

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé



المملكة المغربية
وزارة الصحة

Stratégie sectorielle de santé 2012-2016

Mars 2012

•• Sommaire ••

| | |
|--|----|
| Préface | 5 |
| Section 1 : Contexte et Profil de la Santé au Maroc | 7 |
| I- Profil de la Santé au Maroc | 9 |
| 1.Les acquis | 9 |
| 1.1 Maîtrise de l'accroissement démographique..... | 9 |
| 1.2 Gain important en espérance de vie..... | 11 |
| 1.3 Accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile..... | 11 |
| 2.Les principales contraintes | 13 |
| 2.1 Difficultés d'accès aux soins..... | 13 |
| 2.2 Importance des paiements directs des ménages..... | 14 |
| 2.3 Pénurie aiguë en ressources humaines..... | 16 |
| II-Contexte Mondial et National | 19 |
| 1.Contexte mondial | 19 |
| 1.1.La déclaration du Millénaire pour le développement..... | 19 |
| 1.2.Crise financière mondiale..... | 19 |
| 1.3.Le Printemps Arabe..... | 20 |
| 1.4.Les nouveaux défis liés à la Santé..... | 20 |
| 2.Contexte national | 20 |
| Section 2 : Bases de la Planification Sectorielle | 21 |
| 1.La Santé dans la nouvelle Constitution | 23 |
| 2.La santé dans le programme du Gouvernement | 24 |
| 2.1.Actions spécifiques au secteur de la santé..... | 24 |
| 2.2.Actions communes et intersectorielles..... | 25 |
| 3.Les objectifs et stratégie de développement du secteur de la santé | 27 |
| 3.1.Les objectifs..... | 27 |
| 3.2.La stratégie de développement du secteur..... | 27 |
| Section 3 : Axes d'intervention et Plans d'Actions Spécifiques | 31 |
| Axe 1 : Amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services | 34 |
| 1.Organisation et développement des soins médicaux d'urgence..... | 35 |
| 2.Extension et mise à niveau de l'offre de soins hospitalière..... | 37 |
| 3.Réorganisation des filières de soins et développement de la santé de la famille..... | 39 |
| 4.Développement de la Santé en milieu rural..... | 40 |

| | |
|---|-----|
| Axe 2 : Renforcement de la santé de la mère et de l'enfant | 41 |
| 1. Accélération de la réduction de la mortalité maternelle..... | 42 |
| 2. Développement de la lutte contre la mortalité néonatale..... | 43 |
| 3. Promotion de la maternité sans risque..... | 44 |
| 4. Promotion de la Santé de la Reproduction..... | 45 |
| 5. Santé de l'Enfant..... | 47 |
| 6. Nutrition..... | 47 |
| Axe3 : Santé des populations à besoin spécifiques | 50 |
| 1. Santé scolaire et universitaire et promotion de la santé des jeunes..... | 50 |
| 2. Handicap et personnes âgées..... | 50 |
| 3. Enfants et femmes victimes de violence..... | 51 |
| Axe 4 : Renforcement de la surveillance épidémiologique et développement des vigilances sanitaires | 57 |
| I. Réforme de la santé publique et des vigilances sanitaires..... | 57 |
| II. Prévention et contrôle des maladies transmissibles..... | 61 |
| III. Plan stratégique national du VIH-Sida..... | 64 |
| Axe 5 : Développement du contrôle des maladies non transmissibles | 66 |
| I. Prévention et contrôle des maladies chroniques et du cancer..... | 66 |
| II. Lutte contre les troubles mentaux de l'adulte et de l'enfant, et contre les toxicomanies..... | 71 |
| III. Santé buccodentaire..... | 75 |
| IV. Prévention et contrôle des maladies rares..... | 78 |
| V. Santé Environnement..... | 80 |
| Axe 6 : Développement et maîtrise des ressources stratégiques de la santé | 85 |
| I. Mobilisation des ressources humaines..... | 85 |
| II. Couverture Médicale de base..... | 88 |
| III. Médicaments et dispositifs médicaux..... | 91 |
| Axe 7 : Améliorer la Gouvernance du secteur de la santé | 95 |
| I. Action sur les déterminants sociaux de la santé..... | 95 |
| II. Renforcement de l'encadrement législatif et réglementaire du secteur..... | 97 |
| III. Renforcement de la Régionalisation..... | 101 |
| IV. De la sous-traitance au Partenariat Public Privé..... | 102 |



Préface

La Stratégie Sectorielle « Santé » pour la période 2012-2016 s'inscrit dans la mise en œuvre du programme du gouvernement. Dans son élaboration, le Ministère de la Santé (MS) a tenu compte du besoin de consolider les acquis des stratégies antérieures et de répondre aux nouveaux besoins. Toutefois, les transformations politiques et sociales qu'a connu le Maroc, au même titre que la majorité des pays arabes, nous ont interpellé pour changer d'approche en vue de donner un écho sectoriel aux dispositions de la nouvelle constitution et notamment celles relatives aux droits d'accès aux soins et à la couverture médicale. Notre adaptation à ce nouvel environnement nous a amené à intégrer deux nouvelles approches dans la formulation de notre stratégie : une approche de droits humains et une approche de démocratie sanitaire ; et ce en plus de l'approche de renforcement des systèmes de santé préconisée par l'OMS.

Ainsi, les principales actions de nature sanitaire retenues ont trait à la restructuration des urgences médicales, à l'amélioration de l'accueil, et de la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles notamment la santé mentale et les cancers, à la consolidation de la santé rurale et de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, en plus de la généralisation du RAMED, de l'amélioration de la gestion des ressources humaines et de la mise à niveau des hôpitaux. Le développement d'une politique pharmaceutique nationale et la révision des prix des médicaments figurent également parmi les priorités de notre stratégie sectorielle.

Quant aux actions qui ont trait à la bonne gouvernance, elles comprennent la mise en place d'un processus de consultation et de participation appelé « INTIDARAT » qui vise l'initiation d'une nouvelle culture de démocratie sanitaire comme stipulée dans la nouvelle constitution et qui devrait déboucher vers l'élaboration d'une charte nationale de la santé. Elles comprennent également le renforcement de la régionalisation et le partenariat public-privé.

Dans toutes les stratégies sectorielles, un cadrage financier et réglementaire est nécessaire et il ne peut être entièrement anticipé vu les aléas qui entourent le processus d'élaboration des lois des finances. C'est pour cela qu'il ne peut être envisagé que dans un cadre de plaidoyer, de négociation et de solidarité gouvernementale.

La stratégie sectorielle pour la période 2012-2016 comprend sept axes stratégiques : (1) L'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services, (2) Le renforcement de la santé de la mère et de l'enfant, (3) La promotion de la santé des populations à besoins spécifiques, (4) Le renforcement de la surveillance épidémiologique et développement des vigilances sanitaires, (5) Le développement du contrôle des maladies non transmissibles, (6) Le développement et maîtrise des ressources stratégiques de la santé et (7) L'amélioration de la gouvernance du système de santé.

Nous sommes conscients que la formulation d'une stratégie sectorielle ne garantit pas sa réalisation ; c'est pour cela que nous prévoyons de renouer avec la gestion axée sur les résultats à travers la mise en place de contrats-programmes avec les directions régionales de santé. Nous comptons également mettre en place des mécanismes de supervision et de ciblage pour donner le plus de chance à notre stratégie d'aboutir.

Enfin, comme dans toute politique ou stratégie, il y a des enclencheurs et il y a des porteurs ; et ce sont les porteurs qui font réussir les stratégies. Les porteurs de notre stratégie sont nombreux et de différents profils : médecins, infirmiers, administrateurs, gestionnaires etc. Chacun d'eux a un rôle à jouer pour faire aboutir les actions que nous nous engageons à mener. Nous comptons beaucoup sur leur contribution et leur mobilisation, et ils peuvent également compter sur l'engagement du Ministère de la Santé pour faire aboutir leurs doléances en étroite collaboration avec leurs représentants qui constituent nos premiers partenaires sectoriels.

Pr. El Houssaine Louardi
Ministre de la Santé

Section 1 :

**CONTEXTE ET PROFIL
DE LA SANTE AU MAROC**

I- Profil de la Santé au Maroc

Le contexte sanitaire actuel au Maroc reste marqué par un certain nombre d'acquis mais aussi par des déficits relativement importants, notamment au niveau de la fourniture des services aux individus, perçue comme peu réactive et de qualité discutable, ce qui rend le système de santé peu attractif aux yeux du citoyen. Certes, la situation sanitaire mesurée en terme de réduction de la mortalité et de la morbidité, s'est manifestement bien améliorée, sans pour autant que cette amélioration soit bien remarquée par la population. Aussi, la description de ce contexte permettra de dégager une appréciation sur l'état réel des lieux pour mieux appréhender les priorités, les objectifs et le choix de la stratégie la mieux adaptée que le MS compte déployer dans le cadre de son prochain plan d'action 2012-2016.

1. Les acquis

Les principaux acquis non contestés dans le secteur de la santé sont :

1.2 Maîtrise de l'accroissement démographique

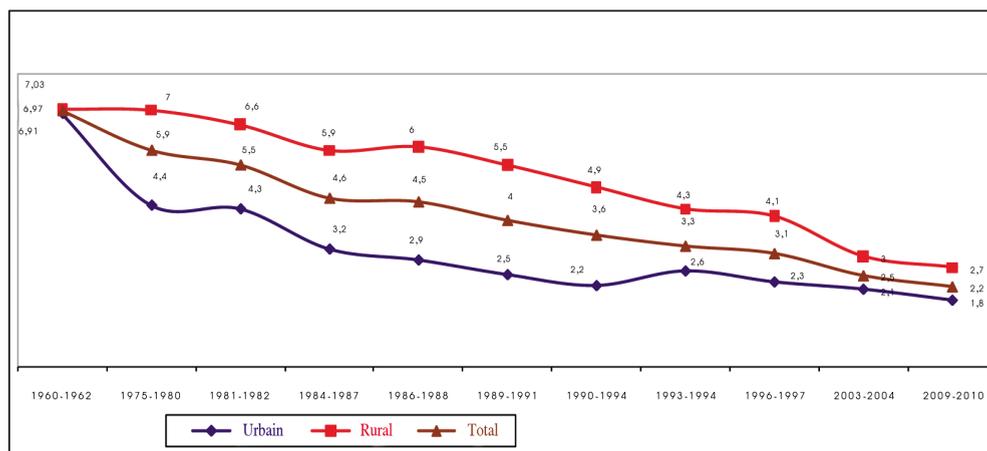
En 50 ans la population marocaine a presque triplée en passant de 11.6 millions en 1960 à 32 millions en 2011. Durant la même période le taux annuel d'accroissement démographique est passé de 2.6 % à 1.05 %.

Tableau 1 : Evolution de la population et du taux d'accroissement annuel au Maroc

| Année | Population totale | Taux d'accroissement % |
|-------|-------------------|------------------------|
| 1960 | 11 626 470 | 2,58 |
| 1971 | 15 379 259 | 2,58 |
| 1982 | 20 419 555 | 2,61 |
| 1994 | 26 073 717 | 2,06 |
| 2004 | 29 891 708 | 1,38 |
| 2011 | 32 187 000 | 1,05 |

Cette forte réduction montre que le Maroc est en cours d'achèvement de sa transition démographique qui se traduit par ailleurs par un déclin de la fécondité et de la mortalité. En effet l'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé durant la même période de 7 à 2.2 enfants par famille soit 5 enfants de moins qu'il y a 50 ans.

L'écart entre milieux, exprimé par le ratio rural/urbain, a tendance à s'atténuer. En effet, celui-ci s'est établi à 1,46 en 2010 contre 1,6 en 1975-1980. C'est ce qui se dégage de la lecture du graphique suivant qui retrace l'évolution de l'ISF de 1960 à 2010 au niveau national et par milieu de résidence (Graphique1).



Graphique 1 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité entre 1960/62 et 2009/2010

Cette baisse de la fécondité s'explique en grande partie par le recul de l'âge au premier mariage d'une part, et d'autre part, par une plus grande utilisation des moyens contraceptifs. En 2010¹, les femmes se sont mariées en moyenne à 26,6 ans et les hommes à 31,4 ans, soit par rapport à 1960, respectivement de 9,3 ans et 7,5 ans plus tard. L'écart d'âge au mariage entre les deux sexes s'est ainsi rétréci en passant de 6,6 à 4,8 ans. Ces mutations ont incontestablement des effets sur la demande de soins et supposent une réorganisation et un développement de l'offre. Elles ont également une influence sur la demande d'emploi puisque c'est la population active (15 - 59 ans) qui a absorbé les variations de la structure démographique.

Quant à la structure par âge, la population de moins de 14 ans qui représentait 44,4% en 1960 n'est plus que de 31% en 2004 et régressera à 20,9% en 2030. Par contre, la population active 15-59 ans, elle est passée de 51,6% en 1960 à 60% en 2004 et atteindra 63,8% en 2030. Celle de 60 ans et plus, qui n'était que de 4% en 1960, atteint 8% en 2004 et sera de 15,3% en 2030 ce qui représentera une population de l'ordre de 5 813 000 soit 2,4 fois plus qu'en 2004 (2 391 000) et qui conduira, au niveau de la morbidité, à un changement de profil épidémiologique apparenté à celui d'une population qui vieillit.

1-HCP : Résultats définitifs de l'Enquête Nationale Démographique à passage répété 2009-2010

Ceci induira un accroissement progressif de la demande en soins hospitaliers lourds pour la prise en charge des maladies chroniques et dégénératives.

1.2 Gain important en espérance de vie

L'espérance de vie est parmi les indicateurs qui renseignent le plus sur la capacité d'un pays à assurer à ses citoyens l'aptitude d'une vie longue et saine. A sa naissance, le Marocain moyen espérait vivre 47 ans en 1962 (57 en milieu urbain et 43 en milieu rural). Aujourd'hui, un demi-siècle après, son espérance de vie est portée à 74,8 ans (77,3 en milieu urbain et 71,7 en milieu rural). Le gain d'espérance de vie est ainsi de 28 ans, résultante de la baisse de la mortalité aux différents âges.

La conséquence de cette transition est un changement qui survient dans la structure de morbidité dont l'évolution est difficile d'apprécier en dehors d'un système de monitoring fiable. Toutefois la seule étude sur la charge de morbidité globale réalisée au Maroc en fin du siècle dernier a confirmé déjà cette tendance en montrant que le groupe I des affections constitué par les maladies infectieuses, maternelles et périnatales, représente 33 % de la charge de morbidité et que le groupe II, constitué par les maladies non transmissibles, en représente 56 %, de même que les traumatismes en constitue 11 %. C'est là une preuve supplémentaire que le Maroc fait face à un triple fardeau de morbidité que toute stratégie sectorielle doit intégrer.

Tableau n° 2 : Triple fardeau de la morbidité au Maroc (1992)

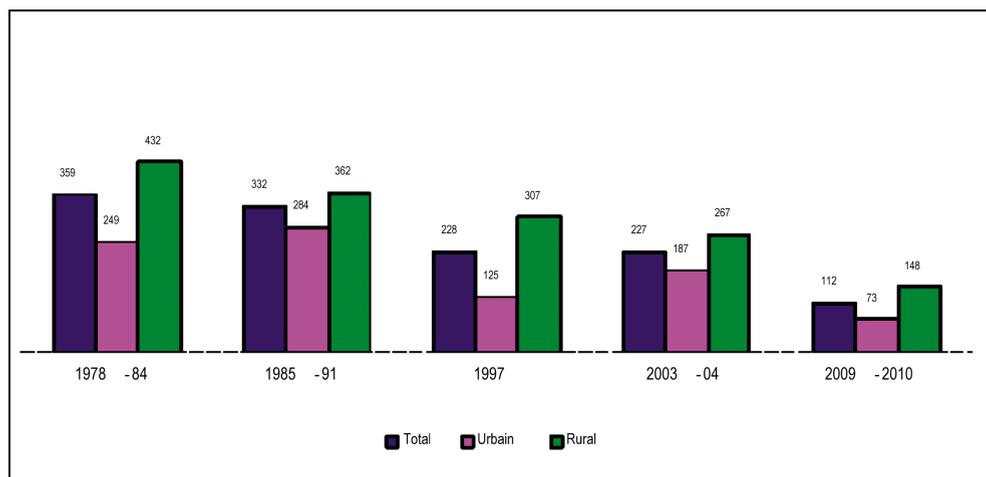
| Groupes d'affections selon la CIM 10 (OMS) | % |
|---|-------------|
| Affections infectieuses, maternelles et périnatales | 33,4 |
| Maladies non transmissibles | 55,8 |
| Traumatismes | 10,8 |
| Total | 100% |

1.3 Accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile

Le taux de mortalité maternelle a connu une baisse de 51% durant ces 6 dernières années en passant de 359 pour 100.000 naissances vivantes en 1978-1984 à 112 en 2009-2010². Quant à l'analyse de l'évolution de la mortalité maternelle par milieu de résidence durant les 6 dernières années, elle montre qu'en milieu rural, cette baisse ne représente que 45% durant la même

² HCP : Résultats définitifs de l'Enquête Nationale Démographique à passage répété 2009-2010

période (267 pour 100.000 naissances vivantes en 2003-2004 à 148 en 2010). Bien que ces résultats soient encourageants, il est nécessaire de maintenir le cap et de renforcer la surveillance de l'accouchement en milieu rural (Graphique2).



Graphique 2 : Evolution des taux de mortalité maternelle entre 1997 et 2010

Suite à l'instauration de la gratuité de l'accouchement dans les hôpitaux publics et la mobilisation des professionnels de la santé, une amélioration significative est notée dans les indicateurs de suivi de la grossesse et de l'accouchement.

Par ailleurs, la couverture par les soins prénatals a enregistré une amélioration significative. La proportion des femmes ayant fait au moins une consultation prénatale est passée de 67.8% en 2004 (85% en milieu urbain et 48% en milieu rural) à 80% en 2010³ (94% en milieu urbain et 68 % en milieu rural) et la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié quant à elle, est passée de 63% en 2004⁴ à 77,1% en 2011⁵ dont 91,6% en milieu urbain et 62.7% en milieu rural.

Grace aux programmes de prévention et de lutte contre les maladies, la mortalité infantile et juvénile a connu une diminution importante. Ainsi la mortalité infantile (décès avant l'âge d'un an) a passé de 57 pour mille naissances vivantes en 1991 à 40 en 2003 puis à 28,8 pour mille naissances vivantes en 2011 soit une régression respective de 30% et de 28%. Quant à

3- HCP : Résultats définitifs de l'Enquête Nationale Démographique à passage répété 2009-2010

4- Ministère de la santé : Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale 2003-2004

5- Ministère de la santé, DPRF : Résultats de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale 2011

la mortalité infanto-juvénile qui était de 138 pour mille naissances vivantes en 1980, elle est passé à 47 pour mille naissances vivantes en 2003 pour atteindre 30,5 pour mille naissances vivantes en 2011. Par milieu de résidence, la mortalité infantile et infanto-juvénile reste élevée en milieu rural avec respectivement 35,3 pour mille contre 25,3 en milieu urbain et 42 pour mille contre 31 en milieu urbain.

2. Les principales contraintes

Le développement du système de santé marocain est fortement conditionné par la levée d'un certain nombre d'obstacles liés particulièrement à l'accès aux soins, aux modalités de financement du secteur et à la production et la productivité du système notamment par la correction de la pénurie des prestataires de service et le grave déficit qualitatif et quantitatif en professionnels de santé.

2.1 Difficultés d'accès aux soins

L'analyse des indicateurs relatifs à l'offre de soins et à l'utilisation des services de santé laisse apparaître une insuffisance quantitative, une répartition déséquilibrée à travers le territoire et des écarts importants entre milieux urbain et rural et entre régions. Elle se traduit également par l'insuffisance de l'utilisation des prestations de soins et services.

En ce qui concerne les établissements de soins de santé de base (ESSB) qui constituent la porte d'entrée au système public de soins, leur nombre est passé de 1653 en 1990 à 2689 en 2011, soit une progression de 63%. La desserte globale est passée d'un établissement pour 14 600 habitants en 1990 à 1 établissement pour 12 000 en 2011 enregistrant ainsi une amélioration de 18%. La desserte en milieu rural est passée quant à elle d'un établissement pour 10 100 habitants en 1990 à 6949 en 2011 soit une amélioration de 31%. Des inégalités persistent dans un certain nombre de régions où l'écart avec le ratio national de desserte en milieu rural reste relativement élevé. De son côté, le nombre de contacts pour le secteur public ne dépasse pas 0,6 c/H/an.

S'agissant des structures hospitalières, le taux d'admission en hospitalisation est de 4,9 en 2010. Le secteur public continue à dominer l'offre disponible avec plus de 68% de la capacité totale (Tableau 3). Le nombre d'hôpitaux publics est passé de 52 en 1960 à 142 en 2011 dont 40 sont des hôpitaux spécialisés et 102 sont généraux, soit une augmentation de 89 établissements hospitaliers au cours des cinq dernières décennies. L'offre hospitalière de

ces dix dernières années a été caractérisée par la mise en service de deux nouveaux CHU à Fès et à Marrakech qui sont venus renforcer l'offre de soins tertiaire et permettre une redistribution des pôles d'excellence entre les 4 grandes régions du Maroc.

Tableau 3 : Répartition de la capacité hospitalière selon les secteurs, 1997-2011

| Secteurs | 1997 | | 2011 | |
|--------------|-------------------|------------|-------------------|------------|
| | Lits fonctionnels | % | Lits fonctionnels | % |
| Public | 25 715 | 82 % | 22 155 | 68 % |
| Privé | 5 521 | 18 % | 10 560 | 32 % |
| Total | 31 236 | 100 | 32715 | 100 |

En ce qui concerne l'offre privée à but lucratif, elle connaît un développement rapide, le nombre des cliniques privées en 2011 est de 373 avec une capacité de plus de 10 000 lits.

Quant aux cabinets privés de consultations et de diagnostic clinique, ils sont passés de 2.552 en 1991 à 7 310 en 2011. 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. De plus, cette offre se trouve concentrée dans les grandes agglomérations urbaines. En effet, 52% des cliniques se trouvent dans les grandes villes.

Par ailleurs, l'analyse de l'offre globale (publique et privée) montre une faible complémentarité entre les deux secteurs.

2.2 Importance des paiements directs des ménages

Selon les Comptes Nationaux de la Santé (CNS 2010), la dépense globale de santé s'élève à 47,7Milliards de dirhams contre 30,5 en 2006 (CNS 2006). Cette dépense représente 6,2% du PIB en 2010 contre 5,3% en 2006.

La dépense annuelle moyenne en santé par personne a atteint à peu près 1.500 dirhams en 2010 contre 1.000 en 2006, soit 12,5% annuellement ; chiffre qui doit nous interpeller si on le compare à notre rythme de croissance.

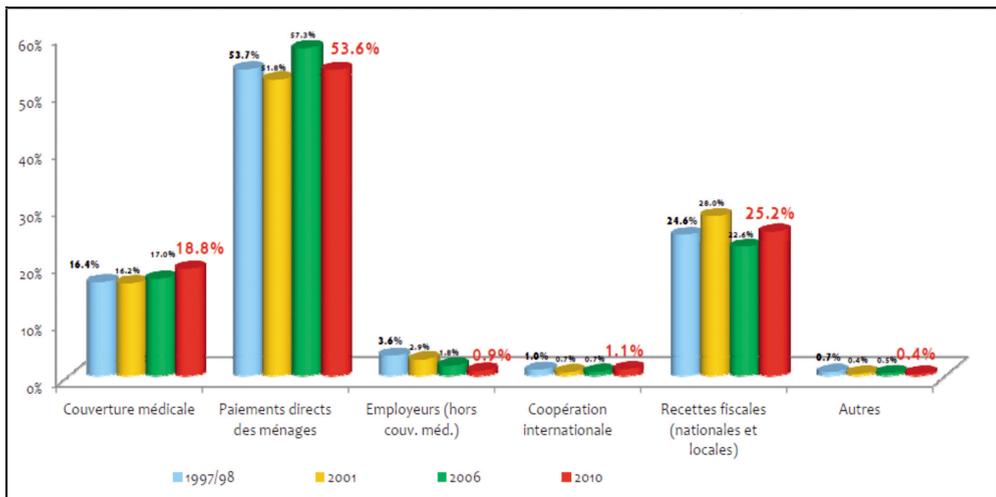
Comparée à des pays dont le développement économique est similaire, la dépense globale de santé au Maroc n'est plus relativement faible. À titre d'exemple, le niveau des dépenses globales de santé s'élève à 6,7% du PIB en

Turquie, 6,2% en Tunisie, 4,2% en Algérie, 8% en Jordanie et 7% au Liban.

Avec 53,6 %, les dépenses directes des ménages restent très importantes (Graphique 3). L'importance de cette part de la dépense de la santé constitue le principal problème du système de financement de la santé au Maroc, et constitue par conséquent une entrave supplémentaire à l'accès aux services de santé et à leur utilisation.

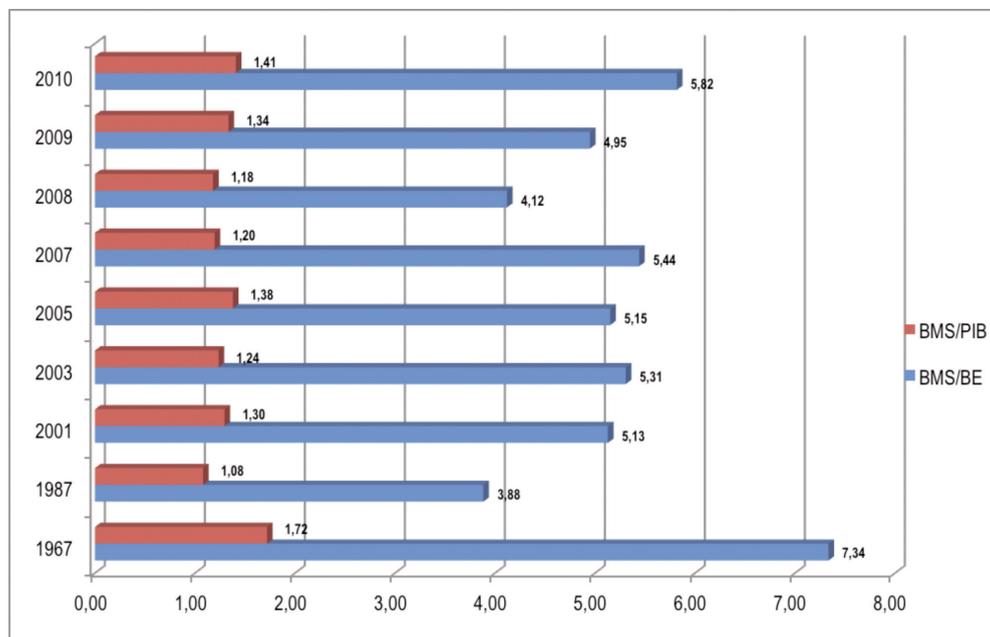
D'autre part, le financement collectif et solidaire (fiscal et contributif) est passé de 39,6% en 2006 à 44% en 2010. Ceci est dû principalement à l'extension de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et à l'augmentation du budget alloué au Ministère de la Santé.

La population couverte par une assurance maladie a atteint 10,8 millions de bénéficiaires, soit 33,7% de la population du Maroc, contre 25% en 2006. Les organismes gestionnaires de la couverture médicale ont dépensé 8,2 Milliards de dirhams (hors dépenses administratives), soit 762 DH/an et par bénéficiaire contre 602 DH en 2006.



Graphique 3 : Evolution de la répartition des sources de financement par type, entre 1997/98 et 2010 (Source : CNS 2010)

La part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé reste insuffisante malgré les efforts déployés. D'ailleurs, la part des dépenses publiques de santé dans le PIB n'a jamais pu dépasser 1,7% (Graphique 4).



Graphique 4 : Evolution de la part du budget du Ministère de la Santé dans le budget général de l'Etat et dans le PIB, 1967-2010 (en%). [Source : Ministère de la santé, DPRF]

2.3 Pénurie aiguë en ressources humaines

- **Les effectifs des ressources humaines de santé**

Les ressources humaines en santé constituent l'élément moteur de tout système de santé et le principal levier de ses réformes. A ce sujet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) situe le Maroc parmi les 57 pays du Monde souffrant d'une pénurie aiguë en personnel soignant. En 2007, les effectifs du personnel médical et paramédical offrant des soins directs aux patients au Maroc étaient largement en deçà du seuil critique de 2,5 personnels de soins pour 1000 habitants, seuil nécessaire pour atteindre une couverture importante pour les interventions essentielles, notamment celles qui sont liées à la réalisation des OMD. En effet, la densité en personnel médical et paramédical pour 1000 habitants ne dépassait guère 1,64.

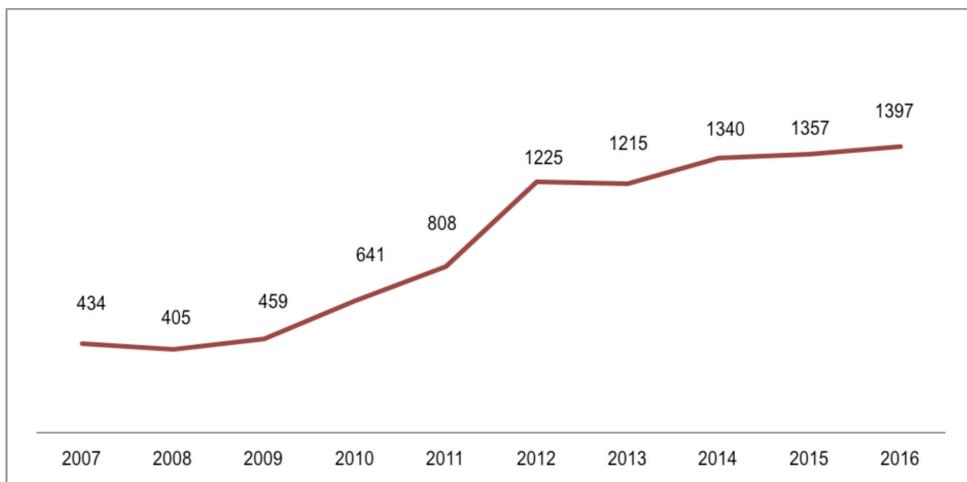
Selon les données du Ministère de la Santé (2011), le nombre de médecins est de 18 508, dont 43% exercent dans le secteur privé. Depuis 2003, l'effectif des médecins spécialistes a dépassé celui des médecins généralistes. Ces derniers ne constituent actuellement que 45% de la démographie médicale au Maroc.

S'agissant du personnel paramédical, l'offre a été arrêtée à environ 29025 infirmiers exerçant au niveau du secteur public.

Avec la transition épidémiologique et l'extension de l'offre hospitalière qu'elle a induite, le Ministère de la Santé se trouve dans la difficulté de couvrir l'ensemble des besoins du réseau hospitalier, notamment après l'engagement de la réforme hospitalière (2000) et la création des trois nouveaux CHU (Fès, Marrakech et Oujda).

Ce problème se trouve aggravé par une inégale répartition géographique entre milieux et entre régions. Les écarts de densité sont importants non seulement entre les régions sanitaires mais aussi au sein de la même région. Bien plus, la distribution régionale de ces professionnels de santé favorise largement les régions métropolitaines. En effet, 22% des professionnels publics, sont concentrés dans les régions du Grand Casablanca et de Rabat-Salé-Zemmour-Zâer ; c'est aussi dans ces deux régions que sont installés 50% des médecins exerçant dans le secteur libéral.

Quoique l'effort de recrutement du personnel de santé se soit intensifié ces dernières années, son rythme n'a pas été en mesure d'améliorer la couverture des besoins des établissements de soins, ni de compenser les départs cumulés à la retraite (graphique 5). Au cours des quinze prochaines années, ces départs vont s'accroître pour atteindre une moyenne annuelle de plus de 1 000 prestataires de soins.



Graphique 5 : Evolution des départs cumulés à la retraite d'ici 2016

- **Les capacités de formation 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 2002, ce qui ne permettra que de maintenir, à peine, l'offre actuelle en médecins spécialistes pour les 10 prochaines années. Mais cette offre est en baisse progressive en raison de l'évolution soutenue des pathologies chroniques et dégénératives consommatrices d'actes spécialisés.

Dans ce cadre, le défi sera d'accroître les effectifs des médecins en formation, à travers la relance de l'initiative 3.300 médecins par an à l'horizon 2020, pour faire passer, au terme de cette échéance, le nombre de médecins de 5,1 à 10 pour 10.000 habitants, et ainsi améliorer la distribution des services médicaux dans l'ensemble du pays. La prochaine ouverture du Centre Hospitalier Mohammed VI d'Oujda sera sans doute d'une aide précieuse dans l'atteinte de cet objectif.

Concernant la formation de base des infirmiers, la capacité de formation des Instituts de Formation aux Carrières de Santé (IFCS) a connu un développement remarquable à travers la création d'un ensemble d'IFCS dont le nombre global atteint actuellement 23. Ainsi, leur capacité (admissions en 1^{ère} année) est passée de 1861 en 2008 à 3321 en 2010 en enregistrant une augmentation de 78%.

En ce qui concerne le personnel gestionnaire et administratif, 232 lauréats ont été formés à l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS), 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 au niveau central et local. La production des effectifs formés est faible et ne suffit pas à percevoir un impact sur le système de santé.

II- Contexte mondial et national

1. Contexte mondial

L'environnement mondial a connu des changements majeurs qui ont eu et qui auront un impact certain sur la santé des populations et sur les politiques de santé. Parmi ces changements, il y a lieu de citer :

1.1 La déclaration du Millénaire pour le développement

Au regard de la santé, cette déclaration a eu le mérite d'une part de positionner la santé comme une composante fondamentale du développement et d'autre part de mobiliser la communauté mondiale autour d'objectifs quantifiés appelés Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Ces OMD constituent l'effort le plus ambitieux jamais entrepris pour réduire la pauvreté et répartir les progrès liés à la santé, de manière plus juste.

Trois parmi ces objectifs concernent directement la santé, il s'agit des objectifs 4, 5 & 6 relatifs respectivement à la réduction de la mortalité infanto-juvénile, la réduction de la mortalité maternelle et la réduction de la mortalité due aux VIH-Sida, Paludisme et Tuberculose.

Tableau 4 : Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)

| | |
|--------------|---|
| OMD 1 | Éliminer l'extrême pauvreté et la faim |
| OMD 2 | Assurer une éducation primaire pour tous |
| OMD 3 | Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes |
| OMD 4 | Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans |
| OMD 5 | Améliorer la santé maternelle |
| OMD 6 | Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies |
| OMD 7 | Assurer un environnement durable |
| OMD 8 | Mettre en place un partenariat mondial pour le développement |

Le Maroc figure parmi les pays qui ont réalisé de grands progrès dans ces trois objectifs (Rapport PNUD 2011). Toutefois étant donné que la fin du compte à rebours s'arrête en 2015. Il va falloir redoubler d'efforts pour honorer cet engagement et consolider les acquis du Maroc dans ce domaine.

1.2 Crise financière mondiale

Alors que l'engagement en faveur de la santé dans le monde n'a jamais été aussi fort, une crise financière d'une ampleur mondiale risque de pousser de nombreux pays à vivre une crise sociale. Aussi, les difficultés financières des pays riches pourraient entraîner une réduction de l'aide publique au

développement. Pire encore, de nombreux pays risquent d'être contraints à réduire leurs dépenses consacrées à la santé alors que l'attitude salvatrice dans ce genre de contexte est plutôt en faveur d'un investissement pour la santé comme le recommande le rapport de la commission de haut niveau mise en place par l'organisation de l'OMS sur cette question.

1.3 Le Printemps Arabe

En raison du printemps arabe, les politiques sociales ne peuvent plus être indifférentes à la voix de la rue et aux revendications sociales. L'accès aux soins, aux médicaments et à la couverture sociale... se retrouvent comme des priorités de fait et non comme des choix politiques. Cette situation vient bousculer les approches classiques de formulation des politiques et stratégies de santé qui reposent essentiellement sur la recherche d'un équilibre entre l'offre et la demande dans un contexte de contrainte financière.

1.4 Les nouveaux défis liés à la Santé

Dans ce contexte mondial turbulent, de nouveaux défis de santé s'annoncent et se poursuivent, ce qui fait peser sur les pays en développement des pressions énormes dans la gestion des transitions et le renforcement et la diversification de l'offre de soins. Parmi ces nouveaux défis que toute politique de santé doit nécessairement aborder, il y a lieu de citer :

- La sécurité sanitaire internationale,
- La prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles,
- La couverture universelle de santé,
- La pénurie en ressources humaines de santé,
- Et la maîtrise des déterminants sociaux de la santé.

L'ensemble de ces défis mondiaux ont fait récemment l'objet d'un certain nombre de sommets mondiaux et de déclarations internationales auxquelles le Maroc a souscrit.

2. Contexte national

Ces dernières années, le Maroc s'est engagé dans de grands chantiers de réformes politiques et sociales visant la consolidation de la démocratie, la promotion des droits humains et la lutte contre la pauvreté.

L'avènement de la nouvelle constitution est venu consacrer de nouveaux droits et induire de nouvelles approches visant le renforcement de la démocratie participative, l'amélioration de la gouvernance de la chose publique et la consécration de l'obligation de la reddition des comptes.

Dans ce contexte, et pour la première fois au Maroc, le droit à la santé se retrouve au rang de droit constitutionnel au même titre que le droit à l'éducation, au logement et à l'emploi.

Section 2 :

BASES DE LA PLANIFICATION SECTORIELLE

BASES DE LA PLANIFICATION SECTORIELLE

La planification sectorielle de santé pour la période 2012-2016 a été conçue et définie sur la base de l'analyse de la situation sanitaire au Maroc, des dispositions de la nouvelle constitution et des orientations du programme gouvernemental pour la même période.

1. La Santé dans la nouvelle Constitution

Le droit à la santé est explicitement consacré dans la nouvelle constitution marocaine notamment à travers son article 31 qui stipule que « *L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits :*

- **aux soins de santé,**
- *à la protection sociale, à la **couverture médicale** et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État,*
- *à une éducation moderne, accessible et de qualité,*
- *à l'éducation sur l'attachement à l'identité marocaine et aux constantes nationales immuables*
- *à la formation professionnelle et à l'éducation physique et artistique,*
- *à un logement décent,*
- *au travail et à l'appui des pouvoirs publics en matière de recherche d'emploi ou d'auto-emploi,*
- *à l'accès aux fonctions publiques selon le mérite,*
- *à l'accès à l'eau et à un environnement sain,*
- **au développement durable ».**

L'article 154 précise que « *Les services publics sont organisés sur la base de l'égal accès des citoyennes et citoyens, de la couverture équitable du territoire national et de la continuité des prestations* ».

A l'image des dispositions des conventions internationales, la constitution marocaine accorde une attention particulière à certaines catégories de population à travers son **article 34** qui stipule que « *Les pouvoirs publics élaborent et mettent en œuvre des politiques destinées aux personnes et aux catégories à besoins spécifiques. A cet effet, ils veillent notamment à :*

- *Traiter et prévenir la vulnérabilité de certaines catégories de femmes et de mères, des enfants et des personnes âgées,*

- *Réhabiliter et intégrer dans la vie sociale et civile les handicapés physiques sensori-moteurs et mentaux et faciliter leur jouissance des droits et libertés reconnus à tous ».*

La constitution préconise également un certain nombre de principes et de dispositions qui devraient avoir des répercussions sur l'organisation, le fonctionnement et la gouvernance du système de santé.

2. La santé dans le programme du gouvernement

Le programme du gouvernement accorde à la santé plus d'espace que dans les précédentes déclarations gouvernementales. En effet, le secteur de la santé se trouve interpellé dans ce programme soit de façon directe à travers l'axe réservé à la « garantie de l'accès aux soins » (p. 71), soit de façon commune avec d'autres secteurs. Ainsi, 5 domaines d'intervention de ce programme sont à décliner dans le secteur de la santé (voir programme du gouvernement), présentés ci-dessous en deux axes : (i) les actions programmatiques spécifiques au secteur et concernent l'axe du programme du gouvernement relatif à la « garantie de l'accès équitable aux services de santé » et (ii) les actions programmatiques communes avec d'autres secteurs et intervenants du gouvernement.

2.1 Actions spécifiques au secteur de la santé : Garantir l'accès équitable aux services de santé

C'est l'axe du programme gouvernemental entièrement dédié au secteur de la santé, il annonce les actions programmatiques suivantes :

- Le renforcement de la confiance dans le système de santé dans un cadre de participation à travers l'organisation d'un forum national sur la santé,
- L'amélioration de l'accueil,
- Le renforcement de la disponibilité des médicaments et des services de santé essentiels, particulièrement dans le domaine de la maternité et des urgences;
- Le renforcement des soins de santé de base surtout en milieu rural,
- La maîtrise des déterminants sociaux de la santé dans un cadre de collaboration intersectorielle,
- La consolidation des acquis en matière de lutte contre la mortalité

maternelle et infanto-juvénile en vue d'atteindre les objectifs de 50 pour 100 000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle et 20 pour mille naissances vivantes pour la mortalité infant-juvénile.

- L'encadrement de l'offre de soins à travers la mise en œuvre des dispositions de la carte sanitaire,
- Le développement du PPP et incitation à la contractualisation avec les médecins privés,
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique et la vigilance sanitaire ainsi que la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles,
- La promotion de la santé des populations à besoins spécifiques;
- La modernisation du réseau des établissements hospitaliers et le renforcement de l'autonomie administrative et financière des hôpitaux régionaux et provinciaux,
- La revalorisation de la médecine générale et la formalisation des filières de soins;
- Et le renforcement de la formation de base des professionnels de la santé.

2.2 Actions communes et intersectorielles

2.2.1. La mise en place de la régionalisation avancée et le renforcement du processus de déconcentration (p. 20)

Dans ce cadre, il est question de révision du découpage régionale, de la promotion de la contractualisation, du PPP, la mise en place d'un système régional d'informations (statistiques) ainsi que le rattrapage du déficit en infrastructures de base et en services sociaux (Fond de mise à niveau sociale et Fond de solidarité interrégionale).

2.2.2. La réforme administrative (p.22)

Dans ce cadre, il est question d'une part de restaurer la confiance des citoyens à travers :

- La facilitation des procédures administratives et de l'accès aux services,
- Le respect du droit à l'information,
- La mise en place d'unités administratives d'accueil et de communication,

- Le renforcement de l'administration électronique,
- La mise en place de systèmes de gestion des plaintes et de gestion des RDV ;

Et d'autre part, d'améliorer la gouvernance à travers :

- L'élaboration d'une charte des services publics,
- La réforme structurelle et globale de la GRH (p.24),
- La réforme de la grille salariale,
- Le développement des œuvres sociales
- La consolidation de la Gestion axée sur les résultats,
- L'activation du rôle des Inspections générales des ministères,
- La charte nationale de lutte contre la corruption,
- Le programme national de moralisation par secteur.

2.2.3 Le développement du monde rural (p. 42-43)

- L'augmentation du budget du fonds de développement rural (1 milliard par an),
- Le financement de projets intégrés fondée sur une base territoriale, participative et contractuelle.
- L'équipement des centres de santé, des maisons d'accouchement et DAR AL OUMOUMA et renforcement des capacités.

2.2.4 La protection de l'environnement (p.49)

- L'application de la charte nationale de l'environnement et du développement durable,
- L'intégration de la portée environnementale dans toutes les politiques publiques, les stratégies sectorielles, les projets d'investissement et les CPS.
- La mise en place de mécanismes de vigilance, de prévention et de traitement des conséquences des catastrophes naturelles et changements climatiques...
- L'assainissement et lutte contre la pollution de l'air

2.2.5 La solidarité et la protection sociale (p. 78)

- La réforme des établissements publics de l'AMO,
- La mise en place d'un fonds public de prévoyance sociale,

- L'extension de l'AMO par l'AMI,
- L'accélération de la généralisation du RAMED
- La diminution de la contribution des ménages au financement de la santé.
- La promotion de la santé et sécurité au travail.
- La réforme de la caisse de compensation.

2.2.6 La famille, la femme et l'enfant (p.80)

- Le renforcement de la politique de lutte contre la violence contre les femmes,
- La mise à niveau des maisons d'accouchement du milieu rural (Ressources humaines, CPN & ambulances),
- L'amélioration de la qualité de prise en charge des femmes enceintes,
- La veille et prévention de la violence contre les enfants.

3. Les objectifs et stratégie de développement du secteur de la santé

3.1 Les objectifs

- Décliner les dispositions de la nouvelle constitution,
- Mettre en œuvre le programme du gouvernement,
- Consolider les acquis en matière de programmes sanitaires,
- Répondre aux attentes essentielles de la population et aux nouveaux défis liés à la santé (nouvelles priorités),
- Restaurer un climat de confiance entre les parties prenantes du secteur.

3.2 La stratégie de développement du secteur

Aucune politique de santé n'est en mesure de répondre à toutes les attentes de la population à fortiori quand celles se sont ravivées par des mouvements de revendications de justice sociale et d'équité.

Ce constat ne réduit en rien la responsabilité des pouvoirs publics dans la protection de la santé de la population et l'amélioration de l'accès aux soins essentiels. Il les oblige plutôt à préconiser de nouvelles approches dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé.

Le contexte actuel du Maroc est caractérisé notamment par la mise en place d'une nouvelle constitution qui fait de l'accès aux soins et de la couverture médicale des droits fondamentaux de tous les citoyennes et citoyens.

Pour tenir compte de cette réalité, il est désormais essentiel d'associer à l'approche systémique classique de renforcement du système de santé, de nouvelles approches qui seraient en mesure de contenir les dispositions de la nouvelle constitution et d'assurer l'interaction requise avec les doléances et les attentes grandissantes de la population. Ainsi, la formulation stratégique du présent plan sectoriel pour la période 2012-2016 a reposé sur 3 approches complémentaires.

3.2.1 Une approche fondée sur les droits qui vise à intégrer les dispositions de droit à la santé contenues dans la nouvelle constitution. Le développement de cette approche se justifie par :

- La nécessité de décliner les dispositions de la nouvelle Constitution,
- Le besoin d'honorer l'engagement du Royaume du Maroc dans les conventions et pactes internationaux notamment la déclaration universelle des droits de l'homme (1948); le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) ; la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) et la Convention relative aux droits de l'enfant (1989).

Cette approche fondée sur les droits tire sa pertinence de la constitution de l'OMS qui considère « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ».

Cette approche a également été empruntée par le Conseil Economique et Social lors de l'élaboration la «nouvelle charte sociale: des normes à respecter et des objectifs à contractualiser».

L'utilisation d'une approche fondée sur les droits dans le développement du système de santé au Maroc signifie que les pouvoirs publics doivent veiller à ce que tous les citoyens aient accès non seulement à des prestations de soins de santé appropriés en temps opportun, mais également à la promotion de la santé à travers la maîtrise des facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition

et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé.

3.2.2 Une approche de démocratie sanitaire qui vise à construire le service aux citoyens sur une base de participation, de transparence et responsabilité qui sont par ailleurs des principes promus par la nouvelle constitution. C'est une approche complémentaire à l'approche fondée sur les droits puisque la « participation » fait partie du droit à la santé comme le précise la Déclaration d'Alma-Ata (1978) dans son article IV qui stipule que « Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ».

Cette approche démocratique du développement du système de santé permet par la même occasion de :

- Crédibiliser le discours politique sur la démocratie participative;
- Renforcer la transparence,
- S'ouvrir sur l'expérience d'usage (le vécu) des citoyens,
- Orienter les politiques de santé vers les soucis et attentes de la population,
- Rendre l'utilisateur acteur dans la jouissance de ses droits et pas uniquement revendicateur.

3.2.3 Une approche de renforcement du système de santé qui vise à assurer la cohérence dans le développement du système de santé à travers le renforcement des 6 fonctions comme recommandé par l'OMS. Ces 6 fonctions sont :

- La fonction de prestation de soins et services de santé,
- La fonction ressources humaines,
- La fonction financement de la santé,
- La fonction technologie sanitaire et bien médicaux,
- La fonction système d'information et métrologie sanitaire,
- Et la fonction gouvernance et leadership.

Section 3 :

**AXES D'INTERVENTION
ET PLANS D' ACTIONS
SPECIFIQUES**

AXES D'INTERVENTION

Eu égard aux éléments de diagnostic de la situation, au programme du gouvernement et à la nature des contextes national et international dans lesquels cette stratégie est élaborée, les priorités qui s'imposent à nous sont essentiellement liées d'une part à la consolidation des acquis et au développement des réponses aux nouvelles priorités se rapportant essentiellement à la satisfaction du droit d'accès aux soins essentiels et à la protection de la santé, et d'autre part à la méthode avec laquelle nous devons mettre en œuvre notre stratégie et développer nos actions et qui repose nécessairement sur la participation, la transparence et la reddition des compte comme cela s'affiche clairement dans notre Constitution et dans le programme du Gouvernement.

Ainsi, la stratégie de développement du secteur préconisée par le Ministère de la Santé pour la période 2012-2016 repose sur les 7 axes d'interventions suivants :

- Axe 1 :** Amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services
- Axe 2 :** Renforcement de la santé de la mère et de l'enfant
- Axe 3 :** Promotion de la santé des populations à besoins spécifiques
- Axe 4 :** Renforcement de la surveillance épidémiologique et développement des vigilances sanitaires
- Axe 5 :** Développement du contrôle des maladies non transmissibles
- Axe 6 :** Développement et maîtrise des ressources stratégiques de la santé
- Axe 7 :** Amélioration de la gouvernance du système de santé

Dans le chapitre suivant, ces **sept axes d'intervention** seront déclinés en **28 plans d'actions spécifiques**, totalisant **168 actions** à mettre en œuvre dans le cadre de la **Stratégie Sectorielle Santé 2012-2016**.

AXE 1 : AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS ET DE L'ORGANISATION DES SERVICES

○ Etat des lieux

Malgré les apports de la réforme hospitalière engagée par le Ministère de la Santé et le renforcement du financement des hôpitaux, force est de constater que les services rendus par ces établissements sont toujours loin de répondre aux attentes de la population.

L'accès physique à l'hôpital continue à poser des problèmes pour la population. Ainsi, 40% de cette population n'arrivent pas encore à accéder à ces structures et à bénéficier des prestations et services qui y sont offerts, tout en sachant que quatre provinces ne disposent pas encore d'hôpitaux.

La densité litière moyenne est de 0,9 lits pour mille habitants dont 0,7 au niveau du secteur public. Elle reste inférieure à celle enregistrée en Tunisie et qui est de 2,2 et celle des pays de l'OCDE qui est de 7.

Sur le plan des ressources humaines, on note une insuffisance manifeste des effectifs, aggravée par une mauvaise répartition sur le territoire national et une iniquité dans l'affectation des médecins spécialistes. Le ratio lit/médecin est de 3,1 lits par médecin contre 1,6 lits par médecin au niveau des pays de l'OCDE.

Concernant les équipements lourds, la plupart des établissements hospitaliers nécessitent le renforcement et/ou le renouvellement de leur plateau technique.

Le taux d'admission en hospitalisation, en 2010, n'a guère dépassé les 4,72%, traduisant la nécessité de déployer plus d'efforts pour améliorer l'utilisation et la fréquentation des hôpitaux. Pour les Consultations Spécialisées Externes (CSE) qui constituent avec les urgences, les deux principales portes d'entrée de l'hôpital, le ratio moyen est de l'ordre de 0,07 CSE/habitant/an. Ce faible taux d'utilisation s'explique par une insuffisance en effectif des médecins spécialistes et parfois même par leur absence totale. C'est le cas de 12 provinces qui ne disposent pas des cinq spécialités de base.

Le financement des hôpitaux publics est assuré à concurrence de 77% par la subvention de l'Etat contre seulement 23% des recettes propres, traduisant la non solvabilité de la plupart des usagers utilisateurs de ces structures.

En matière d'urgence, plus de 4 millions de patients fréquentent annuellement

les services des urgences, ce qui représente plus de 65% des consultations ambulatoires hospitalières⁶ et dont 8% se soldent par une hospitalisation.

D'autre part, 33,5% des interventions chirurgicales majeures sont réalisées en urgence, ce qui justifie la nécessité de restructurer ces services, d'en assurer la mise à niveau et d'actualiser leurs fonctions et attributions.

Dans le même cadre, selon une enquête réalisée par le Ministère de l'Équipement et des Transports, 80% des décès⁷ en rapport avec les accidents de la circulation surviennent sur les lieux du sinistre et/ou durant le transport des victimes vers l'hôpital.

Au niveau des établissements de soins de santé de base, l'organisation hiérarchisée et pyramidale de la prise en charge des patients connaît également des dysfonctionnements et des insuffisances dus principalement à l'inadéquation entre l'offre et la demande, au manque de liens fonctionnels et de coordination entre les différents niveaux et également au non-respect de la filière de soins ; ce qui aboutit à une utilisation irrationnelle des ressources disponibles et une altération de la qualité de prise en charge. Cette situation se trouve encore aggravée par d'une part par les disparités en matière d'offre de soins entre les provinces et les milieux et d'autres part les problèmes liés à l'accessibilité physique aux services de santé (25% de la population habite au-delà de 10 Km d'une structure de soins).

○ Actions et mesures

1. Organisation et développement des soins médicaux d'urgence

Action 1 : Définition des fonctions et des niveaux de recours de la filière des urgences médicales avec individualisation de trois niveaux de soins médicaux d'urgences

- *Le premier niveau* : Concerne les soins d'urgences médicales de proximité prodigués dans les établissements de santé de base implantés dans les chefs-lieux de centres urbains ou ruraux des zones éloignées ne disposant pas de centres hospitaliers ou distantes des hôpitaux de référence. Il est programmé d'ici 2016, la création de 80 unités pour ces urgences médicales de proximité, dont 30 en 2013 ;
- *Le deuxième niveau* : Concerne les soins médicaux d'urgence de base. Ils sont prodigués au niveau des Hôpitaux Locaux, Hôpitaux Provinciaux et Préfectoraux, dans lesquels s'exercent les disciplines

6 - Base de données de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (2010)

7 - Ministère de l'Équipement et des Transports (2009)

de base : la médecine générale, la chirurgie générale, la pédiatrie et l'obstétrique avec une activité minimale pour les urgences et la réanimation ;

- *Le troisième niveau* : concerne les soins médicaux d'urgence complets. Ils sont prodigués au niveau des Centres Hospitaliers Régionaux et des Centres Hospitaliers Universitaires.

Action 2 : Renforcement des urgences pré hospitalières

- Mise en place de 11 SAMU ou Centres de Régulation des appels médicaux ;
- Mise en service du numéro national unique et gratuit des appels médicaux d'urgence "141" ;
- Opérationnalisation des 15 SMUR rattachés aux SAMU fonctionnels et couvrant 13 Régions ;
- Création de 20 nouveaux SAMU obstétricaux ruraux ;
- Renforcement et normalisation du parc ambulancier ;
- Normalisation de l'accès aux services de recours en réanimation au niveau des Centre Hospitalier Régionaux ;
- Mise en place de 4 Héli-SMUR.

Action 3 : Développement des urgences médicales spécialisées

- Mise à niveau et renforcement des services de réanimation au niveau régional et universitaire ;
- Développement des pôles d'urgences médicales spécialisées dans les disciplines de néonatalogie, de psychiatrie, des brûlés ;
- Création des Trauma-centres au niveau des Centre Hospitaliers Universitaires.

Action 4 : Amélioration de la prise en charge en urgence médicales

- Assurer la disponibilité, l'accessibilité et la traçabilité des médicaments et dispositifs médicaux vitaux au niveau des filières de soins urgences ;
- Développement du système d'information des urgences et encouragement de la recherche et de l'expertise en évaluation dans le domaine de la médecine d'urgence ;
- Mise en place des protocoles et des procédures de prise en charge des urgences médicales.

Action 5 : Renforcement des effectifs et promotion de la formation continue des professionnels de santé des services des urgences ;

- Renforcement des effectifs des RH exerçant dans les filaires de soins médicaux d'urgences ;
- Développement des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgences (CESU) ;
- Création d'une filière de techniciens ambulanciers à Marrakech, Fès, Rabat et Oujda ;
- Création d'une filière paramédicale en soins d'urgence (Rabat) ;
- Organisation d'un cours annuel multisectoriel sur la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes ;
- Organisation des stages à l'étranger en partenariat avec les Samu-Urgences de France ;
- Révision du cursus de formation en médecine d'urgence ;
- Mise en place d'un Centre d'Expertise en Evaluation des Urgences (Fès).

Action 6 : Mise en place et organisation du Réseau Intégré de Soins d'Urgence Médicale (RISUM)

- Création d'un comité de coordination sur la base de convention de partenariat définissant les modalités d'intervention des différents partenaires ;
- Renforcement de la collaboration intersectorielle et du Partenariat Public – Privé.

Action 7 : Renforcement du cadre réglementaire

- Réglementation des actes de médecine d'urgence pré-hospitalière ;
- Développement d'un plan de carrière des métiers de l'urgence ;
- Création d'une filière de « Permanencier Aide à la Régulation Médicale » (PARM).

2. Extension et mise à niveau de l'offre de soins hospitalière

Action 8 : Renforcement de l'offre hospitalière

- Achèvement des travaux de construction des Centres Hospitaliers Universitaires de Fès, Marrakech et Oujda ;
- Lancement des travaux de construction des Centres Hospitaliers Universitaires de Tanger et d'Agadir ;
- Construction, réhabilitation de 26 hôpitaux dans le cadre du projet «SANTÉ-III» et du projet CORCAS;

- Mise en service et mise à niveau de 22 hôpitaux locaux ;
- Construction de 3 nouveaux hôpitaux locaux (Tarfaya, Moulay Yaâcoub et Driouech) ;
- Achèvement de la mise à niveau des laboratoires cliniques.;

Action 9: Renforcement des prestations de soins et services hospitaliers

- Elaboration d'un plan d'extension de l'offre hospitalière (PEOH) sur la base de 2 stratégies de couverture : fixe et mobile et eu égard aux dispositions de la carte sanitaire et du SROS ;
- Organisation des caravanes médicales spécialisées ;
- Acquisition de 2 hôpitaux mobiles ;
- Renforcement des pôles régionaux en plateau technique (IRM et scanners) et le renforcement de la disponibilité des spécialistes dans les hôpitaux publics à travers un partenariat public-privé avec les représentants des médecins privés ;
- Achèvement de la mise à niveau des pharmacies hospitalières ;
- Amélioration de l'accès de la population aux dispositifs médicaux coûteux (besoins estimés à 1% des admissions en hospitalisation).

Action 10 : Amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière

- Généralisation du système de prise de rendez-vous par téléphone et internet ;
- Amélioration de l'accès à l'information et mettre en place une charte patient ;;
- Instauration d'un système de suivi des plaintes et de prise des décisions appropriées à l'égard du personnel impliqué ;
- Création des comités locaux de transparence au sein des hôpitaux ;
- Renforcement des missions d'inspection des structures publiques de soins.

Action 11 : Amélioration de la qualité de prise en charge et de la sécurité des patients

- Développement de la stratégie globale de prévention des effets indésirables évitables et des infections nosocomiales ;;
- Elaboration, diffusion et mise en place des recommandations de bonnes pratiques médicales, pour les morbidités dominantes et les services vitaux des hôpitaux ;

- Élaboration des textes réglementaires relatifs à la procédure d'évaluation et d'accréditation ;
- Instauration de la procédure d'évaluation et d'accréditation des établissements de santé par vagues successives : Hôpitaux Généraux, Psychiatriques et d'Oncologie.

Action 12 : Promotion de la Transfusion Sanguine

- Assurer l'autosuffisance en produits sanguins de tous les établissements de transfusion sanguine ;
- Diffusion de la culture du don de sang ;
- Garantir la sécurité transfusionnelle ;

Action 13 : Amélioration de la gouvernance hospitalière

- Engagement de la réforme des Centres Hospitaliers Universitaires ;
- Renforcement de l'autonomie hospitalière en mettant en place des groupements hospitaliers régionaux ;
- Mise en place des mécanismes de gestion axée sur la performance par le biais d'un système d'incitation à la performance et de contractualisation ;
- Révision des modalités d'allocations des ressources financières aux hôpitaux.

3. Réorganisation des filières de soins et développement de la santé de la famille

Action 14 : Réorganisation et normalisation des filières de recours aux soins

- Révision du rôle du médecin généraliste au regard de la mise en place du programme de formation « Santé de la Famille et de la Communauté » ;
- Renforcement et normalisation de l'équipement de base des centres de santé avec module d'accouchement ;
- Initiation à la mise en place d'un système d'information sanitaire fondé sur le dossier de famille ;
- Elaboration et mise en place de l'organisation en filière de soins ;
- Elaboration des référentiels de soins pour les ALD prévalents ;

4. Développement de la Santé en milieu rural

Action 15 : Renforcement de la Stratégie de Couverture Sanitaire Fixe :

- Opérationnalisation des structures sanitaires fermées pertinentes ;
- Construction des logements de fonction pour encourager la stabilité des professionnels de santé en milieu rural ;
- Renforcement plateau technique des centres de santé communaux avec module d'accouchement comme niveau optimale d'organisation des soins de santé de base ;
- Renforcement de la disponibilité des médicaments ;
- Amélioration du transfert à partir des unités d'urgences médicales de proximité.

Action 16 : Renforcement de la couverture sanitaire mobile

- Mise en œuvre du plan national des campagnes médicales spécialisées et mobilisation des ressources nécessaires ;
- Renforcement des moyens de mobilité pour la couverture médicale mobile (CMS et EM) ;
- Renforcement du plateau technique des unités mobiles ;
- Mobilisation des ressources nécessaires pour la couverture sanitaire mobile ;
- Renforcement des compétences des prestataires de soins en gestion des unités médicales mobiles.

Action 17 : Développement de la participation communautaire

- Elaboration d'une stratégie sur la santé communautaire ;
- Renforcement des compétences en matière de participation et d'action communautaire ;
- Etendre les expériences communautaires réussies ;
- Mobilisation de la société civile autour de la santé communautaire (Forum, ...).

AXE 2 : RENFORCEMENT DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

○ Etat des lieux

En souscrivant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, le Maroc s'est engagé à réduire, à l'horizon 2015, de trois quarts la mortalité maternelle (OMD5) et de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD4) pour les faire passer respectivement de 332 à 83 décès pour cent mille naissances vivantes, et de 76 à 25 décès pour mille naissances vivantes .

Afin d'atteindre ces objectifs, le Ministère de la Santé a mis en œuvre un plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile qui a permis de renforcer et d'étendre l'offre publique des soins obstétricaux et d'améliorer la qualité de prise en charge.

Selon l'organisation mondiale de la santé, le Maroc fait partie du groupe des pays qui ont réalisé des progrès pour l'atteinte de l'objectif 5 du millénaire. L'enquête nationale démographique à passages répétés 2009/10 menée par le Haut-Commissariat au Plan a révélé une réduction de la mortalité infanto-juvénile qui est passée de 47 à 36 décès pour mille naissances vivantes et un succès important dans la réduction de la mortalité maternelle. En effet, le ratio mortalité maternelle, principal indicateur de résultat utilisé jusqu'à présent, est passé de 227⁸ à 112⁹ pour cent mille naissances vivantes, soit une réduction de 60% par rapport à 1990.

Ces efforts ont également permis d'améliorer les indicateurs de la santé maternelle. L'indice synthétique de fécondité enregistré en 2010 est de 2,2 enfants traduisant une baisse de la fécondité grâce entre autres à l'atteinte d'une prévalence contraceptive de 67 %. La proportion d'accouchements en milieu surveillé a progressé de façon continue pour atteindre 74,1% en 2010. L'augmentation de ce taux est parallèle à la proportion de femmes ayant eu une consultation prénatale passé lui aussi à 80% durant la même période. Par ailleurs, l'accès à la césarienne s'est nettement amélioré puisque son taux a dépassé 7%.

Néanmoins, de grandes disparités entre milieux urbain/rural, entre régions, entre provinces et entre milieux socio-économiques subsistent. Le taux de mortalité maternelle en milieu rural est deux fois plus important qu'en

8- Enquête PAP FAM MS 2004

9-Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés HCP 2009-2010

milieu urbain (148 contre 73 décès pour cent mille naissances vivantes). De même, les structures d'accouchement ne sont pas toutes à l'optimum de leur fonctionnalité pour plusieurs raisons, notamment celles en rapport avec le manque de personnel.

En effet, on compte un gynécologue pour 2 540 naissances attendues (NA) et une sage-femme ou accoucheuse pour 218 NA. L'OMS recommande une norme d'une accoucheuse pour 175 NA. En matière de mortalité infanto-juvénile, dont plus de 60 % sont imputables à la période néonatale, la réduction reste encore lente.

Ce constat se trouve aggravé par les troubles nutritionnels qui constituent toujours un problème de santé publique au Maroc. En effet, selon l'enquête nationale sur la population et la santé familiale 2011, la proportion des enfants qui souffrent de malnutrition chronique est de l'ordre de 14,9%. Cette proportion est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. De même, la proportion d'enfants souffrant de malnutrition aigüe atteint 2,3% avec une légère différence entre les deux milieux. L'insuffisance pondérale est de 3,1% en 2011.

D'autre part, chez environ un tiers des enfants âgés de 6 mois à 5 ans, chez les femmes enceintes et chez les femmes en âge de procréer, la prévalence de l'anémie par carence en fer est de 37.2%. De leurs côtés, les carences en vitamines A et D touchent respectivement environ un enfant de moins de 5 ans sur quatre et environ un enfant sur dix.

Un autre aspect commence également à s'installer, l'obésité et l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles qui exige des pays en transition tel que le nôtre de faire face à la double charge de la malnutrition et supporter les coûts générés par les maladies chroniques alors qu'il est encore en train de lutter contre les maladies de déficience.

○ Actions et mesures

1. Accélération de la réduction de la mortalité maternelle

Action 18 : Consolidation de la politique de l'exemption des soins obstétricaux et néonataux d'urgences

- Étendre la gratuité des SONU à la prise en charge des complications obstétricales, notamment aux complications obstétricales au cours de la grossesse et aux hémorragies et infections du post-partum ;
- Amélioration de la fonctionnalité du SAMU obstétrical mis en place.

Action 19 : Amélioration de la qualité de prise en charge des complications obstétricales

- Mise à niveau des maternités hospitalières ;
- Assurer la garde résidentielle au niveau de toutes les maternités hospitalières régionales et provinciales ;
- Amélioration de la disponibilité du sang et des médicaments obstétricaux vitaux ;
- Elaboration des recommandations de bonnes pratiques relatives aux complications obstétricales et les mettre en application.

Action 20 : Responsabilisation des CSA sur la santé des mères dans leur territoire de desserte

- Médicalisation des consultations prénatales et du post-partum ;
- Renforcement de l'humanisation des CSA (climatiseur, chauffage,...) ;
- Instauration de la garde pour les sages-femmes ;
- Acquisition d'ambulances équipées pour assurer dans de bonnes conditions le transfert des parturientes.

Action 21 : Renforcement du pilotage régional du programme d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle

- Elaboration et mise en œuvre du plan stratégique régional de réduction de la mortalité maternelle et néo-natale prenant en compte les spécificités régionales ;
- Réalisation des audits des CSA ;
- Organisation d'un programme spécifique de supervision et de suivi des activités.

2. Développement de la lutte contre la mortalité néonatale

Action 22 : Mise à niveau des structures d'accouchement

- Reconstruction et réaménagement des structures d'accouchement ;
- Renforcement des équipements de structures d'accouchement.

Action 23 : Organiser et renforcer l'offre des soins en néonatalogie

- Mise à niveau de 09 structures de néonatalogies ;
- Définition des filières de soins en néonatalogie ;
- Veille à la disponibilité de l'équipement requis par niveau de prise en charge néonatale ;
- Création pour chaque région une unité de soins intensifs en néonatalogie ;

- Assurer la garde résidentielle des pédiatres au niveau des unités régionales de néonatalogie ;
- Assurer la disponibilité des médicaments essentiels au niveau de toutes les unités de néonatalogie et de toutes les structures d'accouchement.

Action 24 : Renforcement de la surveillance néonatale pendant le post-partum

- Médicalisation de l'examen initial de réception (l'examen à la naissance) de tout nouveau-né ainsi que celui avant sa sortie des structures d'accouchement ;
- Documentation de l'état de santé de tout nouveau-né sur le carnet de santé de l'enfant, à rendre disponible au niveau de toute structure d'accouchement.

Action 25 : Amélioration de la qualité de prise en charge des nouveau-nés

- Renforcement des structures d'accouchement des hôpitaux provinciaux et régionaux en personnels spécialisés et formés en secourisme néonatal ;
- Mise en place d'un système d'information adapté et assurer le suivi-évaluation du plan d'action ;
- Instauration d'audit clinique autour des cas de mortinatalité en intra-partum et de mortalité néonatale.

Action 26 : Amélioration de la coordination intersectorielle

- Renforcement de la communication autour du plan d'action ;
- Mobilisation de la participation communautaire autour des objectifs tracés.

3. Promotion de la maternité sans risque

Action 27 : Renforcement de la couverture et de la qualité de CPN, de la PEC des grossesses à risques et de la CPoN

- Instauration de la gratuité des examens biologiques des femmes enceintes ;
- Mise en place d'un circuit visible de prise en charge spécialisée des grossesses à hauts risques ;
- Lancement de la phase pilote du dépistage néonatal de l'hypothyroïdie congénitale au niveau de la région de Rabat Salé Zemmour Zâer ;
- Sensibilisation des obstétriciens sur l'importance des césariennes programmées ;

- Mettre en place les recommandations de l'étude sur les freins à l'utilisation du Sulfate du Magnésium au niveau des structures d'accouchement ;
- Révision des suppléments préventifs de la femme enceinte en fer et en acide folique et autres micronutriments ;
- Renforcement de l'opérationnalisation des mini-analyseurs d'examen biologiques et hématologiques ;
- Mise en œuvre des recommandations de l'étude effectuée sur l'amélioration de la qualité de la CPN et la CPoN ;
- Renforcement du paquet de prestations de la consultation prénatale et augmenter le nombre de consultations prénatales (5 au lieu de 4) ;
- Intégration du dépistage volontaire du VIH chez la femme enceinte.

Action 28 : Renforcement des compétences des professionnels de santé impliqués dans les activités de la santé de la mère et du nouveau-né

- Formation des médecins en matière de CPN, CPoN, soins obstétricaux néonataux d'urgence, échographie obstétricale et utilisation des mini-analyseurs ;
- Dispensation d'une formation en matière de soutien clinique ;
- Révision des modules de formation de base des Instituts de Formation aux Carrières de Santé (IFCS) et des Facultés de Médecine à la lumière des nouvelles directives cliniques ;

Action 29 : Renforcement de la recherche et du partenariat

- Réalisation d'une étude sur la morbidité maternelle ;
- Consolidation des acquis en matière d'actions communautaires (DAO, éducation parentale...) ;
- Création d'une Alliance Nationale de la Santé de la Mère et des alliances régionales en faveur de l'amélioration de la santé maternelle.

4. Promotion de la Santé de la Reproduction (SR)

Action 30 : Consolidation des acquis et amélioration de la réponse aux besoins non satisfaits en matière de Planification Familiale

- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité aux services de planification familiale ;
- Introduction de nouvelles méthodes contraceptives au niveau des structures publiques de la santé ;

- Intégration des prestations de la planification familiale dans le panier de soins remboursables par l'AMO ;
- Renforcement des compétences des prestataires en matière de directives cliniques et de gestion du PNPF ;
- Renforcement de la formation de base en matière de planification familiale ;
- Relance des activités du marketing social pour le DIU.

Action 31 : Mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé de la reproduction

- Révision du Carnet de Santé de la Femme ;
- Mise en place d'un comité de coordination de la Santé de la Reproduction ;
- Appui de l'intégration des composantes de la SR au niveau des ESSB ;
- Renforcement de la disponibilité des CRSR et opérationnaliser la normalisation de leur paquet d'activités ;
- Renforcement des prestations SR existantes et développer de nouvelles composantes (infertilité du couple, ménopause,...).

Action 32 : Extension de l'intégration de la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus dans les SSP

- Renforcement de la disponibilité de l'offre de soins pour la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus ;
- Amélioration de la qualité des prestations de la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus ;
- Promotion de la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus.

Action 33 : Renforcement du suivi et de l'évaluation des activités (SNSR, PNPF, DPCSC,...)

- Evaluation des partenariats existants ;
- Poursuite de la révision du système d'information de PF dans une optique d'intégration en SR ;
- Développement de la recherche en SR (Analyse secondaire en SR de l'ENPF 2011,...) ;
- Informatisation de la gestion des produits SR.

5. Santé de l'enfant

Action 34 : Adoption et mise en œuvre d'une politique nationale de santé de l'enfant

- Mise en œuvre la politique nationale de santé de l'enfant au niveau national, régional et provincial ;
- Elaboration la Politique Nationale de Santé de l'Enfant ;
- Révision et étendre la stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant malade ;
- Elaboration des protocoles de prise en charge des enfants à besoins spécifiques ;
- Intégration l'enseignement des SPP de l'Enfant dans la formation de base.

Action 35 : Renforcement des Programmes préventifs en faveur de l'enfant

- Renforcement de la stratégie d'élimination de la rougeole ;
- Renforcement de la disponibilité des vaccins et introduction du vaccin pentavalent à la place du vaccin tétravalent ;
- Évaluation et amélioration de la gestion de la chaîne de froid et des équipements ;
- Assurer le suivi et évaluer la mise en œuvre des stratégies nationales d'élimination et d'éradication des maladies cibles ;
- Révision de la supplémentation préventive des enfants de moins de 5 ans en micronutriments ;
- Renforcement des compétences des professionnels de santé sur le counseling en matière de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- Institutionnalisation de la Semaine Nationale d'Immunisation.

6. Nutrition

Action 36 : Mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Nutrition (SNN)

- Elaboration et mise en œuvre des plans d'actions de la Stratégie Nationale de Nutrition au niveau régional et provincial ;
- Renforcement de la coordination entre les différents partenaires œuvrant dans le domaine de la Nutrition.

Action 37 : Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

- Développement et maitrise en œuvre d'un plan de mobilisation sociale en faveur de l'allaitement maternel et de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- Amélioration des compétences des professionnels de santé en matière de l'alimentation de l'enfant ;
- Renforcement des structures sanitaires en matériel nécessaire pour l'évaluation et le suivi de l'état nutritionnel du nourrisson et du jeune enfant ;
- Développement et diffusion des protocoles de la prise en charge nutritionnelle des enfants à besoins spécifiques ;
- Participation à la révision de la législation protégeant l'allaitement maternel.

Action 38 : Prévention et lutte contre les carences en micronutriments

- Actualisation du calendrier de supplémentation des enfants de moins de 5 ans et des femmes en âge de procréer en micronutriments ;
- Renforcement du partenariat multisectoriel pour l'amélioration de la production et du contrôle de qualité des aliments fortifiés ;
- Renforcement des actions de promotion de la consommation des aliments riches et enrichis en micronutriments ;
- Amélioration des modalités de gestion et d'approvisionnement en micronutriments.

Action 39 : Promotion de la nutrition en milieu scolaire et universitaire

- Elaboration et mise en place d'un plan d'éducation nutritionnelle au niveau des établissements scolaires et universitaires ;
- Renforcement de la composante nutrition dans le cursus d'enseignement primaire en collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale ;
- Instauration de normes pour améliorer la qualité des aliments au niveau des cantines scolaires et universitaires.

Action 40 : Mise en œuvre d'un plan d'information, éducation et communication en faveur de la nutrition

- Elaboration et mise en œuvre du plan de communication en matière de nutrition au niveau national, régional et local ;
- Renforcement des compétences des professionnels de santé en matière de la nutrition durant le cycle de vie ;
- Renforcement de la composante nutrition dans les actions communautaires.

Action 41 : Mise en place d'un système de suivi et évaluation en matière de nutrition

- Révision de la composante « nutrition » dans le système national d'information sanitaire (SNIS) ;
- Mise en place et renforcement du système de surveillance nutritionnelle.

Action 42 : Développement de la recherche et de l'expertise en matière de nutrition

- Mise en place d'un mécanisme de diffusion et d'utilisation de l'information des données issues de la recherche ;
- Actualisation des données sur les carences en micronutriments à travers une enquête épidémiologique ;
- Elaboration d'un référentiel pour le développement de la recherche en matière de nutrition.

AXE 3 : SANTE DES POPULATIONS A BESOINS SPECIFIQUES

○ Etat des lieux

1. Santé scolaire et universitaire et promotion de la santé des jeunes

Au Maroc, environ 7 millions d'élèves et d'étudiants poursuivent leurs études au niveau des établissements scolaires et universitaires. Il s'agit d'une population jeune et vulnérable. Cette situation, par ses répercussions sur la santé physique et mentale des enfants et des adolescents, peut engendrer chez cette population des comportements à risque.

Toutes les études réalisées par le Ministère de la Santé au cours des dix dernières années, montrent que plusieurs facteurs nuisibles sont à l'origine de ces comportements à risque qui influent négativement sur la santé de plusieurs milliers de jeunes scolarisés et d'étudiants.

Dans ce cadre, l'étude sur la santé des élèves entre 13 et 15 ans, élaborée en collaboration avec l'OMS et le Centre de Contrôle des Maladies d'Atlanta a montré que :

- 10 % des élèves sont des fumeurs ;
- Plus de 14,6% souffrent de surpoids et 8,3 % de malnutrition ;
- Plus des deux tiers des élèves ne se brossent pas les dents après les repas ;
- 16,7% souffrent de troubles psychologiques ;
- Plus de 80% ne pratiquent pas une activité physique régulière.

2. Handicap et personnes âgées

Selon les résultats de l'enquête nationale sur le handicap réalisée en 2004 par le Secrétariat d'Etat Chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées, la prévalence globale des situations du handicap est de 5,12 % (soit 1 530 000 personnes handicapées).

Les principales causes des handicaps relevées par cette enquête sont comme suit :

- Maladies acquises : 38,4%
- Origines accidentelles : 24,4%
- Maladies héréditaires/congénitales et périnatales : 22,8%
- Maladies liées au vieillissement.

L'enquête a fait ressortir également qu'une famille sur quatre compte une ou plusieurs personnes en situation du handicap.

De ce fait, il est essentiel de contribuer à la prévention et au dépistage précoce des pathologies à l'origine du handicap, d'assurer une prise en charge de qualité des personnes en situation du handicap et de mobiliser et impliquer les partenaires institutionnels et communautaires en vue d'assurer une réponse globale et intégrée aux besoins des ces personnes.

D'après l'Enquête Nationale Démographique 2009-2010 (HCP : Haut-Commissariat au Plan), le vieillissement de la population est une conséquence de la transition démographique qui peut être expliquée à l'échelon national par :

- l'allongement de l'espérance de vie à la naissance : 47 ans en 1960 à 74 ans en 2010 ;
- la baisse de la mortalité générale : 19,6‰ en 1962 à 5,5‰ en 2008 ;
- la baisse de la fécondité: 2,59 en 2011 contre 2,5 enfants/ femme en 2004 (3,3 enfants/femme en 1994).

En 2030, il y aura une inversion de la pyramide des âges qui sera caractérisée par la baisse de la proportion des jeunes (de moins de 15 ans), qui passera de 44,4% à 29,8% et l'augmentation de la proportion des personnes âgées, qui passera de 7% à 15% en 2030.

Le taux de morbidité au niveau national est de 67,8%. Ce taux est de 75,8% chez les plus de 75 ans. Il faut noter également que 58,9% des personnes âgées ont au moins une maladie chronique.

3. Enfants et femmes victimes de violence

Les actes de violence sur les femmes et les enfants varient selon leur nature et leur gravité, mais les répercussions à court et à long terme sont très souvent graves et préjudiciables. Par ailleurs, la situation des violences à l'égard des enfants et des femmes est alarmante. Les statistiques concernant la femme établies par le numéro vert au terme de l'année 2007 révèlent l'importance de ce phénomène et sa répartition sur tout le territoire avec acuité plus importante dans les grandes villes. Les statistiques indiquent que la violence sexuelle

constitue un pourcentage de 33,7%. S'agissant des enfants, le récapitulatif des activités routinières des différents centres d'écoute de l'ONDE montre que durant l'année 2005, sur 1092 cas de violences rapportés, 40% sont portés à l'encontre des filles, avec 309 cas de violences sexuelles (28%) abstraction faite du sexe.

La prise en charge intégrée médicale, psychologique, sociale et médico-légale des femmes et des enfants victimes de violences dans le système de santé s'inscrit dans les orientations de la stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes (SNLCVF). A ce jour, sont mise en œuvre 76 Unités de prise en charge dont, 06 aux CHU, mais seules 23 sont opérationnelles.

Par conséquent, il y a lieu de consolider et poursuivre les efforts déployés par le Ministère de la Santé et appuyer les expériences acquises par les Professionnels de Santé en matière de prise en charge intégrée des femmes et enfants victimes de violences. D'un autre côté, une série de mécanismes de coordination efficaces avec les autres départements doivent être mis en œuvre en collaboration avec les partenaires du Ministère de la Santé.

○ Actions et mesures

1. Santé scolaire et universitaire et promotion de la santé des jeunes

Action 43 : Renforcement du cadre organisationnel et partenarial dans le domaine de la santé scolaire et universitaire et de promotion de la santé des jeunes

- Instauration des outils et mécanismes d'opérationnalisation du partenariat ;
- Conclusion de conventions cadres de partenariat et établissement d'une réglementation concernant certains domaines d'intervention ;
- Mise en place du comité national intersectoriel de coordination, du suivi et d'évaluation.

Action 44 : Amélioration de la prise en charge des cas dépistés en milieu scolaire et universitaire

- Réorganisation de la prise en charge des élèves et des étudiants ;
- Mise en place de Centres de Référence en santé scolaire et universitaire au niveau de quatre régions pilotes ;
- Renforcement du plateau technique en vue d'améliorer le dépistage et la prise en charge des problèmes de santé des élèves et des étudiants ;
- Extension des Centres de Référence au niveau national.

Action 45 : Développement de programmes de promotion du mode de vie sain et de prévention des affections buccodentaires

- Elaboration d'un plan de communication pour la lutte contre les comportements à risques en milieu scolaire et universitaire et chez les jeunes ;
- Renforcement du programme « Collèges et Lycées Sans Tabac » et extension du programme « Etablissements Supérieurs Sans Tabac » ;
- Intégration d'un module de formation sur le mode de vie sain dans le cursus de formation au niveau des IFCS.

Action 46 : Contribution à l'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité dans les établissements scolaires, universitaires et dans les camps et colonies de vacances (CCV)

- Production et diffusion des normes d'hygiène et de sécurité à observer au niveau des établissements scolaires et universitaires et dans les CCV ;
- Renforcement du cadre réglementaire visant l'assainissement de l'environnement scolaire ;
- Conclusion de conventions de partenariat (cahier des charges) concernant les normes d'hygiène et de sécurité à observer au niveau des CCV.

Action 47 : Développement et renforcement des prestations et services d'information, d'écoute et d'orientation en matière de santé dans les structures de jeunesse

- Renforcement et appui au des espaces « Santé Jeunes » ;
- Appui à la mise en œuvre des prestations d'information et d'écoute des jeunes dans les structures de jeunesse ;
- Formation continue des professionnels de santé en matière d'écoute de communication et de prise en charge des jeunes ;
- Intégration des spécificités de la période de l'adolescence dans le cursus de formation des Médecins ;

Action 48 : Développement d'approches institutionnelles, intersectorielles et communautaires garantissant le droit des jeunes à l'information et à la participation en matière de la santé

- Développement du site web «www.santejeunes.ma» ;
- Création d'un réseau de journalistes pour la communication autour de la promotion de la santé des élèves, des étudiants et des jeunes ;

- Développement des approches de l'éducation parentale et de l'éducation par les pairs en matière de santé et de développement des jeunes ;
- Plaidoyer auprès des Média pour l'instauration de la gratuité de programmes destinés à promouvoir la santé des jeunes.

Action 49 : Renforcement de la recherche en santé des jeunes

- Réalisation et promotion d'études d'appréciation des besoins des jeunes en matière de santé ;
- Intégration des données relatives à la santé des jeunes dans le Système National d'Information Sanitaire.

2. Handicap et personnes âgées

Action 50 : Renforcement du dépistage précoce des pathologies à l'origine des déficiences handicapantes

- Extension du dépistage de l'hypothyroïdie congénitale et introduction du dépistage d'autres pathologies congénitales à l'origine du handicap mental et/ou physique : surdité congénitale ; trisomie 21 ; scoliose; luxation congénitale de la hanche... ;
- Plaidoyer pour la prise en charge et la prolongation de la couverture sociale des enfants en situation d'handicap au-delà de l'âge de 21 ans, afin d'assurer leur droit d'accès aux services de santé ;
- Renforcement des compétences des professionnels de santé en matière de prise en charge des personnes en situation du handicap.

Action 51 : Assurer le droit d'accès des personnes âgées en situation du handicap aux services de santé

- Achèvement de 11 centre de rééducation et d'orthopédie ;
- Acquisition des prothèses auditives et des lunettes pour les personnes en situation du handicap ;
- Renforcement des effectifs d'orthoptistes, orthophonistes et psychomotriciens en formation aux IFCS.

Action 52 : Renforcement de la mobilisation sociale autour du handicap

- Mise en place d'un plan de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale autour de la mise en œuvre des dispositions de la convention internationale relative aux personnes en situation du handicap ;

- Elaboration d'un module d'éducation parentale dans le domaine de la prise en charge des enfants en situation du handicap ;
- Révision de l'arsenal réglementaire et juridique en vue d'assurer le droit des personnes en situation du handicap aux soins de santé.

Action 53 : Renforcement des actions de prévention et de prise en charge des personnes âgées

- Introduction de la vaccination contre les pneumopathies à pneumocoque et la grippe saisonnière au profit des personnes âgées ;
- Mise en place d'un programme de formation continue des médecins généralistes et des infirmiers polyvalents sur la prise en charge médicale des personnes âgées ;
- Développement de la « gériatrie » comme spécialité au niveau des facultés de médecine du Royaume.

Action 54 : Amélioration de la prise en charge des personnes âgées malades

- Achèvement de la construction de 03 centres de gériatrie ;
- Elaboration des normes et standards des unités de gériatrie de court-séjour (UGCS) ;
- Mise à la disposition des personnes âgées nécessiteuses des prothèses auditives et des lunettes ;
- Généralisation des UGCS pour la prise en charge globale et intégrée (médicale, psychologique, et rééducation) des personnes âgées fragiles ;
- Développement d'un référentiel de prise en charge des personnes âgées.

3. Enfants et femmes victimes de violence (FEVV)

Action 55 : Renforcement des capacités d'action des unités de prise en charge des FEVV

- Généralisation de la mise en place d'unités de prise en charge des FEVV ;
- Formalisation et opérationnalisation du circuit de prise en charge des FEVV ;
- Redynamisation de la circulaire ministérielle relative à l'instauration des unités de prise en charge des FEVV et l'identification des points focaux régionaux ;
- Renforcement des compétences des professionnels de santé en matière de violence fondée sur le genre (VFG).

Action 56 : Développement du partenariat et de la coordination

- Formation des éducatrices paires en matière de VFG ;
- Elaboration d'un cadre de référence de partenariat en matière de VFG et sa diffusion au niveau des services déconcentrés ;
- Promotion de l'action de proximité à travers le partenariat avec les ONG ;
- Préparation et animation d'une journée de sensibilisation contre la VFG pour le grand public.

Action 57 : Développement du système d'information et évaluation des activités

- Instauration d'une autoévaluation des unités de prise en charge des FEVV ;
- Evaluation organisationnelle des unités de prise en charge des FEVV ;
- Généralisation de l'informatisation des unités de prise en charge des FEVV.

AXE 4 : RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET DEVELOPPEMENT DES VIGILANCES SANITAIRES

I. REFORME DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES VIGILANCES SANITAIRES

○ Etat des lieux

Tout au long de son histoire, l'humanité a dû faire face à des flambées de maladies infectieuses et à d'autres urgences sanitaires. L'apparition de nouveaux agents pathogènes pour l'homme, associée à une mondialisation des déplacements, a mis en avant l'importance d'une prévention internationale, ce qui n'est pas sans soulever des problèmes multiples d'ordre politique et social. Les menaces infectieuses se mondialisent et les menaces des maladies non transmissibles s'intensifient avec comme conséquences directes une « mondialisation de santé publique ».

Devant ces changements et sous l'emprise des événements imprévus et imprévisibles, la Santé Publique ne cesse de lancer de nouveaux défis à l'humanité la contraignant à rechercher toujours de nouveaux moyens pour organiser sa défense contre l'emprise des maladies et de ces multiples menaces.

Au cours des dernières décennies, le Maroc a été touché par des catastrophes collectives multiples (épidémies de maladies transmissibles, intoxications collectives, inondations, séismes, accidents industriels, etc.) qui ont eu des impacts sanitaires et socio-économiques souvent graves. La répétition de ces événements pose un véritable problème de santé publique et doit susciter des efforts de solidarité, d'organisation et de recherche pour contribuer à la prévention de ces événements et au soutien des communautés et des personnes, qui en sont les victimes.

Face à ces différents défis, le système de surveillance épidémiologique national a connu une évolution régulière pour s'adapter en permanence aux changements sanitaires tant nationaux qu'internationaux notamment dans les domaines de l'organisation, la formation, l'équipement des laboratoires, le contrôle sanitaire aux frontières, la mise en place de réseaux sentinelles spécifiques, l'élaboration de guides et de procédures adaptée etc.

Néanmoins, malgré ces efforts, différentes évaluations ont montré des insuffisances et des limites du système actuel en place (multitude d'intervenants, manque d'harmonisation, faible informatisation etc.).

Aussi, actuellement, il est question de passer d'un système de surveillance épidémiologique compartimenté à un système de surveillance de la santé de qualité impliquant un réseau d'intervenants via les Nouvelles Technologies d'information et de Communication (NTIC). Il s'avère également nécessaire et opportun de développer un système de veille sanitaire performant, fiable et réactif sur toutes les maladies ainsi que sur les phénomènes pouvant avoir un impact sur la santé de la population

○ Actions et mesures

Action 58 : Révision du système de surveillance épidémiologique en vue de son exhaustivité, son intégration, son informatisation et son ouverture sur les autres systèmes.

- Mise en place d'un comité ministériel intégrant les niveaux régional et provincial pour la révision de l'actuel système de surveillance épidémiologique à tous les niveaux (central, régional, provincial) ;
- Elaboration d'un texte réglementant la surveillance épidémiologique au Maroc ;
- Révision de la Loi sur la déclaration obligatoire des maladies et mise à jour de la liste des maladies à déclaration obligatoire ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de formation en épidémiologie d'intervention ;
- Mise à jour du guide sur les normes de surveillance épidémiologique ;
- Renforcement des RH qualifiées en épidémiologie d'intervention au niveau régional et central ;
- Mise en place d'une plateforme informatisée pour la gestion du système d'information intégrant les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les risques sanitaires liés à l'environnement ;
- Mise en place des mesures de surveillance et de riposte contre les maladies émergentes et ré-émergentes prioritaires ;
- Développement du réseau actuel des laboratoires ;
- Renforcement et repositionnement des structures régionales et provinciales chargées de la surveillance épidémiologique dans le nouveau schéma régional ;
- Développement de l'épidémiologie hospitalière (inféctio-vigilance, études de morbidité et de mortalité) ;

- Renforcement de l'implication du secteur libéral dans la notification des maladies à déclaration obligatoire ;
- Conception d'un bulletin épidémiologique électronique trimestriel en veillant à sa publication régulière ;
- Mise en œuvre des mesures de renforcement des capacités nationales recommandées dans le rapport d'évaluation en vertu de l'entrée en vigueur du nouveau règlement sanitaire international (RSI) 2005 ;
- Amélioration de la notification des causes des décès ;
- Intégration des systèmes d'information existants avec collecte de données standardisées inhérentes aux facteurs de risque, à l'incidence et à la prévalence des maladies non transmissibles ;
- Mise en place de registres pour certaines maladies chroniques (cancers, diabète type 1, maladies rares...) ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un système de suivi et d'évaluation pour les maladies non transmissibles.

Action 59 : Développement et mise en œuvre d'une stratégie nationale de veille et de sécurité sanitaire

- Organisation d'un forum national sur la mise en place d'un système de veille sanitaire ;
- Mise en place d'un comité multisectoriel et multidisciplinaire pour l'élaboration d'un document projet pour la mise en place d'un système de veille sanitaire ;
- Elaboration d'un texte réglementant la mise en place du système de veille aux niveaux central, régional et provincial et définissant le rôle et responsabilités des différentes structures nationales impliquées dans la veille et la sécurité sanitaire ;
- Elaboration et mise en œuvre de nouvelles stratégies de mobilisation des autres acteurs du système de santé (secteur libéral, semi public et militaire) ;
- Elaboration d'une stratégie nationale de veille et de sécurité sanitaire ;
- Elaboration d'un plan d'action pour la mise en œuvre des activités de veille et de sécurité sanitaire ;
- Structuration de la recherche et établissement des priorités pour les 5 années à venir ;
- Mise en place de réseaux de documentation et d'archivage en matière de maladies chroniques.

Action 60 : Renforcement des actions de vigilance sanitaire

- Réglementation de l'activité de pharmacovigilance et de toxicovigilance ;
- Renforcement des activités du Laboratoire du CAPM pour constituer un pôle d'excellence et un plateau technique de référence nationale en matière de toxicologie analytique d'urgence et de dosage de médicaments dans le cadre du suivi thérapeutique pharmacologique ;
- Développement au niveau des CHU d'un plateau technique performant capable d'assurer les analyses toxicologiques d'urgence afin de diminuer la morbidité, la mortalité et les dépenses économiques liées aux intoxications ;
- Développement de conditions de prise en charge en vue de permettre aux victimes des différentes intoxications de bénéficier des soins nécessaires aussi bien lors du transfert qu'en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation et ce quel que soit le niveau sanitaire concerné ;
- Promotion de l'équité d'accès à la ligne téléphonique du CAPM par la mise en place d'une ligne téléphonique gratuite d'accès et par la réalisation d'une campagne de promotion de ce service ;
- Officialisation du comité technique de pharmacovigilance ;
- Promotion de la déclaration des événements indésirables par les professionnels de santé et les laboratoires pharmaceutiques ;
- Réduction de la morbidité et de la mortalité par envenimations scorpionique et ophidienne.

Action 61 : Renforcement de la stratégie nationale de radioprotection

- Acquisition et renouvellement de certains équipements de détection et de mesure des rayonnements ionisants, du matériel des laboratoires d'étalonnage et de métrologie, de radio-toxicologie et de surveillance radiologique de l'environnement et des denrées alimentaires ;
- Elaboration de directives sur la surveillance et le contrôle de la radioactivité dans les marchandises destinées à l'industrie de recyclage de la ferraille, aux autorités portuaires, douanes, etc. ;
- Renforcement de la sûreté des déchets radioactifs et du transport des matières radioactives ;
- Elargissement de la couverture dosimétrique des travailleurs ;
- Extension du contrôle de la radio exposition médicale des patients ;
- Renforcement de la sûreté et la sécurité des sources radioactives ;
- Mise en place d'une stratégie de contrôle de la radioactivité au niveau des ports et des aéroports.

II. PREVENTION ET CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES (MT)

○ Etat des lieux

Les Maladies Transmissibles représentent encore une source majeure de souffrance, d'incapacité et de décès de par le monde. Au Maroc, des efforts importants ont été déployés pour prévenir, contrôler voire même éliminer certaines maladies transmissibles constituant des problèmes de santé publique. Dans ce cadre, l'évolution de la morbidité et de la mortalité dues à ces maladies fait ressortir trois situations distinctes :

- Une situation où des maladies transmissibles sont maîtrisées, voire même éliminées, notamment le paludisme, la schistosomiase, le trachome cécitant, le choléra et certaines maladies cibles de la vaccination.
- Une situation caractérisée par la persistance de la transmission de certaines maladies prioritaires malgré les efforts déployés dans le cadre de programmes de prévention et de contrôle pertinents : tuberculose, les IST/SIDA, méningites à méningocoques, leishmanioses, infections respiratoires aiguës, toxi-infections alimentaires collectives (TIAC), hépatites virales.
- Une situation où nous avons à faire face à des événements de santé émergents ou ré-émergents et pour lesquels des mesures de prévention et de lutte sont soit absentes, soit insuffisantes (grippe à nouveau virus, dengue, fièvre de la vallée du Rift, etc.).

La tuberculose, les leishmanioses, les méningites bactériennes communautaires ainsi que les zoonoses restent encore des problèmes majeurs de santé publique.

- Au cours des dernières années, 27.000 à 28.000 nouveaux cas de tuberculose sont dépistés annuellement, déterminant une incidence de 82 à 83 nouveaux cas pour 100.000 habitants par an. Cette maladie est particulièrement fréquente dans les régions les plus urbanisées et les plus peuplées du pays (65 % des cas). D'autre part, il existe un pool, quasi permanent, d'environ 200 cas de tuberculose pharmaco-résistante.

En matière de coinfection TB et VIH/SIDA, une enquête réalisée en 2008 chez 1257 malades tuberculeux a montré une prévalence de 1,7%.

- Les leishmanioses sont des maladies parasitaires dont les spectres cliniques au Maroc s'étendent des formes cutanées bénignes à la forme viscérale de pronostic grave : En moyenne 150 cas de leishmaniose viscérale à *Leishmania infantum* sont identifiés annuellement par les différents centres hospitaliers. La leishmaniose cutanée à *Leishmania tropica* (entre 1611 cas en 2009 et 2263 cas en 2010) revêt un caractère sporadique avec des poussées épidémique au niveau de quelques agglomérations suburbaines. La leishmaniose cutanée à *Leishmania major* (LCM), elle est marquée par une évolution endémo-épidémique Une incidence élevée a été enregistrée en 2010 atteignant 6444 nouveaux cas.
- Les méningites bactériennes communautaires sévissent à l'état endémo sporadique avec émergence de temps à autres de micro foyers épidémiques de Méningite méningococcique dominé par le séro groupe B (50% des cas). Le taux de létalité varie selon le type de méningite : en moyenne de 8 à 12% par an.
- Les zoonoses majeures sont dominées par la rage, l'hydatidose, la fièvre charbonneuse et la leptospirose qui sévissent à des prévalences pouvant être qualifiées d'inquiétantes et font l'objet, par conséquent, d'une surveillance épidémiologique.

○ Actions et mesures

Action 62 : Maintien et contrôle des acquis en matière de contrôle de maladies éliminées ou en cours d'élimination et maladies cibles de la vaccination.

- Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie intégrée de maintien et de consolidation des acquis concernant les maladies éliminées ;
- Lancement du processus de certification par l'OMS de l'élimination de la schistosomiase ;
- Renforcement de la prévention et de la prise en charge de la conjonctivite néo-natale en utilisant l'algorithme des conjonctivites néo-natales préconisé dans le cadre de la prise en charge syndromique des IST ;
- Relance du processus de certification de l'élimination du trachome cécitant auprès de l'OMS ;
- Renforcement de la surveillance des contacts des cas de lèpre dans le cadre du plan d'action santé en milieu rural ;

- Renforcement de la surveillance active des paralysies flasques aiguës (PFA) au niveau des secteurs public et privé dans le cadre de la stratégie mondiale d'éradication de la poliomyélite ;
- Maintien et renforcement du système de surveillance des fièvres éruptives basé sur la confirmation biologique systématique pour répondre aux critères de l'OMS en matière d'élimination de la rougeole ;
- Maintien et renforcement de la surveillance épidémiologique des diarrhées aiguës à Rotavirus, des méningites à *haemophilus influenzae* de type b et à pneumocoque dans le cadre de l'évaluation de l'impact de l'introduction des nouveaux vaccins.

Action 63 : Renforcement de la riposte contre les maladies sous contrôle (TB et VIH...)

- Contrôle du paludisme d'importation à travers le dépistage, la prise en charge précoce et le conseil aux voyageurs ;
- Consolidation des acquis de la stratégie « DOTS » et amélioration de sa qualité ;
- Prévention et prise en charge de la coinfection TB/VIH et de la tuberculose multi-résistante ;
- Contribution au renforcement des systèmes de santé en consolidant l'approche pratique de la santé respiratoire (APSR) et en mettant en œuvre un système de gestion de la qualité des prestations de la lutte antituberculeuse (LAT) ;
- Implication des patients et de la communauté dans la lutte antituberculeuse ;
- Renforcement de la gouvernance et de la gestion de la riposte au VIH-Sida et aux infections sexuellement transmissibles à l'échelle nationale et décentralisée ;
- Renforcement de la surveillance des méningites bactériennes communautaires en vue de réduire leur incidence à moins de 1,5% et leur létalité à moins 6% ;
- Conduite de recherches destinées à étudier la pertinence et le coût économique d'utilisation des nouveaux vaccins conjugués contre la méningite à méningocoque ;
- Renforcement et contrôle des maladies à transport hydrique et/ou alimentaire en collaboration avec les autres partenaires ;
- Mise en place de nouveaux programmes sanitaires pour les maladies transmissibles constituant des problèmes de santé publique importants (grippe, hépatites...) ;
- Promotion de la recherche dans le domaine des maladies transmissibles (hépatites, tuberculose, cécité, VIH-Sida, grippe).

Action 64 : Mise en place de mesures de surveillance et de riposte contre les maladies émergentes et ré-émergentes potentielles

- Elaboration et mise en œuvre d'un plan multisectoriel intégré de prévention et de contrôle des maladies émergentes ;
- Mise en place d'un système de surveillance et de riposte vis-à-vis du West Nil, la dengue et la Fièvre de la vallée du Rift ;
- Mise en place d'un noyau de compétence interdisciplinaire dans le domaine des maladies émergentes et ré-émergentes.

Action 65 : Renforcement de la riposte contre les zoonoses majeures et les maladies négligées

- Mise en œuvre du plan d'action de lutte contre les leishmanioses selon une approche décentralisée et participative ;
- Contrôle des leishmanioses au niveau national en vue de réduire leur incidence de 75% au terme de l'année 2016 ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan intégré multisectoriel de prévention et de lutte contre les zoonoses majeures.

III. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DU VIH-SIDA

○ Etat des lieux

Depuis la déclaration du premier malade en 1986, le nombre de cas de VIH/Sida notifiés au Maroc a atteint 5700 en décembre 2010 dont 1878 cas de VIH et 3822 cas de Sida. 60% des cas ont été notifiés au cours de la période 2005-2010. 71% des cas sont âgés entre 25 et 44 ans. La proportion des femmes a atteint près de 50% des cas notifiés.

Les données de la surveillance sentinelle montrent que l'épidémie se développe au sein des populations les plus exposées au risque d'infection VIH, il s'agit des femmes professionnelles du sexe, des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), et des usagers de drogues injectables.

Aux facteurs de risque sociaux et comportementaux qui concernent ces populations, se conjuguent des facteurs géographiques du fait que la dynamique focale de l'épidémie a continué à se renforcer, notamment au niveau des régions de Sous-Massa-Draa, Marrakech-Tensift-Al Haouz et du Grand Casablanca qui cumulent 56% des cas notifiés. La transmission sexuelle est majoritaire et alimentée par des comportements de multi-partenariat sexuel retrouvés chez les trois-quarts des cas notifiés. Des dynamiques différentes

sont enregistrées comme la transmission chez les HSH dans les régions de Marrakech-Tensift-Al Haouz et Souss-Massa-Draa et par partage de matériel d'injection de drogue dans les régions de l'Oriental et Tanger-Tétouan.

○ Actions et mesures

Action 66: Développement des mesures de prévention du VIH

- Développement de la prévention combinée des personnes les plus exposées au risque VIH ;
- Renforcement des compétences en prévention du VIH chez les jeunes et les femmes en contexte de vulnérabilité par différentes approches de communication ;
- Amélioration de l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) pour les femmes enceintes vivant avec le VIH et leurs nourrissons bénéficiant de la CPN et de l'accouchement assisté ;
- Mise en place des mesures standards pour la prévention et la prise en charge de l'exposition accidentelle ou sexuelle au VIH dans les établissements hospitaliers.

Action 67: Amélioration de l'accès des PVVIH à la prise en charge

- Amélioration de l'accès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et nécessitant un traitement antirétroviral (ARV) à une prise en charge médicale globale de qualité ;
- Amélioration de l'accès des PVVIH suivies aux prestations du programme national d'accompagnement psychologique et social (PNAPS).

Action 68: Renforcement de la gouvernance du Plan National du VIH-Sida

- Renforcement des dispositifs de coordination et de partenariat au niveau national et régional ;
- Renforcement du système communautaire afin de contribuer à l'efficacité et l'efficience des interventions des ONG.

AXE 5 : DEVELOPPEMENT DU CONTROLE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT)

I. PREVENTION ET CONTROLE DES MALADIES CHRONIQUES ET DU CANCER

○ Etat des lieux

Les maladies chroniques constituent aujourd'hui les principales causes de décès et sont en augmentation partout dans le monde. Elles sont à la fois l'apanage des pays développés et de ceux en développement ; mais ces derniers sont durement touchés.

Ces maladies ont des caractéristiques communes préoccupantes :

- Elles progressent partout dans le monde et se manifestent de plus en plus dans les pays en développement où elles viennent alourdir la charge de morbidité due aux maladies infectieuses.
- Elles remettent sérieusement en question le fonctionnement des systèmes de santé actuels et interpellent les décideurs et les responsables sanitaires à s'engager dans le processus du changement et de l'innovation pour disposer de systèmes capables de répondre aux demandes imminentes.
- Elles ont de lourdes conséquences sur les plans économique et social et mettent en péril les ressources allouées aux soins de santé.
- Elles ont généralement les mêmes facteurs de risque, tels que le stress, la sédentarité, l'alimentation déséquilibrée (consommation excessive de sel, préférence des produits raffinés à ceux contenant les fibres et les glucides complexes), le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et des substances psychoactives.

Eu égard aux prévalences élevées des facteurs de risque liés à certaines maladies non transmissibles (Enquête MS 2000) comme le diabète (33,6 %), l'hypertension artérielle (6,6 %) et les maladies cardiovasculaires, l'obésité (13,2 %) , le tabagisme (17,2 %), le taux de cholestérol élevé (29 %)... ainsi que le cancer (30500 nouveaux cas par an), l'insuffisance rénale chronique terminale (3000 à 4500 nouveaux cas par an), la pneumopathie chronique obstructive, l'asthme, etc., le Maroc place la lutte contre les MNT comme priorité nationale de santé. Nous citons à titre d'exemple le plan de prévention et de contrôle du cancer développé et mis en œuvre en concertation et avec l'appui de l'Association Lalla Salma de Lutte contre le cancer.

○ Actions et mesures

Action 69 : Lutte antitabac

- Contribution à la prévention du tabagisme actif dans la population générale ;
- Ratification de la Convention Cadre pour la Lutte Antitabac (CCLAT) ;
- Plaidoyer pour l'activation de l'approbation de la Loi sur le tabac par les instances concernées ;
- Mise en place de mesures pour encourager et soutenir l'abandon des habitudes tabagiques ;

Action 70 : Promouvoir une alimentation saine et équilibrée

- Sensibilisation et éducation des industriels, des milieux scolaire et universitaire et de la population générale sur l'intérêt d'une alimentation saine et équilibrée ;
- Mise en place d'une stratégie nationale de réduction de la consommation du sel ;
- Mise en place d'un cadre réglementaire et législatif concernant la consommation d'aliments sains et équilibrés.

Action 71 : Lutte contre l'obésité et promotion de l'activité physique

- Mise en place de programmes spécifiques de lutte contre l'obésité et d'éducation nutritionnelle dans les écoles, collèges et lycées ainsi qu'en milieu professionnel ;
- Formation des professionnels de santé sur les risques de santé liés au surpoids et à l'obésité ;
- Sensibilisation des consommateurs et des industriels sur les risques de la restauration rapide non équilibrée (fast-food) ;
- Encouragement de l'activité physique pour tous les âges ;
- Sensibilisation des départements chargés de l'aménagement du territoire pour planifier des espaces dédiés à l'activité physique.

Action 72 : Développement du partenariat / collaboration intersectorielle en matière de prévention des MNT

- Mise en place d'un comité interministériel ;
- Renforcement du partenariat public-privé et la collaboration avec la société civile et les organisations nationales et internationales ;
- Renforcement du partenariat entre le Ministère de Santé et des Sociétés Savantes ;
- Renforcement du rôle de la région pour une bonne gouvernance .

Action 73 : Elaboration et mise en place des programmes de dépistage de qualité chez les patients à risque

- Mise en place des logigrammes des programmes de dépistage des personnes à haut risque, à tous les niveaux de prise en charge, en concertation avec les différents intervenants notamment la société savante, les professionnels de santé et les gestionnaires ;
- Dotation des formations sanitaires et des équipes mobiles en matériel nécessaire pour le dépistage ;
- Renforcement des actions de dépistage du Diabète, de l'HTA et des cancers féminins ;
- Encouragement du dépistage des MNT en milieu professionnel (Examens systématiques, examens d'embauche et campagnes de dépistage en milieu professionnel.

Action 74 : Définition des modalités d'une prise en charge de qualité des patients à risque.

- Elaboration et diffusion des référentiels de prise en charge du diabète, HTA, maladie rénale chronique ;
- Elaboration d'un programme d'éducation thérapeutique du diabète/HTA/ dyslipidémie, tabac, etc. ;
- Achèvement de la construction de 06 centres d'hémodialyse et création de nouveaux centres ;
- Développement de la greffe d'organe avec prélèvement sur donneur décédé ou en état de mort cérébrale ;
- Promotion de l'éducation thérapeutique avec des classes des diabétiques au niveau des Etablissements de Soins de Santé de Base.

Action 75 : Disponibilité des médicaments des principales maladies non transmissibles à tous les niveaux de soins.

- Révision périodique de la nomenclature des médicaments des principales maladies non transmissibles ;
- Renforcement du budget alloué à l'achat des médicaments et du matériel médico-technique ;
- Mise en place d'un système de traçabilité dans le cadre d'un système d'information intégré.

Action 76 : Formation des professionnels de santé pour la prise en charge des MNT

- Elaboration des modules et exécution de plan de formation sur l'identification des patients à risque total élevé et la prise en charge du diabète, HTA, dyslipidémie, insuffisance rénale, etc. ;
- Formation des personnes relais et promotion de l'éducation par les pairs en matière de dépistage, orientation et éducation thérapeutique des personnes à risque de MNT.

Action 77 : Développement du réseau « REIN-DIABETE-HTA »

- Mise en place de centres de référence intégrés « Rein, Diabète, HTA » avec dépistage et traitement des complications ophtalmologiques au niveau régional ;
- Dotation des centres d'infrastructures et de ressources nécessaires pour le dépistage, le diagnostic et le suivi des patients avec MNT.

Action 78 : Développement des structures de prise en charge du cancer

- Construction de 04 centres régionaux (Meknès, Tanger, Safi et Laâyoune) ;
- Construction de 10 structures de prise en charge du cancer dont des services de chimiothérapie de proximité, des pôles d'onco-gynécologie et des centres de référence pour la santé de la reproduction ;
- Equipement des structures de prise en charge du cancer nouvellement créées.

Action 79 : Coordination des activités entre les différents niveaux d'intervention

- Mise en place d'unités de gestion des maladies non transmissibles au niveau régional et provincial/préfectoral ;
- Mise en place de cellules de prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des centres de santé et promotion du rôle du médecin généraliste ;
- Intégration de la prise en charge spécialisée (y compris la consultation pour le sevrage tabagique) dans certains établissements de soins de santé de base ;
- Intégration des activités de prévention primaire et secondaire dans les programmes de santé communautaire et l'équipe mobile ;
- Mise en place d'un système de « référence-contre référence » entre les différents niveaux d'intervention.

Action 80 : Etablissement d'une stratégie pour la prise en charge de la douleur

- Institutionnalisation de la prise en charge de la douleur à tous les niveaux d'intervention (hôpital, ambulatoire, domicile) ;
- Formation et information du personnel de santé et lutte contre la morphinophobie ;
- Développement des centres « antidouleur » au niveau des CHU ;
- Mise en place de comités de lutte contre la douleur au niveau des centres hospitalier régionaux et provinciaux ;
- Etablissement de réseaux territoriaux de santé en matière de douleur.

Action 81 : Etablissement d'une stratégie de développement des soins palliatifs.

- Développement de la consultation externe des soins palliatifs et mise en place des antennes téléphoniques régionales spécialisées dans le conseil ;
- Accompagnement familial et social ;
- Etablissement de réseaux territoriaux de santé en matière de soins palliatifs et soins de support.

Action 82 : Intégration des systèmes d'information existants

- Standardisation de la collecte des données inhérentes aux facteurs de risque, à l'incidence et à la prévalence des MNT;
- Intégration de la surveillance des maladies non transmissibles dans les activités des Observatoires Régionaux de santé (ORS) et des Cellules Provinciales d'Epidémiologie (CPE) ;
- Informatisation des supports d'information communs aux maladies non transmissibles (dossier médical...).

Action 83 : Mise en place des registres pour certaines maladies non transmissibles.

- Institutionnalisation du registre des cancers ;
- Elaboration et mise en place du registre du Diabète type 1 ;
- Elaboration du registre des maladies coronariennes.

Action 84 : Actualisation des données épidémiologiques relatives aux maladies non transmissibles et à leurs complications.

- Réalisation d'enquêtes sur les facteurs de risque cardiovasculaires des maladies non transmissibles dans la population ;
- Réalisation d'études sur la qualité de vie des personnes atteintes des maladies non transmissibles.

Action 85 : Evaluation des déterminants comportementaux, environnementaux et socioéconomiques des maladies non transmissibles.

- Réalisation d'études sur l'impact socioéconomique et environnemental des maladies non transmissibles ;
- Réalisation des études « Connaissances, Attitudes et Pratiques » relatives aux maladies non transmissibles.

II. LUTTE CONTRE LES TROUBLES MENTAUX DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT, ET CONTRE LES TOXICOMANIES

○ Etat des lieux

La santé mentale au Maroc constitue un véritable problème de santé publique, comme l'a démontré l'enquête nationale de prévalence en population générale âgée de 15 ans et plus (ENPTM, 2003-2006) :

- 26.5% des personnes âgés de 15 ans et plus ont vécu un trouble dépressif au cours de leur vie, soit 16% de la population générale.
- Plus de 200.000 marocains de 15 ans et plus, souffrent d'une pathologie schizophrénique.
- La dépendance à l'alcool est de 1,4%, soit 0,1% de la population générale.
- La dépendance aux substances est de 2,8%, soit 2% de la population générale.

Le Ministère de la Santé a adopté tout au long des dix dernières années, un éventail de réformes : la décentralisation, l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé de base, la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques, diminuant ainsi les structures asilaires non adéquates, tout en améliorant l'accès aux soins par l'orientation vers une psychiatrie communautaire et de proximité.

Bien qu'encourageants, ces efforts ne sauraient occulter d'autres réalités telles la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que leurs proches et le fardeau socio-économique accru par les représentations péjoratives de la maladie.

A cela, il faut rajouter tout ce qui se rapporte à l'insuffisance des ressources humaines et matérielles, à l'accès aux traitements et l'observance et à l'état des structures hospitalières qui ne répondent pas encore aux normes requises pour une prise en charge adéquate et de qualité en termes de respect des droits élémentaires des patients.

A cet effet, la nouvelle vision du plan national santé mentale intègre en tant que composante essentielle le respect et la promotion des droits humains de la personne atteinte de troubles mentaux.

○ Actions et mesures

Action 86 : Lutte contre les facteurs de risque en milieu professionnel, scolaire et familial

- Elaboration et mise en place de programmes spécifiques de lutte contre les facteurs de nuisance et de stress en milieu de travail et prévention du «*burn-out*» ;
- Mise en place de programmes de sensibilisation et de lutte contre la violence en milieu familial et scolaire ;
- Promotion des institutions scolaires accueillantes, offrant un environnement sain et permettant l'épanouissement de l'enfant et l'amélioration de ses compétences psychosociales.

Action 87 : Prévention de l'émergence des maladies mentales

- Formation des professionnels de santé au dépistage et diagnostic précoce des troubles mentaux qui sont rapidement résolutifs ;
- Création de services de santé mentale adaptés aux besoins des jeunes en étroite collaboration avec les familles, les établissements scolaires, les centres d'accueil et le voisinage ;
- Renforcement des programmes communautaire en matière de prévention et de prise en charge des addictions aux substances psychoactives.

Action 88 : Lutte contre la stigmatisation des maladies mentales

- Réalisation d'ateliers de plaidoyers auprès des différents partenaires ;
- Réalisation d'ateliers d'appui aux ONGs de familles et de malades.

Action 89 : Renforcement de la formation de base et formation continue des professionnels de santé

- Augmentation du nombre de psychiatres de pédopsychiatres et d'addictologues formées;
- Renforcement de la formation d'infirmiers spécialisés (100/an contre 80/an actuellement) ;
- Création de filière d'ergothérapie et d'éducation spécialisée;
- Création d'unités de périnatalité et santé mentale dans chaque CHU (Casablanca,...);
- Renforcement des compétences des intervenants en santé mentale: société civile, institutionnels ;
- Formation des médecins généralistes et des infirmiers sur les signes somatiques et avant-coureurs d'un trouble mental.

Action 90 : Renforcement de l'offre en psychiatrie et Humanisation des structures de soins

- Création de 3 hôpitaux régionaux spécialisés en psychiatrie (Agadir, Kenitra, El Kelaâ);
- Création de 10 services intégrés de psychiatrie;
- Création de 4 unités de pédopsychiatrie (Casablanca, Rabat, Fès, Marrakech);
- Mise aux normes des structures psychiatriques ;
- Aménagement de huit hôpitaux psychiatriques ;
- Extension des centres d'addictologie: huit centres d'ici 2016 ;
- Création d'un centre médicosocial (Casablanca).

Action 91 : Amélioration de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent

- Création de consultations spécialisées au niveau des établissements de soins de santé de base ;
- Création de centres nationaux de formation en matière de pédopsychiatrie ;
- Mise en place d'unités de pédopsychiatrie au niveau des hôpitaux régionaux ;
- Elaboration des normes des structures de soins en pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adolescent ;
- Elaboration, validation et diffusion de référentiel relatif aux structures de soins en pédopsychiatrie.

Action 92 : Normalisation des structures de prise en charge pour la personne adulte

- Définition des normes et élaboration des référentiels pour les hôpitaux et les services de psychiatrie adulte ;
- Evaluation et mise à niveau de l'existant : programmes / structures / RH / mécanismes de coordination ;
- Elaboration des normes d'accréditation et réalisation d'audit des hôpitaux psychiatriques.

Action 93 : Amélioration de l'accueil des urgences psychiatriques par l'identification des circuits et des procédures spécifiques

- Organisation de l'aspect architectural des unités en faveur d'une meilleure sécurité des malades et des soignants ;
- Mise en place d'une équipe de sécurité de non soignants ;
- Institutionnalisation de la psychiatrie de liaison.

Action 94 : Renforcement du Programme National de Réduction des Risques, dont le Programme Thérapeutique de Substitution (TSO)

- Extension du programme de réduction des risques parmi les usagers de drogue ;
- Construction de centres d'addictologie à Tétouan, Marrakech, Nador, Agadir, Fès et Al-Hoceima et étendre la couverture en centres spécialisés dans d'autres sites prioritaires (Tanger, Larache, Ksar-Elkebir, Chéfchaouén, etc.) ;
- Réalisation d'études bio-comportementales « RDS » sur la prévalence des infections VIH/Sida et des hépatites parmi les populations d'usagers de drogues injectables dans les sites prioritaires identifiés.

Action 95 : Assurer la disponibilité des psychotropes essentiels dans les établissements de soins de santé de base et dans les structures hospitalières psychiatriques

- Constitution d'une commission multipartite pour l'évaluation des besoins réels par le plaidoyer auprès des responsables locaux et centraux ;
- Augmentation des capacités de prise en charge des patients dans les structures hospitalières psychiatriques et dans les établissements de soins de santé de base.

Action 96 : Extension de la liste des psychotropes essentiels

- Renforcement de la disponibilité des médicaments et réserver de 2% du budget des médicaments à la santé mentale ;
- Intégration des neuroleptiques et des antidépresseurs de 2^{ème} et 3^{ème} générations dans la liste des psychotropes essentiels.

Action 97 : Mise en place de la nouvelle législation en santé mentale

- Lancement du processus de l'adoption du nouveau texte de Loi par le parlement (Dahir de 1959) ;
- Mise en place de l'Observatoire National des Drogues et Addictions.

Action 98 : Intensification de la collaboration entre les secteurs public, universitaire et privé pour toutes les actions concernant la santé mentale

- Autorisation de l'exercice de la psychiatrie dans les cliniques privées ;
- Diminution des taxes sur les revenus pour les cabinets de psychiatrie privés.

Action 99 : Développement de partenariats avec les agences et organismes internationaux et les coopérations bilatérales

- Renforcement du plaidoyer auprès des différents partenaires au profit des malades mentaux ;
- Mise en place de programmes spécifiques de coopération.

Action 100 : Promotion de la collaboration intersectorielle avec les ONG

- Implication et encouragement de la réactivité de la société civile ;
- Participation à l'encadrement des ONGs œuvrant dans le domaine de la santé mentale ;
- Promotion de la création d'associations de Familles de malades et de patients véritables leviers au sein de la société.

III. SANTE BUCCODENTAIRE

○ Etat des lieux

Selon l'enquête épidémiologique réalisée en 1999 les affections bucco-dentaires sont fréquentes. La carie dentaire touche 72% des enfants de 12 ans, 82,5% des adolescents de 15 ans et 97,7% des adultes entre 35 et 44 ans. Le nombre moyen des dents Cariées, Absentes, ou Obturées (L'indice CAO) est de 2,5 chez les enfants de 12 ans, 4,30 chez les adolescents de 15 ans et de 12,72 chez les adultes entre 35 et 44 ans.

Les parodontopathies affectent 62,5% des enfants de 12 ans, 71,2% des adolescents de 15 ans et 88,8% des adultes entre 35 et 44 ans.

Cette fréquence élevée des affections buccodentaire contrastent avec une offre actuelle insuffisante : 12 équipements /100 000 habitants et de 1,2 médecin dentiste / 10 000 habitants avec une répartition géographique concentrée au niveau de grandes agglomérations.

Par ailleurs, Il est bien admis qu'une politique sanitaire dentaire doit être basée sur une approche intégrée, interdisciplinaire et intersectorielle alliant l'exigence curative à la nécessité de la prévention dans la perspective d'une maîtrise progressive des affections bucco-dentaires.

A cet effet, le Ministère de la Santé a développé une stratégie s'articulant principalement sur l'instauration de programmes communautaires de prévention et l'intégration de la santé bucco-dentaire dans le réseau des établissements de soins de santé de base (ESSB) et le réseau hospitalier.

○ Actions et mesures

Action 101 : Renforcement des campagnes préventives

- Organisation de campagnes de prévention et de sensibilisation au profit de la population cible en milieu préscolaire, scolaire, orphelinats, maisons de jeunes, CCV, cellules de SMI et unités de prise en charge des maladies chroniques ;
- Révision du contenu et de la fréquence de dispensation des messages éducatifs liés à la santé bucco-dentaire intégrés dans le cursus scolaire ;
- Production et diffusion des supports d'information spécifiques à chaque cible (capsules, dépliants, guides, affiches, dépliants, chevalets, calendriers.....) ;
- Formation des pairs et personnes relais (agents de développement communautaire, enseignants, éducateurs, femmes ...) ;
- Intégration du programme du scellement des puits et fissures dans le paquet d'activité des centres dentaires publics pour la tranche d'âge 6-12 ans ;
- Organisation de campagnes médiatiques de sensibilisation de la population pour mettre en lumière le chiffre alarmant des hépatites, VIH/ Sida... et leur lien avec l'exercice illégal de la médecine dentaire ;
- Information de la population sur le Programme National de Santé Bucco-dentaire et création d'un site Web dédié ;
- Création des espaces de communication en santé bucco-dentaire dans les centres de santé et structures hospitalières ;
- Célébration des manifestations et journées nationales et internationales de santé bucco-dentaire.

Action 102 : Extension des programmes de fluoration topique en milieu scolaire

- Extension et généralisation du programme de rinçage de bouche aux solutions fluorées en milieu scolaire au niveau des provinces et préfectures ayant un ppm inférieur à 1 mg/l d'eau ;
- Renforcement du plaidoyer auprès du MEN pour l'implication du corps enseignant dans la mise en œuvre des activités du PRBSF ;
- Instauration d'un programme de brossage dentaire collectif encadré par les pairs, en milieu scolaire, à l'aide d'un dentifrice fluoré ;
- Création d'outils d'évaluation du risque carieux (questionnaires – indices cliniques).

Action 103 : Renforcement du plaidoyer et de la mobilisation sociale

- Sensibilisation des décideurs et des acteurs sociaux dans les régions, en matière de promotion de la santé bucco-dentaire ;
- Renforcement du plaidoyer auprès des différents secteurs concernés pour la lutte contre l'exercice illégal et la détaxation des produits fluorés des soins bucco dentaires ;
- Renforcement du plaidoyer auprès des organismes gestionnaires pour l'activation du processus d'assimilation des actes hors nomenclature et de remboursement des actes de soins préventifs ;
- Elaboration et mise en œuvre des conventions de partenariat ;
- Mobilisation des ressources auprès des bailleurs de fonds et des institutions publiques et privées.

Action 104 : Renforcement des campagnes de dépistage et de soins buccodentaires au profit de la population rurale

- Acquisition des équipements mobiles et dotation de toutes les régions sanitaires ;
- Intégration de la santé bucco-dentaire dans le paquet minimum d'activités de l'équipe médicale mobile provinciale ou préfectorale ;
- Appui aux régions dans l'établissement et la mise en œuvre de leurs plans d'action régionaux des campagnes de dépistage et de soins en santé bucco-dentaire ;
- Implication des autres secteurs dans l'appui des campagnes de dépistage et de soins en santé bucco-dentaire chez la population rurale.

Action 105 : Renforcement du parc dentaire à l'échelle régionale

- Etablissement des besoins et acquisition des équipements et produits dentaires pour chaque région ;
- Elaboration d'un plan d'exécution du contrat d'entretien et de maintenance ;
- Elaboration d'un référentiel du matériel et produits dentaires et réorganisation du système de soins bucco-dentaire ;
- Elaboration, adoption et mise en œuvre de la carte sanitaire dentaire et création de pôles régionaux sanitaires dentaires ;
- Intégration de profils diversifiés et spécifiques du personnel paramédical dédié à la santé bucco-dentaire.

Action 106 : Formation de base et formation continue.

- Formation des médecins dentistes coordonnateurs régionaux et provinciaux ;
- Formation des médecins généralistes et spécialistes sur les aspects de

- santé bucco-dentaire en lien avec la santé générale ;
- Intégration du module de santé bucco-dentaire dans le cursus de formation des paramédicaux au niveau de tous les IFCS ;
- Formation du personnel paramédical en techniques d'entretien du matériel dentaire.

Action 107 : Définition des normes et standards d'organisation et de fonctionnement des structures dentaires

- Intégration des critères d'évaluation des centres dentaires dans la grille d'évaluation pour le Concours Qualité ;
- Mise en place de dispositifs évitant la survenue des incidents et des accidents liés à l'exposition au sang et définition des conduites à tenir lors de leur survenue ;
- Gestion des déchets dentaires.

IV. PREVENTION ET CONTROLE DES MALADIES RARES

○ Etat des lieux

Les maladies rares sont des maladies le plus souvent graves, chroniques et invalidantes qui peuvent nécessiter des soins spécialisés, lourds et prolongés avec un grand impact social. Elles sont encore insuffisamment connues des professionnels de santé. Cette méconnaissance est à l'origine d'une errance diagnostique, source de souffrance pour les malades et leur famille et d'un retard dans leur prise en charge. Leur diagnostic précoce et leur suivi nécessitent le recours à des équipes pluridisciplinaires, associant à la fois une expertise scientifique et une compétence médicale.

Plus de 7000 maladies rares sont déjà connues dont 80% sont d'origine génétique, 6 à 8% de la population mondiale serait concernée, de près ou de loin, par ces maladies.

Plus de 2 millions de marocains seraient concernés par les maladies rares. Il est impératif d'apprendre à progresser dans la connaissance de ces maladies, à partager l'information et les expériences et organiser des réseaux appuyés sur des centres de référence.

Dans cette perspective, et dans une démarche participative, le Ministère de la santé a élaboré un plan national de contrôle de l'hémophilie et des autres troubles de coagulation et un plan de prévention et de contrôle de la thalassémie et des autres hémoglobinopathies en collaboration avec les différents intervenants dans ces domaines, notamment la société savante, la société civile, les gestionnaires et les professionnels de santé.

○ Actions et mesures

Action 108 : Elaboration et mise en place d'un registre national des troubles de la coagulation

- Mise en place de la surveillance épidémiologique de l'hémophilie ;
- Mise en place de la surveillance épidémiologique la maladie de Von Willebrand.

Action 109 : Elaboration et mise en place d'un registre national des hémoglobinopathies

- Mise en place de la surveillance épidémiologique de la thalassémie ;
- Mise en place de la surveillance épidémiologique de la drépanocytose.

Action 110 : Mise en place d'un programme de dépistage des porteurs sains en matière d'hémoglobinopathies

- Dépistage chez les jeunes scolarisés en dernière année du lycée au niveau des lycées publics des régions du nord ;
- Dépistage prénuptial à l'occasion du certificat de mariage et counseling prénuptial.

Action 111 : Développement du diagnostic précoce des patients affectés de drépanocytose

- Dépistage systématique de la maladie autour du cas ;
- Plaidoyer pour le dépistage néonatal systématique de la Drépanocytose ;

Action 112 : Amélioration de l'accès à un conseil génétique pédagogique, volontaire et non normatif

Action 113 : Organisation de la filière de soins des hémoglobinopathies et des troubles de la coagulation

- Désignation des centres hospitaliers universitaires en tant que centres de référence ;
- Identification des centres régionaux de traitement et de suivi de ces maladies (Lâayoune, Agadir, Beni-Mellal, Safi, Tanger, Meknès, Fès, Oujda et Al Hoceima) ;
- Développement de mécanismes de coordination entre les centres de référence et les centres régionaux.

Action 114 : Amélioration de l'accès aux traitements des maladies rares prises en charge

- Intégration des maladies rares dans la liste des ALD et des ALC ;
- Introduction au Maroc des médicaments nécessaires pour le traitement de certaines maladies rares notamment le traitement de l'hémophilie A mineure ;

- Disponibilité d'une transfusion de qualité et en quantité suffisante au profit des patients nécessitant une poly-transfusion au niveau des centres identifiés ;
- Disponibilité des chélateurs de fer adaptés pour les polytransfusés au niveau des centres identifiés ;
- Formation du personnel de santé en matière de maladies rares.

Action 115 : Renforcement du rôle de la biologie et des laboratoires

- Renforcement des capacités des laboratoires ;
- Contrôle qualité externe et interne.

Action 116 : Sensibilisation, éducation, communication et partenariat

- Organisation de campagnes de sensibilisation au profit du grand public ;
- Organisation d'ateliers d'information et de sensibilisation des professionnels de santé en matière des maladies rares, notamment les troubles de la coagulation et les hémoglobinopathies ;
- Encourager la création des associations de patients avec maladies rares ;
- Elaboration de partenariats avec les organismes internationaux et nationaux.

V- SANTE ENVIRONNEMENT

○ Etat des lieux

Les risques pour la santé liés à l'environnement sont des risques historiquement et scientifiquement établis. Selon l'OMS, et conformément aux données mises à jour en 2011, la charge de morbidité imputable à l'environnement au Maroc représente 18% de la charge de morbidité totale. Cette charge de morbidité se traduit par :

- 30 AVCI (Années de Vie Corrigées par l'Incapacité) perdues pour 1000 habitants et par an ;
- 32 000 morts prématurées par an liées à la dégradation de l'environnement.

En vue de maîtriser les facteurs environnementaux qui ont été établis comme principaux déterminants pour cette charge de morbidité, le ministère de la santé, à travers ses programmes sanitaires de Santé Environnement entreprend des actions visant la salubrité de l'environnement, le contrôle sanitaire des eaux et de l'assainissement, la lutte anti-vectorielle, l'hygiène alimentaire et l'action intersectorielle.

○ Actions et mesures

Action 117 : Evaluation des risques environnementaux sur la santé

- Evaluation des performances environnementales du secteur de la santé ;
- Réalisation d'une enquête éco-épidémiologique tous les deux ans ;
- Réalisation d'une enquête sanitaire pour l'évaluation des risques liés à l'environnement et aux contaminants des aliments par année.

Action 118 : Elaboration et mise en œuvre des Plans d'action Régionaux en Santé Environnement

- Suivi de l'implantation des plans d'actions régionaux en matière de Santé- Environnement ;
- Validation des plans d'action régionaux de Santé-Environnement.

Action 119 : Renforcement des capacités des professionnels de santé en matière de gestion des études d'impact sur l'environnement

- Formation au profit de 32 responsables régionaux chargés de l'examen des EIE ;
- Elaboration d'une circulaire d'organisation des unités régionales pour la gestion des EIE ;
- Actualisation du guide sur les aspects sanitaires dans les EIE des projets de développement.

Action 120 : Elaboration et mise en œuvre du plan sectoriel de santé en matière de lutte contre la pollution de l'air

- Consultation pour l'élaboration du plan sectoriel en matière de lutte contre la pollution atmosphérique ;
- Organisation d'ateliers de validation et de mise en œuvre du plan d'action.

Action 121 : Développement de la stratégie d'adaptation du secteur de la santé aux changements climatiques

- Elaboration du plan d'action en matière d'adaptation du secteur de la santé au changement climatique ;
- Formation du personnel de santé en matière de surveillance et de ripostes aux maladies liées aux changements climatiques.

Action 122 : Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie sectorielle pour la gestion sécuritaire des produits chimiques

- Consultation pour l'élaboration d'une stratégie de gestion sécuritaire des substances chimiques ;
- Organisation d'ateliers de validation de la stratégie ;
- Mise en œuvre d'un plan d'action de la gestion sécuritaire des substances chimiques.

Action 123 : Généralisation de l'approche « GILAV » aux régions à risque de maladies vectorielles

- Elaboration et diffusion d'un guide national de la Gestion Intégrée de la Lutte Anti-vectorielle au Maroc ;
- Institutionnalisation du Comité Interministériel de la Gestion Intégrée de la Lutte Anti-vectorielle ;
- Mise en place de comités de la Gestion Intégrée de la Lutte Anti-vectorielle au niveau régional et provincial.

Action 124 : Consolidation et mise en œuvre de la gestion sécuritaire des pesticides à usage de santé et hygiène publique

- Elimination des quantités de DDT stockées au niveau du dépôt d'Oued Zem ;
- Amélioration de la gestion des stocks des pesticides et pesticides périmés ;
- Elaboration d'une stratégie nationale de gestion de la résistance des moustiques et phlébotomes aux pesticides.

Action 125 : Renforcement de la surveillance et de la lutte contre les vecteurs

- Réalisation des opérations d'aspersion intra domiciliaire au niveau de 14 localités rurales et au niveau des villes touchées par la leishmaniose cutanée à *Leishmania tropica* ;
- Remplacement des moustiquaires imprégnées de longue durée d'insecticides abimées et l'évaluation de leur utilisation au niveau de 15 localités rurales touchées par la leishmaniose à *Leishmania tropica* ;
- Renforcement du plaidoyer pour l'amélioration des conditions d'hygiène publique au niveau de toutes les localités touchées par les leishmanioses à *Leishmania tropica* ;
- Formation des équipes régionales en matière de surveillance et de lutte contre les vecteurs ;
- Elaboration d'un module de formation au profit de la section de formation des techniciens d'hygiène à l'Institut de Formation aux Carrières de Santé.

Action 126 : Amélioration et renforcement du dispositif analytique de contrôle sanitaire des eaux et des aliments

- Renforcement des capacités organisationnelles des Laboratoires régionaux et provinciaux de santé environnement ;
- Organisation d'audits pour la mise en place d'un système d'assurance qualité au niveau des LDEHM régionaux ;
- Elaboration d'un guide de bonnes pratiques de laboratoire ;
- Construction des locaux et création d'unités de chimie au niveau des LDEHMs.

Action 127 : Renforcement du contrôle de la sécurité sanitaire et de la surveillance de l'innocuité des aliments

- Elaboration et mise en œuvre des procédures d'inspection adaptées aux secteurs dont le contrôle relève des attributions du Ministère de la Santé ;
- Renforcement de la collaboration et de la coordination entre les délégations du Ministère de la Santé, les bureaux Communaux d'Hygiène (BCH) et l'ONSSA ;
- Organisation de sessions de formation en matière de sécurité sanitaire des aliments au profit des techniciens d'hygiène.

Action 128 : Renforcement et consolidation du système d'évaluation scientifique des risques alimentaires

- Renforcement des capacités du Comité scientifique d'évaluation des risques liés à la contamination des aliments en matière d'évaluation et de communication des risques ;
- Conception des outils et élaboration des procédures opérationnelles d'évaluation des risques alimentaires conformément aux normes internationales ;
- Réalisation d'une consultation pour évaluer l'impact des modes de consommation des aliments industriels sur la santé des populations ;
- Mise en place des mécanismes pour adhérer aux réseaux mondiaux d'échange d'informations sur la sécurité sanitaire des aliments;
- Renforcement de la participation du Ministère de la santé aux travaux du *Codex Alimentarius*.

Action 129 : Renforcement du contrôle sanitaire des eaux à usage alimentaire

- Contrôle sanitaire des eaux à usage alimentaire et inspection des systèmes d'approvisionnement en eau destinée à l'alimentation humaine;
- Elaboration des rapports annuels sur la qualité des eaux d'alimentation humaine ;
- Mise en œuvre de la nouvelle approche de l'OMS en matière de «la gestion de la sécurité sanitaire de l'eau de boisson» (*Water Safety Plan*) dans une zone pilote ;
- Formation des professionnels de santé en matière de planification et programmation des activités de contrôle sanitaire des eaux de boisson ;
- Elaboration d'un guide sur l'interprétation des analyses des eaux potables.

Action 130 : Assurer le suivi sanitaire des installations de traitement et de la réutilisation des eaux usées épurées

- Elaboration des procédures d'inspection sanitaire des stations de traitement et de la réutilisation des eaux usées épurées ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'action pour l'inspection sanitaire des stations de traitement et de la réutilisation des eaux usées épurées ;
- Formation des professionnels de santé en matière d'évaluation des risques liés à la réutilisation des eaux usées épurées.

Action 131 : Contribution au programme "Plage Propres" piloté par la Fondation MOHAMMED VI pour la protection de l'environnement

- Couverture sanitaire des plages propres ;
- Formation des professionnels de santé impliqués dans le domaine de l'évaluation de l'état sanitaire des plages ;
- Participation aux travaux du comité national «Plages Propres » et aux missions d'évaluation et de supervision des plages pilotées par la FM6E.

Action 132 : Développement et mise à jour de l'arsenal juridique, réglementaire et normatif de la santé environnementale

- Actualisation de la Loi 10-95 sur l'eau et ses textes d'application afin d'intégrer des nouvelles dispositions relatives à l'exploitation et à la vente des eaux minérales naturelles, des eaux de source et des eaux de table ;
- Contribution à l'amendement de la Loi n°42-95 sur les pesticides en vue d'y intégrer les dispositions relatives aux pesticides à usage de santé et hygiène publique ;
- Amendement du décret n° 2-05-1326 du 25 juillet 2010 relatif aux eaux à usage alimentaire et élaboration de ses textes d'application ;
- Elaboration et promulgation des textes d'application du décret n° 2-10-473 pris en application de la Loi 28-07 sur la sécurité sanitaire des aliments ;
- Elaboration des textes d'application régissant les pesticides à usage de santé et hygiène publique en application de la nouvelle Loi sur les pesticides ;
- Institutionnalisation du Comité Interministériel de la Gestion Intégrée de la Lutte Anti-vectorielle ;
- Elaboration d'un cadre référentiel et normatif pour la composante Santé-environnement des LDEHM.

AXE 6 : DEVELOPPEMENT ET MAITRISE DES RESSOURCES STRATEGIQUES DE LA SANTE

I- MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES

○ Etat des lieux

En 2011, l'effectif total du personnel du Ministère est de 47 494 fonctionnaires avec 8 869 médecins, 26 497 infirmiers et 10 757 administratif et autres.

Bien que les postes budgétaires accordés au Ministère de la santé ces dernières aient connus une augmentation significative, ils restent largement en deçà des besoins de ce département. L'extension de l'offre de soins notamment hospitalière aggrave davantage ce déficit qui est estimé actuellement à plus de 6000 médecins et plus de 9000 infirmiers.

Conscient de cet enjeu, le Ministère de la Santé a renforcé la capacité d'accueil des filières paramédicales qui a atteint, en 2011, près de 9100 étudiants répartis sur les 23 IFCS.

En vue de doubler la densité médicale au Maroc, une initiative gouvernementale « 3300 médecins » à l'horizon 2020 a été lancée, mais elle se trouve actuellement remise en question vu les difficultés de sa mise en œuvre.

L'effectif en formation à l'INAS a connu également une augmentation significative. De ce fait, la production globale du cycle de mastère en administration sanitaire et santé publique est actuellement de 331 lauréats.

Afin de réduire ce déficit en ressources humaines, le Ministère de la Santé préconise de mettre en place un certain nombre de mesures dont :

- Plaidoyer auprès du Ministère de l'Enseignement Supérieur pour le maintien de la formation 3300 médecins ;
- L'augmentation des postes budgétaires en parallèle avec le besoin exprimé par le Ministère.

| Année | Postes budgétaires prévisionnels pour les médecins et infirmiers |
|-------|--|
| 2012 | 4300 |
| 2013 | 4700 |
| 2014 | 4900 |
| 2015 | 4900 |
| 2016 | 5000 |

Tableau 5 : Evolution prévisionnelle des postes budgétaires 2012-16

En plus de ces postes, le Ministère de la santé a besoin chaque année de 500 postes budgétaires pour le recrutement de : Pharmaciens, chirurgiens-dentistes, ingénieurs, corps administratif et technique.

○ Actions et mesures

Action 133 : Modernisation de la Gestion des Ressources Humaines

- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de gestion intégrée des ressources humaines ;
- Elaboration du Référentiel des Emplois et des Compétences (REC) ;
- Mise en place la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) ;
- Déconcentration de la Gestion des Ressources Humaines (établissement de la liste des actes RH à déconcentrer et création des Conseils de Santé Régionaux) ;
- Elaboration d'un système informatique intégré de gestion des Ressources Humaines (OLERP-RH) ;
- Mise en place de l'archivage électronique des dossiers administratifs du personnel ;
- Réalisation d'une étude au sujet du système d'information des IFCS dans le cadre du projet TAMRID.

Action 134 : Mise en application de l'accord du dialogue social du 5 juillet 2011

- Mise en place du dispositif administratif de la Fondation Hassan II au profit des fonctionnaires du Ministère de la Santé ;
- Attribution d'une prime de rendement ;
- Revalorisation de l'indemnité de la garde et l'astreinte ;
- Indemnisation du personnel lors des couvertures médicales dans les manifestations ;
- Indemnisation du personnel exerçant dans les zones enclavées et difficiles ;

- Révision de la grille indiciaire relative au corps médical, de telle sorte que le recrutement des médecins en premier grade commence par l'indice 509 ;
- Octroi de la spécialité « santé communautaire » aux médecins généralistes dans les conditions à déterminer ultérieurement ;
- Ajout de nouveaux grades pour les médecins (lié à la révision de l'âge de retraite) ;
- Ajout d'un nouveau grade (hors grade) pour les infirmiers (lié à la révision de l'âge de retraite) ;
- Octroi de l'équivalence des diplômes délivrés par les IFCS à la licence ;
- Instauration du système LMD (Licence, Master, Doctorat) dans les IFCS ;
- Création du conseil national de l'ordre des infirmiers ;
- Suppression de l'épreuve orale dans les EAP pour les corps concernés ;
- Faire bénéficier les résidents et les internes de la couverture médicale ;
- Epuration de la situation des détachés auprès des CHU ;
- Unification du système de retraite des fonctionnaires des CHU.

Action 135 : Amélioration de la Formation de Base et de la Formation Continue du personnel paramédical

- Révision des textes réglementant les IFCS en les adaptant aux textes des Etablissements de l'Enseignement Supérieur Non Universitaires (EESNU) ;
- Recrutement de Professeurs Assistants dans les IFCS ;
- Refonte des curricula du 1^{er} et 2^{ème} cycle des IFCS selon les normes LMD ;
- Envoi en formation de 3^{ème} cycle en Sciences infirmières et Techniques de Santé dans des universités ; étrangères les titulaires de Master parmi les enseignants des IFCS remplissant les conditions ;
- Introduction d'un système d'accréditation des IFCS dans le cadre du projet PASS et REDRESS-P ;
- Organisation annuelle de missions de suivi pédagogique des IFCS (5 IFCS par an) ;
- Augmentation des effectifs et des professionnels de Santé et création de la filière « Infirmier en soins d'urgences et soins intensifs » dans l'IFCS de Rabat ;
- Mise à niveau des infrastructures des IFCS ;
- Ouverture d'Institut de Formation des Techniciens Ambulanciers à Oujda, Rabat, Marrakech et Fès ;
- Elaboration du Plan National de Formation Continue pour le personnel paramédical.

Action 136 : Amélioration de la Formation de Base et de la Formation Continue du personnel Gestionnaire

- Révision du statut juridique de l'INAS ;
- Restructuration de l'architecture pédagogique des programmes de formation de l'INAS (LMD) ;
- Développement du programme de formation préparant au diplôme de spécialité en « Santé Communautaire et de la Famille » ;
- Elaboration du plan national de formation continue en matière de management.

Action 137 : Amélioration de la Formation de Base et de la Formation Continue du personnel Médical

- Révision du système de résidanat en coordination avec le Ministère de l'enseignement supérieur et les parties concernées dans le cadre de la réforme des études médicales ;
- Elaboration du plan national de formation continue pour le personnel Médical.

II- COUVERTURE MEDICALE DE BASE :

○ Etat des lieux

L'AMO couvre à peu près 36% de la population depuis son entrée en vigueur le 18 août 2005. Elle concerne les fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public, les personnes assujetties au régime de sécurité sociale en vigueur dans le secteur privé et les titulaires de pension des deux secteurs public et privé ; Elle concerne également plusieurs catégories de population couvertes par des assurances privées en vertu de l'article 4 de la loi n°65-00. Il s'agit essentiellement des imams et prêcheurs de mosquées, les auxiliaires de l'autorité, les anciens combattants et membres de l'Armée de Libération et les anciennes victimes des violations des Droits de l'Homme.

La prochaine étape consiste à la mise en place d'une couverture maladie au profit des étudiants de l'enseignement supérieur public et privé et aux travailleurs indépendants, aux personnes exerçant une profession libérale et à toutes autres personnes exerçant une activité non salariée sur la base du principe de la progressivité. Dans ce cadre, le ministère de la santé et en train, en concertation avec d'autres ministères et organismes, d'étudier les scénarios possibles pour couvrir cette population active en respectant l'esprit et le cadre général de la loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base.

Le régime d'assistance médicale (RAMED) fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie. Il a été lancé en 2008 par Sa Majesté le Roi Mohammed VI sous forme d'une phase pilote au niveau la région de Tadla Azilal et dont l'évaluation a soulevé une multitude de contraintes. Il ciblera, une fois généralisé, environ 8,5 millions de citoyens en situation de pauvreté ou de vulnérabilité.

Le défi de généralisation de ce régime devra faire face à des contraintes de financement, de ressources humaines, d'adéquation du processus d'éligibilité et de respect de la filière de soins par les futurs assurés RAMED.

○ Actions et mesures

Action 138 : Généralisation de la couverture AMO

- La révision de la loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base ;
- La révision de la tarification nationale des références adoptées dans le cadre des conventions nationales signées entre les organismes gestionnaires et les prestataires de soins ;
- L'élargissement du panier de soins ;
- Couverture des salariés éligibles à l'AMO ayants des droits fermés ;
- Renforcement de la Solidarité du régime des salariés (article 14) ;
- Mise en place du régime des Etudiants.

Action 139 : Renforcement de la maîtrise médicalisée des dépenses de l'AMO

- Elaboration et promotion des référentiels de prise en charge des maladies ;
- Contribuer à la mise à jour et à la refonte de la nomenclature des actes médicaux ;
- Mise en place du suivi médicale coordonné ;
- Renforcer la pénétration du générique dans les prescriptions médicales.

Action 140 : Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des prestations RAMED

- Renforcement des actes de médecine générale ;
- Renforcement des soins médicaux d'urgence et évacuation sanitaire ;
- Amélioration des prestations de consultations spécialisées externes ;
- Amélioration de l'accès à l'hospitalisation et aux prestations de diagnostic et de prise en charge ;
- Renforcement de l'accessibilité des dispositifs & matériels médicaux, implants, prothèses et orthèses.

Action 141 : Amélioration de la prise en charge des ALD / ALC dans le cadre du RAMED

- Mise en place d'enveloppes budgétaires ALD sécurisées ;
- Application de la procédure d'accord de prise en charge à la chirurgie cardiaque dans les CHU ;
- Dynamisation de la convention avec « Lions Club » pour les greffes de cornée ;
- Consolidation de la coordination avec les partenaires impliqués dans la prise en charge des cancers et de l'IRTC ;

Action 142 : Amélioration de l'organisation de l'accueil et du circuit des patients RAMEDistes

- Formalisation de la filière générale avec passage obligé par le CS ;
- Mise en place de filières spécifiques aux urgences et aux principales ALD (Diabète, HTA, Kc,...) ;
- Généralisation des guichets RAMED et implantation des unités d'assistance sociale au niveau des SAA des hôpitaux ;
- Elaboration et diffusion de la « Charte du Patient Hospitalisé ».

Action 143 : Implantation de mesures d'accompagnement pour l'amélioration de la gouvernance du RAMED

- Création observatoires National et Régionaux du RAMED ;
- Entreprendre des missions d'accompagnement à la mise en œuvre de la généralisation du RAMED ;
- Instauration du Système d'information et de facturation RAMED ;
- Contribution à la mise à jour du cadre juridique ;
- Mise en place la facturation pour les RAMEDistes au niveau des hôpitaux.

Action 144 : Mise en place de dispositifs et de préalables à l'AMI

- Finalisation de l'étude ;
- Etablissement des priorités de couverture parmi les populations éligibles ;
- Choix et mise en place de l'organisme gestionnaire de l'AMI ;
- Etablissement des conventions avec les prestataires de soins ;

III- MEDICAMENTS ET DISPOSITIFS MEDICAUX

○ Etat des lieux

Les produits pharmaceutiques occupent une place considérable dans le système de santé marocain. En effet, les médicaments et biens médicaux absorbent à eux seuls 31,7% de la dépense globale de santé (CNS 2010).

Ceci explique pourquoi le médicament est devenu une problématique majeure ces dernières années au Maroc, suscitant au passage les plus vifs débats et polémiques touchant essentiellement la question du prix du médicament, du taux de pénétration du générique sur le marché national, de la disponibilité des médicaments dans le secteur public et de la rationalisation de leur gestion et leur usage.

Malgré les efforts importants déployés par le Ministère de la santé pour améliorer l'accessibilité et la disponibilité, la qualité et l'utilisation du médicament à la fois dans le secteur public et le secteur privé, des problèmes persistent et sont liés essentiellement à :

- L'anachronisme et l'inadéquation de certains textes juridiques (prix des médicaments ; substances vénéneuses) ;
- Un faible taux de pénétration du médicament générique ne dépasse pas 30% ;
- Des ruptures de stock pour certains médicaments dans le secteur privé, mais aussi dans le secteur public (3% des appels d'offre publics infructueux) ;
- Une modeste réactivité du système national de veille et de sécurité vis-à-vis des médicaments et autres produits de santé ;
- L'absence d'une politique pharmaceutique nationale définissant une vision claire et des objectifs tangibles pour le secteur ;
- L'inexistence d'un système d'information intégré sur les autorisations de mise sur le marché des médicaments et les certificats d'enregistrement des dispositifs médicaux, sur le nombre de pharmacies d'officine à l'échelle nationale, sur les prix publics des médicaments, etc. ;
- Un retard dans la publication des textes d'application réglementaires pour assurer la régulation du secteur (Bioéquivalence, essais cliniques, dispositifs médicaux, inspection, bonnes pratiques, etc.) ;
- Un retard dans la réalisation des activités d'inspection des pharmacies, particulièrement au niveau régional.

D'un autre côté, l'augmentation notable des budgets alloués aux médicaments et dispositifs médicaux dans le secteur public (1,5 Milliard de DH en 2011), l'instauration de mesures permettant une participation des établissements de santé à la définition de leurs besoins, le changement du statut des pharmacies hospitalières (RIH) et leur mise à niveau ainsi que l'affectation de pharmaciens ont permis une meilleure gestion de ces produits et par conséquent une amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients, surtout ceux souffrant de maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle ou encore la tuberculose et l'accès à des médicaments vitaux et/ou coûteux.

De même, l'usage large des procédures d'appels d'offres a permis de tirer les prix vers le bas, de rendre le médicament plus abordable pour les finances publiques et d'accroître la disponibilité en prévoyant des quantités plus importantes de médicaments dans les hôpitaux et les centres de santé. Par ailleurs, des problèmes persistent également à ce niveau et qui sont particulièrement en relation avec :

- La présence d'une seule structure centrale dédiée à l'achat des produits pharmaceutiques et l'approvisionnement des hôpitaux et des délégations du Ministère de la Santé ;
- Le retard enregistré dans l'opérationnalisation des pharmacies régionales (dépôts régionaux) ;
- Les retards de livraisons des établissements de soins / ruptures de stocks fréquentes ;
- L'absence de planification des livraisons en concertation avec les établissements de soins.

○ Actions et mesures

Action 145 : Amélioration de l'accessibilité financière et géographique aux médicaments

- Elaboration d'un nouveau système de fixation des prix des médicaments ;
- Poursuite de l'effort de défiscalisation des médicaments onéreux ;
- Mise en place d'un observatoire de suivi de l'évolution du marché des médicaments : consommation, prix, prescription, ventes, etc. ;
- Promouvoir le médicament générique ;
- Incitation à l'enregistrement des génériques pour les médicaments les moins génériques.

Action 146 : Amélioration la disponibilité des médicaments et autres produits de santé dans les grossistes et pharmacies d'officine

- Elaboration d'une cartographie du secteur pharmaceutique ;
- Lancement de la mise en place des cartes d'installation des grossistes répartiteurs et des pharmacies d'officine ;
- Maitrise des ruptures de stock et des alternatives thérapeutiques ;
- Renforcer la capacité de l'observatoire national d'approvisionnement en médicaments et produits de santé.

Action 147 : Opérationnaliser les pharmacies régionales dans le secteur public (dépôts régionaux)

- Accélération de la construction, du réaménagement et de l'équipement des pharmacies régionales ;
- Affectation des pharmaciens et personnel de manutention nécessaire au fonctionnement des pharmacies régionales ;
- Elaboration de procédures de fonctionnement et d'organisation des pharmacies régionales de gestion des stocks.

Action 148 : Réviser la liste nationale des médicaments et des dispositifs médicaux essentiels

- Révision de la liste nationale des médicaments et des dispositifs médicaux essentiels ;
- Validation de la liste finale dans une commission composée de membres représentant les différents utilisateurs et gestionnaires des programmes de santé ;
- Edition et diffusion de la liste nationale définitive aux établissements de soins.

Action 149 : Mettre en place une politique pharmaceutique nationale (PPN)

- Elaboration d'un projet de politique pharmaceutique nationale concerté ;
- Elaboration d'un projet de loi portant création de l'agence du médicament et des produits de santé ;
- Implantation d'indicateurs de suivi et d'évaluation de la PPN adaptés ;
- Accélération de la publication des textes d'application sur la bioéquivalence, les dispositifs médicaux, l'inspection, les réactifs, la commission de pharmacovigilance, les BPF, BPD, BPO, l'AMM, la pharmacopée ;
- Elaboration des textes sur les modalités de fixation des prix des médicaments ;

- Finalisation des projets de textes sur les essais cliniques, les recherches biomédicales, les substances vénéneuses ;
- Elaboration des textes d'application du projet de loi sur les dispositifs médicaux ;
- Elaboration des textes d'application du projet de loi sur les recherches biomédicales ;
- Elaboration du projet de texte sur les compléments alimentaires ;
- Elaboration du projet de texte sur les produits cosmétiques et d'hygiène corporelle à visée sanitaire ;
- Refonte du dahir de 1958 relatif à la protection des enfants en bas âge (biberons et tétines).

Action 150 : Développer un système d'information intégré, sécurisé et transparent sur les médicaments et les dispositifs médicaux

- Automatisation du traitement des demandes d'autorisation de mise sur le marché "AMM" et des autres autorisations spécifiques d'importation des médicaments (Informatisation du processus, soumission électronique des demandes d'AMM, etc.) ;
- Mise en place d'indicateurs de suivi pour optimiser le processus de traitement des demandes d'AMM pour les médicaments et les autres produits de santé ;
- Finalisation de la base de données des médicaments ;
- Mise en place d'un système d'archivage physique et numérique.

AXE 7 : AMELIORER LA GOUVERNANCE DU SECTEUR DE LA SANTE

I. ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

○ Etat des lieux

La récente réforme constitutionnelle Marocaine de 2011 confirme l'aspect global qui associe l'accès à la santé avec les droits au développement, à l'équité et à l'égalité des chances (Article 31), en reconnaissant la prééminence des conventions internationales des droits humains, la constitution ne s'arrête pas seulement à la garantie des droits à la santé mais opte pour la mise en œuvre d'une politique en matière de santé assurant la transversalité et l'approche intersectorielle.

Une telle action intersectorielle qui, au-delà du Ministère de la Santé, d'autres ministères et des départements intéressés, est essentielle pour remédier aux inégalités de santé et pour l'accès universel à la santé.

Les Déterminants Sociaux de la Santé sont des facteurs variables qui agissent, directement, sur la baisse ou l'augmentation d'un indicateur sanitaire et dont la maîtrise échappe, de par leur nature, aux seules compétences du professionnel de santé. Les institutions sociales, étatiques, communales et la société civile assument une part de responsabilité vis-à-vis des problèmes de santé. Ainsi, les déterminants sociaux représentent une des causes principales de l'inégalité en santé.

En 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé a créé la Commission Mondiale sur les Déterminants Sociaux de la Santé (CMDSS), qui se donne pour objectifs de présenter aux gouvernements, à la société civile, aux organisations internationales et aux donateurs des moyens pratiques pour assurer de meilleures conditions sociales pour la santé.

Dans la région EMRO, le Bureau Régional de l'OMS pour la Méditerranée Orientale a sélectionné quatre pays, dont le Maroc, comme site pilote pour le lancement de travaux sur de la création de la commission nationale sur les Déterminants Sociaux de la Santé.

En 2011, le Ministère de la Santé a réalisé une étude socio- anthropologique sur les Déterminants Sociaux de la Santé autour de la Mortalité Maternelle dont les objectifs sont :

- Analyser la situation pour dégager les principaux déterminants sociaux de la santé ayant le plus d'impact sur la problématique relative à la réduction maternelle et néonatale,
- Identifier les intervenants actuels et potentiels, selon ladite problématique,

Cette étude socio-anthropologique a permis d'identifier des déterminants sociaux autour de la mortalité maternelle à savoir la vulnérabilité économique, l'enclavement spatial et culturel, l'analphabétisme, le genre, et l'information et la communication. Par ailleurs, cette étude a recommandé de renforcer la collaboration intersectorielle et la coordination des interventions des acteurs autour des déterminants à travers la création de la commission nationale sur les Déterminants Sociaux de la Santé au Maroc.

Aussi, il a été rapporté par l'étude que le contexte de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain, constitue une opportunité pour renforcer la coordination entre les départements et d'effectuer un plaidoyer efficace pour une meilleure prise en compte de la santé dans l'élaboration des politiques publiques.

Une autre étude est en cours de réalisation, il s'agit d'une étude qualitative sur la création de la commission nationale sur les Déterminants Sociaux de la Santé. A cet effet, des entretiens sont programmés avec des acteurs stratégiques représentant les départements gouvernements et les services concernés par les déterminants sociaux de santé. L'expert chargé d'élaborer cette étude s'inspire également de quelques expériences internationales pouvant ouvrir de nouvelles perspectives et concevoir un modèle prenant en considération les spécificités locales de notre pays.

○ Actions et mesures

Action 151 : Création et opérationnalisation d'une commission nationale sur les Déterminants Sociaux de la Santé

- Organisation d'un atelier de présentation des résultats de l'étude qualitative en cours de réalisation (susmentionnée) ;
- Identification des membres de la commission nationale (établissement, profil et fonction, attributions dans le cadre de la commission....) ;
- Opérationnalisation des attributions de la commission.

Action 152 : Elaboration d'une stratégie nationale sur les Déterminants Sociaux de la Santé et sa mise en œuvre sur la base de prise en compte de "la santé dans l'élaboration de toutes les politiques"

- Organisation d'un atelier de travail de validation du contenu de la stratégie nationale sur les Déterminants Sociaux de la Santé ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'action à court terme (une année) et à moyen terme (quatre ans) ;
- Elaboration et opérationnalisation d'un programme d'information, de sensibilisation et de plaidoyer pour accompagner la mise en œuvre du plan d'action ;
- Suivi régulier de l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action.

Action 153 : Création d'un partenariat avec l'Université marocaine en vue de renforcer la recherche scientifique autour des Déterminants Sociaux de la Santé

- Elaboration d'une convention de partenariat pour définir les engagements des parties participant aux études à réaliser ;
- Suivi de l'état d'avancement des activités objet de la convention ;
- Opérationnalisation des résultats et des recommandations des études à réaliser.

II. RENFORCEMENT DE L'ENCADREMENT LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE DU SECTEUR

○ Etat des lieux

Pour renforcer la mise en œuvre du principe de l'égal accès des citoyens aux prestations de santé, tel que stipulé dans la Constitution et dans le programme gouvernemental, et permettre ainsi une jouissance effective des droits à la santé et à la vie, le ministère de la santé a élaboré un plan d'action législatif et réglementaire tendant d'une part à l'édiction de nouveaux textes et d'autre part à l'actualisation des dispositions de certains textes en vigueur, en vue d'atteindre les principaux objectifs suivants :

- Améliorer l'organisation de l'offre de soins publique et privée, à travers le territoire national ;
- Instaurer les bases d'une gestion participative et démocratique du système national de santé ;
- Fédérer et coordonner les actions sanitaires des secteurs public et privé ;

- Développement de l'éthique dans la pratique médicale ;
- Refonte et développement des textes réglementant l'exercice des professions de santé ;
- Renforcement de la veille et la sécurité sanitaires ;
- Réforme de certaines institutions publiques de santé ;
- Extension de la couverture médicale de base à d'autres catégories de citoyens ne bénéficiant pas de l'AMO;
- Amélioration de la situation statutaire et matérielle des fonctionnaires du secteur public de santé, dans le cadre de la mise en œuvre des accords conclus en 2011, entre le gouvernement précédent et les syndicats.

○ Actions et mesures

Action 154 : Elaboration de textes législatifs et réglementaires relatifs à l'offre des soins

- Loi relative à la révision des missions et de la composition des conseils d'administration des centres hospitalo-universitaires ;
- Loi relative au « Conseil National Consultatif de la Santé » ;
- Loi relative au système national d'information sanitaire ;
- Loi relative à la Carte Sanitaire et aux SROS ;
- Loi relative à la commission nationale et aux commissions régionales de l'offre de soins ;
- Loi relative à la commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et le secteur privé ;
- Loi relative au partenariat entre le secteur public et le secteur privé ;
- Loi relative au système d'accréditation des établissements de santé publics et privés de santé ;
- Loi relative aux mesures d'encouragements des investissements dans le domaine de la santé ;
- Loi relative au régime d'autorisation des installations de haute technologie et équipements biomédicaux lourds ;
- Loi relative à l'agence nationale de santé publique ;
- Loi relative à l'agence nationale de sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé ;
- Loi relative à l'agence nationale de sécurité transfusionnelle ;
- Loi relative au transport sanitaire ;

- Décret relatif au statut des médecins conventionnés du Ministère de la Santé ;
- Décret d'application de la loi relative à l'agence nationale de sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé;
- Décret d'application de la loi relative à l'agence nationale de santé publique ;
- Décret d'application de la loi relative aux CHU ;
- Décret relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère de la Santé ;
- Décret relatif à la Coordination nationale du RAMED ;
- Décret d'application de la loi relative au régime d'agrément et d'homologation des équipements biomédicaux lourds ;
- Arrêté relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère de la Santé.

Action 155 : Révision de la législation et de la réglementation relative à la couverture médicale de base pour l'étendre :

- au secteur privé ;
- aux professions libérales ;
- aux artisans ;
- aux étudiants.

Action 156 : Elaboration des textes législatifs relatifs à la protection des personnes en matière de santé :

- Loi relative à la protection des personnes participant aux recherches biomédicales ;
- Loi relative à la procréation médicalement assistée ;
- Loi relative aux analyses génétiques et à l'identification par empreintes génétiques ;
- Loi relative à l'information du patient ;
- Loi relative à la protection des malades mentaux (actualisation du Dahir de 1959) ;
- Loi relative au comité national d'éthique.

Action 157 : Elaboration de lois relatives à l'encadrement de l'exercice des professions de santé

- Loi relative à l'Ordre National des Médecins (révision) ;
- Loi relative à l'exercice des professions paramédicales (révision) ;

- Loi relative à l'exercice de la médecine (révision) ;
- Loi relative à l'exercice de la profession de médecins dentistes (révision) ;
- Loi relative au code de déontologie des médecins (révision) ;
- Loi relative à l'Ordre National des Pharmaciens (révision) ;
- Loi relative à l'exercice d'autres professions de santé (psychologie, chiropraxie...).

Action 158 : Elaboration de textes législatifs et réglementaires relatifs à la sécurité sanitaire

- Loi relative à la santé publique, veille et sécurité sanitaire ;
- Loi relative au comité national de veille et sécurité sanitaire ;
- Décret relatif à la commission nationale de pharmacovigilance ;
- Arrêté relatif au système de réactovigilance ;
- Arrêté relatif aux règles d'hémovigilance ;
- Arrêté relatif aux normes de qualité des eaux à usage alimentaire.

Action 159 : Elaboration des textes législatifs et réglementaires relatifs aux médicaments et produits de santé

- Loi relative aux dispositifs médicaux ;
- Loi relative aux substances vénéneuses (révision) ;
- Loi relative aux agents pathogènes ;
- Loi relative à la commercialisation des substituts du lait maternel ;
- Décret relatif à la bioéquivalence des médicaments génériques ;
- Décret d'application de la loi n°11.08 relative aux réactifs à usage de diagnostic in vitro ;
- Décret relatif à l'inspection de la pharmacie ;
- Décret relatif à la mise sur le marché des médicaments ;
- Arrêté relatif aux bonnes pratiques officinales ;
- Arrêté relatif aux bonnes pratiques de distribution des médicaments ;
- Arrêté relatif aux bonnes pratiques de fabrication des médicaments ;
- Arrêté fixant la liste des analyses d'orientation clinique pouvant être pratiqués par la pharmacie d'officine ;
- Arrêté fixant la liste des réactifs à usage de diagnostic in vitro ;
- Arrêté fixant les normes techniques auxquelles doivent répondre les établissements pharmaceutiques fabriquant des gaz médicaux ;

- Arrêté fixant les règles de bonnes pratiques de fabrication, de conditionnement, de stockage, de conservation, de transport et de distribution des réactifs à usage de diagnostic in vitro ainsi que celles relatives à l'évaluation technique de leur performance analytique et diagnostique.

Action 160 : Elaboration des textes réglementaires relatifs aux Ressources Humaines ;

- Décret modificatif du statut du corps interministériel des médecins ;
- Décret modificatif du statut des résidents et internes des CHU ;
- Décret modificatif du CBR des enseignants chercheurs ;
- Décret relatif à l'indemnité de responsabilité en faveur des responsables des ESSB ;
- Décret modificatif du décret relatif aux indemnités de garde et d'astreinte ;
- Décret relatif à la régularisation de la situation des lauréats des écoles de formation des cadres paramédicaux ;
- Décret relatif à la régularisation de la situation des infirmiers titulaires de licences de l'enseignement supérieur ;
- Décret modificatif relatif aux instituts de formation aux carrières de santé ;
- Décret relatif à la réforme du statut de l'INAS ;
- Décret relatif à la réforme du statut des IFCS ;
- Arrêté relatif à l'indemnité de fonction des résidents et des internes des CHU ;
- Arrêté relatif à l'implantation des instituts de formation aux carrières de santé (Guelmim et Dakhla) ;
- Arrêté modificatif relatif à la création des instituts de formation des techniciens ambulanciers (Rabat, Fès, Marrakech, et Oujda).

III. Renforcement de la régionalisation

○ Etat des lieux

La régionalisation du système de santé marocain est un choix stratégique confirmé. Sa mise en place reste toutefois lente et la marge de manœuvre des régions en matière de santé reste limitée. Ce processus a également connu différentes modalités d'implantation dépendamment du secteur concerné.

Au Ministère de la santé, après un processus assez long, la première direction régionale de la santé a vu le jour à l'Oriental. Puis, deux autres directions régionales ont été créées à Casablanca et à la région Taza Al Hoceima Taounate avant que cette organisation ne soit généralisée à l'ensemble des régions. Le cadrage réglementaire a également été assuré. Mais, l'impact attendu de la régionalisation ne peut être atteint sans un investissement réel dans le renforcement des capacités des directions régionales de santé qui constituent un relais stratégique de toute politique sanitaire.

Le plan d'action 2012-2016 sera une occasion pour lancer cet investissement dans les régions.

○ Actions

Action 161 : Renforcement des capacités des directions régionales de santé

Action 162 : Mise en place des budgets-programmes régionaux et mise en place de mécanismes d'incitations à la performance régionale

Action 163 : Elargissement du pouvoir du DRS à travers la déconcentration, au niveau régional, de nouveaux actes administratifs

Action 164 : Introduction de nouveaux mécanismes de renforcement de la coordination entre les régions et l'administration centrale

IV. De la sous-traitance au Partenariat Public Privé

○ Etat des lieux

Comme dans tous les pays, le Maroc a su initier le partenariat avec le privé, d'abord, dans le cadre de la sous-traitance des services généraux et logistiques ; par la suite, cette forme d'externalisation a été étendue à la gestion des déchets hospitaliers et à la mise à disposition de ressources.

Depuis quelques années, le Ministère de la santé a engagé une autre forme de partenariat avec le secteur privé relative à l'achat de service de dialyse, ce qui a permis de prendre en charge plus de 1000 malades insuffisants rénaux chroniques terminaux.

○ Actions

Action 165 : Consolidation des expériences d'externalisation des services généraux et de la logistique

Action 166 : Réalisation d'une évaluation des activités de sous-traitance dans les centres hospitaliers en vue de maîtriser leur coût et de réguler leur développement

Action 167 : Renforcement du partenariat avec le privé dans le domaine des prestations sanitaires

- Définition d'un cadre de collaboration entre le Ministère de la Santé et les associations médicales ;
- Elaboration d'un texte réglementaire pour l'encadrement de la pratique médicale dans les établissements publics de santé et ce, pour pallier à la grande pénurie en ressources humaines de santé que connaît le Maroc.

Action 168 : Développement de nouvelles formes de PPP notamment dans le domaine des investissements sanitaires.

- Développement d'initiatives de financement privé au profit des hôpitaux publics ;
- Poursuite des négociations sur la loi 10-94 dans la perspective du renforcement du PPP.

