المملكة المغربية
ⵜⴰⴳⵍⴷⵉⵜ ⵏ ⵍⵎⵖⵔⵉⴱ
ROYAUME DU MAROC

Organisation mondiale de la Santé

ÉVALUATION DES FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTÉ PUBLIQUE AU MAROC

RAPPORT TECHNIQUE RÉALISÉ
PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

JANVIER 2016

وزارة الصحة
ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵏ ⵜⵣⵔⴼⵜ
Ministère de la Santé

TABLE DES MATIERES

Préface de Monsieur le Ministre de la santé du Maroc, le Pr El Houssaine Louardi**Erreur ! Signet non défini.**

Préface de Monsieur le Directeur Régional de l'OMS pour la Méditerranée Orientale , le Dr Ala Alwan ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Remerciements 5

Résumé d'orientation 8

Fonctions essentielles de santé publique 9

Orientations et interventions stratégiques pour le renforcement de la santé publique au Maroc 11

Introduction 14

A. MISE EN PERSPECTIVE 14

B. PROCESSUS D'EXAMEN 14

Présentation 16

A. Maroc 16

B. Santé publique et système de santé 17

Fonctions essentielles de santé publique au maroc 21

A. Fonction I. Surveillance et évaluation des indicateurs sanitaires 21

A.I - Résumé 21

A.II - Outils et ressources de surveillance 21

A.III - Recueil de données pour des actions ultérieures 24

A.IV - Intégration, analyse et notification (également pour les engagements internationaux) 24

B. Fonction II. Préparation et riposte de santé publique aux flambées de maladies, catastrophes naturelles et autres situations d'urgence 25

B.I - Résumé 25

B.II - Planification de la préparation aux situations d'urgence 26

B.III - Gestion de la prévention, de la protection, des mesures d'atténuation, de la riposte précoce et du relèvement en cas de situation d'urgence ou de catastrophe menaçant la santé publique 27

B.IV - Application du Règlement sanitaire international (2005) 28

C. Fonction III. Protection de la santé, y compris la gestion de la salubrité de l'environnement, de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité toxicologique et au travail 29

C.I - Résumé 29

C.II - Cadres juridiques et réglementaires pour la protection de la santé 30

C.III - Mécanismes de supervision/suivi et application 31

C.IV - Gestion et atténuation des risques 31

D. Fonction IV. Promotion de la santé et prévention des maladies par des interventions en milieu communautaire, y compris une action pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités en matière de santé 32

D.I - Résumé 32

D.II - Prévention primaire et secondaire des maladies 33

D.III - Promotion de la santé 34

D.IV - Mécanismes d'appui pour la promotion de la santé et la prévention des maladies 35

E. Fonction V. Garantir l'efficacité en matière de gouvernance de santé, une législation de santé publique, un financement et un soutien institutionnel 36

E.I - Résumé 36

E.II - Gouvernance 36

E.III - Législation en santé publique 38

E.IV - Soutien institutionnel 39

E.V - Financement et allocation des ressources 39

F. Fonction VI. Garantir un personnel suffisant et compétent pour des prestations efficaces en matière de santé publique 41

F.I - Résumé 41

F.II - Génération de ressources humaines 41

F.III - Répartition, fidélisation et évaluation de la performance du personnel de santé publique 43

G. Fonction VII. Communication et mobilisation sociale pour la santé 44

G.I - Résumé 44

G.II - Stratégies de communication au sein des programmes de santé publique 45

H. Fonction VIII. Faire avancer la recherche en santé publique pour avoir une influence sur les politiques et les pratiques 46

H.I - Résumé 46

H.II - Élaboration de priorités et pratiques de recherche en santé publique 47

H.III - Renforcement des capacités institutionnelles et du financement de la recherche en santé publique 47

H.IV - Transmission du savoir 48

Résumé des atouts, points faibles, opportunités et contraintes ayant trait aux fonctions essentielles de santé publique au maroc 50

Interventions destinées à renforcer les fonctions essentielles de santé publique 51

A. INTERVENTIONS VISANT A RENFORCER LES FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTE PUBLIQUE 52

FONCTION I. SURVEILLANCE ET SUIVI DES INDICATEURS SANITAIRES 52

FONCTION II. PRÉPARATION ET RIPOSTE DE SANTÉ PUBLIQUE AUX FLAMBÉES DE MALADIES, CATASTROPHES NATURELLES ET AUTRES SITUATIONS D'URGENCE 53

FONCTION III. PROTECTION DE LA SANTÉ, Y COMPRIS LA GESTION DE LA SALUBRITÉ DE L'ENVIRONNEMENT, DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS, DE LA SÉCURITÉ TOXICOLOGIQUE ET AU TRAVAIL..... 53

FONCTION IV. PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES PAR DES INTERVENTIONS EN MILIEU COMMUNAUTAIRE, Y COMPRIS UNE ACTION POUR S'ATTAQUER AUX DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET AUX INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ..... 54

FONCTION V. GARANTIR L'EFFICACITÉ EN MATIÈRE DE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ, UNE LÉGISLATION DE SANTÉ PUBLIQUE, UN FINANCEMENT ET UN SOUTIEN INSTITUTIONNEL..... 55

FONCTION VI. GARANTIR UN PERSONNEL SUFFISANT ET COMPÉTENT POUR DES PRESTATIONS EFFICACES EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE 57

FONCTION VII. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE POUR LA SANTÉ 57

FONCTION VIII. FAIRE AVANCER LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE POUR AVOIR UNE INFLUENCE SUR LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES..... 57

B. orinetations et interventions strategiques pour le renforcement de la santé publique au maroc..... 58

Annexes 61

A. Annexe 1- Cadre des fonctions essentielles de santé publique pour la région de la méditerranée orientale 61

B. Annexe 2- Organigramme du Ministère de la santé..... 70

LISTE DES ACRONYMES

AMO	Assurance Maladie Obligatoire de base
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
MCV	Maladies cardio-vasculaires
DELM	Direction de l'Épidémiologie et de la lutte contre les maladies
DP	Direction de la Population
ENSP	École Nationale de la Santé Publique
CCLAT	Convention-cadre OMS sur la lutte antitabac
PIB	Produit intérieur brut
RNB	Revenu national brut
CIM	Classification internationale des maladies
RSI	Règlement sanitaire international
INAS	Institut National d'Administration Sanitaire
INH	Institut National d'Hygiène
IPM	Institut Pasteur du Maroc
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
MERS-CoV	Coronavirus du Syndrome respiratoire du Moyen-Orient
MNT	Maladies non transmissibles
ONSSA	Office national de la sécurité sanitaire des aliments
SSB	Soins de santé de base
RAMED	Régime d 'Assistance Médicale
STEPS	WHO Stepwise health examination survey
CSU	Couverture sanitaire universelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Préface de Monsieur le Pr El Houssaine LOUARDI
Ministre de la Santé du Maroc

De par le monde, la responsabilité de la protection de la Santé Publique incombe en premier lieu à l'Etat. Au Maroc, le premier article de la Loi 34-09 sur le système de santé et l'offre de soins annonce clairement que le «le droit à la protection de la santé est une responsabilité de l'Etat et de la société».
La nouvelle constitution de 2011 a consacré ce droit à la protection de la santé, à l'accès aux soins et à la couverture médicale dans de nombreux articles.

Avec la mondialisation des échanges, les migrations et l'urbanisation anarchique, le risque de prolifération de menaces sanitaires nouvelles et réémergentes, susceptibles de se propager très rapidement d'un pays à l'autre et d'avoir une incidence notable sur la population et les économies, est de plus en plus présent ; la dernière pandémie à virus Ebola en est une parfaite illustration.

Les transitions démographique, sanitaire et sociale que connait le Maroc ont engendré de nouveaux défis qui mettent à rude épreuve le système national de santé. C'est dans ce contexte que nous avons organisé, en juillet 2013, la 2ème Conférence Nationale sur la Santé sous le Haut Patronage de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu l'Assiste, pour approfondir le diagnostic et soutenir la dynamique de réforme en cours.

Le livre blanc « Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé » élaboré à l'occasion de cette conférence a identifié trois axes et neufs chantiers pour cette nouvelle réforme. Le premier chantier porte justement sur le développement des Fonctions Essentielles de Santé Publique (FESP). Ces FESP, représentent un ensemble de mesures indispensables et fondamentales pour atteindre l'objectif de la santé publique, qui est d'améliorer, de promouvoir, de protéger et de restaurer la santé de la population par l'action collective.

Pour ces raisons, nous avons fait de la réforme de la Santé Publique une des priorités de la stratégie sectorielle 2012-2016. Un projet de Loi sur la Santé Publique est en préparation. Cette loi permettra au Maroc de réunir les conditions institutionnelles nécessaires à la concrétisation de l'ensemble des FESP telles que définies par l'OMS.

Dans le cadre de ce processus, le Ministère de la santé a réalisé en 2014 avec l'appui de l'OMS, une évaluation des FESP qui a permis d'identifier les forces et les faiblesses du système actuel de santé publique. La déclinaison des orientations et des recommandations de cette évaluation dans un plan d'action multisectoriel constitue la prochaine étape de ce processus en vue de consolider les acquis et de combler les lacunes identifiées.

Je profite de cette occasion pour remercier vivement le bureau régional EMRO pour avoir mis à notre disposition l'instrument d'évaluation des huit FESP et pour avoir mobilisé des experts de santé publique de renommées internationales pour la rédaction de ce premier rapport national sur nos capacités à mettre en œuvre ces FESP.

Préface de Monsieur le Dr Ala ALWAN
Directeur Régional pour la Région de la Méditerranée orientale
Organisation Mondiale de la Santé

Les fonctions essentielles de santé publique représentent un ensemble de mesures indispensables, qui relèvent de la responsabilité primaire de l'État. Elles sont fondamentales pour la réalisation de l'objectif de santé publique qui consiste à améliorer, promouvoir, protéger et restaurer la santé des populations grâce à une action collective. Afin de répondre à la nécessité urgente de renforcer les capacités en matière de santé publique dans les États Membres de la Région, une initiative a été lancée en 2013 pour évaluer les capacités de santé publique des pays et leur performance en la matière et proposer des solutions pour améliorer cette performance.

Dans le cadre de cette initiative, le Gouvernement du Maroc et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) travaillent de concert pour évaluer la situation relative à la santé publique dans le pays, et identifier les domaines nécessitant un renforcement des capacités. Le présent rapport a été préparé sur la base d'un examen préliminaire des documents pertinents, d'une évaluation nationale des fonctions essentielles de santé publique menée en recourant à l'outil mis au point par l'OMS et d'une mission d'évaluation externe par des experts au Maroc réalisée en novembre 2014.

L'évaluation porte sur l'ensemble du pays et suit une approche multisectorielle. Elle a permis au Maroc, sous la houlette du ministère de la Santé, d'identifier les atouts et les défis du système de santé publique. A partir des résultats de cette évaluation, nous travaillerons conjointement pour mettre en place les interventions permettant de pérenniser les bonnes pratiques et de combler les lacunes.

Le présent rapport doit servir de document de référence pour le Maroc afin de développer un plan d'action en vue d'améliorer les capacités de santé publique, sur la base des orientations stratégiques et des interventions prévues. L'OMS est attachée à un engagement continu aux côtés du ministère de la Santé du Maroc pour renforcer les capacités en ce qui concerne les fonctions essentielles de santé publique dans le pays.

Je tiens à exprimer ma gratitude au ministère de la Santé pour sa vision et son engagement à renforcer les fonctions de santé publique et à réaliser la couverture sanitaire universelle au Maroc, et pour l'excellence de la collaboration entre le Royaume du Maroc et l'OMS.

REMERCIEMENTS

L'évaluation des capacités du Maroc en matière de santé publique a été entreprise par une équipe d'experts internationaux et de points focaux nationaux. Le processus d'évaluation a été organisé et supervisé par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale et le bureau de l'OMS au Maroc, à l'invitation du ministère de la Santé du Maroc.

L'équipe nationale était dirigée par le Dr Abdelali Belghiti-Alaoui, Secrétaire général du ministère de la Santé du Maroc.

Nous remercions vivement le ministère de la Santé qui a facilité le travail de l'équipe d'évaluation.

Nous remercions également tous les participants des différentes entités marocaines pour leur dévouement, les informations qu'ils ont fournies et leur participation active tout au long du processus d'évaluation.

RESUME D'ORIENTATION

En 2011, le Maroc a adopté une nouvelle Constitution, qui reconnaît la santé comme droit humain fondamental d'une opportunité unique de présenter un ensemble de réformes afin d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle et dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé. Pour répondre à ces aspirations, il faut lancer une série de réformes de santé publique fondées sur des données probantes et bien planifiées au cours des cinq prochaines années.

Parallèlement à ces réformes structurelles et programmatiques dans le domaine de la santé, le ministère de la Santé a entrepris une réforme de la santé publique qui devrait déboucher sur une législation de santé publique. À cet égard, le ministère de la Santé a demandé le soutien de l'OMS pour évaluer les capacités et les résultats du pays en matière de santé publique. L'approche adoptée pour répondre à cette requête était fondée sur la récente initiative du Bureau régional de la Méditerranée orientale dont le but était d'aider les pays à évaluer les fonctions essentielles de santé publique.

En évaluant les performances des fonctions essentielles de santé publique, les pays, sous la direction de leur ministère de la Santé, seront en mesure d'identifier les forces et les faiblesses du système de santé publique et, à partir des résultats, d'élaborer des interventions permettant de maintenir les bonnes pratiques et de combler les lacunes. L'évaluation est effectuée par le biais d'une évaluation interne menée par le pays, suivie d'une évaluation externe par l'intermédiaire d'une mission au Maroc composée d'experts en santé publique mondiale. L'évaluation repose sur l'examen des documents de base avant la mission, ainsi que les réunions et entretiens avec le personnel concerné du ministère de la Santé du Maroc ainsi que des parties prenantes d'autres ministères et agences.

Le Maroc connait une modification majeure de son profil épidémiologique, caractérisé par une augmentation de la charge des maladies non transmissibles, qui représente actuellement 75 % de tous les décès dans le pays (les trois principales causes de décès étant : les maladies cardio-vasculaires 34 %, le diabète 12 %, et les cancers 11 %). Les traumatismes sont responsables de 7 % de la mortalité et les décès restants (18 %) sont imputables aux maladies transmissibles et aux affections maternelles périnatales et nutritionnelles.

Selon l'analyse des comptes nationaux de la santé 2010, les ressources allouées aux services de prévention[1] collective ne représentaient toutefois que 2 % des dépenses totales de santé au Maroc. Toutefois, il faut considérer qu'un volume significatif de ressources additionnelles est consacré aux activités de prévention et de promotion individuelles et collectives, réalisées au niveau des soins de santé primaire. Les dépenses totales par habitant consacrées à la santé s'élèvent à USD195, soit 6,3 % du PIB (33,1 % de ces dépenses sont prises en charge par le gouvernement).

C'est principalement le ministère de la Santé qui gère le système de santé national. Sous la tutelle du ministre, l'administration centrale du ministère de la Santé est organisée en huit directions centrales

[1] La prévention sanitaire collective admet toutes les activités qui ont pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population et lui éviter des maladies et des accidents sans qu'on puisse identifier individuellement les bénéficiaires. Elle ne comprend pas les prestations individuelles de soins préventifs ou promotionnels. Autrement dit, il s'agit de prestations destinées à l'ensemble de la communauté considérée comme un seul bloc et non à la société en tant qu'ensemble d'individus (hygiène, assainissement, salubrité environnemental, campagnes de prévention etc.).

(Population, Épidémiologie et lutte contre les maladies, Hôpitaux et soins ambulatoires, Ressources humaines, Équipement et maintenance, Réglementation, Ressources financières et planification, Médicaments et Pharmacie) sous la supervision directe du Secrétaire général. La Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies est responsable de la surveillance des maladies et des questions de santé publique en coordination avec les autres directions techniques. La Direction de la population est responsable de la promotion de la santé et du suivi de la santé des populations à risque ou à besoins spécifiques. Au niveau régional, le ministère de la Santé est représenté dans chacune des 16 régions par une direction régionale de la santé, qui est également sous la supervision du Secrétaire général. Une réforme de la régionalisation est en cours pour organiser le territoire en 12 régions et renforcer leurs compétences.

Fonctions essentielles de santé publique

Ces dernières décennies, le Maroc a affiché un niveau avancé de transition épidémiologique. La transition dans le domaine de la santé au Maroc se caractérise par la croissance économique, l'augmentation de l'espérance de vie (74.8 ans en 2012), la diminution du taux de fécondité, la régression générale des maladies transmissibles (avec la persistance de certaines maladies infectieuses spécifiques telles la tuberculose et le VIH/sida), et l'émergence des maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les cancers. En outre, malgré la réduction non négligeable de la mortalité maternelle et infantile au cours des dix dernières années, il existe encore des possibilités d'amélioration.

Tout en reconnaissant les nombreux progrès réalisés, sur la base de l'évaluation des huit fonctions essentielles de santé publique, plusieurs défis persistent. Relever ces défis permettrait au Maroc de réaliser son objectif lié à la promotion de santé dans la population. Ces défis peuvent être résumés de la manière suivante :

1. ***Fonction essentielle de santé publique I. - Surveillance et évaluation des indicateurs sanitaires –*** (i) intégration des différents systèmes (spécifiques aux maladies et aux programmes), pour éviter la verticalité qui est causée par l'organisation du secteur de la santé publique ; (ii) renforcement de la mémoire institutionnelle et des procédures fiables - ce qui est particulièrement évident en matière de détection précoce, d'alerte et d'action; (iii) éviter les chevauchements programmatiques, c'est-à-dire lorsque des acteurs et des organismes publics exécutent des tâches similaires; (iv) renforcement des capacités du secteur des laboratoires, resserrement des liens qui les unissent aux réseaux d'échange d'informations et élaboration de politiques claires définissant les rôles des laboratoires dans le cadre des investigations épidémiologiques sur une flambée épidémique ou autres ; (v) veiller à ce que l'action et l'élaboration de stratégies ou de politiques soient fondées sur des bases probantes ou des données ; et (vi) adoption de l'uniformisation du codage afin d'avoir un cadre d'action permettant l'échange, l'intégration, l'interopérabilité, le partage et la récupération d'informations sanitaires électroniques.

2. ***Fonction essentielle de santé publique II. - Préparation et riposte de santé publique aux flambées de maladies, catastrophes naturelles et autres situations d'urgence*** – (i) élaboration d'un plan de préparation aux situations d'urgence exhaustif, multisectoriel et pluridisciplinaire ; (ii) définition d'un cadre politique et institutionnel clair pour la planification, l'organisation et l'opérationnalisation du plan de préparation et de riposte aux

situations d'urgence en matière de santé publique ; (iii) convergence de l'organisation, la gestion et la supervision des fonctions des laboratoires afin de soutenir les fonctions essentielles de santé publique ; et (iv) renforcement et supervision pour l'évaluation périodique des progrès accomplis dans la mise en œuvre des principales capacités en matière de santé publique prévues par le Règlement sanitaire international (2005).

3. ***Fonction essentielle de santé publique III. - Protection de la santé, y compris la gestion de la salubrité de l'environnement, de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité toxicologique et au travail*** – (i) examen de la législation existante en matière de protection de la santé, en cohérence avec les politiques de santé plus générales; (ii) surveillance et application de la législation existante en matière de protection de la santé, particulièrement dans les domaines de la salubrité environnementale, de la santé au travail et de la sécurité routière, notamment par le biais du renforcement des systèmes de notification et d'information ; et (iii) renforcement des capacités des ressources humaines, aux niveaux provincial et régional, nécessaires à la protection de la santé du personnel et aux organismes civils d'application.

4. ***Fonction essentielle de santé publique IV. - Promotion de la santé et prévention des maladies par des interventions en milieu communautaire, y compris une action pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités en matière de santé*** - (i) développement d'une approche intersectorielle de la santé publique reposant sur le principe de « La santé dans toutes les politiques » ; (ii) élaboration et institutionnalisation d'une approche systématique de la surveillance des facteurs de risque ; (iii) révision (de manière exhaustive) des stratégies nationales, notamment une législation efficace fondée sur des données probantes, liées à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles, en ce qui concerne les facteurs de risque majeurs liés au tabac, à l'alimentation et à l'activité physique ; et (iv) disponibilité de capacités et fourniture des services sanitaires et sociaux adéquats dans les domaines de la santé bucco-dentaire, de la santé génésique, des toxicomanies et de la santé mentale.

5. ***Fonction essentielle de santé publique V. – Garantir l'efficacité en matière de gouvernance de la santé, une législation de santé publique, un financement et un soutien institutionnel*** - (i) Création d'une politique nationale de santé à long terme, sans exclusive, par le biais d'un processus d'élaboration de haut niveau de la Charte nationale de santé ; (ii) mise en œuvre d'une approche plus participative pour la planification en veillant à la participation des parties prenantes ; (iii) intégration de systèmes d'information parallèles, de meilleure qualité et plus complets ; (iv) développement des capacités permettant d'élaborer des dossiers d'analyse et des documents de politique à l'aide de données probantes disponibles au niveau national et international afin de soutenir le processus décisionnel ; (v) amélioration de la visibilité en termes d'allocation des ressources par le gouvernement et des dépenses consacrées aux soins de santé primaires et aux fonctions de santé publique clés ; et (vi) garantie de la viabilité financière de l'AMO et du RAMED, et progression vers l'extension de la couverture aux travailleurs indépendants.

6. ***Fonction essentielle de santé publique VI. – Garantir un personnel suffisant et compétent pour des prestations efficaces en matière de santé publique*** - (i) Plaidoyer sur la base d'une vision claire et d'un plan stratégique afin de remédier à la situation de pénurie des personnels de santé dans le pays ; (ii) évaluation de la mise en œuvre des règles et politiques qui influencent la carrière et la performance des personnels ; (iii) Renforcement de la gestion décentralisée des personnels de santé ; (iv) Réduction de la durée de la formation pour les spécialistes dont la longueur accentue la mauvaise répartition du personnel de santé, particulièrement dans les zones rurales reculées ; (v) Disponibilité de données sur les personnels de santé actualisées, exactes, détaillées et complètes, couvrant tous les secteurs : public, semi-public et privé ; (vi) Accès aux évaluations et aux résultats d'études aidant à instaurer un dialogue et à lancer un débat avec toutes les parties concernées sur les multiples aspects du développement des personnels de santé ; et (vii) Développement et mise en œuvre la « médecine familiale » comme modèle principal de prestation de services de santé.

7. ***Fonction essentielle de santé publique VII. - Communication et mobilisation sociale pour la santé*** - (i) Adoption d'une approche systématique de la communication sur la santé (y compris la communication sur les risques) conforme aux objectifs nationaux en matière de santé ; (ii) Financement des activités de communication (y compris celles qui sont confiées au secteur privé) ; et (iii) test des messages de santé et évaluation des efforts de communication.

8. ***Fonction essentielle de santé publique VIII. Faire avancer la recherche en santé publique pour avoir une influence sur les politiques et les pratiques*** - (i) élaboration d'un programme national de recherche en santé publique ; (ii) identification d'un organisme/une entité de coordination pour la recherche en santé publique ; et (iii) définition d'une approche systématique de la gestion et de la gouvernance de la recherche en santé, en ce qui concerne : l'identification des priorités, la coordination du financement, l'intégration aux systèmes d'information, la hiérarchisation des projets et l'utilisation des données probantes dans l'élaboration des politiques et la prise de décisions.

Orientations et interventions stratégiques pour le renforcement de la santé publique au Maroc

Plusieurs priorités et orientations stratégiques clés ont été identifiées pour relever les défis et s'attaquer aux lacunes identifiées au cours de l'évaluation des fonctions essentielles de santé publique au Maroc. Celles-ci peuvent être résumées par les points suivants (une description plus détaillée des options et interventions est présentée dans le rapport complet) :

1. ***Obtention d'un niveau plus élevé d'engagement en faveur de la santé publique au Maroc***, en adéquation avec la réforme du secteur de la santé menée par le ministère de la Santé.

    a. Création, sous les auspices du ministère de la Santé, d'un institut national de santé publique ayant un certain degré d'autonomie, pour coordonner et superviser le travail des agences et laboratoires de santé publique, des institutions responsables de la surveillance, du suivi, de l'information sanitaire, de la recherche et de la

formation et superviser la mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique. Une option consiste à fusionner les deux instituts existants (l'INH et l'IPM) ou à en faire un réseau intégré de laboratoires. Dans le même sens et pour assurer la cohérence de l'action du Ministère de la santé en matière de définition et de mise en œuvre des politiques et des stratégies de santé publique, il faut fusionner les structures centrales en charge des actions de santé publique ;

b. Augmentation de la part des dépenses allouées aux programmes de santé publique, et de prévention et de soins de santé primaires dans le total actuel des dépenses et affectation de fonds adéquats aux institutions, agences, laboratoires de santé publique et autres organismes chargés de fournir des services de santé publique.

c. Allocation de ressources adéquates pour maintenir et pérenniser les principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005) afin d'améliorer la préparation de la santé publique pour agir en cas d'émergence de menaces graves pour la santé et d'autres dangers naturels, technologiques ou d'origine humaine.

2. ***Élaboration d'un système de surveillance intégrée des maladies (et des facteurs de risque)*** et utilisation des données de surveillance pour la planification, la prévision, la promotion de la santé, la communication et la transmission du savoir pour des politiques fondées sur des bases factuelles. Ce système implique également de promouvoir et de mener des recherches dans les domaines où le manque de connaissances entrave la formulation de politiques fondées sur des bases factuelles.

a. Fusion des activités existantes de surveillance spécifiques aux maladies et spécifiques aux programmes dans un système intégré de surveillance des maladies responsable de toute la gamme des activités, depuis le recueil des données jusqu'à l'analyse, l'interprétation et la préparation de rapports, et capable de réagir rapidement.

b. Renforcement de la capacité du pays à surveiller, détecter et prévenir de manière prévisible les maladies et d'autres menaces pour la santé émergentes ou aiguës par le biais d'une surveillance épidémiologique et en laboratoire intégrée, et à réagir rapidement et efficacement aux menaces pour la santé grâce à une meilleure coordination, à l'élaboration de stratégie d'atténuation et à l'amélioration de la résilience.

c. Élaboration d'une enquête sur la santé de la population à réaliser tous les 3 à 5 ans à l'aide de questionnaires et méthodes de mesure des marqueurs biologiques validés couvrant entre autres les maladies non transmissibles, les facteurs de risque et les déterminants de la santé, le vieillissement de la population, la santé maternelle et infantile, les prestations de services et les dépenses de santé des ménages.

3. ***Promotion des comportements favorables à la santé à travers le principe de la santé dans toutes les politiques*** et mise en œuvre intégrale et application d'interventions

fondées sur des bases factuelles dans les domaines de la sécurité routière, de la santé au travail et des facteurs de risque des maladies non transmissibles, à savoir : l'alimentation, le sucre, le sel, la nutrition et le tabac dans l'ensemble de la population.

a. Élaboration d'une approche multisectorielle de la santé publique reposant sur le principe de la santé dans toutes les politiques et révision des stratégies et de la législation nationales liées à la lutte contre les maladies non transmissibles en ciblant les facteurs de risque majeurs que sont le tabac, l'alimentation et l'activité physique.

b. Examen et actualisation de la législation existante en matière de protection de la santé et amélioration des capacités d'application, particulièrement dans les domaines de la salubrité de l'environnement, de la santé au travail et de la sécurité routière, notamment par le biais du renforcement des systèmes de notification et d'information.

4. ***Renforcement des capacités de la santé publique en termes de ressources humaines*** à tous les niveaux, en accordant une attention particulière dans les domaines clés liés à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, à la surveillance, aux déterminants de la santé, à l'information sanitaire et à la recherche.

a. Élaboration d'un plan stratégique à long terme pour les ressources humaines pour la santé remédiant aux pénuries de personnels de santé et mettant l'accent sur la création d'un corps de professionnels de la santé publique viable et d'une formation en santé publique pour toutes les catégories de personnel travaillant dans le domaine de la santé.

b. Faire en sorte de disposer de personnels de santé publique performants, avec des effectifs adéquats et les compétences requises pour éclairer l'action et favoriser l'évolution des politiques publiques, afin de répondre aux besoins de santé émergents et futurs et prendre des mesures visant à accroître leur disponibilité dans les zones rurales et reculées.

I. INTRODUCTION

A. MISE EN PERSPECTIVE

En 2011, le Maroc a adopté une nouvelle Constitution, qui reconnaît l'accès aux soins de santé comme droit humain fondamental. Plus précisément, l'article 31 de la Constitution stipule : « L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits : i) aux soins de santé ; ii) à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État », etc.

Ce droit d'accès aux soins de santé, entériné par l'esprit de la Loi-cadre 34-09, pose les principes suivants : la solidarité, l'égalité d'accès aux soins et services de santé, l'équité dans la répartition spatiale des ressources sanitaires et la complémentarité intersectorielle. Il s'agit d'une opportunité unique de présenter un ensemble de réformes afin d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle et dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé. Pour répondre à ces aspirations, il faut lancer une série de réformes de santé publique fondées sur des données probantes et bien planifiées au cours des cinq prochaines années.

Parallèlement à ces réformes structurelles et programmatiques dans le domaine de la santé, le ministère de la Santé a entrepris une réforme de la santé publique qui devrait déboucher sur une législation de santé publique. À cet égard, le ministère de la Santé a demandé le soutien de l'OMS pour évaluer les capacités et les résultats du pays en matière de santé publique. L'approche adoptée pour répondre à cette requête était fondée sur la récente initiative du Bureau régional de la Méditerranée orientale dont le but était d'aider les pays à évaluer les fonctions essentielles de santé publique. Ces fonctions représentent les mesures indispensables, sous la responsabilité première de l'État, qui sont fondamentales pour atteindre l'objectif de la santé publique, qui est d'améliorer, de promouvoir, de protéger et de restaurer la santé de la population par l'action collective[2]. En évaluant les performances des fonctions essentielles de santé publique, les pays, sous la direction de leur ministère de la Santé, seront en mesure d'identifier les forces et les faiblesses du système de santé publique et, à partir des résultats, d'élaborer des interventions permettant de maintenir les bonnes pratiques et de combler les lacunes.

De nouveaux défis en matière de santé publique continueront à apparaître et, pour les relever, de nouvelles stratégies seront nécessaires. Les pays doivent montrer qu'ils sont capables de répondre à ces défis, actuels et émergents, et d'exécuter efficacement les fonctions essentielles de santé publique. Le Maroc est le deuxième État Membre de la Région à prendre part à cette initiative qui vise à évaluer et à renforcer ses capacités en matière de santé publique.

B. PROCESSUS D'EXAMEN

Le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, sous l'autorité du Directeur régional, a mis en route une initiative afin d'évaluer et d'améliorer les fonctions essentielles de santé publique dans l'ensemble des pays de la Région. Pour cela, un comité

[2] Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé, Public Health in the Americas: Conceptual Renewal, Performance Assessment, and Bases for Action (Washington, DC: PAHO/WHO, 2002).

directeur d'experts mondiaux, présidé par le Directeur régional, a conçu un cadre d'action et des outils destinés à évaluer les capacités des pays de la Région en matière de santé publique. Avant cela, pendant six mois, des réunions de préparation approfondies et des consultations permanentes avaient eu lieu avec une équipe d'experts mondiaux de la santé publique. Le cadre d'action pour les fonctions essentielles de santé publique (annexe 1) comprend les définitions opérationnelles et l'étendue de chaque fonction et précise les informations nécessaires à l'évaluation complète des capacités d'un pays en matière de santé publique.

Dans le cas du Maroc, l'évaluation, pour laquelle l'approche retenue était en grande partie qualitative, s'est appuyée sur l'examen préliminaire des documents fournis par le ministère de la Santé ainsi que des documents d'information sur différents thèmes de santé publique fournis par les services du Bureau régional. Les données préliminaires se basaient sur les éléments suivants : i) informations contenues dans les documents fournis par les services de l'OMS et provenant de l'examen des documents disponibles à la fois par le Maroc et l'OMS avant la mission ; ii) l'outil d'évaluation ayant été au préalable envoyé au ministère de la Santé, ce dernier a fait circuler le document auprès du personnel compétent pour qu'il le remplisse avant la mission menée par l'OMS ; (iii) sessions de préparation organisées par le ministère de la Santé pour l'équipe d'évaluation lors d'une mission au Maroc ; (iv) entretiens individuels et réunions avec le personnel concerné, les parties prenantes et les partenaires au Maroc.

En outre, une mission d'évaluation d'une semaine a eu lieu au Maroc avec des experts internationaux de la santé publique et des membres du personnel de l'OMS. Les experts étaient les suivants : Dr Pekka Puska, Dr Didier Houssin, Dr Abdelhay Mechbal et Dr Ezra Barzilay. Les membres du personnel de l'OMS étaient les suivants : Dr Sameen Siddiqi, Dr Yves Souteyrand, Dr Mamunur Malik et Dr Olla Shideed. L'équipe d'évaluation de l'OMS a été épaulée par une équipe nationale désignée par le ministère de la Santé. Elle a été guidée par le Dr Abdelali Belghiti Alaoui, Secrétaire général du ministère de la Santé du Maroc, et par l'équipe d'évaluation nationale (mentionnée à la rubrique « Remerciements »). L'équipe nationale avait reçu au préalable le cadre d'action et les outils d'évaluation et avait été invitée à compléter ces documents avant l'évaluation indépendante effectuée par l'équipe de l'OMS. Ils avaient été traduits en français pour plus de facilité.

L'environnement de travail lors des réunions était positif et constructif. Les autorités marocaines étaient désireuses de présenter non seulement les rapides progrès qu'elles avaient effectués en termes de modernisation et de renforcement du système de santé, mais aussi les obstacles rencontrés en chemin. Les participants étaient libres de prendre la parole et les informations ont été partagées dans la transparence.

L'équipe d'évaluation de l'OMS a été choisie pour son expertise et son expérience. Le travail a été réparti en conséquence : fonction I (Ezra Barzilay), fonction II (Mamunur Malik), fonction III (Didier Houssin), fonction IV (Pekka Puska), fonctions V et VI (Abdelhay Mechbal), fonction VII et VIII (Yves Souteyrand et Olla Shideed). Sameen Siddiqi a coordonné les efforts durant la mission.

Le présent rapport comporte quatre sections :

1. Présentation du Maroc et de son système de santé ;
2. Description des principales conclusions pour chacune des huit fonctions essentielles ;

3. Résumé des principaux défis, menaces et opportunités ayant trait aux fonctions essentielles de santé publique au Maroc ;
4. Options et recommandations politiques prioritaires pour renforcer les fonctions de santé publique au Maroc.

II. PRESENTATION

A. MAROC

Le Maroc est une monarchie constitutionnelle, démocratique, parlementaire et sociale, dirigé par le Roi Mohammed VI depuis juillet 1999. C'est une monarchie constitutionnelle, considérée comme l'une des plus anciennes monarchies au monde, dans laquelle le Roi disposant des pouvoirs exécutifs, est le Chef de l'État, le Chef Suprême des Forces armées et le Commandeur des Croyants. Le Roi nomme le chef du gouvernement, l'équivalent du Premier ministre, qui est chargé : i) de conseiller en vue de la constitution du gouvernement, ii) de présider le Conseil du gouvernement; iii) de promulguer les textes législatifs.

La réforme de 1997 a décentralisé l'administration marocaine. Le pays compte 16 régions (pour un total de 83 provinces), dont chacune est dirigée par un « Wali » et par un Conseil régional composé des forces vives de ladite région. Ces Conseils régionaux élisent les assemblées qui sont chargées de gérer démocratiquement leurs affaires dans les conditions fixées par la loi.

Nouvelle constitution : Le Maroc dispose depuis juillet 2011 d'une nouvelle constitution qui consacre pour la première fois, le droit d'accès aux soins et à la couverture médicale, comme droits fondamentaux, au même titre que l'accès à l'éducation et à l'emploi. Cette nouvelle constitution a la particularité également de renforcer la gouvernance à travers la mise en place d'un certain nombre d'instances dites de la gouvernance ou à travers le lien entre la responsabilité et la reddition des comptes.

Législation et réglementation : Le Maroc dispose d'une législature bicamérale : i) la Chambre des représentants, Majlis Al-Nuwab, composée de 395 membres élus directement au suffrage universel pour un mandat de cinq ans ii) la Chambre des conseillers, Majlis Al-Mustacharin , composée de 120 membres élus indirectement par les collectivités locales, les organisations professionnelles et les syndicats – deux tiers de ses membres sont élus pour un mandat de six ans, les autres pour un mandat de trois ans ;. Le Parlement a autorité pour examiner les questions budgétaires, approuver les projets de loi, demander des comptes aux ministres et mettre en place des commissions d'enquête ad hoc pour examiner l'action du gouvernement.

Démographie : La population totale du Maroc est d'environ 33.8 millions d'habitants. Le taux de croissance démographique annuel est estimé à 1,0 % (2001-2012) et l'âge médian est de 27 ans. Près de 30 % de la population ont moins de 15 ans. L'espérance de vie à la naissance était de 74.8 ans en 2012 (74.3 ans pour les hommes et 76.2 ans pour les femmes). La répartition de la population par sexe est équilibrée, les femmes représentant à peu près 50,5 % de la population (figure 1). Un peu plus de la moitié de la population (60 %) vit en zone urbaine.

Économie : Le revenu national brut (RNB) par habitant était estimé à 5 060 dollars US en 2012. Le Maroc a traversé une période de stagnation économique mais, depuis les années 1990, il connaît

une période plus prospère et a progressivement retrouvé un taux de croissance moyen de 5% ces dernières années. L'économie marocaine dépend en grande partie du secteur agricole. Le taux de pauvreté et le taux de chômage (9 %) sont relativement élevés. Près d'un cinquième de la population vit dans la pauvreté ou juste au-dessus du seuil de pauvreté (fixé à 13,3 %)[3].

Caractéristiques socioculturelles : Le Maroc est classé 129e dans le Rapport sur le développement humain 2014, avec un indice de développement humain de 0,617[4]. Le gouvernement investit massivement dans l'éducation depuis les années 1990, époque où le taux d'alphabétisation était faible (41,6 % dans la population totale et seulement 28,7 % chez les femmes). Depuis, le taux d'alphabétisation chez l'adulte s'est grandement accru. Il est actuellement de 67,1 % (76,1 % chez les hommes et 57,6 % chez les femmes)[5].

Les Arabes et les Berbères, également appelés « Amazighs », constituent 99 % de la population. Les langues officielles du pays sont l'arabe et le berbère, même si le français est également très utilisé dans les institutions gouvernementales.

Environnement : Le Maroc se situe en Afrique du nord, dans la région du Maghreb, bordée par l'océan Atlantique et la mer Méditerranée. Les pays limitrophes sont l'Algérie et la Mauritanie. Le climat est de type méditerranéen, en particulier dans les régions septentrionales et montagneuses, et les conditions climatiques sont plus extrêmes à l'intérieur des terres.

B. SANTE PUBLIQUE ET SYSTEME DE SANTE

Profil épidémiologique : Le profil épidémiologique du Maroc connaît un changement majeur avec une charge croissante de maladies non transmissibles, qui sont actuellement à l'origine de près de 75 % de l'ensemble des décès au Maroc – les trois principales causes sont les maladies cardio-vasculaires (34 %), le diabète (12 %) et le cancer (11 %). Les traumatismes entraînent 7 % des décès. Les autres décès (18 %) sont imputables aux maladies transmissibles et aux problèmes de santé maternelle, périnatale et nutritionnelle[6]. La prévalence estimée de l'hypertension est relativement élevée (32,4 %) ; l'obésité et la glycémie à jeun élevée sont respectivement à 16,4 % et à 9,9 %[7].

Le Maroc doit encore accélérer sa progression pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. À cet égard, au cours des dix dernières années, le ratio de mortalité maternelle est passé de 227 à 112 décès pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile a chuté de 40 à 30,2 décès pour 1000 naissances vivantes.

Organisation administrative : Le système de santé marocain est composé d'un secteur public et d'un secteur privé (comprenant les secteurs à but lucratif et non lucratif). C'est principalement le ministère de la Santé qui gère le système de santé national. Sous la tutelle du Ministre, l'administration centrale du ministère de la Santé est organisée en huit directions centrales (Population, Epidémiologie et lutte contre les maladies, Hôpitaux et soins ambulatoires, Ressources

[3] Banque mondiale. Présentation du Maroc, 2014. http://www.worldbank.org/en/country/morocco/overview

[4] Rapport sur le développement humain 2014. Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience. Programme des Nations Unies pour le développement, New York (États-Unis), 2014.

[5] Institut de statistique de l'UNESCO. ADULT AND YOUTH LITERACY: National, regional and global trends, 1985-2015. Montréal (Canada), UNESCO, 2013. http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/literacy-statistics-trends-1985-2015.pdf

[6] Organisation mondiale de la Santé. Maladies non transmissibles : profils des pays, 2014.

[7] Organisation mondiale de la Santé. Maladies non transmissibles : profils des pays, 2011.

humaines, Équipement et maintenance, Réglementation, Ressources financières et planification, Pharmacie et médicaments) sous la supervision directe du Secrétaire général. La Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies est responsable de la surveillance des maladies et des questions de santé publique en coordination avec les autres directions techniques. La Direction de la population est responsable de la promotion de la santé et du suivi de la santé des populations à besoins spécifiques.

Au niveau régional, le ministère de la Santé est représenté dans chacune des 16 régions par une direction régionale de la santé, qui est également sous la supervision du Secrétaire général (annexe 2 – Organigramme du ministère de la Santé). Il existe une délégation provinciale dans chaque province ou préfecture. Il y a une politique de décentralisation de l'administration des services de santé, du niveau central aux directions régionales de la santé. Toutefois, il apparaît que plusieurs tâches sont encore assurées par le ministère de la Santé, comme tout ce qui touche au recrutement des personnels de santé, aux questions budgétaires et à l'élaboration de plans régionaux de la santé.

Le secteur de la santé publique compte 2 689 établissements de soins de santé primaires, 144 hôpitaux (à différents niveaux : local, provincial, régional et tertiaire) et environ 22 146 lits. Le secteur privé, lui, rassemble 6 763 cabinets privés et 439 cliniques, situés principalement en zone urbaine et sur la côte Atlantique Nord.

Financement de la santé publique : En 2013, le produit intérieur brut (PIB) par habitant a été estimé à 3108 dollars US[8] et les dépenses totales de santé par habitant à 195 dollars US, soit 6,3 % du PIB (dont 33,1 % financés par le gouvernement)[9]. Selon l'analyse des comptes nationaux de la santé 2010, les ressources allouées aux services de prévention collective ne représentaient que 2 % des dépenses totales de santé au Maroc[10]. Il faut cependant ajouter à ce chiffre les dépenses de prévention réalisées au niveau des services de soins de santé primaire.

Au Maroc, il existe deux grands régimes de protection sociale, en plus des régimes d'assurance privés (qui couvrent 4 à 5 % de la population) :

1. l'assurance-maladie obligatoire de base (AMO), efficacement mise en place depuis 2005. Il s'agit d'un régime de protection sociale avec participation des assurés et des employeurs, qui est fondé sur les principes de mise en commun des risques et qui s'adresse aux fonctionnaires de l'état et aux salariés des entreprises privées.
2. le régime d'assistance médicale (RAMED), qui a fait l'objet d'une phase pilote de deux ans dans une région en 2008 (au profit de 240 000 personnes) et qui s'étend progressivement depuis mars 2012 pour couvrir 28 % de la population identifiée comme éligible à ce régime. Il est fondé sur les principes de solidarité nationale et d'aide sociale aux populations les plus pauvres et vulnérables. Il a été instauré pour remplacer l'ancien système caritatif, qui prenait en charge les besoins de santé des plus démunis. En mars 2015, ce régime a célébré la fin de sa généralisation (99% de couverture) lors de son 3e anniversaire à l'occasion d'un symposium international d'échange d'expériences qui a été soutenu par l'OMS et d'autres partenaires.

[8] Données de la Banque mondiale, 2014.
[9] Statistiques sanitaires mondiales 2014
[10] Ministère de la Santé (Maroc). Comptes nationaux de la santé, 2013.

Actuellement, ces deux régimes couvrent les besoins sanitaires essentiels de 62 % de la population marocaine (34 % au titre de l'AMO et 28 % au titre du RAMED).

La Couverture des étudiants et de la population travaillant dans le secteur informel, soit près de 10 à 12 millions de personnes qui ne peuvent prétendre au RAMED, reste un défi à relever pour étendre la couverture sanitaire à toute la population marocaine.

Personnels de santé publique : Le système de santé marocain dépend fortement d'un personnel de santé vieillissant pour la prestation de soins et pour les activités liées à la santé publique. Le Maroc manque cruellement de personnels de santé ; il s'agit là d'un fait établi et bien documenté. En outre, le système souffre de la mauvaise répartition des personnels tant d'un point de vue géographique et qu'en termes de combinaison de compétences et de spécialités.

Pour remédier à cette pénurie, le gouvernement a lancé, en 2005, une initiative visant à former 3300 docteurs en médecine par an à l'horizon de 2020 en vue d'atteindre l'objectif d'une densité d'un médecin pour 1 000 habitants. Un accord formel a été signé entre les ministres de l'Enseignement supérieur, des Finances et de la Santé. Le pays compte à l'heure actuelle cinq facultés publiques de médecine, situées à Rabat, Casablanca, Marrakech, Fès et Oujda, lesquelles forment au total 900 médecins chaque année. Deux nouvelles facultés de médecine doivent voir le jour, à Agadir et à Tanger, mais leur date d'ouverture n'est pas encore fixée. Les capacités d'admission ont augmenté depuis le lancement de l'initiative, passant de 892 nouveaux étudiants en 2006 à 1 750 en 2009, et il reste de la marge pour poursuivre dans cet élan.

Par ailleurs, deux écoles de médecine et de sciences de la santé ont ouvert en octobre dernier, à Rabat et à Casablanca, au sein d'hôpitaux de la Fondation Cheikh Zaïd et de la Fondation Cheikh Khalifa. En plus de la médecine, elles proposent un cursus en soins infirmiers. La première année, 400 étudiants ont été acceptés dans ces deux universités, dont la moitié en médecine.

Vingt-trois instituts publics de formation aux carrières de santé (IFCS) proposent des formations diplômantes en soins infirmiers, en soins obstétricaux et aux autres professions de la santé (18 options). Les IFCS sont placés sous la supervision du ministère de la Santé et forment près de 3000 diplômés par an depuis 2013. Ces instituts ont bénéficié il y a deux ans d'une réforme et sont devenus des instituts supérieurs des professions infirmières et des techniques de santé (ISPITS) offrant des formations post-graduées. Leur cycle de master commence l'année prochaine.

Depuis l'an 2000, un certain nombre d'écoles privées ont commencé à proposer divers programmes de formation aux soins infirmiers et aux autres professions de la santé. Le ministère de la Santé n'a que peu d'informations sur leurs méthodes d'enseignement, les normes utilisées et le nombre de diplômés chaque année. Les données disponibles montrent que le nombre de diplômés est passé de 29, en 2000, à 1 952, en 2008.

L'École nationale de la santé publique (ENSP), créée en 1989 et connue sous le nom d'Institut national d'administration sanitaire (INAS), est chargée de la formation de responsables à un haut niveau. Près de 400 diplômes de niveau master ont été attribués dans les domaines suivants : i) administration de la santé et santé publique, (ii) management hospitalier, iii) gestion des programmes sanitaires, iv) épidémiologie de santé publique. Une nouvelle filière en santé de la famille et communautaire est initiée cette année avec 50 inscrits pour accompagner les réformes de

santé engagées au Maroc En 2013, par décret ministériel, l'Institut est devenue l'École nationale de santé publique, un établissement d'enseignement supérieur placé sous la tutelle du ministère de la Santé, ce qui permet de renforcer la collaboration entre les différentes universités du pays en ce qui concerne les programmes de formation et la recherche. De plus, les concours d'admission seront désormais ouverts aux diplômés, et plus seulement aux fonctionnaires, ce qui n'était pas le cas auparavant[11].

Tableau 1: Personnel de santé pour 10 000 habitants (2011)[12]

Personnel de santé pour 10 000 habitants	
Médecins	6,1
Infirmières/sages-femmes	9,0
Dentistes	1,4
Pharmaciens	2,7

Instituts et centres de santé publique :

- ***L'Institut National d'Hygiène (INH)***
  L'Institut National d'Hygiène (INH) a été créé en 1930 pour prendre en charge les problèmes d'hygiène et de contrôle des maladies transmissibles, ainsi que pour diffuser les principes et les méthodes d'hygiène et de prophylaxie nécessaires à la protection de la santé de la population marocaine. Actuellement, l'INH est une structure centrale du Ministère de la Santé dont les missions se sont diversifiées et se rapportent essentiellement au développement des prestations de laboratoire en appui aux programmes de santé publique, au diagnostic et suivi spécialisé de certaines maladies et facteurs de risque, à la formation et à la réalisation d'études et de recherche en santé dans le cadre de partenariats national et international et à la contribution à la veille et à la surveillance épidémiologique. L'accomplissement de ses missions a été possible grâce à un capital humain d'environ 190 personnes dont Plus de 70 % est constitué de cadres, d'une organisation interne en pôles regroupant les départements et les laboratoires de références et une autonomie de gestion financière (SEGMA).

- ***L'Institut Pasteur du Maroc (IPM)***
  Créé en 1929, l'IPM est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle administrative du ministère de la Santé. Il est chargé : i) de poursuivre des recherches sur les maladies infectieuses et parasitaires ; ii) de contribuer à l'enseignement de la microbiologie et de la parasitologie aux ressortissants et aux étrangers ; iii) de préparer ou d'importer les sérums, vaccins, enzymes et produits biologiques en fonction des besoins pharmaceutiques du pays.

- ***Le Centre Antipoison et de Pharmaco-Vigilance (CAPM)***
  Le Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc (CAPM), organisme public sous la tutelle du Ministère de la Santé, a pour mission d'assurer la Fonction Nationale de Vigilances

[11] http://ensp.sante.gov.ma/Pages/Accueil.aspx
[12] Organisation mondiale de la Santé, 2013, Morocco Health Systems Profile: Key health system indicators

et d'Alertes Sanitaires capable d'anticiper les risques liés aux intoxications, aux événements indésirables et aux incidents liés aux produits de santé.

- ***Le Centre National de Transfusion Sanguine et d'hématologie (CNTSH)***
  Mis en place en 1990 pour encadrer les activités d'hémato-transfusion, le centre national de transfusion sanguine et d'hématologie est une référence scientifique nationale chargée de la mise en application de la politique du Ministère de la santé en matière de transfusion sanguine. Il veille à la satisfaction des besoins en matière de produits sanguins et à l'adaptation de l'activité transfusionnelle aux évolutions médicales, scientifiques et technologiques dans le respect des principes éthiques. Il organise sur l'ensemble du territoire national, dans le cadre des schémas d'organisation de la transfusion sanguine, les activités de collecte de sang, qualification biologique du don, préparation, et délivrance des produits sanguins.

- ***Le Centre National de radioprotection (CNRT)***
  Le Centre National de Radioprotection (CNRP), est l'autorité réglementaire nationale chargée du contrôle, a priori et a postériori, de toutes les activités et pratiques ayant trait à l'importation, la fabrication, la détention, l'utilisation, le transport, la cession, l'exportation, l'entreposage et l'élimination des sources de rayonnement ionisants sur tout le territoire national et de veiller sur la protection des travailleurs, de la population et de l'environnement contre les risques des rayonnements ionisants.

III. FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTE PUBLIQUE AU MAROC

A. FONCTION I. SURVEILLANCE ET EVALUATION DES INDICATEURS SANITAIRES

A.I - Résumé

Le système d'information sanitaire au Maroc est guidé par un plan national revu en 2005, qui vise à : promouvoir la connaissance de l'information sanitaire ; mettre en place des méthodes modernes pour le recueil de données ; rationaliser l'organisation et la gestion d'informations de qualité ; et veiller à la qualité et à la comparabilité des données. Il reste cependant d'importantes lacunes, notamment en termes de coordination des efforts, de capacités des laboratoires de santé publique, d'utilisation des informations pour la prise de décisions et l'intégration des structures parallèles fragmentées.

A.II - Outils et ressources de surveillance

Le Maroc dispose de capacités suffisantes pour mener des enquêtes nationales de qualité et pour participer aux enquêtes internationales. La méthode utilisée pour de telles enquêtes ainsi que pour les autres instruments nationaux et régionaux fait l'objet d'un examen par des pairs réunis en comités qui valident les résultats produits localement.

Le Ministère de la santé dispose d'un système national d'information sanitaire (SNIS) de routine qui couvre toutes les prestations de soins primaires et hospitalières Il tient également deux registres de maladies non transmissibles : le registre de population sur cancer basé à Rabat et Casablanca et qui rassemble des données très complètes ; ainsi que le registre de l'insuffisance

rénale chronique appelé MAGREDIAL (Maroc greffe dialyse) qui est mis en place dans 9 régions du Maroc. Le Maroc tient également deux autres registres au niveau du centre antipoison et de pharmacovigilance se rapportant à la surveillance des piqures et envenimations scorpioniques et à la pharmacovigilance (établi en 2001). Les capacités du Maroc en matière de surveillance sont bien développées ; elles sont en effet attestées pour tous les éléments constitutifs du cycle de surveillance en santé publique – à savoir le recueil, l'analyse, l'interprétation, la diffusion et l'action de santé publique.

Le ministère de la Santé dispose de 40 laboratoires d'hygiène du milieu dont 16 sont à vocation régionale. Ils assurent le contrôle analytique des eaux et des denrées alimentaires. Les échantillons analysés par ces laboratoires sont prélevés par des techniciens d'hygiène provinciaux dans le cadre de leur mission de contrôle des déterminants environnementaux.

Pour le domaine de l'eau potable, les interventions du Ministère de la santé sont encadrées par le décret n°2-05-1326 du 25 juillet 2006 relatif aux eaux à usage alimentaire, qui stipule notamment que des agents commissionnés par le ministère de la santé sont habilités à recueillir des échantillons dans le cadre du contrôle et de l'inspection des systèmes d'approvisionnement en eau potable.

Le ministère de l'Intérieur gère des offices de l'Environnement à l'échelle infra-provinciale, chargés de recueillir des échantillons dans les domaines suivants : les maladies à transmission vectorielle, l'entomologie, l'eau potable, la qualité de l'air, la production alimentaire, les normes et la qualité des laboratoires.

Le ministère de l'Agriculture gère l'Office national de sécurité sanitaire des produits alimentaires (ONSSA), qui est responsable de la sécurité sanitaire des aliments, de la production à la transformation, en particulier du point de vue réglementaire, et qui est l'autorité de réglementation.

Le ministère de l'Environnement a aussi une mission sanitaire, qui est de mieux comprendre l'impact des polluants et contaminants présents dans l'environnement et de mettre en œuvre des stratégies de prévention en arrêtant des plans d'action et des plans stratégiques ainsi que par la surveillance de la salubrité de l'environnement.

Le pays tirera profit du fait qu'un si grand nombre d'organismes publics se concentrent sur le domaine de la santé. Toutefois, l'absence de politique explicite sur le partage des données faisant le lien entre les différentes bases d'information sanitaire entraîne une fragmentation de ces dernières.

En ce qui concerne les dépenses de santé, le Ministère de la Santé publie depuis 2001, les comptes nationaux de la santé. La dernière livraison concerne l'année 2010. Les comptes de l'année 2014 sont en cours de préparation.

Les principales lacunes et les défis majeurs sont les suivants :

- Enquêtes auprès de la population. Au cours des 5 dernières années, en plus d'une enquête nationale en population sur la santé, des enquêtes spécifiques ont été menées, y compris pour estimer la prévalence du cancer et le niveau de mortalité maternelle. Il

est cependant nécessaire d'institutionnaliser les enquêtes en population dans le pays et, même si un département coordonne tous les efforts en la matière, la manière avec laquelle les données recueillies sont gérées, analysées et diffusées à grande échelle et en temps voulu reste problématique.

- Registre des maladies. Bien que ces registres soient basés sur la population, il y a deux systèmes distincts en place. Dans le cadre de la surveillance, les registres ont une portée limitée. En outre, même s'il y a une notification (limitée) des données des registres, rien n'indique qu'elles sont utilisées uniquement pour aider à l'élaboration de politiques et de recommandations thérapeutiques. D'autres problèmes concernant l'utilisation des registres sont à prendre en compte, comme l'absence d'indicateurs quantitatifs sur la couverture de la population, de liens avec les autres systèmes et les autres données démographiques, de système externe de contrôle de la qualité, la faible diffusion de données brutes et la notification limitée d'analyses de données.
- Salubrité de l'environnement. Il existe un ensemble de structures complexes et parallèles (probablement issu de l'évolution historique ayant mené à leur création) qui s'occupent de la salubrité de l'environnement. Afin de répondre aux besoins opérationnels, les programmes ont créé entre eux des passerelles spéciales qui leur permettent d'échanger des informations en temps voulu. Les efforts déployés pour faire de ces passerelles spéciales des structures plus permanentes ne reçoivent pas le soutien nécessaire ou n'ont pas encore porté leurs fruits. Ces structures maintiennent des systèmes de recueil des données et de notification, cloisonnés et basés sur papier, qui ne communiquent pas systématiquement entre eux, ce qui entraîne davantage de fragmentation.
- Enregistrement et statistiques de l'état civil. Les systèmes en place s'appuient sur la législation, mais souffrent de sérieuses limites. Alors que l'enregistrement des naissances est très complet (taux de 98 %), l'enregistrement des décès est faible et le signalement des causes de décès est inexistant. Ces systèmes ne respectent pas encore la Classification internationale des maladies (CIM-10).
- Laboratoires de santé publique. Les éléments constitutifs des infrastructures de laboratoire sont déjà en place, mais les capacités sont l'un des domaines le plus en souffrance en raison de la verticalité du secteur et notamment parce que les capacités des laboratoires se sont historiquement développées dans des domaines programmatiques spécifiques, auxquels elles se sont restreintes. Des efforts ont été fournis pour renforcer ces capacités, en réorientant les structures existantes vers d'autres objectifs et en formant des réseaux de laboratoires sous la coordination de l'Institut national d'hygiène, mais ces efforts n'ont pas encore porté tous leurs fruits.
- Réseau de surveillance. La gestion, la diffusion, la qualité et la notification des données sont hautement problématiques, de même que le manque de conformité avec les normes internationales de la CIM. La verticalité et la fragmentation du secteur peuvent nuire à la surveillance et à l'évaluation de la santé publique dans leur ensemble, ce qui empêcherait les fonctions de surveillance d'atteindre une représentativité et une exhaustivité significatives.
- Evaluation des technologies de santé. Il n'existe pas, au sein du Ministère de la Santé ou d'autres organismes publics, de service en charge de cette fonction.

A.III - Recueil de données pour des actions ultérieures

Au Maroc, un grand nombre d'activités de surveillance diverses sont menées par différents acteurs pour mettre en lumière certains aspects de la santé de la population. Il existe cependant des lacunes flagrantes dans certains ensembles de données, ce qui altère leur exhaustivité et leur utilité. Le respect de la CIM et la mortalité par cause spécifique sont des exemples d'insuffisances majeures. L'utilisation des données et leur diffusion auprès des différentes entités sont insuffisantes, ce qui semble en grande partie dû à l'absence de politique relative au partage des données régissant l'échange et l'utilisation de données entre les parties prenantes concernées.

A.IV - Intégration, analyse et notification (également pour les engagements internationaux)

De manière générale, le Maroc respecte les engagements internationaux en matière de notification, comme vis-à-vis du Règlement sanitaire international, des objectifs du Millénaire pour le développement et de la couverture sanitaire universelle.

Le système œuvre activement à améliorer l'intégration, l'analyse et la notification des données dans le secteur de la santé. Il faut toutefois préciser que les capacités en matière de notification des données doivent être examinées sous deux angles différents : l'évaluation (fonction I) et l'action (fonction II). Étant donné l'architecture des infrastructures de santé publique au Maroc, la notification fait partie intégrante de divers programmes de surveillance des maladies ; chacun d'entre eux rend compte au niveau national en vue de la planification programmatique et stratégique. Si ce procédé peut être utile pour la notification par maladie spécifique du point de vue de l'évaluation, les délais sont insuffisants pour qu'il serve de déclencheur du point de vue de l'action de santé publique. Certes, il existe des systèmes d'alerte, qui peuvent même fonctionner de façon satisfaisante, mais ils reposent en grande partie sur les relations personnelles. Il ne s'agit donc pas exclusivement d'un système d'alerte précoce bien établi.

Plusieurs rapports de programmes différents font l'objet d'une publication régulière, ce qui suffit pour satisfaire au volet « notification » du cycle de surveillance en santé publique. Néanmoins, des obstacles entravent l'utilisation et l'exploitation des données présentées dans ces rapports, comme la verticalité des programmes ou l'insuffisance de la communication et de la collaboration intersectorielle avec les organismes au sein et en dehors du ministère de la Santé. Remédier à ces problèmes permettrait à davantage d'acteurs d'accéder à davantage de données et garantirait que les rapports publiés soient suffisamment exhaustifs et contextualisés pour être analysés et interprétés avec pertinence.

Les principaux défis à relever sont les suivants :

- intégration des différents systèmes pour éviter la verticalité, causée par l'organisation verticale et programmatique du secteur de la santé publique, dans lequel les activités de surveillance spécifique par maladie ou par programme, qui comprennent le recueil, l'analyse, l'interprétation et la notification de données, sont menées indépendamment des autres activités du secteur ; bien que des efforts soient déployés pour mettre en commun les résultats de ces programmes, cela conduit inévitablement à une fragmentation du secteur ;
- renforcement de la mémoire institutionnelle et des procédures fiables : les systèmes d'alerte existants reposent en grande partie sur les relations interpersonnelles et non pas exclusivement sur des algorithmes efficaces et des procédures établies, ce qui est

particulièrement évident en matière de détection précoce, d'alerte et d'action et qui découle directement de la verticalité du secteur mentionnée ci-dessus ;

- éviter les chevauchements programmatiques, c'est-à-dire lorsque des acteurs et des organismes publics exécutent des tâches similaires, soit par manque de communication intersectorielle ou parce que les responsabilités ne sont pas clairement réparties entre les acteurs concernés. Pour y remédier, une Carte sanitaire révisée a été soumise à l'examen de la gouvernance de la santé ;
- renforcement des capacités du secteur des laboratoires, resserrement des liens (ou les mettre en place) qui les unissent aux réseaux d'échange d'informations et élaboration de politiques claires définissant les rôles des laboratoires dans le cadre des investigations épidémiologiques sur une flambée épidémique ou autres ;
- veiller à ce que l'action et l'élaboration de stratégies ou de politiques soient fondées sur des bases factuelles ou des données probantes ;
- adoption de l'uniformisation du codage afin d'avoir un cadre d'action permettant l'échange, l'intégration, l'interopérabilité, le partage et la récupération d'informations sanitaires électroniques. Ces normes définissent la manière dont les informations doivent être communiquées entre les systèmes, en précisant le langage, la structure et les types de données requis pour l'interopérabilité des systèmes, qu'il s'agisse de données cliniques (par exemple, le système d'information de la gestion sanitaire) ou épidémiologiques (surveillance).

B. FONCTION II. PREPARATION ET RIPOSTE DE SANTE PUBLIQUE AUX FLAMBEES DE MALADIES, CATASTROPHES NATURELLES ET AUTRES SITUATIONS D'URGENCE

B.I - Résumé

Le ministère de la Santé, de manière générale, comprend bien et reconnaît, à travers une hiérarchie organisationnelle complexe, qu'il est important de renforcer la préparation en matière de santé publique afin de pouvoir prévenir, évaluer, suivre et détecter de manière prévisible tout risque pour la santé publique pouvant avoir des effets néfastes et de s'en protéger. Les capacités et le système sont en place pour exécuter ces fonctions dans le pays, quoique de façon incomplète. Les connaissances, les compétences et l'expérience institutionnelles sont suffisantes pour renforcer les principales fonctions de santé publique liées à l'évaluation des risques, à la planification des opérations d'urgence et à la gestion des menaces pour la santé, qu'elle qu'en soit la cause.

La prévention et la gestion des risques pour la santé publique ainsi que la riposte à ces derniers sont confiées entièrement au service des maladies épidémiques de la Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies, ce qui constitue un défi fondamental pour le ministère de la Santé, qui doit gérer efficacement l'ensemble des risques pour la santé publique et notamment passer efficacement de la riposte au relèvement, à la reconstruction et à la réhabilitation du secteur de la santé. Le service susmentionné est déjà très accaparé par d'autres fonctions et tâches importantes, comme la planification des opérations d'urgence, le partage d'informations, l'évaluation des risques, l'atténuation des menaces à la sécurité et à la sûreté biologiques, la lutte contre les infections dans les établissements de santé, la communication sur les risques ou encore la coordination intra-sectorielle et intersectorielle, notamment pour la mise en œuvre des principales capacités du RSI (2005). Étant donné le personnel dont dispose actuellement le service des maladies épidémiques de la Direction de l'épidémiologie et de la

lutte contre les maladies, à la fois en termes d'effectifs et de capacités, beaucoup de fonctions essentielles liées à la préparation et à la riposte aux menaces sanitaires aiguës sont fort compromises et ne font pas l'objet d'un degré de priorité suffisant.

B.II - Planification de la préparation aux situations d'urgence

L'auto-évaluation effectuée par l'équipe nationale a montré que le pays disposait des capacités pour : i) évaluer périodiquement les risques et la vulnérabilité ; ii) gérer la planification des opérations d'urgence dans le secteur de la santé. Cela requiert l'engagement actif des secteurs connexes, comme les ministères de l'Intérieur, de l'Agriculture et de l'Environnement et des autres organes responsables de la riposte opérationnelle aux situations d'urgence, et ce sous la supervision du Poste de coordination central (PCC). Ce dernier est chargé de coordonner toutes les opérations qui peuvent avoir un impact sur la sécurité et présenter un risque pour la santé publique. Il est présidé par le Commandant de la gendarmerie royale.

Les capacités, les connaissances et l'expérience institutionnelles pour évaluer périodiquement les risques et la vulnérabilité sont suffisantes. On note une compréhension générale de l'importance de l'utilisation des informations évaluées pour étayer la planification de la riposte aux situations d'urgence en vue de réduire les risques et les menaces pour la santé publique, d'origine naturelle ou humaine.

Des approches fragmentées sont adoptées (par la Direction de la Protection civile, le ministère de l'Environnement et le ministère de l'Intérieur) pour établir le profil de vulnérabilité complet du pays, par région géographique et en fonction des différents types de catastrophes naturelles, humaines, accidentelles ou technologiques, afin d'identifier les zones sensibles pouvant être ciblées en vue de la planification des opérations d'urgence.

Les problèmes les plus préoccupants auxquels s'attaquer sont les suivants :

- l'absence de cadre politique et de soutien réglementaire à la Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies en matière de planification de la préparation aux situations d'urgence, qui utiliserait le soutien inter-organisations pour une meilleure coordination et collaboration, constitue un obstacle majeur à la gestion des risques pour la santé publique dans le pays. Les évaluations des risques et de la vulnérabilité ne sont pas menées de manière systématique et cohérente par les différents organismes du pays. En l'absence de dispositif structurel au sein du ministère de la Santé et de reconnaissance organisationnelle de l'importance de ces évaluations pour la planification des opérations d'urgence, celles-ci continuent d'avoir lieu au coup par coup, en réponse à une situation d'urgence imminente ou anticipée, au lieu d'être proactives, c'est-à-dire menées de façon périodique en tenant compte de l'utilisation systématique des informations ou données sanitaires provenant de sources diverses, nationales ou extérieures ;

- l'absence d'un système d'alerte précoce au sein du système de surveillance régulier des maladies du pays, qui empêche de prévoir et de détecter en temps réel l'apparition de toute menace aiguë pour la santé publique à l'aide d'un arbre décisionnel ou d'informations stratégiques sanitaires ;

- l'élaboration d'un plan national d'urgence pour le secteur de la santé et de procédures opératoires normalisées sous forme d'étapes pour chacun des risques décrits dans l'évaluation de la vulnérabilité et des risques. Ce plan doit être un plan national de préparation et de riposte aux situations d'urgence qui soit accessible à tous les secteurs et définisse clairement les rôles et responsabilités de chaque secteur ;

- l'absence de tout mécanisme de montée en puissance officiel pour soutenir le plan sectoriel du ministère de la Santé en matière de gestion des risques pour la santé publique dans le pays. Malgré les progrès accomplis en matière de renforcement des mécanismes de coordination intersectorielle et intra-sectorielle, le système souffre d'une faiblesse majeure : le système de gestion de l'information (en termes d'échange et de coordination entre le ministère de la Santé et les autres secteurs, publics et privés) ;

- l'engagement accru auprès du grand public et des différentes communautés au sens large. La sensibilisation, la préparation et la résilience de la communauté sont importantes et il faut y prêter attention. La stratégie et l'organisation en matière de communication sur les risques ne sont pas encore complètes et tout à fait au point au sein du ministère de la Santé. Une meilleure élaboration est requise, par le renforcement systématique de l'éducation sanitaire et de la promotion de la santé à tous les niveaux et dans tous les secteurs concernés (communication crédible bidirectionnelle avec la population) ainsi qu'en consolidant les capacités en matière de communication sur les risques.

B.III - Gestion de la prévention, de la protection, des mesures d'atténuation, de la riposte précoce et du relèvement en cas de situation d'urgence ou de catastrophe menaçant la santé publique

Le Maroc dispose de capacités suffisantes et de systèmes adéquats pour gérer les risques de santé publique lors des situations d'urgence, comme le prouve le plan de riposte, qui, toutefois, est spécifique aux événements et manque de détails techniques. L'initiative récente du ministère de la Santé, qui vise à faire face aux menaces à la sûreté biologique, montre bien que le pays a conscience des menaces sanitaires émergentes pouvant résulter d'une attaque délibérée lancée hors des frontières. Dans certains domaines de la santé publique, il existe un bon système en place pour avertir les communautés (comme le Centre antipoison et de pharmacovigilance du Maroc) de toute menace imminente, en particulier les menaces biologiques.

En matière de prévention, de protection, de mesures d'atténuation, de riposte et de relèvement lors d'une situation d'urgence, les problèmes les plus importants sont les suivants :

- le renforcement des capacités dans les services cruciaux indispensables lors des situations d'urgence. Le ministère de la Santé semble avoir une expérience institutionnelle limitée en ce qui concerne la gestion d'une flambée ou d'une crise à fort impact sur la santé publique ;

- l'absence de mécanisme comme l'analyse de données en temps réel permettant d'évaluer, de suivre et de détecter de manière prévisible tout événement de santé pouvant constituer une urgence dans le pays ;

- l'absence de cadre institutionnel global pour coordonner l'action intersectorielle en cas de situation d'urgence ;

- l'organisation des laboratoires de santé publique dans le pays, qui est scindée en deux ;

- l'absence de programme national de prévention des infections et de lutte contre ces dernières dans le pays, ce qui amoindrit les capacités du pays à faire face efficacement aux menaces de résistance antimicrobienne et aux infections associées aux soins, qui représenteraient un lourd fardeau selon certaines publications.

- si les établissements hospitaliers disposent d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales, en revanche, il n'existe pas à ce jour de stratégie nationale de contrôle des infections dans les établissements de soins. Son développement est en cours par le Ministère de la Santé.

B.IV - Application du Règlement sanitaire international (2005)

Le Maroc s'est déclaré prêt à remplir les exigences des principales capacités requises pour la surveillance et l'action telles qu'elles figurent dans le Règlement sanitaire international (2005) d'ici à juin 2014. Autrement dit, le pays est confiant dans le fait que son système de santé publique sera préparé et prêt à détecter, à prévenir et à endiguer toute menace sanitaire émergente d'origine naturelle, accidentelle ou délibérée.

Voici quelques-unes des principales faiblesses identifiées dans la mise en œuvre du RSI (2005) :

- l'existence de différents plans d'urgence en matière de santé publique, spécifiques à un événement, au lieu d'un plan de préparation du ministère de la Santé plus global, plus cohérent et plus intégré, qui traite des événements zoonotiques, de la sécurité sanitaire des aliments, des rassemblements de masse, des accidents chimiques ou nucléaires et qui soit appuyé par des modes opératoires clairs à mettre en œuvre ;

- le manque de collaboration efficace entre le secteur de la santé animale et celui de la santé humaine, hors période de crise, pourrait nuire aux capacités organisationnelles du ministère de la Santé pour évaluer, suivre et détecter de manière prévisible, dans le pays, tout événement zoonotique émergent (interface homme-animal) qui pourrait être catastrophique ;

- l'absence de modes opératoires normalisés pour la communication, la coordination et la notification entre le point focal national pour le RSI, les secteurs autres que la santé et non gouvernementaux, l'OMS et les autres autorités nationales pour les événements liés au RSI (2005) ;

- l'absence de tout plan stratégique visant à évaluer et à suivre les progrès du pays pour ce qui est de renforcer, de maintenir et de soutenir les principales capacités du RSI (2005).

Les principaux défis à relever sont les suivants :

- élaboration d'un plan de préparation aux situations d'urgence exhaustif, multisectoriel et pluridisciplinaire ;
- définition d'un cadre politique et institutionnel clair pour la planification, l'organisation et l'opérationnalisation du plan de préparation et de riposte aux situations d'urgence en matière de santé publique ;
- convergence de l'organisation, la gestion et la supervision des fonctions des laboratoires afin de soutenir les fonctions essentielles de santé publique ;
- renforcement et supervision pour l'évaluation périodique des progrès accomplis dans la mise en œuvre des principales capacités en matière de santé publique prévues par le Règlement sanitaire international (2005).

C. FONCTION III. PROTECTION DE LA SANTE, Y COMPRIS LA GESTION DE LA SALUBRITE DE L'ENVIRONNEMENT, DE LA SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS, DE LA SECURITE TOXICOLOGIQUE ET AU TRAVAIL

C.I - Résumé

Au Maroc, la législation est favorable à la protection de la santé, particulièrement en ce qui concerne la sécurité sanitaire des aliments, la salubrité de l'environnement (pollution de l'air et de l'eau, gestion des déchets, radiations nucléaires et produits chimiques), la santé et la sécurité au travail, la sécurité routière et la sécurité des patients en matière de médicaments et de transfusions sanguines. Elle est alignée dans une large mesure sur les priorités et engagements régionaux et mondiaux, à l'exception surprenante, toutefois, de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (Convention-cadre) qui n'a pas été ratifiée.

En 2011, l'inscription dans la Constitution marocaine d'un « droit à la protection de la santé » a porté cette exigence au plus haut niveau et créé une dynamique. Plusieurs mesures de la stratégie de santé sectorielle de ce plan (2012-2016) sont consacrées au renforcement de la protection de la santé. Elles portent sur de nouvelles normes ou mesures opérationnelles qui seront mises en œuvre par le ministère de la Santé ou par les autorités régionales ou provinciales de l'État à un niveau national ou territorial.

Les dimensions multisectorielles de la protection de la santé sont bien définies dans la loi-cadre 34-09 et reflétées dans plusieurs lois relatives à la sécurité sanitaire des aliments, à la santé et sécurité au travail, à la sécurité routière, dans la création de centres de santé municipaux ou au sein de la commission nationale de coordination entre les secteurs public et privé.

D'un point de vue technique, la composante de protection de la santé au sein de la santé publique est menée à bien par diverses catégories de professionnels : spécialistes de la santé publique, spécialistes des analyses biologiques et fonctionnaires de l'administration centrale ou des directions régionales et provinciales du ministère de la Santé ; personnels techniques ou fonctionnaires d'autres ministères ; professionnels de la santé travaillant dans les hôpitaux ou dans les centres de santé primaire.

Il ne fait aucun doute que les progrès majeurs accomplis par le Maroc dans le domaine de la santé publique au cours des dernières décennies sont dues dans une large mesure à une meilleure protection de la santé de la population en ce qui concerne l'eau potable et la sécurité sanitaire des aliments. Ces progrès ont joué un rôle majeur dans la transition épidémiologique dans laquelle le pays est à présent engagé.

C.II - Cadres juridiques et réglementaires pour la protection de la santé

Un renforcement des cadres juridiques et réglementaires pour la protection de la santé est programmé par le Gouvernement marocain pour les années 2015 et 2016. En parallèle, une loi majeure relative à la santé publique est en préparation, afin de : i) définir clairement les fonctions essentielles de santé publique ; ii) renforcer le rôle stratégique du ministère de la Santé (conception, orientation et évaluation de la mise en œuvre des politiques) ; iii) renforcer l'autonomie des opérateurs nationaux et des autorités territoriales ; et iv) améliorer les capacités d'expertise du ministère de la Santé.

Un renforcement des cadres législatifs et réglementaires, tenant compte des facteurs environnementaux, est en préparation en ce qui concerne l'eau potable, la sécurité sanitaire des aliments, l'utilisation des pesticides, les maladies à transmission vectorielle et les laboratoires régionaux pour l'épidémiologie et l'hygiène environnementale. Au Maroc, où un processus majeur d'urbanisation et d'industrialisation est en cours, un défi peut être identifié dans l'élaboration d'une législation relative à la qualité de l'air à l'intérieur des locaux et à la santé et sécurité au travail.

La législation et la réglementation en matière de protection de la santé sont généralement rigoureuses, bien qu'il existe également quelques lacunes dans chacun des domaines réglementaires spécifiques. La sécurité sanitaire des aliments est considérée comme l'un des domaines les plus rigoureux et la législation protégeant les consommateurs, les usagers de la route et l'environnement est elle aussi généralement de bonne qualité. Bien qu'il existe encore des domaines où une amélioration est nécessaire, des travaux sont en cours et l'engagement politique est très fort.

Les lacunes dans le cadre réglementaire peuvent être identifiées comme suit :

- Salubrité de l'environnement : en termes de santé publique, l'amélioration la plus significative doit certainement porter sur une meilleure protection contre l'exposition au tabac. La mise en œuvre d'un cadre réglementaire interdisant la vente de tabac aux mineurs et le tabagisme dans les lieux publics serait particulièrement importante.
- Santé au travail : en complément de la législation existante sur la santé et la sécurité au travail, un cadre réglementaire spécifique serait nécessaire pour améliorer la sécurité des personnels intervenant dans les soins de santé (exposition aux radiations ionisantes, accidents d'exposition au sang, vaccinations).
- Sécurité sanitaire des aliments : une lacune peut être identifiée dans le cadre réglementaire sur la redevabilité des producteurs, fabricants et distributeurs en ce qui concerne la sécurité sanitaire des aliments.
- Sécurité routière : absence de législation sur l'utilisation de la ceinture de sécurité aux places arrière et les dispositifs de retenue pour enfants. Les protections pour les piétons,

les cyclistes et les motocyclistes sont clairement inadaptées, particulièrement en termes d'obtention d'infrastructures appropriées. La législation existante couvre les principaux facteurs de risque. Toutefois, la loi sur la limitation de la vitesse est incomplète.

- Sécurité des consommateurs : à l'instar de la sécurité sanitaire des aliments, le cadre réglementaire sur la sécurité des consommateurs doit être renforcé en augmentant la redevabilité des fabricants et distributeurs en ce qui concerne la sécurité des consommateurs.
- Sécurité des patients et des prestataires : un cadre réglementaire serait nécessaire pour promouvoir l'utilisation sans risque des produits de santé (principalement les médicaments, les dispositifs médicaux et les produits sanguins), par la mise en œuvre de mesures de vigilance imposant la notification et l'évaluation des événements indésirables et l'application d'initiatives correctrices.

C.III - Mécanismes de supervision/suivi et application

Des données indiquent que les politiques de protection de la santé, qui sont intégrées à la législation ou à la réglementation, sont également mises en application. Il existe plusieurs plans de santé publique, dont certains constituent autant de programmes d'action pour la protection de la santé. Un certain nombre de ces plans de protection de la santé sont gérés directement par le ministère de la Santé, par exemple dans le cas de la salubrité de l'environnement. Les plans de protection de la santé (2012-2016) comprennent la surveillance des performances environnementales, des mesures d'évaluation des risques, des enquêtes éco-épidémiologiques et des évaluations régulières de la qualité de l'eau potable. D'autres plans de santé publique orientés vers la protection de la santé ont une dimension intersectorielle.

Les défis spécifiques devenus manifestes au cours de l'évaluation pilote sont les suivants :

- Ressources humaines. En termes de quantité et d'envergure de la formation, elles sont insuffisantes.
- Redevabilité. Il existe un certain chevauchement entre les fonctions stratégiques, les compétences et les missions opérationnelles.
- Surveillance. Il existe quelques lacunes dans les domaines de la qualité de l'air et des sols, de la notification des risques professionnels et de la surveillance de la chaîne de production alimentaire.
- Coordination intersectorielle : ce domaine requiert une attention accrue, particulièrement la mobilisation de ressources (y compris avec d'autres fonctionnaires tels que la police) en ce qui concerne l'application effective de sanctions en cas d'infraction.

C.IV - Gestion et atténuation des risques

En complément des travaux législatifs et de planification engagés dans le domaine de la protection de la santé Maroc, plusieurs mesures ont été mises en œuvre pour faciliter la tâche de l'ensemble des professionnels intervenant dans ce domaine et pour améliorer l'efficacité de leurs actions.

Dans la stratégie sectorielle 2012-2016 du ministère de la Santé, plusieurs mesures sont prévues: promotion de la sécurité clinique par l'encouragement de la déclaration des événements

indésirables; élargissement de la surveillance de l'exposition aux radiations ionisantes; encouragement de la réduction de l'exposition au tabac ; élaboration de lignes directrices et organisation de formations pour la gestion des études sur les impacts sur l'environnement, les mesures contre les maladies à transmission vectorielle, les bonnes pratiques de laboratoire, les inspections sur la sécurité sanitaire des aliments et la surveillance de l'eau potable et des eaux usées.

Les principaux défis à relever sont:

- Examen de la législation existante en matière de protection de la santé, conformément aux politiques de santé plus générales.
- Surveillance et application de la législation existante en matière de protection de la santé, particulièrement dans les domaines de la salubrité environnementale, de la santé au travail et de la sécurité routière, notamment par le biais du renforcement des systèmes de notification et d'information.
- Renforcement des capacités des ressources humaines, aux niveaux provincial et régional, nécessaires à la protection de la santé du personnel et aux organismes civils d'application.

D. FONCTION IV. PROMOTION DE LA SANTE ET PREVENTION DES MALADIES PAR DES INTERVENTIONS EN MILIEU COMMUNAUTAIRE, Y COMPRIS UNE ACTION POUR S'ATTAQUER AUX DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE ET AUX INEGALITES EN MATIERE DE SANTE

D.I - Résumé

Les programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé ciblent les problèmes de santé importants pour la santé de la population. Au Maroc, la santé publique est surchargée par quelques maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, bronchopneumopathie chronique obstructive et diabète), qui sont responsables d'environ trois quarts des décès. Les traumatismes, particulièrement ceux dus aux accidents de la circulation, sont une cause supplémentaire de mortalité. Ces pathologies représentent également une charge importante pour les services de santé et les budgets des familles.

Le gouvernement du Maroc a préparé et mis en œuvre de nombreux programmes destinés à lutter contre les maladies non transmissibles, observant récemment le Plan d'action mondial de l'OMS contre les maladies non transmissibles pour la période 2013-2020. Les activités concernent particulièrement la réponse des services de santé. Ces activités se développent progressivement, mais encore de manière assez fragmentée.

Il existe des programmes et des systèmes d'enregistrement spécifiques pour les différentes maladies. Le nombre de personnes atteintes de maladies non transmissibles et présentant des facteurs de risque est élevé. Par exemple, la prévalence de l'hypertension artérielle avoisine 30 %. De ce fait, les services de santé dotés de faibles ressources et d'un personnel peu nombreux rencontrent des difficultés à mettre en œuvre les mesures nécessaires de lutte contre les maladies pour l'ensemble de la population, tandis qu'au même moment ils doivent s'acquitter de nombreuses tâches importantes liées à la lutte contre les maladies transmissibles.

Au Maroc, la prévention des maladies non transmissibles par le biais d'une promotion de la santé exhaustive, de politiques, d'une législation et d'une collaboration intersectorielle comporte quelques éléments, mais son développement n'a pas été très poussé, bien qu'il constitue le moyen le plus économique et le plus durable pour améliorer la santé publique dans le pays. Ce travail nécessite l'identification des principaux facteurs de risque préjudiciables à la santé publique et de leurs déterminants et une action sur ces éléments, ainsi qu'un suivi des tendances. En raison de l'importance considérable des maladies non transmissibles, les principaux facteurs de risque sont assez bien connus.

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité au Maroc, représentant 40 % de l'ensemble des décès. Quelques campagnes destinées à influencer les facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires ont été organisés, mais leur efficacité est faible et elles manquent d'envergure et de soutien politique. Peu d'actions ont été entreprises dans l'esprit de la Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'activité physique et la santé. Il serait important d'élaborer des politiques visant à réduire la consommation de sel et de sucre, ainsi que d'influer sur la quantité et le type de matières grasses utilisées par la population. Ce type de mesures serait très important dans une situation où l'hypertension artérielle est très fréquente et où l'obésité et la glycémie sont en augmentation. La prévalence du tabagisme étant élevée chez les hommes, une politique antitabac plus contraignante est également nécessaire pour lutter contre les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies pulmonaires.

Les programmes et politiques de santé publique doivent également prêter attention aux déterminants sociaux des facteurs de risque. Pour cela, une attention spécifique doit être portée aux groupes défavorisés et aux problèmes majeurs ayant trait à l'environnement social et physique, notamment l'influence croissante de l'environnement commercial. Sa Majesté le Roi a souligné « la nécessité d'intégrer de manière efficace et cohérente la dimension de la santé dans toutes les politiques publiques, en utilisant une nouvelle approche du développement local prenant pleinement en compte les besoins des citoyens » (discours adressé à la Deuxième conférence nationale sur la santé).

D.II - Prévention primaire et secondaire des maladies

La couverture et la mise en œuvre du programme de vaccination est relativement satisfaisante; elle est complétée par de nombreuses activités de santé scolaire. Les programmes de santé de la mère et de l'enfant font l'objet d'une attention satisfaisante et leurs résultats s'améliorent, mais les difficultés et les contraintes sont encore importantes.

Les programmes de dépistage organisés concernent surtout le cancer du sein et du col de l'utérus. Le cancer du sein étant le cancer le plus fréquent chez la femme, un programme de détection précoce destiné aux femmes âgées de 45 à 59 ans a été organisé. Les ressources ne permettent pas un dépistage généralisé par mammographie. Une évaluation du programme, en lien avec les registres du cancer, fait également défaut. La vaccination anti-PVH pour la prévention du cancer du col de l'utérus est également prévue, mais sa mise en œuvre est tributaire du coût du vaccin.

En matière de nutrition, le Ministère de la Santé a mis en place un programme national de prévention et de lutte contre les troubles dus aux carences en micronutriments. Ce programme a pour objectif le renforcement de la supplémentation des populations vulnérables, la

redynamisation de la fortification des produits alimentaires de base, la généralisation de l'éducation nutritionnelle et l'application des mesures de santé publique. Cela concerne en particulier la prise de Fer à titre de supplémentation préventive de toutes les femmes enceintes et allaitantes, la suplémentation pour tous les enfants de moins de deux ans en vitamines A et D, ainsi que l'approvisionement et l'utilisation des aliments fortifiés (Farine, huile de table, sel iodé, lait et dérivés. ...)

Les problèmes de santé bucco-dentaire, particulièrement ceux liés aux caries dentaires, sont reconnus, mais le manque de dentistes et d'autres personnels de santé bucco-dentaire constitue une limitation importante. En raison de son potentiel considérable, la prévention des caries doit être développée à la fois par les services sanitaires et les services scolaires, ainsi que par le biais de la promotion de la santé en général.

Des **lacunes** importantes concernent les domaines suivants :

- *Pénurie de ressources et de personnels de santé.* Cette situation limite les possibilités offertes aux médecins de mener des activités de prévention, bien qu'ils dispensent naturellement des conseils.
- *Programmes en faveur de la santé de la mère et du jeune enfant.* Les deux principaux défis sont : l'inégalité des services entre les zones urbaines et les zones rurales, ce qui génère des difficultés d'accès aux soins de la mère et de l'enfant dans les zones reculées du pays ; et le manque de ressources humaines.
- *Services de santé bucco-dentaire.* La pénurie de dentistes et d'autres personnels de santé bucco-dentaire constitue une limitation importante, bien que les problèmes de santé bucco-dentaire (particulièrement en ce qui concerne les caries dentaires) soient reconnus.

D.III - Promotion de la santé

La prévention des maladies non transmissibles liées au mode de vie par le biais d'une promotion de la santé de grande ampleur, de politiques et d'une collaboration intersectorielle, est faiblement développée et nécessite un renforcement considérable afin d'améliorer la santé publique au Maroc. Les activités de promotion de la santé et de prévention précoce menées auprès de la population jeune et nombreuse est très importante pour l'avenir de la santé publique.

Des politiques de lutte antitabac ont été élaborées, mais au regard des normes internationales, l'action est encore relativement faible. Bien qu'ayant adopté de nombreux éléments de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, le Maroc ne l'a pas encore ratifié et sa mise en œuvre est limité pour de nombreux éléments importants. Actuellement, les cancers liés au tabac sont de loin les cancers les plus meurtriers et la consommation de tabac contribue dans une large mesure au nombre élevé de cas de maladies cardiovasculaires.

En ce qui concerne l'alimentation, hormis les politiques « plus traditionnelles » mais néanmoins importantes en matière de sécurité alimentaire et de sécurité sanitaire des aliments, il n'existe aucune législation limitant la teneur en sel des aliments ou réglementant les matières grasses, ni aucune réglementation concernant la commercialisation de produits malsains destinés aux enfants. La promotion de l'activité physique doit être renforcée et mise en œuvre,

particulièrement dans les villes, par le biais des médias, de campagnes d'information et d'une planification communautaire.

Dans le domaine de la santé mentale, l'action s'est concentrée sur l'amélioration des dispositions thérapeutiques et des établissements d'accueil des patients souffrant de maladies mentales, ainsi que sur la réduction de la stigmatisation. Il convient également de veiller à la promotion de la santé mentale, notamment en ce qui concerne les groupes vulnérables, les problèmes à l'intérieur de famille, les problèmes liés aux toxicomanies, etc.

D.IV - Mécanismes d'appui pour la promotion de la santé et la prévention des maladies

La promotion de la santé et la prévention des maladies sont placées, comme il se doit, sous la direction du ministère de la Santé, dont l'action porte sur la stratégie, les politiques, la législation, l'administration et la coordination. Toutefois, le Ministère doit actuellement effectuer un important travail technique et de routine, dont diverses missions de recueil et de communication de données, qui pèsent sur son action.

Dans le domaine des maladies non transmissibles, il existe une stratégie nationale finalisée et un Plan d'action intersectoriel pour la période 2013-2025. Il existe également un vaste projet national de réforme de la santé qui devrait permettre de résoudre de nombreux problèmes parmi ceux mentionnés. Ce projet devrait mettre l'accent sur la prévention des problèmes de santé majeurs et sur les réformes organisationnelles nécessaires.

Actuellement, l'orientation et le soutien nationaux souffrent de la compartimentation du ministère de la Santé. Le renforcement de la planification stratégique intégrée et de l'évaluation est manifestement nécessaire. Parallèlement, le ministère devrait pouvoir bénéficier d'un soutien professionnel et technique plus ferme apporté par un institut de santé publique général.

L'importance du système de services de santé doit rester présente à l'esprit afin de soutenir l'action plus générale dans le domaine de la santé publique et de mettre en œuvre des fonctions de santé publique spécifiques. Les programmes de politique sociale destinés aux groupes défavorisés, la communication sur la santé et la surveillance de la situation sanitaire et de ses déterminants constituent des mécanismes de soutien importants.

De nombreux défis de santé publique étant du ressort de plusieurs ministères et autres parties prenantes, il est particulièrement nécessaire de renforcer l'action transversale intersectorielle contre les maladies non transmissibles au Maroc. La Déclaration d'Helsinki de la Huitième Conférence de l'OMS sur la promotion de la santé organisée en 2013 contient les principales recommandations concernant l'organisation de « la santé dans toutes les politiques ». Le renforcement de l'action intersectorielle au Maroc doit reposer sur ces principes. Il est important d'impliquer non seulement différents secteurs gouvernementaux, mais également les acteurs du secteur privé. La participation des organisations non gouvernementales et le soutien de leur action sont très importants dans la mesure où il s'agit d'influencer les comportements et les modes de vie des patients et de la population.

Pour être efficace, la lutte nationale contre les problèmes de santé majeurs, particulièrement les maladies non transmissibles, exige une surveillance des niveaux des facteurs de risque dans la

population. Une enquête de ce type a été réalisée en 2000 et une nouvelle enquête est prévue. En parallèle, un simple système de surveillance rapide du mode de vie serait extrêmement utile. Il est également nécessaire de s'accorder sur un programme permanent de surveillance des facteurs de risque, sa base institutionnelle et l'utilisation de ses résultats. Les résultats doivent être utilisés non seulement pour l'évaluation, mais également pour fournir des informations en retour aux décideurs et au public.

Les principaux défis à relever sont :

- Développement d'une approche intersectorielle de la santé publique reposant sur le principe de « la santé dans toutes les politiques ».
- Élaboration et institutionnalisation d'une approche systématique de la surveillance des facteurs de risque.
- Révision (de manière exhaustive) des stratégies nationales, notamment une législation efficace fondée sur des données probantes, liées à la lutte contre les maladies non transmissibles, en ce qui concerne les facteurs de risque majeurs liés au tabac, à l'alimentation et à l'activité physique.
- Disponibilité de capacités et fourniture des services sanitaires et sociaux adéquats dans les domaines de la santé bucco-dentaire, de la santé génésique, des toxicomanies et de la santé mentale.

E. FONCTION V. GARANTIR L'EFFICACITE EN MATIERE DE GOUVERNANCE DE SANTE, UNE LEGISLATION DE SANTE PUBLIQUE, UN FINANCEMENT ET UN SOUTIEN INSTITUTIONNEL

E.I - Résumé

De manière générale, le Gouvernement du Maroc s'est engagé à améliorer la santé de la population, notamment à travers sa protection et sa promotion, dans une dimension multisectorielle. Cet engagement est manifeste car il figure en bonne place dans le programme politique du Maroc, comme indiqué dans la Constitution promulguée le 29 juillet 2011, ainsi que dans la loi-cadre 34-09 sur le système de santé du 21 juillet 2011.

L'organisation du ministère de la Santé, qui centralise de multiples dimensions, est compartimentée et fragmentée dans la manière dont sont traitées les questions relatives à la santé : les différentes maladies, les besoins spécifiques de la population et les aspects détaillés des services de soins ont un programme et un système d'enregistrement spécifiques.

E.II - Gouvernance

Le Maroc a connu un long processus de réforme qui a commencé au début des années 1980 par une réforme sur les soins de santé primaires. Vers la fin des années 1990, trois autres réformes ont été initiées : (i) la réforme du financement de la santé qui a abouti à l'adoption en 2002 de la loi 65-00 relative à la couverture médicale de base (CMB). Cette loi a servi de point de départ aux efforts nationaux en matière de couverture sanitaire universelle, elle a abouti à la mise en

œuvre de l'assurance maladie obligatoire (AMO) en 2005 et à la généralisation du régime d'assistance médicale (RAMED) en 2012.

D'autres initiatives importantes sont mises en œuvre en 2005. Ainsi, le décret gouvernemental d'organisation des ministères et de décentralisation administrative a donné naissance à l'organisation régionale actuelle, à la restructuration du budget du ministère de la Santé, avec l'identification d'allocations au niveau régional, malheureusement sans chapitre concernant les postes et les salaires des personnels. Jusqu'à présent, la délégation d'autorité reste limitée et les décisions sont encore largement prises au niveau central.

Une initiative royale importante et stratégique, l'Initiative nationale pour le développement humain (INDH), a été lancée en 2005 dans le but d'intensifier la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, en ciblant les districts ruraux, les banlieues et les provinces qui ont été identifiées par l'étude de cartographie de la pauvreté. Le ministère de la Santé occupe une position clé dans les organes directeurs à tous les niveaux, et les initiatives locales accordent une priorité élevée aux questions relatives à la santé. Il est notoire que les systèmes de santé ne sont pas très présents dans ces zones, principalement en termes de ressources humaines.

Enfin, c'est également en 2005 qu'a été créée l'Association Lalla Salma de prévention et de traitement des cancers (transformée en Fondation en 2013).

Le ministère de la Santé possède une longue expérience en matière d'élaboration de plans stratégiques quinquennaux à moyen terme, qui sont considérés comme l'instrument principal pour la mise en œuvre des politiques et priorités nationales de santé dans le pays. À ce jour, quatre plans ont été élaborés (dont trois ont été mis en œuvre) : 1999-2003, 2003-2007, 2008-2012 et 2012-2016. Toutefois, ces plans souffrent de quelques faiblesses, à savoir : un processus participatif d'implication des parties prenantes limité. En dehors des programmes de santé spécifiques, et des bilans d'étapes, il n'existe pas de lien entre les différents plans et aucune évaluation des mises en œuvre n'est réalisée.

La continuité des politiques de santé constitue un problème crucial : la mise en œuvre des recommandations de la deuxième Conférence nationale sur la santé, ainsi que l'élaboration de la Charte nationale de santé et la création du Conseil national de la santé en tant que mécanismes concertés sont impératifs.

Le système possède cependant des atouts. Par exemple, la pratique consistant à utiliser de nombreux formulaires et registres au niveau de la prestation des services, un système performant de surveillance des maladies transmissibles, ainsi qu'une enquête sur la santé familiale utilisée de longue date. À court terme, il sera primordial d'élaborer un programme d'enquête de haute qualité sur la santé de la population, mis en œuvre périodiquement, utilisant des instruments d'enquête valables et des méthodes validées de mesure des marqueurs biologiques, couvrant les maladies non transmissibles, les facteurs de risque et les déterminants de la santé chez les personnes âgées.

Les principaux défis à relever sont les suivants :

- Le processus de planification suit une approche descendante, dans laquelle la direction régionale intervient de façon limitée. Les parties prenantes du secteur privé ne sont pas

suffisamment impliquées dans la réflexion stratégique ou le processus d'élaboration des plans.

- Les informations sur le niveau de mise en œuvre des plans de santé quinquennaux, qui n'ont pas été évalués de manière régulière, sont limitées.

- Le processus de planification en général a également été influencé par l'approche du ministère qui consiste à élaborer des programmes verticaux pour la prise en charge de certaines maladies telles que le diabète, l'hypertension, les maladies respiratoires, le VIH/sida et le cancer, particulièrement en ce qui concerne les soins ambulatoires, qui ne sont toujours pas intégrés au système général de prestation des soins au niveau périphérique.

- Une meilleure intégration des systèmes d'information parallèles, ainsi qu'une amélioration de leur qualité globale, des améliorations dans l'enregistrement des actes et de statistiques de l'état civil, une meilleure notification des décès et de leurs causes.

- Le développement de l'expertise nationale dans les domaines des enquêtes de santé et de la production de données probantes pour les politiques.

E.III - Législation en santé publique

Au sein du ministère de la Santé, la Direction de la réglementation et du contentieux est concernée par la préparation des lois sur la santé publique et autres lois sur la santé et gère le processus conduisant à la soumission de ces lois puis à leur adoption au niveau du Parlement. Ce processus de ratification par le Parlement peut nécessiter plusieurs années. La loi relative à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, restée en attente d'approbation pendant plusieurs années, en est un bon exemple.

Le plan stratégique de santé pour la période 2012-2016 et le calendrier législatif du gouvernement comportent un programme législatif ambitieux en matière de santé. Ce programme couvre la loi sur le Conseil national de la santé, la loi sur la santé publique et sur l'agence de santé publique, la loi sur l'agence de la sécurité des médicaments et des dispositifs médicaux (agence de la sécurité des produits de santé), ainsi qu'un nouveau mécanisme de réglementation, telle l'accréditation des établissements de santé publics et privés.

Les principaux défis dans ce domaine sont les suivants :

- *Une capacité générale limitée* à élaborer des Lois et réglementations et à assurer leur application.

- La complexité et le caractère intersectoriel des questions de santé publique.

- *Le nombre élevé de parties prenantes internes et externes* et parfois des groupes de pression non visibles ont augmenté les efforts nécessaires pour parvenir à un consensus.

E.IV - Soutien institutionnel

L'organisation du ministère de la Santé, qui couvre de multiples dimensions, est compartimentée et fragmentée dans la manière dont les questions relatives à la santé sont traitées : les différentes maladies, les besoins spécifiques de la population et les aspects détaillés des services de soins possèdent un programme et un système d'enregistrement spécifiques et un point focal au niveau périphérique, qui n'ont pas de lien entre eux. Il y a donc besoin de créer plus de cohérence et d'intégration dans la configuration de l'administration centrale.

Dans l'organisation actuelle, le rôle du secrétariat général est primordial en termes de coordination, de conception, d'orientation et d'évaluation des politiques. Le secrétariat général est actuellement responsable de la supervision des directions régionales de la santé, des hôpitaux universitaires et des différents instituts, ainsi que des services importants tels que l'informatique, l'approvisionnement et la communication. Dans le cadre de l'organisation actuelle, l'importance des tâches quotidiennes de gestion est prioritaire par rapport au rôle plus stratégique que l'on attend du ministère de la Santé. Les efforts en cours pour déléguer une plus grande part d'autorité au niveau régional et le rôle des futures nouvelles agences aideront le ministère de la Santé à se consacrer à des fonctions plus stratégiques, renforceront l'autonomie des acteurs nationaux et des autorités territoriales et amélioreront les capacités d'expertise du ministère de la Santé.

Le soutien institutionnel apporté aux activités de santé publique est généralement faible et comporte les lacunes suivantes :

- *Création d'une institution de santé publique clé.* Il existe un manque de coordination entre les entités de santé publique existantes. Cette fragmentation entrave la fourniture d'un soutien institutionnel fort au ministère de la Santé. Cette situation est manifeste dans les domaines de la promotion et de la protection de la santé, des laboratoires de santé publique et de l'utilisation coordonnée des données d'information de santé. Un institut national de santé publique, s'appuyant sur les entités de santé publique existantes, pourrait jouer un rôle important en comblant les lacunes et en fournissant un soutien utile au ministère de la Santé.

- *Intégration des systèmes d'information.* La fragmentation du système d'information de la santé compromet la disponibilité des informations confirmant la validité du processus décisionnel (pour des informations plus détaillées, voir le chapitre FONCTION I.)

E.V - Financement et allocation des ressources

Le pourcentage des dépenses gouvernementales consacrées à la santé dans les dépenses totales du gouvernement a augmenté, passant de 4,8 % en 1998 à 6,3 % en 2010. Toutefois, malgré cette augmentation, la part des dépenses de santé est encore inférieure à celles des pays ayant un niveau de développement similaire. De plus, il n'est pas encore certain que les soins de santé primaires, les programmes publics de prévention et de promotion de la santé et les laboratoires de santé publique aient tiré un bénéfice de cette augmentation. Les dépenses consacrées aux soins préventifs, qui ne représentent que 3,8 % du total des dépenses consacrées à certaines maladies non transmissibles (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers et broncho-pneumopathie chronique obstructive), peuvent constituer un indicateur. Selon des estimations récentes fondées sur les comptes nationaux de la santé (CNS) de 2010, les maladies non transmissibles représentaient 13,9 % des dépenses de santé totales.

La réalisation de la couverture sanitaire universelle rencontre toujours de nombreuses difficultés malgré les progrès importants accomplis dans des délais relativement courts qui se sont traduits par une couverture de 61 % de la population totale par l'AMO et le RAMED.

Les défis sont les suivants :

- *La nécessité d'accroître la couverture de la caisse nationale de sécurité sociale (régime de la CNSS)* et l'intégration des travailleurs non déclarés et, plus important, l'intégration des travailleurs percevant des salaires plus élevés venant d'entreprises plus structurées, qui étaient jusqu'à présent couverts par des assurances privées. De plus, des progrès sont nécessaires en ce qui concerne le programme en cours d'achèvement d'extension de la couverture aux catégories professionnels et aux travailleurs indépendants dans des secteurs économiques importants, tels que les transports, la pêche, le commerce et l'agriculture.

- *Viabilité financière de l'AMO.* La prévention primaire et secondaire structurées ne sont pas couvertes et les centres de soins de santé primaires ne sont pas inclus dans le programme financier. À cela s'ajoutent une augmentation annuelle de 17 % des dépenses, une augmentation de 10 % des contributions et les soins à long terme de 3 % des bénéficiaires (ce qui représente 50 % du total des dépenses), tous ces éléments menaçant la viabilité financière du régime actuel.

Les principaux défis à relever sont les suivants :

- Création d'une politique nationale de santé à long terme et ouverte, par le biais d'un processus d'élaboration de haut niveau de la Charte nationale de santé.
- Mise en œuvre d'une approche plus participative pour la planification, particulièrement par le biais de l'institutionnalisation du Conseil national de la santé, plutôt que selon le processus actuel descendant de planification centralisée dans lequel la participation des parties prenantes est limitée.
- Intégration de systèmes d'information parallèles, de meilleure qualité et plus complets, et améliorations dans l'enregistrement des actes et de statistiques de l'état civil, meilleure notification des décès et de leurs causes. Développement de l'expertise nationale dans le domaine des enquêtes de santé, notamment en ce qui concerne l'utilisation des marqueurs biologiques.
- Développement des capacités permettant d'élaborer des dossiers d'analyse et des documents de politique à l'aide des données probantes disponibles au niveau national et international afin de soutenir le processus décisionnel.
- Amélioration de la visibilité eu égard à l'allocation des ressources par le gouvernement ainsi qu'aux dépenses consacrées aux soins de santé primaires et aux fonctions de santé publique clés. Ces mesures contribueront à déplacer l'attention des décideurs de haut niveau, qui est actuellement concentrée sur les hôpitaux et la haute technologie médicale, vers des problèmes plus cruciaux pour la santé de la population, tels que les soins de santé primaires.
- Garantie de la viabilité financière de l'AMO et du RAMED, et progression vers l'extension de la couverture aux travailleurs indépendants. La réalisation de cet objectif nécessitera un meilleur suivi des prestations sociales existantes, une révision des mécanismes de paiement et l'intégration des soins de santé primaires (y compris les services essentiels de prévention primaire et secondaire) dans les prestations sociales.

F. FONCTION VI. GARANTIR UN PERSONNEL SUFFISANT ET COMPETENT POUR DES PRESTATIONS EFFICACES EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE

F.I - Résumé

Dans l'ensemble, le domaine des ressources humaines pour la santé fait traditionnellement partie des points faibles du système de santé marocain. La répartition inadaptée de son personnel, déjà peu nombreux, entre les zones urbaines et rurales, constitue l'une de ces lacunes. De plus, il se caractérise par un nombre disproportionné d'employés âgés, ce qui génère des difficultés considérables dans le système de santé publique. Si aucune solution n'est apportée à ces problèmes, ainsi qu'aux lacunes en matière de planification politique, leurs effets se répercuteront dans l'ensemble du système.

En dépit de l'existence de plans relatifs aux ressources humaines en santé, leur mise en œuvre a été limitée du fait d'un manque d'engagement politique et de l'absence d'informations systématiques et complètes pour articuler un plaidoyer au plus haut niveau. Compte tenu de la situation des ressources humaines dans le pays et des nombreux défis et risques, un cadre stratégique destiné à traiter ces problèmes est indispensable.

Des efforts ont été consentis par le ministère de la Santé en vue de mettre en place une gestion des personnels fondée sur des règles et plus transparente, avec la participation de représentants élus. La publication récente de l'arrêté ministériel prévoyant une importante délégation de pouvoirs aux autorités régionales et provinciales constitue une mesure importante.

F.II - Génération de ressources humaines

L'une des caractéristiques les plus frappantes du secteur de la santé marocain est la pénurie de personnels de santé, laquelle est mentionnée dans différents plans quinquennaux et d'autres documents officiels. Il s'agit d'un problème de longue date et qui persiste malgré de modestes améliorations. La densité de médecins, dans le secteur privé comme dans le secteur public, a augmenté entre 1999 et 2012, passant de 0,43 à 0,62 médecin pour 1000 habitants, tandis que la densité de personnels infirmiers fluctuait entre 0,89 et 0,97 pour 1000 habitants. Depuis 2004, le nombre de médecins a augmenté de 4,7 % et celui des personnels infirmiers de 1,9 %.

Les défis spécifiques sont les suivants :

- *Absence de données exactes et actualisées* sur la disponibilité des ressources humaines pour la santé. Par exemple, 26 % des aides-infirmiers et 15 % des techniciens et personnels paramédicaux sont comptabilisés comme infirmiers dans les statistiques officielles. De plus, les chiffres sur le secteur privé ne proviennent pas de sources de données contrôlées ni d'un processus de recueil organisé et transparent. Il n'existe pas de chiffres ou données officiels concernant les migrations des personnels de santé, ce qui constitue un problème majeur dans le pays.

- *Problèmes liés au programme d'enseignement des facultés de médecine.* La dernière mise à jour du programme des études médicales a eu lieu en 1983. La durée officielle des études est de 7 ans. Cependant, seuls 3 % des étudiants en médecine obtiennent leur diplôme en 7 ans. La durée moyenne des études se situe donc entre 8 et 9 ans, et 28 % des étudiants inscrits abandonnent leurs études avant d'obtenir leur diplôme. Le

programme actuel de formation médicale n'offre pas suffisamment d'opportunités d'apprentissage autonome et de discussions par petits groupes ; la majeure partie de l'enseignement a lieu sous forme de cours magistraux traditionnels, qui incitent à une écoute et à un apprentissage passif. La formation clinique se déroule presque exclusivement dans les services de soins tertiaires spécialisés de l'hôpital universitaire. De ce fait, les étudiants sont exposés à des patients qui ne sont pas représentatifs de ceux qu'ils seront amenés à soigner en tant que médecins généralistes. *Une place très limitée est accordée aux problèmes et aux méthodes de santé publique et les étudiants ne sont jamais placés en situation d'apprentissage pratique.*

- *Accélération des départs à la retraite,* qui concernent chaque année 1500 professionnels du ministère de la Santé. Même l'introduction rapide des nouvelles technologies dans les méthodes d'apprentissage (apprentissage en ligne et à distance), et l'intensification des efforts de formation ne résoudront pas le problème de l'insuffisance de dotation en personnel. Il est presque impossible de relever ce défi à court et moyen terme sans reconsidérer le programme et la durée de la formation dans les facultés de médecine et de sciences paramédicales, et sans offrir aux professionnels atteignant l'âge de la retraite la possibilité de continuer à travailler. Il est également possible de créer une nouvelle catégorie de personnels, davantage tournée vers les communautés rurales pauvres, comme des agents de première ligne, formés à une approche de résolution des problèmes et sélectionnés dans ces communautés.

- *Nombre limité d'institutions dispensant une formation universitaire supérieure dans les domaines de la santé publique.* Actuellement, seule l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) dispense une formation universitaire supérieure en santé publique. Le passage de l'INAS (Institut National d'Administration Sanitaire) au statut réel d'ENSP représentera une nouvelle occasion de renforcer la collaboration dans les programmes de formation et la recherche avec différentes universités. De plus, l'inscription sera désormais ouverte aux diplômés non fonctionnaires, ce qui n'était pas le cas auparavant. Depuis 1989, année d'ouverture de l'INAS, environ 400 diplômes de mastère ont été décernés dans trois domaines - gestion des institutions de santé ; épidémiologie et santé publique ; santé maternelle, infantile et communautaire, sachant que seuls des agents de santé expérimentés pouvaient postuler à cette époque. Le nombre de places dans les programmes de formation a été augmenté à 100 étudiants par année.

La formation continue du personnel du ministère de la Santé sous contrat avec l'ENSP représente l'une de ses principales activités. Le dernier contrat, signé récemment, porte sur la formation de 1500 gestionnaires de santé aux niveaux central et périphérique. De plus, à la demande du ministère de la Santé, un nouveau programme de mastère sur la « médecine familiale » s'adressant aux médecins généralistes devrait être lancé l'année prochaine en collaboration avec la faculté de médecine, les programmes nationaux et les réseaux de soins de santé primaires. Le succès de ce programme aura, à l'avenir, un impact important sur des services de soins plus intégrés au niveau des soins de santé primaires, et sur la santé de la population.

L'ENSP peut également jouer un rôle important dans la création d'un diplôme de mastère en « génie sanitaire » en collaboration avec des écoles d'ingénieurs. Un diplôme de ce type a déjà été proposé au début des années 1990 par l'École Mohammedia d'ingénieurs, avec le soutien du ministère de la Santé. Les diplômés de ce programme ayant acquis une longue expérience aux niveaux national et international peuvent contribuer à la mise en place et au soutien d'un programme modernisé.

F.III - Répartition, fidélisation et évaluation de la performance du personnel de santé publique

Le déséquilibre géographique des personnels de santé entre les différentes régions, exacerbe davantage la pénurie dans les zones rurales et reculées et joue un rôle important dans les inégalités persistantes en matière d'accès aux services de santé pour les populations rurales.

Des politiques ciblant ce problème ont été élaborées ces dernières années, à commencer par l'adoption d'une indemnité pour difficulté des conditions de vie octroyée à titre d'incitation financière aux agents de santé travaillant dans les zones reculées, avec un succès limité. La création d'écoles de soins infirmiers (Instituts de formations aux carrières de santé, IFCS) dans les provinces périphériques et reculées telles que celles de Guélmim, Ouarzazate et Laâyoune parmi les 23 sites accueillant un IFCS, doit également être mentionnée. La présence de ces écoles augmentera la disponibilité des personnels infirmiers et agents de santé dans ces provinces reculées.

Pour la première fois, le processus de recrutement pour différents postes a eu lieu aux niveaux régional et provincial. Le processus reposait sur des postes prédéfinis et était géré par le niveau régional. Les données indiquent des résultats positifs dans la majorité des régions, mais dans d'autres, des postes sont restés vacants.

Le récent arrêté ministériel établit une importante délégation de pouvoirs au niveau régional dans le domaine du processus de recrutement et d'autres décisions relatives à la gestion du personnel, tels que les affectations et les transferts, définissant l'autorité de chaque niveau (hôpital, province et région). Toutefois, la décision de recrutement final doit toujours être signée au niveau central par le ministère de la Santé. Cette obligation est liée au mécanisme centralisé de paiement des salaires utilisé par le ministère des Finances. Cet effort de décentralisation est censé accroître et faciliter, à l'avenir, la disponibilité des agents de santé dans les zones rurales pauvres.

Au cours des dernières années, d'importants progrès ont été accomplis en matière de gestion du personnel administratif. Le processus d'affectation, de transfert et de promotion est devenu plus transparent, généralement basé sur des règles écrites et comporte l'élection de représentants du personnel. Compte tenu de la courte durée de présence du personnel (principalement des médecins généralistes) dans ces régions, une évaluation des impacts de ces règles acceptées, principalement celles concernant l'affectation de transfert vers et depuis les zones rurales pauvres, est nécessaire.

Les disparités de revenus entre les agents de santé du secteur privé et ceux du secteur public ont accentué le cumul d'exercice dans les deux secteurs par certains agents de santé (principalement des médecins). Le manque de souplesse des politiques de rémunération, la faiblesse des pratiques de gestion et de redevabilité sont autant de sources probables de

productivité insuffisante et de plaintes concernant des pratiques incohérentes dans les services de santé.

Le ministère de la Santé prévoit de réexaminer le modèle de prestation de services actuellement utilisé dans le pays et envisage d'adopter la médecine familiale comme mode principal de prestation des soins de santé. Cette approche doit être axée sur des aspects tels que : la continuité des soins, l'approche centrée sur le patient, l'orientation-recours et les commentaires, la fourniture d'un ensemble de services essentiels fondés sur la charge de morbidité, l'adoption des dossiers médicaux électroniques, et l'ensemble des technologies permettant de supprimer tout un éventail d'activités aux niveaux des hôpitaux, des soins de santé primaires et des communautés. Tous ces aspects permettront de développer des services de soins de meilleure qualité, plus intégrés et plus centrés sur les patients, facilitant les relations entre professionnels et patients et réduisant la méfiance qui prévaut actuellement.

Le succès de la mise en œuvre de ces nouveaux modèles reposera sur une approche participative impliquant l'ensemble des personnels concernés, et s'accompagnera de lignes directrices et de formations qui augmenteront la motivation et la satisfaction du personnel. L'adoption d'incitations financières fondées sur la performance sera également nécessaire.

Les principaux défis à relever sont les suivants :

- Plaidoyer sur la base d'une vision claire et d'un plan stratégique pour remédier à la situation de pénurie des personnels de santé dans le pays.
- Évaluation de la mise en œuvre des règles et politiques qui influent sur la carrière et la performance des personnels.
- Renforcement de la gestion décentralisée des personnels de santé, qui permettra une plus grande flexibilité et une prise de décision au niveau régional, contrairement à la centralisation actuelle par le ministère de la Santé.
- Réduction de la durée de formation pour les spécialistes dont la longueur accentue la mauvaise répartition du personnel de santé, particulièrement dans les zones rurales reculées
- Disponibilité de données sur les personnels de santé actualisées, exactes, détaillées et complètes, couvrant tous les secteurs : public, semi-public et privé.
- Accès aux évaluations et aux résultats d'études aidant à instaurer un dialogue et à lancer un débat avec l'ensemble des parties concernées sur les multiples aspects du développement des personnels de santé.
- Développement et mise en œuvre de la « médecine familiale » comme modèle principal de prestation de services de santé centrés sur les patients, de meilleure qualité, accompagnés d'informations adéquates, de formations et de lignes directrices.

G. FONCTION VII. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE POUR LA SANTE

G.I - Résumé

Il existe, au sein du ministère de la Santé, une « Division de l'information et de la communication », dont l'une des principales missions consiste à gérer les communications officielles du Ministre de la Santé. Cette division fonctionne dans sa structure actuelle

depuis 2012 avec un effectif total de 40 personnes, dont 10 se consacrent aux communications stratégiques. Les 30 autres membres du personnel sont chargés de la communication institutionnelle et des communications visuelles. Il existe une stratégie de communication, mais elle porte principalement sur l'organisation du travail au sein de la division. Cette stratégie ne définit pas explicitement les communications en santé publique pour le ministère de la Santé dans son ensemble, mais la division de la communication est coordonnée avec la plupart des programmes de promotion de la santé et des modes de vie sains, de sorte qu'une composante de communication est intégrée au programme.

G.II - Stratégies de communication au sein des programmes de santé publique

Le ministère de la Santé compte une division de l'information et de la communication organisée de manière cohérente, qui conçoit le ministère de la Santé comme la principale référence pour les informations liées à la santé au Maroc. La plupart des programmes de promotion de la santé possède une composante de communication comme activité majeure. Dans les campagnes médiatiques, les messages sont conçus et ajustés de manière à fournir au public une information claire et précise. La division déploie une masse critique de « pédagogues » afin de faire délivrer des messages de santé aux communautés par des membres de la communauté elle-même et par l'intermédiaire des imams et des personnels religieux pendant la prière du vendredi. Le ministère de la Santé, par le biais de la division de l'information et de la communication, emploie des techniques de communication réactive, principalement à l'aide de communiqués de presse et de son vaste réseau de journalistes qui collaborent avec le ministère de la Santé. Divers médias sont utilisés, notamment la presse écrite, la radio et la télévision, et la division réalise également avec la presse des interviews de hauts fonctionnaires du ministère de la Santé sur des thèmes de santé présentant un intérêt. Les derniers programmes de santé publique prioritaires auxquels la division a contribué sont notamment les suivants : promotion des modes de vie sains, Ebola, et santé maternelle et infantile.

Enfin, le Ministère de la Santé a beaucoup investi dans les dernières années sur la composante mobilisation sociale pour la santé. Ainsi l'initiative Intidirat Assiha, organisée en 2012, en préparation de la 2éme Conférence nationale sur la santé, a activé un mécanisme de consultation et de participation des citoyens et des acteurs sociaux afin de recueillir les attentes et les revendications sur le système de santé. Différents outils ont été utilisés : la radio, le réseau social Facebook, des audiences publiques et l'analyse de la presse.

Les principaux domaines à améliorer sont notamment les suivants :

- *Formulation d'une stratégie de communication globale.* Une stratégie de communication cohérente (comportant une composante de communication sur les risques), dont les objectifs primordiaux doivent être conformes aux priorités sanitaires nationales.
- *Planification des communications.* Pour les programmes où elle existe, la planification des communications est adéquate. Toutefois, la principale préoccupation est qu'elle n'inclut pas tous les programmes. Il existe en réalité peu d'informations sur les modalités d'identification des programmes prioritaires à inclure dans les plans de communication de la division. Les stratégies des campagnes de communication ne sont pas testées auprès d'un échantillon de public afin de comprendre la façon dont les

messages seront perçus, mais il existe une évaluation informelle réalisée avec les collaborateurs de la division.

- *Organisation et utilisation des ressources dans le cadre des efforts de communication et de mobilisation sociale.* Une meilleure coordination est nécessaire à cet égard – certaines entités investissent dans des plans de communications destinés à un domaine particulier, tandis que d'autres domaines sont négligés. Il existe un large éventail d'organisations civiles et professionnelles qui traitent des thèmes de santé publique, avec lesquelles le ministère de la Santé pourrait travailler de manière stratégique en vue de communiquer et de déployer des messages. La sensibilisation au cancer par le biais des initiatives de la Fondation Lalla Salma, qui peuvent également aborder plusieurs facteurs de risque, illustre cette possibilité. De plus, le recours aux médias sociaux est limité dans les campagnes de communication.
- *Capacité à assurer le suivi des campagnes de communication sur la santé publique et à les évaluer.* Il n'existe pas d'approche systématique pour l'évaluation des activités et des initiatives de communication. La principale raison de cette absence est le manque de ressources disponibles (en termes de savoir-faire et de moyens financiers).
- *Stratégies visant à contrer les rumeurs.* Le traitement des rumeurs répandues par le biais d'Internet et des médias sociaux reste problématique et aucune stratégie spécifique ou procédure standard n'a été déployée à cet effet au sein du ministère de la Santé.
- La composante mobilisation sociale pour la santé n'est pas développée et c'est domaine dans lequel le Maroc a beaucoup investi (les forums et conférences nationales de santé, les rencontres de plaidoyer thématique, …

Les principaux défis à relever sont les suivants :

- Adoption d'une approche systématique de la communication sur la santé (y compris la communication sur les risques) conforme aux objectifs nationaux en matière de santé.
- Financement des activités de communication (y compris celles qui sont confiées au secteur privé).
- Test des messages de santé et évaluation des efforts de communication.

H. FONCTION VIII. FAIRE AVANCER LA RECHERCHE EN SANTE PUBLIQUE POUR AVOIR UNE INFLUENCE SUR LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

H.I - Résumé

De manière générale, l'importance de la recherche en santé publique pour fournir les données probantes nécessaires à l'orientation des politiques et pratiques est bien connue. Cette connaissance est manifeste dans l'ensemble de la « Stratégie sectorielle de santé 2012-2016 » qui mentionne la recherche dans différents domaines. Il n'existe toutefois aucun élément spécifique sur la recherche en santé publique et son développement.

En dehors du financement sectoriel qui n'est ni stable ni systématique, la principale source de financement de la recherche dans le pays est le Centre national de la recherche scientifique et technique, qui fait partie du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche scientifique

et de la Formation des cadres. Le centre finance la recherche dans divers domaines n'appartenant pas spécifiquement à la santé publique, par le biais d'un concours national (la santé étant l'un des neuf domaines). Les priorités de ces subventions de recherche sont identifiées par un comité multisectoriel dans lequel le Ministre de la Santé est représenté. La recherche en santé publique est cependant l'un des quatre domaines les moins subventionnés.

H.II - Élaboration de priorités et pratiques de recherche en santé publique

La « Stratégie sectorielle de santé 2012-2016 » mentionne la recherche dans quelques-uns des domaines, mais l'existence d'un processus de définition des priorités ou d'un budget alloué à la recherche dans des domaines spécifiques n'est pas claire.

Les principaux domaines à améliorer sont notamment les suivants :

- *Hiérarchisation des projets de recherche.* Il n'existe pas de critères clairement définis pour identifier les priorités en matière de recherche en santé. De plus, la définition des priorités en matière de recherche en santé publique doit être rationalisée dans l'ensemble des différents organismes chargés de réaliser et de financer la recherche dans ce domaine.
- *Mécanismes de coordination pour les projets de recherche en cours.* Rien n'indique l'existence d'un organisme de coordination supervisant les projets de recherche en santé. En d'autres termes, il n'existe aucun système assurant le financement, la définition des priorités et l'utilisation des données de recherche dans les politiques et dans la pratique.
- *Formulation de normes et critères éthiques.* Il n'existe pas de normes scientifiques et éthiques unifiées pour les projets de recherche menés par différentes entités dans le pays. Il existe des comités d'examen éthique et des commissions d'examen dans différentes institutions, mais il n'existe aucune structure nationale supervisant et garantissant les aspects scientifiques et éthiques.
- *Recherche sur la mise en œuvre des services de santé.* Les projets de recherche sur la mise en œuvre des programmes de santé sont peu nombreux. La capacité des responsables de l'élaboration des politiques et des décideurs à comprendre la mise en œuvre des programmes et leur efficacité et à identifier les lacunes dans la mise en œuvre est ainsi réduite.
- *Systèmes d'information sanitaire* (pour des informations plus détaillées, voir le chapitre FONCTION I.). Le système d'information sanitaire est fragmenté, les sources de données sanitaires sont nombreuses et concernent différents départements au sein du Ministère de la Santé.

H.III - Renforcement des capacités institutionnelles et du financement de la recherche en santé publique

Dans le pays, de nombreuses entités sont chargées de mener des recherches en santé publique. Parmi les entités ayant participé à l'évaluation des fonctions essentielles de santé publique figurent : l'École nationale de santé publique (ENSP), l'Institut national d'hygiène (INH) et l'Institut Pasteur du Maroc.

Les domaines d'action spécifiques sont les suivants :

- *Consolidation des instituts et programmes de recherche en santé publique.* L'École nationale de santé publique (ENSP) fait partie des principaux contributeurs à la recherche en santé, par le biais de ses étudiants et du corps enseignant qui les supervise. Les programmes du ministère de la Santé et d'autres institutions de santé ont également une activité de recherche, mais ces entités n'ont pas de programme de travail commun.

- *Affectation d'un financement pour la recherche en santé publique.* Il n'existe aucun budget spécifique pour le financement de la recherche en santé publique, que ce soit dans les écoles de santé publique ou au sein du ministère de la Santé.

- *Intégration de la recherche dans la formation en santé publique.* La recherche est intégrée à la formation en santé publique, mais principalement aux diplômes universitaires supérieurs. Il est important de revoir le programme d'enseignement des institutions de santé publique, de manière à intégrer totalement la recherche aux différents niveaux d'étude : premier cycle universitaire, formation continue et formation professionnelle.

- *Accès aux données.* Les données sanitaires sont accessibles aux chercheurs, mais ceux-ci doivent adresser une demande spéciale au ministère de la Santé. Toutefois, ces données sont souvent fragmentées et ne peuvent être comparées entre différentes sources. Le recueil des données pour la surveillance doit être largement disponible pour la recherche en santé publique.

H.IV - Transmission du savoir

La transmission du savoir fait référence à la capacité des chercheurs à communiquer des données probantes aux responsables de l'élaboration des politiques et à la capacité de ces derniers à faire part de manière opérationnelle de leurs besoins en la matière aux chercheurs. Les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques réalisent qu'il est important de communiquer entre eux et de collaborer tout au long du cycle de recherche. Toutefois, il est également nécessaire de renforcer et d'institutionnaliser le processus d'application des connaissances.

- *Application des données probantes aux politiques et à la pratique.* Ce point comporte des faiblesses et il n'existe aucune entité clairement responsable de l'organisation de dialogues politiques et de la rédaction d'énoncés de politique fondés sur des données probantes. De même, les occasions de répondre aux questions de politique soulevées par les responsables de l'élaboration des politiques en fournissant des données probantes sont limitées.

- Efficacité des responsables de l'élaboration des politiques dans la communication de leurs besoins à la communauté des chercheurs. Il est nécessaire d'insister sur le rôle des résultats de la recherche pour orienter les politiques et pratiques en matière de santé. Des progrès sont accomplis dans ce domaine. Ils sont manifestes dans les documents

stratégiques récents intitulés « Stratégie sectorielle de santé 2012-2016 » et « Livre blanc : pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé ».

Les principaux défis à relever sont les suivants :

- Élaboration d'un programme national de recherche en santé publique.
- Identification d'un organisme/d'une entité de coordination pour la recherche en santé publique.
- Définition d'une approche systématique de la gestion et de la gouvernance de la recherche en santé, en ce qui concerne : l'identification des priorités, la coordination du financement, l'intégration aux systèmes d'information, la hiérarchisation des projets et l'utilisation des données probantes dans l'élaboration des politiques et la prise de décisions.

IV. RESUME DES ATOUTS, POINTS FAIBLES, OPPORTUNITES ET CONTRAINTES AYANT TRAIT AUX FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTE PUBLIQUE AU MAROC

L'évaluation des services de santé publique au Maroc révèle des défis importants - mais également des opportunités - pour les responsables de l'élaboration des politiques. Les défis auxquels est confrontée la santé publique se manifestent souvent dans les services de santé publique de base : protection de la santé, prévention des maladies, promotion et surveillance de la santé, mais ils trouvent leur origine dans les fonctions d'appui : gouvernance et financement, personnels, communication et recherche.

Plusieurs points essentiels sont résumés ci-dessous (sous forme d'atouts, points faibles, opportunités et contraintes) conformément à l'analyse exposée à la partie III du présent document

Atouts	Points faibles
• La nouvelle Constitution de 2011 reconnaît l'accès universel aux soins de santé et à la protection sociale comme fondement des droits fondamentaux de l'homme. • L'augmentation des investissements dans la santé au cours des 10 dernières années (les dépenses de santé par habitant sont passées d'USD 54 en 2000 à USD 181 en 2010). • L'engagement dans la voie de la couverture sanitaire universelle avec 2 régimes mis en place (AMO & RAMED) et 2 autres en cours de finalisation (AME et AMI) ; • L'existence de suffisamment de capacités dans les différents domaines de la santé publique. • L'existence d'un système permettant d'élaborer des plans stratégiques quinquennaux à moyen terme (le principal instrument pour la mise en œuvre des politiques et priorités nationales de santé dans le pays), qui constitue une opportunité d'examen périodique des priorités de santé publique. • L'Infrastructure bien développée et bien répartie entre les différentes régions du pays. • Existences des laboratoires de l'INH, l'IPM et des CHU	• La pénurie de ressources humaines, une réflexion stratégique insuffisante, une mauvaise répartition, une faible fidélisation et une faible motivation des personnels dans les zones reculées, la généralisation de la double pratique, qui contribuent à réduire la performance. • Les dépenses de santé consacrées aux soins préventifs et à la promotion (pour toutes les maladies) restent limitées[13]. • La fragmentation des systèmes d'information sanitaire perpétuée par des programmes verticaux. • L'absence de coordination intersectorielle, ce qui demande une approche de la santé publique fondée sur le principe de la santé dans toutes les politiques. • L'absence de stratégie de communication globale cohérente, dont les objectifs primordiaux sont conformes aux priorités sanitaires nationales. • L'absence d'institut national de santé publique pour apporter un soutien institutionnel au ministère de la Santé en matière de veille de laboratoire.

[13] OMS 2014 (rapport non publié). Dépenses consacrées à certaines maladies non transmissibles au Maroc : Répartition complète des maladies selon le cadre du Système des comptes de la santé 2011.

Opportunités	Contraintes
• L'engagement politique de haut niveau pour promouvoir la santé et réformer le système de santé. • La loi majeure sur la santé publique actuellement en préparation, qui réaffirmera le rôle stratégique du ministère de la Santé (conception, lignes directrices et évaluation de la mise en œuvre des politiques) et renforcera l'autonomie des acteurs nationaux et des autorités territoriales. • La stabilité du pays, par rapport au reste de la Région qui subit plusieurs crises. • La décentralisation du système de santé publique dans l'ensemble des régions. • L'établissement de l'ENSP, qui représente une opportunité pour créer un point focal pour les activités de santé publique réalisées en dehors du secteur de la santé. • Une utilisation renforcée des bases factuelles et des données probantes pour l'élaboration des politiques et des stratégies	• La situation géographique du Maroc, à la jonction de l'Afrique de l'Ouest et de l'Europe, expose le pays à des maladies infectieuses provenant des migrants cherchant à rejoindre l'Europe. • L'expansion du secteur privé de la santé qui est mal réglementée et la nécessité d'établir de meilleurs partenariats. • La verticalité du système, qui entraîne une fragmentation et des doublons dans de nombreux domaines et entre les secteurs (par ex. : les laboratoires de santé publique, la surveillance, le système d'information, etc.). • La définition d'une approche systématique de la gestion et de la gouvernance de la recherche en santé publique (identification des priorités, coordination du financement, intégration aux systèmes d'information, hiérarchisation des projets et utilisation des données factuelles dans l'élaboration des politiques et la prise de décisions).

V. INTERVENTIONS DESTINEES A RENFORCER LES FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTE PUBLIQUE

Le Maroc dispose de plusieurs atouts importants qui peuvent être utilisés pour relever les défis de santé publique mis en évidence dans le présent rapport. Le gouvernement a pris des engagements explicites en faveur de l'amélioration de la santé publique, conformément à l'amendement de la Constitution qui reconnaît la santé comme un droit de l'homme. Le Maroc dispose de capacités, humaines et financières, raisonnables pour relever les défis soulignés dans le présent rapport. La stratégie sectorielle de la santé (2012-2016) du ministère de la Santé représente également un vaste cadre d'action et une opportunité d'impliquer les parties prenantes.

Cette section présente ***un ensemble d'interventions de santé publique*** fondé sur l'analyse précédente, visant à améliorer les différentes fonctions essentielles de santé publique au Maroc. Il s'agit de propositions d'actions spécifiques qui correspondent aux principaux défis identifiés au chapitre III. De plus, il propose des ***orientations stratégiques au niveau politique*** pour renforcer la santé publique au Maroc, à soumettre au ministère de la Santé et aux décideurs.

A. INTERVENTIONS VISANT A RENFORCER LES FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTE PUBLIQUE

FONCTION I. SURVEILLANCE ET SUIVI DES INDICATEURS SANITAIRES

Identifiant clairement l'importance d'un système d'information sanitaire performant, le Maroc a élaboré un plan national qui organise le travail dans ce domaine. Cependant, il existe encore des lacunes importantes à combler, notamment la coordination des efforts, l'accroissement des capacités des laboratoires de santé publique, l'utilisation des informations dans la prise de décisions et l'intégration des structures parallèles fragmentées. Les interventions suivantes sont proposées:

- Développement d'un système intégré de surveillance des maladies à travers le recueil de données sur certaines maladies et utilisation des résultats pour éclairer l'action et favoriser le changement dans la politique publique.
- Élaboration de modes opératoires normalisés pour permettre la circulation des informations relatives à la surveillance de la santé publique pour l'action.
- Coordination entre les différentes parties prenantes pour éviter les chevauchements de fonctions et la dispersion des efforts en ce qui concerne les laboratoires de santé publique par le biais d'évaluations des fonctions, et poursuite du renforcement, dans l'ensemble du pays, du réseau de laboratoires coordonné par l'Institut national d'hygiène.
- Renforcement des capacités en matière de surveillance épidémiologique, d'investigation des flambées épidémiques et de recherche appliquée en santé publique.
- Application des codes CIM-10 pour la notification des causes de décès en renforçant les capacités de codage du pays et en coordonnant des actions sur le codage entre les deux ministères concernés.

FONCTION II. PRÉPARATION ET RIPOSTE DE SANTÉ PUBLIQUE AUX FLAMBÉES DE MALADIES, CATASTROPHES NATURELLES ET AUTRES SITUATIONS D'URGENCE

Le Maroc reconnaît l'importance du renforcement de la préparation de la santé publique afin d'être en mesure de prévenir, protéger, surveiller de manière prévisible, rechercher et détecter tout risque de santé publique préjudiciable à la santé. Le système existant nécessite d'être davantage renforcé et rationnalisé pour soutenir les domaines de l'évaluation des risques, de la planification des situations d'urgence et de la gestion des menaces pour la santé de toutes origines qui sont susceptibles d'apparaître. Les interventions suivantes sont proposées :

- Instauration d'un système viable pour réaliser des évaluations périodiques du risque et de la vulnérabilité en ce qui concerne les risques pour la santé publique dans le pays et utiliser les informations pour actualiser périodiquement le plan de préparation et d'action en cas d'urgence.
- Élaboration et mise en œuvre d'un plan de préparation et d'action en cas d'urgence plus exhaustif et intersectoriel ciblant tous les risques ayant un impact potentiel sur la santé et actualisation régulière du plan par le biais d'exercices théoriques et de simulations sur le terrain.
- Élaboration d'un cadre politique et institutionnel pour soutenir le renforcement de la planification de la préparation et de l'action de santé publique en cas d'urgence.
- Étude de la possibilité de transférer les responsabilités liées à la mise en œuvre des capacités de santé publique de base à une entité distincte au sein de la DELM ayant pour autorité et mission la supervision et surveillance périodique, comme l'exige le RSI (2005)
- Élaboration d'un plan national et intersectoriel de communication sur les risques, comportant une composante visant à impliquer la communauté en matière de sensibilisation, de préparation et de résilience.
- Création d'un lieu de stockage des données centralisé, installé au ministère de la Santé, constituant un centre unique de collecte, de stockage et d'échange d'informations sur toutes les flambées épidémiques et situations d'urgence notifiées dans le pays par le passé, avec leurs conséquences sur la santé publique. La base de données doit servir d'outil de planification et d'apprentissage organisationnel permettant de mieux utiliser les ressources humaines et financières au sein du ministère, afin d'améliorer et de renforcer la préparation de la santé publique aux situations d'urgences et aux catastrophes dans le pays.

FONCTION III. PROTECTION DE LA SANTÉ, Y COMPRIS LA GESTION DE LA SALUBRITÉ DE L'ENVIRONNEMENT, DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS, DE LA SÉCURITÉ TOXICOLOGIQUE ET AU TRAVAIL

Au cours des dernières décennies, le Maroc a accompli des progrès majeurs dans le domaine de la santé publique grâce, dans une large mesure, à une meilleure protection de la santé de la population en ce qui concerne l'eau potable et la sécurité sanitaire des aliments. Ces progrès ont joué un rôle majeur dans la transition épidémiologique que connaît actuellement le pays. Toutefois, des améliorations sont encore nécessaires, particulièrement dans les domaines de la salubrité de

l'environnement et de la santé au travail, ainsi que de l'application de la législation et des lois existantes. Les interventions suivantes sont proposées:

- Augmentation de la redevabilité sur le terrain, en distinguant mieux les fonctions stratégiques de l'expertise et des missions opérationnelles, afin d'améliorer la qualité des services proposés à la population.
- Élaboration et mise en œuvre d'un plan stratégique quinquennal pour la salubrité environnementale afin de donner une dimension opérationnelle aux mesures prises à un niveau juridique dans ce domaine, particulièrement pour ce qui a trait à la qualité de l'air et de l'eau, à la coopération interministérielle et au dialogue avec toutes les parties prenantes.
- Élaboration et mise en œuvre d'un plan stratégique quinquennal pour la santé au travail afin de donner une dimension opérationnelle aux mesures prises à un niveau juridique dans ce domaine, particulièrement pour améliorer la connaissance et la prévention des risques dans un environnement professionnel, ainsi que pour renforcer la coopération interministérielle et le dialogue avec toutes les parties prenantes.
- L'augmentation des investissements dans le recrutement et la formation de fonctionnaires de protection de la santé (inspecteurs de la santé publique et ingénieurs de protection de la santé) aux niveaux provincial et régional compléterait utilement les efforts déjà consentis au niveau de la législation et de la planification.
- Actualisation et renforcement de la législation régissant : i) les taxes sur les produits du tabac ; et ii) les mécanismes liés à la sécurité routière.

FONCTION IV. PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES PAR DES INTERVENTIONS EN MILIEU COMMUNAUTAIRE, Y COMPRIS UNE ACTION POUR S'ATTAQUER AUX DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET AUX INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le Maroc est conscient des effets des investissements dans la promotion de la santé et la prévention des maladies sur la santé de la population. Il a ainsi développé son action dans ce domaine, d'autant plus que près des trois quarts de la mortalité dans le pays sont dus à des maladies non transmissibles. Toutefois, la prévention des maladies non transmissibles liées au mode de vie par le biais d'une promotion de la santé de grande ampleur, de politiques et d'une collaboration intersectorielle est encore faiblement développée et nécessite un renforcement substantiel afin d'améliorer la santé publique au Maroc. Les interventions suivantes sont proposées :

Adoption et mise en œuvre d'un cadre politique national pour l'action intersectorielle en matière de santé publique reposant sur le principe de la santé dans toutes les politiques, en plaidant en faveur du caractère multisectoriel de la santé publique en tant que partie intégrante de l'élaboration des politiques pour le développement urbain, le travail, l'environnement, l'alimentation, l'agriculture et d'autres secteurs.

- Adoption et mise en œuvre de mesures politiques renforcées, afin de : i) réduire la consommation de tabac, en ratifiant la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et en appliquant pleinement ces dispositions, et ii) promouvoir une alimentation saine et

l'activité physique en suivant les lignes directrices de la Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'activité physique et la santé.

- Adoption de mesures visant à accroître la disponibilité de personnels de santé appropriés, particulièrement dans les zones rurales, et à accentuer leur rôle dans les domaines de la maternité, des services de santé infantile et scolaire et dans le soutien des actions de promotion de la santé s'adressant aux jeunes.

- Institution et renforcement de mesures spécifiques destinées à augmenter l'activité physique dans la population, à promouvoir une alimentation saine et à prévenir la consommation de tabac par le biais de la promotion de la santé et de mesures de soutien à la planification communautaire et aux programmes de santé scolaire.

- Création et mise en œuvre par l'Institut national de santé publique d'un système national de surveillance de la santé accordant une attention particulière à la surveillance des principaux facteurs de risque dans la population, grâce à une surveillance simplifiée des principaux modes de vie liés à la santé et à des commentaires sur cette surveillance adressés aux responsables de l'élaboration des politiques et au public.

FONCTION V. GARANTIR L'EFFICACITÉ EN MATIÈRE DE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ, UNE LÉGISLATION DE SANTÉ PUBLIQUE, UN FINANCEMENT ET UN SOUTIEN INSTITUTIONNEL

Gouvernance et législation

- Création d'un comité de haut niveau chargé de conduire le processus consultatif pour l'élaboration d'une proposition de projet de « Charte nationale de santé » (comme feuille de route à long terme pour réformer le secteur public de la santé) impliquant des responsables de l'élaboration des politiques et des responsables syndicaux de haut niveau, des décideurs issus de différents secteurs et l'ensemble des parties prenantes concernées par les questions de santé.

- Renforcement de la gouvernance de la santé grâce au développement d'une action politique intégrée au ministère de la Santé et au transfert de nombreuses opérations techniques à un institut national de santé publique général qui serait créé à partir de structures existantes pour jouer le rôle d'agence spécialisée de haut niveau auprès du ministère.

- Accélération de l'élaboration du cadre réglementaire pour la création du Conseil national de la Santé, qui jouera un rôle consultatif de haut niveau sur la politique de santé et les questions stratégiques et servira de mécanisme institutionnel pour une intégration plus poussée de la santé dans toutes les politiques, facilitant le dialogue avec les parties prenantes clés.

- Restructuration du ministère de la Santé au niveau central, au vu des nombreuses réformes en cours et orientations stratégiques déjà adoptées, afin de renforcer l'intégration des actions de l'administration centrale, d'assurer une délégation d'autorité de plus grande

ampleur au niveau régional. Il est urgent d'accélérer le processus de réorganisation de manière à renforcer les fonctions globales de gestion, réduire la compartimentation et la fragmentation actuelles et se concentrer sur un rôle plus stratégique et normatif.

- Renforcement des mécanismes d'application et d'audit pour la mise en œuvre de la législation et de la réglementation existante sur la santé publique en créant et en élargissant un corps d'inspecteurs et de superviseurs compétents.

Financement

- Réexamen du système de comptes financiers afin d'effectuer un suivi des allocations budgétaires et des dépenses consacrées aux soins de santé primaires, aux soins préventifs et aux mesures de santé publique. En fonction des résultats, augmentation du pourcentage alloué aux programmes de santé publique et de prévention dans le total actuel des dépenses et affectation de certains fonds aux institutions, agences, laboratoires de santé publique et autres organismes chargés de fournir des services de santé publique.

- Élaboration d'un plan d'action efficace, faisant du réseau de soins de santé primaires le premier point d'entrée pour les bénéficiaires du RAMED et les autres groupes d'assurés.

- Renforcement des capacités en matière d'analyse actuarielle, d'élaboration de scénarios à long terme, d'impact des prestations sociales et de mécanismes de paiement utilisés.

Soutien institutionnel

- Élaboration d'un programme d'enquêtes de haute qualité sur la santé de la population, mis en œuvre périodiquement (tous les 3 à 5 ans) à l'aide de questionnaires reposant sur des bases scientifiques et des méthodes validées de mesure des marqueurs biologiques couvrant les maladies non transmissibles, les facteurs de risque et les déterminants de la santé. Santé des personnes âgées, santé maternelle et infantile avec ajout progressif des prestations de services et des dépenses de santé des ménages.

- Création d'un institut national de santé publique général afin de coordonner l'action des agences et laboratoires de santé publique, et des organismes de coordination pour l'information sanitaire et la recherche en santé. Pour cela, il serait possible d'élaborer un plan clair comportant des étapes vers la fusion des deux instituts existants et d'ajouter d'autres éléments de soutien institutionnel potentiels.

- Création, au sein du ministère de la Santé, d'une équipe chargée de recueillir et d'analyser les informations et données probantes de différentes sources, qui sont utiles aux décisions de politique.

- Renforcement des institutions existantes à travers l'attribution d'une mission plus claire et de ressources supplémentaires afin de renforcer les capacités de santé publique.

FONCTION VI. GARANTIR UN PERSONNEL SUFFISANT ET COMPÉTENT POUR DES PRESTATIONS EFFICACES EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Maroc connaît de longue date une crise du personnel de santé publique reconnue imputable à une répartition inégale des personnels disponibles dans l'ensemble du pays. Cette crise est encore aggravée par le vieillissement des personnels. Le Maroc a investi afin d'augmenter les effectifs des personnels de santé, mais il faut désormais s'attaquer aux domaines de la gestion et de la fidélisation. Les interventions suivantes sont proposées:

- Élaboration d'un plan stratégique à long terme pour les ressources humaines pour la santé remédiant aux pénuries de personnels de santé et mettant l'accent sur la création d'un corps de professionnels de la santé publique viable et d'une formation en santé publique pour toutes les catégories de personnel travaillant dans le domaine de la santé.

- Instauration de primes et d'un programme de motivation professionnelle s'adressant aux agents de santé qui acceptent de travailler dans les zones rurales et reculées, et étude de la possibilité de recruter des agents de première ligne dans les communautés rurales et de les former à une approche de résolution des problèmes.

- Mise en œuvre de mécanismes d'accréditation et d'outils communs pour les différents établissements de formation qui délivrent des diplômes reconnus.

FONCTION VII. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE POUR LA SANTÉ

IL existe un département dédié aux médias et aux communications. Toutefois, ses liens et interactions avec d'autres départements et secteurs doivent encore être renforcés de manière structurée. Les interventions suivantes sont proposées:

- Élaboration d'une stratégie nationale exhaustive de communication sur la santé, conforme aux priorités de santé nationales identifiées, comprenant notamment des éléments sur la participation de la population et la coopération intersectorielle.
- Concentration sur l'expérimentation des campagnes d'information et sur l'évaluation et le suivi des indicateurs liés à la communication.

FONCTION VIII. FAIRE AVANCER LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE POUR AVOIR UNE INFLUENCE SUR LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

Le Maroc possède les ressources institutionnelles et humaines nécessaires au renforcement de la recherche en santé publique, conformément au programme national de santé. Un mécanisme de coordination permettant de gérer, de financer et de faciliter la recherche dans les domaines prioritaires fait toutefois défaut. La traduction des résultats de la recherche en données probantes permettant de guider la politique de santé et la planification constitue également un point faible. Les interventions suivantes sont proposées :

- Mise en place d'un mécanisme de coordination de la recherche en santé au niveau national (par ex. un conseil) ; qui coordonnerait le financement, la définition des priorités, le renforcement des capacités et l'utilisation des données probantes dans l'élaboration des politiques et les décisions.
- Élaboration d'un programme national de recherche en santé publique prévoyant des indicateurs pour suivre les progrès en vue d'atteindre des objectifs.
- Élaboration de lignes directrices nationales pour l'examen éthique des recherches menées sur des sujets humains, et recommandation de leur application par le biais d'un comité national.
- Renforcement et investissement dans la recherche sur les politiques et systèmes de santé, traitant les domaines politiques prioritaires en fonction de la disponibilité de données probantes spécifiques au contexte.

B. ORIENTATIONS ET INTERVENTIONS STRATEGIQUES POUR LE RENFORCEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE AU MAROC

Sur la base des défis et lacunes identifiés au cours de l'évaluation des fonctions essentielles de santé publique au Maroc, plusieurs orientations stratégiques, suivies d'interventions spécifiques et d'actions clés, sont proposées parmi les interventions décrites en détail à la section précédente. Les orientations stratégiques sont récapitulées ci-dessous :

1. ***Obtention d'un niveau plus élevé d'engagement en faveur de la santé au Maroc,*** en adéquation avec la réforme du secteur de la santé menée par le ministère de la Santé.

   a . Création, sous les auspices du ministère de la Santé, d'un institut national de santé publique ayant un certain degré d'autonomie, pour coordonner et superviser le travail des agences et laboratoires de santé publique, des institutions responsables de la surveillance, du suivi, de l'information sanitaire, de la recherche et de la formation et superviser la mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique. Une option consiste à fusionner les deux instituts existants (l'INH et l'IPM) et à ajouter d'autres éléments potentiels de soutien institutionnel.

   b . Augmentation du pourcentage alloué aux programmes de santé publique et de prévention dans le total actuel des dépenses et affectation de fonds adéquats aux institutions, agences, laboratoires de santé publique et autres organismes chargés de fournir des services de santé publique.

   c . Allocation de ressources adéquates pour maintenir et pérenniser les principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005) afin d'améliorer la préparation de la santé publique pour agir en cas d'émergence de menaces graves pour la santé et d'autres dangers naturels, technologiques ou d'origine humaine.

2. ***Élaboration d'un système de surveillance intégrée des maladies (et des facteurs de risque)*** et utilisation des données de surveillance pour la planification, la prévision, la promotion de la santé, la communication et la transmission du savoir pour des politiques fondées sur des bases factuelles. Ce système implique également de promouvoir et de mener des recherches dans les

domaines où le manque de connaissances entrave la formulation de politiques fondées sur des bases factuelles.

a . Fusion des activités existantes de surveillance spécifiques aux maladies et spécifiques aux programmes dans un système intégré de surveillance des maladies responsable de toute la gamme des activités, depuis le recueil des données jusqu'à l'analyse, l'interprétation et la préparation de rapports, et capable de réagir rapidement.

b . Renforcement de la capacité du pays à surveiller, détecter et prévenir de manière prévisible les maladies et d'autres menaces pour la santé émergentes ou aiguës par le biais d'une surveillance épidémiologique et en laboratoire intégrée, et à réagir rapidement et efficacement aux menaces pour la santé grâce à une meilleure coordination, à l'élaboration de stratégie d'atténuation et à l'amélioration de la résilience.

c . Élaboration d'une enquête sur la santé de la population à réaliser tous les 3 à 5 ans à l'aide de questionnaires et méthodes de mesure des marqueurs biologiques validés couvrant entre autres les maladies non transmissibles, les facteurs de risque et les déterminants de la santé, le vieillissement de la population, la santé maternelle et infantile, les prestations de services et les dépenses de santé des ménages.

3. ***Promotion des comportements favorables à la santé à travers le principe de la santé dans toutes les politiques*** et mise en œuvre intégrale et application d'interventions fondées sur des bases factuelles dans les domaines de la sécurité routière, de la santé au travail et des facteurs de risque des maladies non transmissibles, à savoir : l'alimentation, le sucre, le sel, la nutrition et le tabac dans l'ensemble de la population.

   a . Élaboration d'une approche multisectorielle de la santé publique reposant sur le principe de la santé dans toutes les politiques et révision des stratégies et de la législation nationales liées à la lutte contre les maladies non transmissibles en ciblant les facteurs de risque majeurs que sont le tabac, l'alimentation et l'activité physique.

   b . Examen et actualisation de la législation existante en matière de protection de la santé et amélioration des capacités d'application, particulièrement dans les domaines de la salubrité de l'environnement, de la santé au travail et de la sécurité routière, notamment par le biais du renforcement des systèmes de notification et d'information.

4. ***Renforcement des capacités de la santé publique en termes de ressources humaines*** à tous les niveaux, en accordant une attention particulière dans les domaines clés liés à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, à la surveillance, aux déterminants de la santé, à l'information sanitaire et à la recherche.

   a . Élaboration, en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé, d'un plan stratégique à long terme remédiant aux pénuries de personnels et mettant l'accent sur la mise en place d'un corps viable de professionnels de la santé publique et d'une formation en santé publique pour toutes les catégories de personnel travaillant dans le domaine de la santé.

   b . Faire en sorte de disposer de personnels de santé publique performants, avec des effectifs adéquats et les compétences requises pour éclairer l'action et favoriser l'évolution des

politiques publiques, afin de répondre aux besoins de santé émergents et futurs et prendre des mesures visant à accroître leur disponibilité dans les zones rurales et reculées.

ANNEXES

A. ANNEXE 1- CADRE DES FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTE PUBLIQUE POUR LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

I. SURVEILLANCE et suivi des indicateurs sanitaires

Définition opérationnelle

Cette fonction comprend trois éléments :

1. Outils et ressources de surveillance ;
2. Collecte de données pour l'action ultérieure ; et
3. Intégration, analyse, notification et utilisation dans l'élaboration et l'évaluation des politiques.

Champ d'application de la fonction

Outils et ressources de surveillance :

- Enquêtes de population (MICS, DHS), y compris des enquêtes sur les examens de santé
- Registre des maladies
- Prélèvement d'échantillons dans l'environnement (air, eau et sol)
- Systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil
- Système de laboratoires de santé publique
- Outils d'évaluation des technologies de la santé
- Enquêtes sur les dépenses de santé

Collecte de données pour l'action ultérieure

- Qualité et disponibilité des données
- Performance des systèmes de santé
- Système d'information pour la gestion de la santé

Intégration, analyse, notification et utilisation dans l'élaboration et l'évaluation des politiques

- Analyse des données des indicateurs de santé en vue de la planification du secteur de la santé
- Respect du Règlement sanitaire international
- Conformité aux rapports de suivi des maladies non transmissibles
- Élaboration de rapports annuels sur les statistiques de santé
- Surveillance et rapport sur les mouvements régionaux et internationaux

II. Préparation et riposte de santé publique aux flambées de maladies, catastrophes naturelles et autres situations d'urgence

Définition opérationnelle

Cette fonction comprend trois deux éléments :

1. Planification pour la préparation et la riposte aux urgences de santé publique ;
2. Gestion de l'atténuation des risques, riposte précoce et relèvement en cas d'urgence de santé publique et de catastrophes ayant un impact sur la santé publique ; et
3. Application du Règlement sanitaire international

Cela implique la participation de l'ensemble du système de santé et une collaboration

maximale entre les secteurs et les institutions par l'élaboration de politiques et de plans et la prise de mesures visant à limiter l'impact sur la santé publique des urgences et des catastrophes.

Champ d'application de la fonction

Planification pour la prévention et la préparation :

- Évaluation des risques périodiques et de la vulnérabilité
  - Risques naturels : météorologiques (par ex. sécheresse, vague de chaleur, inondation), géologiques (séismes, glissements de terrain) et biologiques (pandémie/épidémie)
  - Dangers d'origine humaine : accidents (lieu de travail, transport ou structurels) et actes intentionnels (troubles civils, grèves, prise d'otage, terrorisme, incendie volontaire, etc.)
  - Dangers technologiques : panne du service public, défaillance d'application, perte de connectivité, incendie, explosion, déversement ou fuite de matériel dangereux, interruption des transports.
- Planification des urgences
  - Plan opérationnel du secteur de la santé/groupe Santé pour toutes les situations d'urgence potentielles
  - Cartographie préalable aux-crises : « qui fait quoi où et quand »
  - Protocoles spécifiques à chaque secteur en cas d'urgence
- Structure de coordination
  - Mécanisme de montée en puissance
  - Groupe de spécialistes techniques disponibles pour prodiguer des conseils dans des situations spécifiques
  - Système d'alerte pour les flambées de maladies spécifiques et les urgences
  - Gestion sanitaire (coordination entre les services de santé et autres services publics)

Gestion

- Capacité à mettre en place un plan de riposte précoce et à mobiliser des ressources
- Opérations de secours
- Déploiement de renforts
- Relèvement et reconstruction
- Remise en état

Règlement sanitaire international

- Encourager les partenariats mondiaux
- Capacités nationales en matière de santé publique pour la surveillance et l'action
- Sécurité sanitaire
- Gestion de menaces spécifiques
- Respect des droits, procédures et obligations
- Mener des études et suivre les progrès accomplis

III. Protection de la santé, y compris la gestion de la salubrité de l'environnement, de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité toxicologique et au travail

Définition opérationnelle

Cette fonction comprend :

1. Les cadres juridiques et réglementaires pour la protection de la santé dans les domaines suivants, correspondant aux priorités et engagements régionaux et mondiaux ;
2. Les mécanismes de supervision/suivi et application ; et

3. La gestion et l'atténuation des risques.

Champ d'application de la fonction

Cadre juridique et réglementaire pour la protection de la santé dans les domaines suivants, correspondant aux priorités et engagements régionaux et mondiaux :

- Normes et réglementations en matière d'environnement
- Protection de la santé au travail et directives pour l'industrie
- Codes sanitaires pour la sécurité sanitaire des aliments (production, transport, distribution, étiquetage, marketing, vente)
- Lois antitabac conformes à la Convention-cadre pour la lutte antitabac
- Cadre de la sécurité routière
- Normes sur la sécurité des produits de consommation, y compris sur les importations/exportations
- Lois et réglementations spécifiques sur la sécurité des patients
    - Sécurité des produits pharmaceutiques et dispositif médicaux
    - Sang, organes et tissus humains
    - Normes de sécurité clinique

Mécanismes de supervision/suivi et application :

- Audits de la qualité de l'eau, de l'air et du sol
- Système de notification des risques professionnels et inspections des lieux de travail
- Surveillance de la chaîne alimentaire
- Mobilisation des ressources coordonnée (y compris avec d'autres fonctionnaires comme les policiers)
- Sanctions efficaces pour les infractions

Gestion et atténuation des risques :

- Information et communication
- Existence de mesures incitatives pour les actions préventives
- Capacités institutionnelles à réagir aux dangers

IV. Promotion de la santé et prévention des maladies par des interventions en milieu communautaire, y compris une action pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités en matière de santé

Définition opérationnelle

Cette fonction comprend :

1. *Prévention des maladies*, dans le sens d'interventions spécifiques pour la prévention primaire, secondaire (dépistage précoce) et tertiaire (y compris la réadaptation), visant à minimiser la charge des maladies et les facteurs de risques associés.

   La prévention primaire fait référence aux actions visant à éviter la manifestation d'une maladie. (Il peut s'agir notamment de mesures visant à améliorer la santé par le changement de l'impact des déterminants sociaux et économiques sur la santé; de la fourniture d'informations sur les risques comportementaux et médicaux sur la santé, de la supplémentation alimentaire et nutritionnelle ; de l'éducation sur l'hygiène dentaire et la santé bucco-dentaire; les services cliniques préventifs tels que la vaccination des enfants, des adultes et des personnes âgées ainsi que la vaccination et la prophylaxie des personnes exposées à des maladies transmissibles…).

   La prévention secondaire concerne le dépistage précoce lorsque cela améliore les chances de résultats positifs pour la santé (cela comprend des activités telles que les programmes de dépistage en population pour la détection précoce des maladies ou

la prévention des malformations congénitales ; et les chimiothérapies préventives ayant fait la preuve de leur efficacité lorsqu'elles sont administrées à un stade précoce de la maladie).

Il convient de noter que tandis que les activités de prévention primaires peuvent être mises en œuvre indépendamment du renforcement des capacités dans d'autres services de soins de santé, ce n'est pas le cas pour la prévention secondaire. Le dépistage et la détection précoce ont peu de valeur (et peuvent même nuire au patient) si les anomalies ne peuvent pas être corrigées ou traitées rapidement par d'autres services du système de soins de santé. De plus, un système efficace de soins de santé primaire avec une population enregistrée facilite l'organisation optimale et la fourniture de programmes de dépistage en population et devrait être activement encouragé.

2. *La promotion de la santé* est le processus qui consiste à donner les moyens aux individus de mieux contrôler leur santé et leurs déterminants par des efforts de connaissances en santé et une action multisectorielle pour accroître les comportements sains. Ce processus comprend des activités pour la communauté en général ou pour les populations présentant un risque accru de résultats négatifs en matière de santé. La promotion de la santé aborde habituellement les facteurs de risque liés au comportement tels que le tabagisme, l'obésité, l'alimentation et la sédentarité ainsi que les domaines de la santé mentale, de la prévention des traumatismes, de la lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme, des comportements de santé liés au VIH et de la santé sexuelle.

   La prévention des maladies et la promotion de la santé ont de nombreux objectifs en commun, et ces fonctions se recoupent en grande partie. Sur un plan pratique, il peut être commode de définir également les services de prévention axés sur les individus comme étant principalement concentrés dans les secteurs des soins de santé, et les services de prévention des maladies et les services de promotion de la santé axés sur la population comme dépendant des actions intersectorielles et/ou traitant des déterminants sociaux de la santé.

Champ d'application de la fonction

Prévention des maladies :

- Les services et activités de prévention primaires incluent :
  - Vaccination et prophylaxie post-exposition des enfants, adultes et personnes âgées ;
  - Fourniture d'informations sur les risques comportementaux et médicaux pour la santé, et mesures pour réduire les risques au niveau de la population et des individus ;
  - Inclusion de programme de prévention des maladies aux niveaux de soins de santé primaires et spécialisés, comme l'accès aux services préventifs (par ex. conseils) ;
  - Supplémentation alimentaire et nutritionnelle ; et
  - Éducation sur l'hygiène dentaire et services de santé bucco-dentaire.

- La prévention secondaire comprend des activités telles que :
  - Programmes de dépistage en population pour la détection précoce des maladies ;
  - Fourniture de programmes de santé maternelle et infantile, y compris dépistage et prévention des malformations congénitales ; et
  - Fourniture d'agents chimioprophylactiques pour maîtriser les facteurs de

risques (par ex. hypertension)

Promotion de la santé :

- Politiques et interventions portant sur le tabagisme, l'alcool, l'exercice physique et l'alimentation (par ex. CCLAT , DPAS , stratégies en matière d'alcool et meilleures options de lutte contre les maladies non transmissibles)
- Les interventions sur l'alimentation et la nutrition doivent également s'attaquer à la malnutrition, définie comme un trouble découlant d'une alimentation dans laquelle certains nutriments font défaut, sont en excès (trop grande consommation) ou dans de mauvaises proportions
- Politiques intersectorielles et interventions des services de santé pour traiter la santé mentale et l'abus de substances psychoactives
- Stratégies pour promouvoir la santé en matière de sexualité et de procréation, notamment par l'éducation sanitaire et un accès renforcé aux services de santé sexuelle et procréative et de planification familiale
- Stratégies pour lutter contre la violence domestique, notamment par des campagnes de sensibilisation ; traitement et protection des victimes, et lien avec les services sociaux et d'application de la loi

Mécanismes d'appui pour la promotion de la santé et la prévention des maladies :

- Partenariats multisectoriels pour la promotion de la santé et la prévention des maladies
- Communication pédagogique et sociale visant à des conditions d'hygiène, modes de vie, comportements et environnement sains (voir Fonction VII)
- Réorientation des services de santé pour développer des modèles de soins qui encouragent la prévention des maladies et la promotion de la santé
- Communication sur les risques

V. Garantir l'efficacité en matière de gouvernance de santé, UNE législation de santé publique, UN financement et UN soutien institutionnel

Définition opérationnelle

1. La gouvernance comprend l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes contribuant à éclairer le processus décisionnel sur des questions de santé publique en soutenant les grands principes de la gouvernance, à savoir l'équité, la responsabilité, la transparence et la participation. Le processus de planification stratégique ultérieur devrait concrètement définir la vision, le mandat, les objectifs de santé mesurables et les activités de santé publique aux niveaux national, régional et local. De plus, il est devenu plus important d'évaluer les conséquences des innovations en santé au niveau international sur la situation sanitaire du pays.

2. La législation en santé publique comprend la capacité institutionnelle à formuler une législation sanitaire, en particulier des lois et réglementations sur la santé publique qui permettent de prévenir les maladies et de protéger et promouvoir la santé publique en garantissant un respect constant et ponctuel des cadres réglementaires et d'application de la loi.

3. Le soutien institutionnel consiste à faire en sorte que les structures et mécanismes organisationnels efficaces soient en place pour garantir une prestation efficace des mesures de promotion de la santé, prévention des maladies et protection de la

santé.

4. Le financement porte sur les mécanismes de collecte, regroupement, attribution de ressources, achats et approvisionnements pour répondre aux besoins en santé. Il s'agit également des mécanismes novateurs de financement comme les taxes sur l'alcool et le tabac, sur les billets d'avion et la taxe Tobin. Un financement public complet devrait être la norme pour les services ayant fait leur preuve, d'un bon rapport coût/efficacité et en population ainsi que pour les services personnels aux effets dépassant l'individu (externalités) bénéficiant de l'intervention.

Champ d'application de la fonction :

Gouvernance:

- Engagement des gouvernements nationaux vis-à-vis de la santé et l'équité en santé en tant que priorité dans la politique nationale
  - Politique de santé publique participative basée sur la notion de santé dans toutes les politiques
  - Stratégies, politiques et plans au niveau national pour la santé publique
  - Processus de planification intersectorielle
  - Prise en compte des innovations en santé au niveau international
  - Définition des responsabilités pour la mise en œuvre
  - Indicateurs structurels, de processus et de résultats liés à des cibles soumises à des délais
- Programme d'assurance qualité
- Système pour la surveillance et l'évaluation régulière de l'efficacité

Législation en santé publique :

- Capacités à élaborer et mettre en œuvre les législations nationales appropriées pour améliorer la santé publique et la promotion des environnements sains, conformément aux engagements régionaux et internationaux
- Structures, ressources et processus efficaces pour l'application des législations et réglementations de santé publique et santé dans toutes les politiques.
- Adoption de mécanismes d'audit et de responsabilité transparents dans les processus de planification et mise en œuvre

Soutien institutionnel :

- Renforcer les capacités et compétences institutionnelles qui permettent la mise en œuvre de la notion de santé dans toutes les politiques en adoptant une approche multisectorielle
- Créer ou soutenir les structures ou plateformes institutionnelles pour une bonne mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique (par ex. instituts nationaux de santé publique, organismes de protection de la santé, centres pour le contrôle et la prévention des maladies ou autres mécanismes structurels)

Financement et allocation de ressources :

- Existence de postes budgétaires pour les services de santé publique systématiques et d'urgence
- Allocation de ressources fondées sur les principes d'équité et de rentabilité
- Mécanismes d'achats et d'approvisionnements liés à la planification de la santé publique

VI. Garantir un personnel suffisant et compétent pour des prestations efficaces en matière de santé publique

Définition opérationnelle

Cette fonction compte deux éléments :

1. Création de ressources humaines afin de s'attaquer de manière efficace aux problèmes prioritaires de santé publique. Cela requiert un programme de formation initiale et continue dans différentes disciplines de santé publique en vue d'améliorer la qualité des services et de s'attaquer aux défis émergents en matière de santé publique ; et
2. Répartition, fidélisation et évaluation des performances du personnel de santé publique nécessitant les autorisations adéquates et les procédures de recertification, des descriptions de poste actualisées afin de veiller à la qualité de la formation et de l'expérience pertinente du personnel actuel et futur ainsi que leur répartition équilibrée et leur affectation en vue d'une prestation de services de santé publique efficace.

Champ d'application de la fonction

Création de ressources humaines :

- Planification des ressources humaines, dont :
  - Profil du personnel en santé publique
  - Liens avec les stratégies et plans de santé publique à long terme
- Coordination de la planification des ressources humaines entre les ministères de la santé et les établissements d'enseignement supérieur
- Programmes de formation institutionnels accrédités pour les professionnels de la santé publique
- Mise en œuvre de programmes de formation continue pour les agents de santé publique actifs, notamment les praticiens cliniques et le personnel de soutien en soins de santé
- Certification et homologation basées sur les normes et critères établis
- Principes de recrutement éthiques conformes au Code de pratique de l'OMS

Répartition, fidélisation et évaluation des performances du personnel de santé publique :

- Meilleures conditions pour les professionnels des soins de santé
- Possibilités accrues d'évolution de carrière
- Mesures incitatives pour retenir les médecins et infirmières dans les pays et régions manquant de ressource humaines
- Priorité accordée à la formation à la gestion
- Procédures de re-certification régulières fondées sur les performances et la formation à jour

VII. Communication et mobilisation sociale pour la santé

Définition opérationnelle

Cette fonction comprend les dimensions suivantes :

1. La communication en faveur de la santé publique vise à améliorer l'information sanitaire à la disposition des individus et des populations ainsi que leur état de santé, en informant, en influençant et en motivant les individus, les institutions et le public eu égard aux problèmes et déterminants importants de la santé.
2. La communication en santé englobe plusieurs domaines, notamment le journalisme dans le domaine de la santé, le divertissement, l'éducation, la communication interpersonnelle, les campagnes médiatiques, la communication organisationnelle, la communication de crise et sur les risques, la communication sociale et enfin le marketing social.
3. Cette fonction de communication fournit au public un moyen de contrecarrer la promotion active de produits et modes de vie dangereux, par exemple le tabac, et représente une activité bidirectionnelle d'échange d'informations nécessitant l'écoute, le recueil d'informations et la compréhension de la manière dont les individus perçoivent et expriment les messages sur la santé.

Champ d'application de la fonction

- Stratégie de communication intégrée dans les programmes de santé publique prioritaires
  - Vision, objectifs mesurables, procédures de contrôle et méthodes d'évaluation
  - Consultation de la communauté
  - Formulation des messages en fonction du public cible
  - Utilisation de différents médias (des médias traditionnels aux applications mobiles et médias sociaux en ligne)
  - Mesures pour contrecarrer les campagnes marketing malsaines
  - Organisation de la communication et mobilisation sociale
  - Responsabilités des différents personnels et mise en réseau
  - Partenariat avec les médias privés et les sociétés de marketing
  - Interaction avec la société civile pour la promotion des questions de santé publique
- Évaluation des efforts/activités de communication et de mobilisation sociale
  - Liens et synergie avec les principales parties prenantes

VIII. Faire avancer la recherche en santé publique pour avoir une influence sur les politiques et les pratiques

Définition opérationnelle

Cette fonction comprend deux éléments :

1. Élaboration de priorités et pratiques de recherche en santé publique
2. Renforcement des capacités nationales et financement de la recherche en santé publique
3. Transmission du savoir. La transmission du savoir fait référence au lien opérationnel entre les instituts de recherche et les responsables politiques de façon à optimiser la traduction des résultats de la recherche en politique.

Champ d'application de la fonction

Élaboration de priorités et pratiques de recherche en santé publique :

- Processus établis pour identifier les priorités nationales en matière de recherche en santé publique (y compris la recherche sur les services de santé)
- Établissement d'un appel à propositions pour la recherche commanditée, incluant la recherche sur l'efficacité des activités d'opérations essentielles de santé publique (EPHO), parallèlement à la recherche lancée par un chercheur principal (universités, etc.)
- Partenariats multidisciplinaires avec d'autres centres de recherche en santé et établissements universitaires
- Maintien des normes éthiques et scientifiques en recherche (codes de conduite)

Renforcement des capacités institutionnelles et financement de la recherche en santé publique :

- Intégration des activités de recherche dans l'enseignement et la formation continue en santé publique
- Entretien des bases de données d'indicateurs de santé et accès pour les chercheurs
- Développement de nouvelles méthodes de recherche, technologies innovantes et solutions en santé publique avec un impact mesurable
- Financement accru pour la recherche en santé publique centrée sur les instituts

Transmission du savoir :

- Participation des chercheurs à la planification de la santé publique, notamment l'élaboration d'indicateurs
- Forums ou dialogue entre les chercheurs et les responsables politiques, pour faciliter l'adoption d'une politique fondée sur des données probantes et établir

conjointement un programme de recherche en santé publique

- Interprétation des données brutes issues des enquêtes en population, registres des maladies, dossiers de hôpitaux, etc. (voir outils dans EPHO I) pour soutenir la planification de la santé publique
- Utilisation/traduction des résultats de la recherche en faveur de la politique et planification fondées sur des données probantes
    - Publications dans la langue locale
    - Notes d'orientation
    - Sensibilisation

B. ANNEXE 2- ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE

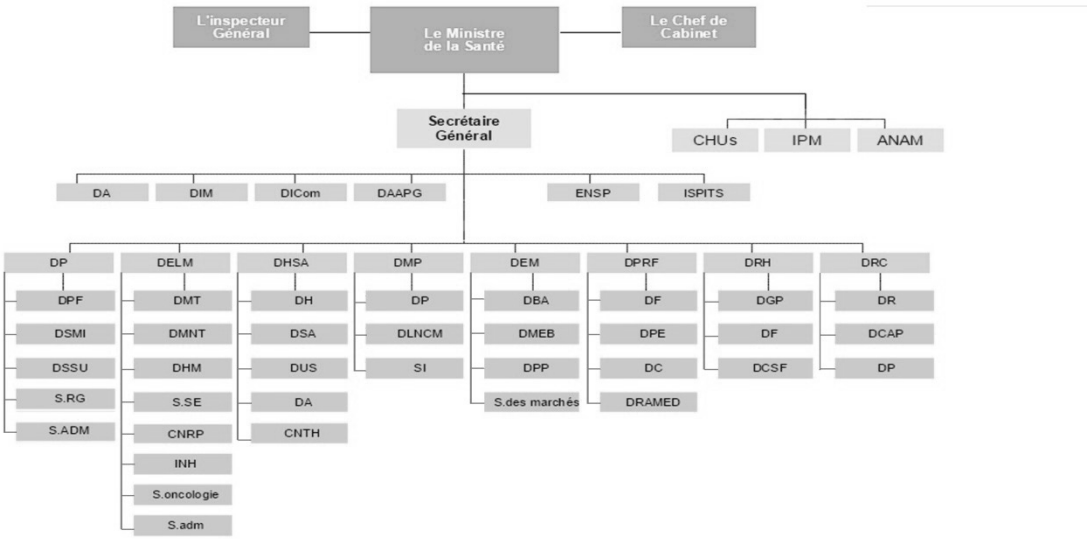
ROYAUME DU MAROC

MINISTERE DE LA SANTE

المملكة المغربية

وزارة الصحة

ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ



DA : Division de l'Approvisionnement
DIM : Division de l'Informatique et des Méthodes
DICom : Division de l'Information et de la Communication
DPAAG : Division du Parc-Auto et des Affaires Générales

CHUs : Centres Hospitaliers Universitaires (CHUs)
IPM : Institut Pasteur du Maroc
ANAM : Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique
ISPITS : Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé

DP : Direction de la Population
- DPF : Division de la Planification Familiale
- DSMI : Division de la Santé Maternelle et Infantile
- DSSU : Division de la Santé Scolaire et Universitaire
- S.RG : Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie
- S.Adm : Service Administratif

DELM : Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies
- DMT : Division des Maladies Transmissibles
- DMNT : Division des Maladies Non Transmissibles
- DHM : Division de l'Hygiène du Milieu
- S.SE : Service de la Surveillance Epidémiologique
- CNRP : Centre National de Radio Protection
- INH : Institut National d'Hygiène
- S.oncologie : Service d'Oncologie
- S.Adm : Service Administratif

DHSA : Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
- DH : Division des Hôpitaux
- DSA : Division des Soins Ambulatoires
- DUS : Division des Urgences et Secours
- DA : Division de l'Assistance
- CNTH : Centre National de Transfusion sanguine et de'Hématologie

DMP : Direction du Médicament et de la Pharmacie
- DP : Division de la Pharmacie
- DLNCM : Division du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
- SI : Service d'Inspection

DEM : Direction des Equipements et de la Maintenance
- DBA : Division de Bâtiments et de l'Architecture
- DMEB: Division du Matériel et des Equipements Biomédicaux
- DPP : Division du Patrimoine et de la Programmation
- S.Marchés : Service des Marchés

DPRF : Direction de la Planification et des Ressources Financières
- DF : Division Financière
- DPE : Division de la Planification et des Etudes
- DC : Division de la Coopération
- DRAMED : Division de la mise en œuvre du Régime d'Assistance Médicale

DRH : Direction des Ressources Humaines
- DGP : Division de Gestion du Personnel
- DF : Division de la Formation
- DCSF : Division du contrôle de la santé des fonctionnaires

DRC : Direction de la Réglementation et du Contentieux
- DR : Division de la Réglementation
- DCAP : Division du Contentieux et des Affaires Professionnelles
- DP : Division de Partenariat