

*UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT*  
*FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-*

*ANNEE: 2017*

*THESE N°: 423*

**ACTIVITE DU CENTRE DE SANTE  
SAID HAJJI A SALE**

**THESE**

*Présentée et soutenue publiquement le :.....*

**PAR**

**Mlle. Meryeme NOKROU**  
*Née le 26 Décembre 1989 à Rabat*

**Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine**

**MOTS CLES** : Diabète et HTA – Immunisation – Mère et enfant –  
Tuberculose – VIH.

**JURY**

<b>Mr. M. ZOUHDI</b> Professeur de Microbiologie		<b>PRESIDENT</b>
<b>Mme. S. EL HAMZAOU</b> Professeur de Microbiologie		<b>RAPPORTEUR</b>
<b>Mr. A. GAOUZI</b> Professeur de Pédiatrie	}	<b>JUGES</b>
<b>Mr. Y. SEKHSOKH</b> Professeur de Microbiologie		
<b>Mme. N. MESSAOUDI</b> Professeur d'Hématologie		

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

بِسْمِ اللَّهِ  
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



**UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

**DOYENS HONORAIRES :**

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ  
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH  
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK  
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI  
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI  
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI  
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



**ADMINISTRATION :**

**Doyen** : Professeur Mohamed ADNAOUI  
**Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes**  
Professeur Mohammed AHALLAT  
**Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération**  
Professeur Taoufiq DAKKA  
**Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie**  
Professeur Jamal TAOUFIK  
**Secrétaire Général** : Mr. Mohamed KARRA

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS**

**ET  
PHARMACIENS**

**PROFESSEURS :**

**Décembre 1984**

Pr. MAAOUNI Abdelaziz  
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi  
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – **Clinique Royale**  
Anesthésie -Réanimation  
pathologie Chirurgicale

**Novembre et Décembre 1985**

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

**Janvier, Février et Décembre 1987**

Pr. CHAHED OUZZANI Houria  
Pr. LACHKAR Hassan  
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Gastro-Entérologie  
Médecine Interne  
Neurologie

**Décembre 1988**

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib  
Pr. DAFIRI Rachida

Chirurgie Pédiatrique  
Radiologie

### Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed  
Pr. CHAD Bouziane  
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – Doyen de la FMPR  
Pathologie Chirurgicale  
Neurologie

### Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid  
Pr. HACHIM Mohammed\*  
Pr. KHARBACH Aïcha  
Pr. MANSOURI Fatima  
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale  
Médecine-Interne  
Gynécologie -Obstétrique  
Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation

### Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia  
Pr. AZZOUZI Abderrahim  
Pr. BAYAHIA Rabéa  
Pr. BELKOUCHI Abdelkader  
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif  
Pr. BENSOU DA Yahia  
Pr. BERRAHO Amina  
Pr. BEZZAD Rachid  
Pr. CHABRAOUI Layachi  
Pr. CHERRAH Yahia  
Pr. CHOKAIRI Omar  
Pr. KHATTAB Mohamed  
Pr. SOULAYMANI Rachida  
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation – Doyen de la FMPO  
Néphrologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pharmacie galénique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Biochimie et Chimie  
Pharmacologie  
Histologie Embryologie  
Pédiatrie  
Pharmacologie – Dir. du Centre National PV  
Chimie thérapeutique V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC

### Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed  
Pr. BENSOU DA Adil  
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib  
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza  
Pr. CHRAIBI Chafiq  
Pr. DEHAYNI Mohamed\*  
Pr. EL OUAHABI Abdessamad  
Pr. FELLAT Rokaya  
Pr. GHAFIR Driss\*  
Pr. JIDDANE Mohamed  
Pr. TAGHY Ahmed  
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Neurochirurgie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Anatomie  
Chirurgie Générale  
Microbiologie

### Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine  
Pr. BEN RAIS Nozha  
Pr. CAOUI Malika  
Pr. CHRAIBI Abdelmjid  
Pr. EL AMRANI Sabah

Radiothérapie  
Biophysique  
Biophysique  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la FMPA  
Gynécologie Obstétrique



Pr. EL BARDOUNI Ahmed  
Pr. EL HASSANI My Rachid  
Pr. ERROUGANI Abdelkader  
Pr. ESSAKALI Malika  
Pr. ETTAYEBI Fouad  
Pr. HADRI Larbi\*  
Pr. HASSAM Badredine  
Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. JELTHI Ahmed  
Pr. MAHFOUD Mustapha  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

### **Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. ABDELHAK M'barek  
Pr. BELAIDI Halima  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHAMI Ilham  
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae  
Pr. JALIL Abdelouahed  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

### **Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. CHAARI Jilali\*  
Pr. DIMOU M'barek\*  
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine\*  
Pr. EL MESNAOUI Abbes  
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. HDA Abdelhamid\*  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed  
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

### **Décembre 1996**

Pr. AMIL Touriya\*  
Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. MAHFOUDI M'barek\*  
Pr. OUADGHIRI Mohamed  
Pr. OUZEDDOUN Naima  
Pr. ZBIR EL Mehdi\*

Traumato-Orthopédie  
Radiologie  
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**  
Immunologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Médecine Interne  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique  
Traumatologie – Orthopédie  
Gynécologie –Obstétrique  
Dermatologie

Urologie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Neurologie  
Pédiatrie  
Gynécologie – Obstétrique  
Traumatologie – Orthopédie  
Radiologie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**  
Urologie  
Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

Radiologie  
Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Radiologie  
Traumatologie-Orthopédie  
Néphrologie  
Cardiologie



### Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BEN SLIMANE Lounis  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. ERREIMI Naima  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. HAIMEUR Charki\*  
Pr. KADDOURI Nouredine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. TAOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique  
Urologie  
Neurologie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Gynécologie Obstétrique

### Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA  
Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB Abdesslam  
Pr. ER RIHANI Hassan  
Pr. BENKIRANE Majid\*  
Pr. KHATOURI ALI\*

Gastro-Entérologie  
Neurologie – Doyen de la FMP Abulcassis  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Hématologie  
Cardiologie

### Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed\*  
Pr. AIT OUMAR Hassan  
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd  
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer  
Pr. ECHARRAB El Mahjoub  
Pr. EL FTOUH Mustapha  
Pr. EL MOSTARCHID Brahim\*  
Pr. ISMAILI Hassane\*  
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim\*  
Pr. TACHINANTE Rajae  
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pneumo-phtisiologie  
Neurochirurgie  
Traumatologie Orthopédie- Dir. Hop. Av. Marr.  
Anesthésie-Réanimation Inspecteur du SSM  
Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne



### Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia  
Pr. AJANA Fatima Zohra  
Pr. BENAMR Said  
Pr. CHERTI Mohammed  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
Pr. EL HASSANI Amine  
Pr. EL KHADER Khalid  
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. MAHASSINI Najat  
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
Pr. ROUIMI Abdelhadi\*

Neurologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie Directeur Hop. Chekikh Zaied  
Urologie  
Rhumatologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Anatomie Pathologique  
Pédiatrie  
Neurologie

## Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH\*

ORL

## Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham\*  
Pr. BENABDELJLIL Maria  
Pr. BENAMAR Loubna  
Pr. BENAMOR Jouda  
Pr. BENELBARHDADI Imane  
Pr. BENNANI Rajae  
Pr. BENOACHANE Thami  
Pr. BEZZA Ahmed\*  
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
Pr. CHAT Latifa  
Pr. DAALI Mustapha\*  
Pr. DRISSI Sidi Mourad\*  
Pr. EL HIJRI Ahmed  
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
Pr. EL MADHI Tarik  
Pr. EL OUNANI Mohamed  
Pr. ETTAIR Said  
Pr. GAZZAZ Miloudi\*  
Pr. HRORA Abdelmalek  
Pr. KABBAJ Saad  
Pr. KABIRI EL Hassane\*  
Pr. LAMRANI Moulay Omar  
Pr. LEKEHAL Brahim  
Pr. MAHASSIN Fattouma\*  
Pr. MEDARHRI Jalil  
Pr. MIKDAME Mohammed\*  
Pr. MOHSINE Raouf  
Pr. NOUINI Yassine  
Pr. SABBABH Farid  
Pr. SEFIANI Yasser  
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation  
Neurologie  
Néphrologie  
Pneumo-phtisiologie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Rhumatologie  
Anatomie  
Radiologie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Thoracique  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Médecine Interne  
Chirurgie Générale  
Hématologie Clinique  
Chirurgie Générale  
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Pédiatrie



## Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*  
Pr. AMEUR Ahmed \*  
Pr. AMRI Rachida  
Pr. AOURARH Aziz\*  
Pr. BAMOU Youssef \*  
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
Pr. BENZEKRI Laila  
Pr. BENZZOUBEIR Nadia  
Pr. BERNOUSSI Zakiya  
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya\*  
Pr. CHOHO Abdelkrim \*

Anatomie Pathologique  
Urologie  
Cardiologie  
Gastro-Entérologie  
Biochimie-Chimie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Anatomie Pathologique  
Psychiatrie  
Chirurgie Générale

Pr. CHKIRATE Bouchra  
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair  
Pr. EL HAOURI Mohamed \*  
Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
Pr. HAJJI Zakia  
Pr. IKEN Ali  
Pr. JAAFAR Abdelouhab\*  
Pr. KRIOUILE Yamina  
Pr. LAGHMARI Mina  
Pr. MABROUK Hfid\*  
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*  
Pr. OUJILAL Abdelilah  
Pr. RACHID Khalid \*  
Pr. RAISS Mohamed  
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*  
Pr. RHOU Hakima  
Pr. SIAH Samir \*  
Pr. THIMOU Amal  
Pr. ZENTAR Aziz\*

### **Janvier 2004**

Pr. ABDELLAH El Hassan  
Pr. AMRANI Mariam  
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
Pr. BOUGHALEM Mohamed\*  
Pr. BOULAADAS Malik  
Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
Pr. CHAGAR Belkacem\*  
Pr. CHERRADI Nadia  
Pr. EL FENNI Jamal\*  
Pr. EL HANCHI ZAKI  
Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
Pr. EL YOUNASSI Badreddine\*  
Pr. HACHI Hafid  
Pr. JABOUIRIK Fatima  
Pr. KHARMAZ Mohamed  
Pr. MOUGHIL Said  
Pr. OUBAAZ Abdelbarre\*  
Pr. TARIB Abdelilah\*  
Pr. TIJAMI Fouad  
Pr. ZARZUR Jamila

### **Janvier 2005**

Pr. ABBASSI Abdellah  
Pr. AL KANDRY Sif Eddine\*  
Pr. ALLALI Fadoua  
Pr. AMAZOUZI Abdellah  
Pr. AZIZ Nouredine\*  
Pr. BAHIRI Rachid

Pédiatrie  
Chirurgie Pédiatrique  
Dermatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Ophtalmologie  
Urologie  
Traumatologie Orthopédie  
Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Traumatologie Orthopédie  
Gynécologie Obstétrique  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Générale  
Pneumophtisiologie  
Néphrologie  
Anesthésie Réanimation  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale

Ophtalmologie  
Anatomie Pathologique  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Neurologie  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie Pathologique  
Radiologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Ophtalmologie  
Pharmacie Clinique  
Chirurgie Générale  
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
Chirurgie Générale  
Rhumatologie  
Ophtalmologie  
Radiologie  
Rhumatologie



Pr. BARKAT Amina  
Pr. BENYASS Aatif  
Pr. BERNOUSSI Abdelghani  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. EL HAMZA OUI Sakina\*  
Pr. HAJJI Leila  
Pr. HESSISEN Leila  
Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. NIAMANE Radouane\*  
Pr. RAGALA Abdelhak  
Pr. SBIHI Souad  
Pr. ZERAIDI Najia

### Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

### Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. AKJOUJ Saïd\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BIYI Abdelhamid\*  
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
Pr. BOULAHYA Abdellatif\*  
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
Pr. DOGHMI Nawal  
Pr. FELLAT Ibtissam  
Pr. FAROUDY Mamoun  
Pr. HARMOUCHE Hicham  
Pr. HANAFI Sidi Mohamed\*  
Pr. IDRIS LAHLOU Amine\*  
Pr. JROUNDI Laila  
Pr. KARMOUNI Tariq  
Pr. KILI Amina  
Pr. KISRA Hassan  
Pr. KISRA Mounir  
Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
Pr. MANSOURI Hamid\*  
Pr. OUANASS Abderrazzak  
Pr. SAFI Soumaya\*  
Pr. SEKKAT Fatima Zahra  
Pr. SOUALHI Mouna  
Pr. TELLAL Saïda\*  
Pr. ZAHRA OUI Rachida

### Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid  
Pr. ACHACHI Leila

Pédiatrie  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Biophysique  
Microbiologie  
Cardiologie (mise en disponibilité)  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Rhumatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Histo-Embryologie Cytogénétique  
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie  
Radiologie  
Hématologie  
O.R.L  
Biophysique  
Chirurgie - Pédiatrique  
Chirurgie Cardio - Vasculaire  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Microbiologie  
Radiologie  
Urologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Chirurgie - Pédiatrique  
Pharmacie Galénique  
Parasitologie  
Radiothérapie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Psychiatrie  
Pneumo - Phtisiologie  
Biochimie  
Pneumo - Phtisiologie



Pr. ACHOUR Abdessamad\*  
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi\*  
 Pr. AMHAJJI Larbi\*  
 Pr. AOUI Sarra  
 Pr. BAITE Abdelouahed\*  
 Pr. BALOUCH Lhousaine\*  
 Pr. BENZIANE Hamid\*  
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine  
 Pr. CHARKAOUI Naoual\*  
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader\*  
 Pr. ELABSI Mohamed  
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
 Pr. EL OMARI Fatima  
 Pr. GHARIB Noureddine  
 Pr. HADADI Khalid\*  
 Pr. ICHOU Mohamed\*  
 Pr. ISMAILI Nadia  
 Pr. KEBDANI Tayeb  
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar\*  
 Pr. LOUZI Lhousain\*  
 Pr. MADANI Naoufel  
 Pr. MAHI Mohamed\*  
 Pr. MARC Karima  
 Pr. MASRAR Azlarab  
 Pr. MRABET Mustapha\*  
 Pr. MRANI Saad\*  
 Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
 Pr. RABHI Monsef\*  
 Pr. RADOUANE Bouchaib\*  
 Pr. SEFFAR Myriame  
 Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
 Pr. SIFAT Hassan\*  
 Pr. TABERKANET Mustafa\*  
 Pr. TACHFOUTI Samira  
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
 Pr. TANANE Mansour\*  
 Pr. TLIGUI Houssain  
 Pr. TOUATI Zakia

### **Décembre 2007**

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

### **Décembre 2008**

Pr ZOUBIR Mohamed\*  
 Pr TAHIRI My El Hassan\*

Chirurgie générale  
 Chirurgie cardio vasculaire  
 Traumatologie orthopédie  
 Parasitologie  
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**  
 Biochimie-chimie  
 Pharmacie clinique  
 Ophtalmologie  
 Pharmacie galénique  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie générale  
 Anesthésie réanimation  
 Psychiatrie  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Radiothérapie  
 Oncologie médicale  
 Dermatologie  
 Radiothérapie  
 Anesthésie réanimation  
 Microbiologie  
 Réanimation médicale  
 Radiologie  
 Pneumo phtisiologie  
 Hématologique  
 Médecine préventive santé publique et hygiène  
 Virologie  
 Biochimie-chimie  
 Médecine interne  
 Radiologie  
 Microbiologie  
 Microbiologie  
 Radiothérapie  
 Chirurgie vasculaire périphérique  
 Ophtalmologie  
 Chirurgie générale  
 Traumatologie orthopédie  
 Parasitologie  
 Cardiologie



Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation  
 Chirurgie Générale

## **Mars 2009**

Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
Pr. AGDR Aomar\*  
Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia  
Pr. AKHADDAR Ali\*  
Pr. ALLALI Nazik  
Pr. AMINE Bouchra  
Pr. ARKHA Yassir  
Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
Pr. BJIJOU Younes  
Pr. BOUHSAIN Sanae\*  
Pr. BOUI Mohammed\*  
Pr. BOUNAIM Ahmed\*  
Pr. BOUSSOUGA Mostapha\*  
Pr. CHAKOUR Mohammed \*  
Pr. CHTATA Hassan Toufik\*  
Pr. DOGHMI Kamal\*  
Pr. EL MALKI Hadj Omar  
Pr. EL OUENNASS Mostapha\*  
Pr. ENNIBI Khalid\*  
Pr. FATHI Khalid  
Pr. HASSIKOU Hasna \*  
Pr. KABBAJ Nawal  
Pr. KABIRI Meryem  
Pr. KARBOUBI Lamya  
Pr. L'KASSIMI Hachemi\*  
Pr. LAMSAOURI Jamal\*  
Pr. MARMADE Lahcen  
Pr. MESKINI Toufik  
Pr. MESSAOUDI Nezha \*  
Pr. MSSROURI Rahal  
Pr. NASSAR Ittimade  
Pr. OUKERRAJ Latifa  
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani \*

## **PROFESSEURS AGREGES :**

### **Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha  
Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
Pr. BELAGUID Abdelaziz  
Pr. BOUAITY Brahim\*  
Pr. CHADLI Mariama\*  
Pr. CHEMSI Mohamed\*  
Pr. DAMI Abdellah\*  
Pr. DARBI Abdellatif\*  
Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
Pr. EL HAFIDI Naima  
Pr. EL KHARRAS Abdennasser\*

Médecine interne  
Pédiatre  
Chirurgie Générale  
Neurologie  
Neuro-chirurgie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Neuro-chirurgie  
Anesthésie Réanimation  
Anatomie  
Biochimie-chimie  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Traumatologie orthopédique  
Hématologie biologique  
Chirurgie vasculaire périphérique  
Hématologie clinique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Médecine interne  
Gynécologie obstétrique  
Rhumatologie  
Gastro-entérologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Microbiologie *Directeur Hôpital My Ismail*  
Chimie Thérapeutique  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Pédiatrie  
Hématologie biologique  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Cardiologie  
Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation  
Médecine interne  
Physiologie  
ORL  
Microbiologie  
Médecine aéronautique  
Biochimie chimie  
Radiologie  
Chirurgie pédiatrique  
Pédiatrie  
Radiologie

Pr. EL MAZOUZ Samir  
Pr. EL SAYEGH Hachem  
Pr. ERRABIH Ikram  
Pr. LAMALMI Najat  
Pr. MOSADIK Ahlam  
Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
Pr. NAZIH Mouna\*  
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Chirurgie plastique et réparatrice  
Urologie  
Gastro entérologie  
Anatomie pathologique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie générale  
Hématologie  
Anatomie pathologique

### Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed  
Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
Pr. BELAIZI Mohamed\*  
Pr. BENCHEBBA Driss\*  
Pr. DRISSI Mohamed\*  
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
Pr. EL KHATTABI Abdessadek\*  
Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
Pr. ER-RAJI Mounir  
Pr. JAHID Ahmed  
Pr. MEHSSANI Jamal\*  
Pr. RAISSOUNI Maha\*

Chirurgie Pédiatrique  
Anesthésie Réanimation  
Psychiatrie  
Traumatologie Orthopédique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Médecine Interne  
Pneumophtisiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Anatomie pathologique  
Psychiatrie  
Cardiologie

### Février 2013

Pr. AHID Samir  
Pr. AIT EL CADI Mina  
Pr. AMRANI HANCHI Laila  
Pr. AMOUR Mourad  
Pr. AWAB Almahdi  
Pr. BELAYACHI Jihane  
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain  
Pr. BENCHEKROUN Laila  
Pr. BENKIRANE Souad  
Pr. BENNANA Ahmed\*  
0.  
Pr. BENSGHIR Mustapha\*  
Pr. BENYAHIA Mohammed\*  
Pr. BOUATIA Mustapha  
Pr. BOUABID Ahmed Salim\*  
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba  
Pr. CHAIB Ali\*  
Pr. DENDANE Tarek  
Pr. DINI Nouzha\*  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa  
Pr. ELFATEMI Nizare  
Pr. EL GUERROUJ Hasnae  
Pr. EL HARTI Jaouad

Pharmacologie – Chimie  
Toxicologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Réanimation Médicale  
Anesthésie Réanimation  
Biochimie-Chimie  
Hématologie  
Informatique Pharmaceutique  
  
Anesthésie Réanimation  
Néphrologie  
Chimie Analytique  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie  
Cardiologie  
Réanimation Médicale  
Pédiatrie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Neuro-Chirurgie  
Médecine Nucléaire  
Chimie Thérapeutique



Pr. EL JOUDI Rachid\*  
 Pr. EL KABABRI Maria  
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma  
 Pr. EL KHLOUFI Samir  
 Pr. EL KORAICHI Alae  
 Pr. EN-NOUALI Hassane\*  
 Pr. ERRGUIG Laila  
 Pr. FIKRI Meryim  
 Pr. GHFIR Imade  
 Pr. IMANE Zineb  
 Pr. IRAQI Hind  
 Pr. KABBAJ Hakima  
 Pr. KADIRI Mohamed\*  
 Pr. LATIB Rachida  
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra  
 Pr. MEDDAH Bouchra  
 Pr. MELHAOUI Adyl  
 Pr. MRABTI Hind  
 Pr. NEJJARI Rachid  
 Pr. OUBEJJA Houda  
 Pr. OUKABLI Mohamed\*  
 Pr. RAHALI Younes  
 Pr. RATBI Ilham  
 Pr. RAHMANI Mounia  
 Pr. REDA Karim\*  
 Pr. REGRAGUI Wafa  
 Pr. RKAIN Hanan  
 Pr. ROSTOM Samira  
 Pr. ROUAS Lamiaa  
 Pr. ROUIBAA Fedoua\*  
 Pr. SALIHOUN Mouna  
 Pr. SAYAH Rochde  
 Pr. SEDDIK Hassan\*  
 Pr. ZERHOUNI Hicham  
 Pr. ZINE Ali\*

Toxicologie  
 Pédiatrie  
 Anatomie Pathologie  
 Anatomie  
 Anesthésie Réanimation  
 Radiologie  
 Physiologie  
 Radiologie  
 Médecine Nucléaire  
 Pédiatrie  
 Endocrinologie et maladies métaboliques  
 Microbiologie  
 Psychiatrie  
 Radiologie  
 Médecine Interne  
 Pharmacologie  
 Neuro-chirurgie  
 Oncologie Médicale  
 Pharmacognosie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Anatomie Pathologique  
 Pharmacie Galénique  
 Génétique  
 Neurologie  
 Ophtalmologie  
 Neurologie  
 Physiologie  
 Rhumatologie  
 Anatomie Pathologique  
 Gastro-Entérologie  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Cardio-Vasculaire  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Traumatologie Orthopédie

### **Avril 2013**

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim\*  
 Pr. GHOUNDALE Omar\*  
 Pr. ZYANI Mohammad\*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
 Urologie  
 Médecine Interne

**\*Enseignants Militaires**



## MARS 2014

ACHIR ABDELLAH  
BENCHAKROUN MOHAMMED  
BOUCHIKH MOHAMMED  
EL KABBAJ DRISS  
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA  
HARDIZI HOUYAM  
HASSANI AMALE  
HERRAK LAILA  
JANANE ABDELLA TIF  
JEAIDI ANASS  
KOUACH JAOUAD  
LEMNOUER ABDELHAY  
MAKRAM SANAA  
OULAHYANE RACHID  
RHISSASSI MOHAMED JMFAR  
SABRY MOHAMED  
SEKKACH YOUSSEF  
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

Chirurgie Thoracique  
Traumatologie- Orthopédie  
Chirurgie Thoracique  
Néphrologie  
Biochimie-Chimie  
Histologie- Embryologie-Cytogénétique  
Pédiatrie  
Pneumologie  
Urologie  
Hématologie Biologique  
Génécologie-Obstétrique  
Microbiologie  
Pharmacologie  
Chirurgie Pédiatrique  
CCV  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Génécologie-Obstétrique

**\*Enseignants Militaires**

## DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'  
AIT BOUGHIMA FADILA  
BEKKALI HICHAM  
BENAZZOU SALMA  
BOUABDELLAH MOUNYA  
BOUCHRIK MOURAD  
DERRAJI SOUFIANE  
DOBLALI TAOUFIK  
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI  
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM  
EL MARJANY MOHAMMED  
FEJJAL NAWFAL  
JAHIDI MOHAMED  
LAKHAL ZOUHAIR  
OUDGHIRI NEZHA  
Rami Mohamed  
SABIR MARIA  
SBAI IDRISSE KARIM

Pédiatrie  
Médecine Légale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
Biochimie-Chimie  
Parasitologie  
Pharmacie Clinique  
Microbiologie  
Anatomie  
Anesthésie-Réanimation  
Radiothérapie  
Chirurgie Réparatrice et Plastique  
O.R.L  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Psychiatrie  
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

**\*Enseignants Militaires**



## AOUT 2015

Meziane meryem  
Tahri latifa

Dermatologie  
Rhumatologie

## JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE  
EL ASRI FOUAD  
ERRAMI NOUREDDINE  
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale  
Ophtalmologie  
O.R.L  
O.R.L

## **2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES**

### PROFESSEURS / PRs. HABILITES

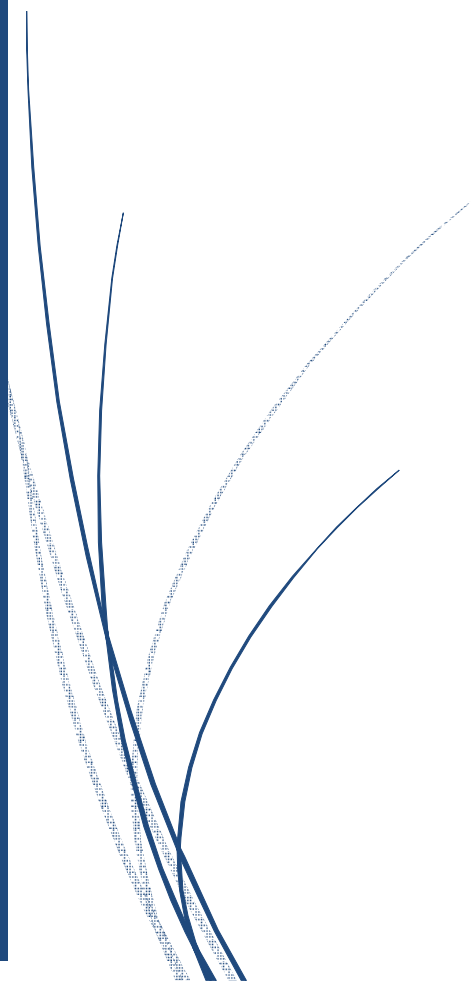
Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootecnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le  
Service des Ressources Humaines*





# *DEDICACES*



*A ma chère mère*

*Pour l'affection, la tendresse et l'amour*

*dont tu m'a toujours entouré,*

*Pour le sacrifice et le dévouement dont tu as toujours fait preuve,*

*Pour l'encouragement sans limites que tu ne cesses de manifester.*

*Aucun mot, aucune phrase ne peut exprimer mes sentiments profonds  
d'amour, de respect et de reconnaissance.*

*Que ce modeste travail soit un début de mes récompenses envers toi.*

*Puisse le grand puissant te donner*

*bonne santé et longue vie...*

*A mon cher père*

*Tu m'as toujours*

*Incité à étudier et à aller de l'avant.*

*Grâce à ta bienveillance,*

*à ton encouragement et à ta générosité,*

*j'ai pu terminer mes études dans l'enthousiasme.*

*Toutes les encres du monde ne me suffisent pour t'exprimer  
mon immense gratitude et mes sentiments profonds d'amour.*

*Que ce travail puisse être le résultat de tes efforts et de tes sacrifices.*

*Puisse le bon dieu te protéger et t'accorder longue vie.*

*A mes très chers frères Ibrahim, Oussama, Aziz et Hatim*

*Vous avoir tous à mes côtés est le baume de mon existence, Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement. Puisse nos fraternels liens se pérenniser et consolider encore. Je ne pourrais d'aucune manière exprimer ma profonde affection et mon immense gratitude pour tous les sacrifices consentis, votre aide et votre générosité extrêmes ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience.*

*A mes belles-sœurs Safae, Amal et Yousra*

*Je vous souhaite une bonne santé et un avenir plein de joie, de bonheur et de réussite dans votre vie professionnelle. Je vous exprime à travers ce travail mes sentiments de fraternité et d'amour.*

*A ma très chère cousine Sokayna El Haddad*

*Tu as toujours été une sœur et une amie fidèle.  
Ton grand cœur, tes qualités humaines m'ont toujours impressionnée  
Tu m'as soutenue dans les différentes étapes de ma vie et de mes études.*

*Mon amour pour toi est si profond.*

*A ma grand-mère maternelle*

*A la mémoire de mon grand-père maternel*

*A la mémoire de mes grands parents paternels*

*A mes tantes et mes oncles*

*A mes cousins et cousines*

*A mon neveu et mes nièces*

*Veillez trouver dans ce modeste travail  
l'expression de mon affection la plus sincère.*

*A ma très chère amie Soukaina Mrani*

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour t'exprimer mes  
pensées, tu es pour moi la sœur et l'amie sur qui je peux compter.*

*En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs de tous les  
moments que nous avons passé ensemble, je te dédie ce travail et je te  
souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*

*À ma très chère amie Sara Oukhiat*

*Nous voilà arrivées à la fin d'un long et difficile parcours. Grâce à toi, ces années d'étude furent moins pénibles. Tu étais toujours présente pour me soutenir, m'écouter et me gâter. Je n'oublierai surtout pas nos fous rires et nos moments de joie. Je te souhaite plein de bonheur et de réussite.*

*À tous mes amis*

*En souvenir des moments agréables passés ensemble, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma tendre affection et mes sentiments les plus respectueux avec mes vœux de succès, de bonheur et de bonne santé.*

*À tous ceux qui de près ou de loin ont contribué  
à l'élaboration de ce travail.*



# *Remerciements*



*A Notre maître et président de thèse*

*Mr M. ZOUHDI*

*Professeur de Microbiologie*

*Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en  
acceptant de présider le jury de cette thèse.*

*C'est avec grande joie que nous avons accueilli votre accord.*

*Que ce travail soit pour nous une occasion de vous exprimer notre  
admiration et notre profond respect.*

*A Notre Maître et Rapporteur de Thèse*

*Mme S. EL HAMZAOUI*

*Professeur de Microbiologie*

*Nous tenons à vous déclarer nos remerciements les plus sincères pour avoir accepté de diriger ce travail et avoir vérifié à son élaboration avec patience et disponibilité.*

*Votre dévouement au travail, votre modestie et votre gentillesse imposent le respect et représentent le modèle que nous serons toujours heureux de suivre. Mais au-delà de tous les mots de remerciements que nous vous adressons, nous voudrions louer en vous votre amabilité, votre courtoisie et votre générosité. Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période.*

*Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que vous nous avez accordée.*

*A notre maître et juge de thèse*

*Mr Y. SEKHSOKH*

*Professeur de Microbiologie*

*C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger le jury de notre  
thèse.*

*Vous avez suscité notre grande admiration par votre compétence, votre  
gentillesse et votre modestie.*

*A notre maître et juge de thèse*

*Mme N. MESSAOUDI*

*Professeur d'Hématologie*

*Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi les membres de notre jury de thèse.*

*Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude et notre profond respect.*

*Veillez nous permettre de vous formuler l'assurance de notre haute considération et de notre sincère reconnaissance.*

*A notre maître et juge de thèse*

*Mr A. GAOUZI*

*Professeur de Pédiatrie*

*Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez  
accepté de nous juger.*

*Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en  
s'intéressant à ce travail.*

*Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre estime et notre sincère  
reconnaissance.*

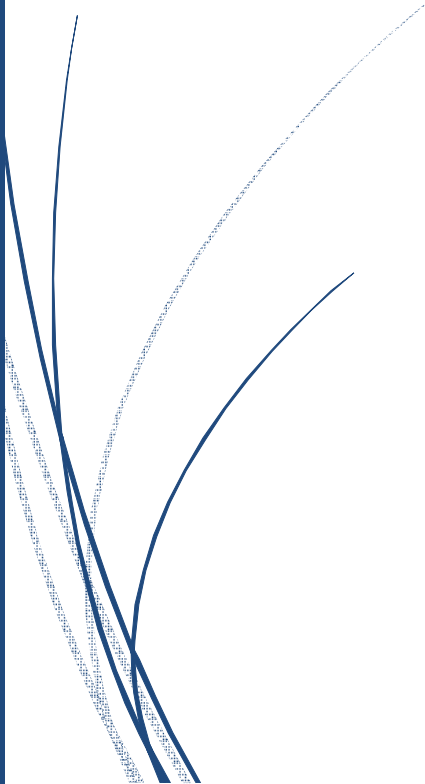
*À toute l'équipe du centre de santé Saïd Hajji*

*Vous êtes une équipe de femmes exceptionnelles. Nous étions très touchés par votre générosité, vos qualités humaines et professionnelles. Grace à vous ce travail a pu voir le jour. Permettez nous de vous exprimer notre profonde gratitude et reconnaissance.*

*Veillez trouvez ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.*



# *LISTE DES ILLUSTRATIONS*



## Liste des abréviations :

<b>AMO</b>	: Assurance maladie obligatoire de base
<b>ATB</b>	: Antibiotique
<b>BCG</b>	: Bacille de Calmette et de Guérin
<b>CDTMR</b>	: Centre de diagnostic et de traitement des maladies respiratoires
<b>CHP</b>	: Centre hospitalier préfectoral
<b>CHR</b>	: Centre hospitalier interrégional
<b>COC</b>	: Contraceptifs orales combinés
<b>CPN</b>	: Consultation prénatale
<b>CRSR</b>	: Centre de référence pour la santé productive
<b>CS</b>	: Centre de santé
<b>CSR</b>	: Centre de santé rural
<b>CSU</b>	: Centre de santé urbain
<b>DIU</b>	: Dispositif intra utérin
<b>DTC-HiB-HB:</b>	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche- Heamophilus Influenza type B- Hépatite B
<b>EMRO</b>	: Eastern Méditerrananean Regional Office
<b>EMS</b>	: Etablissement médico-sociaux
<b>ESSB</b>	: Etablissement de soins de santé de base
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>IRA</b>	: Infections respiratoires aiguës

<b>ISF</b>	: Indice synthétique de fécondité
<b>IST</b>	: Infection sexuellement transmissible
<b>LDEM</b>	: Laboratoire de diagnostic épidémiologique et d'hygiène des milieux
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de santé
<b>ONG</b>	: Organisation non gouvernementale
<b>PDCSCU</b>	: Programme de dépistage des cancers de sein et du col utérin
<b>PDV</b>	: Perdus de vue
<b>PENTA</b>	: Pentavalent
<b>PF</b>	: Planification familiale
<b>PI</b>	: Progestatif injectable
<b>PLIRA</b>	: Programme de lutte contre les infections respiratoire aigues
<b>PLMH</b>	: Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques
<b>PMP</b>	: Pilules micro progestatifs
<b>PNI</b>	: Programme nationale d'immunisation
<b>PNLMC</b>	: Programme nationale de lutte contre les maladies de carence
<b>PNPF</b>	: Programme national de planification familiale
<b>PSGA</b>	: Programme national de surveillance de grossesse et d'accouchement
<b>PVVIH</b>	: Patient vivant avec le VIH
<b>RAA</b>	: Rhumatisme articulaire aigu
<b>RAMED</b>	: Régime d'assistance médicale
<b>REMS</b>	: Réseau d'établissement médico-sociaux
<b>RESSP</b>	: Réseau d'établissement de soins de santé de base

<b>RISUM</b>	: Réseau intégré de soins d'urgence d'urgence médicale
<b>RR</b>	: Rougeole Rubéole
<b>SA</b>	: Semaine d'aménorrhée
<b>SMI</b>	: Santé materno-infantile
<b>SRO</b>	: Soluté de réhydratation orale
<b>SSB</b>	: Soins de santé de base
<b>SSP</b>	: Soins de santé primaire
<b>TB</b>	: Tuberculose
<b>TNN</b>	: Tétanos néonatal
<b>TPM+</b>	: Tuberculose pulmonaire a frottis positifs
<b>VAT</b>	: Vaccin antitétanique
<b>VMS</b>	: Visite médical systématique
<b>VPC</b>	: Vaccin pneumocoque conjugué
<b>VPI</b>	: Vaccin antipoliomyélitique inactivé
<b>VPO</b>	: Vaccin antipoliomyélitique oral

## Liste des figures

<b>Fig.1</b> : Organisation de l'offre de soins .....	17
<b>Fig. 2</b> : Centre de santé Said Hajji à Salé.....	41
<b>Fig.3</b> : Cellule de santé materno infantile .....	43
<b>Fig.4</b> : Cellule de planification familiale, de suivi de la grossesse et de l'accouchement et de dépistage des cancers du sein et du col utérin.....	44
<b>Fig.5</b> : Cellule de prise en charge des diabétiques et des hypertendus .....	44
<b>Fig.6</b> : Salle de soins .....	45
<b>Fig.7</b> : Bureau de consultation.....	45
<b>Fig.8</b> : Bureau de l'infirmière Major .....	46
<b>Fig. 9</b> : Pharmacie du centre de santé .....	46
<b>Fig.10</b> : Relevé quotidien de température .....	49
<b>Fig.11</b> : Rangement des vaccins dans le réfrigérateur.....	50
<b>Fig.12</b> : Accumulateurs de froid.....	51
<b>Fig.13</b> : Vitamine A .....	52
<b>Fig.14</b> : Vitamine D .....	52
<b>Fig.15</b> : Supplémentation curative en vitamine A des enfants de moins de 5 ans.....	53
<b>Fig. 16</b> : Calendrier de supplémentation préventive et curative des enfants de moins de 5ans.....	53
<b>Fig.17</b> : Trousse de démonstration .....	56

<b>Fig.18</b> : Disque d'utilisation des critères de recevabilité des méthodes contraceptives .....	56
<b>Fig.19</b> : Arrangement des flacons d'insuline dans le réfrigérateur .....	63
<b>Fig. 20</b> : Taux de couverture provincial par des antigènes, année 2016 .....	98
<b>Fig.21</b> : Taux de continuité des vaccins chez les enfants moins de 5ans par centre de santé, Préfecture de salé, 2016 .....	99
<b>Fig.22</b> : Nombre de VAT1 et VAT3 par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 .....	102
<b>Fig.23</b> : Taux de continuité des VAT1 et VAT3 par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 .....	102
<b>Fig.24</b> : Supplémentation en vitamine D des enfants de moins de 5ans, préfecture de Salé, 2016 .....	107
<b>Fig.25</b> : Taux de prévalence contraceptive par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 .....	109
<b>Fig.26</b> : Taux de recrutement en consultation prénatale par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 .....	110
<b>Fig.27</b> Taux d'incidence de la tuberculose toutes formes pour 100000 habitants par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 .....	113
<b>Fig.28</b> : Tuberculose toutes formes : Taux de succès thérapeutique et de perdus de vue (%), préfecture de Salé, 2016 .....	114
<b>Fig.29</b> : Nombre de tests VIH par centre de santé, préfecture de Salé, 2016...	117
<b>Fig30</b> . Nombre de cas d'Infection sexuellement transmissible déclarés par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 .....	118

## Liste des tableaux

<b>Tableau I:</b> Structure de la population marocaine en 2015 .....	6
<b>Tableau II:</b> Indicateurs démographiques par milieu, année 2015 .....	7
<b>Tableau III :</b> Prestations offertes selon le type de l'établissement de soins de santé de base .....	12
<b>Tableau IV :</b> Répartition des établissements de soins de santé de base par milieu, année 2015 .....	14
<b>Tableau V :</b> Nombre d'hôpitaux publics par type, 1 <sup>er</sup> trimestre 2017 .....	16
<b>Tableau VI :</b> Etablissements du secteur privé, année 2013 .....	18
<b>Tableau VII:</b> Répartition du personnel médical par milieu et par établissement, 2013 .....	19
<b>Tableau VIII :</b> Répartition du personnel paramédical du secteur public par milieu et par type d'établissement, année 2013 .....	19
<b>Tableau IX:</b> Répartition du personnel médicale par catégorie, année 2013.....	20
<b>Tableau X :</b> Nombre de personnes testées pour VIH selon la population cible	90
<b>Tableau XI:</b> Séances d'Information-Education-Communication organisées en faveur de la santé infantile.....	92
<b>Tableau XII:</b> Séances d'Information-Education-Communication (IEC) organisées en faveur de la santé maternelle, .....	92
<b>Tableau XIII :</b> Séances d'Information-Education-Communication organisées dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles .....	93
<b>Tableau XIV:</b> Séances d'Information-Education-Communication organisées dans le cadre de lutte contre les maladies non transmissibles .....	93

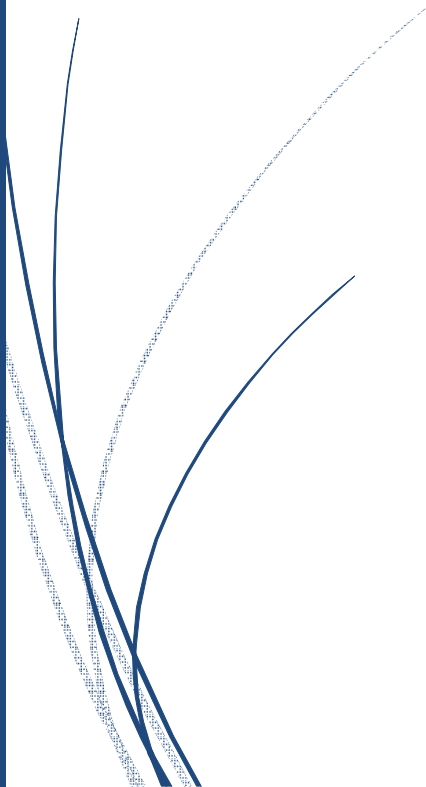
## Liste des graphiques

<b>Graphique 1</b> : Evolution des effectifs des médecins des deux secteurs, public et privé, période 1998-2013 .....	20
<b>Graphique 2</b> : Evolution de la densité médicale (secteurs public et privé) et paramédicale (secteur public) pour 10 000 habitants, période 2000-2013 .....	21
<b>Graphique 1</b> : Taux de couverture vaccinale des nouveaux nés .....	75
<b>Graphique 2</b> : Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois .....	76
<b>Graphique 3</b> : Nombre d'enfants de 11 à 23 mois ayant bénéficié d'une couverture vaccinale en en 2016.....	77
<b>Graphique 4</b> :Nombre de femmes en âge de reproduction ayant bénéficié de vaccination antitétanique.....	78
<b>Graphique 5</b> : Nombre d'enfants ayant bénéficié de la supplémentation préventive en vitamine A par rapport à la population cible.....	79
<b>Graphique 6</b> : Nombre d'enfants ayant bénéficié de la supplémentation préventive en vitamine D par rapport à la population cible.....	80
<b>Graphique 7</b> : Nombre d'acceptantes par méthode de contraception.....	81
<b>Graphique 8</b> : Nombre de bénéficiaires de consultations prénatales selon l'âge de grossesse.....	82
<b>Graphique 9</b> : Nombres de grossesses à risque réparties par type de risque .....	83
<b>Graphique 10</b> : Nombre de diabétiques ayant présenté des complications selon le type de complication .....	84

<b>Graphique 11</b> : Nombre d’hypertendus ayant présenté des complications par type de complication .....	85
<b>Graphique 12</b> : Bilan de la prise en charge intégrée des enfants de 2 mois à 59 mois .....	87
<b>Graphique 13</b> : Bilan du programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques.....	88
<b>Graphique 14</b> : Bilan du programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës.....	88
<b>Graphique 15</b> : Nombre de femmes ayant présenté une infection sexuellement transmissible .....	89
<b>Graphique 16</b> : Nombre d’hommes ayant présenté une infection sexuellement transmissible .....	90



# *Sommaire*



<b>I . Introduction</b> .....	1
<b>II . Généralités</b> .....	3
II.1. Définitions de la santé et droit à la santé .....	4
II.1.1. Définitions de la santé .....	4
II.1.2. Droit à la santé.....	4
II.1.3. Reconnaissance du droit à la santé par le Maroc .....	5
II.2. Système de santé marocain .....	5
II.2.1. Données sur le Maroc .....	5
II.2.1.1. Démographie .....	5
II.2.1.2. Economie .....	8
II.2.1.3. Caractéristiques socioculturelles .....	8
II.2.1.4. Profil épidémiologique .....	8
II.2.2. Système de santé .....	9
II.2.2.1. Organisation administrative .....	9
II.2.2.2. Découpage sanitaire.....	10
II.2.2.3. Infrastructure sanitaire .....	11
A. Secteur public.....	11
A.1. Etablissements du réseau de soins de santé de base .....	11
A.1.1. Centre de santé (CS) .....	11

A.1.2. Structures spécialisées d'appui aux Etablissements de Soins de Santé de Base (ESSB).....	14
A.2. Etablissements du réseau hospitalier .....	15
A.3. Circuit de santé publique .....	16
B. Secteur privé .....	17
II.2.2.4. Ressources humaines .....	18
A. Secteur public .....	18
A.1. Corps Médical .....	18
A.2. Personnel paramédical .....	19
B. Secteur privé .....	20
II.2.2.5. Financement de la santé publique .....	21
II.3. Concept de soins de santé de base et soins de santé primaire .....	22
II.3.1. Soins de Santé Primaires (SSP).....	22
II.3.2. Soins de santé de base (SSB) selon le ministère de la santé .....	24
<b>III. Programmes sanitaires</b> .....	<b>25</b>
III.1. Programmes en faveur des enfants de moins de 5 ans .....	26
III.1.1. Programme national d'immunisation (PNI).....	26
III.1.2. Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques .....	27
III.1.3. Programme national de lutte contre les Infections Respiratoires .....	28
Aigues (IRA) .....	28
III.1.4. Programme national de lutte contre les maladies de carence.....	29

III.2. Programmes nationaux en faveur de la mère .....	31
III.2.1. Programme de planification familiale (PNPF) .....	31
III.2.2. Programme national de surveillance de la grossesse et de.....	31
III.2.3. Lutte contre la maladie ferriprive .....	32
III.2.4. Vaccination antitétanique des femmes en âge de procréer dans .....	33
le cadre du programme national d'immunisation (PNI).....	33
III.3. Programmes de lutte contre les maladies transmissibles .....	33
III.3.1. Programme national de lutte contre la tuberculose.....	33
III.3.2. Lutte contre les Infections sexuellement transmissibles (IST) .....	35
III.4. Programmes de lutte contre les maladies non transmissibles .....	35
III.4.1. Prévention et de lutte contre le diabète .....	35
III.4.2. Lutte contre les maladies cardio-vasculaires :.....	36
III.4.2.1. Prévention et de lutte contre l'hypertension artérielle .....	36
III.4.2.2. Prévention et lutte contre le rhumatisme cardiaque.....	37
III.4.3. Programme national de lutte contre les maladies .....	38
III.5. Programme national de santé scolaire et universitaire.....	39
<b>IV. Matériel et Méthode.....</b>	<b>40</b>
IV.1. Type d'étude .....	41
IV.2. Population cible .....	41
IV.3- Lieu d'étude .....	41
IV.4. Documents utilisés .....	47

IV.5. Gestion de données .....	48
IV.6. Activités du centre .....	48
IV.6.1. Activités de la cellule de Santé Materno-Infantile (SMI) .....	48
IV.6.1.1. Vaccination .....	48
IV.6.1.2. Activités de nutrition .....	51
IV.6.1.3. Soins curatifs .....	54
A. Prise en charge de la déshydratation .....	54
B. Prise en charge de la rougeole .....	54
IV.6.2. Cellule de Planification Familiale (PF), de suivi de la grossesse et de l'accouchement et de dépistage des cancers du sein et du col utérin.....	55
IV.6.2.1. Planification familiale (PF) .....	55
IV.6.2.2. Programme de Suivi de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA) .....	58
A. Consultation prénatale .....	58
B. Consultation postnatale .....	59
IV.6.2.3. Programme de dépistage des cancers du sein et du col utérin ..	60
A. Dépistage du cancer du col utérin .....	60
B. Dépistage du cancer du sein .....	61
IV.6.3. Cellule de prise en charge des diabétiques, des hypertendus et du rhumatisme articulaire aigu .....	61
IV.6.3 .1. Prise en charge des diabétiques .....	61

IV.6.3.2. Prise en charge des hypertendus .....	64
IV.6.3.3. Prise en charge du Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA) .....	65
IV.6.4. Prise en charge des tuberculeux .....	66
IV.6.5. Consultation médicale .....	68
IV.6.5.1. Prise en charge du nourrisson de moins de 02 mois .....	68
IV.6.5.2. Prise en charge de l'enfant malade de 2 à 59 mois .....	68
IV.6.5.3- Consultation médicale curative .....	69
IV.6.5.4. Prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) .....	70
IV.6.5.5. Notification des maladies sous surveillance .....	71
IV.6.6. Activités de l'hygiène scolaire .....	71
<b>V. Résultats</b> .....	<b>74</b>
V.1. Activités de la cellule de santé materno-infantile (SMI) .....	75
V.1.1. Vaccination .....	75
V.1.1.1. Vaccination des enfants de moins de 5 ans .....	75
V.1.1.2. Vaccination anti tétanique des femmes en âge de reproduction. ....	77
V.1.1.3. Notification des maladies cibles de vaccination .....	78
V.1.2. Nutrition .....	78
V.1.2.1. Pesée des enfants de moins de 5 ans .....	78
V.1.2.2. Supplémentation préventive de vitamine A .....	78
V.1.2.3. Supplémentation préventive de vitamine D .....	79

V.1.3. Soins curatifs .....	80
V.2. Activités de la cellule de Planification Familiale, de Suivi de la Grossesse et de l'Accouchement, de dépistage des cancers du sein et du col Utérin.....	81
V.2.1. Planification familiale (PF) .....	81
V.2.2. Suivi de la grossesse et de l'accouchement .....	82
V.2.2.1. Consultation prénatale. ....	82
V.2.2.2. Consultation postnatale.....	83
V.2.3. Dépistage des cancers du sein et du col utérin .....	83
V.2.3.1.Cancer du sein .....	83
V.2.3.2.Cancer du col utérin.....	84
V.3. Cellule de prise en charge des diabétiques et des hypertendus. ....	84
V.3.1.Diabète .....	84
V.3.2.Hypertension artérielle. ....	85
V.4. Prise en charge du rhumatisme cardiaque .....	85
V.5. Prise en charge des malades tuberculeux. ....	85
V.6. Consultation curative médicale .....	86
V.6.1. Prise en charge des enfants de moins de 2 mois .....	86
V.6.2. Prise en charge des enfants de 2 mois à 5 ans .....	86
V.6.2.1. Prise en charge intégrée des enfants de 2 mois à 59 mois .....	86
V.6.2.2.Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques .....	87

V.6.2.3. Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA) .....	88
V.6.3. Consultation médicale curative.....	89
V.7. Hygiène scolaire .....	91
V.8. Séances d'Information-Education- Communication (IEC) .....	91
<b>VI. Discussion</b> .....	<b>94</b>
VI.1. Le centre de santé .....	95
VI.2. Programmes sanitaires .....	96
VI.2.1.Santé infantile .....	96
VI.2.1.1. Programme national d'immunisation .....	96
A. Couverture vaccinale .....	96
B. Impact sur les maladies cibles de vaccination .....	99
VI.2.1.2. Nutrition .....	104
A. Allaitement maternel .....	104
B. Surveillance de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5ans .	104
C. Supplémentation en micronutriments .....	105
C.1. Supplémentation en vitamine A .....	105
C.2. Supplémentation en vitamine D .....	106
C.3. Supplémentation en fer .....	107
VI.2.2.Santé maternelle .....	108
VI.2.2.1. Planification familiale .....	108

VI.2.2.2.Consultation prénatale .....	109
VI.2.2.3.Dépistage du cancer du sein et du col utérin .....	110
VI.2.3. Maladies non transmissibles.....	111
VI.2.4. Maladies transmissibles .....	112
VI.2.4.1.Tuberculose .....	112
VI.2.4.2. Infection Sexuellement Transmissible (IST)/ VIH .....	115
A. VIH/SIDA .....	115
B. Infection Sexuellement Transmissible .....	117
<b>Conclusion</b> .....	119
<b>Annexes</b> .....	121
<b>Résumé</b> .....	125
<b>Bibliographie</b> .....	129



# *I. Introduction*

La promotion et la protection de la santé de l'ensemble des composantes de la population (hommes, femmes et enfants) sont la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de vie et à une véritable justice sociale.

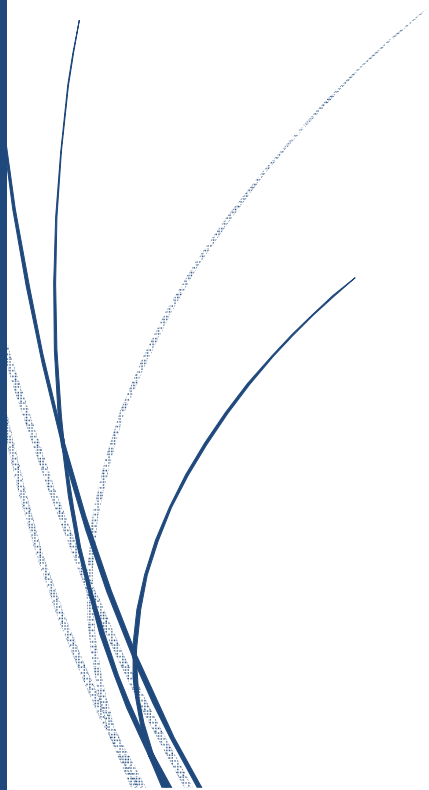
Notre pays en est conscient et ne cesse d'investir constamment dans l'amélioration de l'offre de soins. Dans ce sens, un réseau d'établissement de soins de santé de base a été mis en place afin de répondre aux besoins en santé de la population. Il assure une gratuité indiscriminée des soins et des médicaments pour tous les patients, y compris ceux qui bénéficient d'une couverture médicale ou d'une situation matérielle satisfaisante. Ce réseau est composé principalement de centres de santé qui constituent le premier niveau d'orientation-recours pour la population.

Cependant, les moyens existants ne sont pas répartis équitablement et il existe toujours une disparité flagrante entre milieu rural et milieu urbain en matière d'accès aux soins. En effet, il devient urgent de procéder à un redéploiement et à une répartition plus juste et plus harmonieuse des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire national.

Notre étude s'articule autour de l'offre de soins au niveau du centre de santé Saïd Hajji, établissement de soins de santé de base en zone urbaine. Elle a pour objectifs de donner un aperçu sur le type de soins prodigués et de dresser un bilan annuel de l'activité de l'établissement.



## *II . Généralités*



## **II.1. Définitions de la santé et droit à la santé :**

### **II.1.1. Définitions de la santé:**

Selon l'organisation mondiale de la santé, « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [1].

La définition de Dubos en 1979 apporte un élément qualitatif important à la mesure de la santé qui est basé sur la perception qu'a l'individu de sa propre fonctionnalité : « un individu en bonne santé est celui qui est capable de fonctionner aussi efficacement que possible dans son milieu, et de se consacrer pleinement à ses projets » [2].

### **II.1.2. Droit à la santé:**

Le droit à la santé est reconnu dans de nombreux instruments internationaux, notamment dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de Santé qui stipule dans son préambule que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » [3].

Par ailleurs, la Déclaration universelle des droits de l'Homme mentionne le droit à la santé dans son article 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » [4].

### **II.1.3. Reconnaissance du droit à la santé par le Maroc :**

Le Maroc a reconnu formellement le droit à la santé en juillet 2011, à la faveur de sa réforme constitutionnelle. En effet, la constitution reconnaît sept droits liés à la santé [5] :

Le droit à la vie [art. 20] qui comprend aussi la lutte contre les mortalités évitables ; le droit à la sécurité et à la protection de la santé [art. 21] ; le droit aux soins, à un environnement sain, à la couverture médicale [art. 31] ; le droit à la santé des personnes et catégories à besoins spécifiques [art. 34] ; le droit d'accès à des soins de qualité et à la continuité des prestations [art. 154].

Sa Majesté le Roi Mohammed VI a insisté dans de nombreux discours sur la nécessité d'assurer aux marocains et notamment aux plus démunis l'accès à des soins de santé de qualité.

Par ailleurs, sa Majesté le Roi a exprimé lors de la 2ème conférence nationale sur la santé, qui s'est tenue en juillet 2013 à Marrakech, sa volonté constante d'inscrire la promotion du secteur de la santé parmi les grands chantiers essentiels du pays.

## **II.2. Système de santé marocain :**

### **II.2.1. Données sur le Maroc :**

#### **II.2.1.1. Démographie :**

La population totale du Maroc est estimée à 35 276 786 habitants [6]. Les tableaux I et II, montrent la structure et les caractéristiques démographiques de la population marocaine en 2015.

**Tableau I: Structure de la population marocaine en 2015 [7].**

Indicateur (population en milliers)	Nombre
Population urbaine	20831
Population rurale	13415
Naissances attendues	671
Enfants moins de 1 an	649
Enfants moins de 5 ans	3197
Population de 5-14 ans	6164
Population de 15-59 ans	21335
Population de 60 ans et plus	3253
Population des femmes mariées en âge de reproduction 15-49ans	5310
Population des femmes en âge de reproduction 15-49 ans	9252

**Tableau II: Indicateurs démographiques par milieu, année 2015 [7].**

Indicateur	Urbain	Rural	Ensemble
Indice synthétique de fécondité (ISF)	1.99	2.49	2.19
Taux brut de natalité (pour mille habitants)	16.6	19	17,6
Taux brut de mortalité (pour mille habitants)	4.4	6.9	5.4
Taux d'accroissement démographique annuel entre 2004 et 2014 (pour cent)	2.1	-0.1	1.25
Taux de mortalité infantile (pour mille naissances)	23.6	33.5	28.8
Taux de mortalité juvénile (pour mille naissances)	1.9	1.6	1.7
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour mille naissances)	25.4	35.0	30.5
Taux de mortalité maternelle (pour 100000 naissances vivantes)	44.6	111.1	72.6
Espérance de vie à la naissance (en années)	77.6	72.7	75.8

### **II.2.1.2. Economie :**

L'arrêté des comptes nationaux de l'année 2016 fait ressortir un net ralentissement de la croissance de l'économie nationale se situant à 1,2 % en 2016 au lieu de 4,5 % en 2015. L'activité agricole est en nette baisse alors que les activités non agricoles continuent d'afficher un rythme d'accroissement modéré [8].

Le Produit intérieur brut par habitant a baissé de 3154 dollars en 2014 à 2832 dollars en 2016 [9]. D'autre part, le taux de la population sous le seuil de pauvreté est estimé à 4,7 % [10].

### **II.2.1.3. Caractéristiques socioculturelles :**

Le Maroc est classé 129<sup>e</sup> dans le rapport sur le développement humain 2014, avec un indice de développement humain de 0,617 [11]. Le gouvernement accorde une très grande importance à l'éducation et y investit massivement depuis les années 1990, époque où le taux d'alphabétisation était faible, 41,6 % dans la population totale et seulement 28,7 % chez les femmes. Depuis, le taux d'alphabétisation chez l'adulte s'est largement accru, il est actuellement de 67,1% chez les hommes et 57,6 % chez les femmes [12].

### **II.2.1.4. Profil épidémiologique :**

Le Maroc connaît une augmentation du taux des maladies non transmissibles, qui sont actuellement à l'origine de plus de 75 % de l'ensemble des décès. Les trois principales causes sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les cancers [13].

La prévalence de l'hypertension artérielle est relativement élevée (33,6 %) ; l'obésité et la glycémie à jeun élevée sont respectivement à 16,4 % et à 9,9 % [14].

Au cours des dix dernières années, le ratio de mortalité maternelle est passé de 227 à 76 décès pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile a chuté de 40 à 32 décès pour 1000 naissances vivantes [15].

En 2015, un total de 30 636 cas de tuberculose, toutes formes confondues (28.955 nouveaux cas et 1.681 cas de rechutes), a été notifié, soit une incidence de 89 cas pour 100 000 habitants. Le nombre de décès par tuberculose était de 656 cas et 160 patients ont développé une tuberculose multirésistante [16].

Entre 2000 et 2015, l'incidence globale a régressé de 17 % et celle de la forme pulmonaire à frottis positif a régressé de 20 % [16].

### **II.2.2. Système de santé :**

Un système de santé englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé.

#### **II.2.2.1.Organisation administrative :**

Le système de santé marocain est composé d'un secteur public et d'un secteur privé (lucratif et non lucratif). Ce système est géré principalement par le ministère de la santé dont la direction est organisée en huit directions centrales. Ces dernières travaillent sous supervision directe du secrétaire général et sous tutelle du ministre.

Au niveau régional, le ministère est représenté dans chacune des 12 régions du Maroc par une direction régionale de la santé, qui est également sous la supervision du secrétaire général.

Il y a une politique de décentralisation de l'administration des services de santé. En effet, il existe une délégation dans chaque province ou préfecture. Pourtant, plusieurs tâches sont encore assurées par le ministère, notamment le recrutement des personnels, et tout ce qui touche aux questions budgétaires et à l'élaboration de plans régionaux de la santé.

#### **II.2.2.2. Découpage sanitaire:**

Le territoire marocain est découpé en 12 régions, appelées également collectivités territoriales, composées de provinces, de préfectures et de communes. Chacune de ces collectivités possède à sa tête un Wali et un président de conseil régional.

Cette division administrative du royaume sert à délimiter les territoires de santé qui sont [17] :

- La circonscription sanitaire : la circonscription rurale correspond au territoire d'un caïdat alors que la circonscription urbaine correspond au territoire d'un arrondissement. Chaque circonscription est découpée en deux ou plusieurs secteurs sanitaires. Chacun de ces derniers correspond à l'aire de desserte d'un centre de santé.

- La préfecture et la province sanitaire, correspondent respectivement aux ressorts territoriaux des préfectures et des provinces définies par la division administrative du royaume. L'offre de soins à ce niveau comprend des prestations de soins de santé de base, de réhabilitation et des prestations hospitalières de premier niveau.

- Les régions sanitaires : l'offre de soins à ce niveau comporte, en plus des prestations de soins des niveaux provincial et préfectoral, les prestations

hospitalières de deuxième niveau. Ainsi, ce territoire constitue le champ d'intervention de la direction régionale de la santé relevant du ministère de la santé.

- Les territoires de santé interrégionaux, correspondent au bassin de desserte d'une infrastructure, d'un équipement, d'une installation de santé ou d'une installation de haute technologie rendant des prestations à caractère suprarégional, notamment les prestations hospitalières de troisième niveau et les prestations fournies par les centres d'excellence ou de référence interrégionale.

### **II.2.2.3. Infrastructure sanitaire :**

#### **A. Secteur public**

##### **A.1. Etablissements du réseau de soins de santé de base :**

###### **A.1.1. Centre de santé (CS):**

Il constitue le point d'accès de la population aux services de santé de base, son lieu d'implantation est décidé dans le cadre du schéma régional de l'offre de soins. Il est placé sous la responsabilité d'un médecin généraliste assisté par un (e) infirmier (e) major [18].

Le centre de santé offre des prestations de santé préventives, curatives et promotionnelles (Tableau III).

**Tableau III : Prestations offertes selon le type de l'établissement de soins de santé de base [18].**

Type d'établissement	Prestations offertes
CSU1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- surveillance épidémiologique,</li> <li>- consultations de médecine générale,</li> <li>- prestations de soins infirmiers,</li> <li>- suivi de la santé de la mère et de l'enfant,</li> <li>- suivi des maladies chroniques,</li> <li>- suivi de la santé des jeunes et des adolescents y compris la santé scolaire,</li> <li>- prestations d'information et d'éducation pour la santé.</li> </ul>

Type d'établissement	Prestations offertes
CSU2	<p>Il assure outre les prestations fournies par le centre de santé urbain de premier niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les soins obstétricaux d'urgence de base.</li> <li>- les analyses biologiques de base requises pour le suivi de la santé des femmes enceintes et des malades chroniques.</li> </ul> <p>Lorsque le CSU2 est implanté dans le chef-lieu de la commune urbaine de rattachement, le dit centre délivre également :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les soins bucco-dentaires</li> <li>- Les consultations de santé mentale.</li> </ul>
CSR1	<p>Il assure les mêmes prestations d'un CSU1.</p> <p>Lorsque le territoire de desserte du centre de santé rural de premier niveau est étendu, il est possible de créer, en plus du dit centre, un ou deux dispensaires ruraux qui lui sont rattachés et qui sont placés chacun sous la responsabilité d'un(e) infirmier(e).</p>
CSR2	<p>Il représente l'équivalent d'un CSU2 en milieu rural.</p> <p>Lorsque le centre de santé rural de deuxième niveau est implanté dans le chef-lieu d'un cercle administratif ne disposant pas de structure hospitalière, le centre est doté d'un module d'accouchement de 4 à 8 lits et délivre en plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des prestations d'urgence médicale de proximité</li> <li>- Des soins bucco-dentaires,</li> <li>- Des consultations de santé mentale.</li> </ul>

CSU1 : Centre de Santé Urbain de 1<sup>er</sup> niveau, CSU2 : Centre de Santé Urbain de 2<sup>ème</sup> niveau,  
 CSR1 : Centre de santé Rural de 1<sup>er</sup> niveau, CSR2 : Centre de Santé Rural de 2<sup>ème</sup> niveau.

### **A.1.2. Structures spécialisées d'appui aux Etablissements de Soins de Santé de Base (ESSB):**

Les ESSB sont appuyés par des structures spécialisées dont les activités relèvent de programmes sanitaires [18] :

- Les centres de référence pour la santé reproductive (CRSR).
- Les centres de diagnostic et de traitement des maladies respiratoires (CDTMR).
- Les laboratoires de diagnostic épidémiologique et d'hygiène du milieu (LDEHM).

Selon les besoins de la population et de l'organisation des soins, le ministre de la santé peut, par arrêté, mettre en place d'autres structures d'appui.

En 2015, le nombre total des ESSB était de 2792, répartis entre milieu rural et milieu urbain [19] (Tableau IV).

**Tableau IV : Répartition des établissements de soins de santé de base par milieu, année 2015 [19]**

Etablissements de soins de santé de base	Milieu urbain		Milieu rural		
	CSU1	CSU2	CSR1	CSR2	DR
Nombre en 2015	649	60	856	396	760
Total	780		2012		
	2792				

CSU1 : centre de santé urbain de 1<sup>er</sup> niveau, CSU2 : centre de santé urbain de 2<sup>ème</sup> niveau, CSR1 : centre de santé rural de 1<sup>er</sup> niveau, CSR2 : centre de santé rural de 2<sup>ème</sup> niveau, DR : dispensaire rural.

## **A.2. Etablissements du réseau hospitalier [18]:**

Le réseau hospitalier a pour mission la dispense, avec ou sans hébergement, des prestations de diagnostic, de soins et de services aux malades blessés et parturientes. Il assure les actions :

- De médecine préventive et d'éducation pour la santé,
- Assistance médicale urgente,
- Formation pratique des étudiants (médecine, pharmacie),
- Formation continue des professionnels et des gestionnaires de santé.

Les établissements de santé sont organisés selon les territoires de santé en :

- Centres hospitaliers provinciaux et préfectoraux (CHP) : Dispensent des prestations de soins hospitaliers de 1<sup>er</sup> niveau.
- Centres hospitaliers régionaux (CHR) : offrent des prestations de soins hospitaliers de 2<sup>ème</sup> niveau.
- Centres hospitaliers interrégionaux (CHIR) : dispensent des prestations de soins de 3<sup>ème</sup> niveau.

Le réseau hospitalier comprend 155 établissements, tous types confondus [19](Tableau V).

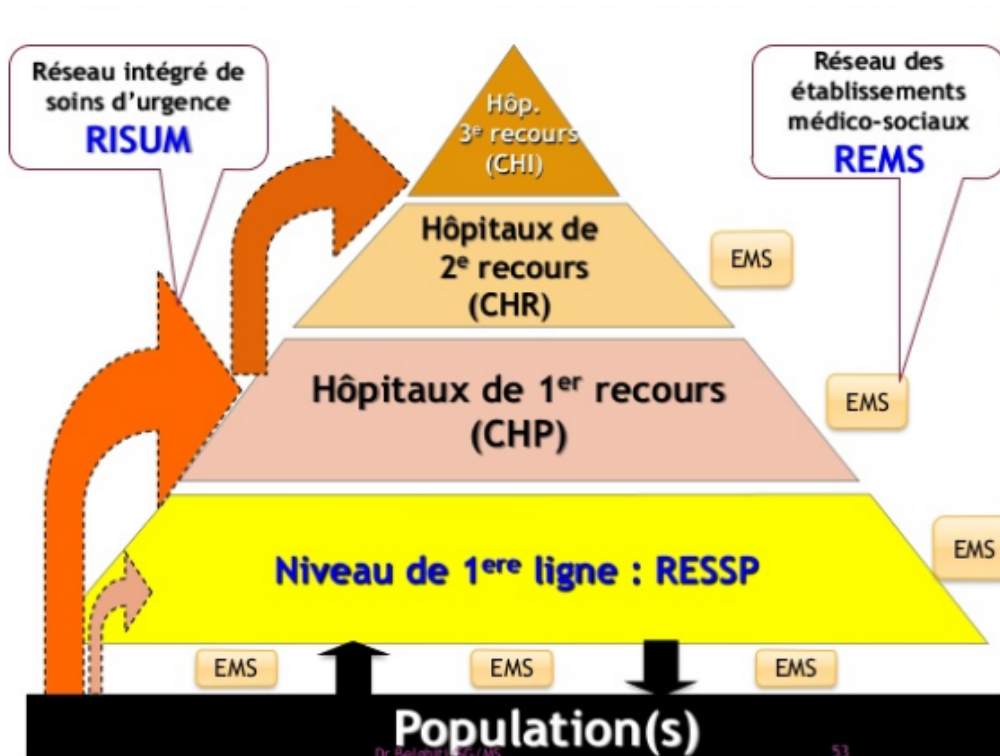
**Tableau V : Nombre d'hôpitaux publics par type, 1<sup>er</sup> trimestre 2017 [19].**

Type d'établissement	Nombre
Hôpital universitaire	21
Hôpital régional	18
Hôpital provincial	73
Hôpital de proximité	27
Centre de psychiatrie universitaire	5
Hôpital de psychiatrie régional	2
Hôpital de psychiatrie provincial	3
Centre régional d'oncologie	5
Clinique de jour	1
TOTAL	155

### **A.3. Circuit de santé publique :**

Le système de soins marocain est un système pyramidal, intégré, hiérarchisé et fondé sur les soins de santé de base.

L'article 7 du décret n° 2-14-562, concernant l'organisation de l'offre de soins, stipule que « l'offre publique de soins est régie par le principe de graduation des niveaux de soins. Elle repose sur un système de référence et de contre référence, qui régule les parcours de soins de patients en dehors des situations d'urgence. Ce système peut être organisé à l'intérieur du même territoire de santé sous forme de réseaux coordonnés de soins, ou entre les territoires de santé sous forme de « filières de soins » [18] (Figure 1).



RISUM : Réseau Intégré de Soins d'Urgence, REMS : Réseau des établissements Médico-Sociaux, EMS : Etablissements Médico-Sociaux, RESSP : Réseau d'Etablissements de Soins de Santé Primaire, CHI : Centre Hospitalier Interrégional, CHR : Centre Hospitalier Régional, CHP : Centre Hospitalier Provincial.

**Fig.1 : Organisation de l'offre de soins [17]**

### **B.Secteur privé :**

Le secteur privé du système de santé comprend des établissements de santé prestataires de services à but lucratif ou non lucratif (Tableau VI) [20].

Ces établissements sont situés principalement en zone urbaine et sur la côte atlantique Nord.

**Tableau VI : Etablissements du secteur privé, année 2013 [20]**

Type d'établissement	Nombre
Lits de cliniques privées à but non lucratif	1474
Lits de cliniques privées à but lucratif	6924
Cabinets de radiologie	175
Laboratoires d'analyses médicales	395
Cabinets de consultation médicale	7185
Officines de pharmacie / dépôts de médicaments	7812

#### **II.2.2.4. Ressources humaines :**

L'OMS situe le Maroc parmi les 57 pays du Monde souffrant d'une pénurie aiguë en personnel soignant [21].

##### **A.Secteur public :**

##### **A.1. Corps Médical :**

En 2013, le nombre total de médecins exerçant en secteur public était de 8165 répartis entre milieu rural et milieu urbain, 4811 généralistes et 3345 spécialistes (Tableau VII) [20].

Le graphique 1 laisse apparaître l'accroissement de l'effectif des médecins du secteur public entre 1998 et 2013.

La densité médicale est passée de 4,2 en 2000 à 6,2 médecins pour 10000 habitants en 2013, compte tenu du personnel des secteurs public et privé (Graphique 2).

**Tableau VII: Répartition du personnel médical par milieu et par établissement, 2013 [20].**

	Structures de santé						Collectivités Locales	Total
	Soins de santé de base			Hospitalier	Autres	Total		
	urbain	Rural	Total					
Médecins Généralistes	2018	1087	3105	1113	291	4509	302	4811
Médecins Spécialistes	379	33	412	2720	213	3345		3345
Total	2397	1120	3517	3833	504	7854	302	8165
Chirurgiens Dentistes						326		326
Pharmaciens						234		234

### **A.2. Personnel paramédical :**

L'effectif global du personnel paramédical exerçant en secteur public était de 24607 en 2013, répartis entre milieu rural et milieu urbain (Tableau VIII) [20].

La densité du personnel paramédical est restée quasiment stable entre 2000 et 2013, 9 pour 10000 habitants (Graphique 2).

**Tableau VIII : Répartition du personnel paramédical du secteur public par milieu et par type d'établissement, année 2013 [20].**

	Soins de santé de base			Hospitalier	Autres	Total
	Urbain	Rural	Total			
Infirmiers qualifiés	3503	3168	6671	9534	2085	18299
Infirmiers auxiliaires	2340	894	3234	2659	417	6310
Total	5843	4062	9905	12202	2502	24609

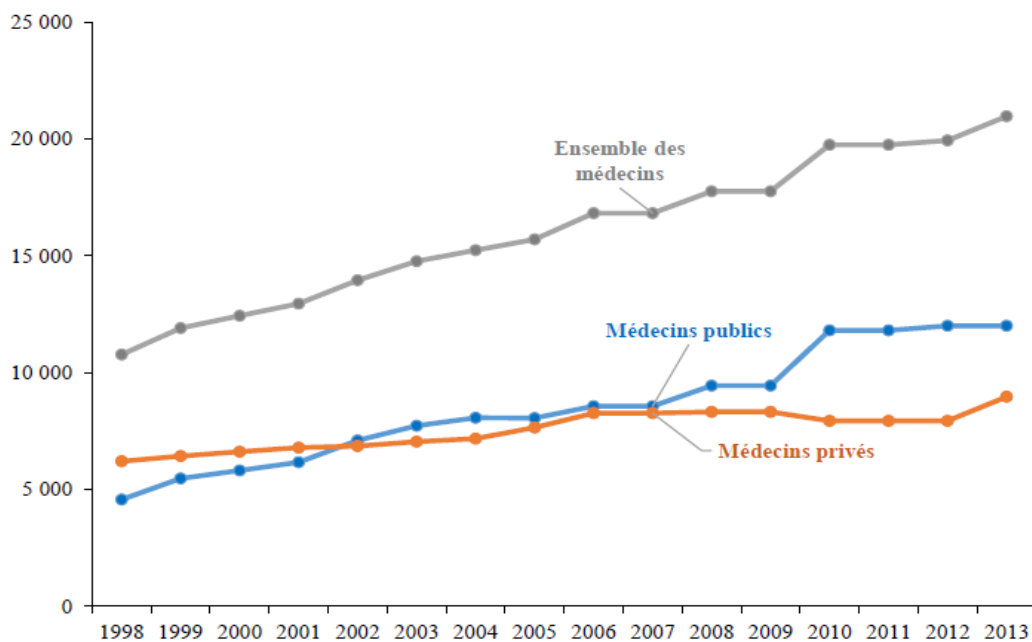
## B. Secteur privé :

L'effectif total des médecins exerçant en secteur privé était de 8965 en 2013, généralistes et spécialistes confondus. Le nombre de chirurgiens dentistes était de 2700 (Tableau IX) [20].

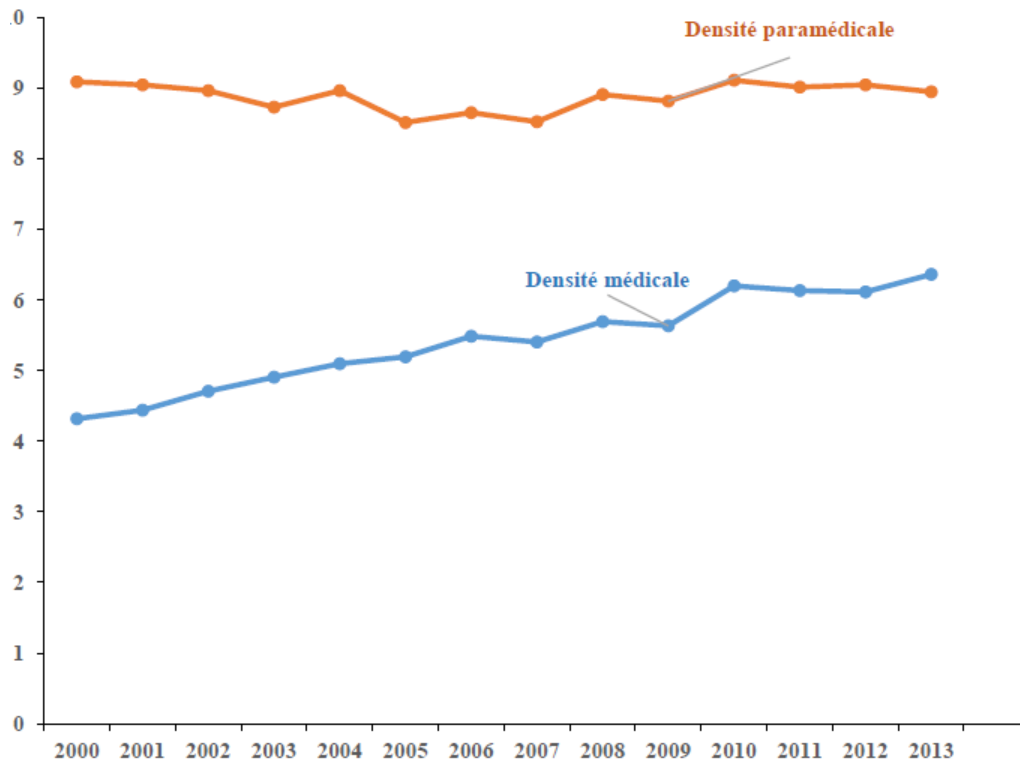
Le graphique I montre l'évolution de l'effectif des médecins du secteur privé entre 2000 et 2013.

**Tableau IX: Répartition du personnel médicale par catégorie, année 2013 [20]**

Catégorie de personnel		Nombre
Médecins	Spécialistes	5477
	Généralistes	3488
	Total	8965
Chirurgiens dentistes		2700



**Graphique 1 : Evolution des effectifs des médecins des deux secteurs, public et privé, période 1998-2013 [22]**



**Graphique 2: Evolution de la densité médicale (secteurs public et privé) et paramédicale (secteur public) pour 10 000 habitants, période 2000-2013 [22].**

#### **II.2.2.5. Financement de la santé publique :**

Au Maroc, il existe deux grands régimes de protection sociale, en plus des régimes d'assurance privés qui couvrent 4 à 5 % de la population [23] :

- L'assurance maladie obligatoire de base (AMO), efficacement mise en place depuis 2005. Il s'agit d'un régime de protection sociale avec participation des assurés et des employeurs, qui est fondé sur les principes de mise en commun des risques et qui s'adresse aux fonctionnaires de l'état et aux salariés des entreprises privées [23].

- Le régime d'assistance médicale aux Economiquement Démunis (RAMED), qui a fait l'objet d'une phase pilote de deux ans dans une région en 2008 (au profit de 240 000 personnes) et qui s'est étendu progressivement

depuis Mars 2012 pour couvrir 28 % de la population identifiée comme éligible à ce régime. Ce régime a été instauré pour remplacer l'ancien système caritatif, qui prenait en charge les besoins de santé des plus démunis. En Mars 2015, ce régime a célébré la fin de sa généralisation (99 % de couverture) lors de son 3<sup>ème</sup> anniversaire à l'occasion d'un symposium international d'échange d'expérience qui a été soutenu par l'OMS et d'autres partenaires [23].

Ces deux régimes couvrent actuellement les besoins sanitaires essentiels de 62 % de la population marocaine (34 % au titre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et 28 % au titre du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) [23].

- L'assurance-maladie obligatoire (AMO) pour étudiants, constitue une avancée de taille dans l'extension de la couverture médicale.

Celle-ci a été instaurée le 6 janvier 2016. Ce régime devait couvrir 288000 étudiants au titre de l'année universitaire 2015-2016, et compte couvrir 420 000 étudiants à l'horizon 2019-2020 [24].

- La couverture de la population travaillant dans le secteur informel reste un défi à relever pour étendre la couverture à toute la population marocaine.

## **II.3. Concept de soins de santé de base et soins de santé primaire :**

### **II.3.1. Soins de Santé Primaires (SSP) [25] :**

L'OMS via la Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma Ata en 1978 a souligné la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

Les soins de santé primaires (SSP) sont des soins essentiels curatifs, préventifs et promotionnels, de premier recours. Ils font partie d'un plan qui vise à assurer une justice sociale qui garantit l'accès universel aux soins de santé.

L'OMS a approfondi cette définition dans son rapport sur la santé mondiale:

« Les Soins de Santé Primaires (SSP) sont des soins de santé essentiels rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de leur communauté par des moyens acceptables pour eux et à un coût que les communautés et le pays puissent assumer. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière, que du développement économique et social de l'ensemble de la communauté ».

Dans ce rapport, l'OMS recommande que les Soins de Santé Primaires (SSP):

- Se fondent sur les résultats de la recherche médicale et dans le domaine de la santé publique ;
- S'orientent vers les principaux problèmes de santé publique de la communauté ;
- Incluent éducation, vaccination, accès à l'eau potable, alimentation, protection maternelle et infantile, hygiène, accès aux soins de base ;
- Fassent intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier, l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie et l'éducation.

### **II.3.2. Soins de santé de base (SSB) selon le ministère de la santé [26] :**

Au Maroc, les Soins de santé primaires (SSP) ont été véhiculés sous la dénomination de Soins de santé de base (SSB). Cette terminologie a été adoptée afin de faire diffuser le concept parmi les pouvoirs publics en évitant d'utiliser le qualificatif « primaire » qui aurait pu être interprété dans le sens de primitif, rudimentaire.

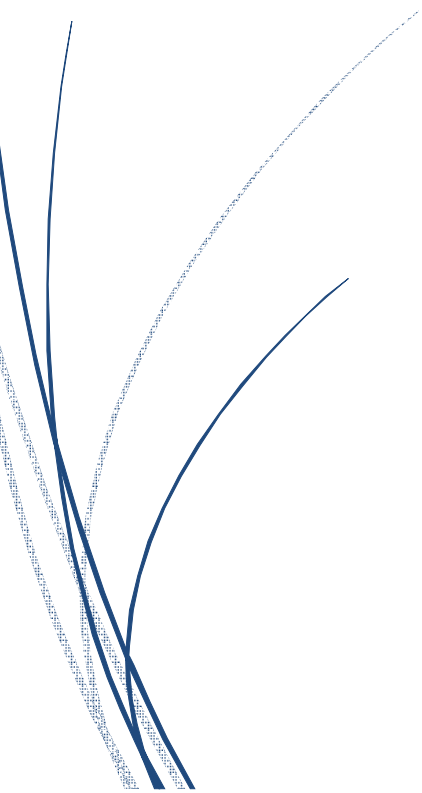
Le ministère de la Santé se fonde sur la définition de l'OMS des Soins de santé primaires tels que définis par la Déclaration d'Alma Ata, à laquelle il a souscrit en 1978. Il a ainsi défini la mission des soins de santé de base comme étant « de prodiguer des soins et des services équitables et de qualité pour répondre aux besoins essentiels en matière de santé d'une communauté définie sur une base géographique ».

Un réseau d'Etablissements de Soins de Santé de Base (ESSB) a été créé pour agir sur les conditions de santé des habitants. A travers ce réseau, se développe la stratégie de couverture de la population par les services de santé de base : promotion de la santé, prévention, soins curatifs essentiels.

Les Soins de Santé de Base (SSB) relèvent de programmes sanitaires nationaux et ils sont délivrés au niveau du centre de santé (CS).



### *III. Programmes sanitaires*



### **III.1. Programmes en faveur des enfants de moins de 5 ans :**

#### **III.1.1. Programme national d'immunisation (PNI) [27] :**

**•Objectif général :**

Contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité néonatales et infanto-juvéniles.

**•Objectifs spécifiques :**

- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale supérieure ou égale à 95% par milieu (urbain et rural) et par niveau (national, régional, délégation, circonscription sanitaire et secteur).
- Maintenir l'éradication de la poliomyélite.
- Maintenir l'élimination du tétanos néonatal.
- Eliminer la rougeole, la rubéole et le syndrome de Rubéole congénitale.
- Renforcer le calendrier national de vaccination par l'introduction d'autres vaccins et des rappels.
- Contribuer à l'amélioration de la sécurité des injections.
- Contribuer au renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies cibles.
- Contribuer à l'implication du secteur privé dans les activités de vaccination, de surveillance épidémiologique y compris la déclaration des événements indésirables post-vaccinaux.

**•Stratégie :**

- Stratégie fixe : s'adresse à la population ayant des facilités d'accès aux formations sanitaires.

- Stratégie mobile, s'adresse à une population ayant une difficulté d'accès aux formations sanitaires : Equipe mobile, mini-campagne, campagne de vaccination.

**•Calendrier national d'immunisation (Annexe II).**

**III.1.2. Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques :**

La diarrhée est la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, elle est responsable de 525000 de décès d'enfants par an [28].

La déshydratation sévère et les pertes hydriques sont les principales causes de décès par diarrhée. Ce sont les enfants en état de malnutrition ou d'immunodépression qui sont le plus exposés au risque de diarrhée engageant le pronostic vital.

Le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques a pour objectif de réduire la mortalité et la morbidité par maladie diarrhéique aiguë des enfants de moins de 5 ans.

**Stratégie [29] :**

**•Mesures curatives :**

- Assurer la disponibilité des solutés de réhydratation orale (SRO) pour la prise en charge de la déshydratation modérée en ambulatoire.
- Administrer le Zinc pour réduire la durée de l'épisode diarrhéique et de 30% le volume des selles.
- Supplémenter en vitamine A.

•Mesures de prévention :

- Vacciner contre le Rotavirus et la rougeole.
- Promouvoir l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.
- Assurer l'accès à l'eau de boisson salubre.
- Améliorer l'assainissement.
- Promouvoir le lavage des mains au savon.

**III.1.3. Programme national de lutte contre les Infections Respiratoires**

**Aigues (IRA) [30] :**

Les infections respiratoires aiguës sont une cause majeure de mortalité et de morbidité des enfants de moins de 5 ans. L'ampleur de ce problème a motivé la mise en place d'un programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA) en 1992 dont les objectifs sont :

- Réduire la mortalité et la morbidité dues aux IRA, et en particulier, à la pneumonie.
- Réduire la gravité et les complications des infections aiguës des voies respiratoires supérieures (IRAS).
- Réduire l'usage inapproprié des antibiotiques (ATB).

•Stratégie d'action :

- La prise en charge standard des cas d'Infection Respiratoire Aiguë (IRA) au niveau des formations sanitaires ambulatoires et hospitalières publiques et privées.

- La prise en charge correcte des cas d'Infection Respiratoire Aiguë (IRA) à domicile par une information et une éducation sanitaire des mères et des familles.
- Le suivi intensif des cas d'IRA.

• **Activités principales :**

- La formation du personnel de santé pour la prise en charge efficace des cas d'IRA.
- L'approvisionnement en équipements et médicaments des formations sanitaires publiques.
- L'immunisation contre les maladies cibles de vaccination.
- L'information, l'éducation, la communication.
- La surveillance épidémiologique à l'aide d'un système routinier de recueil de données.
- L'évaluation des activités du programme.

**III.1.4. Programme national de lutte contre les maladies de carence [31]:**

• **Objectifs généraux :**

- Contribuer à la baisse de la mortalité et de la morbidité infanto-juvénile.
- Promouvoir un bon développement somatique et psychomoteur de l'enfant.

• **Objectifs spécifiques, fixés pour 2015 :**

- Réduire d'un tiers l'anémie ferriprive par rapport à son niveau de 2000.

- Eliminer l'avitaminose A et ses effets.
- Eliminer les troubles dus à la carence en iode chez les futures naissances.
- Atteindre et maintenir une couverture nationale par la vitamine D supérieure à 80 % (deux doses).

● **Stratégie :**

- Supplémentation en micronutriments :

Préventive : concerne les populations vulnérables qui sont les enfants de moins de 2 ans et les femmes enceintes et allaitantes.

Curative : concerne les cas d'anémie par carence en fer, la rougeole, la malnutrition protéino-énergétique, l'insuffisance pondérale et les diarrhées persistantes.

- Fortification :

Consiste à ajouter industriellement des vitamines et /ou des sels minéraux aux produits alimentaires de large consommation.

- Education nutritionnelle :

En matière d'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois, de diversification progressive à partir de l'âge de 6 mois ...

- Mesures de santé publique :

Regroupent l'ensemble des programmes visant l'amélioration de l'état de santé de la population notamment celle de la mère et de l'enfant.

## **III.2. Programmes nationaux en faveur de la mère :**

### **III.2.1. Programme de planification familiale (PNPF) [32] :**

Le PNPF a été mis en place en 1966. Intégrés dans les soins de santé de base, les services de la planification familiale ont été rendus accessibles à la quasi-totalité de la population marocaine.

#### **•Objectif général :**

- Atteindre une prévalence contraceptive nationale toutes méthodes confondues de 65 %.

#### **•Objectifs spécifiques :**

- Améliorer la qualité des prestations de planification familiale,
- Assurer la disponibilité des produits contraceptifs,
- Changer la structure contraceptive en faveur des méthodes contraceptives de longue durée de 9 % à 15 %.
- Réduire les besoins non satisfaits à 8 %,
- Parvenir à faire participer le secteur privé à concurrence de 55 %.

### **III.2.2. Programme national de surveillance de la grossesse et de**

l'accouchement (PSGA) [33]:

Le PSGA est un programme prioritaire vu la problématique persistante de la mortalité et morbidité maternelles dans notre pays.

#### **•Objectifs généraux :**

- Réduire la mortalité maternelle.

- Réduire la mortalité néonatale.
- Atteindre une couverture prénatale et d'accouchement en milieu surveillé satisfaisante.
- Réduire la fréquence des états morbides secondaires à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum en prenant en charge tous les épisodes morbides et infectieux.

**• Objectifs spécifiques :**

- Améliorer la qualité de prise en charge des femmes enceintes et des accouchées au niveau des structures de soins de santé de base.
- Améliorer les connaissances de la population afin qu'elle puisse reconnaître les signes de risque pendant la grossesse et l'accouchement et être capable de recourir rapidement aux services de santé en cas de complications.
- Réduire le déficit en interventions obstétricales majeures par le recrutement et l'affectation de personnel compétent et par l'amélioration des compétences du personnel déjà en poste par une formation appropriée.
- Améliorer la qualité de prise en charge des femmes qui présentent des complications obstétricales et la qualité de la réanimation des nouveaux nés.

**III.2.3. Lutte contre la maladie ferriprive :**

Ceci dans le cadre du programme national de lutte contre les maladies de carence. L'objectif étant de réduire du tiers l'anémie ferriprive au bout de l'an

2015 par rapport à son niveau de 2000 à travers la supplémentation des femmes enceintes et allaitantes [31].

#### **III.2.4. Vaccination antitétanique des femmes en âge de procréer dans le cadre du programme national d'immunisation (PNI) [34] :**

L'OMS recommande que les femmes doivent recevoir au total 5 doses de vaccins antitétaniques au cours de l'enfance suivies d'une sixième dose à l'âge adulte afin d'assurer une protection à vie.

- Pour les adolescentes et les femmes en âge de procréer ayant déjà reçu une primo vaccination et des rappels selon le PNI (5 prises), une 6<sup>ème</sup> dose est recommandée pour assurer une protection à vie.

- Pour les adolescentes et les femmes en âge de procréer jamais vaccinées ou dont les renseignements sont incertains, il faut les vacciner selon le calendrier national de vaccination antitétanique chez la femme en âge de procréer en vigueur depuis 2015.

- Pour les femmes enceintes jamais vaccinées ou dont les renseignements sont incertains, elles doivent recevoir au moins 2 doses espacées de 4 semaines.

### **III.3. Programmes de lutte contre les maladies transmissibles :**

#### **III.3.1. Programme national de lutte contre la tuberculose [35] :**

##### **•Objectifs généraux:**

- Atteindre un taux annuel de diminution de l'incidence de la tuberculose de 6 % au bout de 2016.
- Eliminer la tuberculose au bout de 2050.

**•Objectifs spécifiques:**

- Augmenter le taux de détection des cas de tuberculose à plus de 95% au bout de 2016.
- Augmenter le taux de succès thérapeutique de la tuberculose à frottis positif à plus de 90 % au bout de 2016.
- Réduire de moitié le taux de perdus de vue au bout de 2016.
- Agir sur les facteurs de vulnérabilité de la tuberculose auprès des populations cibles.
- Assurer une bonne gouvernance de la lutte antituberculeuse et améliorer la gestion et la coordination à tous les niveaux.

**•Stratégie :**

- L'amélioration du dépistage et l'accessibilité au diagnostic à travers le ciblage des populations à haut risque et le renforcement du réseau de laboratoires.
- L'application des normes et standards nationaux de la prise en charge thérapeutique à tous les niveaux du système de soins,
- L'intégration de l'appui psychosocial des malades tuberculeux.
- L'amélioration de l'accessibilité au traitement et la disponibilité des médicaments,
- L'affectation et la mobilisation des ressources humaines nécessaires.
- L'amélioration de la surveillance épidémiologique et le développement de la recherche dans le domaine de la lutte antituberculeuse.

- La mise en place de mécanismes de coordination et de gestion pour assurer une bonne gouvernance à tous les niveaux central, régional et provincial.

### **III.3.2. Lutte contre les Infections sexuellement transmissibles (IST)[36] :**

#### **•Objectif général :**

Réduire l'incidence des IST et limiter la propagation de l'infection à VIH-SIDA.

#### **•Objectifs spécifiques :**

- Renforcer les activités de prévention de qualité répondant aux besoins des populations clés plus exposées au risque d'Infection Sexuellement Transmissible (IST), en particulier le VIH.
- Accroître les opportunités de conseil et de dépistage du VIH et des autres IST.
- Assurer la prise en charge médicamenteuse des IST.
- Assurer des soins de qualité et une prise en charge psychosociale pour les personnes vivants avec le VIH, incluant l'accès aux antirétroviraux.

### **III.4. Programmes de lutte contre les maladies non transmissibles :**

#### **III.4.1. Prévention et de lutte contre le diabète [37].**

#### **•Objectif général :**

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux complications dégénératives du diabète.

**•Objectifs spécifiques :**

- Equiper les structures de prise en charge des diabétiques au niveau provincial pour faciliter l'accessibilité aux soins.
- Standardiser la prise en charge des diabétiques à l'échelle nationale par l'élaboration des références thérapeutiques pour enfants et adultes.
- Approvisionner les établissements de prise en charge en médicaments antidiabétiques.
- Mettre en place un programme d'éducation thérapeutique standard des diabétiques.
- Prévenir le diabète chez les groupes à risque par le dépistage précoce.
- Actualiser les données épidémiologiques relatives au diabète (système d'information et enquête épidémiologique nationale).

**III.4.2. Lutte contre les maladies cardio-vasculaires :**

**III.4.2.1.Prévention et de lutte contre l'hypertension artérielle [38] :**

**•Objectif général :**

Réduire la morbidité liée à l'hypertension artérielle et ses complications.

**•Objectifs spécifiques :**

- Sensibiliser sur les facteurs de risque et promouvoir un mode de vie sain.
- Dépister et prendre en charge correctement les malades afin d'éviter les complications.

**•Activités :**

- Elaboration d'un programme de formation continue de personnel médical et paramédical en matière d'information, d'éducation et communication, de prise en charge et de surveillance épidémiologique de l'hypertension artérielle (HTA).
- Organisation de campagnes médicales pour le dépistage de l'hypertension artérielle au niveau de certaines provinces au profit des populations défavorisées.
- Sensibilisation de la population.
- Amélioration de l'accessibilité aux soins de l'hypertension artérielle : médicaments et appareils.

**III.4.2.2. Prévention et lutte contre le rhumatisme cardiaque [38] :**

**•Objectif général :**

Réduire l'incidence du rhumatisme cardiaque et la prévalence de la cardite rhumatismale.

**•Objectifs spécifiques :**

- Augmenter le nombre d'angines traitées.
- Réduire le taux de rechutes du rhumatisme cardiaque.
- Sensibiliser et former le personnel à la prise en charge correcte des angines.

**•Activités :**

- Formation continue de personnel : information, éducation, communication, prise en charge et surveillance épidémiologique de rhumatisme cardiaque.
- Elaboration d'un programme de prévention et de lutte contre les facteurs de risques évitables : Sensibilisation de la population en matière de rhumatisme cardiaque
- Amélioration de la prise en charge du rhumatisme cardiaque : standardisation de la prise en charge des angines et du rhumatisme articulaire aigu, amélioration de l'accessibilité au soin de rhumatisme cardiaque et dotation des structures en médicaments.

**III.4.3. Programme national de lutte contre les maladies**

néoplasiques [39]:

**•Objectif du programme :**

Améliorer la prise en charge des femmes atteintes de cancers du sein et du col utérin à travers un système organisé de dépistage, de diagnostic précoce et de traitement de ces deux cancers.

**•Stratégie :**

- Intégrer la détection précoce des cancers du sein et du col utérin dans les établissements de soins de santé de base,
- Développer les compétences des professionnels de santé,
- Mettre en place les normes de qualité en matière de prise en charge diagnostique et thérapeutique.

- Promouvoir la détection précoce des cancers du sein et du col utérin auprès du grand public
- Assurer le monitoring du programme de la détection précoce des cancers du sein et du col utérin.
- Suivre les patientes en termes de calendrier, de diagnostic et de prise en charge.
- Mettre en place un système d'information efficace.
- Développer la recherche.

### **III.5. Programme national de santé scolaire et universitaire [40]:**

#### **•Objectif général :**

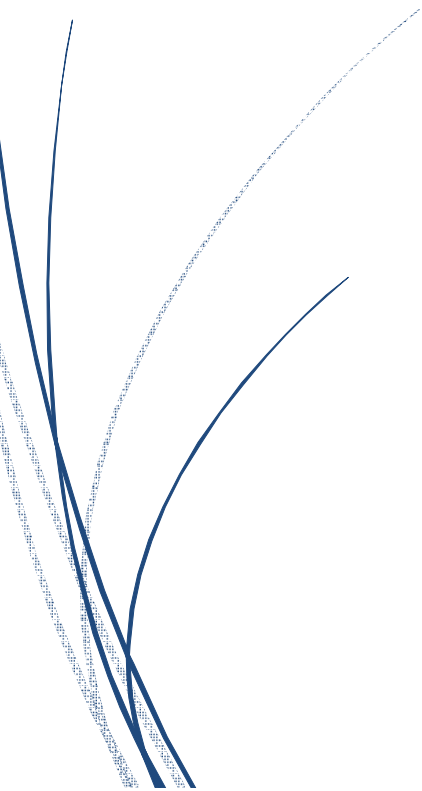
Protéger et promouvoir la santé des élèves et des étudiants pour leur assurer un meilleur développement physique et mental.

#### **•Objectifs spécifiques :**

- assurer la couverture de 90 % de la population scolaire et universitaire cible par la visite médicale systématique (VMS).
- assurer un taux de couverture par le contrôle de l'hygiène en milieu préscolaire de 60 % et en milieu universitaire de 100 %.
- atteindre un taux de couverture pour le dépistage de la malvoyance par l'échelle métrique de 84 % et par la réfraction automatique de 60 %.
- promouvoir l'éducation à la santé et le mode de vie sain en milieu scolaire et universitaire.



## *IV. Matériel et Méthode*



#### **IV.1. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude originale descriptive rétrospective menée au centre de santé Said Hajji, portant sur la période comprise entre janvier 2016 et décembre 2016. Elle a pour objectifs de mettre en exergue les activités du centre de santé Said Hajji et de déterminer les pathologies qui y sont prises en charge.

#### **IV.2. Population cible :**

Cette étude intéresse toute la population cible du centre de santé Said Hajji de l'année 2016 (Annexe II).

#### **IV.3- Lieu d'étude :**

Il s'agit d'un Centre de Santé Urbain de 1<sup>er</sup> niveau (CSU1), situé dans l'arrondissement Lamrissa à Salé (figure2).



**Fig. 2:** Centre de santé Said Hajji à Salé (*NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017*)

Il est placé sous la responsabilité d'une femme médecin généraliste assistée par une infirmière Major.

Le centre comporte :

- Cellule de Santé Materno Infantile (SMI) (figure 3) : Sous la responsabilité d'une infirmière diplômée d'état et d'une infirmière auxiliaire.
- Cellule de Planification Familiale (PF), de Suivi de la Grossesse et de l'Accouchement et de Dépistage des Cancers du Sein et du Col Utérin (figure4): gérée par une infirmière diplômée d'état et une sage femme.
- Cellule de prise en charge des diabétiques et des hypertendus (figure 5): sous la responsabilité d'une infirmière diplômée d'état et d'une infirmière auxiliaire.
- Salle de soins (figure 6): à ce niveau se fait également la prise en charge des malades tuberculeux et du rhumatisme articulaire aigu.
- Bureaux de consultation médicale (figure 7) : ils sont au nombre de trois, chacun placé sous la responsabilité d'un médecin généraliste.
- Bureau de l'infirmière Major (figure 8).
- Pharmacie (figure 9) : gérée par l'infirmière Major et une infirmière diplômée d'état.



**Fig.3 : Cellule de santé materno infantile (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said  
Hajji, Salé, 2017)**



**Fig.4 : Cellule de planification familiale, de suivi de la grossesse et de l'accouchement et de dépistage des cancers du sein et du col utérin (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017)**



**Fig.5 : Cellule de prise en charge des diabétiques et des hypertendus (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, 2017)**



**Fig.6 : Salle de soins (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017)**



**Fig.7 : Bureau de consultation (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017)**



**Fig.8 : Bureau de l'infirmière Major (*NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017*)**



**Fig. 9 : Pharmacie du centre de santé (*NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017*)**

#### **IV.4. Documents utilisés :**

Afin de réaliser cette étude, nous avons exploité les données des documents suivants :

- Rapport mensuel des activités de vaccination, nutrition, planification familiale, détection précoce des cancers du sein et du col utérin, consultation prénatale, consultation postnatale, prise en charge de l'enfant de moins de 5 ans et de soins curatifs.

- Bouclette mensuelle de la cellule préfectorale d'épidémiologie qui comporte :

- Fiche récapitulative mensuelle des rapports hebdomadaires de notification des maladies sous surveillance et de la grippe clinique.
- Fiche mensuelle de notification des maladies sous surveillance.
- Rapport mensuel de la surveillance épidémiologique des diabétiques.
- Rapport mensuel des activités des IST/SIDA.

- Bouclette trimestrielle de la cellule préfectorale d'épidémiologie qui comporte :

- Rapport trimestriel de la surveillance de l'hypertension artérielle.
- Fiche trimestrielle de déclaration des cas de rhumatisme cardiaque.
- Fiche trimestrielle de déclaration des cas d'infection sexuellement transmissible.
- Rapport trimestriel de la conjonctivite néonatale.
- Rapport trimestriel des activités de dépistage du VIH.

- Rapport mensuel des activités de lutte antituberculeuse.
- Rapport mensuel d'Information-Education-Communication pour la santé.
- Registre de la visite médicale systématique pour le préscolaire et le primaire.

#### **IV.5. Gestion de données :**

Les données collectées ont été utilisées pour calculer les chiffres annuels. Ces résultats ont été ensuite illustrés sous forme de graphiques et de tableaux à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel.

#### **IV.6. Activités du centre :**

##### **IV.6.1. Activités de la cellule de Santé Materno-Infantile (SMI) :**

###### **IV.6.1.1. Vaccination :**

La vaccination se fait selon le programme national d'immunisation (PNI).

###### • Populations cibles :

- Femmes âgées entre 15 et 45 ans, cibles de vaccination antitétanique.
- Enfants de moins de 5 ans.

###### • Documents de travail :

- Carnet de santé de l'enfant et de la femme.
- Registre de vaccination des enfants de moins de 5 ans.
- Registre de vaccination antitétanique des femmes en âge de reproduction.
- Registre de notification des événements indésirables post-vaccinaux.

- Fiche journalière de vaccination.
- Rapport mensuel de vaccination.

•Ressources matérielles :

➤ **Vaccins :**

La date de préemption du vaccin et l'état de la pastille de contrôle sont vérifiés régulièrement.

➤ **Chaîne de froid :**

Les vaccins sont des produits thermosensibles. En effet, la chaîne du froid nécessite un contrôle et une évaluation régulière pour préserver la qualité des vaccins. Deux contrôles sont effectués à l'aide d'un thermomètre et les chiffres sont notés dans un registre : Relevé quotidien de température (figure10).

Date	RELEVÉ DE TEMPERATURE		OBSERVATIONS Coupure de courant - Dégivrage Panne etc...
	8h30	16h30	
1	26	26	
2	26	24	
3	24	22	
4	24	26	
5	Samedi		
6	Dimanche		
7	24	24	
8	24	24	

**Fig.10 : Relevé quotidien de température (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said  
Hajji, Salé, 2017)**

La chaîne du froid est composée de : 2 réfrigérateurs, thermos et accumulateurs de froid.

- Réfrigérateurs :

Ils sont utilisés pour la conservation des vaccins, leur température est maintenue à +4°C, contrôlée deux fois par jour à l'aide d'un thermomètre (Figure11).



**Fig.11 : Rangement des vaccins dans le réfrigérateur (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017)**

- Thermos :

Il permet la conservation des vaccins au froid lors de la séance de vaccination à l'aide des glaçons.

- Accumulateurs du froid :

Ils sont utilisés pour garder les vaccins au froid si la température à l'intérieur du réfrigérateur est perturbée. (Figure 12)



**Fig.12 : Accumulateurs de froid (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé 2017)**

#### **IV.6.1.2. Activités de nutrition :**

Ce programme comprend les mesures anthropométriques et la supplémentation en micronutriments.

- Population cible :

Sont concernés par ce programme les enfants de moins de 5ans.

- Documents de travail :

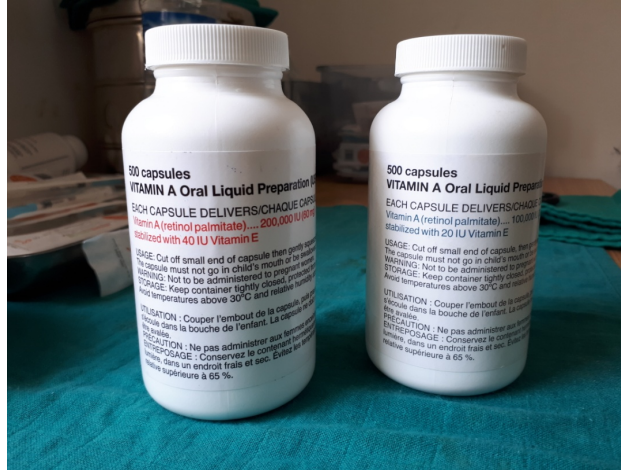
- Carnet de santé de l'enfant.
- Registre de nutrition.
- Fiche journalière des activités de nutrition.
- Rapport mensuel des activités de nutrition.

- Ressources matérielles :

**Vitamine A** : la vitamine A se présente sous forme de solution buvable dosée à 100 000 UI ou 200 000 UI, conservée à l'abri de la lumière dans des flacons opaques (Figure13).

**Vitamine D** : la vitamine D se présente sous forme de solution buvable ou injectable dosée à 200 000 UI (Ergogyl) (Figure14).

**Zinc** : Disponible sous forme de comprimés.



**Fig.13 : Vitamine A (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017)**



**Fig.14 : Vitamine D (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017.)**

•Prise en charge :

La supplémentation en micronutriments des enfants de moins de 5 ans se fait selon des calendriers nationaux (Figures15 et 16).

Supplémentation curative des enfants de moins de 5 ans

<b>Vitamine A</b>		
Pathologie	Tranche d'âge	
	Enfants de 6 à 11 mois révolus	Enfants de 12 mois et plus
Rougeole	Une dose de 100 000 UI à J1, J2, J30	Une dose de 200 000 UI à J1, J2, J30
Malnutrition protéino-énergétique	Une dose de 100 000 UI	Une dose de 200 000 UI
Insuffisance pondérale	Une dose de 100 000 UI si l'enfant n'a pas reçu de capsules depuis 1 mois	Une dose de 200 000 UI si l'enfant n'a pas reçu de capsules depuis 1 mois
Anémie sévère	Une dose de 100 000 UI accompagnant la supplémentation en fer/acide folique)	Une dose de 200 000 UI accompagnant la supplémentation en fer/acide folique)
Diarrhée persistante	Une dose de 100 000 UI	Une dose de 200 000 UI

المملكة المغربية  
ROYAUME DU MAROC

**Fig.15 : Supplémentation curative en vitamine A des enfants de moins de 5 ans (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017)**

**Calendrier de supplémentation**

Supplémentation préventive des enfants de moins de 5 ans

	A la naissance	6 mois	12 mois	18 mois
Vitamine D	200 000 UI	200 000 UI	200 000 UI	200 000 UI
Vitamine A		100 000 UI	200 000 UI	200 000 UI

Supplémentation curative des enfants de moins de 5 ans

<b>Zinc</b>		
Pathologie	Tranche d'âge	
	Enfants de moins de 6 mois	Enfants de plus de 6 mois
Diarrhée	10mg/j Durée de traitement : 10 à 14 jours	20mg /j Durée de traitement : 10 à 14 jours

**Fig. 16: Calendrier de supplémentation préventive et curative des enfants de moins de 5ans (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017.)**

### **IV.6.1.3. Soins curatifs :**

#### **A. Prise en charge de la déshydratation :**

La prise en charge de la déshydratation modérée se fait en ambulatoire, elle repose sur l'administration des solutés de réhydratation orale (SRO).

- Ressources matérielles :

La cellule de santé materno-infantile (SMI) est dotée de sachets de solutés de réhydratation orale (SRO).

- Déroulement de la séance de réhydratation :

L'évaluation de la déshydratation se fait par le médecin généraliste, et la prise en charge thérapeutique au sein du SMI se fait conformément à la prescription médicale. Elle consiste à :

- Administrer les SRO en ambulatoire sur une période de 4h en surveillant l'évolution de l'état de l'enfant.
- Supplémenter en Zinc et en vitamine A à titre curatif.
- Eduquer la mère par rapport au traitement de la diarrhée, l'alimentation et les règles d'hygiène.

#### **B. Prise en charge de la rougeole :**

Devant la suspicion d'un cas de rougeole, la conduite à tenir est la suivante:

- Administration de 3 doses curatives de vitamine A :

1<sup>ère</sup> prise, administrée le premier jour à la formation sanitaire.

2<sup>ème</sup> prise, administrée le 2<sup>ème</sup> jour à domicile.

3<sup>ème</sup> prise administrée, 4 à 6 semaines après, à la formation sanitaire.

- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Enquête biologique : grâce à un kit de prélèvement fourni par l'unité d'épidémiologie de la délégation du ministère de la santé à salé.

#### **IV.6.2. Cellule de Planification Familiale (PF), de suivi de la grossesse et de l'accouchement et de dépistage des cancers du sein et du col utérin:**

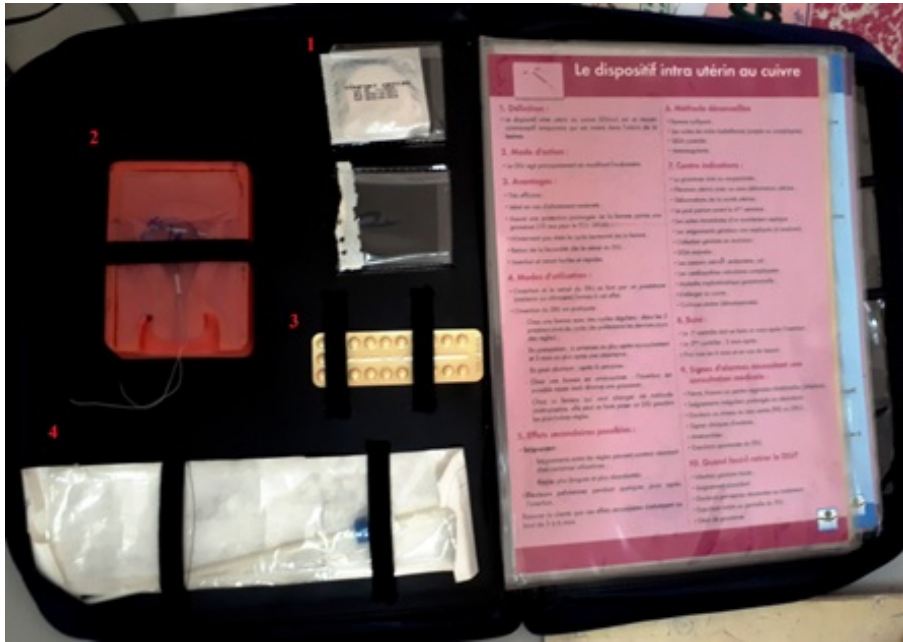
##### **IV.6.2.1. Planification familiale (PF) :**

- Documents de travail :

- Carnet de santé de la femme
- Registre de planification familiale.
- Carnet de fiches de référence.
- Fiche journalière de la planification familiale.
- Rapport mensuel des activités de planification familiale.

- Documents éducatifs :

- Dépliants.
- Trousse de démonstration (Figure17).
- Disque d'utilisation des critères de recevabilité des méthodes contraceptives (Figure18).



1 : Condom, 2 : Dispositif intra utérin, 3 : pilule, 4 : Inséreur de dispositif intra utérin.

**Fig.17 : Trousse de démonstration (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017)**



**Fig.18 : Disque d'utilisation des critères de recevabilité des méthodes contraceptives (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017)**

•Ressources matérielles :

La cellule est dotée d'un stock de :

- Dispositifs Intra-Utérins (DIU) en cuivre.
- Contraceptifs Oraux Combinés (COC),
- Pilules Micro Progestatives (PMP).
- Progestatifs Injectables (PI),
- Condoms

•Prestations offertes :

- Counseling de la cliente en matière de la planification familiale afin de faire un choix informé de la méthode contraceptive.
- Examen clinique complet afin d'éliminer les contre-indications à la méthode choisie et diagnostiquer les états nécessitant une référence.
- Information de la cliente sur les avantages et sur les effets secondaires éventuels de la méthode contraceptive choisie
- Approvisionnement de la femme en produits contraceptifs.
- Suivi régulier de la cliente et gestion d'éventuels effets secondaires.
- Référence de la cliente vers une consultation spécialisée si c'est nécessaire.

#### **IV.6.2.2. Programme de Suivi de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA) :**

Le PSGA comporte les consultations prénatales et postnatale.

Les documents de travail sont :

- Carnet de santé de la femme :
- Fiches de surveillance de la grossesse et du post-partum.
- Registre de PSGA.
- Fiche de référence et de contre-référence.
- Registre des grossesses à risque.
- Fiche journalière de la consultation prénatale
- Fiche journalière de la consultation post-natale
- Rapport mensuel des activités de PSGA

##### **A.Consultation prénatale :**

La surveillance prénatale vise à prévenir les risques liés à la grossesse, de dépister les grossesses à risque, de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour minimiser les conséquences maternelles et fœtales et effectuer une éducation sanitaire et nutritionnelle des femmes sur tous les aspects.

Toute femme enceinte doit bénéficier de 4 consultations prénatales :

- 1<sup>ère</sup> consultation prénatale (CPN) : au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse entre 12 et 15 Semaines d'Aménorrhée (SA). Elle a pour objectif de confirmer l'état de grossesse, préciser le terme, évaluer les facteurs de risque, organiser la surveillance de la grossesse, prescrire les examens utiles et donner les conseils à la femme enceinte.

- 2<sup>ème</sup> CPN : au 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse entre 24 et 28 SA, elle a pour objectif d'évaluer l'évolution de la grossesse.
- 3<sup>ème</sup> CPN : au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse entre 32 et 34 SA, elle a pour objectif de faire un pronostic de l'accouchement.
- 4<sup>ème</sup> CPN : au 9<sup>ème</sup> mois de grossesse entre 36 et 38 SA.

A l'issue de la consultation prénatale, si:

- La grossesse est sans signes de risque, la cliente bénéficie d'une mise à jour de son état vaccinal et d'une supplémentation préventive en fer.
- La grossesse présente des signes de risque, la cliente est référée vers une consultation spécialisée.

### **B. Consultation postnatale :**

La consultation post-natale se fait dans le mois qui suit l'accouchement. Elle s'adresse aux femmes déjà suivies en consultation prénatale, aux femmes non suivies qui se présentent spontanément à la consultation postnatale dans les jours qui suivent l'accouchement et à toutes les accouchées quel que soit le lieu de leur accouchement.

Elle vise à :

- Examiner la mère et le nourrisson en vue d'éviter et de dépister les complications éventuelles des suites de couches.
- Référer la mère et/ou le nouveau-né en cas de problèmes identifiés.
- Délivrer le certificat de vaccination au BCG.
- Informer et conseiller la mère en matière d'allaitement maternel, de planification familiale et de suivi de l'enfant.

#### **IV.6.2.3. Programme de dépistage des cancers du sein et du col utérin :**

Les documents de travail sont :

- Carnet de santé de la femme.
- Registre de dépistage du cancer du sein et du col utérin.
- Fiche de référence et de contre référence.
- Fiche journalière de dépistage du cancer du sein et du col utérin.
- Rapport mensuel des activités de dépistage du cancer du sein et du col utérin

##### **A. Dépistage du cancer du col utérin :**

###### **• Population cible :**

Femmes âgées entre 30 ans et 49 ans. Sont exclues du programme les femmes ayant déjà eu un cancer du col de l'utérus, les femmes enceintes à partir de la 8<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée et les femmes durant la période du post-partum jusqu'à la 6<sup>ème</sup> semaine après l'accouchement.

###### **• Prise en charge :**

Consiste à :

- Accueillir et recruter les femmes cibles.
- Informer et sensibiliser les femmes cibles sur l'importance du dépistage précoce du cancer du col utérin
- Pratiquer l'examen gynécologique.

- Pratiquer le test de l'Inspection Visuelle à l'Acide acétique (IVA) du col de l'utérus.
- Assurer le counseling et l'annonce des résultats du test de dépistage.
- Remplir les formulaires destinés au recueil des informations et des observations relevées lors de l'examen clinique et du test de dépistage,
- Orienter les femmes vers le centre de référence de la santé de la reproduction ou le service de gynécologie en cas d'anomalie pour confirmation du diagnostic.

### **B. Dépistage du cancer du sein :**

- Population cible :

Femmes âgées entre 40 et 69 ans. Sont exclues du programme toutes les femmes ayant déjà eu un cancer du sein.

- Prise en charge :

L'examen de dépistage repose sur l'inspection et la palpation du sein.

### **IV.6.3. Cellule de prise en charge des diabétiques, des hypertendus et du rhumatisme articulaire aigu :**

#### **IV.6.3 .1. Prise en charge des diabétiques :**

- Documents de travail :

- Carnet de santé du malade diabétique.
- Dossier médical du diabétique.
- Fiche de référence.
- Registre de transfert des diabétiques en consultation spécialisée.

- Registre des diabétiques.
- Registre de gestion d'insuline et des antidiabétiques oraux.
- Fiche journalière de suivi des diabétiques.
- Rapport de la surveillance épidémiologique des diabétiques.

●Ressources médicamenteuses :

- Antidiabétiques oraux :

Gliclazide (Helzol 80 mg)

Glimépiride (Geprid 2 mg)

Métformine (ADO 500 mg/ 1000mg)

- Insuline :

Insuline rapide (Actrapid100UI/mL)

Insuline semi-lente (Insulatard 100 UI)

Insuline semi-lente pré-mélangée (Mixtard 30)

Les flacons d'insuline sont conservés dans un réfrigérateur maintenu à une température comprise entre +2°C et +8°C (Figure19).



**Fig.19 : Arrangement des flacons d'insuline dans le réfrigérateur (NOKROU Meryeme, Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017)**

•Prise en charge des diabétiques :

Le médecin généraliste et les infirmières de la cellule assurent :

- Dépistage des cas de diabète.
- Prise en charge et suivi des malades diabétiques en fonction des normes du programme.
- Approvisionnement en antidiabétiques oraux et en insuline.
- Dépistage des complications.
- Référence des malades vers la consultation spécialisée si c'est nécessaire.
- Education des malades diabétiques.

#### **IV.6.3.2. Prise en charge des hypertendus :**

- Documents de travail :

- Carnet de santé de l'hypertendu à couverture rouge.
- Carnet de suivi de l'hypertendu.
- Registre des hypertendus.
- Registre de gestion des antihypertenseurs.
- Fiche journalière de suivi des hypertendus.
- Fiche de référence.
- Rapport trimestriel de la surveillance de l'hypertension artérielle.

- Ressources médicamenteuses :

La pharmacie de la cellule comporte :

- Inhibiteurs calciques : Amlodipine 5mg et 10mg
- Inhibiteurs des enzymes de conversion : Ramipril 5mg et 10mg
- Antagonistes de la rénine angiotensine : Losartan 50 mg et 100 mg
- Diurétique : Hydrochlorothiazide 25 mg, Indapamide 1,5mg
- Béta-bloquants : Atenolol 10mg
- Hypocholestérolémiants : Statines
- Cardioaspirine.

•Prise en charge :

Le médecin généraliste et les infirmières de la cellule assurent :

- Dépistage des cas d'hypertension artérielle,
- Prise en charge et suivi des malades hypertendus,
- Approvisionnement en médicaments antihypertenseurs,
- Dépistage des complications,
- Référence des malades nécessitant une consultation spécialisée.

**IV.6.3.3.Prise en charge du Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA) :**

•Documents de travail :

- Carnet de santé du malade.
- Ordonnance du malade rédigée par le médecin spécialiste.
- Fiche individuelle de cas de rhumatisme cardiaque.
- Registre de rhumatisme articulaire aigu.
- Fiche mensuelle de notification des maladies sous surveillance.
- Fiche de déclaration trimestrielle des cas du rhumatisme cardiaque.

•Ressources médicamenteuses :

Extencilline injectable dosée à 1,2 MUI et 0,6 MUI.

•Prise en charge :

Les sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu sont suivis en consultation spécialisée, ils se présentent au niveau du centre de santé pour prise en charge thérapeutique.

Tout malade est muni d'une ordonnance médicale et d'un carnet de santé.

La prise en charge consiste à :

- Accueillir les malades et les recruter dans le programme.
- Administrer l'Extencilline.
- Rappeler le rendez-vous de contrôle chez le médecin spécialiste.
- Eduquer le patient par rapport aux mesures hygiéno-diététiques.

#### **IV.6.4. Prise en charge des tuberculeux :**

Les malades tuberculeux sont diagnostiqués au niveau du centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR), puis ils sont adressés au centre de santé, munis des fiches de traitement et d'enquête, pour prise en charge thérapeutique et suivi.

• Document de travail :

- Fiche de traitement.
- Fiche d'enquête autour d'un cas de tuberculose.
- Registre de l'établissement de soins de santé primaire pour le traitement de la tuberculose.
- Registre de dépistage et de traitement prophylactique de la tuberculose.
- Rapport mensuel du devenir des malades tuberculeux.
- Rapport mensuel des activités de lutte anti-tuberculeuse.

•Ressources médicamenteuses :

- Antibacillaires :

ERIP-K4 (FA)	Ethambutol 500mg
RIP- K3 (FA)	Isoniazide 50 mg
RH (FP) (60-30)	Pyrazinamide 500 mg
RH (FP) (60-60)	Rifinah 150 mg
Rifinah 300 mg	

- Tuberculine : Tuberculine purifiée IP48.

•Prise en charge des tuberculeux:

➤ **Prise en charge thérapeutique :**

Elle repose sur le traitement directement observé, le malade tuberculeux se présente au niveau du centre de santé quotidiennement pendant toute la durée du traitement pour s’approvisionner en médicaments antibacillaires.

➤ **Enquête autour d’un cas tuberculeux :**

L’enquête vise à dépister les cas tuberculeux dans l’entourage des malades. En effet, une intradermoréaction à la tuberculine est pratiquée chez les sujets contacts. Les cas suspects sont référés vers le centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR).

➤ **Prise en charge des effets indésirables :**

Les patients qui présentent des effets indésirables liés à la prise des antibacillaires sont également notifiés et référés vers le CTDMR.

#### **IV.6.5. Consultation médicale :**

##### **IV.6.5.1. Prise en charge du nourrisson de moins de 02 mois :**

- Documents de travail :

- Carnet de santé de l'enfant.
- Registre de prise en charge de l'enfant malade de moins de 2 mois.
- Rapport mensuel de prise en charge du nourrisson malade de 2 mois.

- Prise en charge:

Toute consultation médicale impose la recherche systématique de :

- Infection bactérienne.
- Ictère.
- Diarrhée et signe de déshydratation.
- Insuffisance pondérale.
- Problèmes d'alimentation

Les nourrissons nécessitant un rattrapage vaccinal ou un rattrapage de vitamine D sont renvoyés vers la cellule de Santé Materno Infantile (SMI).

L'éducation de la mère a lieu à la fin de toute consultation médicale.

##### **IV.6.5.2. Prise en charge de l'enfant malade de 2 à 59 mois :**

- Documents de travail :

- Carnet de santé de l'enfant.
- Registre de prise en charge de l'enfant malade de 2 à 59 mois.
- Rapport mensuel de prise en charge de l'enfant malade de 2 à 59 mois.

- Prise en charge :

Dans le cadre de la prise en charge intégrée de l'enfant de moins de 5 ans, le médecin cherche systématiquement les problèmes suivants :

- Problèmes de l'appareil respiratoire
- Diarrhée
- Problème de gorge : Angines
- Problème d'oreille.
- Maladie fébrile notamment la méningite et la rougeole.
- Problème d'anémie.
- Troubles nutritionnels : insuffisance pondérale ou malnutrition

Les enfants destinés au rattrapage de vaccins et de supplémentation vitaminique sont renvoyés vers la cellule de Santé Materno Infantile (SMI).

#### **IV.6.5.3- Consultation médicale curative :**

- Documents de travail :

- Carnet de santé du malade.
- Carnet de santé de la femme.
- Registre de consultation curative médicale.
- Rapport mensuel des soins curatifs.

- Prise en charge :

Les malades reçus au niveau du bureau de consultation médicale bénéficient d'un interrogatoire et d'un examen minutieux.

A l'issue de la consultation médicale, le patient est, soit :

- Pris en charge par le centre de santé.
- Référé d'urgence vers un hôpital.
- Référé à froid pour consultation spécialisée
- Référé à froid pour bilan complémentaire.

Les femmes nécessitant un rattrapage de vaccin sont envoyés vers la cellule de Santé Materno Infantile alors que celles cibles du dépistage des cancers du sein et du col utérin sont envoyées vers la cellule qui s'en charge.

#### **IV.6.5.4. Prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) :**

• Documents de travail :

- Carnet de santé du malade.
- Registre de la consultation curative médicale.
- Rapport mensuel des activités IST/SIDA.
- Rapport trimestriel des activités de dépistage du VIH.
- Fiche trimestrielle de déclaration syndromique des cas d'IST.

• Prise en charge :

Elle consiste à :

- Dépister et prendre en charge les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) selon les algorithmes en vigueur,
- Approvisionner en médicaments,

- Eduquer et informer sur les risques des IST et les moyens de prévention.
- Encourager le dépistage du VIH.
- Notifier les infections sexuellement transmissibles.

#### **IV.6.5.5. Notification des maladies sous surveillance :**

Les maladies sous surveillance sont :

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| - Paralysie flasque aigue.   | - Coqueluche             |
| - Tétanos.                   | - Diphtérie              |
| - Méningite                  | - Trachome               |
| - Typhoïde                   | - Conjonctivite          |
| - Hépatite virale A<br>Aigu  | - Rhumatisme articulaire |
| - Leptospirose               | - Rage humaine.          |
| - Toxi-infection alimentaire | - Grippe.                |
| - Tuberculose.               | - Urétrites              |
| - Paludisme.                 | - Rougeole               |
| - Bilharziose.               | - Leishmaniose           |
| - Lèpre.                     | - Syphilis               |

#### **IV.6.6. Activités de l'hygiène scolaire :**

Il s'agit de l'ensemble des activités préventives, éducatives et curatives entreprises au niveau des établissements scolaires.

•Population cible :

- Les enfants nouvellement inscrits en préscolaire entre l'âge de 4 et 6 ans.
- Les élèves de 1<sup>ère</sup> année de l'enseignement primaire
- Les élèves de la 1<sup>ère</sup> année du collège.

•Lieu des activités :

- Les enfants inscrits en préscolaire sont accueillis au niveau du centre de santé.
- Les élèves de 1<sup>ère</sup> année de l'enseignement primaire et les élèves de la 1<sup>ère</sup> année du collège sont vus au niveau des établissements scolaires.

•Documents de travail :

- Carnet de santé de l'enfant.
- Fiche médicale scolaire.
- Attestation de visite médicale systématique.
- Fiche de liaison.
- Registre de la visite médicale systématique pour le préscolaire et le primaire.
- Rapport de la visite médicale systématique.

•Déroulement de l'activité :

Le programme de l'hygiène scolaire comporte :

Les activités assurées par le médecin :

- La visite médicale systématique : elle a pour objectifs de surveiller la croissance staturo-pondérale, dépister les malformations et les déficiences sensorielles, détecter les troubles du développement pubertaire et apprécier l'aptitude de l'élève à la pratique de l'éducation physique.

- Education physique et contrôle sportif : consiste à sensibiliser les élèves à pratiquer l'éducation physique.

- Délivrance de certificats médicaux : notamment le certificat d'éviction scolaire et de guérison en cas de maladie contagieuse et le certificat de dispense d'éducation physique.

- Education pour la santé.

- Ecoute et orientation : permet aux élèves d'exprimer des malaises ou des préoccupations afin de les conseiller, les assister ou les orienter vers les services appropriés.

Les activités assurées par l'infirmier :

- Dépistage des ophtalmies transmissibles.

- Dépistage des déficiences visuelles par l'échelle métrique.

- Contrôle de l'état de santé des élèves : hygiène corporelle et vestimentaire, maladies endémo-épidémique telles que les teignes, la gale et les conjonctivites.

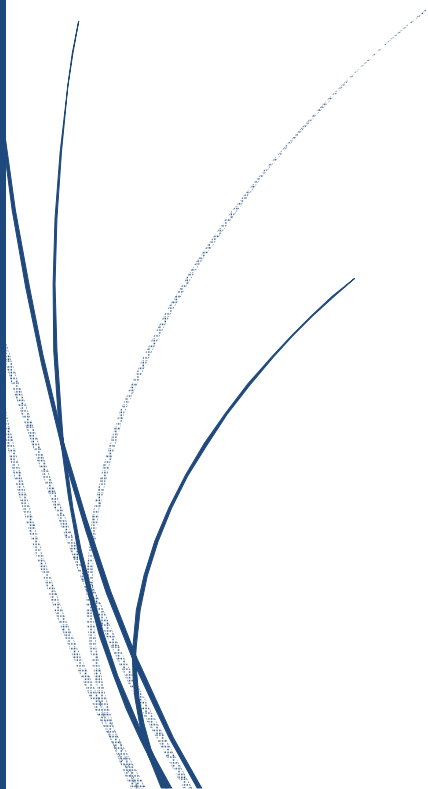
- Education pour la santé.

- Activités d'hygiène bucco-dentaire.

A l'issue d'une séance d'hygiène scolaire, les élèves présentant des problèmes de santé sont référés vers un établissement de soins pour prise en charge par le biais d'une fiche de liaison.



## *V. Résultats*



## V.1. Activités de la cellule de santé materno-infantile (SMI) :

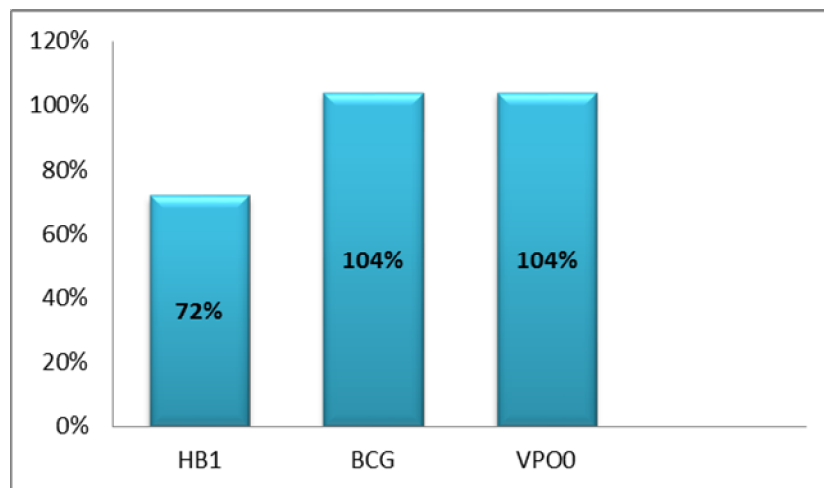
### V.1.1. Vaccination :

#### V.1.1.1. Vaccination des enfants de moins de 5 ans :

- Couverture vaccinale des nouveaux nés :

Le nombre de naissances attendues pour l'année 2016 était estimé à 756.

792 nouveaux nés ont été reçus au niveau de la formation sanitaire, dont 95% nés de mères protégées. Le graphique 1 montre les taux de couverture des nouveaux nés par la vaccination contre l'hépatite B (HB1), le BCG et le Vaccin anti Poliomyélitique Oral (VPO0).



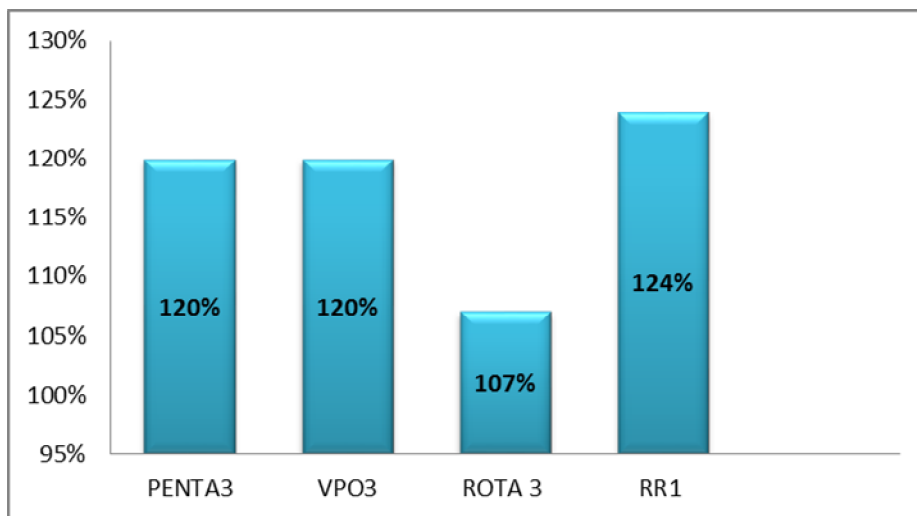
HB : Hépatite B, BCG : Bacille de Calmette et Guérin, VPO : Vaccin anti Poliomyélitique Oral.

**Graphique 1: Taux de couverture vaccinale des nouveaux nés (*centre de santé Said Hajji, Salé, 2016*)**

- Couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois :

La population cible était estimée à 742 enfants.

Le graphique 2 illustre la performance du programme national d'immunisation en matière de couverture vaccinale des enfants âgés entre 0 et 11 mois.



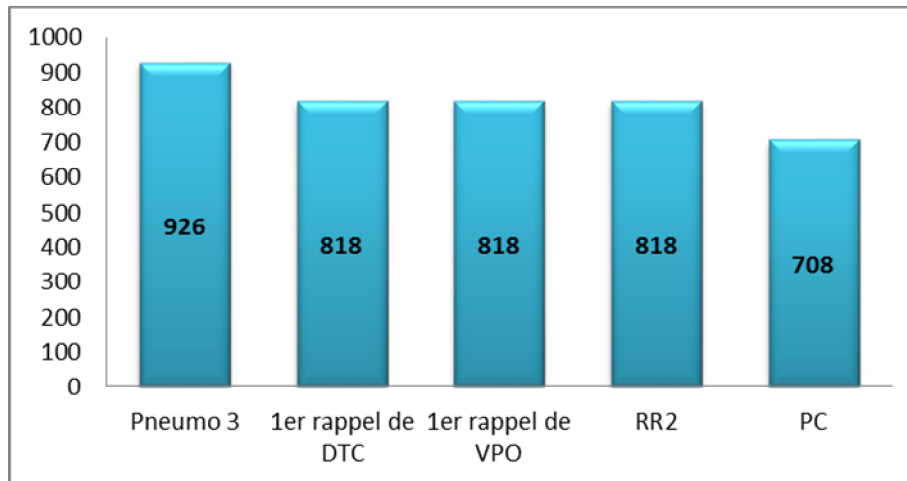
Penta : vaccin Pentavalent, VPO : vaccin anti Poliomyélitique Oral, RR : Rougeole, Rubéole.

**Graphique 2 : Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois (*centre de santé Said Hajji, Salé, 2016*)**

- Couverture vaccinale des enfants de 11 à 23 mois :

La population cible était estimée à 708 enfants.

Le graphique 3 indique le nombre d'enfants âgés de 11 à 23 mois ayant bénéficié d'une couverture vaccinale en 2016.



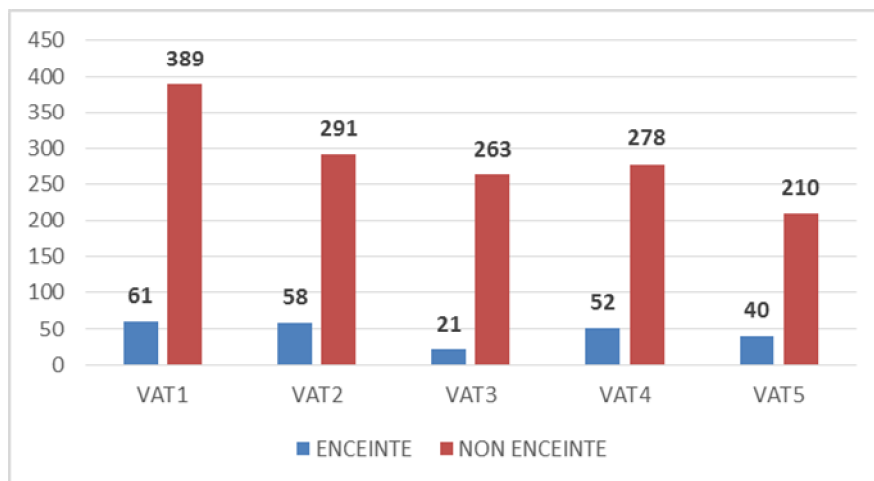
Pneumo : Pneumocoque, DTC : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, VPO : Vaccin anti Poliomyélitique, RR : Rougeole Rubéole, PC : Population Cible.

**Graphique 3 : Nombre d'enfants de 11 à 23 mois ayant bénéficié d'une couverture vaccinale en en 2016 (Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016)**

#### **V.1.1.2. Vaccination anti tétanique des femmes en âge de reproduction.**

En 2016, 1663 femmes ont bénéficié d'une vaccination antitétanique dont 232 enceintes et 450 femmes recrutées dans le programme pour la 1<sup>ère</sup> fois.

Le graphique 4 montre la performance du programme national d'immunisation en matière de vaccination antitétanique des femmes en âge de reproduction.



VAT : Vaccination anti Tétanique.

**Graphique 4: Nombre de femmes en âge de reproduction ayant bénéficié de vaccination antitétanique (Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016).**

### **V.1.1.3. Notification des maladies cibles de vaccination :**

Deux cas de rougeoles ont été suspectés. Pas de données sur la confirmation biologique.

### **V.1.2. Nutrition :**

#### **V.1.2.1. Pesée des enfants de moins de 5 ans :**

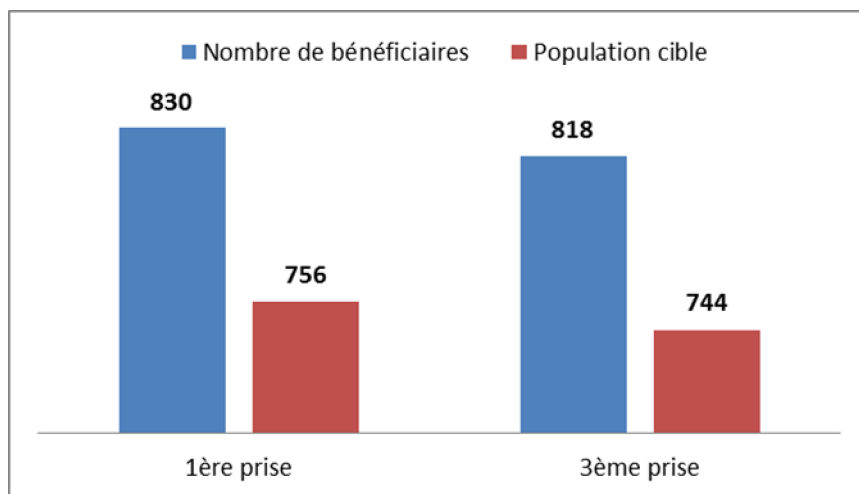
La cellule de santé materno-infantile (SMI) a réalisé 11887 pesées et mesures de taille en faveur des enfants de moins de 2 ans et 2179 en faveur des enfants âgés de 2 à 5ans ; deux cas d'insuffisance pondérale ont été détectés.

#### **V.1.2.2. Supplémentation préventive de vitamine A :**

La population cible de la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> doses de vitamine A était estimée à 756 enfants et celle cible de la 3<sup>ème</sup> dose était estimée à 742 enfants.

Le graphique 5 montre le nombre d'enfants qui ont bénéficié de la supplémentation préventive de vitamine A par rapport à la population cible.

Notre étude révèle des taux de couverture par la 1<sup>ère</sup> et la 3<sup>ème</sup> doses préventives respectivement à 109,78% et 109,94%.

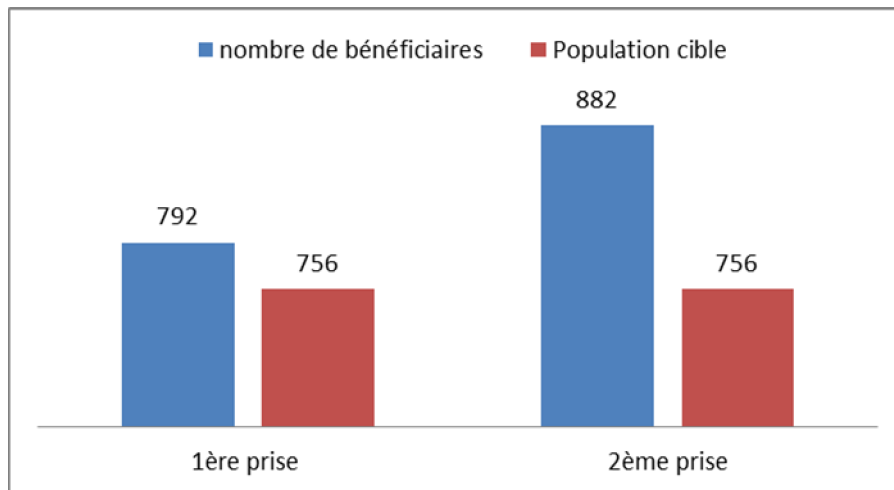


**Graphique 5: Nombre d'enfants ayant bénéficié de la supplémentation préventive en vitamine A par rapport à la population cible (Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016).**

### **V.1.2.3. Supplémentation préventive de vitamine D :**

Les couvertures par la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> doses préventives ont atteint respectivement 104,76 % et 116,66 %.

Le graphique 6 illustre la performance du programme de lutte contre les maladies de carence en matière de supplémentation préventive en vitamine D.



**Graphique 6 : Nombre d'enfants ayant bénéficié de la supplémentation préventive en vitamine D par rapport à la population cible (Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016)**

### **V.1.3. Soins curatifs :**

- Prise en charge de la déshydratation modérée :

En 2016, trois enfants ont présenté une Déshydratation modérée secondaire à une diarrhée qui a nécessité une prise en charge en ambulatoire : Réhydratation par les Solutés de Réhydratation Orale (SRO).

- Supplémentation curative de Zinc :

La supplémentation en zinc a concerné 130 enfants de moins de 5 ans en Novembre 2016 et 02 enfants en Décembre 2016.

- Supplémentation curative de vitamine A :

En janvier 2016, un cas de rougeole a nécessité l'administration des 2 premières doses de vitamine A à titre curatif.

En Avril 2016, un 2<sup>ème</sup> cas de rougeole a été dépisté et pris en charge par l'administration des 2 premières doses curatives de vitamine A. La troisième dose a été reçue en Juin 2016.

## V.2. Activités de la cellule de Planification Familiale, de Suivi de la Grossesse et de l'Accouchement, de dépistage des cancers du sein et du col Utérin:

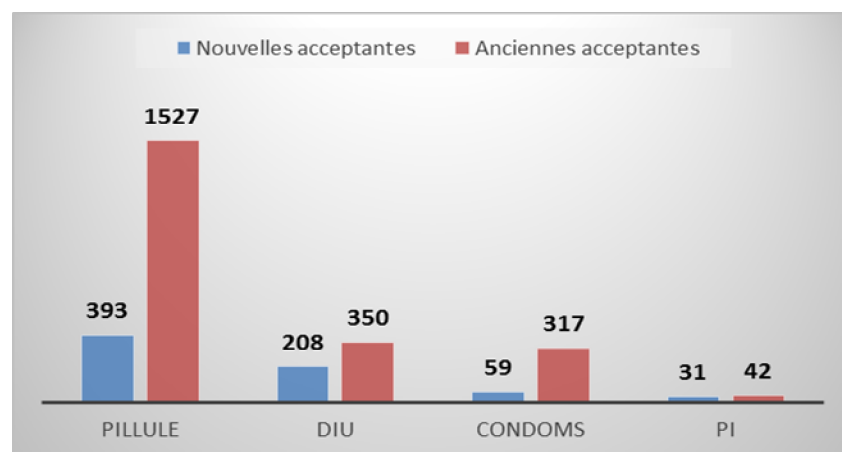
### V.2.1. Planification familiale (PF) :

La cellule a reçu un total de 2927 femmes souhaitant bénéficier des prestations de PF, dont 691 nouvelles acceptantes.

Le nombre de femmes ayant bénéficié d'une insertion de Dispositif Intra Utérin (DIU) est de 208, soit 21 % des nouvelles acceptantes, tandis que 233 femmes se sont présentées pour un contrôle et 27 femmes ont choisi le retrait du stérilet.

La cellule a référé 2 femmes présentant des complications sur DIU et une femme souhaitant faire une ligature des trompes.

Le graphique 7 montre la répartition des femmes acceptantes par méthode de contraception.



DIU : Dispositif Intra Utérin, PI : Progestatifs Injectables

**Graphique 7 : Nombre d'acceptantes par méthode de contraception (centre de santé Said Hajji, Salé, 2016.**

## V.2.2. Suivi de la grossesse et de l'accouchement :

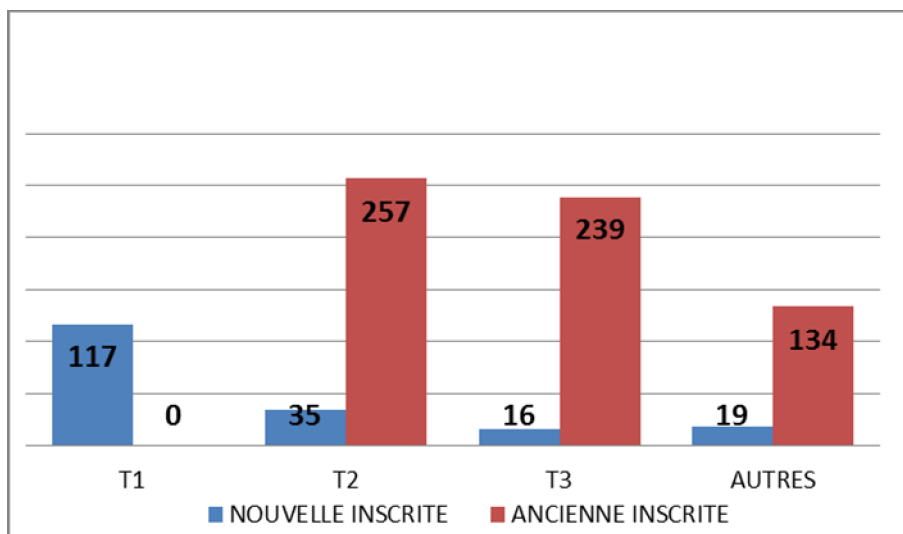
### V.2.2.1. Consultation prénatale.

La cellule a réalisé un total de 817 consultations prénatales dont 187 en faveur de nouvelles inscrites.

La majorité des nouvelles inscrites ont consulté pendant le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse, soit un pourcentage de 62,5 % alors que 18 % ont consulté pendant le 2<sup>ème</sup> trimestre de leur grossesse (Graphique 8).

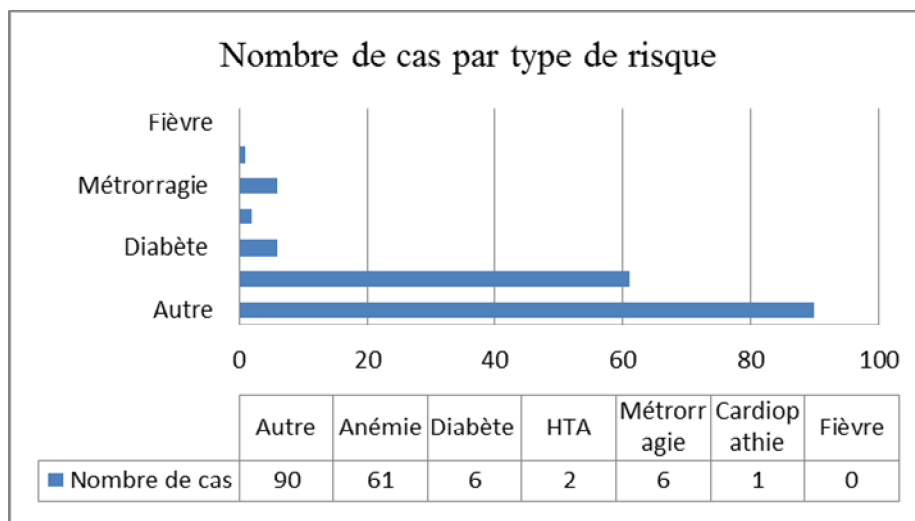
401 femmes ont été supplémentées en Fer.

167 femmes ont présenté des complications notamment l'anémie et le diabète. (Graphique 9) ; 56 de ces femmes ont été référées vers une formation de référence.



T : Trimestre

**Graphique 8: Nombre de bénéficiaires de consultations prénatales selon l'âge de grossesse (Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016)**



HTA : Hypertension Artérielle.

**Graphique 9: Nombres de grossesses à risque réparties par type de risque (Centre de santé Said Hajji, Salé, 2017)**

#### **V.2.2.2. Consultation postnatale.**

677 femmes ont accouché en milieu surveillé et deux ont accouché à domicile.

836 femmes ont bénéficié d'une consultation postnatale et 34 ont présenté des complications de post partum.

#### **V.2.3. Dépistage des cancers du sein et du col utérin**

##### **V.2.3.1. Cancer du sein :**

Dans le cadre du dépistage précoce du cancer du sein, 1595 examens de dépistage ont été réalisés au titre de l'année 2016 dont 919 en faveur de femmes nouvellement recrutées dans le programme. Le taux de recrutement était de 33%.

23 femmes ont été référées pour des anomalies à l'examen ou des antécédents particuliers.

85 séances de sensibilisation et d'éducation ont été également organisées en faveur des femmes cibles.

### V.2.3.2. Cancer du col utérin

En 2016, le centre a recruté 247 nouvelles femmes cibles du programme de dépistage précoce du cancer du col utérin, soit un taux de recrutement de 4 %.

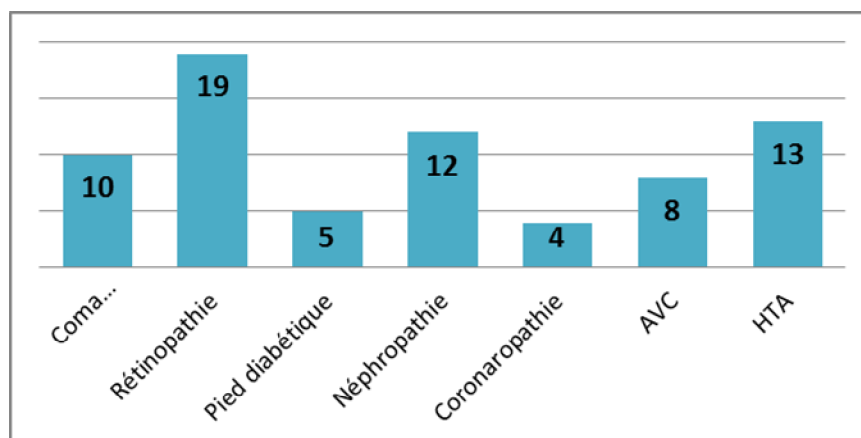
Au total, 353 femmes ont été examinées et 31 ont été référées pour des anomalies à l'Inspection Visuelle à l'Acide acétique (IVA).

## V.3. Cellule de prise en charge des diabétiques et des hypertendus.

### V.3.1. Diabète :

En 2016, la cellule de prise en charge des diabétiques a reçu 1034 diabétiques dont 101 nouvellement dépistés.

Un total de 71 cas ont présenté des complications secondaires au diabète notamment la rétinopathie diabétique, la néphropathie diabétique, l'hypertension artérielle et les comas hypoglycémiques ou acidocétoniques (Graphique 10).



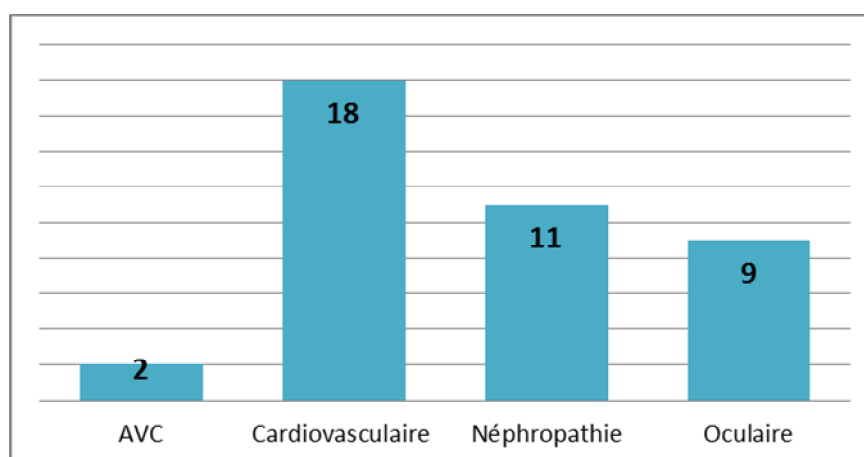
AVC : Accident vasculaire Cérébral, HTA : Hypertension artérielle.

**Graphique 10 : Nombre de diabétiques ayant présenté des complications selon le type de complication (Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016)**

### V.3.2.Hypertension artérielle.

584 hypertendus ont été pris en charge au niveau du centre de santé Said Hajji au titre de l'année 2016 dont 57 cas nouvellement dépistés.

Des complications cardiovasculaires ont été dépistées chez 18 sujets hypertendus (Graphique 11).



AVC : Accident Vasculaire Cérébral

**Graphique 11 : Nombre d'hypertendus ayant présenté des complications par type de complication (Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016)**

### V.4. Prise en charge du rhumatisme cardiaque :

En matière de lutte contre le rhumatisme cardiaque, 958 angines ont été traitées au niveau du centre de santé et 15 cas de rhumatisme cardiaque ont été reçus pour prise en charge thérapeutique.

### V.5. Prise en charge des malades tuberculeux.

La formation a admis 52 nouveaux cas tuberculeux pour prise en charge thérapeutique et suivi.

Le dépistage de la tuberculose par le test d'intradermoréaction à la tuberculine a concerné 29 personnes.

Dans le cadre de suivi des sujets tuberculeux, 33 malades ont été contactés par téléphone pour relance thérapeutique.

Le nombre d'enquêtes effectuées est de 08.

## **V.6. Consultation curative médicale :**

### **V.6.1. Prise en charge des enfants de moins de 2 mois :**

Les bureaux de consultation médicale ont reçu 829 nourrissons âgés de 0 à 2 mois pour des motifs divers.

Dans le cadre de la prise en charge intégrée des nourrissons de 0 à 2 mois, 42 cas d'ictère probablement bénin ont été dépistés et 5 cas d'infection bactérienne locale ont été notés.

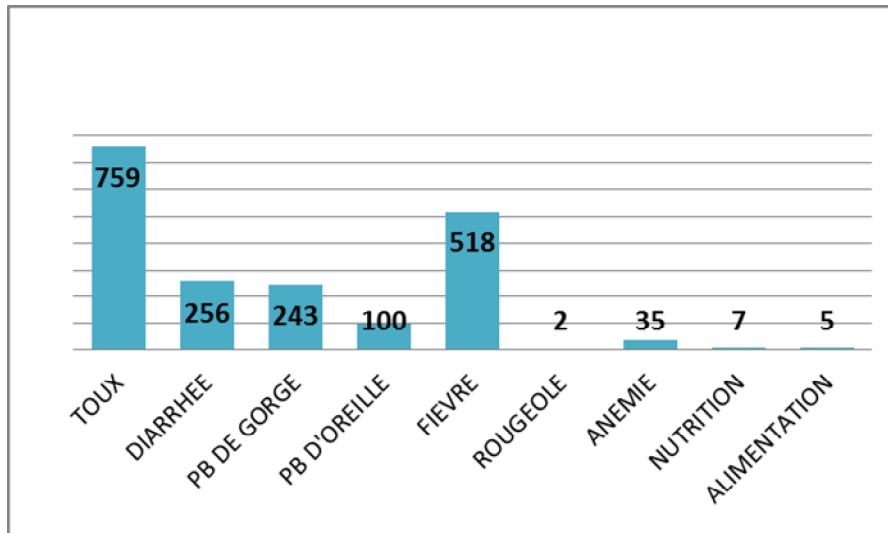
Six nourrissons ont été référés à froid pour avis spécialisé.

### **V.6.2. Prise en charge des enfants de 2 mois à 5 ans :**

#### **V.6.2.1. Prise en charge intégrée des enfants de 2 mois à 59 mois :**

Le nombre total d'enfants âgés de 2 mois à 59 mois vus en consultation médicale était de 3950.

La prise en charge intégrée des enfants de 2 mois à 59 mois a permis la mise en évidence des problèmes de santé suivants (Graphique12).



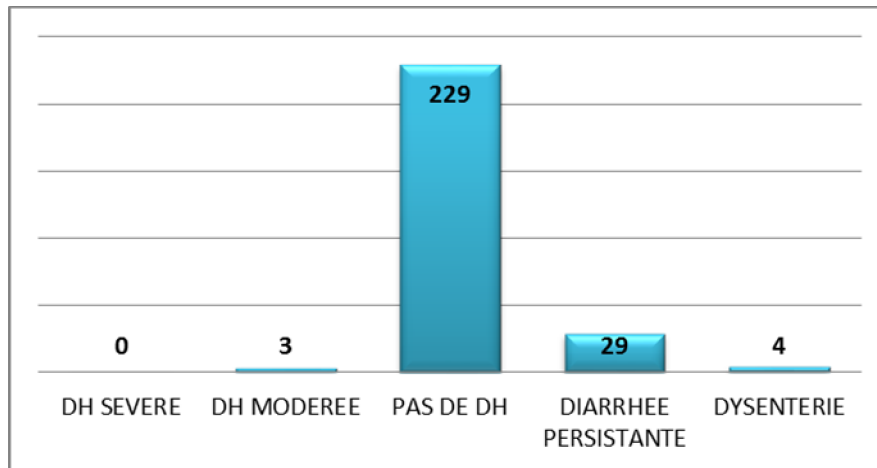
PB : Problème.

**Graphique 12: Bilan de la prise en charge intégrée des enfants de 2 mois à 59 mois  
(Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016)**

62 enfants ont été référés à froid pour des bilans complémentaires, 31 référés à froid pour un avis spécialisé et 4 enfants ont été référés d'urgence à l'hôpital.

#### **V.6.2.2. Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques :**

Un total de 256 cas de diarrhée a été notifié, dont 29 diarrhées persistantes et 3 accompagnées d'une déshydratation modérée (Graphique 13).

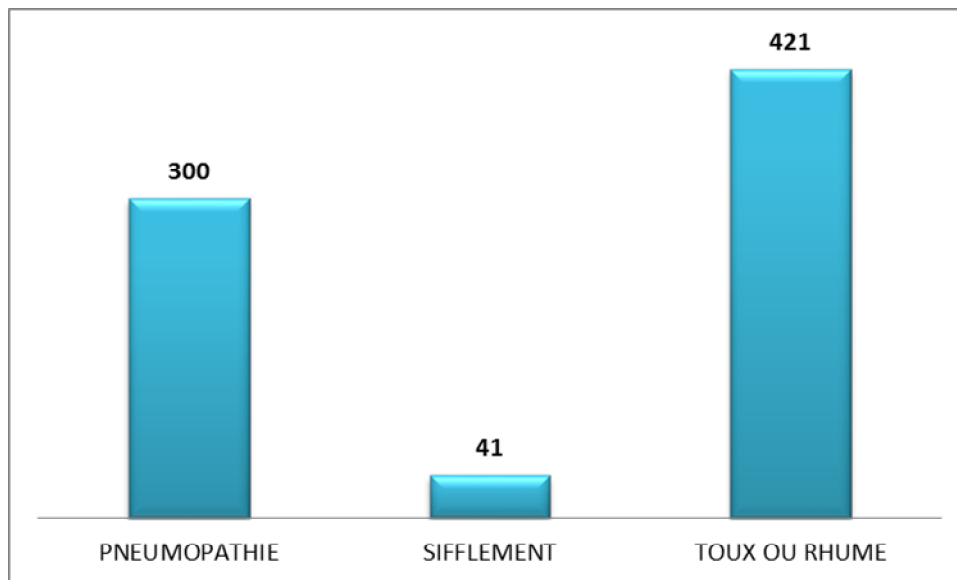


DH : Déshydratation.

**Graphique 13 : Bilan du programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques**  
*(Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016)*

**V.6.2.3. Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA) :**

759 enfants ont présenté des problèmes respiratoires répartis comme suit (Graphique14) :



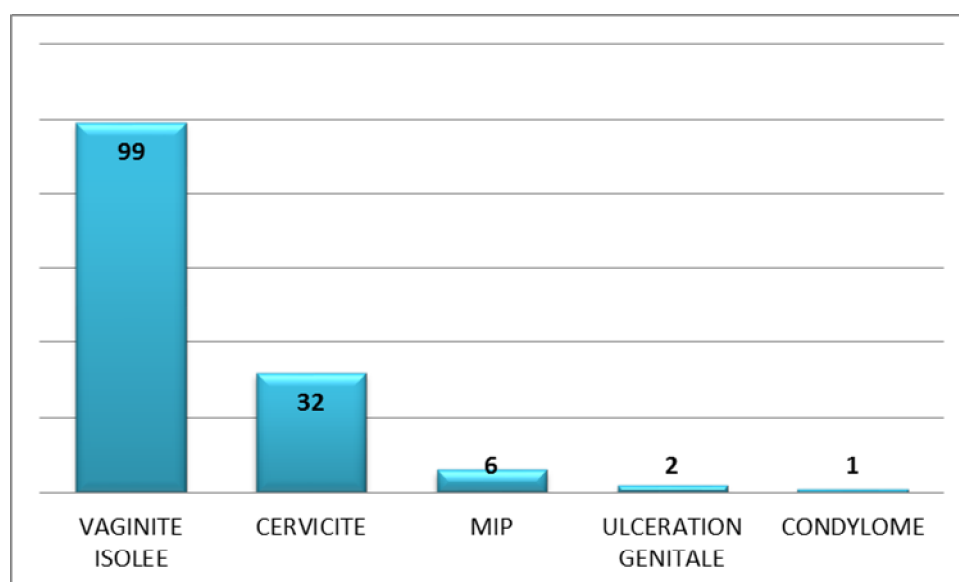
**Graphique 14 : Bilan du programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës**  
*(Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016)*

### V.6.3. Consultation médicale curative.

Les bureaux de consultation médicale ont reçu un total de 21757 personnes au titre de l'année 2016, dont 4 % ont été référés à froid pour un bilan complémentaire ou un avis spécialisé.

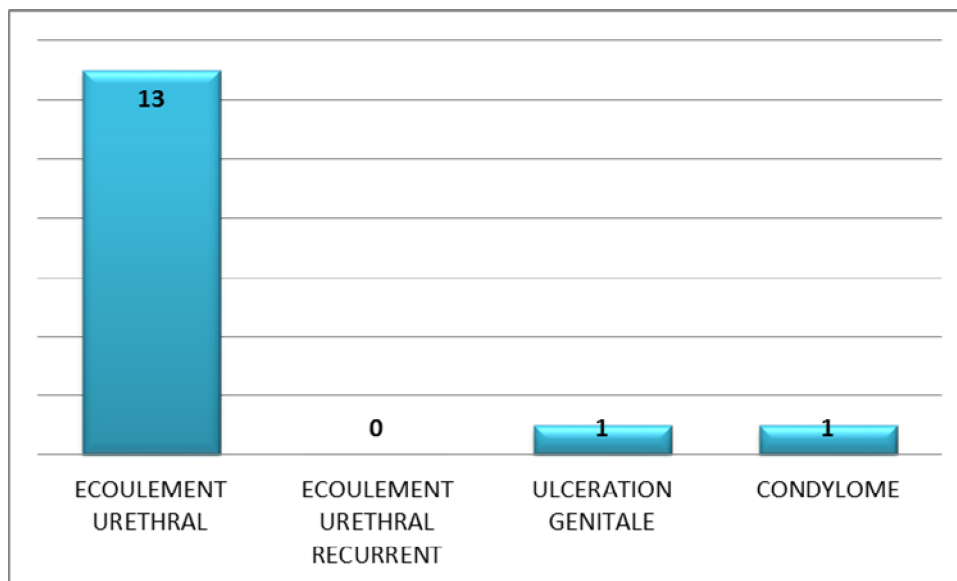
Dans le cadre de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST), un total de 155 cas d'IST a été notifié. (Graphiques 15 et 16)

92 personnes ayant consulté pour IST ont été testées pour VIH. (Tableau X)



IST : Infection Sexuellement Transmissible, MIP : Maladie Inflammatoire Pelvienne.

**Graphique 15 : Nombre de femmes ayant présenté une infection sexuellement transmissible (Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016)**



IST : Infection Sexuellement Transmissible.

**Graphique 16 : Nombre d'hommes ayant présenté une infection sexuellement transmissible (Centre de Santé Said Hajji, Salé, 2016.)**

**Tableau X : Nombre de personnes testées pour VIH selon la population cible (centre santé Said Hajji, Salé, 2016)**

Population cible	Nombre de tests
Femmes enceintes	120
Patients consultant pour IST	92
Tuberculeux	09
Cas positifs	00

IST : Infection Sexuellement Transmissible

## **V.7. Hygiène scolaire :**

Le centre de santé Said Hajji a fait bénéficier les élèves de 3 écoles primaires d'une visite médicale systématique (VMS) :

- Ecole Boukmakh : 81 bénéficiaires

La VMS a permis de dépister les problèmes suivants : 9 cas de baisse de l'acuité visuelle, 3 cas de conjonctivite, 3 cas de strabisme, 2 cas d'anémie et 2 cas d'ectopie testiculaire.

- Ecole Atlas : 55 bénéficiaires

Les troubles dépistés sont : 12 cas de baisse de l'acuité visuelle, 1 cas de varicelle, 1 cas de diarrhée chronique et 1 cas d'anémie.

- Ecole Chouhada : 48 bénéficiaires

Les troubles dépistés sont : 3 cas de strabisme, 1 cas d'anémie, 1 cas d'hyperactivité associée à un problème de langage et 1 cas de retard psychologique associé à un problème de langage.

## **V.8. Séances d'Information-Education- Communication (IEC) :**

Le centre a organisé un total de 802 séances d'IEC en faveur des populations cibles des programmes sanitaires nationaux :

- Séances en faveur de la santé infantile (Tableau XI) :

**Tableau XI: Séances d'Information-Education-Communication organisées en faveur de la santé infantile (Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016)**

Programme sanitaire	Nombre de séance d'IEC	Nombre de bénéficiaires
PNI	192	6147
PLMD	58	3652
PNLMC	52	343
PLIRA	28	312
Allaitement maternel	40	480

PNI : Programme National d'Immunisation, PLMD : Programme de Lutte contre les maladies Diarrhéiques, PNLMC : Programme National de Lutte contre les Maladies de Carence, PLIRA : Programme de Lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës, IEC : Information, Education, Communication. IEC : Information-Education –Communication

- Séances en faveur de la santé maternelle (Tableau XII) :

**Tableau XII: Séances d'Information-Education-Communication (IEC) organisées en faveur de la santé maternelle, (Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016.)**

Programme sanitaire	Nombre de séances d'IEC	Nombre de bénéficiaires
PF	55	675
PSGA	53	650
PDCSCU	95	20694

PF : Planification Familiale, PSGA : Programme de Suivi de la Grossesse et de l'Accouchement, PDCSCU : Programme de Dépistage des Cancers du Sein et du Col Utérin, IEC : Information-Education-Information.

- Lutte contre les maladies transmissibles (Tableau XIII)

**Tableau XIII : Séances d'Information-Education-Communication organisées dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles (Centre de santé Said Hajji, Salé, 2016)**

Programme sanitaire	Nombre de séances d'IEC	Nombre de bénéficiaires
Lutte antituberculeuse	89	485
Lutte contre les IST	28	421

IST : Infection sexuellement transmissible, IEC : Information, Education, Communication.

- Lutte contre les maladies non transmissibles (Tableau XIV) :

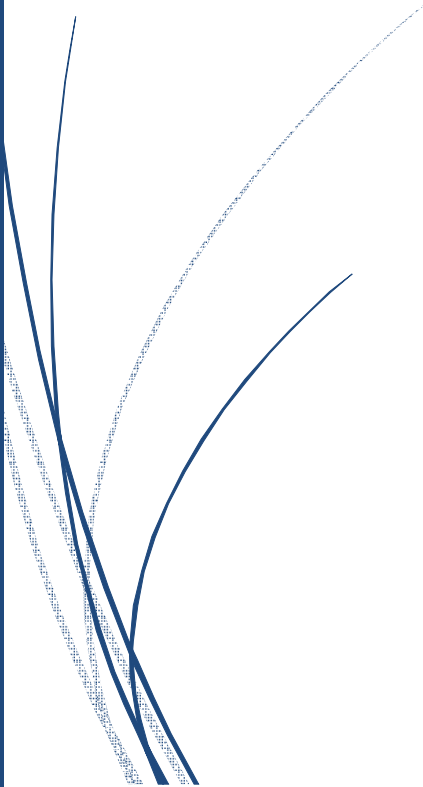
**Tableau XIV: Séances d'Information-Education-Communication organisées dans le cadre de lutte contre les maladies non transmissibles (centre de santé Said Hajji, Salé, 2016.)**

Programme sanitaire	Nombre de séances d'IEC	Nombre de bénéficiaires
Lutte contre le RAA	31	257
Lutte contre le Diabète	23	582
Lutte contre HTA	23	464
Hygiène buccodentaire	45	545

RAA : Rhumatisme Articulaire Aigu, HTA : Hypertension Artérielle, IEC : Information, Education, Communication



## *VI. Discussion*



## **VI.1. Centre de santé :**

L'établissement Said Hajji est un centre de santé urbain de 1<sup>er</sup> niveau (CSU1), il cible une population estimée à 41490 habitants, population beaucoup plus large que celles couvertes par d'autres centres de santé de l'arrondissement Lamrissa, notamment Lucien le blanc et Jarda qui couvrent des populations estimées, respectivement, à 19843 et 23451(AnnexeII).

Outre les consultations de médecine générale et des prestations de soins infirmiers, ce centre assure également la surveillance épidémiologique des maladies, le suivi de la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, le suivi de la santé des jeunes et des adolescents y compris la santé scolaire et les prestations d'information et d'éducation pour la santé.

Les activités suscitées relèvent de programmes sanitaires et de stratégies nationales mis en œuvres afin de faire face aux problèmes de santé publique dont souffrent notre pays. La qualité d'application de ces programmes contribue directement à l'amélioration de certains indicateurs de la santé.

Les cellules de l'établissement sont destinées à l'application des programmes sanitaires. Cependant, il manque une cellule de prise en charge des tuberculeux. En effet, la réception de ces malades se fait au niveau du bureau de l'infirmière Major. Ceci fait appel à une intervention de la part du ministère afin d'améliorer la prise en charge de cette catégorie de malades au niveau de ce centre de santé.

En matière de performance, grâce à la coordination des efforts des personnels médical et paramédical, des chiffres très satisfaisants ont été atteints en dépassant même les objectifs annuels fixés par le ministère de la santé. Cependant, certains programmes y ont été peu performants.

Parmi les défis que rencontrent le centre de santé, la pénurie en personnels, les ruptures de stock, le manque de certains équipements et le manque d'éducation sanitaire de certaines catégories de la population.

## **VI.2. Programmes sanitaires :**

### **VI.2.1.Santé infantile :**

La mortalité infanto-juvénile au Maroc a fortement diminué durant les trois dernières décennies, passant de 76 ‰ naissances vivantes en 1987-1991 à 47 ‰ au cours de la période 1999-2003 puis à 30,5 ‰ en 2007-2011. Ces résultats ont été enregistrés grâce au renforcement des soins de santé primaires et à la conjugaison de plusieurs programmes et activités qui ont eu un impact sur l'état de santé de la mère et de l'enfant [41].

#### **VI.2.1.1. Programme national d'immunisation :**

##### **A.Couverture vaccinale :**

Le programme national d'immunisation constitue le programme sanitaire phare visant à réduire la mortalité et la morbidité infantiles.

Le ministère de la santé assure gratuitement la disponibilité de 11 antigènes pour l'ensemble des enfants de moins de 5 ans dans les différents centres de santé du royaume dont le centre de santé Said Hajji à salé [42].

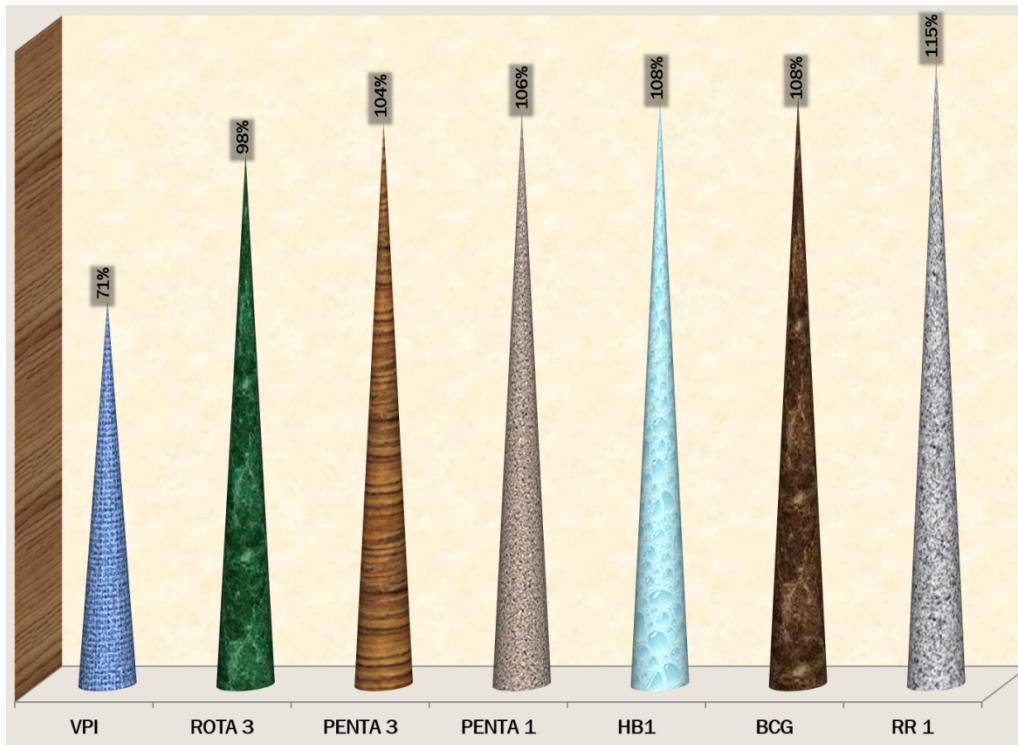
Il a pour objectif de maintenir une couverture vaccinale supérieure ou égale à 95% répartie de manière uniforme au niveau national [34].

Les tendances évolutives de la couverture vaccinale révèlent une amélioration constante pour l'ensemble des antigènes, elle dépasse largement le taux de 95 % pour le BCG, le Penta3, l'hépatite B (HB3), la poliomyélite, la Rougeole-Rubéole (RR), le *Rotavirus* et le *Pneumocoque* [43].

Ces résultats sont comparables à la situation observée en Tunisie et en Algérie concernant le BCG, le DTC, l'hépatite B, la poliomyélite, le vaccin anti rougeoleux et l'*Haemophilus influenza* type b avec des taux supérieurs à 95 % [44,45].

En revanche, dans le programme vaccinal tunisien, les vaccins contre le *Pneumocoque* et le *Rotavirus* ne sont pas encore intégrés [46].

A l'échelle provinciale, les taux de couverture par les antigènes BCG, Hépatite B (HB1), Penta1, Penta3 et *Rotavirus* 3 ont dépassé 95 %. Par contre, la couverture par le Vaccin antipoliomyélitique Inactivé (VPI) était insuffisante, ceci pourrait être lié principalement aux ruptures de stock [47] (figure20).

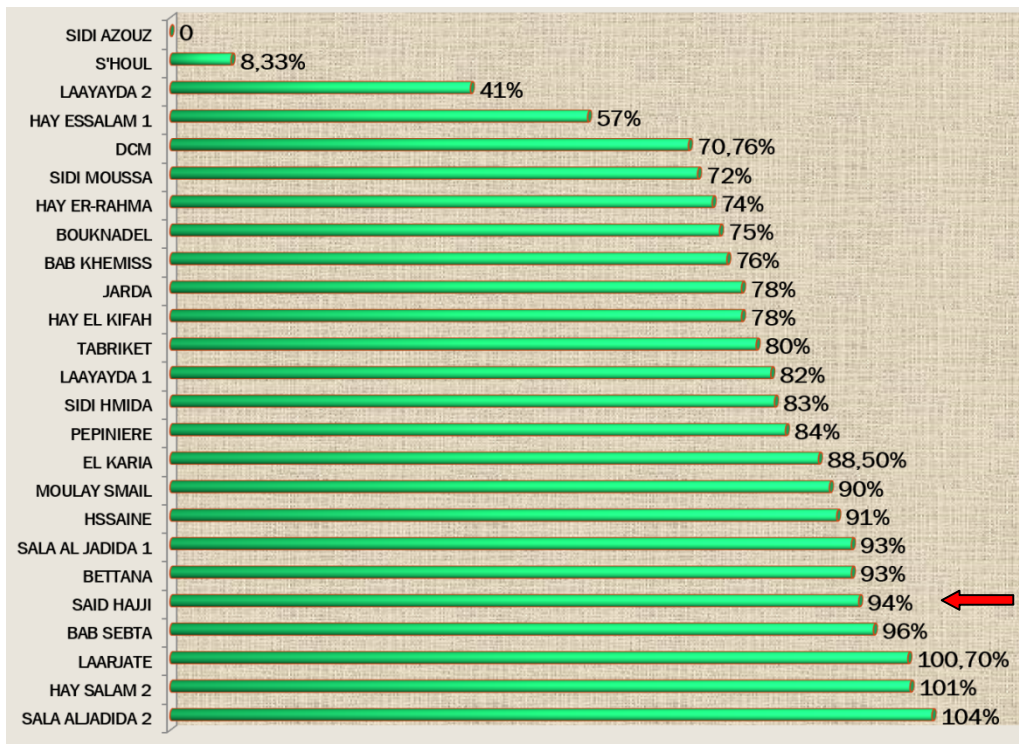


VPI : Vaccin anti Poliomyélitique inactivé, ROTA : Rotavirus, PENTA : Pentavalent, HB1 : Hépatite B, BCG : Bacille de Calmette et Guérin, RR : Rougeole Rubéole.

**Fig. 20 : Taux de couverture provincial par des antigènes, année 2016 [47].**

L'établissement sujet de notre étude a pu assurer en 2016 des couvertures par BCG, Penta3, Rougeole-Rubéole (RR1) et *Rotavirus* 3 respectivement à 104%, 120 %, 124 % et 107 %. Par contre, la rupture de stock, en septembre et décembre, justifie un taux de couverture par le Vaccin anti Poliomyélitique inactivé (VPI) plus bas (70 %).

Par ailleurs, le taux de continuité des vaccins chez les enfants était de 94 %, résultat satisfaisant par rapport à celui enregistré à Hay Essalam1 qui était de 57% [47] (figure21).



DCM : centre Cheikh Mfadel

**Fig.21 : Taux de continuité des vaccins chez les enfants moins de 5ans par centre de santé, Préfecture de salé, 2016 [47].**

### **B. Impact sur les maladies cibles de vaccination :**

La situation actuelle en matière d'impact épidémiologique témoigne de la performance du programme national d'immunisation.

**Poliomyélite :** Contrairement à plusieurs pays de la région méditerranéenne orientale, notamment le Pakistan et l'Afghanistan qui ont eu des épidémies jusqu'en fin 2010, le Maroc a enregistré les deux derniers cas cliniques de poliomyélite en 1989. Depuis, aucun cas n'a été notifié [48].

En phase finale du plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite 2013-2018, le Maroc a introduit le vaccin anti poliomyélitique inactivé (VPI) en 2015, ceci dans l'objectif de retirer le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) à partir de 2019 [49].

**Rougeole** : Depuis 2010, où la surveillance des cas de rougeole est basée sur la confirmation biologique de tous les cas suspects, on note une distribution sur un mode endémo- épidémique avec un pic saisonnier au Printemps. L'incidence de la rougeole tous âges confondus était de 18, 21 et 26 cas pour 1 million d'habitants respectivement en 2010, 2011 et 2012. Celle-ci a baissé considérablement en 2013 pour atteindre un chiffre de 2,8 cas/million d'habitants [48]. En 2014, le Maroc a pu enfin diminuer l'incidence de la rougeole jusqu'à 0,4 cas pour 1 million d'habitants, répondant ainsi au critère d'élimination de l'OMS situé à moins d'un cas pour 1 million d'habitants [49].

En Tunisie, l'incidence de la rougeole est passée de 1,6 pour un million d'habitants en 2013 à 1,67 en 2014. D'où l'intérêt de renforcer les stratégies d'élimination de la rougeole. [50]

Au centre Said Hajji, 2 cas de fièvres éruptives ont été notifiés en 2016.

**Rubéole** : La surveillance de la rubéole est intégrée avec celle de la rougeole. Ainsi, tout cas de fièvre éruptive est testé simultanément pour la rougeole et la rubéole.

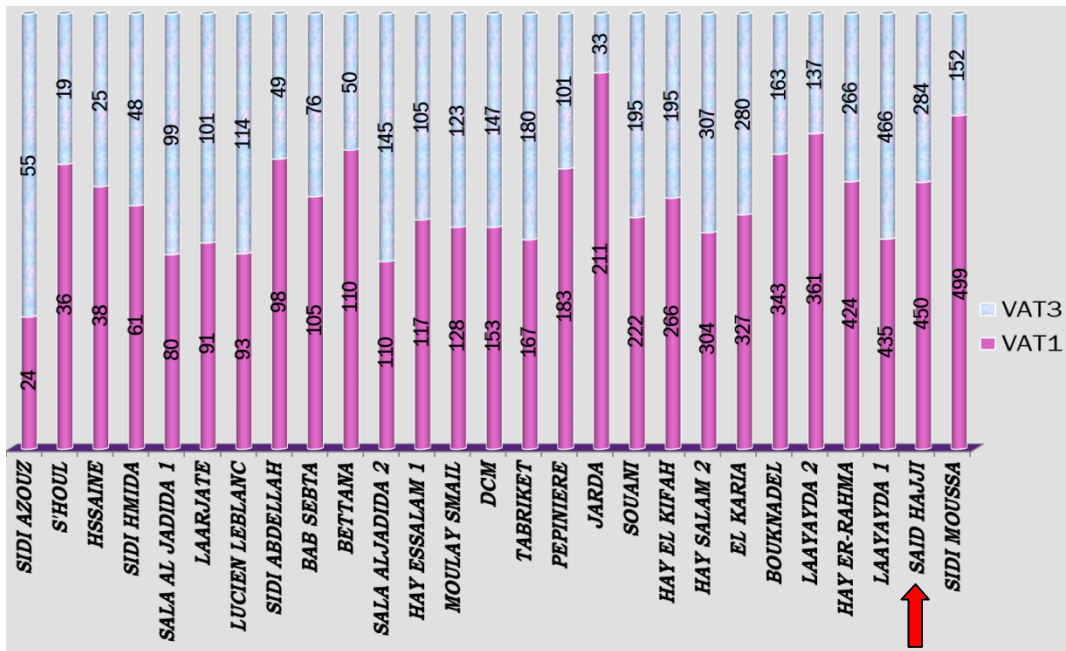
**Tétanos néonatal** : Au Maroc, une campagne nationale contre le tétanos de 1987 à 1992 a permis d'augmenter de 32 à 75 pour cent la proportion de femmes vaccinées contre le tétanos. En mars 2002, il a été le premier pays de la région

Méditerranée Orientale à avoir validé l'élimination du tétanos néonatal (TNN) [51].

A titre comparatif, le Bangladesh a fait passer la proportion de femmes immunisées contre le tétanos de 4 pour cent en 1986 à 90 pour cent en 2001. Au cours de la même période, le nombre de nouveau-nés mourant chaque année du tétanos néonatal a chuté de près de 40 pour 1 000 naissances vivantes à moins de 2 pour 1 000 [51].

Par ailleurs, l'élimination du tétanos néonatal a été atteinte en Tunisie depuis 1996 [52].

Dans ce contexte, en 2016, notre formation a pu recruter 450 nouvelles femmes dans le programme de vaccination antitétanique, se classant ainsi en 2<sup>ème</sup> position après Sidi Moussa qui a recruté 499 femmes (figure22). Ainsi, les taux de continuité du Vaccin Antitétanique (VAT 1 et VAT 3) enregistrés à Lucien le Blanc, Said Hajji et Sidi Moussa étaient respectivement à 123 %, 63 % et 30 % (figure23). Ces résultats pourraient être justifiés par le non-respect des rendez-vous et le manque de sensibilisation de ces femmes par rapport à l'importance de la vaccination antitétanique [47].



VAT : Vaccin Anti Tétanique

Fig.22 : Nombre de VAT1 et VAT3 par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 [47]

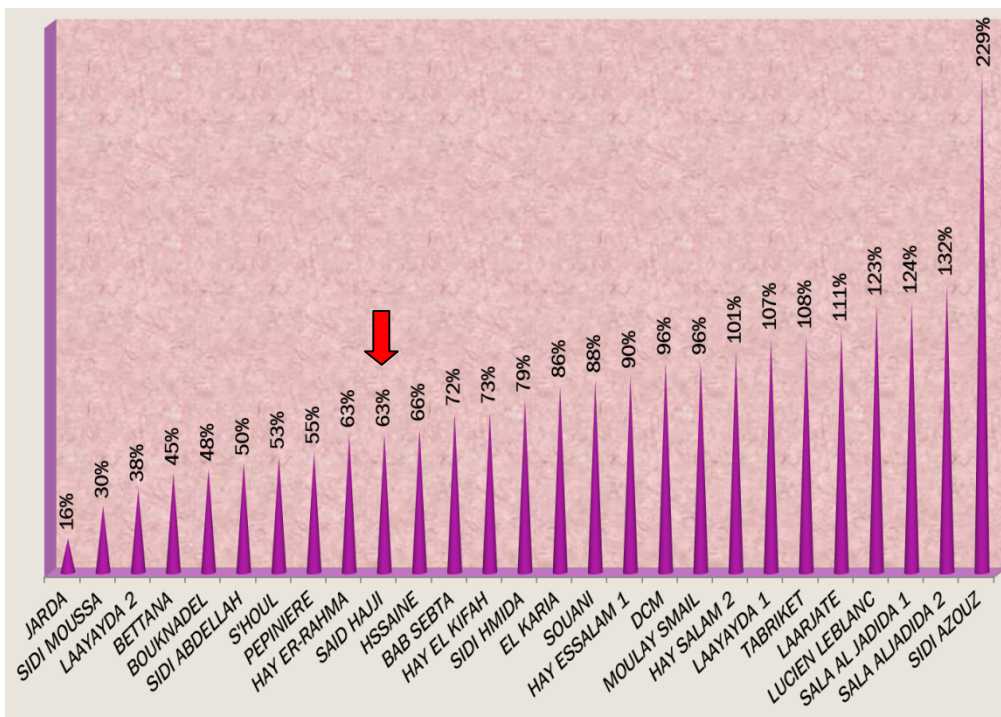


Fig.23 : Taux de continuité des VAT1 et VAT3 par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 [47].

**Coqueluche** : Dans notre pays, le nombre de nouveaux cas de coqueluche est passé de plusieurs dizaines de milliers par an, avant le lancement du programme élargi de vaccination, à quelques dizaines par an, après la restructuration du programme national d'immunisation. En 2013, 72 cas ont été enregistrés. Depuis aucun cas de coqueluche n'a été notifié [53]. Par contre la Tunisie a enregistré 7 cas en 2016 contre 145 cas de coqueluche en 2014 [54]. Par ailleurs l'Egypte n'a enregistré aucun cas depuis 2001 [55].

En 2016 aucun cas de coqueluche n'a été enregistré au niveau du centre Said Hajji .

**Diphtérie** : Au Maroc aucun cas de diphtérie n'a été détecté depuis 1992. Cependant, le risque d'apparition de cas isolés ou de foyers épidémiques existe toujours, alors qu'elle continue à sévir dans des pays voisins et d'autres pays avec lesquels le Maroc établit des mouvements de population [48].

Par ailleurs, l'Algérie a enregistré un cas de diphtérie en 2011, et l'Arabie Saoudite 2 cas en 2014 [56].

Aucun cas de diphtérie n'a été détecté au niveau du centre de santé.

**Diarrhée à *Rotavirus*** : Au Maroc, les gastroentérites à *Rotavirus* évoluent selon une saisonnalité automnale, avec une activité plus élevée durant les mois d'octobre et novembre. La tranche d'âge de 3 à 8 mois est la plus touchée [57].

L'estimation de la part des Gastroentérites aiguës (GEA) à *Rotavirus* au Maroc (39 %) rejoint des études réalisées au Moyen-Orient [58-60] et en Afrique du nord [61, 62] qui ont montré que la proportion annuelle du *Rotavirus* parmi l'ensemble des gastroentérites était de 42 %. Ce chiffre est similaire à une

estimation publiée de la proportion de GEA à *Rotavirus* en Europe occidentale qui est de 43 % [63].

Dans le cadre de la lutte contre les maladies diarrhéiques chez l'enfant de moins de 5 ans, le ministère de la santé a introduit le vaccin contre le *Rotavirus* en 2010.

#### **VI.2.1.2. Nutrition :**

##### **A. Allaitement maternel :**

Au Maroc, l'allaitement au sein exclusif durant les six premiers mois de vie est passé de 62 % en 1992, à 32 % en 2004. En 2011, ce taux n'est plus que de 27,8 %. Par contre la durée moyenne de l'allaitement maternel a connu une amélioration passant de 14 mois à 16,3 mois. Au niveau de la région méditerranée orientale, l'allaitement maternel exclusif varie entre 53,2 % en Egypte (2008) et 1,3 % à Djibouti (2006) [64]. Ce taux n'est que de 9 % en Tunisie [65].

Le ministère de la santé marocain a mis en place un plan d'action visant la promotion de l'allaitement maternel. Dans ce contexte, le centre de santé a organisé 40 séances éducatives en faveur de 480 bénéficiaires.

##### **B. Surveillance de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5ans :**

L'état nutritionnel des enfants a connu une amélioration notable, comme le montrent le recul de la prévalence du retard de la croissance, qui est passée de 18,9 % en 2004 à 14,9 % en 2011, et l'insuffisance pondérale, qui a été réduite de 9,3 % en 2004 à 3,1 % en 2011 chez les enfants de moins de 5 ans [66].

La Tunisie révèle des chiffres similaires, avec une prévalence du retard de croissance de 10 % et un taux d'insuffisance pondérale de 2 % [65].

Le Maroc, aux côtés de la Jordanie et de l’Egypte, est situé parmi les pays au stade précoce de la transition nutritionnelle avec des taux modérés de surcharge pondérale et d’obésité, des taux modérés de dénutrition au sein de groupes de population et groupes d’âge spécifiques et des taux élevés de carences en micronutriments [67]

La stratégie de nutrition insiste sur l’importance de la surveillance et le dépistage précoce des troubles de nutrition, ceci grâce à la pratique systématique des mesures anthropométriques chez les enfants de moins de 5 ans. Dans ce sens, notre formation a réalisé 14066 mesures anthropométriques permettant ainsi de dépister 2 cas d’insuffisance pondérale.

### **C. Supplémentation en micronutriments :**

Le Programme National de Lutte contre les Troubles dus aux Carences en Micronutriments s’est fixé comme objectif d’éliminer complètement les carences en iode et en vitamines A et D au bout de 2015 et de réduire du tiers la prévalence de l’anémie ferriprive.

#### **C.1. Supplémentation en vitamine A :**

La Supplémentation en vitamine A contribue à la diminution de la mortalité et de la morbidité liées à la rougeole et la diarrhée [68].

Dans le monde, un enfant sur trois en âge préscolaire souffre d’une carence en vitamine A, ce problème étant plus accentué en Afrique et en Asie du sud-est. [68].

Au Maroc, en 1996, la prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans était estimée à 40,3 % [69], chiffre plus important que celui enregistré en Egypte pendant cette même période (11,9%) [68].

Le ministère de la santé recommande l'administration de 3 doses, espacées de six mois, à chaque enfant à partir de l'âge de six mois.

En 2011, en matière de couverture par la vitamine A, 75 % des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu 2 doses de vitamine A dans le monde [70].

Le Maroc rejoint ce chiffre avec un Taux de couverture de 75,5 % et une moyenne de 2,2 doses par enfant [71].

Dans ce cadre, notre formation a pu couvrir plus de 100 % de la population cible de la 3<sup>ème</sup> dose de vitamine A à visée préventive. L'administration des 3 doses se fait simultanément à celle des vaccins.

Par ailleurs, en Tunisie, il n'y a pas de données signalant l'existence d'une prévalence élevée de la carence en vitamine A. En effet, aucun programme de supplémentation pour les jeunes enfants n'a été mis en œuvre [72].

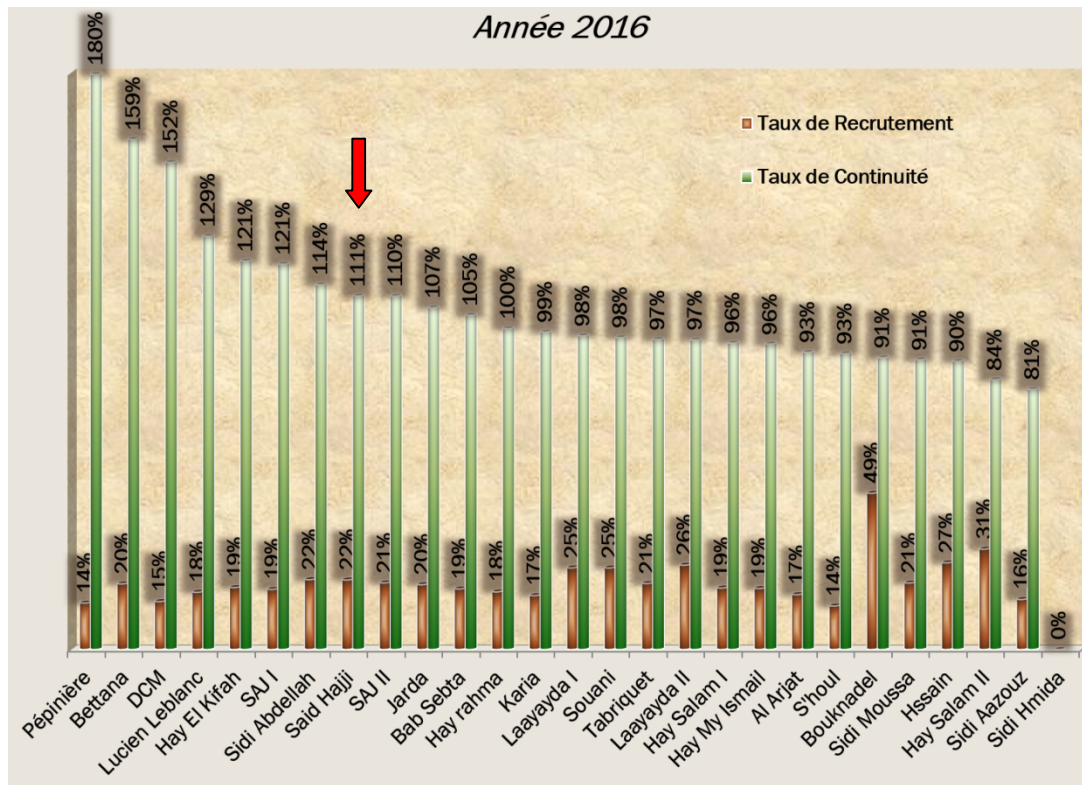
### **C.2. Supplémentation en vitamine D :**

La carence en vitamine D rejoint le rang des autres problèmes de santé publique dont souffre le Maroc, cette situation est observée également dans des pays développés comme l'Australie et la nouvelle Zélande qui recommandent la supplémentation des enfants en vitamine D pendant les 12 premiers mois de vie surtout chez ceux issus et allaités par des femmes voilées ou à peau foncée [73].

Au Maroc, deux doses de cette vitamine sont recommandées aux enfants durant les 6 premiers mois de la naissance. La première est administrée à la naissance avec le BCG et la deuxième à l'âge de 6 mois.

Selon l'enquête du ministère de la santé, le taux de couverture des enfants de moins de 5 ans par au moins une dose de vitamine D est de 94,2 % et le nombre moyen de doses par enfant est de 1,8 [71].

Notre formation a assuré une couverture par les 2 doses de vitamine D dépassant 90 %, objectif fixé par le ministère de la santé. Cette situation a été observée dans la quasi-totalité des centres de la préfecture de Salé [47] (figure24).



**Fig.24 : Supplémentation en vitamine D des enfants de moins de 5ans, préfecture de Salé, 2016 [47]**

### C.3. Supplémentation en fer :

La prévalence de la carence en fer chez les enfants en âge préscolaire dépasse 40 % dans le monde. Au Maroc, ce taux a baissé de 47 % en 1990 à 33 % en 2016, chiffre similaire à celui enregistré en Algérie (30 %) en 2016 [74,75]. La lutte contre l'anémie ferriprive consiste à approvisionner les enfants anémiques en fer rendu accessible au niveau des établissements de soins de santé de base tel que le centre de santé Said Hajji.

## **VI.2.2.Santé maternelle :**

La mortalité maternelle au Maroc a baissé à 72,6 décès maternels pour 100000 naissances vivantes contre 112 en 2010, soit une réduction de 35 % [76].

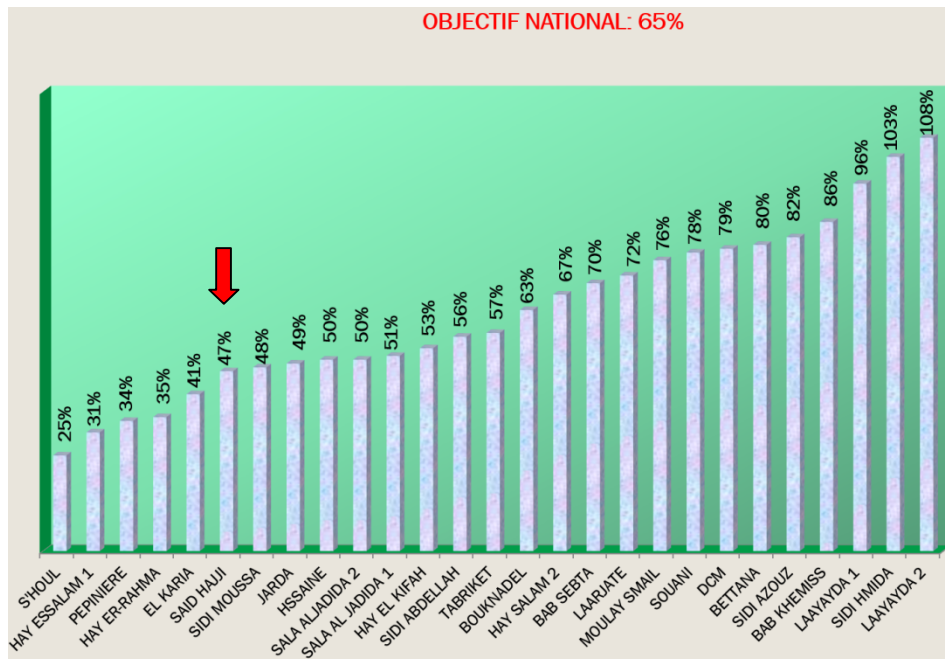
Ce progrès est le fruit de l'élaboration de stratégies visant l'amélioration de la santé maternelle.

### **VI.2.2.1. Planification familiale :**

La prévalence contraceptive a enregistré une évolution positive en 2011 (67,4%) par rapport aux enquêtes précédentes, dépassant de quatre points celle de l'année 2004 (63 %). Cependant, l'éventail des méthodes contraceptives continue à être dominé par la pilule (48,4 %). Alors que la prévalence du Dispositif Intra Utérin (DIU) ne représente que 4,2 %. Ce résultat met en évidence la nécessité de renforcer les efforts de promotion de Dispositif Intra Utérin (DIU), d'amélioration de la qualité de la prestation de planification familiale notamment le counseling, en vue de changer la structure contraceptive [77].

En Tunisie, la prévalence contraceptive est estimée à 62% [78]. Par contre, au Sénégal, ce taux a atteint seulement 23 % en 2016 [79].

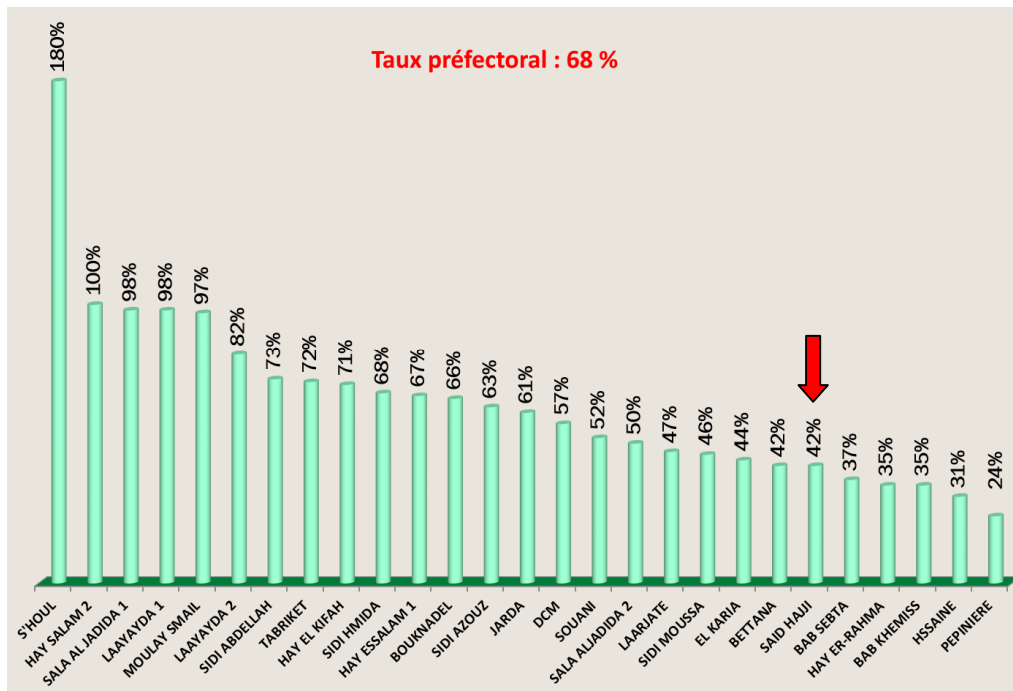
Le centre de santé Said Hajji a été classé dans les derniers rangs en matière de prévalence contraceptive avec un taux de 47 % [47] (figure 25). D'une autre part, le taux d'adoption de DIU était à 29 %, ce qui répond à l'objectif fixé à 25%. La structure contraceptive reste dominée par la pilule. D'autre part, la formation a pu recruter 691 nouvelles acceptantes avec un taux de recrutement à 14 %, l'objectif étant de 12 % [47].



**Fig.25 : Taux de prévalence contraceptive par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 [47]**

#### **VI.2.2.2.Consultation prénatale :**

Au Maroc, la proportion des femmes enceintes de huit mois qui ont eu recours à une consultation prénatale s'élève à 77,1 % en 2007-2011 contre 32 % en 1987-1991 [80]. Ce progrès pourrait être expliqué, en partie, par l'amélioration de l'offre de soins, la gratuité de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement et aussi par le fait d'un changement de comportement des femmes et de leur entourage à l'égard de la grossesse. Dans 69,9 % des naissances, la première visite prénatale s'effectue au cours des 3 premiers mois. [81]. Ce résultat est comparable à celui observé dans notre formation avec 62,5% de nouvelles inscrites qui ont consulté au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. Cependant le taux de recrutement en prénatal reste faible par rapport à d'autres formations de la province, notamment Hay Salam 2 et Sala Al jadida1 [47] (figure26).



**Fig.26 : Taux de recrutement en consultation prénatale par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 [47]**

Par ailleurs, en Tunisie, les consultations prénatales sont en nette amélioration. En 2011, 98 % des femmes ont eu au moins une consultation prénatale avec des pourcentages qui avoisinent les 100 % pour les régions du sud et nord-ouest. Ainsi, le pourcentage de femmes qui ont eu au moins 4 consultations prénatales est passé de 71,4% à 85,1% entre 2001 et 2010 [82].

### **VI.2.2.3. Dépistage du cancer du sein et du col utérin :**

Au Maroc, les cancers du sein et du col utérin constituent de véritables problèmes de santé publique. Le cancer du sein occupe la première place avec un pourcentage de 36 % de l'ensemble des cancers de la femme. Ce premier rang est également observé en Algérie et en Tunisie. L'incidence du cancer du sein chez la femme en Afrique du Nord est 2 à 3 fois plus basse par rapport aux

pays occidentaux. L'une des explications de cet écart pourrait être le retard ou l'absence de dépistage dans notre région [81].

Le cancer du col utérin vient en 2<sup>ème</sup> position avec 21 % de l'ensemble des cancers féminins. Il est plus fréquent dans les pays en développement qui détiennent plus des  $\frac{3}{4}$  des cas. Cette maladie est étroitement liée à l'infection par le *Papillomavirus*. Les stratégies de dépistage systématique mises en place dans beaucoup de pays ont montré leur efficacité et leur efficacité [81].

Dans le cadre du programme national de détection précoce de ces cancers, les établissements de soins de santé de base, notamment les centres de santé, se chargent du dépistage chez les populations cibles, qui est assuré par les médecins généralistes ou les infirmiers. Ce processus repose sur l'accueil, le recrutement des participantes, l'information sur le programme, l'examen clinique des seins et l'inspection visuelle à l'acide acétique [83].

Au centre Said Hajji, le recrutement des femmes dans ce programme est en amélioration avec 919 nouvelles bénéficiaires du dépistage du cancer du sein contre 326 en 2015 et 247 nouvelles bénéficiaires du dépistage du cancer du col contre 203 en 2015. Selon les données de la délégation de santé de Salé [47], le taux de participation au dépistage du cancer du sein en 2016 était de 31 % pour un objectif de 30 % alors que celui du col utérin était à 4 % pour un objectif de 10%.

### **VI.2.3. Maladies non transmissibles:**

Selon l'OMS, les maladies non transmissibles sont de loin la principale cause de décès dans le monde représentant plus de 63 % de la totalité des décès

annuels [84]. Au Maroc, le taux de ces maladies tend vers la hausse et sont actuellement à l'origine de plus de 75% de l'ensemble des décès [13].

On cite parmi les maladies non transmissibles représentant un problème de santé publique le diabète et l'hypertension artérielle. Leurs prévalences dans notre pays sont respectivement à 10 % et 33 % [13].

Face à cette situation, le ministère de la santé a placé la lutte contre ces maladies comme priorité inscrite dans la stratégie sectorielle santé 2012-2016, notamment par la mise en place des cellules de prise en charge des maladies chroniques au niveau des centres de santé et la promotion du rôle du médecin généraliste. Dans le cadre de cette stratégie, notre formation a dépisté 101 nouveaux cas de diabète et 57 nouveaux cas d'hypertension artérielle au titre de l'année 2016.

#### **VI.2.4. Maladies transmissibles :**

##### **VI.2.4.1. Tuberculose :**

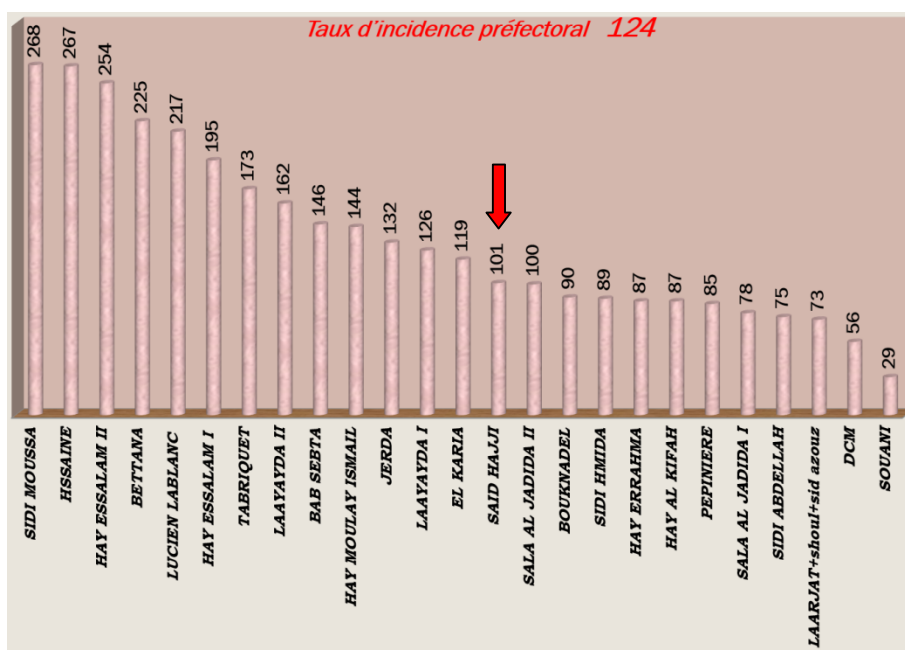
La tuberculose est l'une des 10 premières causes de mortalité dans le monde. En 2015, 10,4 millions de personnes ont contracté cette maladie et 1,8 million en sont mortes dont 0,4 million ayant aussi le VIH. Six pays totalisent 60 % des cas, avec l'Inde en tête, suivie de l'Indonésie, de la Chine, du Nigéria, du Pakistan et de l'Afrique du Sud [85].

La lutte antituberculeuse a toujours été considérée comme une intervention sanitaire prioritaire dans toutes les politiques de santé mises en place par le ministère de la santé marocain. Ceci a permis de réaliser des progrès importants en matière de lutte antituberculeuse en maintenant à plus de 85 % le taux de détection et le taux de succès thérapeutique. La prévalence de la tuberculose a

été réduite de 105 pour 100000 habitants en 2010 à 82 en 2014 [86]. Cependant, l'incidence des cas notifiés de tuberculose pulmonaire à frottis positifs (TPM+) diminue de 3% par an, rythme inférieur à l'objectif fixé par le programme de lutte contre la tuberculose qui vise un taux de diminution de 6 % par an [87].

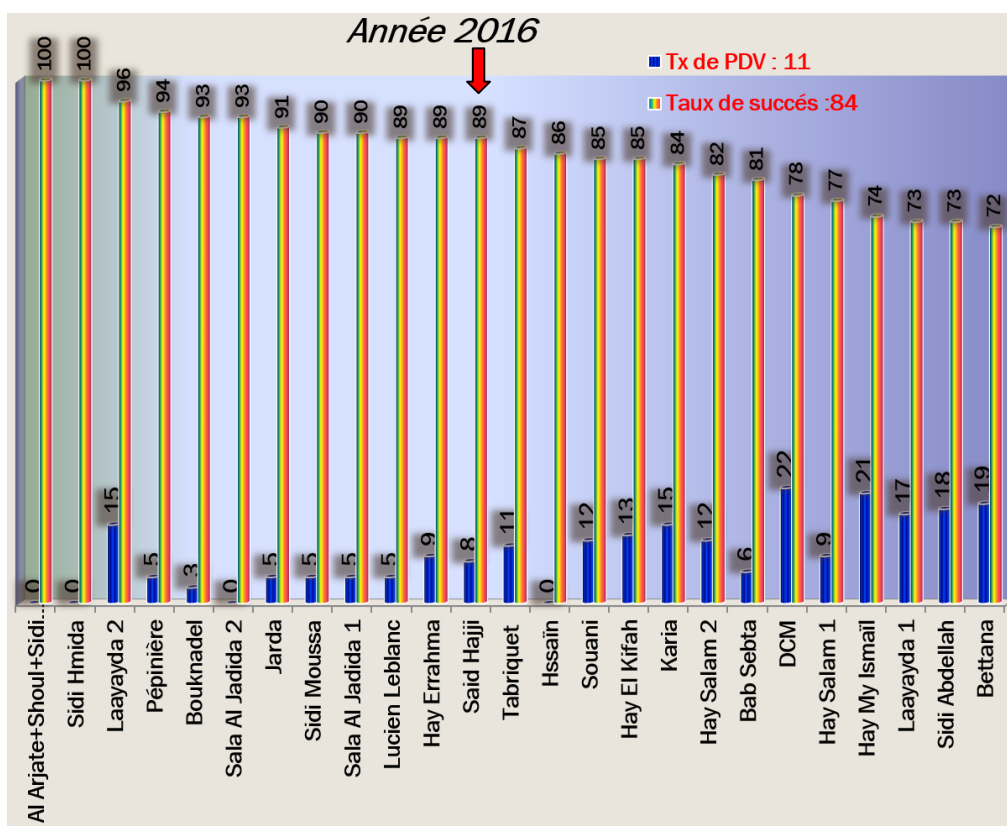
A titre comparatif, la Tunisie est un pays à moyenne incidence de tuberculose, 21,7 pour 100000 habitants. Le taux de succès de traitement a atteint 90 %. Le taux de détection des cas est estimé à 80 % permettant à ce pays d'atteindre les objectifs mondiaux [88].

Dans la préfecture de Salé, zone d'épidémie, le centre Sidi Moussa a enregistré le taux le plus élevé d'incidence de la tuberculose, 267 cas pour 100000 habitants. Cet état est intimement lié à la pauvreté, la précarité, la malnutrition, l'habitat insalubre et la promiscuité. Par contre, ce taux était plus bas à Said Hajji avec 101 cas pour 100000 habitants [47] (figure27).



**Fig.27 Taux d'incidence de la tuberculose toutes formes pour 100000 habitants par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 [47]**

Les centres de santé contribuent à ce programme à travers le dépistage, l'approvisionnement en antibacillaires, le suivi des malades et la surveillance épidémiologique de la maladie. Dans ce contexte, notre formation a reçu 52 nouveaux cas tuberculeux pour prise en charge thérapeutique et suivi. D' autre part, le taux de succès thérapeutique a atteint 89 % et le taux de perdus de vue n'a pas dépassé 8 % grâce au système de relance des malades. A titre comparatif, le centre Sidi Moussa a enregistré des taux respectifs de succès thérapeutique et de perdus de vue de 90 % et 5 % [47] (figure28).



PDV : Perdu De Vue

**Fig.28 : Tuberculose toutes formes : Taux de succès thérapeutique et de perdus de vue (%), préfecture de Salé, 2016 [47]**

## **VI.2.4.2. Infection Sexuellement Transmissible (IST)/ VIH :**

### **A. VIH/SIDA**

Depuis le premier cas enregistré au Maroc en 1986, le nombre de cas VIH-SIDA notifiés a atteint 10017 à la fin de 2014, dont 5803 sont au stade de la maladie, soit 58 %, et 4214 sont des porteurs asymptomatiques du VIH. D'une autre part, selon les dernières estimations, le nombre de personnes vivant avec le VIH serait de 29 000 en 2014, ce qui élèverait à 67 % la proportion des personnes vivant avec le VIH et ne connaissant pas leur statut sérologique [89].

En matière d'élargissement de l'offre de dépistage et de prévention, les années 2012, 2013 et 2014 ont constitué des années charnières en matière d'extension de l'accès au conseil et au test VIH au Maroc avec respectivement 222620, 583040 et 632520 tests réalisés contre 60 000 en 2011. En plus des 70 centres de dépistage anonymes et gratuits des Organisations Non Gouvernementales (ONG), le dépistage est actuellement mis en place dans 764 structures du ministère de la santé, dont des établissements de soins de santé de base pour la plupart. Le but étant d'atteindre une performance d'un million de tests en 2016, tout en ciblant en priorité les populations les plus exposées ou vulnérables [89].

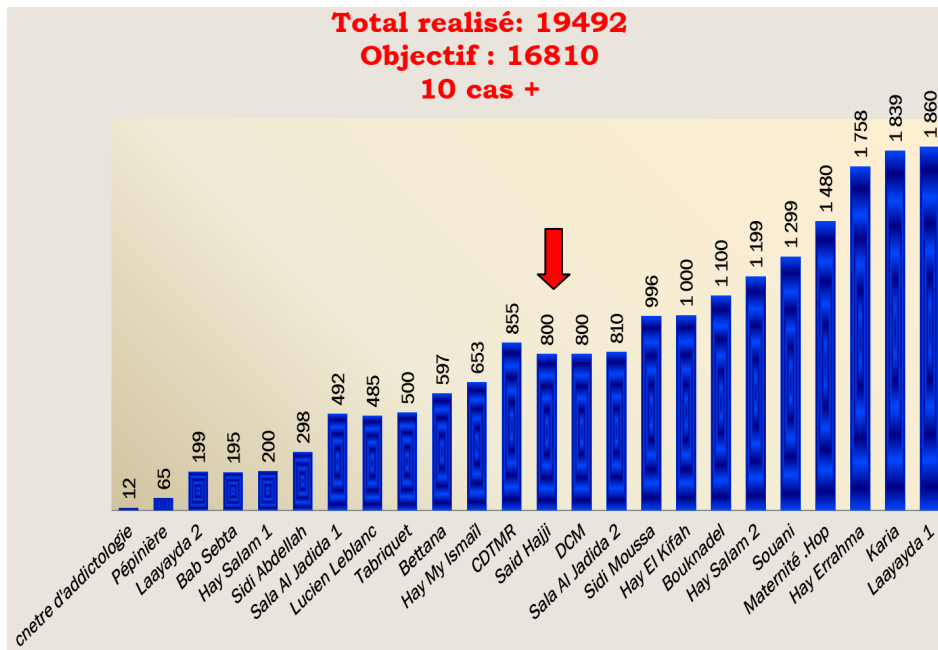
Au cours de la période 2013-2014, le nombre de jeunes et de femmes ayant été touchés par des activités de sensibilisation en matière de prévention des IST/SIDA a atteint 701235 contre 549127 lors des deux précédentes années. La même tendance à la progression a été constatée chez les populations exposées et vulnérables ayant bénéficié des programmes de prévention du VIH [90].

Ces efforts ont pu réduire le taux de personnes vivant avec le VIH ne connaissant pas leur statut sérologique à 67% en 2014 contre 80 % en 2011[90].

Malgré ces résultats positifs, le recours au dépistage du VIH reste faible d'où l'intérêt de l'extension de l'offre, d'un meilleur ciblage du dépistage dans les centres de santé et d'un renforcement du dépistage initié par les prestataires.

Ce problème s'avère présent dans d'autres pays comme la Tunisie où le dépistage ciblé, jusque là proposé à la femme enceinte, n'était pas correctement respecté et le dépistage au cours des IST et du certificat prénuptial est rarement proposé. Ainsi, l'absence de stratégie de dépistage explique qu'environ 30 % des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) sont encore notifiées à un stade tardif de l'infection et 50 % ignorent leurs statuts sérologiques [91]

Au titre de l'année 2016, la préfecture de Salé a réalisé 19496 tests de dépistage dépassant ainsi l'objectif fixé à 16810. Notre formation a réalisé 800 tests VIH [47] (figure 29). Elle a également organisé 28 séances d'éducation et de sensibilisation au profit de 421 bénéficiaires.



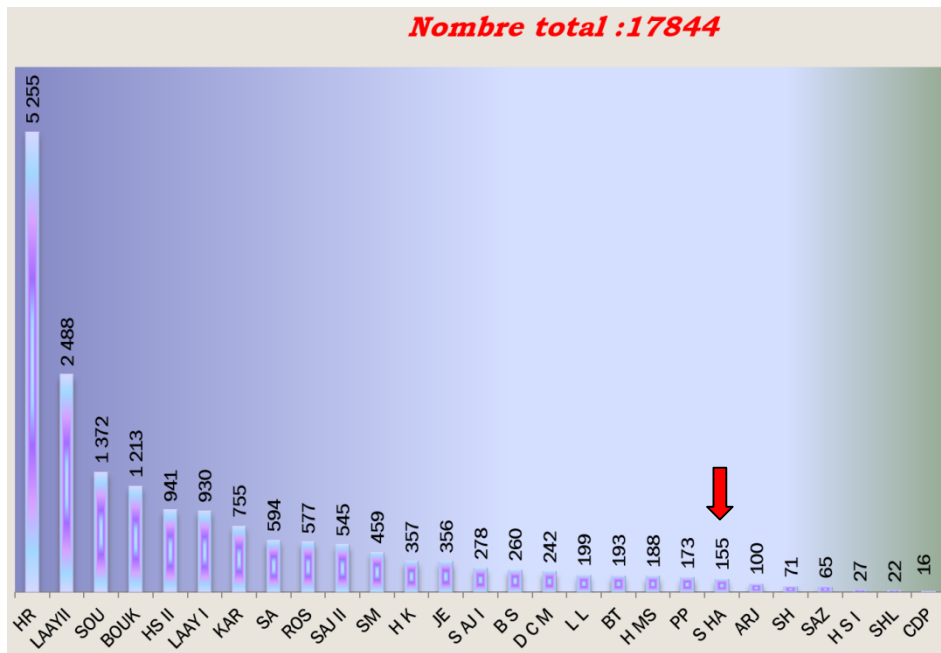
**Fig.29 : Nombre de tests VIH par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 [47]**

### **B. Infection Sexuellement Transmissible :**

En 2014, le nombre de consultations pour infections sexuellement transmissibles (IST) a atteint 442 059 dont 140 308 écoulements urétraux et 12403 ulcérations génitales. Les femmes qui ont consulté pour pertes vaginales représentent 70 % de l'ensemble des IST déclarées soit 310 828 cas [90].

En 2016, la préfecture de Salé a notifié 17844 cas d'IST dont 1766 écoulement urétraux et 337 ulcérations génitales [47].

Said Hajji a déclaré 155 cas d'IST contre 5255 à Hay Rahma, zone de bas niveau socio-économique et d'un taux élevé d'analphabétisme (figure 30).



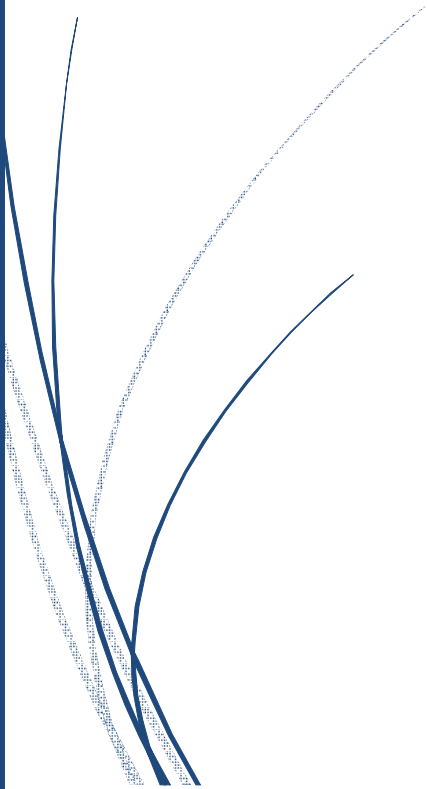
HR : Hay Rahma, LAAY : Laayayda, SOU : Souani, BOUK : Bouknadel, HS : Hay Salam, KAR : Karia, SA : Sidi Abdellah, SAJ : Sala Al Jadida, SM : Sidi Moussa, HK : Hay el Kifah, JE : Jarda, BS : Bab Sebta, DCM : Cheikh Mfedel, LL : Lucien Leblanc, BT : Bettana, HMS : Hay Moulay Smail, PP : Pépinière, SHA : Said Hajji, ARJ : Arjat, SH : Sidi Hmida, SAZ : Sidi Azzouz, SHL : Shoul Larrbaa

**Fig30. Nombre de cas d’Infection sexuellement transmissible déclarés par centre de santé, préfecture de Salé, 2016 [47]**

La prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles (IST) est intégrée au niveau de l’ensemble des établissements de soins de santé de base et des centres des organisations non gouvernementales qui reçoivent régulièrement des dotations en médicaments. Les algorithmes de prise en charge préconisent pour tous les patients qui consultent pour IST l’examen systématique, le traitement des syndromes IST, la promotion du préservatif comme moyen de prévention ainsi que le conseil et l’orientation pour le test de dépistage du VIH [92].



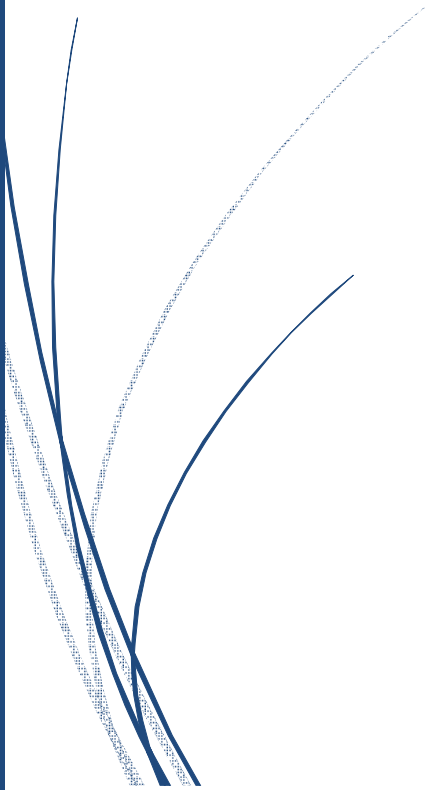
# *Conclusion*



Le centre de santé constitue la première interface entre la population et le système de soins. Il dispense une panoplie de prestations de soins de santé primaires curatifs, préventifs et promotionnels. Outre les consultations de médecine générale et les soins infirmiers, il est également la base d'application de programmes sanitaires mis en œuvre afin de répondre aux divers problèmes de santé publique dont souffre le Maroc. La qualité des prestations se traduit par l'amélioration des indicateurs de santé materno-infantile et des autres maladies inscrits dans les plans d'action du ministère de la santé.



# *Annexes*



## **Annexe I : Glossaire**

**Alma Ata :** La déclaration d'Alma-Ata a été établie à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires (Alma-Ata, du 6 au 12 septembre 1978). Elle souligne la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde

**Caritatif :** Une association caritative est une association à but non lucratif dont l'objectif est de porter secours et assistance aux plus démunis.

**Counseling :** Le counseling en santé de la reproduction est un processus interactif entre une personne qualifiée (professionnel de santé) et une femme/couple au cours duquel des informations sont partagées et un soutien est fourni afin que la femme/couple puisse prendre des décisions, pour améliorer leur santé.

**Pastille de contrôle :** Les pastilles de contrôle des vaccins ou PCV, sont des indicateurs thermosensibles imprimés sur les étiquettes des flacons pour indiquer si le vaccin a été endommagé par une exposition excessive à la chaleur.

## Annexe II : Estimation des Populations cibles du centre de santé

Saïd Hajji, 2016 :

MINISTÈRE DE LA SANTE  
Délégation Préfectorale de Salé

ESTIMATION DES POPULATIONS CIBLES DES PROGRAMMES SANITAIRES POUR L'ANNÉE 2016

Milieu	Arrondissement	Nom de l'établissement	Type	Stratégie	Population couverte	Naissances Attendues	0-11 mois	12-23 mois	24-59 mois	Moins de 5 ans	F.A.R 15-49	F.M.A.R 15-49	PF	Kc Col 30-49	
Urbain	Lamrissa	Lucien Leblanc	CSU1	Fixe	19 843	272	297	295	905	1 497	5 197	2 871	2 871	2 806	
		Jarda	CSU1	Fixe	23 451	302	356	384	1 087	1 797	6 142	3 393	3 393	3 316	
		Bab Sebta	CSU1	Fixe	19 843	302	297	325	905	1 497	5 197	2 871	2 871	2 806	
		Sidi Moussa	CSU1	Fixe	34 274	544	534	531	1 630	2 695	8 977	4 959	4 959	4 846	
		Souani	CSU1	Fixe	41 490	846	742	708	2 264	3 744	10 867	6 003	6 003	5 867	
		Saïd Hajji	CSU1	Fixe	41 490	756	742	708	2 264	3 744	10 867	6 003	6 003	5 867	
						180 392	3 022	2 968	2 952	9 055	14 974	47 246	26 102	26 102	25 508
	Bettana	Bettana	CSU1	Fixe	20 023	537	528	525	1 610	2 662	8 819	4 640	4 640	4 535	
		Hay Salam 1	CSU1	Fixe	20 023	430	528	525	1 610	2 662	6 299	4 640	4 640	4 535	
		Hay Salam 2	CSU1	Fixe	42 048	1 236	1 108	1 102	3 380	5 590	18 898	9 745	9 745	9 523	
		Hay My Ismail	CSU1	Fixe	18 021	484	475	472	1 449	2 396	7 979	4 176	4 176	4 081	
						100 115	2 687	2 638	2 624	8 049	13 310	41 997	23 202	23 202	22 673
	Tabriquet	Pépière	CSU1	Fixe	35 502	494	485	482	1 479	2 446	7 717	4 263	4 263	4 166	
		Tabriquet	CSU1	Fixe	45 645	599	589	585	1 796	2 970	9 922	5 481	5 481	5 357	
		DCM	CSU2	Fixe	68 468	987	969	964	2 958	4 892	14 883	8 222	8 222	8 035	
		Hay Errahma	CSU2	Fixe	103 969	1 446	1 420	1 412	4 331	7 163	22 599	12 485	12 485	12 201	
						253 584	3 526	3 462	3 444	10 564	17 470	55 121	30 452	30 452	29 759
	Laayayda	Laayayda 1	CSU2	Fixe	84 866	1 558	1 451	1 443	4 427	7 321	22 678	12 529	12 529	12 244	
		Laayayda 2	CSU2	Fixe	51 240	833	818	813	2 495	4 126	13 019	7 192	7 192	7 029	
		Sidi Abdallah	CSU1	Fixe	24 019	296	369	367	1 127	1 863	6 299	3 480	3 480	3 401	
						160 125	2 687	2 638	2 624	8 049	13 310	41 997	23 202	23 202	22 673

CSU1 : Centre de santé Urbain de 1<sup>er</sup> niveau, CSU2 : Centre de Santé Urbain de 2<sup>ème</sup> niveau, FAR : Femmes en âge de reproduction, FMAR : Femmes Mariées en Age de Reproduction, PF : Planification Familiale, KC Col : Cancer du Col.

## Annexe III : Calendrier national de vaccination en vigueur depuis 2015

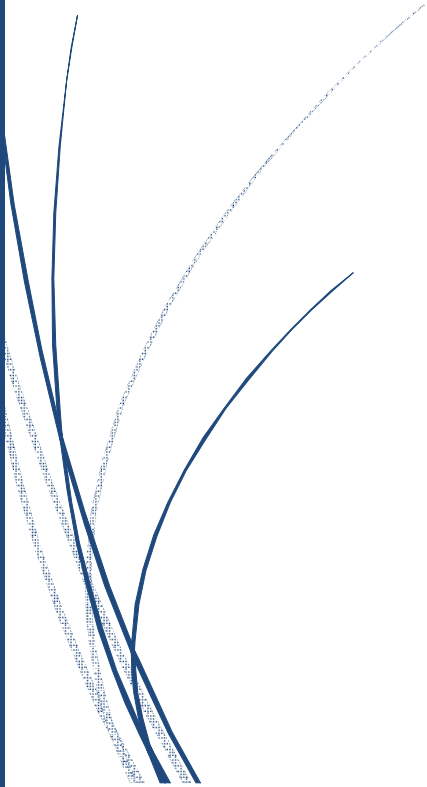
Vaccinations recommandées chez les enfants de moins de 5 ans en 2015

Antigènes	Naissance	Durant le premier mois	2 Mois	3 Mois	4 Mois	9 Mois	12 Mois	18 Mois	5 ans
<b>Age</b>	HB1n (24h) administrée à la maison d'accouchement ou maternité hospitalière ou clinique privée.								
Vaccin contre l'hépatite B (HB)	Dose non administrée durant les 24 heures	Dose 1							
Vaccin anti BCG (tuberculose)		Dose 1							
Vaccin anti Polio Oral		Dose 0	Dose 1	Dose 2	Dose 3			Dose 4	Dose 5
Vaccin anti Pneumococcique			Dose 1		Dose 2		Dose 3		
Vaccin anti Rotavirus (Série de 3 doses)			Dose 1	Dose 2	Dose 3				
Vaccin anti DTC-Hib-HB (Vaccin Pentavalent)			Dose 1	Dose 2	Dose 3				
VPI					Dose 1				
Vaccin combiné RR						Dose 1		Dose 2	
Vaccin anti DTC								Rappel 1	Rappel 2

HB1n : Hépatite B à la naissance, BCG : *Bacille de Calmette et Guérin*, VPO : vaccin antipoliomyélitique oral, PENTA (DTC+HB+Hib): Association vaccinale de Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (à germe complet), *Hémophilus influenza* de type b et les Hépatites virales de type B, DTC : Association vaccinale de diphtérie, tétanos et coqueluche à germe complet. , RR : Vaccination contre la Rougeole et la Rubéole VPC : vaccin contre le pneumocoque, VPI : Vaccin antipoliomyélitique inactivé



# *Résumé*



## RESUME

**Titre :** Activité du centre de santé Said Hajji à Salé

**Auteur :** NOKROU Meryeme

**Rapporteur :** Pr EL HAMZAOUI Sakina

**Mots-clés :** Diabète et HTA, Immunisation, Mère et enfant, Tuberculose, VIH.

Le système de soins marocain est organisé selon une hiérarchie pyramidale où le centre de santé constitue le premier niveau d'orientation-recours pour les patients. On y dispense les prestations de santé préventives, curatives et promotionnelles.

Notre étude originale, descriptive et rétrospective s'articule autour des activités de l'établissement Said Hajji, centre de santé urbain de 1<sup>er</sup> niveau. L'objectif étant de dresser un bilan annuel des programmes sanitaires qui y sont appliqués. L'année 2016 révèle des résultats satisfaisants en matière de couverture vaccinale des enfants de moins de 5ans avec un taux dépassant 95% pour la majorité des vaccins sauf le vaccin antipoliomyélitique inactivé (71%). Sinon, les activités de nutrition ont pu couvrir plus de 100% des populations cibles. D'une autre part, les activités de santé maternelle ont assuré une prévalence contraceptive à 47%, une adoption de Dispositif Intra Utérin à 29% avec une structure contraceptive dominée par la pilule. Le Taux de recrutement en consultation prénatale a atteint 42% et les taux de recrutement dans le programme de dépistage des cancers du sein et du col utérin ont atteint respectivement 31% et 4%.

En matière de lutte contre les maladies non transmissibles, 101 nouveaux cas de diabétiques et 57 cas d'hypertendus ont été dépistés au titre de la même année.

Par ailleurs, le centre a enregistré une incidence de tuberculose de 101 cas /100000 habitants avec des taux de succès thérapeutique et de perdus de vue respectivement à 89% et 8%.

Concernant les infections sexuellement transmissibles, 155 cas ont été notifiés et 800 tests de VIH ont été effectués dont aucun n'est revenu positif.

## ABSTRACT

**Title:** Activity of the health center Said Hajji in Salé

**Author:** NOKROU Meryeme

**Tutor:** Pr EL HAMZAOUI Sakina

**Keywords:** Diabetes and hypertension, Immunization, Mother and Child health, Tuberculosis, HIV.

The Moroccan healthcare system is organized according to a pyramidal hierarchy where the health center is the first referral level for patients. It provides preventive, curative and promotional health services.

Our original, descriptive and retrospective study focuses on the activities of Said Hajji facility, a first-level urban health center. The aim is to draw up an annual report of the health programs applied there. The year 2016 shows satisfying results for immunization coverage of children under 5 years old with a rate exceeding 95% for the majority of vaccines except inactivated poliomyelitis vaccine (71%). However, nutrition activities were able to cover more than 100% of the target populations. On the other hand, maternal health activities provided a contraceptive prevalence of 47%, a rate of Intra Uterine Device use of 29% with a contraceptive structure dominated by the pill. The recruitment rate in prenatal care reached 42% while recruitment in breast and cervical cancers early detection program reached 31% and 4% respectively.

In the fight against non communicable diseases, 101 new cases of diabetes and 57 hypertensive patients were detected in the same year.

In addition, the center reported a tuberculosis incidence of 101 cases / 100000 people with rates of therapeutic success and loss to follow-up respectively at 89% and 8%.

Regarding sexually transmitted infections, 155 cases were reported and 800 HIV tests were performed, none of which were positive.

## ملخص

العنوان: نشاط المركز الصحي سعيد حجي بسلا

من طرف: نقر و مريم

المشرف: بروفييسور الحمزاوي سكيينة

الكلمات الأساسية: السكري و ارتفاع ضغط الدم, التلقيح, الام و الطفل, السل, فيروس نقص المناعة البشري.

يعتبر نظام الصحة المغربي نظاما هريا حيث يمثل المركز الصحي أول مستوى يلجأ له المرضى للإستفادة من الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية و الترويجية. تتمحور دراستنا حول أنشطة المؤسسة الصحية سعيد حجي، و هي عبارة عن مركز صحي حضري من الدرجة الأولى. الهدف من ذلك، إعداد تقرير سنوي عن البرامج الصحية المطبقة هناك. عرفت سنة 2016 نتائج جيدة فيما يخص تغطية الأطفال دون الخمس سنوات باللقاحات بمعدل يفوق 95% بالنسبة لمعظم اللقاحات باستثناء لقاح شلل الأطفال المعطل الذي بلغ 71%، في حين شملت أنشطة التغذية أكثر من 100% من الفئة المستهدفة. من ناحية أخرى، مكنت أنشطة صحة الأم من ضمان معدل انتشار وسائل منع الحمل قدر ب 47%، في حين بلغ معدل اعتماد اللولب 29%، حيث أن أغلبية النساء تستعمل الحبوب كوسيلة لمنع الحمل. من جهة أخرى، بلغ معدل انخراط النساء الحوامل في برنامج مراقبة الحمل 42%، أما نسبة الانخراط في برنامج الكشف المبكر عن السرطان فسجل 31% بالنسبة لسرطان الثدي و 4% لسرطان عنق الرحم.

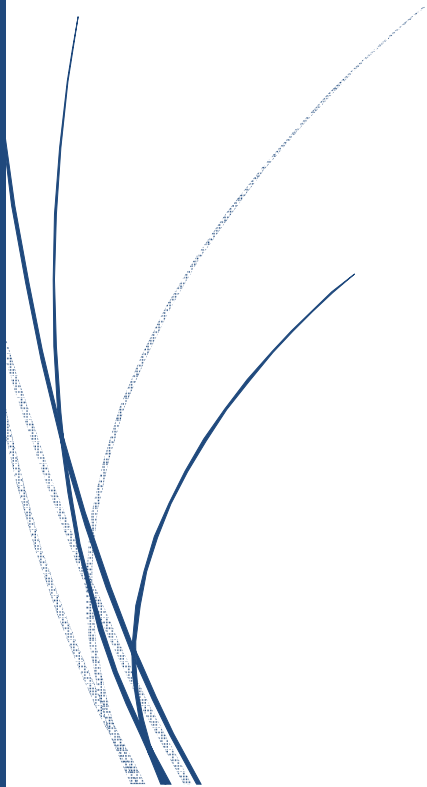
في إطار مكافحة الأمراض الغير معدية، تم الكشف عن 101 حالة جديدة من مرضى السكري و 57 من مرضى ارتفاع ضغط الدم.

فيما يخص مرض السل، بلغ معدل الإصابة بالسل 101 حالة لكل 100000 من السكان مع نسبة نجاح للعلاج تقدر ب 89%.

باسم نفس السنة، أبلغ المركز عن 155 حالة إصابة بالأمراض المنقولة جنسيا، و قام بإجراء 800 عملية كشف عن فيروس نقص المناعة البشري، لم يكن أي منها إيجابيا.



# *Bibliographie*



- [1] Nations Unis, Organisation mondiale de la santé, Commission intérimaire. *Actes officiels de l'organisation mondiale de la santé N°2*. Juin 1948.p. 100.
- [2] Lemercier C. *La santé environnement, concepts, enjeux et appropriation par les acteurs* [thèse]. Développement social. Septembre 2013. p. 16.
- [3] Organisation mondiale de la santé. *Santé et droit de l'Homme*. Organisation mondiale de la santé ; Décembre 2015 ; [environ 1écran]. Disponible à l'URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>
- [4] Nations Unis. *La déclaration universelle des droits de l'Homme* [en ligne]. Les nations Unis ; [environ 6 écrans]. Disponible à l'URL : <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
- [5] Secrétariat Général du Gouvernement, Royaume du Maroc. *La constitution*. Edition 2011 : 14-55
- [6] Banque mondiale. Maroc, Population, total. 2016. Disponible à l'URL : <https://donnees.banquemondiale.org/pays/maroc>
- [7] Ministère de la santé, Direction de la population et des ressources financières, Division de la planification et des études, Service des études et de l'information sanitaire. *Santé en chiffre 2015. Edition 2016* : 10-14

- [8] Haut commissariat au plan. *Note d'information relative aux comptes nationaux provisoires de 2016*. p.1
- [9] Banque mondiale. *PIB par habitant*. World Bank [cité le 9/6/2017] ; [environ 1 écran]. Disponible à l'URL : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.PCAP.CD?locations=MA>
- [10] Haut commissariat au plan. *Note d'information au sujet de la situation du marché du travail*. 2016
- [11] Nations Unies pour le Développement. *Rapport sur le développement humain*. 2014.
- [12] UNESCO institute for statistics, *Adult and youth literacy, National, regional and global trends, 1985-2015*. Canada. 2013.
- [13] Organisation mondiale de la santé. *Maladies non transmissibles : profils des pays*. 2014.
- [14] Organisation mondiale de la santé. *Maladie non transmissibles : profils des pays*. 2011.
- [15] Ministère de la santé, Organisation mondiale de la santé. *Evaluation des fonctions essentielles de santé publique*. Janvier 2016. p. 17
- [16] Ministère de la santé. *Situation épidémiologique de la tuberculose au Maroc*. 2015
- [17] Belghiti Alaoui A. *La carte sanitaire, le pourquoi et le comment*. Rabat. Décembre 2014.

- [18] Décret n° 2-14-562 du 7 chaoual 1436 (24 juillet 2015) pris pour l'application de la loi- cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins.
- [19] Direction de la planification et des ressources financières, Division de la planification et des études, Service des études et de l'information sanitaire. *Santé en chiffre 2015*, Edition 2016 : 28-30
- [20] Ministère de la santé. *Offre de soins, situation 2013*.
- [21] Ministère de la santé. *Stratégie sectorielle de santé 2012-2016*. Mars 2012. p. 16.
- [22] Ministère de la santé, *Santé en chiffre 2015*, Edition 2016 : 33-34
- [23] Ministère de la santé, Organisation mondiale de la santé. *Evaluation des fonctions essentielles de santé publique*. Janvier 2016. p. 18
- [24] Aujourd'hui Le Maroc. 2016 : *Couverture médicale pour les étudiants*, Janvier 2017 ; [environ 2 écrans]. Disponible à l'URL : <http://aujourd'hui.ma/societe/2016-couverture-medicale-pour-les-etudiants>
- [25] Organisation mondiale de la santé. *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire*. 12 septembre 1978.
- [26] Conseil économique, social et environnemental. *Les soins de santé de base, vers un accès équitable et généralisé*. 2013. p. 19-20

- [27] Ministère de la Santé, Direction de la Population. *Manuel Pratique Sur La Vaccination à L'intention Des Professionnels de Santé*. 2015. p. 22-4
- [28] Organisation mondiale de la santé. *Maladies diarrhéique, Aide-mémoire n° 33*, Mai 2017 ; [environ 1 écran]. Disponible à l'URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/fr/>
- [29] UNICEF, World health organization. *Diarrhoea : why children are still dying and what can be done*. 2009. p. 31-4
- [30] Ministère de la santé publique, Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies, *Programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës*. 1996
- [31] Ministère de la santé, Direction de la population. *Lutte contre les troubles dus aux carences en micronutriments, Manuel à l'usage des professionnels de santé*. 2008. p. 33-40
- [32] Direction de la population, Division de la planification familiale. *Programme national de planification familiale*. Association des médecins, Décembre 2013. Disponible à l'URL : <http://associationdesmedecins.ma/wp-content/uploads/2013/12/Planification-familiale.pdf>
- [33] Ministère de la santé, *Stratégie nationale de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales*. Mars 2002

- [34] Ministère de la santé, Direction de la population. *Manuel pratique su la vaccination à l'intention des professionnels de santé*. 2015. p. 27.
- [35] Ministère de la santé. *Plan national d'accélération de la réduction de l'incidence de la tuberculose 2013-2016*, 2013 : 21
- [36] Direction de l'épidémiologie et e lutte contre les maladies. *Programme national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et SIDA*. International Labor Organization ; [environ 2 écrans]. Disponible à l'URL : [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_127080.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127080.pdf)
- [37] Ministère de la santé. Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies, Division des maladies non transmissibles. *Programme national de prévention et de lutte contre le diabète*, Décembre 2013.
- [38] Ministère de la santé. *Programme national de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires*. Association des médecins, Décembre 2013. Disponible à l'URL : <http://associationdesmedecins.ma/wp-content/uploads/2013/12/Prevention-maladies-cardiovasculaires.pdf>
- [39] Ministère de la santé, Association lalla Salma de lutte contre le cancer. *Guide de détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus*, Edition 2011 : 11.

- [40] Ministère de la santé, Division de la santé scolaire et universitaire. *Programme national de la santé scolaire et universitaire*. Association des médecins, 2013. Disponible à l'URL : <http://associationdesmedecins.ma/wp-content/uploads/2013/12/Santé-scolaire-et-universitaire.pdf>
- [41] Haut commissariat au plan. *Le Maroc entre Objectifs du Millénaire pour le Développement et Objectifs de Développement Durable, Les acquis et les défis*. Rapport National. 2015. p. 15
- [42] Ministère de la santé. *Calendrier National de Vaccination*. Ministère de la santé, 2014 ; [environ 1 écran]. Disponible à l'URL : <http://www.sante.gov.ma/Pages/vaccination2014.aspx>
- [43] Organisation mondiale de la santé. *WHO vaccine- preventable diseases: monitoring system. 2017 global summary, Coverage Time Series for Morocco (MAR)*, Septembre 2017;[environ 1 écran]. Disponible à l'URL : [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/coverages?c=MAR](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/coverages?c=MAR)
- [44] Organisation mondiale de la santé. *WHO vaccine- preventable diseases: monitoring system. 2017 global summary*. Septembre 2017; [environ 2 écrans]. Disponible à l'URL: [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=TUN](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=TUN)

- [45] Organisation mondiale de la santé. *WHO vaccine- preventable diseases: monitoring system 2017 global summary*. Septembre 2017; [environ 2 écrans]. Disponible à l'URL: [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=DZA](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=DZA)
- [46] Ministère de la Santé Direction des Soins de Santé de Base, République Tunisienne. Calendrier Vaccinal Juillet 2014, Avril 2016.
- [47] Préfecture de salé, Cellule préfectorale des statistiques de santé. *Bilan annuel des programmes sanitaires par formation*, Année 2016.
- [48] Ministère de la santé, Direction de la population. *Manuel pratique sur la vaccination à l'intention des professionnels de santé*. 2015. p.101-103
- [49] Lahlou K. *Programme national d'immunisation : évolution et perspectives*. Casablanca, Janvier 2016.
- [50] Ministère de la santé, République Tunisienne. *Bulletin National de Vaccination, Retro- info-Polio N°42, Retro-info-Rougeole N°23*. Avril 2015. p. 7
- [51] UNICEF. *Eliminer le Tétanos Maternel et Néonatal*. Observatoire national du développement humain, Al Bacharia, 2004 ; [environ 1 écran]. Disponible à l'URL : <http://www.albacharia.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/30712/0469Eliminer%20le%20t%C3%A9tanos%20maternel%20et%20n%C3%A9onata.pdf?sequence=1>

- [52] République Tunisienne, Ministère de la santé, Direction des soins de santé de base. *La Surveillance Des Maladies Cibles du Programme National de Vaccination en Bref, Mini guide à l'usage des praticiens et déclarants*. 2013. p. 11.
- [53] Organisation mondiale de la santé. *WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring System 2017 Global Summary, Incidence Time Series for Morocco (MAR)*., Septembre 2017 ;[environ 1 écran]. Disponible à l'URL : [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/incidences?c=MAR](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/incidences?c=MAR)
- [54] Organisation mondiale de la santé. *WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring System 2017 Global Summary, Incidence Time Series for Tunisia*, Septembre 2017 ;[environ 1 écran]. Disponible à l'URL : [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=TUN](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=TUN)
- [55] Organisation mondiale de la santé. *Petrussis reported cases*, Septembre 2017 ; [environ 2 écrans]. Disponible à l'URL : [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/timeseries/tsincidencepertussis.html](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tsincidencepertussis.html)
- [56] Organisation Mondiale de la Santé. *Diphtheria Reported Cases*, Septembre 2017; [environ 1 écran]. Disponible à l'URL : [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/timeseries/tsincencediphtheria.html](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tsincencediphtheria.html)

- [57] Ministère de la santé de la santé, Direction de la population. Surveillance épidémiologique des maladies cibles de la vaccination. *In Manuel pratique sur la vaccination à l'intention des professionnels de santé*, 2015.p. 107.
- [58] Teleb N. Overview on *Rotavirus Surveillance Network in the Eastern Mediterranean regional*. Presented at the 8th International Rotavirus Symposium; 3-4 June 2008; Istanbul; 2008.
- [59] Kheyami AM, Areeshi MY, Dove W, Nakagomi O, Cunliffe NA, Anthony HC. *Characterization of rotavirus strains detected among children and adults with acute gastroenteritis in Gizan, Saudi Arabia*. Saudi Med J. 2008. 29(1):90-93.
- [60] Marmash RW, Dalwai AK, Szucs G, Molla AM, Pacsa AS, Al Nakib W et Al. *Genotypic characterization of rotaviruses and prevalence of serotype-specific serum antibodies in children in Kuwait*. Epidemiol Infect.2007;135(8):1331-1337
- [61] Chouikha A, Fodha I, Bouslama L, Fredj MBH, Jaoua S, Boujaafar N. *Emergence and characterization of human rotavirus G9 strains in Tunisia*. J Infect Dis.2009. 200 Suppl 1:S239-S243.
- [62] Mougí M, Amer A, el-Abhar A, Hughes J, el-Shafie A. *Epidemiological and clinical features of rotavirus associated acute infantile diarrhea in Cairo, Egypt*. J Trop Pediatr.1989; (35): 230–3

- [63] Forster J et al. 2009. *Hospital-based surveillance to estimate the burden of rotavirus gastroenteritis among European children younger than 5 years of age*. Pediatrics. 2009 ;123 suppl 3: 393-400.
- [64] Ministère de la santé. *Stratégie nationale de nutrition 2011-2019*.p.13
- [65] UNICEF, Multiple Indicator Cluster Survey. *Tunisie, Suivi de la situation des enfants et des femmes 2011-2012*. Juin 2013.p. 13
- [66] Haut commissariat au plan. *Le Maroc entre Objectifs du Millénaire pour le Développement et Objectifs de Développement Durable, Les acquis et les défis*. Rapport National. 2015. p. 51
- [67] Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de la méditerranée orientale. *Stratégie régionale de la nutrition 2010-2019, Document technique*. Septembre 2010. p. 5
- [68] Wirth JP, Petry N, Tanumihardjo SA, Rogers LM, Mclean E, Greig A et Al. *Vitamin A supplementation programs and country- level Evidence of vitamin A Deficiency*. Nutrients. 24 Fevrier 2017; 9(3): 5-8
- [69] Ministère de la santé. *Stratégie nationale de nutrition 2011-2019*.p.15
- [70] UNICEF. *Improving Child Nutrition, The Achievable Imperative for Global Progress*. April 2013. p. 23
- [71] Ministère de la santé. *Enquête nationale sur la population et la santé familiale*. Rabat. Décembre 2012.p. 216- 218

- [72] Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture. *Profil nutritionnel des pays, République tunisienne*. 2005.p. 43
- [73] Munns C, Zacharin MR, Rodda CP, Batch JA, Morley R, Cranswick NE et Al. *Prevention and childhood vitamin D deficiency in Australia and New Zealand: a consensus statement*. Med j Aust. September 2006; 185(5): 286-72.
- [74] World health organization. *The Global Prevalence of anaemia in 2011*. Geneva, 2015.
- [75] Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et Al. *Global, regional and national trends in hemoglobin concentration and prevalence of total and severe anemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data*. The Lancet Global Health 2013; 1(1): 16-25.
- [76] Ministère de la santé. *Une grande avancée dans la réduction de la mortalité maternelle au Maroc*. Ministère de la santé, 3 Mai 2017 ; [environ 2 écrans]. Disponible à l'URL : <http://www.sante.gov.ma/pages/actualites.aspx?IDActu=225>
- [77] Ministère de la santé. *Enquête nationale sur la population et la santé familiale*. Rabat. Décembre 2012.p. 89-90
- [78] Office National de la Famille et de la Population. *Taux de prévalence contraceptive*. Statistiques Tunisie, [mis à jour le 23/03/2017] ; [environ 1 écran]. Disponible à l'URL : <http://www.ins.nat.tn/fr/themes/santé>

- [79] United Nations Population Fund, Sénégal. *Prévalence contraceptive, des progrès timides selon l'eds 2016*. UNFPA, 12 Septembre 2017 ; [environ 1 écran]. Disponible à l'URL : <http://senegal.unfpa.org/fr/news/23-de-prévalence-contraceptive-des-progrès-timides-selon-l'eds-2016>
- [80] Haut commissariat au plan. *Le Maroc entre Objectifs du Millénaire pour le Développement et Objectifs de Développement Durable, Les acquis et les défis*. Rapport National. 2015. p. 54
- [81] Ministère de la santé. *Enquête nationale sur la population et la santé familiale*. Décembre 2012.p. 122-51
- [82] Statistiques Tunisie. *Rapport national genre, Tunisie*. 2015.p. 13.
- [83] Fondation Lalla Salma, Prévention et traitement des cancers. *Programme de détection précoce*. [cité le 6/10/2017] ; [environ 1 écran]. Disponible à l'URL : [http://www.contrelecancer.ma/fr/detection\\_precoce\\_action](http://www.contrelecancer.ma/fr/detection_precoce_action)
- [84] Organisation mondiale de la santé. *10 faits sur les maladies non transmissibles*, Mars 2013. OMS ; [environ 1 écran]. Disponible à l'URL : [http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/fr/](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/fr/)
- [85] Organisation mondiale de la santé. *Tuberculose, Aide mémoire*. OMS, Mars 2017; [environ 1 écran]. Disponible à l'URL : [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/)

- [86] Haut commissariat au plan. *Le Maroc entre Objectifs du Millénaire pour le Développement et Objectifs de Développement Durable, Les acquis et les défis*. Rapport National. 2015. p. 61
- [87] Ministère de la santé. *Plan national d'accélération de la réduction de l'incidence de la tuberculose 2013- 2016*.p.18
- [88] Portail Santé du Cap Bon. *La lutte contre la tuberculose en Tunisie*. Santé Nabeul, [ mis à jour le 18/2/2016] ; [ environ 1 écran].Disponible à l'URL : <http://santenabeul.tn/index.php/les-programmes-nationaux/programme-national-lutte-contre-tuberculose.html>
- [89] Haut commissariat au plan. *Le Maroc entre Objectifs du Millénaire pour le Développement et Objectifs de Développement Durable, Les acquis et les défis*. Rapport National. 2015. p.58 et 59
- [90] Ministère de la santé. *Mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH/SIDA, Rapport National 2015*.
- [91] République Tunisienne, Ministère de la santé, Direction des soins de santé de base. *Plan Stratégique national de la riposte au VIH/ Sida et aux IST 2015-2018 en Tunisie*. p. 42.
- [92] Ministère de la santé. *Plan stratégique national de lutte contre le Sida 2012-2016*.p. 46

# *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

# قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أنا أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - الرباط  
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 423

سنة : 2017

## نشاط المركز الصحي سعيد حجي بسلا

### أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : .....

من طرفه

الآنسة: مريم نقرو

المزادة في: 26 دجنبر 1989 بالرباط

### لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: السكري وارتفاع ضغط الدم - التلقيح - الأم والطفل - السل -  
فيروس نقص المناعة البشري.

### تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: ميمون زوهدي

مشرفة

أستاذ في علم الأحياء الدقيقة

السيدة: سكيمة الحمزاوي

أستاذة في علم الأحياء الدقيقة

السيد: أحمد كاوزي

أستاذ في طب الأطفال

السيد: ياسين سخسوخ

أستاذ في علم الأحياء الدقيقة

السيدة: نزهة مسعودي

أستاذة في علم الدم

أعضاء