9,8
		Septicémie/méningite infectieuse de l'adulte/fièvre prolongée/syndrome mononucléosique	2h	TIAC	4	0,8
		TIAC/paludisme/leptospirose	2h			
		Infection VIH/SIDA	2h			
		Fièvre typhoïde/brucellose	2h			
		Rickettsiose/rage	2h			
		Grippe/Tétanos/antibioprophylaxie	2h			
		Bilharziose/leishmaniose	2h			
		Borréliose (maladie de Lyme)	2h			
		Tétanos chez l'adulte	2h			
		antibioprophylaxie	2h			
		Infection des sujets âgés/mycose systémique	2h			
		Total	24h			

Neurologie/ neurochirurgie	Maladie de Parkinson	2h	Céphalées de tension	1	0,2			
	Céphalées	2h						
	Manifestations neurologiques de la maladie de behçet	1h						
	Neurosyphilis	1h						
	Polyradiculonévrite	1h						
	Neuropathie périphérique	2h						
	Dystrophie musculaire	2h						
	Démences	1h						
	Thrombose veineuse profonde	1h						
	Accidents vasculaires cérébraux	3h						
	Myélopathie aiguë	2h						
	Myasthénie	1h						
	Sclérose en plaque	2h						
	Sclérose latérale amyotrophique	1h						
	Epilepsies	3h						
	Syndromes corticaux	1h						
	Total	26h						
	Traumatisme cranio-encéphalique	2h				Sciaticque par hernie discale	6	1,2
	Tumeurs intracrâniennes	2h						
	Suppurations intracrâniennes	2h						
Traumatisme vertébro-médullaire	2h							
Mal de pot	2h							
Lombosciatique	2h							
Compressions médullaires lentes	2h							
Kyste hydatique cranio-cérébral	2h							
Hémorragie méningée	2h							
Hématomes intracrâniens spontanés	2h							
Total	20h							

Dermatologie	Lésions élémentaires en dermatologie	2h	Varicelle	6	1,2
	Epidermomycoses : Candidoses/ malassezioses	2h	Teigne	5	1
	malassezioses		Gale	5	1
	Infections cutanées bactériennes	2h	Infection cutanée	5	1
	Dermatite atopique	1h	bactérienne		
	Eczéma de contact	2h	Dermatite atopique	5	1
	Urticaires	2h	Eczéma de contact	4	0,8
	Infection à herpès virus (varicelle- zona)	1h	Urticaire aigue	3	0,6
		2h	alimentaire		
	Dermatophytoses	2h	Intertrigos	2	0,4
	Toxidermie médicamenteuse	1h	Aphtes buccaux	2	0,4
	Pityriasis versicolor	2h	Muguet buccal	2	0,4
	Manifestations dermatologiques de la syphilis	2h	Pityriasis versicolor	2	0,4
		2h	Abcès fessier	1	0,2
	Leishmaniose cutanée	1h	Angiome	1	0,2
	Psoriasis	2h	Leishmaniose	1	0,2
	Acné	2h	cutanée		
	dermatite séborrhéique	1h	Psoriasis	1	0,2
	Gale	2h	Brulure cutanée	1	0,2
	Tuberculose cutanée	2h	Durillon	1	0,2
	Molluscum contagiosum	1h	Escarres	1	0,2
	Pédiculose/phtiriase	2h	Lipome	1	0,2
	Infection cutanéomuqueuse à papilloma virus	2h	Panaris	1	0,2
			Pédiculose	1	0,2
	Lèpre	1h	Plaie cutanée	1	0,2
	Infection sexuellement transmissible : ulcérations génitales, urétrite, syphilis	2h	Urétrite	1	0,2
			Herpès labial	1	0,2
	Carcinome basocellulaire	2h	Perlèche	1	0,2
	Carcinome épidermoïde	1h	Furonculose	1	0,2
	Mélanome	2h	Verrue surinfectée	1	0,2
	Total	46h			
	Endocrinologie	Introduction à la pathologie endocrinienne/ hypothyroïdie	2h	Diabète	28
Hyperthyroïdie		2h	Goitre multi- nodulaire	1	0,2
Cancer thyroïdien/ goitre		2h	Obésité morbide	1	0,2
Insuffisance surrénalienne/ syndrome de Cushing		2h	Dyslipidémie	1	0,2
Adénome hypophysaire		2h			
/acromégalie/Adénome à prolactine					
Hypogonadisme/insuffisance anté- hypophysaire		2h			
Diabète sucré : classification, diagnostic		2h			
Diabète type 2		2h			
Complication du diabète/ dyslipidémie		2h			
Obésité		2h			
Total		20h			

Urologie/néphrologie	Introduction générale	1h	Infection urinaire	7	1,4
	HBP	3h			
	Cancer de prostate	2h			
	Tumeur urothéliale (vessie)	2h			
	Tumeur rénale de l'adulte	2h			
	Tumeur testiculaire	2h			
	Lithiase urinaire	2h			
	Tuberculose génito-urinaire	2h			
	Fistule vésico-vaginale	2h			
	Rétrécissement urétral	1h			
	Dysfonction érectile	3h			
	Traumatisme fermé de l'appareil urinaire	2h			
	Total	28h			
	Introduction à la néphrologie	2h			
	Insuffisance rénale aiguë	4h			
	Insuffisance rénale chronique	2h			
	Lithiase urinaire	2h			
	Infection urinaire chez l'adulte	2h			
	Néphropathie glomérulaire	2h			
	Néphrite tubulo-interstitielle	2h			
	Néphropathie héréditaire/ vasculaire	2h			
	Néphropathie diabétique/ amylose rénale	2h			
	Dépistage et prévention des maladies rénales	2h			
	Révision	2h			
	Total	24h			

Gynéco-obstétrique	Fibrome utérin	2h	Infection génitale	14	2,7
	Dysplasie du col	3h	Grossesse	8	1,6
	Cancer du col	3h	Nodule du sein	7	1,4
	Prolapsus génitaux	2h	Fibrome utérin	6	1,2
	Cancer de l'endomètre	2h	Cancer du col	3	0,6
	Grossesse normale : diagnostic et suivi	2h	Péri-ménopause	2	0,4
	Cancer du sein	4h	Grossesse extra-utérine	1	0,2
	Cancer de l'ovaire	4h	Abcès du sein	1	0,2
	Grossesse extra-utérine	2h	Engorgement mammaire	1	0,2
	Maladie trophoblastique gestationnelle	2h	Bartholinite	1	0,2
	Tumeur trophoblastique gestationnelle	2h	Stérilité	1	0,2
	Avortement	2h	Syndrome des ovaires polykystiques	1	0,2
	Retard de croissance intra-utérin	2h			
	Rupture prématurée des membranes	2h			
	Infections virales et grossesse	2h			
	Délivrance normale et pathologique	2h			
	Suites de couche normales et pathologiques	4h			
	Infections génitales	2h			
	Infection urinaire et grossesse	2h			
	Utérus cicatriciel	2h			
	Toxoplasmose et grossesse	2h			
	Infections virales et grossesse	2h			
	Accouchement normal	2h			
	Présentation sommet	2h			
	Présentations défléchies	2h			
	Présentation siège et transverse	2h			
	Hémorragies du troisième trimestre	2h			
	Pré éclampsie	4h			
	Diabète et grossesse	2h			
	Allo-immunisation fœto-maternelle	2h			
	Grossesse gémellaire	2h			
	Menace d'accouchement prématurée	2h			
	Souffrance fœtale aigue	2h			
	Total	76h			

Pédiatrie médicale	Détresse respiratoire du nouveau-né	2h	Infection	13	2,5
	Infections bactériennes chez le nouveau-né	2h	respiratoire aigue		
	Infections respiratoires aiguës	2h	Oreillons	7	1,4
	Infections respiratoires récidivantes	1h	Anémie	3	0,6
	Ictère néonatal	2h	Oxyurose	2	0,4
	Asthme de l'enfant	2h	Abcès dentaire	2	0,4
	Prématurité	1h	Blépharite	2	0,4
	Hypotrophie	1h	médicamenteuse		
	Dépistage néonatal	2h	Asthme	2	0,4
	Primo-infection tuberculeuse	2h	Colique du	2	0,4
	Asphyxie périnatale	2h	nourrisson		
	Réanimation du nouveau-né en salle de naissance	2h	Constipation	2	0,4
	Embryopathies-fœtopathies	2h	Poussée dentaire	2	0,4
	Diabète de l'enfant	2h	Rachitisme	1	0,2
	Méningites	2h	malnutrition	1	0,2
	Rhumatisme articulaire aigu	2h	Rougeole	1	0,2
	Maladie hémorragique du nouveau-né	2h	Rubéole	1	0,2
	Crises convulsives et la Chorée	2h	Cellulite	1	0,2
	Dyspnée laryngée de l'enfant	2h	Dermatite	1	0,2
	Sida de l'enfant	2h	séborrhéique		
	RGO	2h	Hyperthermie post-	1	0,2
	Vomissements	2h	vaccinale		
	Diarrhée chronique	2h	Erythème fessier	1	0,2
	Retard staturo-pondéral	2h	Hypertrophie	1	0,2
	Ictère chez l'enfant	2h	amygdalienne		
	Infection urinaire	2h	Piqure d'insecte	1	0,2
	Syndrome néphrotique	2h			
	Insuffisance rénale	2h			
	Leucémies chez l'enfant	2h			
	Leishmaniose viscérale	1h			
	thrombopénies	2h			
	Anémie chez l'enfant	2h			
	Malnutrition	2h			
	Rachitisme vitamino-dépendant	2h			
Souffles cardiaque chez l'enfant	2h				
Cardiopathies congénitales	2h				
Total	88h				

Chirurgie pédiatrique : orthopédique et viscérale	Infections ostéo-articulaires	2h	Cryptorchidie	2	0,4
	Epiphysiolyse fémorale supérieure	2h	Fente palatine	1	0,2
	Ostéochondrite primitive de la hanche	2h	Pied bot varus	1	0,2
	Scolioses	2h	équin		
	Luxation congénitale de la hanche	2h			
	Particularités des fractures de l'enfant	2h			
	Déformations congénitales du pied	2h			
	Tumeurs osseuses	2h			
	Pied bot varus équin	2h			
	<b>Total</b>	<b>18h</b>			
	Sténose hypertrophique du pylore	1h			
	Invagination intestinale aigue	1h			
	Occlusion néonatale	2h			
	Torsion testiculaire	1h			
	Atrésie de l'œsophage	1h			
	Malformations anorectales	2h			
	Ictère choléstatique du nourrisson	2h			
	Cryptorchidie	1h			
	Masse abdominale chez l'enfant	2h			
	<b>Total</b>	<b>13h</b>			
Maladies de système	Maladie de Behçet	1h	Maladie de Behçet	2	
	Syndrome de Gougerot-Sjogren	1h	Syndrome de	1	
	Lupus érythémateux disséminé	2h	Gougerot-Sjogren		
	Syndrome des anti-phospholipides	1h			
	Phénomène de Raynaud	1h			
	Acrosyndromes	1h			
	Sclérodermie systémique	2h			
	Myopathies inflammatoires	1h			
	Connectivite mixte	1h			
	Classification des vascularites	1h			
	Maladies de Horton/Takayasu	1h			
	pseudopolyarthrite rhizomélisque/ Polyarthrite noueuse/ polyangeite microscopique/ Granulomatose de Wegener	2h			
	Syndrome de Churg et Strauss	1h			
	Maladie de Léo-buerger	1h			
	Fièvre périodique	1h			
	Amylose	2h			
	Syndrome paranéoplasique	1h			
	Cryoglobulinémie	1h			
	<b>Total</b>	<b>22h</b>			

Tableau 12 - Modules consacrés aux pathologies au cours de la cinquième année de médecine

Modules	Pathologies enseignées	VH	Pathologies rencontrées	N	%
ORL	Angine	2h	Angine	74	14,5
	Surdité	2h	Otite moyenne aigue	17	3,3
	Paralysie faciale	2h	Sinusite aigue	6	1,2
	Vertige	2h	Otite externe	5	1
	Otite externe	2h	Rhinite allergique	2	0,4
	Otite moyenne aigue	2h	Vertige paroxystique bénin	2	0,4
	Otite subaiguë et chronique	2h	Tuberculose ganglionnaire cervicale	2	0,4
	Nodule thyroïdien	2h	Presbyacousie		
	Cancer du cavum	2h	Paralysie faciale a frigore	1	0,2
	Cancer des VADS	2h		1	0,2
	Rhinite allergique	2h			
	Sinusite et complications	2h			
	Traumatisme maxillo-faciale	2h			
	Total	26h			
	Ophtalmologie	Sémiologie et examen clinique	2h	Conjonctivite aigue	10
Ulcère de corné		2h	Hémorragie sous-conjonctivale	1	0,2
Cataracte		2h	Dacryocystite aigue	2	0,4
Uvéite		2h	Traumatisme orbitaire	1	0,2
Glaucome		2h	Cataracte	1	0,2
CAT devant trauma orbitaire		2h	Rétinopathie diabétique	1	0,2
CAT devant exophtalmie		2h	Rétinopathie hypertensive	1	0,2
CAT devant larmolement		2h			
Manifestations oculaires du diabète		2h			
Neuropathie optique					
CAT devant œil rouge		2h			
CAT devant baisse de l'acuité visuelle		2h			
Strabisme					
Leucocorie		1h			
Décollement de rétine		1h			
Total	2h				
		28h			
Psychiatrie	Classification des maladies mentales	2h	Crise d'angoisse aigue	3	0,6
	Etiopathogénie des maladies mentales	2h	Toxicomanie	2	0,4
	Troubles dépressifs	2h	Dépression	1	0,2
	Etat de stress post-traumatique	2h	TOC	1	0,2
	TOC	2h			
	Paranoïa	2h			
	Troubles bipolaires	2h			
	Troubles anxieux/ Anxiété généralisée	2h			
	Phobies spécifiques et phobie sociale	2h			
	Schizophrénie	2h			
	Bouffées délirantes aigues	2h			
	Total	22h			

Traumatologie	Histoire et innovations en orthopédie traumatologie	2h	Traumatismes divers	6	1,2
	Fracture de la palette humérale	1h	Tendinite	2	0,4
	Fracture des plateaux tibiaux	1h	Entorse de la cheville	1	0,2
	Fracture du col fémoral	1h	Epine calcanéenne	1	0,2
	Fractures trochantériennes	1h			
	Coxarthrose	2h			
	Luxations traumatiques de la hanche	1h			
	Fractures du scaphoïde	1h			
	Luxations per lunaires du carpe	1h			
	Fracture bi-malléolaire	1h			
	Fracture du bassin	1h			
	Fracture de la cotyle	1h			
	Fracture de l'extrémité inférieure du fémur	1h			
	Fracture de l'extrémité inférieure du radius	1h			
	Luxations de l'épaule	1h			
	Lésions méniscales	2h			
	Fracture de la diaphyse des deux os de l'avant-bras	1h			
	Tumeurs osseuses	2h			
	Entorses du genou	1h			
	Fracture de la jambe	1h			
	Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus	1h			
	Traumatismes ostéo-articulaires de la main	1h			
	Lésions de l'appareil extenseur	1h			
	Luxations du coude	1h			
	Fracture de la diaphyse humérale	1h			
	Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus	1h			
	Gonarthrose	2h			
Total	32h				
Rhumatologie	Introduction	2h	Polyarthrite rhumatoïde	4	
	Spondyloarthropathies	2h	Arthrose	3	
	Diagnostic d'une mono-arthrite	2h	Goutte	2	
	Diagnostic d'une hanche douloureuse chez l'adulte	1h	Arthrite de l'épaule	2	
	Ostéoporose	2h	Spondylarthrite ankylosante	1	
	Ostéomalacie	1h			
	Goutte	2h			
	Arthrose	2h			
	Radiculalgies	2h			
	Polyarthrite rhumatoïde	4h			
	Lombalgies	2h			
	Diagnostic d'une épaule douloureuse	2h			
	Séance de révision	2h			
	Total	26h			

Génétique	Modes de transmissions des maladies héréditaires	2h		
	Consanguinité et maladies héréditaires	2h		
	Principales techniques d'analyse de l'ADN	2h		
	Mutations et leurs conséquences en pathologie humaine	2h		
	Cytogénétique classique et moléculaire	2h		
	Types et mécanismes des anomalies chromosomiques	2h		
	Trisomie 21	2h		
	Aspects cliniques et cytogénétiques des anomalies des autosomes hors trisomie	2h		
	Pathologie chromosomique des gonosomes	2h		
	Cytogénétique des hémopathies malignes	2h		
	Conseil génétique	1h		
	Diagnostic prénatal	1h		
	Diagnostic préimplantatoire	1h		
	Bases génétiques de la carcinogenèse	2h		
	Considérations éthiques, juridiques et psychologiques en génétique	1h		
Total	26h			

**Prévalence de la morbidité au niveau du réseau de soins  
de santé de base de la région Fès-Boulemane**

**Questionnaire**

Numéro : \_\_\_\_\_ Date de l'enquête : /\_\_/\_/\_\_\_\_\_/

Centre de santé : \_\_\_\_\_

Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_

**Données sociodémographiques :**

- Age : ..... ou date de naissance : /\_\_/\_/\_\_\_\_\_/
- Sexe :     M         F
- Quartier d'habitat : .....
- Niveau d'instruction :  
 Analphabète     primaire     secondaire     supérieur  
 autres, préciser : .....
- Niveau d'instruction de la mère (si enfant) :  
 Analphabète     primaire     secondaire     supérieur     autres : .....
- Niveau d'instruction du père (si enfant) :  
 Analphabète     primaire     secondaire     supérieur     autres : .....
- Profession :  
 Actif, préciser : .....
- sans profession     étudiant     retraité     femme au foyer
- Statut matrimonial :  
 Célibataire     marié (e)     divorcé (e)     veuf (ve)
- Nombre d'enfants : .....
- Couverture sociale :  
 CNSS         CNOPS         RAMED         pas de couverture sociale

