

**Royaume du Maroc
Ministère de la Santé**

Institut National d'Administration Sanitaire

Centre Collaborateur de l'O.M.S

**Huitième Cours de Maîtrise en Administration Sanitaire
et Santé Publique
(2004-2006)**

**ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DU CENTRE
NATIONAL DE LÉPROLOGIE :
ANALYSE STRATÉGIQUE**

**Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maîtrise
en Administration Sanitaire et Santé Publique**

Option : Santé Publique

Élaboré par : Dr Azzeddine TAHA

Juillet 2006

Résumé

Depuis sa création en 1952, le Centre National de Léprologie est considéré comme le fer de lance de la lutte contre la lèpre au Maroc. Celle-ci est basée sur le dépistage, le diagnostic, l'hospitalisation du malade au CNL pendant au moins trois mois pour une polychimiothérapie, puis le malade suit son traitement en ambulatoire dans sa province, pendant 2ans pour les cas paucibacillaires et pendant 5 ans pour les cas multibacillaires. Le suivi du malade au-delà de la monothérapie est de 5 ans pour les cas multibacillaires. Ce centre est une structure hospitalière pavillonnaire, d'une capacité litière de 164 lits et s'étalant sur une superficie de plus de 3,5 hectares.

Actuellement, le CNL se trouve en situation de réforme de santé, de transition épidémiologique... et de changement de la stratégie de prise en charge des malades lépreux. En effet, le Programme national de Lutte contre la Lèpre a opté pour une nouvelle approche d'une durée de six à douze mois, basée sur un mois d'hospitalisation pour polychimiothérapie qui peut se faire au niveau des services provinciaux de dermatologie et sur la base d'un traitement en ambulatoire.

Devant cette situation, la problématique est la suivante : quelle est le devenir du CNL ? Doit-il rester ? S'il reste quelles seront ses nouvelles missions et attributions ?

La présente étude cherche à répondre à ces questions, et ce, en menant une recherche évaluative qui consiste en une évaluation de la pertinence (analyse stratégique) cherchant à mettre en exergue les forces et les faiblesses de l'environnement interne du CNL, et les opportunités et les menaces qui caractérisent son environnement externe. Elle vise aussi à proposer des options stratégiques afin de nourrir la réflexion sur le thème.

Pour réaliser ce travail, nous avons procédé à une revue de la littérature concernant la documentation scientifique et une autre officielle. Nous avons également eu des entretiens avec des personnes ressources. Notre étude a coïncidé avec l'organisation de séminaires ateliers concernant la lutte contre la lèpre au Maroc, auxquels nous avons assistés.

Notre étude a montré la nécessité de garder le CNL en tant que centre de référence en matière de lutte contre la lèpre et en parallèle à cela, celle de développer certaines activités hospitalières en créant des services spécialisés dans certaines pathologies, à vocation nationale et ayant comme missions la prise en charge des cas de ces pathologies, la formation du personnel de la santé et la recherche dans ces domaines.

**Mots clefs : Évaluation de la pertinence – Évaluation stratégique – Analyse stratégique –
Environnement – Forces – Faiblesses – Opportunités – Menaces –
Options stratégiques**

Table des matières

Introduction

1	Problème de recherche	3
1.1.	Formulation de la problématique	3
1.2.	Finalité de l'étude	5
1.3.	Objectifs de l'étude	5
1.3.1.	Objectif général	5
1.3.2.	Objectifs spécifiques	5
1.4.	Démarche	5
2	Revue de la littérature	6
2.1.	Évaluation et recherche évaluative	6
2.1.1.	Définitions	6
2.1.2.	L'évaluation	6
2.1.3.	L'évaluation en santé	7
2.1.4.	Le rôle de l'évaluation dans la prise de décision	7
2.1.5.	La démarche évaluative	7
2.1.6.	Intervention	7
2.2.	Évaluation de la pertinence	9
2.3.	La démarche stratégique	10
2.4.	Les modèles stratégiques	12
2.4.1.	Le modèle stratégique classique	12
2.4.2.	Le modèle stratégique classique bonifié	12
2.4.3.	Le modèle stratégique de la contingence	12
2.4.4.	Le modèle du positionnement (Porter)	13
2.4.5.	Le modèle stratégique renouvelé	13
2.5.	Modèle théorique d'évaluation	13
2.6.	La lèpre	15
2.7.	Situation de la lèpre dans le monde	16
2.8.	La lèpre au Maroc	17
2.8.1.	Histoire de la lèpre au Maroc	17
2.8.2.	Organisation des services de lutte contre la lèpre au Maroc	19
2.8.3.	Surveillance épidémiologique de la lèpre	19

3	Méthodologie	21
3.1.	Type d'étude	21
3.2.	Planification opérationnelle de la recherche	21
3.2.1.	Population à l'étude	21
3.2.2.	Définition des variables	21
3.2.3.	La variable dépendante	21
3.2.4.	Les variables indépendantes	21
3.2.5.	Recueil des données	22
3.3.	Contraintes et limites	24
4	Environnement du CNL.....	25
4.1.	Environnement externe du CNL	25
4.1.1.	Contexte national	25
4.1.2.	Contexte régional	34
4.2.	Environnement interne du CNL	37
4.2.1.	Historique du CNL	37
4.2.2.	Missions et statut du CNL	39
4.2.3.	Structures et organes de gestion	39
4.2.4.	Capacité et part de l'offre de soins	44
4.2.5.	État des lieux	46
4.2.6.	Ressources	46
5	Résultats et analyse.....	48
5.1.	Diagnostic stratégique du CNL	48
5.1.1.	Forces	48
5.1.2.	Faiblesses	49
5.1.3.	Opportunités	50
5.1.4.	Menaces	51
5.2.	Résultats des entretiens.....	52
6	Discussion	62
7	Options stratégiques	64
	Conclusion	69
	Références bibliographiques	
	Annexes	

Liste des figures

Figure N° 1 : Modèle stratégique classique de Harvard.....	14
--	----

Liste des tableaux

Tableau N° I : Évolution des activités du CNL, 2001-2005.....	45
---	----

Tableau N° II : Évolution des indicateurs de performances du CNL, 2001-2005.....	45
--	----

Liste des graphiques

Graphique N° 1 : Évolution des cas de lèpre, Maroc, 1950-2005.....	32
--	----

Graphique N° 2 : Répartition par régions, des nouveaux cas de lèpre, Maroc,.....	33
1998-2005	

Acronymes

ALES	: Aide aux Lépreux Emmaüs Suisse
AMAAF	: Association Marocaine d'Application Agricole et de Formation
AMO	: Assurance Maladie Obligatoire
ASB	: Adjoint de Santé Breveté
ATP	: Agent Temporaire Permanent
CERED	: Centre d'Études et de Recherches en Démographie
CHP	: Centre Hospitalier Provincial ou Préfectoral
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIM	: Classification Internationale des Maladies
CNL	: Centre National de Léprologie
CNOPS	: Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociales
CNS	: Comptes Nationaux de Santé
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CRM	: Croissant Rouge Marocain
CS	: Centre de Santé
CTLL	: Comité Technique de Lutte contre la Lèpre
DELM	: Direction de l'Épidémiologie et de Lutte contre le Maladies
DGS	: Dépenses Générales de Santé
DHSA	: Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DMS	: Durée Moyenne de Séjour
DMT	: Division des Maladies Transmissibles
ENPS	: Enquête Nationale Population et Santé
ENSME	: Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant
ESSB	: Établissement de Soins de Santé de Base
HG	: Hôpital Général
HS	: Hôpital Spécialisé
IDE	: Infirmiers Diplômés d'Etat
IEC	: Information, Éducation et Communication
IFCS	: Institut de Formation aux Carrières de Santé
INAS	: Institut National d'Administration Sanitaire

ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MB	: Multibacillaire
NTIC	: Nouvelles Technologies d'Information et de Communication
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ORL	: Oto-rhino-laryngologie
PAGSS	: Projet d'Appui à la Gestion du Secteur de la Santé
PB	: Paucibacillaire
PCT	: Polychimiothérapie
PFGSS	: Projet de Financement et de Gestion du Secteur de la Santé
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNLL	: Programme National de Lutte Contre la Lèpre
PNUD	: Programme des Nations Unies au Développement
PSP	: Polyclinique de Santé Publique
RAMED	: Régime d'Assistance Médicale
RESSB	: Réseau des Établissements de Soins de Santé de Base
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SEGMA	: Service d'État Géré de Manière Autonome
SIAAP	: Service d'Infrastructure et des Actions Ambulatoires Provinciales ou Préfectorales
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SLE	: Services Lèpre Extérieure
SPL	: Service Provincial de Lèpre
SRL	: Service Régional de Lèpre
SWOT	: Strengths, Weakness, Opportunities, Threats (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces)
TAD	: Taux d'Accroissement Démographique
TOM	: Taux d'Occupation Moyen
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humain

Introduction

La lutte contre la lèpre au Maroc est organisée dans le cadre du Programme National de Lutte contre la Lèpre (PNLL). C'est l'un des plus anciens programmes de santé au Maroc, il est chargé de la planification, de la coordination, de la gestion des moyens du programme et de l'évaluation des activités.

Le PNLL a opté pour une stratégie fixe pour l'hospitalisation et la réadaptation gratuites des malades, et pour une stratégie mobile pour le dépistage, le suivi et la surveillance des malades et de leurs contacts. Il est appuyé dans ses activités par l'OMS, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) : Aide aux Lépreux Emmaüs Suisse (ALES) et l'Association Marocaine d'Application Agricole et de Formation (AMAAF). [14]

Les structures de mise en œuvre du programme sont composées d'un service de gestion du PNLL, du Centre National de Léprologie (CNL), du Comité Technique de Lutte contre la Lèpre (CTLL) et des Services Régionaux et Provinciaux de Lèpre (SRL et SPL).

La stratégie thérapeutique adoptée par le PNLL (jusqu'au mois de mars 2006) est unique au monde ; Tous les malades dépistés sont hospitalisés au CNL pour trois mois de polychimiothérapie (PCT). Par la suite, ils reçoivent un traitement en ambulatoire à base de Disulone. Cette monothérapie est dispensée au niveau des SRL et des SPL, elle s'étale sur 2 ans pour les formes paucibacillaires (PB) et 5 ans pour les formes multibacillaires (MB)

Ainsi, on note que depuis sa création en 1952, le CNL a joué un rôle actif dans la lutte contre la lèpre. Le Maroc qui est considéré comme un pays de faible endémicité lépreuse a franchi en 1991 le seuil fixé par l'OMS¹. Mais si la lèpre n'est plus un problème majeur de santé publique au niveau national, la situation reste préoccupante dans certaines régions rurales, enclavées, d'accès difficile et à bas niveau socio-économique, là où sévit la lèpre à l'état endémique.

¹ Selon l'OMS, on parle d'élimination de la lèpre quand la prévalence est inférieure à 10 cas par 100 000 habitants

Ainsi les provinces de Sidi-Kacem, Larache, Chefchaouen, Boulemane et Taza abritent plus de 50% des cas enregistrés à l'échelle nationale².

Le contexte actuel de la lutte contre la lèpre a beaucoup changé ; le PNLL est confronté à de nouveaux défis qui lui imposent une révision de la stratégie adoptée afin de consolider tous les acquis et continuer d'assurer des soins de qualité accessibles et efficaces aux malades lépreux.

Dans ce cadre, le CTLL a entamé un processus qui vise à élaborer une nouvelle stratégie pour le programme :

- Ainsi une étude de faisabilité d'intégration de la lutte anti-lépreuse dans les soins de santé de base a été réalisée aboutissant à la conclusion générale suivante : « Cette intégration représente un défi qui nécessite la présence d'une volonté politique au niveau central et périphérique, un engagement des services de soins de santé de base dans le cadre d'une démarche participative, de même qu'elle nécessite des ressources matérielles et humaines suffisantes et compétentes, ainsi qu'une assistance technique externe ».[15]
- La décision d'initier l'intégration de la PCT, au niveau des établissements de soins de santé de base a été prise. Cette stratégie préconisée par l'OMS depuis le début des années 80 est basée essentiellement sur deux axes majeurs :
 - Application de la PCT, pour guérir tous les malades de la lèpre et réduire la charge de morbidité dans les pays d'endémie hansénienne,
 - Intégration de la prise en charge des malades lépreux, au niveau du système général de santé c'est-à-dire au niveau du Réseau de Soins de Santé de Base (RESSB).

Devant l'adoption de la stratégie thérapeutique OMS (modifiée³), une question s'impose : Quel est le devenir du CNL ? Dans cette étude, nous nous proposons de mener une recherche évaluative, type « Analyse de pertinence (Analyse stratégique) du CNL » et ce pour fournir des arguments scientifiques afin de nourrir la réflexion sur les orientations stratégiques qui pourraient être adoptées par le CNL.

² Données du fichier central du CNL

³ Cette stratégie a été modifiée, le traitement en ambulatoire est précédé par un mois d'hospitalisation au CNL, et ce en attendant que celle-ci soit faite au niveau des services provinciaux de dermatologie

1 Problème de recherche

1.1. Formulation de la problématique :

Actuellement la lèpre ne semble pas constituer un problème majeur de santé publique, et la situation semble être bien maîtrisée. Les résultats enregistrés ont été encourageants, étant donné la régression constante de la maladie dans le pays. Ainsi, en 2005 le nombre de nouveaux cas enregistrés est de 43, soit une incidence de 0,14 nouveaux cas pour 100 000 habitants, contre 3 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 1953 (259 nouveaux cas) [15].

Ceci est le fruit des efforts consentis par tous les intervenants qui ont permis de faire reculer la maladie dans le pays. Mais il existe un risque de démobilitation qui peut anéantir tous les efforts déployés durant les années passées. Ainsi le renforcement de la lutte contre la maladie s'impose. Il trouve sa justification dans les éléments suivants :

- La lèpre est une maladie sociale par excellence. Elle touche, en premier lieu, les couches défavorisées de la population vivant en milieu rural dans de mauvaises conditions socio-économiques, sous équipés en infrastructures de base : 18,1% des foyers marocains en milieu rural, sont branchés au réseau de l'eau potable, et 43,2 disposent de l'électricité⁴,
- Cette lutte s'inscrit dans le cadre des efforts consentis contre la précarité qui constitue l'une des priorités du gouvernement et des organismes internationaux,
- La lutte anti-lépreuse menée dans le pays est un succès comme en témoigne la baisse constante de l'incidence et de la prévalence de cette maladie au point qu'il est possible de l'éliminer dans les années à venir.

À côté de la lèpre, de nombreuses dermatoses posent de véritables problèmes de santé publique et font l'objet soit de programmes spécifiques (IST / SIDA, leishmanioses) soit de projet (généodermatoses sévères), une stratégie nationale de lutte contre ces maladies (généodermatoses) est en cours d'élaboration. D'autres maladies de la peau, du fait de leur fréquence et de leur vulnérabilité, nécessitent la mise en place d'actions de santé publique selon des stratégies spécifiques (les cancers cutanés, la gale, les teignes...).

⁴ Données du Haut Commissariat au Plan

En plus de la maîtrise de la situation épidémiologique de la lèpre, le contexte est marqué par :

- La réorganisation administrative dans le cadre de la régionalisation,
- La réforme de la santé, principalement la réforme hospitalière,
- La mise en place d'un système d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- La baisse des ressources allouées au PNLL,
- L'existence de 11 SRL et 7 SPL qui fonctionnent selon une logique verticale,
- L'existence de circulaires ministérielles régissant la lutte contre la lèpre, notamment la circulaire ministérielle N° 98 du 03 février 1982 stipulant que le programme doit être intégré dans le RESSB. Malgré l'existence de cette circulaire les activités du programme sont gérées de façon verticale du fait de la centralisation de la PCT et de la surveillance épidémiologique au niveau du CNL,
- L'impossibilité d'acheter les médicaments spécifiques de la lèpre, en effet le laboratoire fabricant a refusé d'honorer son marché,
- La possibilité d'acquérir gratuitement ces médicaments de l'OMS.

Ainsi le CNL se trouve devant une double situation : d'un côté le changement du contexte général et de l'autre, le changement de la stratégie de lutte contre la lèpre au niveau national, qui consiste à adopter la stratégie thérapeutique de l'OMS adaptée à notre contexte, basée sur un traitement des lépreux en ambulatoire, avec seulement un mois d'hospitalisation au CNL (en attendant que les services régionaux et provinciaux soient mis à niveau). Face à cette situation, la question est :

- Faut-il garder le CNL ?
 - Quelle serait sa nouvelle mission ?
 - Quelles seraient ses fonctions ?
 - Quelles seraient ses relations avec les autres structures de soins ?

1.2.Finalité de l'étude

Conscient de l'importance de cette structure hospitalière spécialisée dans la prise en charge des lépreux, nous nous proposons de mener une évaluation de la pertinence, et ce dans le cadre d'une étude évaluative.

Cette évaluation examinera d'une part, la relation entre le CNL et son environnement et d'autre part, le CNL et la nature du problème qu'il est censé résoudre (c'est-à-dire la prise en charge des malades lépreux) est-il toujours requis ou adéquat ?

1.3.Objectifs de l'étude

À travers cette étude nous visons d'atteindre les objectifs suivants :

1.3.1. Objectif général

- Faire une analyse stratégique (concernant l'environnement interne et externe) du Centre National de Léprologie.

1.3.2. Objectifs spécifiques

- Identifier les forces et les faiblesses du CNL,
- Identifier les opportunités et les menaces du CNL,
- Proposer des options de développement stratégiques.

1.4.Démarche

Pour réaliser cette étude, nous avons commencé par prendre contact avec les responsables du CNL et du PNLL, valider le thème avec le staff enseignant de l'INAS et certains responsables du Ministère de la Santé, puis nous avons procédé à une revue de la littérature relative au thème étudié, et consulté les documents officiels du Ministère de la Santé, de la Délégation du Ministère de la Santé et du CNL.

Deux autres activités ont été utiles à la réalisation de ce travail ; les entretiens avec les personnes ressources et les séminaires, auxquels nous avons assisté:

- Séminaire annuel d'évaluation nationale des activités lèpre organisé le 28/02/2006.
- Séminaire atelier national intitulé : « Vers une nouvelle une stratégie du programme lèpre » organisé au CNL, le 18 mai 2006.

2 Revue de la littérature

2.1. La lèpre:

La lèpre est une maladie infectieuse, chronique, peu contagieuse et due au mycobactérium leprae, appelé aussi bacille de Hansen. C'est une maladie reconnue dans les civilisations antiques en Chine, en Égypte et en Inde. La première mention écrite connue de la lèpre remonte à 600 avant Jésus-Christ. Elle est considérée comme une maladie sociale par excellence, affectant de préférence les couches défavorisées de la population rurale.

La lèpre est transmise par des gouttelettes d'origine buccale ou nasale et par l'exsudat des lésions cutanées ouvertes, lors des contacts étroits et fréquents avec un sujet infecté et non traité. Elle atteint surtout la peau et les nerfs. Schématiquement il existe deux formes de lèpres :

- Les formes multibacillaires, peu contagieuses,
- Les formes paucibacillaires non contagieuses.

L'incubation dure quelques mois à quelques années, les principales manifestations cliniques sont les suivantes :

- les lésions cutanées :
 - Les macules de la lèpre sont des taches blanches ou rouges comportant des troubles sensitifs,
 - Les lésions infiltrées.

- Les lésions muqueuses, elles sont nombreuses et débutent souvent par la rhinite lépreuse,

- Les lésions nerveuses et trophiques :
 - Les fourmillements des extrémités,
 - La névrite bilatérale,
 - La tuméfaction et la paralysie des nerfs,
 - L'atrophie des muscles,
 - Des durillons et des maux perforants plantaires.

- Diminution de la pilosité des cils et des sourcils. Taches blanches très évocatrices d'une lèpre débutante.

Les critères du laboratoire se résument en la présence de bacilles acido-alcoolorésistants dans des frottis cutanés (incision-grattage).

2.2. Le traitement moderne est à base de polychimiothérapie, composée principalement de : la Rifampicine, la Clofazimine, la Dapsone ou Disulone (Annexe N° 4). La lèpre est une maladie curable et un traitement précoce permet de guérir la maladie en peu de temps et d'éviter les incapacités. Faute de traitement, elle peut entraîner des lésions progressives et permanentes de la peau, des nerfs, des membres et des yeux. [12, 19]

En l'absence de vaccin, la prophylaxie de la lèpre est basée sur :

- Le dépistage précoce des nouveaux malades,
- Le traitement régulier des malades,
- La formation des professionnels de la santé,
- L'éducation pour la santé des malades et de la population.

2.3. Situation de la lèpre dans le monde

La lèpre existe dans tous les continents et sous tous les climats, mais avec une répartition très variable. L'OMS estime que la lèpre devient un problème de santé publique dans un pays ou dans une zone, lorsque sa prévalence est égale ou supérieure à 1 cas pour 10 000 habitants.

Grâce à l'introduction et à la généralisation de la polychimiothérapie, la lèpre a connu une nette régression ces vingt dernières années. Le nombre de nouveaux cas enregistrés en 2004 est de 407 791, contre 514 718 en 2003, soit une baisse de 21 % (107 000 cas de moins). Cette diminution est due principalement à la baisse du nombre de cas détectés dans la région de l'Asie du Sud Est et essentiellement en Inde (baisse de 29 % par rapport à 2003). Parmi les 407 791 nouveaux cas déclarés en 2004, 47 % sont multibacillaires, 12 % sont des enfants, et 4 % présentent des handicaps. [10, 20]

2.4. La lèpre au Maroc

2.4.1. Histoire de la lèpre au Maroc

Le Maroc aurait contracté la lèpre par voies terrestres et maritimes. Les nombreuses migrations de populations errantes et parfois misérables ont semble-t-il contribué, dès la plus haute antiquité, à l'épanouissement du fléau social dont le nom ne prononce qu'avec crainte dans certains régions du Royaume.

Le plus ancien document parlant de la lèpre remonte à El Bekri qui écrivit en 1065, en citant un manuscrit de Mohamed Ibn Youssef : « les lépreux font le métier de vidangeurs » à Sigilmassa. La première description des léproseries remonte à El Ouazzani (Léon l'Africain) qui parle de la lèpre au début du 16^{ème} siècle à Fès (Harat El majdoumine). Des harats existaient à la même époque à Marrakech et à El Jadida (Sidi Bennour). [11 ,14]

Cheikh Daoud El Antaki (David d'Antioche), dans son livre la « Tadjkira » en l'an 1555, distingue trois formes de la maladie :

- La maladie du lion qui désigne le faciès léonin,
- La maladie de l'éléphant qui représente l'éléphantiasis lépreux,
- La maladie de l'écrevisse, enfin qui englobe les formes tropiques et nerveuses de l'affection.

Les remèdes appliqués aux lépreux étaient ceux que prônait Daoud El Antaki. Ces remèdes forment un éventail thérapeutique très variés :

- Scarifications des lépromes et l'application d'emplâtres de goudron,
- Le bouillon de grenouilles,
- La consommation de sésame ou de fenugrec avec du sucre en poudre
- Les frictions de lésions cutanées avec une décoction de feuilles de laurier rose,

D'autres moyens thérapeutiques contre la lèpre, ont été utilisés par les guérisseurs au Maroc :

- La crénothérapie ; les eaux de la source de Moulay Yaacoub ont la réputation de soulager les lépreux,

- La racine de la salsepareille rouge de la Jamaïque ou Smilax Ornata, connue chez la population sous divers appellations dont « Âachba roumya, Anesfal, Tanesfalt⁵ ».
- Le sang desséché de tortue⁶.

Le traitement traditionnel reconnaît deux types de cure qui se basent sur l'isolement du malade dans une salle obscure, il lui est interdit de changer le linge, de parler (le fait de parler fatigue le malade). Durant ces cures le malade absorbe des infusions de plus en plus concentrées de salsepareille et se met à un régime de restrictions alimentaires. Ces deux cures se distinguent par leur durée :

- La grande cure ou traitement d'attaque, d'une durée de 40 jours,
- La petite cure ou cure d'entretien, d'une durée de 20 jours.

Durant le protectorat, un « programme » a été mis en place pour la prise en charge des lépreux. Ces personnes ont été d'abord installées dans des lazarets ou des villages de ségrégation dans un but d'éviter la propagation de la maladie. C'est ainsi qu'on peut citer quelques harats des « majdoumines », celle de Marrakech à côté de Bab Doukkala, et celle de Fès, entre la place des tombeaux et Bab El Guissa.

L'organisation de la prise en charge médico-sociale des lépreux, durant cette période suivait le schéma suivant² :

- Dépistage des cas de lèpre par tous les médecins des circonscriptions sanitaires du Maroc,
- L'examen des malades et les indications thérapeutiques par les services de dermatovénérologie spécialisés qui se trouvent dans les chefs-lieux des régions du Maroc, lorsqu'une consultation est nécessaire.
- Le traitement dans les centres de lutte anti lépreuse de Casablanca (dispensaire Orthlieb et hôpital d'El Hank), de Fès et de Marrakech.

⁵ Jamal BELLAKHDAR, la pharmacopée marocaine traditionnelle, 1997

⁶ R. ROLLIER, la lèpre au Maroc : 1^{er} janvier 1952 au 31 décembre 1980

- L'assistance de ces lépreux pendant leur période de cure par la Ligue Marocaine contre la Tuberculose.
- L'hébergement des infirmes et des incurables dans les formations médico-sociales de Ben Ahmed et dans les sections spécialisées des sociétés musulmanes de bienfaisance.

2.4.2. Organisations des services de lutte contre la lèpre au Maroc

Le PNLL est un programme vertical dans la mesure où il est géré par 11 SRL et 7 SPL, qui sont rattachés directement au PNLL.

- Au niveau central :
 - Le Service Central des Maladies dermatologiques : c'est un service qui dépend de la Direction de Maladies Transmissibles (DMT), division appartenant à la DELM. Il a pour responsabilité la gestion du PNLL, il est chargé de la planification, de la coordination et de l'évaluation des activités ainsi que la gestion des moyens du programme. Il est assisté par le CTLL.
 - Le centre national de léprologie : il est implanté au niveau de l'hôpital Aïn Chock de Casablanca, il constitue le centre de référence en matière de lutte contre la lèpre au Maroc.

- Au niveau régional et provincial :

Les SPL et SRL sont habilitées à mener toutes les activités depuis la planification-programmation jusqu'à la supervision et l'évaluation en passant par la mise en œuvre des activités proprement dites. [12,15]

2.4.3. Surveillance épidémiologique de la lèpre

La surveillance épidémiologique de la lèpre est centralisée au niveau du CNL, elle a des objectifs multiples : évaluer l'ampleur du problème, suivre les tendances, identifier les zones à risques pour mieux cibler les interventions, évaluer l'impact des interventions et éliminer la lèpre dans le pays en l'an 2010.

Les données à recueillir pour les dossiers médicaux individuels sont : code d'identification, nom, âge, sexe, informations géographiques, degré d'incapacité, examen de laboratoire, classification de la maladie, date de début de traitement, issue du traitement et contacts.

Les données d'ensemble à notifier sont :

- Nombre de cas nouveaux / anciens / incapacités,
- Nombre de cas d'incapacité de degré de l'OMS parmi les nouveaux cas,
- Nombre d'enfants de moins de 15 ans parmi les nouveaux cas,
- Nombre de patients multibacillaires parmi les nouveaux patients,
- Nombre de malades guéris avec la polychimiothérapie,
- Couverture du traitement,
- Nombre de malades ayant terminé le traitement.

L'analyse des données est fondée sur les indicateurs de résultats suivants :

- Prévalence annuelle,
- Incidence annuelle,
- Nombre de malades par an suivant la chimiothérapie,
- Nombre de malades guéris par année. [13]

2.5.Évaluation et recherche évaluative

2.5.1. Définitions :

- Évaluer : selon le dictionnaire petit Robert, évaluer veut dire porter un jugement sur la valeur, le prix de..., fixé approximativement.
- Selon le dictionnaire des synonymes Bordas, évaluation a pour synonymes : estimation, appréciation, expertise, prise, devis (estimatif ou estimatoire), calcul, approximation, aperçu (estimatif), détermination, fixation (du prix), surestimation, sous-estimation.
- Pertinent : selon le dictionnaire Larousse, pertinent signifie approprié, qui se rapporte exactement à.

2.5.2. L'évaluation

Les définitions de l'évaluation sont nombreuses, De Ketele, propose en 1989 une définition de l'évaluation, il la qualifie de définition opérationnelle : évaluer signifie « recueillir un ensemble d'informations suffisamment pertinentes valides et fiables, et examiner le degré d'adéquation entre cet ensemble d'informations et un ensemble de critères adéquats aux objectifs fixés au départ ajustés en cours de route, en vue de prendre une décision ». [4]

A.P. Contandriopoulos et collaborateurs ont proposé la définition suivante : évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes. [8]

L'évaluation implique un jugement fondé sur un examen approfondi et une appréciation critique de situations données qui conduisent à formuler des conclusions judicieuses et des propositions pratiques en vue d'une action ultérieure. Il s'agit donc d'un moyen systématique de tirer les leçons de l'expérience, de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace, par un choix judicieux entre les actions ultérieures possibles. [22]

2.5.3. L'évaluation en santé

L'évaluation en santé résulte d'une double démarche : d'une part, de la nécessité pour les décideurs de justifier leurs choix et de contrôler l'utilisation de ressources limitées, et d'autre part, elle résulte du souci des professionnels d'optimiser la qualité des soins prodigués en fonction des connaissances scientifiques du moment. Elle se situe au carrefour de plusieurs disciplines, impliquant les sciences sociales, l'économie et la recherche clinique. [8]

2.5.4. Le rôle de l'évaluation dans la prise de décision

L'évaluation est un dispositif appliqué qui vise à aider les différents acteurs à prendre de meilleures décisions. Elle contribue à réconcilier les pressions exercées par l'évolution des savoirs scientifiques et l'évolution des pratiques sur le terrain.

L'évaluation d'une intervention n'a de sens que parce qu'il y a un certain inconfort face au mode dont les faits se passent dans un milieu donné ou selon les perceptions que l'on a des dynamiques et des événements dans un milieu donné.[8]

2.5.5. La démarche évaluative

De la définition générale de l'évaluation découlent deux types :

- ❖ L'évaluation normative : dont les informations produites découlent de la comparaison de chacune des composantes de l'intervention par rapport à des critères et des normes. Elle est définie comme l'activité qui consiste à porter un jugement sur une intervention, en comparant les ressources mises en œuvre et leurs organisation (structure), les services et les biens produits (processus), et les résultats obtenus, à des critères et des normes, c'est-à-dire des abrégés du vrai et du bien. [8]

- ❖ La recherche évaluative : qui s'élabore à partir d'une démarche scientifique, elle s'intéresse aux relations qui existent entre les différentes composantes d'une intervention. Elle vise non seulement à mesurer ce qui a été produit par l'intervention mais aussi à comprendre comment et pourquoi. Cette catégorie d'évaluation appelle six interrogations [8]:
 - L'intervention est-elle justifiée par rapport aux problèmes de la population (pertinence) ?

 - L'intervention permet-elle logiquement d'atteindre les objectifs prévus, les objectifs sont-ils cohérents entre eux (cohérence) ?

 - Les ressources sont-elles utilisées de façon à maximiser la valeur des services produits (efficacité technique ou productive) ?

 - Les activités de l'intervention donnent-elles des résultats (efficacité et impact) ?

 - À quels coûts les effets de l'intervention sont-ils obtenus (efficacité globale ou rendement) ?

- La dynamique de l'implantation de l'intervention dans un contexte particulier influence-t-elle les effets observés (variabilité des effets en fonction du contexte) ?

2.5.6. Intervention

Une intervention peut être conçue comme un système organisé d'actions visant, dans un environnement donné, durant une période de temps donnée, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger une situation problématique. Tout système organisé d'actions peut se décrire à partir de cinq composantes : une structure, des acteurs individuels et collectifs liés à leurs pratiques, des processus d'action, une ou des finalités et un environnement. Ainsi une intervention peut être schématisée en situant les uns par rapport aux autres les concepts suivants : la situation problématique à corriger, les objectifs de l'intervention, les ressources mobilisées et leur organisation, les biens ou les services produits (objectifs de production), les effets obtenus et le contexte dans lequel l'intervention a lieu. [8]

Le modèle logique d'intervention est constitué de:

- **Modèle théorique** : c'est un modèle analytique qui met en exergue les liens causaux entre variables ; il relie d'abord les objectifs de production (produits immédiats) aux objectifs d'intervention (modification des facteurs de risque visés, c'est-à-dire des causes du problème ciblées par l'intervention pour solutionner ce problème), il relie ensuite les objectifs d'intervention aux objectifs ultimes.
- **Modèle opérationnel** : c'est un modèle systémique, processuel entre événements, qui relie les ressources, les activités et les objectifs de production. [8]

2.6.Évaluation de la pertinence

Elle est appelée aussi, analyse de la pertinence ou analyse stratégique. Ainsi, l'analyse stratégique vise à déterminer la pertinence de l'intervention ou sa raison d'être, c'est-à-dire la justesse du lien (adéquation stratégique) entre les objectifs explicites de l'intervention et la nature du problème qu'elle est censée résoudre ou prendre en charge. [8]

Elle permet de répondre à trois types de questions :

- Est-il pertinent d'intervenir pour ce problème parmi les problèmes existants au regard de leur importance et de l'impact potentiel de l'intervention (faisabilité technique et sociale) ?

- Est-il pertinent d'intervenir comme on le fait :
 - A-t-on choisi d'agir sur les facteurs les plus pertinents non seulement en termes d'importance de leur contribution au problème, mais aussi en termes de faisabilité d'agir sur ces aspects du problème ?

 - Est-il pertinent d'intervenir pour cette population ?

 - Les objectifs sont-ils adéquats pour résoudre la situation problématique et répondre aux besoins ?

 - La méthode utilisée pour élaborer l'intervention, est-elle appropriée ?

- Est-il pertinent pour « l'intervenant » d'intervenir de cette façon compte tenu de sa place et de son rôle dans le contexte de l'intervention ? [8]

Dans leur ouvrage intitulé *Safari en pays stratégie* [7], Mintzberg, Ahlstrand et Lampel rapportent qu'il existe dix écoles de pensée en stratégie. Ces 10 écoles se subdivisent en trois groupes :

- Trois écoles à orientation normative, qui insistent plus sur la façon dont il faudrait concevoir les stratégies que sur la façon dont elles se constituent dans la pratique. Il s'agit de l'école de la conception, de l'école de la planification et de l'école du positionnement.

- Six écoles à orientation plus descriptive, qui s'intéressent moins à la définition d'un comportement idéal qu'à la description des véritables processus d'élaboration de la stratégie. Ce sont l'école de l'apprentissage, l'école cognitive, l'école entrepreneuriale, l'école du pouvoir, l'école culturelle et l'école environnementale.

- L'école de la configuration qui est une combinaison des autres. Elle tente d'intégrer les différents éléments mis en évidence dans les autres écoles.

Parmi ces écoles, c'est l'école de la conception qui représente le point de vue le plus répandu sur le processus d'élaboration de la stratégie, elle sert comme base au modèle de l'université de Harvard appelé aussi « SWOT analysis⁷ ». [2]

2.7. La démarche stratégique

La démarche stratégique est une démarche tournée vers l'action, elle a pour objet d'organiser l'action collective en orientant la dynamique des acteurs vers la recherche de synergies. Pour cela elle doit être :

- Ouverte : elle s'appuie par conséquent sur une analyse de l'environnement.
- Objective : elle s'efforce de s'affranchir du poids des idéologies (service public et intérêt général, déontologie médicale et intérêt des malades...) afin d'avoir une vision non biaisée des potentiels de développement.
- Positive : elle s'attache à déceler les facteurs clés de succès que l'organisation doit maîtriser et les atouts dont elle dispose afin de les valoriser.
- Active et « implicante » : elle aménage entre deux dimensions : la succession aléatoire des opportunités et de la réflexion, et elle ne se limite pas à un exercice intellectuel et technologique ; par contre, elle constitue un puissant agent de modification des comportements des acteurs. [9]

La démarche stratégique, amène à se poser quatre grandes questions sur :

- Ce que l'organisation (l'hôpital) veut faire, vers quoi elle veut aller (choix de l'itinéraire),
- Ce que l'organisation devrait faire (identification des opportunités et des contraintes),
- Ce que l'organisation est autorisée à faire (les obligations, les pressions sociales),

⁷ Acronyme en anglais qui veut dire : Strengths (Forces), Weakness (Faiblesses), Opportunities (Opportunités), threats (Menaces).

- Ce que l'organisation a la capacité de faire (ses compétences, ses atouts, ses ressources, ses handicaps). [9]

Ainsi on peut dire que la démarche stratégique s'oppose à une vision pessimiste de l'avenir de l'organisation hospitalière soumise à un environnement particulièrement bloquant (limitation des moyens...) et des pesanteurs internes incontournables (résistance au changement des différents acteurs...). [3]

Selon Fiévet [2], le cadre général de la démarche stratégique s'obtient en faisant croiser, d'une part, l'axe du temps passé (expérience) et du temps futur (exploitation) et d'autre part, l'axe de la pensée (concept) et de l'action (application). Ainsi la conception de la stratégie doit réaliser un équilibre entre quatre opérations :

- Connaître l'histoire de l'organisation et l'histoire du secteur dans lequel il s'est établi,
- Définir les principes sur lesquels s'appuie la culture générale du secteur et de l'entreprise,
- Prévoir l'avenir à l'aide d'une démarche prospective,
- Édifier l'avenir par une démarche créative.

2.8. Les modèles stratégiques

2.8.1. Le modèle stratégique classique

Le modèle stratégique classique est connu sous différents noms : modèle SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities, Threats), modèle d'Andrews, modèle LCAG (Learned, Christensen, Andrews et Guth), modèle de Harvard.

Dans ce modèle on cherche à établir un équilibre entre des facteurs internes (forces et faiblesse de l'organisation, valeurs et aspirations des dirigeants) et des facteurs externes

(occasions favorables ou opportunités et menaces de l'environnement ; responsabilité à l'égard de la société). [2]

Quatre questions sont essentielles pour arrêter le choix d'une stratégie :

- Environnement : que pourrais-je faire ?
- Ethique : que dois-je faire ?
- Entreprise : que puis-je faire ?
- Entrepreneur (individu ou groupe) : qu'est ce que je veux faire ?

2.8.2. Le modèle stratégique classique bonifié

Hafsi, Séguin et Toulouse ont apporté au modèle stratégique classique quelques modifications : ils ont ajouté la finalité supérieure (qui comprend la vision et la mission) et la finalité spécifique, qui permet à la stratégie choisie de prendre en compte des éléments qui concernent l'identité de l'organisation actuelle et future ainsi que les contributions économiques et non économiques que ladite organisation veut apporter à son milieu.

2.8.3. Le modèle stratégique de la contingence

Ce modèle découle directement d'une approche de l'école de la contingence. Cette école perçoit l'organisation comme un système ouvert sur son environnement ; De ce fait, les structures internes devront correspondre à l'organisation de l'environnement externe. Selon cette école, la raison d'être d'une organisation réside, en dehors de celle-ci, dans son environnement.

2.8.4. Le modèle du positionnement (Porter)

Ce modèle met au premier plan le rapport entre environnement et entreprise. Il s'appuie sur les concepts de secteur, de structures concurrentielles de ce même secteur, de segment ou de groupe stratégique, de chaîne d'activités sources de valeur ajoutée et qui procurent un avantage concurrentiel.

2.8.5. Le modèle stratégique renouvelé : paradigme des ressources et des compétences

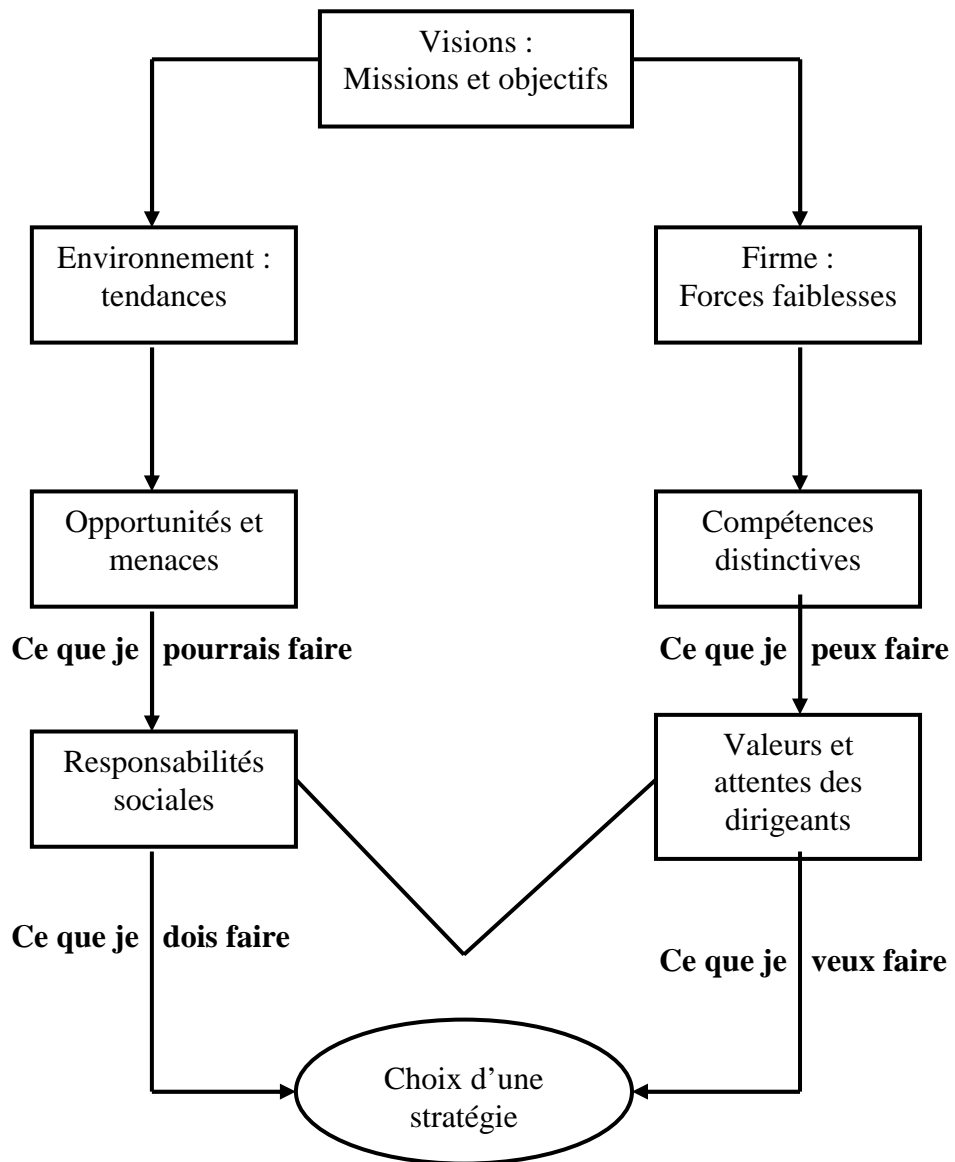
Ce modèle utilise une approche stratégique basée sur les ressources et les compétences, il remet en question les fondements classiques du développement de l'entreprise. Il place les notions de ressources et de compétences au cœur du processus

stratégique. Plutôt que d'insister sur l'état actuel de la concurrence, cette approche stratégique insiste sur la nécessité d'une innovation stratégique fondée sur l'exploitation des ressources et des compétences particulières de l'entreprise.

2.9. Modèle théorique d'évaluation

Suite à cette revue de la littérature, et du fait que l'hôpital est considéré comme une organisation ouverte, nous avons opté pour le modèle stratégique classique de Harvard connu sous l'appellation « SWOT analysis » (figure N° 1), ce modèle a pour but de faire correspondre les différentes capacités intérieures de l'organisation ainsi que les possibilités extérieures. Il s'agit de l'approche de la stratégie déduite [5] qui consiste à faire une analyse de l'environnement externe de l'organisation (dans notre étude c'est le CNL) nous permettant d'identifier les menaces et les opportunités présentes dans l'environnement, et de faire une autre analyse de l'organisation permettant d'identifier ses forces et ses faiblesse, puis d'élaborer une stratégie de sorte que les forces et les faiblesses de l'organisation s'adaptent aux conditions de l'environnement. Ainsi nous espérons, à travers cette étude, positionner le CNL dans son environnement.

Figure N° 1 : Le modèle stratégique classique de Harvard



3 Méthodologie

3.1. Type d'étude

Partant du constat que la situation épidémiologique de la lèpre s'est améliorée, et que son élimination est possible dans les années à venir, le CNL doit changer de stratégie (missions et attributions) afin de s'adapter à son environnement ; Nous avons opté pour une analyse de la pertinence ou analyse stratégique du CNL. Ceci nous amène à faire une analyse des environnements interne et externe de la structure.

3.2. Planification opérationnelle de la recherche

3.2.1. Population à l'étude

Notre étude concerne le centre national de léprologie, qui est une structure hospitalière spécialisée dans la prise en charge des malades lépreux.

3.2.2. Définitions des variables

L'étude que nous nous proposons de mener est une évaluation de la pertinence du CNL, autrement dit une analyse stratégique du CNL consistant en l'identification des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces, et d'utiliser ces données afin de proposer des options stratégiques aux décideurs. Ainsi, nous passerons en revue les différentes variables de notre modèle théorique.

3.2.3. La variable dépendante

- la pertinence du CNL

3.2.4. Les variables indépendantes

Ce sont les différentes variables étudiées dans l'analyse des environnements interne et externe :

❖ Environnement interne :

- Historique du CNL
- Missions du CNL
- Statut du CNL
- Fonctions du CNL
- Structure du CNL
- Organes de gestion du CNL
- Ressources humaines
- Ressources budgétaires
- Ressources matérielles
- Etat des lieux des bâtiments, des installations techniques et des équipements

❖ Environnement externe

- Population
- Démographie
- Niveau d'éducation et de scolarisation
- Niveau socioéconomique
- Situation épidémiologique
- Offre de soins

3.2.5. Recueil des données

Le recueil de données s'est fait à travers :

❖ L'observation

❖ La consultation de documents :

- Livres et articles qui traitent : le management, la planification, notamment la planification stratégique et l'évaluation dans le domaine de la santé particulièrement dans le domaine hospitalier,
- Nombreux documents et articles portants sur la lèpre et les programmes de lutte contre la lèpre à travers le monde

- Multiples documents élaborés par différents départements du Ministère de la Santé :
 - Rapports des activités du CNL,
 - Rapport de l'étude de faisabilité de l'intégration de la stratégie de lutte contre la lèpre dans les services de soins de santé de base,
 - Rapport concernant le séminaire atelier national « vers une nouvelle stratégie du programme lèpre »,
 - Fichier central du CNL,
 - Circulaires ministérielles (Annexe N° 1):
 - La circulaire ministérielle N° 298 DT/217/292, du 03 / 02 / 1982, relative à l'organisation du programme national de lutte contre la lèpre.
 - La circulaire ministérielle N° 24 DELM/34, du 16 / 4 / 1996, relative au rattachement du centre national de léprologie de Casablanca-Aïn-Chock à la direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies.
 - Guides nationaux de lèpre
 - Guides nationaux d'épidémiologie
 - Guides nationaux sur la planification stratégique hospitalière
 - Données statistiques de l'Observatoire Régional d'Épidémiologie du Grand Casablanca...

- Mémoires traitant des thèmes de santé publique.

- ❖ Des entretiens avec des personnes ressources. Ces entretiens sont considérés comme un temps fort dans notre étude, ils nous ont permis de recueillir des informations pertinentes qui ont nourri notre étude. Ces entrevues semi-structurées ont été réalisées sur la base d'un guide d'entretien qui a été testé auparavant (Annexe N° 2). les personnes ressources qui ont participé à ces entretiens, sont des personnes qui ont connu le CNL et le PNLL à travers les postes qu'ils ont occupés durant leur carrière professionnelle ou à travers leurs activités dans la société civile. Une prise de notes a été réalisée lors de chaque entretien. La totalité des entrevues était conduite par la même personne. Trente personnes ont répondu aux questions de la grille d'entretien, ces personnes répondaient à des profils variés :

- Responsables au niveau de deux directions techniques du Ministère de la Santé (DHSA et DELM) : un directeur et quatre chefs de services.
- Responsables exerçant au niveau du CNL : deux médecins dermatologues-léprologues dont le chef de service, deux administrateurs, et cinq infirmiers diplômés d'état qui en plus des soins ont d'autres responsabilités au niveau du centre.
- Responsables de SRL : un médecin dermatologue et un IDE.
- Responsables régionaux : un délégué du Ministère de la Santé coordinateur régional, un chef de division régionale et trois médecins chef du SIAAP.
- Un responsable de service de dermatologie et professeur enseignant.
- Deux médecins dermatologues-léprologues, exerçant au secteur libéral et ayant exercé en tant que responsable soit au CNL ou au PNLL.
- Personnes ressources de la société civile, sont au nombre de cinq dont trois médecins dermatologues-léprologues et un chirurgien orthopédiste, la cinquième personne est une personne préposée aux activités associatives dans le domaine de la lutte contre la lèpre depuis 46 ans.

3.3. Contraintes et limites

Durant l'accomplissement de ce travail, nous avons rencontré certaines contraintes :

- L'insuffisance de données récentes,
- La non disponibilité des personnes ressources incluses dans les entretiens,
- Les malades lépreux n'ont pas été inclus dans les entretiens, mais nous avons utilisé les résultats de l'étude de faisabilité de l'intégration de la stratégie de lutte contre la lèpre dans les services de soins de santé de base, qui a inclus les lépreux,
- Les besoins de la population du Grand Casablanca n'ont pas été étudiés,
- Le manque de temps : les activités de stage ont pris beaucoup de notre temps, et ce aux dépens du temps imparti au mémoire.

4 Environnement du CNL

4.1. Environnement externe du CNL

4.1.1. Contexte national

En ce début du troisième millénaire, le Maroc vit en pleines transitions, politique, économique, sociodémographique et épidémiologique. Cette situation a motivé l'adoption d'une politique de réformes visant la modernisation de l'administration et la rationalisation des dépenses publiques. Malgré les contraintes auxquelles se trouvent confrontées ces réformes (liées à l'irrégularité de la croissance économique, à la dégradation des ressources naturelles, à l'instabilité du prix du pétrole...), l'environnement est plutôt favorable au changement. Cet environnement est caractérisé par ⁸:

- La consolidation du processus démocratique et des droits de l'homme,
- L'engagement solennel pris par le gouvernement lors de la déclaration du 21 novembre 2002, plaçant la santé parmi ses priorités et en faisant un axe important de la politique de proximité,
- La nouvelle impulsion donnée au rôle de la société civile,
- La réforme de l'enseignement supérieur comme élément de restructuration de la formation des professionnels de santé,
- L'implication de la région dans le processus du développement local,
- L'adhésion aux engagements pris sur le plan international à l'issue de conférences et sommets des nations unies et des agences spécialisées.
- La réforme de santé au Maroc qui a été motivée par : la maîtrise d'une demande de soins en transition, la maîtrise des coûts des soins de plus en plus inflationniste, la maîtrise des processus de gestion et de l'amélioration de la performance des

⁸ Ministère de la Santé, Plan d'action 2005-2007

établissements de soins, l'assurance d'une certaine qualité dans la distribution des ressources et l'accès aux soins.

Cette réforme repose sur quatre choix stratégiques :

- La régionalisation,
- L'approche du système de santé intégré,
- La réforme du financement avec ses deux mécanismes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de Régime d'Assistance Médicale aux Économiquement Démunis (RAMED). Le système de l'AMO a été mis en place, et ce à la suite de la publication au Bulletin officiel N° 5344 du 18 / 8 / 2005 de la loi N° 65-00 du 3 / 10 / 2002, portant code de la couverture médicale de base⁹.

A. Organisation du système national de santé

La responsabilité de l'exécution de la politique sanitaire du gouvernement incombe au Ministère de la Santé. Les délimitations des aires géographiques des provinces et préfectures médicales sont calquées sur le découpage administratif (16 régions économiques qui à leur tour sont subdivisées selon les cas en Wilayas, provinces, et préfectures).

Le délégué, représentant du Ministère de la Santé, assure l'exécution de la politique sanitaire au niveau de sa province ou préfecture.

Le système national de santé est organisé autour de deux secteurs :

- ❖ Le secteur public : qui comprend les ressources du Ministère de la Santé, des forces Armées Royales, des Collectivités Locales et d'autres départements ministériels. Les ressources du Ministère de la santé sont subdivisées en deux catégories de réseaux d'action sanitaire, celui de l'action ambulatoire et celui de l'action hospitalière :
 - Réseau d'action ambulatoire : C'est le réseau de soins de santé de base, il a pour principal champ d'action la prévention sanitaire. Il constitue la première ligne de soins et la principale porte d'entrée au système de soins. Ce réseau est composé de quatre types d'établissements :

⁹ Ministère de la santé, plan d'action 2005-2007

- Le centre de santé communal en milieu rural,
 - Le centre de santé urbain,
 - Le centre de santé communal avec module d'accouchement,
 - L'hôpital local.
- Réseau d'action hospitalière : Le réseau hospitalier marocain est constitué par deux types d'hôpitaux : l'hôpital général (HG) et l'hôpital spécialisé (HS), il est hiérarchisé en trois niveaux d'interventions : le premier niveau, le second niveau et le troisième niveau et il possède trois modes de gestion : en régie, selon le mode SEGMA (Services d'Etat Gérés de Manière Autonome) et selon le mode des établissements publics autonomes.
- Selon le paquet de soins offert et le niveau de sophistication du plateau technique on distingue :
 - L'hôpital général : qui est un établissement sanitaire qui assure des services aux malades de tout âge et souffrant d'affection diverses. Il dispose des services médicaux techniques d'investigation, de traitement et d'hospitalisation. Outre les disciplines de bases représentées par la chirurgie, la médecine, la pédiatrie et l'obstétrique, l'HG peut comprendre d'autres spécialités médicales et chirurgicales.
 - L'hôpital spécialisé : qui est un établissement sanitaire qui s'occupe essentiellement des personnes souffrant d'une maladie déterminée ou d'une affection d'un appareil ou d'un organe donné. Ce type d'hôpital reçoit généralement les malades ayant besoin de soins spéciaux, orientés par un établissement sanitaire où ils ont été examinés auparavant.
 - Selon l'aire de desserte (et le paquet d'activité offert) on distingue quatre types d'établissements hospitaliers hiérarchisés en trois niveaux :
 - Le premier niveau : comprend la polyclinique de santé publique (PSP) et le centre hospitalier provincial ou préfectoral (CHP). Le PSP est un hôpital général dans lequel s'exerce : la médecine, la chirurgie générale, la pédiatrie et l'obstétrique avec des activités des urgences. Elle constitue dans le site où elle est implantée le premier niveau de référence pour les établissements de soins de santé de base. Son implantation exige une agglomération d'au moins 20 000

habitants. Le CHP est constitué par un ou plusieurs hôpitaux généraux ou spécialisés. Sa capacité et la dimension de son plateau technique varient avec la nature des disciplines qui y sont développées selon l'importance de la population à desservir. Il comprend en plus des disciplines de base (urgences, médecine, chirurgie, pédiatrie et obstétrique) les spécialités médicales et chirurgicales suivantes : l'ophtalmologie, la dermatologie, l'otorhinolaryngologie, les maladies infectieuses, la pneumo-physiologie, la cardiologie, la gastro-entérologie, l'endocrinologie, la psychiatrie, la traumatologie, la réhabilitation, la médecine interne et la réanimation médico-chirurgicale.

- Le second niveau : il est représenté par le centre hospitalier régional (CHR) qui est constitué comme le CHP par plusieurs hôpitaux généraux ou spécialisés. Sa capacité et la dimension de son plateau technique varient selon l'importance de la population à desservir et la nature des disciplines qui y sont développées. Il comprend en plus des disciplines existantes au niveau du CHP, des disciplines à vocation régionale telles que la chirurgie infantile, l'urologie, la neurochirurgie, le service des brûlés, la stomatologie, la néphrologie la rhumatologie, la neurologie et l'hématologie.
- Le troisième niveau : il comprend le centre hospitalier universitaire (CHU), constitué d'un ensemble d'établissements comprenant une gamme complète de services hautement spécialisés.
- Selon le statut ou mode de gestion, trois types d'hôpitaux sont à distinguer :
 - Les hôpitaux gérés en mode régie : qui n'ont ni personnalité morale ni autonomie financière.
 - Les hôpitaux SEGMA : qui n'ont pas de personnalité morale mais disposent d'une certaine autonomie financière. Ils ont un contrôle sur les recettes mais pas sur le personnel et continuent à bénéficier de subventions de l'état.

- Les établissements publics autonomes : qui ont une personnalité morale et une autonomie financière. Ils correspondent aux CHU¹⁰.
- ❖ Le secteur privé : qui est composé de deux sous-ensembles :
- Un secteur privé à but non lucratif : qui regroupe les ressources sanitaires de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), des Mutuelles de la Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale (CNOPS), des Offices Nationaux, du Croissant Rouge Marocain (CRM), des Ligues et Fondations.
 - Un secteur privé à but lucratif : constitué par les ressources sanitaires privées organisées et dirigées à titre individuel ou en groupement, par des médecins, des chirurgiens dentistes, des pharmaciens ou par d'autres professionnels de santé (cabinets de consultations, d'imagerie médicale, de biologie, de soins et de réhabilitation, de chirurgie dentaire, cliniques d'hospitalisation, pharmacies et dépôts de médicaments...). Ce secteur comporte aujourd'hui plus de deux cents unités hospitalières réparties pratiquement à travers tout le territoire national avec une nette prédominance à Casablanca et Rabat. [16]

B. Déterminants de la santé

- ❖ Caractéristiques démographiques : la population marocaine est estimée à 30 653 000 âmes en 2006¹¹. L'analyse démographique montre que le Maroc est en cours de transition démographique. Son taux d'accroissement démographique (TAD) et son indice synthétique de fécondité (ISF) ont évolué respectivement de 1,6 % et 3,1 en 1997 à 1,5 % et 2,5 en 2002¹². Cette transition laisse prévoir une inversion des tendances pour les groupes à risques : décroissance du nombre des naissances et des enfants de moins de 5 ans et accroissement du nombre des femmes mariées et des personnes âgées, la population d'adolescents gardant toujours son importance. L'analyse démographique apporte un autre élément important lié à la forte urbanisation que connaît le Maroc, en effet ce taux atteint 56 % en 2006 et on estime qu'il atteindra 64 % en 2012¹³.

¹⁰ Ministère de la Santé, Principes Généraux de Planification Stratégique à l'Hôpital, 2005

¹¹ Données du Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques CERED

¹² Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2004

¹³ Données du CERED

- ❖ Niveau d'instruction : Le taux brut de solarisation (du primaire au supérieur) est de l'ordre de 52 %¹⁴, le taux d'analphabétisme est estimé par le Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques à 62 %². Le niveau d'instruction reste relativement faible et les écarts entre les genres, les milieux de résidence et les régions demeurent considérables. Ainsi on note que près de la moitié des femmes (48 %) et plus d'un quart des hommes (29 %) n'ont aucune instruction. Seulement 30 % des femmes et 40 % des hommes ont atteint le niveau primaire. En outre, 31 % des hommes ont bénéficié d'un enseignement secondaire ou plus contre 22 % des femmes. Cependant seulement 3 % des hommes ont achevé le niveau secondaire contre seulement 1 % des femmes¹⁵.

- ❖ Niveau socioéconomique : La situation socioéconomique au Maroc est caractérisée par l'irrégularité de la croissance. Le PIB par an est 40 263 milliards de dirhams (en 2004) et le PIB par habitant est de 13 111,5 dirhams. Concernant l'Indice de Développement Humain (IDH¹⁶), il est de 0,631 en 2003 situant le Maroc 124^{ème} rang¹⁷.

Les conditions d'habitations des ménages, selon le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2004 (RGPH) sont caractérisées par :

- 57,5 % des foyers sont branchés au réseau de l'eau potable (83,0 % en milieu urbain contre 18,1 % en milieu rural),

- 71,6 % des foyers disposent de l'électricité (89,9 % en milieu urbain contre 43,2 % en milieu rural),

- 76,4 % des familles possèdent un téléviseur (88,5 % en milieu urbain contre 57,6 % en milieu rural),

- 14,4 des familles ont un téléphone fixe (22,3 % en milieu urbain contre 2,1 % en milieu rural)¹⁸.

¹⁴ Données du Programme des nations Unies pour le Développement PNUD

¹⁵ Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale, 2003-2004

¹⁶ IDH : calculé sur la base de l'espérance de vie à la naissance, le taux d'alphabétisation des adultes, le taux de scolarisation à tous les niveaux et le revenu national par habitant

¹⁷ Rapport annuel du PNUD, 2006

¹⁸ Données du Haut Commissariat au Plan

Les dépenses globales de santé (DGS) sont de l'ordre de 19 Milliards de dirhams en 2001, ces DGS représentent 5 % du PIB et sont financées selon la répartition suivante¹⁹ :

- les ménages (paiement direct) : 51,6 %
- le fisc : 26,7 %
- la couverture médicale : 16,5 %
- les collectivités locales : 1,2 %
- les employeurs : 2,9 %
- la coopération internationale : 0,7 %
- autres : 0,4 %

C. Etat de santé

Au Maroc l'espérance de vie à la naissance est de 70,3 ans, par contre l'espérance de vie en bonne santé est estimée à 55,4 ans. Concernant la performance globale du système de santé le Maroc se trouve classé 29^{ème}²⁰.

La mortalité maternelle reste un problème majeur de santé publique au Maroc, en effet l'indice de mortalité maternelle reste élevé avec 227 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité infantile est 40 décès pour 1000 naissances, le taux de mortalité juvénile est de 7 décès pour 1000 naissances²¹.

L'autre caractéristique de la situation sanitaire au Maroc se rapporte à sa transition épidémiologie qui annonce une inversion dans la structure de charge de morbidité. Selon l'étude de charge de morbidité globale au Maroc les affections transmissibles et périnatales (groupe I de CIM 10) représentent 33,4 % de la charge globale de morbidité, contre 55,8 % pour les affections non transmissibles (groupe II de CIM 10) et 10,8 % pour les traumatismes et les accidents (groupe III de CIM 10)²².

Parmi les maladies transmissibles dont l'incidence et la prévalence ont considérablement chuté, la lèpre (graphique N° 1).

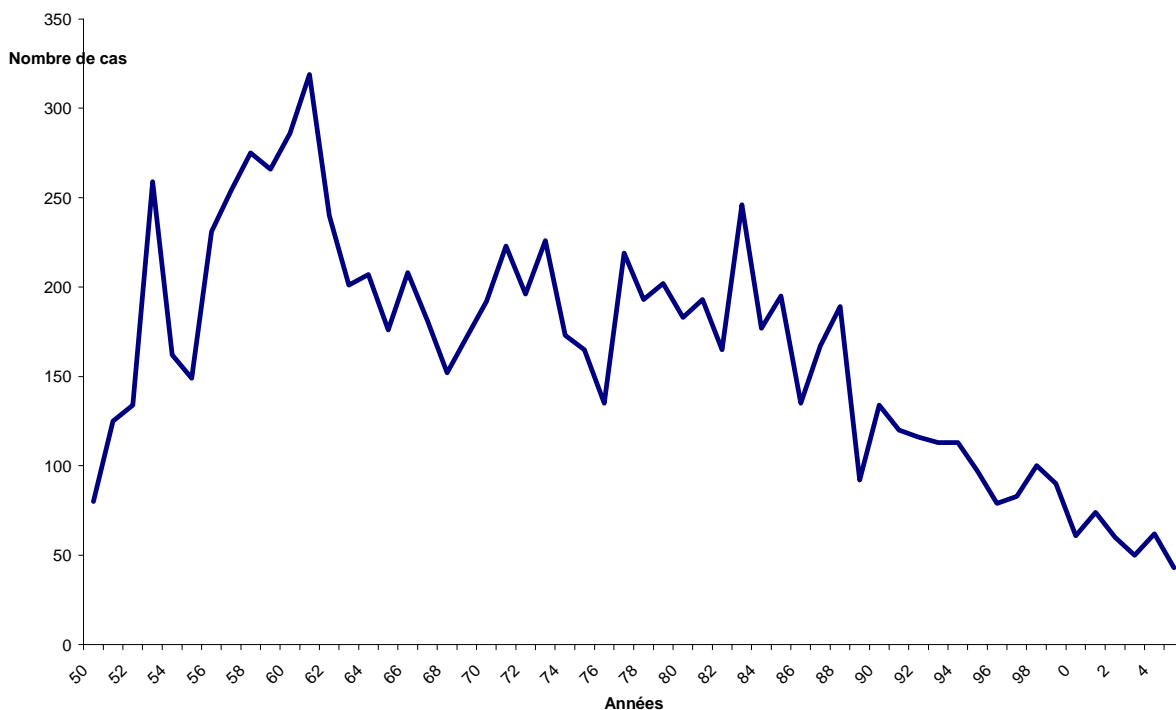
¹⁹ Données des Comptes Nationaux de Santé, 2001

²⁰ Données du PNUD, 2001

²¹ Données du CERED

²² Ministère de la Santé, Santé : Etat actuel, tendances et orientations stratégiques

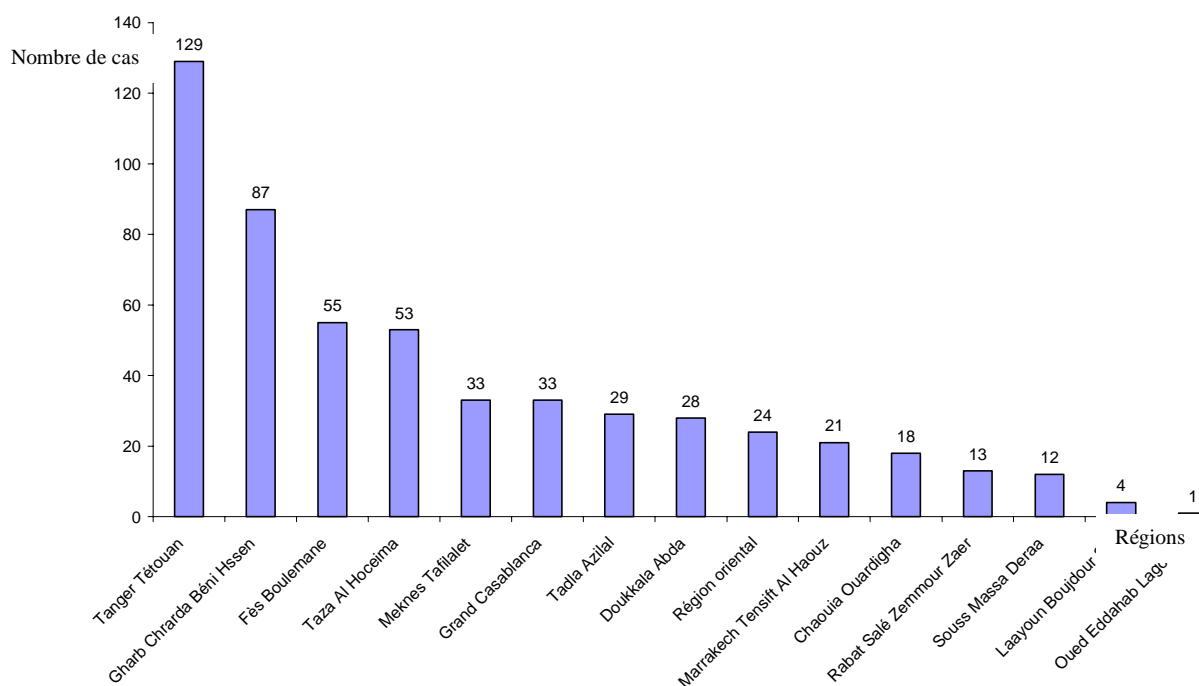
Graphique N° 1: Évolution des cas de lèpre, Maroc, 1950 - 2005



L'évolution de nombre de cas de lèpre au Maroc, montre qu'au début des activités de lutte contre la maladie, le nombre allait en augmentant pour atteindre son maximum en 1961, puis les chiffres ont évolué decrescendo, avec quelques pics correspondant aux années d'enquêtes de masse, pour atteindre le plus bas niveau ; 42 nouveaux cas en 2005.

La répartition des cas de la lèpre varie d'une région à l'autre, avec une prédominance au niveau de la région du nord. (Graphique N° 2)

Graphique N° 2 : Répartition par régions, des nouveaux cas de lèpre, Maroc, 1998 - 2005



Ainsi on note que le nombre de cas nouveaux cas enregistré au cours de la période allant de 1998 à 2005, est de 240 avec une prédominance dans les régions de Tanger-Tétouan (129 cas), Gharb-Cherardda-Beni Hassen (87 cas) et Fès-Boulmane (55 cas). Ces trois régions à elles seules représentent 50 % des cas enregistrés durant cette période.

L'offre de soins au Maroc est caractérisée par les indicateurs suivants²³:

- Un établissement de soins de santé de base pour 11 904 habitants,
- Un lit hospitalier (secteur public) pour 1 144 habitants,
- Un médecin de santé pour 3 704 habitants,
- Un médecin privé pour 4 168 habitants,
- Un médecin (privé ou de santé) pour 1 728 habitants,
- Un infirmier (secteur public) pour 1 115 habitants.

4.1.2. Contexte régional

²³ Ministère de la Santé, Santé en chiffre, 2005

A. Caractéristiques de la région

La région de Casablanca a été créée par le Dahir N° 1-97-84 du 02 avril 1997, portant promulgation de la loi N° 47-96 relative à l'organisation de la région.

La région du Grand Casablanca regroupe 12 préfectures et provinces (Casablanca-Anfa, Aïn Sebaa-Hay Mohammadi, Aïn Chock, Hay Hassani, Ben Msik-Sidi Othmane, Al Fida-Derb Soltane, Al Mechouar de Casablanca, Moulay Rachid, Nouaceur, Sidi Bernoussi-Zenata, Médiouna et Mohammedia). Elle est d'une superficie de 1 273 Km², elle est limitée au nord par l'océan Atlantique, à l'est par la province de Benslimane, au sud et au sud ouest par la province de Settat (Annexes N° 3). Le découpage administratif est caractérisé par l'existence de :

- 6 communes urbaines ou municipalités,
- 3 cercles,
- 9 caïdats,
- 10 communes rurales,
- 16 arrondissements.

B. Données démographiques

La population est estimée à 3 732 000 âmes en 2006, dont environ 9 % de ruraux. La répartition selon le genre ne montre pas de prédominance d'un genre sur l'autre (le taux du genre masculin est 49,48 %), le taux d'accroissement annuel est de 1,5 %. La population cible est la suivante²⁴:

- Naissances attendues en 2006 : 66 083,
- Enfants de moins d'un an : 63 319,
- Enfants de 12 à 23 mois : 62 912,
- Enfants de moins de 5 ans : 323 379,
- Femmes de 15 à 49 ans : 1 111 756,
- Femmes mariées de 15 à 49 ans : 572 488.

C. Données socioéconomiques

²⁴ Données de la Délégation du Ministère de la Santé, Casablanca Anfa, ORE

Casablanca est le poumon économique du Maroc, elle renferme l'une des zones industrielles les plus importantes du Royaume. Le domaine d'activité de ces établissements embrasse toutes les branches industrielles, notamment l'agro-alimentaire, le textile, l'industrie chimique et métallurgique.

Le taux d'activité de la population âgée de 15 à 60 ans est de 52 %. L'industrie, l'artisanat et le commerce occupent 55,4 % de la population active, suivis par les services et l'administration (plus de 27 %), le secteur de l'agriculture n'occupe que 2 % de cette population.

Les données du RGPH, 2004 concernant les conditions d'habitation des ménages rapportent²⁵ :

- 76,8 % des foyers sont branchés au réseau de l'eau potable (83,2 % en milieu urbain contre 6,4 % en milieu rural),
- 91,8 % des foyers disposent de l'électricité (94,1 % en milieu urbain contre 67,3 % en milieu rural),
- 90,9 % des familles possèdent un téléviseur (92,1 % en milieu urbain contre 78,3 % en milieu rural),
- 29,0 des familles soient en possession d'un téléphone fixe (31,3 % en milieu urbain contre 3,3 % en milieu rural),

D. Niveau d'éducation et de scolarisation

Concernant le niveau d'instruction, la région du Grand Casablanca se trouve classée au premier rang par rapport aux autres régions du royaume avec le taux de scolarisation globale le plus élevé, soit 89 % et le taux d'analphabétisme le plus bas du Royaume, soit 30,9 %.

²⁵ Données du Haut Commissariat au Plan

À noter que l'enseignement supérieur est représenté par 10 facultés dont une de médecine, 11 instituts et grandes écoles, et 34 établissements de l'enseignement supérieur privé.

E. État de santé

L'indice de mortalité maternelle au niveau du grand Casablanca, reste bien inférieur à celui enregistré au niveau national, il est de 63 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes²⁶. Concernant la mortalité chez les enfants on ne dispose que de données publiées en 1997: La mortalité infantile est de 15,2 pour mille naissances et La mortalité juvénile est de 5,4 pour mille naissances²⁷. Les données intra hospitalières révèlent que les Naissances vivantes sont de 33 146 nouveaux nés, les morts nés de l'ordre de 341 décès et les décès avant 24 heures sont de 105 décès²⁸.

F. Niveau de l'offre de soins

Le système d'offre de soins pour la région du Grand Casablanca suit la même structure que le système national elle se caractérise par²⁹ :

- ❖ Un secteur public qui se compose de 14 hôpitaux (3498 lits) y compris les hôpitaux du centre hospitalier universitaire (CHU), de 105 établissements de soins de santé de base dont 12 ruraux.
 - Le corps médical est pourvu de 1 148 médecins dont 444 généralistes, 1 038 médecins sont affectés au niveau du réseau hospitalier et 362 (dont 25 en milieu rural) au niveau des établissements de soins de santé de base.
 - Le personnel infirmier est fait de 1552 infirmiers dont 511 affectés au niveau des établissements de soins de santé de base (59 en milieu rural) et 982 au niveau du réseau hospitalier.

²⁶ Ministère de la Santé, Indicateurs de santé

²⁷ Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME), 1997

²⁸ Données de 2004, l'Observatoire Régional de l'Epidémiologie, Grand Casablanca

²⁹ Données de la Délégation du Ministère de la Santé, Casablanca Anfa, Unité de Coordination régionale

- Les chirurgiens dentistes exerçant au niveau du secteur public sont au nombre de 71.
- Les pharmaciens du secteur public sont au nombre de 13.
- Les activités de l'ensemble des hôpitaux publics du Grand Casablanca se caractérisent par :
 - 645 359 journées d'hospitalisation,
 - 125 075 admissions,
 - Taux d'Occupation Moyen (TOM) à 56,9 %,
 - Durée Moyenne de Séjour (DMS) à 5,2 jours.
- ❖ Le secteur privé se compose de 78 cliniques à but lucratif (1588 lits), 11 cliniques à but non lucratif (744 lits), 1949 cabinets de consultation, 836 cabinets de chirurgies dentaires, 108 laboratoires médicaux, 1021 pharmacies et dépôts de médicaments.
- ❖ Les principaux indicateurs de dessertes :
 - Nombre d'habitants par ESSB : 34 582
 - Nombre d'habitants par cabinet de consultation privé : 1 868
 - Nombre d'habitants par lit hospitalier : 623
 - Nombre d'habitants par médecin : 1 072
 - Nombre d'habitants par chirurgien dentiste : 4 232
 - Nombre d'habitants par pharmacie ou dépôt de médicaments : 3 556.

4.2. Environnement interne du CNL

4.2.1. Historique du CNL

L'histoire du CNL est étroitement liée à l'histoire du PNLL et ne peuvent être traitées séparément.

Le premier plan de lutte contre la lèpre a vu le jour en 1925, cependant la lèpre était reléguée au second plan, et ce du fait de la fréquence et de la prédominance d'autres maladies transmissibles. Les premières hospitalisations des lépreux ont eu lieu entre 1948 et 1950 sous le contrôle du Dr René Rollier. [14]

En 1952, la lutte contre la lèpre se renforce par la création du CNL et la mise en place du fichier central de lèpre. Le CNL où les malades lépreux sont hospitalisés, a été installé tout d'abord à El Hank puis, a été transféré en 1960 à l'hôpital Aïn Chock situé au niveau des locaux qui servaient d'ancienne caserne militaire abritant les soldats sénégalais du temps du protectorat. Cet hôpital a abrité successivement les malades tuberculeux, ensuite les cancéreux et les malades de chirurgie réparatrice déménagés de l'hôpital Averroès. Ce n'est que le 15 avril 1964 que l'hôpital Aïn Chock a été réservé exclusivement aux malades lépreux. [11,14]

En 1976, la lutte anti lépreuse a été intégrée dans les activités du Ministère de la Santé. Quatre ans après, les enquêtes systématiques de masses ont vu le jour.

En 1982, il y eut la création du PNLL et des régions de lutte contre la lèpre³⁰.

L'année 1991, a été l'année de la restructuration du PNLL, caractérisée par :

- L'élaboration et l'application de nouvelles normes de traitement,
- L'adoption d'une nouvelle classification des fichiers des malades,
- La création du comité technique de lutte contre la lèpre (CTLL). [14]

La période allant de 1993 à 1998, a été marquée par la redynamisation du PNLL qui consistait en :

- La création du service central des maladies dermatologiques / Division des Maladies Transmissibles / Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies,
- La rénovation du CNL,
- La relance de la formation des professionnels de santé,
- La production des supports d'information : dépliants et guides,
- Le renforcement des moyens logistiques du CNL et des services lèpre extérieurs (SLE),
- La création de nouveaux services lèpre au niveau extérieur,
- Le début de la déconcentration des activités,
- La simplification des normes de gestion des activités du programme.

³⁰ Circulaire du Ministre de la Santé Publique, N° 298 DT/217/292, relative à l'organisation du PNLL

4.2.2. Missions et statut du CNL

Sur le plan administratif, le CNL dépend de la préfecture d'arrondissement d'Aïn Chock. Sur le plan organisationnel, il est assimilé à un service central rattaché à la DELM.

Le centre national de léprologie : constitue le centre de référence en matière de lutte contre la lèpre au Maroc. À ce titre il prend en charge :

- La confirmation du diagnostic de la maladie,
- Le traitement médico-chirurgical,
- La formation professionnelle, la réinsertion sociale et la réhabilitation des malades,
- L'éducation sanitaire des malades,
- La surveillance épidémiologique de la maladie,
- La formation, le perfectionnement et le recyclage des professionnels de santé,
- La réalisation des études et enquêtes dans les domaines de la clinique, de l'épidémiologie et des aspects sociaux de la lèpre, en étroite collaboration avec le PNLL et les Organismes Non Gouvernementaux (ONG),
- La contribution à la recherche sur la lèpre,
- La collaboration avec les ONG. [12,15]

4.2.3. Structures et organes de gestion

A. Structures

C'est une structure hospitalière qui s'étend sur une superficie de plus de 3,5 hectares, située en plein centre de Casablanca, faisant l'angle de l'avenue Mohammed VI (ex route Médiouna) et boulevard Berrechid. Cette structure a une architecture pavillonnaire, elle dispose de 14 pavillons lesquels abritent les différentes unités dont dispose le centre :

- Unités d'hospitalisation : elles occupent 7 pavillons, dont 2 sont fermés par manque de personnel.
- Unité du fichier central des dossiers des malades : géré par trois agents, doté d'un ordinateur et de matériel de fichage et d'archivage. Cependant on note que le personnel n'est pas formé en informatique.

- Unité de biologie clinique : il s'agit en fait du laboratoire du CNL qui n'effectue que les examens de bacilloscopie et ne dispose pas d'unités pour les examens de biochimie, d'hématologie et de microbiologie comme mentionné dans la note circulaire organisant le CNL.
- Le laboratoire dispose aussi d'une unité d'anatomie pathologique, bien équipé mais qui manque de médecin anatomopathologiste.
- Unité de chirurgie-réanimation : elle est composée d'un bloc opératoire de deux salles, d'une unité de chirurgie générale orthopédie de 13 lits et d'une unité de réanimation de 3 lits. Le bloc opératoire est bien organisé et suffisamment équipé grâce à l'action des mécènes. Un infirmier anesthésiste est affecté à cette unité, par contre il manque un chirurgien à temps plein ; les interventions chirurgicales sont assurées par deux chirurgiens privés qui aident le centre à temps partiel et à titre bénévole.
- Unité de radiologie : elle dispose d'équipements de radiologie standard avec une développeuse manuelle. Ce matériel est suffisant pour le CNL mais il reste non fonctionnel par manque de médecin radiologue et de technicien en radiologie.
- Unité de rééducation : cette unité prend en charge aussi bien les malades lépreux que les malades non lépreux qui consultent à titre externe. Cinq techniciens en kinésithérapie sont affectés à cette structure qui dispose de suffisamment d'équipements pour fonctionner et être rentable.
- Unité de podologie : c'est une structure disposant de deux techniciens en podologie et qui bénéficie d'équipements plus ou moins suffisants pour les activités d'orthopédie. Cependant on note une insuffisance en matière première, ce qui entrave le bon fonctionnement de cette unité.
- Unité de consultations spécialisées : les consultations de dermatologie ne se font plus au niveau du CNL, elles ont été transférées au centre de diagnostic dépendant de l'hôpital Mohammed Sekkat. Par contre les consultations externes des lépreux se font

au niveau d'un des pavillons du centre. Une infirmière s'occupe de l'organisation de ces consultations.

- Unité de formation continue, gérée par le médecin chef et certains membres du CNL qui veillent sur l'organisation des stages pratiques, des séminaires de formation et de recyclage au profit du personnel des SRL et SPL nouvellement affectés à ces structures.
- Une pharmacie : la pharmacie du CNL est gérée par un préparateur en pharmacie et est dotées en étagères suffisantes pour le stockage de médicaments et produits. Cependant, en plus de la vétusté des locaux on note un manque de réfrigérateurs et de matériel informatique. La gestion des médicaments se fait sur des registres, les commandes se font sur la base des données historiques.
- Unité sociale : sur le plan social c'est l'AMAAF qui contribue au soutien social des malades. Néanmoins, aucune trace n'existe au niveau du CNL sur les réalisations de cette association. Il n'existe pas non plus, de plan d'action arrêtant les prévisions en matière d'aide social au profit des malades lépreux. Il en est de même pour l'autre « association » Art Réinsertion Thérapie par la tapisserie qui enseigne l'art de la tapisserie aux malades femmes, les pièces produites sont vendues et une récompense est reçue par les malades.

Dans le cadre de ces activités à caractère sociale, le CNL dispose aussi d'un atelier de menuiserie qui est fermé par manque de malades apprentis, un atelier de couture où les activités sont actuellement au minimum (2 patientes qui apprennent la couture) et une école où sont détachés deux enseignants du Ministère de l'Éducation Nationale, cette école est fréquenté actuellement par 1 seule enfant malade et quelques malades adultes hommes, qui viennent dans le cadre du programme de lutte contre l'analphabétisme.

À noter que dans le cadre du processus de la revue de la stratégie lèpre et la restructuration des services lèpre, un projet d'une nouvelle convention de partenariat entre le Ministère de la Santé et l'AMAAF est en cours. Cette ONG aura donc à proposer un projet dans le domaine social.

- Un service administratif et économique : la gestion des budgets de fonctionnement et d'investissement se font au niveau du service administratif et économique de la délégation du Ministère de la santé à la préfecture d'arrondissement d'Aïn Chock. Les fonctions de l'unité administrative et économique se limitent aux tâches administratives relatives aux ressources humaines, véhicules, médicaments...
- Une bibliothèque : qui est peu pourvue en documents.

Par ailleurs on note que le CNL dispose d'une buanderie, d'une cuisine, de magasins de stockage de linge et de matériel et d'un incinérateur. La délégation médicale occupe des locaux qui sont utilisés comme pharmacie préfectorale et comme magasins pour le dépôt de linge et de matériel.

B. Organisation et organes de gestion du CNL

Sur le plan administratif, il relève de la préfecture d'arrondissement d'Aïn Chock. Sur le plan organisationnel, il est assimilé à un service central rattaché à la DELM. [12,15]

Le CNL est dirigé par un médecin-chef qui est assisté d'un comité scientifique ce dernier est présidé par le Directeur de la DELM ou son représentant, et comprend les membres si après :

- Le médecin chef du CNL,
- L'administrateur économe,
- Le surveillant général,
- Un représentant de l'AMAAF,
- Un représentant de l'ALES.

Le CTLL, se réunit en cas de besoin, sur convocation de son président, et au moins deux fois par an. Il est chargé d'étudier de suivre, de programmer et de superviser les activités du centre. [12,15]

Cette année, ce comité scientifique s'est réuni à trois reprises. Un certificat national de léprologie est prévu l'année prochaine en partenariat avec le CHU de Casablanca.

Au niveau extérieur, il existe des structures d'appui aux provinces dans le domaine des activités lèpre, ces structures sont représentées par : [12]

- 11 SRL (à Agadir, Béni-Mellel, Casablanca, Fès, Marrakech, Meknès, Laâyoune, Rabat, Taza, Oujda et Tétouan),
- 7 SPL (à Chefchaouen, El Jadida, Settat, Sidi Kacem, Khouribga, Larache et Boulemane).

Les SPL et SRL dépendent des provinces, préfectures et Wilayas Chefs lieux des régions et provinces. La responsabilité de la coordination du programme au niveau régional incombe au Délégué du Ministère de la Santé à la province, préfecture ou Wilaya Chef lieu du SRL, celui-ci est assisté d'un médecin léprologue ou dermatologue.

Une personne suspecte de lèpre, dépistée au niveau du secteur sanitaire, est dirigée vers le centre de santé (CS) munie d'une fiche de liaison codifiant ses coordonnées de façon précise. Le CS dirige le suspect avec une fiche de liaison sur la consultation lèpre la plus proche. À ce niveau, si le suspect est reconnu indemne de lèpre, il est renvoyé sur la circonscription avec mention de diagnostic négatif. S'il est reconnu lépreux, il est orienté sur le CNL de Casablanca Aïn Chock.

Si le diagnostic de lèpre est confirmé au niveau du CNL, il est immédiatement établi une carte d'identité avec un numéro central et un dossier comportant :

- Un dossier médical,
- Une fiche médico-sociale,
- Une fiche familiale de hansenien,
- Une fiche géographique,
- Une fiche alphabétique.

Ceux-ci, en plus d'un bilan complet, des examens bactériologiques, histologiques, sérologique et une polychimiothérapie. Le suivi est assuré par la délégation de laquelle relève le patient. Le patient peut être adressé au CNL en cas de réaction ou pour des examens périodiques de contrôle.

À la sortie du patient de l'hôpital Aïn Chock, une fiche de liaison est adressée au SRL, SPL, au SIAAP et au médecin chef de la circonscription.

Au niveau de la circonscription sanitaire, on établit une fiche individuelle du malade et on procède à une enquête épidémiologique autour du cas pour dépister les suspects (dépistage clinique). Le malade est également enregistré dans son secteur sanitaire sur une fiche individuelle portant son nom et prénom, son adresse, ses dates d'approvisionnement en médicaments et le rythme de contrôles.

4.2.4. Capacité et part de l'offre de soins

Le centre a une capacité litière de 216 lits dont 154 sont fonctionnels, il s'étend sur un terrain de 37 470 m² dont 6 065 m² sont construites.

En plus des activités destinées aux lépreux (diagnostic, traitement, suivi, rééducation, réinsertion sociale, intervention chirurgicales orthopédiques et petites chirurgie ...) le CNL offre un certain nombre de prestations destinées aux malades non lépreux venus de l'extérieur. Ces activités sont représentées par : les consultations de dermatologie, d'otorhinolaryngologie (ORL) (qui a cessé en 2003) et d'ophtalmologie (qui a cessé en juillet 2005), des examens radiologiques standard, de rééducation, de podologie ainsi que des actes de petite chirurgie. Ces activités destinées aux malades non lépreux sont devenues payantes à partir de l'année 2006. Le bilan de ces activités du CNL pour les cinq dernières années, ainsi que les principaux indicateurs de performance pour la même période, sont représentés respectivement au niveau du tableau N° I et du tableau N° II.

Tableau N° I : Évolution des activités du CNL, 2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005
Consultation de dermatologie	1173	3139	3472	2700	1254
Consultation de léprologie	Données manquantes		920	942	719
Consultation d'ophtalmologie	2840	1549	84	858	472 *
Consultation d'ORL	142	48	Départ du médecin ORL		
Radiologie	315	Manque de technicien de radiologie			
Podologie	60	50	49	41	51
Rééducation	1683	1862	1656	2369	1775
Intervention chirurgicale	19	16	15	19	46
Petite chirurgie	466	445	427	395	447
Bacilloscopie	Données manquantes		1000	1071	929

*jusqu'au mois de juillet

Tableau N° II : Évolution des principaux indicateurs de performance du CNL,
2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005
Capacité litière	216	216	216	216	216
Lits fonctionnels	154	154	154	154	154
Admissions	437	348	600	444	339
Journées d'hospitalisation	35 312	37 924	35 294	33 925	30 062
Taux d'occupation moyen	44,79 %	48,11 %	64 %	51 %	38,03 %
Durée moyenne de séjour	81	109	59	89	92

Les TOM et les DMS élevés s'expliquent par le fait que :

- Les nouveaux cas de lèpre sont hospitalisés pendant au moins trois mois pour essentiellement une PCT,
- Les rendez vous pour avis et consultations spécialisés sont très long,
- Certains patients sont des cas sociaux et préfèrent rester à l'hôpital.

4.2.5. État des lieux

L'architecture pavillonnaire du CNL, permet à ce dernier de disposer de locaux très spacieux et un espace de verdure, permettant une bonne organisation et une facilité du circuit des malades à l'intérieur du centre. Cependant, on note que les locaux souffrent de vétusté, ces locaux datent de l'époque du protectorat et servaient de caserne pour les soldats sénégalais de la légion étrangère de l'armée française. Depuis que ces locaux abritent le CNL (1952) ils ont subi plusieurs aménagements et rénovations grâce aux actions des différentes ONG.

La buanderie tombe souvent en panne.

Le nombre de véhicules est de 4 dont une ambulance et un véhicule tout terrain. Ce parc auto est considéré comme ancien, et les véhicules tombent souvent en panne.

Le parc informatique est composé de 3 ordinateurs dont l'état de fonctionnement est plus ou moins défectueux.

Enfin on note que le CNL ne dispose pas de groupe électrogène.

4.2.6. Ressources

A. Ressources humaines

Le CNL est encadré par deux médecins dermatologues-léprologues dont un assurant la fonction de Médecin-Chef du CNL. Le nombre d'infirmiers exerçant dans ce centre est de l'ordre de 18 dont 10 sont des infirmiers diplômés d'état (IDE) et 8 des adjoints de santé brevetés (ASB), soit un ratio de un infirmier pour 8 lits fonctionnels. Leur répartition par unité de soins est la suivante : unité d'hospitalisation (7 infirmiers dont un IDE), unité de rééducation (5 IDE), unité de laboratoire (2 IDE), bloc opératoire (2 IDE) et unité de consultation (2 ASB). Le personnel administratif du CNL est au nombre de 10 personnes : un administrateur, une secrétaire s'occupant de la dépense du CNL, un agent d'exécution faisant fonction de magasinier et de chef du bureau d'ordre, de deux agents temporaires permanents (ATP) s'occupant du jardinage.

B. Ressources financières

- Budget de fonctionnement :

Le budget de fonctionnement octroyé au CNL est :

- 2 237 408,00 dirhams en 2004
- 1 930 250,00 dirhams en 2005
- 2 383 845,00 dirhams en 2006

La ligne budgétaire « alimentation des malades et du personnel de garde » occupe la part de lion dans ce budget, en effet elle a représenté 26 % en 2004, 30 % en 2005 et 24 % en 2006 du total du budget de fonctionnement.

- Budget d'investissement :

Le budget d'investissement est constant, le même montant est reconduit chaque année. Il est de 508 000 dirhams, dont 400 000 dirhams destinés pour l'achat des médicaments pour les lépreux (autres que les médicaments anti lépreux), et 108 000 dirhams pour l'achat de matériel technique et accessoires.

5 Résultats et analyse

5.1. Diagnostic stratégique du CNL

5.1.1. Forces

- Pôle d'excellence de la léprologie : le centre a développé une expertise dans le domaine de la lèpre, allant du dépistage, diagnostic et prise en charge médical et sociale des malades à la recherche dans le domaine médical.
- Pôle d'expertise et de formation professionnelle en léprologie : la formation continue est un des pôles qui font la force du centre, le centre en collaboration avec l'université a organisé dans le passé des cours pour l'obtention de certificat de léprologie, comme il organise toujours des sessions de formations en matière de lèpre au profit du personnel de la santé.
- Personnel expérimenté et dévoué : qui a développé des compétences dans le domaine de la prise en charge médico-social des malades, la formation continue et la gestion du programme.
- Fichier central bien organisé et entretenu : le centre est pionnier dans ce domaine, ce fichier existe depuis les années cinquante, il a permis dans le passé d'établir la carte épidémiologique de la lèpre et permet actuellement de faire une surveillance épidémiologique de la lèpre de qualité, surtout avec l'introduction des nouvelles techniques d'information et de communication.
- Appui des ONG nationales et internationales : là aussi le CNL a été le pionnier dans la collaboration avec la société civile, son expérience dans le domaine remonte aux années soixante du siècle dernier et permis de rendre services aux malades par le biais de la scolarisation, la formation professionnelle, l'achat de matériel au centre, le financement des sessions de formation...

- Accessibilité géographique pour la population du Grand Casablanca : c'est un atout majeur dont dispose le CNL, c'est un centre situé en plein centre de la ville de Casablanca (Aïn Chock), faisant l'angle de deux grandes avenues, et se trouvant à quelques minutes de l'autoroute. Le quartier en question est bien desservi en matière de transport (autobus et taxis).
- Grande superficie : cette caractéristique peut être interprétée comme une faiblesse dans la mesure où le bon fonctionnement d'une structure de grande superficie, nécessite des moyens humains et matériel non négligeables (eau, électricité, jardinage, gardiennage, nettoyage, entretien...). Dans notre cas, nous avons classé la grande superficie comme force du fait qu'elle nous offre un espace de réalisation des projets de constructions en rapport avec les besoins et la réforme de santé au Maroc.

5.1.2. Faiblesses

- Équipement amorti, insuffisamment renouvelé : en plus il existe une partie des équipements qui ne sont pas utilisés pour différentes raisons, ce qui favorise son usure et sa détérioration. Ces équipements concernent les appareils à usage médical et orthopédique, les véhicules et les appareils des ateliers de formation professionnelle destinée aux malades.
- Manque et insuffisance de certaines catégories du personnel : le personnel du CNL est focalisé sur la lèpre, par conséquent certains infirmiers ont perdu la qualité de polyvalence. Un autre point important c'est que toute personne qui quitte le centre, quelle que soit la raison (décès, retraite, mutation...) n'est pas remplacée.
- Mode de gestion en régie et absence d'autonomie : l'hôpital ne fait pas de recette et reste tributaire des budgets (d'investissement et de fonctionnement) alloués par les services centraux, et des actions des mécènes. À titre d'exemple il n'y a pas de ligne budgétaire pour la réparation des véhicules.

- Vétusté de bâtiments : ces bâtiments existent depuis l'époque du protectorat, et ont été construits pour servir de locaux pour les militaires, donc au début ils n'étaient pas destinés à abriter des malades. Ils sont si vétustes qu'ils engendrent de plus en plus des dépenses importantes pour l'aménagement l'entretien et la mise à niveau.

5.1.3. Opportunités

- La réforme du système de santé national : elle s'inscrit dans le cadre d'un choix politique de régionalisation et réforme de l'administration publique. La réforme hospitalière en fait partie avec deux grands projets ; Projet de Financement et de Gestion du Secteur de la Santé (PFGSS) et Projet d'Appui à la gestion du Secteur de la Santé (PAGSS). Ces changements à l'échelle macro imposent au CNL de saisir les opportunités afin de s'adapter à son environnement.
- La mise en œuvre de l'AMO et le projet du RAMED : ces deux moyens vont permettre d'élargir la couverture médicale à une bonne partie de la population. Ainsi l'un des obstacles d'accès aux soins va être réduit, le nombre des certificats d'indigences va diminuer, la qualité des soins et les performances de l'hôpital améliorés, et l'hôpital fera des recettes.
- La situation épidémiologique de la lèpre (43 nouveaux cas en 2005), la nouvelle stratégie de lutte contre la lèpre qui est basée essentiellement sur l'intégration de la lutte contre la lèpre dans le système de santé périphérique, l'augmentation des maladies dites de progrès (maladies cardiovasculaires, diabète...), l'augmentation des maladies chroniques, l'émergence de nouvelles maladies tels le VIH / SIDA, des maladies transfrontalières (SRAS, fièvre du Nil, fièvre du Rift...), l'ampleur du phénomène de l'immigration clandestine, la pollution de l'environnement, l'incidence élevée des accidents de la voie publique et l'adoption de comportements qui portent préjudice à la santé (usage des stupéfiants, tabagisme, sédentarité...). Tout cela va engendrer de nouveaux besoins auxquels l'hôpital doit faire face (gériatrie, traumatismes, maladies tropicales, maladies chroniques...)
- La régionalisation : c'est un choix politique du pays qui offre une occasion au CNL de s'intégrer dans cette vision et développer des activités à portées régionales.

- La présence dans la région du grand Casablanca d'universités composées de plusieurs facultés, notamment la faculté de médecine, d'un institut de formation aux carrières de santé et d'autres établissements privés spécialisés dans la formation d'infirmiers et d'autres paramédicaux, aura comme impact sur l'hôpital : sa dotation en ressources humaines qualifiées, coopération dans le domaine de la formation continue entre les établissements de formation et le centre, développement de la recherche scientifique médicale.
- La concentration dans la région du grand Casablanca des firmes pharmaceutiques, chose qui permettrait à l'hôpital d'être servi à temps en médicaments et autres produits pharmaceutiques.
- ONG : la démocratisation du pays a permis aux ONG d'occuper la place qu'elles méritent et de participer activement au développement du Maroc. L'existence de l'agence de développement social et des ONG à l'échelle nationale et au niveau de la région du grand Casablanca qui sont actives dans le domaine de la santé, constituent une opportunité pour le partenariat CNL-ONG.
- Les nouvelles technologies d'informations et de communication (NTIC) composées du fax, l'intranet, l'internet, le téléphone bureautique et téléphone portable, l'ordinateur, les programmes informatiques (logiciels)... : ce sont des outils devenus indispensables, elles contribuent au changement et offrent à l'hôpital l'opportunité de développer les moyens de communication entre le centre et ses partenaires, afin d'être efficace et d'améliorer ses performances. Elles sont considérées comme un moyen de formation continue, elles permettent de diminuer la charge de travail et de réduire les coûts...

5.1.4. Menaces

- Développement du secteur libéral : constitué par plus de 78 cliniques à but lucratif et 11 cliniques à but non lucratif, il offre un paquet d'activités important et de qualité plus ou moins bonne. Ce secteur est un concurrent considérable de structures hospitalières à vocation publique qu'il faut prendre en considération.

- Insuffisance de la couverture médicale : avec la mise en œuvre de l'AMO on estime que 30 % de la population sont médicalement couvertes, ce taux reste faible et présente une menace à contourner d'autant plus que le RAMED n'a pas encore été mis en œuvre.
- Autres prétendants : le centre a déjà par le passé cédé une grande partie de sa superficie, (au départ la superficie était d'environ 6 hectares contre un peu plus de 3,5 hectares actuellement) au profit d'autres départements essentiellement le Ministère de l'Intérieur. De part sa situation géographique que nous avons considérée comme force, le CNL est convoité par d'autres départements qui voient en ce centre un espace de développement pour leurs activités essentiellement dans le domaine de l'urbanisme.

5.2. Résultats des entretiens

5.2.1. La question : quels sont les apports du CNL ?

Cette question a fait l'unanimité chez les personnes interviewées, qui ont souligné que la lèpre se trouve dans une phase cruciale, le risque est de lâcher et de croire qu'on a gagné notre lutte. Par ailleurs ils ont révélé que le CNL a développé une expertise au niveau national concernant :

- ❖ Le diagnostic et la prise en charge médicale et le suivi des lépreux y compris les cas compliqués,
- ❖ Le dépistage des malades hansenien, La préparation et la réalisation des enquêtes de grande envergure,
- ❖ La prise en charge psychologique et sociale des malades par leur réinsertion sociale à travers la scolarisation des enfants, la formation professionnelle et l'éducation des patients,
- ❖ La réhabilitation des malades à travers les interventions chirurgicales orthopédiques, la rééducation et l'appareillage,

- ❖ La surveillance épidémiologique de la maladie ; le fichier central a permis d'établir les premières cartes épidémiologiques de la lèpre au pays,
- ❖ La formation continue au profil du personnel de la santé,
- ❖ La recherche dans le domaine de la lèpre et la prise en charge des lépreux, c'est dans ce centre que le protocole thérapeutique suivi par le PNLL a été pensé, testé et appliqué avec succès,
- ❖ La collaboration avec la société civile représentée par des ONG à vocation nationale et internationale.

5.2.2. La question : lequel des protocoles thérapeutiques de la lèpre est le mieux adapté au contexte marocain ?

- ❖ La majorité des participants à ces entretiens (19 soit 63,3 %) ont répondu en faveur du protocole de l'OMS en avançant les arguments suivants : c'est un protocole de courte durée qui permettrait de réduire le coût de la prise en charge des malades, de réduire le risque de la stigmatisation, d'éviter les déplacements pénibles et coûteux aux malades, d'augmenter les chances d'une bonne observance du traitement,
- ❖ Par contre 9 (soit 30 %) interviewés sont plutôt pour le protocole marocain, et justifient leur réponse par le fait que les malades sont issus de milieux défavorables (la lèpre est une maladie sociale) et leur hospitalisation pendant trois mois va leur permettre de bien s'alimenter d'apprendre les règles de l'hygiène et permettre aux personnel soignant, de contrôler le traitement et d'agir en cas d'effets secondaires, de faire un suivi bactériologique et anatomopathologique. « un malade lépreux n'est jamais guéri, il est blanchi » a souligné un médecin partisan du protocole marocain,
- ❖ Un certains nombre des interviewés, ont insisté sur le fait qu'il faut changer de stratégie tout en doublant nos efforts et rester vigilant,
- ❖ Deux personnes interrogées étaient sans réponse.

5.2.3. La question : quel sera la devenir du CNL en cas d'adoption de la stratégie OMS ?

- ❖ La quasi-totalité des participants aux entretiens (27 soit 90 %) pensent que même en décentralisant les activités de la lutte contre la lèpre, le CNL doit rester en tant que centre de référence national et en tant que service régional de lèpre, en parallèle, il doit développer d'autres activités hospitalières, Une personne pense que le CNL doit disparaître, deux autres rapportent que le centre doit garder sa vocation de lutte contre la lèpre.
- ❖ Les 27 interviewés ont proposé que parallèlement à la vocation du centre de référence de léprologie, on peut avoir les activités d'un CHP ou un hôpital général avec d'autres spécialités, telles que :
 - les maladies dermatologiques, (génodermatoses, cancers cutanés,...), tout en intégrant la lèpre dans le programme des maladies dermatologiques,
 - les maladies tropicales,
 - les infections sexuellement transmissibles (IST) et syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA),
 - l'oncologie,
 - la gériatrie,
 - l'orthopédie-rééducation-réadaptation,
 - la neurologie,
 - la chirurgie réparatrice,
 - un laboratoire de référence.

La plupart des personnes participant à ces entretiens ont insisté sur le fait que la restructuration du système de financement de la santé au Maroc (AMO et RAMED) est une opportunité à saisir.

Une personne a vu dans le CNL et plus précisément dans la superficie qu'il occupe l'opportunité de construire les locaux de la direction régionale de santé et autres structures à vocation régionale telle que la pharmacie régionale...une autre personne propose la construction d'un centre de formation en santé.

5.2.4. La question : quelles seront les nouvelles missions du CNL ?

Cette question n'a pas montré de divergence, les propositions sont les suivantes :

- ❖ La prise en charge des cas compliqués de la lèpre et qui dépassent les compétences au niveau provincial,
- ❖ La normalisation et standardisation de la prise en charge des lépreux,
- ❖ La recherche dans le domaine de la lèpre,
- ❖ La formation continue,
- ❖ La surveillance épidémiologique et le fichier central,
- ❖ La supervision et évaluation,
- ❖ La coordination,
- ❖ L'accompagnement des SRL, des SPL et les autres structures périphériques de prise en charge des lépreux,

Cette question a fait l'objet de l'atelier N° 1 du séminaire atelier national sur la revue de la stratégie et l'organisation du programme lèpre (comment doit-on réorganiser le CNL ?), et le résultat ne diffère pas de ce qui a été sus mentionné.

5.2.5. La question : comment pourrait se faire ce changement ?

Là aussi la réponse était claire pour tous, la presque totalité des personnes ont répondu que ce changement devait être fait d'une façon progressive, et être achevé dans un délai de 1 à 5 ans. Une seule personne pense qu'il est préférable de faire un changement brutal.

5.2.6. La question : quels sont les préalables nécessaires pour réussir ces changements ?

Les mesures recommandées sont les suivants :

- ❖ Définir et mettre en place les structures intermédiaires pour la prise en charge, le suivi, l'encadrement et l'appui logistiques au niveau des délégations de la santé et plus précisément au niveau du SIAAP. À propos de ce dernier on demande de l'impliquer dans la lutte contre la lèpre et de relancer les activités d'animations des programmes de santé (notamment le programme de lutte contre la lèpre) où on note un net relâchement.
- ❖ Intégrer les SRL et SPL au niveau du SIAAP,
- ❖ Développer des activités d'information et de sensibilisation, destinées aux malades, familles des malades, population, media, au personnel de la santé notamment les responsables au niveau des délégations du ministère de la santé et les médecins, à ce propos une personne à rapporté qu'un médecin du secteur libéral a refusé que le malade lépreux entre dans son cabinet et il s'est contenté de l'examiner rapidement au seuil de l'ascenseur.
- ❖ Identifier les personnes intéressées et motivées pour participer à ce programme.
- ❖ Développer les compétences par la formation continue et par des sessions de recyclages. Ces activités doivent intéresser les infirmiers, les médecins y compris les spécialistes de différents appareils de l'organisme et les gestionnaires, et doit toucher le côté technique de la lèpre, (diagnostic, traitement, suivi...) ainsi que le côté gestion de programmes sanitaire. Toujours à ce propos on a souligné la nécessité de créer un certificat de léprologie pour médecins spécialistes et généralistes.
- ❖ Mettre à niveau des structures périphériques (SRL, SPL et service de dermatologie) qui seront amenés à prendre en charge les malades lépreux, (restructuration et aménagement des locaux, humanisation des structures...). Les renforcer par des moyens humains et matériels, notamment les moyens de communications qui manquent énormément et qui entravent considérablement la coordination entre le CNL d'une part et les SRL et SPL d'autre part, comme il a été mentionné dans les résultats de l'étude de faisabilité de

l'intégration de la stratégie de lutte contre la lèpre dans le services de soins de santé de base, menée par le ministère de la santé .

- ❖ Mettre à jour du fichier centrale de lèpre et son informatisation.
- ❖ Organiser des journées de réflexion, faire des études préalables et tester la nouvelle stratégie dans des sites pilotes avant sa généralisation.
- ❖ Élaborer une stratégie de lutte contre la lèpre avec des objectifs bien définis.
- ❖ Une remarque de taille a été retenue lors de ces entretiens : l'insuffisance voire le manque d'implication des autres départements du ministère de la santé, dans le processus d'élaboration de la nouvelle stratégie de lutte contre la lèpre.

5.2.7. La question : quelles sont les mesures d'accompagnement ?

Les réponses insistaient sur les points suivants :

- ❖ Changer le statut du CNL en le rendant un établissement SEGMA (élaboration et émissions de circulaires dans ce sens).
- ❖ Profiter l'expérience d'autres hôpitaux dans d'autres pays similaires, notamment l'hôpital Al Marssoude en Egypte et l'hôpital Marchaud au Mali.
- ❖ Organiser des sessions de formation continue pour le personnel de la santé.
- ❖ Élaborer et diffuser à grande échelle de guides concernant la lèpre et le programme de lutte contre la lèpre.
- ❖ Assurer une assistance technique aux services provinciaux et régionaux (encadrement, accompagnement dans l'organisation d'enquêtes...).
- ❖ Assurer de façon régulière et pérenne des activités d'évaluation, suivi et supervision des services périphériques de lutte contre la lèpre.

- ❖ Motiver par différents moyens, le personnel impliqué dans la lutte anti lépreuse.

5.2.8. La question : quels sont les rôles des ONG ?

Les réponses relevées vont dans le sens d'assurer la prise en charge sociale :

- ❖ Maintenir le rôle joué actuellement par les ONG dans ce domaine, mais avec plus d'activités là où se trouve le malade au niveau local. Et ce, en concentrant leur travail au niveau de l'intégration sociale des malades :
 - En créant un fond d'aide aux lépreux, à l'instar du fond destiné aux malades tuberculeux,
 - En finançant les déplacements des malades, et leur formation,
 - En octroyant aux malades lépreux des microcrédits afin de les aider à financer des projets,
 - En créant des activités génératrices de revenus destinés aux malades et à leurs familles,
- ❖ Financer :
 - La formation du personnel de santé notamment le cours d'obtention de certificat de léprologie,
 - L'achat de matériel et autres activités du PNLL et du CNLL,
- ❖ Signer des partenariats avec des objectifs précis et bien définis, entre le ministère de la santé et les différentes ONG à vocation nationales ou régional intéressées à s'activer dans le domaine de la lèpre. Ce partenariat multipartite doit passer obligatoirement par l'Agence de Développement Social et ayant comme objectif principal l'intégration social des malades.

5.2.9. La question : quelles seront les nouvelles missions des SRL et SPL ?

Les réponses ont été les suivantes :

- ❖ Gérer le programme lèpre au niveau de la région et au niveau de la province.
- ❖ Assurer la gestion du programme de lutte contre la lèpre, notamment la gestion des médicaments et de l'information.
- ❖ Assurer la coordination du programme en amont et en aval (déclaration des cas, rapports de suivi des malades, rapports d'enquêtes au tour des cas et états de stocks des médicaments).
- ❖ Encadrer les ESSB dans leurs activités anti lèpre : le dépistage, le diagnostic, le traitement... et les enquêtes autour des cas.
- ❖ Assurer la formation du personnel de santé au niveau local.
- ❖ Assurer les activités d'IEC.
- ❖ Assurer les soins et le suivi des malades.
- ❖ Assurer la supervision et l'évaluation au niveau local, notamment au niveau des ESSB.

5.2.10. La question : quel type de relations entre CNL, SRL et ESSB ?

À l'exception de deux répondants qui sont pour une relation de type hiérarchique, le reste des interviewés sont du même avis pour une relation de type fonctionnel favorisant la coordination, la collaboration et l'assistance.

Ces entretiens n'ont pas intéressé les patients, et ce par manque de temps. Pour palier cette insuffisance nous avons utilisé les données de l'étude menée par le ministère de la santé, intitulée : « Etude de faisabilité de l'intégration de la stratégie de lutte contre la lèpre dans les services de soins de santé de base ». Cette étude a été réalisée au cours de la période allant de : novembre 2005 à janvier 2006. La partie : Opinions des patients lépreux coïncide très

bien avec ce qu'ont révélé les entretiens avec les personnes ressources, et qui vont dans le sens de l'intérêt du malade. Les opinions des patients comme elles ont été publiées dans le rapport préliminaire de l'étude sont les suivants :

- Presque le tiers des malades rencontrés sont des contacts d'anciens malades connus et traités au CNL. Ce qui explique l'importance de la transmission de la maladie au milieu familial et souligne l'intérêt des enquêtes au tour des cas, permettant le dépistage de nouveaux patients atteints et de les prendre en charge.
- Un bon nombre de ces patients lépreux a consulté à plusieurs reprises au niveau du secteur libéral avant de passer par les structures du secteur public, où le diagnostic a été fait. Ceci souligne l'importance de la formation de base et de la formation continue, notamment la mise en place d'un certificat de léprologie.
- Le CNL est apprécié par tous les malades interviewés, ils disent qu'ils sont satisfaits de la qualité de leur prise en charge au niveau du centre, justifiant leur satisfaction par la compétence du personnel, la disponibilité des médicaments, le soutien social et l'humanisation du service. Cependant, ils émettent une réserve concernant le niveau de l'accès aux soins spécialisés qui reste difficile, au CHU et aux hôpitaux publics SEGMA où on leur demande de payer les soins spécialisés (opération de cataracte).
- L'éloignement des malades, leur niveau socio-économique bas et les dépenses engendrés par le transport et le long séjour au CNL, sont sources de difficultés exprimés par les malades. La longue durée d'hospitalisation au niveau du CNL, pose problème aussi bien pour les malades que pour leurs familles qui n'ont pas les moyens financiers pour couvrir les dépenses relatives au transport et au séjour. La prise en charge sociale se limite à la fourniture de réquisitions de transport sur Casablanca. Lesquelles réquisitions ne sont pas toujours disponibles. Certains patients ont rapporté qu'ils préfèrent séjourner au niveau des hôpitaux de leurs provinces et préfectures respectives, à condition que ses derniers soient dotés de moyens dont dispose le CNL, tels que les compétences, les spécialistes, les médicaments... Tous ces éléments ont été cités lors des entretiens avec les personnes

ressources comme éléments en faveur de l'adoption de l'approche thérapeutique OMS.

- Les recommandations proposées par les malades sont axées au tour de l'humanisation des services et l'amélioration du comportement du personnel des hôpitaux provinciaux, comme mesure d'accompagnement à la décentralisation de la lutte pour l'intégration de la prise en charge des malades lépreux au niveau des provinces et ESSB. Ils recommandent aussi l'information et la sensibilisation de la population pour faire face à la stigmatisation dont souffrent certains patients.

6 Discussion

À partir des éléments sus mentionnés, on note que le CNL se trouve confronté aux changements survenus au niveau de L'environnement national : transition politique, transition économique, transition sociodémographique et transition épidémiologique ; ces transitions ont poussé le pays à adopter une politique de réforme, de modernisation et de rationalisation des dépenses publiques, notamment dans le domaine de la santé.

Ainsi on note des besoins de santé émergents qui se confirment avec le temps chez une population de plus en plus exigeante, et vivant dans un milieu caractérisé par :

- ❖ La transition démographique se manifestant par la décroissance des enfants de moins de 5 ans, l'accroissement du nombre de femmes mariées et des personnes âgées. Donc l'apparition de nouvelles familles de maladies engendrant de nouveaux besoins de santé.
- ❖ Les niveaux d'instruction et socioéconomique de la population, qui restent bas. Ces deux éléments sont des déterminants de la santé. À l'état actuel de ces niveaux (taux d'analphabétisme et de pauvreté élevés), ils se répercutent négativement sur la santé de la population comme l'ont montré les études menées dans ce sens et qui ont révélé que l'état de santé de la population suit l'évolution des niveaux instructif et socioéconomique d'une population³¹.
- ❖ Les mortalités maternelle, infantile et juvénile qui restent élevées bien que le grand Casablanca soit relativement bien classée par rapport aux autres régions du pays³².
- ❖ La charge importante de la morbidité, dominée par les maladies non transmissibles (55,8 %), suivies par les maladies transmissibles dont, malgré leur régression, la fréquence reste élevée (33,4 %), et enfin les traumatismes et les accidents (10,8 %) qui représentent une charge très lourde pour le système sanitaire.
- ❖ La couverture médicale est faible, malgré la mise en œuvre de l'AMO.

³¹ Ministère de la Santé, Santé : Etat actuel, tendances et orientations stratégiques

³² ENSME, 1997

À côté de ces éléments, le CNL se trouve en face à :

- La maîtrise de la situation épidémiologique de la lèpre (la raison d'être du CNL) avec possibilité de son élimination dans les années à venir,
- L'adoption par le PNL d'une nouvelle approche thérapeutique des lépreux où le traitement dure au maximum une année (Un mois de prise en charge en milieu hospitalier, puis le traitement sera poursuivi en ambulatoire),

Ce contexte impose au CNL de se développer et de produire des activités correspondant aux besoins de la population. À cette fin, il doit puiser dans son environnement interne, profitant de ses forces, et dans son environnement externe saisissant les opportunités qui lui sont offertes, pour contrer les faiblesses et les menaces.

Les entretiens avec des personnes ressources, ont été menés dans un but de répondre à certaines questions qui vont nous aider à proposer des options stratégiques. En outre, ces entretiens ont mis en valeur certaines réalités :

- ❖ Le CNL est un centre de référence dans la prise en charge des lépreux et de recherche dans ce domaine, ainsi que dans la formation continue, la gestion du programme et la coordination avec les ONG.
- ❖ Même en décentralisant les activités de la lutte contre la lèpre, le CNL doit rester un centre de référence national et régional, en gardant les mêmes missions et attributions tout en développant d'autres activités.
- ❖ Ce changement doit être progressif, s'étalant sur une durée allant d'un an à cinq ans. Et ce pour permettre aux responsables de mettre en place et de mettre à niveau les structures intermédiaires.

À partir de tous ces éléments tirés des environnements interne et externe du CNL, et à partir des résultats des entretiens réalisés avec des personnes ressources dans la lutte contre la lèpre au Maroc, nous allons proposer des options stratégiques, tout en analysant les éléments qui sont pour ou contre chacune des options.

7 Options stratégiques

À la lumière des éléments fournis par l'analyse des environnements interne et externe du CNL, les résultats des entretiens avec les personnes ressources ainsi que les résultats de l'étude de faisabilité de l'intégration de la stratégie de lutte contre la lèpre dans les services de soins de santé de base et le rapport concernant le séminaire atelier organisé le 18 mai 2006 et intitulé : « projet de revue de la stratégie du programme lèpre et de réorganisation des services ». Donc à la lumière de tous ces éléments, nous proposons des options stratégiques :

7.1. Option commune : garder le CNL au niveau de l'hôpital d'Aïn Chock en tant que centre national de référence en léprologie, abritant dans ses locaux le service régional de lèpre de la région grand Casablanca. Cette première proposition se défend très bien à travers :

7.1.1. L'expertise qu'on reconnaît à ce centre dans:

- La prise en charge médicale des malades lépreux,
- La prise en charge sociale de ces malades,
- La surveillance épidémiologique de la lèpre et le fichier central,
- La collaboration avec les ONG,
- La formation du personnel de santé.

7.1.2. Le personnel expérimenté et dévoué,

7.1.3. Les services provinciaux nécessitent une mise à niveau et ont besoin d'un centre de référence national,

7.1.4. La présence d'un laboratoire.

À côté de centre spécialisé en lèpre, à vocations national et régional nous proposons :

7.2. Option N° 1 : Un hôpital général, composé de services : des urgences, de médecine, de chirurgie, de pédiatrie et d'obstétrique.

7.2.1. Cette option trouve sa justification dans le fait que :

- C'est un hôpital géographiquement facile d'accès : en effet il est situé dans un quartier à grandes artères, à deux minutes de l'autoroute bien servi en moyen de transport en commun,
- Les malades lépreux hospitalisés peuvent recevoir des prestations médicochirurgicales sans se déplacer,
- C'est un moyen de faire des recettes à travers les hospitalisations et les actes médico-chirurgicaux.

7.2.2. Mais il existe des éléments qui vont à l'encontre de cette option :

- À quelques minutes de ce centre se trouve deux hôpitaux généraux : hôpital Mohammed Sekkat (125 lits) et hôpital Mohammed Bouafi (210 lits),
- Un TOM à 56,9 % qui signifie qu'on n'exploite pas toute la capacité hospitalière du Grand Casablanca,
- La vétusté des locaux qui nécessitent leur démolition et reconstruction à nouveau,
- L'insuffisance en nombre du personnel infirmier.

7.3. Option N° 2 : Un hôpital spécialisé en :

- Chirurgie réparatrice
- Orthopédie rééducation
- Appareillage et réadaptation

7.3.1. Éléments en faveur de cette option :

- Les malades lépreux ayant besoin de chirurgie réparatrice, de rééducation et d'appareillage seront servis sur place, (du fait que les malades lépreux sont diagnostiqués à des stades précoces de la maladie, ces activités sont devenues rares, mais pas exceptionnelles),
- Ces activités constituent pour l'hôpital, une source de recette à travers les soins prestés aux malades hospitalisés non lépreux et ceux qui viennent à titre externe.

- Le personnel du centre est habitué à ce genre d'activités

7.3.2. Contre cette option :

- L'existence d'un centre de rééducation et d'orthopédie à Boussekoura,

- Ce sont des activités qui coûtent cher, et la couverture médicale est encore faible chez la population.

7.4. Option N° 3 : Un hôpital Centre National Spécialisé comportant:

- Un service des maladies dermatologiques
- Un centre national pour les maladies infectieuses et maladies tropicales, pour la formation et la recherche
- Service IST / SIDA

7.4.1. En faveur de cette option :

- Le Maroc est un pays de transit légal et illégal, et ce genre de maladies est appelé à devenir fréquent d'où la nécessité d'un centre spécialisé pour une meilleure prise en charge,

- Le Maroc a signé plusieurs conventions dans le domaine de la santé avec plusieurs pays d'Afrique,

- Les maladies dermatologiques sont un motif fréquent de consultation, en plus des maladies dermatologiques habituelles, il existe d'autres maladies qui nécessitent qu'on leur prête attention :
 - ◆ Les cancers cutanés qui sont fréquents dans notre contexte climatique,
 - ◆ Les génodermatoses sévères : une stratégie de lutte contre ces maladies est en cours d'élaboration.

7.4.2. Contre cette option :

- Le risque de stigmatisation des malades sidéens et les malades présentant une IST,
- Avoir un centre spécialisé dans le traitement des cas d'IST est contraire au courant international et la politique nationale du traitement des IST en ambulatoire dans les ESSB.

7.5. Option N° 4 : Un hôpital spécialisé en :

- Oncologie
- Gériatrie

7.5.1. En faveur de cette option :

- La transition démographique du pays qui fait que l'espérance de vie moyenne est de 70 ans, on voit de plus en plus de personnes âgées et le besoin de structures spécialisées dans ce domaine se fait sentir avec insistance,
- Le cancer est une maladie fréquente au Maroc et les structures spécialisées dans la prise en charge des malades cancéreux sont encore insuffisantes,
- L'intérêt qu'on porte au cancer et aux personnes âgées par les plus hautes instances du pays.

7.5.2. Contre cette option :

- Ces deux disciplines sont onéreuses,
- L'hôpital Mohammed Sekkat, dispose d'un service de gériatrie géré par deux médecins gériatres,
- Au niveau du CHU Ibn Rochd de Casablanca existe un centre d'oncologie, et un autre est en cours de construction.

7.6. Option N° 5 : En plus de l'une des options sus cités, construire :

- Les locaux de la direction régionale de santé
- Les locaux des autres structures régionales : dépôt, pharmacie, laboratoire...

7.6.1. En faveur de cette option :

- L'existence de suffisamment de terrain au niveau de l'hôpital,
- L'accessibilité géographique facile,
- La politique actuelle de régionalisation et de création de directions régionales de santé,
- La présence de ces structures ne porte pas préjudice aux propositions sus citées.

7.6.2. Contre cette option :

- l'hôpital ne se trouve pas sur le territoire de la préfecture chef lieu de la région, mais est ce vraiment un argument valable ?

Conclusion

Malgré tous les changements caractérisant le contexte de santé actuel au Maroc : réforme de la santé, la charge de morbidité, la transition épidémiologique, la maîtrise de la situation épidémiologique de la lèpre et l'adoption de la stratégie OMS (adaptée à notre contexte) dans la prise en charge des lépreux, notre étude a montré que le CNL revêt une importance capitale dans la lutte contre la lèpre au Maroc.

Cette position de résistance aux différents changements de l'environnement est due à l'expertise du centre et à l'expérience confirmée de son personnel. Mais se contenter des activités lèpre seulement, expose le CNL au risque de subir son environnement, c'est pour cette raison que les responsables doivent penser à préparer le futur pour ce centre.

Ainsi cette étude a montré qu'il est possible, en plus des activités classiques du CNL et qui vont s'adapter à la nouvelle stratégie préconisée par le PNLL, de développer d'autres activités et de créer d'autres services à vocation nationale dans un certains nombre de pathologie : maladies dermatologiques, maladies infectieuses et tropicales, orthopédie et rééducation...

Cette étude a révélé aussi la possibilité d'utiliser l'espace du centre pour la construction des locaux des structures de la future Direction Régionale de la Santé.

Ainsi, au terme de ce travail, nous espérons avoir apporté notre modeste éclairage à propos de ce thème : Quel avenir pour le CNL ? Dont nous nous permettons de rappeler les points :

- Faut-il garder le CNL?
 - Quelle serait sa nouvelle mission ?
 - Quelles seraient ses fonctions ?
 - Quelles seraient ses relations avec les autres structures de soins ?

Références bibliographiques

▪ Références utilisées

- 1 CONTANDRIOPOULOS et al, *Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer*, le Presses de l'Université de Montréal, 1990.
- 2 CÔTE, Marcel et Marie-Claire MALOT, *La gestion stratégique, une approche fondamentale*, Edition Gaëtan Morin, 2002.
- 3 CREMADEZ, Michel et François Grateau, *le Management Stratégique hospitalier*, Inter Edition, 1992.
- 4 DE KETELE, Jean-Marie et Xavier ROGIERS, *Méthode du Recueil d'Informations : fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*, Edition DE Boeck Université, 1999.
- 5 JOHNSON, Gerry et Kevan SCHOLLES, *Stratégie*, Edition Publi Union, 2000.
- 6 PINAULT, Raynald et Carole DAVELUY, *La planification de la santé : concepts méthodes stratégie*, Edition Nouvelle, 1995.
- 7 MINNTZBERG, Henry, Bruce AHLSTRAND, et Joseph LAMPEL, *Safari en pays stratégie : l'exploration des grands courants de la pensée stratégique*, édition Village Mondial, 2004.
- 8 CONTRADRIOPOULOS, A.P. et al, « l'évaluation dans le domaine de la santé : concept et méthodes », *revue d'épidémiologie et de santé publique* Vol 48,N° 6, décembre 2000, P. 513-537.
- 9 HERMEL, Philippe, « Management et démarche stratégique », *Gestion hospitalière*, N° 298, aout/septembre, 1990, p. 577-579.

- 10 IDRISSE AZZOUZI, A, « La lèpre au Maroc en 2004 », *Bulletin de l'ALLF*, janvier 2006.
- 11 MINISTERE DE LA SANTE, 1993, Guide-Lèpre : à l'usage des professionnels de la santé.
- 12 MINISTERE DE LA SANTE, PNLL, Guide - Lèpre, 2000.
- 13 MINISTERE DE LA SANTE, Guide : Normes de la surveillance épidémiologique, 2000.
- 14 MINISTERE DE LA SANTE, 10 années d'épidémiologie au service de la santé, 2000.
- 15 MINISTERE DE LA SANTE, étude de la faisabilité de l'intégration de la stratégie de lutte contre la lèpre dans les services de soins de santé de base, 2006.
- 16 MINISTERE DE LA SANTE, Stratégie Sectorielle de Santé, juillet 1998
- 17 MINISTERE DE LA SANTE, DHSA, Méthodologie d'élaboration du schéma régional de l'offre de soins, 2004.
- 18 MINISTERE DE LA SANTE, DHSA, Principes généraux de la planification stratégique à l'hôpital, 2001.
- 19 OMS, la lèpre : Aide mémoire, 2003.
- 20 OMS, la lèpre dans le monde en 2004, 2006.
- 21 OMS, la dernière ligne droite vers l'élimination de la lèpre : plan stratégique 2000-2005.
- 22 OMS, l'évaluation des programmes de santé : principes directeurs, 1981.

- Références consultés

- ❖ DRHIMEUR, Sidi Abdelghani, Contribution à l'élaboration d'une vision pour l'hôpital public marocain à l'horizon 2014, Mémoire, INAS, 2004
- ❖ MOULKI, Rachid, Analyse d'implantation des ORE du Maroc, Mémoire, INAS, 2004, p 106
- ❖ WAHID, Abdelaziz, Vaccination entre stratégie permanente intégrée et campagne de masse, Mémoire, Institut de médecine tropicale Prince Léopold, 2003, p 28
- ❖ ANAES, Principes d'évaluation des réseaux de santé, 1999
- ❖ ANAES, Evaluation d'une action de santé publique : Recommandations, 1995
- ❖ Espace régional de santé publique, Fiches pratiques : Evaluation en 9 étapes, 2004

Evaluation de la pertinence (Analyse stratégique) du CNL Grille d'entretien

I. Première partie : dégager les forces et les faiblesses

1 Votre expérience dans ce domaine?

.....

2 d'après vous qu'ils sont les apports du CNL ?

.....

II. appréciation de la nouvelle stratégie

Pour les professionnels de santé :

3 comme vous savez, le Maroc applique un protocole de prise en charge des lépreux qui est différents de celui préconisé par l'OMS: (rappel des deux protocoles)

3.1. lequel vous paraît le mieux adapté au contexte marocain?

.....

III. rôle du CNL après l'adoption de la nouvelle stratégie :

4 le comité technique national de lutte contre la lèpre a adopté dernièrement le protocole thérapeutique de l'OMS pour traiter les cas de lèpre (rappel du protocole):

4.1. d'après vous quel sera le devenir du CNL en cas d'adoption de la stratégie OMS ?

.....

4.2. d'après vous, quelles seront les nouvelles missions du CNL ?

.....

4.3. d'après vous comment pourrait se faire ce changement ?

.....
.....
.....

4.4. d'après vous quels sont les préalables nécessaires pour réussir ces changements ?

.....
.....
.....

4.5. quelles sont les mesures d'accompagnement ?

.....
.....
.....

5 rôles des acteurs ONG et autres:

.....
.....
.....

6 Comme vous le savez le PNLL dispose de structures périphériques SRL et SPL, devant cette situation d'adoption de la stratégie OMS, quelles seront leurs nouvelles missions ?

.....
.....
.....

7 relations CNL et SRL, SPL et ESSB ?

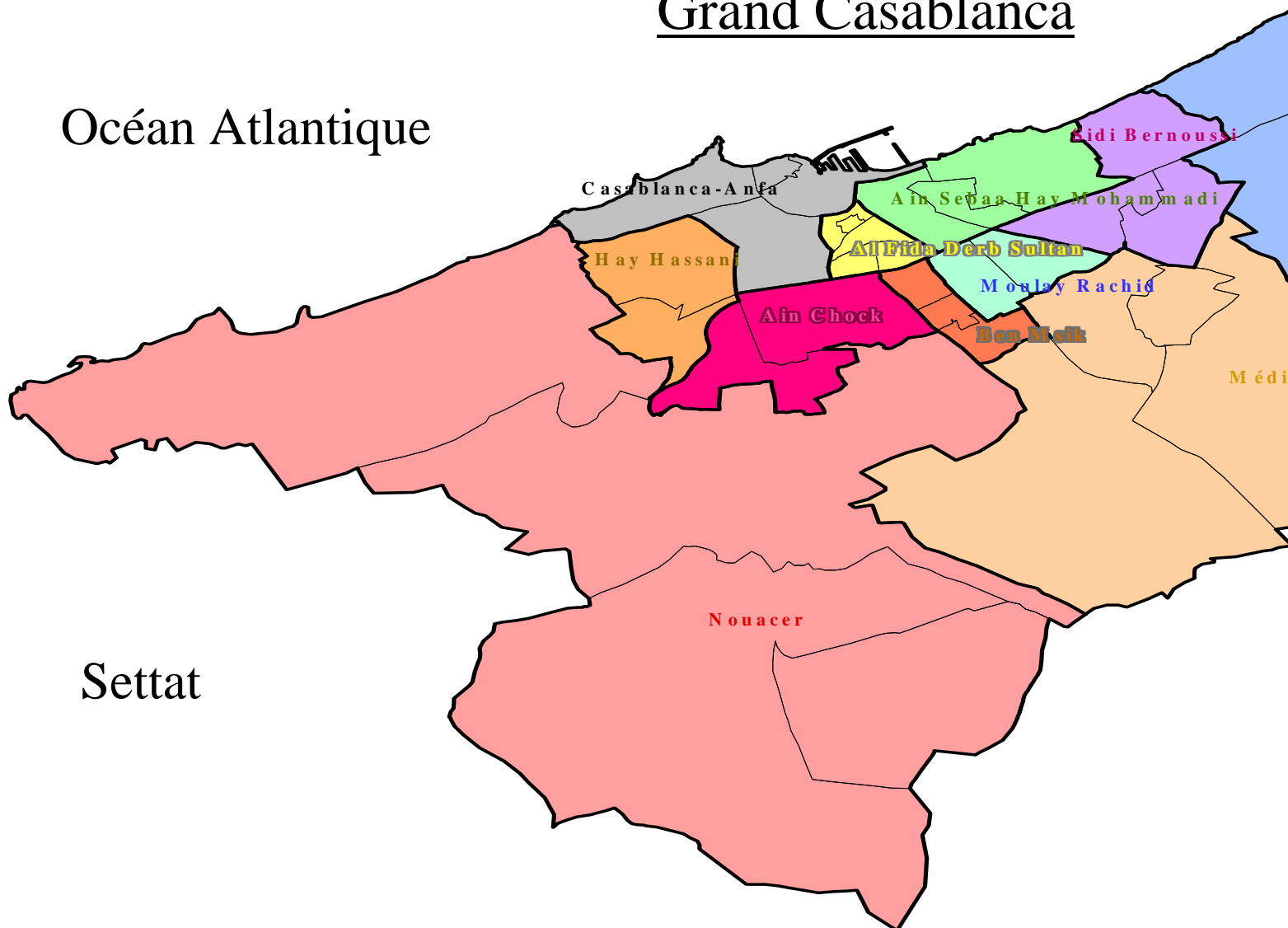
.....
.....
.....

8 ajouts ?

.....
.....
.....

Grand Casablanca

Océan Atlantique



Settat

Annexe N° 4

Fiche technique sur le traitement de la lèpre

Polychimiothérapie Nationale Généralisée en 1991					
Médicament	Comprimé dosé à	Rythme	Durée	Modalités de prise	Quantité totale
Rifampicine	900 mg	1 fois par semaine	3 mois MB 3 mois PB	Orale supervisée	10 800 mg 10 800 mg
Clofazimine	100 mg	1 fois par jour	3 mois MB 3 mois PB	Orale auto-administrée	90 000 mg 90 000 mg
Dapsone	100 mg	1 fois/J sauf Dimanche	5 ans MB 2 ans PB	Orale auto-administrée	157 370 mg 63 470 mg
Modalité de traitement et de suivi					
				Multibacillaire	Paucibacillaire
Polychimiothérapie en milieu hospitalier CNL				3 mois	3 mois
Monothérapie et examens révisionnels des malades une fois tous les 6 mois				5 ans	2 ans
Surveillance des patients au-delà de la monothérapie une fois par an				5 ans	0
Examens des contacts une fois par an				10 ans	2 ans
Réaction de Mitsuda négative à refaire				1 fois tous les 3 ans	1 fois tous les 3 ans

Polychimiothérapie de l'OMS débutée en 1982					
Médicament	Comprimé dosé à	Rythme	Durée	Modalités de prise	Quantité totale
Rifampicine	600 mg	1 fois par mois	12 mois MB 6 mois PB	Orale supervisée	10 800 mg 10 800 mg
Clofazimine	300 mg	1 fois par mois	12 mois MB	Orale supervisée	7 200 mg
	50 mg	1 fois par jour	NON PB	Orale auto-administrée	+ 36 500 mg
Dapsone	100 mg	1 fois par jour	12 mois MB 6 mois PB	Orale auto-administrée	43 700 mg 73 870 mg 18 870 mg

