



*Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé*

***Plan d'action santé, 2008-2012***  
***« Réconcilier le citoyen avec son système de santé »***

**Juillet 2008**



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

*« ... Outre la préservation de la cohésion sociale et la réduction des disparités entre les régions, l'Initiative permettra de résorber le déficit social que connaissent les quartiers urbains pauvres et les communes rurales les plus démunies, en leur assurant un meilleur accès aux services, prestations et équipements sociaux de base, parallèlement à l'emploi et à l'insertion des personnes à besoins spécifiques... »*

Extrait du message adressé par SM le Roi aux Participants à la première conférence Africaine sur le développement humain Rabat, 06/04/2007

Depuis les années cinquante, le Ministère de la Santé (MS) s'est attaché à promouvoir des politiques sanitaires qui se sont continuellement adaptées, pour répondre du mieux qu'elles le pouvaient, aux besoins exprimés par la population en terme de disponibilité et d'accès aux services, tout en essayant de surmonter les multiples contraintes posées par une démographie galopante, une situation épidémiologique marquée par des maladies transmissibles à forte létalité, une offre de soins très peu développée et concentrée dans les grandes agglomérations, un sous encadrement en personnel médical et paramédical, une insuffisance chronique de financement et enfin des structures organisationnelles d'administration du secteur inadaptées.

Tout au long de ces cinq décennies, les investissements consentis par l'Etat en faveur du secteur de la santé ont permis de faire face à un certain nombre de ces contraintes et de les surmonter, et par conséquent d'améliorer notablement le niveau de santé de la population comme en témoignent la baisse de la mortalité des enfants ainsi que l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance et l'élimination d'un certain nombre de maladies transmissibles ou la forte réduction de leurs incidences. En terme de couverture sanitaire, l'offre de soins publique et privée s'est développée de façon remarquable et l'encadrement du système par les différents profils de professionnels de santé s'est progressivement amélioré en quantité et en qualité, couvrant l'ensemble du pays.

Toutefois, en dépit de tous ces efforts et des améliorations constatées, des insuffisances demeurent dans un certain nombre de domaines. De même que des inégalités entre milieux urbain et rural, population aisée et pauvre, régions et provinces, persistent encore aussi bien au niveau des indicateurs relatifs à l'état de santé de la population qu'à ceux de l'accès aux soins et de la couverture par les services de santé publique<sup>1</sup>.

Conscient que la santé d'une nation représente un atout pour son développement socio-économique alors qu'une santé médiocre en constitue un obstacle majeur, le MS compte, durant le quinquennat 2008-2012, tout en consolidant les acquis, agir de façon plus intense et mieux ciblée sur certains problèmes de santé tels que la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la structuration des actions en direction des maladies non transmissibles (MNT) notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et l'insuffisance rénale, parachever les réformes en cours (financement, réforme hospitalière, régionalisation) et améliorer la qualité des services disponibles dans les établissements de soins. Il œuvrera également à la consolidation du programme d'actions découlant de l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH) lancée en 2005 et qui a constitué une étape importante dans la lutte contre l'exclusion et un engagement de l'Etat pour mieux orienter ses interventions en direction des populations vulnérables pour combler les insuffisances constatées en matière d'accès aux services de base, corriger les inégalités et pouvoir ainsi améliorer l'indice du développement

---

<sup>1</sup> La santé publique s'entend de la « combinaison des sciences, compétences pratiques et croyances qui est dirigée vers le maintien et l'amélioration de la santé de toute la population. C'est l'un des efforts déployés par une société pour protéger, promouvoir et rétablir la santé des gens au moyen de mesures collectives et sociales, mais leur objectif demeure le même : réduire le nombre de maladies et de décès prématurés, ainsi que l'inconfort et l'invalidité liés aux maladies au sein d'une population donnée » (Last, J.M. 1995, *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press, New York Last, 1994)

humain en vue d'atteindre à l'horizon 2015, les objectifs du Millénaire fixés pour notre pays.

Le présent document décrit la situation sanitaire actuelle, définit les enjeux auxquels le système doit faire face, fait ressortir les inégalités persistantes qu'il faudrait corriger et détaille le contenu du programme d'action envisagé par le MS durant la période 2008-2012 ainsi que les ressources budgétaires nécessaires à son financement, les mesures d'accompagnement de sa réalisation et les outils pour le suivi de son exécution.

L'ensemble des interventions et mesures contenues dans ce programme d'action rechercheront davantage à créer et à renforcer les conditions qui assurent une bonne santé sur une base d'égalité pour l'ensemble de la population et veilleront aussi et surtout à « *réconcilier le citoyen avec son système de santé* ».

# SOMMAIRE

## PREMIERE PARTIE : CONTEXTE SANITAIRE ACTUEL

<b>1. LIGNES DE FORCE DU SYSTEME DE SANTE .....</b>	<b>8</b>
1.1. Maîtrise de l'accroissement démographique .....	8
1.2. Tendance continue de la réduction de la fécondité .....	9
1.3. Allongement de l'espérance de vie à la naissance .....	9
1.4. Réduction notable de l'incidence d'un certain nombre de maladies transmissibles et élimination de quelques unes parmi elles .....	10
1.5. Accroissement notable de la couverture par les prestations des programmes sanitaires prioritaires.....	11
1.6. Bonne couverture dans le domaine de la transfusion sanguine .....	12
1.7. Plus de 70% des besoins actuels en médicaments sont couverts par la production nationale .....	12
1.8. Développement des capacités nationales de formation des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens dentistes et des paramédicaux .....	12
<b>2. PRINCIPAUX DYSFONCTIONNEMENTS DU SYSTEME DE SANTE CONSTATES.....</b>	<b>13</b>
2.1. Difficulté d'accès de la population aux services de soins .....	13
2.2. Inadéquation entre l'offre et la demande des services de soins pour certaines maladies chroniques notamment : le diabète, le cancer, l'insuffisance rénale, les maladies cardiovasculaires et la santé mentale .....	14
2.3. Niveaux de mortalité maternelle et infanto-juvénile encore élevés.....	15
2.3.1. Difficultés d'accès aux soins .....	16
2.3.2. Insuffisante mobilisation des compétences.....	16
2.3.3. Faible qualité des soins .....	16
2.3.4. Défaillance du pilotage du programme .....	16
2.4. Insuffisance du financement public, faiblesse du financement solidaire et importante contribution des ménages.....	17
2.5. Problématique du statut des hôpitaux publics, de leur organisation et de leur gestion .....	20
2.5.1. Insuffisance d'encadrement par les ressources humaines .....	20
2.5.2. Niveau de production des hôpitaux publics.....	20
2.6. Lourde charge de morbidité sur fond de transition épidémiologique .....	21
2.6.1. Impact positif des programmes de prévention et de lutte sur la réduction de l'incidence des maladies transmissibles et sur leur aire d'endémicité .....	22
2.6.2. Emergence des maladies non transmissibles sous l'effet du contrôle et de la réduction de l'incidence des maladies transmissibles, du changement des modes de vie et du vieillissement de la population .....	23
2.6.3. Accroissement de la charge de morbidité due aux traumatismes.....	24
2.7. Lente amélioration des principaux déterminants non médicaux de la santé et accentuation des facteurs de risque. 25	
2.7.1. Le tabagisme .....	26
2.7.2. Les habitudes alimentaires .....	26
2.7.3. La toxicomanie.....	26
2.7.4. Les nouveaux risques environnementaux .....	26
2.8. Insuffisance quantitative et qualitative chronique en ressources humaines .....	26
2.8.1. Pénurie ou pléthore des prestataires de services ? .....	27
2.8.2. Problématique de planification et de gestion de l'offre et de la demande en prestataires de services .....	28
2.8.3. Déséquilibre quantitatif dans le secteur public au niveau du rapport nombre de paramédicaux par médecin... 29	
2.8.4. Capacités de formation des prestataires de soins en pleine expansion et actions limitées de formation continue .....	30
2.8.5. Dérives constatées au niveau des ressources humaines en santé .....	31
2.9. Dispositions du nouveau code du médicament et de la pharmacie non encore appliquées, procédures de fixation des prix des médicaments mal adaptées, utilisation peu développée du médicament générique et logistique d'approvisionnement du secteur public peu performante .....	33
2.10. Partenariat avec la société civile et les organisations non gouvernementales peu ou mal exploité .....	35
2.11. Faible participation du secteur privé aux actions de santé publique.....	35
2.12. Rôle de l'Etat insuffisamment assumé.....	36

## DEUXIEME PARTIE : OBJECTIFS, STRATEGIES ET PLAN D'ACTION

<b>1- OBJECTIFS .....</b>	<b>38</b>
---------------------------	-----------

<b>2- STRATEGIE.....</b>	<b>39</b>
<b>3- PLAN D'ACTION.....</b>	<b>39</b>
<b>ACTIONS PRIORITAIRES</b>	
<b>Axe 1 : Repositionnement stratégique des différents intervenants dans le domaine de la santé.....</b>	<b>39</b>
1.1. Repositionnement et consolidation du rôle de l'Etat.....	40
1.2. Accroissement du rôle et de la contribution du secteur privé, de la société civile et des organisations non gouvernementales dans la résolution des grands problèmes de santé publique.....	40
<b>Axe 2 : Développement d'une offre de soins facile d'accès, suffisante, de qualité et répartie correctement sur le territoire.....</b>	<b>41</b>
2.1. Amélioration auprès des usagers des services rendus par les hôpitaux publics.....	42
2.2. Développement des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).....	46
2.3. Amélioration du dispositif relatif à la santé en milieu rural à travers le plan de santé rural.....	47
2.4. Développement d'une politique de ressources humaines à même d'atténuer les besoins, de réduire les inégalités dans leur répartition et d'améliorer leurs compétences et performances.....	48
2.5. Mise en application des dispositions du nouveau code du médicament et de la pharmacie (loi 17-04), mise en place de nouvelles procédures de fixation des prix pour rendre les médicaments financièrement accessibles et mise en œuvre des nouvelles dispositions relatives à l'approvisionnement en médicaments dans le secteur public.....	52
2.6. Amélioration des conditions favorisant un meilleur accès de la population aux services de soins.....	55
<b>Axe 3 : Planification et mise en œuvre de plans nationaux spécifiques.....</b>	<b>56</b>
3.1. Plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.....	56
3.2. Plans nationaux de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles.....	59
3.2.1. Plan national de prévention et de lutte contre le cancer.....	59
3.2.2. Plan national de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires.....	62
3.2.3. Plan national de prévention et de lutte contre le diabète.....	63
3.2.4. Plan national de la santé mentale.....	65
3.2.5. Plan national de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale.....	66
3.3. Plan national d'accélération de la lutte contre la tuberculose.....	68
3.4. Mise en œuvre d'un plan d'information et de communication.....	69
<b>Axe 4 : Renforcement des dispositifs relatifs à la sécurité sanitaire.....</b>	<b>71</b>
4.1. Dispositifs et structures de veille sanitaire au niveau national.....	71
4.2. Développement et renforcement des capacités des structures de la veille sanitaire.....	73
4.3. Plans spécifiques pour faire face à des menaces sanitaires nationales multiples.....	75
<b>ACTIONS A CONSOLIDER</b>	
<b>Axe 2 : Développement d'une offre de soins facile d'accès, suffisante, de qualité et répartie correctement sur le territoire.....</b>	<b>77</b>
2.1. Renforcement, réhabilitation et mise à niveau du réseau hospitalier public.....	77
2.1.1. Réhabilitation physique des hôpitaux existants et mise à niveau de leur équipement.....	77
2.1.2. Extension de la couverture hospitalière aux zones non encore pourvues d'hôpitaux.....	78
2.1.3. Mise à niveau des centres hospitaliers universitaires.....	78
2.1.4. Achèvement de la construction et de l'équipement des nouveaux centres hospitaliers universitaires.....	78
2.2. Renforcement et mise à niveau du réseau des établissements de soins de santé de base.....	78
2.3. Amélioration des conditions favorisant un meilleur accès de la population aux services de soins.....	79
<b>Axe 3 : Planification et mise en œuvre de plans nationaux spécifiques.....</b>	<b>80</b>
<b>TROISIEME PARTIE : MESURES D'ACCOMPAGNEMENT ET IMPLICATIONS FINANCIERES</b>	
<b>1. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT.....</b>	<b>89</b>

1.1. Organisationnelles et de gestion .....	89
1.2. Consolidation et renforcement des actions de coopération bilatérale et multilatérale .....	90
1.3. Législatives et réglementaires .....	90
<b>2. IMPLICATIONS BUDGETAIRES .....</b>	<b>92</b>
<b>3. INDICATEURS DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME D'ACTION.....</b>	<b>92</b>
<b>ACRONYME .....</b>	<b>97</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>99</b>
<b>LISTE DES ENCADRES .....</b>	<b>99</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES.....</b>	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>101</b>



## Première partie : *Contexte sanitaire actuel*

Le contexte sanitaire actuel reste marqué par un certain nombre d'acquis mais aussi par des déficits relativement importants, notamment au niveau de la fourniture des services aux individus, perçue comme peu réactive et de qualité discutable, ce qui rend le système de santé peu attractif aux yeux du citoyen. Certes, la situation sanitaire mesurée en terme de réduction de la mortalité et de la morbidité, s'est manifestement bien améliorée par rapport aux années soixante et soixante dix, sans pour autant que cette amélioration soit bien remarquée par la population. Aussi, la description de ce contexte à la fin de 2007, permettra de dégager une appréciation sur l'état réel des lieux pour mieux appréhender les priorités, les objectifs et le choix de la stratégie la mieux adaptée que le MS compte déployer dans le cadre de son plan d'action 2008-2012.

### 1. LIGNES DE FORCE DU SYSTEME DE SANTE

Il s'agit en fait d'un certain nombre d'acquis qui fixent le niveau de développement sanitaire actuel et permettent d'évaluer les efforts qui restent encore à faire.

#### 1.1. Maîtrise de l'accroissement démographique

D'après le dernier recensement de la population et de l'habitat de 2004 (RGPH 2004), la population totale s'élève à 29.891.708 dont 55,1 % en milieu urbain et 44,9 % en milieu rural (Tableau 1). Comparativement au dernier recensement de 1994, la population urbaine s'est accrue de 3.817.984 personnes, soit 14,6%. Quant à la population rurale, elle n'a augmenté que de 784.015 personnes, soit 6,2%. Le taux d'accroissement annuel a chuté de 2,58% en 1960 à 1,38% en 2004.

**Tableau 1 : Population légale du Maroc aux recensements de 1960 à 2004 et taux d'accroissement annuel**

Année	Population totale	Taux d'accroissement %
1960	11 626 470	2,58
1971	15 379 259	2,58
1982	20 419 555	2,61
1994	26 073 717	2,06
2004	29 891 708	1,38
<b>Accroissement global depuis 1960</b>	<b>18 265 238</b>	<b>2,17</b>

Source : Haut Commissariat au Plan, Rapport national sur le recensement général de la population et de l'habitat, caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population.

Les projections à l'horizon 2030, estiment la population totale à 37.994.000 dont 24.417.000 en milieu urbain soit 64,3%. La tendance à l'urbanisation de la population va s'accroître de plus en plus avec toutes ses implications en terme de besoins en services de santé.

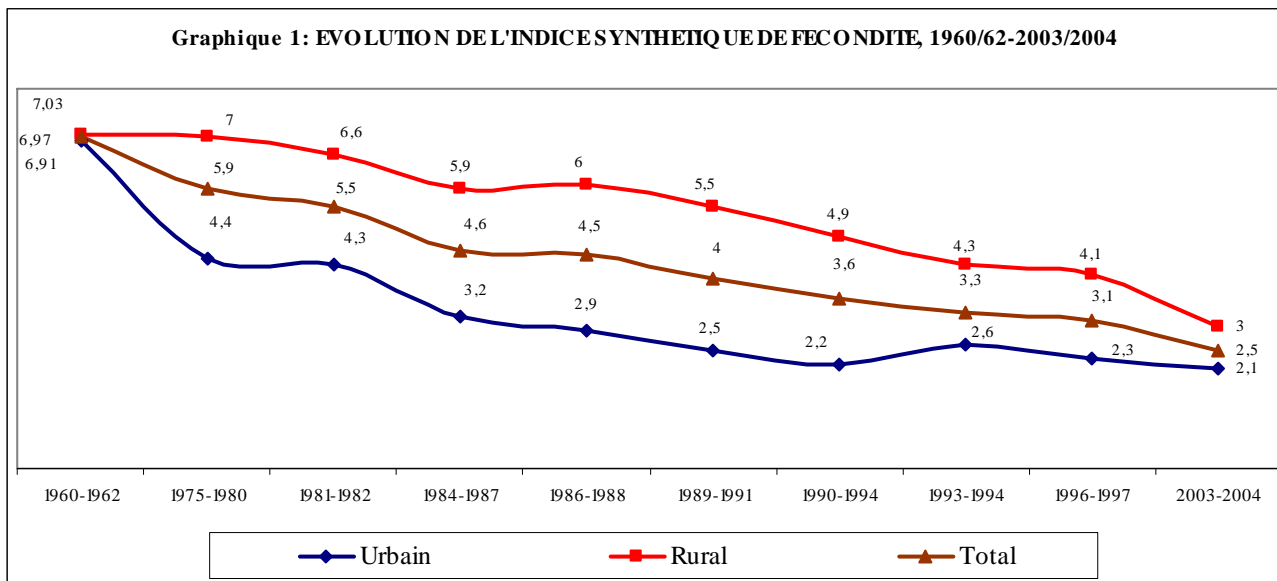
Quant à la structure par âge, la population de moins de 14 ans qui représentait 44,4% en 1960 n'est plus que de 31% en 2004 et régressera à 20,9% en 2030. Par contre, la population active 15-59 ans, elle est passée de 51,6% en 1960 à 60% en 2004 et atteindra 63,8% en 2030. Celle de 60 ans et plus, qui n'était que de 4% en 1960, atteint 8% en 2004 et sera de 15,3% en 2030 ce qui représentera une population de l'ordre de 5 813 000 soit 2,4 fois plus qu'en 2004 (2 391 000) et qui conduira, au niveau de la morbidité, à un changement de profil épidémiologique apparenté à celui d'une population qui vieillit. Ceci induira un accroissement progressif de la demande en soins hospitaliers lourds pour la prise en charge des maladies chroniques et dégénératives. Les personnes âgées souffrent souvent de plusieurs pathologies en même temps, ce qui entraîne une incapacité importante et complique



singulièrement la prise en charge médicale ce qui ne manquerait pas d'avoir des répercussions importantes sur le financement des soins de santé et de la dépendance, et pèsera énormément sur le système sanitaire et sur l'économie.

### 1.2. Tendence continue de la réduction de la fécondité

En 2003-04, le niveau de l'indice synthétique de fécondité (ISF) atteint 2,5 avec une différence significative entre le milieu urbain (2,1) et rural (3). L'écart entre ces deux milieux, exprimé en ratio rural/urbain, est de 1,4 tandis que celui des femmes sans instruction sur les femmes avec niveau secondaire et plus est de 1,7. Celui des femmes issues des ménages du quintile de revenu le plus pauvre sur celui des femmes des ménages du quintile les plus riche est également de 1,7 (Graphique 1).

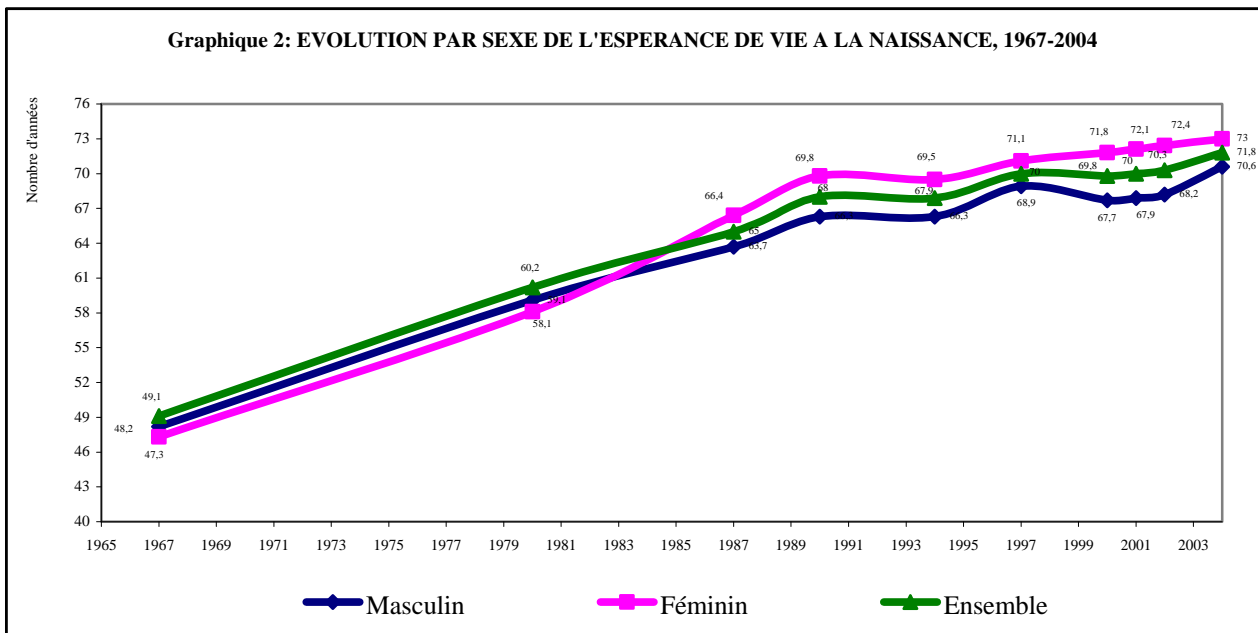


Dans 11 régions, l'ISF se situe entre 2,6 et 3,4 et dans les 5 régions restantes entre 1,9 et 2,4. Quand à la répartition par province, elle laisse apparaître que dans 15 parmi elles<sup>2</sup>, l'ISF se situe entre 3 et 3,9.

### 1.3. Allongement de l'espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance (EVN) qui n'était que de 49,1 ans en 1967 (47,3 ans pour les femmes et 48,2 ans pour les hommes) atteint 71,8 ans (73 ans pour les femmes et 71,8 ans pour les hommes) en 2004 (Graphique 2).

<sup>2</sup> Il s'agit des provinces de Chefchaouen 3,9 – Zagora 3,6 – Chichaoua 3,6 - Oued Addahab 3,5 - Azilal 3,5 – Essaouira 3,3 – Taounate 3,3 - Fahs Anajra 3,3 - Al Haouz 3,2 - Moulay Yacoub 3,2 – Aousserd 3,1 – Boujdour 3,1 – Esmara 3,1 – Nouaceur 3,1 – Ouarzazate 3



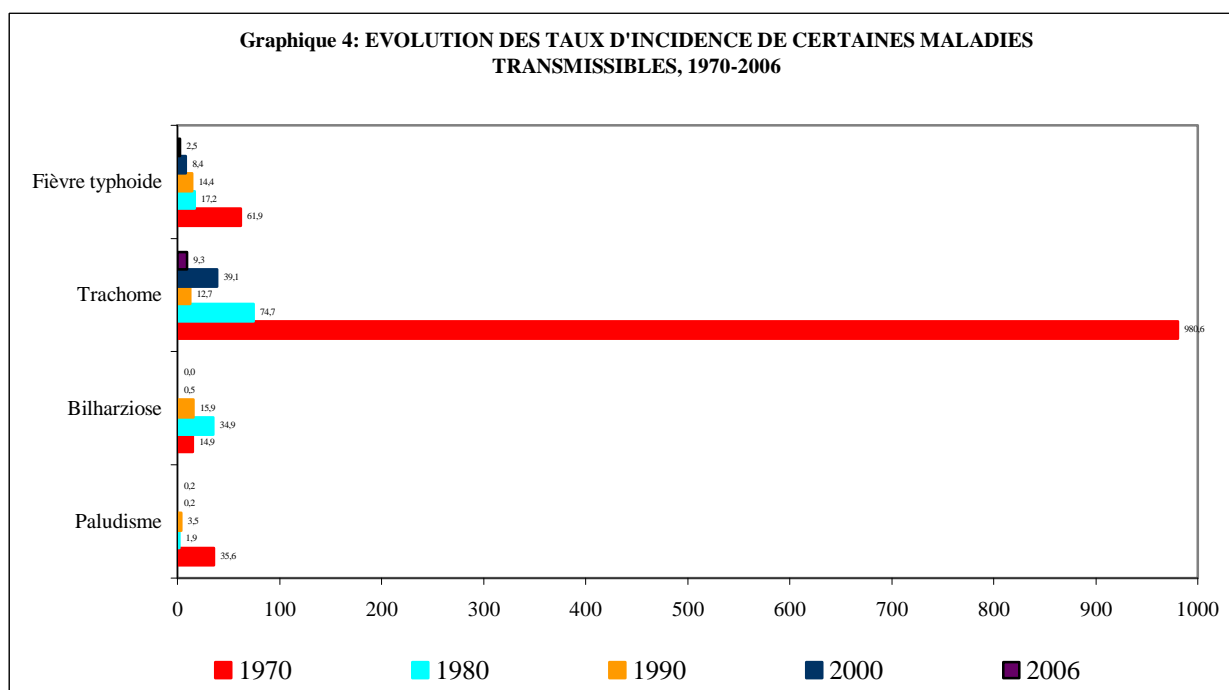
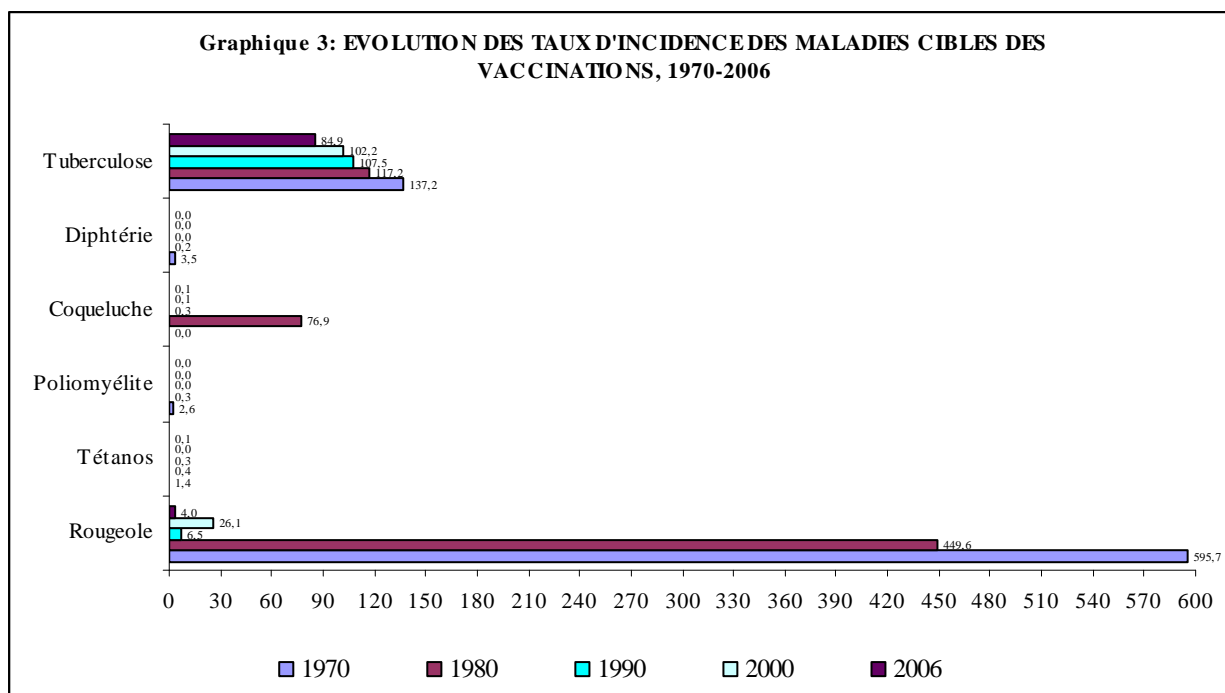
Des écarts significatifs se maintiennent entre les milieux urbain et rural. En 1980, il était de 7,4 années, puis s'est réduit à 6,4 en 1990 et reste à 6 en 2002.

Quant à l'espérance de vie en bonne santé (EVBS)<sup>3</sup>, concept défini par l'OMS dans le rapport sur la santé dans le monde 2000, elle atteint 60,2 ans pour l'année 2002 (en 2000, elle était estimée à 55,9 ans). Ce qui revient à dire que chaque marocain vit en moyenne 10,1 années en état de mauvaise santé.

#### 1.4. Réduction notable de l'incidence d'un certain nombre de maladies transmissibles et élimination de quelques unes parmi elles

Les maladies transmissibles ont représenté depuis l'indépendance, la charge de morbidité la plus importante et constituaient, en permanence, une menace de santé publique (risque d'épidémie souvent meurtrière de maladies telles que le paludisme, le choléra, les méningites, la rougeole etc.). Ces maladies, grâce aux efforts soutenus de lutte, dans le cadre de programmes structurés, ont fini par être relativement sous contrôle, leur incidence réduite à des niveaux très bas et pour quelques unes d'entre elles, éliminées ou éradiquées : paludisme, bilharziose. Les maladies infectieuses de la première enfance, évitables par la vaccination, sont sous contrôle total et la plupart d'entre elles sont en voie d'élimination : poliomyélite, diphtérie, tétanos néonatal (Graphiques 3 et 4).

<sup>3</sup> L'espérance de vie en bonne santé (EVBS) est l'espérance de vie totale convertie en équivalent en années de vie en bonne santé compte tenu des années vécues avec une incapacité due à des maladies ou à des traumatismes.



Les réussites dans la réduction de la mortalité précoce et évitable ont été obtenues dans une large mesure par des actions spécifiques du MS, en particulier les interventions menées dans le cadre des soins de santé de base (SSB), tels que l'augmentation de la couverture vaccinale, de la prévalence contraceptive, de l'utilisation de la réhydratation orale etc.

### 1.5. Accroissement notable de la couverture par les prestations des programmes sanitaires prioritaires

Cette couverture s'est continuellement améliorée pour atteindre par exemple, pour la vaccination 95% en 2006 (92% pour le BCG, 94% pour le DTCP3, 92% pour la vaccination anti-rougeoleuse, 92% pour la vaccination contre l'hépatite virale B), de 89% pour les naissances protégées contre le Tétanos Néonatal et de 88% pour la vaccination contre la rougeole/rubéole en milieu scolaire. Il faut également souligner l'amélioration de la prévalence contraceptive chez les femmes mariées (15 à 49

ans) qui est passée de 59% en 1997 à 63% en 2004 et en milieu rural celle-ci est passée de 51% en 1997 à 60% en 2004).

### **1.6. Bonne couverture dans le domaine de la transfusion sanguine**

La transfusion sanguine est une des activités les plus sensibles dans un système de santé, en raison de la nature des produits utilisés qui sont des produits d'origine humaine - sang et produits sanguins - et de la qualité du receveur, le patient. De ce fait, les pouvoirs sanitaires sont soumis à des impératifs d'ordre éthique pour protéger la personne humaine et d'ordre technique pour introduire les techniques les plus appropriées, garantes de la qualité et de la sécurité du produit. Dans ce cadre, le MS a mis en place un dispositif national de transfusion sanguine constitué par un centre national de transfusion sanguine, des centres régionaux de transfusion sanguine (16), des antennes de transfusion (24) et des banques de sang (13) équipés et dotés de ressources humaines appropriés.

### **1.7. Plus de 70% des besoins actuels en médicaments sont couverts par la production nationale**

Le Maroc a favorisé le développement d'une industrie pharmaceutique qui met à la disposition du consommateur près de 5 000 produits dont 70% sont fabriqués localement. La production nationale est absorbée à 80% par le marché privé, 10% par le public et 10% pour l'exportation. Cette industrie est bien organisée, performante et fabrique une large gamme de produits selon les standards internationaux. Elle a connu une grande évolution en terme :

- de nature des opérations de fabrication : allant du simple conditionnement vers des opérations complexes de fabrication ;
- du nombre d'unités de production passant de 8 unités en 1965 à 35 en 2007, dont 4 spécialisées dans les solutés et produits pour hémodialyse.

Le secteur de la distribution et le réseau de la dispensation des produits pharmaceutiques (officines) couvrent l'ensemble des zones urbaines ainsi que quelques zones rurales.

En dépit du développement de ce secteur, des défis restent encore, notamment l'accès de la population au médicament à un prix abordable (promotion de l'utilisation des génériques), le renforcement du contrôle de qualité et d'utilisation et la mise en place d'institutions de surveillance et de vigilance. L'accréditation (ISO 17025) récente par la «Direction Européenne de la Qualité du Médicaments (EDQM) - Conseil de l'Europe» du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments marocain (LNCM), contribuera au renforcement des outils de suivi de la politique du médicament dans notre pays. Le LNCM est par ailleurs membre observateur de la Commission de la Pharmacopée Européenne et il est inscrit sur la liste des laboratoires officiels de l'OMS.

La promulgation de la loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie a comblé les vides juridiques qui caractérisaient l'ancienne loi de 1960 et offre les outils d'un meilleur encadrement du secteur du médicament et de la pharmacie dans toutes ses formes d'exercice.

### **1.8. Développement des capacités nationales de formation des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens dentistes et des paramédicaux**

Avec ses quatre facultés de médecine et de pharmacie, ses deux facultés de médecine dentaire, ses 21 instituts de formation des personnels infirmiers – sages femmes et techniciens, notre pays produit chaque année quelques milliers de professionnels de santé, auxquels s'ajoutent les autres cadres médicaux formés à l'étranger et les infirmiers et techniciens formés dans les écoles privées nationales. L'accroissement des effectifs formés a permis de renforcer l'encadrement médical et paramédical du pays sans toutefois arriver à des ratios comparables à ceux de pays avec un développement

économique similaire, ni au ratio adopté récemment par l'OMS comme norme de couverture minima d'un système de santé qui est de 2,5 prestataires de soins pour mille habitants.

## 2. PRINCIPAUX DYSFONCTIONNEMENTS DU SYSTEME DE SANTE CONSTATES

Ces dysfonctionnements concernent l'accès aux soins (en termes d'offre et de services disponibles), le financement (en termes de niveau de financement et de dépenses de santé) et les résultats (en termes de couverture par les prestations de services et de réduction des niveaux de mortalité et de morbidité).

### 2.1. Difficulté d'accès de la population aux services de soins

Sur un plan général, l'analyse des indicateurs relatifs à l'offre de soins laisse apparaître une insuffisance quantitative, une répartition déséquilibrée à travers le territoire et des écarts relativement importants entre milieux urbain et rural, entre régions et entre provinces au sein d'une même région.

En ce qui concerne le réseau des établissements de soins de santé de base (RESSB) qui constitue la porte d'entrée au système public de soins, leur nombre est passé de 1653 en 1990 à 2578 en 2006, soit une progression de 56%, tandis qu'en milieu rural leur nombre atteint 1887 en 2006 soit 74% des ESSB existants. La desserte globale est passée d'un établissement pour 14 600 habitants en 1990 à 12 000 en 2006 enregistrant une amélioration de 18%. La desserte en milieu rural est passée quant à elle d'un établissement pour 10 100 habitants en 1990 à 7 200 en 2006 soit une amélioration de 28,6%. Des inégalités persistent dans un certain nombre de régions où l'écart avec le ratio national de desserte en milieu rural reste relativement élevé.

Malgré l'effort soutenu d'implantation des ESSB en milieu rural, la population demeure encore mal desservie en raison de la distance assez longue qui la sépare de l'établissement de soins le plus proche. Une étude réalisée par le MS en octobre 2003 conclut que 25% de la population rurale se trouvait toujours à plus de 10 km d'un établissement de soins, accusant une légère amélioration par rapport à 1987 où ce pourcentage atteignait 36% (Tableau 2)

**Tableau 2 : Répartition de la population rurale par rayon kilométrique de l'établissement de SSB le plus proche (1987, 1996 et 2003)**

Distance	1987	1996	2003
moins de 3 Km	26	29	41
3 à 6 km	15	18	17
6 à 10 Km	23	22	18
plus de 10 Km	36	31	25

Source : Ministère de la Santé, DPRF, DHSA

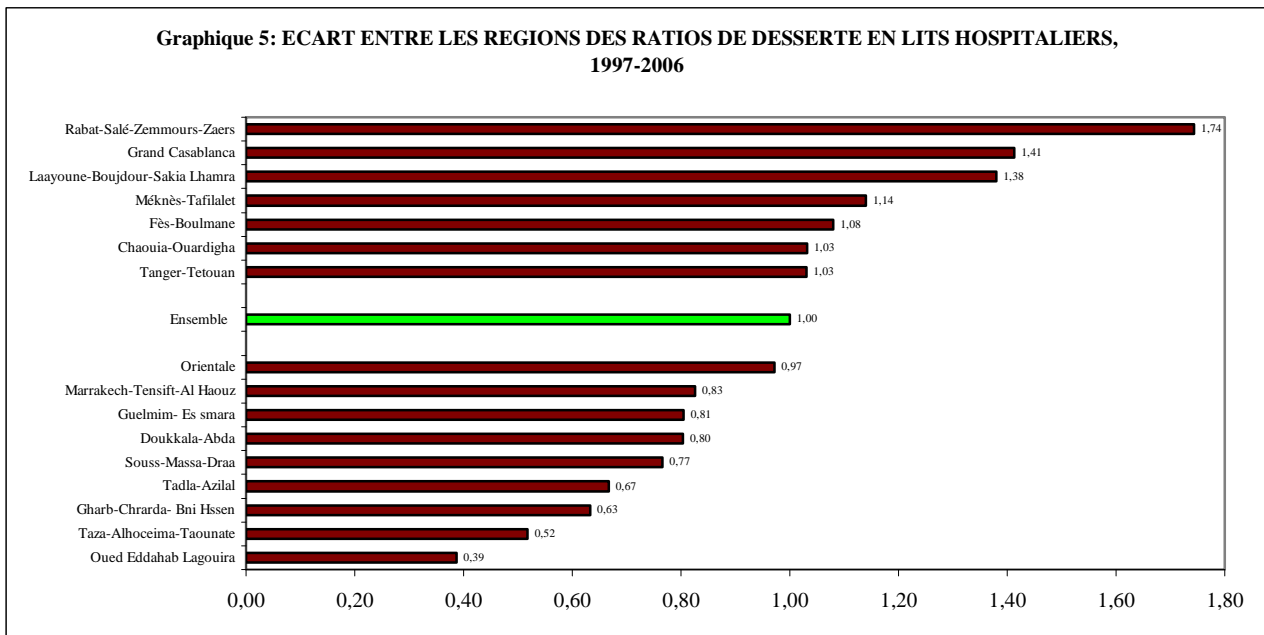
Au niveau hospitalier, la capacité litière (tous les secteurs confondus) a augmenté entre 1997 et 2006 de 2228 lits soit un accroissement de 7% pour la période. Le secteur public continue à dominer l'offre hospitalière disponible avec plus de 78% de la capacité totale (Tableau 3).

**Tableau 3 : Répartition de la capacité hospitalière selon les secteurs, 1997-2006**

Secteurs	1997		2006	
	Nombre	%	Nombre	%
Public	25 715	82,3	26 452	78,6
Privé à but non lucratif	1 659	5,3	1 703	5,0
Privé à but lucratif	3 862	12,4	5 505	16,4
<b>Total</b>	<b>31 236</b>	<b>100,0</b>	<b>33 660</b>	<b>100,0</b>

Source : Ministère de la santé, DPRF

La desserte habitants par lit pour l'année 2006 s'est légèrement détériorée par rapport à 1997. De 868 habitants en 1997, elle atteint 919 en 2006, enregistrant un déclin d'environ 6%. La répartition par région montre que 9 régions ont un ratio de desserte inférieur à la moyenne nationale (variant entre 0,39 et 0,97) alors que 7 régions ont un ratio de desserte supérieur à la moyenne nationale (variant entre 1,03 et 1,74) (Graphique 5).



Les données relatives à la desserte par le reste des composantes de l'offre de soins privée se présentent comme suit (Tableau 4) :

**Tableau 4 : Données sur l'offre de soins du secteur privé, 1997-2006**

Année	Habitants par cabinet de radiologie	Habitants par laboratoire médical	Habitants par cabinet de consultation	Habitants par pharmacie	Habitants par cabinet de chirurgien dentiste
1997	326 545	138 991	7 822	10 554	27 022
2006	188 610	95 477	5 344	6 151	13 627

Source : Ministère de la santé, DPRF

En l'espace de dix années, la desserte globale s'est relativement bien améliorée mais reste marquée par une concentration de l'offre dans les grands centres urbains tandis que les petits centres et les villages ruraux demeurent relativement dépourvus. L'analyse de l'offre globale (publique et privée) montre une faible complémentarité entre les deux secteurs. Généralement, cette offre globale n'a pas permis de rétablir l'équilibre entre les différentes régions et encore moins entre les différentes provinces en matière de services de santé de base.

## 2.2. Inadéquation entre l'offre et la demande des services de soins pour certaines maladies chroniques notamment : le diabète, le cancer, l'insuffisance rénale, les maladies cardiovasculaires et la santé mentale

Au niveau des hôpitaux publics, les maladies chroniques<sup>4</sup> constituent l'une des causes importantes d'hospitalisation. La prise en charge de ces maladies se fait dans des conditions optimales dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) où existent toutes les ressources nécessaires au diagnostic et

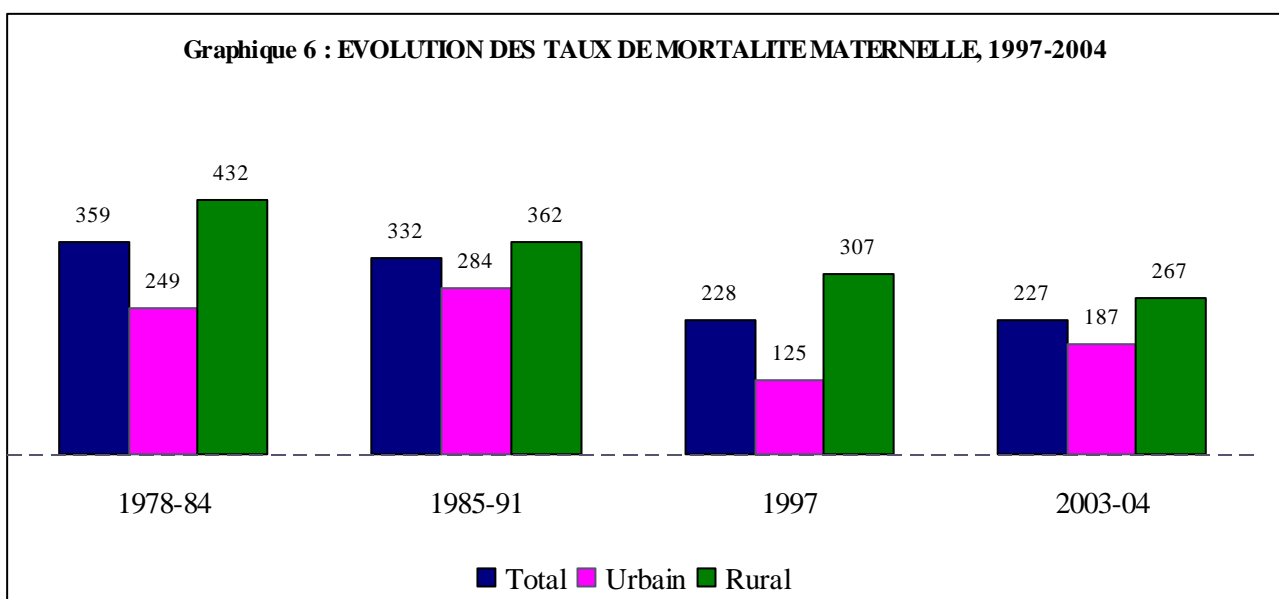
<sup>4</sup> Ce sont des maladies présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : elles sont permanentes, donnent une incapacité résiduelle, sont provoquées par des altérations pathologiques irréversibles, demandent un entraînement spécial du patient pour sa réadaptation, ou on peut s'attendre à une supervision, une mise en observation ou des soins de longue durée. (Dictionary of Health Services Management, 2e éd.)

aux soins. Par contre, les capacités d'intervention dans ce domaine aux niveaux régional et provincial, sont plus ou moins disponibles et inégalement réparties (présence de médecins spécialistes, disponibilité des équipements de diagnostic et de prise en charge appropriées à la spécialité etc.)

### 2.3. Niveaux de mortalité maternelle et infanto-juvénile encore élevés

La surmortalité de l'enfant et de la mère s'établit à des niveaux inacceptables et constitue un aspect négatif des résultats sanitaires du pays. Les taux estimés par la dernière enquête sur la population et la santé familiale (EPSF 2003-04) restent relativement élevés comparativement aux taux de certains pays à niveau de développement similaire<sup>5</sup> : il est 5 fois plus élevé qu'en Jordanie, 2,6 fois plus qu'en Egypte et 1,8 fois plus qu'en Tunisie. Quant à la mortalité infantile, elle est 1,8 fois supérieure à celle de la Tunisie, 1,6 fois supérieure à celle de la Jordanie et 1,3 fois à celle de l'Egypte.

Avec 227 décès pour 100 000 naissances vivantes, le problème de la mortalité maternelle reste entier, et ce malgré les efforts consentis depuis la fin des années quatre vingt dans le cadre du programme de la maternité sans risque (MSR). En effet, chaque jour, dans notre pays, quatre femmes perdent la vie en donnant la vie, soit près de 1 500 décès maternels par an (Graphique 6). Ce qui fait de la grossesse et de l'accouchement une des causes de décès parmi les plus importantes chez les femmes âgées entre 15 et 49 ans. En plus de ce lourd tribut, plus de 25 000 enfants décèdent également chaque année avant de fêter leur premier anniversaire.



L'enquête EPSF 2003-04 a aussi mis en évidence un contraste entre l'amélioration significative de la couverture par les soins prénatals et périnatals d'une part, et la stagnation des indicateurs de la mortalité maternelle et néonatale d'autre part. Cette situation nous interpelle quant à la pertinence et l'efficacité des actions développées depuis la fin des années 80 dans le cadre du programme de la MSR et à l'identification des obstacles qui freinent l'atteinte des objectifs de réduction de ce taux.

Depuis le lancement de l'Initiative mondiale pour une maternité sans risque en 1987, le MS a beaucoup investi en terme d'actions visant à diminuer le nombre des décès maternels et néonataux. Cet investissement a été soutenu par l'extension des infrastructures de soins de santé de base initiée par les différents plans de développement sanitaire ainsi que par les projets spécifiques bénéficiant d'appuis dans le cadre de la coopération multilatérale et bilatérale. Après deux décennies de mise en œuvre de cette initiative, force est de constater que le taux de mortalité maternelle n'a subi qu'une

<sup>5</sup> Pour des considérations de comparabilité des taux présentés dans le graphique 9 nous avons utilisés les données publiées dans le rapport annuel de l'UNICEF « La situation des enfants dans le monde de 2007 ».



légère régression, se maintenant toujours à un niveau élevé. Ce résultat s'explique par un certain nombre de constats tels:

### **2.3.1. Difficultés d'accès aux soins**

Malgré les efforts déployés par le MS en matière d'extension des infrastructures, 43 % de la population marocaine reste située à plus de 6 Km de l'établissement de santé de base le plus proche. Il s'ajoute à cela, le fait que les maternités de première ligne ne sont disponibles que dans les chefs lieu de Caïdats, leur implantation est souvent excentrique par rapport à la population. Quant aux maternités hospitalières, elles sont utilisées à plus de 50 % par les trois communes limitrophes des hôpitaux. Cette difficulté d'accès aux soins se traduit également à travers l'insuffisance et l'inadéquation des moyens d'évacuation vers les maternités hospitalières. Le manque de transport représente à lui seul 46.2 % des raisons de non recours aux services de prise en charge de l'accouchement<sup>6</sup>. L'enquête EPSF 2003-04 rapporte que 85 % des femmes sont confrontées à des problèmes d'accès aux soins qu'ils soient d'ordre financier (74 %), physique/distance (60 %) ou culturel (31 %).

### **2.3.2. Insuffisante mobilisation des compétences**

Parmi les déterminants de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale pour lesquels l'évidence est établie figure l'accès à un personnel qualifié. Or le Maroc a été classé par l'OMS en 2006 parmi les pays en déficit aigu en personnel puisqu'il dispose de moins de 2,5 personnels qualifiés par mille habitants pour assurer les accouchements. En plus de ce déficit aigu, les ressources existantes ne sont pas suffisamment rentabilisées (déséquilibre de répartition, mauvaise organisation des gardes, évasion vers le secteur privé, manque de motivation etc....).

### **2.3.3. Faible qualité des soins**

Les deux indicateurs qui n'ont pas connu d'amélioration sont le taux de mortalité maternelle (TMM) qui a connu une stagnation et le taux de mortalité néonatale (TMN) qui s'est accru malgré l'augmentation significative de la couverture par l'accouchement en milieu surveillé. Ceci signifie que même lorsque la femme surmonte la barrière géographique et financière, elle ne bénéficie pas nécessairement de soins de qualité. D'où la nécessité de reconsidérer l'organisation des soins dans les maternités hospitalières et de mobiliser les professionnels de la santé pour leur engagement vis-à-vis de la mise en œuvre des recommandations des bonnes pratiques des soins obstétricaux, classiquement développées dans le cadre des audits. A ce titre, il y a lieu de rappeler que le monitoring des décès maternels et néonataux à travers les données de routine peut, par l'importance des cas colligés, offrir des occasions de documentation des causes de décès et d'évaluation de la qualité des soins.

### **2.3.4. Défaillance du pilotage du programme**

Malgré l'importance et la place qu'occupe la santé maternelle dans la politique du MS, aucun rapprochement n'existe entre le dispositif de surveillance épidémiologique et d'évaluation de la performance hospitalière et le suivi de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Le même constat est fait pour la réforme de santé qui n'a pas intégré, parmi les problèmes importants du système de santé à surmonter, la surmortalité maternelle. La maternité sans risque était gérée comme un programme vertical ce qui justifie son intégration dans la dynamique globale du système de santé sachant que la stratégie de lutte la plus efficace est désormais de nature curative (SONU), et donc très liée au dispositif d'offre de soins et au domaine de la gestion des établissements de santé.

Par ailleurs, la décentralisation d'un certain nombre d'actions en rapport avec la maternité sans risque, n'a pas permis aux services déconcentrés de se sentir directement responsables sur les

---

<sup>6</sup> Enquête PAPCHILD 1997

résultats de la lutte contre la surmortalité maternelle et néonatale. La preuve en est, que les données recueillies dans ce domaine d'activité ne sont pas exploitées au niveau déconcentré dans la perspective d'une reddition des comptes.

A tous les niveaux, on note une absence d'un espace ou de forum (observatoire) d'échange et d'analyse de l'évolution des activités et d'évaluation des résultats des programmes d'actions.

### Encadré 1: La période néonatale : une phase critique de la vie du nouveau-né

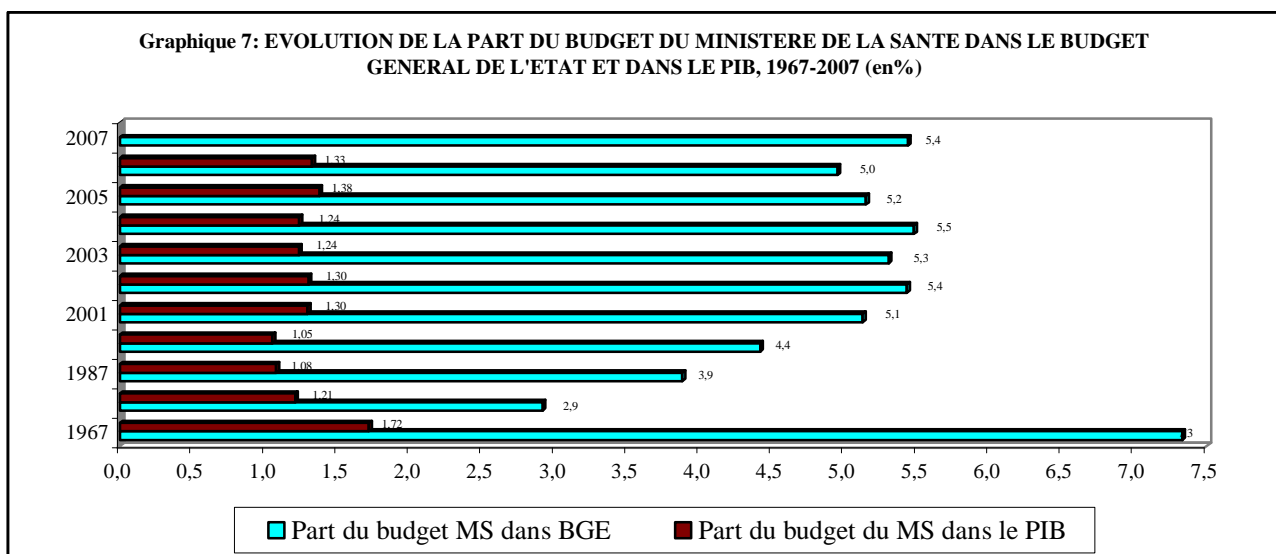
« ...Plus de 4 millions d'enfants de moins d'un mois meurent chaque année, la plupart au cours de la phase critique que constitue la première semaine de la vie ; pour chaque nouveau-né qui décède, il y a un autre mort né. La plupart de ces décès sont la conséquence de la mauvaise santé et de l'état nutritionnel déficient de la mère, se conjuguant avec des soins insuffisants avant et après l'accouchement. Malheureusement, ce problème reste méconnu – ou pire – considéré comme inévitable dans de nombreuses sociétés, en grande partie parce qu'il est très courant... »

« ...Une idée reçue et très courante mais fautive veut que pour améliorer la santé des nouveau-nés, des technologies de pointe et un personnel hautement spécialisé soient nécessaires. En réalité de nombreuses affections entraînant un décès périnatal peuvent être évitées ou traitées sans avoir recours à des moyens techniques de pointe coûteux. Ce dont on a besoin c'est de soins essentiels au cours de la grossesse, de l'aide d'une personne ayant des compétences en soins obstétricaux au moment de la naissance, du post-partum immédiat ainsi que de quelques interventions essentielles pour le nouveau-né au cours des premiers jours de la vie ... »

Extrait du document : « Prise en charge des problèmes du nouveau-né : manuel de la sage femme, de l'infirmière et du médecin », OMS, FNUAP, UNICEF et Banque Mondiale, Organisation Mondiale de la Santé, 2005, p.11.

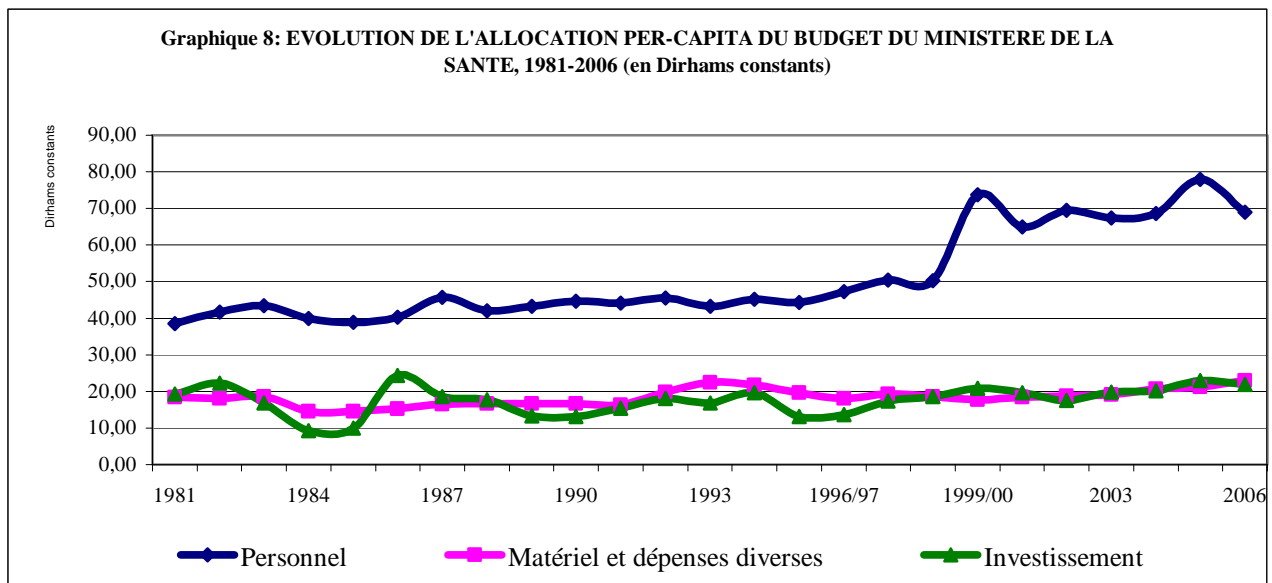
## 2.4. Insuffisance du financement public, faiblesse du financement solidaire et importante contribution des ménages

Le financement public du secteur assuré par le MS, analysé selon les dotations budgétaires annuelles, laisse apparaître, qu'en l'espace de 40 ans, la part de ce financement dans le budget de l'Etat, après avoir été de plus 7% dans les années 60, a oscillé entre 4 et 5,5% pendant la période allant de 1977 à 2007<sup>7</sup>. Il en est de même avec le PIB où la part du Budget du MS n'a jamais pu dépasser 1,7%, se maintenant à un peu plus de 1% (Graphique 7).



<sup>7</sup> En 2000, 53 chefs d'Etat Africain se sont engagés à allouer 15% de leur budget national à la santé, engagement confirmé dans la déclaration de Gaborone

Quant à l'évolution du budget du MS en dirhams constants, il y a lieu de remarquer que l'allocation per-capita du budget de fonctionnement relatif au chapitre du matériel et dépenses diverses qui supporte le fonctionnement de l'ensemble des établissements de soins et autres institutions du MS est restée légèrement identique avec de très légères variations (Graphique 8).



En effet, cette allocation per-capita qui était de 18,37 Dirhams en 1981, est passée à 23,02 Dirhams en 2006, soit une augmentation de 4,64 Dirhams (25,3%). Si l'on prend par exemple les admissions de malades dans les hôpitaux publics, entre 1981 (463 994) et 2006 (908 437), l'accroissement est de l'ordre de 444 443 nouvelles admissions, soit 95,8%. Il faut ajouter à cela, celui des établissements de SSB dont le nombre a doublé pendant la même période passant de 1217 à 2552, soit 1335 établissements de plus. Ce « gel » du financement public pendant que l'offre et la demande augmentaient sans cesse, constitue la cause principale des pénuries chroniques en produits de soins, des déficits de maintenance et d'entretien ainsi que des longs retards du renouvellement des équipements, dont souffrent depuis plusieurs années l'ensemble des établissements de soins. Cet état des choses a aussi poussé à l'adoption de pratiques telles que celles de faire acheter les médicaments et les dispositifs médicaux par les familles, de prendre en charge la nourriture du malade et le linge de sa literie etc. Ces pratiques, tolérées par le système, ont fini par s'y imposer et entraîner un certain nombre de dérives, nuisant beaucoup à l'image de l'hôpital public.

Pour ce qui est du chapitre du personnel, en 1981, le total des postes budgétaires rémunérés était de 31 468 (dont seulement 780 postes de médecins, soit 2,5%), en 2006 le nombre total de postes atteint 43 788 (dont 8799 postes de médecins soit 20,1%), ce qui représente, sur 25 ans, une augmentation de 12 320 postes (39,2%) soit une moyenne annuelle de 492 postes. La masse salariale, quant à elle, a progressé entre 1981 et 2006 de 676% en dirhams courants et de 166% en dirhams constants. Cette augmentation est liée à l'accroissement du nombre de créations d'emplois d'une part et aux répercussions financières des changements successifs de statuts des professionnels de santé.

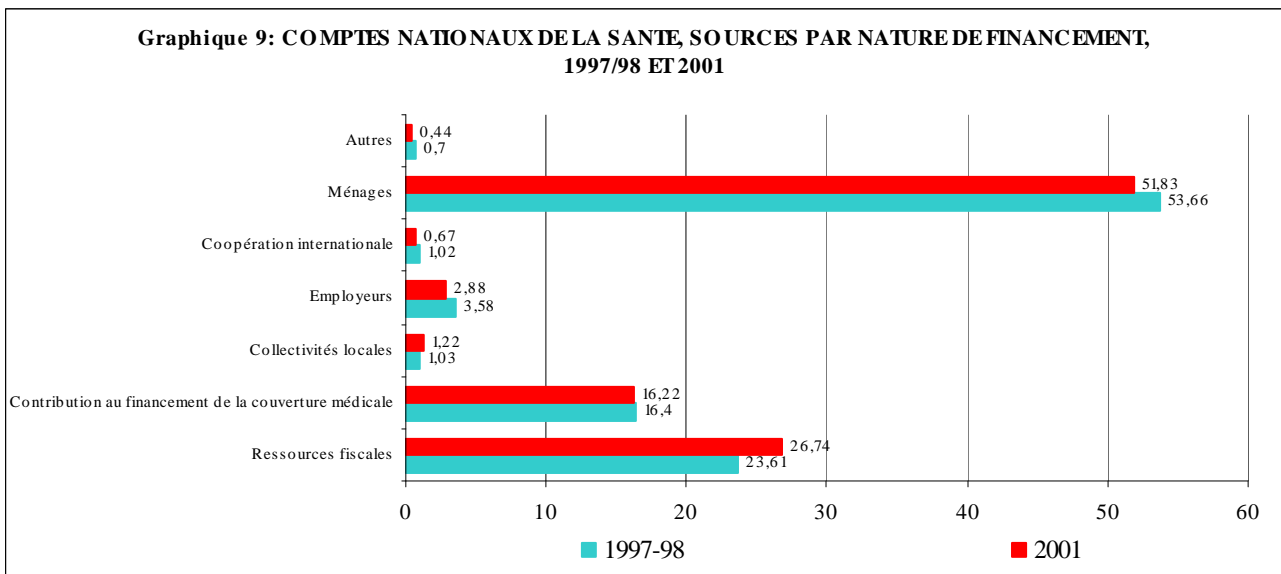
Les allocations per-capita, en dirhams constants, du budget d'investissement sont passées de 19,31 Dhs en 1981 à 21,81 Dhs en 2006 soit une progression de 2,51 Dhs (13%).

#### Encadré 2: **Financement de la santé et atteinte des objectifs du millénaire**

*« Faute d'investissement plus important et plus efficace dans les systèmes de santé, il ne sera pas possible d'atteindre les objectifs nationaux en matière de santé ni les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux contenus dans la déclaration du Millénaire.... »*

Organisation Mondiale de la Santé, « Rapport du Secrétariat » 120<sup>ème</sup> session du Conseil Exécutif, document EB120/38, 8 janvier 2007

En ce qui concerne le financement global du secteur de la santé (tous les secteurs confondus), les comptes nationaux de la santé de 2001 (CNS 2001) l'estiment à 5% du PIB contre 4,5% en 97/98 et 3,4% en 1987. La contribution des ménages à ce financement reste importante : 56,8% en 1980, 54% en 97/98 et 52% en 2001, ce qui contribue à accentuer la charge sur les ménages au détriment du financement solidaire qui doit assurer l'équité financière<sup>8</sup> (Graphique 9).



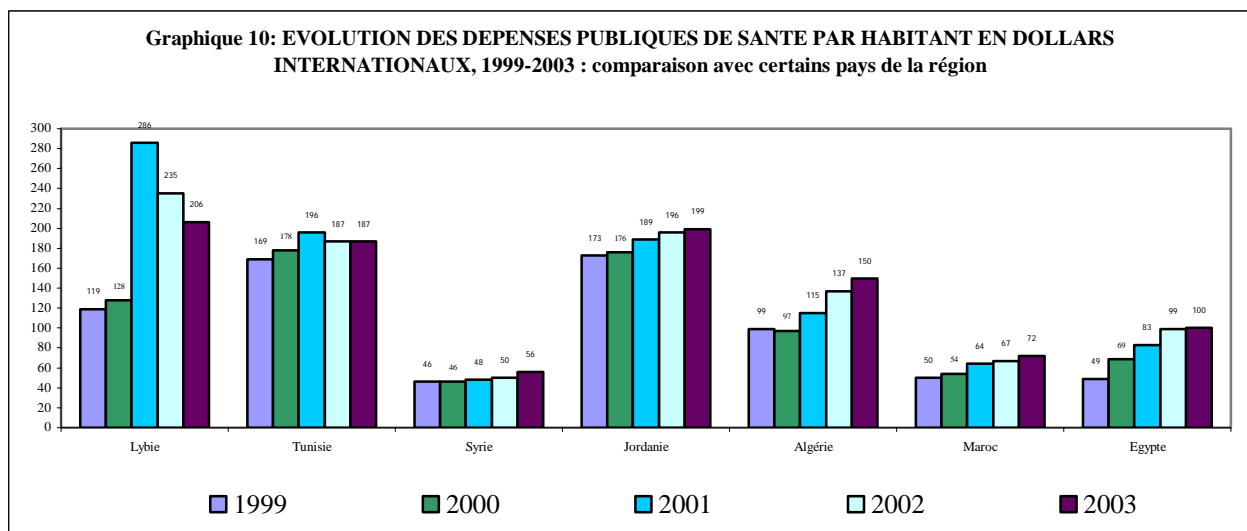
En 1997/98 et 2001, l'assurance maladie a représenté à peine 16% des dépenses, ce qui revient à dire que le financement solidaire n'a concerné respectivement que 41% et 44% de la dépense globale de santé.

En ce qui concerne la structure des dépenses du MS, en 2001, le réseau hospitalier a bénéficié de 49% du total des dépenses contre 47% en 97/98, tandis que la part du réseau des ESSB a été de 38% en 97/98 et 37% en 2001. Les dépenses consacrées exclusivement aux programmes de santé prioritaires ont représenté au sein des dépenses totales (en dehors des CHU) 17,7% en 97/98 et 22,6% en 2001 soit une progression de 4,9 points. Quant aux dépenses des programmes de santé maternelle et infantile et de la planification familiale, ils ont représenté 61,4% en 97/98 et de 67% en 2001 du financement global des programmes de santé.

L'évolution de la dépense publique de santé per capita au Maroc entre 1999 et 2003, est passée de 50 à 72 dollars international soit une augmentation de 44%. Comparée aux pays de la région méditerranéenne<sup>9</sup>, ce niveau de dépense reste inférieur à celui de la Tunisie : 187, de la Jordanie : 199 et de l'Algérie : 150 (Graphique 10).

<sup>8</sup> Dans certains pays de l'OCDE, les versements nets des ménages en 2005 sont de l'ordre de : Grèce (57%), Mexique (51%), Corée (38%), Suisse (31%), Pologne (26%), Espagne (22%), Hongrie (24%), Italie (20%), France (7%). La moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE est de 20%. (Source Eco-santé -OCDE, 2007).

<sup>9</sup> Informations tirées des rapports OMS sur la santé dans le monde de 1999 à 2003



## 2.5. Problématique du statut des hôpitaux publics, de leur organisation et de leur gestion

Jusqu'en 2007, L'hôpital public, qui occupe une place importante dans le système de soins, ne disposait pas de cadre réglementaire organisant son fonctionnement. Ce n'est qu'à cette année que fut adopté et mis en œuvre le décret relatif à l'organisation hospitalière<sup>10</sup>. Actuellement, le système hospitalier public rencontre plusieurs difficultés, sources d'un profond malaise chez les professionnels de santé et une insatisfaction chez la population. Ces difficultés portent sur l'organisation, le fonctionnement, la gestion, la pénurie des ressources humaines, les déficits du système d'information, la surcharge des urgences, etc.

### 2.5.1. Insuffisance d'encadrement par les ressources humaines

Le réseau hospitalier est constitué actuellement de 133 établissements, dont 33 sont des hôpitaux spécialisés et 100 des hôpitaux généraux. Sa capacité est de 22.241 lits fonctionnels, employant 26.327 agents (médecins, infirmiers et administratifs), soit 62 % du total du personnel relevant du MS.

Avec un effectif global de 5 671 médecins, dont 2 951 médecins exercent au niveau des 4 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), le personnel médical hospitalier représente 21.7% de l'ensemble du personnel hospitalier et 62.1% du total des médecins du secteur public. Ceci représente en moyenne, 1 médecin pour 3.8 lits fonctionnels. L'effectif du personnel infirmier est de 14 000, ce qui constitue plus de la moitié du personnel hospitalier tout confondu (53.6%) et représente 53.8% de l'ensemble du personnel infirmier du secteur public. Le personnel administratif, technique et de soutien est très hétérogène et connaît beaucoup d'écarts dans son gradient de compétence. Son effectif atteint 6 442 soit 24,5% du total du personnel hospitalier.

Pour les trois catégories de personnel il y a une insuffisance notoire mais plus prononcée pour les cadres administratifs intermédiaires, nécessaires au fonctionnement normal des services administratifs et économiques, et en techniciens biomédicaux et d'informatique.

### 2.5.2. Niveau de production des hôpitaux publics

Trois paramètres permettent d'apprécier l'activité médicale des hôpitaux : le passage des malades ou blessés aux urgences, l'admission à l'hospitalisation et la consultation médicale spécialisée à titre

<sup>10</sup> Décret n° 2.06.656. du 24 Rabii I 1428, relatif à l'organisation hospitalière , BO n 5526 du 29 Rabii II 1428 (17 mai 2007), Décret n° 2.06.623 du 24 Rabii I 1428, relatif aux indemnités de gardes et d'astreintes BO n 5524 du 22 Rabii II 1428 (10 mai 2007),

externe. Le volume de ces activités est estimé à plus de 5 354 704, soit une fréquentation hospitalière de 17.4% (0.2 contact médical par habitant et par an).

Avec une fréquentation de 2 868 953 passages, dans plus de 60% des cas, l'accès aux services des urgences se fait de façon spontanée (autoréférences) et pour des motifs non urgents. Sur les 133 hôpitaux publics fonctionnels, 105 assurent la permanence au niveau du service des urgences, soit un taux de couverture de la population de un (01) service des urgences pour 291 930 habitants.

Les consultations spécialisées externes (CSE) au profit des références médicales des centres de santé constituent un appui aux services de santé de premier échelon. Les CSE et les urgences sont les deux principales portes d'entrée de l'hôpital. En 2006, les hôpitaux publics ont réalisé 1 542 732 CSE. Ce nombre qui accuse une diminution de 12%, s'explique pour les raisons suivantes : le court-circuitage pour accéder directement à la consultation dans les services d'hospitalisation et le recours directe aux urgences.

Sur le plan réglementaire, l'accès à l'hospitalisation se fait essentiellement par la voie des urgences et du centre de diagnostic polyvalent. En 2006, le nombre total d'admissions est de 943 019 dont 30% sont représenté par les accouchements.

Concernant les interventions chirurgicales, 238 691 ont été réalisées en 2006 au niveau des 503 salles opératoires (fonctionnelles) dont disposent les 105 hôpitaux publics pratiquant la chirurgie, soit une moyenne d'environ 1,3 opérations par salle et par jour.

Pour les hospitalisations, 4 313 113 journées d'hospitalisation ont été réalisées, soit une fréquentation de 141 journées pour 1 000 habitants. Le taux d'occupation moyen (TOM) est à peine de 53.7%, sans grande variation depuis quelques années. La durée moyenne de séjour (DMS) est de l'ordre de 4.6 jours.

### Encadré 3: Commentaires sur l'hôpital public dans le rapport du cinquantenaire :

*« ...La crise de l'hôpital public. Victime d'un double nivellement par le bas, à cause de la négligence dans laquelle il est depuis longtemps installé, et de la concurrence du secteur privé qui attire les ménages solvables, l'hôpital public a fini par perdre en confiance et en crédibilité auprès des populations. La réforme hospitalière est restée très lente dans sa mise en œuvre, laissant l'hôpital public en prise avec ses multiples problèmes de management, de qualité et de moyens. La dégradation des services d'urgence et la corrélation entre admission à l'hôpital et certificat d'indigence ont souvent constitué l'illustration populaire de la crise que l'hôpital public continue de traverser. Celui-ci, il faut le rappeler, représente près de 80% de la capacité litière nationale et dépend presque exclusivement du budget de l'Etat (il reçoit à peine 5% des ressources de l'assurance maladie). Cette dépendance budgétaire est souvent synonyme de rationnement et constitue un obstacle à la rationalisation de la gestion hospitalière... »*

Rapport du cinquantenaire, « Le Maroc possible : une offre de débat pour une ambition collective », Cinquante ans de développement humain, perspectives pour 2025, comité directeur, 2006, p.119-125.

## 2.6. Lourde charge de morbidité sur fond de transition épidémiologique

Le Maroc vit une transition épidémiologique dite de la « double charge », c'est à dire, le groupe tout entier des maladies non transmissibles (MNT), dont les facteurs de risque sont communs, vient s'ajouter aux maladies transmissibles qui continuent de sévir. Par conséquent, le système de santé doit désormais être capable de faire face simultanément à toutes les maladies courantes, quel que soit leurs origines. Cette transition ressort clairement à travers l'analyse des causes de décès prématurés en

milieu urbain, classées selon les grands groupes de maladies<sup>11</sup>, où la part du groupe I n'a cessé de régresser depuis plusieurs années passant de 50% en 1980 à 25% en 1990 et à 12% en 2003 alors que pour la même période, celles du groupe II est passée respectivement de 40% à 67% puis à 81% (Tableau 5).

**Tableau 5: Evolution par grand groupe de maladies, des causes de décès déclarées en milieu urbain<sup>12</sup> (1980-1992-2003)**

Groupes de maladies	1980	1992	2003
Groupe I : Maladies transmissibles, maternelles et de la période périnatale	50	25	12
Groupe II : Maladies non transmissibles	40	67	81
Groupe III : Traumatismes	10	8	7

Source : Rapport de synthèse de l' « Etude de la charge de morbidité globale au Maroc », Volume I, Ministère de la Santé, DPRF, septembre 2000.

L'évaluation de la charge globale de morbidité<sup>13</sup> en termes d'années de vie perdue corrigées du facteur incapacité<sup>14</sup> (AVCI), estimée par l'étude réalisée par le MS en 1998, sur la base de données de 1992, est de 30,1% pour le groupe I : 55,7% pour le groupe II et 14,2% pour le groupe III. Aucune autre étude similaire n'a été faite à ce jour pour l'actualisation de cette estimation.

### 2.6.1. Impact positif des programmes de prévention et de lutte sur la réduction de l'incidence des maladies transmissibles et sur leur aire d'endémicité

L'impact des mesures mises en œuvre depuis des décennies pour lutter contre certaines maladies transmissibles a fini par apparaître, et certaines parmi elles sont sous contrôle total ou en voie d'élimination et même d'éradication, d'autres par contre, se maintiennent à des niveaux d'endémicité faibles, mais qui peuvent s'exacerber sous l'effet de facteurs favorisants, constituant en permanence un risque potentiel évident. Toutefois, l'amélioration de ces dernières, reste intimement liée aux synergies qu'apporteront les progrès dans les domaines de l'éducation, l'accès au réseau d'eau potable et d'assainissement, de la nutrition suffisante et équilibrée, de l'habitat salubre, etc. Ces déterminants non médicaux fondamentaux sont encore omniprésents, particulièrement au niveau des zones défavorisées tels que les milieux rural et péri-urbain.

Parmi les causes de décès du chapitre 1 « *Certaines maladies infectieuses et parasitaires* »<sup>15</sup> constatés par un médecin et enregistrés en 2003 en milieu urbain qui représentent 4,6% de l'ensemble des décès, la tuberculose de l'appareil respiratoire, sans confirmation bactériologique et les autres septicémies totalisent 57,7% des décès du chapitre. Pour la tranche d'âge des moins de cinq ans, les diarrhées et les septicémies totalisent 69% du total des décès des moins 5 ans du chapitre.

D'autres maladies émergentes et réémergentes ayant un caractère épidémique et mortel, s'annoncent comme des menaces importantes de santé publique telle le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), la Grippe Aviaire, la Fièvre de la Vallée du Rift, la Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo, la Fièvre hémorragique à virus Ebola, la Fièvre du Nil Occidental, la Peste, etc. Toutes ces maladies de portée régionale et internationale exigent une vigilance accrue et la mise en place de mesures de

<sup>11</sup> Groupe I : Maladies transmissibles, maternelles et de la période périnatale : groupe qui reflète en quelque sorte les maladies les plus communément rencontrées dans les pays en développement et qui sont liées essentiellement aux mauvaises conditions d'hygiène, la malnutrition, l'insuffisance de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, l'analphabétisme, la fécondité élevée...etc.

Groupe II : Maladies non transmissibles : groupe qui reflète des maladies dites de « progrès » qui sont la conséquence du stress et des modes de vie et comportements liés aux différentes mutations sociales que subit la population des pays industrialisés.

Groupe III : Traumatismes : il s'agit d'un regroupement de tout le chapitre qui concernent les lésions traumatiques et les empoisonnements qui sont la aussi des phénomènes qui s'accroissent avec le développement industriel et le changement dans les modes de vie et comportement.

<sup>12</sup> Les données concernant le milieu rural ne sont pas disponibles.

<sup>13</sup> Charge de morbidité : indicateur mis au point pour le Rapport sur le développement dans le monde 1993 de la Banque Mondiale de "investir dans la santé" avec le concours de l'Organisation Mondiale de la Santé pour exprimer la quantité de vie pleine que fait perdre la maladie; il se mesure en années de vie corrigées du facteur invalidité.

<sup>14</sup> L'année de vie corrigée du facteur invalidité, ou AVCI, est une mesure synthétique tenant compte à la fois des effets des maladies, de l'invalidité et de la mortalité sur la santé d'une population.

<sup>15</sup> La Classification Statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>ème</sup> révision (CIM 10), agrège l'ensemble des maladies en chapitres numérotés de 1 à 21.

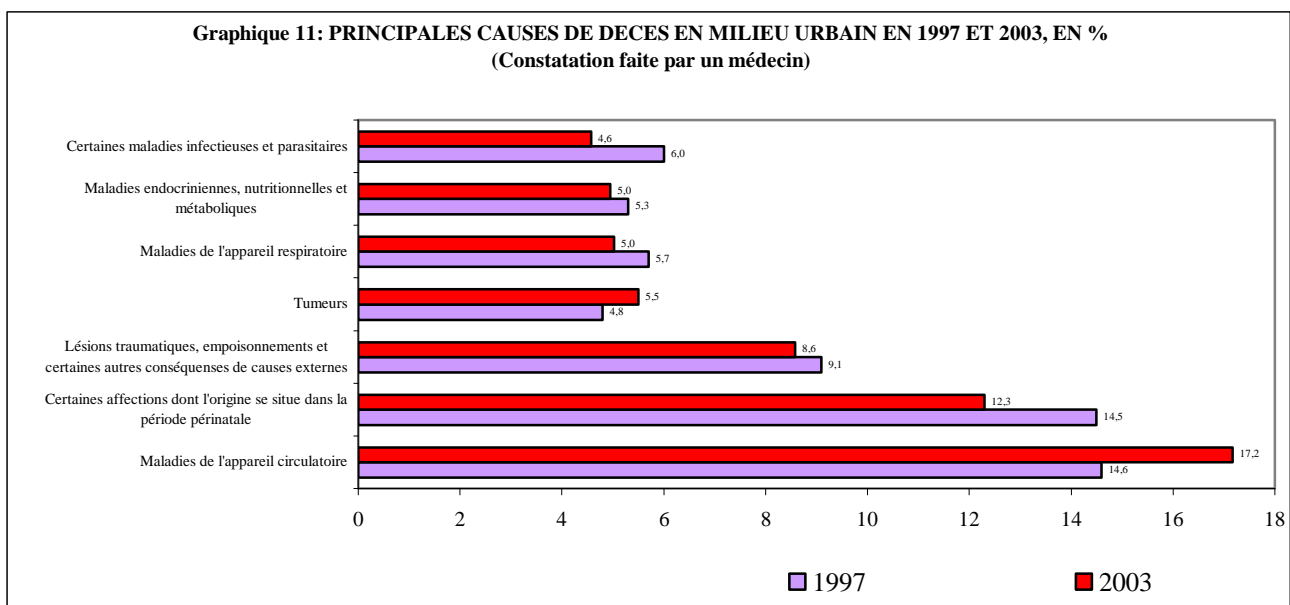


surveillance et de prévention permanentes pour prévenir leur introduction ou leur réapparition dans notre pays.

## 2.6.2. Emergence des maladies non transmissibles sous l'effet du contrôle et de la réduction de l'incidence des maladies transmissibles, du changement des modes de vie et du vieillissement de la population

Outre le tribut en terme de mortalité qu'elles imposent, les MNT sont source d'handicaps fonctionnels. Elles représentent, pour les années avenir, le plus grand défi de santé publique pour notre pays. La charge qu'elles représentent pour la santé des individus et le système de santé s'alourdit constamment, et menacent le développement économique et social. En 2005 par exemple, l'OMS a réitéré l'importance des maladies chroniques (non transmissibles) comme un problème de santé globalement négligé. Les maladies chroniques, principalement les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et les diabètes qu'on estime la cause de plus de 60% (35 millions) de l'ensemble des décès en 2005 ; plus de 80% de ces décès ont eu lieu dans les pays à faible et moyen revenu<sup>16</sup>. Les principales MNT sont liées à des facteurs de risque communs, à savoir le tabagisme, l'alcoolisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et les cancérogènes présents dans l'environnement<sup>17</sup>. Le statut socio-économique, le niveau d'éducation et l'accès aux services de santé ont un fort impact sur le développement des MNT et les services de soins de santé. Par exemple, dans les pays industrialisés, 80% des patients atteints d'un cancer du sein, de l'utérus et de la bouche sont diagnostiqués à un stade précoce, tandis que ce chiffre n'atteint que 20% dans les pays en développement<sup>18</sup>.

Au Maroc, que représente actuellement la morbidité par les MNT ? En l'absence de données sur la morbidité par ces maladies, l'appréciation de leur importance est approchée à travers les données sur les causes de décès déclarés en milieu urbain, notamment ceux constatés par un médecin. En 2003 par exemple, *les maladies de l'appareil circulatoire* représentent 17,2%, *les tumeurs* 5,5%, *les maladies de l'appareil respiratoire* 5,0% et *les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques* 5,0%. Les sept chapitres visualisés sur le graphique 11 représentent environ 60% du total des causes de décès enregistrés en 1997 et 2003. Une évaluation épidémiologique exacte des MNT est essentielle pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes et des services.



<sup>16</sup> Les sept principaux facteurs de risque (hypertension artérielle, tabagisme, abus d'alcool, hypercholestérolémie, surpoids, faible consommation de fruits et de légumes, et manque d'activité physique) sont à l'origine de près de 60 % des problèmes de santé dans la Région, Communiqué de presse EURO/05/06 - Copenhague, 11 septembre 2006 - [http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2006/20060908\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2006/20060908_1?language=French)

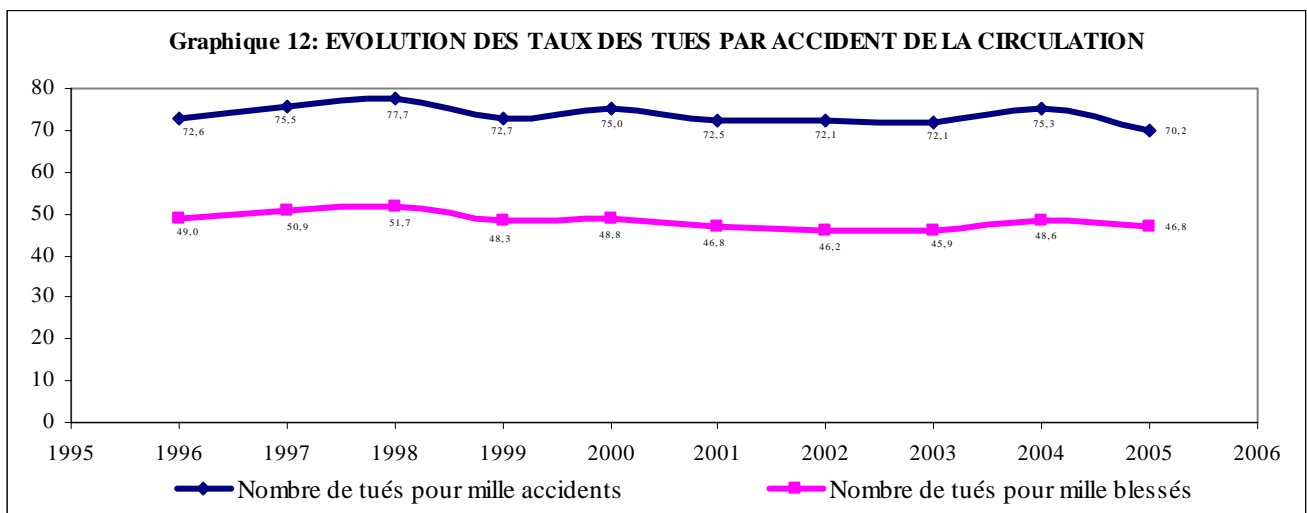
<sup>17</sup> Organisation Mondiale de la Santé, « Lutte contre les maladies non transmissibles », WPR/RC51/8, Août 2000.

<sup>18</sup> Organisation Mondiale de la Santé, « Lutte contre les maladies non transmissibles », WPR/RC51/8, Août 2000.

### 2.6.3. Accroissement de la charge de morbidité due aux traumatismes

Les accidents de la route, « *une épidémie occulte* », constituent un facteur très important de causes de décès prématurés et d'incapacités ce qui engendre une importante perte en années potentielles de vie. Au Maroc, en 2005, plus de 3 600 personnes étaient tuées et plus de 77 000 blessées<sup>19</sup> à la suite d'accidents sur les routes. En 2003, les décès dus aux traumatismes les situaient à la troisième place des causes de décès constatés par médecin et enregistrés en milieu urbain. En plus des traumatismes, des handicaps et des décès qui en résultent directement, l'augmentation du nombre de véhicules et les politiques de transport ont d'autres conséquences graves sur la santé et d'importantes répercussions sociales, économiques et écologiques. Contrairement à d'autres épidémies, les traumatismes dus aux accidents de la route dépendent dans une large mesure de décisions et de choix, tant collectifs qu'individuels, de sorte qu'il est possible d'agir sur le problème.

Les données sur les accidents de la circulation montrent que le taux de tués pour mille accidents est passé de 72,6 en 1996 à 70,2 en 2005 avec un pic de 77,7 en 1998, tandis que le taux de tués pour mille blessés est passé de 49,0 en 1996 à 46,8 en 2005 avec un pic 51,7 en 1998 (Graphique 12).



En ce qui concerne le taux d'accidents pour 100 millions de véhicule kilomètre<sup>20</sup> il a évolué respectivement entre 1995 et 2005 de 77,6 à 60,2 tandis que celui du taux de tués est passé de 19 en 1995 à 10,8 en 2005.

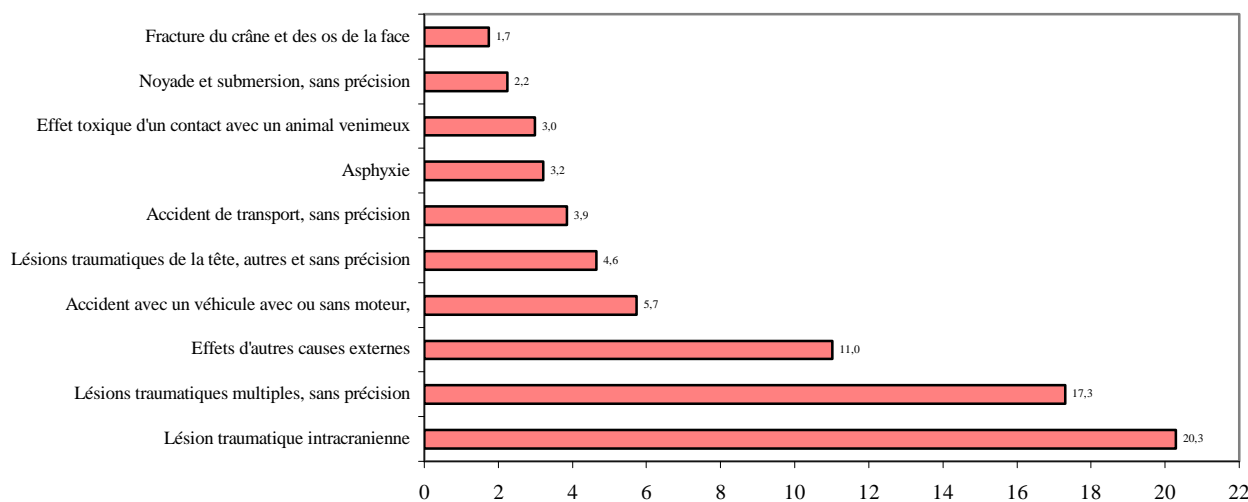
Les décès du chapitre 19 « *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes* » représentent, en 2003, 8,6% du total des décès déclarés en milieu urbain, (décès constatés par un médecin). La répartition par type de traumatismes montre que dix d'entre eux représentent 69% des décès du chapitre. La part des lésions traumatiques intracrâniennes et des lésions traumatiques multiples, enregistre respectivement 20,3% et 17,3% soit un peu plus du tiers du chapitre (Graphique 13). Les traumatismes ont représenté 12,6% des causes d'hospitalisation (moyenne des années 1997-1999 et 2001)<sup>21</sup>, soit la deuxième cause d'hospitalisation dans les hôpitaux régionaux et provinciaux.

<sup>19</sup> Ministère de l'Équipement, « *Recueil des statistiques des accidents corporels de la circulation routière* », rapports annuels 1995-2005, Direction des routes et de la circulation routière

<sup>20</sup> Taux moyen des accidents ou des tués : rapport du nombre d'accidents constatés sur une section de route, au parcours annuel sur cette section exprimé en nombre d'accidents (de tués) pour 100 millions de véhicules/km. Ce taux est obtenu par la formule suivante :  $Ta = N \cdot 10^8 \text{ sur } L \times T \times 365$ , N= nombre d'accidents (ou tués) constatés sur la section, L = longueur de la section concernée, T= trafic moyen journalier annuel.

<sup>21</sup> Source : Etude sur la morbidité hospitalière 2003, rapport général 9 hôpitaux, Ministère de la Santé, DHSA

**Graphique 13: PRINCIPALES CAUSES DE DECES PAR TYPE DE TRAUMATISMES DU CHAPITRE 19 " LESIONS TRAUMATIQUES, EMPOISONNEMENTS ET CERTAINES AUTRES CONSEQUENCES DE CAUSES EXTERNES ENREGISTREES EN MILIEU URBAIN EN 2003, EN % (Constatation faite par un médecin)**



Il y a lieu de mentionner que la majorité des victimes des accidents de la circulation sont transférées systématiquement aux urgences des hôpitaux publics où elles sont prises en charge.

#### Encadré 4: Déclaration du Directeur Général de l'OMS sur les accidents de la route :

*« L'absence de sécurité sur nos routes est devenue un obstacle important à la santé et au développement » a déclaré le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS. « Nos enfants et nos jeunes adultes sont parmi les plus vulnérables. Les accidents de la circulation ne sont pas une fatalité. Nous devons rejeter l'idée qu'ils sont inévitables et adopter une approche préventive dynamique. »*

### 2.7. Lente amélioration des principaux déterminants non médicaux de la santé et accentuation des facteurs de risque

Le Dr Mahler<sup>22</sup> qui fût à l'origine de l'objectif de la « Santé pour tous d'ici l'an 2000 » et de la stratégie des soins de santé primaires, avait déclaré que « la santé pour tous implique la levée des obstacles à la santé – c'est à dire, l'élimination de la malnutrition, de l'ignorance, de l'eau de boisson contaminée et des logements insalubres – presque qu'autant que le fait la solution des problèmes purement médicaux ». Par conséquent, l'action intersectorielle<sup>23</sup> demeure l'une des tâches fondamentales pour améliorer la santé.

En l'état actuel des choses, le Maroc s'achemine très lentement vers une transition des facteurs de risques qui étaient marqués par une forte prévalence des facteurs de risque des maladies transmissibles (déficit pondéral, approvisionnement en eau potable et assainissement insuffisants, par exemple) à une forte prévalence des facteurs de risque des maladies chroniques (tabagisme, hypertension, obésité, par exemple).

<sup>22</sup> Le Dr Halfdan Mahler a assuré le mandat de Directeur Général de l'OMS de 1973 à 1988.

<sup>23</sup> Lien reconnu entre une partie ou des parties du secteur de la santé et une partie ou des parties d'un autre secteur, qui a noué pour intervenir dans un problème en vue d'atteindre des résultats en matière de santé (ou des résultats intermédiaires en matière de santé) d'une manière plus efficace, plus efficiente et plus durable que le pourrait le secteur de la santé s'il devait agir seul. (WHO Health, 1997, p.3)

### **2.7.1. Le tabagisme**

Selon l'étude nationale sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires réalisée par le MS en 2000, le nombre de fumeurs atteint 34,5% de la population masculine âgée de 20 ans et plus. Près de la moitié des fumeurs commencent à fumer entre 15 et 19 ans (48,4%) et 13,1% débutent avant 15 ans. En milieu scolaire, une enquête nationale réalisée en 2006 a montré que 15,5% des élèves (âgés de 13 à 15 ans) consomment le tabac sous diverses formes (avec 6,4% fumant des cigarettes et 12% utilisant d'autres formes).

### **2.7.2. Les habitudes alimentaires**

Comme la plupart des pays en développement, le Maroc connaît une évolution quantitative et qualitative de sa consommation alimentaire. Les produits céréaliers tendent à baisser au profit des produits animaliers (viandes, poissons, produits laitiers et œufs). Les matières grasses régressent aux dépens des sucres et des produits sucrés. Les quantités de fruits et légumes consommés ont doublé tandis que celles des poissons et des fruits de mer, d'huiles végétales et de tubercules, ont triplé. L'apport énergétique par personne est passé de 2159,4 Kcal/personne/jour en 1965 à 3125 Kcal/personne/jour en 2000-2002. Cette transition alimentaire a conduit aussi à une élévation de la prévalence du surpoids et de l'obésité et à une augmentation de l'incidence des maladies chroniques<sup>24</sup>. La consommation de sucre raffiné et de sel augmente tandis que les fibres et les glucides complexes font de moins en moins partie de l'alimentation. Ces éléments et d'autres facteurs de risque ont engendré une prévalence accrue de certaines maladies, en particulier l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, le diabète sucré et certains cancers, etc.

### **2.7.3. La toxicomanie**

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

### **2.7.4. Les nouveaux risques environnementaux**

Les facteurs de risque sanitaires liés à l'environnement résultant d'une exploitation accrue des ressources naturelles et inévitablement de la dégradation de l'environnement suite aux différentes pollutions : pollution microbiologique et chimique des eaux, pollution de l'air par des particules en suspension et des polluants gazeux en milieu urbain, la pollution du sol par les décharges ménagères, les déchets industriels et agricoles.

## **2.8. Insuffisance quantitative et qualitative chronique en ressources humaines**

Le personnel de santé est défini comme l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé<sup>25</sup>. Dans son rapport sur la santé dans le monde de 2006, l'OMS a classé le personnel de santé en deux groupes :

- Les prestataires<sup>26</sup> de services de santé (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, cadres infirmiers et sages-femmes, professions intermédiaires de la médecine moderne (à l'exception du personnel infirmier), personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire), tradipraticiens et guérisseurs ;

<sup>24</sup> K. ANZID, FZ. EL HAMADANI, A. BAALI, M. CHERKAoui, G. BOËTSCH, "Transition alimentaire et son impact sur la santé de la population marocaine", <http://anthro.unige.ch/galf2007/resume/076>

<sup>25</sup> Cette définition s'inscrit dans le prolongement de celle que l'OMS donne d'un système de santé, à savoir l'ensemble des activités dont l'objet principal est l'amélioration de la santé. (Extrait du rapport sur la santé dans le monde 2006, p. 1).

<sup>26</sup> Dans le rapport annuel sur la santé dans le monde 2006, le terme utilisé est « prestataire » au lieu de prestataire

- Le personnel administratif et d'appui (personnel cadre, personnel de niveau intermédiaire, personnel d'appui, ouvriers)

### 2.8.1. Pénurie ou pléthore des prestataires de services ?

Pour déterminer à quel niveau se situe la pénurie des personnels de santé dans l'ensemble du monde, la Joint Learning Initiative (JLI) (Initiative conjointe pour l'apprentissage), un réseau de responsables internationaux de la santé publique créé par la Fondation Rockefeller part de l'idée qu'en moyenne les pays possédant moins de 2,5 soignants (en ne prenant que les médecins, les infirmières et les sages femmes) pour 1000 habitants ont été incapables d'obtenir une couverture de 80% en ce qui concerne l'accompagnement des accouchements par des accoucheurs qualifiés ou la vaccination anti rougeoleuse<sup>27</sup>.

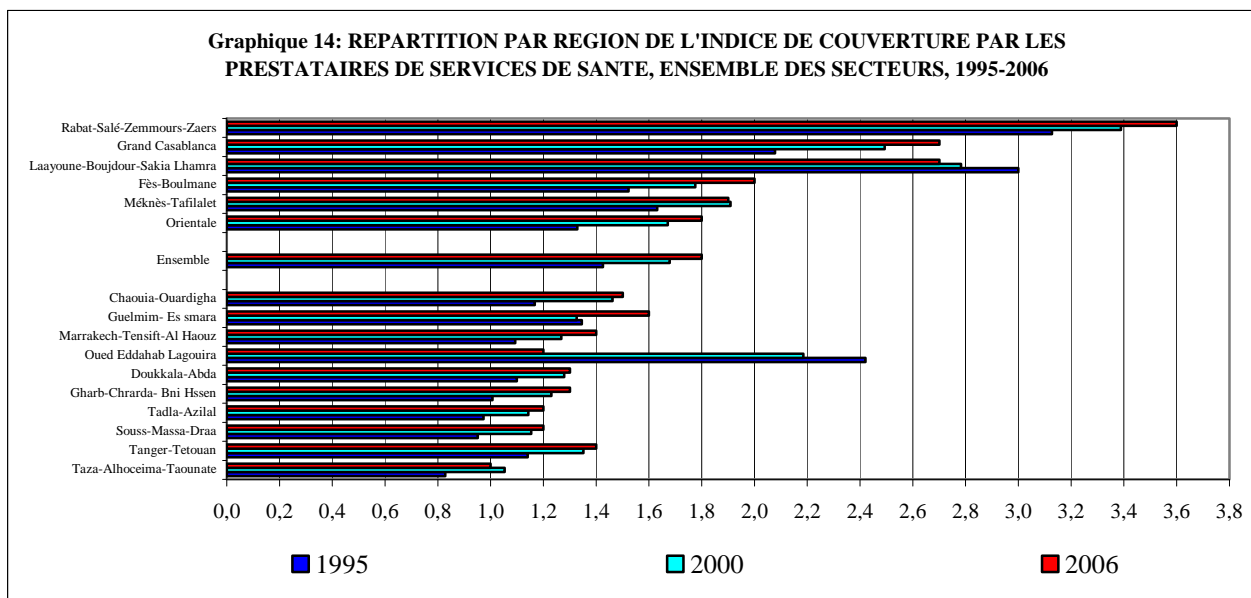
En appliquant ce ratio calculé à partir des effectifs des prestataires de services disponibles au Maroc pour les années 1995, 2000 et 2006<sup>28</sup> par exemple, on constate que ce ratio a évolué entre 1995 et 2006 respectivement de 1,4 à 1,9 pour l'ensemble des secteurs et de 1,11 à 1,14 pour le secteur public, il reste par conséquent, très en deçà du ratio moyen préconisé par l'OMS (Tableau 6).

**Tableau 6: Evolution du ratio de couverture par les prestataires de services de santé, 1995-2006 (pour mille habitants)**

Année	Ensemble des secteurs	Secteur public
1995	1,4	1,11
2000	1,7	1,14
2006	1,9	1,14

Source de données : Divers rapports du Ministère de la Santé, DPRF et DRH

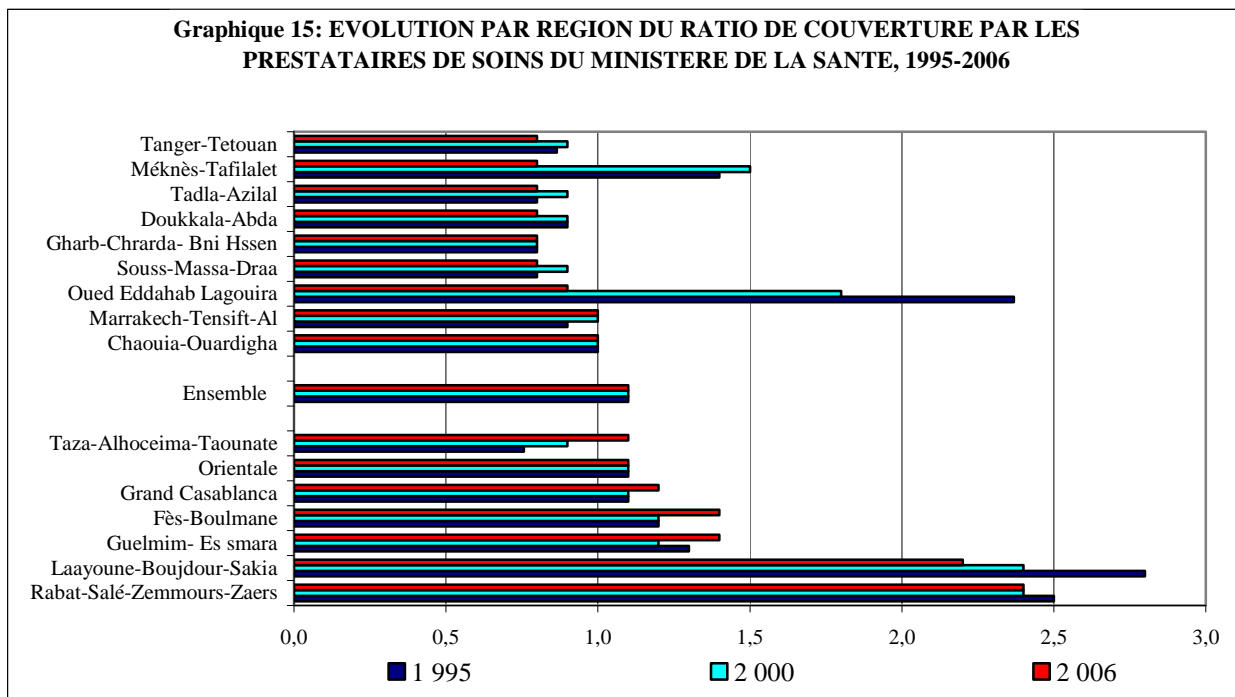
Comme en témoignent ces ratios, le Maroc souffre d'une pénurie chronique en prestataires de services de santé, puisqu'en dix ans, le ratio n'a augmenté que de 0,4 pour l'ensemble des secteurs et d'à peine 0,03% pour le secteur public. Par région, et pour l'ensemble des secteurs, en 2006, trois parmi elles seulement enregistrent des ratios supérieurs à 2 : Rabat-Zemmours-Zaers (3,6), Grand Casablanca (2,7) et Laayoune-Boujdour-Sakia Lhamra (2,7). Sept régions ont un ratio inférieur à 1,5 (Graphique 14).



<sup>27</sup> Extrait du Rapport sur la santé dans le monde 2006, p. 12

<sup>28</sup> Compte tenu de la qualité des informations disponibles, les effectifs utilisés concernent le secteur privé, les secteurs privés à but non lucratif et non lucratif. Les prestataires de services de santé des Forces Armées Royales n'y sont pas inclus. Il englobe en plus des médecins et des paramédicaux, les pharmaciens et les chirurgiens dentistes.

Au niveau du secteur public, la répartition par région pour l'année 2006 laisse apparaître deux régions avec un ratio supérieur à 2 : Rabat salé – Zemmours-zaer (2,5) et Laayoune-Boujdour-Sakia Lhamra (2,2) alors que 6 régions avec un ratio égal ou inférieur à 1 : Chaouia-Ouadigha (1,0), Tadra-Azilal (0,8), Souss-Massa-Draa (0,8), Doukkala-Abda (0,8), Taza-Alhoceima-Taounate (0,8), Gharb-Chrarda- Bni Hssen (0,8) et Tanger-Tetouan (0,4) (Graphique 15).

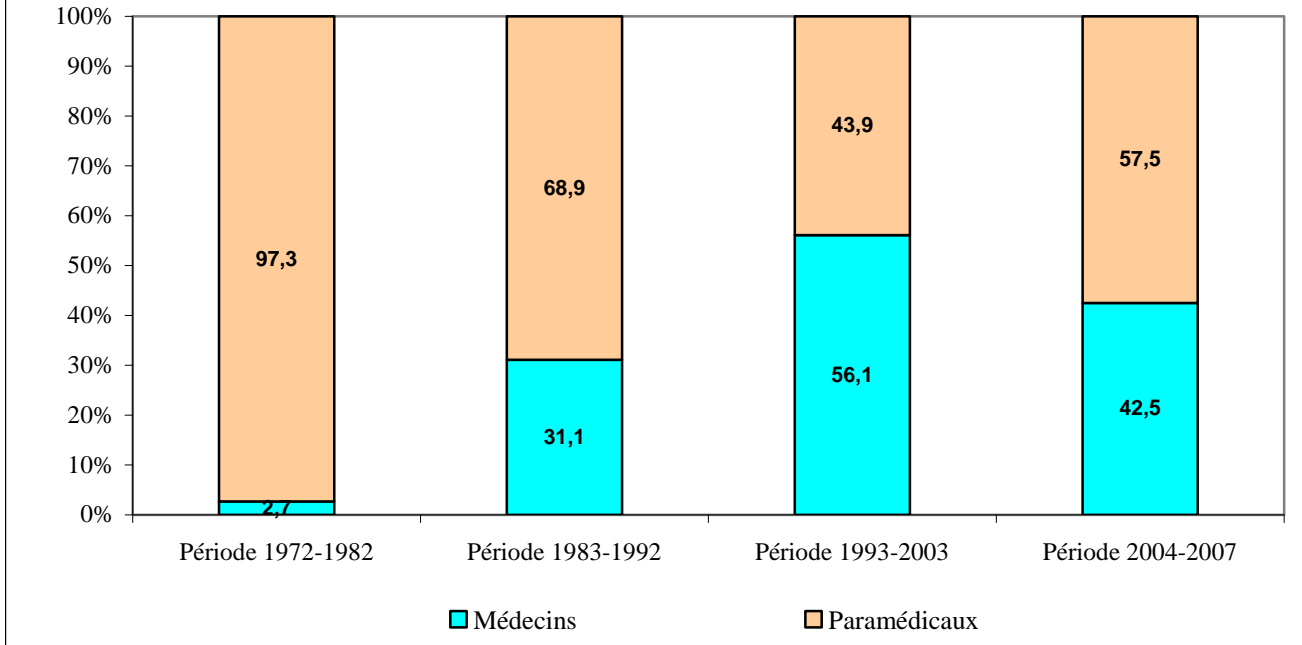


### 2.8.2. Problématique de planification et de gestion de l'offre et de la demande en prestataires de services

Les besoins en personnel paramédical demeurent très importants dans le secteur public. L'arrêt de la formation pendant une période de la phase de mise en œuvre du programme d'ajustement structurel (PAS), sa reprise ultérieure avec des effectifs réduits, le maintien de la restriction des créations d'emploi, la suppression systématique des postes d'emploi laissés vacant par les départs à la retraite, avaient amené le MS à mettre continuellement en adéquation les effectifs à former avec les possibilités de création d'emploi. Malgré cette prudence, chaque année, plusieurs centaines d'infirmiers et de sages femmes diplômées restent souvent en attente jusqu'à deux années pour pouvoir bénéficier d'un emploi dans le secteur public. Par conséquent, la capacité de formation demeure sous utilisée. Ce dilemme entre les effectifs à former et les perspectives de création d'emplois, se pose chaque année pour le MS et ne fait qu'accroître le déficit en personnel qui s'accumule d'année en année.

Quant aux médecins, les deux facultés de médecine (Rabat et Casablanca), produisent annuellement un peu plus de 700 médecins auxquels s'ajoutent ceux formés à l'étranger. Le MS, voulant étendre la médicalisation au milieu rural, a avantagé depuis 1993, le recrutement de médecins au détriment des paramédicaux (Graphique 16).

**Graphique 16: EVOLUTION DE LA PROPORTION DES MEDECINS DANS LES RECRUTEMENTS FAITS PAR LE MINISTERE DE LA SANTE ENTRE 1972 ET 2007**



Dans les faits, quoique le recrutement des médecins se soit intensifié, la priorité accordée depuis plusieurs années à la médicalisation du milieu rural ne s'est pas traduite concrètement sur le terrain puisque le renforcement souhaité n'était pas atteint. Sur les 2552 établissements du RESSB implantés, 1887 soit 74% sont dans le milieu rural, alors que l'encadrement par les médecins de ce réseau qui est représenté par un effectif de 3214 (2006) dont seulement 1279 parmi eux, soit 40% évoluent en milieu rural.

Le rythme de recrutements par le MS au cours des dernières années n'a pas été en mesure d'améliorer la couverture des besoins des établissements de soins, ni de compenser les départs cumulés à la retraite. En effet, pour des demandes exprimées par le MS de plus de 20 000 postes entre 1993 et 2007, 13 356 seulement ont été attribués alors que durant la même période, 6 621 départs à la retraite n'ont pas été remplacés. Au cours des quinze prochaines années, ces départs vont s'accroître pour atteindre une moyenne annuelle de plus de 1 000 prestataires de soins.

### **2.8.3. Déséquilibre quantitatif dans le secteur public au niveau du rapport nombre de paramédicaux par médecin**

L'augmentation des recrutements des médecins et la réduction de ceux des paramédicaux a fini par créer un déséquilibre dans la constitution des équipes de soins, puisque le rapport nombre d'infirmiers par médecin qui était de 14,8 paramédicaux par médecin en 1980 est tombé à 7,6 en 1990 puis à 4,5 en 2000 pour n'être plus que de 2,8 en 2005. Cette situation risque de s'aggraver davantage avec les départs à la retraite de plus en plus importants du personnel paramédical dont le nombre projeté est de 2683 d'ici 2012 sur les 3950, soit 68% du total des départs contre le départ de 239 médecins seulement soit 6%, tandis que les 26% restant concernent le personnel administratif et d'autres profils.

En ce qui concerne l'encadrement du secteur public par les médecins spécialistes, ces derniers représentent 53,3% de l'effectif en fonction. Quant aux spécialités de base : chirurgie générale, gynécologie/obstétrique et pédiatrie, elles ne représentent respectivement que 6,6%, 7,6% et 6,2% soit



un total de 20,4% de l'ensemble des spécialités. Sur les 778 résidents actuellement en formation dans les spécialités chirurgicales, seuls 89 ont opté pour la chirurgie générale soit 11,4%

#### **2.8.4. Capacités de formation des prestataires de soins en pleine expansion et actions limitées de formation continue**

La moyenne annuelle de formation des médecins généralistes par les 4 facultés de médecine et de pharmacie du pays s'établit en moyenne à environ 700 diplômés. Au niveau encadrement de la formation, les ratios personnel enseignant/étudiants calculés à partir des données du Ministère de l'Enseignement Supérieur, dénotent des inégalités importantes entre les facultés : un enseignant pour 4 étudiants à Rabat, un pour 8 à Casablanca, un pour 25 à Fès et un pour 24 à Marrakech. La décision de création d'une cinquième faculté de médecine à Oujda est en cours d'application. La formation en pharmacie reste limitée à la Faculté de Rabat avec une production annuelle d'une centaine de pharmaciens auxquels s'ajoutent des centaines d'autres formés à l'étranger. Les deux facultés de médecine dentaire (Rabat et Casablanca) forment annuellement une moyenne de 150 chirurgiens dentistes en plus de ceux formés à l'étranger.

En ce qui concerne les structures de formation des paramédicaux, en plus des instituts du MS qui sont au nombre de 21 Instituts de formation aux carrières de santé (IFCS) et 1 Institut de Formation des Techniciens Ambulanciers (IFTA), des écoles privées se sont développées à partir de 1998 dans la plupart des grandes villes du pays, totalisant actuellement plus d'une centaine d'établissements, qui prodiguent un enseignement pour la formation de profils d'infirmiers, d'auxiliaires, de sages femmes, d'orthoptistes, de kinésithérapeutes, d'orthophonistes, d'opticiens lunetiers et de préparateurs en pharmacie. Les infirmiers et techniciens formés par ces écoles ne sont pas recrutés dans le secteur public, leur destination finale reste exclusivement le secteur libéral. Entre 2002 et 2006 par exemple, il y a eu 4341 inscrits et 646 diplômés.

En ce qui concerne le personnel gestionnaire et administratif, 232 lauréats ont été formés à l'Institut national d'Administration Sanitaire (INAS), dont 58% sont issus du cadre médical, et pharmaceutique, 35% du cadre infirmier et 7% de celui des administrateurs. 98% de ces lauréats exercent actuellement des fonctions de gestion au niveau central et local. La production des effectifs formés est faible et ne suffit pas à percevoir un impact sur le système de santé. Une critique généralement émise par les responsables du système de santé est le peu de relations entre l'institution et les autres structures du MS tout comme les autres institutions d'enseignement supérieur.

Le nombre insuffisant d'enseignants, peu polyvalents, ne permet pas de disposer d'un éventail de compétences suffisantes par rapport aux besoins du système et aux contenus des cours à assurer. Ceci a une incidence sur la qualité des formations actuelles. La difficulté à mobiliser les enseignants vacataires en fonction d'une chronologie des modules et d'un calendrier fixe pour le programme est réelle, elle affecte énormément la coordination des modules de formation dépendant d'enseignants vacataires.

Le statut actuel de l'INAS ne semble pas être en adéquation avec les orientations de la charte de l'éducation et de la loi 01.00 sur la réforme de l'enseignement supérieur qui insistent sur la nécessité d'avoir un système de formation autonome et responsable capable de répondre aux besoins et de s'adapter aux changements de l'environnement professionnel. Ce caractère lui donne peu d'autonomie et doit être revu pour augmenter sa capacité de formation et permettre aussi aux gestionnaires du secteur libéral d'accéder à ses programmes.

La formation continue (FC) est une composante de la gestion des ressources humaines (RHu). Le MS l'a toujours considérée comme une composante essentielle dans la réflexion pour l'amélioration des performances des RHu. Dans cette perspective, le MS a mis en place dès 1990, une stratégie de

décentralisation de la FC et a créé un service de FC<sup>29</sup>. Il ressort du constat de la situation actuelle que les principaux dysfonctionnements et contraintes peuvent se résumer comme suit :

- Absence d'outils réglementaires, la FC n'est pas encore institutionnalisée ;
- Faiblesse des structures chargées de la FC ;
- Insuffisance des RHu et financières allouées à la FC ;
- Inadaptation des approches, méthodes de formation ;
- Insuffisance de la documentation et des revues spécialisées ;
- Limitation de l'accès aux technologies de l'information ;
- Absence de motivation ;
- Absence d'organisation de formation diplômante ;
- L'offre de formation est insuffisante, peu accessible et peu adaptée par rapport aux nouveaux besoins de formation :
  - Le MS ne dispose pas d'un mécanisme systématique d'identification et de fixation des priorités des besoins de FC ;
  - Le système de FC est peu réactif par rapport aux besoins émergents du système de santé ;
  - Les difficultés d'intégration des nouvelles recrues du département à cause de l'inexistence de formation d'adaptation à l'emploi ;
  - L'iniquité de l'offre actuelle de FC ;
  - La qualité insuffisante des prestations pédagogiques ;
  - La pénurie et le déficit qualitatif du corps enseignant des institutions de formation du MS ;
  - Le manque d'utilisation des potentialités externes au MS ;
- Dysfonctionnements liés au pilotage de la FC :
  - Chevauchement des rôles et responsabilités concernant la FC au MS ;
  - Multiplicité et manque de coordination entre les intervenants opérationnels de la FC ;
  - Outils de régulation de la FC peu développés ;
  - Mécanismes incitatifs à la FC insuffisamment développés ;
  - Liens d'imputabilité ou de reddition de compte entre les acteurs de la FC peu développés.

### **2.8.5. Dériver constatées au niveau des ressources humaines en santé**

Un certain nombre de constats sont rapportés sur le personnel de santé du secteur public tels :

#### **A. Emploi par le secteur privé des ressources humaines du secteur public hors d'un cadre réglementaire établi**

Une évaluation de la situation des cumuls d'emplois concernant les médecins et les infirmiers employés par le secteur public et qui travaille en même temps dans le secteur libéral, a été tentée en 2000. Il n'a pas été possible de les dénombrer, mais certaines estimations vont jusqu'à mentionner qu'environ 50% du personnel des cliniques privées proviennent des hôpitaux (qui y travaillent quelques fois en dehors de leur horaire régulier de travail à l'hôpital, pendant les jours de récupération, parfois à plein temps quant la personne travaille la nuit à l'hôpital).

Dans tous les cas, le personnel employé de la fonction publique n'est pas légalement autorisé à bénéficier de ce cumul d'emploi. Pour les médecins, ce cumul d'activité, est en plus en marge de la réglementation régissant l'exercice de la médecine<sup>30</sup>. Quoiqu'il existe, ce phénomène n'a jamais été

---

<sup>29</sup> La stratégie nationale de formation continue a été révisée en 1999 compte tenu de l'émergence de nouvelles structures et intervenants en matière de formation continue (création de l'INAS en temps que structure de formation continue, processus de régionalisation et réforme du dispositif de formation de base avec l'apparition des IFCS leur conférant la mission de formation continue en sus des missions classiques).

<sup>30</sup> L'article 55 de la loi n° 10.94 relative à l'exercice de médecine stipule « il est interdit à tout médecin inscrit au tableau de l'ordre en qualité de médecin fonctionnaire d'accomplir aucun acte de sa profession en dehors du service public auprès duquel il est régulièrement affecté, hormis le cas où il doit porter secours et assistance à personne en danger et sous réserve des autorisations exceptionnelles prévues par l'article 15 du Dahir n° 1.58.008 du 24 février 1958 portant statut général de la fonction publique.

bien documenté pour en apprécier l'importance et ses répercussions sur le fonctionnement des hôpitaux.

## **B. Utilisation non conforme du temps plein aménagé par certains enseignants des CHU et contrôle défaillant de cette pratique**

Le temps plein aménagé (TPA) est régi par les dispositions de Dahir n° 1.96.123 du 21 août 1996 promulguant la loi n° 10.94 relative à l'exercice de médecine article 56, qui autorise les enseignants chercheurs : médecins, chirurgiens, biologistes, pharmaciens et chirurgiens dentistes des hôpitaux à exercer la médecine de manière libérale dans des cliniques dénommées « cliniques universitaires ». En attendant la création de ces cliniques, l'article 57 autorise, pendant une période transitoire de cinq ans, l'exercice de manière libérale dans les cliniques qui ont conclu à cet effet avec l'administration une convention déterminant l'étendue des obligations de la clinique vis-à-vis de l'administration d'une part et vis-à-vis desdits médecins d'autres part. La période légale de cinq a pris fin depuis le 20 novembre 2001, mais la pratique du TPA continue à se faire sans couverture légale. L'impact de cette pratique sur la formation médicale est, semble-t-il, très négatif.

## **C. Existence du phénomène d'absentéisme**

L'absentéisme est souvent rapporté comme important dans les établissements de soins du MS. Cependant, aucune information n'est disponible pour en apprécier l'importance en terme de journées de travail perdues ainsi qu'en terme d'impact sur la productivité des établissements de soins.

## **D. Pratique de la corruption dans les établissements de soins**

Transparency Maroc a récemment publié une synthèse des résultats d'une enquête nationale sur l'intégrité : étude auprès des ménages<sup>31</sup>, menée au Maroc en novembre 2001 sur la base d'un échantillon de 1000 unités (des chefs de ménages : 79% sont des hommes et 21% des femmes) réparties dans 13 grandes villes et localités rurales avoisinantes qui ont été longuement interrogées et, surtout, invitées à donner leur perception sur le phénomène de la corruption.

Parmi les problèmes socio-économiques perçus par les ménages comme très importants, le système de santé vient en 5<sup>ème</sup> position avec 88% après le chômage (98%), le coût de la vie (92%), les déchets/propreté/pollution (91%) et la corruption dans le public (88%).

En ce qui concerne la corruption dans le système de santé, 80% des ménages disent qu'elle est très courante. 40% des répondants ayant été en contact avec le personnel de santé affirment avoir fait un versement illicite, soit 23% de l'ensemble des répondants. Parmi les motifs de versement, 56% disent pour accéder à un service public. Pour les montants des versements, 50% des ménages les situent entre 20 et 100 Dh, 8% affirme avoir versé entre 100 et 500 Dh et 4% plus de 500 Dh. Quant à la fréquence des versements, 29% affirment le faire toujours, 35% fréquemment et 30% rarement. Le profil de la personne ayant reçu le versement, 2% des ménages disent l'avoir versé à des administrateurs, 4% pour des secrétaires et réceptionnistes, 7% pour des sages femmes, 7% pour des médecins, 17% pour des infirmiers majors et 74% pour des infirmiers.

---

<sup>31</sup> Enquête réalisée par LMS Marketing pour le compte de Transparency Maroc.

### Encadré 5: La corruption vue par le rapport du cinquantenaire

*« ... L'absence d'application systématique de la loi est un terrain fertile pour la corruption. Est-il utile d'avoir de bonnes lois si on ne les applique pas ? Tant que la loi, rien que la loi, toute la loi ne sera pas appliquée à tous, la corruption risque de rester un mal endémique dans notre pays. Elle retarde son développement, car elle fausse les règles du jeu et favorise ceux qui savent et peuvent corrompre au détriment des autres. »<sup>i</sup>*

Rapport du cinquantenaire, « *Le Maroc possible : une offre de débat pour une ambition collective* »,  
Cinquante ans de développement humain, perspectives pour 2025, comité directeur, 2006, p.89.

## E. Faiblesse des moyens de motivation du personnel notamment les programmes sociaux

Mis à part les quelques actions menées par l'Association des œuvres sociales du personnel de l'administration centrale, et des rares initiatives au niveau des associations provinciales, il n'y a jamais eu de programmes sociaux élaborés au profit du personnel de la santé.

### 2.9. Dispositions du nouveau code du médicament et de la pharmacie non encore appliquées, procédures de fixation des prix des médicaments mal adaptées, utilisation peu développée du médicament générique et logistique d'approvisionnement du secteur public peu performante

Les CNS 97/98 et 2001 ont estimé la part des dépenses en médicaments sur la dépense totale de santé respectivement à 36,1% et 34,7%.

Malgré les acquis enregistrés par le secteur du médicament et de la pharmacie, des problèmes persistent encore et sont liés essentiellement à :

- La faiblesse de la production du médicament générique<sup>32</sup> (pour le MS, en 2001, les génériques ont représenté 91% du volume et 77% en valeur des appels d'offres). En 2002, en volume, les génériques représentent 49,9 Millions d'unités (boîtes) soit 24,6% en volume du marché pharmaceutique privé. En valeur, ils représentent 1,3 Milliards de Dhs (2,7 Milliards de Dhs en dépenses) soit 24,4% du marché. En 2006, les génériques ont représenté en nombre de boites 24,6% et en valeur 24,4%<sup>33</sup>.
- La multiplicité des unités de fabrication dont la taille ne permet pas d'affronter la concurrence et la mondialisation;
- La gestion de l'approvisionnement en médicaments dans le secteur public notamment au niveau des hôpitaux où la gestion de ce produit pâtit de l'absence de missions claires, de procédures rigoureuses standardisées, de normes d'entreposage et de gestion des stocks et de mesures de suivi des médicaments après leur sortie des pharmacies (problème de traçabilité).

Des défis restent à relever notamment l'amélioration de l'accès des populations au médicament tant sur le plan géographique qu'économique, le renforcement du contrôle de la qualité et de l'utilisation et la mise en place d'institutions de surveillance et de vigilance.

Quant à la loi 17-04 portant code de la pharmacie promulguée en 2006 par le Dahir n° 1-06-151 (publiée au Bulletin Officiel n° 5480 du 15 Kaada 1427 (7-12-2006), qui a constitué la première réforme majeure du secteur pharmaceutique depuis plus de 40 ans, et qui traduit les grandes lignes de

<sup>32</sup> Le médicament générique est la copie conforme d'un médicament déjà existant et dont la commercialisation a été rendue possible par l'échéance ou l'absence du brevet de protection du médicament original (spécialité princeps)

<sup>33</sup> En 2005, les médicaments délivrés aux USA, le plus grand marché pharmaceutique dans le monde, étaient des médicaments génériques. Pourtant, la valeur de ces génériques n'étaient que de USD 22,3 milliards alors que le marché pharmaceutique total aux Etats-Unis d'Amérique s'élevait à USD 252 milliards la même année. En d'autres mots, 63% du volume total des médicaments aux Etats-Unis d'Amérique représentaient seulement 9% de la valeur total du marché pharmaceutique constituant 37% du volume (à savoir les médicaments de marque). Extrait de « *Prix et accessibilité des médicaments dans la région de la Méditerranée Orientale* », Organisation Mondiale de la Santé, Ross-degnan D, Waning B., Discussions techniques, document EM/RC54/Tech.Disc.1, octobre 2007

la politique nationale en matière du médicament, n'a pas encore été suivie par la mise en place des textes réglementaires pour son application.

En ce qui concerne les prix des médicaments, on relève :

- une absence de clarté des procédures actuelles de fixation des prix et des pourcentages de remboursement ;
- des prix élevés des médicaments en comparaison avec les prix en cours dans des pays similaires ;
- l'impossibilité légale pour le pharmacien de la possibilité de procéder à la substitution<sup>34</sup> des produits prescrits par le médecin.

La réglementation des prix des médicaments date de la fin des années 60. Cette réglementation a introduit une distinction dans les modes de fixation des prix des médicaments fabriqués localement et ceux importés. Le système du cadre de prix est dépassé et n'est pas appliqué par l'administration. Le prix des produits importés est établi à partir du prix dans le pays d'origine, de ce fait le prix sera dépendant du choix du pays d'origine laissé aux bons soins de l'importateur. Le système de révision des prix, souple pour les médicaments importés et plus complexe et aléatoire pour les médicaments fabriqués. Pour ce dernier, le système de fixation des prix des produits fabriqués maintient une grande différence entre les médicaments anciens et les médicaments récents, dont les prix sont plus élevés. Ceci conduit à l'abandon des premiers au profit des seconds. Depuis le milieu des années 90 on assiste à une augmentation du pourcentage des produits importés.

*L'analyse des prix du générique le plus vendu fabriqué localement, montre qu'il représente 3,4 fois le prix de référence international pour le secteur privé et 3,3 fois pour le secteur public, que les marges cumulées entre prix fabricant et prix final sont de 22,7% dans le secteur public et de 110,4% dans le secteur privé<sup>35</sup>. Il ressort qu'à coté des prix élevés des fabricants ce sont les droits d'importation et la TVA (7%) qui contribuent à l'augmentation du prix auquel s'ajoutent les marges de distribution du grossiste (10%) et du détaillant (30%). En comparant au pouvoir d'achat, les médicaments au Maroc restent plus chers qu'au niveau de la majorité des autres pays.*

En ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments et produits pharmaceutiques des structures du MS, il y a lieu de mentionner que le système actuel souffre de contraintes d'ordre institutionnel, organisationnel et réglementaire<sup>36</sup>.

- Sur le plan institutionnel : l'approvisionnement pour les programmes de santé est assuré par la direction de la population et la direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies tandis que celui du RH et du réseau des ESSB est assuré par la division de l'approvisionnement.
- Sur le plan organisationnel, l'approvisionnement du RH et du réseau des ESSB se fait, depuis 2001, par des achats groupés.
- Sur le plan réglementaire : les dispositions réglementaires sont rigides et inadaptées, difficulté d'appliquer aux médicaments et consommables médicaux les dispositions récentes du décret fixant les conditions de passation des marchés, notamment celles relatives à l'allotissement des actes d'engagement par lot, la procédure d'octroi de l'AMM limite la concurrence internationale, l'enregistrement et la profession des consommables médicaux ne sont pas réglementés.

Pour ce qui est de l'utilisation rationnelle des médicaments, des pratiques de prescriptions médicalement inopérants, nuisibles et/ou économiquement inefficaces se rencontrent dans de nombreuses structures de soins. Une mauvaise utilisation des médicaments compromet la qualité du

<sup>34</sup> Le droit de substitution c'est le droit accordé au pharmacien de remplacer un médicament prescrit par un autre de la même famille et de la même classe thérapeutique sans recourir à l'autorisation de médecin prescripteur.

<sup>35</sup> Document de base du thème 4 : médicament et pharmacie préparé pour le rapport « Santé : vision 2020 »

<sup>36</sup> Ministère de la Santé, « Rapport de la commission chargée d'élaborer une nouvelle stratégie d'approvisionnement des établissements de santé en médicaments et en consommables médicaux », février 2008

traitement appliqué aux patients et constitue un gaspillage de ressources disponibles pour les produits pharmaceutiques. Les guides et manuels édités par le MS à cet effet ne sont plus utilisés et parfois même méconnus des praticiens au niveau des établissements de soins.

## **2.10. Partenariat avec la société civile et les organisations non gouvernementales peu ou mal exploité**

Le MS, conscient de l'importance de ce partenariat a intégré dans son organisation actuelle, des structures dont les missions s'inscrivent dans cette perspective. Six services répartis sur cinq directions, doivent assurer des missions de coordination et collaboration intersectorielle, avec les organisations non gouvernementales et les collectivités locales<sup>37</sup>. Malgré cette multitude de services, et la signature d'un nombre relativement important de conventions, l'on relève l'absence d'une véritable politique de partenariat avec la société civile.

Jusqu'à présent, le MS a établi des relations de partenariat avec plus de 700 ONG nationales qui oeuvrent dans tous les domaines qui concernent le développement<sup>38</sup>. Un partenariat très actif est opérationnel avec la Fondation Mohamed V pour la solidarité et l'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer.

En plus de ce partenariat conventionnel, 32 conventions de partenariat entre les structures de l'Etat et les associations ont été conclues depuis 2004, date d'entrée en vigueur, d'un nouveau cadre de partenariat souple et amélioré<sup>39</sup>. Ces conventions couvrent la majorité des actions de santé qu'elles soient ambulatoires ou hospitalières, dans le milieu urbain ou rural. Les domaines d'interventions concernés sont :

- la prévention et la prise en charge des cancers (l'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer) ;
- la prise en charge des enfants abandonnés (Ligue Marocaine de Protection de l'Enfance et l'Association des Villages SOS Enfants,...) ;
- l'hémodialyse (Associations de Soutien aux Hôpitaux, Association Marocaine des Insuffisants Rénaux, etc..) ;
- la construction des ESSB (Associations locales) ;
- la réadaptation et la rééducation des handicapés qui constituent également un créneau où un nombre important d'Associations sont actives ;
- l'IEC, la lutte contre les déficiences visuelles et campagnes de dépistage des maladies, les soins hospitaliers (Associations locales, provinciales et régionales, etc..) ;
- la lutte contre les maladies particulièrement les infections sexuellement transmissibles, la cataracte....;
- la lutte contre le cancer ;
- la prévention et le dépistage précoce des maladies.

## **2.11. Faible participation du secteur privé aux actions de santé publique**

Le secteur privé travaille en marge du système de santé et sa participation aux priorités de santé publique, notamment celles en relations avec les programmes de lutte et de prévention est insignifiante.

---

<sup>37</sup> Le Décret n° 2-94-985 du 21 novembre 1994 relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère de la Santé mentionne les services suivants : Direction de la Population (service de la coordination et de la collaboration intersectorielle), Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies (Service de l'action intersectorielle), Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires ( Service de la coordination intersectorielle), Direction de la réglementation et du contentieux ( Services des conventions et des relations avec les associations à vocation sanitaire), Direction de la planification et des ressources financières (Service des organisations non gouvernementales et service des collectivités locales).

<sup>38</sup> Plus de 600 Associations marocaines dont 59 Associations vouées aux actions et activités concernant la santé de l'enfant, une soixantaine d'ONG étrangères ou internationales telles qu'Helen Keller International Incorporated, Terre des Hommes, la Goutte de Lait Allemande, Lion's Club International, Rotary Club International, Croix Rouge Internationale et une trentaine de sociétés savantes et d'associations de sciences médicales.

<sup>39</sup> Circulaire du Premier Ministre n°7/2003 du 27 juin 2003

## 2.12 Rôle de l'Etat insuffisamment assumé

Le rôle du MS avec sa double fonction de producteur et de régulateur, ainsi que le caractère plutôt formel de sa tutelle sur le secteur privé, constituent une source d'ambiguïté et autant de facteurs de confusion supplémentaires. Le centralisme excessif de l'administration sanitaire et le faible développement des services locaux, le secteur de la santé reste encore l'un des secteurs publics les plus centralisés au Maroc<sup>40</sup>.

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

- L'absence d'un cadre légal et réglementaire pour la planification et la régulation de l'offre de soins, (un projet de loi sur le système de santé et l'offre de soins est dans le circuit de son adoption) ;
- Les rigidités des statuts du personnel ne sont pas favorables à une gestion des ressources humaines performante ;
- La faiblesse des outils de pilotage et de suivi : les systèmes d'information sanitaire et de gestion du MS ne concernent que les structures publiques;
- L'insuffisance de la déconcentration ;
- L'insuffisance de la participation des organisations professionnelles et des usagers à l'élaboration de la politique de santé, son suivi et son évaluation ;
- Le cloisonnement entre les différents systèmes, notamment public et libéral.

---

<sup>40</sup> Rapport du cinquantenaire, « *Le Maroc possible : une offre de débat pour une ambition collective* », Cinquante ans de développement humain, perspectives pour 2025, comité directeur, 2006, p.119-125.



## Deuxième partie : *Objectifs, stratégie et plan d'action*

Lors de l'ouverture de la première session de la première année législative de la huitième législature le 12 octobre 2007, SM le Roi Mohammed VI avait défini, pour le gouvernement, les grands axes devant inspirer sa politique socio-économique : « ...*Il appartient donc à chacun de s'employer à réaliser ce qui importe le plus pour le citoyen, à savoir, tout simplement, son aspiration à une vie libre et digne, dans un cadre dont les principaux atouts sont : une patrie unifiée, la sécurité et la stabilité, un enseignement de qualité, une éducation judicieuse, un travail productif, une économie compétitive, un logement décent, une couverture médicale fiable, une administration efficiente et intègre, une justice équitable et indépendante, une dignité assurée et une citoyenneté pleine et entière, avec ses droits et ses obligations...* »

Dans son rapport sur la santé dans le monde 2000, l'OMS soulignait : « *Si l'amélioration de la santé est de toute évidence le principal objectif d'un système de santé, il n'est cependant pas le seul. L'objectif est en fait double : il s'agit d'une part d'atteindre le meilleur niveau de santé possible, ce qui suppose un système apte à répondre adéquatement aux attentes de la population (qualité), et d'autre part de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire d'assurer à chacun une qualité de soins, sans discrimination (équité<sup>41</sup>)* ».

Au-delà des aspects médicaux de la santé, son amélioration est étroitement liée à celle des déterminants tels que : « *La paix et la justice sociale, une alimentation appropriée, une éducation adéquate, un revenu suffisant, un rôle utile pour chacun dans la société, un approvisionnement en eau satisfaisant, un logement décent, sont les préalables sans lesquels il ne saurait être question de santé, de croissance ou de développement* <sup>42</sup> ».

Compte tenu des problèmes identifiés et de priorités dégagées de l'analyse des performances de notre système de santé et du niveau de développement sanitaire du pays, le gouvernement s'est engagé à soutenir les efforts du MS pour mettre en œuvre son programme d'action, orienté sur la satisfaction du citoyen. La déclaration du Gouvernement de novembre 2007, dans son énoncé sur le secteur de la santé, s'inscrit dans la perspective des orientations de SM le Roi et des citations précédentes et place le citoyen au cœur des changements à apporter au système de santé : « *...le gouvernement est décidé de mobiliser tous les moyens matériels et humains nécessaires pour réformer et promouvoir le système de santé par la mise en place d'une stratégie claire dont le but est de permettre au citoyen qui s'adresse à un établissement de santé d'être bien accueilli et pris en charge correctement...* ». Cette déclaration s'inscrit également dans le respect et le renforcement du droit à la santé, auquel le Maroc a souscrit à travers les dispositions des différentes conventions et pactes internationaux sur les droits des femmes et de l'enfant ainsi que du Pacte des droits économiques, sociaux et culturels<sup>43</sup>.

<sup>41</sup> L'équité en santé est définie comme « l'absence d'écarts injustes et évitables, ou qui peuvent être corrigés, en ce qui a trait à la santé parmi les populations ou les groupes définis sur le plan social, économique, démographique ou géographique. » (*WHO Commission on SDH, 2005a, p. 5*)

<sup>42</sup> S.E. Curtis, A. Taket, R. Prokhorskas, M.A. Shabanah et M.C. Thuriaux, « Vers la santé pour tous dans la région européenne de l'OMS. Surveillance des progrès accomplis. II; Conditions préalables: bilan démographique et sanitaire », *Épidémiologie et santé publique*, 37, 1989, p. 299.

<sup>43</sup> L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels est la pierre angulaire de la protection du droit à la santé dans la législation internationale: le Pacte introduit des dispositions juridiquement contraignantes applicables à toutes les personnes dans les 146 Etats qui l'ont ratifié. Cet article 12 stipule :

1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:

a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;

b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;

c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;

d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

Sur le plan global, le MS poursuivra la consolidation de la mise en oeuvre de l'Initiative Nationale du Développement Humain (INDH) que notre pays a engagé depuis 2005 et qui traduit une volonté politique d'en finir avec la persistance des déficits sociaux et de réduire les inégalités. L'objectif est d'aider la population pauvre à sortir de sa précarité par un effort de développement participatif local, répondant à leurs véritables besoins et ce dans le cadre d'interventions multisectorielles coordonnées, complémentaires et englobant à la fois les aspects sociaux et économiques. L'impact des différents projets de l'INDH réduira de l'acuité de certains déterminants qui jouent un rôle néfaste sur la santé de la collectivité et, par conséquent, infléchira les tendances à l'accroissement de la morbidité et de la mortalité, particulièrement celles des populations vulnérables, les mères et les enfants.

Tenant compte de toutes ces données et des axes stratégiques de la vision santé 2020, le MS compte, pour la période quinquennale 2008-2012, corriger les dysfonctionnements du système et faire en sorte que ce programme d'actions puisse éliminer les inégalités évitables, injustes et remédiables en santé, parmi les populations définies par leur conditions sociales, économiques, démographiques, éthique ou géographique et aussi répondre au mieux aux attentes du citoyen, des professionnels de santé et des autres opérateurs actifs dans le domaine de la santé.

## **1- OBJECTIFS**

Dix objectifs sont fixés, couvrant un ensemble de composantes du système sur lesquelles porteront les programmes, les actions et les mesures.

### **Réduire de l'intensité des problèmes majeurs de santé**

1. Consolider les acquis des programmes de lutte et de prévention contre les maladies transmissibles;
2. Réduire la mortalité maternelle à 50 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité infantile à 15 pour mille naissances vivantes ;

### **Améliorer l'accès aux soins**

3. Assurer l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables et les populations rurales en particulier ;
4. Garantir une répartition équilibrée de l'offre de soins entre les milieux urbain et rural et entre les régions;
5. Rendre le service sanitaire public de qualité et compétitif (atteindre un taux d'hospitalisation de 5% de la population à l'horizon 2012) ;
6. Réduire les coûts des soins et des médicaments ;
7. Réduire la part des dépenses supportées par les ménages en ce qui concerne le financement de la santé à moins de 25% à l'horizon 2015
8. Regagner la confiance du citoyen envers le système de santé à travers l'amélioration de l'accueil, la fourniture de l'information, la prise en charge correcte des urgences et la disponibilité des médicaments ;
9. Prendre en charge totalement les affections de longue durée ;

### **Moraliser le secteur de la santé**

10. Mettre en œuvre un plan de lutte contre la corruption au sein des établissements de soins.

## 2- STRATEGIE

Pour atteindre ces objectifs, une nouvelle stratégie est adoptée et se décline en quatre grands axes :

- *Axe 1 : Repositionnement stratégique des différents intervenants dans le domaine de la santé;*
- *Axe 2 : Développement d'une offre de soins facile d'accès, suffisante, de qualité et répartie correctement sur le territoire ;*
- *Axe 3 : Planification et mise en œuvre de plans nationaux spécifiques de prévention et de lutte contre les maladies;*
- *Axe 4 : Renforcement de la sécurité sanitaire.*

## 3- PLAN D'ACTION

Pour l'élaboration du présent plan d'action, une démarche basée sur la concertation et la participation de tous les partenaires a été adoptée par le Ministère de la Santé. Ainsi, dès la formulation de la stratégie sanitaire 2008-2012, il y a eu constitution de 18 commissions qui ont travaillé sur des thèmes jugés importants et prioritaires par le département à savoir : 1) les aspects juridiques, 2) l'amélioration des services des hôpitaux, 3) l'approvisionnement en médicaments, 4) la mortalité maternelle, 5) la prévention et la sensibilisation, 6) le plan national de lutte contre le diabète, 7) le plan national d'hémodialyse, 8) le partenariat avec le secteur privé, 9) le partenariat avec les ONG, 10) le développement des CHUs, 11) le plan national de la santé mentale, 12) le plan de la santé rurale, 13) le plan national des maladies cardiovasculaires, 14) le plan national de lutte contre la tuberculose, 15) la moralisation, la transparence et la gouvernance du secteur de la santé, 16) la politique des médicaments, et 17) la veille et la sécurité sanitaire.

Les résultats des travaux de ces commissions ont été enrichis par les recommandations issues des travaux du colloque organisé en février 2008, par le MS, sous le thème « ensemble pour le droit à la santé ». La concertation autour des thèmes suscités a été élargie aux ONG, CHUs et autres acteurs dans le domaine de la santé.

Ce plan d'action est scindé en deux parties, la première concerne les actions retenues comme prioritaires sur lesquelles se focaliseront toutes les énergies et la seconde focalise sur les actions déjà engagées qu'il faudrait obligatoirement consolider.

### *Actions prioritaires*

#### *Axe 1 : Repositionnement stratégique des différents intervenants dans le domaine de la santé*

Le système de santé doit pouvoir être en mesure de répondre de façon plus harmonieuse et cohérente aux besoins de santé de la population, être performant, anticiper les problèmes de santé publique et garantir l'équité financière. La performance du système ne repose pas uniquement sur l'équilibre budgétaire, mais tout autant, sinon plus sur sa capacité à répondre aux besoins de la population sans produire de l'exclusion ni accroître les inégalités en santé.

## 1.1. Repositionnement et consolidation du rôle de l'Etat

Le MS renforcera sa capacité institutionnelle de s'acquitter de son rôle de direction de la santé et d'exercer un leadership intersectoriel pouvant faire appel aux différents acteurs du système et de les orienter dans la tâche consistant à impulser le développement humain. Il s'assumera davantage dans ses attributions relative à la planification, la gestion et la coordination de l'usage des ressources, qu'il s'agisse de ressources d'origine nationale ou celles de la coopération. Il favorisera également la participation de la société civile et du secteur privé, pour atteindre les objectifs nationaux de la santé

La complexité du système et le besoin de coordination qu'exigent les réformes de santé engagées incitent à accorder un intérêt particulier à la bonne gouvernance. Cette dernière s'appuiera sur des organes et des mécanismes nouveaux pour garantir un pilotage efficace des actions de santé et la participation des différents acteurs.

Actions	Activités
<p><b>Action 1 :</b> Recentrage du rôle du Ministère de la santé sur le financement, la régulation, la planification, le contrôle et la sécurité sanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un Conseil Supérieur Consultatif de la Santé qui aura notamment pour missions de donner son avis sur la politique nationale de santé et les priorités sanitaires ;</li> <li>- Accélération de la mise en œuvre du processus de régionalisation pour permettre aux régions sanitaires de disposer de l'autonomie et des moyens d'action nécessaires en s'appuyant notamment sur la contractualisation ;</li> <li>- Création d'établissements publics au niveau des centres hospitaliers régionaux (l'autonomie vise la responsabilisation des institutions prestataires sur les résultats de gestion de leurs activités à générer les attitudes nécessaires, à améliorer l'efficacité, l'efficacé et la qualité des services);</li> <li>- Développement d'un cadre réglementaire et des mécanismes de coordination nécessaires pour asseoir le partenariat public-privé sur des bases solides lui permettant de jouer un rôle actif dans l'amélioration de l'accès aux soins ;</li> <li>- Renforcement des actions de coopération bilatérale et multilatérale et adoption de nouvelles formes de partenariat notamment avec les collectivités locales et les Organisations Non Gouvernementales.</li> </ul>
<p><b>Action 2 :</b> Mise en place d'une nouvelle structuration du Ministère de la Santé pour donner une place privilégiée à la région</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de la déconcentration à travers un nouveau partage des attributions entre les niveaux central, régional et local par le rehaussement des responsabilités de ce dernier pour en faire un partenaire efficace dans la planification et la mise en œuvre des programmes locaux de développement.</li> <li>- Mise en place des directions régionales de la santé et la réadaptation de l'organisation centrale du MS.</li> </ul>
<p><b>Action 3 :</b> Mise en place du système d'information de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualisation du schéma directeur de l'information et de l'informatique</li> <li>- Mise en œuvre des recommandations du schéma directeur.</li> </ul>

## 1.2. Accroissement du rôle et de la contribution du secteur privé, de la société civile et des organisations non gouvernementales dans la résolution des grands problèmes de santé publique

En considération de leur dynamisme et de leur force de proposition et de mouvement, le MS compte coopérer davantage avec les Organisations Non Gouvernementale (ONG) qui partagent les valeurs de la politique de santé et offrent les moyens et les synergies permettant d'améliorer la santé. Les valeurs, les programmes et les intérêts des ONG et des collectivités au nom desquelles elles s'expriment peuvent être clairs et facilement comparés aux objectifs du MS. L'INDH a ouvert la voie à

l'instauration de partenariat et d'espaces de participation communautaire favorable au développement sanitaire dont le pivot est le centre de santé communal.

Actions	Activités
<p align="center"><b>Partenariat public –privé avec les professionnels et les établissements de santé du secteur privé</b>            Les objectifs fixés visent (i) à assurer une cohérence dans l'offre de soins et la complémentarité entre les deux secteurs, public et privé et (ii) à améliorer l'équité, la disponibilité et la qualité de l'offre de soins.</p>	
<p><b>Action 4 :</b> Mise en place d'un cadre concerté de partenariat avec le secteur privé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposition des domaines prioritaires de partenariat à l'examen de la commission consultative du partenariat avec les professionnels et établissements de santé privés,</li> <li>- Approbation et diffusion des domaines retenus,</li> <li>- Ediction des conditions et modalités du partenariat dans ces domaines,</li> <li>- Fixation des règles d'organisation d'activités ou de campagnes avec les associations des professionnels de santé</li> <li>- Elaboration et diffusion des outils de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.</li> <li>- Définition de l'architecture de la base de données et des informations qu'elle doit contenir ;</li> <li>- Elaboration du support d'information et de communication des données.</li> <li>- Institutionnalisation de la journée de partenariat avec les professionnels et les établissements privés ;</li> <li>- Elaboration et diffusion d'un rapport des actions de partenariat avec les professionnels et établissements de santé privés.</li> <li>- Définition des domaines éligibles aux réseaux de soins;</li> <li>- Elaboration et mise en œuvre des supports nécessaires à la création et au fonctionnement de ces réseaux ;</li> <li>- Création de la commission consultative de partenariat avec les professionnels et les établissements de santé et définition de son mandat ;</li> <li>- Définition des modalités de fonctionnement de la commission.</li> </ul>
<p align="center"><b>Partenariat public –privé avec les ONG</b>            L'objectif est de renforcer l'implication de la société civile dans la réalisation des objectifs de santé</p>	
<p><b>Action 5 :</b> développement et renforcement du partenariat avec les ONG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fixation des principes du développement du partenariat avec les associations et édicton des conditions et modalités de ce partenariat ;</li> <li>- Définition des domaines prioritaires du recours au partenariat, en fonction de la politique gouvernementale en matière de santé, et mise en place des outils pour renforcer l'implication des associations dans les actions de promotion de la santé ;</li> <li>- Mise en place d'une base de données sur le partenariat avec les ONG ;</li> <li>- Institutionnalisation d'une rencontre annuelle entre les associations œuvrant dans le domaine de la santé ;</li> <li>- Accompagnement de l'action des associations par un appui matériel et technique ;</li> <li>- Appui aux associations dans les démarches relatives aux procédures administratives auprès des autres départements ministériels.</li> </ul>

## *Axe 2 : Développement d'une offre de soins facile d'accès, suffisante, de qualité et répartie correctement sur le territoire*

Le MS doit faire en sorte que les services de soins disponibles soient efficaces, de qualité et sûrs et que les dispensateurs de soins répondent aux besoins des patients. Il doit garantir la prestation de services à la fois dans des situations d'urgence et dans le cadre du fonctionnement habituel du système. En tant que producteur de soins, le MS s'attachera sur le plan quantitatif et qualitatif à

l'amélioration des soins préventifs et curatifs prodigués dans l'ensemble des structures qui lui sont rattachées.

La mise en place de la carte sanitaire en tant qu'instrument de régulation de l'offre de soins, contribuera à réduire les écarts de couverture entre les régions en tenant compte des spécificités et des besoins de chacune d'elles et pour corriger les dysfonctionnements organisationnels et de coordination.

Un certain nombre de mesures seront mises en œuvre pour promouvoir le rôle de l'hôpital public dans le tissu social et renforcer la confiance de la population dans le service public.

## 2.1 Amélioration auprès des usagers des services rendus par les hôpitaux publics

Elle repose sur 3 objectifs à travers lesquels, il est possible d'apporter des solutions aux problèmes qui affectent le réseau hospitalier tout en préservant son caractère de service public, l'objectif général étant d'améliorer les services rendus par les hôpitaux publics à travers un appui soutenu et régulier dans l'ensemble des domaines porteurs de changement. Ces objectifs visent à : (i) améliorer les conditions d'utilisation des hôpitaux publics ; (ii) améliorer la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments et dispositifs médicaux dans les hôpitaux publics et (iii) orienter l'organisation hospitalière vers l'amélioration de la sécurité des patients et du management hospitalier.

Ces objectifs s'inscrivent dans la perspective d'orienter davantage le fonctionnement et l'organisation des hôpitaux sur les besoins des clients (personnel et patients en particulier) et permettent également d'améliorer la collaboration interne dans le but d'augmenter les synergies, de partager les moyens, de mettre en commun les compétences et l'information. L'amélioration doit enfin avoir un impact sur l'image et la performance des hôpitaux publics.

Actions	Activités
<b>Objectif 1 : Améliorer les conditions d'utilisation des hôpitaux publics</b>	
Il vise l'amélioration de l'accès aux soins à travers des actions portant sur l'accueil des usagers, l'organisation du parcours de soins et des prestations de services, l'humanisation et l'agrément du cadre général d'accueil par l'harmonisation et la standardisation des couleurs, des espaces d'accueils et de la signalisation dans les hôpitaux. Cet objectif nécessite la mise en œuvre de neuf actions.	
<b>Action 6 :</b> Création d'une cellule d'accueil et d'orientation à l'entrée de l'hôpital, qui dispose d'un personnel formé, chargé de renseigner, d'assister et d'orienter les usagers des hôpitaux. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction et aménagement des locaux ;</li> <li>- Equipement des unités d'accueil ;</li> <li>- Externalisation de la fonction accueil ;</li> <li>- Organisation de séances d'information et de sensibilisation.</li> </ul>
<b>Action 7 :</b> Organisation du parcours de soins à l'intérieur de l'hôpital selon le type de recours. Six circuits de recours sont envisagés : Urgences, Accouchement, Consultation spécialisée externe, examens externes (Imagerie, laboratoire, exploration), hospitalisation (complète) et hôpital de jour. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances de travail avec le personnel de l'hôpital pour valider les six circuits retenus de recours des patients ;</li> <li>- Elaboration et impression de manuels décrivant ces circuits pour les professionnels de santé ;</li> <li>- Elaboration et impression de dépliants indiquant les différents circuits destinés aux usagers de l'hôpital.</li> </ul>
<b>Action 8 :</b> Organisation de la prise en charge au niveau des services des urgences. Les modalités de prise en charge sont définies selon la gravité de l'urgence : un circuit rouge pour les urgences présentant un risque vital ou fonctionnel et un circuit vert pour les urgences ne présentant pas de risque vital ou fonctionnel. La signalisation sera adaptée en conséquence. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances de travail pour définir les modalités et les circuits de prise en charge selon la gravité de l'urgence ;</li> <li>- Elaboration et l'impression d'un manuel de procédures au profit des personnels de santé.</li> </ul>
<b>Action 9 :</b> Disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux vitaux au niveau des services des urgences. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de réunions de travail pour finaliser et valider la liste des médicaments et dispositifs médicaux vitaux destinés</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aux services des urgences ;</li> <li>- Elaboration d'une note circulaire relative à la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux vitaux contenus dans la liste ;</li> <li>- Elaboration et impression d'un fascicule, présentant la notice par médicament (présentation, posologie, indications, contre indications, etc.).</li> </ul>
<b>Action 10 :</b> Aménagement des espaces d'accueil et mise en place d'une signalisation des services administratifs et de soins selon les circuits et parcours de soins retenus. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aménagement d'espaces d'accueil au niveau des services réceptionnant les usagers de l'hôpital ;</li> <li>- Equipement de ces espaces en matériel mobilier et de repos ;</li> <li>- Installation de panneaux de signalisation allant de l'entrée de l'hôpital jusqu'aux locaux dans les services, indiquant l'emplacement des structures de l'hôpital.</li> </ul>
<b>Action 11 :</b> Organisation des rendez vous des prestations de soins à titre externe (CSE, bilans, etc.) des hospitalisations et des interventions. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de réunions de travail pour élaborer des procédures d'obtention des rendez-vous ;</li> <li>- Elaboration d'une application pour la gestion des rendez-vous.</li> </ul>
<b>Action 12 :</b> Mise en place des guichets pour les différents régimes de couverture médicale (AMO, RAMED, INAYA) et afficher les tarifs en vigueur respectifs. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction/extension/aménagement des guichets des différents régimes de couverture médicale ;</li> <li>- Dotation de ces guichets en équipements bureautique et informatique adéquats ;</li> <li>- Affichage des tarifs (identification, modèle et affichage)</li> </ul>
<b>Action 13 :</b> Normalisation des couleurs des différents services hospitaliers. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances de travail pour arrêter le choix des couleurs des services et leurs codes (référentiel de couleur) ;</li> <li>- Normalisation des couleurs des services hospitaliers ;</li> <li>- Rénovation des services des hôpitaux.</li> </ul>
<b>Action 14 :</b> Renforcement de la relation de l'hôpital avec ses usagers à travers la célébration d'une journée nationale sur l'hôpital et la promotion des associations de soutien aux hôpitaux.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification et promotion de la journée nationale de l'hospitalisation ;</li> <li>- Définition d'un programme de célébration ;</li> <li>- Célébration de la journée ;</li> <li>- Production de matériel de communication (affiches, banderoles, dépliants, etc.) ;</li> <li>- Organisation de conférence de presse au niveau national et régional ;</li> <li>- Organisation d'ateliers et de tables rondes impliquant le secteur privé, les ONG, les organismes assureurs et les élus ;</li> <li>- Animation d'émissions radiophoniques et télévisées.</li> </ul>
<b>Objectif 2 : Améliorer la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux</b>	
<b>Action 15 :</b> Mise en place dans tous les hôpitaux publics des pharmacies hospitalières gérées par des pharmaciens et dont les locaux sont aux normes. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration de normes des pharmacies hospitalières ;</li> <li>- Engagement des travaux de construction/aménagement des pharmacies ;</li> <li>- Equipement adéquat de ces pharmacies (rayonnages, etc.) ;</li> <li>- Affectation de pharmaciens au niveau des pharmacies hospitalières ;</li> <li>- Affectation de préparateurs en pharmacies au niveau des pharmacies hospitalières.</li> </ul>
<b>Action 16 :</b> Mise en place d'un système d'allocation des crédits des médicaments et des dispositifs médicaux sur la base des activités hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances de travail pour la finalisation et la validation du système d'allocation des crédits des médicaments et des dispositifs médicaux sur la base des activités hospitalières ;</li> <li>- Edition et diffusion de manuels d'allocation des crédits des médicaments et dispositifs médicaux.</li> </ul>
<b>Action 17 :</b> Instauration de la distribution sur ordonnance pour les produits onéreux et les médicaments des Affections de Longue Durée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances de travail de consensus pour définir les produits onéreux et arrêter la liste des médicaments achetés par l'hôpital et prescrits au cours de l'hospitalisation ;</li> <li>- Séances de travail pour arrêter la liste et les modalités de suivi des ALD par les hôpitaux et le rôle et les modalités de participation des ESSB à ce suivi ;</li> <li>- Elaboration d'une circulaire de sensibilisation qui arrête les attributions, les obligations et les règles de délivrance de médicaments onéreux et des affections de longue durée à l'intérieur des hôpitaux.</li> </ul>

<p><b>Action 18:</b> Conception des kits pour les actes de chirurgie les plus fréquents (Césarienne, chirurgie viscérale...). Cette action vise également la rationalisation, la standardisation et l'harmonisation des conduites à tenir et une maîtrise des coûts.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des actes de chirurgie nécessitant la confection de Kits ;</li> <li>- Validation du contenu du kit par pathologie arrêtée et estimation de son coût;</li> <li>- Préparation des conditions d'achat de ces kits (confection ou acquisition ; mobilisation des crédits) ;</li> <li>- Acquisition et distribution des kits ;</li> <li>- Elaboration d'une note circulaire pour l'adoption de kits ;</li> <li>- Evaluation et suivi de la mise en place et de l'utilisation des kits.</li> </ul>
<p><b>Action 19 :</b> Mise à niveau des laboratoires des hôpitaux. (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Généraliser les normes des laboratoires ;</li> <li>- Engagement des travaux de construction/aménagement des laboratoires ;</li> <li>- Equipement adéquat des laboratoires;</li> <li>- Affectation du personnel.</li> </ul>
<p><b>Action 20:</b> Mise en place d'une gestion informatisée en liaison avec les services consommateurs pour informer les prescripteurs sur la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux et pour assurer leur traçabilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place des applicatifs nécessaires à une gestion informatique des pharmacies hospitalières ;</li> <li>- Création de liaison informatique entre la pharmacie et les services hospitaliers ;</li> <li>- Sensibilisation des prescripteurs sur l'utilisation des applicatifs et sur les modalités d'acquisition des médicaments ;</li> <li>- Suivi de la mise en place.</li> </ul>
<p><b>Action 21:</b> Instauration d'un planning commun de livraison, à publier sur site de la division de l'approvisionnement pour plus de transparence et pour permettre aux responsables destinataires de se préparer à la réception</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de journées de rapprochement des situations des livraisons entre la Division de l'Approvisionnement et les Centres Hospitaliers ;</li> <li>- Diffusion de note circulaire d'information sur les modalités d'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux;</li> <li>- Actualisation et alimentation régulière du site du MS relatif à l'approvisionnement.</li> </ul>
<p><b>Action 22:</b> Elaboration d'un guide sur les modalités d'estimation des besoins et d'établissement de la commande en médicaments et dispositifs médicaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'un atelier pour l'élaboration et la validation du guide d'estimation des besoins et d'établissement de la commande ;</li> <li>- Edition et diffusion du guide à l'ensemble des hôpitaux publics ;</li> <li>- Organisation de rencontres de Sensibilisation – Formation – Information.</li> </ul>
<p><b>Objectif 3: Orienter l'organisation hospitalière vers l'amélioration de la sécurité des patients et du management hospitalier</b></p>	
<p><b>Action 23:</b> Implantation des indicateurs de performance hospitalière retenus lors de la première rencontre nationale des hôpitaux et suivi et évaluation des activités hospitalières sur cette base. (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instauration de la supervision pour l'appui à l'implantation des indicateurs ;</li> <li>- Organisation de réunions semestrielles d'évaluation au niveau régional ;</li> <li>- Organisation de rencontres nationales annuelles des hôpitaux.</li> </ul>
<p><b>Action 24 :</b> Restructuration et redynamisation du Comité de Gestion des Centres Hospitaliers Provinciaux et préfectoraux pour renforcer le lien entre les structures de soins et les structures de gestion au niveau déconcentré. (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séance de travail pour la révision et la validation du rôle du comité de gestion</li> <li>- Elaboration et diffusion d'une nouvelle circulaire sur le comité de gestion des Centres Hospitaliers Provinciaux et Préfectoraux.</li> </ul>
<p><b>Action 25 :</b> Mise en application et généralisation de l'organisation hospitalière. (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place du Règlement Intérieur des Hôpitaux (RIH) ;</li> <li>- Edition et diffusion du RIH,</li> <li>- Réunions d'information et de sensibilisation,</li> <li>- Suivi de la mise en place des dispositions du RIH</li> <li>- Création des départements cliniques et nomination de leurs responsables ;</li> <li>- Mise en place des instances de concertation et d'appui (CMDP, CSI ...)</li> <li>- Elaboration d'une circulaire définissant les critères de sélection des membres</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dynamisation de la mise en œuvre du Projet d'Etablissement Hospitalier (PEH);</li> </ul>
<p><b>Action 26 :</b> organisation de la garde et de l'astreinte. (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place des dispositions du décret organisant la garde et l'astreinte ;</li> <li>- Publication de l'arrêté d'application ;</li> <li>- Edition et diffusion du guide pratique d'application ;</li> <li>- Réunions d'information et de sensibilisation ;</li> </ul>
<p><b>Action 27 :</b> Mise en place des procédures des bureaux des admissions et de facturation (BAF) dans l'ensemble des hôpitaux publics. (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'une rencontre pour la mise à jour du guide des procédures ;</li> <li>- Edition et diffusion du guide et du manuel des procédures du BAF ;</li> <li>- Appui aux hôpitaux dans la mise en place des procédures.</li> </ul>
<p><b>Action 28 :</b> Mise en place dans tous les hôpitaux publics d'un système de contrôle des infections nosocomiales (Comité local, système de surveillance, médicaments spécifiques...) (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de sessions de formation des instances de lutte contre les infections nosocomiales ;</li> <li>- Elaboration et diffusion d'une circulaire pour la mise en place des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) dans les hôpitaux ;</li> <li>- Supervision et accompagnement des hôpitaux dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les infections nosocomiales ;</li> <li>- Réalisation d'une enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales.</li> </ul>
<p><b>Action 29 :</b> Mise en place de la filière de traitement des déchets d'activités de soins (le tri) et renforcement de l'externalisation du traitement des déchets hospitaliers. (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration, édition et diffusion du guide de bonnes pratiques sur la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques ;</li> <li>- Organisation d'ateliers de formation sur la gestion des déchets hospitaliers ;</li> <li>- Elaboration et diffusion d'une circulaire ou arrêté conjoint sur la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques ;</li> <li>- Edition et diffusion des affiches et dépliants et du guide de bonnes pratiques sur la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques ;</li> <li>- Organisation d'une journée nationale d'information et de sensibilisation des responsables des hôpitaux publics et des cliniques privées.</li> </ul>
<p><b>Action 30:</b> Promotion de l'accréditation des hôpitaux publics par la mise en place et la diffusion des standards de qualité des établissements hospitaliers et l'appui des hôpitaux volontaires pour l'accréditation. (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration, édition et diffusion des standards et du manuel des procédures ;</li> <li>- Organisation d'ateliers : de formation des responsables hospitaliers et des experts visiteurs ;</li> <li>- d'élaboration et de validation des guides d'aide à la cotation et des experts visiteurs,</li> <li>- Elaboration et diffusion d'une circulaire de lancement du processus d'accréditation hospitalière ;</li> <li>- Accompagnement sur le terrain des experts visiteurs et des responsables hospitaliers dans la démarche de l'accréditation.</li> </ul>
<p><b>Action 31:</b> Promotion de la formation continue dans les hôpitaux publics et renforcement des compétences des gestionnaires hospitaliers. (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un plan de formation continue dans chaque hôpital ;</li> <li>- Suivi et évaluation de l'exécution du plan de formation.</li> </ul>
<p><b>Action 32:</b> Extension et renforcement de l'expérience d'informatisation du système d'information hospitalier eu égard à l'expérience développée dans le cadre de la réforme hospitalière (CHR Agadir). (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorisation des solutions informatiques et des modules à mettre en place eu égard aux priorités du plan d'action des hôpitaux publics (Gestion des RV, BAF, pharmacie hospitalière...);</li> <li>- Elaboration d'un plan de déploiement de l'informatisation au niveau national ;</li> </ul> <p>Mise en place des applications et formation du personnel</p>

## 2.2. Développement des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)

Actions	Activités
<b>Axe 1 : Amélioration de la gouvernance</b>	
<b>Action 33:</b> Reconsidération des missions du CHU et assouplissement de ses procédures.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reformulation de la mission des CHU pour la rendre plus spécifique.</li> </ul>
<b>Action 34:</b> Restructuration des conseils d'administration et de gestion et amélioration de leur efficacité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision des attributions du Conseil d'administration ;</li> <li>- Révision de la composition du Conseil d'administration ;</li> <li>- Changement de la mission du conseil de gestion pour le rendre plus entreprenant.</li> </ul>
<b>Action 35:</b> Développement de la gouvernance clinique dans les CHU.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création de pôles d'activités ;</li> <li>- Mise en place des projets de service (PDS) et des contrats pédagogiques de clinique (CPC) ;</li> <li>- Mise en place d'un conseil des vigilances sanitaires (CVS) ;</li> <li>- Mise en place d'une commission hospitalo-universitaire ;</li> <li>- Mise en place d'un comité d'éthique hospitalier (CEH).</li> </ul>
<b>Action 36:</b> Renforcement du partenariat du CHU avec ses parties prenantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement du partenariat avec les facultés de médecine à travers l'élaboration d'un arrêté conjoint et l'engagement sur des programmes communs ;</li> <li>- Renforcement du partenariat avec les régions sanitaires (Formaliser) et faciliter la mise en réseau et la coordination de l'offre de soins au niveau régional sur la base du schéma régional de l'offre de soins (SROS) quand il existe ;</li> <li>- Création d'un organe de coordination : Commission hospitalo-universitaire ;</li> <li>- Création d'une université des sciences de la santé.</li> </ul>
<b>Axe 2 : Régulation de l'offre de soins tertiaire</b>	
<b>Action 37:</b> Normalisation de l'offre tertiaire de soins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normalisation des activités de soins tertiaires ;</li> <li>- Normalisation des équipements du niveau de soins tertiaires ;</li> <li>- Normalisation des centres de référence ;</li> <li>- Normalisation des activités de formation ;</li> <li>- Normalisation des effectifs du personnel.</li> </ul>
<b>Action 38:</b> Elaboration d'un plan d'extension des activités de soins de niveau tertiaire (CHU).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition des critères d'extension de l'offre de soins tertiaires.</li> </ul>
<b>Action 39:</b> Développement des mécanismes de régulation de l'offre de soins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de réseaux coordonnés de soins (RCS) entre les CHU et les autres établissements de soins pour les maladies exigeant une prise en charge interhospitalière ;</li> <li>- Mise en place des Centres de régulation médicale (SAMU) ;</li> <li>- Mise en place de groupes interuniversitaires de santé (G.I.U.S) pour assurer la coordination entre les centres de référence.</li> </ul>
<b>Axe 3 : Mise aux normes et assurance qualité</b>	
<b>Action 40:</b> Elaboration d'un programme de mise à niveau des CHU. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration des conditions de sécurité et de prise en charge ;</li> <li>- Modernisation des unités d'hospitalisation et des services médicotechniques ;</li> <li>- Respect des normes hospitalières en matière d'hygiène et d'environnement ;</li> <li>- Rationalisation des dépenses en matière d'énergie ;</li> <li>- Amélioration des conditions d'accueil des familles ;</li> <li>- Mise aux normes de sécurité (incendie, parasismique) des bâtiments.</li> </ul>
<b>Action 41:</b> Modernisation des technologies de l'information et de communication.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'une entité chargée du système d'information hospitalier ;</li> <li>- Mise en place d'un Système intégré d'information (soft) spécifique en s'inspirant du référentiel national ;</li> <li>- Evaluation et harmonisation des schémas directeurs de l'information et des technologies (SDIT) en cours ;</li> <li>- Création d'un réseau virtuel privé regroupant les CHU entre eux et avec leurs tutelles et partenaires (CNOPS, CNSS, etc.) ;</li> <li>- Introduction dans l'organigramme d'une structure chargée de la communication du CH et en définir les personnes ressources ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissement d'un plan de communication interne et externe ;</li> <li>- Définition des ressources matérielles et budgétaires nécessaires.</li> </ul>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 2.3 Amélioration du dispositif relatif à la santé en milieu rural à travers le plan de santé rural

Il s'agit d'un plan spécifique destiné à accélérer l'amélioration des indicateurs de santé du milieu rural. Les objectifs visés sont : (i) améliorer l'accès de la population rurale à des soins de santé essentiels de qualité; (ii) améliorer l'utilisation des services de santé en milieu rural et (iii) impliquer davantage la communauté et les partenaires dans les actions de santé ciblant le milieu rural. Trois axes stratégiques sont à la base des activités qui seront développées.

Actions	Activités
<b>Axe 1 : Augmentation et amélioration de la couverture sanitaire fixe</b>	
<b>Action 42:</b> Opérationnalisation des établissements sanitaires fixes non fonctionnels. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à jour de la situation des formations sanitaires aménagées, équipées et fermées ;</li> <li>- Séances de travail pour la définition des critères d'ouverture ;</li> <li>- Ouverture des formations sanitaires identifiées.</li> </ul>
<b>Action 43:</b> Evaluation des besoins de nouvelles constructions selon la carte sanitaire. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relance de la carte sanitaire et actualisation du PECS ;</li> <li>- Estimation des besoins en formations sanitaires à construire ;</li> <li>- Construction et équipement de nouvelles formations sanitaires.</li> </ul>
<b>Action 44:</b> Acquisition de moyens de transfert pour l'évacuation des urgences (SAMU) en tenant compte de l'existant. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des besoins en Ambulances Tout Terrain (ATT);</li> <li>- Achat et répartition des (ATT) ;</li> <li>- Instauration de la maintenance préventive et curative ;</li> <li>- Signalisation de la maternité en cas des urgences obstétricales.</li> </ul>
<b>Action 45 :</b> Renforcement des compétences du personnel des ESSB.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Institutionnalisation d'un stage obligatoire pour toute nouvelle recrue dans un service de maternité et de néonatalogie et un stage au niveau du SIAAP ;</li> <li>- Identification des mesures incitatives pour retenir les ressources humaines en milieu rural ;</li> <li>- Mise en place d'une stratégie de formation continue pour les professionnels de santé du milieu rural ;</li> <li>- Elaboration d'une convention de partenariat entre le Ministère de la Santé et les Collectivités Locales pour le recrutement du personnel (médecins, infirmiers, chauffeurs et agents de services).</li> </ul>
<b>Action 46:</b> Amélioration de la qualité des soins. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement du plateau technique existant y compris les échographes et introduction de nouvelles prestations notamment des examens biologiques de base : NFS, Glycémie à jeun, VS, Urée, Créatinine, Groupage Sanguin, VDRL, TPHA ;</li> <li>- Renforcement de la disponibilité des médicaments et des fongibles;</li> <li>- Mettre en place des mécanismes de coordination entre les ESSB et les autres niveaux de référence ;</li> <li>- Développement d'un système de communication et d'évacuation des urgences.</li> </ul>
<b>Axe 2 : Renforcement et amélioration de la couverture sanitaire mobile</b>	
<b>Action 47 :</b> Elaboration d'un standard pour l'organisation de la couverture sanitaire mobile. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redynamisation de la structure centrale chargée du suivi et de l'évaluation de la stratégie mobile ;</li> <li>- Organisation d'un atelier pour l'élaboration d'un standard pour l'organisation et le fonctionnement de l'équipe mobile ;</li> <li>- Acquisition des moyens de mobilité et des équipements nécessaires ;</li> <li>- Elaboration d'une convention cadre entre le Ministère de la Santé et les Collectivités Locales pour impliquer la communauté dans les activités de l'équipe mobile depuis la programmation jusqu'à l'exécution et l'évaluation des réalisations ;</li> <li>- Facilitation de l'accès de la population aux examens biologiques, radiologiques et consultations spécialisées ;</li> <li>- Organisation d'un atelier pour l'élaboration d'un standard pour l'organisation et le fonctionnement de l'équipe mobile.</li> <li>-</li> </ul>

<b>Axe 3 : Renforcement des actions et de la participation communautaires</b>	
<b>Action 48</b> : Évaluation et renforcement des actions communautaires en cours. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'un atelier d'évaluation des actions communautaires en cours ;</li> <li>- Développement des expériences communautaires réussies.</li> </ul>
<b>Action 49</b> : Etablissement et normalisation d'un programme annuel des caravanes médicales avec les ONG afin de mieux cibler les localités prioritaires et identifier la nature des interventions. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'un atelier pour élaborer un cahier de charge pour les caravanes médicales ;</li> <li>- Elaboration et diffusion d'une circulaire ministérielle.</li> </ul>

## 2.4 Développement d'une politique de ressources humaines à même d'atténuer les besoins, de réduire les inégalités dans leur répartition et d'améliorer leurs compétences et performances

La politique des ressources humaines sera axée sur un ensemble d'interventions à court, moyen et long terme. Les problèmes complexes au niveau de l'expansion, de la distribution, de la composition et de la performance<sup>44</sup> du personnel soignant exigent des approches d'un caractère complet.

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

L'objectif est de passer d'un ratio de 1,86 prestataires de soins pour 1 000 habitants à 2,5 pour 1000 en 2012 puis à 3 pour 1 000 à l'horizon 2020 pour garantir une couverture sanitaire efficace pouvant contribuer de manière durable à l'amélioration de l'état de santé. La programmation se fera en deux étapes :

L'utilisation optimale et le renforcement des capacités de formation des professionnels de santé à travers, d'une part, le relèvement du *numerus clausus* des facultés de médecine actuelles et la création de nouvelles facultés de médecine et Centre Hospitaliers Universitaires, et d'autres part, le développement de la formation des paramédicaux dans les établissements publics et privés ;

La mise en place d'une nouvelle stratégie de ressources humaines en mesure d'assurer la couverture des besoins, la répartition adéquate des compétences et leur valorisation dans le secteur public et privé. L'initiative du gouvernement précédent de former 3 300 médecins par an à l'horizon 2020 est l'une des solutions à ce problème.

De toute évidence, la dotation des effectifs suffisants, formés et durables est un problème crucial pour les politiques de santé.

<b>Actions</b>	<b>Activités</b>
<b>Action 50</b> : Renforcement de l'encadrement médical et paramédical des régions défavorisées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Répartition équitable des ressources humaines dans les régions ;</li> <li>- Médicalisation des établissements de santé dépourvus ;</li> <li>- Renforcement des structures rurales de l'accouchement par des sages femmes ;</li> <li>- Développement d'un plan d'organisation et de formation de base des instituts de formation aux carrières de santé (IFCS).</li> </ul>
<p><b>Amélioration des capacités et des compétences du personnel de santé ainsi que de sa performance</b></p> <p>L'efficacité du système de santé et la qualité des services dépendent de la qualité du travail des professionnels, qui elle-même est fonction des connaissances, des compétences et de leur motivation. Par conséquent, il s'agit de préparer les futurs professionnels de santé à s'adapter aux conditions de l'exercice de leur métier dans un environnement sanitaire en rapide mutation.</p>	

<sup>44</sup> On s'attache à dire que le déterminant le plus important de la performance d'un système de santé est la performance des agents de santé. Dussaut G. "Improving the performance of the health workforce: from advocacy to action", présentation au 47e Conseil Directeur de l'OPS, septembre 2006.

La mutualisation des différentes institutions de formation paramédicale du département est un enjeu majeur qui permettrait, en plus de la réduction et de la rationalisation des charges, de fonctionnement, de disposer d'une plateforme pédagogique performante garantissant un encadrement de qualité. Cette mutualisation aura aussi pour effet de redéployer au niveau régional des enseignants compétents et expérimentés qui pourront aussi jouer un rôle important dans la mise en place et la dispensation de la FC au profit des professionnels de santé de leur région.

Le MS renforcera sa collaboration et son partenariat avec les institutions de formation qui ne sont pas sous sa tutelle (facultés de médecine et institutions privés de formation des paramédicaux) afin de garantir une plus grande adéquation entre l'offre de formation et les besoins en compétences du système.

<p><b>Action 51:</b> Renforcement et amélioration de la formation de base : formation médicale, pharmaceutique et odontologique.</p>	<p>Pour mettre en œuvre la réforme pédagogique des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques il sera procédé à l'élaboration des normes pédagogiques pour la rentrée universitaire 2008- 2009 et à l'augmentation des ressources humaines, matérielles et financières. Le processus de réforme des études médicales étant lancé, le MS renforcera sa collaboration avec les facultés de médecine en se basant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la définition de mécanismes appropriés pour institutionnaliser sa participation dans la gestion des programmes de formation et des objectifs de stage au niveau de l'hôpital ;</li> <li>▪ la mise en place un comité ad hoc pour examiner la question de l'encadrement des stages, les attributions des encadrants et l'accréditation des terrains de stages (liste des établissements accrédités) ;</li> <li>▪ la clarification de la question du statut du médecin interne faisant fonction et le statut du médecin résident ;</li> <li>▪ l'implication des médecins résidents du CHU dans l'encadrement des stages ;</li> <li>▪ la mise en place d'une convention cadre MS / Faculté de médecine pour établir des modalités de collaboration en formation (cahier de charges, commande de la formation) ;</li> <li>▪ l'aménagement des structures dédiées à la coordination des stages à l'hôpital ;</li> <li>▪ la régulation de la coordination en formation pour les spécialités en médecine ;</li> <li>▪ la mise en œuvre des attributions de la commission mixte nationale ;</li> <li>▪ le développement d'une plateforme réunissant les deux ministères de tutelle pour présenter le projet de réformes des études médicales et voir les mécanismes de sa mise en œuvre ;</li> <li>▪ l'identification des passerelles entre les filières de formation aux études médicales, pharmaceutiques, et odontologiques.</li> </ul>
<p><b>Action 52:</b> Renforcement et amélioration de la formation de base : formation paramédicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation des effectifs formés. Le nombre d'élèves admis aux IFCS passera de 1981 en 2008 à 3160 en 2012 ;</li> <li>- Implantation des sections de formation de sages femmes, des techniciens de laboratoire, de psychiatrie, de radiologie et de kinésithérapie dans plusieurs IFCS pour mieux répondre aux besoins des établissements de santé :             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La section sage femme est implantée dans 9 IFCS en 2007 et dans 12 IFCS en 2008, elle sera implantée dans 18 IFCS en 2012 ;</li> <li>▪ La section des techniciens de laboratoire est implantée dans 2 IFCS en 2008, elle sera implantée dans 5 IFCS en 2012 ;</li> <li>▪ La section de la psychiatrie est implantée dans 2 IFCS en 2008 (Rabat et Casablanca), elle sera implantée dans 5 IFCS en 2012 (Rabat, Casablanca, Agadir, Fès et Marrakech) ;</li> <li>▪ La section de radiologie est implantée dans 4 IFCS en 2007, elle sera implantée dans 6 IFCS en 2012 ;</li> <li>▪ La section kinésithérapie est implantée dans 4 IFCS en 2008, elle sera implantée dans 7 IFCS en 2012 ;</li> <li>▪ Création de 2 nouvelles filières : Ergothérapie à l'IFCS de Rabat et l'Audioprothésie à l'IFCS de Casablanca ;</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement du corps enseignant des IFCS en augmentant les effectifs formés dans la section de l'enseignement paramédical. Le deuxième cycle implanté en 2008 dans 3 IFCS (Rabat, Marrakech et Fès) sera implanté, à l'horizon 2012, dans 3 autres IFCS : Casablanca, Oujda et Agadir. Le nombre des admis dans la section enseignement paramédical passera de 50 en 2008 à 140 en 2012 ;</li> <li>- Renforcement des compétences pédagogiques du corps encadrant et enseignant par des cycles de perfectionnement en pédagogie / andragogie, et promotion de l'innovation pédagogique avec l'utilisation des approches pédagogiques constructivistes (APC) favorisant le développement des compétences et non la transmission des connaissances, et l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication en enseignement et formation (Sites Web, FAD / EAD, CD-ROM éducatifs etc.) ;</li> <li>- Optimisation de la planification des effectifs à former en considérant les ressources disponibles pour la formation dans les instituts publics et en coordination avec le secteur privé ;</li> <li>- Révision des standards de formation paramédicale dans le secteur privé.</li> </ul>
<p><b>Action 53:</b> Adaptation des programmes de formation des cadres gestionnaires et renforcement des capacités de l'INAS pour être en mesure d'accompagner la mise en œuvre de la stratégie du MS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de nouvelles filières de formation pour accompagner la mise en œuvre des réformes du système de santé véhiculées dans la stratégie du MS : Filière de gestion des régions sanitaires (Etablissements régionaux de santé), Filière de gestion des programmes de santé, Filière de gestion de l'offre de soins ambulatoire ;</li> <li>- Renforcement des filières existantes : Filière de santé publique, Filière de gestion hospitalière, Filière d'épidémiologie de santé publique ;</li> <li>- Renforcement du personnel enseignant de l'INAS par le recrutement d'enseignants chercheurs et le perfectionnement des compétences du staff existant;</li> <li>- Recrutement du personnel cadre qualifié en ingénierie de formation à l'INAS ;</li> <li>- Renforcement de l'effectif du personnel technique et d'appui de l'INAS ;</li> <li>- Mise en place de la procédure menant à l'accréditation du programme de maîtrise de l'INAS par l'enseignement supérieur ;</li> <li>- Négociation avec les facultés de médecine et de Pharmacie et les facultés de Médecine dentaire ainsi que le Ministère de l'Enseignement supérieur de la mise en place d'un programme de résidant conjoint (avec Co-diplomation) concernant la formation médicale, pharmaceutique et odontologique en santé publique.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Accélération de la mise en œuvre de la stratégie de la formation continue (FC)</b></p> <p>Cette stratégie de FC devra être de qualité, efficiente, coordonnée, régulée efficacement par l'INAS qui doit jouer un rôle incontournable dans la formation de tous les profils du MS. L'intérêt étant une réponse adéquate aux besoins des professionnels pour mieux répondre aux attentes des usagers du système de santé. Les objectifs visés sont : (i) concevoir et mettre en œuvre un plan de FC; (ii) restructurer le dispositif organisationnel et réglementaire de la FC du MS afin de d'encadrer la mise en œuvre de ces plans, et (iii) optimiser le financement des activités de FC. Le programme d'action s'articule autour de neuf grandes actions:</p>	
<p><b>Action 54 :</b> Organisation d'une session de formation croisée par an entre obstétriciens et pédiatres au profit des accoucheuses, des sages femmes, des obstétriciens et des pédiatres. (Priorité 2008)</p>	
<p><b>Action 55:</b> Elaboration et mise en œuvre du plan de FC en gestion de services de santé et en santé publique destiné aux cadres gestionnaires (supérieurs et intermédiaires) en tenant compte des priorités du Ministère de la santé.</p>	<p><b>Développement des compétences des gestionnaires hospitaliers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un programme de perfectionnement en gestion hospitalière en prenant en considération les besoins exprimés dans les rapports des commissions thématiques ;</li> <li>- Validation du programme avec les acteurs concernés (directions centrales, régions sanitaires, professionnels de santé, etc) ;</li> <li>- Dispensation du programme au niveau des régions sanitaires</li> <li>- Evaluation de l'impact du programme.</li> </ul>

	<p><b>Développement des compétences des gestionnaires des systèmes régionaux de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un programme de perfectionnement en gestion des systèmes régionaux de santé en prenant en considération les besoins exprimés dans les rapports des commissions thématiques ;</li> <li>- Validation du programme avec les acteurs concernés (directions centrales, régions sanitaires, professionnels de santé, etc) ;</li> <li>- Dispensation du programme au niveau des régions sanitaires ;</li> <li>- Evaluation de l'impact du programme.</li> </ul> <p><b>Développement des compétences des gestionnaires des services de santé ambulatoires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un programme de perfectionnement en gestion des services de santé ambulatoires en prenant en considération les besoins exprimés dans les rapports des commissions thématiques ;</li> <li>- Validation du programme avec les acteurs concernés (directions centrales, régions sanitaires, professionnels de santé, etc) ;</li> <li>- Dispensation du programme au niveau des régions sanitaires ;</li> <li>- Evaluation de l'impact du programme.</li> </ul> <p><b>Cycle de perfectionnement en épidémiologie de santé publique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la dispensation du programme au niveau des régions sanitaires ;</li> <li>- Evaluation de l'impact du programme.</li> </ul>
<p><b>Action 56:</b> Elaboration et mise en œuvre du plan de FC pour les professionnels de soins (médecins, infirmiers, autres). (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration du plan de formation continue 2008-2012 pour les prestataires de soins incluant le plan de sa mise en œuvre, avec l'assistance technique d'un bureau d'étude, en tenant compte des besoins exprimés dans les rapports des commissions thématiques ;</li> <li>- Validation du plan de FC avec les acteurs concernés (directions centrales, régions sanitaires, professionnels de soins, etc) ;</li> <li>- Dispensation du plan de FC et mise en œuvre des mécanismes d'accompagnement ;</li> <li>- Evaluation de l'impact du plan de FC.</li> </ul>
<p><b>Action 57:</b> Mettre en place progressivement les mesures d'accompagnement pour réussir et pérenniser les actions de formation continue.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conception, édition et publication des standards d'élaboration des contenus pédagogiques des FC ;</li> <li>- Constitution d'un noyau de formateurs nationaux vacataires par domaine pour appuyer les instituts de formation dans la réalisation des actions de FC ;</li> <li>- Mise en place et pérennisation d'un cycle de formation en ingénierie pédagogique en faveur des formateurs impliqués dans la FC ;</li> <li>- Introduction progressive du mode de dispensation E-Learning dans la mise en œuvre du plan de FC du département ;</li> <li>- Augmenter progressivement le budget de la FC du MS jusqu'à atteindre 1% de la masse salariale à l'horizon 2012 ;</li> <li>- Standardisation des procédures d'utilisation des ressources financières dédiées à la FC (indemnités, honoraires de vacation ...), et ce quel que soit leur source (budget général, SEGMA, coopération).</li> </ul>
<p><b>Action 58:</b> Instaurer un lien clair et visible entre la formation continue et l'avancement dans la carrière.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en compte de la FC qualifiante pour l'accès à des emplois supérieurs ou à des postes de responsabilités ;</li> <li>- Intégration de la FC dans le processus d'évaluation des professionnels de santé.</li> </ul>
<p><b>Action 59:</b> Création d'une institution des œuvres sociales au profit des fonctionnaires de la santé. (Priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création, avec le concours des syndicats, d'une institution des œuvres sociales au sein de laquelle s'intégreront toutes les associations (centrales, régionales et provinciales).</li> </ul>

« ..Nous avons le souci de voir préserver la culture et l'éthique du service public, par une élite administrative imprégnée des valeurs de compétence, de probité, de mérite et dévouement à la chose publique, une élite qui soit à l'abri de toute sorte de pressions, et de réseaux de favoritisme, de népotisme, de corruption et d'abus de pouvoir... »

Extrait du discours du Trône de SM le Roi Mohammed VI, juillet 2001

<b>Moralisation du secteur et lutte contre la corruption dans les établissements de soins</b>	
Le MS mènera un certain nombre d'actions pour mieux informer les usagers des établissements de soins sur leurs droits et obligations et mettra en parallèle un programme de lutte contre la corruption.	
<b>Action 60:</b> Renforcement des actions d'information et de transparence. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'un numéro vert pour que les citoyens puissent dénoncer et signaler les tentatives de corruption en milieu hospitalier ;</li> <li>- Introduction de l'outil informatique dans la gestion des prises en charge au niveau des hôpitaux (rendez vous, hospitalisation, facturation,...) ;</li> <li>- Création de guichets spéciaux au niveau des hôpitaux pour recevoir les doléances et plaintes des citoyens ;</li> <li>- Organisation de journées portes ouvertes dans le cadre d'une journée national des hôpitaux ;</li> <li>- Création des comités locaux de transparence au sein des hôpitaux ;</li> <li>- Incitation des opérateurs privés à afficher leur tarifs et nom des médecins exerçants au sein de ces établissements de soins ;</li> <li>- Conception et mise en place d'un circuit pour les patients au sein de l'hôpital ;</li> <li>- Renforcement de la transparence, de la moralisation des pratiques professionnelles et mise en place des procédés d'écoute des doléances et plaintes des usagers des établissements de soins ;</li> <li>- Réalisation de campagnes de sensibilisation du grand public sur les droits et les obligations du citoyen à l'égard des établissements de soins. ;</li> </ul>
<b>Action 61:</b> Vulgarisation et facilitation de l'accès à l'information du citoyen au niveau des hôpitaux publics. (Priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Affichage des tarifs,</li> <li>- Fonctionnement des équipements particuliers,</li> <li>- Liste des personnes responsables et de garde.</li> </ul>

## **2.5. Mise en application des dispositions du nouveau code du médicament et de la pharmacie (loi 17-04), mise en place de nouvelles procédures de fixation des prix pour rendre les médicaments financièrement accessibles et mise en œuvre des nouvelles dispositions relatives à l'approvisionnement en médicaments dans le secteur public.**

Dans son rôle de réglementation, le MS garantira que les médicaments, vaccins et matériels médicaux utilisés disposent de la qualité, la sécurité et l'efficacité voulues. Il s'attachera aussi à faciliter l'accès aux médicaments essentiels<sup>45</sup>, car garantir cet accès est considéré comme faisant partie de la réalisation du droit à la santé<sup>46</sup>.

<sup>45</sup> Les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé, ils sont choisis compte tenu de leur intérêt en santé publique, des données sur leur efficacité et leur innocuité, et de leur coût/efficacité par rapport à d'autres médicaments. Les médicaments essentiels ont pour but d'être disponibles à tout moment dans le cadre des systèmes de santé fonctionnels, en quantité suffisante, sous une forme appropriée, avec une qualité assurée, accompagnés d'une information adéquate et à un prix accessible pour les individus et les communautés. (Extrait de la stratégie pharmaceutique de l'OMS, 2004+2007 : « les pays en première ligne », Genève, Organisation Mondiale de la santé, 2004)

<sup>46</sup> Les travaux récents du Comité des Droits Economiques, Sociaux et Culturels qui surveille la mise en œuvre du Pacte International sur les droits économiques, sociaux et culturels, qui est contraignant pour les états partie, dont le nombre a dépassé 150, ont mentionné dans son observation générale n°14 de mai 2000 que les services médicaux, dans l'article 12.2 d) dudit Pacte comprennent la fourniture des médicaments essentiels comme défini par le programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels) [Hogerzeil H et Al. « Is access to essential medicines as part of the fulfillment of the right to health enforceable through the courts? Lancet, 2006, 368:305-11]



Actions	Activités
<b>Objectif 1 : assurer la qualité des produits pharmaceutiques</b>	
<b>Action 62 :</b> Amélioration de la gestion de l'inspection en pharmacie en instaurant la déconcentration.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création des services régionaux de l'inspection de la pharmacie au niveau des Directions Régionales du Ministère de la santé ;</li> <li>- Affectation des pharmaciens inspecteurs au niveau de ces services pour assurer de proximité le contrôle du secteur pharmaceutique ;</li> <li>- Assurer une formation continue aux inspecteurs en pharmacie ;</li> <li>- Amélioration de la gestion entre régions, d'une part, et entre régions et la Direction du Médicament et de la Pharmacie, d'autre part ;</li> <li>- Réflexion autour de l'individualisation de l'inspection de la pharmacie au niveau central et déconcentré.</li> </ul>
<b>Action 63 :</b> Maintien du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments au rang de laboratoire accrédité dans le réseau européen. et lui permettre de mettre en place les nouvelles méthodes d'analyses exigées par les nouvelles monographies.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Achat des équipements pour l'analyse des médicaments de biotechnologie et des gaz médicaux ;</li> <li>- Suivi des exigences de l'ISO 17025 ;</li> <li>- Préparation de l'audit de renouvellement de l'accréditation ;</li> <li>- Accréditation de l'activité de contrôle de la biotechnologie ;</li> <li>- Renouvellement des équipements de plus de 5 ans d'âge pour répondre aux exigences de la norme ISO 17025.</li> </ul>
<b>Action 64 :</b> Accompagnement et renforcement des missions d'inspection des structures publiques de soins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accélération de la procédure de nomination et d'assermentation des pharmaciens du MS ;</li> <li>- Motivation et formation initiale et continue aussi bien pour les inspecteurs que pour le personnel des structures publiques de soins;</li> <li>- Amélioration de la gestion des structures publiques de soins par la normalisation de leurs activités et l'établissement des guides, des référentiels et des procédures de fonctionnement ;</li> <li>- Introduction de l'informatisation dans la gestion de ces structures pour mieux assurer la traçabilité et la transparence.</li> </ul>
<b>Objectif 2 : améliorer l'usage rationnel des médicaments</b>	
<b>Action 65 :</b> Contribution à l'amélioration du système d'information relatif aux activités en relation avec la promotion de l'usage rationnel des médicaments.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de la structure (locaux, ressources humaines, matériels, moyens de communication).</li> </ul>
<b>Objectif 3 : améliorer l'accessibilité aux médicaments</b> Un certain nombre d'actions peuvent être introduites pour l'adoption d'un système moderne et transparent de fixation des prix des médicaments. Le but ultime devrait être l'amélioration significative de l'accessibilité financière à ces médicaments par la population	
<b>Action 66:</b> Mise en place d'une nouvelle procédure de fixation des prix.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation d'une étude sur les prix des médicaments en réalisant notamment un benchmarking des différents systèmes de fixation des prix des médicaments au niveau international ;</li> <li>- Réalisation d'une enquête sur les prix des médicaments au Maroc ;</li> <li>- Organisation d'un atelier sur les prix des médicaments.</li> </ul>
<b>Action 67:</b> Réexamen du niveau des marges de toute la chaîne de distribution des médicaments innovants chers en préservant l'intérêt des parties, de même que le niveau de taxation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'une commission de réflexion et organisation de séances de travail de préparation à court et à moyen terme.</li> </ul>
<b>Action 68:</b> Mise en œuvre des recommandations de la commission sur les médicaments en encourageant la prescription des génériques et informant les consommateurs sur l'usage de ces médicaments.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encouragement des médecins à prescrire des médicaments génériques ;</li> <li>- Encouragement des pharmaciens à dispenser le médicament générique ;</li> <li>- Information des consommateurs sur les génériques par une publicité médiatisée.</li> </ul>
<b>Action 69 :</b> Réflexion autour du système du numerus clausus pour améliorer l'accessibilité géographique aux médicaments et assurer une bonne répartition des officines	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissement de la carte sanitaire du secteur pharmaceutique par la cueillette des informations et l'élaboration d'une base de données des pharmaciens exerçant à titre privé ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation d'enquêtes de faisabilité auprès des professionnels et du public.</li> <li>-</li> </ul>
<b>Objectif 4 : renforcer la coopération</b>	
<b>Action 70 :</b> Renforcement de la coopération technique et particulièrement dans les domaines du contrôle de qualité des médicaments et de l'inspection.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement du contrôle de la qualité de vaccins et des médicaments issus de la biotechnologie ;</li> <li>- Création du réseau africain des laboratoires nationaux de contrôle des médicaments ;</li> <li>- Satisfaction des préalables exigés pour l'adhésion au schéma PIC (Pharmaceutical Inspection Coopération).</li> </ul>
<b>Action 71:</b> Développement de la collaboration, dans le domaine du médicament et de la pharmacie, entre le ministère de la Santé et les autres acteurs concernés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'ateliers de concertation ;</li> <li>- Etablissement de conventions.</li> </ul>
<b>Objectif 5 : initier des projets de recherche/développement</b>	
<b>Action 72:</b> Mise en place d'un plan d'action en vue de l'intégration des substances d'origine naturelle dans le système de santé pour un usage rationnel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquête sur l'état des lieux des plantes médicinales à l'échelle nationale (missions d'enquête, inspections, Prospections, visites officielles des lieux) ;</li> <li>- Etude et instruction des données requises de l'état des lieux à la lumière de quelques systèmes de référence étrangers reconnues en tant que tels ;</li> <li>- Conclusion finale instruisant le consensus commun de tous les intervenants, sur le débat de la stratégie nationale en matière des plantes médicinales et produits à base de plantes médicinales.</li> </ul>
<b>Objectif 6 : améliorer l'arsenal législatif et réglementaire pharmaceutique</b>	
<b>Action 73 :</b> Institutionnalisation de la commission des prix des médicaments. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Désignation des membres de la commission.</li> </ul>
<b>Action 74 :</b> Accompagnement du processus d'élaboration des textes d'application de la loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Préparation des éléments techniques nécessaires ;</li> <li>- Consultation des départements concernés ;</li> <li>- Consultation des instances professionnelles concernées ;</li> <li>- Organisation de réunions d'information au profit des secteurs pharmaceutique et médical (public et privé) ;</li> <li>- Elaboration de guide de bonnes pratiques pharmaceutiques.</li> </ul>
<b>Action 75:</b> Participation à la mise en place de la commission de transparence (commission chargée d'étudier le taux de remboursement des médicaments en fonction du service médical rendu).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation et suivi des travaux de la commission en collaboration avec l'ANAM.</li> </ul>
<b>Objectif 7 : assurer le suivi et l'évaluation</b>	
<b>Action 76:</b> Création au sein de la direction du médicament et de la pharmacie, d'une cellule de suivi de la politique nationale pharmaceutique répondant à cette attente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place à la DMP de la cellule de suivi de la PPN (CSP) structure et composition ;</li> <li>- sélection des indicateurs adaptés à la situation du Maroc ;</li> <li>- Préparation des outils de suivi et d'évaluation (questionnaires ...);</li> </ul>
<b>Gestion rationnelle de la logistique des médicaments et des produits pharmaceutiques (commandes, livraison, stockage et distribution) et utilisation optimale au niveau des établissements de soins</b>	
Aucun système de santé au monde n'offre un accès illimité à tous les médicaments. La sélection rationnelle des médicaments essentiels est l'un des principes de base d'une politique pharmaceutique nationale <sup>47</sup> . Dans cette perspective le MS compte mettre en œuvre une série de mesures visant à améliorer le système d'approvisionnement pour accroître la disponibilité des médicaments essentiels dans ses structures de soins.	
<b>Action 77:</b> Stratification du territoire national en 8 dépôts régionaux: Berrechid, Oujda, Al Hoceima, Laayoune, Agadir, Marrakech, Tanger, et Meknès. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Préparation d'un cahier de charge précisant les normes de mise en place d'un dépôt régional adapté à la nouvelle stratégie ;</li> <li>- Achèvement, équipement et mise en fonction des dépôts régionaux ;</li> <li>- Elaboration d'un manuel de procédures de gestion des dépôts régionaux ;</li> <li>- Actualisation du guide de gestion des commandes des</li> </ul>

<sup>47</sup> Organisation Mondiale de la Santé, « Accès équitable aux médicaments essentiels : cadre d'action collective », Perspectives Politiques de l'OMS sur les médicaments, Mars 2004.

	médicaments et des consommables médicaux.
<b>Action 78:</b> Mise en place des outils et des mécanismes d'expression des besoins et d'élaboration des commandes. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrêt de la liste des produits en DCI et prévoir les mécanismes réguliers de son actualisation ;</li> <li>- Mise en place des instances régionales d'élaboration et de validation des commandes ;</li> <li>- Mise en place d'un manuel thérapeutique et prévoir son actualisation périodique et régulière ;</li> <li>- Instauration de la régularité dans la révision de la nomenclature des médicaments et des consommables médicaux ;</li> <li>- Réglementation des procédures d'expression des besoins pour les rendre opposables aux prescripteurs et aux gestionnaires des hôpitaux (commission hôpitaux).</li> </ul>
<b>Action 79:</b> Achat groupé par anticipation avec des livraisons directes vers les dépôts régionaux et une gestion déconcentrée de la distribution. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaidoyer auprès des instances compétentes pour l'adaptation de certaines dispositions du code des marchés à la spécificité de l'achat du médicament ;</li> <li>- Généralisation de l'anticipation sur les achats N+1 à l'ensemble des produits ;</li> <li>- Intégration des besoins des programmes sanitaires dans les commandes ;</li> <li>- Révision des cahiers de charges pour prévoir des clauses de livraison directe vers les dépôts régionaux ;</li> <li>- Externalisation de la distribution directe vers les établissements ;</li> </ul>
<b>Action 80:</b> Normalisation des procédures de contrôle de qualité des dispositifs médicaux et leur adaptation à l'approche régionale. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réglementation des procédures de contrôle de qualité ;</li> <li>- Elaboration d'un manuel de procédure à mettre à la disposition des régions sanitaires.</li> </ul>

## 2.6 Amélioration des conditions favorisant un meilleur accès de la population aux services de soins

<b>Renforcement du dispositif du financement équitable<sup>48</sup> de la santé n'excluant pas les pauvres</b>	
Le MS d'attellera à promouvoir le dispositif de financement de la santé de façon à s'assurer que ce dernier ne menace pas la stabilité économique des ménages. Les principales actions focaliseront sur :	
<b>Action 81:</b> mise en œuvre du régime d'assistance médicale (RAMED). (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ediction du décret portant application des dispositions du livre III de la loi n° 65-00 relatives au régime d'assistance médicale. Ce décret détermine les conditions du bénéfice des prestations du régime d'assistance médicale, des modalités d'identification des personnes pouvant bénéficier des prestations du régime d'assistance médicale, des modalités de pris en charge des personnes reconnues éligibles au régime d'assistance médicale et des modalités de financement de ce régime ;</li> <li>- Ediction de l'arrêté conjoint du Ministère de l'Intérieur, du Ministère de l'Economie et des Finances et du Ministère de la santé fixant les variables liés au conditions de vie, les coefficients de pondération du revenu déclaré, les indices de calcul du score patrimonial ;</li> <li>- Essai sur site pilote (Tadla-Azilal) pour tester les dispositions définies par le décret et l'arrêté sus-mentionnés ;</li> <li>- Préparation des ressources humaines et matérielles pour la gestion de ce régime ;</li> <li>- Sécurisation du financement du régime RAMED</li> <li>- Fourniture des prestations des services de santé aux bénéficiaires RAMED ;</li> <li>- Renforcement des capacités du ministère de la Santé par la mise en place de mécanismes de suivi des activités réalisées et de reporting au comité stratégique.</li> </ul>
<b>Action 82:</b> Accompagnement et suivi de la	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Large communication avec les partenaires et prise en compte de</li> </ul>

<sup>48</sup> Le financement équitable des systèmes de santé repose sur l'intégration du concept d'équité à la répartition de la charge du financement sur la population et sur le principe que la nécessité de payer les soins de santé ne doit pas appauvrir les familles, Organisation Mondiale de la Santé, «Rapport sur la santé en Europe en 2002 », Financement, p. 110..

mise en œuvre de la couverture médicale.	cet élément dans la réforme hospitalière en cours en ouvrant un bureau spécial au sein des hôpitaux pour s'occuper des bénéficiaires du régime INAYA surtout dans les villes où existent un grand nombre de bénéficiaires ; - Suivi de l'impact de la mise en oeuvre de la CMB.
<b>Action 83:</b> Instauration d'un régime de couverture médicale pour les étudiants de l'enseignement supérieur public et privé.	- Contribution du Ministère de la Santé à la mise en place d'options de couverture des étudiants ainsi que les mesures d'opérationnaliser ce régime pour la prochaine rentrée universitaire.

L'extension de la couverture médicale par les différentes formes d'assurances et de mutuelles augmentera le financement solidaire et par conséquent, réduira progressivement la charge financière qui pèse sur les ménages.

### ***Axe 3 : Planification et mise en œuvre de plans nationaux spécifiques***

Des actions spécifiques seront initiées ou renforcées pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le contrôle du diabète, des maladies cardio-vasculaires, des types de cancer d'incidence majeure et l'insuffisance rénale chronique, ainsi que des facteurs de risque tels que l'hypertension, les dyslipidémies, l'obésité et le manque d'activités physiques. Il faut aussi faire face à d'autres problèmes tels que les traumatismes, la sécurité routière, le tabagisme, l'alcool et les drogues, la pollution de l'environnement et ceux qui affectent la santé mentale.

#### **3.1. Plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale**

*« La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales »*

Article 25-2, déclaration Universelle des Droits de l'Homme, 1948

Le programme de la maternité sans risque dont l'opérationnalité remonte déjà à au moins deux décennies n'arrive toujours pas à avoir un impact significatif sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Par conséquent, il est envisagé pour la période 2008-2012, de mettre en place un plan d'accélération de ce programme qui puisse agir efficacement sur les causes de décès des mères et des nouveaux nés. L'objectif est de réduire la mortalité maternelle de 227 à 50 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité infantile de 40 à 15 pour 1000 naissances vivantes à l'horizon de 2012.

Ces objectifs font parties des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) auxquels le Maroc a souscrit. Le plan d'action arrêté repose sur 3 axes stratégiques ;

**Axe 1 : Réduction des barrières d'accès aux soins obstétricaux et néonataux et amélioration de la disponibilité d'un personnel qualifié dans les structures d'accouchement.** En effet, 85% des femmes sont confrontées à des problèmes d'accès aux soins qu'ils soient d'ordre financier (74 %), physique/distance (60%) ou culturel (31 %).

**Axe 2 : Amélioration de la qualité de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement ;** Les complications obstétricales directes sont responsables de 80% des décès maternels (hémorragie, infection, éclampsie, fausse couche,..) contre seulement 20 % de causes indirectes (anémie, hypertension artérielle, diabète, ...)

### Axe 3 : Amélioration du pilotage du programme de lutte contre la surmortalité maternelle et infantile.

Ces axes stratégiques sont déclinés en actions et activités comme suit :

Actions	Activités
<b>Axe stratégique 1 : Réduction des barrières d'accès aux soins obstétricaux et néonataux (SONU) et améliorer la disponibilité d'un personnel qualifié dans les structures d'accouchement</b>	
<p><b>Action 84:</b> Gratuité des soins obstétricaux et néonataux SONU.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instauration de la gratuité de l'accouchement et de la césarienne dans les hôpitaux ;               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliser les fonds nécessaires de compensation ;</li> <li>- Diffusion d'une circulaire ou note ministérielle.</li> </ul> </li> <li>• Gratuité du transport à partir des maisons d'accouchements vers une structure de référence en cas de besoin pour la mère ou pour le nouveau né ; (Priorité 2008) :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisition des ambulances nécessaires ;</li> <li>- Equipement des ambulances ;</li> <li>- Mobilisation des moyens de fonctionnement ;</li> <li>- Elaboration et diffusion d'une circulaire aux provinces.</li> </ul> </li> <li>• Disponibilité des médicaments vitaux (liste), les produits sanguins labiles et les fournitures d'obstétrique dans toutes les structures d'accouchement. Dans ce cadre, et en plus des kits d'accouchements qui seront renforcés, il sera mis en place des trousse de césarienne dans toutes les maternités hospitalières; (Priorité 2008) :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des produits manquants ;</li> <li>- Autorisation de la mise sur le marché des produits manquants ;</li> <li>- Normalisation par circulaire des produits vitaux des SONU ;</li> <li>- Elaboration et mise à disposition des kits de césarienne ;</li> <li>- Suivi et supervision de la mise en place.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Action 85:</b> SAMU obstétrical en milieu rural.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création des mini-SAMU obstétricaux pour réguler les urgences obstétricales et néonatales dans le milieu rural : (Priorité 2008)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des besoins par commune INDH ;</li> <li>- Acquisition des moyens de communication ;</li> <li>- Mise en place du dispositif ;</li> <li>- IEC ;</li> <li>- Suivi et supervision de la mise en place.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Action 86:</b> Disponibilité d'un personnel qualifié.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un système de garde résidentielle des obstétriciens dans les hôpitaux (à partir 4 gynécologue obstétriciens) et veiller à la continuité des soins obstétricaux dans les maisons d'accouchement (au moins 2 sages femmes/maison accouchement, puis régulation des effectifs selon le volume d'activités). (Priorité 2008).</li> <li>• Doublement du nombre de postes réservés à la formation de sages femmes et au résidanat en gynéco obstétrique et en anesthésie réanimation (en attendant de disposer de ressources humaines spécialisées (gynécologues, réanimateurs, néonatalogistes) en quantité suffisante, il y a lieu, moyennant une formation de courte durée d'impliquer les médecins généralistes dans les actions de santé maternelle et infantiles).</li> <li>• Instauration dans le cursus de formation des résidents un stage dans les hôpitaux publics par roulement de 6 mois des résidents en gynéco obstétrique (3e et 4e année) et en pédiatrie (3e année) en veillant à leur prise en charge.</li> </ul>
<p><b>Action 87:</b> Renforcement de compétences.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instauration de nouveaux mécanismes de renforcement des compétences des ressources humaines impliquées dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement : (Priorité 2008)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'instauration de l'obligation pour les accoucheuses des</li> </ul> </li> </ul>



	<p>maisons d'accouchement de réaliser un stage de maintien de la compétence d'une semaine/an dans la maternité de référence ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la réalisation de 2 visites de coaching par an des maisons d'accouchement par les obstétriciens de la maternité de référence ;</li> <li>- L'organisation d'une session de formation croisée par an entre obstétriciens et pédiatres au profit des accoucheuses, des sages femmes, des obstétriciens et des pédiatres;</li> <li>- Le recyclage du médecin généraliste pour lui permettre de jouer un rôle actif dans le suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.</li> </ul>
<b>Action 88:</b> Prévention et dépistage des grossesses à risque notamment par la mise en place des unités médicales mobiles (UMM).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidation des acquis en matière de planification familiale en renforçant les méthodes de longue durée et le counseling ; (Priorité 2008).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restructuration de la stratégie de couverture sanitaire mobile autour de la santé de la mère et de l'enfant et doter les provinces des moyens de mobilité et de fonctionnement nécessaires pour couvrir toutes les zones d'accès difficile. (Les Unités Médicales Mobiles) (Priorité 2008).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligation du dépistage systématique au cours de la consultation prénatale de l'anémie, de l'HTA et du diabète ainsi que l'établissement du groupe sanguin. (Priorité 2008)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de la participation communautaire et investir sur les personnes relais. (Priorité 2008)</li> </ul>
<b>Axe stratégique 2 : Amélioration de la qualité de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement</b>	
<b>Action 89:</b> Audit et mise à niveau des structures d'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audit de toutes les maisons d'accouchement et de toutes les maternités hospitalières. Cet audit doit reposer sur des normes de structure et des normes de processus. Les résultats de ces audits doivent être utilisés comme base pour la mise à niveau des structures d'accouchement et le redéploiement du personnel.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation et normalisation l'offre de soins en néonatalogie et création d'au moins un service de réanimation néonatale et de prématurité dans chaque région. (Priorité 2008)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un concours qualité spécifique aux structures d'accouchement pour motiver le personnel et reconnaître les mérites.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la qualité de la CPN pour le dépistage et la prise en charge des GAHR, de l'accouchement assisté et de la consultation du post partum.</li> </ul>
<b>Action 90:</b> Humanisation des structures d'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligation du séjour de 48 heures après un accouchement normal dans toutes les structures d'accouchement. (Priorité 2008)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation de séparations entre les box d'accouchement pour respecter l'intimité des femmes. (Priorité 2008)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitation du soutien familial en permettant à un membre de la famille d'assister à l'accouchement à sa demande. (Priorité 2008)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aménagement d'un espace d'accueil pour les accompagnants des parturientes (accouchement = un événement heureux de convivialité). (Priorité 2008)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un « numéro économique » pour recueillir les plaintes et les doléances des femmes.</li> </ul>
<b>Axe stratégique 3 : Amélioration du pilotage du programme</b>	
<b>Action 91:</b> Mise en place d'un système de surveillance des décès maternels et néonataux et de suivi des actions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place de l'obligation de la déclaration obligatoire de tous les décès de femmes entre 15 et 49 ans.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institutionnalisation de l'audit confidentiel de décès maternels et néonatal et mise en place d'un comité provincial d'audit des décès maternels et périnataux dont le rôle est de réaliser des autopsies verbales et des audits de décès maternels déclarés. (Priorité 2008)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opérationnalisation du comité régional de monitoring, de suivi et d'évaluation des soins obstétricaux et néonataux. (Priorité 2008)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un registre national auprès de la commission nationale pour le suivi des décès maternels et néonataux (comité</li> </ul>

	d'experts).
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervision régulière et suivi périodique par la commission de la mise en œuvre des actions du plan d'action maternité sans risque, notamment dans les zones à faible couverture (7 régions).</li> </ul>
<b>Action 92:</b> Mobilisation sociale, plaidoyer et partenariat autour de la maternité sans risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation de campagnes de mobilisation sociale autour de la maternité sans risque avec l'implication des différents départements du gouvernement, la société civile et les médias. (Priorité 2008)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place auprès de Monsieur le Premier Ministre, d'une commission nationale chargée du suivi de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication des sociétés savantes dans la mise en œuvre du plan d'action et la mobilisation des professionnels (recommandations de bonnes pratiques, formation continue, congrès,...).</li> </ul>

### 3.2. Plans nationaux de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles

Quatre des principales MNT – les maladies cardio-vasculaires, le cancer, la maladie pulmonaire obstructive chronique et le diabète – sont dues à des facteurs communs de risque évitables qui sont liés aux modes de vie. Il s'agit du tabagisme, de l'alimentation déséquilibrée et du manque d'exercice physique. Aussi la prévention de ces pathologies doit-elle être axée sur une approche intégrée visant à maîtriser ces facteurs de risque. Il s'avère donc indispensable, d'agir au niveau de la famille et de la communauté, car ces facteurs de risque comportementaux sont profondément ancrés dans la trame socioculturelle de la société.

Dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les maladies chroniques, la stratégie élaborée s'articule autour des quatre axes ci-dessous :

- Renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies chroniques ;
- Lutte contre les maladies par le renforcement et la mise en œuvre de programmes sanitaires axés sur la prévention des facteurs de risques, la promotion d'un mode de vie sain, le diagnostic clinique et biologique et la prise en charge des malades ;
- Développement d'action intégrée avec le renforcement de la composante sanitaire dans les programmes sectoriels nationaux ;
- Intégration des programmes de prévention et de lutte contre les maladies chroniques dans des ESSB.

Les approches intégrées constituent un moyen rentable et efficace pour combattre les MNT. Ces approches permettent l'intégration de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, et garantissent la collaboration étroite des programmes dans différents secteurs et disciplines tels que la nutrition, la promotion de la santé, la santé des enfants et des adolescents, la santé des personnes âgées et le développement des services de santé<sup>49</sup>.

#### 3.2.1. Plan national de prévention et de lutte contre le cancer

Le programme national de lutte contre le cancer est un programme de santé publique dont le but est de réduire l'incidence du cancer, de faire baisser la mortalité due à cette maladie et d'améliorer la qualité de vie de ceux qui en sont atteints par la mise en œuvre systématique et équitable de stratégies de prévention, de détection précoce, de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs reposant sur des données concrètes et tirant le meilleur parti des ressources disponibles<sup>50</sup>.

<sup>49</sup> Organisation Mondiale de la santé, « Lutte contre les Maladies non Transmissibles », WPR/RC51/8, Septembre 2000

<sup>50</sup> Organisation Mondiale de la Santé ; « Programmes nationaux de lutte contre le cancer : politiques et principes gestionnaires », OMS, Genève, 2002, p. ix.

Lors de la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005 fut adoptée la résolution sur la prévention et la lutte anticancéreuses qui a donné lieu à la mise en œuvre de la stratégie mondiale de lutte contre le cancer, qui a pour but de réduire la charge et les facteurs de risque de cette maladie et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille dans le monde entier en planifiant et mettant en œuvre des stratégies de prévention et de lutte anticancéreuses.

Le MS s'inscrit dans cette approche stratégique et se mobilise, avec la participation des acteurs concernés et la société civile, particulièrement l'Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer (ALSCL) pour l'élaboration d'un programme national de lutte, conformément à l'approche fixée par la stratégie mondiale. Les éléments complets de ce programme national seront annoncés au début de l'année 2009.

D'ores et déjà, avec la participation d'ONG (l'Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer), le MS s'est engagé dans la restructuration et le renforcement de l'infrastructure de prise en charge des malades atteints de cancer pour rééquilibrer et rentabiliser l'offre globale de soins. Ceci se réalisera par l'intégration de l'offre d'oncologie dans le réseau actuel et futur de prestations de soins et services. Cette infrastructure sera organisée en:

- Centre d'oncologie de proximité qui assure des activités déléguées sous l'encadrement d'un pôle régional d'oncologie. Il doit être implanté autour d'un centre hospitalier provincial ou préfectoral pour lui permettre une meilleure fonctionnalité ;
- Pôle régional d'oncologie : qui a pour mission de (i) prendre en charge la maladie cancéreuse en termes de diagnostic, de traitement et de suivi ; (ii) accompagner et soutenir les malades et leurs familles lors de leurs épisodes de maladie ; (iii) coordonner l'action anticancéreuse dans le territoire desservi ; (iv) organiser des activités de prévention et de communication de la maladie et (v) participer aux activités de formation et de recherche ;
- Centres hospitaliers universitaires qui correspondent à des pôles régionaux d'oncologie, mais disposent de compétences de haut niveau et de plateaux techniques hyper spécialisé. Ils seront amenés à réaliser des activités de conseil aux pôles régionaux directement ou par le biais de la télé-médecine, des activités de diagnostic hyper spécialisé comme le PET SCAN ou la tomothérapie et des activités de formation et de recherche.

Les actions menées ces deux dernières années en partenariat avec l'Association Lalla Salma de Lutte Contre le Cancer créent des synergies indiscutables et contribuent grandement à la promotion de la lutte contre le Cancer au Maroc. Ces actions portent sur :

- La sensibilisation de la population sur l'importance du dépistage précoce qui constitue l'un des éléments fondamentaux dans la lutte contre toutes les formes du cancer;
- La mise en oeuvre d'un programme de lutte contre le tabagisme par l'ALSCL en collaboration avec le MS, le Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur, de la Formation des Cadres et de la Recherche Scientifique et la Confédération Générale des Entreprises du Maroc (CGEM) et avec le soutien de Conseils Régionaux ;
- La mise en oeuvre d'un programme « hôpitaux sans tabac » en partenariat avec l'ALSCL ;
- La création par l'ALSCL de centre de consultation pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein ;
- La fourniture des médicaments aux malades non couverts par une assurance maladie ;
- La contribution à la mise en place de registres du Cancer et leur généralisation à l'ensemble des structures ayant une activité d'oncologie ;
- La réalisation d'enquête et d'étude sur le cancer ;
- La création des « *Maisons de vie* », soutien aux familles en déplacement aux centres d'oncologie pour des cures de chimiothérapie.



Actions	Activités
<b>Axe 1 : mise en place des structures de la lutte contre le cancer</b>	
<b>Action 93</b> : Création de deux centres d'oncologie de proximité.	<b>Construction et équipement des centres de proximité à :</b> - Laayoune, Beni Mellal, Nador et Errachidia.
Action 91 : Création des pôles régionaux d'oncologie	<b>Construction et équipement des centres régionaux à :</b> - Al Hoceima, Tanger, Meknès et Safi
<b>Action 94</b> : Création des pôles régionaux d'oncologie et services de gynéco-oncologie rattachés aux CHU qui disposent de compétences de haut niveau et de plateaux techniques hyper spécialisés	<b>Construction et équipement des pôles d'oncologie aux CHUs de :</b> - Fès, Marrakech, Casablanca et Rabat.  <b>Construction et équipement des services gynéco-oncologie aux CHUs de Rabat et de Casablanca</b>
<b>Action 95</b> : Création des centres de référence, de dépistage et de diagnostic du cancer du col de l'utérus et du sein en partenariat avec l'ALSIC.	<b>Construction et équipement des centres de référence à :</b> - Rabat, Casablanca, Agadir, Tanger, Skhirat Témara, Salé, Fès, Meknès, Marrakech et Errachidia.
<b>Action 96</b> : Fourniture des médicaments aux malades non couverts par une assurance maladie.	
<b>Axe 2 : Renforcement de la prévention primaire des cancers prioritaires</b>	
<b>Action 97</b> : Promotion de la prévention du cancer par l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'Information, d'Education et de Communication en matière de lutte contre les cancers prioritaires.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'une Campagne Nationale de Sensibilisation en matière du cancer du sein ;</li> <li>- Organisation d'une Campagne Nationale de Sensibilisation en matière du cancer du col ;</li> <li>- Élaboration d'un Plan Média de lutte contre les facteurs de risque et la promotion d'un mode de vie sain ;</li> <li>- Introduction dans le cursus scolaire de thèmes liés à la lutte contre les facteurs de risque (tabac, obésité, ...).</li> </ul>
<b>Axe 3: Promotion du dépistage précoce des cancers prioritaires</b>	
<b>Action 98</b> : Renforcement du dépistage et de la détection précoces des cancers les plus fréquents en l'occurrence le cancer du col utérin et du sein.	- renforcement de l'infrastructure nécessaire au dépistage du cancer du col et du sein (Mammographes, Colposcopes, kits pour frottis).
<b>Axe 4 : Amélioration de la prise en charge</b>	
<b>Action 99</b> : Renforcement de l'infrastructure existante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisition de matériel médico-technique ;</li> <li>- Recrutement de personnel qualifié ;</li> <li>- Création de nouveaux centres de prise en charge.</li> </ul>
<b>Action 100</b> : Amélioration de l'accès aux médicaments anticancéreux.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dotation des centres d'oncologie en médicaments anticancéreux ;</li> <li>- Etablissement d'un plan médicament ;</li> <li>- Instauration d'une commission de gestion des médicaments anticancéreux.</li> </ul>
<b>Axe 5: Amélioration des compétences des professionnels de la santé impliqués dans la lutte contre les cancers</b>	
<b>Action 101</b> : Formation du personnel médical et paramédical.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Production d'un référentiel de prise en charge des cancers du sein et du col ;</li> <li>- Renforcement du dispositif de formation initiale en cancérologie afin d'augmenter le nombre de potentiel de médecins pouvant prendre en charge le cancer ;</li> <li>- Renforcement des filières paramédicales de diagnostic et de prise en charge de cancer (cytotechniciens, techniciens de radiologie,...) ;</li> <li>- Formation continue des professionnels de la santé en matière de détection précoce du cancer du col et du sein, en l'occurrence les médecins généralistes, les cytotechniciens et le personnel infirmier des cellules de SMI et PF ;</li> <li>- Formation des médecins généralistes et des pédiatres dans le diagnostic précoce des cancers de l'enfant ;</li> <li>- Formation continue en oncologie au profit des médecins spécialistes (Hématologues, chirurgiens, neurochirurgiens, ...).</li> </ul>

<b>Axe 6: Renforcement du système de surveillance épidémiologique du cancer</b>	
<b>Action 102:</b> Extension de la mise en place des registres du cancer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place du registre de Rabat ;</li> <li>- Contribution à la mise en place de registres hospitaliers au niveau des centres régionaux d'oncologie.</li> </ul>
<b>Axe 7: Promotion de la recherche scientifique</b>	
<b>Action 103 :</b> Contribution à la recherche scientifique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation des études et enquêtes épidémiologiques.</li> </ul>

### 3.2.2. Plan national de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires

Les actions focaliseront sur le rhumatisme cardiaque et l'hypertension artérielle.

#### A. Rhumatisme cardiaque (RC)

L'objectif est de réduire l'incidence du RC et la prévalence de la Cardite Rhumatismale.

La stratégie repose sur quatre composantes : (i) la prévention primaire par le traitement systématique de toutes les angines ; (ii) la prévention secondaire par l'injection d'extencilline toutes les trois semaines après toute crise de RC, pendant 5 ans en l'absence de cardite ou à vie en cas de cardite ; (iii) l'éducation sanitaire qui cible la population scolaire en particulier et la population générale pour inciter au traitement correct des angines et (iv) la surveillance épidémiologique.

Les principales activités s'articuleront autour de campagnes nationales de sensibilisation et de lutte contre l'angine et le RC pour le grand public et en milieu scolaire ; la sensibilisation des dentistes et des pédiatres à la prise en charge des rhumatisants ; et la sensibilisation des professionnels de santé à l'éducation sanitaire des rhumatisants (SMI, IEC, Hygiène scolaire) et la production de matériel didactique pour les campagnes de sensibilisation.

#### B. Hypertension artérielle

Les objectifs visent à (i) réduire la morbidité liée à l'HTA par la lutte contre ses facteurs de risque, notamment par la promotion d'un mode de vie sain et (ii) assurer une meilleure prise en charge des cas diagnostiqués afin de réduire les complications liées à l'HTA.

Quant à la stratégie, elle s'articulera autour de quatre axes : (i) la prévention primaire, (ii) l'amélioration de la prise en charge ; (iii) la formation du personnel et (iv) la surveillance épidémiologique.

Pour ces deux maladies les actions projetées sont les suivantes :

<b>Actions</b>	<b>Activités</b>
<b>Axe 1 : Elaboration d'un programme de prévention et de lutte contre les facteurs de risques évitables</b>	
<b>Action 104:</b> Lutte contre les facteurs de risques de l'HTA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduction dans le cursus scolaire de thèmes liés à la lutte contre les facteurs de risque en matière d' HTA et RC ;</li> <li>- Elaboration et diffusion de supports éducatifs ;</li> <li>- Elaboration d'un Plan Média sur les facteurs de risque ;</li> <li>- Organisation d'une campagne nationale annuelle de sensibilisation en matière d'HTA et RC.</li> </ul>
<b>Axe 2: Amélioration de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires prioritaires (HTA et RC)</b>	
<b>Action 105:</b> Organisation d'un système de dépistage chez les groupes à risque.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un système de dépistage de l'HTA chez les groupes à risque (diabétiques, obèses, femmes enceintes...) au niveau des ESS ;</li> <li>- Renforcement de la prévention du RAA en milieu scolaire (<b>Priorité 2008</b>)</li> </ul>

<b>Action 106:</b> Elaboration et révision des référentiels thérapeutiques.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision et mise à jour du référentiel de prise en charge HTA;</li> <li>- Standardisation de la prise en charge des angines et du RAA.</li> </ul>
<b>Action 107:</b> Amélioration de l'accessibilité aux soins de l'HTA. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des structures de prise en charge de l'HTA et du RC ;</li> <li>- Création d'un centre de référence par province pour la prise en charge intégrée du diabète et de l'HTA ;</li> <li>- Réorganisation de la consultation curative au niveau des ESSB ;</li> <li>- Organisation de caravanes de dépistage et de prise en charge initiale au profit de la population défavorisée.</li> </ul>
<b>Action 108:</b> Amélioration de la gestion des médicaments.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision de la nomenclature ;</li> <li>- Dotation des structures sanitaires en médicaments en quantité suffisante ;</li> <li>- Mise en place de supports d'information pour assurer la traçabilité.</li> </ul>
<b>Axe 3: Mise en place d'un programme d'éducation avec des normes et des standards en matière d'HTA et du RC.</b>	
<b>Action 109:</b> Information et sensibilisation des hypertendus et rhumatisants.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration et production de supports éducatifs pour les hypertendus et les rhumatisants ;</li> <li>- Éducation des hypertendus et des rhumatisants au suivi de leur maladie (bilan, auto-mesure, ..).</li> </ul>
<b>Axe 4: Elaboration d'un plan de formation</b>	
<b>Action 110:</b> Elaboration d'un programme de formation continue du personnel médical et paramédical en matière d'information d'Education et Communication, de prise en charge et de surveillance épidémiologique de l'HTA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des professionnels de santé (médecins généralistes, pédiatres, cardiologues,..) sur les protocoles de diagnostic, de prise en charge de l'HTA et du RC ;</li> <li>- Formation des médecins dentistes sur la prise en charge dentaire des rhumatisants ;</li> <li>- Formation du personnel médical et paramédical en matière de techniques de communication et d'utilisation des supports éducatifs</li> <li>- Formation des gestionnaires en matière de gestion du programme d'HTA et du RC (médecin chef de SIAAP, major de SIAPP, animateur de programme,...) ;</li> <li>- Formation des professionnels de santé en matière de surveillance épidémiologique.</li> </ul>
<b>Action 111 :</b> Renforcement de la formation médicale et paramédicale de base.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduction d'un module de formation sur le programme de lutte contre les maladies cardiovasculaires dans le cursus de formation de base médicale et paramédicale.</li> </ul>
<b>Axe 5: Renforcement de la surveillance épidémiologique</b>	
<b>Action 112:</b> Amélioration de la surveillance épidémiologique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un système de surveillance de l'HTA ;</li> <li>- Révision du système de surveillance du RC ;</li> <li>- Elaboration et standardisation des supports d'information ;</li> </ul>
<b>Action 113 :</b> Réalisation d'études épidémiologiques dans le domaine des maladies cardiovasculaires.	
<b>Axe 6: Renforcement de la collaboration intersectorielle</b>	
<b>Action 114:</b> Elaboration de partenariats avec les différents acteurs concernés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des principaux acteurs œuvrant dans le domaine (associations, sociétés thématiques, autres départements...) ;</li> <li>- Implication du secteur privé dans la sensibilisation de la population et l'application des protocoles de diagnostic et de prise en charge ;</li> <li>- Etablissement de conventions de partenariat avec les principaux acteurs identifiés.</li> </ul>

### 3.2.3. Plan national de prévention et de lutte contre le diabète

L'élaboration des lignes directrices du programme national de prévention et de contrôle du diabète au Maroc a été réalisée en 1995 suite à une consultation d'un expert OMS. Les objectifs et les priorités ont été définis suite à la mise en place d'un comité technique consultatif multidisciplinaire et intersectoriel (diabétologues, pédiatres, médecins généralistes, universitaires et spécialistes en santé publique).

Les éléments de la stratégie nationale de prévention et de contrôle du diabète s'inscrivent dans une logique essentiellement préventive qui s'articulent autour de trois axes: (i) Prévention primaire ; (ii)

Prévention secondaire ; (iii) Prévention tertiaire. Le programme d'action pour la période 2008 – 2012 se présente comme suit :

Actions	Activités
<b>Axe 1 : Amélioration de la prise en charge des diabétiques</b>	
<b>Action 115:</b> Mis en place des référentiels des protocoles thérapeutiques. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualisation et validation des protocoles thérapeutiques pour la prise en charge de l'enfant et de l'adulte ;</li> <li>- Production et diffusion des guides relatifs aux protocoles thérapeutiques pour la prise en charge de l'enfant et de l'adulte.</li> </ul>
<b>Action 116 :</b> Organisation des structures de prise en charge (PEC) des diabétiques. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de l'état des lieux des centres de PEC des enfants diabétiques ;</li> <li>- Renforcement des centres de PEC de l'enfant diabétique (11 centres) ;</li> <li>- Création de 2 nouveaux centres de PEC de l'enfant diabétique (Oujda et Agadir) ;</li> <li>- Equipement des ESSB pour assurer le dépistage du diabète chez les groupes à risque et le suivi régulier des diabétiques ;</li> <li>- Renforcement des structures de PEC des diabétiques et leur conversion en centres de références intégrés pour diabétiques et hypertendus.</li> </ul>
<b>Action 117:</b> Disponibilité et gestion des antidiabétiques et du fongible. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une commission chargée de dresser un état des lieux de la gestion de l'insuline au niveau périphérique ;</li> <li>- Révision de la nomenclature des antidiabétiques oraux ;</li> <li>- Mise en place d'un système de traçabilité des antidiabétiques ;</li> <li>- Approvisionnement en seringues 0.5ml (50UI) pour enfants diabétiques au niveau des consultations pédiatriques et introduction sur le marché de seringues pédiatriques 0.3ml (30UI).</li> </ul>
<b>Action 118:</b> Renforcement du partenariat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissement de conventions de partenariat avec les ONG et associations ;</li> <li>- Participation aux actions de dépistage, de contrôle et d'éducation organisées au profit des populations démunies</li> </ul>
<b>Axe 2: Renforcement de la formation, l'éducation et la communication en matière de diabète et de lutte contre les facteurs de risque</b>	
<b>Action 119:</b> Réalisation de sessions de formation continue et de base. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des médecins généralistes et du personnel infirmier sur le dépistage du diabète ciblé chez les groupes à risque ;</li> <li>- Formation des médecins généralistes sur la PEC du diabète ;</li> <li>- Formation des pédiatres et des endocrinologues sur la prise en charge spécifique de l'enfant diabétique ;</li> <li>- Formation du personnel infirmier pour la participation à la prise en charge du diabète ;</li> <li>- Intégration de la problématique du diabète dans les cursus soit universitaire soit au niveau des instituts du MS (INAS, IFCS).</li> </ul>
<b>Action 120 :</b> Participation active des diabétiques dans la PEC de leur maladie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un programme d'éducation des diabétiques avec des normes et standards ;</li> <li>- Elaboration et production de supports éducatifs des diabétiques ;</li> <li>- Formation des professionnels de santé en matière d'éducation des diabétiques ;</li> <li>- Organisation de séances d'éducation des diabétiques.</li> </ul>
<b>Action 121:</b> Information et sensibilisation de la population sur le diabète et ses facteurs de risque.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de campagnes de sensibilisation sur les facteurs de risque du diabète ;</li> <li>- Intégration de la prévention du diabète et de ses facteurs de risque dans le cursus scolaire ;</li> <li>- Organisation de campagnes de communication à large échelle sur la promotion d'un mode de vie sain.</li> </ul>
<b>Axe 3 : Révision et renforcement de la surveillance épidémiologique du diabète</b>	
<b>Action 122:</b> Amélioration du système de surveillance épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision du rapport semestriel de la surveillance épidémiologique du diabète ;</li> <li>- Standardisation des supports d'information (registre de surveillance du diabète...)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un manuel de terminologie du système de surveillance épidémiologique ;</li> <li>- Formation des professionnels de santé en matière de surveillance épidémiologique du diabète.</li> </ul>
<b>Action 123:</b> Définition de la situation épidémiologique du diabète et de ses complications.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'une enquête sur la prévalence du diabète et de ses complications chez les enfants et les adultes.</li> </ul>

### 3.2.4. Plan national de la santé mentale

Le MS, tout en poursuivant sa politique de proximité et de décentralisation de la prise en charge psychiatrique, adoptée conformément aux recommandations de l'OMS, a engagé depuis 2006 un processus national de concertation pour la révision et la réactualisation des stratégies en matière de lutte contre les maladies mentales et les toxicomanies.

Actions	Activités
<b>Santé mentale adulte</b>	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réorganiser l'offre de soins de psychiatrie par le développement en urgence de structures spécialisées répondant aux besoins de populations spécifiques (médico-légaux et usagers de drogues).</li> <li>- Réfléchir sur la continuité des soins et de l'accompagnement social par des alternatives à l'hospitalisation et des modalités de réinsertion ;</li> <li>- Sensibiliser le public aux problèmes de santé mentale et lutter contre la stigmatisation ;</li> <li>- Renforcer la formation de base et continue des professionnels de santé mentale ;</li> <li>- Créer un cursus de formation pour les différents intervenants en santé mentale ;</li> <li>- Réfléchir sur les possibilités de motivation des professionnels de santé mentale afin d'assurer une disponibilité de ces prestataires de soins au niveau de toutes les régions ;</li> <li>- Donner un statut aux psychologues cliniciens et définir les différents profils travaillant dans le champ de la santé mentale ;</li> <li>- Réviser les textes régissant le domaine de la santé mentale.</li> </ul>	
<b>Action 124 :</b> Lutte anti-stigmatisation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Célébration de la journée mondiale de la santé mentale ;</li> <li>- Organisation d'activités de plaidoyer.</li> </ul>
<b>Action 125 :</b> Actions de prévention et de promotion de la santé mentale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une stratégie de communication sociale pour la prévention et la promotion de la santé mentale au sein de la population ;</li> <li>- Conception et diffusion de supports de communication (spots TV et radio, film, guides, affiches).</li> </ul>
<b>Action 126 :</b> Amélioration de la qualité de la prise en charge des malades souffrant de troubles mentaux par l'extension des structures de soins. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction de nouveaux services de psychiatrie (30 à 40 lits), intégrés dans les hôpitaux généraux dans les régions qui n'en disposent pas, à raison de 3 services par année ;</li> <li>- Construction de 4 hôpitaux régionaux de psychiatrie (100lits) à raison d'une structure par an ;</li> <li>- Création d'unités (15lits) pour malades difficiles, ou malades médico-légaux (UMD) intégrées dans les hôpitaux régionaux ;</li> <li>- Reconstruction/Aménagement et réhabilitation des hôpitaux et services psychiatriques existants.</li> </ul>
<b>Action 127 :</b> Assurer la disponibilité des médicaments.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Achat de médicaments psychotropes essentiels pour atteindre une prise en charge de 50% des malades vus en ambulatoire ;</li> <li>- Révision de la liste des médicaments psychotropes essentiels</li> <li>- Privilégier l'achat des psychotropes dans le budget de l'Etat.</li> </ul>
<b>Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent</b>	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer un minimum essentiel en matière de structures de prise en charge pour la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent par la création de nouvelles structures diversifiées et de proximité ;</li> <li>- Disposer d'un référentiel en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ;</li> <li>- Normaliser les structures spécifiques de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent ;</li> <li>- Création de cursus de formation pour les différents intervenants en santé mentale.</li> </ul>	
<b>Action 128:</b> Amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux par la	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création de structures spécialisées d'accueil et de soins pour enfants et adolescents en souffrance, en réseaux interdisciplinaires et intersectoriels ;</li> </ul>



création de structures de soins spécifiques. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (Hôpitaux de Jour pour enfants et adolescents : 10 à 15 lits) ;</li> <li>▪ Mise en place des consultations spécialisées ambulatoires (dans les 16 régions), des centres d'action médico-sociale précoce et des unités d'évaluation/formation ;</li> <li>▪ Mise en place d'un Système Pilote : 4 Unités d'évaluation clinique / formation au niveau des 4 CHU d'ici l'an 2012, rattachées aux structures de proximité: soit 4 Hôpitaux de jour (HDJ) ou Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, avec 4 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et des consultations spécialisées ambulatoires ;</li> <li>▪ Création des centres d'accueil des malades sans abri dans les 16 régions sanitaires d'ici 2012.</li> </ul>
<b>Action 129:</b> Renforcement des ressources humaines, Recrutement, formation et formation continue des intervenants en santé mentale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recrutement de professionnels interdisciplinaires qualifiés ;</li> <li>- Mise en place des départements universitaires de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent ;</li> <li>- Renforcement et création des curricula au sein du Ministère de la Santé : ergothérapeutes ;</li> <li>- Renforcement et création des curricula dans d'autres départements : éducateurs spécialisés et enseignants spécialisés.</li> </ul>
<b>Action 130:</b> disponibilité des médicaments.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorisation de la mise sur le marché de la Ritalline et d'autres médicaments essentiels.</li> </ul>
<b>Action 131:</b> Réalisation d'études et d'enquêtes épidémiologiques.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquêtes épidémiologiques sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (2 études : avant et après l'exécution du PA) et enquêtes socio-culturelle sur la perception de la maladie mentale de l'enfant et de l'adolescent (2 études :avant et après l'exécution du PA).</li> </ul>
<p><b>Lutte contre les toxicomanies</b> Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prémunir les jeunes contre l'usage des substances psycho-actives ;</li> <li>- Améliorer la qualité de prise en charge des usagers de Drogues (UD) ;</li> <li>- Améliorer l'accessibilité des structures ;</li> <li>- Améliorer la capacité des acteurs dans le traitement et prise en charge spécifique des personnes souffrant de troubles addictifs ;</li> <li>- Encourager le Partenariat avec les ONG thématiques et les autorités locales pour la création de structures de réhabilitation.</li> </ul>	
<b>Action 132:</b> Réduction de la demande	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une stratégie de communication sociale.</li> </ul>
<b>Action 133:</b> Réduction des risques VIH et hépatite C chez les usagers de drogues injectables.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorisation de la mise sur le marché de la Méthadone.</li> </ul>
<b>Action 134:</b> Prise en charge et réhabilitation des usagers de drogues. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création de 16 unités de sevrage pour usagers de drogues dans les structures psychiatriques ;</li> <li>- Création de 16 centres médico-psychologiques de prévention, d'accueil et d'orientation pour les usagers de drogues et ;</li> <li>- Création de 16 unités « bas seuil d'exigence » pour la réduction des risques chez les usagers de drogues injectables reliées aux centres médico-psychologiques.</li> </ul>
<b>Action 135:</b> Réalisation d'études et enquêtes épidémiologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyses rapides de la situation de l'usage des drogues en rapport aux risques VIH : 4 sites étudiés par an.</li> </ul>
<b>Action 136:</b> Renforcement des ressources humaines, recrutement, formation et formation continue des intervenants en santé mentale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recrutement de professionnels interdisciplinaires qualifiés ;</li> <li>- Renforcement et création des curricula au sein du Ministère de la Santé : ergothérapeutes ;</li> <li>- Cursus de formation et formation continue des professionnels de santé mentale en matière de prévention et de prise en charge des usagers de drogues.</li> </ul>

### 3.2.5. Plan national de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale

La stratégie 2008-2012 du MS accorde une place primordiale à la lutte contre les affections de longue durée (ALD) parmi lesquelles l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) dont le plan d'action proposé vise trois objectifs majeurs : (i) répondre à la demande actuelle de prise en charge ; (ii)

maîtriser l'évolution de l'IRCT et renforcer la prévention de la maladie rénale chronique et (iii) renforcer l'activité de transplantation rénale. Trois objectifs sont programmés :

Actions	Activités
<p align="center"><b>Objectif 1 : Répondre à la demande actuelle en dialyse</b>            Il s'agit de satisfaire les demandes actuelles de prise en charge exprimées à travers les listes d'attente des centres de dialyse dont le nombre d'inscrits a dépassé 3000 malades.</p>	
<p><b>Action 137 :</b> Rentabilisation des centres de dialyse existants. (priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisation de 93 infirmiers à plein-temps ;</li> <li>- Instauration d'une permanence (garde) durant le samedi.</li> </ul>
<p><b>Action 138:</b> Développement du Partenariat Public Privé. (priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Achat de service de dialyse auprès des prestataires privés ;</li> <li>- Création de nouveaux centres de dialyse dans le cadre de l'INDH et en partenariat avec la société civile.</li> </ul>
<p><b>Action 139:</b> Création de nouveaux centres publics. (priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisition plus de 250 générateurs. et leur répartition dans 25 nouveaux centres de dialyse ;</li> <li>- Création de nouveaux centres offre l'avantage du redéploiement de l'offre en dialyse ;</li> <li>- Mobilisation de 25 médecins et 150 Infirmier(e)s.</li> </ul>
<p align="center"><b>Objectif 2 : Maîtriser l'évolution de l'IRCT et renforcer la prévention de la maladie rénale chronique</b></p>	
<p><b>Action 140:</b> Maîtrise de l'évolution de la maladie. (priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Généraliser la mise en place du registre MAGREDIAL (Maroc greffe dialyse) ;</li> <li>- Mise en place du programme KHDC (Kidney Hypertension Diabete and cardiovascular disease).</li> </ul>
<p><b>Action 141:</b> Renforcement de la prévention de la maladie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration et diffusion des recommandations des bonnes pratiques cliniques ;</li> <li>- Célébration de la Journée Mondiale du Rein ;</li> <li>- Intégration des activités de prévention à travers la mise en place d'un réseau REIN-DIABETE-HTA ;</li> <li>- Intégration des activités de prévention à travers la mise en place d'un réseau REIN-DIABETE-HTA ;</li> <li>- Disponibilité des thérapies pour la néphroprotection.</li> </ul>
<p align="center"><b>Objectif 3 : Développer la transplantation rénale au Maroc</b></p> <p>La transplantation rénale prolonge la vie des patients, améliore leur qualité de vie et constitue également la thérapie de remplacement rénal la moins coûteuse. Elle reste la solution de choix aussi bien sur le plan de son efficacité, son confort et son coût. Malheureusement, elle est encore peu développée au Maroc. Actuellement, il est prévu (i) le renforcement des 2 centres existants (Casablanca et Rabat), (ii) la création de 2 nouveaux centres à Fès et à Marrakech, (iii) le développement de la greffe pédiatrique et (iv) le développement de la greffe à partir de donneurs décédés. Pour le moment, un objectif de 30 greffes/an/équipe reste réaliste. Il faut y mettre les ressources nécessaires pour assurer une progression annuelle de plus de 5 greffes/an/équipe durant les cinq prochaines années afin d'aboutir à une activité en « vitesse de croisière » de 50 greffes/an/équipe.</p>	
<p><b>Action 142:</b> Soutien et renforcement des centres de greffe rénale. (priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à niveau urgente des laboratoires d'immunologie ; de virologie et d'anatomopathologie ;</li> <li>- Affectation d'un personnel médical qualifié, spécifiquement dédié à l'activité de transplantation (2 à 3 néphrologues universitaires formés par équipe) ;</li> <li>- Création de nouveaux centres de greffe rénale au niveau de Fès et de Marrakech.</li> </ul>
<p><b>Action 143:</b> Développement de la greffe d'organe avec prélèvement sur donneur décédé. (priorité 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Démarrage d'un programme de prélèvement d'organes sur sujets en état de mort cérébrale au niveau de l'axe Casablanca- Rabat ;</li> <li>- Simplification des dispositions légales de prélèvement d'organe sur sujet en état de mort cérébrale par l'introduction d'un amendement au niveau de la loi en concertation avec le conseil consultatif de transplantation d'organe et de tissus ;</li> <li>- Mise en place d'un programme de promotion du don d'organes par une sensibilisation de la population à travers les médias et d'autres tribunes (universités, mosquées...).</li> </ul>

### 3.3. Plan national d'accélération de la lutte contre la tuberculose

Le Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose (PSNLAT) établi pour la période 2006-2015 vise à accélérer la diminution de l'incidence de la tuberculose dans la population afin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le but du PSNLAT est de réduire l'incidence de la tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive (TPM+) d'au moins 6% par an à partir de l'année 2010.

Les objectifs visent à (i) maintenir le taux de détection des TPM+ supérieur à 90% ; (ii) atteindre un taux de succès thérapeutique de 90% entre 2006 et 2010 et (iii) réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose dans la population à l'horizon 2015 par rapport aux chiffres estimés de l'année 1990 (Objectifs du Millénaire pour le Développement).

Pour ce faire, la Stratégie Mondiale «*Halte à la Tuberculose* » (*Stop TB Strategy*) sera mise en œuvre par ce plan dans toutes ses composantes. Les activités du PSNLAT focaliseront sur les quartiers les plus défavorisés des grandes villes, plus particulièrement les groupes de populations en situation précaire dans le but de rendre encore plus accessibles les services de LAT, et à la mise en place des six éléments de la *Stratégie Halte à la Tuberculose (Stop TB Strategy)* 2006-2015 dans toutes les provinces et préfectures du pays. Le résultat attendu à l'échelle nationale : stabilisation ou légère augmentation de l'incidence annuelle notifiée de la tuberculose jusqu'en 2009 au plus tard, puis diminution de cette incidence d'au moins 6% par an à partir de 2010.

Actions	Activités
<b>Objectifs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire le taux d'incidence de la tuberculose toutes formes à 65 nouveaux cas pour 100.000 habitants d'ici 2012</li> <li>- Réduire le taux d'incidence de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive à 30 nouveaux cas pour 100.000 habitants d'ici 2012</li> </ul>	
<b>Action 144:</b> Développement des ressources humaines.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Affectation de 2 pneumophysiologues, de 15 bacilloscopistes et de 5 techniciens de radiologie par an ;</li> <li>- Développement des compétences des professionnels impliqués dans les activités de lutte contre les maladies respiratoires.</li> </ul>
<b>Action 145:</b> Renforcement des activités de suivi évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre du plan de suivi évaluation ;</li> <li>- Acquisition des moyens de mobilité : 16 véhicules d'ici 2012.</li> </ul>
<b>Action 146 :</b> Amélioration de l'offre de soins. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création de CDTMR et réaménagement (2 par an) et réaménagement des locaux existants (3 par an) ;</li> <li>- Création de deux pôles d'excellence à Rabat et à Casablanca pour la prise en charge des malades multirésistants ;</li> <li>- Développement et généralisation de l'APSR ;</li> <li>- Approvisionnement régulier en médicaments et en produits et matériels de diagnostic.</li> </ul>
<b>Action 147:</b> Implantation dans les structures existantes des services de pneumophysiologie adaptés à la prise en charge des cas de tuberculose chronique et multi-résistante. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incitation des patients à suivre et à terminer leurs traitements ;</li> <li>- Dispensation d'un traitement de qualité avec un soutien psychologique et social ;</li> <li>- Mise à la disposition aux CDTMR de moyens de communication et de mobilité.</li> </ul>
<b>Action 148:</b> Suivi de la proportion des perdus de vue.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de l'observance du traitement ;</li> <li>- Accompagnement psychosocial des malades ;</li> <li>- Formation des ONG.</li> </ul>
<b>Action 149:</b> Mise en œuvre des activités de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement de la prise en charge multisectorielle ;</li> <li>- Sensibilisation, en vue de leur implication, des autres départements concernés.</li> </ul>
<b>Action 150:</b> Prise en charge multisectorielle (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des autres secteurs, de la société et de la communauté ;</li> <li>- Organisation des séances de travail avec les différents partenaires dans la LAT.</li> </ul>



### 3.4. Mise en œuvre d'un plan d'information et de communication

Les actions de communication et de sensibilisation de la population permettent de renforcer et de soutenir les services et prestations sanitaires offertes dans le cadre des programmes et interventions prioritaires du MS par les différentes stratégies de couverture (établissements de soins hospitaliers et de santé de base, équipes mobiles, itinérance, approche communautaire, personnes relais etc.). Les objectifs opérationnels visent à : (i) améliorer l'accès à l'information relative aux prestations et aux soins (préventifs et curatifs) offerts par le MS; (ii) renforcer les capacités des professionnels de santé, des partenaires et agents de développement dans les domaines de l'IEC en matière de santé et (iii) susciter l'engagement et la mobilisation des professionnels de santé et des partenaires vis-à-vis des programmes et interventions prioritaires du ministère. Le plan d'action pour la période 2008-2012 s'articulera autour de huit grandes actions.

Avant toute intervention dans les domaines de la communication en matière de santé, il est impératif de satisfaire une demande sur les plans de l'offre et de la qualité des soins et prestations (Infrastructure, effectif et compétences des Ressources humaines, plateau technique, médicaments et fongibles etc....). Les structures centrales et régionales chargées des activités de communication doivent être en mesure de répondre aux attentes en matière de formation, d'accompagnement et de dotation en supports éducatifs et didactiques. Les plans d'action de communication en matière de santé doivent être déclinés «dans la mesure du possible » à l'échelle régionale et provinciale pour prendre en considération les spécificités locales. La stratégie doit faire l'objet d'une évaluation tant au niveau des approches, des actions que des supports éducatifs réalisés.

Un Comité Ministériel chargé de la Communication en matière de Santé sera mise en place pour :

- Définir et identifier les missions et les attributions de ce comité ;
- Recruter une agence de communication pour développer une communication externe du Ministère de la Santé pour couvrir les champs, projets et interventions nécessitant une communication appropriée.

Actions	Activités
<b>Action 151:</b> Consolidation des acquis des programmes sanitaires ayant développés des Stratégies IEC et plans de communication performants.	- Soutien des interventions des programmes de Planification Familiale, Vaccination, Hygiène, Lutte contre les Maladies Diarrhéique, Lutte contre certaines maladies transmissibles, Lutte contre le SIDA, Lutte contre les Carence en Micronutriments...etc.
<b>Action 152:</b> Formulation d'une stratégie de communication du MS axée sur les priorités et les nouvelles orientations du département. (priorité 2008)	- Réponse aux besoins des populations cibles de façon globale et intégrée en matière d'IEC en faveur des programmes et prestations sanitaires prioritaires (Santé de la mère et de l'enfant... ; - Promotion des modes de vie sains, Santé des jeunes et adolescents, Prévention des maladies métaboliques, cardiovasculaires, émergentes...etc.) ; - Couverture des champs, projets et interventions nécessitant une communication appropriée auprès de la population, des professionnels de santé et des partenaires (Réformes du Financement, Réforme Hospitalière, Politique du Médicament / Médicaments Génériques, Moralisation du Système de Santé...); - Renforcement du travail de proximité des professionnels de la santé et des partenaires (CIP, TAG, HAC, Campagnes de sensibilisation et de mobilisation sociale...); - Mettre en place une stratégie de sensibilisation interne sur la bonne gestion et l'utilisation du médicament.
<b>Action 153:</b> Présence optimale des actions IEC dans les médias.	- Diffusion des messages et des spots concernant les programmes et prestations sanitaires prioritaires sur les Chaînes TV (TVM, 2M) et sur les stations Radio (RTM, Médi1 et éventuellement d'autres Radios) ; - Négociation de la coproduction et diffusion régulière d'une

	<p>émission TV (TVM, 2M) et Radiophonique (RTM, Média) relatives à la préservation et à la promotion de la santé des populations cibles ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimisation et coordination de la présence et de la diffusion des émissions, messages et des spots de promotion de la santé au niveau des mas média ;</li> <li>- Conception et diffusion périodique aux mas média d'un «dossier de presse» sur les principales réformes, stratégies et interventions du MS.</li> </ul>
<b>Action 154:</b> Amélioration de la qualité des prestations IEC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des compétences en «IEC en matière de santé» des différents intervenants : Formation recyclage des formateurs, des professionnels de santé et extra santé en matière de Communication Interpersonnelle (CIP), Counseling , Techniques d'Animation de Groupes (TAG) et Habilités d'Aide à la Communication (HAC) ;</li> <li>- Promotion et renforcement du travail de proximité (CIP, TAG, HAC, Campagnes de sensibilisation....) ;</li> <li>- Dotation des prestataires et des structures sanitaires en équipements audiovisuels et supports IEC et de démonstration ;</li> <li>- Dotation de la population en supports d'information.</li> </ul>
<b>Action 155:</b> Implication des partenaires institutionnels, du secteur privé et de la société civile (ONG) dans les actions de communication et de promotion de la santé. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration et adoption de Conventions de Partenariat avec des plans d'action avec répartition des tâches et des responsabilités ;</li> <li>- Co-production de supports IEC adaptés aux activités des Partenaires selon le profil des animateurs et des populations ciblées ;</li> <li>- Extension et renforcement des approches communautaires ;</li> <li>- Promotion de la santé dans le cadre de l'INDH.</li> </ul>
<b>Action 156:</b> Promotion de la qualité en matière de conception et production des supports d'IEC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation continue en techniques de conception et d'impression des supports et de production audio-visuelle au profit des Techniciens de la Division IEC.</li> </ul>
<b>Action 157:</b> Renforcement et repositionnement des structures et unités ayant en charge la gestion des activités IEC au niveau national, régional et provincial pour être en mesure de répondre aux besoins de formation, d'accompagnement et de dotation en supports éducatifs et didactiques. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination des activités d'Information, d'Éducation et de Communication des différents programmes sanitaires pour avoir un fil conducteur et la même signature du Département en matière de communication;</li> <li>- Appui aux différentes directions et programmes sur les plans de la conception et de la réalisation des actions d'Information, d'Éducation et de Communication ;</li> <li>- Formation continue des professionnels de santé, des agents sociaux, membres d'ONG et autres partenaires ;</li> <li>- Expérimentation de nouvelles approches éducatives susceptibles d'améliorer la qualité des prestations offertes ;</li> <li>- Interface entre le MS, les services de la radio et de télévision et les agences de communication pour la conception, la production et la programmation des émissions et des médiaplanning des messages et des spots éducatifs dans un souci de cohérence et d'harmonie.</li> </ul>
<b>Action 158 :</b> Renforcement de la capacité et l'autonomie des services régionaux en matière de recherche action, de planification stratégique et d'exécution des activités d'IEC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse de la situation au niveau régional, provincial et local en ciblant particulièrement les populations des localités rurales enclavées et des quartiers urbains et périurbains défavorisés (Identification et définition des principaux problèmes de santé, évaluation des stratégies et des interventions IEC développées avec leurs points forts et les contraintes rencontrées, ...etc.) ;</li> <li>- Elaboration d'un plan d'action;</li> <li>- Définition des modalités d'implication et d'engagement des autres partenaires (départements ministériels, collectivités locales, ONG, secteur privé, agents Communautaires et Personnes Relais...);</li> <li>- Finalisation, validation et mise en œuvre de ces plans d'action en collaboration et coordination avec les partenaires.</li> </ul>

## Axe 4 : Renforcement des dispositifs relatifs à la sécurité sanitaire

Les nouveaux risques de santé publique tels que la grippe aviaire et d'autres maladies émergentes ont suscité des préoccupations au niveau international, et la santé est de plus en plus envisagée dans l'optique des conséquences potentielles sur la sécurité nationale et des individus, ainsi que du système de santé. La sécurité sanitaire exige donc des stratégies de préparation face à des contingences qui vont au delà du cadre national, requérant des processus effectifs et durables d'intégration sous régionale, régionale et mondiale<sup>51</sup>.

D'autres aspects liés à la sécurité sanitaire, notamment celles en relation avec la sécurité d'utilisation des produits et vigilance (sécurité d'utilisation des organes, des tissus, cellules, produits de thérapie cellulaires et géniques et biovigilance, sécurité d'utilisation des médicaments et pharmacovigilance, sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux et matériovigilance, sécurité d'utilisation des réactifs et réacto-vigilance), la gestion du risque infectieux (organisation de la lutte contre l'infection nosocomiale, la stérilisation des dispositifs médicaux, la désinfection des produits médicaux etc.), les activités de soins (sécurité anesthésique, secteur opératoire, sécurité périnatale etc.), la sécurité des personnes et des locaux (sécurité des personnes : personnel, patients, visiteurs, protection du personnel contre les risques biologiques, protection du personnel contre les rayonnements ionisants, sécurité incendie, sécurité électrique etc.), la sécurité alimentaire, la sécurité des fluides médicaux et la gestion des déchets hospitaliers, sont généralement étudiés avec la conception des projets mais aussi dans le cadre des procédures de fonctionnement et de prise en charge des soins par les différents établissements sanitaires.

La sécurité sanitaire objet de ce plan d'action focalisera davantage sur les stratégies et plans à mettre en place et le renforcement des dispositifs ainsi que les structures spécialisées pour faire face aux urgences sanitaires qui ont un caractère aigu, des conséquences graves sur la santé publique et des incidences transfrontalières potentielles.

### 4.1. Dispositifs et structures de veille sanitaire au niveau national

On appelle "veille sanitaire" la collecte, l'analyse et l'interprétation systématiques et en continu, des données relatives à la santé et qui sont essentielles à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des différents secteurs de la santé publique. L'ensemble de ces actions, jointes à une diffusion en temps opportun des données recueillies, permet de prendre des mesures concrètes et efficaces de prévention et de contrôle de telle ou telle maladie<sup>52</sup>.

Actions	Activités
<b>Action 159:</b> Définition des missions et restructuration des établissements suivants : INH, IPM et CAP.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mise en place d'un comité de réflexion qui s'appuiera pour une part sur les résultats de l'audit institutionnel, organisationnel et technique de l'INH et sur les propositions des experts recrutés dans le cadre du contrat de jumelage de l'INH ;</li><li>- Définition de la filière de biologie.</li></ul>
<b>Action 160:</b> Renforcement et mise à niveau du plateforme technique et des bâtiments des différents instituts et laboratoires d'appui.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Réhabilitation des bâtiments ;</li><li>- Mise à niveau des équipements ;</li><li>- Outils de gestion et formation.</li></ul>
<b>Restructuration et réorganisation du réseau des laboratoires</b>	
<b>Action 161:</b> Restructuration et réorganisation du réseau des laboratoires.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dotation de l'INH d'un statut clarifiant sa responsabilité sur le réseau des laboratoires ;</li><li>- Renforcement des capacités humaines et techniques du bureau des laboratoires au sein de l'INH afin qu'il s'acquitte des différentes</li></ul>

<sup>51</sup> Organisation Panaméricaine de la Santé, « Agenda de la santé pour les Amériques 2008-2017 », Point 5.1. 139<sup>ème</sup> session du Comité exécutif, Washington DC, septembre 2006.

<sup>52</sup> Selon les définitions établies par le CDC — Centre de contrôle des maladies — et l'OMS.

	<p>missions qui lui sont confiées à cet égard dont la mise à jour de la base de données des laboratoires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'un séminaire consensus pour la restructuration et la réorganisation du réseau des laboratoires impliquant les directions centrales, les directions régionales de la santé et les délégations du MS, les directions hospitalières, les responsables des laboratoires.</li> </ul>
<b>Action 162:</b> Mise à niveau des laboratoires. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse de l'audit technique et organisationnel des LSP réalisé par les experts européens ;</li> <li>- Révision des normes pré-établies par le bureau des laboratoires ;</li> <li>- Mise aux normes techniques des LSP (bâtiments, équipements, biosécurité) ;</li> <li>- Mise aux normes opérationnelles (Ressources humaines, typologie des analyses, modalités d'approvisionnement, informatisation, acheminement des prélèvements) ;</li> <li>- Mise en œuvre de la stratégie d'intégration et de la hiérarchisation des laboratoires ;</li> <li>- Inspection des laboratoires effective.</li> </ul>
<b>Action 163:</b> Implantation du programme assurance qualité dans les laboratoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision du Guide de Bonne Exécution des Analyses (GBEA), du manuel d'audit interne établis par l'INH, du manuel des directives pour l'établissement d'un manuel qualité, etc. ;</li> <li>- Organisation de formations au bénéfice des professionnels des laboratoires ;</li> <li>- Organisation d'un programme de contrôle de qualité externe (CQE) des laboratoires.</li> </ul>
<p><b>Renforcement et mise en œuvre du dispositif de contrôle sanitaire aux frontières</b></p>	
<p>Le règlement sanitaire international (RSI)<sup>53</sup> a été conçu pour assurer le maximum de protection contre les épidémies à l'échelle internationale. Déjà modifié en 1973 et en 1981, il l'est encore en 2005 après l'adoption de la résolution WHA59.2 qui est entré en vigueur le 15 juin 2007<sup>54</sup>. Cette nouvelle résolution élargit la déclaration obligatoire à tout événement pouvant constituer un danger et avoir un effet sanitaire. Il contient des dispositions et procédures qui permettent à la communauté internationale d'agir en cas de risque pour la santé publique. Son champ d'application s'étend désormais à toutes les urgences de santé publique de portée internationale (USPPI), qu'il s'agisse d'épidémies naturelles, accidentelles ou délibérées, d'accidents biochimiques ou radioactifs.</p> <p>L'OMS invite les Etats membres qui ont adopté le RSI (2005) à désigner un point focal national pour le RSI. Le réseau de points focaux nationaux permettra à tout moment, par une procédure rapide et efficace de communiquer à l'OMS tout risque de propagation de maladies infectieuses. En juin 2006, la DELM a été nommée point focal du RSI dont le rôle essentiel, comme dans tous les pays membres, est d'analyser les risques pour la santé publique au niveau national, en tenant compte des risques de pandémie. Il conseille les responsables de la santé publique pour la notification à l'OMS et pour l'application de ses recommandations. Le point focal du RSI est tenu, par ailleurs, de diffuser l'information aux principaux acteurs nationaux, et de coordonner les actions.</p>	
<b>Action 164:</b> Renforcement de la surveillance au niveau des frontières.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réorganisation des services de contrôle sanitaire aux frontières</li> <li>- Mise à niveau des structures et des équipements des postes de contrôles sanitaire aux frontières ;</li> <li>- Mise en place de procédures de communication et de coordination avec les autorités portuaires et aéroportuaires ;</li> <li>- Renforcement des compétences et des effectifs du personnel des services de contrôle sanitaire aux frontières.</li> </ul>
<b>Action 165:</b> Renforcement des capacités nationales de surveillance et d'action.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insertion du RSI (2005) dans le dispositif du droit positif national et publication dans le bulletin officiel ;</li> <li>- Etablissement d'un mécanisme de coordination et de réponse aux épidémies pour valider les informations, évaluer les risques et organiser la réponse. Cette coordination devra inclure tous les secteurs concernés y compris les forces de police, les services vétérinaires etc. ;</li> <li>- Renforcement des systèmes de surveillance afin de permettre la détection et la confirmation rapide des épidémies ;</li> </ul>

<sup>53</sup> Le Règlement est un ensemble complet et éprouvé de règles et de procédures qui contribueront à mieux protéger le monde contre les menaces pour la santé. Le Règlement fixe un cadre d'engagement et de responsabilité pour les États et l'OMS visant à limiter la propagation internationale des épidémies et des autres urgences de santé publique en perturbant le moins possible les déplacements, les échanges commerciaux et la vie économique.

<sup>54</sup> La recommandation 1 du rapport OMS sur la santé dans le monde 2007, « *Global public health security au XXI<sup>e</sup> siècle* », indique « ...L'application intégrale du RSI par tous les pays. Eu égard à la protection de la santé publique aux niveaux national et mondial, les affaires publiques doivent être transparentes. Il faut que cette protection soit considérée comme un problème intersectoriel et comme un élément capital indissociable des politiques et des systèmes socio-économiques... », p. 66.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement de la capacité de tous les laboratoires (nationaux, régionaux et locaux) et la création d'un arbre de décision pour définir les diagnostics qui doivent être réalisés au niveau national et ceux qui doivent être référés à des laboratoires supranationaux ;</li> <li>- Mise en place de stratégies et d'instruments de communication avec les médias et la population en général ;</li> <li>- Instauration de procédures pour la prise en charge des patients telles que la mise en quarantaine, le traitement, la vaccination, etc. ;</li> <li>- Renforcement des stocks en anticipation d'une épidémie (médicaments, de vaccins, moyens de protection, etc.).</li> </ul>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 4.2. Développement et renforcement des capacités des structures de la veille sanitaire

Le MS dispose de structures de veille sanitaire spécialisées dans différents domaines. Ces structures permanentes, disposent de l'expertise scientifique, et sont indépendantes.

Actions	Activités
<b>Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)</b>	
<p>Au cours de la période 2008-2012, le CNTS œuvrera pour la continuité et le renforcement des actions en matière de la sécurité transfusionnelle et le développement des structures opérationnelles de transfusion sanguine. Les objectifs fixés visent à : (i) augmenter le nombre de donneurs de 10% par le développement des collectes extérieures ; (ii) mener des campagnes de sensibilisation et d'incitation pour le don du sang ; (iii) organiser des séminaires ateliers pour le perfectionnement sur les techniques transfusionnelles au profit du personnel médical et paramédical des différents centres de transfusion; (iv) développer l'assurance qualité et l'audit annuel et (v) renforcer le système d'hémovigilance en place.</p>	
<p><b>Action 166:</b> Construction et mise à niveau des structures de transfusion sanguine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction de centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS) : Casablanca, El Jadida, Marrakech, de la banque de sang (BS) de Chichaoua et d'antennes de transfusion (AT) au niveau des hôpitaux des villes d'Azilal, Benguerir, Benslimane, Berkane, Ksar El Kébir, Ouezzane, Souk El Arbaa, Tahanaout, Taourirt et Tata.</li> <li>- Renouvellement des équipements de certains CRTS et BS ;</li> <li>- Construction de chambres froides négatives au niveau des CRTS d'El Jadida, Safi, Mèknès, et Fès, positives pour El Jadida et les BS de Chefchaouen, Chichaoua, Khouribga, Mohammadia, Settat et Tan Tan ;</li> <li>- Climatisation d'un certain nombre de CRTS, BS et AT.</li> </ul>
<p><b>Action 167:</b> Renforcement de la qualité et de la sécurité transfusionnelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatisation du Centre National de Transfusion Sanguine et des 16 CRTS : utilisation d'un progiciel spécifique à la transfusion permettant d'assurer la sécurité transfusionnelle et la gestion des centres de transfusion sanguine ;</li> <li>- Organisation de 2 séminaires par an pour le personnel des 16 CRTS, 13 BS et 24 AT ;</li> <li>- Contrôle de qualité externe tous les trimestres des CRTS et l'audit annuel de l'ensemble des CRTS, BS et AT ;</li> <li>- Organisation de réunions annuelles du comité national d'hémovigilance et trimestrielles pour les comités régionaux ;</li> <li>- Renouvellement des équipements de certains CRTS et BS ;</li> <li>- Climatisation d'un certain nombre de CRTS, BS et AT.</li> </ul>
<b>Institut National d'Hygiène</b>	
<p>Durant la période 2008-2012, l'INH qui est engagé dans un projet de jumelage soutenu par l'union européenne (Juillet 2008-Juillet 2010) axé sur le renforcement institutionnel organisationnel et technique de l'INH et du réseau de laboratoires, se doit d'engager un certain nombre d'actions qui visent la mise en conformité de son infrastructure, son organisation et son potentiel technique avec les acquis communautaires et les recommandations de l'OMS. L'objectif de cette restructuration et réorganisation de l'INH et du réseau de laboratoires est de créer un dispositif efficace au service de la santé publique, de la surveillance, de la veille épidémiologique, et de la sécurité sanitaire du pays.</p>	
<p><b>Action 168:</b> Dotation de l'INH d'un statut dans le cadre du programme d'appui à la mise en œuvre de l'accord d'association avec l'Union Européenne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration de projet de statut avec l'argumentaire du projet de jumelage.</li> </ul>
<p><b>Action 169:</b> Mise en conformité des bâtiments et équipements de l'INH en perspective de l'accréditation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction d'un nouveau bâtiment de l'INH ;</li> <li>- Modernisation des équipements de l'INH.</li> </ul>



<b>Action 170:</b> Renforcement de l'expertise et du potentiel de référence de l'INH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation du personnel des laboratoires d'analyses spécialisées ;</li> <li>- Elargissement de la gamme d'analyses des laboratoires d'analyses spécialisées en biologie médicale et environnementale ;</li> <li>- Affiliation des laboratoires de l'INH aux organismes de prévoyance sociales.</li> </ul>
<b>Action 171:</b> Renforcement des capacités d'appui à la veille et à la sécurité sanitaire (VSS).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation du personnel des laboratoires d'appui à la veille et à la sécurité sanitaire ;</li> <li>- Elargissement de la gamme d'analyses des laboratoires d'appui à la VSS pour la génération précoce des alertes biologiques, chimique ou toxique ;</li> <li>- Développement du système de management de l'information des laboratoires (LIMS) ;</li> <li>- Développement d'un réseau de communication internet avec le réseau des laboratoires.</li> </ul>
<b>Action 172:</b> Accréditation des services et activités de l'INH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissement d'un diagnostic qualité axé sur l'accréditation (prévu dans le projet de jumelage) ;</li> <li>- Contrat avec un organisme international pour l'accompagnement à l'accréditation (la première année d'accompagnement est prévue dans le projet de jumelage).</li> </ul>
<b>Action 173:</b> Renforcement des capacités de recherche-développement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciblage de projets de recherche axés sur les priorités du département de la santé en matière de recherche biomédicale ;</li> <li>- Activation du statut du chercheur dans les établissements de recherche.</li> </ul>
<b>Centre national de Radioprotection (CNRP)</b>	
<p>Avec l'évolution croissante du nombre des sources de rayonnements ionisants et des techniques nucléaires dans les différents secteurs socio économiques, et qui doivent être, de part la réglementation en vigueur, suivis et contrôlés tout au long de leur exploitation, le Centre National de Radioprotection (CNRP) est amené à suivre ce développement afin de protéger la santé des travailleurs et du public ainsi que la salubrité de l'environnement. Ses objectifs consistent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répondre aux demandes croissantes des utilisations des radiations ionisantes et des techniques nucléaires dans les différents secteurs socioéconomiques en: médecine, industrie, mines enseignement, recherche, agriculture, hydrologie, etc. ;</li> <li>- Répondre aux besoins actuels et futurs du développement du programme nucléaire national et de la recherche scientifique ;</li> <li>- Assurer le contrôle radiologique aux frontières (ports et aéroports) ;</li> <li>- Assurer le contrôle des installations radiologiques ;</li> <li>- Contrôler l'impact sur l'environnement des résidus et des rejets dans l'atmosphère et en mer, notamment les mouvements transfrontières de radioactivité ;</li> <li>- Faire face aux éventualités d'incidents et d'accidents radiologiques liés aux activités des techniques nucléaires et aux radiations ionisantes.</li> </ul>	
<b>Action 174:</b> Renforcement des structures de radioprotection.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renouvellement de certains équipements de détection et de mesure des rayonnements ionisants, du matériel des laboratoires d'étalonnage et de métrologie des rayonnements ionisants;</li> <li>- Mise en place de trois antennes de contrôle radiologique aux ports de Casablanca, Tanger-MED et de Jort Lasfa.</li> </ul>
<b>Action 175:</b> Renforcement du contrôle des rayonnements ionisants.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôle des importations des sources de rayonnements ionisants ;</li> <li>- Surveillance de l'environnement et des denrées alimentaires ;</li> <li>- Contrôle des déchets radioactifs générés par l'utilisation des sources radioactives ;</li> <li>- Elargissement de la couverture dosimétrique du personnel des services de radiologie exposé.</li> </ul>
<b>Action 176:</b> Renforcement des capacités d'intervention du CNRP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de l'unité d'intervention et d'assistance en cas d'urgence radiologique ;</li> <li>- Développement de l'information et de la formation en matière de radioprotection ;</li> <li>- Renforcement de la coopération technique.</li> </ul>
<b>Centre Anti-Poison (CAP)</b>	
<p>L'Objectif étant d'améliorer la santé de la population marocaine par la diminution de la morbidité, de la mortalité et des dépenses économiques liées aux intoxications et aux effets indésirables des produits de santé.</p>	
<b>Action 177:</b> Régionalisation des activités de pharmacovigilance et de toxicovigilance au niveau des différentes régions du Maroc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement des compétences régionales dans le domaine toxico vigilance et pharmacovigilance ;</li> <li>- Renforcement du réseau national de notification des effets indésirables des médicaments et des intoxications et l'échange d'information;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement du registre national des décès toxiques ;</li> <li>- Equipement des centres pour le lancement de l'activité dans les régions ;</li> <li>- Développement d'une paillasse de toxicologie au niveau des laboratoires des centres hospitaliers régionaux ;</li> <li>- Développement d'un système de contrôle de qualité inter-régions et un programme d'audit.</li> </ul>
<b>Action 178:</b> Amélioration et facilitation de l'accès des professionnels de santé et de la population à l'information toxicologique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité pour les utilisateurs d'un service d'information téléphonique sur les médicaments et sur les produits toxiques performant, gratuit équitable et d'accès facile (24 h/24 et 7j/7) ;</li> <li>- Promotion de la formation universitaire des professionnels de santé par une formation diplômante en matière de toxicologie ;</li> <li>- Rationalisation de l'usage des antidotes ;</li> <li>- Développement du partenariat multisectoriel pour la lutte contre les toxiques.</li> </ul>
<b>Action 179:</b> Mise en œuvre du programme de lutte contre les piqûres et envenimations scorpioniques.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de la politique générale de prévention et de lutte anti-scorpionique ;</li> <li>- Renforcement des capacités des professionnels de santé à prendre en charge les patients envenimés ;</li> <li>- Pérennisation du système d'audit clinique pour les décès intra hospitaliers ;</li> <li>- Finaliser le consensus international sur la prise en charge d'une envenimation scorpionique.</li> </ul>
<b>Action 180:</b> Développement du laboratoire de toxicologie d'urgence et de suivi thérapeutique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fourniture aux patients d'une gamme de détection et de dosage des toxiques de manière rapide et continue (24h/24 et 7j/7) par l'acquisition des automates ;</li> <li>- Elargissement de la gamme de dépistage aux substances toxicomanogènes, pesticides, alcools et solvants par l'acquisition de la GC masse ;</li> <li>- Elargissement de la gamme de suivi thérapeutique pour améliorer l'observance des patients traités par les antituberculeux, les antiépileptiques et les cardiotropes par l'acquisition d'HPLC ;</li> <li>- Renforcement du personnel du laboratoire et développer ses compétences ;</li> <li>- Accréditation du Laboratoire.</li> </ul>
<p><b>Dispositifs de veille sanitaire au niveau régional et local</b></p> <p>Au Maroc, la surveillance épidémiologique repose sur les déclarations obligatoires d'un certain nombre de maladies aux autorités médicales, régies par les dispositions du Décret Royal n° 554-65 du 17 Rabia I 1387 (26 juin 1967) dont les modalités d'application sont fixées par l'arrêté Ministériel n° 683-95 du 30 Chaoual 1415 (31 mars 1995).</p>	
<b>Action 181:</b> Restructuration de la surveillance épidémiologique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des activités de surveillance épidémiologique et de veille sanitaire avec le renforcement des effectifs en personnel qualifié ;</li> <li>- Organisation d'un forum sur la surveillance épidémiologique ;</li> <li>- Evaluation de l'expérience des ORS au niveau des 3 Directions régionales créées jusqu'à maintenant et étude des perspectives de généralisation ;</li> <li>- Implication des autres secteurs de la santé en simplifiant les procédures de déclaration, en renforçant les mécanismes de contrôle de l'état et en réadaptant les textes de loi en vigueur ;</li> <li>- Identification de mécanismes permettant l'exploitation d'autres sources d'information utiles à la veille et à la surveillance épidémiologique.</li> </ul>

#### 4.3. Plans spécifiques pour faire face à des menaces sanitaires nationales multiples

Il s'agit de plans pour faire face à un certain nombre de risques majeurs auxquels est exposée la population marocaine tels que :

- Les risques naturels : climatologiques, géologiques ou biologiques ;
- Les risques technologiques comprenant les accidents chimiques, radiologiques, les incendies et explosions accidentelles ;



- Les risques épidémiologiques qui peuvent survenir de façon isolée ou être la conséquence d'une catastrophe naturelle ;
- Les risques de société (violence) en particulier les attentats terroristes et conflits.

La base de programmation de ces plans est définie par la « Stratégie nationale de gestion des urgences médicales et des risques sanitaires liés aux catastrophes » établi en 2005 par un comité interministériel<sup>55</sup>.

En conclusion, pour rendre opérationnel l'organisation nationale de sécurité sanitaire, trois éléments fondamentaux sont nécessaires :

- Le premier, il y a lieu de considérer le RSI (2005) comme un projet structurant permettant à la fois de développer nos capacités nationales de veille et de sécurité sanitaire et de contribuer ainsi à atteindre l'objectif international de sécurité sanitaire mondiale. Il est à rappeler que le RSI (2005), qui est un règlement contraignant pour les Etats Membres de l'OMS, exige l'évaluation de capacités nationales requises pour sa mise en application et le développement d'un Plan d'action national RSI ;
- Le second concerne la mise en place d'un comité national de sécurité sanitaire. Ce comité ne sera pas limité uniquement au seul secteur de la santé, mais groupera tous les autres secteurs à aspect administratif, économique ou social. Il veillera à la préparation et la mise en application des dispositions du RSI (2005). L'expérience concluante concernant le SRAS et la préparation nationale à la grippe aviaire peut être prise comme exemple ;
- Le troisième consistera en l'élaboration d'un plan national de veille et de sécurité sanitaire en commun accord avec tous les intervenants et ce, après la mise en place du comité national.

---

<sup>55</sup> Ce comité est composé par la Protection Civile, l'Inspection du Service de Santé des FAR, la Gendarmerie Royale, la Sûreté Nationale, le Ministère de l'Équipement et des Transports, le Département de l'Environnement, le Croissant Rouge Marocain, Les centres Hospitaliers universitaires, les services centraux et extérieurs du Ministère de la Santé.

## *Actions à consolider*

### *Axe 2 : Développement d'une offre de soins facile d'accès, suffisante, de qualité et répartie correctement sur le territoire*

#### **2.1. Renforcement, réhabilitation et mise à niveau du réseau hospitalier public**

Plusieurs actions suggérées sont déjà amorcées dans le cadre de la réforme hospitalière, mais leur succès dépend de leur introduction et consolidation au niveau de l'ensemble des hôpitaux en fonction.

##### **2.1.1 Réhabilitation physique des hôpitaux existants et mise à niveau de leur équipement**

L'objectif est de répondre au mieux aux besoins de la population en matière de soins et de prestations hospitalières, à travers le renforcement du plateau technique des établissements hospitaliers avec une répartition équilibrée sur le territoire national en vue d'assurer une meilleure équité et de limiter l'afflux vers les hôpitaux implantés dans les grandes villes.

Les actions de réhabilitation et de mise à niveau des équipements engagées dans le cadre de projets structurants, touchant 27 hôpitaux<sup>56</sup> répartis sur 24 provinces et préfectures seront consolidées. Parmi ces actions, celles touchant les maternités implantées au sein de ces hôpitaux seront prioritaires.

<b>Actions</b>	<b>Activités</b>
<b>Action 182:</b> Réalisation dans neuf hôpitaux de quelques travaux de rénovation des bâtiments et des installations techniques ainsi que la mise à niveau des équipements (Réhabilitation légère).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extension des urgences et réhabilitation des services d'hospitalisation ;</li> <li>- Légère mise à niveau des équipements du plateau technique ;</li> <li>- Réhabilitation du bâtiment de la pédiatrie et des unités d'hospitalisation avec équipement ;</li> <li>- Mise à niveau des urgences et équipement complet des services d'hospitalisation ;</li> <li>- Mise à niveau des bâtiments et des équipements destinés aux services de maternité et de gynéco obstétrique ;</li> <li>- Mise à niveau des services généraux et des installations techniques et la construction d'un bâtiment pour l'administration.</li> </ul>
<b>Action 183:</b> Réalisation dans sept hôpitaux de grands travaux d'aménagement et de rénovation des bâtiments et des installations techniques ainsi que la mise à niveau des plateaux techniques et des équipements » (Réhabilitation lourde).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconstruction du plateau technique, centralisation des blocs opératoires et de la stérilisation centrale ;</li> <li>- Lourde mise à niveau des urgences et des installations techniques et la centralisation des blocs opératoires et la stérilisation ;</li> <li>- Réhabilitation du bâtiment central et de certains services d'hospitalisation ;</li> <li>- Mise à niveau des bâtiments et des équipements destinés aux services de maternité et de gynéco obstétrique.</li> </ul>
<b>Action 184:</b> Réalisation de travaux de réhabilitation avec fusion fonctionnelle et physique dans huit (08) hôpitaux.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regroupement des deux hôpitaux avec la mise à niveau du plateau technique, des services d'hospitalisation et de la buanderie, en plus de la reconstruction de la pharmacie ;</li> <li>- Regroupement des deux hôpitaux sur un seul site avec mise à niveau des urgences et des unités de soins ;</li> <li>- Reconstruction lourde qui consiste à la fusion de trois hôpitaux ;</li> </ul>

<sup>56</sup> Liste des hôpitaux concernés par le projet Tan Tan : Hôpital Hassan II, Kénitra : Hôpital Al Idrissi, Tanger : Hôpitaux Mohamed V – Duc de Tovar – Al Kortobi, El Jadida : Hôpital Mohamed V, Rabat : Hôpital Ibn Sina, Taoudant : Hôpital Mokhtar Essoussi, Chefchaouen : Hôpital Mohamed V, Salé : Hôpital Moulay Abdallah, Larache : Hôpital Lalla Myriem, Essaouira : Hôpital Sidi Mohamed Ben Abdallah, Tétouan : Hôpital Civil, Skhirat-Témara : Hôpital Sidi Lahcen, Taza : Hôpital Ibn Rochd, Khénifra : Hôpital Provincial, Ouarzazate : Hôpitaux Sidi Hsain Ben Nacer et Bougafer, Errachidia : Hôpitaux Moulay Ali Chrif er El fatouaki, Layoune : My Hassan Bel Mehdi, Oued Eddahab : Hôpital Hassan II, Boujdour : Hôpital Provincial, Es Smara : Hôpital Provincial, Assa Zag : Hôpital Provincial, Guelmim : Hôpital Régional, El Kelaa : Hôpital Benguerir

	- Mise à niveau des bâtiments et des équipements destinés aux services de maternité et de gynéco obstétrique.
<b>Action 185:</b> Reconstruction de quatre nouveaux hôpitaux provinciaux.	- Reconstruction nouvelle et équipement complet d'hôpitaux (l'ensemble des services d'hospitalisation y compris des maternités.

### 2.1.2 Extension de la couverture hospitalière aux zones non encore pourvues d'hôpitaux

En matière d'extension du RH, la priorité continuera à être accordée aux hôpitaux locaux (HL) qui offrent des services hospitaliers de base et de proximité.

Actions	Activités
<b>Action 186:</b> renforcement de la capacité hospitalière des hôpitaux locaux.	- Achèvement de la construction et de l'équipement de 10 hôpitaux locaux <sup>57</sup> ; - Lancement de la construction de 12 hôpitaux locaux dont les études ont été réalisées <sup>58</sup> ; - Programmation de 16 nouveaux hôpitaux locaux durant la période 2009-2012 <sup>59</sup> .

Cet ensemble de projets permettra d'accroître la capacité hospitalière à plus d'un millier de lits supplémentaires.

### 2.1.3 Mise à niveau des centres hospitaliers universitaires

Actions	Activités
<b>Action 187:</b> Rénovation et équipement des services cliniques des CHU.	- Rénovation des blocs opératoires centraux et l'unité de stérilisation, service des urgences, unités de soins intensifs et maternités.

### 2.1.4. Achèvement de la construction et de l'équipement des nouveaux centres hospitaliers universitaires

Le MS renforcera les structures hospitalières destinées à l'enseignement médical. En plus des trois CHU en cours de construction qui représentent capacité totale de 2386 lits, deux autres d'une capacité de 1060 lits sont programmés.

Actions	Activités
<b>Action 188:</b> Extension des centres hospitaliers universitaires.	- Achèvement des tranches restantes des projets de CHU de Marrakech (916 lits) et de Fès (910 lits) et Oujda (560 lits); - Programmation de la réalisation de deux nouveaux CHU : Tanger (500 lits) et Agadir (500 lits).

## 2.2. Renforcement et mise à niveau du réseau des établissements de soins de santé de base

Actions	Activités
<b>Action 189:</b> Amélioration de l'accès des populations à des soins de santé de base de qualité.	- Mise à niveau fonctionnelle des établissements de soins de santé de base (ESSB): reconstruction/réhabilitation des ESSB, traitement des déchets médicaux, approvisionnement en eau potable, électrification des centres de santé par équipement en énergie solaire ; - Mise en état des plateaux techniques des ESSB ; - Acquisition de moyens de déplacement.
<b>Action 190:</b> Amélioration de la disponibilité et de la qualité du personnel des soins de santé de base.	- Etude des besoins quantitatifs et qualitatifs en personnel au niveau des ESSB et propositions pour un redéploiement du personnel au niveau de sept provinces ; - Analyse de la qualité des soins dispensés par le personnel des

<sup>57</sup> El hajeb, Jerada, Berrechid, Guercif, Benslimane, Oulad taima, Fnideq, Khmis Zmamara . Zagora et Ben Msik

<sup>58</sup> Saidia, Sebt Oulad Nemma, Kelaat Mggouna, Laayoune Sidi mellouk, Imintanout, Demnate, Tamesna, Tamansourt, Fahs Anjra, Mrirt, Bouizakarn et Sidi Moumen.

<sup>59</sup> Ait Ourir, Bab Berred, Attaouia, Tamanar, Lalla Mimouna, Loudaya, Boumalne Dadès, Ouled Berrehil, Aoulouz, Sidi Yahia , Had Kourt, Karia Ba Mohamed, Echémaia, Imzouren, El Ksiba et Zoumi.

	<p>ESSB ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration et mise en œuvre d'un programme de formation continue concernant notamment la prise en charge de la mère et de l'enfant, les grossesses en milieu surveillé, les urgences et la prise en charge des maladies chroniques ;</li> <li>- Construction de logements pour les médecins, infirmiers et sages femmes en vue d'assurer leur stabilité professionnelle et faciliter les services de garde ;</li> <li>- - Construction/réhabilitation et équipement des trois IFCS.</li> </ul>
<b>Action 191:</b> Amélioration de la couverture sanitaire par les ESSB notamment en milieu rural.	<p><b>Achèvements de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la création de 25 établissements ;</li> <li>- l'extension de 10 établissements ;</li> <li>- la reconstruction de 60 établissements ;</li> <li>- Construction de 73 logements de fonctions.</li> </ul> <p><b>Créations nouvelles de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 249 nouveaux établissements ;</li> <li>- 288 logements de fonctions.</li> </ul> <p><b>Extension de 21 établissements</b></p> <p><b>Reconstruction de 52 établissements</b></p>
<b>Action 192:</b> Extension du cadre de maintenance du patrimoine immobilier (GMPI) à toutes les régions.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place la démarche de planification de la maintenance ;</li> <li>- Mise en place l'atelier régional de maintenance ;</li> <li>- Réhabilitation des établissements de santé ;</li> <li>- Outils de gestion et formation.</li> </ul>

Ce programme couvrira 66 communes urbaines et Arrondissements et 112 communes rurales. En termes de ratio, il permettra, à l'échelon national de passer de 25.395 à 22.850 habitants par établissement en milieu urbain et de 7.058 à 7.000 habitants par établissement en milieu rural.

### 2.3 Amélioration des conditions favorisant un meilleur accès de la population aux services de soins

Il s'agit de minimiser les difficultés et contraintes d'accès aux soins, tant physique qu'économique de la population.

Actions	Activités
<b>Action 193 :</b> Instauration de la carte sanitaire conforme aux dispositions du texte relatif au système de santé et à l'offre de soins. (priorité 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une nouvelle démarche pour la planification de l'offre de soins ;</li> <li>- Mise en place d'une banque de données sur l'offre de soins publique et privée (BOSS) ;</li> <li>- Mise en place d'un système d'information géographique (SIG) en établissant le lien entre les bases de données existantes, en l'occurrence BOSS et l'outil cartographique résultant de la nouvelle démarche de planification de l'offre de soins.</li> </ul>
<b>Action 194:</b> Atténuation des contraintes géographiques pour améliorer l'accès physique aux établissements de soins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuation de l'investissement dans l'infrastructure hospitalière à travers un plan à moyen et long terme ;</li> <li>- Coordination effective et méthodique entre l'ensemble des établissements sanitaires sur le territoire (en particulier entre les hôpitaux et les centres de santé) ;</li> <li>- L'organisation du transport et de l'assistance médicale.</li> </ul>

L'extension de la couverture médicale par les différentes formes d'assurances et de mutuelles augmentera le financement solidaire et par conséquent, réduira progressivement la charge financière qui pèse sur les ménages.

Par ailleurs, compte tenu du déficit accumulé dans le financement du système ainsi que du rôle que l'État doit continuer à jouer pour résorber le déficit en investissement et en ressources humaines notamment dans les zones enclavées, il est nécessaire de maintenir et de renforcer le financement public à travers le budget du MS.

### Axe 3 : Planification et mise en œuvre de plans nationaux spécifiques

Les acquis enregistrés par les programmes de prévention et de lutte engagés depuis plusieurs années devront être consolidés. Ces programmes continueront à bénéficier de leurs ressources avec une programmation beaucoup plus ciblée en direction des zones où les problèmes persistent encore. C'est le cas des programmes de la lutte contre les maladies parasitaires, la tuberculose, la lèpre, les maladies véhiculées par l'eau et les aliments contaminés, les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA, les méningites, les maladies oculaires etc. Il en est de même des programmes de prévention menés en direction des mères et des enfants telles les vaccinations, la planification familiale, les maladies de carences etc. Les réalisations de ces programmes en terme de réduction de morbidité et de mortalité ainsi que de couverture par les prestations préventives, demeurent fragiles et les interventions les concernant seront soutenues sans relâche. Pour certaines de ces maladies dont l'élimination est patente, le MS introduira des requêtes auprès de l'OMS pour engager les procédures de certification de leur élimination. Il s'agit de la poliomyélite, du tétanos néonatal, du trachome, du paludisme, de la schistosomiase.

Les programmes figurant sur le tableau ci-dessous sont opérationnels depuis plusieurs années et exigent le maintien de leurs interventions à tous les niveaux pour consolider les résultats acquis.

Actions	Activités
<b>Programme national d'immunisation</b>	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atteindre et maintenir une couverture vaccinale uniforme supérieure ou égale à 95 % à tous les niveaux et par tous les antigènes ;</li> <li>- Maintenir l'élimination du TNN ;</li> <li>- Obtenir, avec les autres pays de la région, la certification de l'éradication de la poliomyélite vers l'an 2012 ;</li> <li>- Eliminer la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale vers l'an 2010 ;</li> <li>- Introduire les autres rappels (DTC-VPO à 5-6 ans) ;</li> <li>- Introduire d'autres nouveaux vaccins dans le calendrier national de vaccination (vaccin contre le pneumocoque, vaccin contre le rotavirus et le vaccin contre le HPV).</li> </ul>	
<b>Action 195 :</b> Renforcement des moyens humains et matériels.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Achats des vaccins ;</li> <li>- Renforcement de la chaîne de froid ;</li> <li>- Formation du personnel de santé impliqué dans les activités de vaccination en matière de micro planification ;</li> </ul>
<b>Action 196:</b> Implication davantage du secteur privé dans les activités de vaccination et de surveillance épidémiologique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement du partenariat entre le secteur public et privé</li> </ul>
<b>Programme national de planification familiale</b>	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accroître le taux de couverture contraceptive chez les femmes mariées à 65% et plus ;</li> <li>- Améliorer la qualité des prestations de planification familiale (PF) et promouvoir les méthodes de longue durée (DIU, CCV) ;</li> <li>- Elargir le paquet d'activités de planification familiale en santé reproductive.</li> </ul>	
<b>Action 197:</b> Renforcement des moyens humains et matériels.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de la disponibilité du personnel de santé qualifié dans toutes les structures de PF ;</li> <li>- Maintien de la disponibilité des produits contraceptifs ;</li> <li>- Maintien de la disponibilité des kits DIU et matériel pour les unités CCV.</li> </ul>
<b>Action 198:</b> Amélioration de la qualité des prestations en matière de PF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à jour et application des normes et standards en matière de PF ;</li> <li>- Renforcement des compétences du personnel de santé en techniques de PF/ counseling ;</li> <li>- suivi et évaluation des activités du programme et réajuster les écarts par rapport aux normes et standards ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilisation en faveur des méthodes contraceptives de longue durée (DIU, CCV).</li> </ul>
<b>Action 199:</b> Repositionnement de la PF dans le cadre de la santé de reproduction (SR) en intégrant d'autres composantes de la SR (ménopause, régulation de la fertilité, genre,...).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des compétences du personnel de santé de PF dans la prise en charge des IST/SIDA, grossesses /accouchements, dépistage des cancers du sein et du col, violence, genre ;</li> <li>- Elaboration d'un protocole de prise en charge de la ménopause ;</li> <li>- Formation du personnel de santé de PF dans la prise en charge de la ménopause.</li> </ul>
<b>Programme national de lutte contre les carences en micronutriments</b> <b>Objectifs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atteindre et maintenir une couverture nationale par la vitamine D supérieure à 80%.</li> <li>- Réduire du tiers l'anémie ferriprive par rapport à son niveau de 1995 ;</li> <li>- Eliminer l'Avitaminose A et ses effets ;</li> <li>- Eliminer les troubles dus aux carences en iode chez les futures naissances.</li> </ul>	
<b>Action 200:</b> Supplémentation des femmes en fer et en vitamines A et des enfants en vitamines A et D.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supplémentation systématique des femmes enceintes en fer et en acide folique pour prévenir l'anémie et les malformations du tube neural ;</li> <li>- Supplémentation systématique des femmes en post partum en vitamine A ;</li> <li>- Supplémentation systématique des enfants de moins de 2 ans en vitamine A ;</li> <li>- Supplémentation curative des enfants de moins de 5 ans en vitamine A en cas de rougeole, malnutrition protéino-énergétique, insuffisance pondérale, anémie sévère et diarrhée persistante ;</li> <li>- Supplémentation systématique des enfants de moins d'un an en vitamine D.</li> </ul>
<b>Action 201:</b> Promotion du processus de fortification des aliments en micronutriments.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un partenariat multisectoriel regroupant tous les secteurs et organismes qui opèrent dans le domaine de la fortification en micronutriments des aliments de base ;</li> <li>- Mise en place d'un système de contrôle qualité des aliments fortifiés ;</li> <li>- Mise en place d'une stratégie de communication pour la promotion de la production, la commercialisation et la consommation des aliments fortifiés ;</li> <li>- Mise en place d'un système de suivi et évaluation de la disponibilité, de la consommation et de l'impact des aliments fortifiés.</li> </ul>
<b>Prise en charge intégrée de la santé de l'enfant</b> <b>Objectifs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;</li> <li>- Réduire la morbidité des enfants de moins de 5 ans ;</li> <li>- Promouvoir un développement harmonieux des enfants de moins de 5 ans.</li> </ul>	
<b>Action 202:</b> Accélération de la généralisation de la stratégie de Prise en Charge Intégrée de la santé de l'Enfant.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des professionnels de santé en matière des directives de prise en charge intégrée de l'enfant : PCIME et suivi médical de l'enfant ;</li> <li>- Institutionnalisation de l'enseignement des directives cliniques de la PCIME au niveau des facultés de médecine et des IFCS ;</li> <li>- Evaluation de la qualité des soins de santé primaires des enfants de moins de 5 ans (enquête au niveau des formations sanitaires).</li> </ul>
<b>Programme national de santé scolaire et universitaire</b> <b>Objectifs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépister les problèmes de santé des élèves et des étudiants ;</li> <li>- Prévenir certaines maladies transmissibles ;</li> <li>- Contribuer à l'amélioration des conditions sanitaires et d'hygiène générale des établissements ;</li> <li>- Prendre en charge certains problèmes de santé des élèves et étudiants ;</li> <li>- Promouvoir l'éducation à la santé et les modes de vie sains en milieu scolaire et universitaire ;</li> <li>- Développer des activités qui rentrent dans le cadre de la promotion de la santé des adolescents et des jeunes.</li> </ul>	
<b>Action 203:</b> Renforcement de la prévention et du dépistage en milieu scolaire et universitaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visite médicale systématique des classes cibles ;</li> <li>- Lutte contre les déficiences visuelles et les ophtalmies transmissibles ;</li> <li>- Contrôle d'hygiène des établissements du préscolaire, scolaire et universitaire ;</li> <li>- Consultation médicale à la demande et soins paramédicaux ;</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien médico socio psychologique ;</li> <li>- Éducation pour la santé.</li> </ul>
<b>Action 204:</b> Surveillance sanitaire des camps et colonies de vacances.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspection sanitaire des camps et colonies de vacances ;</li> <li>- Visite médicale systématique des estivants avant le départ et à leur arrivée dans les camps et colonies de vacances ;</li> <li>- Organisation de la surveillance sanitaire ;</li> <li>- Education pour la santé dans les camps et colonies de vacances.</li> </ul>
<b>Action 205:</b> Promotion de la santé des adolescents et des jeunes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place des Espaces Santé Jeunes ;</li> <li>- Amélioration de la qualité des prestations offertes aux adolescents et aux jeunes ;</li> <li>- Renforcement des compétences des professionnels de santé en matière de prise en charge des adolescents et des jeunes ;</li> <li>- Conception de supports éducatifs, didactiques et promotionnels.</li> </ul>
<b>Programme de lutte contre le paludisme</b>	
Objectifs	
- Maintenir l'incidence annuelle du paludisme autochtone à 0 cas	
<b>Action 206:</b> Consolidation des acquis par des activités de dépistage et de lutte préventive contre le vecteur.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation, information et recyclage du personnel notamment les microscopistes et les techniciens d'hygiène ;</li> <li>- Dotation des provinces en matériel et réactifs nécessaires.</li> </ul>
<b>Action 207:</b> Renforcement de la collaboration intersectorielle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue de réunions d'Information et sensibilisation des partenaires impliqués dans la lutte antipaludique.</li> </ul>
<b>Action 208:</b> Lutte contre le paludisme importé de l'étranger par le conseil aux voyageurs et la prise en charge adéquate des cas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration et diffusion des supports IEC (dépliants et affiches) ;</li> <li>- Dotation en médicaments spécifiques et en matériel (Kits pour test rapide).</li> </ul>
<b>Action 209:</b> Mise en place du processus de certification de l'élimination du paludisme autochtone.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions d'information du personnel et des partenaires (public et privé) ;</li> <li>- Réalisation des enquêtes sérologiques dans les provinces à passé épidémiologique ;</li> <li>- Préparation d'un dossier technique sur le processus de certification.</li> </ul>
<b>Programme de lutte contre la bilharziose</b>	
Objectifs	
- Maintenir l'incidence annuelle de la schistosomiase autochtone à 0 cas	
<b>Action 210:</b> Maintien des activités de prévention et de lutte contre la maladie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation, information et recyclage du personnel notamment les microscopistes et les techniciens d'hygiène ;</li> <li>- Dotation des provinces en matériel et réactifs nécessaires.</li> </ul>
<b>Action 211 :</b> Intensification de la collaboration intersectorielle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue de réunions d'Information et sensibilisation des partenaires impliqués dans la lutte contre la bilharziose.</li> </ul>
<b>Action 212 :</b> Mise en place du processus de certification de l'élimination de la schistosomiase.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue de réunions d'information du personnel et des partenaires (public et privé) ;</li> <li>- Réalisation des enquêtes sérologiques et malacologiques dans les provinces à passé épidémiologique ;</li> <li>- Préparation d'un dossier technique sur le processus de certification.</li> </ul>
<b>Programme de lutte contre les leishmanioses</b>	
Objectifs	
- Réduire le taux d'incidence des cas de leishmaniose cutanée de 25% chez la population exposée ;	
- Réduire le taux d'incidence des cas de leishmaniose viscérale de 25% chez la population exposée ;	
<b>Action 213 :</b> Renforcement de l'action intersectorielle dans le domaine de la lutte contre le vecteur et les réservoirs de la maladie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision de la stratégie de lutte contre les leishmanioses ;</li> <li>- Elaboration d'un plan d'action intersectoriel adapté et concerté.</li> </ul>
<b>Action 214 :</b> Prise en charge, de qualité, des malades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation, information et recyclage du personnel notamment les microscopistes et les techniciens d'hygiène ;</li> <li>- Dotation des provinces en médicaments, matériel et réactifs nécessaires.</li> </ul>
<b>Programme de lutte contre l'hydatidose</b>	
Objectifs	
- Réduire le taux d'incidence de l'hydatidose de 25%	
<b>Action 215 :</b> Renforcement de la coordination intersectorielle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue de la réunion annuelle des coordonnateurs provinciaux des commissions intersectorielles ;</li> <li>- Evaluation et suivi des actions intersectorielles.</li> </ul>



<b>Action 216:</b> Intensification des activités d'IEC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réimpression et diffusion des supports IEC (dépliants, affiches et guides) ;</li> <li>- Organisation d'une campagne annuelle de lutte contre l'hydatidose (Fête du sacrifice).</li> </ul>
<b>Action 217 :</b> Prise en charge, de qualité, des malades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation du personnel pour le dépistage et la prise en charge précoces des malades ;</li> <li>- Dotation des provinces en médicaments (Albendazole) et en matériel (échographes portables).</li> </ul>
<b>Programme de lutte contre les maladies épidémiques et les zoonoses</b> <b>Objectifs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir l'incidence du choléra à 0 cas ;</li> <li>- Réduire le taux d'incidence de la typhoïde à moins de 3cas pour 100 00 habitants ;</li> <li>- Réduire le taux d'incidence de la méningite à moins de 1,5 pour 100 000 et le taux de létalité à moins de 10% ;</li> <li>- Contrôler les autres maladies à potentiel épidémique et les principales zoonoses ;</li> <li>- Prévenir l'introduction, à travers les frontières, des maladies à potentiel épidémique.</li> </ul>	
<b>Action 218 :</b> Renforcement de la surveillance des maladies à transport hydrique et/ou alimentaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre des directives de l'OMS relatives à la sécurité sanitaire des aliments ;</li> <li>- Dynamisation et appui des cellules de veille sanitaire ;</li> <li>- Promotion en collaboration avec le réseau des laboratoires, de l'approche qualité et l'assurance qualité au niveau des Laboratoires d'Epidémiologie et d'Hygiène du Milieu.</li> </ul>
<b>Action 219:</b> Révision de la stratégie de lutte contre les méningites.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration des procédures standards cliniques, biologiques et épidémiologiques et actualiser les activités de prévention et de lutte ;</li> <li>- Élaboration de nouvelles directives appropriées portant spécifiquement sur chaque type de méningite.</li> </ul>
<b>Action 220:</b> Intensification des activités de prévention et de prise en charge.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement du stock de sécurité régional en médicaments, vaccins et produits de diagnostic et de protection ;</li> <li>- Mise au point, amélioration et maintien en état de fonctionnement des systèmes d'alerte et de riposte rapide des principales maladies à potentiel épidémique ;</li> <li>- Renforcement des stocks de sécurité régionaux en médicaments, vaccins et produits de diagnostic et de protection ;</li> <li>- Elargissement des activités de surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique aux praticiens du secteur privé ;</li> <li>- Appui à l'élaboration de bases de données nationales et régionales informatisées concernant les maladies infectieuses à potentiel épidémique.</li> </ul>
<b>Action 221:</b> Renforcement de la collaboration intersectorielle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Préparation des dossiers de plaidoyer pour un engagement plurisectoriel et une participation des divers secteurs à la lutte contre les maladies à potentiel épidémiques et au renforcement des capacités requises pour la mise en œuvre des dispositions du Règlement Sanitaire International (2005) ;</li> <li>- Entretien d'un dialogue permanent avec des partenaires des autres secteurs impliqués, y compris les médias.</li> </ul>
<b>Programme national de lutte contre la cécité et la surdité</b> <b>Objectifs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminer les causes évitables de la cécité d'ici l'an 2020 ;</li> <li>- Eliminer les 200.000 cas de cataractes d'ici l'an 2012 ;</li> <li>- Mettre en place une stratégie nationale de lutte contre la surdité</li> </ul>	
<b>Action 222:</b> Intensification des activités de prévention et de lutte en cours.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidation des Objectifs Ultimes d'Intervention pour chacune des composantes de la stratégie « CHANCE » et renforcement de la surveillance épidémiologique du trachome cécitant ;</li> <li>- Réalisation des enquêtes de certification de l'élimination du trachome cécitant ;</li> <li>- Réalisation du processus de certification de l'élimination du trachome cécitant ;</li> <li>- Prise en charge chirurgicale de tout le passif de la cataracte ;</li> <li>- Mise en place d'une stratégie nationale pour le dépistage et la prise en charge du glaucome chronique à angle ouvert (GCAO) ;</li> <li>- Mise en place d'une stratégie nationale pour le dépistage et la prise en charge de la rétinopathie diabétique ;</li> <li>- Création de nouveaux centres secondaires d'ophtalmologie ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Célébration de la journée mondiale de la vue (2<sup>ème</sup> jeudi du mois d'octobre).</li> </ul>
<b>Action 223 :</b> Consolidation des acquis par une action multisectorielle intégrée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de la cohérence et de la coordination de l'action multisectorielle au niveau local afin que le processus d'élimination des causes évitables de la cécité gagne en efficacité ;</li> <li>- Renforcement de l'information et de la sensibilisation du grand public sur l'impact de la cécité sur les plans social et économique ;</li> <li>- Mise en place d'un cahier de charge pour identifier le rôle de chaque intervenant (Département Gouvernementale, ONG, Association Nationale, Elus...).</li> </ul>
<b>Action 224:</b> Mise en œuvre du plan d'action national (vision 2020: le droit à la vue).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finalisation et validation du plan d'action national « vision 2020 : le droit à la vue » ;</li> <li>- Mise en œuvre des plans régionaux ;</li> <li>- Organisation de journées d'information au niveau des régions.</li> </ul>
<b>Action 225 :</b> Elaboration et mise en œuvre d'un programme national de lutte contre la surdité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recrutement d'un consultant pour élaborer le plan d'action national de lutte contre la surdité (prochaine biennie de coopération MS-OMS) ;</li> <li>- Organisation d'un atelier national ;</li> <li>- Mise en œuvre du plan national de lutte contre la surdité.</li> </ul>
<b>Programme national de lutte contre les IST/sida</b> <b>Objectifs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer un accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui de qualité en matière de VIH</li> </ul>	
<b>Action 226:</b> Renforcement des activités de prévention de qualité répondant aux besoins des populations clés plus exposées au risque d'infection.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre des actions de communication sociale de masse en matière de lutte contre le sida ;</li> <li>- Couverture des populations clés les plus exposées au risque d'infection par des actions de prévention de proximité, dans le respect des droits des personnes ;</li> <li>- Renforcement des actions de prise en charge des IST et de prévention du VIH ;</li> <li>- Renforcement des mesures universelles de précaution dans les établissements sanitaires.</li> </ul>
<b>Action 227 :</b> Accroissement et diversification des opportunités de conseil et de dépistage du VIH, dans le respect du droit des personnes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement du dépistage clinique dans les services de diagnostic et de traitement des secteurs public et privé ;</li> <li>- Amélioration de l'accès au conseil et test VIH volontaire dans les régions prioritaires ;</li> <li>- Normalisation des modalités de gestion et de contrôle des activités de conseil et dépistage volontaire du VIH.</li> </ul>
<b>Action 228 :</b> Prise en charge médicale et psychosociale, de qualité, pour les personnes vivant avec le VIH, incluant l'accès aux ARV.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès aux ARV, le traitement des infections opportunistes et le suivi biologique pour les PVVIH ;</li> <li>- Renforcement des capacités des intervenants et de la décentralisation de la prise en charge des PVVIH ;</li> <li>- Accès des PPVIH à la prise en charge psychosociale ;</li> <li>- Mise en œuvre de la prévention de la transmission mère enfant.</li> </ul>
<b>Action 229:</b> Renforcement du leadership national pour une gestion et une coordination efficaces de la riposte multisectorielle au sida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement et extension du partenariat public/privé et société civile ;</li> <li>- Plaidoyer auprès des décideurs sur la protection des droits des PVVIH ;</li> <li>- Amélioration de la gestion des activités de lutte contre le sida aux niveaux central et local.</li> </ul>
<b>Programme de lutte contre les maladies dermatologiques et la lèpre</b> <b>Objectifs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir et consolider les acquis de la lutte contre la lèpre dans un cadre décentralisé et adéquatement intégré dans le réseau des établissements de soins de santé de base (RESSB) ;</li> <li>- Améliorer la qualité de prise en charge des dermatoses de la pauvreté et la précarité ;</li> <li>- Lutter contre les dermatoses pourvoyeuses d'invalidité et d'handicap ;</li> <li>- Réduire l'impact du psoriasis sur la qualité de vie.</li> </ul>	
<b>Action 230:</b> Renforcement des acquis de la lutte anti lèpreuse dans un cadre décentralisé et adéquatement intégré.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégration des ORE et les CPE dans la lutte anti lèpreuse ;</li> <li>- Organisation de réunions régionales sur le contrôle de la lèpre ;</li> <li>- Organisation de séminaires de formation en dermato-léprologie ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des activités d'IEC ;</li> <li>- Révision de la mission et du statut du Centre National de Léprologie ;</li> <li>- Mobilisation de ressources additionnelles grâce au partenariat.</li> </ul>
<b>Action 231:</b> Appui à l'organisation de la filière de soins en dermatologie avec mise en place de système de référence contre référence dédiée à la dermato-léprologie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de réunion de coordination entre les différents niveaux ;</li> <li>- Révision du système d'information du programme ;</li> <li>- Elaboration de référentiels de prise en charge et d'IEC ;</li> <li>- Renforcement des services régionaux de dermatologie ;</li> <li>- Renforcement des compétences des professionnels de santé en dermatologie.</li> </ul>
<b>Action 232:</b> Elaboration et mise en œuvre de plans d'action spécifiques aux nouvelles maladies cibles du programme.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre d'actions de prévention, de prise en charge et de réhabilitation des invalidités liées aux maladies dermatologiques cibles du programme ;</li> <li>- Mise en place d'un réseau national dédié aux Génodermatoses sévères ;</li> <li>- Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de lutte contre les cancers cutanés ;</li> <li>- Elaboration et mise en place d'un plan d'action de lutte contre les dermatoses liées à la pauvreté et la précarité ;</li> <li>- Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'action de lutte contre le psoriasis.</li> </ul>
<b>Action 233:</b> Appui au renforcement de la stratégie mobile de prise en charge des dermatoses au niveau des zones enclavées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui aux caravanes médicales.</li> </ul>
<b>Programme de l'hygiène alimentaire</b> <b>Objectifs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire la charge de morbidité et de mortalité liée aux maladies d'origine alimentaire ;</li> <li>- Renforcer l'action du Ministère dans le domaine de sécurité sanitaire des aliments.</li> </ul>	
<b>Action 234:</b> Renforcement de la veille sanitaire et le système d'alerte en cas de crise alimentaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des capacités du MS en matière d'évaluation des risques pour la santé liés aux aliments ;</li> <li>- Renforcement des activités d'hygiène alimentaire au niveau des provinces et préfectures dans le cadre de la prévention des toxi-infections d'origine alimentaires ;</li> <li>- Création d'un Comité scientifique d'évaluation des risques pour la santé liés aux aliments pour examen et avis sur les questions de sécurité sanitaire des aliments (Comité intra- ministériel (DELM, INH, IPM, DMP, DRC)) ;</li> <li>- Mobilisation de l'expertise nationale pour l'évaluation des risques pour la santé liés aux aliments ;</li> <li>- Guide de procédures d'inspection des établissements alimentaires ;</li> <li>- Guide d'investigation des toxi – infections alimentaires collectives ;</li> <li>- Procédure de mise en application de l'arrêté conjoint santé agriculture sur Contrôle sanitaire des manipulateurs des denrées alimentaires ;</li> <li>- Formation de 66 techniciens d'hygiène dans le domaine d'inspection des établissements alimentaires.</li> </ul>
<b>Programme d'appui aux Laboratoires Provinciaux de Diagnostic Epidémiologique et d'hygiène du Milieu</b> <b>Objectifs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement, réhabilitation et mise à niveau de 15 laboratoires (LPDEHM) pour le contrôle des eaux et des aliments d'ici 2012</li> </ul>	
<b>Action 235:</b> Mise en place de six laboratoires (Marrakech, Fès, Agadir, Tanger Tétouan, et Beni Mellal) opérationnels et suffisamment développés pour être agréés pour le contrôle des eaux et des aliments d'ici 2010.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Affectation du personnel scientifique, qualifié au niveau du service de l'Action Intersectorielle (pilotage du projet : 2 cadres supérieurs) et au niveau des six LDEHM (1 cadre supérieur scientifique et 5 techniciens de laboratoire) ;</li> <li>- Formation du personnel sur les nouvelles approches dans le domaine des analyses bactériologiques et physico-chimiques des eaux et des aliments ;</li> <li>- Réaménagement des locaux pour trois LDEHM (Fès, Agadir, Tanger) ;</li> <li>- Complément d'équipement de quatre LDEHM (Fès, Agadir, Tanger et Tétouan) ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à la disposition des LPDEHM des produits et réactifs nécessaires (six laboratoires) ;</li> <li>- Accompagnement par un tierce laboratoire accrédité en vue de la mise en place d'un système d'assurance qualité au niveau des six LDEHM ;</li> <li>- Visite des six LDEHM par des experts en assurance qualité ;</li> <li>- Formation pratique du personnel dans le domaine d'assurance qualité au niveau des laboratoires ;</li> <li>- Redynamisation de la collaboration entre les LDEHM et les structures du SIAAP ;</li> <li>- Régularité et adéquation du plan de charge avec la capacité analytique réelle de chaque laboratoire ;</li> <li>- Préparation des dossiers d'agrément ;</li> <li>- Proposition pour l'agrément par la commission conjointe santé/secrétariat chargé de l'eau et de l'environnement ;</li> <li>- Visite des auditeurs ;</li> <li>- Validation par la commission technique.</li> </ul>
<p><b>Action 236 :</b> Mise à niveau de neuf LDEHM (Oujda, Settât, Al Hoceïma, Kenitra, Laayoune, Safi, Meknès, Oued Eddahab, Casablanca) implantés au niveau des provinces chefs lieux des régions d'ici 2012.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation d'une analyse de la situation de ces laboratoires ;</li> <li>- Evaluation des besoins réels (locaux, équipement, personnels...) ;</li> <li>- Réhabilitation des locaux des LDEHM d'Oujda, Al Hoceïma, Oued Eddahab, Meknès et Casablanca ;</li> <li>- Etude et construction des locaux pour trois LDEHM (Settât, Kenitra, Laayoune) ;</li> <li>- Complément d'équipement nécessaire pour les LPDEHM (9 Laboratoires) ;</li> <li>- Mise à la disposition des LPDEHM des produits et réactifs nécessaires (9 laboratoires) ;</li> <li>- Affectation du personnel scientifique, qualifié au niveau de six LDEHM (5 cadres supérieurs scientifiques et 8 techniciens de laboratoires) ;</li> <li>- Formation du personnel sur les nouvelles approches dans le domaine des analyses bactériologiques et physico-chimiques des eaux et des aliments ;</li> <li>- Redynamisation de la collaboration entre les LDEHM et les structures du SIAAP ;</li> <li>- Régularité et adéquation du plan de charge avec la capacité analytique réelle de chaque laboratoire.</li> </ul>
<p><b>Programme de lutte contre les vecteurs</b></p> <p>Objectifs</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implanter la gestion intégrée en matière de lutte antivectorielle comme composante majeure et primordiale pour contribuer à la maîtrise du contrôle des maladies à transmission vectorielle (paludisme, leishmaniose,...) ;</li> <li>- Promouvoir et mettre en oeuvre la gestion sécuritaire des pesticides utilisés en santé et hygiène publique.</li> </ul>	
<p><b>Action 237:</b> Renforcement des capacités techniques en matière de surveillance et de lutte contre les vecteurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement de la recherche pour une meilleure maîtrise de méthodes de la lutte antivectorielle ;</li> <li>- Développement des capacités de planification, de programmation, de suivi et d'évaluation des activités de la LAV.</li> </ul>
<p><b>Action 238:</b> Renforcement de la collaboration intra et intersectorielle de la GILAV.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue des réunions régulières du comité de la gestion intégrée de la lutte antivectorielle ;</li> <li>- Echange d'information sur les situations épidémiologique.</li> </ul>
<p><b>Action 239 :</b> Renforcement de l'implication de la communauté et des associations locales aux actions de LAV.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'une stratégie de mobilisation communautaire ;</li> <li>- Sensibilisation des détenteurs d'enjeux au niveau local (ateliers) ;</li> <li>- Elaboration de supports audio-visuels d'IEC adaptés aux situations locales ;</li> <li>- Conception d'un site WEB dédié à l'information vulgarisée sur la LAV.</li> </ul>
<p><b>Programme de la salubrité de l'Environnement</b></p> <p>Objectifs</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre en compte des considérations sanitaires dans l'évaluation et la gestion des risques liés aux projets de développement ;</li> <li>- Elaborer et l'installer des procédures techniques pour l'appréciation des risques sanitaires ;</li> <li>- Elaborer et implanter des plans d'action Santé et Environnement au niveau régional.</li> </ul>	

<b>Action 240 :</b> Renforcement des capacités techniques et institutionnelles des services régionaux de santé environnement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Préparation d'un Plan d'Action type en santé et environnement pour les trois régions nouvellement créés;</li> <li>- Elaboration d'un Système d'Information en Santé et Environnement pour ces trois régions.</li> </ul>
<b>Action 241:</b> Contribution à la mise en œuvre du plan national de lutte contre la pollution de l'air.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribution à l'étude éco-épidémiologique au niveau du grand Casablanca (2008-2009);</li> <li>- Elaboration d'un système de surveillance épidémiologique relatif à la pollution de l'air;</li> <li>- Contribution à l'élaboration de normes et textes réglementaires relatives à la pollution de l'air due au secteur industriel.</li> </ul>
<b>Action 242 :</b> Amélioration des procédures de gestion des EIE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement des capacités des responsables régionaux et provinciaux sur les procédures de gestion des EIE et la santé;</li> <li>- Elaboration d'une base de données pour la gestion des EIE au niveau des régions;</li> <li>- Elaboration des procédures sur les aspects sanitaires relatifs à la gestion des études d'impact sur l'environnement des projets de développement.</li> </ul>
<b>Action 243 :</b> Développement des stratégies d'adaptation du secteur de la santé au Changement Climatique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation des ateliers de formation dans le domaine d'évaluation d'impact du CC sur la santé;</li> <li>- Elaboration d'une stratégie d'adaptation du secteur de la santé au CC;</li> <li>- La création d'un comité d'expert intra-santé pour appuyer le CNCC et le pilotage de la concrétisation de la stratégie d'adaptation du secteur de la santé au CC ;</li> <li>- Préparation d'un portefeuille de projet pour financement dans le cadre de la convention cadre sur les CC.</li> </ul>
<b>Action 244:</b> Gestion rationnelle des pesticides à usage de santé publique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultation pour l'élaboration de textes réglementaires régissant les pesticides à usage sanitaire ;</li> <li>- Amélioration du contrôle qualité des pesticides utilisés dans la LAV ;</li> <li>- Amélioration de la gestion des stocks des pesticides ;</li> <li>- Surveillance régulière de l'état de santé des manipulateurs pesticides ;</li> <li>- Participation aux réunions de la commission nationale des pesticides à usage agricole.</li> </ul>
<b>Programme de lutte contre les troubles dus à la carence en iode</b>	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atteindre un taux d'utilisation du sel iodé par les ménages supérieur à 90% ;</li> <li>- Atteindre une iodurie inférieure à la normale (100 µg/l) chez moins de 50% des enfants.</li> </ul>	
<b>Action 245:</b> Mise en place d'une base de données relative au processus d'iodation du sel alimentaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipement des laboratoires provinciaux en matériel pour le suivi du processus d'iodation ;</li> <li>- Formation des techniciens d'hygiène sur le processus d'iodation et le contrôle de la qualité du sel iodé.</li> </ul>
<b>Action 246:</b> Réalisation d'une étude sur l'iodurie chez les enfants en âge scolaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipement d'un laboratoire de référence pour le dosage de l'iodurie.</li> </ul>
<b>Programme de Santé bucco dentaire</b>	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir la santé bucco-dentaire de la population en général et des enfants en particulier ;</li> <li>- Réduire la prévalence de la carie chez les enfants de 12 ans ;</li> <li>- Réduire la prévalence des parodontopathies chez les jeunes de 15 ans ;</li> <li>- Améliorer l'offre de soins en renforçant l'infrastructure humaine et matérielle ;</li> <li>- Disposer d'au moins d'un centre dentaire pour l'hygiène scolaire fonctionnel par province et préfecture ;</li> <li>- Disposer d'au moins d'un centre dentaire d'urgence par province et préfecture.</li> </ul>	
<b>Action 247:</b> Amélioration de l'offre de soins en matière de prise en charge des affections bucco-dentaires.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création de 10 centres dentaire polyvalents par an et qui intègrent aussi la prothèse et l'orthodontie par province et préfecture ;</li> <li>- Renforcement de la politique de proximité au niveau des zones rurales.</li> </ul>
<b>Action 248:</b> Renforcement des campagnes préventives et curatives.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des compétences des médecins dentistes et du personnel paramédical ;</li> <li>- Production de supports de communication et de sensibilisation ;</li> </ul>

	- Evaluation et supervision des activités du programme.
<b>Programme de la réhabilitation et de la gériatrie</b>	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire la prévalence de l'handicap liée à la période périnatale, néonatale, la petite enfance et les maladies acquises ;</li> <li>- Réduire la prévalence de l'handicap liée au vieillissement ;</li> <li>- Réduire la prévalence des maladies chroniques liées au vieillissement ;</li> <li>- Améliorer l'offre de soins en matière de prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées ;</li> <li>- Mettre en place une stratégie IEC en matière de prévention et de prise en charge des soins de santé des personnes âgées et des personnes handicapées.</li> </ul>	
<b>Action 249:</b> Prévention des déficiences et de l'handicap.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des compétences des professionnels de santé en réhabilitation et gériatrie ;</li> <li>- Développement d'une stratégie IEC en matière de prévention et de prise en charge des soins de santé des personnes âgées et des personnes handicapées.</li> </ul>
<b>Action 250:</b> Développement de l'offre de soins curatifs, rééducation et réhabilitation et de gériatrie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement des structures de rééducation, d'appareillage orthopédique et des unités de gériatrie ;</li> <li>- Mise à niveau du plateau technique des structures de rééducation et de gériatrie ;</li> <li>- Dotation des ateliers d'appareillage en fournitures pour la fabrication des orthèses et des prothèses orthopédiques ;</li> <li>- Développement des unités mobiles d'appareillage orthopédique.</li> </ul>



## Troisième partie : *Mesures d'accompagnement et implications financières*

### 1. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

#### 1.1. Organisationnelles et de gestion

L'objectif recherché étant d'introduire l'organisation financière type et les outils de gestion financière développés dans le cadre du Forum de performance en vue d'améliorer la capacité d'absorption des crédits déconcentrés et atteindre un taux d'émission avoisinant 65%.

Actions	Activités
<p><b>Action 251:</b> Renforcement des capacités de gestion des niveaux déconcentrés et appui au processus de programmation/budgétisation au niveau central et déconcentré</p>	<p><b>Niveau déconcentré :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le développement du processus de contractualisation interne avec les régions sanitaires ;</li> <li>- Amélioration de la distribution et des outils de gestion des médicaments et formation du personnel ;</li> <li>- Identification des contraintes existantes dans la gestion des marchés de travaux et d'équipement et mise en œuvre des mesures correctives;</li> <li>- Généralisation de la stratégie maintenance (GMPI) et d'un fichier informatisé des équipements, et formation du personnel ;</li> <li>- Elaboration de budgets programmes annuels et suivi des budgets sur la base d'indicateurs de performance technique et financier ;</li> <li>- Validation et consolidation des budgets programmes au niveau des régions sanitaires</li> <li>- Déploiement des outils méthodologiques pour l'approche budget programme (organisation financière type, registre de rejets, guide de gestion budgétaire et compatible, guide d'archivage des pièces comptables, CPS types, critères d'allocation des ressources, etc.) et formation du personnel;</li> <li>- Déploiement auprès de tous les sous ordonnateurs de l'application informatique de gestion financière.</li> </ul> <p><b>Niveau central :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration du cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) pour la période 2009-2011 ;</li> <li>- Déploiement des outils méthodologiques pour l'approche budget programme (organisation financière type, guide de gestion budgétaire et comptable, guide d'archivage des pièces comptables, CPS types, critères d'allocation des ressources, etc.) et formation du personnel;</li> <li>- Déploiement auprès de tous les sous ordonnateurs de l'application informatique de gestion financière ;</li> <li>- Renforcement des capacités du niveau central à fournir un appui technique aux niveaux déconcentrés en vue d'améliorer la budgétisation/programmation des autres régions.</li> </ul>
<p><b>Action 252:</b> Mise à niveau du système national d'information</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision de l'application de la santé de la mère et de l'enfant et soins curatifs (SMI/PF) ;</li> <li>- Généralisation de l'application sur les causes de mortalité au niveau des bureaux municipaux d'hygiène ;</li> <li>- Réalisation de l'étude sur la charge globale de morbidité ;</li> <li>- Réalisation de l'enquête nationale sur la santé et la population ;</li> <li>- Réalisation de la 4<sup>ème</sup> étude sur les comptes nationaux de la santé.</li> </ul>



## 1.2. Consolidation et renforcement des actions de coopération bilatérale et multilatérale

Actions	Activités
<b>Action 253:</b> Consolidation et développement de la coopération en santé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un mécanisme formalisé de coordination de l'ensemble des partenaires dans le secteur de la santé ;</li> <li>- Organisation de réunions de coordination au moins une fois par an.</li> </ul>

## 1.3. Législatives et réglementaires

Le renforcement et l'actualisation du dispositif juridique national relatif au domaine de la santé constitue l'un des piliers de la stratégie sectorielle du ministère, pour assurer un meilleur encadrement du système de santé, plus de transparence dans les actions menées par le secteur public et une meilleure qualité de l'offre de soins dans le sillage de la politique globale de l'Etat.

La présente partie du plan d'action détermine les principaux textes juridiques (notamment législatifs), par thème, qu'il est prévu d'édicter pour la réalisation des objectifs du plan d'action.

Thèmes	Nature de texte	Objet
<b>Bioéthique :</b> l'objectif recherché vise à combler les lacunes dans les domaines déclinés dans cet axe et assurer une meilleure garantie des droits et de la sécurité des personnes ainsi qu'une protection juridique de l'action des professionnels de santé.	Loi	Identification des personnes par empreintes génétiques
	Loi	Protection des personnes qui se prêtent aux recherches biomédicales
	Loi	Procréation médicalement assistée
	Arrêté	Règles de bonnes pratiques, de prélèvement, de transplantation, de transport et de conservation des organes et des tissus humains
	Arrêté	Règles d'hémovigilance
<b>Encadrement de l'exercice des professions de santé dans le privé :</b> l'objectif est de garantir et sécuriser la prise en charge de la santé de la population dans le secteur privé à travers la réglementation des professions non encore encadrées, l'actualisation les textes existants et la refonte de certains textes	Loi	Exercice des professions paramédicales
	Loi	Refonte de la législation relative à l'Ordre National des Médecins
	Loi	Révision du code de déontologie des médecins
	Loi	Révision de la loi 10-94 relative à l'exercice de la médecine
	Loi	Refonte de la législation relative à l'Ordre National des Pharmaciens
	Loi	Révision de la législation relative à l'exercice de la profession de médecins dentistes
		Ediction de textes relatifs à l'exercice d'autres professions (psychologie, chiropraxie...).
	Arrêté	Fixant les actes réservés aux laboratoires privés d'analyses de biologie médicale agréés
	Arrêté	Constitution de la commission nationale permanente de biologie médicale
	Guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale	
<b>Organisation de l'offre de soins :</b> pour garantir une coordination efficace entre l'ensemble des structures relevant du ministère de la santé et d'orienter l'offre de soins	Loi	Système de santé et offre de soins (carte sanitaire)
	Loi	Transferts sanitaires
	Loi	Erection de l'Institut National d'Hygiène en Etablissement Public
	Loi	Erections du CNTS en Agence de sécurité transfusionnelle (actuel centre national de transfusion sanguine)
	Décret	Attributions et organisation du ministère de la santé
	Décret	Statut particulier des médecins conventionnés
	Arrêté	Révisant les attributions et l'organisation des services déconcentrés du MS
	Arrêté	Fixation de la liste des hôpitaux
	Arrêté	Révisant le règlement intérieur des hôpitaux
	Arrêté	Elaboration de textes de loi réorganisant les ORE / ORS et CPE / CPS ;

<b>Médicament, produits pharmaceutiques non médicamenteux et autres produits de santé</b> : l'objectif vise à renforcer la sécurité sanitaire des produits de santé	Loi	Substances vénéneuses
	Loi	Réactifs de laboratoire à usage de diagnostic in vitro
	Loi	Aux agents pathogènes
	Loi	Les dispositifs médicaux
	Loi	Commercialisation des substituts de lait maternel
	Décret	Exercice de la pharmacie, création et ouverture des officines et des établissements pharmaceutiques
	Décret	Autorisation de mise sur le marché des médicaments
	Décret	Inspection de la pharmacie
	Arrêté	Définition des règles de bonnes pratiques officinales
	Arrêté	Définition des normes techniques auxquelles doivent répondre les établissements pharmaceutiques fabriquant des gaz médicaux
	Arrêté	Définition des règles de bonnes pratiques de fabrication et de distribution des médicaments
	Arrêté	Prix des médicaments importés et fabriqués
	Loi	Refonte du dahir de 1959 relatif à la protection des malades mentaux
	Loi	Harmonisation de la législation nationale avec les conventions et instruments internationaux (règlement sanitaire I- protection des personnes vivant avec le VIH Sida et les maladies transmissibles)
	Décret	Révision du décret relatif à l'iodation du sel destiné à l'alimentation humaine
Décret	Sortir le décret de la loi 03 sur le médicament relatif à l'organisation de la Pharmacovigilance ;	
Décret	Textes d'application de la loi 17-04 portant code du médicament	
<b>Ressources Humaines</b> : l'objectif vise l'amélioration de la performance des services sanitaires	Arrêté	Fixation des conditions et des modalités d'attribution de l'indemnité de garde et l'indemnité d'astreinte
	Décret	Révision de la situation des lauréats des écoles des cadres du MS
	Décret	Réforme du statut de l'INAS (Etablissement de l'enseignement supérieur ne relevant pas de l'Université)
	Décret	Régulation de la situation des infirmiers titulaires d'une licence
	Arrêté	Révision des modalités d'organisation de concours pour le recrutement des infirmiers diplômés d'Etat
	Arrêté	Modalités d'organisation de concours pour le recrutement des techniciens par le MS (ajout de la présélection)
<b>Financement</b> : l'objectif vise l'achèvement du processus juridique relatif à la généralisation de la couverture médicale de base.	Décret	Application des dispositions du livre III de la loi n° 65-00 relatives au régime d'assistance médicale
	Arrêté	Définissant le modèle du formulaire de demande du bénéfice du RAMED.
	Arrêté	Fixant les variables liées aux conditions de vie, les coefficients de pondération du revenu déclaré, les indices de calcul du score patrimonial, les indices de calcul des scores des conditions socioéconomiques ainsi que la méthode de calcul desdits scores pour le bénéfice du RAMED

## 2. IMPLICATIONS BUDGETAIRES

Il est généralement admis qu'au Maroc, le financement public de la santé est faible puisqu'il ne représente que 5% du budget de l'Etat (2007) et 1,24 du PIB. L'estimation des ressources budgétaires pour la réalisation de ce plan d'action 2008-2012, s'élève à 57,3 milliards de Dhs, soit une augmentation (sans le RAMED) de l'ordre de 31,8% par rapport aux enveloppes allouées pendant la période 2003-2007 (tableaux 7 et 8).

**Tableau 7 : Estimation des ressources budgétaires pour le financement du plan d'action 2008-2012 (en milliards de dirhams)**

	2008	2009-2012	Total 2008-2012	%	Moyenne annuelle
Budget d'investissement	1,3	7,7	9	15,7	1,8
Budget fonctionnement (matériel sans le RAMED)	0,99	4,6	5,6	9,8	1,12
Budget fonctionnement (Personnel)	4,4	25,5	29,9	52,2	5,98
RAMED	1,5	11,3	12,8	22,3	2,560
<b>Total</b>	<b>8,19</b>	<b>49,1</b>	<b>57,3</b>	<b>100,0</b>	11,460
Poste budgétaire (hors CHUs)	1 800	10 800	12 600		2 520

**Tableau 8 : Ressources budgétaires allouées pendant la période 2003-2007 (en milliards de dirhams)**

	Poste budgétaire 2003-2007	%	Moyenne annuelle
Budget d'investissement	5,6	18,5	1,12
Budget fonctionnement (Matériel)	5,7	18,8	1,14
Budget fonctionnement (Personnel)	19,0	62,8	3,808
RAMED	0	0,0	0
<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>100,0</b>	<b>6,068</b>
Postes budgétaires (Nombre)	5 888		1 178

Pour la période 2008-2012, le montant du budget d'investissement inclut la consolidation du financement des projets et programmes engagés avant 2008 et dont une partie bénéficie d'un prêt auprès d'institutions financières internationales (BEI et AFD,) estimée à 1.611.000.000 Dhs.

Le financement du RAMED pour la période 2008-2012 est estimé à 12,8 milliards de Dhs dont 1,5 milliards inscrits dans le budget 2008.

Quant au budget de fonctionnement : chapitre matériel et dépenses diverses (hors RAMED), il est prévu, pour les cinq ans, une enveloppe de 5,6 milliards de Dhs soit une moyenne annuelle de 1,12 milliards de Dhs. En ce qui concerne celui du personnel, la masse salariale s'élèverait pour 2008-2012 à environ 29,9 milliards de Dhs. Ce montant comprend, en plus des rémunérations du personnel existant et de son avancement la création annuelle, à partir de 2009, d'une moyenne de 2 700 postes (hors CHUs) dont 750 pour l'intégration des résidents, 500 pour les médecins généralistes, 1 400 pour le personnel paramédical et 50 pour les autres catégories.

## 3. INDICATEURS DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME D'ACTION

Les principaux indicateurs arrêtés pour le suivi des objectifs du programme d'action santé 2008-2012 sont résumés comme suit :

## Actions prioritaires

Actions	Indicateurs retenus	Valeurs actuelles	Valeurs 2012
<b>Amélioration auprès des usagers des services rendus par les hôpitaux publics</b>	<b>Activités hospitalières</b>		
	Admission en hospitalisation complète	943 019	1 600 000
	Taux d'hospitalisation	3.09%	5.00%
	Journées d'hospitalisation	4 313 113	6 500 000
	Taux d'occupation moyen	54%	80%
	Admission en hospitalisation du jour	235 700	430 000
	Passage aux urgences	2 868 953	4 800 000
	Consultations spécialisées externes	1 542 732	3 200 000
	Interventions chirurgicales majeures (ICM)	238 691	400 000
	Nombre d'accouchements	280 326	480 000
	Nombre de césariennes	33 676	48 000
	Admissions médicales	424 002	720 000
	<b>ALD/ALC</b>		
	Malades dialysés dans l'hôpital	1 974	3 700
	Cancers	13 000	20 000
	Chirurgie cardiaque	1 400	3 000
	<b>Mortalité intra hospitalière</b>		
	Nombre de décès intra hospitalier	21 082	16 000
	Nombre de décès maternels	274	50
	Nombre de décès de nouveaux-nés	3 688	500
	<b>Ressources financières</b>		
	Recettes propres en Dhs (en dehors des recettes des CHU)	474 496 321	800 000 000
	<b>Productivité</b>		
	Ratio admission/médecin	166.3	280
	ICM/chirurgien/semaine	5.0	8.0
	ICM/salle opératoire fonctionnelle	465	700
Malade pris en charge/générateur	3.9	5.0	
<b>(1) Renforcement, réhabilitation et mise à niveau du réseau hospitalier public</b>	<b>Réhabilitation et mise à niveau du réseau hospitalier</b>		
	Nombre d'hôpitaux réhabilités	10	27
	Nombre d'hôpitaux rééquipés	10	31
	<b>Création de nouveaux CHU et réhabilitation et mise à niveau des anciens</b>		
	Nombre de nouveaux CHU créés	2	7
	Nombre de CHU réhabilités et mis à niveau	2	3
	<b>Extension couverture par le RH</b>		
	Ratio Habitants par lits du RH (national)	1151	1190
	<b>Extension couverture par les ESSB</b>		
	Ratio Habitants par Etablissement de SSB (national)	11 800	11 800
Ratio Habitants par Etablissement de SSB (rural)	7 100	7 000	
<b>(2) Mise à niveau des Centres Hospitaliers Universitaires existants et achèvement de la construction et l'équipement des nouveaux</b>	Ratio habitants par lits accouchements SSB (national)	8 289	9 034
	Ratio habitants par lits accouchements SSB (rural)	6 250	6 785
	<b>(3) Renforcement et mise à niveau du réseau des établissements de soins de santé de base (4) Amélioration du dispositif relatif à la santé en milieu rural</b>		
	<b>Développement d'une politique de ressources humaines à même d'atténuer les besoins, de réduire les inégalités dans leur répartition et d'améliorer leurs compétences et</b>		
<b>Formation des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes</b>			
Effectifs des médecins admis annuellement	700	1500	
Effectifs des infirmiers polyvalents admis annuellement	1094	1500	
Effectifs des sages femmes admis annuellement	202	500	
Effectifs des infirmiers en anesthésie réanimation admis annuellement	152	300	
Effectifs des techniciens de radiologie admis	108	240	

Actions	Indicateurs retenus	Valeurs actuelles	Valeurs 2012
<b>performances</b>	annuellement		
	Effectifs des techniciens de laboratoire admis annuellement	60	150
	Effectifs des infirmiers en psychiatrie admis annuellement	56	100
	Effectifs des infirmiers en kinésithérapeute admis annuellement	100	150
	Effectifs des infirmiers autres catégories admis annuellement	209	220
	<b>Encadrement par les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes</b>		
	Habitants par médecin généraliste du secteur public	6278	5200
	Habitants par médecin spécialiste du secteur public	6006	5300
	Habitants par médecin du secteur public	3069	2600
	Habitants par pharmacien du secteur public	166015	117544
	Habitants par chirurgien dentiste du secteur public	95977	77907
	<b>Encadrement paramédicale</b>		
Habitants par Infirmier (secteur public)	1158	1060	
<b>Amélioration des conditions favorisant un meilleur accès de la population aux services de soins</b>	<b>Réduction de la contribution des ménages</b>		
	Part des ménages dans les dépenses de santé (%)	54	25
	<b>Extension de la couverture médicale de base</b>		
	Pourcentage de la population couverte par le RAMED	4%	100%
	Pourcentage de la population couverte par une assurance maladie	34%	80%
	<b>Augmentation du financement public</b>		
	Part du budget du MS dans le budget de l'Etat	5	7
Part du budget du MS dans le PIB	1,24		
<b>Réduction de la mortalité maternelle et infantile</b>	Taux de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes	227 (2003-2004)	50
	Proportion de femmes ayant fait au moins une consultation prénatale (%)	62%	80%
	Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié (%)	61%	90%
	Proportion de femmes ayant fait au moins une consultation postnatale (%)	66%	80%
	Taux de césariennes en milieu surveillé (**)	5,7 (2007)	6,1
	Taux de morts nés (mortinaissance) (**)	21,3 (2006)	19,3
	Proportions de nouveaux nés vivants décédés dans les 24h (**)	3,9 (2006)	2,7
	Proportion de femmes ayant fait au moins une consultation prénatale (*)	68 (2003-2004)	75
	Taux de mortalité néonatale pour mille naissances vivantes	10 (EPSF 2003-04)	5
	Proportion de régression du taux de mortalité infanto-juvénile par an (%)	40 (1996)	10
	Proportion des décès infanto-juvéniles liés aux IRA (%)	63 (2003-2004)	65
	Proportion des décès infanto-juvéniles liés aux maladies infectieuses (%)	10,2 (2003-2004)	15
	Taux de couverture par la visite médicale systématique en milieu scolaire (%)	87	90
<b>Plan national de prévention et de lutte contre le cancer</b>			

Actions	Indicateurs retenus	Valeurs actuelles	Valeurs 2012	
	Nombre de structures de prise en charge du diabète	46	56	
	- Nombre de cas dépistés du cancer	12000	20 000	
	Nombre de patient cancer pris en charge	11 000	20 000	
	<b>Plan national de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires</b>			
	Nombre de patients hypertendus dépisté	87	90	
	Nombre d'angines traitées	1 268 000	1 500 000	
	- Nombre de nouveau cas de RAA	7000	6000	
	<b>Plan national de prévention et de lutte contre le diabète</b>			
	-Nombre de structures de prise en charge du diabète	46	56	
	<b>Plan national de la santé mentale</b>			
	Nombre de services de psychiatrie	24	39	
	Nombre des hôpitaux de psychiatrie	9	11	
	<b>Plan national de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale</b>			
	Nombre de patients sur la liste d'attente pour dialyse	3.000	0	
	Nombre annuel de greffes rénales réalisés			
	<b>Plan national d'accélération de la lutte contre la tuberculose</b>			
	Incidence de la tuberculose	82	65	
	Taux de guérison	87	90	
	Taux de perdus de vue	10	5	
	Tuberculose : taux de détection (%)	80%	85%	

### Actions à consolider

Actions	Indicateurs retenus	Valeurs actuelles	Valeurs 2012
<b>Consolidation des acquis</b> (Programmes sanitaires prioritaires)	Proportion des ESSB où la PCIME est implantée (%)	27	80
	Proportion des enfants ayant fait toutes les vaccinations (%)	90	95
	Taux de glissement entre la première et la troisième prise de DTC et polio (%)	90	90
	Proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole (%)	90	90
	Proportion des cas d'IRA correctement pris en charge par les professionnels de santé des ESSB (%).	50	75
	Taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois (%)	32	50
	Taux de pratique de la TRO (%)	MICS 2006	
	Proportion des parents qui connaissent au moins 2 signes de gravité des IRA devant lesquels ils doivent consulter un professionnel de santé (%)	MICS 2006	20
	Taux d'utilisation des SRO (%)	23 (EPSF 2003-04)	45
	Prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	10 (EPSF 2003-04)	5
	Prévalence de la carence en vitamine A parmi les enfants âgés de 6 mois à 5ans (%)	40 (1996)	10
	Taux de prévalence contraceptive (%) (*)	63 (2003-2004)	65
	Taux de prévalence des méthodes de longue durée (%) (*)	10,2 (2003-2004)	15
	Taux de prévalence du préservatif dans la contraception (%)	1,5 (2003-2004)	3
	Taux de couverture par la visite médical systématique en milieu scolaire (%)	87	90
	Paludisme autochtone : taux d'incidence annuelle pour 100.000 habitants	0	0
	Paludisme autochtone : taux d'incidence annuelle pour 100.000 habitants	0	0
	- Incidence de la schistosomiase	0	0

Actions	Indicateurs retenus	Valeurs actuelles	Valeurs 2012
	- incidence de la leishmaniose cutanée /100000	13,5	10
	- incidence de la leishmaniose viscérale /100000	6,3	4
	- incidence de lhydatidose /100000	5,5	4
	- Taux d'incidence du choléra	0	0
	- Prévalence de la cécité	0,76%	0,30%
	Programme national de lutte contre le SIDA		
	- nombre de personnes vivant avec le VIH/sida recevant une association d'ARV	1 648	4 500
	- nombre de test VIH effectué dans le cadre du dépistage VIH volontaire.....	82 924	150 000
	- nombre de personnes appartenant aux populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH dans les régions prioritaires auront été touchées par des interventions de prévention de proximité conformes aux normes de qualité.	602 000	1 000 000



## ACRONYME

- AMO : Assurance Maladie Obligatoire
- ARV : Anti rétroviraux
- AVCI : Année de Vie Corrigée du Facteur Incapacité
- BAF : Bureau des Admissions et de Facturation
- CC : Changement Climatique
- CCMB : Code de la Couverture Médicale de Base
- CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CLIN : Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales
- CMDP : Comité des Médecins, Dentistes et Pharmaciens
- CNS : Comptes Nationaux de la Santé
- CPE : Cellule Provincial d'Epidémiologie
- CPN : Consultation Périnatale
- CSI : Comité des Soins Infirmiers
- DIU : Dispositif Intra Utérin
- ENFPF : Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale
- ENPS : Enquête Nationale sur la Population et la Santé
- ENSME : Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant
- EPSF : Enquête sur la Population et la Santé Familiale
- GIUS : Groupe Interuniversitaires de Santé
- HTA : Hypertension Artérielle
- IFTA : Institut de Formation des Techniciens Ambulanciers
- IEC : Information, Education, Communication
- IFCS : Institut de Formation aux Carrières de Santé
- IMC : Indice de Masse Corporel
- INAS : Institut national d'administration sanitaire
- INDH : initiative Nationale du Développement Humain
- IRCT : Insuffisance Rénale Chronique Terminale
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- JMR : Journée Mondiale du Rein
- LAV : Lutte Antilarvaire
- LPDEHM : Laboratoire Provincial d'Epidémiologie et d'Hygiène du Milieu
- MNT : Maladies Non Transmissibles
- MRC : Maladie Rénale Chronique
- MS : Ministère de la Santé
- MSR : Maternité Sans Risque
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- ORS : Observatoire Régional d'Epidémiologie
- OSC : Organisation de la Société Civile
- PAS : Programme d'Ajustement Structurel
- PIB : Produit Intérieur Brut

- PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
- PECS Plan d'Extension de la Couverture Sanitaire
- PEH : Projet d'Etablissement Hospitalier
- PF : Planification Familiale
- PLMD : Programme de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques
- PNI : Programme National d'Immunisation
- RAA : Rhumatisme Articulaires Aigu
- RAMED : Régime d'Assistance Médicale
- RC : Rhumatisme Cardiaque
- REDRESS : Programme d'Appui à la Régionalisation, Déconcentration, et au Renforcement des Soins de Santé de Base
- RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
- RESSB : Réseau des Etablissements de Soins de Santé de Base
- RH : Réseau Hospitalier
- RHS : Ressources Humaines en Santé
- RHu : Ressources Humaines
- RSI : Règlement Sanitaire International
- SAMU : Service d'Assistance Médicale Urgente
- SDIT : Schéma Directeur de l'Information et des Technologies
- SIAAP : Service de l'Infrastructure des Actions Ambulatoires
- SIG : Système d'Information Géographique
- SSB : Soins de Santé de Base
- SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
- VSS : Veille et Sécurité Sanitaire

## **LISTE DES TABLEAUX**

- Tableau 1 : Population légale du Maroc aux recensements de 1960 à 2004 et taux d'accroissement annuel
- Tableau 2 : Répartition de la population rurale par rayon kilométrique de l'établissement de soins de santé de base le plus proche, 1987, 1996 et 2003
- Tableau 3 : Répartition de la capacité hospitalière selon les secteurs, 1997-2006
- Tableau 4 : Données sur l'offre de soins du secteur privé, 1997-2006
- Tableau 5 : Evolution par grand groupe de maladies, des causes de décès déclarées en milieu urbain, 1980-1992-2003
- Tableau 6 : Evolution du ratio de couverture par les prestataires de services de santé, 1995-2006 (pour mille habitants)
- Tableau 7 : Estimation des ressources budgétaires pour le financement du plan d'action 2008-2012 (en milliards de dirhams)
- Tableau 8 : Ressources budgétaires allouées pendant la période 2003-2007 (en milliards de dirhams)

## **LISTE DES ENCADRES**

- Encadré 1 : La période néonatale : une phase critique de la vie du nouveau-né
- Encadré 2: Financement de la santé et atteinte des objectifs du millénaire
- Encadré 3: Commentaires sur l'hôpital public dans le rapport du cinquantenaire
- Encadré 4: Déclaration du Directeur Général de l'OMS sur les accidents de la route
- Encadré 5 : La corruption vue par le rapport du cinquantenaire

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

- Graphique 1 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité, 1960/60-2003-2004
- Graphique 2 : Evolution par sexe de l'espérance de vie à la naissance, 1967-2004
- Graphique 3 : Evolution des taux d'incidence des maladies cibles des vaccinations, 1970-2006
- Graphique 4 : Evolution des taux d'incidence de certaines maladies transmissibles, 1970-2004
- Graphique 5 : Ecart entre les régions des ratios de desserte en lits hospitaliers 1997-2006
- Graphique 6 : Evolution des taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)
- Graphique 7 : Evolution de la part du budget du Ministère de la Santé dans le budget général de l'Etat et dans le PIB, 1967-2007 (en %)
- Graphique 8 : Evolution de l'allocation per-capita du budget du Ministère de la Santé, 1981-2006 (en dirhams constants)
- Graphique 9: Comptes nationaux de la santé, sources par nature de financement, 1997/98
- Graphique 10 : Evolution des dépenses publiques de santé par habitant (en dollar international), entre 1999 et 2003. Comparaison avec quelques pays de la région.
- Graphique 11 : Principales causes de décès en milieu urbain en 1997 et 2003, en % (constatation par un médecin)
- Graphique 12 : Evolution des taux des tués par accidents de la circulation
- Graphique 13 : Principales causes de décès par type de traumatismes du chapitre 19 «*lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes*» enregistrées en milieu urbain en 1997 et 2003, en % (constatation faite par un médecin)

- Graphique 14 : Répartition par région de l'indice de couverture par les prestataires de services de santé, ensemble des secteurs, 1995-2006
- Graphique 15 : Evolution par région du ratio de couverture par les prestataires de soins du Ministère de la Santé, 1995-2006
- Graphique 16 : Evolution de la proportion des médecins dans les recrutements faits par le Ministère de la Santé entre 1972 et 2007

## BIBLIOGRAPHIE

- Association Lalla Salma de lutte contre le cancer, Ministère de la santé, Edition 2007, Centre Hospitalier Ibn Rochd, Ordre National des médecins, « *Registre de cancers de la région du grand Casablanca : année 2004* », p. 69.
- Haut Commissariat au Plan, « *Recensement général de la population et de l'habitat 2004: caractéristiques démographiques et socio-économiques* », Rapport national
- Haut Commissariat au Plan, « *Enquête nationale sur la consommation et les dépenses des ménages 2000-2001, rapport de synthèse* », Division des enquêtes auprès des ménages, Direction de la Statistique.
- K. ANZID, FZ. EL HAMADANI, A. BAALI, M. CHERKAOUI, G. BOËTSCH, "Transition alimentaire et son impact sur la santé de la population marocaine", <http://anthro.unige.ch/galf2007/resume/076>
- Ministère de la prévision économique et du plan, « *Accessibilité aux soins de santé et niveau de vie* », Direction de la Statistique, 2002.
- Ministère de la Santé, « *santé en chiffres* », différentes années
- Ministère de la Santé Publique, « *Santé et population : étude comparative des résultats des enquêtes ENFPF et EBPC* », Service des études et de l'information sanitaire, mai 1988, n°4.
- Ministère de la Santé Publique et Institute for Resource development/Westinghouse DHS, « *Enquête nationale sur la Planification familiale, Fécondité et la Santé de la population au Maroc (ENPS), 1987* », Mars 1989.
- Ministère de la Santé Publique et Macro International inc. DHS, « *Enquête nationale sur la population et la Santé (ENPS II), 1992* », Août 1993.
- Ministère de la Santé Publique et Macro International inc. DHS, « *Enquête de Panel sur la population et la Santé (ENPS), 1995* », Janvier 1996.
- Ministère de la Santé Publique et Programme Arabe pour la promotion de l'enfance, « *Enquête nationale sur la Santé de la mère et de l'enfant (ENSME), 1997* », juillet 1999.
- Ministère de la Santé Publique, ORC Macro et Programme Arabe pour la promotion de l'enfance, « *Enquête sur la population et la Santé familiale (EPSF), 2003-2004* », Mars 2005.
- Ministère de la Santé, « *Comptes nationaux de la santé : 1997/98* », Direction de la Planification et des ressources financières, mars 2001
- Ministère de la Santé, « *Comptes nationaux de la santé : 2001* », Direction de la Planification et des ressources financières, décembre 2005.
- Ministère de la santé, « *10 années d'épidémiologie au service de la santé* », Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies, mai 2000.
- Ministère de la santé, « *Méthodologie d'élaboration du schéma régional de l'offre de soins* », unité de coordination régional du PAGSS/Région Orientale, 2005.
- Ministère de la santé, « *Stratégie de contractualisation interne avec les régions sanitaires : guide méthodologique* », Direction de la planification et des ressources financières, 2004, p. 7.
- Ministère de la santé, « *Politique de la santé de l'enfant au Maroc : analyse de la situation* », octobre 2005.
- Ministère de la santé, « *Audit technique de l'organisation du ministère de la santé dans la perspective de la mise en place des structures régionales de la santé* », rapport de la phase 2, diagnostic, version définitive, octobre 2002.
- Ministère de la santé, « *Santé, vision 2020* », 2007.
- Rapport du cinquantenaire, « *Le Maroc possible : une offre de débat pour une ambition collective* », cinquante ans de développement humain, perspectives 2052, comité directeur, 2006, p.119-125.
- Ministère de la Santé, « *Etude de la charge de morbidité globale au Maroc, rapport de synthèse* », Septembre 2000.
- Ministère de l'Équipement, « *Recueil des statistiques des accidents corporels de la circulation routière* » rapports 1995 à 2005, Direction des routes et de la circulation routière.
- Royaume du Maroc le premier Ministre, « *Plan national de préparation et de riposte à l'Influenza Aviaire et à une pandémie de grippe d'origine aviaire* », février 2006.
- Ministère de la santé, « *Stratégie nationale de gestion des urgences médicales et des risques sanitaires liés aux catastrophes* », mars 2005.
- Ministère de la Santé, « *Organisation de l'offre de soins en oncologie, partie I* », document interne, DHS.A.
- Royaume du Maroc, le Premier Ministre, « *Plan national de préparation et de riposte à l'influenza aviaire et à une pandémie de grippe d'origine aviaire* », février 2006.

- Transparency Maroc, « *Enquête nationale sur l'intégrité : étude auprès des ménages* », rapport de synthèse, LMS, 2002.
- Ministère de la Santé, « *Rapport de la commission chargée d'élaborer une nouvelle stratégie d'approvisionnement des établissements de santé en médicaments et en consommables médicaux* », février 2008
- Ministère de la santé, « *Plan stratégique national de lutte contre le SIDA 2007-2011* », Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, décembre 2006.
- Organisation Mondiale de la Santé, « *Accès équitable aux médicaments essentiels : cadre d'action collective* », Perspectives Politiques de l'OMS sur les médicaments, Mars 2004.
- Organisation Mondiale de la Santé, « *Lutte contre les maladies non transmissibles* », WPR/RC51/8, Août 2000.
- Organisation Mondiale de la Santé, « *Rapport sur la santé dans le monde 2006*»,.
- Rapports des commissions thématiques :
  - Commission médicament : Projet de politique pharmaceutique nationale : état des lieux et recommandations prioritaires – Eléments de synthèse, mars 2008.
  - Commission stratégie d'approvisionnement en médicament : Rapport sur la nouvelle stratégie d'approvisionnement en médicaments et en consommables médicaux, février 2008.
  - Sous commission formation : Rapport sur la stratégie de développement des compétences du personnel du Ministère de la santé, 2008-2012, Avril 2008.
  - Commission réduction de la mortalité maternelle et néonatale : Plan d'action 2008-2012, mars 2008.
  - Commission hôpitaux : Rapport sur l'amélioration du service rendu des hôpitaux publics, Plan d'action pour la période 2008-2012.
  - Commission prévention et sensibilisation : Rapport sur la communication en matière de santé.
  - Commission santé mentale ;
  - Commission diabète ;
  - Commission prévention et prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale
  - Commission maladies cardiovasculaires
  - Commission CHU ;
  - Commission veille et sécurité sanitaire
- Ministère de la Santé ; « *Colloque sur la santé, Ensemble pour le droit à la santé* », 22 février 2008, synthèse des recommandations des 7 ateliers de travail – Atelier 1 : Réformes du système national de santé – Atelier 2 : Transparence et bonne gouvernance – Atelier 3 : Politique des médicaments – Atelier 4 : partenariat Public/privé – Atelier 5 : Partenariat avec les ONG – Atelier 6 : Lutte contre la mortalité maternelle et infantile – Atelier 7 : Prise en charge des affections de longue durée.