

Stratégie de coopération
OMS–Maroc
2008–2013

Maroc



Organisation
mondiale de la Santé

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Stratégie de coopération
OMS–Maroc
2008–2013

Maroc



Organisation
mondiale de la Santé

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Organisation mondiale de la Santé 2010 ©

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

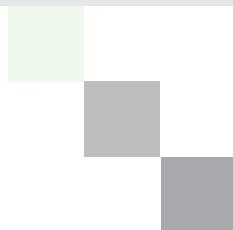
Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès du Service Distribution et Ventes, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte), Téléphone : +202 2670 2535, Télécopie : +202 2670 2492 ; adresse électronique : PAM@emro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire des publications du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, partiellement ou en totalité, ou de les traduire – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, à l'adresse ci-dessus ; adresse électronique : WAP@emro.who.int.

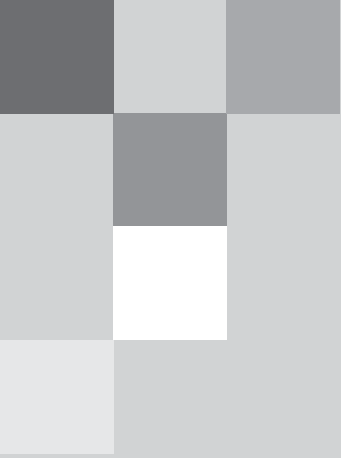
Document WHO-EM/ARD/031/F
Conception graphique : Pulp Pictures
Impression : YAT Advertising

TABLE DES MATIÈRES

Section 1. Introduction	5
Section 2. Défis concernant la santé et le développement dans le pays	9
2.1 Déterminants de la santé	11
2.2 Situation sanitaire	12
2.3 Système de santé	14
2.4 Principaux défis	17
Section 3. Coopération pour le développement et partenariats	19
3.1 La Coopération internationale dans le secteur de la santé au Maroc : traits généraux	21
3.2 Interventions et partenaires principaux	21
3.3 Coordination	22
Section 4. Coopération actuelle de l'OMS	25
4.1 Allocations budgétaires	27
4.2 Domaines d'intervention et partenaires	27
4.3 Stratégie de coopération avec le pays 2004-2007	28
4.4 Personnel technique et conditions de travail	29
Section 5. Programme d'action stratégique pour la coopération de l'OMS	31
5.1 Introduction	33
5.2 Cadre	34
5.3 Structure	35
Section 6. Mise en œuvre du programme stratégique : implications pour l'OMS	43
6.1 Positionnement de l'OMS au Maroc : appui stratégique au ministère de la Santé et promotion de partenariats efficaces	45
6.2 Implications pour le Bureau de pays	46
6.3 Appui du Bureau régional et du Siège	48
6.4 Autres formes de présence de l'OMS au Maroc	48

Annexes	49
1. Membres de la mission de la CCS	49
2. Profil de pays	52
3. Les régimes de couverture médicale	55
4. Données sur la coopération internationale dans le secteur de la santé au maroc	58





Section

1



Introduction



Section 1. Introduction

Dans le cadre de son Initiative en faveur des pays, l'OMS a introduit un instrument appelé Stratégie de coopération avec les pays ou CCS (de l'anglais Country Cooperation Strategy). La CCS se présente comme un cadre stratégique de travail qui vise une meilleure adaptation du soutien de l'OMS aux besoins d'un pays donné. Au Maroc, cette démarche a été engagée pour la première fois en 2004. Au même moment, l'OMS a introduit également un système de gestion fondée sur les résultats comme support pour l'élaboration des plans pays/OMS. L'élaboration de cette nouvelle CCS s'inscrit dans un contexte particulier, aussi bien au niveau mondial qu'au niveau national. Au niveau mondial, elle coïncide avec le lancement par l'Organisation du onzième programme général de travail 2006-2015 et du plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Elle coïncide également avec l'émergence d'un nouveau souci mondial en rapport avec la sécurité sanitaire internationale. Au niveau national, l'élaboration de cette deuxième CCS arrive à un moment de changement de gouvernement et d'achèvement de la stratégie sectorielle 2003-2007. Par ailleurs, l'environnement politique au Maroc est aujourd'hui favorable pour l'engagement des changements requis pour accélérer le développement économique et social. Sa Majesté le Roi du Maroc a lancé un projet connu sous le nom d'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH), ainsi que la mise en œuvre de la Couverture Médicale de Base (CMB), considérée comme un projet de société. La CCS se veut à la mesure des enjeux du pays et cherche à anticiper

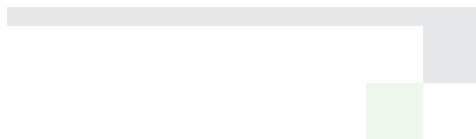
les tendances lourdes qui s'imposent en matière de santé, tout en prenant en compte la stratégie à moyen terme de l'OMS.

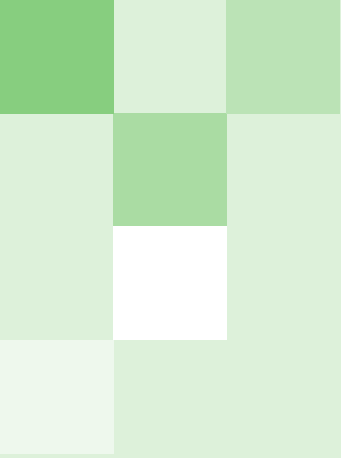
Pour cette deuxième CCS, l'échéance sexennale correspond à trois budgets biennaux, à l'image du plan stratégique à moyen terme de l'Organisation. Cette échéance offre l'avantage de permettre d'intégrer le souci des transitions et des réformes qui s'inscrivent généralement sur de longues durées. Toutefois, au niveau des pays, le problème de la convergence des planifications pluriannuelles des organisations des Nations Unies reste posé dans la mesure où il y a, d'un côté, un engagement pour des objectifs quantifiés du Millénaire jusqu'à 2015 et de l'autre, un Plan-cadre des Nations Unies (UNDAF) qui s'étale jusqu'à 2011 sans compter les plans stratégiques des autres partenaires comme la Banque mondiale (CAS - Country Assistance Strategy) et la Commission européenne. Le risque existe de créer une stratégie de coopération dans le domaine de la santé à plusieurs vitesses au sein même des institutions et des organisations des Nations Unies si un effort préalable d'intégration n'est pas entrepris.

L'élaboration de la présente stratégie de coopération OMS-Maroc repose sur une analyse stratégique du système de santé marocain. Étant donné que la deuxième CCS s'inscrit dans la continuité du soutien de l'OMS au Maroc, un intérêt particulier sera accordé à la consolidation des acquis de la première CCS. La CCS constitue également un cadre de concertation au sein

de l'équipe des Nations Unies et avec les autres partenaires de développement. Un effort particulier devra être consenti pour consolider et renforcer, à travers elle, la mise en œuvre des objectifs du Millénaire

pour le développement et du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement au Maroc pour la période 2007-2011, dont l'élaboration a précédé cet exercice de l'OMS.





Section

2



Défis concernant la santé et le développement dans le pays

Section 2. Défis concernant la santé et le développement dans le pays

2.1 Déterminants de la santé

2.1.1 Contexte macroéconomique

Au Maroc, la croissance est variable et fortement dépendante de la météorologie. Elle est passée de 1,7 % en 1990-1995 à 4,1 % entre 1996 et 2004. Une forte croissance a été particulièrement enregistrée au cours de la période 2001-2004, soutenue par la succession de bonnes années climatiques. Durant ces années, le produit intérieur brut (PIB) a crû au rythme moyen annuel de 4,8 %. Ce rythme n'a été que de 1,5 % entre 1997 et 2000.^{1,2}

2.1.2 Contexte socio-démographique

En 2004, année du recensement général, la population du Maroc était de 29,9 millions d'habitants, soit 600 000 individus de moins que les projections officielles à partir du recensement précédent. Le rythme de croissance a donc marqué une baisse plus importante que prévue, passant de 2,04 millions sur la période 1982-1994 à 1,5 million sur la période 1994-2004. Ainsi l'indice synthétique de fécondité (ISF) a fortement baissé pour atteindre 2,5 en 2004. De même, la population appartenant au groupe d'âge de pleine activité (15-59 ans) va voir sa part dans la population totale passer de 56 % en 1994 à 61 % en 2010 et la population âgée de plus de 60 ans va croître à un rythme modéré jusqu'à l'horizon 2020, date à laquelle le vieillissement progressif

de la population va s'accélérer. Selon cette évolution, la transition démographique au Maroc va s'achever un peu plus tôt que prévu.^{2,3}

Entre 1960 et 2005, le taux d'alphabétisation est passé de 22 % à 60 %. Ces avancées se sont aussi accompagnées de la consolidation des efforts consentis pour la promotion de l'alphabétisation. En dépit d'un taux de scolarisation atteignant 90 %, la déperdition scolaire touche 2,5 millions d'enfants et la qualité de l'éducation dispensée demeure un défi essentiel à tout progrès réel dans ce secteur.^{1,2}

En matière de précarité, 14,2 % de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté en 2004, soit près d'un point en moins par rapport à l'enquête sur les dépenses et la consommation des ménages de 2000-2001. La ventilation des taux de pauvreté selon le sexe montre que les femmes sont les plus touchées aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Ces données sont confirmées par les résultats de la récente étude actuarielle réalisée par la commission interministérielle chargée de la mise en œuvre du RAMED (Régime d'Assistance Médicale) qui a estimé la population répondant aux critères pour bénéficier du RAMED à 8,5 millions (28,4 %) dont 4 millions d'indigents absolus (13,4 % de la population générale).¹

¹ *50 ans de développement humain et perspectives pour 2025. Rabat, Gouvernement marocain, 2006.*

² *Haut Commissariat au Plan. Rabat, Direction de la Statistique, 2006.*

³ *Initiative Nationale pour le Développement Humain. Rabat. Gouvernement marocain, 2005.*

Pour faire face à ce problème, les pouvoirs publics ont entrepris un certain nombre d'actions et de réformes en vue de réaliser une croissance économique soutenue, génératrice d'emplois, et de mettre en œuvre l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) qui vise à insuffler un dynamisme nouveau aux chantiers sociaux et à lutter contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.³

2.2 Situation sanitaire

2.2.1 La réduction de la mortalité

Grâce aux efforts et aux programmes sanitaires menés depuis l'Indépendance, les indicateurs de la mortalité ont connu une diminution importante. C'est ainsi que l'espérance de vie à la naissance est passée de 47 ans en 1962 à 71 ans actuellement. Le taux de mortalité infantile a connu également une réduction considérable entre 1962 et 2004, passant de 118 à 40 décès pour 1000 naissances vivantes, et le taux de mortalité maternelle a baissé de 631 à 227 décès pour 100 000 naissances entre 1972 et 2004. Cependant, cette tendance à l'amélioration des indicateurs de la mortalité cache des écarts notables entre les milieux rural et urbain. En effet, l'espérance de vie à la naissance est de 6 ans plus longue en milieu urbain qu'en milieu rural. Le taux de mortalité infantile enregistré dans le milieu rural est 2 fois plus élevé que dans le milieu urbain et le taux de mortalité maternelle est de 30 % plus élevé dans le rural que dans l'urbain. En comparaison avec des pays à niveau de

développement similaire, les différents taux de mortalité nationaux demeurent élevés. Ils représentent, par conséquent, un véritable défi à relever au cours des prochaines années, notamment en ce qui concerne la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), voir Annexe 1.

2.2.2 Le triple fardeau de la morbidité

L'étude réalisée sur la charge globale de morbidité en 1992 a permis de confirmer la transition épidémiologique que connaît le Maroc. Elle a mis en évidence la coexistence des trois groupes de maladies décrits dans la Classification internationale de maladies - Dixième révision (CIM-10) : maladies non transmissibles (56 %), maladies transmissibles et périnatales (33 %) et affections traumatiques (11 %).⁴

L'évolution de la morbidité au Maroc traduit deux tendances :¹

- une tendance vers l'élimination d'un certain nombre de maladies, en particulier certaines maladies cibles de la vaccination ou objets de programmes sanitaires, comme le trachome, la schistosomiase (bilharziose), la lèpre, le paludisme, le tétanos néonatal, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche, etc. ;
- une tendance vers une réduction légère - parfois la persistance - d'autres maladies, en particulier la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, les méningites cérébrospinales, les hépatites virales (B et C), les infections

⁴ *Système d'information sanitaire de l'OMS, Maroc, 2006* (<http://www.who.int/whosis/fr/index.html>, consulté le 2 novembre 2008).

sexuellement transmissibles (IST)/le sida, les toxi-infections alimentaires, les maladies hydriques, etc.

Toutefois deux exceptions dérogent à ces deux tendances :

- la persistance du problème de la mortalité périnatale. En effet, à un moment où la majorité des indicateurs de santé évoluent favorablement, les taux de mortalité maternelle et néonatale, respectivement à 227 pour 100 000 naissances vivantes et 27 pour 1000, ne semblent être influencés ni par l'évolution significative du taux d'assistance à l'accouchement qui a atteint 63 % en 2004, ni par l'importance accordée au programme de la maternité sans risque.
- L'émergence ou la réémergence de certaines maladies qui menacent la sécurité sanitaire internationale, constituant un risque réel pour le Maroc du fait de son ouverture de plus en plus grande.

La tendance à l'augmentation de la charge globale de morbidité des maladies chroniques comme les cancers, les maladies cardio-vasculaires (notamment l'hypertension), les maladies métaboliques et de carence (diabète en particulier), l'insuffisance rénale chronique et les maladies mentales traduit le changement des comportements et des modes de vie se caractérisant par la sédentarité, l'adoption de modes de vie malsains tels que le

tabagisme et les mauvaises habitudes nutritionnelles.⁴

Les traumatismes intentionnels et non intentionnels génèrent 10,8 % de la charge de mortalité globale : 51 559 accidents de la circulation ont été enregistrés en 2005 sur l'ensemble du réseau routier, causant 80 881 victimes dont 3617 tués. Ces accidents engendrent pour la collectivité un coût estimé à 2,5 % du PIB. Le tout impose des mesures urgentes pour en réduire l'incidence.⁵

2.2.3 La problématique nutritionnelle

Le retard de croissance, symptôme de malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans, a baissé au niveau national de 28 % (1987) à 18 % (2003). Durant la même période, l'insuffisance pondérale a été réduite de moitié, passant de 20 % à 10 %. Cependant, la hausse de la malnutrition aiguë est inquiétante. Elle a triplé au niveau national entre 1987 et 2003, passant de 3 % à 9,3 % et atteint même 11,1 % en milieu rural. Les données disponibles montrent également une tendance constante à la baisse de la pratique de l'allaitement maternel.^{1,6}

Les carences en micronutriments affectent une proportion substantielle de la population la plus vulnérable (enfants et femmes en âge de procréer). La carence en iode touche 22 % des enfants en âge scolaire entre 6 à 12 ans, l'anémie par carence en fer touche 31,5 % des enfants de

⁵ *Comptes nationaux de la santé 2001*. Le Caire, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale 2008 (<http://www.who.int/nha/country/mar/hfr/index.html>).

⁶ *The Moroccan family health survey*. PAFAM 2003–2004 (www.papfam.org/papfam/morocco.html).

moins de 5 ans, 32,6 % des femmes en âge de procréer et 37,2 % des femmes enceintes, la carence en vitamine A touche 41 % des enfants de 6 mois à 6 ans et 2,5 % des enfants ont un rachitisme radiologique.^{1,7}

2.3 Système de santé

2.3.1 Prestation de soins

Le Maroc compte actuellement 2552 établissements de soins de santé de base (ESSB), soit un ratio de 1 ESSB pour 11 700 habitants contre 1 pour 29 500 en 1960. Malgré cette progression des infrastructures de base, l'accessibilité aux soins reste difficile essentiellement pour les populations démunies : 25 % de la population marocaine se trouve à plus de 10 km d'une formation sanitaire de base. Le recours aux soins dans le secteur public reste très limité avec un taux d'utilisation de la consultation curative de 0,5 contact par habitant par an qui est considéré comme un chiffre faible eu égard aux besoins de la population. Dans sa conception, sa planification et son monitoring, le réseau des ESSB ne comprend pas le secteur privé qui regroupe près de 5800 cabinets de médecine libérale. Ceci traduit le manque de complémentarité qui existe entre ces deux secteurs.

Avec ses 128 établissements hospitaliers et ses 26 250 lits, le réseau hospitalier constitue un autre enjeu dans le développement de l'offre de soins au Maroc. En plus du souci de financement, l'hospitalisation au Maroc a besoin d'une

modernisation de son plateau technique et du renforcement de ses compétences.⁴

2.3.2 Qualité des soins

Malgré les efforts déployés, la gestion de la qualité pour les établissements de santé, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, reste un défi majeur. La mise en œuvre de la couverture médicale de base, avec son souci de régulation et d'amélioration des pratiques professionnelles, vient renforcer ce besoin d'assurance qualité et motiver la priorité qu'il faut lui accorder.⁷

2.3.3 Génération de ressources

Ressources humaines

L'évolution des ressources humaines a connu une grande progression puisque qu'en quarante ans, la densité médicale a été multipliée par 6 (1/1775 en 2007 contre 1/12 000 habitants en 1960), au moment où la densité paramédicale a évolué de 1 infirmier pour 2700 en 1960 à 1 pour 1000 en 2007. Malgré ces efforts, le Maroc figure parmi les 57 pays que l'OMS considère en pénurie aiguë de personnel de santé, avec une densité de personnel formé lié à la surveillance des accouchements en deçà de 2,28 pour 1000 habitants, défini par l'OMS comme seuil critique en personnel. Cette pénurie est aggravée par l'absence d'une politique volontariste et cohérente de développement des ressources humaines pour la santé.¹

⁷ Report on the expert group meeting on hospital accreditation, Cairo, 23–26 September 2002. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.

Produits pharmaceutiques

L'industrie pharmaceutique marocaine totalise plus de 6000 emplois directs avec un chiffre d'affaires dépassant les 4 milliards de dirhams (MAD) en 2000. Elle reste toutefois largement dépendante de l'étranger pour l'approvisionnement en matières premières (plus de 90 % des besoins). L'accessibilité économique au médicament demeure la principale préoccupation du système de santé malgré les efforts déployés ces dernières années par le ministère de la Santé en matière de politique de fixation des prix, de fiscalisation de certains médicaments essentiels, d'exonération de la TVA et de réduction des droits de douane pour d'autres, ainsi que l'encouragement de la fabrication et de l'utilisation du médicament générique.⁸

2.3.4 Financement

Les dépenses globales de santé au Maroc sont de l'ordre de 19 milliards de dirhams marocains (MAD), soit 5 % du PIB, dont 51,6 % sont financées par les ménages et 44,4 % à travers un financement collectif (fisc, assurances et collectivités locales). Ces données montrent que le système de santé marocain souffre d'un financement à la fois insuffisant et peu solidaire. Comparé à d'autres pays à revenu similaire, le Maroc réserve moins de ressources financières pour la santé malgré la faiblesse de ses indicateurs de santé. Le ministère de la Santé a cependant connu ces dernières années une augmentation de ses ressources budgétaires. Le budget de

la santé représente actuellement 5 % du budget de l'État.

L'analyse fonctionnelle des dépenses de santé par type de prestation montre que 37 % des dépenses sont consacrées à l'achat de médicaments et biens médicaux, 31 % aux soins hospitaliers, 20 % aux soins ambulatoires et 3 % à la prévention.⁵

2.3.5 Les chantiers de réforme

La dynamique de réforme que connaît le secteur de la santé au Maroc repose sur quatre piliers qui constituent des chantiers de changement mobilisateurs d'engagements, de partenariats et de moyens.

La régionalisation

Depuis l'avènement de la loi sur la régionalisation (1996), le ministère de la Santé a engagé plusieurs initiatives de réorganisation régionale pour mettre en place la région sanitaire. Ces efforts ont abouti à l'élaboration d'un modèle d'organisation régionale des services de santé et la création de trois directions régionales. Toutefois, force est de constater que la région sanitaire ne s'est pas encore imposée en tant qu'espace de planification des actions de santé et de mise en œuvre des stratégies nationales. S'il est vrai que la création d'une structure régionale de santé est indispensable pour la consolidation des efforts de déconcentration, elle ne paraît pas suffisante pour permettre de contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé.

⁸ Morocco. *Medicine prices, availability, affordability and price components*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2004 (<http://www.emro.who.int.dsaf/dsa944.pdf>).

La réforme du financement de la santé

Ce chantier a commencé par l'élaboration et la mise en œuvre de la Couverture médicale de base (CMB) avec ses deux régimes l'AMO (Assurance maladie obligatoire) et le RAMED (Régime d'assistance médicale) pour s'étendre à un nouveau régime INAYA qui concerne les indépendants et les professions libérales (voir Annexe 2).⁵

- L'AMO s'applique aux fonctionnaires, aux salariés du secteur privé et aux personnes assujetties au régime de sécurité sociale ; elle couvre déjà 34 % de la population ;
- l'INAYA, considéré comme une innovation mais pas encore mis en place, cible près de 10 millions d'habitants, soit un autre tiers de la population, à travers des mécanismes privés ;
- le RAMED, qui est destiné à la population démunie estimée, concernera 8 500 000 bénéficiaires selon la dernière étude actuarielle, c'est-à-dire près de 30 % de la population.

La réforme hospitalière

Actuellement, le Maroc est engagé dans une réforme hospitalière lourde et coûteuse, qui a permis l'encadrement des hôpitaux à travers la promulgation du premier texte organisant les hôpitaux publics. Cet effort de restructuration est soutenu à travers trois grands projets sectoriels qui appuient également les réformes mentionnées plus haut :

- Le Projet de Financement et de Gestion du Secteur de la Santé (PFGSS), qui a permis au ministère de la Santé d'initier et de mettre en œuvre la réforme

hospitalière (composante 1) et la couverture médicale de base (composantes 2 & 3).

Ce projet a été soutenu par un financement de la Banque mondiale de l'ordre de 34 millions d'euros et a concerné 5 hôpitaux régionaux. Il a été clôturé en mars 2007.

- Le Projet d'appui à la gestion du secteur de la santé (PAGSS), qui est d'abord un projet d'appui à la régionalisation sectorielle et a permis la mise en place de la première direction régionale de santé dans la région orientale. Ce projet s'achève en 2007.
- Le projet Maroc-Santé III, qui vient de démarrer et appuie la phase d'extension de la réforme hospitalière, traduisant l'engagement à généraliser ses outils. Ce projet concerne 21 provinces réparties sur 9 régions. Le montant consacré à ces opérations est de 141,13 millions d'euros dont 70 millions financés par un prêt de la Banque européenne d'investissement (BEI). Un don de 7,5 millions d'euros accompagne ce projet en vue de permettre au ministère de la Santé de recruter une assistance technique pour les parties « soft » de la réforme hospitalière.

Ces investissements engagés pour la restructuration des hôpitaux traduisent la volonté du ministère de la Santé d'améliorer l'offre de soins et l'image de l'hôpital public auprès de la population.⁵

La réforme juridique

La réforme juridique a été engagée d'une part pour assurer la mise en œuvre et la pérennisation des différents chantiers de réforme et d'autre part pour veiller à l'encadrement et la régulation du système de santé dans sa globalité. Les cinq dernières

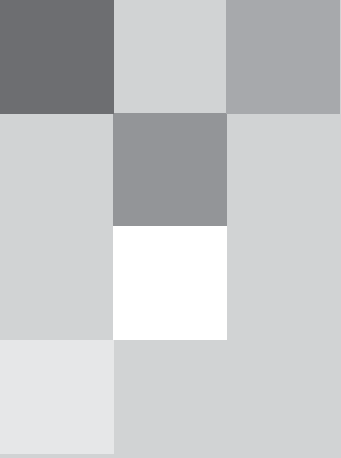
années ont été très fructueuses en matière de réglementation sanitaire.⁹

2.4 Principaux défis

En raison des différentes transitions que connaît le Maroc et de la politique engagée pour la réduction des déficits sociaux et la modernisation des infrastructures de base, il est important d'inscrire les défis du secteur de la santé dans le cadre plus large de cette dynamique et des interactions que ce secteur doit avoir avec les autres secteurs de développement. Les défis d'ordre socioéconomique, comme la pauvreté, le développement du monde rural et la demande d'emploi, ont un impact direct sur la santé. Le Maroc doit donc relever les défis de santé suivants :

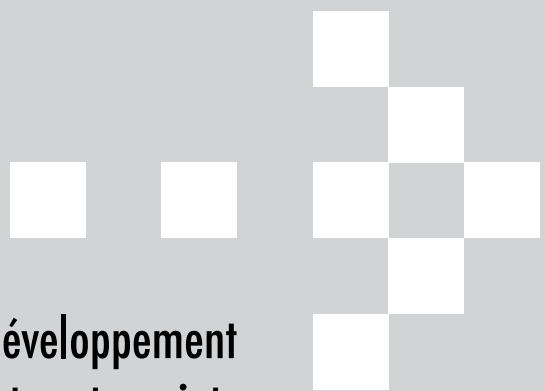
- la sécurité sanitaire et la mondialisation
- la consolidation des acquis en matière de protection sanitaire et de lutte contre les maladies transmissibles et émergentes
- le triple fardeau de la morbidité et le souci de la mortalité périnatale
- la vulnérabilité de certaines couches de la population
- le manque de prise en compte des déterminants sociaux de la santé
- le déficit d'accès aux soins en tant que nœud de développement du système de santé
- le rôle croissant du secteur privé et associatif dans le financement et l'offre de santé
- le déficit des ressources humaines pour la santé
- l'assurance qualité comme condition pour la restauration de la confiance dans le secteur public et dans les réformes du système de santé
- l'amélioration de la performance du système de santé à travers le renforcement de ses fonctions, notamment la gouvernance.

⁹ Morocco. Country brief. World Bank 2008 (<http://web.worldbank.org/wbsite/external/countries/menaext/moroccoextn/0>).



Section

3



**Coopération pour le développement
et partenariats**

Section 3. Coopération pour le développement et partenariats

3.1 La Coopération internationale dans le secteur de la santé au Maroc : traits généraux

Le montant global du financement de la santé par la coopération internationale s'élevait à 127 millions de dirhams (USD 11 millions) en 2001, représentant environ 0,7 % de la dépense globale de santé et 3 % du budget global du ministère de la Santé - qui demeure le principal bénéficiaire des aides. Ces chiffres donnent une vue partielle du « poids » de la coopération, dans la mesure où ils sont déjà anciens et ne couvrent pas l'expertise technique. D'importants appuis budgétaires sont actuellement en cours et en préparation, souvent assortis d'assistance technique, d'actions de formation et de fonds d'études. Ils accompagnent les réformes principales du secteur : réforme institutionnelle et régionalisation, réforme du financement et réforme hospitalière. D'autres appuis - en infrastructures et logistique, ou sous formes d'apports techniques et financiers - sont fournis par diverses coopérations avec des modalités, des zones géographiques et des durées qui varient d'une organisation à l'autre.

3.2 Interventions et partenaires principaux

Des tableaux produits par la Direction de la Planification et des Ressources Financières du ministère de la Santé fournissent des informations détaillées

sur les projets soutenus par les diverses coopérations (Annexe 3).

Institutions du système des Nations Unies

Le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement 2007-2011 prend appui sur les objectifs nationaux concernant le développement humain au Maroc. Il s'articule autour des cinq « portails d'accès » suivants :

- gestion des patrimoines naturels et culturels en tant que vecteurs essentiels des politiques de lutte contre la pauvreté et de développement durable ;
- réduction de la vulnérabilité du monde rural ;
- renforcement du capital humain et social et amélioration de l'accès aux services sociaux de base ;
- habilitation des femmes et des filles dans les domaines politique, juridique, économique, social et culturel ;
- développement humain et gouvernance démocratique en appui à la réduction de la pauvreté et de l'exclusion.

Les organisations intervenant dans les domaines de la santé sont essentiellement l'OMS et - dans leurs domaines traditionnels de compétences - le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) dans le domaine de la santé génésique et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) dans le domaine de la santé

de l'enfant. L'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) intervient dans le renforcement de l'utilisation des techniques nucléaires dans le secteur de la santé et la prévention des risques liés aux rayonnements ionisants.

Autres coopérations multilatérales

La Banque mondiale intervient à travers le projet de financement et de gestion du secteur de la santé (PFGSS). L'Union européenne joue un rôle à travers le projet d'appui à la gestion du secteur de la santé (PAGSS) et un programme d'appui à la mise en œuvre de la couverture médicale de base. Les secondes phases de ces appuis sont en cours ou en préparation. La Banque africaine de développement est également présente, avec le programme d'appui à la réforme de la couverture médicale de base (PARCOUM). Le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose en est à son deuxième cycle quinquennal de programmation au Maroc (VIH/sida et tuberculose).

La coopération bilatérale

Plusieurs pays, dont certains ont une longue tradition de coopération avec le Maroc, apportent une assistance non négligeable : la France (à travers, notamment, le programme REDRESS d'appui à la régionalisation et à la mise à niveau des ESSB dans trois régions), l'Espagne, l'Allemagne, l'Italie, les États-Unis d'Amérique, la Chine et le Japon représentent les apports les plus importants. Par ailleurs, le ministère de la Santé a signé, avec un certain nombre de

pays africains, des accords de coopération couvrant plusieurs domaines notamment la formation, les évacuations sanitaires, l'expertise et les jumelages entre les institutions hospitalières. Il est important de signaler que la « maternité sans risque » figure parmi les programmes qui bénéficient d'appuis nombreux depuis plusieurs années, sans effet sensible sur les indicateurs de mortalité. C'est un défi critique pour le pays et ses partenaires internationaux.

3.3 Coordination

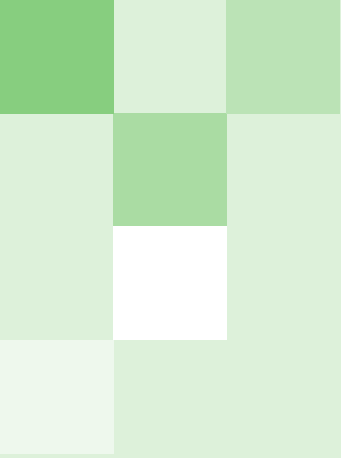
L'aide extérieure constitue un soutien indénié au développement sanitaire au Maroc. Cependant elle doit s'insérer dans le cadre d'une stratégie globale de développement et s'inscrire dans le cadre de la gouvernance du système national de santé, selon l'avantage comparatif de chaque organisation. Le renforcement du leadership du ministère de la Santé pour assurer une meilleure coordination dans l'aide internationale s'avère nécessaire. Un groupe thématique sectoriel a démarré, sous l'égide de la Commission européenne et des États Membres de l'Union. Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme « une seule ONU », un certain nombre de groupes thématiques interagences se sont constitués, couvrant des domaines spécifiques : lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale, promotion de la santé des adolescents et jeunes, lutte contre le VIH/sida.

Il existe actuellement des opportunités nombreuses pour la coopération au développement du secteur de la santé au Maroc. Un partenariat structuré, avec des

mécanismes clairs de coordination et de collaboration, est nécessaire pour rendre l'aide plus efficace dans l'intérêt du pays lui-même, et conformément aux engagements

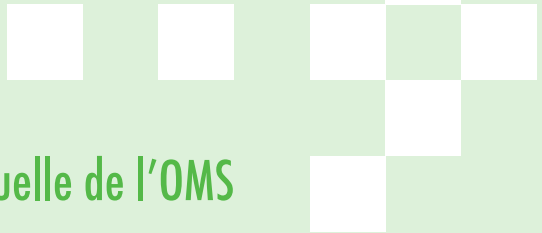
pris par la communauté internationale concernant l'alignement et l'harmonisation de l'aide (Déclaration de Paris).





Section

4



Coopération actuelle de l'OMS

Section 4. Coopération actuelle de l'OMS

4.1 Allocations budgétaires

Le Maroc a bénéficié, depuis son entrée au sein de la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS en 1985 et l'ouverture du Bureau de la Représentation de l'OMS en 1986, d'une aide de USD 22, 96 millions pour l'appui aux programmes de santé. À titre indicatif, le budget ordinaire moyen accordé au Maroc, par période biennale, se situe aux alentours de USD 2 millions contre une moyenne de USD 300 000 lorsque le Maroc faisait partie de la Région européenne. D'autres activités sont financées au moyen de fonds extrabudgétaires. Les crédits accordés au titre du budget ordinaire depuis l'ouverture du Bureau de l'OMS sont présentés, par période biennale, dans le tableau 1 ci-dessous

4.2 Domaines d'intervention et partenaires

Dans le cadre du Programme conjoint de coopération, l'enveloppe budgétaire accordée au Royaume du Maroc par l'OMS au titre de la période biennale 2006-2007 s'élève à USD 1 939 000, non compris l'appui technique à travers les missions de conseillers régionaux ou la participation de cadres nationaux aux activités inter pays. Tous les accords de collaboration biennaux signés étaient adaptés aux axes prioritaires de coopération établis dans le cadre de la Stratégie de coopération avec le pays 2004-2007.

Vingt programmes d'action composent le programme actuel de l'OMS au Maroc

Tableau 1. Évolution des crédits alloués au titre du budget ordinaire dans le cadre de la coopération avec l'OMS

Période	Allocations budgétaires (USD)
1986-1987	471 200
1988-1989	2 296 000
1990-1991	2 380 500
1992-1993	2 113 843
1994-1995	2 581 900
1996-1997	2 514 200
1998-1999	2 525 973
2000-2001	2 095 200
2002-2003	2 067 000
2004-2005	1 978 000
2006-2007	1 939 000

et le taux de réalisation du Programme conjoint de collaboration OMS/Royaume du Maroc, à l'issue de la première année de l'exercice, est d'environ 61 %. Les dépenses engagées pendant cette première année sont réparties comme suit : système de santé (51 %) ; maladies non transmissibles, modes de vie et déterminants de la santé, santé familiale et communautaire (29 %) ; maladies transmissibles (11 %) ; environnement et santé (5 %) ; et informations sanitaires utilisables et publications pour la santé publique (4 %).

Le bilan d'exécution pour la première année de l'exercice biennal 2006-2007 fait ressortir que la formation occupe la première place dans les dépenses, avec environ 53,5 % des crédits utilisés (bourses et séminaires), suivie par les coûts inhérents au recrutement de consultants avec 41 % (22 % consultants nationaux et 19 % consultants internationaux) et les coûts locaux (études, enquêtes, abonnements) avec 5,5 %.

Le Siège de l'OMS et le Bureau régional ont pu mobiliser des fonds supplémentaires pour un certain nombre de programmes nationaux : tuberculose, maternité sans risque, surveillance des paralysies flasques aiguës, leishmaniose, rougeole, sécurité du patient. En plus du ministère de la Santé, le Bureau de l'OMS a élargi sa coopération, depuis plusieurs années, à d'autres partenaires : le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de l'Enseignement supérieur (facultés de médecine), le Secrétariat d'État chargé de la femme, des enfants et des personnes handicapées, le Département de l'Environnement et les organisations non gouvernementales.

Par ailleurs, et à l'instar de l'ensemble des Institutions et Organisations du système des Nations Unies, le Bureau de l'OMS participe aux différents travaux et actions du système tels que l'actualisation du Bilan commun de pays (BCP), l'élaboration du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) ou encore, à travers les différents groupes thématiques, au développement des approches communautaires et des projets de développement local.

4.3 Stratégie de coopération avec le pays 2004-2007

Le Bureau de l'OMS au Maroc est engagé dans l'initiative de l'OMS en faveur des pays. La stratégie de coopération avec le pays 2004-2007 a été élaborée dans ce cadre. Cet exercice a permis de mieux encadrer la programmation dans le cadre des deux missions conjointes d'examen et de planification des programmes (*Joint Programme Review and Planning Missions – JPRM*) qu'a connues cette période. Toutefois, l'introduction dans la même période de la gestion fondée sur les résultats, et l'effort qu'elle a demandé de mise à niveau et de formation des directions techniques du ministère de la Santé et des points focaux des programmes, ont dérangé la concentration sur le programme stratégique de la CCS 2004-2007. Cette situation a été renforcée par la non-utilisation, par la commission conjointe qui comprend des responsables du Bureau régional de la Méditerranée orientale, de ce programme dans la sélection et l'arbitrage entre les programmes proposés dans le cadre de la Mission conjointe.

La mise en œuvre de la première CCS a souffert également de la conjoncture du changement de gouvernement et l'élaboration d'une nouvelle stratégie sectorielle 2003-2007, alors que la CCS avait tenu compte essentiellement des priorités sectorielles formulées dans la stratégie 2000-2004. Cette situation peut se reproduire puisque le Maroc est en période électorale - et donc à la veille d'un changement de gouvernement - au moment de la formulation de la présente stratégie de coopération. Il faut donc envisager une possible révision de la stratégie de coopération avec le pays, si les orientations de la politique sanitaire connaissent un changement important de perspectives et de priorités.

L'enjeu de toute CCS est lié à son appropriation au sein de l'OMS dans son ensemble (Bureau de pays, Région et Siège) et par le ministère de la Santé et ses partenaires. La mise en œuvre de l'actuelle stratégie de coopération doit donc prévoir des actions de promotion de cette stratégie et des soutiens pour son appropriation et sa mise en œuvre.

4.4 Personnel technique et conditions de travail

Outre le Représentant, le personnel permanent du Bureau de l'OMS au Maroc comprend un seul cadre professionnel, le reste du personnel relevant de la catégorie des services généraux. Un certain nombre de personnels sont recrutés sur des contrats en principe de courte durée (Accord de services spécifiques [SSA] ou Accord pour l'exécution de travaux [APW]) mais dont certains sont renouvelés depuis

plusieurs années. L'ensemble du personnel technique se présente comme suit : 1 cadre national (3 ans d'ancienneté au Bureau de l'OMS), chargée des programmes ; 1 coordonnateur de projets (SSA) (8 ans d'ancienneté au Bureau de l'OMS) ; 1 point focal national « Besoins fondamentaux en matière de développement » (SSA) (6 ans d'ancienneté au Bureau de l'OMS) ; 1 point focal « Mutuelles communautaires de santé » (SSA) (2 ans d'ancienneté au Bureau de l'OMS).

Ce personnel technique est rarement impliqué dans les activités techniques du Bureau régional et du Siège, ce qui rend très difficile la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des recommandations issues de différents forums.

Pour l'appui administratif et logistique, le Bureau de l'OMS au Maroc dispose de : 1 assistant administratif (6 ans d'ancienneté au Bureau de l'OMS) ; 1 assistant informaticien (2,5 ans d'ancienneté au Bureau de l'OMS) ; 3 secrétaires ; 2 chauffeurs ; une femme de ménage ; un agent de sécurité.

Une analyse fonctionnelle du Bureau de l'OMS au Maroc, en janvier 2005 a montré que, sur 22 fonctions principales, 17 sont satisfaites et sur 11 fonctions « contraintes », seules 4 sont remplies. Sur cette base, une nouvelle répartition des tâches a été faite et les mandats des membres du personnel ont été revus. Un plan d'action visant à cibler les fonctions mal assumées dans les PMDS (*Performance Management and Development System*) 2006 a été mis en place.



Section

5



**Programme d'action stratégique
pour la coopération de l'OMS**

Section 5. Programme d'action stratégique pour la coopération de l'OMS

5.1 Introduction

L'établissement d'un programme général de travail est requis par l'article 28g) de la Constitution de l'OMS. Le Programme général de travail analyse les défis sanitaires actuels à la lumière des fonctions essentielles de l'OMS et fixe des orientations générales pour son activité future. Les fonctions essentielles, comme énoncées dans le onzième programme de travail, qui couvre la période 2006-2015, sont les suivantes :

- Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
 - Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
 - Fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application ;
 - Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes
 - Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles.
 - Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.
- Il ressort de l'analyse faite dans le onzième programme général de travail que, dans plusieurs domaines, les possibilités d'améliorer la santé des populations, notamment celle des plus démunis, ne sont pas toutes exploitées. Des lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, dans la mise en œuvre et dans les connaissances sont identifiées. La réponse fournie par l'OMS est traduite en priorités dans les domaines suivants en fonction de son cadre gestionnaire fondé sur les résultats.
- Apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique ;
 - Renforcer la sécurité sanitaire dans le monde ;
 - Concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
 - Développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique sous la direction renforcée des ministères de la santé ;
 - Renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.

Le plan stratégique à moyen terme – un élément intégral du cadre OMS de gestion fondée sur les résultats – concrétise le dessein à long terme du onzième programme général de travail pour la santé dans des objectifs stratégiques, reflète les priorités des pays (en particulier celles qui trouvent leur expression dans les stratégies de coopération avec les pays) et fournit la base de la planification opérationnelle détaillée de l'Organisation). Les objectifs stratégiques fournissent des résultats - clairs et mesurables - attendus de l'Organisation.

La structure du Secrétariat de l'OMS lui permet de collaborer avec les pays. Le Siège s'occupe des questions de portée mondiale et apporte un appui technique aux Régions et aux pays. Les bureaux régionaux s'occupent du soutien technique et du renforcement des capacités nationales. La présence de l'OMS dans les pays lui permet d'avoir des contacts rapprochés avec les ministères de la santé et avec ses partenaires – gouvernementaux ou autres. L'Organisation travaille en étroite collaboration avec d'autres organismes du système des Nations Unies et canalise l'aide d'urgence.

En élaborant les priorités stratégiques pour la collaboration entre l'OMS et le Gouvernement marocain au cours de la période de mi-parcours 2008-2013, la mission de la CCS s'est attachée particulièrement à faire en sorte que ces priorités soient conformes aux priorités fixées pour l'ensemble de l'Organisation et aux orientations stratégiques globales pour la même période.

5.2 Cadre

L'action dans le domaine de la santé est tellement complexe et diversifiée qu'il est difficile de la cerner à travers une stratégie, aussi pertinente soit-elle. Elle connaît également tellement d'interactions et d'intervenants qu'il est nécessaire de bien la coordonner et la réguler. De par sa mission large de soutien aux pays afin que « toutes les populations atteignent le niveau maximum de santé possible », et ses moyens limités, l'OMS se doit d'investir dans des actions à caractère « structurant », qui relèvent de ses fonctions essentielles, s'appuient sur son expertise technique et sur les approches et les instruments promus par l'Organisation.

Quatre principes ou critères ont été retenus pour définir les priorités de la coopération entre l'OMS et le Maroc :

- ciblage de domaines stratégiques à effet « structurant »
- avantages comparatifs de l'OMS
- priorité aux actions à effets directs sur la population et sur les professionnels
- engagements du pays au niveau international, notamment ceux en rapport avec les objectifs du Millénaire pour le développement.

À partir de là, et eu égard aux perspectives de développement du secteur de la santé au Maroc telles qu'elles sont décrites dans la « Vision Santé 2020 », au Plan-cadre des Nations Unies au Maroc (2007-2011) et aux objectifs stratégiques de l'OMS formulés

dans son plan stratégique à moyen terme (2008-2013), quatre axes ont été retenus pour le programme stratégique de la stratégie de coopération avec le pays :

- Santé publique et sécurité sanitaire
- Protection des populations vulnérables et à besoins spécifiques
- Plaidoyer et actions intersectoriels pour la santé
- Renforcement des capacités du système de santé

La logique sous-jacente à ce choix réside également dans la cohérence entre les composantes, puisque :

- la première composante cible les problèmes de santé publique qui sont au cœur des missions et de l'expertise technique de l'OMS ;
- la deuxième composante vise la réduction des iniquités en matière de santé en ciblant les populations vulnérables ou ayant des besoins spécifiques peu ou mal pris en charge actuellement ;
- la troisième composante cible les déterminants de la santé et renforce la promotion de la santé ;
- la quatrième composante fait le lien entre les trois premières composantes et la capacité du système de santé à les mettre en œuvre. Elle vise à améliorer la performance du système en ciblant des fonctions prioritaires.

Le schéma de la figure ci-dessous montre les correspondances entre les composantes du programme stratégique de la stratégie

de coopération avec le Maroc, les domaines prioritaires de la santé au Maroc tels que définis dans la Vision Santé 2020 et les objectifs du plan stratégique à moyen terme de l'OMS.

5.3 Structure

5.3.1 Composante 1 : santé publique et sécurité sanitaire

Malgré les efforts et les acquis enregistrés dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles, celles-ci continuent de peser lourdement sur la charge globale de morbidité. La prévention et la lutte contre ces maladies transmissibles encore prévalentes continuera à être au centre des priorités communes de l'Organisation et du ministère de la Santé. Concernant la lutte contre les maladies cibles de la vaccination, les efforts déployés par le Maroc ont permis de réaliser de grands succès. Il importe de les consolider et de les accroître par l'introduction de nouveaux vaccins visant à contribuer à la réduction de la mortalité infantile, et dont la valeur ajoutée a été démontrée.

Ce millénaire annonce de nouvelles menaces de pandémies associées à l'émergence et à la résurgence de maladies infectieuses qui ne connaissent pas de frontières et pèsent lourdement sur la sécurité internationale. L'adoption du nouveau Règlement sanitaire international (RSI 2005) oblige chaque pays à prendre ses dispositions pour le mettre en application.

Le troisième millénaire annonce également une recrudescence des crises humanitaires et des situations de catastrophes naturelles, dont le Maroc n'est

pas à l'abri. Les accidents de la circulation avec leur lot de morts et de blessés constituent par ailleurs un véritable problème de santé publique. Une intervention urgente et concertée devra être mise en œuvre pour réduire leur impact, aussi bien en termes de mortalité que de morbidité.

Enfin, la transition épidémiologique que connaît le Maroc l'expose de plus en plus aux maladies non transmissibles qui sont actuellement au cœur des enjeux de la

couverture médicale et du débat sur l'accès aux soins.

L'OMS apportera des appuis techniques au ministère de la Santé pour la mise en œuvre des priorités suivantes :

- consolider les acquis enregistrés en matière d'élimination de certaines maladies et maintenir la priorité accordée à la lutte contre les maladies transmissibles existant encore à l'état endémique ;

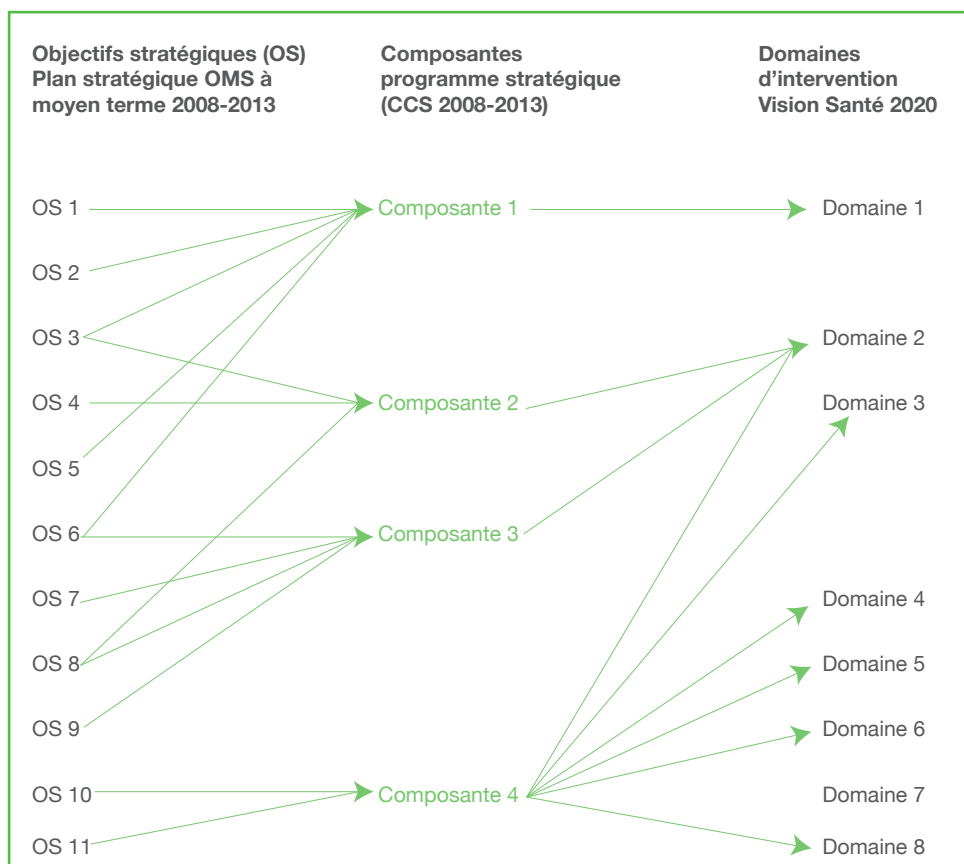


Figure 1. Les objectifs stratégiques de l'OMS et les priorités de santé au Maroc

- continuer à accorder une importance particulière au programme national d'immunisation, tout en œuvrant à introduire dans le calendrier national de nouveaux vaccins visant à réduire l'impact de certaines maladies infantiles (pneumocoque, rotavirus, etc.) ;
- maintenir la vigilance contre les maladies émergentes et réémergentes, en particulier celles à portée internationale. La mise en place du RSI 2005 et le renforcement du système de surveillance épidémiologique constitueront deux piliers de cette priorité ;
- réduire les effets sur la santé des situations d'urgence et de catastrophe incluant violence et traumatismes. Les accidents de la circulation constitueront un axe d'intervention prioritaire compte tenu de leur gravité ;
- élaborer et mettre en œuvre des stratégies nationales de lutte contre les maladies non transmissibles tout en donnant une place privilégiée à la lutte contre les facteurs de risque communs à l'ensemble des maladies non transmissibles. En effet, seule l'adoption de modes de vie sains offre une approche intégrale à la lutte contre les maladies non transmissibles, à un coût raisonnable pour la collectivité.

5.3.2 Composante 2 : protection des populations vulnérables et à besoins spécifiques

Un des axes de travail pour améliorer l'équité dans l'accès aux soins est de cibler des populations particulièrement

vulnérables - comme les femmes enceintes et les nouveau-nés - ou des populations à besoins spécifiques : personnes handicapées, personnes âgées, enfants, jeunes et adolescents. Les taux de mortalité maternelle et infantile se maintiennent à des niveaux inacceptables au Maroc, malgré les ressources investies dans des programmes « ciblés » comme la maternité sans risque. Avec la transition démographique que connaît le pays, les populations jeunes et âgées vont augmenter avec, par conséquent, une influence de plus en plus importante sur la dynamiquesocio-sanitaire et économique. La politique de démocratisation et de renforcement des droits de l'homme dans laquelle s'est engagée le Maroc ne doit pas laisser en marge de la couverture sanitaire une population aussi importante que les personnes handicapées (5,12 % de la population¹⁰) et les personnes victimes de violences.

L'OMS appuiera le ministère de la Santé dans les actions prioritaires suivantes :

- femmes et nouveau-nés: élaborer / réviser des stratégies et plans de santé la mère et de l'enfant pour soutenir l'initiative de réduction de la mortalité maternelle et néonatale fondée sur des données probantes par :
 - la réalisation d'analyses/études fondées sur des données probantes pour identifier les causes de la mortalité maternelle et néonatale, depuis le début de la grossesse jusqu'au suivi des nouveau-nés, y

¹⁰ Secrétariat d'État chargé de la famille, de l'enfance et des personnes handicapées - Stratégie nationale de prévention des handicaps : orientations stratégiques et mesures préventives, 9 février 2007

compris les raisons pour lesquelles les efforts précédents ont échoué ainsi que les lacunes au sein et à l'extérieur du système de santé qui ont fait que les actions entreprises sont restées sans effet pour réduire la mortalité

- l'élaboration de stratégies/plans visant à remédier aux lacunes dans le système de santé en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale
 - la préparation d'approches de promotion et de sensibilisation, stratégies et plans pour minimiser les causes de la mortalité maternelle et néonatale hors du système de santé
 - le renforcement des systèmes nationaux de surveillance actuels, notamment avec la création d'un comité national sur la mortalité maternelle pour examiner et surveiller les décès maternels afin d'identifier les tendances de la morbidité et de la mortalité chez les mères et les nouveau-nés en vue d'adopter des interventions reposant sur des bases factuelles, y compris des interventions communautaires
 - la mobilisation des dirigeants politiques et des ressources pour améliorer la santé génésique, et plus particulièrement la santé de la mère et du nouveau-né.
- Personnes handicapées : agir « en amont » sur la prévention du handicap. Outre son appui plus général concernant les déterminants de la santé (cf. composante 3), l'OMS apportera un appui ciblé sur le handicap lié aux risques périnataux

et à l'accouchement ainsi qu'aux maladies acquises. L'appui de l'OMS se fera dans le cadre de la stratégie nationale de prévention des handicaps.

- Personnes âgées : documenter la morbidité et définir une stratégie. La formation occupera une place centrale dans cette stratégie, avec un accent particulier sur la formation des médecins généralistes et des infirmiers.
- Jeunes et adolescents : mettre l'accent sur l'écoute et l'information. Le travail se fera dans le cadre de la santé scolaire et universitaire.
- Femmes et enfants victimes de violence : coordonner et intégrer les activités. Dans une première étape, l'OMS facilitera le développement, par les ministères compétents, d'une stratégie nationale intégrant le rôle du secteur de la santé. La responsabilité du secteur concerne à la fois une prise en charge véritable par les services de santé et l'orientation, ensuite, vers les structures compétentes.

La société civile est particulièrement active dans le soutien aux populations vulnérables. Les actions qui seront développées dans ce domaine permettront de renforcer le partenariat avec les ONG. Il est toutefois nécessaire, vu le nombre d'intervenants dans ce domaine, que l'OMS, en concertation avec le ministère de la Santé et les autres ministères, engage des concertations avec ses partenaires pour assurer plus d'alignement et d'harmonisation dans les activités.

5.3.3 Composante 3 : plaidoyer et actions intersectoriels pour la santé

Le plaidoyer intersectoriel est la principale voie pour mobiliser une action concertée sur les déterminants de la santé. Il sous-tend les partenariats à l'intérieur du gouvernement, entre les secteurs public et privé, entre les partenaires de la coopération et avec la société civile. Ce plaidoyer émane de la définition de l'OMS de la santé, qui donne une place centrale à la participation des individus et des collectivités et de tous les secteurs concernés dans le processus du développement sanitaire.

Les questions sous-jacentes aux iniquités en matière de santé, comme la question du développement du monde rural, de la lutte contre la pauvreté ou de la promotion des droits des femmes et des enfants, constituent des voies indiquées pour entamer et renforcer le plaidoyer pour la santé. Il y a actuellement un besoin urgent de repositionner le secteur de la santé comme un secteur important aussi bien pour le développement économique que pour le développement social et le renforcement des droits humains.

À ce titre, et eu égard à l'avènement de l'Initiative Nationale de Développement Humain, de la transition épidémiologique et de la loi sur la protection de l'environnement, l'action de l'OMS en matière de promotion de la santé s'attachera à trois domaines principaux : assurer la prise en compte des déterminants sociaux de la santé ; protéger l'environnement et promouvoir des modes de vie sains et la nutrition.

Il est question, dans cette composante, d'appuyer les actions qui visent à aborder différemment l'action sur les déterminants de la santé, à repositionner la santé comme souci intersectoriel et à mobiliser de nouveaux partenariats pour la santé. La participation communautaire et intersectorielle sera un vecteur privilégié de ce travail. L'approche « BDN –Basic Development Needs » [Besoins fondamentaux en matière de développement] promue par l'OMS devrait maintenant s'intégrer dans les initiatives de développement socioéconomique existantes au Maroc, notamment celles promues dans le cadre de l'INDH. Un accent particulier sera mis sur les projets concernant la santé, et sur la formation des délégués provinciaux et directeurs de régions sanitaires aux enjeux de la participation communautaire et intersectorielle.

5.3.4 Composante 4 : renforcement des capacités et de la performance du système de santé

Les divers programmes de promotion et de protection de la santé ne peuvent avoir l'impact souhaité qu'à travers le renforcement des systèmes de santé, qui représentent la plateforme nécessaire à toutes les interventions de santé. Il est donc important d'investir dans ce renforcement. C'est la composante la plus « structurante » de ce programme stratégique. Elle fait appel au rôle régalien de l'État et vise l'amélioration des fonctions majeures du système de santé (prestation ; financement ; génération de ressources ; gouvernance et leadership). Pour pouvoir assumer son rôle

dans la conduite de l'action et assurer la régulation du système de santé, le ministère de la Santé doit pouvoir améliorer ses capacités d'organisation et d'encadrement des actions de santé, et mettre en œuvre, en les pérennisant, les réformes engagées.

La fonction « financement » du système de santé nécessite un intérêt particulier, du fait des importantes réformes entreprises par le gouvernement en matière de protection sanitaire, à travers l'extension de la couverture par l'assurance maladie. Il demeure important de générer davantage d'informations concernant l'équité et les dépenses catastrophiques liées aux soins.

Un effort spécial doit être fait dans le domaine des ressources humaines, composante essentielle du système de santé, à travers une réflexion stratégique et à long terme. Les réformes devront porter sur la production, la gestion et l'évaluation des ressources humaines. Ceci nécessitera des actions de renforcement institutionnel, une meilleure coordination entre les divers intervenants en matière de formation et un développement des capacités aux divers niveaux d'intervention.

Les performances du système de santé doivent être mesurées et surveillées afin d'identifier les points de force et de faiblesse et de pouvoir s'adapter aux nouveaux défis. Cette évaluation et ce suivi des performances bénéficieront de l'application des outils analytiques promus par l'OMS, en particulier la mesure de la charge de morbidité et les comptes nationaux de la santé. Les conclusions des études analytiques, et des recherches-action qui les accompagnent, devront alimenter

le débat politique au niveau du pays et servir à le cadrer. Dans ce cadre général, l'appui de l'OMS au Maroc portera plus particulièrement sur les aspects suivants :

Génération d'informations probantes sur le système de santé

- Renforcer le système national d'information sanitaire aux divers niveaux de la pyramide d'offre de services pour promouvoir le recueil et l'analyse des données de morbidité et de mortalité, en vue notamment de préparer l'étude sur la charge de morbidité que le ministère de la Santé compte réaliser.
- Fournir un effort particulier dans le domaine de la recherche épidémiologique et la recherche sur les systèmes et les services de santé afin de compléter la connaissance du système sanitaire.
- Entreprendre une analyse des véritables déterminants de la mortalité maternelle.

Offre de services

Les efforts seront axés sur l'amélioration de l'accès aux services de santé et la couverture par les divers programmes de promotion et de protection de la santé, à travers deux types d'intervention prioritaires : accompagner le renforcement de la déconcentration afin d'assurer une bonne mise en œuvre ; et améliorer la qualité des services et le renforcement de la sécurité des patients.

Développement des ressources humaines

Les ressources humaines figurent parmi les principales priorités du développement sanitaire au Maroc, du fait de leur déficit

quantitatif et de leur mauvaise répartition géographique. L'appui de l'OMS visera à :

- assurer la préparation d'une stratégie nationale couvrant les diverses composantes de la question, y compris la planification stratégique, la production des effectifs nécessaires, la gestion du personnel et l'évaluation des performances ;
- améliorer la formation, tant en ce qui concerne les cursus de base que les formations continue et « complémentaire » ;
- assurer une bonne coordination avec les autres partenaires concernés, comme les départements de l'éducation, de l'enseignement supérieur et les associations professionnelles.

Gouvernance

Cette fonction importante doit être renforcée par des actions pour :

- développer des normes et standards de qualité des services rendus, la législation sanitaire, l'inspection des divers domaines techniques et administratifs ;
- mettre en place les outils nécessaires à la gestion du « dosage (mix) public-privé » et à la confection de la carte sanitaire. Le ministère de la Santé doit s'approprier les outils analytiques qui permettront d'évaluer les performances du secteur, comme l'analyse de la charge de morbidité, l'analyse des comptes nationaux et l'utilisation des scénarios pour la planification stratégique à long terme.

- renforcer la fonction de coordination, tant à l'intérieur du département qu'avec les principaux partenaires nationaux et internationaux.
- développer une fonction d'analyse de la mise en œuvre des politiques de santé. Un forum pourrait aussi se développer autour d'un observatoire national du système de santé qui faciliterait le monitoring des diverses réformes engagées par le ministère et les autres agences.

Financement

La priorité pour l'OMS est d'assurer l'accompagnement technique de la réforme d'extension de la couverture par l'assurance médicale obligatoire. Les activités concerneront la génération d'informations sur le niveau et la structure du financement par la mesure de l'index d'équité du financement, du niveau des dépenses de soins catastrophiques et des risques d'appauvrissement en cas d'épisodes morbides dans les ménages. L'outil « comptes nationaux de la santé » sera davantage adapté aux impératifs du ministère, afin de générer les données nécessaires à la prise de décision. Le ministère de la Santé sera accompagné dans les efforts engagés en matière d'analyse des coûts des services de santé et de comptabilité analytique.

Technologie sanitaire

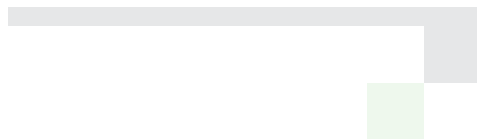
Les objectifs de la Vision Santé 2020 insistent sur le rôle capital de l'accès au médicament de qualité à un prix abordable

et son usage rationnel. L'OMS concentrera ses efforts sur deux actions principales :

- mettre en œuvre une enquête pour déterminer la structure du prix du médicament et pour mesurer le degré de pénétration des médicaments génériques au Maroc ;
- développer des schémas standards de traitement pour certaines pathologies communes.

Les quatre axes de ce programme stratégique sont à la fois interdépendants et complémentaires. L'OMS s'efforcera de favoriser les synergies et les collaborations, tant au niveau du pays qu'au sein du Secrétariat. Par ailleurs, l'expérience marocaine est, à maints égards, porteuse d'enseignements pour la communauté

internationale. Le Maroc cherche également à collaborer avec d'autres à la recherche de solutions aux problèmes de plus en plus complexes du développement humain et à connaître les expériences de pays qui ont un contexte similaire. Un certain nombre d'initiatives mondiales et régionales peuvent bénéficier d'une contribution du Maroc. L'OMS s'efforcera de promouvoir la coopération interpays, y compris dans ses dimensions sud-sud et maghrébine. Elle favorisera la contribution des centres d'excellence marocains et l'utilisation de l'expertise marocaine au niveau international.





Section

6



Mise en œuvre du programme
stratégique : implications pour l'OMS

Section 6. Mise en œuvre du programme stratégique : implications pour l'OMS

6.1 Positionnement de l'OMS au Maroc : appui stratégique au ministère de la Santé et promotion de partenariats efficaces

Les principales implications, pour l'OMS, de la formulation de ses stratégies de coopération avec les pays, découlent de la politique engagée par l'Organisation en faveur des pays. Ces implications concernent le bureau de pays, les appuis qu'il reçoit du Bureau régional et du Siège, les autres formes de présence de l'OMS dans le pays, les interactions avec les partenaires. Les implications spécifiques au Maroc sont présentées ici sous forme d'accompagnements nécessaires à la mise en œuvre de la présente CCS.

Dans un pays comme le Maroc, qui vit plusieurs transitions (démographique, épidémiologique, politique...) et qui connaît une grande dynamique de réforme dans le domaine de la santé, le Bureau de l'OMS doit avoir une position stratégique. L'appui institutionnel de l'OMS au Maroc, comme indiqué dans la section 6 du présent document, doit couvrir les chantiers de réforme en cours. La formulation de la CCS, et les missions conjointes (JPRM) qui la suivent, sont des occasions pour insister sur ces orientations et redynamiser le champ d'intervention et d'expertise de l'Organisation.

L'OMS, de par son expertise et sa notoriété, a une responsabilité de leadership dans la coordination des actions d'appui

international en matière de santé. Dans le cadre des rencontres thématiques des Organisations des Nations Unies, l'OMS joue un rôle très actif. Certaines thématiques se sont déjà imposées comme priorités : lutte contre le VIH/sida et contre la violence, santé des jeunes et des adolescents, initiatives à base communautaire. Dans l'ensemble de ces thématiques, il y a cependant encore un déficit d'harmonisation. L'OMS doit donc, en appui au ministère de la Santé, renforcer son rôle au sein de ces mécanismes de coordination ainsi qu'avec d'autres partenaires particulièrement actifs dans le domaine de la santé, en vue de promouvoir alignement et complémentarité. Dans ce cadre, l'approche sectorielle (« SWAp » en anglais) pourrait être utilisée comme plateforme pour unifier les démarches et les objectifs.

Une action complémentaire pourrait être de s'appuyer sur des réseaux de partenaires et de développer des « alliances nationales » pour la santé. Au même titre que ce qui se passe au niveau du Siège de l'OMS, il s'agirait d'initier et d'appuyer la création d'alliances sur des thèmes particuliers. Les alliances regrouperaient des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux (ONG), des agences internationales, des acteurs de la santé et des associations de malades à la recherche de solutions pour des problèmes de santé spécifiques. L'environnement du Maroc est favorable à ce genre d'activités de mobilisation, qui permet de renforcer la participation de la société civile et la

promotion de la santé. À ce titre, la création d'alliances nationales pour la lutte contre le tabagisme, l'amélioration des déterminants sociaux de la santé ou la sécurité des patients paraît déjà très indiquée, car elles correspondent à des priorités pour le pays et pour la Région de la Méditerranée orientale.

6.2 Implications pour le Bureau de pays

Le Bureau de l'OMS au Maroc joue un rôle essentiel dans la coopération technique et l'encadrement dans le secteur de la santé. Il assume des fonctions de conseil en matière de politique sanitaire et d'appui technique, d'information, de relations publiques et de sensibilisation, de gestion et d'administration. Jusqu'ici, le Bureau de l'OMS a su répondre aux attentes et besoins des partenaires nationaux. Il dispose d'un cadre national (NPO-*National Professional Officer*) recruté sur recommandation de la première CCS, qui assume des fonctions techniques et qui a su nouer de très bonnes relations de collaboration et de coordination avec les partenaires nationaux. Il dispose également d'un assistant administratif qui assure la gestion administrative dans de bonnes conditions et d'un secrétariat assez étoffé pour répondre aux besoins du Bureau. Sur le plan des technologies de l'information, le Bureau dispose d'un assistant informaticien qui gère le flux et la sécurité en matière d'informations et assure le bon fonctionnement et la maintenance du matériel informatique. Une volontaire des Nations Unies, détachée récemment du PNUD, est chargée du suivi des Groupes thématiques « Maternité à moindre risque »

et « Sida ». De point de vue connectivité, le Bureau dispose du VSAT et de lignes ADSL et n'a pas d'insuffisance dans ce domaine.

Dans le cadre de la collaboration avec les organisations du système des Nations Unies et les partenaires pour le développement, notamment en ce qui concerne la sensibilisation et les relations autour de la santé et du développement, le Bureau de l'OMS joue un rôle actif. Ceci est particulièrement vrai dans l'élaboration des avis des Groupes des Nations Unies pour le développement à l'intention des partenaires nationaux et dans le développement des communications. En fait, l'OMS pilote le Groupe thématique des Nations Unies sur la « Maternité à moindre risque » ; le Bureau est un membre très actif du Groupe thématique des Nations Unies « Sida », dont il a assuré la présidence efficacement pendant plusieurs années; il a la vice-présidence de l'instance de coordination nationale (CCM – Country Coordination Mechanism), l'organe de gestion des projets du Fonds mondial pour la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Il est également un membre actif des Groupes thématiques des Nations Unies « Jeunes et adolescents » et « Migration » et du Groupe thématique « Santé » de la Commission européenne.

Un audit organisationnel du Bureau de l'OMS, avec évaluation approfondie des capacités administratives et gestionnaires, a été effectué en 2005. Il a permis de mettre en lumière un certain nombre de lacunes, notamment en matière de développement du personnel et de mobilisation de ressources.

La mise en oeuvre de la CCS, et l'effort de plaidoyer et de coordination nécessaire pour les composantes stratégiques retenues auront des implications pour le Bureau de l'OMS au Maroc en terme de capacités. Les autorités nationales reconnaissent la qualité technique et la neutralité de l'appui de l'OMS, mais attendent d'elle une aide moins compartimentée et plus cohérente. L'Organisation doit aligner ses activités sur les processus de développement nationaux, en favorisant un engagement en amont, ainsi que l'intégration des activités des différents programmes et des différents partenaires. Le renforcement du rôle de la représentation dans la coordination de la coopération internationale dans le domaine de la santé et le dialogue entre les partenaires reste tributaire du développement de ses capacités en matière de communication, de plaidoyer, d'approches sectorielles et de développement durable. Pour mobiliser l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux intervenant dans le secteur de la santé, et pour favoriser la collaboration entre les différents programmes, il convient de développer les capacités de l'équipe de pays pour lui permettre de mieux soutenir le développement des systèmes de santé, d'avoir un engagement plus stratégique avec les partenaires et d'apporter un appui plus efficace à la coordination - et au développement - des partenariats. Cela impose aussi d'améliorer les systèmes administratifs et la délégation de pouvoirs afin que l'OMS puisse fonctionner efficacement au niveau des pays. Les mécanismes de responsabilisation du bureau de l'OMS pour la mobilisation et la gestion des ressources financières doivent, également, être améliorés.

L'amélioration de la mise en œuvre de la CCS et des plans opérationnels qui en découleront suppose une implication plus importante, dans les activités régionales et au niveau du Siège, du personnel du Bureau pour une meilleure mise en œuvre des recommandations et une exécution plus efficace. Des échanges de visites et d'expériences avec d'autres bureaux OMS de pays seraient, également, très bénéfiques.

Pour assurer un meilleur suivi des programmes de coopération, il serait également souhaitable de maintenir et d'institutionnaliser la revue annuelle conjointe des programmes OMS au Maroc. Il s'agira d'une réunion annuelle entre la Représentation de l'OMS et ses partenaires nationaux, destinée à l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action de l'exercice biennal. Les résultats de cette réunion aideront, entre autres, à réaliser la reprogrammation des activités et la réallocation des ressources financières pour la deuxième année de l'exercice biennal. Il ne s'agira nullement d'une nouvelle programmation et donc aucun nouveau projet ne devra être réintroduit à cette revue.

Quant à la programmation financière, elle doit connaître une adaptation pour pouvoir encadrer convenablement les actions de la CCS. L'OMS devra s'employer à mobiliser les ressources extrabudgétaires nécessaires, dans le cadre de la coopération internationale, pour soutenir les objectifs de la CCS. Il s'agit aussi d'améliorer la crédibilité de l'Organisation, qui prévoit pour chaque exercice biennal des montants du budget ordinaire et des fonds extrabudgétaires pour le financement de ses activités.

Un accompagnement financier pour le fonctionnement du Bureau est également nécessaire pour mieux répondre aux attentes des partenaires nationaux. Cet accompagnement budgétaire servira à financer un certain nombre d'équipements et de matériel utiles pour optimiser le fonctionnement du Bureau.

6.3 Appui du Bureau régional et du Siège

Le programme stratégique, présenté à la section précédente, met en évidence les divers domaines pour lesquels une contribution du Bureau régional de la Méditerranée orientale et du Siège de l'OMS sera sollicitée. Il est important que les unités compétentes du Bureau régional et du Siège puissent mobiliser en temps voulu des appuis techniques ainsi qu'une expertise de haut niveau, notamment dans certains domaines tels que le financement du système de santé et la mobilisation de ressources. Aux niveaux régional et sous-régional, le développement de nouvelles capacités sera nécessaire pour apporter un soutien technique plus efficace et plus rapide en réponse aux besoins exprimés par le Maroc. La disponibilité de la documentation et des directives internationales ainsi que la tenue de séminaires-ateliers en langue française sont à promouvoir.

6.4 Autres formes de présence de l'OMS au Maroc

Comme indiqué dans le programme stratégique, à la section 6, le développement des ressources humaines au Maroc, la qualité de l'expertise disponible, le déploiement d'une solide infrastructure et le niveau atteint par les structures de formation seront valorisés par l'OMS et mis à contribution par l'Organisation dans le cadre de la coopération interpays, de plateformes, de forums et de réseaux internationaux.

Enfin, la conjoncture mondiale, la sécurité sanitaire et les limites des modes de coopération « classique » doivent encourager une attention aux centres collaborateurs de l'OMS comme moyens de consolider la coopération avec le pays et de renforcer les capacités du système de santé. Au Maroc, les centres collaborateurs de l'OMS ne semblent pas avoir la notoriété requise pour jouer correctement leur rôle dans le système de santé national et assumer leur statut de collaboration avec l'Organisation. Il y a lieu, dans ce pays en transition et à la croisée des régions, de revoir cette forme de collaboration pour lui donner un nouvel élan.

Annexe 1

Membres de la Mission de la CCS

Membres de l'équipe OMS de la CCS pour le Maroc

Dr Said Youssef, Représentant de l'OMS, Maroc

Dr Jaouad Mahjour, Directeur, Lutte contre les maladies transmissibles, Bureau régional de la Méditerranée orientale

Dr Belgacem Sabri, Directeur, Développement des systèmes et des services de santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale

Dr Carol Landon, Fonctionnaire de santé publique, Département Action en faveur des pays, Siège

M. Jaafar Jaffal, Fonctionnaire technique, Planification, Suivi et Évaluation, Bureau régional de la Méditerranée orientale

Membres de l'équipe nationale rencontrés par l'équipe de la CCS

Dr Mustapha Ismaili Alaoui, Inspecteur général, Ministère de la Santé

M. Jilali Hazim, Directeur, Direction de la Planification et des Ressources financières (DPRF), Ministère de la Santé

M. Ahmed Ait Malek, Chef de la Division de la coopération / DPRF/Ministère de la Santé

Mme Sanaa Cherqaoui, Chef du Service de la coopération internationale

M. Hassan Akhadam, Chef du service de la planification/ DPRF/Ministère de la Santé

Dr Abdelali Alaoui Belghiti, Directeur / Direction des hôpitaux et soins ambulatoires (DHSA)/ Ministère de la Santé

Dr Mimoun Ennaciri, Chef de la Division des hôpitaux/ DHSA/ Ministère de la Santé

Dr Amina Sahel, Chef du Service des soins ambulatoires, Ministère de la Santé

Dr Nouredine Chaouki, Directeur/ Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies (DELM)/ Ministère de la Santé

Dr Abdelwahab Zerrari, Directeur par intérim, Direction de la population (DP) / Ministère de la Santé

M. Mohamed Madi, Chef du Service de la communication, Ministère de la Santé

Dr Hamid Chekli, Chef du Service de la santé infantile (DP), Ministère de la Santé

Dr Ali Bensalah, chef du Service de la santé maternelle (DP), Ministère de la Santé

Dr Abdelaziz Agoumi, Directeur/Direction du Médicament et de la Pharmacie (DMP), Ministère de la Santé

M. Elhachmi Bouzbib, Attaché à la Direction/DMP, Ministère de la Santé

Mme Laila Hakkou, Chef du Service des essais biologiques/ DMP, Ministère de la Santé

Mme Khadija Meshak, Directrice/ Direction de la réglementation et du contentieux (DRC), Ministère de la Santé

M. M'hamed Benelkadi, Directeur des ressources humaines (DRH), Ministère de la Santé

M. Mohamed Zaari Jabiri, Chef de la Division de la Formation (DRH), Ministère de la Santé

M. Abdelhai Laghnam, Directeur/ Direction de l'équipement et de la maintenance (DEM), Ministère de la Santé

Mme Touria Sefrioui, Chef du Service/des équipements (DEM), Ministère de la Santé

M. Radouane Cherkaoui, Cadre à la DEM, Ministère de la Santé

Dr Mohamed Hassar, Directeur de l'Institut Pasteur (IPM)

Dr Rajae El Aouad, Directrice/ Institut National d'Hygiène (INH)

Professeur Abderrahmane Maaroufi, Directeur/ Institut National d'Administration Sanitaire (INAS)

Dr Noufissa Benchemsi, Directrice/ Centre national de transfusion sanguine (CNTS), Ministère de la Santé

Dr Mohamed Tazi Saisout, Directeur/ Centre National de Radioprotection (CNRP), Ministère de la Santé

M. Bouchaib Mouijane, Cadre à l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM)

Dr Mohamed El Menzhi, Directeur régional Casablanca, Ministère de la Santé

Dr Mohamed El Jazouli, Délégué/ délégation Fès, Ministère de la Santé

M. Hicham Sbai, Responsable de la coopération/CHU Rabat

Dr Naima Amrani, Responsable de la coopération/Faculté de médecine et de pharmacie/Rabat

M. Abdenbi Elkamar, Responsable de la coopération/CHU Casablanca

Mme Nadia Rammal, CHU Casablanca

M. Abdelkrim Largab, Responsable de la coopération/Faculté de médecine/Casablanca

Dr Ouadia Elkandoussi, Responsable de la coopération/ Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Fès

Dr Chakib Nejari, CHU Fès

Dr Mohamed Said Belkadi, Directeur Hôpital Mohamed V/ Marrakech, Ministère de la Santé

Mme Laila Barny, Cadre au Ministère de l'environnement

M. Chirif Rfiqi, Cadre au Secretariat d'État chargé de la famille, des enfants et des personnes handicapées (SEFEPH)

Mme Ghita Hamzaoui, Cadre à l'Agence de développement social/(SEFEPH)

Dr Farid Afkarr, Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida (OPALS)

Mme Amina Arroub, Association de Lutte contre le Sida (ALCS)

Membres de l'équipe des Nations Unies dans le pays

Dr Georgi George, Représentant FNUAP Maroc

Dr Redouane Belouali, Chargé du programme Santé / FNUAP

Dr Ahmed Laabid, Chargé du programme Santé / UNICEF

M. Houssain Elghilani, Chargé du système de suivi/évaluation / ONUSIDA Maroc

Représentants de certains organismes bailleurs de fonds et d'ambassades

Mme Corine Boulet, Chargée du programme social/Commission Européenne Maroc

M. Nicolas Frelot, Chargé de la coopération / Ambassade de France

M. Manuel Couffignal, Chargé du programme santé / Coopération espagnole

Mme Sati Sayah, Conseillère technique / GTZ

Mme Li Jia, Chargée de coopération/ Ambassade de Chine

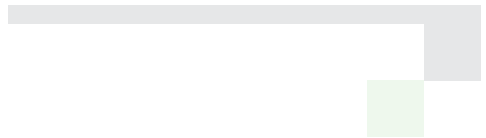
M. Delrivero Jame, Chargé de programme/ Medicus Mundi

M. Sartori Damiano, Chargé de programme/ Medicus Mundi

Personnel professionnel du Bureau OMS de pays

Dr Zoulikha Faraj, Cadre national en fonction au Bureau de l'OMS de Rabat.

M. Ahmed Chahir , Coordonnateur de projets au Bureau de l'OMS de Rabat.



Annexe 2

Profil de Pays

Tableau 1. Population urbaine et rurale au Maroc, 1960-2004

Année de recensement	Population			Taux d'accroissement
	Urbaine	Rurale	Totale	
1960	3 389 613	8 236 857	11 626 470	–
1971	5 409 725	9 969 534	15 379 259	2,8 %
1982	8 730 339	11 689 156	20 419 555	2,6 %
1994	13 407 835	12 665 882	26 073 717	2,1 %
2004	16 463 634	13 428 074	29 891 708	1,4 %

Tableau 2. Indicateurs démographiques

Indicateur	
Taux brut de natalité (pour 1000 habitants)	20
Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	5,5
Taux de croissance démographique (%)	1,5
Rapport de dépendance économique (%)	57
Pourcentage de la population de moins de 15 ans (%)	33,5
Taux de fécondité global (par femme)	2,5

Tableau 3. Indicateurs socioculturels

Indicateur	(%)
Taux d'alphabétisation	60
Taux d'alphabétisation des femmes	38,3
Pourcentage de femmes dans la population active	34,9
Taux de scolarisation primaire	90
Pourcentage de fille dans l'enseignement primaire	45,6
Pourcentage de la population urbaine	56,8

Tableau 4. Indicateurs économiques

Indicateur	
Taux de pauvreté (%)	13,7
PNB par habitant (USD)	1667
PIB par habitant (USD)	1546
Taux de croissance du PIB par habitant (USD)	1,55
Taux de chômage (%)	10,8
Dette extérieure en pourcentage du PIB	51,54
Balance extérieure des biens et services (% PIB)	-4,34

Tableau 5. Indicateurs de santé

Indicateur	
Espérance de vie à la naissance (années)	70,3
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	40
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	27
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	47
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	227
Pourcentage de nouveau-nés ayant un poids de naissance normal	97
Prévalence du retard de croissance	8,9

Tableau 6. Indicateurs de ressources sanitaires

Indicateur	
Habitant par établissement de soins de santé du base	11 904
Habitant par lit hospitalier (secteur public)	1144
Consultations médicales par habitant	0,5
Consultations paramédicales par habitant	1
Habitant par médecin	3704
Habitant par médecin (secteur privé)	4168
Habitant par médecin (ensemble des secteurs)	1782
Pourcentage de médecins spécialistes	47,4
Pourcentage de médecins spécialistes (secteur privé)	51,2
Pourcentage des médecins spécialistes ensemble des secteurs	51,9
Habitants par infirmier (secteur public)	1115
Lit par infirmier (secteur public)	1
Habitants par médecin RSSB (Réseau de soins de santé de base)	9272
Lits par médecin RH (Réseau hospitalier)	6

Tableau 7. Indicateurs de ressources financières

Indicateur	(%)
Budget total de la santé en pourcentage du budget total de l'État	5,44
Budget de fonctionnement de la santé en pourcentage du budget de fonctionnement de l'État	5,49
Budget d'investissement de la santé en pourcentage du budget d'investissement de l'État	5,24
Budget global du ministère de la Santé en pourcentage du PIB (prix courants)	1,25

ANNEXE 3

LES REGIMES DE COUVERTURE MEDICALE

1. L'AMO : Assurance Maladie Obligatoire

L'AMO est un régime de couverture médicale de base dont l'obligation a été instaurée en 2002 en vertu de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base et qui constitue le fondement de la protection sociale en matière de santé au Maroc.

L'AMO est fondée sur le principe contributif et sur celui de la mutualisation des risques. Sa mise en œuvre a été engagée suite à la signature le 4 janvier 2005 d'une charte entre le gouvernement et les partenaires sociaux.

Les bénéficiaires de l'AMO sont :

- les fonctionnaires et agents de l'État, les collectivités locales, des établissements publics et les personnes morales de droit public ;
- les personnes assujetties au régime de sécurité sociale en vigueur dans le secteur privé ;
- les titulaires de pension des deux secteurs public et privé.

L'AMO est censée couvrir près du tiers de la population marocaine. Actuellement, elle recense plus de 8 600 000 de bénéficiaires

sans compter les anciens résistants, les étudiants etc. :

- 4 600 000 dans le secteur privé dont 2 800 000 gérés par la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et 1 800 000 gérés par les assurances privées ;
- 4 000 000 dans le secteur public dont 3 200 000 sont gérés par la Caisse nationale des Organismes de Prévoyance sociale (CNOPS) et 800 000 par les Forces Armées Royales.

L'AMO est gérée par la CNSS pour les salariés du secteur privé et la CNOPS pour les employés du secteur public. Ils comptent plus de 6 000 000 d'adhérents. L'ANAM (Agence Nationale de l'Assurance Maladie) est l'organisme de réglementation.

L'AMO garantit pour les assurés et les membres de leur famille à charge, la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle.

Pour les deux secteurs public et privé, le panier de soins couvre :

- l'accouchement
- l'hospitalisation médicale et chirurgicale y compris l'hôpital de jour
- la prise en charge et suivi des ALD et ALC
- le suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches

- le suivi de l'enfant jusqu'à 12 ans
- les dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents actes médicaux et chirurgicaux
- les appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement
- les médicaments requis pour ces prestations et admis au remboursement.

Pour le secteur public, le panier comprend en plus les soins et examens ambulatoires (consultations médicales, analyses de laboratoire, imagerie médicale et explorations fonctionnelles et médicaments) qui rentrent dans le cadre des droits acquis.

Le financement se fait par le biais des cotisations patronales et salariales à parts égales encadrée dans le cadre d'une fourchette plafonnée. La facturation des prestations se fait sur la base de la tarification nationale de référence fixée par voie conventionnelle ou par voie réglementaire, le cas échéant.

2. RAMED : Régime d'assistance médicale

Le RAMED est un régime de couverture médicale de base destiné à la population démunie. Il est fondé sur le principe de la solidarité nationale. Il a été instauré en 2002 en vertu de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base et qui constitue le fondement de la protection sociale en matière de santé. À ce jour, la population éligible au RAMED bénéficie gratuitement des soins moyennant la présentation d'un certificat d'indigence.

Les bénéficiaires du RAMED sont :

- les personnes qui ne sont assujetties à aucun régime d'AMO de base et ne disposant pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales ;
- leur(s) conjoint(s) ; leurs enfants à charge, non salariés, âgés de 21 ans au plus et non couverts par une AMO de base. Cette limite d'âge peut être prorogée jusqu'à 26 ans en cas de poursuite des études dûment justifiée ;
- leurs enfants handicapés quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et permanente de se livrer à une activité rémunérée par suite d'incapacité physique ou mentale ;
- les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, hospices, ou des établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille ;
- les pensionnaires des établissements pénitentiaires ;
- les personnes sans domicile fixe.

Pour la définition du seuil et des critères d'éligibilité au RAMED, une étude actuarielle a été lancée et a estimé à 8 500 000 cette population éligible dont 4 000 000 sont des pauvres absolus.

Le régime d'assistance médicale couvre les prestations médicalement requises et qui sont offertes dans les établissements publics de soins et d'hospitalisation

Organisme gestionnaire et régulateur : ANAM

Le financement provient des cotisations de l'État et des collectivités locales.

Les subventions de l'État aux établissements de soins et d'hospitalisation constituent la méthode de paiement.

3. Inaya ou Assurance maladie des indépendants

INAYA est une innovation du gouvernement pour compléter le paysage de la couverture médicale déjà engagée à travers la mise en œuvre de l'AMO (Assurance maladie obligatoire) et du RAMED (Régime d'assistance médicale). Il est mis en place au profit des indépendants et de la profession libérale.

Les textes réglementant INAYA sont en cours d'approbation. Le projet de loi proposé instituera l'obligation de disposer d'une assurance maladie, pour l'ensemble des indépendants et leurs familles non éligibles au RAMED.

Le régime INAYA couvre :

- les indépendants : artisans et commerçants avec ou sans local et leurs aides ;
- les professions libérales.

La population ciblée par ce régime est estimée à 10 millions de personnes (dans les conditions de l'obligation), soit le tiers de la population marocaine.

Actuellement 700 000 artisans et aides artisans sont inscrits dans ce régime à travers les produits CHIFAA ASSASSI et

AL AMANE ASSASSI qui sont en cours de commercialisation.

Le panier peut varier en fonction des produits identifiés par les assurances et leurs partenaires. Il y a toutefois lieu de signaler que le régime INAYA comprend 3 types de produits :

1. des produits de base représentés actuellement par CHIFAA ASSASSI et AL AMANE ASSASSI ;
2. des produits équivalents à l'AMO représentés actuellement par CHIFAA MOUTAKAMIL ;
3. des produits premiums représentés par CHIFAA CHAMEL.

Le régime INAYA mobilise de nouveaux acteurs dans la mise en œuvre de l'assurance maladie. Il s'agit notamment :

- d'Associations de microcrédit représentant les artisans (AL AMANA, ZAGORA, FONDEP...) ;
- de sociétés d'assurance : Wafa-assurance, la MCMA ;
- et de sociétés de commercialisation: Barid Al maghreb, Al AMANA.

Organisme gestionnaire : non encore identifié

Organisme régulateur : non encore identifié

Financement : cotisation de bénéficiaires

Mode de paiement : capitation

Annexe 4

Données sur la coopération internationale dans le secteur de la santé au Maroc

Tableau 1. État de financement par domaine d'intervention de la coopération financière									
Programmes et projets financés	Domaines d'intervention	Financement des bailleurs de fonds en millions d'euros (€)					Observations		
		BM	BEI	BAD	CE ¹	AFD ²		Total	
Projet d'Appui à la Gestion du Secteur de la Santé (PAGSS)	Réforme hospitalière ; Réforme institutionnelle ; Mise à niveau des ESSB et des hôpitaux de la région de l'Oriental.		20				20	€ 2,6 M est la contribution du Gouvernement marocain, Le taux de décaissement est de 90,13 % au 31/06/07.	
Projet de Financement et de Gestion du Secteur de la Santé (PFGSS)	Réforme hospitalière ; Réforme institutionnelle ; Réforme de financement (AMO et RAMED).	US\$ 38,10					US\$ 38,10	Situation de juin 2007 : € 32,85 M, soit 86,22 % du prêt a été décaissé Le montant réellement annulé est de € 1,5 M.	
Programme d'appui à la réforme de la Couverture Médicale de Base (CMB) (PARCOUM)	Réforme de financement et mesures d'accompagnement			110			110	50 % du montant a été décaissé, soit € 55 M.	
Programme d'appui à la mise en œuvre de la CMB.	Réforme de financement et mesures d'accompagnement				50		50	En juin 2006, le décaissement a atteint 54 % du don, soit € 43 M.	
Programme GAIN (Don)	Renforcement du programme de santé de la mère et de l'enfant	2,9					2,9	—	
Programme REDRESS	Régionalisation Mise à niveau des ESSB dans trois régions					25	25	38 millions de dirhams ont été décaissés au titre de l'année 2006, soit € 3 327 496	

Source : Direction de la Planification et des Ressources financières, Ministère de la Santé

¹ Toutes les contributions de la Commission européenne sont sous forme de dons.

² Agence Française de Développement

Tableau 2. Fonds mobilisés dans le cadre de la coopération multilatérale

Projets	Partenaires	Période	Coût global du projet en USD	Contribution du Ministère de la Santé (USD)	Contribution des partenaires
1. Appui aux programmes sanitaires (20 programmes)	OMS	2006-2007	1 939 000	-	1 939 000
2. Appui au programme de la santé génésique (Soins obstétricaux, santé des jeunes, IEC, IST-Sida et système d'information) au niveau central et au niveau de 2 régions Marrakech Tensift ALHaouz et Tadra Azilal	FNUAP	2002-2006	9 000 000	1 000 000	4 500 000
3. Santé de base : Consolider les acquis prioritaires (vaccination, nutrition. . .) ; accès des enfants et des mères à des soins de santé de qualité ; disponibilité des médicaments, réduction des carences nutritionnelles ; IST-Sida	UNICEF	2002-2006	2 000 000	-	2 000 000
4. Enquête Nationale sur les jeunes	UNICEF/FNUAP/ OMS/Ministère de la Santé	2006-2007	314 000	80 000	234 000
5. Appui à la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida	Fonds mondial	2003-2007	9 230 000	-	9 230 000
6. Renforcement de l'utilisation des techniques nucléaires dans le secteur de la santé et prévention des risques liés aux rayonnements ionisants	AIEA	2005-2006	723 751	36 288	687 463

Tableau 3. Fonds mobilisés dans le cadre de la coopération multilatérale (2007-2012)

Projets	Période	Partenaires	Coût global du projet en USD	Contribution du Ministère de la Santé (USD)	contribution du partenaire
Appui aux programmes sanitaires (20 programmes)	2008-2009	OMS	1 942 000		1 942 000
Appui à l'intégration de la Santé la génésique dans la réforme de santé	2007-2011	FNUJAP	6 265 000	1 765 000	4 500 000
Santé de l'enfant et de la femme	2007-2011	UNICEF	4 025 000		4 025 000
Appui aux programmes de lutte contre le SIDA et la Tuberculose au Maroc	2007-2012	Fonds mondial	30 611 710		30 611 710
«La mise en œuvre de la tomographie à émissions de positions couplée à un scanner (PET Scan) dans la pratique clinique en oncologie et en cardiologie» et «Le contrôle et assurance qualité des médicaments radiopharmaceutiques produits localement ou importés»	2007-2008	AIEA	0 200 300	10 015	210 314

Tableau 4. Fonds mobilisés dans le cadre de la coopération bilatérale 2005-2006

Projets	Partenaires	Coût du projet	Contribution du partenaire
Projet de décentralisation du système de santé génésique dans la région TAT	Allemagne	€ 1,6 million	€ 1,6 million
Projet du Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) sur la maintenance hospitalière	France	€ 1 500 000 (2005-2008)	€ 1 500 000 (2005-2008)
Projet du FSP sur la formation des gestionnaires hospitaliers et des cadres de l'Inspection générale	France	€ 850 000 (2003-2006)	€ 850 000 (2003-2008)
Appui technique : projets AMO, accréditation hospitalière et organisation de séminaires	France	€ 450 000 (2005-2006)	€ 450 000 (2005-2006)
Appui au programme national de lutte contre les IST/SIDA dans la région de Casablanca	Belgique	MAD 15 85 000 (2003-2006)	MAD 9 230 000
Don de 15 ambulances	Agence Andalouse de Coopération Internationale	€ 500 000 (2005)	MAD 15 885 000 (2003-2006)
Construction d'un centre de santé communal avec module accouchement et logement de médecin à Aoumra	Espagne	MAD 1 562 536 24 (2005)	MAD 1 562 536 24 (2005)
Construction d'un centre de santé urbain à Kasr-El Kébir	Espagne	MAD 1 547 358 48 (2005)	MAD 1 547 358 48 (2005)
Construction d'un centre de santé urbain à Larache	Espagne	MAD 1 121 243 50	MAD 1 121 243 50
Don d'instrument médicaux, chirurgicaux et de médicaments	Chine	MAD 6000 (2005)	MAD 6000 (2005)
Don d'instrument médicaux, chirurgicaux et de médicaments	Chine	MAD 1 600 000 00 (2006)	MAD 1 600 000 00 (2006)
Appui aux soins de santé maternelle en milieu rural	Japon	MAD 72 106 459 00 (2006)	MAD 72 106 459 00 (2006)
Achat de deux ambulances pour deux centres de santé à El Kelaa Sraghna et Azilal	Japon	MAD 516 608 00	MAD 516 608 00
Don au programme de détection de la grippe aviaire	États-Unis d'Amérique	USD 625 000	USD 625 000

www.emro.who.int