UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES

Année 2012 Thèse N° 020/12

ADEQUATION ENTRE L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE AU MAROC ET LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

THESE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13/03/2012

PAR

Mme. LAHLOU ASMAE
Née le 15 Juillet 1986 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :
Formation - Santé publique - Situation épidémiologique

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN..... Professeur d'Urologie	PRESIDENT
M. NEJJARI CHAKIB..... Professeur d'Epidémiologie clinique	RAPPORTEUR
M. HIDA MOUSTAPHA..... Professeur de Pédiatrie	JUGES
M. BELAHSEN MOHAMMED FAOUZI..... Professeur de Neurologie	JUGES
M. TACHFOUTI NABIL..... Professeur assistant d'Epidémiologie clinique	MEMBRE ASSOCIE

PLAN

Introduction 10

A- La formation médicale 13

1- bref historique des facultés de médecine au Maroc 13

2- La réforme des études médicales au Maroc 14

3- Nécessité d'une nouvelle réforme globale de la formation en sciences de la santé 15

4-Définition de la médecine générale 16

5- la prévention en médecine générale 19

6- Profil idéal du médecin généraliste : médecin cinq étoiles 20

7-L'importance du médecin généraliste dans le système de santé... 22

B- Système de santé au Maroc 24

1- Organisation du système de santé (secteurs) 24

2- Offre des soins 25

2-1- les ressources humaines 25

2-2- structures d'offre de soins de santé 26

2-3- niveaux d'offre de soins 27

Objectif 29

Méthode 31

Résultats 34

I- Etat de lieu de l'offre du personnel médical 35

1- Evolution de l'effectif médical 35

2- Secteur public étatique 36

3- Secteur privé libéral 37

4- Secteur semi-public 37

5- Secteur traditionnel 38

II- Exercice de la médecine générale au Maroc 39

III- Etat de santé de la population marocaine 39
1- Structures démographiques 39
2- Evolution de la fécondité 40
3- Changement dans la structure d'âge avec tendance au vieillissement de la population 41
4- Espérance de vie 43
5- Taux brut de mortalité 44
6- La pauvreté et l'analphabétisme, facteurs déterminant de la vulnérabilité à la maladie 45
IV- Analyse de l'état de santé et principaux problèmes de santé publique au Maroc 46
1- Les comportements à risque de plus en plus importants 46
1-1 Tabagisme 46
1-2 Consommation d'alcool 47
1-3 La toxicomanie 47
1-4 Les habitudes alimentaires 47
V- Transition épidémiologique : Analyse des besoins de santé 48
1- Maladies transmissibles 50
1-1 La tuberculose 50
1-2- IST-VIH 52
1-3- Les hépatites virales 37
2- Maladies non transmissibles 59
2-1 Maladies cardiovasculaires et hypertension artérielle 59
2-2- Hypertension artérielle 59
2-3 Diabète 61
2-4 Les cancers 62

3- Les traumatismes graves 66
IV- Offre de formation 68
1- Les programmes d'enseignement aux facultés de médecines..... 68
1-1- les objectifs et programmes des modules..... 68
Analyse..... 73
Discussion 91
Conclusion..... 97
Résumé 99
Bibliographie 107

LISTES DES FIGURES :

Figure 1- Les bases de la compétence du médecin

Figure 2 - les dimensions de la Médecine générale

Figure 3 - Représentation schématique de l'évolution d'une maladie

Figure 4 – Organisation du système de santé au Maroc

Figure 5- pyramide de l'offre de soins au Maroc

Figure 6- évolution des effectifs des médecins publics et privés période 1997-2011

Figure 7 - évolution et tendance de la fécondité par milieu de résidence_

Figure 8 - Structure d'âge de la population marocaine-2010

Figure 9- Structure d'âge de la population marocaine-2020

Figure 10- Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe (en années)

Figure 11- Evolution du taux brut de mortalité (pour mille) période 1960-2003

Figure 12- Evolution de nombre de nouveaux cas de tuberculose, 1982-2001 (Exprimé en milliers de cas)

Figure 13- Répartitions des cas de SIDA selon le sexe en %. Maroc, (1986-2009)

Figure 14- Tendance de la prévalence du VIH chez la femme enceinte(%). Surveillance sentinelle du VIH. Maroc, 2002-2009

Figure 15- Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe (%) National et Souss Massa Daraa. (2001-2009)

Figure 16- Cas notifié de VIH selon le mode de transmission. Maroc (2005-2009)

Figure 17- estimation de nombre de personnes vivant avec le VIH Maroc, 2003-2009

Figure 18- Evolution des cas de VIH selon les périodes. Maroc, 1986-2009

Figure 19- principales localisations cancéreuses chez l'homme RCRC 2004 Chez l'homme

Figure 20- principales localisations cancéreuses chez les femmes, RCRC 2004 Chez la femme

Liste des tableaux

Tableau 1- Répartition des Médecin du secteur publique selon la spécialité

Tableau 2 - Répartition des Médecin du secteur publique selon la spécialité

Tableau 3- évolution et tendance de la structure de la population marocaine par groupe d'âge (1960-2019).

Tableau 4- indicateurs démographiques par milieu, année 2010

Tableau 5- La répartition du total de décès en % selon la cause et le sexe, année 2003

Tableau 6- répartition du total de décès selon l'âge, le sexe et la cause, année 2003

Tableau 7- Incidence des cancers chez l'homme : toutes localisations

Tableau 8- Incidence des cancers chez la femme : toutes localisations

Tableau 9 – répartition des stages de la 7ème année selon les spécialités

Tableau 10 - Points forts et points d'effort de l'enseignement des maladies transmissibles

Tableau 11 - Points forts et points d'effort de l'enseignement des maladies non transmissibles

Tableau 12 - Degré d'adéquation de l'enseignement de la démographie à la situation épidémiologique

Tableau 13- degré d'adéquation de l'enseignement des maladies transmissibles à la situation épidémiologique

Tableau 14- degré d'adéquation de l'enseignement maladies non transmissibles les plus fréquentes

Tableau 15- degré d'adéquation de l'enseignement de la recherche aux besoins

Tableau 16- degré d'adéquation de l'enseignement de la communication aux besoins
Tableau 17- place de la gestion dans la formation initiale des médecins
Tableau 18- degré d'adéquation entre les traumatismes et handicap et la situation épidémiologique
Tableau 19- Aspects de santé liés aux principaux FDR des maladies émergeantes
Tableau 20- degré d'adéquation de la toxicologie à la situation épidémiologique
Tableau 21- degré d'adéquation des stages hospitaliers à la situation épidémiologique
Tableau 22- Adéquation de l'offre de formation et l'objectif « médecin 5 étoiles »

Liste des abréviations :

CERED	: centre d'études et de recherche en démographie
DPRF	: direction de la planification et des ressources financières
ENDPR	: enquête nationale démographique a passage répété
ENFPF	: enquête nationale sur la fécondité et la planification familiale
ENPS	: enquête nationale population et santé
ENPS	: enquête nationale population et santé
FDR	: facteurs de risque
HCP	: haut commissariat au plan
HTA	: hypertension artérielle
IST	: infections sexuellement transmissibles
MS	: ministère de santé
MST	: maladies sexuellement transmissibles
OMS	: organisation mondiale de la santé
PAPCHILD	: pan arabe project child
RCRC	: registre de la région du grand Casablanca
RGPH	: recensement générale de la population et de l'habitat
SEIS	: service des études et de l'information sanitaire
SIDA	: syndrome d'immunodéficience acquis
SMD	:souss massa daraa

INTRODUCTION

L'analyse des besoins de santé de la population est une des principales étapes pour fonder un système de formation médicale adapté. Sans analyse des besoins il est difficile de savoir si la formation médicale est pertinente, utile et si elle prépare le médecin à répondre aux attentes du système et de la population. Une analyse des besoins suppose donc la détermination de deux pôles, le statut actuel de l'étudiant et le statut désiré de cet étudiant en spécifiant l'écart existant entre ces deux pôles ; alors elle doit déboucher sur la définition du profil du médecin à former et donc les besoins de formation doivent concerner les domaines des compétences intellectuelles, gestuelles et relationnelles [1].

De ce fait, l'analyse des besoins de santé de la population, la planification et la mise en œuvre d'un système de formation médicale sont deux choses directement et étroitement liées car une formation ne peut être utilisée que si elle répond aux besoins de la population [2]. L'analyse des besoins de santé communautaire concerne le profil épidémiologique et démographique de la population, avec une vue d'ensemble des principales causes de décès, les maladies les plus fréquentes, problèmes majeurs de santé, les incapacités qu'elles provoquent, mais aussi les caractéristiques des organisations et structures de santé [3].

Lorsque l'analyse des besoins est effectuée selon une bonne méthodologie et que ses résultats sont appliqués à la planification d'un programme de formation médicale, non seulement la pertinence est garantie mais le sens de cette formation devient beaucoup plus évident pour les apprenants et c'est beaucoup plus volontiers que les futurs professionnels de santé appliqueront ce qu'ils ont appris dans leur travail de tous les jours. Ainsi Les professionnels de l'éducation insistent, de plus en plus, sur la nécessité d'identifier les besoins d'une façon systématique et rigoureuse et pour que les programmes d'études répondent à des besoins précis de

la société, par ailleurs, de plus en plus exigeante sur le plan de la pertinence et de la qualité des soins [4,6].

La planification de la formation médicale nécessite une redéfinition et une description précise des rôles des futurs médecins à former. Et pour leurs donner la possibilité d'acquérir des compétences appropriées et une motivation sociale, il faudra donc apporter, continuellement, des réformes aux programmes d'enseignement et de formation.

Quand on examine l'évolution des politiques et système de santé au Maroc, on s'aperçoit que, d'un côté, la lecture des indicateurs sanitaires montre une progression notable en matière d'extension de la couverture sanitaire et un recul des mortalités infantile et juvénile ; et de l'autre côté, persiste une disparité dans l'état de santé entre sexes, milieux, régions et groupes socioéconomiques, avec beaucoup d'insuffisances en matière de qualité de soins.

Cette situation ambivalente ne réduit en rien l'importance des efforts investis dans le domaine de la santé et le succès qu'ont connu certains programmes de santé, elle questionne toutefois la pertinence d'une référence systématique à un modèle de système de santé mis en place le lendemain de l'indépendance.

Or, la formation des professionnels de santé, et plus particulièrement la formation médicale, constitue un levier important des réformes de santé ce qui justifie une nouvelle réforme des études médicales.

A- La formation médicale :

1- bref historique des facultés de médecine au Maroc :

Il est important de rappeler quelques dates repères en rapport avec la formation médicale et les réflexions sur la médecine générale au Maroc [7]:

- Création des facultés de médecine de Rabat et de Casablanca (1962 à1975)
- Première réforme des études médicales (1983)
- Création des facultés de médecine de Fès et de Marrakech (1999)
- Audits des facultés de Médecine de Rabat et de Casablanca (2000)
- Atelier de Marrakech sur l'exercice de la médecine générale libérale (2001)
- Tentative de création d'un certificat de Médecine Familiale au sein de la Faculté de Médecine de Marrakech (2002)
- Nouvelle tentative de projet de formation en Médecine Familiale entre les Facultés de Médecine de Casablanca et de Marrakech, le Ministère de la Santé, en partenariat avec la Faculté de Médecine de Sousse et de Monastir (2003)
- Projet de création d'une nouvelle faculté de médecine à Oujda (2004)
- Réflexion au sein de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
- (Projet d'un atelier National sur la médecine générale au Maroc 2004)
- Le travail mené par le groupe de réflexion de l'Université Mohammed V Souissi (2004-2005) constitue un tournant important dans l'avant projet de réforme des études médicales au Maroc.
- Ouverture de la faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda (2008).

2- La réforme des études médicales au Maroc :

La dernière réforme des études médicales au Maroc remonte à 1983, sur proposition des conseils des facultés de médecine et de pharmacie de Rabat et de Casablanca [7]. Elle avait concerné les aspects pédagogiques et institutionnels, le statut des enseignants chercheurs, celui des internes et des résidents ainsi que la création du Centre hospitalier Universitaire. Sur le plan pédagogique, la réforme se basait sur les éléments suivants :

- La régulation des flux des étudiants par l'instauration d'un concours ouvert aux bacheliers scientifiques, en fonction des possibilités d'encadrement et des besoins de la société ;
- La définition du profil de formation du médecin à former conformément à la situation sanitaire du pays et la politique nationale en matière de santé de la population ;
- L'organisation des études en modules indépendants avec des examens semestriels, et la possibilité de capitaliser partiellement les modules acquis ainsi que la possibilité de passer d'une année à l'autre avec des crédits de modules ou de stages ;
- La réduction d'une année d'études théoriques et la prolongation de la durée des stages internés à deux ans au lieu d'une année avec le maintien d'une durée d'études globale de sept ans, (Bac + 7) ;
- L'organisation d'un troisième cycle de 4 ou 5 ans pour la préparation d'une spécialité (Bac + 11 ou 12), avec la création du Résidanat ;
- Les études odontologiques et pharmaceutiques, créées ultérieurement, furent conçues sur le même modèle avec cependant l'instauration du concours d'accès aux lauréats du DEUG de biologie pour la pharmacie.

3- Nécessité d'une nouvelle réforme globale de la formation en sciences de la santé:

Aujourd'hui après plusieurs années, nombreux facteurs sont en faveur d'une nouvelle réflexion globale sur l'ensemble des études en médecine :

- La nécessité d'évaluer et d'adapter les régimes des études en médecine selon l'évolution démographique, épidémiologique, pédagogique et scientifique ;
- La nécessité d'harmoniser les études médicales et leur organisation avec les changements prévus par la mise en application de la réforme universitaire, conformément aux grandes orientations de la Charte Nationale sur l'Education et la Formation ainsi que la loi 01/ 2000 relative à l'Enseignement Supérieur et les décrets pris pour son application ;
- Le besoin de prendre en compte les changements intervenus dans l'organisation des études médicales dans la plupart des pays développés, et notamment en Europe et en Amérique du Nord,
- L'intégration dans le processus de réflexion de la mise en place récente de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assurance des Economiquement Démunis (RAMED).
- La nécessité de prendre en considération les évolutions technologiques en médecine, les nouveaux besoins de la population en matière sanitaire et les nouvelles responsabilités de l'Etat dans la satisfaction des attentes de la société et de l'implication des politiques publiques en la matière sur les plans économique, organisationnel et financier.
- La nécessité de corriger les dysfonctionnements identifiés au niveau de la formation actuelle des professionnels de la santé.

4- Définition de la médecine générale:

La médecine générale se définit comme « une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique [7]. C'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires ». Les soins primaires: sont des prestations de soins de santé accessibles et intégrés, par des médecins qui ont la responsabilité de répondre à une grande majorité de besoins de santé individuels, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté. (Selon l'OMS et la déclaration d'Alma Alta 1978).

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

1. Approche centrée sur la personne, orientée sur l'individu, sa famille et sa communauté.
2. Processus de consultation personnalisée qui établit dans le temps, une relation médecin patient à travers une communication adaptée.
3. Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.
4. Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins, le travail avec d'autres professionnels dans le cadre des soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités.
5. Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
6. Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.

7. Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.
8. Développement de la promotion et de l'éducation de la santé par des interventions appropriées et efficaces.
9. Action spécifique en terme de santé publique.
10. Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Ces caractéristiques centrales de la discipline, qui doivent être maîtrisées par le Médecin Généraliste, peuvent être classées schématiquement en six compétences principales :

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

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

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

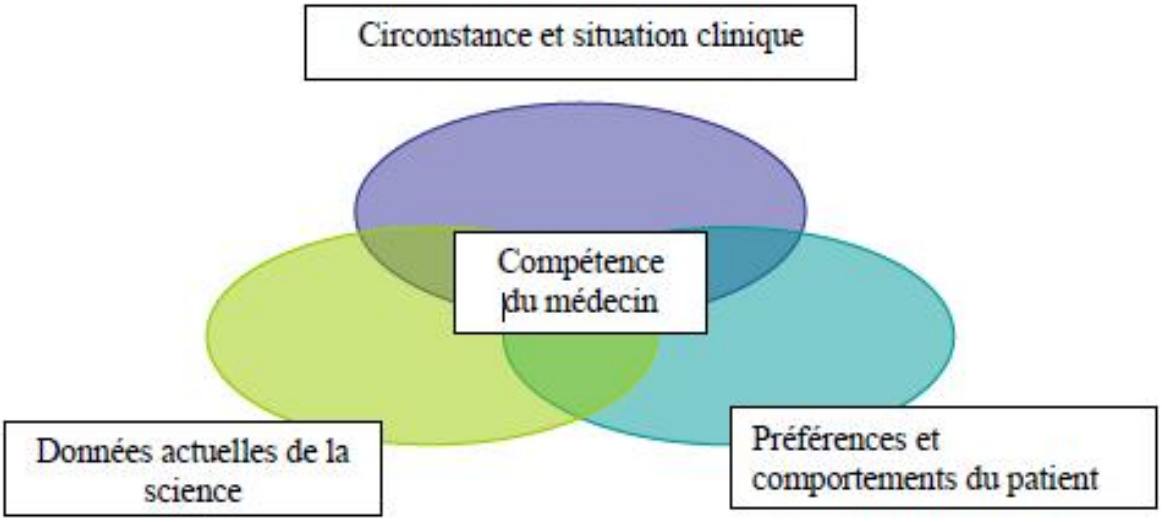


Figure 1 - Les bases de la compétence du médecin

Du fait que la médecine générale est centrée sur la personne, trois dimensions sont considérées comme fondamentales :

- **v** Dimension Contextuelle : De la personne, de la famille, de la communauté et de la culture.
- **v** Dimension comportementale : Basée sur les Capacités professionnelles ; Valeurs et éthiques du médecin, ses valeurs et son éthique.
- **v** Dimension scientifique : Basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

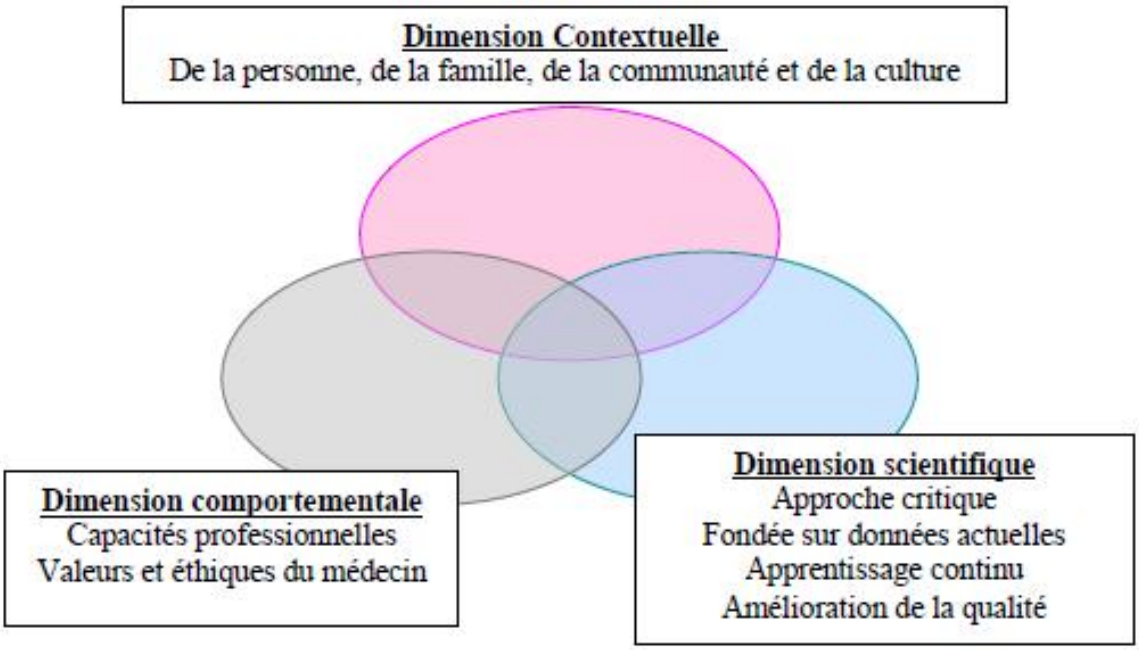


Figure 2 - les dimensions de la Médecine générale

Celles-ci s'articulent autour du patient en prenant en compte son environnement et le contexte [8]. Tout ceci impose au médecin généraliste d'acquérir, un savoir faire et un savoir être, seuls garantis d'une pratique de qualité adaptée aux exigences de notre profession.

5- la prévention en médecine générale:

La Prévention a pour but d'éviter les maladies ou de limiter leurs conséquences. Elle s'appuie sur les données épidémiologiques concernant les conditions d'apparition et de progression des maladies [8].

Trois niveaux de prévention sont décrits :

1. la prévention primaire : vise à éviter l'apparition d'une maladie et à réduire le nombre de nouveaux cas (l'incidence de la maladie). Elle agit sur les facteurs de risque par l'éducation pour la santé.

2. la prévention secondaire : vise la réduction de durée d'évolution d'une maladie (la prévalence de la maladie). Elle repose sur le diagnostic précoce de celle-ci grâce au dépistage.

3. la prévention tertiaire : vise à limiter les conséquences et les séquelles de la maladie, et de prévenir les récidives. Elle les incapacités et les handicaps secondaires à une pathologie aigue ou chronique.

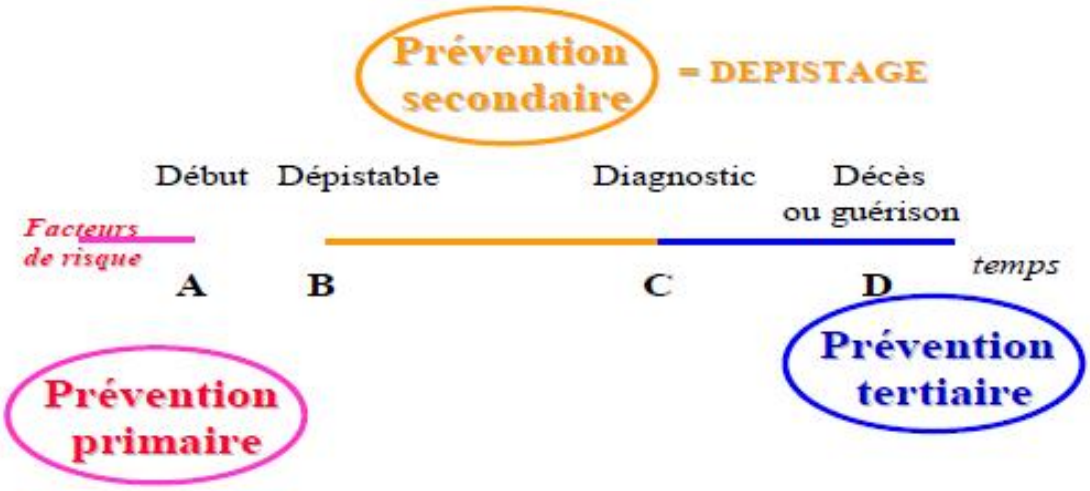


Figure 3 -Représentation schématique de l'évolution d'une maladie

6- Profil idéal du médecin généraliste : médecin cinq étoiles [9].

Il est nécessaire que l'enseignement de la médecine puisse se fonder d'abord sur une définition rigoureuse du profil attendu du médecin généraliste.

Au sein des professions de santé, les médecins ont souvent joués un rôle décisif dans la mise en place, et le fonctionnement du système de santé, mais ils se rendent maintenant compte qu'ils ne sont pas a l'abri de la critique ; leurs décisions sont de plus en plus contestées, par ailleurs les médecins sont maintenant en surnombre dans de plus en plus de pays. Dans ces conditions quel sera le rôle du médecin.

En déterminant de situer leurs action futurs dans le contexte de la santé considérée comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » et de

l'objectif mondial de la santé pour tous, les professions de santé, et les médecins en particulier , devront trouver un juste équilibre dans leurs prestations en soins de santé individuelle et communautaire et entre soins curatifs et préventifs, choisir des technologies appropriées pour assurer des prestations d'un bon rapport qualité /prix, et satisfaire un public de plus en plus exigeant

Les sociétés et les systèmes de santé évoluent donc il faudra toujours s'adapter aux besoins du présent et du futur .il semble cependant que certaines compétences seront toujours essentielles partout : elles défendissent le profil de ce que nous appelons le « médecin cinq étoiles ».

Le médecin cinq étoiles

- Un dispensateur de soin: qui considère le patient a la fois en tant qu'individu et membre d'une famille et d'une communauté , et dispense des soins de qualité, complets , continus et personnalisés dans le cadre d'une relation durable basée sur la confiance

- Un décideur : qui choisit quelles approches et techniques utiliser dans un souci d'éthique et de cout-efficacité pour optimiser les soins qu'il dispense.
- Un communicateur : capable d'écouter, d'expliquer, et de convaincre pour promouvoir des modes de vie saines, donnant ainsi aux individus et aux groupes les moyens d'améliorer et de protéger leur santé.
- Un membre influent de la communauté, qui, ayant gagné la confiance de ceux qui parmi lesquels il travaille, et capable de concilier les besoins des individus et de la communauté et d'agir au nom de cette dernière.
- Un gestionnaire : capable de travailler en harmonie avec des personnes et des organismes à l'intérieure et à l'extérieure du système de santé

pour répondre aux besoins des individus et des communautés, et d'utiliser a bon escient les informations sanitaires disponibles.

7- L'importance du médecin généraliste dans le système de santé :

L'expérience internationale démontre que les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaire avec des médecins généralistes, fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique [10]. ainsi une étude faite aux Etats-Unis qui a démontré que la mortalité a diminué de 14,4 morts pour 100 000 habitants pendant une période 11 ans quand le nombre de généralistes a augmenté de un médecin pour chaque 10 000 habitants (Social Science &Médicine 2005). Cette étude apporte la preuve que les ressources en soins primaires sont liées à la santé de la population et peuvent aider à réduire les disparités socioéconomiques.

Ces résultats sont importants car ils apportent une preuve plus solide de la relation entre le médecin généraliste et la diminution statistique de la mortalité.

Nous retenons aussi de cette étude qu'une médecine générale caractérisée par des soins de santé de base centrés sur la personne dans sa globalité peut aussi servir à renverser les effets négatifs des inégalités sociales sur la santé, donc on peut déduire que la promotion de la médecine générale peut être une stratégie plus facile et moins onéreuse pour lutter contre la mortalité et pour réduire les disparités socio-économiques en matière de santé.

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

De même une étude européenne menée chez des médecins généralistes ayant des cabinets recevant 150 patients par semaine a démontré que le 1er passage chez le médecin généraliste a permis une réduction de la consommation des médicaments de presque 34%, et la réduction des dépenses des examens complémentaires de presque 21%.

Par conséquent, on peut penser que la meilleure optimisation des dépenses doit être recherchée dans tous les domaines, médecine ambulatoire, médecine hospitalière, mais aussi médecine de soins et de prévention.

Donc un investissement en médecine générale est nécessaire pour la recherche et la qualité de prise en charge des dépenses de soins de santé de base [10].

B- Système de santé au Maroc

Comprendre comment le système de santé au Maroc est organisé s'avère nécessaire pour analyser les besoins de santé de la population marocaine, Il est composé de deux secteurs privé et publique, des établissements de soins de santé de base, et le réseau hospitalier ainsi que des niveaux d'offre de soins que le CHU représente le quatrième d'entre eux.

1- Organisation du système de santé (secteurs) :

Ce système est actuellement organisé autour de deux secteurs :

- **v** Le secteur public : il comprend les ressources sanitaires du Ministère de la Santé, des Forces Armées Royales, des Collectivités Locales et d'autres départements ministériels.
- **v** Le secteur privé : Le secteur privé englobe tous les cabinets de consultation, de diagnostic ou de soins exerçant sous un régime libéral. Ce secteur s'est bien développé au cours des vingt dernières années, mais reste davantage localisé dans les grandes agglomérations urbaines et très rarement dans le milieu rural. Le Maroc compte aujourd'hui plus de 230 unités privées qui ne représentent toutefois que 15% de la demande totale en matière d'équipements médicaux.

Les mutuelles sont des organismes à but non lucratif qui regroupe les ressources sanitaires de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), des Mutuelles (CNOPS) du Croissant Rouge Marocain (CRM), des ONG, etc.

Le système de santé au Maroc est composé du secteur publique et secteur privé comme décrit dans la figure 4 ci-dessous

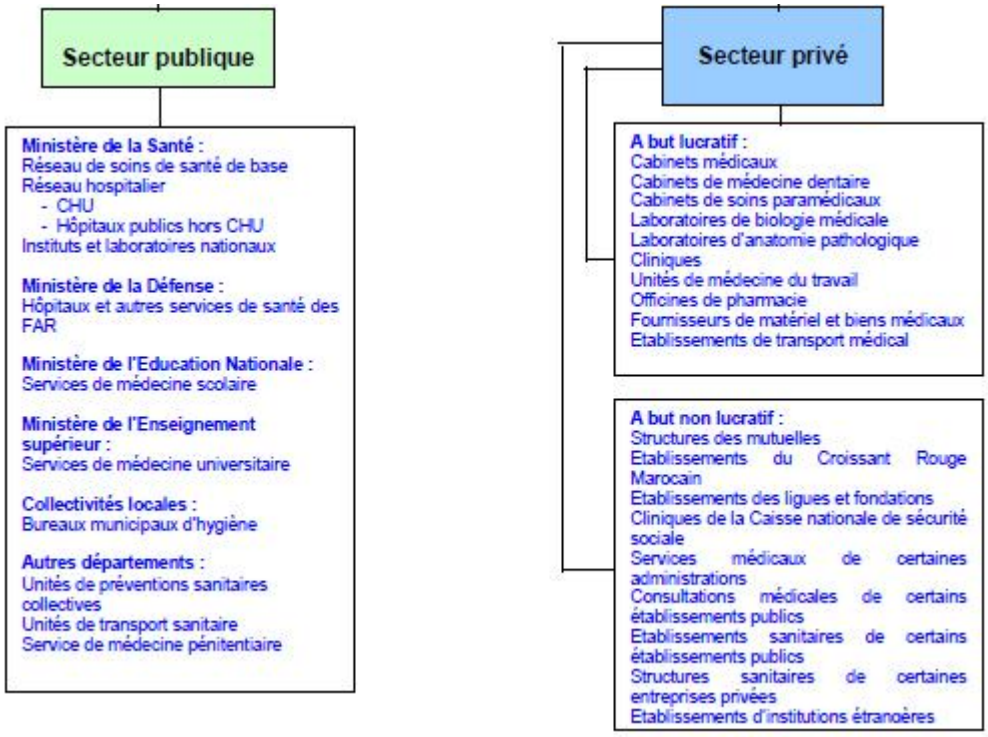


Figure 4 – Organisation du système de santé au Maroc

2- Offre des soins

2-1- les ressources humaines [7] :

En matière des ressources humaines, on souligne surtout l'évolution positive de l'effectif des médecins qui est passé de 979 médecins en 1960 à 17 188 en 2006. La densité médicale a atteint en 2006, 1 médecin pour 1 775 habitants.

De même, on note un développement et une autonomie importante dans la formation des professionnels de santé. La capacité nationale de formation des médecins à partir de 1962 a permis de pourvoir le système en médecins généralistes et spécialistes, en pharmaciens et chirurgiens dentistes. La formation médicale s'est renforcée par la mise en fonction de deux facultés supplémentaires à Fès et Marrakech.

La formation du personnel paramédical a connu également un développement considérable. Les structures actuelles de formation sont au nombre de 21 avec une capacité d'accueil avoisinant 2000 étudiants.

2-2- structures d'offre de soins de santé

L'offre de soins de santé dans le secteur publique est organisée en deux réseaux :

2-2-1-les réseaux des établissements de soins de santé de base

Le dispensaire rural, la plus petite structure de soins de base, connaît des problèmes d'efficacité. La question de son maintien est actuellement posée avec acuité en raison du faible paquet d'activités offert à ce niveau.

Le centre de santé, qui est une base nécessaire à la politique nationale des programmes sanitaires et aux actions de santé publique, est sous-utilisé par la population en raison de la qualité des services, aux problèmes d'accessibilité et la faible disponibilité des médicaments non liés aux programmes de santé publique.

L'hôpital local, quant à lui ne joue plus son rôle en tant que structure intermédiaire entre l'hôpital provincial et les ESSB en raison de la non fonctionnalité des plateaux techniques et l'absence d'équipes médicales et paramédicales conséquentes. Ce type d'établissement reste le parent pauvre du développement de l'infrastructure. Il n'est pas ciblé dans les actions d'extension de la couverture du monde rural et ne bénéficie pas de la nouvelle réforme des hôpitaux vu son appartenance au RSSB.

Cependant, l'hôpital local doit rester surtout un élément clé pour le renforcement de l'infrastructure hospitalière en milieu rural.

Le Mode mobile : Ce moyen a été développé en raison des problèmes d'accessibilité aux structures fixes (configuration géographique, absence ou rareté des voies et des moyens de communication, régions enclavées...).

2-2-2- Le Réseau des établissements hospitaliers :

Au Maroc, les hôpitaux publics sont organisés selon une typologie qui repose sur trois critères: l'offre de soins, le mode de gestion et le niveau de recours.

Organisation des hôpitaux selon l'offre de soins : La nature de l'offre de soins permet de distinguer les hôpitaux généraux des hôpitaux spécialisés.

2-3- niveaux d'offre de soins

Au Maroc, l'offre de soins est organisé de façon pyramidale selon quatre niveaux de recours

- Un niveau de premier recours (ou de première ligne) qui correspond à l'offre de proximité et qui est représenté par les établissements de soins de santé de base (ESSB) et les cabinets privés.

Dans ce niveau de recours, l'offre publique de soins est organisée selon deux stratégies : une stratégie fixe où les prestations sont assurées par les ESSB (dispensaire rural, centre de santé communal avec ou sans module d'accouchement et les hôpitaux locaux) et une stratégie mobile où les prestations sont assurées par des infirmiers itinérants et des équipes mobiles.

- Un niveau de deuxième recours (ou de deuxième ligne) qui est représenté par les polycliniques de santé publique (PSP) ou les hôpitaux provinciaux et les cliniques privées.
- Un niveau de troisième recours qui comprend les hôpitaux régionaux qu'ils soient généraux ou spécialisés. Certaines cliniques privées spécialisées relèvent également de ce niveau de recours.
- Un niveau de quatrième recours qui est représenté par les centres hospitaliers universitaires (CHU).

La figure 5 explique la pyramide d'offre de soins au Maroc :

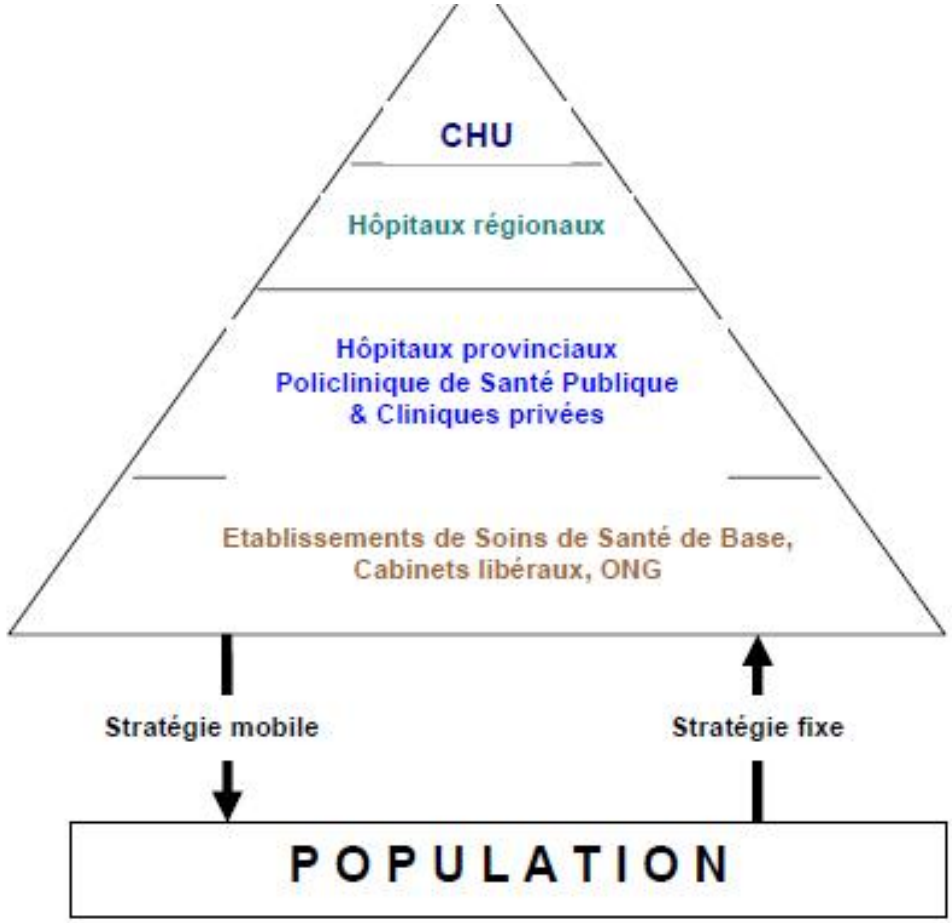


Figure 5 -pyramide de l'offre de soins au Maroc

Compte tenu du contexte épidémiologique Marocain et de l'offre de formation des médecins, on peut soulever les questions suivantes :

- A Quel point l'offre de formation est-il adapté à notre profil épidémiologique et contexte socioéconomique?
- Est-il adéquat aux exigences de la pratique de la médecine générale ?
- A quel point permet-il d'atteindre l'objectif du médecin cinq étoiles » ?

OBJECTIF

L’objectif de ce travail est de décrire le degré d’adéquation et de concordance entre les besoins en santé publique et les programmes d’enseignement dispensés aux médecins.

METHODES

Pour décrire le degré d'adéquation entre l'offre de l'enseignement de la médecine et la situation épidémiologique au Maroc, nous avons suivi les étapes suivantes :

- D'abord nous avons décris de l'état de santé de la population Marocaine, en spécifiant les indicateurs de cette dernière tel que la fécondité, l'espérance de vie, les morbidités et la mortalité. Ce qui a permis de décrire la situation épidémiologique et de définir les besoins de santé.
- Puis, nous avons consulté des programmes d'enseignements théoriques et pratiques dans les facultés de Médecine à partir des sites web des facultés de médecine et de pharmacie du Royaume. Nous avons pu consulter les modules enseignés et leurs contenus ainsi que les stages hospitaliers
- Et ensuite, nous avons procédé à une comparaison quantitative pour estimer le degré d'adéquation de l'offre de formation théorique et pratique aux besoins de la population et sa situation épidémiologique.

La description et l'analyse de l'état de santé de la population marocaine s'est basée essentiellement sur une revue de littérature des documents officiels (Organisation Mondiale de la Santé, Ministère de la santé, Haut commissariat au Plan…) et des rapports et publications scientifiques. Cette analyse nous a permis de décrire les aspects suivants :

- La structure démographique, socioculturelle et économique de la population.
- L'état de la santé matérno-infantile : mortalité maternelle, mortalité infantile ;
- L'impact de la transition épidémiologique sur l'état de santé ;
    - La fréquence des maladies transmissibles (tuberculose, hépatites virales, infections sexuellement transmissibles/SIDA) ;

- La fréquence des maladies non transmissibles ou émergeantes :
  - les cancers,
  - le diabète et
  - l'hypertension artérielle) et
  - les traumatismes
  - les facteurs de risques comportementaux (tabac, consommation d'alcool, nutrition…)

- La description de la charge globale de mortalité et de la prise en charge des sujets âgés et handicapés;
- L'état des lieux de la recherche clinique au Maroc

La consultation des programmes d'enseignement a consisté à une mise au point sur les modules enseignés dans les facultés de médecine et les différents aspects développés dans leurs contenus. Les aspects recherchés sont : l'épidémiologie, la clinique et prise en charge thérapeutique, la prévention, la communication avec les patients et la communauté, la gestion des programmes de santé publique, le circuit du patient entre les niveau de soin primaire, secondaire et tertiaire, le coût et fardeau que représentent les principaux problèmes de santé pour la société.

L'estimation du degré d'adéquation entre l'offre de formation et la situation épidémiologique a été faite pour les principaux problèmes de santé publique. Cette estimation a consisté à une quantification de la concordance entre le contenu des modules d'enseignement médicale et les besoins et a concerné tous les aspects recherchés dans les programmes d'enseignement cités ci dessus.

RESULTATS

I- Etat de lieu de l'offre du personnel médical

Conformément aux derniers chiffres officiels publiés par le ministère de la Santé en 2010, L'ensemble des médecins travaillant dans les ESSB est de 11812. On compte 2725 habitants par médecin répartis sur tout le territoire national, dont 41,1% des spécialistes exerçant dans le secteur public et 42% exerçant dans le secteur privé.

1- Evolution de l'effectif médical

L'évolution de l'effectif global des médecins (les deux secteurs) laisse apparaitre un accroissement de l'effectif de 12 647 à 18 269 médecins entre 1999 et 2007, soit un taux d'augmentation annuel moyen de l'ordre de 4,7% durant la même période.

Le rythme d'évolution des médecins généralistes et spécialistes du secteur public, qui représentent 55% de l'ensemble des médecins exerçant au Maroc, est similaire pour les deux catégories. Cette évolution peut s'expliquer par la médicalisation des ESSB en vue d'améliorer l'offre médicale de proximité d'une part et la création et/ou l'extension des hôpitaux et des CHU d'autre part.

En ce qui concerne les médecins du secteur privé, leur effectif a connu un accroissement annuel moyen de l'ordre de 3,2% durant la période allant de 1999 à 2007. Il est quasiment réparti, durant la même période, à parts égales entre les médecins généralistes et spécialistes.

La figure six décrit l'évolution des médecins publics et privé durant la période 1997-2011

Figure 6 -évolution des effectifs des médecins publics et privés période 1997-2011

Sources : SEIS, DPRF

2- Secteur public (étatique) :

Un secteur public où entrent en jeu les dispositifs du Ministère de la Santé, le service de santé des Forces Armées Royales et les collectivités locales.

Tableau 1 - Répartition des Médecin du secteur publique selon la spécialité

Médecine Générale	4 799
Chirurgie Générale	422
Autres spécialités	5 712
Total des Médecins	10 933

3- secteur privé ou libéral

L'augmentation nette des médecins installés dans le secteur libéral est en rapport avec, d'une part le grand nombre de médecins formés et non recrutés par le ministère, ceux qui quittent la santé publique pour des raisons d'équipement et de rémunération, et d'autre part les docteurs en médecine de retour de l'étranger.

Tableau 223 - Répartition des Médecin du secteur privé selon la spécialité

Médecine Générale	4 109
Chirurgie Générale	400
Autres spécialités	3 808
Total des Médecins	8 317

4- secteur semi public

a. La CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

En vertu du Dahir du 12 Novembre 1963, les sociétés mutualistes sont des groupements à but non lucratif qui, au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener une action de prévoyance et de solidarité.

L'effectif global des affiliés dépasse actuellement les 550 000; le nombre de personnes prises en charge et les retraités excédent les 2,5 millions.

La CNSS dispose actuellement de polycliniques d'une capacité de 1092 lits.

b. La CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de prévoyance Sociale

- O.M.F.A.M : Œuvres de mutualité des fonctionnaires et agents publics au Maroc.
- M.G.P.A.P.M : Mutuelle générale du personnel des administrations publiques au Maroc.

- FRATERNELLE : Société fraternelle de secours mutuels et orphelinat du personnel des services civils de la sécurité publique.
- P.T.T : Mutuelle générale des P.T.T.
- DOUANES : Mutuelle générale des douanes et impôts indirects au Maroc.
- F.A.R : Mutuelle autonome des Forces Armées Royales.
- F.A : Mutuelle des Forces Auxiliaires.
- M.G.E.N : Mutuelle générale de l'éducation nationale.
- M.O.D.E.P : Mutuelle de l'office de l'exploitation des ports.

c- L'OCP : L'office chérifien des phosphates

d- L'ONCF, L'ONE, L'ONT, L'ONEP .... Et autres établissements publics.

Ils disposent d'une infrastructure sanitaire, mais ils ont une visée essentiellement curative.

5- Secteur traditionnel

Un secteur de médecine traditionnelle (informel) auquel a recours un nombre relativement important de la population, particulièrement en milieu rural. (Accouchement traditionnelles, herboristes).

II- L'exercice de la médecine générale au Maroc :

Le médecin généraliste doit être le premier médecin vu par les patients, c'est lui qui gère la suite de ses soins, selon ses compétences, la gravité des symptômes et les indications.

Le généraliste suit ses patients pour tous ses problèmes de santé, aussi bien pour les maladies chroniques que pour les pathologies aigues. Il recourt aux compétences de ses collègues spécialistes, chaque fois qu'il y a une indication, ou pour certains points du suivi régulier de ses patients. Mais c'est lui qui décide pour les projets d'intervention ou les suivis, en négociant avec ses patients.

III- Etat de santé de la population marocaine : (Caractéristiques socio démographiques)

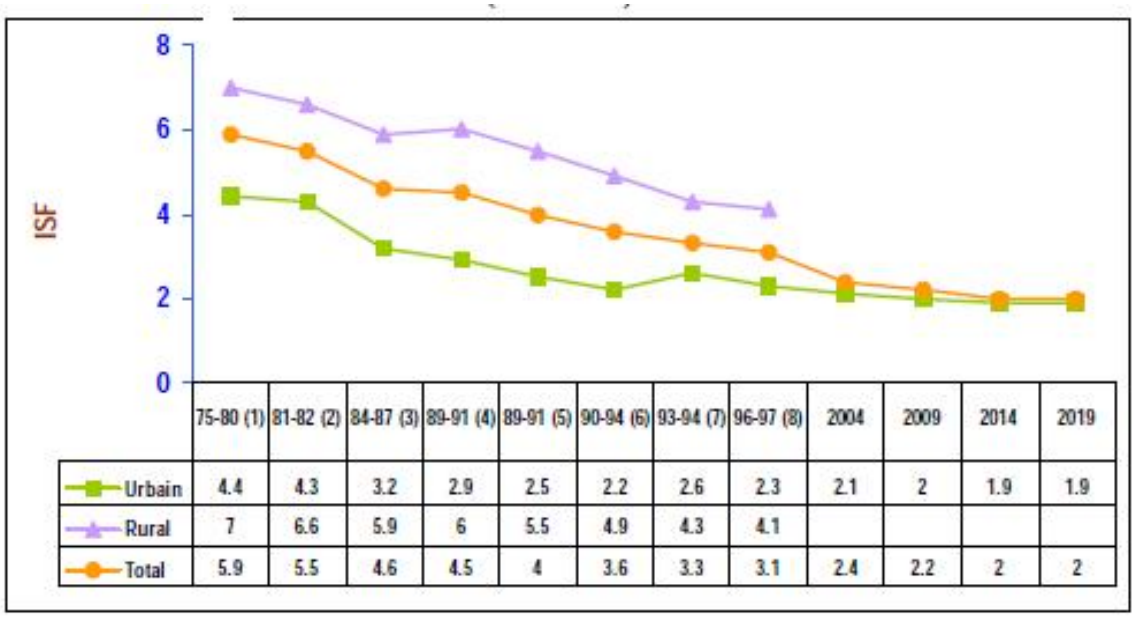
1- la structure démographique :

La démographie de la population marocaine est en pleine transition avec une diminution continue de la fécondité, un allongement de l'espérance de vie et un vieillissement rapidement progressif de la population. Des enquêtes démographiques et des projections, la population en 2020 sera de l'ordre de 37 385 000 habitants dont 68% en milieu urbain. A noter que la densité de la population est passée de 25 habitants par km2 en 1960 à 42 en 2002. Cette évolution a exacerbé les disparités en matière de densité entre les milieux et les régions et de ce fait la disparité en matière de couverture sanitaire.

2- Evolution de la fécondité :

Les deux phénomènes (nuptialité et contraception) ont permis de réduire la fécondité de sept enfants par femme en 1962 à trois, un enfant en 1995. La fécondité et le taux de natalité en diminution, se stabiliseront autour de l'horizon 2015. Le recul de l'âge du mariage, les changements sociaux intervenus au cours des deux dernières décennies, l'accroissement de la couverture par les services de planification familiale ont contribué à une baisse notable de la fécondité. Ceci a sensiblement réduit les problèmes liés à la morbidité et à la mortalité maternelle, périnatale et infantile.

La figure ci-dessous décrit l'évolution de la fécondité par milieu de résidence entre 1977 et 2019 (figure7).



	75-80 (1)	81-82 (2)	84-87 (3)	89-91 (4)	89-91 (5)	90-94 (6)	93-94 (7)	96-97 (8)	2004	2009	2014	2019
Urbain	4.4	4.3	3.2	2.9	2.5	2.2	2.6	2.3	2.1	2	1.9	1.9
Rural	7	6.6	5.9	6	5.5	4.9	4.3	4.1				
Total	5.9	5.5	4.6	4.5	4	3.6	3.3	3.1	2.4	2.2	2	2

Source : (1) ENFPF 1975 ; (2) RGPH 1982 ; (3) ENPS-I 1987 ; (4) ENDPR 1986-1987 ; (5) ENPS.-II 1992 ; (6) PANEL 1995 ; (7) RGPH 1994 ; (8) PAPCHILD 1997.

Figure 7 - évolution et tendance de la fécondité par milieu de résidence

3- Changements dans la structure d'âge avec une tendance au vieillissement de la population

La structure de la population par âge est caractérisée par une population jeune de moins de 15 ans 44,4% en 1960, 33,1% en 1999. En 2019, elle ne dépassera pas 23,6% de l'ensemble. Par contre la population active, 15-59 ans, atteindra 69,2% en 2019 et celle des 60 ans et plus 7,3% de l'ensemble. Le tableau suivant décrit l'évolution et la tendance de la structure de la population Marocaine par groupe d'âge entre 1960 et 2019 (tableau 3), et les graphiques 2 et 3 montrent le changement de la structure d'âge successivement entre l'année 2001 et celle attendu en 2020.

Tableau 3-évolution et tendance de la structure de la population marocaine par groupe d'âge (1960-2019).

Groupe d'âge	1960	1971	1982	1994	1999	2004	2009	2014	2019
0-14 ans	44,4	45,9	42,2	37,0	33,1	29,6	26,9	25,1	23,6
15-59 ans	51,6	49,4	53,9	55,9	59,7	62,7	65,1	65,6	69,2
60 ans et +	4,0	4,7	3,9	7,1	7,2	7,7	8,0	9,3	7,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : projection de la population 1994-2014,CERED

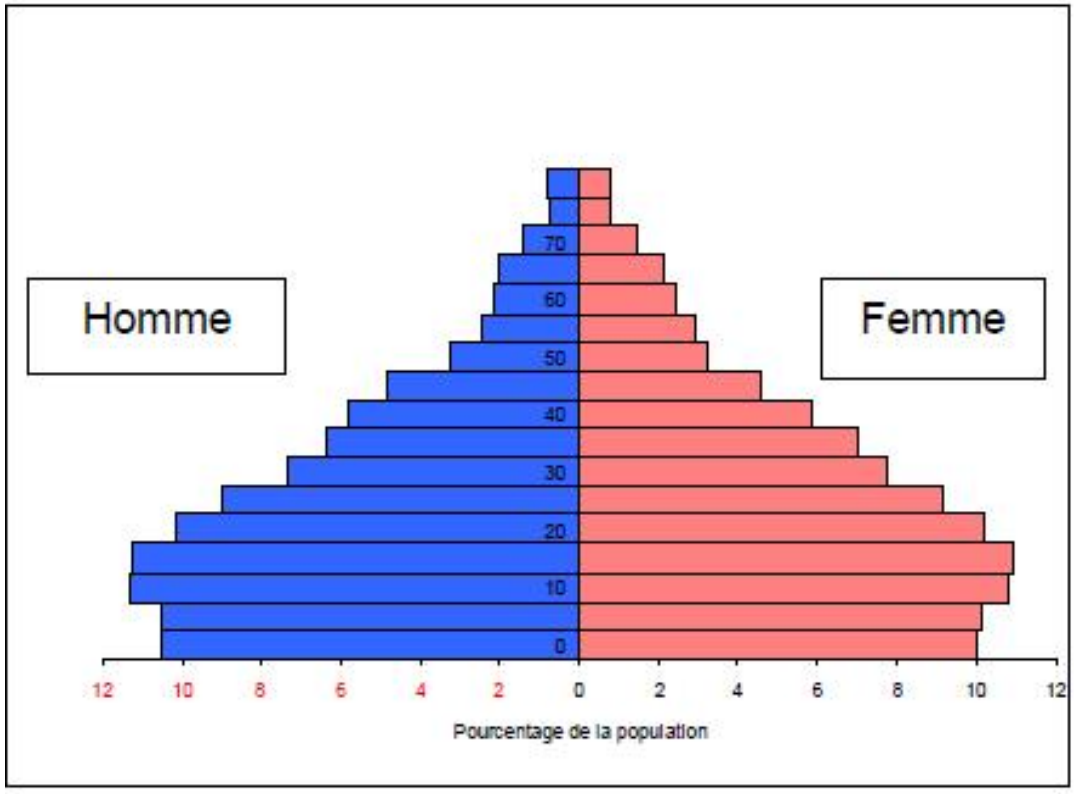


Figure 8 - Structure d'âge de la population marocaine-2010

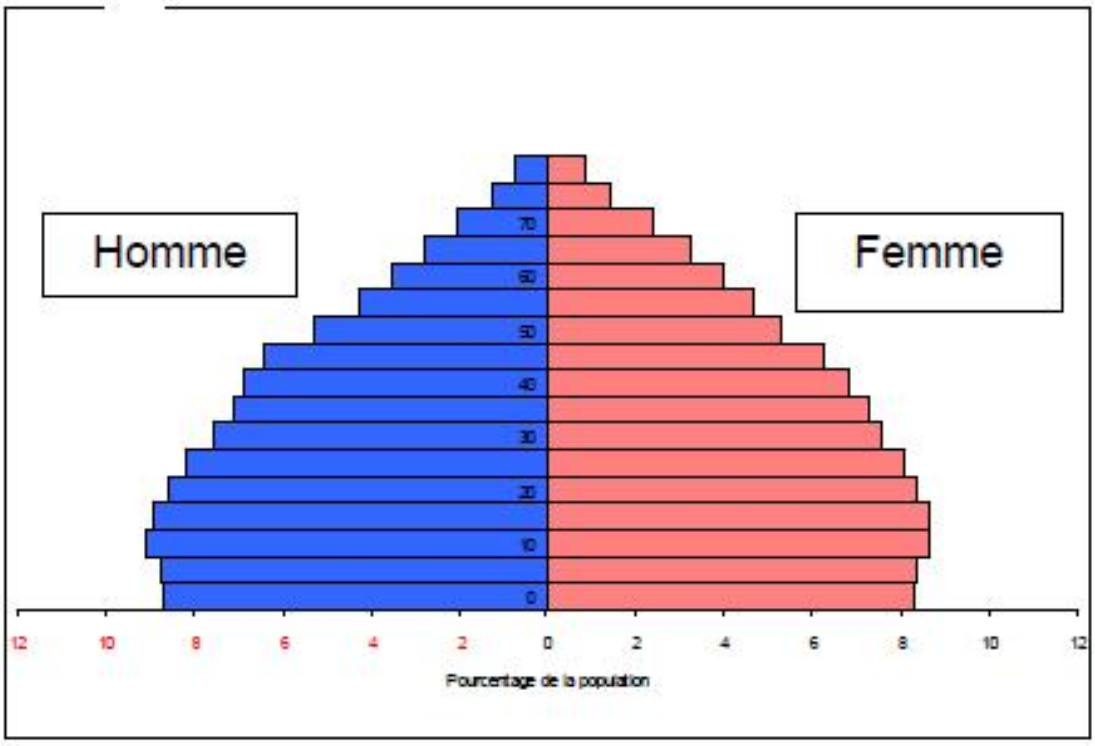


Figure 9 - Structure d'âge de la population marocaine-2020

4- Espérance de vie

L'analyse de l'évolution de l'espérance de vie à la naissance depuis l'indépendance montre que cet indicateur est passé de 47 ans en 1962 à 70,5 ans en 2003, ce qui correspond à un gain de plus de 20 ans en l'espace de 40 ans. L'espérance de vie à la naissance des femmes reste supérieure à celle des hommes, l'écart de 2,1 ans en 1980 a atteint 4,2 ans en 2003. Il en est de même pour l'espérance de vie à la naissance par milieu de résidence où l'on note un élargissement important de l'écart en faveur du milieu urbain (2,9 ans en 1967 contre plus de 6 ans en 1999). Ce niveau atteint par le Maroc avoisine celui atteint par l'Egypte, mais reste en dessous de celui de l'Espagne où l'écart enregistré avec ce pays est de l'ordre de 8 ans (figure 10).

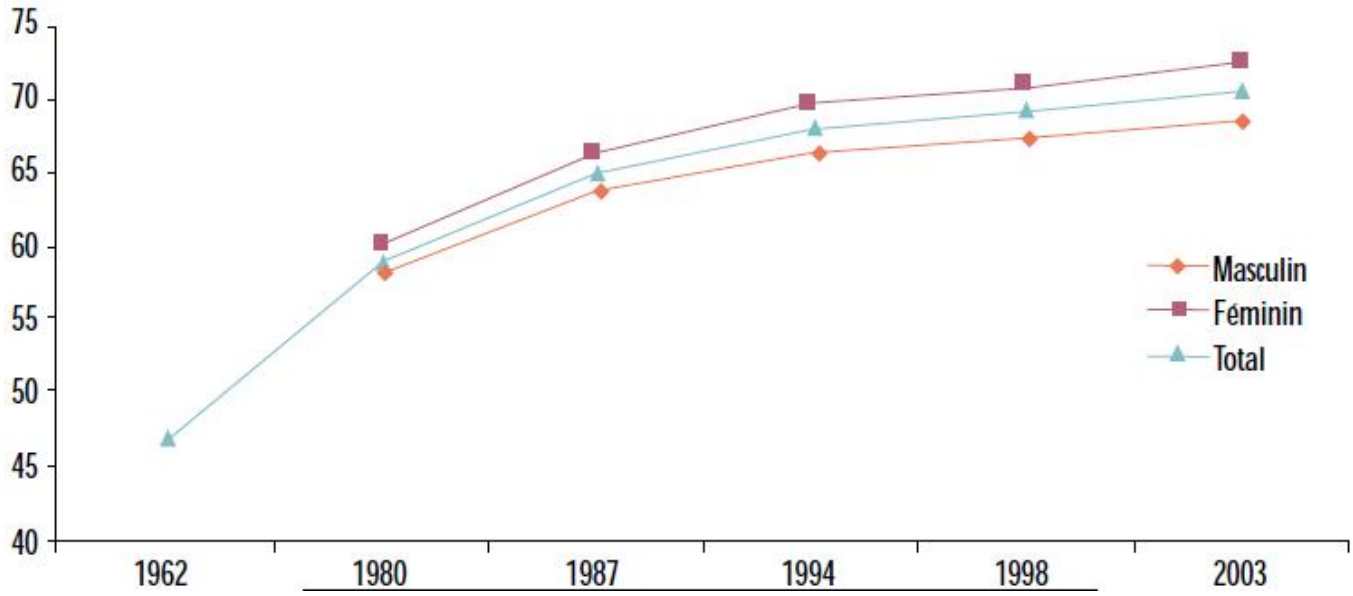


Figure 10- Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe (en années)

Source : profil démographique du Maroc (CERED), 2004

5- le taux brut de mortalité

Le taux brut de mortalité a connu une baisse importante passant de 19‰ en 1960 à 5,5‰ en 2003, ce taux reste plus élevé dans le milieu rural par rapport au milieu urbain (figure 11). L'indice synthétique de fécondité, lié à deux phénomènes importants (nuptialité et contraception) est passé de 7 enfants par femme en 1962 à 2,5 enfants par femme en 2003-2004 avec des variations différentielles entre milieu urbain et rural (3,3 pour les couches défavorisées et 1,9 pour les populations les plus nanties). Il est probable, d'après les études démographiques en cours, que la fécondité et la natalité continueront à diminuer jusqu'à l'horizon 2015 ou elles se stabiliseront.

Figure 11- Evolution du taux brut de mortalité (pour mille) période 1960-2003

Source : profil sociodémographique du Maroc (CERED), 2004

Tableau 4- indicateurs démographiques par milieu, année 2010

Indicateurs		Urbain	Rural	Total	Année de référence
1. Démographie					
Indice Synthétique de Fécondité (ISF) (nombre d'enfants par femme)		1,8	2,7	2,2	2 010
Taux Brut de Natalité (pour mille habitants)		16,2	22,8	18,8	2009/2010
Taux Brut de Mortalité (pour mille habitants)		4,4	7,2	5,6	2009/2010
Taux d'accroissement démographique (pour cent)		1,9	-0,1	1,05	2009/2010
Taux de Mortalité Infantile (pour mille naissances)		25,3	35,3	30,2	2009/2010
Taux de Mortalité Juvénile (pour mille naissances)		5,9	7,0	6,3	2009/2010
Taux de Mortalité Infanto-Juvénile (pour mille naissances)		31,0	42,0	36,2	2009/2010
Taux de Mortalité Maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)		73	148	112	2009/2010
Espérance de vie à la naissance par sexe (en annnées):	Ensemble	77,3	71,7	74,8	2009-2010
	Hommes	75,4	70,6	73,9	2009-2010
	Femmes	79,4	73,0	75,6	2009-2010

Sources : Enquête nationale sur la population et la santé familiale, 2003-2004, CERED, HCP.

6- La pauvreté et l'analphabétisme, facteurs déterminants de la vulnérabilité à la maladie :

Selon les données du Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité le taux de pauvreté relative demeure encore élevé dans notre pays, avoisinant 14,2% en 2004. Dans les villes, la pauvreté a tendance à se concentrer au niveau de l'espace périurbain et des zones enclavées, ce qui peut être à l'origine de l'éclosion de foyers épidémiques de certaines maladies transmissibles.

Malgré les efforts déployés par l'État, et la priorité donnée à l'éducation (le taux de scolarisation de 93% pour la classe d'âge 6-11 ans), le taux d'analphabétisme demeure encore élevé. Il touche 38,5% de la population dont 46,8% des femmes. Il est plus accentué dans le monde rural affectant 54,4% de la population. La réduction de l'analphabétisme de 20% vers 2010, voire son éradication prévue en 2015 est une nécessité impérieuse [11].

IV- Analyse de l'état de santé et principaux problème de santé publique au Maroc :

1- Les comportements à risques de plus en plus importants :

Les facteurs de risque qui ont une incidence variable sur la charge de morbidité et de mortalité sur notre population doivent être pris en considération notamment dans les programmes d'IEC (Information Éducation et Communication) :

1-1- le tabagisme

La prévalence du tabagisme chez les adultes a évolué de 17,2% en 2000 à 18,5% en 2006. En 2006, la prévalence la plus importante a été retrouvée chez les hommes âgés entre 40 et 49 ans (32,8%). Selon le lieu de résidence, elle était de 18.6% en milieu urbain contre 16.9% en milieu rural. En mai 2008, la prévalence du tabagisme était de 15,8% chez les adultes ; cette prévalence était de 16,5% en milieu urbain et de 15% en milieu rural [12, 13, 14, 15].

Chez les plus jeunes, la situation est alarmante, ainsi, la prévalence de la consommation des produits du tabac chez les jeunes scolarisés âgés entre 13 et 15 ans est passée de 13,9% en 2001 à 15,5% en 2006 [16, 17, 18, 19].

Une étude menée sur le tabagisme dans les pays méditerranéens publiée en 1993, et basée sur les réponses de correspondants dans les pays concernés a montré qu'au Maroc, la prévalence du tabagisme chez les médecins était de l'ordre de 30% et chez les étudiants en médecine de 25% [20, 21, 22].

Une enquête de prévalence du tabagisme réalisée durant l'année universitaire 1994-1995 chez les étudiants de la faculté de Médecine de Casablanca avait trouvé une prévalence de 13%, une autre étude menée en 2003 chez les médecins du secteur public a montré a retrouvé une prévalence de 19,1% [23, 24].

1-2- la consommation d'Alcool :

Selon les données de l'enquête MARTA réalisée en 2006, environ 7% de la population adulte marocaine sont des consommateurs d'alcool ; 11,8% des hommes et 1,6% des femmes ; dont 8,6% sont des consommateurs quotidiens. La consommation d'alcool augmente parallèlement avec le revenu mensuel du ménage et avec la consommation de tabac, elle varie de 7,4% chez les personnes dont le revenu mensuel est inférieur à 1 000 DH à 15,8% chez ceux ayant un revenu supérieur à 6 000 DH, et 1,3% chez les non fumeurs à 29,3% chez les fumeurs quotidiens.

1-3- la toxicomanie

Les résultats de l'Enquête Nationale de Prévalence des Troubles Mentaux et Toxicomanies, réalisée en 2003, ont montré que l'utilisation de substances psycho actives est de 3% alors que la dépendance à celles-ci est de 2,8%.

1-4- les habitudes alimentaires

Les régimes alimentaires inadaptés et les modes de vie malsains sont source de maladies non transmissibles. La consommation de sucre raffiné et de sel augmente tandis que les fibres et les glucides complexes font de moins en moins partie de l'alimentation [25, 26]. Ces éléments et d'autres facteurs de risque ont engendré une prévalence accrue de certaines maladies, en particulier l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, le diabète sucré, certains cancers et affections mentales, etc.

La prévalence globale de l'obésité chez la population marocaine a augmenté durant les deux dernières décennies, passant de 4.1% en 1985 à 10,3% en 1998. En 2000, elle était de 13.3% ; elle était plus importante chez les femmes (19,2% versus 7,2% chez les hommes) [27, 28]. En 2008 la prévalence de l'obésité était de 13,5% ;

20,9% chez les femmes cotre 6% chez les hommes, et 14,9% en milieu urbain contre 11,7% en milieu rural [29].

La prévalence de la sous-alimentation chez la population marocaine était de 10%, la situation nutritionnelle des adultes se superpose en partie à celle des enfants.

V- TRANSITION EPIDEMIOLOGIQUE : (ANALYSE DES BESOINS DE SANTE)

Il est difficile d'apprécier, de façon fiable, l'évolution de la morbidité dans notre pays, de la plupart des maladies endémiques ou problèmes de santé publique, on peut considérer, sur la base des déclarations obligatoires et des différentes enquêtes réalisées ces dix dernières années, la situation suivante :

- Une tendance vers la diminution, voire l'éradication d'un certain nombre de maladies, particulièrement :
  - les maladies cibles de la vaccination, mais aussi certaines maladies objet des programmes sanitaires : les maladies hydriques, typhoïdes, le trachome, la bilharziose, la lèpre, le paludisme .....
- Une tendance vers la persistance ou la stagnation, voire la recrudescence de certaines maladies, en particulier : la tuberculose, les infections respiratoires aigües, les méningites cérébrospinales, les hépatites virales (B et C), les IST SIDA, les toxi-infections alimentaires...

Ces maladies continuent de constituer des menaces pour notre pays avec une tendance vers l'émergence de certaines maladies, notamment les maladies chroniques comme :

- les cancers,
- les maladies cardio-vasculaires avec l'hypertension artérielle,
- les maladies métaboliques et de carence (diabète en particulier),
- l'insuffisance rénale chronique,
- les maladies mentales
- les traumatismes.

Pour mettre le point sur cette situation on va l'illustrer par quelques maladies transmissibles et aussi non transmissibles les plus fréquentes :

1- maladies transmissibles :

1-1- Tuberculose :

Chaque année environ 7 à 8 millions de nouveaux cas sont enregistrés dans le monde et presque 3 millions en meurent. Plus de 90% de ces cas sont enregistrés dans les pays en voie de développement où la tuberculose demeure un problème majeur de santé publique [29]. La tuberculose est devenue un fardeau économique, en handicapant des millions d'individus dans leurs années les plus productives [30].

Au Maroc entre 1979 et 1991, le nombre de nouveaux cas de tuberculose, enregistrés chaque année, variait entre 25.000 et 28.000 pour l'ensemble du pays. Avec l'adoption, en 1991, par le Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT), de la stratégie du traitement de courte durée sous supervision directe (DOTS), le nombre de nouveaux cas a augmenté d'année en année et a atteint, en 1996, le chiffre maximum notifié de 31.771, correspondant à une incidence annuelle de 117 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Cependant, le nombre de nouveaux cas enregistrés en 1997 (30.227) et 1998 (29.097) a diminué respectivement de 4,9% et 8,4% par rapport à 1996 [31].

Depuis plus d'une décennie, plus de 30 000 nouveaux cas, en majorité des jeunes de 15 à 34 ans, sont dépistés et traités chaque année [32]. L'incidence, 110 nouveaux cas pour 100 000 habitants, est préoccupante [33]. Le virus de l'immunodéficience acquise (VIH) et la tuberculose forment une association mortelle, chacun amplifiant l'impact de l'autre. D'ici la fin du siècle, on estime que 15% des cas de tuberculose seront imputables au VIH [34]. Le programme national de lutte antituberculeuse, tel qu'il a été restructuré, en 1991, préconise de mettre en œuvre

les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en matière de dépistage, de diagnostic, de traitement, de supervision, de décentralisation, et d'intégration des activités de lutte antituberculeuse dans les soins de santé de base[35] .

La tuberculose au Maroc demeure une maladie de l'adulte jeune : 70% des cas ont un âge compris entre 15 et 45 ans et 80% ont un âge inférieur à 45 ans.

La tuberculose est particulièrement fréquente dans les zones urbanisées et les plus peuplées du Maroc. L'incidence annuelle dans certaines de ces régions est de l'ordre de 150 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Elle dépasse 180 nouveaux cas pour 100 000 habitants et par an dans certaines préfectures de Casablanca [36]. Cette incidence fait du Maroc un pays à haute incidence tuberculeuse comparativement aux autres pays du Maghreb et ceux du Moyen Orient.

La graphique suivante montre l'évolution de nombre de nouveau cas de tuberculose entre 1982 et 2001(Figure12).

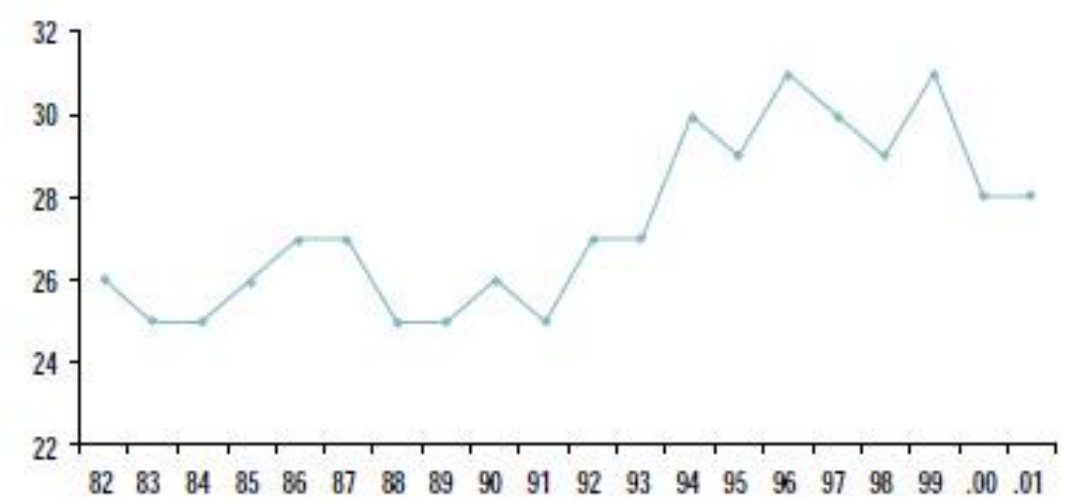


Figure 12- Evolution de nombre de nouveaux cas de tuberculose, 1982-2001

(Exprimé en milliers de cas)

Source : direction de l'Epidémiologie de Lutte Contre les Maladies.

1-2- infections sexuellement transmissible(IST) / virus d'immunodéficience humain (VIH)

Au Maroc, depuis l'instauration de la déclaration des IST, le nombre de ces de IST notifiés accuse une augmentation d'année en année : il est passé de 103 343 en 1992 à 212 240 en 1998. Les femmes représentent la majorité des cas déclarés (70%). Compte tenu de l'importance de la sous notification, de la fréquence du recours aux soins dans le secteur privé et de la l'automédication, le Ministère de la Santé estime l'incidence des IST dans le pays à 600 000 nouveaux cas par an [37].

a- Situation épidémiologique du SIDA au Maroc [30].

Le premier cas de SIDA au Maroc a été enregistré en 1986.

Le nombre total cumulatif de cas de VIH/sida notifiés entre les années 1986 et 2009, s'élève à 4972 dont 1545 cas VIH asymptomatiques et 3303 cas de sida.

Les IST constituent un véritable problème de santé publique au Maroc. D'après les estimations de L'OMS, les maladies sexuellement transmissibles (MST) sont responsables de 250 millions de nouvelles infections chaque année. L'éclosion de la pandémie du SIDA vient amplifier la problématique des MST [38]. Les MST par leur mode de transmission, touchent aussi bien l'homme que la femme, mais se transmettent plus facilement à la femme qu'à l'homme, du fait de la vulnérabilité de l'appareil génital féminin sur le plan anatomique et physiologique.

Une progression notable de la transmission du VIH chez les femmes au cours des années (figure 13).

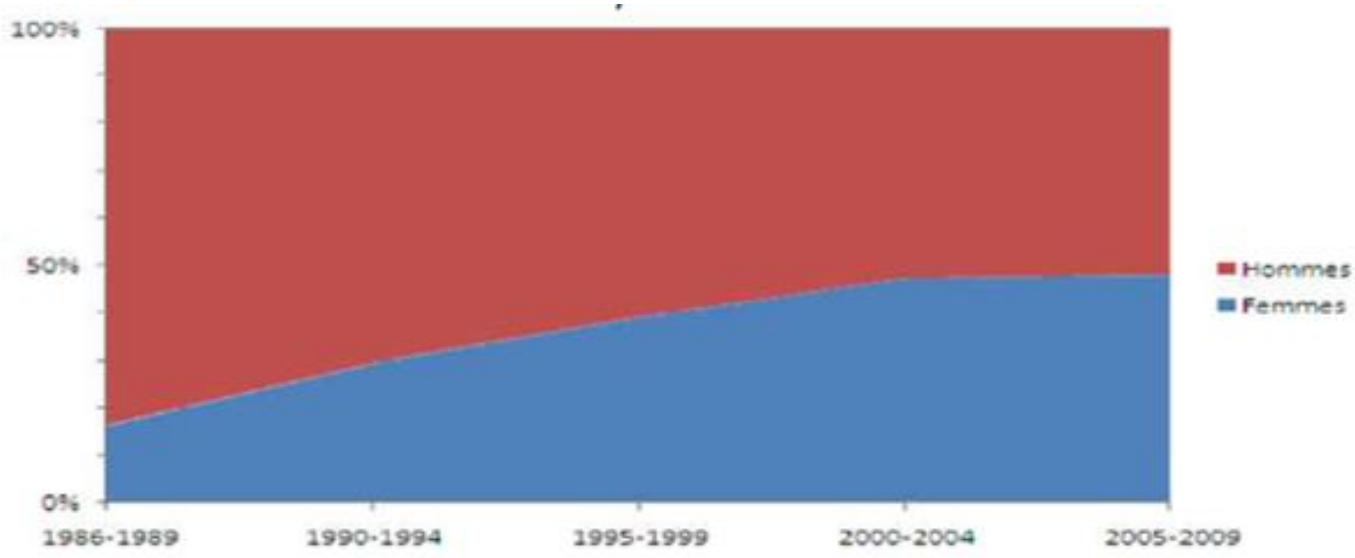


Figure 13- Répartitions des cas de SIDA selon le sexe en %. Maroc, (1986-2009)

La séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes reste faible avec une quasi-stabilité depuis l'année 2000, cependant les données au cours des dernières années, confirment la tendance à la concentration parmi les groupes les plus exposés au risque d'infection dans certaines régions du Maroc. Ainsi la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe montre des chiffres notablement élevés (2% à 3%) mais relativement stables depuis l'année 2001. La présence d'une épidémie VIH concentrée parmi les professionnelles du sexe (PS) au niveau de la région de Sous Massa Draa est clairement établie avec des prévalences supérieures à 5% depuis plusieurs années.

La séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes reste faible avec une quasi-stabilité depuis l'année 2000 (figure 14).

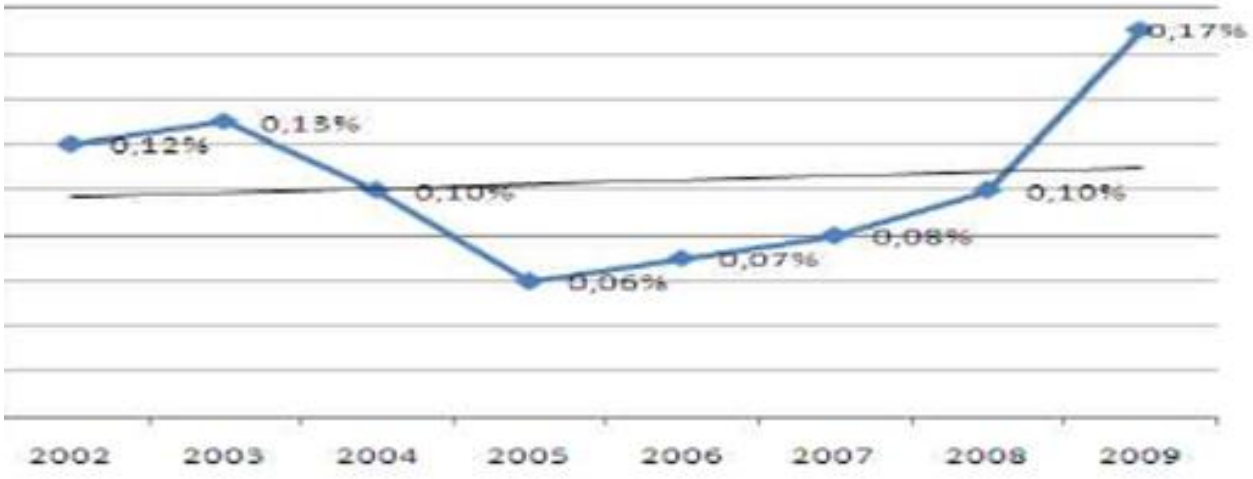


Figure 14 - Tendance de la prévalence du VIH chez la femme enceinte(%).

Surveillance sentinelle du VIH. Maroc, 2002 - 2009

La prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe montre des chiffres plus élevés (2% à 3%) mais qui marquent une stabilité depuis l'année 200 (figure 15).

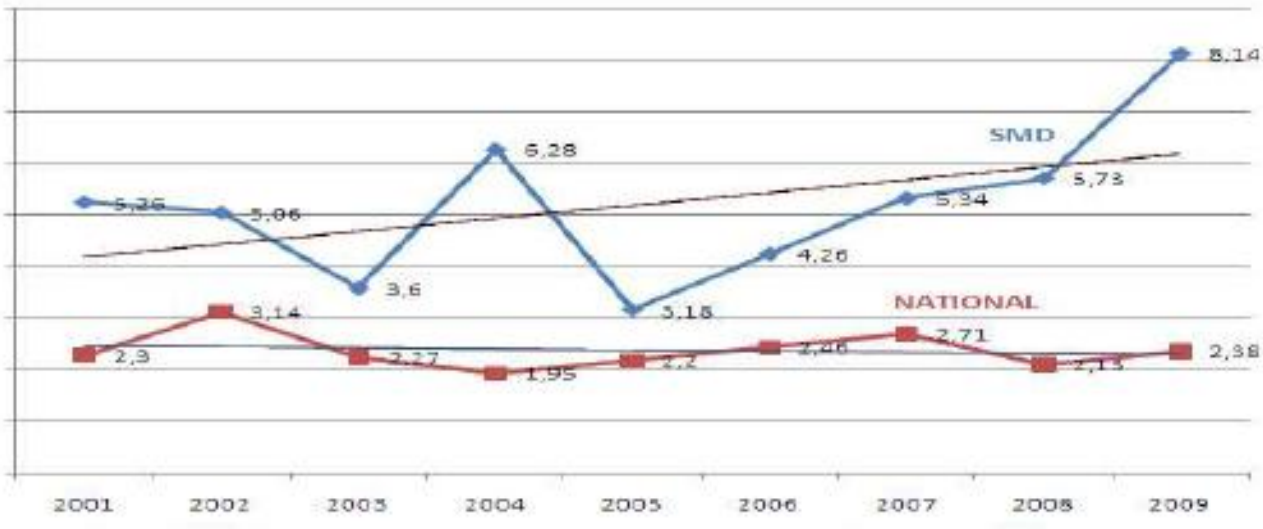


Figure 15 - Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe (%).

National et Souss Massa Daraa. (2001 - 2009)

L'analyse de l'évolution dans le temps du nombre de cas de VIH/sida notifiés, montre une augmentation progressive à partir de l'année 2005. L'augmentation du nombre de cas notifiés serait également en lien avec le renforcement du dépistage volontaire et à visée diagnostique ainsi que la décentralisation de la prise en charge au niveau de certaines régions. La dynamique focale de l'épidémie continue à prévaloir et se renforcer. Ainsi, au cours de la période 2005 à 2009, la région de Sous Massa Draa a regroupé près de 25% des cas notifiés talonnée de près par la région de Marrakech Tensift Al Haouz avec 21,3% des cas. Ces deux régions englobent à elles seules 46,2% des cas notifiés au Maroc au cours des cinq dernières années. Ce constat est à relativiser vues les différences entre les régions en matière d'accès aux centres de dépistage du VIH et aux centres de prise en charge

L'analyse des cas selon les périodes montre une augmentation de la proportion des femmes qui a atteint 47,9% au cours des cinq dernières années.

La transmission sexuelle est largement prédominante avec 92,3% des cas, dont 87% pour le mode hétérosexuel et 5,3% pour le mode homosexuel.

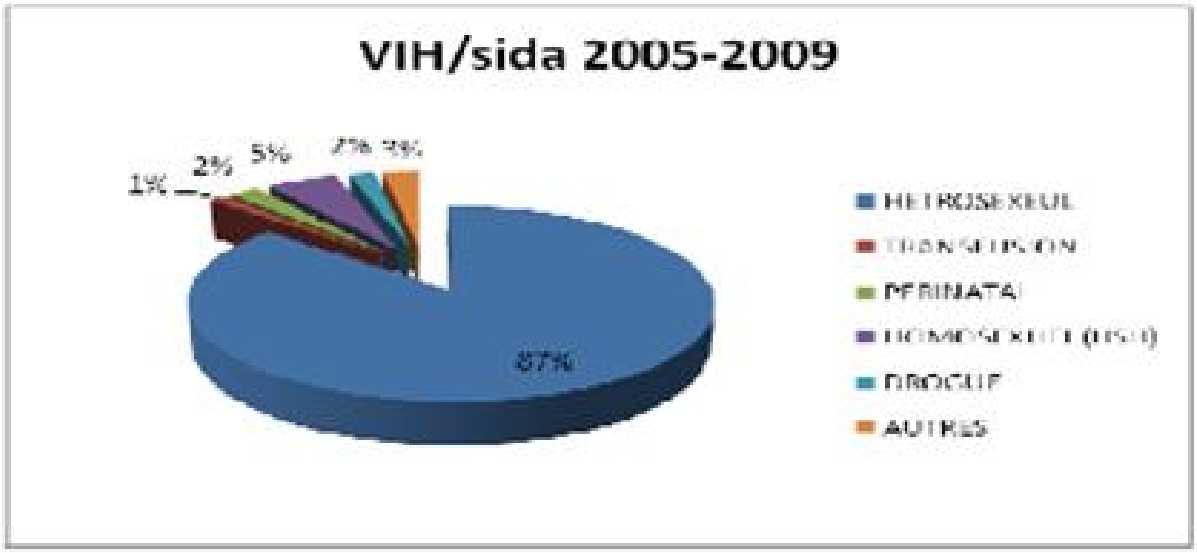


Figure 16- Cas notifié de VIH selon le mode de transmission. Maroc (2005-2009)

Le nombre de personnes vivant avec le VIH a été estimé à près de 25.500 en 2009 et la prévalence du VIH dans la population à 0,11%.(figure 17).

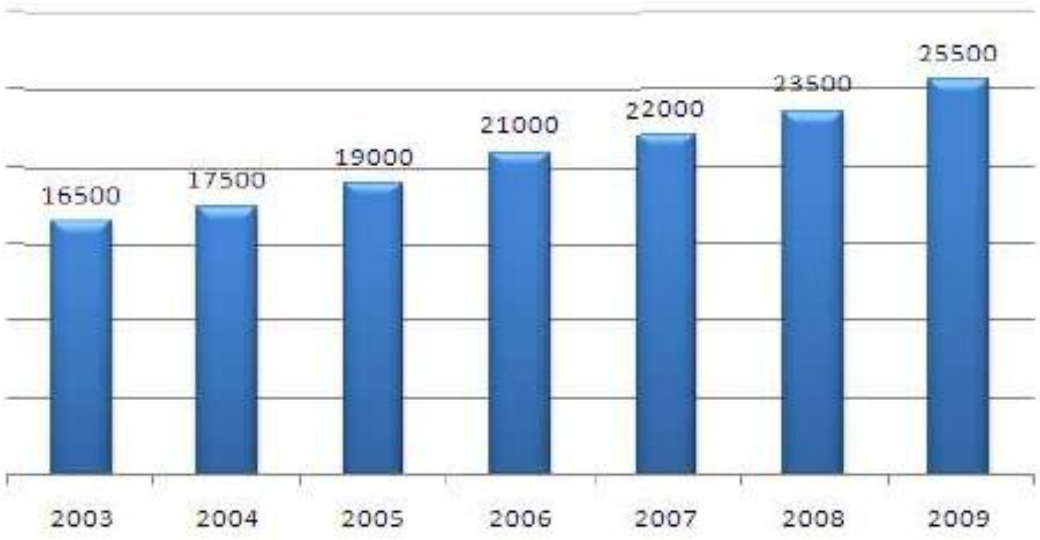


Figure 17: estimation de nombre de personnes vivant avec le VIH

Maroc, 2003-2009

L'analyse de l'évolution dans le temps du nombre de cas de VIH/sida notifiés, montre une augmentation progressive avec une accélération à partir de l'année 2005 (figure18) [33].

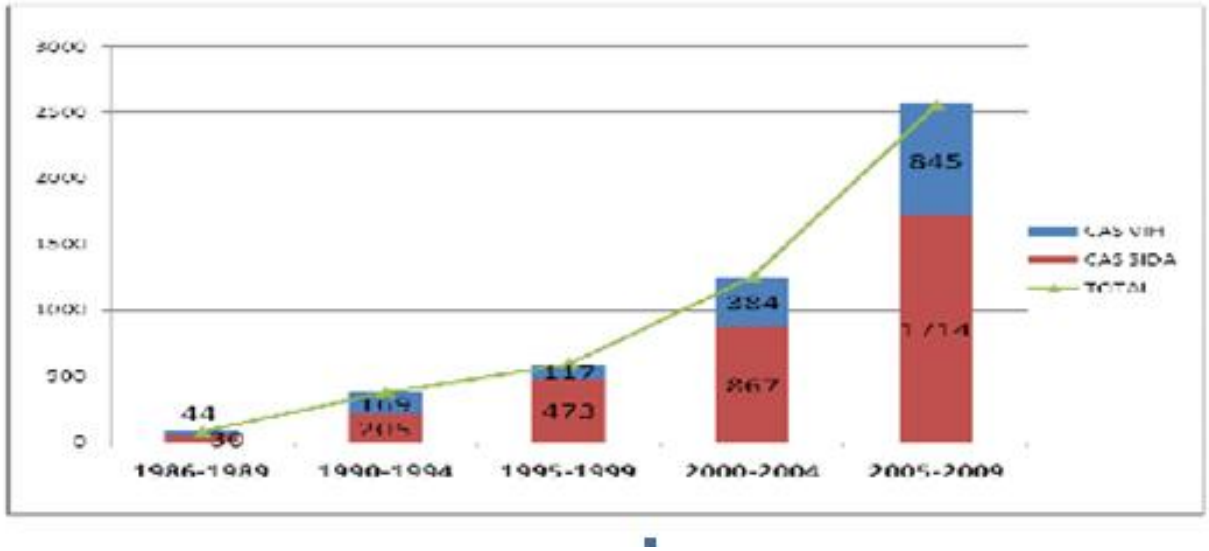


Figure 18- Evolution des cas de VIH selon les périodes. Maroc, 1986-2009

1-3-hépatites virales :

a-Epidémiologie des hépatites virales au Maroc :

Très peu de données sont disponibles au niveau national à propos des indicateurs de santé concernant les hépatites virales.

Selon les Indicateurs relatifs aux maladies à déclaration obligatoire en 2009, le nombre de cas déclaré au niveau national a atteint 484 cas, et le taux d'incidence était de 1,5% selon (Service des Etudes et de l'Information Sanitaire, Direction de la Planification et des Ressources Financières, Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies)

L'association SOS hépatites Maroc. Selon les estimations de la WHA (Alliance Mondiale des hépatites), 500 millions d'individus sont infectés dans le monde par l'hépatite virale chronique, soit une personne sur 12.

Au Maroc, les chiffres avancés par l'étude réalisée par SOS hépatites pour la période 2003-2007 sont éloquents. Sur un échantillon de 61.000 personnes, 517 (0,9%) sont infectées par l'hépatite C. En projetant ce chiffre sur les 33 millions d'habitants que compte le Maroc, c'est 300.000 personnes infectées.

Pour l'hépatite B et sur un échantillon de 50.000 personnes, 862 personnes étaient infectées soit 1,7%, donc près de 560.000 personnes touchées au niveau national. Le défi que pose l'hépatite virale consiste en la sensibilisation des autorités sanitaires et des décideurs politiques [39].

L'hépatite C est la première cause de maladie hépatique chronique avec près de 300 000 porteurs du virus au Maroc. Une étude réalisée auprès de 783 patients marocains et publiée en 2000 [40]. A montré une prévalence des anticorps anti-virus de l'hépatite C à 7,7%.

Une étude de séroprévalence des anticorps anti-VHC a été réalisée chez des groupes spécifiques de 1000 patients au niveau du centre régional de transfusion sanguine e Casablanca et publiée en 1996 [41]. Elle a montré les résultats suivants :

- 1,1 % chez les donneurs de sang
- 35,1% chez les hémodialysés
- 42,4% chez les hémophiles
- 17.9% des patients ayant contracté le VIH par voie sexuelle présentaient également des anticorps anti-VHC.
- 1% chez les femmes enceintes saines à terme
- La prévalence des anticorps anti-VHC chez 116 séropositifs pour le VIH était de 19.8%.

Concernant l'hépatite B, la Maroc a été classifié par le Centrer of Disease Control (CDC) comme zone de prévalence intermédiaire (2% à 7%). Chez les donneurs de sang, elle a été estimée en 1999 à 2.5%.

2- Maladies non transmissibles :

2-1-Maladies cardiovasculaires et hypertension artérielle :

Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé de décembre 2002, les maladies cardiovasculaires sont responsables de 16,5 millions de décès dans le monde dont les ¾ se trouvent dans les pays à faible et moyen revenu. Ces chiffres, malheureusement sont appelés à la hausse et l'OMS prévoit en moyenne 25 millions de décès d'origine cardiovasculaire en 2020.

Au Maroc, l'athérosclérose semble être fréquente puisqu'une récente étude sur la prévalence de différents facteurs de risque au Maroc réalisée par le Ministère de la santé [42] a montré que les conditions athérogènes sont réunies dans les groupes de bas et haut niveau socioéconomique. En effet, dans la population marocaine âgée de plus de 20 ans, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 33,6%, celle du tabagisme est de 31,5% chez l'homme et de 0,6% chez la femme, celle de l'hypercholestérolémie est de 29%, celle de l'obésité est de 11,1% et celle du diabète est de 6,6%.

2-2- Hypertension artérielle :

a- prévalence de l'hypertension artérielle au Maroc :

Les données marocaines les plus fiables viennent de l'enquête Epidémiologique réalisée au cours de l'année 2000 par le Ministère de la Santé [43], dont l'objectif était de déterminer la prévalence des principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires au niveau de la population' âgée de 20 ans et plus, de déterminer leur distribution en fonction de certaines caractéristiques de la population tels que l'âge, le sexe et le lieu de résidence et d'évaluer l'association entre certains de ces facteurs et l'HTA :

- **v** Prévalence de l'HTA selon l'âge :

La prévalence de l'HTA augmente significativement avec l'âge. Elle est de 19,2 % entre 20 – 34 ans, 53,8 % chez les personnes 'âgées de plus de 40 ans et de 72,2 % chez les 65 ans et plus.

- **v** Prévalence de l'HTA selon le sexe :

La prévalence globale de l'HTA de 33,6 %. Elle est de 30.2 % chez les hommes et de 37 % chez les femmes. Cette prévalence ne diffère pas significativement entre milieux urbain et rural (32.6 vs 34.3%).

- **v** Association de l'HTA aux autres facteurs de risques cardiovasculaires majeurs :

L'HTA est associée à un ou plusieurs FDR majeurs dans 2 /3 des cas ; elle est associée à un facteur dans 40 % des cas, à deux FDR majeurs dans 21,9 % des cas.

Le diabète est souvent associé à l'HTA : 13.9 % des hypertendus sont diabétiques et 65.5 % des diabétiques sont hypertendus. Les obèses ont une HTA dans 58,1 % des cas. De même, en cas d'excès pondéral, une HTA est retrouvée chez 50,8 % des sujets.

b- Incidence de l'hypertension artérielle au Maroc :

N'est pas connue, car elle nécessite des études longitudinales, avec des enquêtes successives dans le temps, qui n'ont pas encore été réalisées au Maroc. En France, dans l'enquête IHPAF ayant porté sur une population de 21566 sujets, l'incidence est de 6.21 % chez les hommes et de 3.06 % chez les femmes, si l'on se base sur une seule visite. Elle est de 3.04 % chez les hommes et de 1.34 % chez les femmes si l'on se base sur deux visites [44].

- La mortalité liée a l'HTA au Maroc :

Tableau 5- La répartition du total de décès en % selon la cause et le sexe, année 2003

Causes	Masculin	Féminin
HTA	2.4 %	3.5 %
Cardiopathies	12.9 %	12.7 %

Tableau 6- répartition du total de décès selon l'âge, le sexe et la cause, année 2003

Causes	Masculin		Féminin	
	15- 64 ans	65 ans	15 – 64 ans	65 ans
HTA	1.4 %	4.3 %	2.9 %	5.2 %
Cardiopathies	13.4 %	16.5 %	14.5 %	14.4 %

2-3-Diabète :

La prévalence du diabète au Maroc n'est pas connue avec précision. Néanmoins, les études faites sur des échantillons réduits montrent des chiffres autour de 2 %. Mais, au fur et à mesure que l'âge avance la prévalence du diabète augmente pour atteindre 5 à 6 % [45-46].En ce qui concerne le type de diabète, la forme non insulinodépendante (DNID) est observée dans plus de 70 % des cas, cependant lorsqu'on analyse ce paramètre en milieu hospitalier, le diabète insulinodépendant (DID) paraît prédominant (60 % des cas). Ce fait lié aux hospitalisations fréquentes des DID dues aux multiples décompensations acidocétosiques et aux infections intercurrentes qui en émaillent l'évolution [45, 46,

47]. La répartition du diabète selon le sexe montre de façon globale une prédominance féminine (55 %).

Pour ce qui est du type de diabète, il ne ressort pas de différence significative en fonction du sexe pour la prévalence du DID, c'est le cas aussi pour Tunis ou le DID se répartit d'une façon presque égale entre les deux sexes [48]. Par contre, dans le cas du DNID, la prédominance féminine (60 %) est évidente [45]. En fonction de l'âge, la prévalence du diabète en général augmente et de façon plus marquée après la cinquantaine. La moyenne d'âge pour l'ensemble des diabétiques est de l'ordre de 45 ans, Cette moyenne oscille entre 20 et 30 ans dans le cas du DID, entre 55 et 60 ans dans le cas du DNID.

Elle est plus fréquemment retrouvée en cas de DNID (25%) que de DID (18 %). D'autre part on peut souligner que cette hérédité diabétique est plus élevée chez les diabétiques de sexe féminin.

2-4- les Cancers :

La seule source d'information épidémiologique considérée actuellement valide sur l'épidémiologie du cancer au Maroc est le Registre du Cancer de la Région du Grand-Casablanca (RCRC). Ce registre se base sur une population qui représente 10% de la population marocaine [52].

Au total, toutes localisations confondues, 3 336 cas de cancers ont été enregistrés par le RCRC 2004 dont 1 833 chez les femmes et 1 503 chez les hommes. L'incidence standardisée a été légèrement plus élevée chez le sexe féminin (104,2 pour 100 000 femmes/an contre 100,3 pour 100 000 hommes/an).

Durant l'année 2004, le RCRC (registre de cancers de la région de Casablanca) a enregistré 3336 cas de cancers, toutes localisations confondues dont 1503 chez

les hommes et 1833 chez les femmes. L'incidence globale brute par sexe a été plus élevée chez le sexe féminin.

Si l'on exclut les « autres cancers » non spécifiés, les cancers les plus fréquents enregistrés dans la région du Grand-Casablanca en 2004 sont les cancers du sein

36,1%, et du col utérin 12,8 % pour les femmes, alors que chez les hommes, ce sont les cancers du poumon, 23,8 %, et de la prostate, 8,3 %.

Si l'on extrapole les résultats à la population marocaine, il ressort que l'incidence standardisée globale (hommes+femmes) est de 101.7 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an. Ceci correspond à environ 30 000 nouveaux cas de cancers au

Maroc chaque année. Le cancer du sein vient en première position, suivi par le cancer du poumon, le cancer du col utérin, le cancer colorectal, les lymphomes non hodgkiniens, puis le cancer de la prostate et celui de l'estomac.

En ce qui concerne les cancers chez l'enfant, l'incidence brute estimée selon le RCRC est de 11,34 pour 100 000 enfants. Cela représente 3,2 % de tous les cancers colligés. Les filles sont plus nombreuses avec une proportion d'environ

53,8 % contre 46,2 % chez les garçons. Les cancers les plus fréquents chez l'enfant sont les hémopathies malignes (19,8%), suivies des tumeurs de l'encéphale et des méninges (17,1%) puis les cancers osseux (12,3%), des surrénales (11,3%) et de l'œil (10,4%).

Tableau 7- Incidence des cancers chez l'homme : toutes localisations :

Année 2004

Nombre de cas	1503
Incidence brute	84
Incidence cumulée 0 – 74 ans	11.6%
Incidence standardisée	100.3

Tableau 8 - Incidence des cancers chez la femme : toutes localisations :

Année 2004

Nombre de cas	1833
Incidence brute	100
Incidence cumulée 0 – 74 ans	11.5%
Incidence standardisée	104.2

v Répartition des différentes localisations selon le sexe :

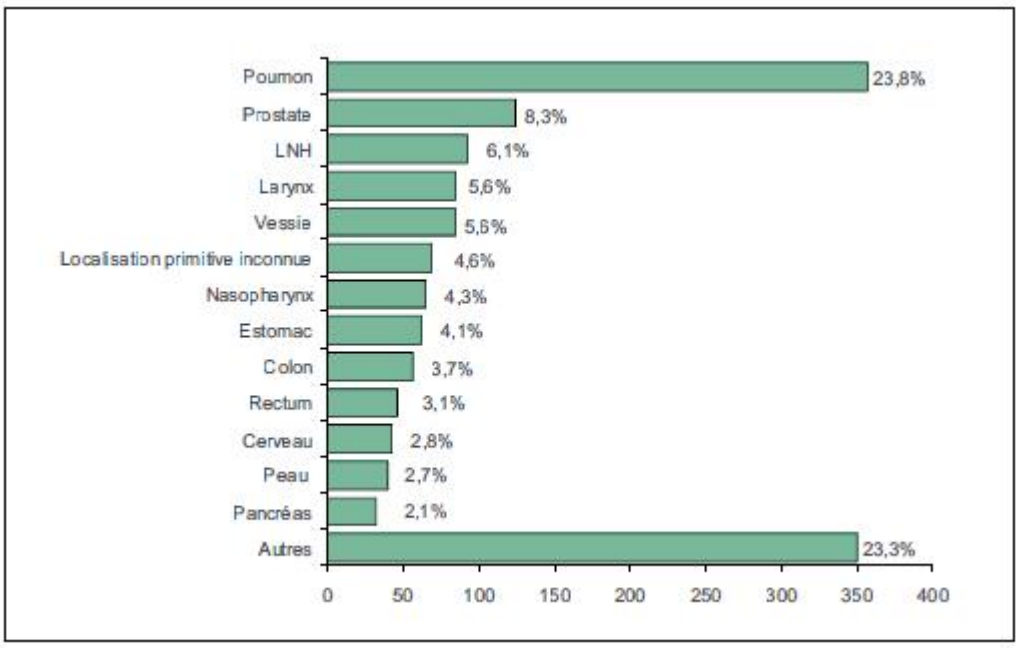


Figure 19- principales localisations cancéreuses chez l'homme RCRC 2004 Chez l'homme :

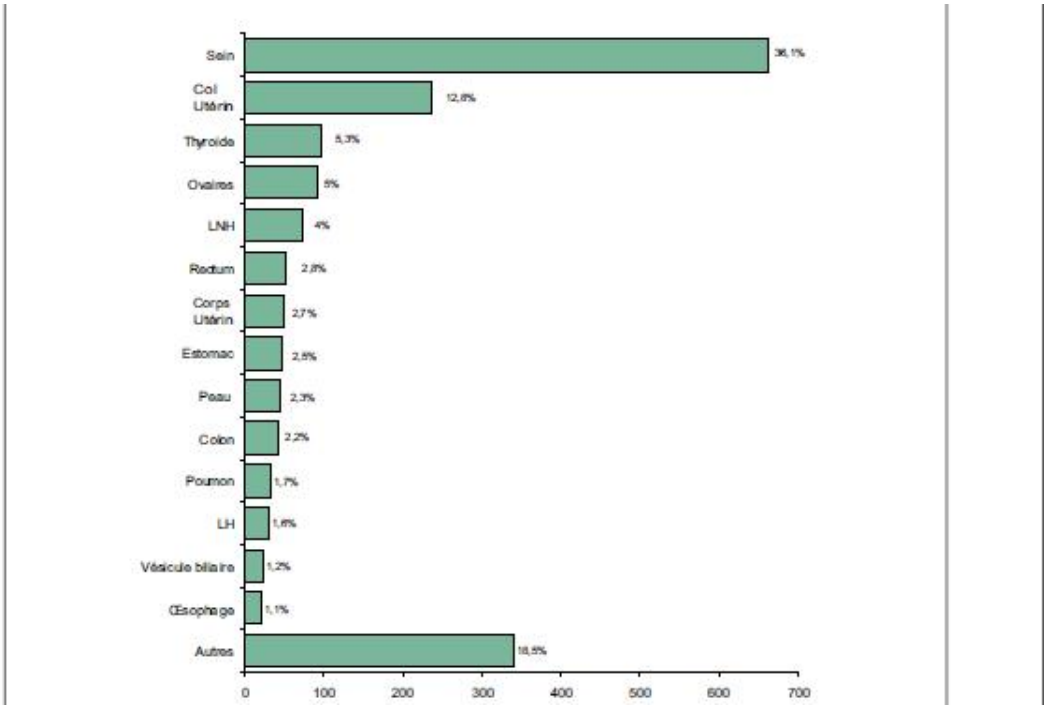


Figure 20- principales localisations cancéreuses chez les femmes, RCRC 2004

Chez la femme :

3- Les traumatismes graves :

a- Les traumatismes graves au niveau du Maroc :

Au Maroc, où la situation sanitaire se caractérise par une transition épidémiologique qui annonce une inversion dans la structure de la charge globale de morbidité [49], la part des traumatismes est estimée à 11 %. L'ensemble des traumatismes et des accidents incluant ceux de la voie publique (AVP) coûtent à l'état 11 milliards de Dirham/an (environ un million d'euros), soit 2,5 % du produit intérieur brut (source : HARA Belgique, Etude sur la charge de morbidité globale au Maroc [rapport non publié] ; 2000). A eux seuls, les accidents de la voie publique ont causé en 2004 3 689 décès et plus de 80 000 blessés dont 16 % ont présenté un traumatisme grave (source : statistiques du ministère de l'équipement). Le taux de mortalité par traumatisme, standardisé pour l'âge a été estimé par l'OMS en 2002 à 47,7/100 000.

Une étude en 2000 dans cinq régions représentatives du territoire Marocain a montré qu'une part importante de l'activité d'hospitalisation (entre 15 et 23 %) était consacrée à la prise en charge des traumatismes sous quelque forme que ce soit [50]. Cet important problème représente une part importante des hospitalisations dans les services de réanimation où les hospitalisés pour traumatisme occupent un lit sur trois (source : Institut National de l'Administration Sanitaire. Etude sur l'utilisation des services des urgences, Rabat, 1992). Ces traumatismes avaient essentiellement pour origine trois causes : les accidents au domicile, les accidents de la route et les agressions [50]. Dans les hôpitaux étudiés (hôpitaux régionaux ou provinciaux situés dans des villes d'importance moyenne (entre 50 et 150 000 habitants), on a constaté qu'entre 30 et 50 % des motifs de consultation dans les différents services d'urgence étaient consécutifs à un traumatisme.

En dépit de leurs limites, ces quelques chiffres permettent de constater la place importante qu'occupent actuellement les traumatismes dans les activités des structures hospitalières marocaines. Une telle situation pose d'autant plus de problèmes que les capacités litières des hôpitaux sont relativement faibles et les taux d'occupation élevés. Elle justifie une meilleure connaissance des conditions de prise en charge de ces traumatismes afin de permettre aux structures de soins qui les accueillent de mieux répondre à l'augmentation des besoins pour ce type de problèmes [49].

C'étaient les principaux problèmes de santé publique, parmi les autres axes stratégiques qui doivent être la base des orientations en matière de formation médicale. Alors l'analyse des besoins de la population et la mise en œuvre d'un système de formation sont deux choses étroitement et directement liées, car une formation ne peut être utilisée que si elle répond aux besoins.

VI- Offre de formation :

1- Le programme d'enseignement aux facultés de médecine au Maroc : [51]

1-1- Objectifs et programmes des modules.

Le premier cycle des études médicales comporte l'enseignement des sciences fondamentales. Il a pour objectif l'acquisition par l'étudiant de notions de bases en sciences morphologiques comme l'anatomie, l'histoembryologie, en sciences biologiques (biologie cellulaire, cytogénétique, et biologie moléculaire), en sciences physiques, chimiques et biochimiques. Ces notions fondamentales sont nécessaires pour la compréhension des grands mécanismes physiologiques qui permettent le fonctionnement harmonieux du corps humain. Elles sont, par conséquent, nécessaires à la compréhension du passage de l'état normal à l'état pathologique, que constitue la physiopathologie. La connaissance de cette dernière est indispensable pour comprendre les différentes maladies qui feront l'objet du second cycle. Par ailleurs ce cycle comprend également un enseignement de médecine sociale et d'informatique et prévoit la mise en place notamment d'enseignements de sciences humaines.

a- La première année du premier cycle :

Elle est consacrée aux sciences fondamentales de base. L'Anatomie, la Biologie, la Biophysique, l'Histo-Embrylogie, la Chimie-Biochimie. S'y ajoutent la connaissance des priorités de la Médecine sociale. (Concepts fondamentaux de la médecine sociale, aperçue sur les grands problèmes de santé dans le monde, le système de santé au Maroc, épidémiologie générale).

b- La deuxième année du premier cycle :

La 2ème année de médecine, clôture le premier cycle des études médicales dont le principal objectif est de constituer une solide assise à la compréhension de la structure histo-anatomique et de la fonction du corps humain aussi bien au plan biochimique que physiologique. Ceci se base sur l'enseignement de quatre matières pré cliniques que sont l'anatomie, l'histologie embryologie cytogénétique, la biochimie et la physiologie. Toutes ces disciplines ont su s'adapter au progrès technologiques et l'intégrer aux items enseignés afin de préparer l'étudiant à entrer de plein pied dans les mécanismes physiopathologiques qui sous tendent la maladie, d'en comprendre les manifestations cliniques et de se préparer à mieux cerner les méthodes d'exploration qui sont devenues de plus en plus sophistiquées.

Le module de microbiologie et d'immunologie introduit non seulement la pathologie infectieuse (bactérienne, parasitaire et virologique) mais met aussi les jalons fondamentaux des réactions immunologiques cellulaires, humorales et non spécifiques très souvent incriminées dans les pathologies les plus diverses dont l'enseignement est programmé au cours du deuxième cycle des études médicales.

Enfin, on ne peut actuellement soigner un patient sans prendre en considération sa dimension psychologique à chaque étape de sa prendre en charge, depuis la première consultation jusqu'à son éventuelle hospitalisation, l'éthique et la déontologie devant être au centre des agissements du médecin. Ce sont ses aspects que traite le module de psychologie médicale.

c- la troisième année de médecine ; première année du deuxième cycle :

La troisième année des études médicales représente la première année du deuxième cycle. Elle comporte des modules de séméiologie médicale et chirurgicale qui sont destinés à l'étude des signes et des symptômes cliniques dont le groupement en syndromes permet l'abord des principales pathologies médicales et

chirurgicales. Les mécanismes physiopathologiques, permettant la compréhension de certains états pathologiques, sont enseignés dans le module de médecine expérimentale. A coté de l'étude clinique, l'enseignement comporte des modules introduisant les examens complémentaires tels que la parasitologie, les maladies infectieuses, L'anatomie pathologique, l'hématologie et la radiologie. Ces modules sont Indispensables pour compléter la connaissance des maladies et guider les indications des investigations para cliniques.

Une initiation aux traitements des maladies est réalisée par l'introduction de la Pharmacologie générale.

A coté de cet enseignement théorique, les stages hospitaliers ont pour objectif l'approche du malade, l'apprentissage de l'examen clinique et la familiarisation avec les indications des investigations complémentaires.

La durée des stages est de 60 jours ouvrables en médecine et en chirurgie.

d- Quatrième année de médecine ; la deuxième année du deuxième cycle :

La quatrième année de médecine ou deuxième année du deuxième cycle comporte un enseignement théorique et pratique. L'ensemble des modules est enseigné sous forme de cours magistraux à la faculté.

Au cours de cette année sont étudiés huit modules traitant des pathologies de l'appareil respiratoire, de l'appareil locomoteur, du système nerveux, de l'appareil digestif, de l'appareil cardio-vasculaire, de la génétique et l'hématologie clinique, la cancérologie et les maladies de système.

Quant aux stages il ya deux stage obligatoires, pédiatrie et gynécologie-obstétrique et un stage en médecine, un autre en chirurgie selon la répartition des étudiants.

e- Cinquième année de médecine ; troisième année du deuxième cycle :

C'est la dernière année d'enseignement théorique en médecine, au cours de cette année est enseignée la synthèse thérapeutique et le cour de réanimation et médecine d'urgences qui met l'accent sur le rôle du médecin généraliste en situation d'urgence. Avec les cours de médecine sociale, de psychiatrie, et enfin la médecine légale et la médecine de travail.

Les stages hospitaliers prennent place dans les mâtinés.

f- Sixième année de médecine ; quatrième année du deuxième cycle :

Elle correspond à une année de stages cliniques, au sein du CHU. Les stages cliniques s'effectuent dans les services auxquels sont affectés les étudiants, avec un stage en service de médecine, un autre en chirurgie, un troisième en gynécologie et un quatrième en pédiatrie.

g- septième année de médecine ; stage interné de périphérie :

L'étudiant ne peut commencer son stage interné qu'après avoir validé les stages de 6ème année et réussis à tous ses modules.

Les stages internés de la 7ème année sont effectués dans les formations hospitalières périphériques et les centres de santé et des différentes provinces médicales du royaume, avec un stage en médecine, en chirurgie, en pédiatrie, et en gynécologie, et en parallèle des gardes aux urgences, en plus des 2 mois effectués dans un centre de santé publique.

Trois sessions d'examens cliniques sont organisées durant cette année universitaire, et se composent de deux épreuves, écrite et orale.

Tableau 9 –répartition des stages de la 7ème année selon les spécialités

Stage plein temps	Médecine	Chirurgie	Pédiatrie	Gynéco-obstétrique	Santé publique
Durée	2 mois	2 mois	2 mois	2 mois	2 mois

h- les stages hospitaliers :

Les stages hospitaliers sont effectués à partir de la troisième année, pendant les matinées, et en plein temps pour la sixième année des études médicales, les stages sont effectués dans les hôpitaux universitaires (CHU), donc, dans un niveau tertiaire.

L'étudiant stagiaire se trouve face à une prise en charge des pathologies de différentes spécialités axées souvent sur une méthodologie de troisième niveau.

ANALYSE

C'était en bref les programmes des modules enseignés aux facultés de médecine au Maroc avec quelques petites modifications à propos de la répartition des modules sur les années d'études d'une faculté à l'autre, ainsi que les stages effectués. Cependant leur contenu est-il assez pédagogique et assez riche pour approcher le profil du futur idéal médecin généraliste, le médecin cinq étoiles ?? on va essayer de répondre a cette question en partant de l'analyse de la situation épidémiologique des principaux problèmes de santé publique décrit au chapitre (transition épidémiologique) au Maroc en la comparant au contenu des modules enseignés à l'université.

A part la tuberculose qui est un véritable problème de santé publique en matière de maladies transmissibles qui est bien détaillée dans le module de la pneumologie à propos aussi bien de l'épidémiologie, la clinique ainsi que la thérapeutique. Les autres problèmes de santé publique sont moins bien traités dans les cours d'enseignement clinique ce qui est expliqué dans les tableaux ci-dessus.

Les tableaux suivants décrivent l'enseignement des différents aspects (épidémiologie, clinique, prise en charge, santé publique..) des principaux problèmes de santé.

Tableau 10 - Points forts et points d'effort de l'enseignement des maladies transmissibles

Maladies transmissibles :	Fréquence	Ce qui est enseigné (points forts)	Ce qui n'est pas détaillé (points d'effort)
Tuberculose :	28.059 N.cas/an Incidence : 82,7%	Vue que la Tuberculose constitue toujours au Maroc un grand problème de santé publique alors qu'elle est éradiquée dans d'autre pays, le cour de la tuberculose enseigné aux étudiants de médecine dans le module de pneumologie est un cour complet puisqu'il s'intéresse aux aspects de santé publique, la situation épidémiologique au Maroc mais aussi dans le Monde, les modes de transmissions, la physiopathologie, la clinique, para clinique, et enfin le traitement, le suivi des patients et aussi la prévention.	
IST-SIDA : Le cour est enseigné dans le module de la pathologie infectieuse.	351N.cas / an Incidence : 1,1%	- La transmission - La physiopathologie de la primo-infection, la phase d'état et Sida maladie - La clinique - La thérapeutique	Peu de données sont présentes concernant les aspects de santé publique : - la situation épidémiologique du pays. - La communication. -gestion des programmes de santé - la prévention ou prophylaxie. - la morbidité et la qualité de vie. -Le cout de la prise en charge pour les malades et pour la société.

Hépatites virales : sont enseignés dans le module de la pathologie Gastro-hépato-entérologie	484 N.cas / an Incidence 1,5%	-La transmission de chaque hépatite (A, B, C, D, E). -Un rappel sur la clinique. -La base de la thérapeutique.	- Les aspects de santé publique sont peu présents dans le cour. - Peu de notions sur le cout de prise en charge des - incidence des complications à long terme des hépatites virales notamment la cirrhose et le cancer hépatique, ainsi que le coût de leur prise en charge. -L'intérêt de la prophylaxie en matière d'éviction des complications. - Communication et gestion des programmes de santé

Tableau 11 - Points forts et points d'effort de l'enseignement des maladies non transmissibles

Maladies non transmissibles	fréquence	Ce qui est enseigné (points fort)	Ce qui n'est pas détaillé (points faibles)
Maladies cardio-vasculaires ; Hypertension artérielle : Sont enseignés dans le module de pathologie cardio-vasculaire	Prévalence non connue : nécessite des études longitudinales Incidence globale : 33,6 %	La pathologie : -la clinique, et -le traitement Mais avant un peu de physiopathologie pour comprendre la pathologie	- prévention et prophylaxie - épidémiologie - suivi à long terme - prise en charge des complications (la néphropathie hypertensive, AVCH, coarctation de l'aorte...) - communication et gestion des programmes de santé
Diabète : Le diabète est étudié dans le module d'endocrinologie d'une façon plus ou moins détaillée.	5-6%	La physiopathologie et les caractéristiques du diabète de type 1 et type 2 en matière de la clinique et la thérapeutique mais aussi les complications et le suivi a long terme	Les aspects de santé publique aussi la situation épidémiologique, La prévention Le détail du régime Communication et gestion des programmes de santé
Cancers : Il n'existe pas un module spécifique des cancers mais chaque cancer est étudié dans le module de la pathologie qui lui correspond.	3336 N.cas/ an Incidence : 84 pour femme 100 pour homme	Certains cancers sont plus détaillés que d'autres dans les cours d'enseignement clinique adressés aux étudiants de médecine mais le point commun de détail c'est surtout la clinique, la para clinique, les	Le message qui est moins bien passé aux étudiants de médecine c'est toujours : -les aspects de santé publique -les moyens de prévention, les organisations des dépistages

		classifications, et la thérapeutique	- le programme national du ministère de santé de lutte contre ces cancers - les plans internationaux de santé concernant ces cancers. -Il n'y a pas suffisamment de détail, notamment sur les aspects de prévention concernant le cancer féminin (col et sein), alors qu'ils constituent un fardeau important.
Tabac	18,5 %	Il n'existe pas un module spécifique concernant le tabagisme ni un cour spécifique, en outre il peut être étudié et traité comme un paragraphe sous le chapitre de facteur de risque des maladies non transmissibles (facteur de risque cardio-vasculaires, cancer de poumon..). Pas de formation sur le cout du tabac en matière de morbidité et mortalité. Cependant Il ya un cour dans le module de la pneumologie concernant le sevrage tabagique et ses méthodes vu l'immense danger du tabac sur la santé.	
Obésité	10,3%	Idem Il existe un cour dans le module de l'endocrinologie a propos juste des complications de l'obésité.	

Les traumatismes graves :

Les hospitalisations suite a des traumatismes qu'ils soient des accident de la voie publique ou autre occupent une place sur trois des hospitalisations en milieu de réanimation, cette situation impose une meilleure connaissance des conditions de prise en charge et aussi une meilleure formation a ce propos des futurs médecins qui seront en position de confronter la réalité du terrain.

Après l'analyse des programmes d'enseignement et de la situation épidémiologique et besoins du système de santé, nous avons procédé à une description quantitative du degré d'adéquation concernant les aspects recherché dans les programmes d'études. Cette description s'est faite sous forme des tableaux récapitulatifs concernant chacun des aspects enseignés.

1- La situation démographique et socioculturelle :

Nous avons une population jeune avec une tendance au vieillissement vue la réduction de la fécondité et l'allongement de l'espérance de vie.

On note une adéquation contre quatre à propos de l'offre de formation concernant la situation démographique.

Donc il existe une inadéquation entre l'offre de formation concernant les aspects démographique et socioculturel de la population et sa situation épidémiologique actuelle

Tableau 12 - Degré d'adéquation de l'enseignement de la démographie à la situation épidémiologique.

Aspects	Degré d'adéquation
clinique et prise en charge des pathologies infantiles	++
Gestion des programmes de santé	-
Gériatrie	-
Cout de prise en charge	-
Contexte socioculturel	-

++ : Adéquation

+ : légère adéquation

- : inadéquation

2- Situation des maladies transmissibles :

Le tableau 13 décrit le degré d'adéquation de l'enseignement des maladies transmissibles à la situation épidémiologique. Parmi les aspects de cet enseignement, il met en évidence quatre légères adéquations et une inadéquation.

La légère adéquation entre l'offre de formation des maladies transmissibles et leur situation actuelle concerne l'épidémiologie, la prévention, les programmes de lutte, les complications et cout de prise en charge.

Tableau 13- degré d'adéquation de l'enseignement des maladies transmissibles à la situation épidémiologique

Maladies transmissibles (tuberculose, VIH, hépatites)	Degré d'adéquation
Epidémiologie	+
Prévention	+
Programmes de lutte	+
complications	+
Cout de prise en charge	-

++ : Adéquation

+ : légère adéquation

- : inadéquation

3- Situation des maladies non transmissibles dans la formation médicale :

Trois légères inadéquations contre cinq inadéquations de l'enseignement des maladies non transmissibles à la situation épidémiologique suite au tableau 14.

Alors on peut noter une inadéquation aussi suite à ce tableau en ce qui concerne les maladies non transmissibles concernant les aspects d'épidémiologie, de prévention, le cout de prise en charge, le circuit des malades, et le suivi à long terme, et les soins palliatifs. Tout en se référant aux programmes d'enseignement aux facultés de médecine.

Tableau 14- degré d'adéquation de l'enseignement maladies non transmissibles les plus fréquentes :

Maladies non transmissibles (HTA, Diabète, cancers)	Degré d'adéquation
Epidémiologie	-
Prévention	-
Programme de lutte	-
complications	+
Cout de prise en charge	-
Circuit du malade	-
Suivi à long terme et régime	+
Soins palliatifs	+

++ : Adéquation

+ : légère adéquation

- : Inadéquation

4- Situation de la recherche clinique dans la formation:

Il y'a une légère adéquation contre trois concernant l'offre de la recherche dans la formation médicale aux besoins selon le tableau 15.

Dans le programme d'enseignement médical il existe des études à propos des bio-statistiques mais ils sont mal adaptés puisqu'ils sont enseignés à la première année, alors que le besoin vient en fin de formation. Néomoins aucune initiation à la recherche des étudiants en médecine ne trouve place dans leur offre de formation, il n'ya pas un module pour la formation de rédaction des articles ni pour la bibliographie.

Tableau 15- degré d'adéquation de l'enseignement de la recherche aux besoins

	Degré d'adéquation
Bibliographie	-
Bio statistiques	+
Rédaction médicale	-
Initiation à la publication	-

++ : Adéquation

+ : légère adéquation

- : Inadéquation

5- Situation de la communication dans les études médicales :

Le médecin doit être un communicateur capable d'écouter, d'expliquer, et de convaincre pour promouvoir des modes de vie saines, donnant ainsi aux individus et aux groupes les moyens d'améliorer et de protéger leur santé.

Cependant aucune formation n'est dispensée dans la communication comme le montre le tableau 16.

Tableau 16- degré d'adéquation de l'enseignement de la communication aux besoins

Module de communication	Degré d'adéquation
Communication avec les patients	-
Communication avec les confrères	-
Anglais	-

++ : Adéquation

+ : légère adéquation

- : Inadéquation

6- Enseignement de la gestion dans les études médicales :

Gestionnaire, c'est une qualité qui doit être présente dans tous médecins lauréats de nos facultés. Un médecin doit être capable de travailler en harmonie avec des personnes et des organismes à l'intérieure et à l'extérieure du système de santé, pour répondre aux besoins des individus et des communautés, et d'utiliser a bon escient les informations sanitaires disponibles.

Cependant un module concernant la gestion n'a pas lieu dans le programme d'enseignement médical comme le montre le tableau 17.

Tableau 17- place de la gestion dans la formation initiale des médecins :

Module de la gestion	Degré d'adéquation
Gestion des programmes de santé	-
gestion des structures, du temps et du personnel paramédical	-

++ : Adéquation

+ : légère adéquation

- : Inadéquation

7- Situation des traumatismes, l'handicap, et rééducation dans la formation médicale:

Il n'existe pas un module qui concerne les traumatismes graves, les handicaps et la rééducation dans tous leurs aspects épidémiologiques, cout de prise en charge, la prise en charge intégrée alors qu'ils constituent une charge importante.

Tableau 18- degré d'adéquation entre les traumatismes et handicap et la situation épidémiologique

	Degré d'adéquation
épidémiologie	-
Cout de prise en charge	-
Prise en charge intégrée	-
Programmes de prise en charge	-

++ : Adéquation

+ : légère adéquation

- : Inadéquation

Il n'existe pas un module qui concerne les traumatismes graves, les handicaps et la rééducation dans tous leurs aspects épidémiologiques, cout de prise en charge, la prise en charge intégrée alors qu'ils constituent une charge importante.

8- Situation des facteurs de risque des maladies émergeantes dans la formation médicale

Il ya une légère adéquation contre trois inadéquation

Il existe plus d'inadéquations que d'adéquations d'après le tableau ci-dessous, c'est-à-dire que dans les programmes de médecine il n'existe pas un module pour traité les facteurs de risque ni un module concernant chacun de ces aspects ; le tabac, ou l'obésité par exemple qui constituent de plus en plus une menace.

Tableau 19- Aspects de santé liés aux principaux FDR des maladies émergeantes

Facteur de risque	Degré d'adéquation
Epidémiologie	+
Cout Prise en charge	-
Prise en charge intégrée	-
Programmes de lutte	-

++ : Adéquation

+ : légère adéquation

- : Inadéquation

9- Situation de la toxicologie dans la formation médicale

Dans les programmes d'enseignement médical, il n'existe pas un module de toxicologie concernant ses aspects d'ingestion de toxiques, de prise en charge urgente et de prévention et sensibilisation.

Tableau 20- degré d'adéquation de la toxicologie à la situation épidémiologique

	Degré d'adéquation
ingestion des produits toxiques	-
la prise en charge urgente	-
La prévention et la sensibilisation	-

++ : Adéquation

+ : légère adéquation

- : Inadéquation

10- Les stages dans la formation médicale :

Il y'a une adéquation sur deux inadéquations

En ce qui concerne les stages hospitaliers, les étudiants en médecine reçoivent une formation de spécialiste à un niveau tertiaire entant qu'étudiants alors qu'ils sont préparés pour confronter et gérer plutôt les principaux problèmes de santé publique au niveau des établissements de soin primaires entant que médecins généralistes.

Les stages de santé publique ont lieu deux périodes dans le cursus. Un à la 5ème année de médecine fait de 7 semaines, et un deuxième à la 7ème année fait de deux mois.

Le médecin généraliste sera affecté en principe dans les établissements de soins de santé de base et sera en place de traiter plutôt les problèmes de santé publique.

Pour les généralistes, il n'y a ni un modèle adapté à leur future pratique, ni de guides de pratiques spécifiques. L'initiation à la médecine générale se fait après les études, avec l'expérience personnelle au cabinet, ou aux structures de soins ou ils travaillent.

Tableau 21- degré d'adéquation des stages hospitaliers à la situation épidémiologique

Stages	Degré d'adéquation
Stage de santé publique	-
Hôpital périphérique	+
Centre hospitalier universitaire	-

++ : Adéquation

+ : légère adéquation

- : Inadéquation

Alors en conclusion on va procéder à une comparaison entre l'offre de formation médicale et l'objectif de cette dernière « médecin cinq étoiles ».

Tableau 22- Adéquation de l'offre de formation et l'objectif « médecin 5 étoiles »

	Enseignement théorique		Pratique	
Critères	1ier cycle	2ième cycle	2ième cycle	Stage interné
dispensateur de soin				
Premier niveau	+	+	+	++
Deuxième niveau	0	+	0	+++
Troisième	0	+++	+++	0
décideur	0	0	0	0
communicateur	0	0	0	+
membre influent de la communauté	0	0	0	0
gestionnaire	0	0	0	0

+++ : Très adéquat

++ : Adéquat

+ : Peu adéquat

0 : Non adéquat

D'après le tableau 22 une nette inadéquation peut se noter à propos de l'offre de formation concernant les qualités du médecin cinq étoiles qui est l'objectif majeur de formation du médecin généraliste.

Alors on peut conclure de ces tableaux qu'il existe une inadéquation de l'enseignement clinique avec la réalité du terrain concernant les aspects décrit ci-dessus.

DISCUSSION

Ce travail de recherche s'avère le première au Maroc en vue de décrire les éventuelles inadéquations entre l'offre de formation dispensée aux étudiants de Médecine et l'importance des principaux problèmes de santé auxquels ils seront tenus de faire face.

Le profil du médecin du XXI ème siècle que les facultés sont appelées à former peut être résumé sous cinq vocables : garant de soins de qualité, communicateur, décideur averti, partenaire en santé publique et gestionnaire.

L'analyse des besoins de la population en matière de santé et des programmes d'enseignement clinique permet de dégager quelques insuffisances dans certains aspects de la formation. Ces insuffisances peuvent être identifiées comme suite et doivent être corrigés dans toute nouvelle réforme. L'enseignement des études médicales, malgré sa richesse en termes de connaissance scientifique, physiopathologique et aspect thérapeutique, ne met pas suffisamment l'accent sur d'autres aspects, notamment :

- Incapacité des jeunes médecins sortant à exercer la médecine générale dans les établissements de soins de santé de base ou de première ligne, ce qui explique en grande partie la tendance à la spécialisation.

→ Insuffisance en rapport avec la formation humaine et psychologique :

- Faible connaissance de la société marocaine, des habitudes sociales, des comportements sociaux.
- Manque d'enseignement de l'abord humain du malade, le malade étant considéré et traité comme une maladie, sans support psychologique, sans histoire personnelle, sans contexte socioculturel.
- Vision centrée sur la maladie elle-même, abstraction faite de sa famille, de son entourage, de sa profession, de ses attentes et de ses angoisses.

- Faible formation psychologique avec ignorance des facteurs individuels de la maladie, des manifestations somatisées, des impacts psychologiques de la maladie et de ses complications ou de sa chronicité, le malade étant rarement vu dans sa globalité.
- Faible ouverture sur les aspects non médicaux de la vie : vie culturelle, artistique, sociale.

→ Insuffisance en rapport avec l'absence de maîtrise de problèmes de santé communautaire et des problèmes éthiques, déontologiques et relationnels :

- Faible formation concernant les aspects gestionnaire des programmes du système de santé, des programmes sanitaires prioritaires, des stratégies spécifiques du Ministère de la Santé, relatives à certaines affections ou groupes d'affections.
- incapacité à raisonner en tenant compte du profil épidémiologique du pays.
- Faible implication des jeunes médecins dans les programmes de la santé, notamment en ce qui concerne la médecine communautaire et la médecine familiale.
- Faible tendance au travail en commun et à l'appel de confrères en consultation au sujet d'un malade.
- Incapacité à intégrer le facteur coût dans la pratique médicale, ainsi que ses complications pour le malade et la société.
- Aucune formation n'est dispensée en matière de recherche clinique, ni de prise en charge des sujets âgés et handicapés

Il faut signaler que ces résultats sont à interpréter avec prudence vu qu'ils sont recueillis en se basant exclusivement sur la littérature. En fait, nous n'avons pas recueillis les besoins ressentis et exprimés par les professionnels du terrain.

Néanmoins, ils ont permis mettre en évidence un manque d'adéquation entre la situation épidémiologique en ce qui concerne les grands problèmes de santé publique au Maroc et leur offre de formation à la faculté de médecine.

I- Recommandations

1- Evaluation des programmes d'enseignement

Ainsi L'évaluation des programmes des études médicales est en voie de devenir une obligation pour les facultés de médecine tout comme pour toute l'université. Elle doit permettre d'atteindre l'adéquation ou au moins réduire le degré d'écart entre les besoins du pays et les objectifs de formation des médecins. Ceci en situant la Faculté de médecine et son programme des études médicales dans l'environnement socioéconomique et démographique: besoins de la population, situation sanitaire, priorités nationales, main d'œuvre sanitaire, médicale et autre.

2- Autres recommandations :

- Certains chapitres sont développés dans certaines disciplines, leurs volumes horaires doivent être réduits et leurs programmes revus et adaptés aux exigences de l'exercice actuel de la médecine générale.
- D'autres disciplines, comme la médecine sociale, méritent d'être renforcées.
- Il convient de réadapter les méthodes d'enseignement en renforçant les cours intégrés aux stages et développer les techniques permettant une interactivité entre l'enseignant et les étudiants (ex : conduites à tenir, résolution de problème, jeux de rôles...).
- Il serait utile d'instaurer plus de stages chez les praticiens généralistes ou en médecine ambulatoire, les stages hospitaliers se déroulent plus dans les services spécialisés de médecine ou de chirurgie.
- Certaines disciplines doivent être introduites et faire partie intégrante du cursus de médecine générale :
    - Economie de la santé
    - Ethique médicale

- Santé/environnement
- Sociologie ou psychosociologie
- Techniques de communication
- Nouvelles technologies : informatique, télémédecine,
- Initiation à la recherche (clinique, épidémiologique et recherche sur les systèmes de santé),
- Initiation à la recherche documentaire
- Anglais

II- Perceptives :

Malgré certaines limites méthodologiques de ce travail notamment dues au fait qu'il soit conduit en se basant exclusivement sur la bibliographie, Il permet d'ouvrir certains axes de recherche concernant la formation médicale au Maroc.

Ces axes seront explorés par une étude qui sera réalisée auprès des enseignants et médecins généralistes lauréats des facultés marocaines. Elle permettra de recueillir des données plus précises sur les besoins et l'adaptation à l'issue de l'exercice de la Médecine sur le terrain.

CONCLUSION

Compte tenu de la responsabilité sociale de la Faculté de médecine, celle-ci doit former des médecins compétents et aptes à satisfaire les besoins de santé de la société. Elle devrait être partie prenante à la définition des besoins et d'adapter les méthodes et objectifs de la formation à ces besoins.

Ainsi les facultés de médecine peuvent être considérées comme un excellent moteur de changement du système de santé.

RESUME

Résumé

L'enseignement clinique permet à l'étudiant en médecine l'intégration de notions théorique et l'apprentissage des actes techniques. Il permet de développer son expertise au profit du patient et de ses proches en situation d'urgences et, concernant les objectifs de santé publique. L'objectif de cet enseignement est de transmettre les bases du raisonnement médical, qui doit permettre aux apprenants de trouver aisément des solutions aux situations auxquelles ils seront confrontés en tant que médecin. C'est pour cette raison que l'évaluation des programmes des études médicales s'avère nécessaire pour vérifier l'adéquation et la concordance entre les besoins de la population en matière de santé publique et les objectifs de formation.

Ce travail a pour objectif d'identifier le degré d'adéquation entre les programmes d'enseignement et la situation épidémiologique des principaux problèmes de santé au Maroc.

Pour analyser les besoins de la population en matière de santé, nous avons effectué une recherche bibliographique pour mesurer l'importance des principaux problèmes de santé au Maroc. Après avoir consulté les programmes d'enseignement dans les facultés de Médecine, nous avons procédé à une estimation du degré d'adéquation de ces programmes et leurs contenus avec les besoins du système de santé.

Bien qu'il soit difficile d'apprécier, d'une façon fiable, l'évolution de la morbidité dans notre pays, On peut considérer, sur la base des déclarations obligatoires et des différentes enquêtes épidémiologiques réalisées ces dix dernières années, les tendances suivantes :

- La diminution, voire l'éradication d'un certain nombre de maladies plus particulièrement les maladies cibles de la vaccination, mais aussi certaines maladies, objet des programmes sanitaires ;
- La persistance ou stagnation, voire recrudescence de certaines maladies en particulier, pour la tuberculose, les hépatites virales (B, C), les IST- Sida.., ces maladies continuent de constituer une menace ;
- L'allongement de l'espérance de vie avec l'émergence des maladies chroniques comme les cancers, les maladies cardio-vasculaires le diabète, les maladies mentales, le handicap et les traumatismes graves ;
- L'augmentation de la fréquence de certains facteurs de risque comportementaux comme le tabagisme, la consommation d'alcool, et certaines habitudes alimentaires.

Une inadéquation entre les fardeaux de santé publique et l'offre de formation aux facultés a été mis en évidence. Des insuffisances d'enseignement ont été notées concernant l'impact des principaux problèmes de santé pour la société en matière de cout monétaire, et de perte de qualité et d'espérance de vie. D'autres lacunes en matière de la communication et la gestion des programmes de santé qui sont parmi les vocables du médecin cinq étoiles. Nous avons noté également l'absence d'initiation à la recherche durant le cursus de formation.

Suite à ce constat, une nouvelle réforme des études médicales et une évaluation continue des programmes de formation s'avèrent nécessaires pour améliorer sa qualité et approcher l'idéal profil du médecin attendu. Une éventuelle réforme devrait se baser sur une définition rigoureuse de ce profil et s'inscrire dans les priorités du système de santé.

Malgré l'intérêt de ce travail, une enquête sur le terrain, auprès des médecins lauréats de nos facultés s'avère utile afin d'identifier les besoins sentis et exprimés a l'issu de l'exercice médicale.

Abstract

Clinical instruction allows the medical student integration of theoretical concepts and learning of technical procedures. It helps to develop its expertise to benefit the patient and his relatives in emergency situations and on the public health goals. The objective of this course is to impart the basics of medical reasoning, which should enable learners to easily find solutions to situations they will face as a doctor. For this reason, evaluation of programs of medical education is needed to verify the adequacy and consistency between the needs of the population in public health and educational goals.

This work aims to identify the degree of match between the curriculum and the epidemiological situation of the main public health problems. Then to analyze the needs of the population health, we conducted a literature search on the frequency of major health problems in Morocco and we compared it with the method of their teaching in the university training programs.

Although it is difficult to assess in a reliable manner, the evolution of the disease in our country, can be considered on the basis of reporting requirements and different epidemiological investigations over the past decade, the following situation :

- A trend toward the reduction or even eradication of a number of diseases specifically target diseases of vaccination, but also some diseases, the subject of health programs;
- A trend toward persistence or stagnation or increase of specific diseases, to tuberculosis, viral hepatitis (B, C), STI-AIDS ... These diseases continue to pose a threat;

- A trend toward the emergence of chronic diseases such as cancers, cardiovascular disease with hypertension, diabetes, mental illness and severe trauma ...

Epidemiological analysis of the main risks related to smoking, changing dietary habits, obesity, physical inactivity, blood pressure and some indicators of knowledge and health behaviors constitute priority areas of intervention foraddress emerging chronic diseases.

It is therefore necessary that medical education can be based first on a rigorous definition of the expected profile of the GP. This places to see and evaluate the content of training courses to see if it still fit to form the ideal profile of the general practitioner and be part of system priorities, namely, the consolidation of gains in the fight against disease, while dealing with the emergence of a new structure given morbidity from chronic diseases and cancers.
A mismatch between the burdens of public health and the provision of training to schools has been highlighted. Educational deficiencies were noted regarding the impact on society in terms of monetary cost, loss prevention and quality and life expectancy.

Other gaps in communication and management of health programs that are among the words of five-star doctor to be the major objective of long-term training of general practitioners. Following this, a new reform of medical studies, and ongoing evaluation of medical education programs can improve the quality of training and then approach the ideal profile of the expected five-star doctor. Despite the interest of this work, a field survey, with doctors winners of our faculties is useful to identify the needs expressed from a medical exercise.

ملخص

التعليم السريري يسمح لطالب الطب بتكامل المفاهيم النظرية وضبط المهارات التقنية. فهو بدلك يساعد على تطوير الخبرات الضرورية للطبيب المتعلم لمصلحة المريض وأقاربه، وعلى أهداف الصحة العامة.أما على الصعيد

العام فالهدف من البرنامج التعليمي هو تلقين أساسيات المنطق الطبي, و التي ينبغي تمكين المتعلم من العثور بسهولة على حلول لحالات سيواجهها كطبيب. لهدا السبب, هناك حاجة لتقييم برامج التعليم الطبي للتحقق من خلال الأهداف التربوية من مدى تجاوبه مع احتياجات السكان في مجال الصحة العامة.

و يهدف هذا العمل بالأساس إلى التعرف على مدى درجة التوافق بين المنهج الدراسي و الوضع الوبائي القائم في المغرب.

لذلك قمنا أولا بتحليل احتياجات السكان على مستوى صحتهم, و أجرينا بحثا على وثيرة المشاكل الصحية الرئيسية في المغرب, و قمنا بمقارنتها بطريقة تدريسها في برامج التعليم الجامعي.

و بالاعتماد على عدد من التقارير المختلفة التي على مدى العقد الماضي, و على الرغم من أنه من الصعب تقييمه بطريقة موثوق بها, تمكن اعتبار تطور الوضع الصحي في بلادنا كالآتي:

- هناك اتجاه نحو خفض أو القضاء على عدد من الأمراض موضوع البرامج الصحية, على وجه التحديد المستهدفة من التطعيم.
- هناك اتجاه نحو استمرار ركود أو زيادة أمراض معينة, كمرض السل و التهاب الكبد الفيروسي (B, C), الأمراض المنقولة جنسيا: الإيدز... هده الأمراض لا تزال تشكل تهديدا.
- و هناك اتجاه نحو ظهور الأمراض المزمنة مثل السرطان و أمراض القلب و الشرايين و ارتفاع ضغط الدم و السكري و الأمراض النفسية...

التحليل الوبائي للمخاطر الرئيسية المرتبطة بالتدخين, و تغيير العادات الغذائية, و السمنة و قلة النشاط البدني و ضغط الدم و السكري و الأمراض و بعض المؤشرات السلوكية, يشكل مجالات تدخل ذات أولوية لمعالجة الأمراض المزمنة الناشئة

و لذلك فمن الضروري أن يعتمد التعليم الطبي أولا على تعريف دقيق لطبيب المستقبل المتوقع.هذا يستوجب تقييم المحتوى الدراسي لمعرفة ما اذا كان لا زال يصلح لتكوين الشخصية المثالية للطبيب العام و التسجيل في أولويات النظام العام للطب, و توطيد المكاسب التي تحققت في المعركة ضد المرض , في حين التعامل مع ظهور الأمراض المزمنة و السرطانات.

و قد تم تسليط الضوء على عدم التطابق بين أعباء الصحة العامة, و توفير التكوين المناسب للطلبة الأطباء في هدا المجال. و لوظحت أوجه قصور فيما يتعلق بمؤثرات المجتمع من حيث التكلفة المالية, و منع الخسائر و توقع جودة الحياة.

غيرها من الفجوات في مجال الاتصال و إدارة البرامج الصحية التي هي من بين تعار يف الطبيب من فئة خمس نجوم.

الطبيب الذي تعتبر الهدف الرئيسي على المدى الطويل في تكوين الأطباء العامين. هدا يستوجب إصلاحات جديدة من الدراسات الطبية , و التقييم المستمر لبرامج التعليم الطبي للاقتراب من الشخصية المثالية المتوقعة للطبيب.

على الرغم من أهمية هدا العمل, من النافع القيام بمسح ميداني على مستوى الأطباء المتخرجين من كلياتنا للتعرف على احتياجاتهم كممارسين للمهنة.

BIBLIOGRAPHIES

(1) Marc-André Nadeau. L'évaluation des programmes. Théorie et pratiques Presses Universitaires. Laval, 1988 ; 173-201

(2) C. Honnorat, G. Levasseur. Quels besoins enseigner, quel besoin d'enseigner. Revue internationale francophone d'éducation médicale. Vol 2, N°1. Février 2001, 26-27

(3) E.R. Abbatt, A. Méjia. La formation continue des personnels de santé, Manuel particulier. OMS, 1990 ; 27-40

(4) W.C. Mc Gaghie, G. E. Miller, A. W. Sajid et T. V. Telder. Introduction d'un enseignement médical fondé sur l'acquisition des compétences. Cahiers de la santé N° 68, OMS, 1978 ; 40-51.

(5) A. El Gadi. Ingénierie et évaluation d'une formation. Renald, série guides de gestion N°6, 2000 ; 20-35

(6) M. Bass. Promouvoir la santé. L'Harmattan, Paris, 1994 ; 304 p.

(7) ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres, et de la recherche scientifique : pour une nouvelle reforme des études médicales au Maroc. Mai 2005

(8) Abrégés Connaissances et Pratiques, Médecine Générale, par B.Gay, MF Le Goaziou, M Budowski, PL Druais, S Gilberg, CNGE. 2003, 1er édition, 388 pages.

(9) WHO/HRH/96,1 :medecin pour la santé , genéve 1996

(10) Dr NACIR BENANI M état et perspective de la médecine générale au Maroc .Marrakech; 2009

(11) Données publiées en 2006 par le Secrétariat d'État chargé de l'alphabétisation et de l'éducation non formelle.

(12) Ammor S, Baali A, Charkaoui M, Hubert A. Facteurs alimentaires et environnementaux de risqué du cancer du rhinopharynx au Maroc et leurs répartition géographique. Bulletins et mémoires de la société d'anthropologie de Paris 2005 ; 17 :1-2.

(13) Ministère de la Santé. Santé en chiffre 2007.

(14) World health Organization. Who report on the global tobacco epidemic, The MPOWER package 2008; 186 p.

(15) Tazi MA, Abid-Khalil S, Chaouki N. la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires au Maroc: résultats d'une étude nationale, 2000. J Hypertens 2003, 21:897–903.

(16) Ministère de la Santé, organisation Mondiale de la Santé. Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé au Maroc 2003 2007 ; 30 p.

(17) El Rhazi K et al. Inequalities of smoking profile in Morocco: The role of educational level. Int J Tuberc Lung Dis 2008; (in press).

(18) Cherqaoui S, Tazi MA, Chaouki N. Rapport de l'enquête épidémiologique sur le tabagisme chez les jeunes scolarisés au Maroc 2002 :10 p.

(19) Centers for Disease Control and Prevention. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Morocco. [Consulté le 15/07/2008] URL: http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/factsheets/emro/2006/Morocco_factsheet.htm.

(20) Tobacco Free Initiative website: www.emro.int/Trends in tobacco use among school students in the Eastern Mediterranean Region.

(21) Tessier JF, Nejjari C, Bennani-Othmani A. Le tabagisme dans les pays méditerranéens : Europe, Maghreb, Moyen-Orient. Données d'une enquête coopérative. Int J Tuberc Lung Dis 1999; 3 (10): 927-937.

(22) Yassine N, Bartal M, El Biaze M. Tabagisme chez les étudiants en médecine de Casablanca = Cigarette smoking in medical students in Casablanca. Revue des maladies 1999 ; 16(1) : 59-64.

(23) Chaouki N, Cherqaoui S. Enquête national sur le tabagisme chez les médecins du secteurs public au Maroc en 2003 ; Ministère de la Santé ; DELM, Bulletin Epidémiologique n° 57-60, bilan 2004.

(24) Sasco AJ et all. A Case-Control Study of Lung Cancer in Casablanca, Morocco. Cancer Causes and Control 2002 ; 13(7) : 609-616

(25) Byers T, Nestle M, McTiernan A, Doyle C et coll. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy

(26) Batnitzky A. Obesity and household roles: gender and social class in Morocco. Sociol Health Illn 2008; 30(3):445-62.

(27) El Ayachi M, Mziwira M, Lairon D, Belahsen R. Prevalence of Parameter Indicators of Obesity and Its Relationship with Metabolic Syndrome in Urban Moroccan Women. American Journal of Human Biology 2008; 20:484–486.

(28) Traditional practices related to the obesity in Moroccan Sahraoui women. [consulté le 05/06/2008] URL: http://www.a-nutritional-supplements.com/conf04a47.htm.

(19)Rguibi N and R. Belahsen. Fattening practices among Moroccan Saharawi women. East Medit Heal Jour 2006; 12 (5):619-624

(29) BILLO, N. E. Les tendances épidémiologiques de la tuberculose. La revue du praticien, n°11, 1996, pp. 1332-1336.

(30) OMS. ONUSIDA. Tuberculose et SIDA, octobre 1997.

(31) PIRKIS, J. E.et al. Time to initiation of anti-tuberculosis treatement. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, vol 77, 1996, pp. 401-406.

(32) OMS ;tuberculose ;aide Mémoire N104 ;novembre 2011

(33) Ministère de la Santé. La revue du Programme National de Lutte Antituberculeuse, 1996.

(34) POLITIS, G. et al. Chest Diseases Hospital of Athens ? 'Sotiria', Athens, Greece. Patient's and doctor's delay in Greek TB patients. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, vol 76, sup 2, 1995, 32 p.

(35) Ministère de la Santé. La revue du Programme National de Lutte Antituberculeuse, 1996.

(36) Service des maladies respiratoires, DELM, MS, 1999

(37) Dr L.hssissen ,Dr L.karboubi ;CHU Ibn Sina Rabat ; santé Maghreb.com ; Février 2003

(38) GROSS B. Clinician's guide to hepatitis C May Clin Proc, 1998, 73 : 355-361

(39) l'Economiste édition 2779 Mai 2008.

(40) Cacoub P, Ohayon V, Sekkat S, Dumont B, Sbai A, Lunel F, Benslimane A, Godeau P, Archane M. L. Etude épidémiologique et virologique des infections par le virus de l'hépatite C au Maroc = Epidemiologic and virologic study of hepatitis C virus infection in Morocco. Gastroentérologie clinique et biologique. 2000; 24(2): 169-173.

(41) Benjelloun S, Bahbouhi B, Sekkat S, Bennani A, Hda N, Benslimane A. Anti-HCV seroprevalence and risk factors of hepatitis C virus infection in Moroccan population groups. Research in virology 1996; 174(4): 247-255

(42) POYNARD T., MARCELLIN P., LEE SS., NIEDERAU C., MINUK GS., IDEO G., BAIN V., HEATHCOTE J., ZEUZEM S., TREPO C., ALBRECHT J.

(43) M. A Tazi, F. Lahmouz et al. Enquete Nationale sur Les Facteurs de Risque Des Maladies Cardio-Vasculaires- 2000. Bulletin epidemiologique n°53-54.

(44) Radi S, Lang T, Lawers-CancËs V, Chatellier G, Fauvel JP, Larabi L, De Gaudemaris R ; IHPAF Group. One-year hypertension incidence an dits predictors in a working population: the IHPAF study. J Hum Hypertens. 2004 Jul; 18(7); 487-9

(45) BELKHADIR J. Aspects diagnostics et évolutifs du diabète.Maghreb Médical, 1990, 237 : 14-18

(46) BELKHADIR J., BENSOUDA J.D. Le diabète en milieu marocain. Maghreb Médical, 1990, 234 : 12-15.).

(47) EL ALAOUI Z. Diabète en milieu Marocain. Thèse en Médecine, Rabat, 1992, n° 296.

(48) BENKHALIFA F., BENAYED H., AMAR H.H., PAPOZ L., ESCHVEGE E., SCHUVARTZ D. Etude de l'épidémiologie du diabète dans la population de Tunis. La Tunisie Médicale, 1980, 6 : 730-737.

(49) Cherqaoui S, Tazi MA, Chaouki N. Rapport de l'enquête épidémiologique sur le tabagisme chez les jeunes scolarisés au Maroc 2002 :10 p.

(50) Centers for Disease Control and Prevention. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Morocco. [Consulté le 15/07/2008] URL: http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/factsheets/emro/2006/Morocco_factsheet.htm.

(51) Site web de la faculté de médecine et de pharmacie de rabat ; programme des cours

(52) Ministère de santé et association lalla Salma de lutte contre le cancer ;Plan national de prévention et de control 2010-2019.