



Santé, vision 2020

2007



SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI, QUE DIEU L'ASSISTE

«...le droit à la scolarité, à la santé, à l'alimentation, à l'habitat et à un environnement sain entre autres, constitue en effet, un aspect essentiel de la dignité de l'Homme...»

Message Royal aux participants du 5ème atelier international
des institutions nationales de promotion et de défense des droits de l'homme

- 13 avril 2000 -



SOMMAIRE

PREFACE	7
REMERCIEMENTS	9
INTRODUCTION	11
PREMIÈRE PARTIE :	
LA SANTÉ AU MAROC, RÉALITÉS ET ENJEUX	13
1.L'état de santé de la population marocaine	15
1.1.La structure démographique	15
1.2.La transition épidémiologique	16
1.3.La pauvreté et l'analphabétisme, facteurs déterminants de la vulnérabilité à la maladie	18
1.4.Les comportements à risque de plus en plus importants	19
1.5.Les nouveaux risques environnementaux	20
2.L'offre de soins	21
2.1.Les disparités dans l'accès aux soins	21
2.2.Le déficit qualitatif et quantitatif en professionnels de santé	23
2.3.Les nouvelles technologies biomédicales	25
2.4.Le secteur du médicament	25
3.Le financement du secteur de la santé	26
3.1.Le financement public	27
3.2.La couverture solidaire du risque maladie	27
4.La gouvernance du système de santé	28
DEUXIEME PARTIE :	
UN ENGAGEMENT POUR UN SYSTEME DE SANTE	
PERFORMANT A L'HORIZON 2020	29
1.Une vision ancrée dans la politique globale du pays	31
Équité	31
Solidarité	31
Participation et responsabilisation	31
2.Les réformes du système de santé	32
2.1. La réforme institutionnelle	32
2.2. La réforme juridique	33

2.3. La réforme hospitalière.....	33
2.4. La réforme de financement.....	33
2.5. La réforme budgétaire.....	33
2.6. Le partenariat public-privé.....	34
3- les axes stratégiques de la vision.....	35
4. Mise en œuvre de la vision.....	35
Axe 1 : Renforcement des actions de prévention, consolidation des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et développement des actions de lutte contre les maladies non transmissibles.....	36
Axe 2 : Amélioration de l'accès aux soins par la promotion de l'équité dans la répartition des ressources allouées et la réduction des écarts.....	36
Axe 3 : Résorption du déficit des effectifs du personnel de soins, faire face à la demande croissante et revalorisation du rôle des ressources humaines dans le secteur de la santé.....	37
Axe 4 : Pérennisation des acquis de la CMB et élargissement du financement du secteur de la santé par le développement de mécanismes collectifs et solidaires de partage du risque maladie.....	37
Axe 5 : Amélioration de la gouvernance du système de santé.....	38
Axe 6 : Généralisation de la réforme hospitalière et pérennisation de ses acquis notamment les outils de l'assurance qualité.....	39
Axe 7 : Garantie de l'accessibilité, de la disponibilité et de la sécurité du médicament et des produits de santé.....	39
Axe 8 : Développement de la recherche en santé.....	40
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	43
WEBOGRAPHIE.....	44
ANNEXES.....	45
1. Liste des participants aux ateliers du 21 et 22 avril 2006.....	47
2. Abréviations et sigles.....	49

PREFACE

La possession du meilleur état de santé est un droit fondamental de tout être humain. Ce droit est consacré par la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé à laquelle le Maroc adhère depuis l'indépendance. **Sa Majesté le Roi Mohammed VI, Que Dieu L'Assiste** en a fait un fondement essentiel de la dignité humaine au même titre que l'éducation, la nutrition, l'habitat et l'environnement : « le droit à la scolarité, à la santé, à l'alimentation, à l'habitat et à un environnement sain entre autres, constitue en effet, un aspect essentiel de la dignité de l'Homme », discours du 13 avril 2000.

La souscription du Maroc en 2000, à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015 traduit la volonté de notre pays de faire de la santé un des leviers importants du développement économique et social.

L'engagement du Maroc pour la promotion de la santé demeure une constante à travers les politiques des gouvernements qui se sont succédés depuis l'indépendance. Notre système actuel (conçu sur la base de la vision de la première Conférence Nationale de la Santé en 1959), a fait l'objet tout au long de ces cinquante dernières années, d'adaptation aussi bien des structures que des programmes ce qui a contribué à l'amélioration notable de la santé des populations.

Toutefois, malgré tous les efforts consentis, des écarts entre les milieux urbain et rural et entre les régions persistent. De plus, les évolutions contemporaines que traverse le Maroc, notamment les transitions démographique et épidémiologique, le changement des modes de vie, l'urbanisation rapide, la détérioration de l'environnement ainsi que l'essor extraordinaire de la technologie médicale vont induire de façon insidieuse mais impérieuse de nouvelles demandes de soins dont le coût ira crescendo.

Ces nouveaux défis s'ajoutent au challenge de pérenniser nos acquis obtenus ces cinquante dernières années et qui demandent pour ce faire un effort financier soutenu.

Ces défis ne peuvent être abordés qu'avec une nouvelle vision de santé et une politique sanitaire novatrice pour combler les écarts et être en mesure de répondre aux demandes futures de la population en matière de soins de santé.

Devant l'ampleur de cet enjeu, le Ministère de la Santé et ses partenaires ont engagé, depuis l'année 2006, un processus de réflexion et d'évaluation pour l'élaboration d'une vision de santé à l'horizon 2020.

Cette vision dont **l'équité, la solidarité, la participation et la responsabilisation** constituent les principes et fondements, s'inscrit dans une approche intégrée et multisectorielle. **L'Initiative Nationale pour le Développement Humain** constitue, à travers sa méthodologie et ses actions sur les déterminants de la santé (lutte contre la pauvreté, l'analphabétisme et l'exclusion, l'amélioration des infrastructures de base, projets générateurs de revenus, la promotion de la femme...), un levier et un catalyseur puissant pour l'amélioration de l'accès aux soins. En améliorant les conditions de vie des couches les plus pauvres de notre population, l'INDH constitue une chance inouïe d'atténuer l'iniquité à l'accès aux soins et notamment aux soins primaires.

La vision « Santé 2020 » est née au moment où notre pays, sous la conduite éclairée de **Sa Majesté le Roi Mohammed VI, Que Dieu L'Assiste**, ouvre d'énormes chantiers dans tous les domaines et crée de nouveaux pôles de développement économiques. C'est pour cette raison que cette vision a l'ambition d'anticiper et de planifier l'offre de soins de demain en tenant compte des mutations et des évolutions que nous subissons aujourd'hui. Elle constitue une trame pour l'action de demain et aura besoin d'être actualisée et revue en fonction de l'intensité des évolutions appréhendées aujourd'hui.

Ce processus, auquel ont participé l'ensemble des acteurs et des partenaires concernés par la santé, a abouti à l'identification de huit domaines d'intervention : **i)** le renforcement des actions de prévention, consolidation des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et développement des actions de lutte contre les maladies non transmissibles (maladies chroniques et dégénératives) ; **ii)** l'amélioration de l'accès aux soins par la promotion de l'équité dans la répartition des ressources allouées et la réduction des écarts ; **iii)** la résorption du déficit des effectifs du personnel de soins, faire face à la demande croissante et revalorisation du rôle des ressources humaines dans le secteur de la santé ; **iv)** la pérennisation des acquis de la Couverture Médicale de Base (CMB) et l'élargissement du financement du secteur de la santé par le développement de mécanismes collectifs et solidaires de partage du risque maladie ; **v)** l'amélioration de la gouvernance du système de santé ; **vi)** la généralisation de la réforme hospitalière et la pérennisation de ses acquis notamment les outils de l'assurance qualité ; **vii)** la garantie de l'accessibilité, de la disponibilité et de la sécurité du médicament et **viii)** le développement de la recherche en santé.

Le Ministre de la Santé
Dr Mohamed-Chéikh BLADILLAH



REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé a piloté un processus de réflexion et d'élaboration d'une «vision» du secteur de la santé à l'horizon 2020, avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la collaboration précieuse de tous les acteurs du système de santé marocain.

Ainsi les remerciements s'adressent particulièrement :

- Aux présidents des ateliers thématiques : le Pr. Moulay Tahar ALAOUI, M. Taib BEN CHEIKH, M. Rachid M'RABET et M. Rhaouti Mhamed LAGHDAF ;
- Aux consultants du Cabinet CREDES : Dr. Michel ETCHEPARE, M. Dimitri BIOT, M. Pierre Jean LANCRY et M. Christophe PENICAUD ;
- Aux Présidents des Ordres Professionnels de santé : Conseil National de l'Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, Conseil National des Médecins Biologistes et Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes ;
- A Madame et Messieurs les Doyens des Facultés de Médecine et de Pharmacie et de Médecine Dentaire ;
- Aux représentants des départements ministériels : Ministère de l'Intérieur, Ministère des Finances et de la Privatisation, Ministère de l'Agriculture, du Développement Rural et des Pêches Maritimes, Ministère de l'Équipement et du Transport, Ministère de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Supérieur, Secrétariat Général du Gouvernement, Inspection du Service de Santé des Forces Armées Royales et Haut Commissariat au Plan ;
- Aux Secrétaires Généraux des syndicats de santé : UMT, CDT, FDT, UGTM et UNMT ;
- Aux présidents de l'Alliance Nationale Médicale, de l'Association Nationale des Cliniques Privées et de l'Association Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique ;
- Aux représentants des organisations non gouvernementales : Fondation Mohammed V pour la Solidarité, Association Lalla Salma de Lutte Contre le Cancer, Fondation Mohammed VI pour la Protection de l'Environnement, Ligue Marocaine pour la Protection de l'Enfance, Croissant Rouge Marocain, Organisation PanAfricaine de Lutte contre le SIDA (OPALS), Association Marocaine de Lutte contre le SIDA, Observatoire National des Droits de l'Enfant, Association Marocaine des Gestionnaires des Hôpitaux(AMGH), Association Marocaine des Sciences Infirmières et des Techniques de Soins (AMSITS) ;

- Aux représentants des Organismes des Nations Unies et d'autres partenaires de la coopération : OMS, FNUAP et Délégation de la Commission Européenne(C.E) ;
- Aux organismes gestionnaires et de régulation de la Couverture Médicale de Base(C.M.B) : Agence Nationale de l'Assurance Maladie, Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale et Caisse Nationale de la Sécurité Sociale ;
- A Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, à Monsieur l'Inspecteur Général, aux Directeurs Centraux du Ministère de la Santé, Directeurs des CHU et IPM, Directeurs et Coordonnateurs régionaux de la santé et à tous les cadres du Ministère de la Santé ;
- A Monsieur Jilali HAZIM, Directeur de la Planification et des Ressources Financières et à son équipe ;
- Aux membres de la commission ad hoc et à son président.

INTRODUCTION

Les récents indicateurs de santé montrent que des progrès indéniables ont été enregistrés dans le domaine de la santé. Néanmoins, des écarts de santé subsistent entre les milieux et entre les régions, ce qui constitue un frein au développement de la santé au Maroc. C'est dans ce contexte que le Maroc s'est engagé en l'an 2000 pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et notamment :

1. la réduction de deux tiers, du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
2. la réduction de trois quarts, du taux de mortalité maternelle ;
3. la limitation de la propagation du VIH/SIDA et le maintien de la prévalence au niveau d'épidémie peu active ;
4. la maîtrise de la tuberculose et l'inversion de sa tendance actuelle.

Tout en souscrivant aux objectifs évoqués ci dessus et aux recommandations du onzième programme mondial de la santé de l'OMS 2006-2015, il était nécessaire au préalable d'analyser les performances du système de santé, son organisation, son financement, la problématique des ressources humaines, la politique du médicament et la relation entre le secteur public et le secteur privé.

Cette analyse a tenu compte des conclusions du rapport «**50 ans de développement humain au Maroc**» qui a mis en exergue les grandes tendances de l'évolution de la santé de la population marocaine durant les cinquante dernières années et qui a identifié la santé comme l'un des cinq nœuds du développement humain dans le futur.

La démarche utilisée pour aboutir à la détermination de la « santé, vision 2020 » a été organisée en trois étapes :

- Une étape de consultation auprès d'experts nationaux et internationaux ;
- Une étape de concertation à travers des ateliers thématiques qui ont connu une large participation des acteurs et partenaires représentant aussi bien les ordres des professionnels de santé, les départements ministériels, les syndicats, les organisations non gouvernementales, les partenaires de la coopération et organismes des nations unies et les organismes gestionnaires de la Couverture Médicale de Base (CMB) ;
- Une étape de formulation de la vision par une commission ad hoc.

Le fruit de cette démarche est présenté dans ce document structuré en deux parties : une première partie qui décrit l'état sanitaire de la population marocaine et la situation actuelle du système de santé et une deuxième partie qui précise les valeurs et fondements du système et les principaux axes de la vision pour satisfaire les demandes et les besoins en soins de la population.



PREMIÈRE PARTIE :
LA SANTÉ AU MAROC,
RÉALITÉS ET ENJEUX

I- L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION MAROCAINE

1-1- LA STRUCTURE DÉMOGRAPHIQUE

La démographie de la population marocaine est en pleine transition avec une diminution continue de la fécondité, un allongement de l'espérance de vie et un vieillissement rapidement progressif de la population.

En effet, le taux d'accroissement annuel a connu une diminution sensible avec, en 2004, un taux de 1,4% alors qu'il était de 2,7% en 1964. L'indice synthétique de fécondité a connu également une forte diminution passant de 7 enfants par femme en 1962 à 2,5 en 2004.

Sur la base des résultats du recensement général de l'habitat et de la population de 2004, la population en 2007 est de 30.841.000 habitants et atteindra 35.112.000 habitants en 2020. Si actuellement, les personnes âgées de moins de 15 ans représentent 31,3% de l'effectif total de la population, elles seront 24,2% en 2020. De même, les personnes âgées de 60 ans et plus qui représentent aujourd'hui 8,1% (2,2 millions en 2007), verront leur effectif croître pour atteindre 4,03 millions en 2020¹ (soit 11,1% de l'effectif total). Le vieillissement de la population qui constitue une tendance lourde pour le système de santé est un élément déterminant dans la définition des besoins de santé de demain.

De plus, l'effectif de la population des handicapés, dont les besoins socio sanitaires sont très spécifiques, connaîtra aussi une augmentation au cours des prochaines années. Selon l'Enquête Nationale de l'Handicap², 1.530.000 personnes sont concernées par l'handicap au Maroc soit 5,12% de l'ensemble de la population. Les hommes sont plus touchés que les femmes soit respectivement 5,49% et 4,75%. En 2020, et selon les tendances actuelles cette population devrait atteindre environ deux millions de personnes.

L'urbanisation est en pleine accélération. Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 2004, le pourcentage de la population urbaine a atteint 56%. Cette proportion atteindra le niveau de 68% en l'an 2020. Cette urbanisation constitue un enjeu sanitaire majeur en raison des problèmes d'accès aux services essentiels

1- Projection de la population -Haut Commissariat du Plan

2- Enquête réalisée en 2004 par le Secrétariat d'Etat chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées avec le soutien de l'Union Européenne.

d'eau, d'hygiène, d'assainissement ainsi que les facteurs d'environnement et de pollution notamment dans les grandes métropoles et leurs quartiers périurbains.

1-2- LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

1.2.1. La réduction de la mortalité

Grâce aux efforts et aux programmes sanitaires menés depuis l'indépendance, les indicateurs de la mortalité ont connu une diminution importante. C'est ainsi que l'Espérance de Vie à la Naissance (EVN) est passée de 47 ans en 1962 à 71 ans actuellement (soit un gain de 24 ans en l'espace de 40 ans). Le taux de mortalité infantile a connu également une réduction considérable entre 1962 et 2004 passant de 118 à 40 décès pour 1.000 naissances vivantes et le taux de mortalité maternelle a baissé de 631 à 227 décès pour 100.000 naissances entre 1972 et 2004.

Cependant, cette tendance à l'amélioration des indicateurs de la mortalité cache des écarts notables entre le milieu rural et urbain d'une part et entre la femme et l'homme d'autre part.

En effet, l'EVN s'écarte de plus de 6 ans entre le milieu urbain et rural et de 4,2 ans entre la femme et l'homme (en faveur de la femme). De même, le taux de mortalité infantile enregistré dans le milieu rural est 2 fois plus élevé par rapport à l'urbain et le taux de mortalité maternelle est de 30% plus élevé dans le rural que dans l'urbain.

En comparaison avec des pays à développement similaire, les différents taux de mortalité nationaux demeurent élevés. Ils représentent, par conséquent, un véritable défi à relever au cours des prochaines années d'autant plus que certains font partie des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) des Nations Unies que le Maroc s'est engagé à atteindre.

1.2.2. Le triple fardeau de la morbidité

Le profil épidémiologique de la santé au Maroc se caractérise par la coexistence de trois groupes d'affections ayant des charges de morbidité et de mortalité lourdes. Ces trois groupes sont :

i) **Les maladies transmissibles, maternelles et périnatales** qui représentent 33,4% de la Charge de Morbidité Globale (CMG). Dans ce domaine, les IST/SIDA connaîtront une augmentation à l'avenir surtout pour le VIH/SIDA et les urétrites si de grandes actions de prévention et de contrôle ne sont pas entreprises. L'incidence de la tuberculose qui se situe autour de 26 000 nouveaux cas par an, nécessite une approche globale de lutte et une stratégie sanitaire mieux adaptée.

Par ailleurs, s'agissant de la problématique des maladies émergentes et réémergentes, il y a lieu de signaler que durant les dernières années plusieurs maladies transmissibles ont été éliminées ou en voie d'élimination dans notre pays comme la bilharziose, le trachome, le paludisme, la lèpre, la poliomyélite, la diphtérie et le tétanos néonatal.

D'autres maladies émergentes épidémiques et mortelles et d'autres risques potentiels s'annoncent comme des problèmes de santé urgents et graves. Il s'agit du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), de la Grippe Aviaire, de la Fièvre de la Vallée du Rift, de la Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo, de la Fièvre Hémorragique Virus Ebola, de la Fièvre du Nil Occidental, de la Peste, de la Fièvre jaune, de la Dengue, etc. Toutes ces maladies ou ces Urgences de Santé Publique à Portée Internationale (USPPI) exigent une vigilance accrue et la mise en place de mesures de surveillance et de prévention permanentes pour prévenir leur introduction ou leur réapparition dans notre pays. L'entrée en vigueur du nouveau règlement sanitaire international 2005, le 15 juin 2007, constitue une opportunité pour bien organiser notre système de veille sanitaire.

Du fait de leurs taux élevés, les mortalités maternelles (227 pour 100.000 naissances vivantes) et néonatale (27 pour mille naissances vivantes) imposent des programmes plus efficaces pour leur maîtrise et leur réduction.

ii) **Les maladies non transmissibles** qui sont responsables de 55,8% de la CMG. Des changements considérables du profil des maladies sont en train de se mettre en place au Maroc. Pendant que la prévalence des maladies infectieuses et de la malnutrition est en déclin progressif, on note une augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles comme les maladies cardio-vasculaires et les maladies chroniques ou dégénératives.

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

Si l'amélioration des services de santé a contribué au contrôle de la mortalité due aux maladies infectieuses, elle a aussi permis d'améliorer les performances du système notamment en terme de diagnostic des maladies non transmissibles.

Selon le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), le nombre de nouveaux cas de cancers par an au Maroc est estimé entre 30.000 à 54.000 par an.

L'étude nationale sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires réalisée en 2000 a montré que :

- 34% des adultes âgés de plus de 20 ans souffrent de l'hypertension artérielle. Cette prévalence est de 54% chez les plus de 40 ans ;
- 6,6% des adultes âgés de plus de 20 ans présentent un diabète, dont 57% méconnaissent leur maladie.

L'enquête nationale sur la santé mentale réalisée par le Ministère de la Santé en 2003 a mis en relief que :

- Les troubles dépressifs touchent 26,5% de la population enquêtée ;

- L'anxiété et les troubles psychotiques ont touché respectivement 9% et 5,6% des enquêtés.

Cette enquête souligne l'urgence de la mise en place d'une politique de santé mentale.

En ce qui concerne la santé bucco-dentaire, 87 % des adultes de 35 à 44 ans sont touchés par la carie dentaire.

Pour ce qui est des maladies de carence, notamment le goitre endémique dont la prévalence se situe autour de 22% chez les enfants âgés de 6 à 12 ans, seule la stratégie basée sur la promotion de l'utilisation du sel iodé permettra l'élimination des troubles dus à la carence en iode dans le futur. La supplémentation de certains aliments en micronutriments aura des répercussions positives sur ces maladies.

iii) Les traumatismes intentionnels et non intentionnels qui génèrent 10,8% de la CMG.

51.559 accidents corporels ont été enregistrés en 2005 sur l'ensemble du réseau routier causant 80.881 victimes dont 3.617 tués. Ces accidents engendrent pour la collectivité un coût estimé à 2,5% du PIB ce qui impose des mesures urgentes pour en réduire l'incidence.

S'agissant des intoxications, la modernisation du mode de vie, la disponibilité des médicaments et l'ouverture des frontières ainsi que la multitude et la diversité des produits chimiques à la disposition du citoyen sont à l'origine d'effets indésirables et d'intoxications accidentelles ou volontaires. Mais, les intoxications aux plantes et les envenimements persisteront encore vu la richesse de la flore végétale et animale marocaine et le mode de vie rural et traditionnel d'une frange encore importante de la population (45% de la population totale vit dans le rural).

Les statistiques du Centre Anti-Poison du Maroc montrent que le nombre d'effets indésirables et d'intoxications enregistrées est de plus en plus important. En 2006, ils étaient 38.556 causant 182 décès.

1-3- LA PAUVRETÉ ET L'ANALPHABÉTISME, FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA VULNÉRABILITÉ À LA MALADIE

Selon les données du Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité le taux de pauvreté relative demeure encore élevé dans notre pays, avoisinant 14,2% en 2004. Ce taux national cache des disparités régionales importantes (33,6% dans la province de Zagora et 29,8% à Essaouira), il dépasse 50% dans certaines communes comme Bleida (60,3%) et Errouha (54,1%) à Zagora.

Dans les villes, la pauvreté a tendance à se concentrer au niveau de l'espace périurbain et des zones enclavées, ce qui peut être à l'origine de l'écllosion de foyers épidémiques de certaines maladies transmissibles. **L'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH)** constitue une excellente opportunité de lutte contre la pauvreté et la réduction des disparités sociales, du fait de l'approche intégrée et participative utilisée.

Malgré les efforts déployés par l'État, et la priorité donnée à l'éducation (le taux de scolarisation de 93% pour la classe d'âge 6-11 ans), le taux d'analphabétisme³ demeure encore élevé. Il touche 38,5% de la population dont 46,8% des femmes. Il est plus accentué dans le monde rural affectant 54,4% de la population. La réduction de l'analphabétisme de 20% vers 2010, voire son éradication prévue en 2015 est une nécessité impérieuse.

En raison de la complexité de leurs déterminants, la lutte contre la pauvreté et l'analphabétisme échappe au seul contrôle du département de la santé et nécessite la mise en convergence des actions des différents acteurs du développement social (État, société civile et secteur privé). Le programme de l'Initiative Nationale de Développement Humain constitue un excellent cadre pour la mise en œuvre de cette convergence, au niveau national, régional et local⁴.

1-4- LES COMPORTEMENTS À RISQUE DE PLUS EN PLUS IMPORTANTS

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

1.4.1. Le tabagisme

Selon l'étude nationale sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires réalisée en 2000, le nombre de fumeurs atteint 34,5% de la population masculine âgée de 20 ans et plus. Près de la moitié des fumeurs commencent à fumer entre 15 et 19 ans (48,4%) et 13,1% commencent avant 15 ans.

En milieu scolaire, une enquête nationale réalisée en 2006 a montré que 15,5% des élèves (âgés de 13 à 15 ans) consomment le tabac sous diverses formes (avec 6,4% fumant des cigarettes et 12% utilisant d'autres formes). A la lumière de ces données et à l'instar de l'évolution des idées dans ce domaine, il est important d'opérationnaliser la loi anti-tabac n° 15-91 et de ratifier la convention internationale pour la lutte anti-tabac.

1.4.2. La toxicomanie

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

La lutte contre les toxicomanies sous toutes ses formes, particulièrement chez les jeunes, constitue un axe prioritaire visant la réduction de la demande (prévention primaire et secondaire) et la prise en charge avec réduction des risques liés aux drogues injectables.

3- Données publiées en 2006 par le Secrétariat d'État chargé de l'alphabétisation et de l'éducation non formelle.

4- Séminaire sur «La convergence, un facteur de réussite de l'INDH» présidé par Monsieur le Premier Ministre le 22 septembre 2006 à Béni Mellal.

1.4.3. Les habitudes alimentaires

Les régimes alimentaires inadaptés et les modes de vie malsains sont source de maladies non transmissibles. La consommation de sucre raffiné et de sel augmente tandis que les fibres et les glucides complexes font de moins en moins partie de l'alimentation. Ces éléments et d'autres facteurs de risque ont engendré une prévalence accrue de certaines maladies, en particulier l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, le diabète sucré, certains cancers et affections mentales, etc. d'où l'importance de la prévention et de la lutte contre les facteurs de risque qui sont représentés essentiellement par l'obésité, la sédentarité, l'hyperlipidémie et le stress.

1-5- LES NOUVEAUX RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Les facteurs de risque sanitaires liés à l'environnement constituent des déterminants importants de l'état de santé de la population et sont une source de préoccupation quotidienne des autorités sanitaires. Le développement économique et social que connaît le Maroc s'est accompagné d'une exploitation accrue des ressources naturelles et inévitablement de la dégradation de l'environnement suite aux différentes pollutions : pollution microbiologique et chimique des eaux, pollution de l'air par des particules en suspension et des polluants gazeux en milieu urbain, la pollution du sol par les décharges ménagères, les déchets industriels et agricole...

D'après le profil de la charge de morbidité globale due à l'environnement, élaborée par l'OMS pour notre pays sur la base des données 2004, cette charge est estimée à 35 Années de Vie Corrigée du facteur Invalidité (AVCI) pour 1.000 habitants/an et représente 20% de la charge totale de morbidité (les maladies diarrhéiques comptent pour 7,2 AVCI/ 1.000 habitants/an, les maladies respiratoires pour 3,6 AVCI/1.000 habitants/an, les maladies cardiovasculaires pour 2,8 AVCI/1.000 habitants/an).

Des efforts considérables ont été entrepris par les administrations, institutions et collectivités territoriales pour améliorer les conditions de vie des populations. En milieu urbain, presque la totalité de la population est desservie en eau potable pérenne et 70% est branchée aux réseaux d'égout. En milieu rural, le taux de desserte est passée de 14% en 1995 (la veille du démarrage du Programme d'Approvisionnement groupé en Eau Potable pour la Population Rurale (PAGER) à 77% de la population rurale en fin de 2006. Quant à l'assainissement en milieu rural, on estime que seulement 32 à 35% de la population rurale est desservie par un système d'assainissement approprié.

Le département chargé de l'environnement en collaboration avec les ministères et organismes concernés a élaboré en 2006 le profil national sur la gestion des produits chimiques qui indique entre autres que les pesticides toute catégorie confondues représentent près de 21.000 tonnes dont près de 12.000 tonnes sont destinés à l'agriculture. Parmi les actions intersectorielles entreprises pour la gestion rationnelle des pesticides, un plan national est

adopté pour la mise en œuvre de la Convention de Stockholm sur les POPs⁴. Dans ce cadre, le Ministère de la Santé pilote l'action visant la mise au point des alternatives à l'usage du DDT⁵ dans les programmes de lutte antivectorielle d'une manière particulière mais aussi visant l'adoption de la gestion intégrée dont le but ultime est de gérer d'une manière rationnelle l'ensemble des pesticides utilisés en santé et hygiène publique. Par ailleurs, le département de la santé contribue dans la mise en place des procédures -devenues obligatoires par la réglementation, conformément à la loi n° 28-00- concernant les études d'impact sur l'environnement pour tous les projets de développement économiques et sociales.

2- L'OFFRE DE SOINS

2-1- LES DISPARITÉS DANS L'ACCÈS AUX SOINS

La couverture sanitaire par les Établissements de Soins de Santé de Base (ESSB) s'est nettement améliorée depuis l'indépendance, le nombre de ces établissements est passé de 394 en 1960 à 2 578 en 2006. La desserte de la population qui était de 29.500 habitants par ESSB en 1960, est passée à 11.890 en 2006. Cette augmentation a permis la prise en charge de la population et plus particulièrement celle du milieu rural dont le ratio habitant par ESSB est passé de 27.300 en 1960 à 7.164 en 2006. En milieu urbain, ce ratio est passé d'un ESSB pour 37.000 habitants en 1960 à 25.319 habitants en 2006.

En milieu rural, même si le ratio ESSB par habitant est inférieur à celui du milieu urbain, le problème de l'accessibilité physique se pose avec acuité vu les caractéristiques géographiques de notre pays et la dispersion des localités en milieu rural. Le mode de couverture sanitaire mobile, qui constitue une alternative de couverture des populations éloignées, connaît des dysfonctionnements qui entravent sa performance (diminution de l'effectif des infirmiers itinérants, insuffisance des moyens de locomotion, charge importante du paquet d'activité, perception négative de l'itinérance sanitaire).

L'utilisation des services de santé de base reste très limitée en dehors de certains programmes prioritaires. Le recours à la consultation médicale au niveau des ESSB est très faible et a peu évolué durant les cinq dernières années puisque le nombre moyen des consultations médicales par habitant et par an n'a augmenté que de 0,1 point durant la période allant de 2000 à 2005 pour atteindre 0,5 contact en 2005.

S'agissant des hôpitaux, leur nombre est passé de 52 en 1960 à 130 en 2006 dont 35 sont des hôpitaux spécialisés et 95 sont généraux, soit une augmentation de 75 établissements

5- *Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants (Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants)*

6- *Le Dichloro Diphényl Trichloroéthane : c'est un puissant insecticide, utilisé avec beaucoup de succès dans la lutte contre les moustiques transmettant le paludisme et le typhus, ainsi que d'autres insectes vecteurs de maladies.*

hospitaliers au cours des quatre dernières décennies. Quant à la capacité litière, elle est passée de 15.500 à plus de 26.452 lits pour la même période.

Le ratio lits/population est de 9 lits pour 10.000 habitants en moyenne, ce ratio reste faible comparativement à des pays à développement équivalent qui ont des ratios proches ou supérieurs à 20 lits pour 10.000 habitants.

La distribution des lits entre les régions montre aussi des disparités parfois très fortes : les ratios lits/population varient en effet de 5 lits pour 10.000 habitants dans la région de Taza-Al Hoceima-Taounate, à 15 lits pour 10.000 habitants dans la région de Laâyoune-Sakia Lhamra-Boujdour.

Il faut noter qu'une grande partie du patrimoine du réseau hospitalier public se trouve dans un réel état de vétusté. Plus de la moitié des hôpitaux publics existants au Maroc ont plus de 40 ans et près de 30% ont plus de cinquante ans.

En ce qui concerne l'offre privée à but lucratif, elle connaît un développement rapide, le nombre des cliniques privées en 2006 est de 302 avec une capacité qui avoisine 7.300 lits.

Quant aux cabinets privés de consultations et de diagnostic clinique, ils sont passés de 2.552 en 1991 à 5.800 en 2006. La desserte de la population par cabinet de médecin privé est passée de un cabinet de consultation pour 9.800 habitant en 1991 à un pour 5.260 en 2006.

La répartition de l'offre de soins privée sur l'ensemble du territoire accuse un important déséquilibre entre milieu rural et urbain et entre les régions. En 2005, on observe un ratio de un cabinet médical pour 3.047 habitants en milieu urbain contre un cabinet pour 59.561 habitants en milieu rural. De plus, cette offre se trouve concentrée dans les grandes agglomérations urbaines. En effet, 52% des cliniques se trouvent dans les grandes villes avec plus de 48% de la capacité litière totale des cliniques.

L'accès aux services de chirurgie dentaire est très limité. Suivant les meilleures estimations, la population marocaine ne pouvait compter en 2006 que sur un ratio d'un dentiste pour 8.134 habitants et ces professionnels qui exercent essentiellement dans le secteur privé libéral sont concentrés dans les zones métropolitaines.

L'analyse de l'offre globale publique et privée montre une faible complémentarité entre les deux secteurs. Généralement, cette offre globale n'a pas permis de rétablir l'équilibre entre les différentes régions et encore moins entre les différentes provinces en matière de services de santé de base. Une politique de partenariat public-privé dans le cadre d'une stratégie globale de l'offre de soins équitable s'impose de façon pressante.

2-2- LE DÉFICIT QUALITATIF ET QUANTITATIF EN PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les personnels de santé constituent l'actif le plus important et la ressource primordiale que le système de santé doit mobiliser pour créer les conditions nécessaires à une amélioration soutenue de l'état de santé de la population. Malgré les efforts consentis, la situation des ressources humaines est marquée par un déficit quantitatif et qualitatif significatif.

2.2.1. La pénurie en personnel de santé

L'Organisation Mondiale de la Santé situe le Maroc parmi les 57 pays du Monde qui présentent une pénurie aigüe en personnel soignant. En 2006, les effectifs du personnel médical et paramédical offrant des soins directs aux patients restent largement en deçà du seuil minimal requis pour garantir à l'ensemble de la population une offre de services adéquats pour une amélioration durable de l'état de santé. Les données indiquent que les médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes et autres personnels paramédicaux représentent un effectif de 56.615 professionnels soit un ratio de 1,86 personnel de soins pour 1.000 habitants.

Le Maroc se classe ainsi, parmi les pays ayant une faible densité de ressources humaines en santé et se trouve en deçà du seuil critique de 2,3⁷ personnels de soins pour 1.000 habitants.

La distribution régionale de ces professionnels de santé favorise largement les régions métropolitaines et les zones urbaines. 22% des professionnels publics, sont concentrés dans les régions du Grand Casablanca et de Rabat-Salé où vivent 20% de la population. C'est aussi dans ces deux régions que sont installés 50% des médecins exerçant dans le secteur libéral.

La plus forte proportion des effectifs, soit 45% se situe dans la tranche d'âge des 41-60 ans. Les départs à la retraite à 60 ans se fera à un rythme relativement lent (2%) au cours de la prochaine décennie pour s'accélérer dans la décennie suivante.

Malgré l'évolution positive de l'effectif des médecins qui est passée de 979 médecins en 1960 à 17.188 en 2006 et qui se répartit de manière presque égale entre généralistes et spécialistes, la densité médicale reste insuffisante par rapport aux besoins du pays et se trouve en deçà du niveau atteint par des pays à revenu égal, avec en 2006, 1 médecin pour 1.775 habitants.

Quant au personnel paramédical (infirmiers auxiliaires, assistants médicaux et adjoints de santé, techniciens spécialisés...) au nombre de 30.572, 85% de cet effectif sont employés par le secteur public et en constituent ainsi l'ossature. La distribution des effectifs paramé-

7- Ce taux est calculé pour permettre d'assurer une couverture vaccinale de 80%, garantir des accouchements assistés pour 80% des femmes enceintes et assurer une amélioration durable des indicateurs de santé pour l'ensemble de la population (Joint Learning Initiative, 2004, OMS, 2006 : *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge: Harvard University Press; OMS. 2006. *Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève : OMS).

dicaux est assez inégale entre les régions, les ratios de densité du personnel paramédical pour 1.000 habitants vont de 0,54‰ dans la région d'El Gharb-Chrarda-Bni Hssen à 1,7‰ dans la région de Laâyoune-Sakia Lhamra-Boujdour.

Il est important de signaler qu'en plus du déficit actuel, 24% des paramédicaux partiront à la retraite au cours des 10 prochaines années.

Les investissements futurs en termes de développement de la main-d'œuvre devront donc accorder une part accrue à la formation et au recrutement des médecins et des paramédicaux.

2.2.2. Les capacités de formation et de production des professionnels de santé

La moyenne annuelle de formation des médecins généralistes par les 4 facultés de médecine et de pharmacie du pays s'établit à 800 diplômés. Les ratios personnel enseignant/étudiants calculés à partir des données du Ministère de l'Enseignement Supérieur dénotent des inégalités importantes entre les facultés : un enseignant pour 4 étudiants à Rabat, un pour 8 à Casablanca, un pour 25 à Fès et un pour 24 à Marrakech.

La moyenne annuelle de formation des médecins spécialistes est de 500 depuis l'année 2002. Ce rythme de formation permettra à peine de maintenir l'offre actuelle de médecins spécialistes au cours des 10 prochaines années. Cette offre est en dessous de la demande de soins en raison de l'évolution des pathologies chroniques et dégénératives consommatrices d'actes spécialisés.

Depuis 1997, 13.659 lauréats sont sortis des instituts publics et privés de formation des paramédicaux. 67,5%, de cet effectif ont été formés dans les instituts du secteur public. Une augmentation de la capacité de la formation pour combler le déficit et faire face à la demande future de soins, constitue un axe prioritaire.

En ce qui concerne le personnel gestionnaire et administratif, 232 lauréats ont été formés à l'Institut national d'Administration Sanitaire, dont 58% sont issus du cadre médical, et pharmaceutique, 35% du cadre infirmier et 7% de celui des administrateurs. 98% de ces lauréats exercent actuellement des fonctions de gestion dans le système de santé dont 59% exercent des fonctions de responsabilité.

Le statut actuel de l'Institut National de l'Administration Sanitaire (INAS) devra être revu pour augmenter sa capacité de formation et permettre aussi aux gestionnaires du secteur libéral d'accéder à ses programmes.

2.2.3. Les capacités de recrutement

Le rythme de recrutements notamment dans le secteur public au cours des dernières années n'a pas été en mesure d'améliorer la couverture ni de compenser les départs cumulés suite à la retraite. Il en est de même de la demande du système libéral en expansion qui devra recruter à l'avenir tout profil pour satisfaire les besoins en soins.

En effet, pour des besoins exprimés par le Ministère de la Santé de plus de 20.000 postes budgétaires entre 1993 et 2007, seuls 13.356 ont été attribués alors que durant la même période, 6.621 départs à la retraite n'ont pas été compensés. Ces départs vont s'accroître au cours des quinze prochaines années pour atteindre une moyenne annuelle dépassant 1.000 départs.

Par ailleurs, la demande en personnels de gestion qualifiés pour faire face aux besoins nouveaux et pointus exigés par les réformes majeures engagées, devra être prise en considération et une politique de formation adéquate doit être mise en place, dès à présent.

2-3- LES NOUVELLES TECHNOLOGIES BIOMÉDICALES

Le monde médical est confronté à l'émergence et à la mise sur le marché d'équipement de technologies nouvelles dont l'acquisition demeure coûteuse et dont l'utilisation par le système sanitaire exigera de plus en plus de compétence et de maîtrise.

Ces équipements et notamment d'imagerie médicale (radiologie conventionnelle, échographie, scintigraphie, scannographie, IRM...), d'endoscopie et de laboratoire sont devenus des moyens indispensables sans lesquels le médecin ne pourra pas assurer convenablement son métier et répondre au besoin du patient qui devient de plus en plus exigeant dans ce domaine.

Les ingénieurs informaticiens et les techniciens spécialistes chargés d'assurer l'usage de ses équipements sont appelés à devenir des acteurs indispensables pour permettre l'utilisation adéquate et assurer la maîtrise et la fiabilité de ses équipements biomédicaux.

2-4- LE SECTEUR DU MÉDICAMENT

Depuis l'indépendance, le domaine pharmaceutique a enregistré des réalisations incontestables ce qui a permis d'assurer la couverture de plus de 70% des besoins du marché local grâce à l'industrie marocaine.

Le secteur de l'industrie pharmaceutique marocaine est performant et bien organisé. Il fabrique une large gamme de produits obéissant aux standards internationaux.

Cependant, la consommation des médicaments par habitant, quoique encore faible et variable en fonction du niveau socio-économique des patients, a évolué dans le sens de l'amélioration de l'accessibilité à ces produits.

Le secteur de la distribution et le réseau de la dispensation des produits pharmaceutiques (officines) est performant et couvre l'ensemble du territoire national y compris les zones rurales.

Malgré tous ces acquis, d'autres problèmes persistent et sont liés essentiellement à :

- La faiblesse de la production du générique, la multiplicité des unités de fabrication dont la taille ne permet pas d'affronter la concurrence et la mondialisation, la politique des prix...;

- La gestion de l'approvisionnement en médicaments dans le secteur public notamment au niveau des hôpitaux où la gestion des médicaments pâtit de l'absence de missions claires, de procédures rigoureuses standardisées, de normes d'entreposage et de gestion des stocks et de mesures de suivi des médicaments après leur sortie des pharmacies. L'affectation récente des pharmaciens dans la majorité des hôpitaux aura un effet bénéfique sur la gestion des médicaments.

Des défis restent à relever notamment l'accès des populations au médicament tant sur le plan géographique qu'économique, le renforcement du contrôle de qualité et d'utilisation et la mise en place d'institutions de surveillance et de vigilance pour mieux protéger la santé de la population. L'accréditation récente par la «Direction Européenne de la Qualité du Médicament (EDQM)-Conseil de l'Europe» du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments, renforcera la politique des médicaments dans notre pays.

3- LE FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

La dépense globale de santé qui se situait en 2001 à 19 milliards de Dirhams, a enregistré une évolution annuelle moyenne de 6% entre 1998 et 2001. Rapportée à la population, cette dernière a atteint à peine 663 Dirhams par habitant (59 US\$ au taux de change courant en 2001 ou 199 US\$ en termes de Parité de Pouvoir d'Achat).

La part de la dépense globale de santé par rapport au PIB représente à peine 5%, contre 4,5% en 1998.

Par ailleurs, depuis 1998, la configuration du financement du système de santé au Maroc n'a pas connu de changement. La part de la dépense totale de santé financée par les ménages est toujours prépondérante malgré sa légère diminution, contre une augmentation plus significative des efforts de l'État visant à renforcer le financement public des dépenses de santé.

La principale source de financement de la santé est constituée par les paiements directs des ménages qui assurent plus de 58%. Cette contribution a néanmoins enregistré un léger recul puisqu'elle représentait 59,4% en 1998.

Le financement des soins de santé par les ménages est actuellement une source d'inégalités dans l'accès aux soins, notamment pour les personnes indigentes et ne disposant pas d'assurance maladie. Cette situation est aggravée, aussi, par la faiblesse de la solidarité institutionnalisée et de la mutualisation du risque maladie à cause de la faiblesse de l'assurance maladie qui ne couvre que 31% de la population totale⁸.

⁸- Le taux élevé des dépenses directes des ménages est ainsi dû, en partie, au montant important du ticket modérateur appliqué par les régimes d'assurance privés et publics.

3-1- LE FINANCEMENT PUBLIC

L'analyse du financement du Ministère de la Santé revêt une grande importance en raison de son poids dans le système national de santé. Outre son rôle de garant de la santé au Maroc, ce département est le plus important fournisseur de soins puisqu'il offre plus de 80% de la capacité litière hospitalière nationale et déploie un réseau de 2.578 ESSB à travers tout le territoire national.

En dépit des ressources supplémentaires injectées dans le secteur, le budget du Ministère de la Santé demeure insuffisant. Il a atteint près de 7,4 Milliards de Dirhams en 2007; soit moins de 239 Dirhams par habitant, 5,5% du budget général de l'État (7,3% au début des années soixante) et seulement 1,3% du PIB.

Toutefois, l'essentiel de ces augmentations est absorbé par la masse salariale qui constitue 63% des crédits alloués au Ministère de la Santé.

En outre, la structure du budget du Ministère de la Santé reste à ajuster car l'évolution de l'investissement est plus rapide que celle des dépenses récurrentes nécessaires au maintien de celui-ci⁹.

Aussi, et malgré les progrès réalisés, les performances en terme d'émission¹⁰ des crédits alloués au Ministère de la Santé demeurent-elles modestes. En effet, en 2006, les taux d'émission des crédits du compte d'affectation spéciale de la Pharmacie Centrale et du chapitre d'investissement n'ont pas dépassé respectivement 45% et 48%.

3-2- LA COUVERTURE SOLIDAIRE DU RISQUE MALADIE

L'assurance maladie est obligatoire depuis septembre 2005. Malgré la multiplicité des organismes opérant dans ce domaine, l'assurance maladie ne concerne qu'environ 9,3 millions de personnes, soit 31% de la population dont plus de 80% constituent des agents de l'État ou assimilés et leurs ayants droit.

Or, la multiplication et le cloisonnement des régimes présentent plusieurs inconvénients. Les différences de traitement entre les régimes (niveaux de cotisation et de plafonnement, paniers de soins, niveaux de remboursement, types d'établissements éligibles) risquent de renforcer les inégalités existantes en matière d'accès aux soins de qualité. Par ailleurs, ils limitent les possibilités de rationalisation de la gestion des ressources. D'autre part, ils ne permettent pas les transferts entre caisses et le partage des risques entre des catégories de population de niveaux socioéconomiques très différents. Ces inégalités pourraient être renforcées par le fait que les populations les plus solvables participent peu à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (elles continuent de souscrire à des systèmes d'assurances particuliers). Ces différents éléments posent la question du principe de cohésion social qui devrait sous-tendre l'ensemble du système.

9- Les dépenses du Ministère de la Santé se sont réparties, en 2007, entre environ 82% pour le budget de fonctionnement et 18% pour le budget d'investissement.

10- Emission signifie les paiements sur les crédits engagés et visés par les instances de contrôle de la dépense publique

4- LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les profondes mutations marquant actuellement l'environnement global du système de santé, interpellent la communauté nationale sur la nécessité de l'adapter et d'épouser les tendances lourdes nationales et internationales.

Les différents rapports d'analyse du système de santé ont permis d'identifier un nombre important de dysfonctionnements dont les principaux sont :

- L'absence d'un cadre légal et réglementaire pour la planification et la régulation de l'offre de soins. En effet le projet de loi sur le système de santé et l'offre de soins n'est pas encore dans le « pipe » de son adoption ;
- Les rigidités des statuts des personnels ne sont pas favorables à une gestion des ressources humaines performante ;
- La faiblesse des outils de pilotage et de suivi : les systèmes d'information sanitaire et de gestion du Ministère de la Santé ne concernent que les établissements publics ;
- La tendance à une utilisation accrue de l'hôpital (l'hospitalo-centrisme) ;
- Le centralisme administratif et l'insuffisance de la déconcentration ;
- Les dérives liées aux comportements et à certaines pratiques illicites qui pèsent négativement sur la bonne gestion des établissements de soins ;
- L'insuffisance de la participation des organisations professionnelles et des usagers à l'élaboration de la politique de santé, son suivi et son évaluation ;
- Le cloisonnement entre les différents systèmes, notamment public et libéral.



DEUXIEME PARTIE :
UN ENGAGEMENT
POUR UN SYSTEME DE
SANTE PERFORMANT
A L'HORIZON 2020

I- UNE VISION ANCRÉE DANS LA POLITIQUE GLOBALE DU PAYS

La nouvelle vision du secteur de la Santé à l'horizon 2020 s'inscrit dans le processus global de réformes initiées et conduites par SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI QUE DIEU L'ASSISTE visant le développement d'une société moderne, ouverte, tolérante et solidaire. Elle prend en considération les principes et les valeurs du développement humain durable.

Cette vision a été développée autour de stratégies visant à améliorer les performances du système de santé (son efficacité et sa réactivité) pour répondre au mieux aux besoins accrus de la population en matière de santé et de bien être de la population, et ce afin que :

- Tous les citoyens aient accès à des soins de santé, au moment opportun, selon leurs besoins et non leur capacité de paiement ;
- Les services de santé offerts soient de qualité, sécurisés, efficaces et axés sur le patient.

Cette vision s'inscrit aussi, dans le cadre des engagements internationaux du Royaume du Maroc en matière de santé, notamment ceux en rapport avec l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en l'an 2015.

Cette vision se fonde sur les valeurs de :

• **Équité :**

Le système de santé doit s'organiser de telle sorte à réduire les inégalités d'accès aux soins notamment entre les régions, les milieux (rural et urbain) et entre groupes sociaux. Ce qui devrait permettre à chaque citoyen de réaliser pleinement son potentiel de santé.

• **Solidarité**

Les réformes du système de santé devront être menées en s'appuyant sur un système plus solidaire pour garantir l'accessibilité aux soins à tous les citoyens et particulièrement les plus démunis.

• **Participation et responsabilisation**

La santé étant une valeur commune, sa préservation, engage la participation et la responsabilisation aussi bien du citoyen, du prestataire de service que des pouvoirs publics.

Les soins de santé sont devenus coûteux en raison de la forte demande et des coûts des technologies utilisées. Cette situation exige de la part des pouvoirs publics, du prestataire et du citoyen un engagement solidaire et responsable pour que :

- Le système de santé, par son organisation et la mise à la disposition des services, réponde à une demande exprimée en soins et à la protection de la santé (la promotion, la protection et la restauration de la santé) ;
- Le prestataire, par l'utilisation adéquate de moyens de diagnostic et de traitement efficace, s'engage à maîtriser les coûts dans une logique et une approche des coûts bénéfiques des actes ;
- Le citoyen soit individuellement conscient des comportements à risque et de sa participation à l'utilisation rationnelle des services de santé ;
- la collectivité et la société civile à travers ses organisations, concourent à la préservation et au maintien des conditions de vie saine par l'identification des problèmes et des besoins et par une collaboration à l'amélioration du système.

Ces valeurs seront le fondement des réformes dans lesquelles s'engage le système de santé.

2- LES RÉFORMES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les réformes engagées par le Ministère de la Santé sont pour certaines actuellement, au stade préparatoire et pour d'autres en cours de mise en œuvre. Ces réformes constituent une opportunité pour la définition d'un nouveau cadre stratégique du secteur de la santé pour l'amélioration de la situation sanitaire de la population dans les prochaines années.

2.1. LA RÉFORME INSTITUTIONNELLE

Pour améliorer sa gouvernance, le Ministère de la Santé a fait le choix de **la régionalisation** qui constitue l'élément clé de la nouvelle organisation du système de santé marocain. Cette réforme consistera à renforcer la déconcentration à travers un nouveau partage de rôles entre les niveaux central et local par le rehaussement de ce dernier pour en faire un partenaire efficace et crédible dans la planification et la mise en œuvre des programmes locaux de développement. Dans ce cadre, il est prévu dans un premier temps de mettre en place les directions régionales de la santé et de réadapter l'organisation centrale du Ministère en conséquence dans un deuxième temps. Trois régions sanitaires sont d'ores et déjà opérationnelles (Orientale, Grand Casablanca et Taza-Al Hoceima-Taounate).

2.2. LA RÉFORME JURIDIQUE

Sur le plan juridique, un grand chantier est ouvert visant d'une part, à actualiser l'arsenal juridique existant et d'autre part, à accompagner les nouvelles mesures introduites par les réformes en cours. Il s'agit essentiellement de mettre en place les outils réglementaires de la régulation et de la planification de l'offre de soins (carte sanitaire et schéma régional de planification de l'offre de soins), de la refonte de la législation relative aux professions de santé, de la restructuration du ministère et la création des régions sanitaires, de la vigilance et la veille sanitaire, de l'organisation hospitalière, de la motivation des ressources humaines. Il s'agit également de l'harmonisation et de l'actualisation du dispositif juridique sanitaire en matière de protection des droits de personnes dans le domaine de la santé. En fin, la publication rapide des textes relatifs à la mise en œuvre du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) et ceux relatifs à la mise en œuvre du code sur le médicament et la pharmacie.

2.3. LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

La réforme hospitalière a pour objectif de mettre à niveau les hôpitaux publics dans le cadre du nouvel environnement marqué par l'avènement de la Couverture Médicale de Base (CMB). Il s'agit de renforcer l'autonomie de gestion des hôpitaux, non seulement administrative et gestionnaire, mais surtout financière par un accroissement de leurs capacités d'autofinancement. Au delà de l'autonomie de gestion, la réforme hospitalière a également pour but de mettre à niveau les hôpitaux et d'améliorer la qualité de leurs prestations, afin qu'ils puissent répondre aux attentes des populations et relever par la même occasion le défi de la compétitivité.

2.4. LA RÉFORME DE FINANCEMENT

La mise en œuvre du code portant couverture médicale de base devra se poursuivre pour mettre en place le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour la prise en charge des soins des économiquement démunis et l'extension de l'AMO aux autres catégories de la population marocaine.

L'objectif attendu est d'améliorer davantage la solvabilité de la demande par la solidarité et la mutualisation du risque, mais également d'augmenter le financement global du système de santé qui ne représente aujourd'hui que 5% du PIB.

2.5. LA RÉFORME BUDGÉTAIRE

Conformément à la volonté de notre pays visant à améliorer l'efficacité de la dépense publique, l'approche basée sur la globalisation, la contractualisation et le partenariat devra être consolidée et renforcée. Conformément aux orientations générales de ces réformes, le Ministère de la Santé a pris en considération la nouvelle procédure lors de la préparation du budget au titre des deux cycles de planification budgétaire 2004-2006 et 2007-2009 dans une première étape. Dans le même cadre, un document de stratégie de contractualisation interne et un Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) ont été adoptés pour étendre cette nouvelle approche à l'avenir au niveau régional et local.

2.6. LE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ

Malgré les efforts déployés par la Ministère de la Santé, visant le développement d'une collaboration fructueuse entre les deux secteurs public et privé et le volontarisme de certains professionnels du secteur privé, la complémentarité entre le public et le privé est encore un souhait.

Les réformes du système de santé en cours notamment celles relatives à la Couverture Médicale de Base, la réforme hospitalière et à la régionalisation revêtent une grande importance et nécessitent l'implication de toutes les composantes du système de soins et l'intégration de l'ensemble de ces ressources.

Par conséquent, la bonne gouvernance du système, la réorganisation de son offre de soins pour une meilleure complémentarité et le bon usage de ses ressources disponibles et mobilisables imposent une réelle synergie entre l'ensemble les composantes du système.

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé s'est engagé dans une nouvelle réforme dont l'objectif est d'asseoir une véritable politique de partenariat pérenne entre les deux secteurs public et privé en matière de prestations de soins et de services. Les résultats attendus étant :

- Une approche méthodologique globale pour le développement d'un cadre partenarial prenant en considération les besoins de la carte sanitaire, la démographie médicale et les moyens disponibles des deux secteurs ;
- La mise en place de domaines précis et des formes innovantes de partenariat ;
- Des modes de délégation de la gestion du service public sanitaire et des prestations des services et des soins adaptés au système de santé ;
- Des formes d'encouragement et d'incitation des prestataires du secteur privé ;
- Des outils d'information, de concertation et de coordination ;
- Des outils d'évaluation, de suivi et de contrôle.

3- LES AXES STRATÉGIQUES DE LA VISION

Cette nouvelle vision est bâtie autours des axes stratégiques suivants :

1. Renforcement des actions de prévention, consolidation des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et développement des actions de lutte contre les maladies non transmissibles (maladies chroniques et dégénératives);
2. Amélioration de l'accès aux soins par la promotion de l'équité dans la répartition des ressources allouées et la réduction des écarts;
3. Résorption du déficit des effectifs du personnel de soins, faire face à la demande croissante et revalorisation du rôle des ressources humaines dans le secteur de la santé;
4. Pérennisation des acquis de la CMB et élargissement du financement du secteur de la santé par le développement de mécanismes collectifs et solidaires de partage du risque maladie;
5. Amélioration de la gouvernance du système de santé;
6. Généralisation de la réforme hospitalière et pérennisation de ses acquis notamment les outils de l'assurance qualité;
7. Garantie de l'accessibilité, de la disponibilité et de la sécurité du médicament;
8. Développement de la recherche en santé.

4. MISE EN ŒUVRE DE LA VISION

Cette vision est orientée vers la satisfaction des besoins des populations en matière de soins de santé. Dans ce contexte, le système de santé (public et privé) sera organisé de telle sorte à ce que l'être humain soit au centre de ses préoccupations. A travers la mise en place de mécanismes de partenariat aussi bien entre les deux secteurs public et privé qu'avec les autres acteurs du système de santé (départements ministériels, collectivités locales, organisations non gouvernementales, institutions internationales...) et d'instruments de pilotage et d'évaluation, cette vision, engage le système dans l'accompagnement de la dynamique de développement socio économique national pilotée par **Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu l'Assiste.**

Sa mise en oeuvre sera articulée autour de huit axes stratégiques, ensemble d'actions cohérentes et intégrées dont l'exécution permettra au système de réaliser ses objectifs.

Axe 1 : Renforcement des actions de prévention, consolidation des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et développement des actions de lutte contre les maladies non transmissibles

Le système de santé continuera à faire de la prévention, son cheval de bataille en matière de santé publique. Cette bataille intégrera un nouveau souci que la conjoncture internationale impose, celui de la sécurité sanitaire. Le système de surveillance sanitaire va, à cet effet, connaître un renforcement important pour lui permettre d'assurer une veille efficace et d'être en mesure de riposter à toute menace de pandémie ou toute autre situation de risque majeur.

En raison de la transition épidémiologique et des changements que connaît la demande de soins et la structure de morbidité, la promotion de la santé va prendre plus de place dans la politique de santé en vue de promouvoir les modes de vie sains, de mieux agir sur les facteurs de risque et permettre et faciliter la participation de la population aux actions de santé publique.

Dans ce domaine, la définition d'une stratégie globale de lutte contre les maladies non transmissibles permettra plus d'intégration et plus de cohérence entre les différentes actions à mener.

Axe 2 : Amélioration de l'accès aux soins par la promotion de l'équité dans la répartition des ressources allouées et la réduction des écarts

Le système de santé doit avoir la capacité de permettre à la population notamment vulnérable un accès équitable aux soins. Cette capacité sera développée à travers 3 types d'actions :

- La réorganisation du système de soins dans le cadre du nouveau schéma de déconcentration où la région aura une place reconnue pour jouer un rôle de partenariat, de coordination, de planification et de supervision de la mise en oeuvre des politiques de santé ;
- Le développement d'outils de planification et de régulation de l'offre de soins notamment la carte sanitaire et le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS). Ces outils contribueront à résoudre les iniquités par la mise en place d'un mécanisme transparent et équitable d'allocation des ressources ;
- La mise en place de mécanismes d'incitation à l'investissement dans le domaine de la santé surtout dans les zones rurales combinées à une incitation en direction des ressources humaines.

Axe 3 : Résorption du déficit des effectifs du personnel de soins, faire face à la demande croissante et revalorisation du rôle des ressources humaines dans le secteur de la santé

La place des professionnels de santé revêt une importance capitale dans la production des soins de qualité. Malgré les efforts déployés en matière de formation des ressources humaines qui ont permis d'augmenter sensiblement les effectifs, un déficit important persiste. Sa résorption constitue un défi majeur qui doit permettre au système de dépasser le seuil de pénurie aigue actuel et d'accompagner l'évolution des besoins du pays en terme d'encadrement.

Cette vision amènera le système à passer d'un ratio de 1,86 personnels médicaux et paramédicaux pour 1.000 habitants à 3 pour 1.000 à l'horizon 2020 pour garantir une couverture sanitaire efficace pouvant contribuer de manière durable à l'amélioration de l'état de santé. La programmation se fera en deux étapes :

- L'utilisation optimale et le renforcement des capacités de formation des professionnels de santé à travers, d'une part, le relèvement du numerus clausus des facultés de médecine actuelles et la création de nouvelles facultés de médecine et Centres Hospitaliers Universitaires, et d'autre part, le développement de la formation des paramédicaux dans les établissements publics et privés ;
- La mise en place d'une nouvelle stratégie de ressources humaines en mesure d'assurer la couverture des besoins, la répartition adéquate des compétences et leur valorisation dans le secteur public et privé. L'initiative du gouvernement de former 3.300 médecins par an à l'horizon 2020 est l'une des solutions à ce problème.

Axe 4 : Pérennisation des acquis de la CMB et élargissement du financement du secteur de la santé par le développement de mécanismes collectifs et solidaires de partage du risque maladie

La Couverture Médicale de Base constitue, désormais, un des leviers de développement du secteur de la santé. Elle est aussi, un vecteur de l'amélioration des performances du système de santé. Sa mise en œuvre, qui se fait selon une approche progressive et pragmatique, est aujourd'hui confrontée à trois défis majeurs qu'il va falloir relever pour permettre d'avoir l'impact requis sur l'accès aux soins.

Il s'agit, tout d'abord d'élargir le bénéfice de la CMB aux autres catégories, en suite d'étendre pour chaque régime (AMO, INAYA¹¹ et RAMED), la couverture à l'ensemble de la population cible et enfin, de traduire les principes d'équité et de solidarité qui constituent l'esprit même de la loi 65-00 sous forme de mécanismes et de modalités concrètes permettant l'accessibilité à des soins de qualité à toute la population.

11- Terme arabe qui signifie : Prendre Soins de Vous

Pour atteindre les objectifs qui permettront d'améliorer le financement du système de santé et de bâtir, par conséquent, son financement sur des bases plus solidaires et équitables à l'horizon 2020, il sera procédé à :

- La consolidation et le renforcement du rôle d'encadrement, de régulation, de normalisation et de coordination de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) ;
- La mise en place de structures nationales pérennes capables de jouer le rôle de contrôle technique, de piloter et de mettre en œuvre la réforme de la CMB ;
- L'introduction et l'organisation de l'assurance maladie complémentaire ;
- La mise en place de mécanismes permettant une participation effective au renforcement de la CMB des usagers et des professionnels de santé.

D'autre part, et compte tenu du déficit accumulé dans le financement du système ainsi que du rôle que l'État doit continuer à jouer pour résorber le déficit en investissement et en ressources humaines notamment dans les zones enclavées, il est nécessaire de maintenir le renforcement du financement public à travers le budget du Ministère de la Santé. Cet effort devrait permettre de retrouver, à l'horizon 2020, au moins le ratio des années 70 où la part dans le budget de l'État se situait à 7%. L'effort de l'État dans ce sens doit continuer de façon régulière pour aboutir à un taux de 6% en 2010 et 10% en 2020. Cet effort doit être accompagné par un appui du secteur libéral et un encouragement de l'investissement dans le secteur de la santé. La création d'un **Fond de Cohésion Sanitaire** qui pourrait être financé par des produits de la taxe sur l'alcool, le tabac, etc, devrait constituer un moyen viable de renforcement de ce financement.

Axe 5 : Amélioration de la gouvernance du système de santé

La complexité du système et le besoin de coordination qu'exigent les réformes de santé engagées incitent à accorder un intérêt particulier à la bonne gouvernance comme enjeu majeur dans le développement harmonieux du système de santé. Cette bonne gouvernance s'appuiera sur des organes et des mécanismes nouveaux pour garantir un pilotage efficace des actions de santé et la participation des différents acteurs notamment les représentants des usagers, dans la formulation, l'exécution et l'évaluation des politiques de santé.

Dans ce cadre, il est prévu de :

- Mettre en place le **Conseil Supérieur Consultatif de la Santé** qui aura notamment pour missions de donner son avis sur la politique nationale de santé et les priorités sanitaires. La création de cette institution sera l'expression manifeste de la démocratie sanitaire dans laquelle se sont engagés beaucoup de pays ;

- Accélérer la mise en œuvre de la politique de régionalisation et permettre aux régions sanitaires de disposer de l'autonomie et des moyens d'action nécessaires en s'appuyant notamment sur la contractualisation ;
- Développer un cadre réglementaire et les mécanismes de coordination nécessaires pour asseoir le partenariat public-privé sur des bases solides lui permettant de jouer un rôle actif dans l'amélioration de l'accès aux soins ;
- Renforcer la transparence, veiller à la moralisation des pratiques professionnelles et mettre en place des procédés d'écoute des doléances et plaintes des patients ;
- Renforcer les actions de coopération bilatérale et multilatérale et adopter de nouvelles formes de partenariat notamment avec les collectivités locales et les Organisations Non Gouvernementales.

Axe 6 : Généralisation de la réforme hospitalière et pérennisation de ses acquis notamment les outils de l'assurance qualité

La réforme hospitalière est une mesure nécessaire pour restaurer la confiance des patients et mieux répondre à leurs besoins. Sa généralisation permettra aux hôpitaux de se restructurer et de disposer des capacités de gestion et des plateaux techniques nécessaires pour améliorer leurs performances.

Sa pérennisation exige l'institutionnalisation des outils d'assurance qualité notamment l'accréditation hospitalière, les vigilances sanitaires et la promotion des recommandations de règles de bonnes pratiques cliniques.

Cette pérennisation devra s'appuyer sur la mobilisation d'équipes de gestionnaires professionnels capables de relever le défi de la performance et de l'assurance qualité.

Axe 7 : Garantie de l'accessibilité, de la disponibilité et de la sécurité du médicament et des produits de santé

La satisfaction des besoins de la population en matière de santé est tributaire de la capacité du système à assurer l'accès des populations aux médicaments et produits de santé de qualité. Des efforts importants ont été consentis dans ce sens par l'industrie pharmaceutique nationale qui approvisionne le marché local de plus de 70 % des besoins. Il reste toutefois nécessaire de consolider ces efforts à travers la mise en œuvre des dispositions du nouveau code sur le médicament et les produits de santé notamment :

- La réorganisation du secteur pharmaceutique pour lui permettre de s'adapter aux nouveaux enjeux de la mondialisation ;
- Le développement de la production du générique et la promotion de son utilisation;

- Le renforcement des mécanismes de contrôle et de régulation du secteur pharmaceutique ;
- La révision de la fiscalité des médicaments, la régulation du marché des dispositifs médicaux et l'encadrement de leurs prix ;
- L'instauration d'une réglementation spécifique pour l'expérimentation dans le domaine pharmaceutique.

Axe 8 : Développement de la recherche en santé

La recherche en santé est désormais un instrument nécessaire des politiques de santé. Elle permet de générer de l'information utile à la prise de décision et à l'élaboration des politiques et des priorités de santé. Dans le cadre de cette vision, il sera procédé à la création et la mise en place d'un **Observatoire National de Recherche en Santé** qui aura comme missions principales de :

- Identifier les besoins et les priorités en matière de recherche en santé notamment celles relatives à la recherche sur les systèmes de santé et la recherche clinique ;
- Veiller à la mobilisation des fonds nécessaires pour le financement des projets de recherche en santé sur la base d'un appel à projets ;
- Veiller à la dissémination et l'utilisation des résultats de la recherche en santé ;
- Élaborer un cadre juridique adéquat à cet effet qui promeut la recherche en santé dans un environnement de respect des droits de l'homme.

CONCLUSION

Cette vision du secteur de la santé s'inscrit dans les hautes orientations de Sa Majesté le ROI Mohammed VI, Que Dieu L'Assiste, pour placer la santé au cœur des préoccupations gouvernementales, avec le souci de développer un système de soins pour tous qui soit à la fois :

- Respectueux des droits humains fondamentaux tels qu'ils sont universellement reconnus, et au premier plan ceux relatifs au respect de l'intégrité, de la dignité et de la liberté de la personne humaine ;
- Orienté vers l'objectif de concourir essentiellement à allonger l'espérance de vie en bonne santé du citoyen et à améliorer la qualité de son existence afin de permettre son implication active dans le développement économique et social du pays ;
- Fondé sur des principes intangibles tels que :
 - i. L'élargissement de la solidarité et de la responsabilité individuelle et collective de la population dans la préservation, la conservation et la restauration de la santé ;
 - ii. L'organisation d'une offre de soins équitable, décentralisée et hiérarchisée
 - iii. La recherche continue de l'amélioration de la qualité des services ;
 - iv. L'instauration d'un mode de financement équitable, suffisant et pérenne ;
 - v. La participation de la population au développement du système de santé.

Sur ces bases, les propositions qui en résultent ont permis de définir des objectifs à moyen/long terme jugés prioritaires parmi les possibles. Cependant, compte tenu des incertitudes et de l'importance probable des évolutions à cet horizon, il est illusoire de penser tout anticiper. Le renforcement de la capacité d'adaptation du système (observation, flexibilité, organisation,...) pour faire face à ces transformations et changements possibles est en soi aussi un axe de réflexion qu'il conviendra de prolonger.

Une refondation du système national de santé pour atteindre les objectifs de 2020 supposera nécessairement l'adaptation à cet environnement des acteurs actuels du système et aussi l'émergence de nouveaux acteurs. Elle impliquera une redéfinition du rôle de l'État dans l'orientation générale de la politique et la régulation du système de santé. Elle mettra en confrontation des intérêts et des logiques contradictoires, à charge pour l'État d'assumer les

arbitrages nécessaires. Elle devra faire face, enfin, à une exigence de redistribution des rôles et des responsabilités des différents partenaires publics et privés.

En raison de l'importance stratégique de la refondation d'un système de santé autour des valeurs, objectifs et principes directeurs précités, de ses implications économiques et sociales et de ses répercussions politiques et culturelles, le processus d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des actions, exige la mobilisation et la participation de tous les acteurs sociaux, mais aussi économiques et politiques dans le cadre d'une telle vision stratégique nationale à moyen et long terme. Conformément à la réforme sur la décentralisation, celle-ci devra ensuite se décliner à l'échelon régional et local.

Ce processus exigera nécessairement l'allocation de ressources humaines, financières et matérielles conséquentes, en progression notable par rapport aux niveaux actuels, ainsi qu'une recherche systématique de l'efficacité. Il sera également nécessaire de procéder à une révision des plans de développement provinciaux et communaux pour assurer la cohérence, la complémentarité et l'intégration des stratégies sectorielles de santé qui découlera de cette vision, avec les autres actions de programmation, notamment avec les projets INDH et les autres projets de l'État et des établissements publics.

À cet égard, une planification stratégique régionale à court et à moyen terme est nécessaire à mettre en place, en tant que composante intégrale d'une planification nationale, stratégique, concertée et décentralisée et cadre d'intégration, de concertation et de coordination des plans infrarégionaux et locaux.

Cette planification stratégique régionale sera fondamentale pour l'instauration progressive d'un nouvel ordre sanitaire fondé, d'une part, sur la région collectivité territoriale décentralisée et centre économique de décision, et d'autre part, sur la région vecteur d'intégration et de coopération décentralisée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dix (10) années d'épidémiologie au service de santé, DELM. Ministère de la Santé 2000.
2. Abdelkrim BENNIS : le système de soins de santé au Maroc : quelques éléments d'analyse de ses atouts et faiblesses.
3. Charte de la santé (document interne).
4. Comptes Nationaux de la Santé, M.S, 2001.
5. Enquête épidémiologique sur le tabagisme chez les jeunes, DELM, novembre 2001.
6. Enquête nationale Population et santé (ENPS), Maroc 2003-2004, Ministère de la Santé.
7. Enquête nationale sur la santé psychomotrice, DELM, M.S, 2004.
8. Enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, DELM, M.S, 2000.
9. Étude sur la charge de morbidité globale au Maroc, Rapport de synthèse, DPRF, Ministère de la Santé, 2002 .
10. Plan de développement sanitaire 2000-2004, Direction de la planification et des ressources financières (DPRF), Ministère de la santé.
11. Politique de santé de l'enfant au Maroc, Analyse de situation, Direction de la Population, Ministère de la Santé, 2005.
12. Politique de Santé acquis, défis et objectifs, Plan d'action 2005-2007, DPRF, Ministère de la santé .
13. Rapport 50 ans de Développement Humain & Perspectives 2025.
14. Rapport annuel de l'OMS « travailler ensemble pour la santé », 2006.
15. Rapport de revue/identification de l'appui de la CE à la consolidation de la CMB au Maroc, Mars 2007.
16. Rapport technique santé « vision 2015 » CREDES.
17. Réalisations gouvernementales dans le domaine de la santé 2002-Mars 2005.
18. Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), Haut Commissariat au Plan 2004.
19. Recueil des statistiques des accidents corporels de la circulation routière, Direction des routes et de la circulation routière, Ministère de l'équipement, 2005.
20. Répertoire de l'Offre de Soins 2006, DPRF, M.S.
21. Santé des jeunes et des adolescents, Principes de base, Ministère de la Santé, 2006.
22. Santé en chiffres 2005, Ministère de la Santé, DPRF.
23. Vision stratégique 2015, DELM, M.S.
24. Ministère de la Santé, «Enquête nationale à indicateurs multiples et santé des jeunes», 2006.
25. M. M'hamed ZRIOULI (Socio-économiste et Chercheur) : «INDH, une approche stratégique», 2005.

WEBOGRAPHIE

1. <http://www.hcp.ma>
2. <http://www.Sante.gov.ma>
3. <http://www.Finances.gov.ma>
4. <http://www.social.ma>
5. <http://www.tanmia.ma>
6. <http://www.undp.org>
7. <http://www.who.org>



ANNEXES

1. Liste des participants aux ateliers
du 21 et 22 avril 2006
2. Abréviations et sigles



I. LISTE DES PARTICIPANTS AUX ATELIERS DU 21 ET 22 AVRIL 2006

ATELIER I : L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Pr. My Tahar ALAOUI | 25. Dr. Hassan SEMLALI |
| 2. Dr. Michel ETCHEPARE | 26. Dr. Radouane BELOUALI |
| 3. M ^{me} . Khadija MESHAK | 27. Mr. Ahmed CHAHIR |
| 4. Dr. BELGHITI ALAOUI | 28. Dr. Nadia BEZAD |
| 5. Dr. Nouredine CHAOUKI | 29. M ^{me} . Corine BOULET |
| 6. Dr. Abdelhai LAGHMAM | 30. Dr. Fouad BOUCHAREB |
| 7. Pr. Rajae AOUAD | 31. Dr. Kamel AHMED |
| 8. Pr. Noufissa BENCHEMSSI | 32. Dr. El Habib EL HARROUDI |
| 9. Pr. El ANDALOUSSI | 33. Dr. Ahmed BENDALI |
| 10. Dr. Amine EL HASSANI | 34. Dr. Abdelkader BASSTOUNE |
| 11. Dr. Mohamed HAMOUIYI | 35. Dr. Salah Eddine BENNANI |
| 12. Dr. Mustapha BOUADDI | 36. Dr. Abdelmalek KHADIRI |
| 13. Dr. Mohamed CHERRADI | 37. Mr. Ahmed LJAZOULI |
| 14. Dr. Mohamed Saizout TAZI | 38. Mr. Abderrahman ALAOUI |
| 15. Mr. Mohamed Salem ESSABTI | 39. Mr. Ahmed AIT MALEK |
| 16. Mr. Sidi Ahmed ECHERRADI | 40. Dr. Hassan AKHADDAM |
| 17. Pr. Omar ESSADKI | 41. M ^{me} . Fatima CHIHEB |
| 18. Mr. Abeslam NADAH | 42. Mr. Mostafa AASFARA |
| 19. Dr. Samir DEMNATI | 43. Mr. Mohamed ABED |
| 20. Dr. Reda TEMSANRANI | 44. Mr. Med Larbi ARRACH |
| 21. Mr. Bouarfa ADDI | 45. M ^{me} . Boutaina CHERKAOUI |
| 22. Mr. Abdelmajid BOUBEKRI | 46. Mr. Abdelaziz ZGUIOUER |
| 23. Mr. Abdellah RATTAL | 47. Mr. Mustapha BENNOUNA |
| 24. Dr. Younès ZERDALI | 48. Mr. Lakbir El hadi EL HALI |

ATELIER II : LE FINANCEMENT

- | | |
|---|---|
| 1. Mr. Taieb BENCHEIKH | 15. Mr. Ramdane BENQADIL |
| 2. Mr. Dimitri BIOT | 16. Mr. My Driss ZINE EDDINE EL IDRISSE |
| 3. Mr. Jilali HAZIM | 17. M ^{me} . Zoulikha FARAJ |
| 4. M ^{me} . Lalla Asma EL ALAMI EL FELLOUSSE | 18. Mr. Abdellah SADIKI |
| 5. Mr. Smail AACHATI | 19. Mr. Fouad BENJELLOUNE |
| 6. Mr. Abdelaziz ADNANE | 20. Mr. Hassan BENSAID |
| 7. M ^{me} . Fatiha TAYEB | 21. Mr. Ahmed SERJI |
| 8. Mr. Mohamed SALEM ECHARGAOUI | 22. Dr. M. Abdelouahab CHERRADI |
| 9. M ^{me} . Samia CHAKRI | 23. Mr. Abderrahim BERRAQUI |
| 10. Mr. Mohamed HAZIM | 24. Mr. My Hachem EL MIRI |
| 11. Mr. Jilali CHARROUK | 25. Dr. Lalla Aicha LAMRANI |
| 12. Mr. Abdelaziz NIHOUC | 26. Mr. Hamid BEKKAR |
| 13. Mr. Saif Eddine SENOUCI | 27. Mr. Saifeddine LAHBIL |
| 14. Mr. Abdessalam BENABBOU | 28. Mr. Belgacem KHATBI |

ATELIER III : LA PROBLÉMATIQUE DES RESSOURCES HUMAINES

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Mr. Rachid M'RABET | 19. Mr. Boubker ZERHOUNI |
| 2. Mr. Jean-Pierre LANCRY | 20. Mr. Ali LOTFI |
| 3. Mr. M'Hamed BENELKADI | 21. Dr. Abdellkader TERFAI |
| 4. Dr. Abdelilah FOUNTIR | 22. Mr. Abdeslam ABALI |
| 5. Dr. Rachid BEKKALI | 23. Dr. Ghizlane EL HASSANI |
| 6. Pr. Omar CHERKAOUI | 24. Dr. Farid TANJAWI JAZOULI |
| 7. Pr. Abderrahmane MAAROUFI | 25. M ^{me} . Amal BENKIRANE |
| 8. Dr. Ahmed BOUGATAYA | 26. Dr. Mbarek BAGHO |
| 9. Mr. Saheb DIADIALLAH | 27. Dr. Omar EL MENZHI |
| 10. Dr. Farah EL AITIAOUI | 28. Dr. Abdelaziz RIHANI |
| 11. M ^{me} . Soumia ZEKROUM | 29. Mr. Tarik BENSALAM |
| 12. Pr. Amal EL OUAZZANI | 30. Mr. Mostafa CHOUITER |
| 13. Pr. M. AHALLAT | 31. Dr. IDRISSI AZZOUZI |
| 14. Mr. Noureddine ERRAOUI | 32. Mr. Mohamed ZEDMARI |
| 15. Dr. Mostapha BOUAISSI | 33. Dr. Wafa CHEMAO EL FIIHRI |
| 16. Dr. Youssef LHOR | 34. Mr. Aziz EL MALKI |
| 17. Dr. Wafa BEN ZAOUIA | 35. Mr. Said LATRACHE |
| 18. Mr. Abdelmajid EL OUADI | 36. M ^{me} . Johanne ST-ONGE |

ATELIER IV : LE MÉDICAMENT ET LA PHARMACIE

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Mr. Rhaouti Mohamed LAGHDAF | 11. Dr. Latifa CHEBLI ALAMI |
| 2. Mr. Christophe PENICAUD | 12. Mr. Taoufik KHATTABI |
| 3. Pr. Abdelaziz AGOUMI | 13. Mr. Aziz KHAYATI |
| 4. Pr. Mohammed HASSAR | 14. Dr. M'hammed JABRI |
| 5. Mr. Chakib TAZI | 15. Mr. Ali SEDRATI |
| 6. Pr. Rachida SOULAYMANI BENCHEIKH | 16. Dr. Majda NAIM |
| 7. Dr. Abdelmoumen MAHLY | 17. M ^{me} . Lamia FAIK |
| 8. Pr. Farid HAKKOU | 18. M ^{me} . Samira EL HAIEK |
| 9. Mr. Ahmed ZERHOUNI | 19. Mr. Abdelaziz CHOUBIK |
| 10. Pr. Najia HAJJAJ | 20. Dr. El Hachemi BOUZBIB |

2. ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AMO	:	Assurance Maladie Obligatoire
AMSITS	:	Association Marocaine des Sciences Infirmières et des Techniques de Soins
ANAM	:	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
AVCI	:	Années de Vie Corrigée du facteur Invalidité
CDMT	:	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDT	:	Confédération Démocratique du Travail
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CIRC	:	Centre International de Recherche sur le Cancer
CMB	:	Couverture Médicale de Base
CMG	:	Charge de Morbidité Globale
CREDES	:	Bureau d'Etudes International dont la Vocation est la Consultance en Santé Publique
DDT	:	Dichloro Diphényl Trichloroéthane
DPRF	:	Direction de la Planification et des Ressources Financières
DELM	:	Direction de l'Epidémiologie et des Lutte Contre les Maladies
EDQM	:	Direction Européenne de la Qualité du Médicaments
ESSB	:	Établissements de Soins de Santé de Base
EVN	:	Espérance de Vie à la Naissance
FDT	:	Fédération Démocratique du Travail
FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
IEC	:	Information Éducation Communication
INDH	:	Initiative National de Développement Humain
IPM	:	Institut Pasteur du Maroc
IRM	:	Imagerie par Résonance Magnétique
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
MS	:	Ministère de la Santé
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
OPALS	:	Organisation PanAfricaine de Lutte contre le SIDA
PAGER	:	Programme d'Approvisionnement Groupé en Eau Potable pour la Population Rurale
PIB	:	Produit Intérieur Brut
POP _s	:	Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants (Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants)
RAMED	:	Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis
SIDA	:	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SRAS	:	Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
SROS	:	Schéma Régional de l'Offre de Soins
UGTM	:	Union Générale des Travailleurs du Maroc
UMT	:	Union Marocaine des Travailleurs
UNMT	:	Union Nationale Marocaine du Travail
USPPI	:	Urgences de Santé Publique à Portée Internationale
VIH	:	Virus d'Immunodéficience Humain

