



**50 ANS DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN
&
PERSPECTIVES 2025**

**Système de Santé
et Qualité de Vie**

RAPPORT THÉMATIQUE

GROUPE DE TRAVAIL

Wajih MAAZOUZI
Noureddine FIKRI BENBRAHIM
Radia ATIF
Asmaa TOUJIL

Sommaire

RÉSUMÉ	7
INTRODUCTION	11
■ 1- Etat des lieux et tendances	13
1.1 NIVEAU DE SANTÉ AU MAROC	13
1.2 ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ	24
1.3 FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	31
1.4 GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	34
■ 2- Enseignements tirés de l'analyse rétrospective	45
2.1 ORGANISATION, COUVERTURE SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS	45
2.2 POLITIQUE DU MÉDICAMENT	46
2.3 FORMATION ET ENCADREMENT SANITAIRE DU SYSTÈME	47
2.4 FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	48
2.5 GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	49
2.6 RECHERCHE EN SANTÉ	50
2.7 MÉDECINE TRADITIONNELLE	51

■ 3- Perspectives et recommandations	54
3.1 RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ	54
3.2 MOBILISATION D'UN FINANCEMENT SUFFISANT ET ÉQUITABLE	55
3.3 INSTAURATION D'UNE BONNE GOUVERNANCE	56
■ 4- Vision développement humain 2025 en terme de dépassement	60
BIBLIOGRAPHIE	62

Le groupe thématique « Système de Santé et Qualité de Vie » a mené ce travail dans le cadre de réunions, tenues de manière régulière, conformément aux orientations de la Commission Scientifique du Rapport "50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025".

L'examen par le groupe de l'ensemble des données nationales se rapportant à la thématique « Santé, Qualité de Vie » et de la littérature internationale, plus particulièrement les expériences des autres pays, en relation étroite avec le concept de développement humain, a permis de fixer définitivement le plan de ce rapport.

Les contributions des membres du groupe ont été prises en considération dans le cadre du processus de réflexion.

Les différentes versions de ce rapport ont été soumises à l'appréciation de tous les membres du groupe, avec inclusion de leurs remarques et suggestions.

Membres du groupe de rédaction du rapport :

- Pr. Wajih MAAZOUZI
- Pr. Nouredine FKRI BENBRAHIM
- Dr. Radia ATIF
- Mme Asmae TOUIL

« Sans l'homme, le développement n'a pas de raison
et sans la santé le développement ne saurait trouver son assise »

Dr. COMLAN A. A. QUENUM

Directeur Régional Pour la Région Afrique, Nairobi, 1978

RÉSUMÉ

La promotion de la santé dans le monde représente l'un de ces défis qui s'imposent partout. La santé pour tous, sans discrimination, apparaît comme une utopie autant qu'un objectif essentiel, fondement de développement humain. Le souci d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins est un facteur majeur de développement humain avant d'être une condition d'efficacité des systèmes de santé. Ainsi, la santé et les politiques de santé constituent un enjeu déterminant dans l'accession des pays à un processus de développement humain. Comment la santé peut-elle s'intégrer dans le développement humain ? A quelles conditions les politiques de santé participent-elles à cet objectif ?

I - Etat des lieux, tendances et enseignements tirés de l'étude rétrospective :

Au lendemain de l'indépendance, le Maroc a opté pour un modèle de santé où l'Etat s'occupait de la production des soins et services, du financement des soins, du management des établissements et de la régulation du secteur.

L'objectif premier, voire fondamental, du système de santé étant l'amélioration de la santé de la population marocaine ; celle-ci a connu au cours des 50 dernières années une amélioration qui s'est traduite par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance (70,5 ans contre de 47 ans), la diminution du taux brut de mortalité (5,5‰ contre de 19‰), la diminution de la mortalité infantile (40 décès contre 118 pour 1000 naissances), infanto juvénile (47 décès contre 203 pour 1000 naissances vivantes) et de la mortalité maternelle (227 décès contre de 631 pour 100 000 naissances vivantes) et la diminution, voire l'éradication, d'un certain nombre de maladies dont les maladies cibles de la vaccination.

Cependant, les niveaux atteints demeurent en deçà de ceux des pays développés et même de ceux des pays à développement socio-économique voisin de celui du Maroc.

L'analyse de la charge de morbidité globale, fait ressortir une transition épidémiologique où la charge de morbidité globale du groupe des maladies non transmissibles (diabète, hypertension artérielle, athérosclérose...) est supérieure à celle du groupe des maladies transmissibles, montrant ainsi que le Maroc fait face à un double fardeau de morbidité.

Le système de santé marocain a connu depuis l'Indépendance 3 grandes périodes de développement :

- Une première période consacrée à la mise en place des infrastructures de base, la rationalisation des ressources et la lutte contre les épidémies ;
- Une deuxième période relative au développement de l'offre et des programmes sanitaires ;
- Une troisième période caractérisée par l'ouverture du débat sur la réforme de santé et la quête du changement.

En dépit des efforts déployés par le secteur public et le développement rapide du secteur privé, la couverture sanitaire de la population connaît toujours des insuffisances en termes de capacité litière globale (1 lit pour 900 habitants), concentrée dans les grandes villes du Royaume, limitant ainsi

l'accessibilité aux soins pour les populations rurales (1/4 de la population se trouve encore à plus de 10 Km d'une formation sanitaire). De même que le système de soins souffre de cloisonnements d'ordre fonctionnel et technique entre les niveaux ambulatoire et hospitalier et aussi de l'absence d'un cadre légal de régulation et d'un outil de planification temporelle et spatiale de l'offre publique des soins (Carte sanitaire).

En ce qui concerne l'accessibilité au médicament, celle –ci souffre des mêmes insuffisances, à savoir la concentration des officines dans le milieu urbain, déficit que ne peut pallier un secteur public sous financé, engendrant ainsi une disponibilité partielle du médicament nécessaire aux soins curatifs dans les structures de soins publiques.

L'encadrement du système de santé par les professionnels de santé a connu un accroissement, mais les ressources humaines, toutes catégories confondues, restent insuffisantes avec une répartition très inégale au sein de la population. La formation de base, encore moins la formation continue, n'offrent pas les profils attendus pour un système de santé performant, plus particulièrement sur le plan de la qualité et de l'accessibilité des soins curatifs et préventifs et ce, pour l'ensemble de la population. D'où la nécessité d'une réforme globale des études en sciences de la santé sans oublier certaines catégories comme les juristes, les économistes de la santé, les démographes... etc.

Dans le domaine de la recherche en santé, on constate une absence de déclaration de politique de recherche, une insuffisance des infrastructures et des compétences ; l'évaluation et l'utilisation des résultats de recherche font défaut, tandis que le financement repose exclusivement sur la coopération bilatérale ou multilatérale. Le développement de la recherche en santé passe par la correction de l'ensemble de ces déficiences.

En matière de financement du système de santé, la dépense globale de santé est faible, soit uniquement 5% du PIB, témoignant ainsi de l'indigence du niveau de la consommation médicale. L'insuffisance du financement public et la faiblesse de la couverture par l'assurance maladie engendrent une iniquité du financement de la santé, en raison de la forte part des paiements directs des ménages qui participent à hauteur de 54%.

La structure de la gouvernance du système de santé se compose de différents acteurs dont le Ministère de la Santé, les collectivités locales, le secteur privé et la société civile mais l'analyse de cette gouvernance montre que les attributs retenus pour une bonne gouvernance, à savoir la participation, l'imputabilité, la subsidiarité et la transparence ne sont pas appliquées. Ces manquements sont d'autant plus sensibles que la politique sanitaire s'achemine de plus en plus, comme de droit, vers la régionalisation, la préservation de l'Etat de droit, la protection des affaires locales, la prise en considération des problèmes du citoyen, la globalité et la complémentarité des composantes de la société, ainsi que le respect de l'ordre et des libertés. En définitive, le citoyen doit rester au coeur des politiques et des stratégies sanitaires, de même que les professionnels de santé, toutes catégories confondues, doivent être impliqués dans la formulation de cette politique. Il serait, ainsi, judicieux de définir une véritable politique nationale de santé et non des programmes et des plans d'action sur des périodes de temps limitées ou au gré des changements de titulaires.

II - Perspectives et recommandations :

La réforme du système de santé au Maroc devient une nécessité et non pas un choix. Pour cela, il devient impératif d'instaurer de nouvelles bases pour une meilleure gouvernance et de mobiliser un financement suffisant et équitable, sans pour autant abandonner les acquis réalisés, notamment en ce qui concerne le renforcement de la couverture médicale pour assurer une meilleure accessibilité aux soins, l'adoption de la prévention comme instrument efficient d'amélioration du niveau de santé du citoyen, la consolidation des programmes de santé, particulièrement, ceux de la mère et de l'enfant et de lutte contre les maladies transmissibles, le renforcement de la sécurité sanitaire et la consolidation des acquis en matière de politique du médicament et la promotion du générique.

En effet, pour répondre à un souci d'équité, d'universalité, d'accessibilité et de solidarité, la gouvernance du nouveau système de santé nécessite des pré-requis indispensables tels que :

- la séparation entre la prestation et le financement, et entre la responsabilité du financement et celle du management ;
- le développement de la fonction de planification et de régulation pour assurer la complémentarité des secteurs, public et privé en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé et qui repose sur des outils indispensables comme la carte sanitaire qui devrait être établie, instaurée et régie en instrument juridique ; le schéma régional d'organisation sanitaire ; le projet d'établissement élaboré en chaîne depuis les services hospitaliers jusqu'au Ministère de la Santé en passant par les établissements hospitaliers et enfin la contractualisation, en cascade selon le même processus ;
- la conception de la politique sanitaire et des orientations stratégiques dans un cadre intégré associant aussi bien le secteur public que privé et évaluant les performances et les contre-performances de tous les intervenants par la définition des responsabilités de chacun des intervenants et des indicateurs de suivi, le développement jusqu'à la généralisation de mécanismes institutionnels d'incitation à l'efficacité et à l'assurance qualité (audit, accréditationetc.) et la mise en place d'observatoires de santé.

De la même manière, la mobilisation d'un financement suffisant et équitable ne pourrait être assuré que par une croissance économique soutenue et durable, la révision à la hausse du budget du Ministère de la Santé, envisageant d'autres alternatives de financement, l'extension de l'assurance maladie obligatoire dont le taux de couverture devrait atteindre 48%, la réduction des coûts des biens médicaux et des soins à travers l'amélioration des mécanismes d'approvisionnement et des achats publics, le recours au système de vacation dans le secteur public et l'orientation des ressources financières vers les prestations de soins prioritaires et socialement rentables et la mise en place d'une politique ambitieuse d'abord du médicament générique, puis de fabrication des principes actifs.

III- La vision « développement humain 2025 » :

Elle conçoit un Marocain développé sur le plan sanitaire, c'est à dire concevant la santé dans son acception moderne, et recherchant le bien-être physique, mental, familial, professionnel et social ; vivant dans un environnement sain ; non victime des maladies transmissibles et non transmissibles ; conscient de son droit à la santé (équité, justice et liberté) et de son devoir de santé (capacité de production) ; ayant la culture et l'éducation d'un homme sain (hygiène de vie) ; prenant en charge sa santé individuelle, conscient de la responsabilité de son comportement sur sa famille, sur la société, sur le coût économique de la santé et sur la préservation de l'environnement.

Cette vision nécessite certains dépassements tels que le rechargement des professions de santé d'un double concept, humanitaire et économique ; l'élaboration d'une politique sanitaire définissant les priorités sur le registre des maladies transmissibles et non transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant, l'hygiène et la nutrition... et utilisant toutes les armes de la médecine préventive; la mise en œuvre de cette politique, avec des objectifs quantifiés moyennant des ressources appropriées, des responsabilités identifiées, reposant sur un système déconcentré, contractualisé et évalué, englobant, outre l'aspect purement sanitaire, les autres actions d'hygiène et de prévention (eau potable, assainissement, habitat, réseau d'abattoirs) ; une accélération de la normalisation, de la réglementation et de l'élaboration des standards minimum en qualité (carte sanitaire, démarche qualité, audit et accréditation) ; la participation dans toutes les strates de la pyramide du savoir qui doivent être pourvues de budgets conséquents ; l'intervention de la femme, acteur principal de la préservation de la santé, dans toute la hiérarchie sanitaire décisionnelle (Gouvernement, Parlement, vie associative) ; la fabrication et la marchandisation de produits pharmaceutiques jusqu'alors exclus de l'économie marocaine ; la fondation d'un partenariat transnational autour de produits ; la fondation d'un ordre national des professionnels de santé et l'institution d'un temps plein aménagé bidirectionnel .

Force est donc de constater que pour une participation de la politique de santé au développement humain, il est nécessaire d'insérer toutes les mesures à prendre dans les valeurs, les traditions, les coutumes locales. Ainsi, toute réforme de la politique sanitaire serait vouée à l'échec si elle ne s'enracinait pas dans les valeurs juridiques, économiques et morales, qui constituent les fondements du contrat social de notre pays.

INTRODUCTION

Les défis de nos jours sont innombrables pour l'humanité, souvent d'apparence insurmontable dans les pays pauvres, souvent exaltants dans les pays développés. La promotion de la santé dans le monde représente l'un de ces défis qui s'imposent partout : dans tous les pays, toutes les villes, toutes les campagnes et tous les villages de la planète. La santé pour tous, sans discrimination, apparaît comme une utopie autant qu'un objectif essentiel, fondement du développement humain.

Les problèmes et les défis des systèmes de santé, semblent eux-mêmes universels. Quelle est la finalité du système ? Y a-t-il une limite aux ressources que la société peut y investir ? Comment faire des choix ? Comment rationaliser les ressources disponibles pour maximiser la qualité de vie des individus ? Comment préserver les valeurs de la société ?

Il est aussi remarquable de constater que ce débat a permis l'émergence d'un consensus international en matière de santé : le souci d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins est devenu un facteur majeur de développement humain avant d'être une condition de l'efficacité des systèmes de santé.

Mais la multiplication des possibilités d'intervention est confrontée aux limites de la capacité financière. Le fait que les ressources de toute société ont des limites, l'oblige à faire des choix à tous les niveaux d'un système de santé. Une analyse des différents systèmes de santé du monde montre qu'aucune société n'a encore trouvé l'équilibre parfait entre l'obligation de performer et d'assurer un accès équitable à tous les services de santé. Toutes cherchent leur voie. Ces défis ne sont pas que fondamentaux, ils sont aussi d'ordre structurel, organisationnel, managérial et financier.

Les sources de financement et les modes d'allocation des ressources sont partout révisés dans un souci de cohérence avec les objectifs de santé et de qualité de vie des individus composant la population.

Le Maroc ne fait pas face à un défi singulier. Il est particulier à notre contexte mais universel dans sa définition.

Depuis l'indépendance jusqu'à nos jours, les indicateurs sanitaires du Maroc témoignent d'une progression notable en matière d'extension de la couverture sanitaire et d'un recul des mortalités infantile et juvénile, avec une nette augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Mais malgré ces progrès réels, il existe au sein de la population marocaine d'importantes différences au niveau de l'état de santé et du statut de morbidité qui sont liées à des inégalités socio-économiques et au milieu de résidence (urbain/rural) et beaucoup d'insuffisances en matière de qualité des soins.

Cette disparité dans l'état de santé questionne le modèle du système de santé mis en place, son organisation, son mode de financement ainsi que sa gouvernance.

Au lendemain de l'indépendance, le Maroc a opté pour un modèle de système de santé où l'Etat s'occupait de la production des soins et services, du financement des soins, du management des établissements et de la régulation du secteur. Mais au fil des années et afin que notre système puisse répondre aux problèmes

traditionnels (disparité entre milieux et entre régions, complémentarité public/privé...) et aux problèmes émergents (transition démographique et épidémiologique, financement des soins, gestion peu efficace, développement technologique...) dans un contexte en pleine mutation: politique, économique et sociale, la réforme trouve, de plus en plus, sa pertinence et sa légitimité.

Cette réforme du système de santé permettra de maîtriser une demande de soins en transition, maîtriser les coûts, maîtriser les processus de gestion, améliorer la performance des établissements sanitaires, améliorer l'accessibilité, assurer plus d'équité et par conséquent participer au développement humain.

■ 1- Etat des lieux et tendances

1.1. NIVEAU DE SANTÉ AU MAROC :

L'amélioration de l'état de santé constitue l'objectif essentiel d'un système de santé. L'évaluation du degré d'accomplissement de cet objectif par le système de santé marocain est appréciée à travers l'étude de l'évolution d'un certain nombre d'indicateurs de santé qui sont les suivants :

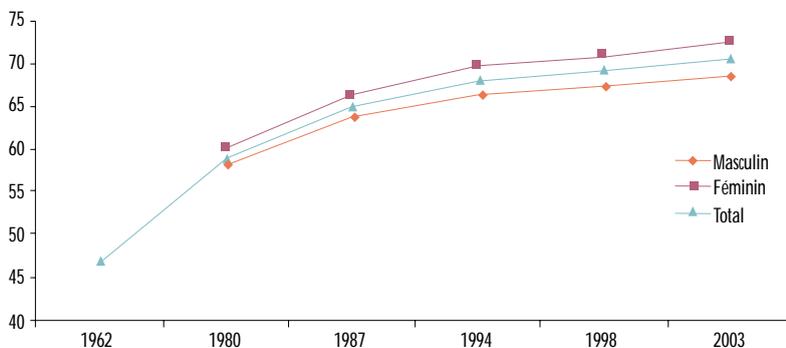
1-1-1- L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE :

L'analyse de l'évolution de l'espérance de vie à la naissance depuis l'indépendance montre que cet indicateur est passé de 47 ans en 1962 à 70,5 ans en 2003, ce qui correspond à un gain de plus de 20 ans en l'espace de 40 ans.

L'espérance de vie à la naissance des femmes reste supérieure à celle des hommes, l'écart de 2,1 ans en 1980 a atteint 4,2 ans en 2003. Il en est de même pour l'espérance de vie à la naissance par milieu de résidence où l'on note un élargissement important de l'écart en faveur du milieu urbain (2,9 ans en 1967 contre plus de 6 ans en 1999).

Ce niveau atteint par le Maroc avoisine celui atteint par l'Égypte, mais reste en dessous de celui de l'Espagne où l'écart enregistré avec ce pays est de l'ordre de 8 ans.

Graphique 1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe (en années)



Source : Profil sociodémographique du Maroc (CERED), 2004

1-1-2- L'ESPÉRANCE DE VIE CORRIGÉE DE L'ÉTAT DE SANTÉ :

Le souci en matière de santé s'oriente vers l'appréciation de la qualité de vie et de la vie sans incapacité, mesurée par l'espérance de vie corrigée de l'état de santé (EVCS). En d'autres termes, c'est le nombre d'années en pleine santé qu'un nouveau né peut espérer vivre sur la base des taux actuels de morbidité et de mortalité.

Cet indicateur se situe à peine autour de 55 ans pour notre pays contre 58,4 ans en Jordanie et 70 ans dans les pays développés.

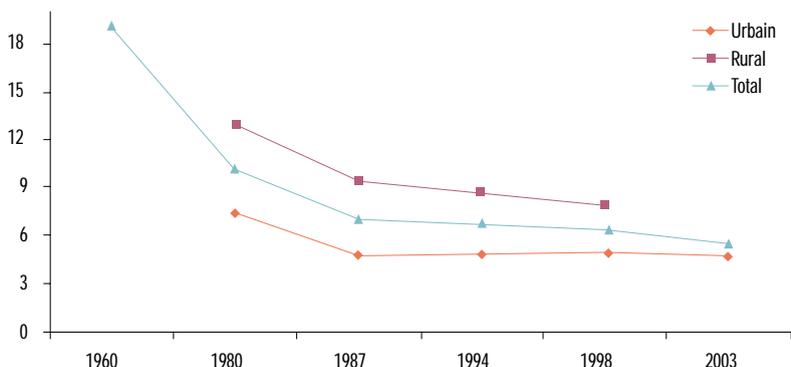
1-1-3- LE TAUX BRUT DE LA MORTALITÉ :

Le taux brut de mortalité a connu une baisse importante passant de 19‰ en 1960 à 5,5‰ en 2003, ce taux reste plus élevé dans le milieu rural par rapport au milieu urbain.

L'indice synthétique de fécondité, lié à deux phénomènes importants (nuptialité et contraception) est passé de 7 enfants par femme en 1962 à 2,5 enfants par femme en 2003-2004 avec des variations différentielles entre milieu urbain et rural (3,3 pour les couches défavorisées et 1,9 pour les populations les plus nanties).

Il est probable, d'après les études démographiques en cours, que la fécondité et la natalité continueront à diminuer jusqu'à l'horizon 2015 ou elles se stabiliseront.

Graphique 2 : Evolution du taux brut de mortalité (pour mille) Période 1960-2003



Source : Profil sociodémographique du Maroc (CERED), 2004

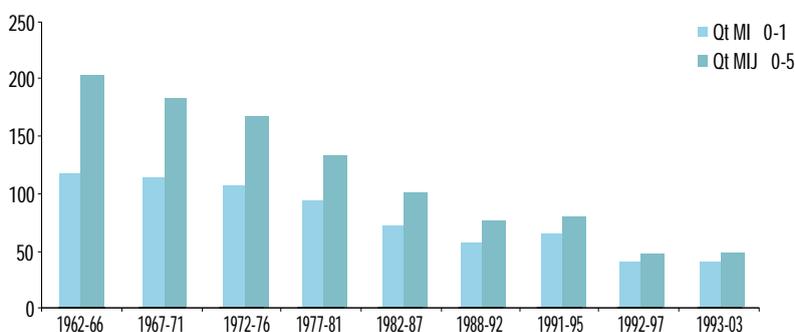
1-1-4- LA MORTALITÉ INFANTILE ET INFANTO JUVÉNILE :

La mortalité infantile (enfants âgés de moins d'un an) a connu une nette réduction entre 1962 et 2003-2004 passant de 118 à 40 décès pour 1000 naissances vivantes. Cependant, ce niveau reste élevé par rapport à

des pays comme la Tunisie 26,2 décès pour 1000 naissances vivantes en 1997, l'Espagne 4,9 décès pour 1000 naissances vivantes en 1997 et 3,4 pour mille en 2003-2004.

La mortalité infanto juvénile (enfants âgés de moins de 5ans) a varié entre 1962 et 2003 de 203 à 47 décès pour 1000 naissances vivantes, mais demeure élevée par rapport à la performance atteinte par certains pays dont par exemple l'Espagne où l'on enregistre un taux de moins de 9 décès pour 1000 naissances vivantes.

Graphique 3 : Evolution du taux de mortalité infantile et infanto juvénile Période 1962 - 2003



Source : Profil sociodémographique du Maroc (CERED),2004

Les niveaux de mortalité infantile et infanto–juvénile, malgré leur amélioration, demeurent à des niveaux inacceptables.

Des efforts importants doivent être déployés pour la consolidation du programme de la santé de la mère et de l'enfant, afin de réduire davantage cette mortalité.

Il est nécessaire d'évaluer, d'une manière plus affinée, notre stratégie de lutte contre la morbidité et la mortalité infantile durant la dernière décennie 1995-2005 : pourquoi ne sommes-nous pas arrivés à infléchir les taux de mortalité infantile et néonatale durant les dix dernières années malgré les ressources injectées dans ce programme ?

Certes il y a un problème d'accessibilité mais il ressort, à priori, que la qualité des soins maternels, infantiles et plus particulièrement néonataux constitue la cause essentielle des dysfonctionnements du programme (les taux de fréquentation des structures de soins des réseaux ambulatoire et hospitalier ont nettement augmenté ces dix dernières années) .

1-1-5- LA MORTALITÉ MATERNELLE :

L'évolution du taux de la mortalité maternelle se caractérise, certes, par une diminution : entre 1972 et 2003 -2004 ce taux est passé de 631 à 227 décès pour 100.000 naissances. Mais ce taux reste plus alarmant en milieu rural où il atteint 267 décès pour 100.000 naissances vivantes.

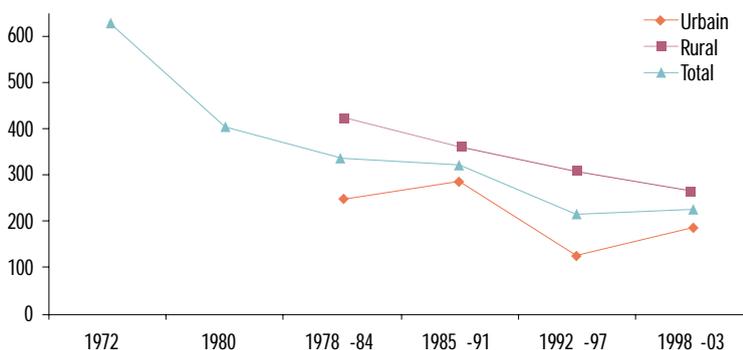
Ce taux reste aussi élevé par rapport au niveau atteint par des pays à niveau de développement socioéconomique voisin de celui du Maroc, de même que par rapport aux pays de l'Occident où il dépasse rarement 20 décès pour 100.000 naissances.

Comparé à des pays similaires (170 pour 100.000 naissances vivantes en Tunisie, 150 pour 100.000 naissances vivantes en Jordanie), et s'il se maintient à la tendance actuelle, il faudrait attendre 2020 pour rejoindre ce groupe de pays.

Ces taux avec les importantes inégalités, au niveau de la répartition par milieu de résidence, région, dénotent des différents dysfonctionnements du système justifiant l'ensemble des réformes en cours et plus particulièrement la consolidation et l'intensification des actions du programme de maternité sans risque pilotées par le Ministère de la Santé et la nécessité d'une meilleure adéquation entre la formation et la pratique des professionnels de santé (mise en place au sein du Ministère de la Santé, depuis 2004, d'une Commission Nationale Ad Hoc de redéfinition de la « stratégie nationale maternité sans risque »).

Il est nécessaire, par conséquent, de procéder à une analyse plus fine de la morbidité, mortalité maternelle et d'aller en profondeur pour identifier les zones géographiques et les groupes socioéconomiques les plus défavorisés et les plus vulnérables.

Graphique 4 : Evolution du taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances)



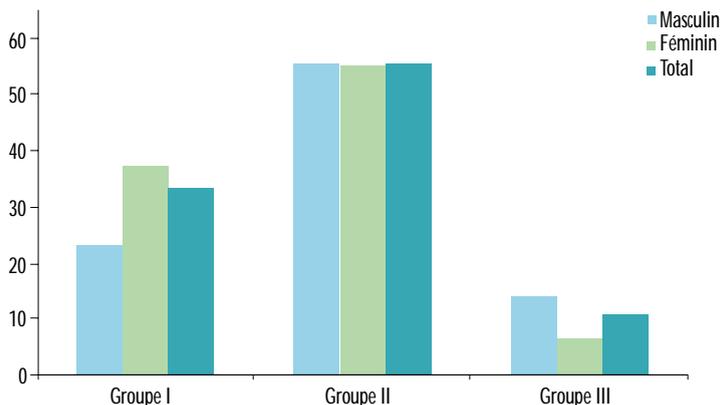
Source : Profil sociodémographique du Maroc (CERED), 2004

1-1-6- LA CHARGE DE MORBIDITÉ GLOBALE

La charge de morbidité globale (CMG) correspond à un indicateur permettant l'évaluation de la quantité de vie pleine que fait perdre la maladie. La dernière étude menée, dans ce sens par le Ministère de la Santé, en 1992, a fait ressortir la transition épidémiologique qui s'opère où la charge de morbidité globale du groupe des maladies non transmissibles est supérieure à celle du groupe des maladies transmissibles. Cette évolution transitionnelle constitue une preuve supplémentaire que le Maroc fait face, actuellement, à un double fardeau de la morbidité transmissible et non transmissible qu'il faut gérer.

Exprimée en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) la valeur de cet indicateur est déduite de la combinaison des taux de morbidité avec les données sur les incapacités.

Graphique 5 : AVCI par groupe de maladies et par sexe, 1992



Source : Direction de la Planification et des Ressources Financières, Ministère de la Santé, 1992.

Dans le graphique N°5, ci dessus, le groupe I correspond aux maladies transmissibles, à la morbidité maternelle et de la période périnatale, le groupe II correspond aux maladies non transmissibles et le groupe III aux traumatismes.

Le nombre d'AVCI relatif aux maladies non transmissibles (groupe II) est le plus élevé représentant un taux de 55,8%, suivi par celui des maladies transmissibles, maternelles et de la période périnatale (groupes I) 33,4% et par celui des traumatismes (groupe III) 10,8 %.

1-1-7- MORBIDITÉ APPRÉHENDÉE À TRAVERS LES DONNÉES DE LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DES ENQUÊTES

Bien qu'il soit difficile d'apprécier, de façon fiable, l'évolution de la morbidité dans notre pays, en dehors d'un système de surveillance épidémiologique qui permet un recueil en monitoring, de la plupart des maladies endémiques ou problèmes de santé publique, on peut considérer, sur la base des déclarations obligatoires et des différentes enquêtes réalisées ces dix dernières années, la situation suivante :

- Une tendance vers la diminution, voire l'éradication d'un certain nombre de maladies, particulièrement :
 - les maladies cibles de la vaccination,
 - mais aussi certaines maladies objet des programmes sanitaires :
 - les maladies hydriques, typhoïdes en tête,
 - le trachome,

- la bilharziose,
- la lèpre
- le paludisme

- Une tendance vers la persistance ou la stagnation, voire la recrudescence de certaines maladies, en particulier :
 - la tuberculose,
 - les infections respiratoires aiguës,
 - les méningites cérébrospinales,
 - les hépatites virales (B et C),
 - les IST SIDA,
 - les toxi-infections alimentaires...

Ces maladies continuent de constituer des menaces pour notre pays

- Une tendance vers l'émergence de certaines maladies, notamment :
 - les maladies chroniques comme les cancers,
 - les maladies cardio-vasculaires avec l'hypertension artérielle en tête,
 - les maladies métaboliques et de carence (diabète en particulier),
 - l'insuffisance rénale chronique,
 - les maladies mentales
 - les traumatismes non intentionnels.

Devant cette situation, une nouvelle orientation stratégique s'impose en matière de prévention et de lutte. Le Ministère de la Santé, dans sa stratégie sectorielle 2002-2003, a annoncé les orientations stratégiques en rapport avec ces programmes mais il est important de revoir notre politique de prévention dans le sens d'une plus grande maîtrise des facteurs et des déterminants de la morbidité et de la mortalité liées à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches.

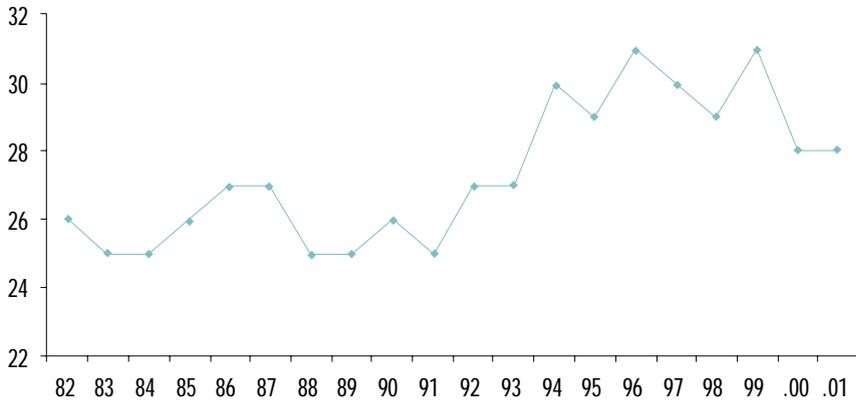
Pour illustrer cette situation, un certain nombre de maladies méritent une analyse approfondie.

1-1-7-1- La tuberculose :

La lutte contre la tuberculose, au Maroc, est organisée dans le cadre d'un programme national. Ce dernier se caractérise par une décentralisation de la prise en charge et son intégration dans le réseau de soins de santé de base. Le taux de dépistage des formes bacillifères est supérieur à 90%, le taux de succès thérapeutique est de l'ordre de 90%.

En dépit de ces efforts, le nombre de nouveaux cas enregistrés chaque année depuis le début des années 80, oscille entre 25000 et 30000 nouveaux cas, ce qui correspond à une incidence annuelle qui se situe autour de 1 nouveau cas pour 1000 habitants par an. Cette incidence fait du Maroc un pays à haute incidence tuberculeuse comparativement aux autres pays du Maghreb et ceux du Moyen Orient. Cette situation reste liée aux conditions socio-économiques défavorables de certaines couches de la population marocaine.

Graphique 6 : Evolution du nombre de nouveaux cas de tuberculose, 1982-2001
(Exprimé en milliers de cas)



Source : Direction de l'Epidémiologie et Lutte Contre Les Maladies, Ministère de la Santé

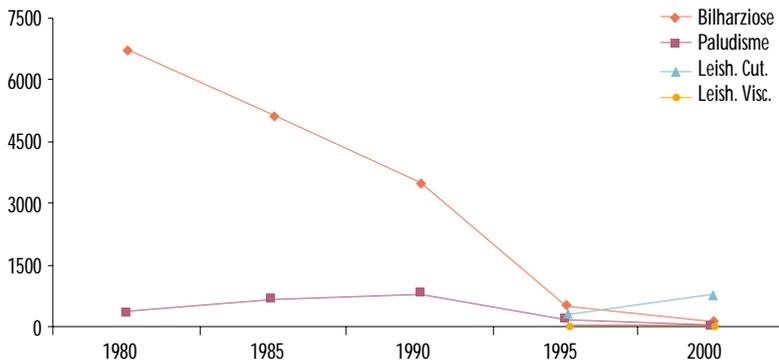
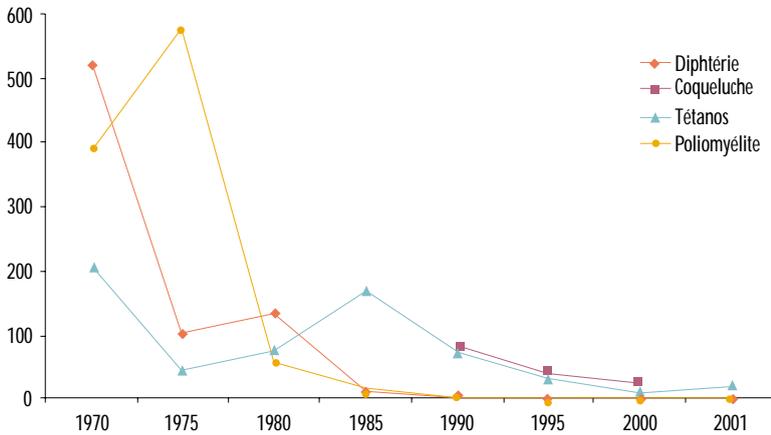
1-1-7-2- Les maladies cibles de la vaccination :

Le programme national d'immunisation (PNI) a démarré, en 1981, sous le nom de programme élargi de vaccination (PEV), puis s'est étendu, en 1987, à travers une stratégie mixte de vaccination, en poste fixe et par des équipes mobiles combinées avec l'organisation d'importantes journées nationales de vaccination (JNV). Cette action a permis de faire baisser nettement l'incidence des principales maladies cibles de la vaccination. Aussi aucun cas de diphtérie ni de poliomyélite n'a été notifié depuis une dizaine d'années. Le tétanos néonatal, avec moins de 10 nouveaux cas par an, est considéré comme éliminé selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'incidence de la coqueluche a baissé ; actuellement elle est inférieure à 100 nouveaux cas par an et reste une problématique maîtrisable.

La rougeole continue de poser un problème, plus particulièrement dans la tranche d'âge > 5 ans, voire chez des enfants apparemment correctement vaccinés.

Graphique 7 : Evolution du nombre de nouveaux cas de maladies cibles de la vaccination



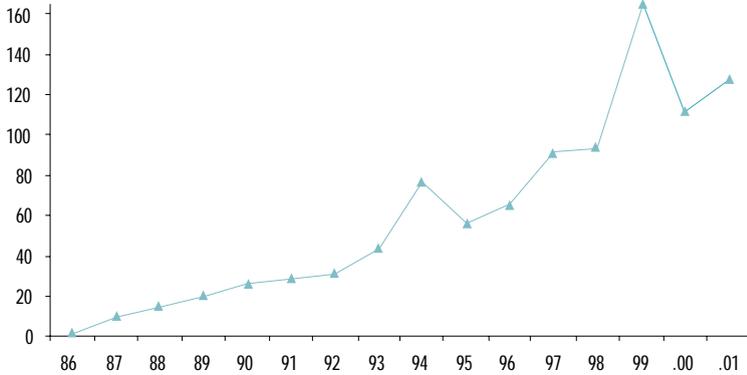
Source : Direction de l'Epidémiologie et de Lutte Contre les Maladies, Ministère de la Santé

1-1-7-3- Le SIDA :

La lutte contre le SIDA a démarré, en 1986. La stratégie adoptée se base essentiellement sur la surveillance épidémiologique, la prévention et la prise en charge des malades, avec une implication de la société civile et des autres départements sociaux.

La tendance enregistrée est celle d'une augmentation constante des cas de SIDA - maladie depuis 1986. Cependant, la prévalence actuelle du SIDA situe le Maroc parmi les pays les moins touchés au même titre que les autres pays du Maghreb et du Moyen Orient.

Graphique 8 : Evolution du nombre de nouveaux cas de SIDA - Maladie, 1986-2001



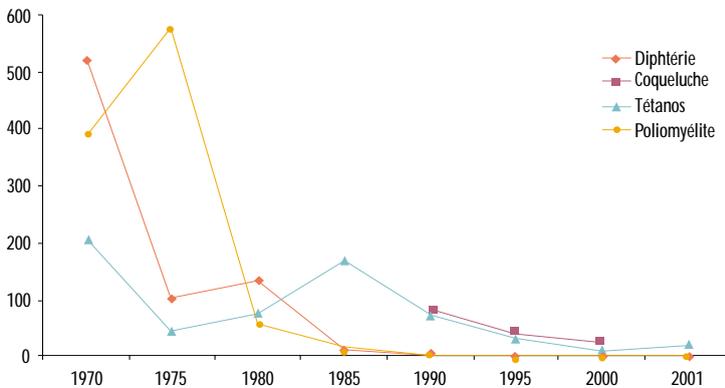
Source : Direction de l'Epidémiologie et de Lutte Contre les Maladies, Ministère de la Santé

1-1-7-4- Les maladies à transport hydrique et/ou alimentaire :

L'incidence de ces maladies à savoir le choléra, la typhoïde et les hépatites épidémiques (A et E) est en nette diminution.

L'application d'une stratégie basée sur la détection précoce, la déclaration obligatoire et l'intervention rapide contre les flambées épidémiques, a permis un meilleur contrôle de ces maladies qui sont enregistrées sous forme de cas essentiellement épisodiques avec une diminution du risque d'épidémie.

Graphique 9 : Evolution du nombre de nouveaux cas de maladies à transport hydrique et/ou alimentaire, pour la période 1980-2001



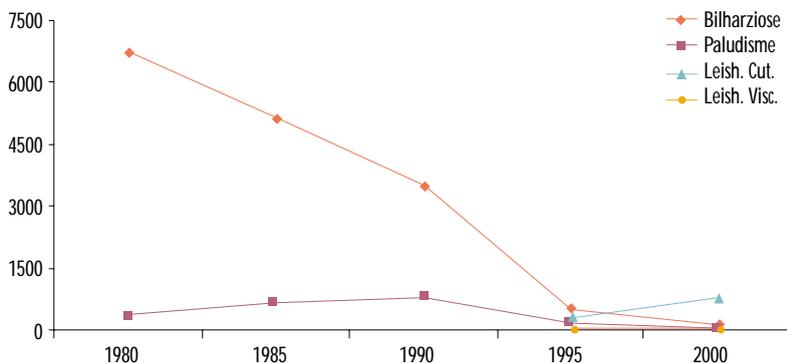
Source : Direction de l'Epidémiologie et de Lutte Contre les Maladies, Ministère de la Santé

1-1-7-5- Les maladies parasitaires :

L'analyse de l'évolution de l'incidence de ces maladies, objet de programmes de lutte montre une diminution de la morbidité liée à la bilharziose et au paludisme autochtone. Par contre se pose encore le problème du paludisme importé, plus particulièrement à *P. Falciparum* et qui nécessite une plus grande attention en matière de surveillance épidémiologique.

De même, on note pour les leishmanioses une situation endémique pour la forme viscérale et de grands foyers épidémiques pour les formes cutanées zoonotiques.

Graphique 10 : Evolution du nombre de nouveaux cas de maladies parasitaires, Période 1980-2000



Source : Direction de l'Epidémiologie et de Lutte Contre les Maladies, Ministère de la Santé,

1-1-7-6- Les maladies non transmissibles :

L'absence d'un système de surveillance épidémiologique spécifique aux maladies non transmissibles fait que l'on ne dispose pas de données permettant de suivre leur évolution.

Cependant, selon les données issues des enquêtes ponctuelles, on constate une augmentation de plus en plus importante de la prévalence de ces maladies, plus particulièrement les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle en tête, le diabète et les cancers. Cette tendance est en relation avec le changement du mode de vie incluant la sédentarité, le stress, le régime alimentaire, le tabagisme et autres facteurs de risque.

Devant cette situation une nouvelle orientation stratégique s'impose en matière de prévention et de lutte. Le Ministère de la Santé, dans sa stratégie sectorielle 2003-2007, a annoncé de nouvelles orientations stratégiques en rapport avec ces programmes.

1-1-8- GLOBALISATION DES RISQUES

Depuis 1995, le lien entre gaz à effet de serre et perturbations climatiques est confirmé.

Six gaz à effet de serre dont les émissions doivent être réduites, sont en cause :

- Dioxyde de carbone (CO₂) Méthane (CH₄)
- Oxyde nitrique (N₂O)
- Hydrofluorocarbone (HFC)
- Perfluorocarbone (PFC)
- Hexafluorure de soufre (SF₆)

En fait, ils sont douze polluants à figurer parmi les polluants organiques persistants (POP) les plus toxiques au monde. Ces gaz ont toujours existé dans l'atmosphère terrestre. En créant un effet de serre, ils permettent, à la terre d'être habitable. S'ils n'existaient pas, la température à la surface de la terre serait de 18°C. C'est leur trop forte concentration dans l'air qui est néfaste pour l'écosystème.

La production de l'ozone est le fruit indirect de la combustion des hydrocarbures (essence, gasoil et autres) brûlés par les transports, surtout l'automobile, des installations industrielles et des grosses unités productrices d'électricité, alimentées en combustibles fossiles (pétrole, charbon).

Les polluants primaires directement émis génèrent des polluants secondaires, et tous réagissent entre eux. C'est le cas des oxydes d'azote, puissants irritants des voies respiratoires. Ils favorisent la production ou la consommation d'ozone, elles-mêmes fortement liées à l'ensoleillement.

Appréciée dès lors qu'elle est présente à très haute altitude (elle protège la faune et la flore terrestres de certains effets nocifs du rayonnement solaire), la molécule d'ozone devient un polluant gênant quand elle s'accumule, surtout en période estivale, dans les couches basses de l'atmosphère. Toux, inconfort thoracique, essoufflement, irritation nasale et oculaire peuvent alors toucher les habitants des grandes villes qui y sont en priorité exposés.

L'état de vétusté du parc automobile marocain, l'industrialisation non toujours établie aux normes de sécurité et la naissance de mégapoles laissent présager qu'un risque patent plane déjà sur Rabat et Casablanca.

Les enfants sont exposés à un risque particulièrement élevé de lésions causées par le rayonnement UV. Les rayons ultraviolets provoquent des coups de soleil, des cancers de la peau et accélèrent le vieillissement de cette dernière. La surexposition au rayonnement UV peut entraîner des inflammations de la cornée et de la conjonctive de l'œil et provoquer ou accélérer l'apparition de cataractes. Le fait que le rayonnement UV puisse réduire l'efficacité du système immunitaire de l'enfant constitue une préoccupation croissante sur le plan de la santé. En effet, l'exposition au rayonnement solaire peut accroître le risque d'infection et limiter l'efficacité de la vaccination.

Lorsque l'on considère la pyramide des âges au Maroc qui décrit la population comme étant à 40% pédiatrique, l'on conçoit que ce souci qui est devenu préoccupant pour les pays développés et mérite toute

notre attention, tout autant que les maladies émergentes, soit qu'elles préexistaient sans avoir été identifiées, soit qu'elles correspondent à une nouvelle entité pathogène. C'est notamment le cas du sida et des virus responsables des épidémies de différents types de fièvre hémorragique (celles d'Ebola, de Marburg, de la vallée du Rift).

Mais, la virologie est encore aujourd'hui incapable de prévenir ou de prévoir l'émergence d'épidémies dues à des virus inconnus ou qui ont brutalement acquis un caractère hautement agressif comme, à échéance plus ou moins régulière, ceux de la grippe.

Et, en l'absence de médicaments efficaces contre la quasi-totalité des maladies d'origine virale, les antibiotiques n'étant efficaces que contre les bactéries, la lutte repose sur une étroite surveillance épidémiologique, associée à des mesures de prévention individuelle et collective, aussi bien nationale qu'internationale.

Il est, par conséquent, prudent et nécessaire de prendre en considération ces risques et de prévoir dans les futurs plans de santé les mesures adéquates pour leur prévention et la prise en charge des pathologies qui en découlent.

1.2. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ NATIONAL : NIVEAU D'OFFRE DE SOINS

L'analyse de l'évolution du système de santé marocain permet de dégager trois grandes périodes de son développement, du lendemain de l'Indépendance à nos jours :

- Une première période, allant de 1959 à 1980, correspondant à la mise en place du système de santé, concrétisée par 5 plans de développement ayant concerné les infrastructures de base, la nationalisation des ressources et la lutte contre les épidémies.
- La deuxième période, allant de 1981 à 1995, correspond au renforcement du système national de santé, concrétisé par 3 plans ayant trait au développement de l'offre et des programmes sanitaires, plus particulièrement le renforcement du Réseau de Soins de Santé de Base.
- Et la troisième et dernière période, qui va de 1995 à 2000, et qui ouvre véritablement le débat sur la réforme de santé et la quête de changement, avec l'intérêt accordé à la restructuration des services centraux du Ministère, et à la maîtrise des aspects de financement.

Entre 2000 et 2005, la quête de changement se poursuivra par l'annonce et le début de mise en œuvre de plusieurs réformes (loi sur la régionalisation, réforme hospitalière, amélioration de la gestion des ressources financières et ce, à travers la nouvelle stratégie sectorielle du Ministère de la Santé).

En dépit donc des efforts déployés par le secteur public et le développement rapide du secteur privé, la couverture sanitaire de la population connaît toujours des insuffisances en termes de capacité litière globale (1 lit pour 900habitants contre 500 en Tunisie par exemple), de concentration du secteur privé dans les villes et sur les activités curatives, sur le plan de l'organisation des urgences et des secours en cas de catastrophes, ...

De même qu'on relève des faiblesses du Plan d'Extension de la Couverture Sanitaire, outil de planification temporelle et spatiale de l'offre publique de soins et surtout l'absence d'un cadre légal de régulation (Carte Sanitaire).

Le système de soins connaît, par ailleurs, des cloisonnements d'ordre fonctionnel et technique entre les niveaux ambulatoires et hospitaliers.

L'accessibilité aux soins pour les populations démunies est difficile.

Et enfin, la qualité des soins, mesurée ou perçue par la population, montre qu'il y a encore des efforts importants à faire.

Jusqu'à la fin des années soixante-dix, l'organisation des systèmes de santé, dans de nombreux pays en développement, s'est basée sur deux acteurs : d'une part un système public entièrement organisé par l'Etat central qui édicte les lois, les normes et règlements, établit la politique de santé, dispose des structures de santé financées par les recettes publiques et l'aide publique, et d'autre part un système privé avec un financement indépendant. Ces deux mondes vivent généralement dans des univers étanches. La plupart de ces pays ont fait le choix d'une santé gratuite et organisée par l'Etat. Pendant toute cette période, les différents secteurs privés se sont développés, mais d'une manière cloisonnée et presque à l'insu de l'Etat. Au début des années quatre-vingt, les gouvernements de ces pays faisaient face à des crises financières qui les ont conduit à adopter des restrictions sous forme de plans d'ajustement structurel et/ou des réformes du système de santé.

Les réformes du secteur de santé sont devenues un phénomène mondial au cours des années 90.

Si les pays procèdent chacun à sa manière, ils s'accordent tous à reconnaître la nécessité de modifier rapidement la prestation des soins de santé pour tirer pleinement parti des possibilités d'amélioration de la santé à l'échelle mondiale. Cette constatation s'impose de plus en plus en raison des pressions croissantes auxquelles sont soumis les gouvernements, qui doivent fournir des soins de meilleure qualité, alors même que leurs propres services publics de soins de santé sont confrontés à des difficultés financières.

L'année 2000 sera marquée par la définition, par l'OMS, d'un cadre conceptuel du système de santé dans le but d'en définir les objectifs et les fonctions et de pouvoir en mesurer les performances. Le mérite de ce cadre est qu'il a tracé, pour la première fois, les frontières du système sanitaire, ce qui permet de mesurer plus facilement les résultats obtenus par les divers systèmes et d'identifier les améliorations nécessaires. Selon ce nouveau cadre conceptuel, tout système de santé a trois objectifs :

- Améliorer l'état de santé des populations
- Répondre aux attentes des divers partenaires
- Etablir équitablement la contribution financière.

Le système national de santé se définit comme l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières ainsi que les institutions et les activités destinées à assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population.

Au Maroc, l'organisation du système de soins de santé repose en grande partie sur deux secteurs, le secteur public représenté essentiellement par le Ministère de la santé et les Services de Santé des Forces Armées Royales, et le secteur privé (à but lucratif et à but non lucratif). Ce système est donc caractérisé par la multiplicité des intervenants aussi bien dans la production de soins que dans l'origine et la gestion du financement.

Les principes fondamentaux de ce système concourent essentiellement à allonger l'espérance de vie en bonne santé du citoyen, à améliorer la qualité de son existence, pour permettre son implication active dans le développement humain et à favoriser un développement sanitaire harmonieux et intégré dans tout le Royaume.

Pour ce qui est du secteur privé, à but curatif, en 2000, le nombre de cabinets médicaux de consultation s'élevait à 5695, soit une moyenne de 1 cabinet pour 5000 habitants.

Il faut noter cependant que 96% de ces cabinets sont implantés dans les grandes villes et les petits centres urbains.

Ce manque d'encadrement médical de la population par les cabinets privés participe au déséquilibre entre les deux milieux urbain et rural.

S'ajoute à cela le problème de l'accès aux médicaments vu l'insuffisance quantitative des pharmacies en milieu rural.

Les différentes structures sanitaires du Ministère de la Santé se répartissent en deux groupes : le réseau de soins de santé de base (RSSB) et le réseau hospitalier.

1-2-1- LE RÉSEAU DE SOINS DE SANTÉ DE BASE :

Il est constitué de plus de 2400 structures, toutes catégories confondues (2002) ; soit une formation sanitaire de base pour 10.000 habitants.

C'est un réseau hiérarchisé. Il comprend le dispensaire rural, le centre de santé communal, le centre de santé communal avec module d'accouchement, le centre de santé urbain et l'hôpital local.

- 1800 structures rurales de soins ambulatoires
- 20 hôpitaux locaux ruraux
- 600 centres de santé urbains
- 40 hôpitaux locaux urbains

En conclusion, la politique de prise en charge, en ambulatoire, de la population, pour une grande partie de ses besoins de santé, politique mise en œuvre en partie par le réseau des soins de santé de base, vise la recherche constante d'une certaine « équité » ou du moins d'un équilibre en matière d'accès aux soins en perpétuel changement.

Le Ministère de la Santé a beau se fixer des normes et des modèles de couverture qu'il n'arrive d'ailleurs pas à réaliser, faute de moyens, il se trouve toujours en situation de « déséquilibre ».

Le rythme de changement en matière d'organisation du Réseau des Soins de Santé de Base est trop long par rapport aux réalités du terrain (limites liées aux mécanismes de régulation et de normalisation, à la faible implication de la population, à l'absence d'assise juridique et au fait aussi que le modèle même du Réseau des Soins de Santé de Base est dépassé. Il est, fondamentalement, le même depuis le Protectorat).

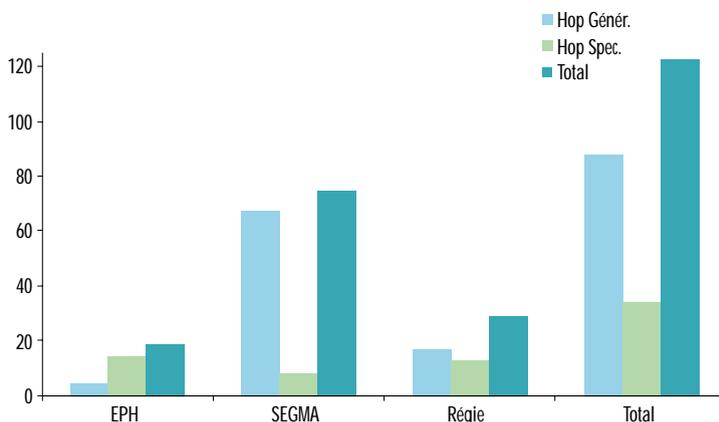
1-2-2- LE RÉSEAU HOSPITALIER :

Au Maroc, les hôpitaux publics sont organisés selon une typologie qui repose sur trois critères : l'offre de soins, le mode de gestion et le niveau de recours.

Organisation des hôpitaux selon l'offre de soins :

La nature de l'offre de soins permet de distinguer les hôpitaux généraux des hôpitaux spécialisés (ou instituts).

Graphique 11 : Répartition des hôpitaux publics au Maroc selon le statut et le type d'offre de Soins, 2002



Organisation des hôpitaux selon le niveau de recours :

Le réseau des établissements hospitaliers est composé de trois types d'hôpitaux représentant des niveaux de recours différents.

Il est à noter que l'accessibilité géographique est difficile dans certaines zones.

La difficulté d'accès aux soins de la population rurale constitue encore une insuffisance majeure du système. En effet, les données concernant la couverture de la population rurale par les établissements de

soins de santé de base appréciée par rayon kilométrique montrent que les distances entre la population et les formations sanitaires sont importantes.

La population éloignée est sensée être couverte par un mode « mobile » qui a été mis en place pour compléter la couverture par mode « fixe ». Or, les performances de ce mode « mobile » en terme de couverture et de contribution à l'offre de soins sont faibles, si bien que l'on peut dire qu'une partie de la population rurale n'a que peu accès aux soins. Cette situation est due essentiellement à la diminution du nombre d'infirmiers itinérants (moins 10% entre 1992 et 1997), à l'insuffisance des moyens de déplacement, aux conditions de travail dans les localités et aussi à des dysfonctionnements dans leurs organisation et gestion.

Niveau de l'offre de soins :

- Le Maroc disposait en 1960 de 394 établissements de santé de base, actuellement il en compte plus de 2400 unités.

Malgré ces efforts plus d'un quart de la population se trouve encore à plus de 10 Km d'une formation sanitaire.

- Plus de la moitié des hôpitaux ont vu le jour après l'indépendance et la capacité litière a connu une augmentation de plus de 9000 lits.

Mais la distribution de ces lits laisse apparaître une grande iniquité entre régions et milieux et l'évolution de l'offre hospitalière reste lente par rapport à celle de la population générale.

Entre 1990 et 1997, le nombre moyen d'habitants par lit a connu une régression de 14 points.

La vision d'un système de santé intégré et complémentaire fait défaut. Il existe une dichotomie entre le premier niveau de soins et le niveau de référence. La consultation externe de l'hôpital est non organisée et ne joue pas son rôle de deuxième porte d'entrée à l'hôpital avec le service des urgences.

La non intégration des soins curatifs et préventifs bloque une offre de soins globaux, continus et intégrés à la population de la circonscription sanitaire. Cette situation est à la base de certains dysfonctionnements du système de santé : perte de crédibilité dans le réseau de soins de santé de base et utilisation abusive des structures hospitalières.

1-2-3- SYSTÈME DE FORMATION DE SANTÉ ET ENCADREMENT DU SYSTÈME DE LA SANTÉ PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ :

D'abord sur le plan de l'encadrement du système de santé par les professionnels de santé, on constate qu'il n'y a pas de normes préétablies dans le système de santé marocain, ce qui rend hasardeux la planification des besoins en personnels.

Globalement insuffisantes, les ressources humaines sont réparties de façon très inégale au sein de la population.

■ Effectif global des médecins au 31/12/2003 : 16.307

■ **Effectif actuel des médecins 15 fois plus important qu'en 1960**

- Densité médicale : 1 médecin pour 1.845 habitants
- Autant de spécialistes que de généralistes (Ratio = 1.03)
- Encadrement paramédical dans le secteur public : 1 médecin pour 2,8 infirmiers
- 57% des médecins sont des salariés
- 56,6% des médecins du secteur public travaillent au sein des Hôpitaux

Sur un plan géographique, on relève 1 médecin pour environ 600 habitants dans la région Rabat-Zemmour-Zaer contre 1 médecin pour 4.361 habitants dans la région Taounate-Al Hoceima-Taza (en 2003), toutes catégories confondues.

En somme une démographie médicale qui souffre de tous les maux :

- Insuffisance
- Mauvaise répartition
- Absence de planification des effectifs médicaux
- Inadéquation de l'offre à la demande, surtout pour les spécialistes
- Inadéquation des profils (médecins généralistes)
- Système de régulation défaillant.

Concernant la formation en sciences de la santé, aujourd'hui, 22 ans après la réforme de 1983, plusieurs facteurs militent en faveur d'une nouvelle réflexion globale de l'ensemble des études de médecine, et de façon générale des études des sciences de la santé :

- Nécessité d'évaluer et d'adapter le régime des études, aussi bien en médecine qu'en pharmacie et odontologie, au vu des évolutions démographique, épidémiologique, pédiatrique et scientifique, surtout après l'ouverture de deux nouvelles facultés de médecine à Fès et à Marrakech.
- Nécessité d'harmoniser les études médicales conformément aux grandes orientations de la Charte Nationale de l'Education et de la Formation et des nouvelles dispositions prévues par la loi 01.00 .
- Le besoin de prendre en considération les changements intervenus dans l'organisation des études médicales dans les pays développés et notamment en Amérique du Nord et en Europe.
- La nécessité de prendre en compte les évolutions technologiques en médecine, les nouveaux besoins de la population, en matière de santé, et les nouvelles responsabilités de l'Etat par rapport à la satisfaction des attentes de la population (AMO, RAMED, ...).
- La nécessité de corriger les dysfonctionnements identifiés au niveau de la formation actuelle pour les professionnels de santé.

Les études sur le terrain ont montré que les personnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, administratifs...) manquent de compétences requises à l'exercice de leurs fonctions et à l'évolution des besoins de santé.

Les professionnels de santé manifestent un besoin en formation technique et de gestion des soins (planification, management, gestion des ressources mais aussi en communication, économie de la santé, éthique, recherche clinique, épidémiologique, documentaire, etc.).

La formation médicale de base ne développe pas suffisamment certains aspects relatifs à la pratique du médecin de santé publique (prise en charge des problèmes de santé essentiels, accouchements, urgences, programmes sanitaires prioritaires, aspects de communication de gestion, ...).

Le système de formation des infirmiers et techniciens, révisé en 1993, ne répond plus aux exigences du système de soins.

La formation de cadres gestionnaires supérieurs des services de santé reste en dessous des besoins et fait défaut pour les cadres intermédiaires.

Le problème de la formation se pose aussi bien dans la formation de base que dans la formation continue.

1-2-4- OUTILS JURIDIQUES :

Un retard considérable existe en matière juridique, comparativement avec le développement qu'a connu le système de santé. L'arsenal juridique n'a pas accompagné l'évolution et les progrès enregistrés par le secteur de la santé, l'exercice des professions et les activités liées à la production de services médicaux, et aussi pour ce qui concerne l'éthique, le respect des droits de l'homme et la protection de la personne humaine.

Un benchmarking réalisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2002, sur un total de 191 pays comparant le Maroc à des pays à profil similaire, montre qu'il occupe le 29e rang au niveau mondial sur le plan de la performance globale.

Mais le système de santé marocain ne doit pas ce classement au niveau de santé de sa population, puisqu'il est classé au 110e rang pour le niveau de santé, ni au niveau d'équité de son système puisqu'il est classé au 111e rang dans la distribution du niveau de santé et au 125e rang dans l'équité de la contribution financière.

Le système de santé marocain se distingue par son efficience (17ème rang) et non pas par son niveau de santé et d'équité. Ceci n'est pas réconfortant pour les citoyens qui sont concernés par l'état de santé et l'équité et souffrent d'une mauvaise prise en charge.

Enfin, il est à noter que l'organisation du système de santé est concernée, actuellement, par deux grands chantiers. Deux projets d'appui qui représentent des éléments d'opportunité pour le système national de santé :

- Le projet de financement et de gestion du secteur de la santé PFGSS
(Financé par un prêt de 72 millions d'USD de la Banque Mondiale)
- Le projet d'appui à la gestion du secteur de la santé PAGSS
(Financé par un don de 20 millions d'Euros de l'Union Européenne)

Ces deux projets ont été identifiés lors des négociations entre le Ministère de la Santé, la Banque Mondiale et l'Union Européenne pour répondre aux besoins suivants et soutenir le processus des réformes au Maroc :

- Avoir une autonomie des hôpitaux ;
- Disposer de nouveaux mécanismes de financement ;
- Introduire le management hospitalier ;
- Recentrer l'hôpital sur sa fonction de dispenser des soins de qualité ;
- Déconcentrer et décentraliser les décisions ;
- Equilibrer la filière de soins.

Composantes et coûts des projets

Projet	Composantes stratégiques	Coût
PFGSS	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la gestion hospitalière et de la qualité des soins - Réforme de financement du secteur de la santé - Renforcement des capacités de décision et de formulation des politiques 	76 Millions de \$ (Prêt BM : 66M\$)
PAGSS	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement institutionnel - Organisation régionale de l'offre de soins - Développement des capacités régionales en gestion - Amélioration de la qualité 	22,6 Millions d'Euros (Don UE : 20M Euros)

Source : Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, Ministère de la Santé, 2002.

1.3. FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'amélioration de la santé passe par un financement équitable et ciblé vers les domaines qui génèrent le plus d'utilité pour la santé de l'individu. Ainsi, la problématique du financement préoccupe tous les spécialistes des systèmes de santé, aussi bien des pays développés que des pays en voie de développement.

1-3-1- DÉPENSE GLOBALE DE SANTÉ :

Les données sont disponibles uniquement à partir de la dernière décennie. Ainsi, au Maroc, la dépense globale de santé est passée de 2,5% du PIB en 1990 à 4,5% de PIB en 1995 et 5% du PIB en 2001. Elle reste inférieure à celle des pays au développement économique similaire à notre pays, où elle s'élève à 6,4% du PIB en Tunisie et 9,5 % en Jordanie.

Cette dépense globale de santé ne permet de dégager, au début du 21^e siècle, qu'un total de 600 DH par habitant.. La consommation médicale est constatée dans le contexte de cherté des soins et du médicament. A titre d'exemple :

- Le coût moyen d'une ordonnance médicale atteint près de 250 DH, soit l'équivalent de quatre journées de travail rémunérées au salaire minimum (SMIG).
- Une consultation chez un médecin spécialiste coûte en moyenne 150DH, soit l'équivalent de deux journées et demi de travail rémunéré au SMIG.

Ce qui signifie que ce sont plutôt les quantités (le recours aux soins et l'accès aux biens médicaux) qui sont faibles et qui sous-tendent l'indigence du niveau de la consommation médicale et celui de la dépense globale de santé.

1-3-2- SOURCE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ :

L'analyse des sources de financement met en exergue l'iniquité du financement de la santé au Maroc en raison de la forte part des paiements directs des ménages qui s'élève à plus de la moitié de la dépense globale de santé. Les coûts du système de santé marocain ne sont donc pas répartis selon les capacités de paiement des individus à travers un mécanisme de solidarité nationale mais plutôt en fonction du risque maladie supporté par le paiement direct des ménages. Ce type de financement fragmenté engendre des difficultés de contrôle, de régulation et de maîtrise du système national de santé.

Sur le plan de l'équité de la contribution financière, le Maroc occupe le 125^e rang.

1-3-2-1- Sources de financement par type d'institution :

Les sources de financement principales sont les ménages et l'Etat. Les ménages sont à l'origine de 59% des dépenses (54% par les paiements directs nets et 5% par les cotisations à l'assurance maladie en tant qu'employés). L'Etat se limite à 26% de la dépense globale de santé.

Les autres sources de financement se résument comme suit : 5% pour les Entreprises Privées (EP), 5% pour les Entreprises et Etablissements Publics (EEP), 1% pour les Collectivités Locales et 1% pour la Coopération Internationale.

1-3-2-2- Sources par nature du financement :

La répartition par nature montre que la part la plus importante demeure celle des paiements directs des ménages (54%). Les ressources fiscales nationales et locales (25%). L'assurance maladie (cotisations salariales des ménages et cotisations patronales de l'Etat, des EEP, des EP et des CL) ne représente que 16%. Ce qui veut dire que le financement collectif de la santé à travers des mécanismes solidaires ne concerne que 41% de la dépense globale de santé. Quant aux autres sources de financement, elles concernent 4% pour les employeurs (hors Etat et CL) et 1% pour la coopération internationale.

L'analyse fonctionnelle des dépenses des prestataires montre que :

- 37% des dépenses sont consacrées à l'achat de médicaments et biens médicaux en tant que bien de consommation finale par le patient et non pas en tant qu'intrant dans le cadre des soins,
- 31% pour les soins hospitaliers, incluant consultations et examens externes
- 20% pour les soins ambulatoires
- 3% pour la prévention, à peine 15 DH / habitant / an.

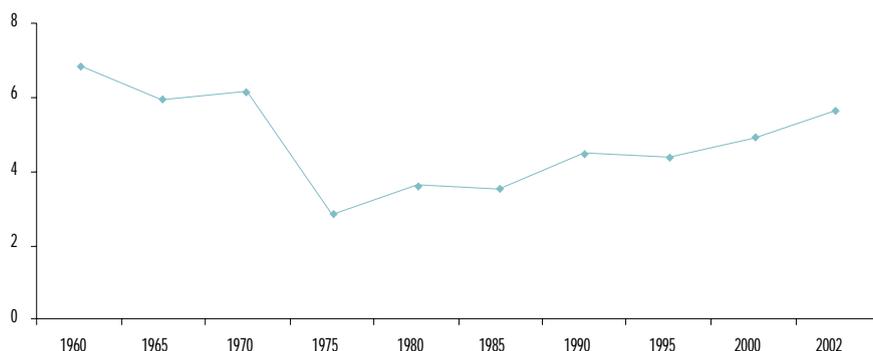
1-3-3- FINANCEMENT DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Dans les années soixante, le budget du Ministère de la Santé se situait autour de 7% du budget général de l'Etat. A partir des années soixante dix, il a connu une baisse pour atteindre, en 1975, la part la plus faible à savoir 2,88% du budget de l'Etat. Il s'est stabilisé ensuite autour de 3% jusqu'en 1985 pour finalement atteindre 4,5%, dans les années quatre vingt dix. Une légère augmentation a été enregistrée à partir des années 2000. Il représente, actuellement, 5% du budget de l'Etat.

Ces taux, observés pour le Maroc, sont inférieurs à ceux des pays à niveau de développement sanitaire équivalent tels que l'Egypte 7,4%, la Jordanie 12,8% et la Tunisie 15%.

Par ailleurs, le budget de la santé représente 1% de PIB contre 1,7% dans les années 60.

Graphique 12 : Budget du Ministère de la Santé en % du budget général de l'Etat



- Le budget de la santé est près de 5,4% du budget général de l'Etat contre 7% dans les années soixante (7,4% pour l'Egypte, 9,5% pour Liban, 12% pour l'Iran, 12,8% pour la Jordanie et 15% pour la Tunisie) ;
- **Le budget de la santé ne dépasse pas 200 DH par habitant ;**
- Le budget de la santé représente près de 1% du PIB contre 1,7% dans les années soixante.

La répartition des dépenses du Ministère de la Santé par niveau montre que 47% profitent aux hôpitaux (15% aux CHU et 32% au reste des hôpitaux), 38% au réseau de soins de santé de base (RSSB) tandis que les Instituts et Laboratoires Nationaux qui représentent des activités de soutien au RSSB ne bénéficient que de 2%.

1-3-4- AFFECTATION INÉQUITABLE DES RESSOURCES FINANCIÈRES :

L'analyse des dépenses du Ministère de la Santé (hors CHU, Instituts et Laboratoires Nationaux) montre des disparités assez importantes. La répartition entre les différentes provinces a toujours été influencée plus par des considérations historiques que par des critères pertinents et objectifs. Le même constat peut être fait pour les dépenses en prestations de Santé Maternelle et Infantile (SMI) par rapport à la population cible. Les disparités sont difficilement justifiables en raison non seulement de leur importance quantitative, mais surtout si elles sont rapportées à des indicateurs clés comme le taux de mortalité infantile.

En l'absence de toute réforme, rien ne pourra atténuer l'iniquité et l'insuffisance du financement de la santé au Maroc ; le poids du financement collectif de la santé sera toujours modéré alors que celui des paiements directs des ménages demeurera très élevé.

Par contre, la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED) permettra d'infléchir la part hypertrophiée des paiements directs des ménages. Avec l'entrée en vigueur de l' AMO et du RAMED, la part de la couverture médicale se situera à 30% au lieu de 16%. Ainsi la part des paiements directs des ménages chutera à moins de 40% à condition d'une augmentation des ressources fiscales et du financement collectif.

1.4. GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

De part sa nature, la santé est l'affaire de tous. Quand l'OMS a lancé, vers la fin des années soixante dix, la stratégie « santé pour tous et tous pour la santé », elle n'a fait que traduire deux principes fondamentaux des systèmes de santé : l'équité et la participation.

Ces principes prennent un nouvel élan à travers l'émergence du concept de gouvernance qui vient mettre l'accent sur la nécessité de solliciter, organiser et coordonner la participation de la société civile et du secteur privé en vue d'améliorer l'efficacité de l'action de santé.

La réflexion sur la gouvernance du système de santé trouve ainsi sa justification aussi bien dans l'évolution propre du système de santé que dans l'évolution de son environnement politique national et international. Au niveau national le discours politique et social est marqué par cette volonté manifeste d'instauration de

L'Etat de droit, de consolidation du processus démocratique, de promotion de la participation de la société civile et le renforcement de l'économie du marché. Plusieurs projets et programmes d'action sont développés pour lutter contre la pauvreté et réduire les iniquités. Ces éléments constituent des pré requis annonciateurs d'un changement dans les modalités d'appréhension des problèmes collectifs et de gestion de l'action publique. La politique de privatisation, le pacte de bonne gestion, le nouveau concept de l'autorité, l'ouverture sur la société civile, l'institutionnalisation des campagnes de solidarité (Fondation Mohammed V de Solidarité), le nouveau rôle du Wali dans la promotion des investissements sont des traductions concrètes de ce changement des formes de gouverne.

Le système national de santé n'a pas échappé à cette mouvance. L'évolution du mode de gestion des établissements de santé vers plus d'autonomie (SEGMA), le renforcement de la déconcentration, les responsabilisations des collectivités locales sur la promotion de la santé (Charte communale) et l'investissement hospitalier (loi sur la régionalisation), le développement de la sous-traitance dans les hôpitaux, la réforme du financement et le développement des ONG nationales témoignent en faveur d'une prise de conscience de la nécessité d'une révision de la gouvernance du système national de santé.

Dans le domaine de l'administration publique, la gouvernance signifie le passage d'un mode de direction classique de l'action publique caractérisé par le monopole du gouvernement dans l'exercice des pouvoirs à un mode de direction où la responsabilité est partagée entre plusieurs acteurs ou gouvernants (y compris l'Etat) en vue d'assurer une action publique efficace.

Dans son rapport annuel de 2000, sur la performance des systèmes de santé l'OMS propose le concept d'administration générale comme l'essence même de la bonne gouvernance puisqu'elle consiste à mettre en place le système de santé le plus efficace et le plus équitable possible. Selon l'OMS, ce sont les ministères de la santé qui assument une large part de l'administration générale des systèmes de santé.

La santé de la population doit toujours constituer une priorité nationale. La responsabilité qui en incombe aux gouvernements est permanente.

La bonne gouvernance des systèmes de santé est la participation responsable de ceux qui sont concernés par la formulation et le déploiement de politiques, des programmes et des pratiques conduisant à des systèmes de santé équitables et durables.

1-4-1- STRUCTURE DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ :

La structure de la gouverne du Système National de Santé (SNS) serait composée de trois groupes d'acteurs ayant des rôles et des liens définis. Ces trois groupes d'acteurs sont : les acteurs publics (Etat, Ministère de la Santé, autres départements, et collectivités locales), la société civile (ONG, associations, etc.) et le secteur privé. A côté de ces acteurs nationaux, il existe une autre catégorie d'acteurs « supranationaux » qui influencent la gouverne du système national de santé via les Organisations Internationales et la coopération avec les pays étrangers. Dans cette partie, nous allons identifier ces acteurs, décrire leurs rôles respectifs tout en mettant en évidence le rôle de régulation dévolu au Ministère de la Santé.

1-4-1-1- Acteurs publics :

Rôle de l'Etat :

Rappelons que le contexte économique, social et politique et les enjeux présents et futurs balisent le cadre référentiel de l'intervention de l'Etat et que, depuis le début des années quatre vingt dix, les bailleurs de fonds ont été les promoteurs de la gouvernance à destination des pays en transition ou en développement. Dans son édition 1997, le Rapport sur le développement dans le monde, élaboré par la Banque Mondiale, dresse les contours du rôle de l'Etat en utilisant les concepts « Etat minimum ».

Au Maroc, le rôle de l'Etat a été consolidé au lendemain de l'indépendance par la conjugaison de facteurs économiques, politiques et sociaux « Etat providence ».

Ce rôle s'est vu progressivement remis en question notamment par l'idéologie libérale sous plusieurs formes :

- contestation du régime d'accumulation économique et du mode de régulation, la planification centralisée ;
- contestation du mode de gestion des affaires publiques ; absence de transparence dans la gestion des deniers publics, inefficacité systémique, dégradation des services publics ;
- contestation de la capacité de l'Etat à réguler les interventions de l'ensemble des acteurs, de la société civile et des différents détenteurs d'enjeux.

Dans le domaine de la santé, rappelons tout d'abord, que la Constitution ne reconnaît pas le droit à la santé comme un droit fondamental au même titre que le travail et l'éducation, c'est plutôt à travers les conventions internationales que le Maroc souscrit à ce droit (Charte de l'ONU, de l'OMS, des Droits de l'Homme, etc.). Toutes ces conventions constituent une forme d'obligation qui engage la responsabilité de l'Etat marocain vis à vis de la santé de ses citoyens.

L'exercice de cette responsabilité est partagé entre plusieurs départements. Les paragraphes suivants ont pour objectifs de décrire les rôles respectifs du Ministère de la Santé, des autres départements ministériels en tant que « acteur public ».

Rôle du Ministère de la Santé :

Le rôle du Ministère de la Santé a été exploré selon deux perspectives différentes : en sa qualité de représentant de l'autorité publique dans le secteur de la santé, donc du gouvernement, et en sa qualité d'acteur dans le système national de santé. Dans le premier cas il est « arbitre » et dans le second, il est « joueur ».

Selon le texte définissant ses missions et ses attributions (décret n° 2-94-285 de 1994), le Ministère de la Santé est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé de la population. Il agit, en liaison avec les départements concernés, en vue de promouvoir le bien-être physique, mental et social des habitants. Il harmonise les orientations et coordonne les objectifs et les actions ou mesures qui concourent à l'élévation du niveau de santé dans les pays et intervient afin d'assurer, au niveau national, une meilleure allocation des ressources, en matière de prévention, de soins curatifs ou d'assistance.

Il est chargé d'élaborer et de mettre en œuvre la politique nationale en matière de médicaments et de produits pharmaceutiques sur les plans technique et réglementaire. Il suit la politique sanitaire

internationale à laquelle le Maroc contribue, définit en concertation avec les départements concernés, les options de coopération dans le domaine de la santé, assure la mise en application et le suivi de réalisation des programmes convenus.

Il assure, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le contrôle de l'exercice des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques.

En application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le Ministre de la Santé assure la tutelle sur les établissements publics qui lui sont rattachés. Il contrôle, via le service de l'Inspection Générale, l'utilisation des crédits et moyens humains et matériels mis à la disposition de l'administration centrale et des services périphériques (Décret n°2-94-285 de 1994).

La gouvernance du système national de santé réfère également à la disposition de pouvoirs entre acteurs. Dans ce cadre, l'Etat a intérêt à intervenir au niveau de toutes les fonctions du système pour être en mesure d'influencer et d'arbitrer cette distribution de pouvoir.

Son intervention doit être, toutefois complémentaire et non compétitive des autres acteurs du système. Il doit veiller notamment au respect des principes fondamentaux du système national de santé (équité, solidarité, universalité) et au contrôle des externalités.

A côté de ces rôles exercés au niveau central, le Ministère délègue à ses services périphériques des attributions réglementées pour assurer d'autres activités de production et d'administration.

En effet, les pouvoirs publics, au Maroc, ont mis en place, depuis l'indépendance, un processus de décentralisation permettant d'instaurer des services extérieurs de l'administration centrale en vue d'un encadrement de proximité des usagers du service public à travers un transfert d'une partie du pouvoir de décision à des agents locaux qui demeurent reliés hiérarchiquement par le principe de subordination à l'administration centrale.

Rôle des autres départements ministériels dans le domaine de la santé :

Education Nationale, Enseignement Supérieur Formation des Cadres Recherche :

- Formation des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes
- Recherche sur la santé
- Information, éducation du citoyen à travers son action d'appui à la scolarisation, à l'éducation préscolaire, soutien aux élèves handicapés, et autres activités éducatives et socioculturelles notamment par la santé scolaire et l'hygiène scolaire.

(article 11 du décret 2-96-956 fixant les attributions et l'organisation du Ministère)

Equipement et travaux publics :

- Amélioration de l'accessibilité

Agriculture :

- Sécurité alimentaire : Assurer à travers le territoire national et les frontières les mesures relatives à la

surveillance et à la protection sanitaire ainsi qu'au contrôle de la qualité des produits végétaux et animaux destinés à la consommation humaine ou animale.

(Art.1 par.3 du décret 2-93-93 du 13 mai 93 relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère)

- Lutte contre la pauvreté : (art 1 développement de l'agriculture, vulgarisation/Information)

Environnement Aménagement du Territoire :

- Contribution indirecte à la promotion et à l'amélioration de la santé (protection de l'environnement physique)
- Contribution à l'amélioration de la santé par aménagement du territoire
- Contribution à l'amélioration de l'hygiène salubrité

Intérieur :

- Tutelle des Collectivités locales : (Art 1 du décret 2-97-176 du 15 déc. 97 relatif aux attributions et à l'organisation du ministère)
- Appui aux activités sanitaires : coopération anti-drogue (art13), suivi et coordination des études et travaux en matière d'eau potable, d'eau à usage agricole et assainissement solide et liquide et préparer en liaison avec les administrations concernées la normalisation appropriée de ces secteurs. Art.22)
- Coordination intersectorielle : coordination des collectivités locales avec d'autres administrations (art 25) et coordination avec les autres départements ministériels à caractère social. (art 42)
- Promouvoir des programmes destinés à l'amélioration des conditions de vie des populations rurales et qui contribuent à la réduction des disparités sociales et régionales (art 35)
- Protection civile : promouvoir la prévention des risques et organisation et gestion des services de secours

Affaires sociales

- Promotion et sécurité sociale (art1 du décret 2-95-321 du 22 Nov. 96 fixant attribution et organisation du ME et des Affaires Sociales)
- Lutte contre l'analphabétisme (art1)
- Réglementation du travail en relation avec les autres départements intéressés et prévention des accidents de travail (art 6)
- Action sur les déterminants sociaux de la santé

Justice :

- Participation à la production (médecine pénitentiaire)
- Contribution à la justice sociale
- Garant de l'état de droit
- Garant du respect des Droits de l'Homme

Jeunesse, Sports :

- Contribution à la promotion de la santé

Transport :

- Amélioration de l'accessibilité

Information / Communication :

- Sensibilisation et éducation, Communication

Habous, Affaires Islamiques :

- Promotion des valeurs et des principes de l'Islam
- Contribution à l'éducation (santé reproductive et sexuelle)
- Promotion de la santé
- Sensibilisation sur les comportements à risque

D'autres types d'intervenants, appartenant au secteur semi publique du système national de santé, peuvent être identifiés. Il sont représentés par les offices, tels que l'OCP, qui participe au niveau de la fonction de production de soins ; l'ONCF, l'ONE, l'ONEP qui fournissent des services ayant un impact direct sur la santé. En conclusion, les attributions confiées à ces différents départements et les rôles qu'ils jouent en matière de santé, soit directement ou indirectement, confirment la diversité des intervenants dans le système national de santé aux différents niveaux. Ceci implique la nécessité de repositionner le rôle de l'Etat, et du Ministère de la Santé en particulier, de le doter des instruments requis pour lui permettre de jouer son rôle de régulateur et de catalyseur des interventions de l'ensemble des acteurs publics.

Rôle des Collectivités Locales

Avant d'aborder ce rôle, rappelons que la Constitution marocaine actuelle précise dans ses articles 100 et 101 que « les collectivités locales du Royaume dont les régions, les préfectures, les provinces et les communes élisent des assemblées chargées de gérer démocratiquement leurs affaires dans les conditions déterminées par la loi ».

Ces collectivités locales constituent une entité distincte de l'Etat et disposent de la personnalité morale et juridique leur permettant d'assurer des responsabilités territoriales ou techniques spécialisées.

Contrairement aux services périphériques qui constituent en fait un prolongement de l'Etat et qui se voient attribués des compétences dans le cadre du processus de déconcentration.

Dans le cadre du processus de décentralisation entrepris par le Maroc, les principes de bonne gouvernance se retrouvent aussi bien au niveau de la Charte Communale du premier octobre 1976 (Dahir portant loi n° 1-76-583 du 5 chaoual 1396 (30 septembre 1976) relatif à l'organisation communale) qu'au niveau de la loi relative à la région (Dahir n° 1-97-84 du 23 kaada 1417, portant promulgation de la loi n°47-96) relative à l'organisation de la région.

En effet, la Charte Communale et la loi sur la région introduisent déjà le principe de la participation du citoyen dans les organes de gestion des affaires communales et régionales à travers un processus démocratique d'élection des membres composant les instances décisionnelles. De plus, la région est considérée, comme un espace de « débat, de concertation, et de formation à la chose publique ». Elle vient conforter la décentralisation non seulement en instituant une nouvelle collectivité locale dans la plénitude de ses prérogatives, mais également en mettant au service de la régionalisation toutes les potentialités que recèlent la déconcentration. La région est donc un lieu de gouverner pour mieux réguler l'ensemble des interventions des différents acteurs de la région dans un but d'assurer une administration de proximité, rapprocher celle-ci davantage des citoyens et réduire les méfaits de la routine administrative.

Néanmoins, malgré les motivations stratégiques véhiculées à travers la loi relative à la régionalisation au Maroc, les actions menées au niveau du terrain dans ce sens demeurent en deçà des attentes des pouvoirs publics. Les transferts des compétences de l'Etat aux régions n'ont pas été accompagnés par un transfert de ressources requises pour la promotion du développement économique et social de la région.

En relation avec le système national de santé, les collectivités locales ont des rôles bien définis par les textes qui les organisent. Ainsi le Conseil Régional (CR) peut exercer des compétences propres et d'autres qui peuvent lui être transférées par l'Etat. Dans le premier cas, selon l'article 7, nous pouvons citer : l'élaboration du plan de développement économique et social de la région, l'élaboration de schéma régional d'aménagement du territoire, l'adoption de mesures en matière de formation professionnelle et protection de l'environnement, la promotion du sport, de la solidarité sociale, etc. Dans le second cas, selon les articles 8 et 9, il s'agit de la réalisation et de l'entretien des hôpitaux et des établissements universitaires (faculté de médecine) ; des équipements d'intérêt régional ; de la possibilité de recours à des conventions pour entreprendre des actions de coopération nécessaires au développement régional.

Quant aux attributions des communes urbaines et rurales qui peuvent concerner la santé, nous pouvons citer : la définition du plan de développement économique et social, l'acquisition d'équipement, (article 30, dahir de 1976), la délibération sur les règlements généraux, de construction et d'hygiène (article 31).

La décentralisation est un moyen d'amélioration de la gouvernance. Il comporte un enjeu politique important qui se manifeste par la recherche permanente d'un équilibre entre deux tendances antinomiques : une tendance favorisant le renforcement du pouvoir central et une autre privilégiant l'épanouissement de la diversité locale. En matière de santé, les collectivités locales participent de manière directe au système national de santé, par leur appui aux différentes fonctions, par la prise en charge d'une bonne partie de la fonction production (promotion de la santé), etc. Etant donné leur proximité de la population et étant donné leurs attributions générales et celles spécifiques au domaine de la santé, les collectivités locales constituent un acteur stratégique incontournable dans les décisions sur le système national de santé et particulièrement au niveau des territoires qui les concernent.

1-4-1-2- Rôle de la société civile

La Société Civile « se situe entre l'individu et l'Etat, elle comprend des individus et des groupes (organisés ou non) qui agissent de manière concertée sur les plans social, politique et économique ; administrés par des règles et des lois formelles et informelles. Elle comprend les organisations suivantes : syndicats, ONG, groupes de femmes, groupes culturels et religieux, œuvres de bienfaisance, associations commerciales et les partis politiques » (PNUD, 1997).

La Constitution, notamment dans son article 3, stipule que « les partis politiques, les organisations syndicales, les collectivités locales et les chambres professionnelles concourent à l'organisation et à la représentation des citoyens ». Ceci confirme le rôle primordial confié à ce groupe d'acteurs dans la vie sociale.

Sur le terrain, le contexte national a connu au cours de la dernière décennie une prise de conscience croissante par la société civile des possibilités qui lui sont offertes de contribuer au développement socio-économique du pays par l'intermédiaire des associations. Ceci s'est traduit par l'émergence d'un processus d'implication de la société civile dans les mécanismes de production des soins et des services de santé.

Comme il connaît « l'élargissement de l'espace des libertés publiques et d'intervention de la société civile, le décloisonnement des zones rurales, la naissance d'associations nationales régionales, et locales ; l'arrivée au Maroc d'ONG étrangères ».

Dans le secteur de la santé, les principaux acteurs identifiés sont : les partis politiques, les syndicats, les représentants des professionnels (Ordre et Associations), les fondations, les sociétés savantes et les ONG.

1-4-1-3- Rôle du secteur privé

Le rôle de l'Etat dans l'exclusivité de l'offre des soins a changé depuis ces dernières années. On exige dans une mesure croissante des services de qualité, que l'état ne peut pas offrir, pas plus qu'il ne peut pas répondre à toutes les demandes. Il faut donc reconnaître le rôle que peut jouer le secteur privé comme prestataire des soins et des services de santé d'une part, et comme fournisseur de biens et services connexes (médicaments, équipement médical) d'autre part.

L'analyse du secteur privé permet de constater l'absence d'une vision globale intégrant l'ensemble des intervenants du secteur privé dans le système national de santé. De plus, on note la quasi absence de textes législatifs et réglementaires régissant les rapports entre d'une part le secteur privé et le Ministère de la Santé, et d'autre part entre les différents acteurs du secteur privé lui-même.

Or, le secteur privé ne peut contribuer de manière optimale à l'amélioration de la performance du système national de santé que si l'Etat crée un cadre réglementaire favorisant un système pluraliste stratifié qui n'exclut pas les pauvres.

Ce cadre réglementaire permettra de trouver le juste milieu entre l'offre du secteur privé, celle du secteur public et celle du secteur de la société civile.

1-4-1-4- Rôle des Organisations Internationales et de la coopération bilatérale :

Depuis plusieurs décennies le Maroc est fermement engagé dans une coopération sanitaire avec les organisations internationales les plus diverses. Dans le cadre de cette coopération, il bénéficie d'une aide plurielle s'étendant des contributions financières à l'assistance technique. Cette aide extérieure constitue un soutien indéniable au développement de la santé. Cependant cette aide doit s'insérer dans le cadre d'une stratégie globale de développement.

Dans cette partie, nous allons mettre l'emphase sur : l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF, la Banque Mondiale et l'Union Européenne. L'objectif n'est pas d'analyser les rôles de ces organisations, mais plutôt de montrer comment elles peuvent influencer la gouvernance du système national de santé.

L'OMS :

Le but de l'OMS est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Pour atteindre ce but, elle peut prendre toute mesure nécessaire. Parmi ces mesures nous citons, à titre d'exemple, l'action coordinatrice dans le domaine de la santé ; l'aide aux gouvernements pour renforcer les services de santé ; l'assistance technique; l'amélioration des facteurs de l'hygiène du milieu; la stimulation de la recherche dans le domaine de la santé, l'amélioration des normes de l'enseignement et de celles de la formation du personnel sanitaire, médical et apparenté etc.

En fait l'OMS privilégie l'action de l'assistance technique et d'expertise et le Maroc a bénéficié, depuis son entrée au sein du Bureau Régional de l'OMS pour la Méditerranée Orientale en 1985, d'une aide non négligeable pour l'appui aux programmes sanitaires.

A titre indicatif le budget régulier accordé au Maroc pour la biennie 2004 -2005 est de 11.300.000 USD contre 300.000 USD lorsqu'il faisait partie du Bureau Régional de l'Europe avant 1985. D'autres activités sont financées sur des fonds extrabudgétaires (SIDA par ex.).

Le FNUAP :

Le FNUAP a une politique orientée vers les problèmes de population et de la santé de la reproduction. Il intervient principalement dans trois domaines : la promotion de l'accès universel aux soins de santé de la reproduction, notamment ceux qui ont trait à la planification familiale et à l'hygiène sexuelle, pour tous les couples et individus (au plus tard en 2015) ; le soutien aux stratégies relatives à la population et au développement permettant un renforcement des capacités de programmation en matière de population ; et la promotion de la prise de conscience des questions de population et de développement. Le FNUAP plaide pour la mobilisation des ressources et l'engagement politique dont le fonds a besoin pour s'acquitter de son mandat.

L'aide du FNUAP pour le Maroc a constitué un grand apport pour le développement de la stratégie «Maternité Sans Risque» et a contribué largement au renforcement des infrastructures, des équipements ainsi qu'à l'organisation de la formation des équipes de santé impliquées dans la lutte contre la morbidité, mortalité maternelle et néonatale. Le budget régulier accordé au Maroc pour 2002-2006 est de 9.000.000 USD et concerne, essentiellement, les régions de Tadla-Azilal, Marrakech Tensift, El Haouz.

L'UNICEF :

L'UNICEF est essentiellement tourné vers l'aide directe et son champ d'action est exclusivement focalisé sur la survie des mères et des enfants.

Il est chargé par l'Assemblée Générale des Nations Unies de défendre les droits des enfants, d'aider à répondre à leurs besoins essentiels et de favoriser leur plein épanouissement. Il mobilise la volonté politique et des ressources matérielles pour aider les pays, en particulier les pays en développement, à donner la priorité aux enfants, et de renforcer leur capacité de formuler des politiques et mettre en place des services en faveur des enfants et des familles.

L'aide de l'UNICEF pour le Maroc a eu un impact extrêmement positif sur la réduction de la mortalité infantile plus particulièrement à travers le programme national de vaccination.

Le budget régulier accordé au Maroc pour la période 2002-2006 est de 1.300.000 USD et concerne, en priorité, les soins de santé de base dans 5 provinces (Essaouira, Chefchaouen, El Haouz, Ouarzazate et Zagora).

La Banque Mondiale :

La Banque Mondiale s'oriente vers des programmes concrets d'aide au développement des services de santé, notamment en matière de nutrition, de planification familiale, de maternité sans risque, de démographie et de soins de santé de base.

C'est une institution de développement qui a pour mission de faire reculer la pauvreté en favorisant une croissance économique durable dans ses pays membres. Pour tous ses clients, elle insiste sur la nécessité :

- d'investir dans la ressource humaine, en particulier via des services de santé et d'éducation de base ;
- de protéger l'environnement ;
- de soutenir et d'encourager le développement de l'activité économique du secteur privé ;
- de renforcer la capacité de l'Etat à mettre en place, de façon efficace et transparente, des services de qualité ;
- de promouvoir des réformes afin d'instaurer un environnement macroéconomique stable, qui permette de faciliter l'investissement et la planification à long terme ;
- de centrer les efforts sur le développement social, l'inclusion, la gouvernance et le renforcement des institutions en tant qu'éléments fondamentaux de lutte contre la pauvreté.

La Banque Mondiale influence les choix et les orientations des politiques sanitaires, comme c'est le cas au Maroc actuellement pour la réforme du système de soins (réforme hospitalière en particulier). Comme elle intervient dans le financement des soins, à travers l'octroi de prêts. A titre indicatif la Banque Mondiale a octroyé durant les cinq dernières années un prêt de 76 millions de dollars US pour le projet de financement et de gestion du secteur de la santé (PFGSS).

L'union Européenne :

L'Union Européenne intervient également dans le financement des soins, l'assistance technique et l'orientation du système et privilégie les programmes concrets d'aide au développement. Elle a aussi beaucoup contribué au Maroc au financement des programmes de santé maternelle et infantile et particulièrement aux programmes de « Maternité sans risque » ainsi qu'au développement du système de santé, à travers un don récent de 20 millions d'Euros pour le projet d'appui à la gestion du secteur de la santé (PAGSS).

L'AIEA a contribué, pour sa part, avec un budget de 723.751 USD en 2005-2006 pour le renforcement de l'utilisation des techniques nucléaires et de la radioprotection.

Le PNUD apporte un appui à la décentralisation du programme national de lutte contre le SIDA dans 3 sites (Sous Massa Draa, Tanger -Tétouan et Rabat-Salé-Zemmour Zaer) avec 416.736 USD pour la période 2004-2007.

La coopération bilatérale

Quant à la coopération bilatérale elle diffère, dans ses formes et son ampleur, selon les pays.

Elle est souvent sujette aux changements politiques et aux événements internationaux conjoncturels. Ses apports financiers sont difficiles, voire impossibles à chiffrer. Plusieurs pays, dont certains ont une longue tradition de coopération avec le Maroc, nous apportent une assistance non négligeable : la France, l'Espagne, l'Italie, l'Allemagne les USA, la Chine le Canada, le Japon...

En conclusion, nous constatons qu'il existe plusieurs centres et niveaux de gouverne du système national de santé, avec des degrés d'influence différents en fonction de la proximité du centre du pouvoir, de la capacité de régulation et de contrôle des ressources financières.

1-4-2- MÉCANISMES DE RÉGULATION DU SYSTÈME DE SANTÉ :

Appliquée à la gouvernance du système national de santé, la régulation serait l'ensemble des mesures et mécanismes destinés à assurer l'équilibre et le bon fonctionnement du système de santé.

Une lecture des données soulève les questions suivantes : est-ce que le Ministère de la Santé en tant que responsable de la coordination du système de santé, dispose des moyens et des outils appropriés pour réguler le système ? Est-ce qu'il existe une vision et une stratégie d'ensemble ? A priori, tout laisse croire que le mécanisme et les stratégies de régulation ne sont pas bien définis et clairs pour chacun des acteurs alors que chacun y contribue à partir de sa position. Les défis que rencontre le système de santé imposent de nouveaux modes de régulation adaptés aux changements que connaît l'environnement national et international.

La notion de bonne gouvernance a été introduite pour décrire une forme participative et transparente de gouvernance. Les attributions retenues pour une bonne gouvernance sont la participation, l'imputabilité, la subsidiarité et la transparence ou ouverture.

En matière de participation, il ressort de la lecture des données que l'élaboration des politiques nationales en matière de santé s'est opérée d'une façon unilatérale et verticale. Les collectivités locales, tant au niveau régional que provincial, les acteurs du secteur privé et de la société civile sont en marge de tout processus de planification et de programmation des politiques de santé ce qui dénote le déficit en matière de participation des différents acteurs et détenteurs d'enjeux.

Pour le principe d'imputabilité, l'analyse de la gouvernance du système de santé sous cet angle fait ressortir plusieurs dysfonctionnements. Ainsi, les mandats de différents acteurs sont le plus souvent mal définis, les mécanismes d'imputabilité au niveau des différents paliers du Ministère de Santé sont quasiment inexistants.

De même, les observations faites concernant la gouvernance du système national de santé permettent de conclure à l'absence de mécanismes de transparence et de communication au niveau des principales fonctions stratégiques du Ministère. Les composantes du système national de santé fonctionnent en «silos». Chaque sous système a sa propre logique de fonctionnement sans mécanismes de communication et d'intégration avec les autres sous systèmes.

■ 2- Enseignements tirés de l'analyse rétrospective :

Nous avons approché un certain nombre de personnes ressources, qui de par leur responsabilités diverses au sein du système de santé ont bien voulu se prononcer et donner leurs avis sur les points forts et les points faibles en rapport avec la santé au Maroc.

Ces avis ont été confrontés aux données de l'analyse rétrospective que nous avons effectuée, ce qui nous a permis de tirer les enseignements suivants :

2.1. ORGANISATION, COUVERTURE SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS :

L'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif de société qui repose sur une forte collaboration intersectorielle et une grande mobilisation sociale.

Sur le plan de l'organisation sanitaire et de la couverture médicale, le retard pris dans la mise en place des infrastructures de base (eau potable, assainissement, routes, électricité, ...), dans la scolarisation et la lutte contre l'analphabétisme, dans la politique de lutte contre le logement insalubre a eu fatalement des répercussions négatives sur l'état de santé de la population.

Cette situation a été exacerbée par l'évolution défavorable de quelques indicateurs macroéconomiques (taux de chômage, taux de pauvreté et de vulnérabilité économique) et le maintien au même niveau d'autres indicateurs de développement tels que la PIB per capita et le pouvoir d'achat des ménages.

Sur la base des tendances démographiques et épidémiologiques passées et actuelles telles que présentées dans la première partie de ce rapport et quel que soit l'effort déployé par le système de soins, l'amélioration du niveau de santé et la réponse aux attentes de la population passe essentiellement par une amélioration des principaux déterminants de la santé tels que l'assainissement de base, la généralisation de l'accès à l'eau potable, la résorption de l'habitat insalubre, le désenclavement des zones éloignées et marginalisées, la lutte contre l'analphabétisme.

En dépit des efforts déployés par le secteur public et le développement rapide que connaît le secteur privé, la couverture sanitaire de la population et l'offre de soins connaît toujours des insuffisances, des inégalités, des disparités et des cloisonnements d'ordre fonctionnel et technique.

Les faiblesses du plan d'extension de la couverture sanitaire (PECS), outil de la planification temporelle et spatiale de l'offre publique de soins et l'absence d'un cadre légal de régulation (carte sanitaire) expliquent, en partie, la persistance de ces problèmes.

Cette situation limite, d'une manière relativement importante, l'accès aux soins plus particulièrement pour les populations les plus démunies, aggravée par une qualité des soins qui nécessite encore beaucoup d'efforts à déployer.

Mais la performance de notre système de santé n'est pas uniquement liée à l'offre de soins. L'encadrement du système par les professionnels de santé constitue un autre élément important sur lequel il faut agir pour les années à venir.

L'absence de normes préétablies en matière d'encadrement du système de santé par les professionnels de santé a rendu inefficace toute politique de planification et de prévision des effectifs.

Globalement insuffisantes, les ressources humaines, toutes catégories confondues, sont réparties de manière très inégale au sein de la population.

Dans le secteur public, les mauvaises conditions de travail, les insuffisances en matière de formation continue, le manque de motivation, l'inefficacité de la supervision et du contrôle (mollesse des mécanismes coercitifs, administration centralisée des dossiers, au lieu d'une véritable gestion des ressources humaines) sont autant de facteurs qui démotivent les fonctionnaires et les gestionnaires et favorisent leur départ vers le secteur privé ou à l'étranger. Le départ volontaire à la retraite est venu aggraver une situation déjà précaire.

D'où la nécessité, en ce qui concerne les tendances et les préoccupations futures liées aux ressources humaines d'estimer, d'une manière plus rigoureuse, à l'horizon 2020-2025, les besoins en professionnels de santé (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, cadres paramédicaux, administrateurs) sans oublier certaines catégories, jusque là ignorées, comme les juristes, les économistes de la santé, les démographes, sociologues, etc...., l'objectif final étant d'assurer un encadrement correct du système de santé et de répondre d'une manière plus efficace à la demande de soins.

2.2. POLITIQUE DU MÉDICAMENT

L'accessibilité aux médicaments de qualité à des prix abordables demeure un objectif fondamental dans toute politique sanitaire.

Au Maroc, l'accessibilité physique au médicament et produits pharmaceutiques ne présente pas de problème en milieu urbain. Si le nombre d'officines a nettement augmenté depuis l'Indépendance, cette augmentation ne s'est pas faite dans le sens d'une meilleure couverture du territoire national. Des mesures urgentes doivent être prises en vue d'assurer une meilleure répartition des officines à travers le territoire, petites villes et centres ruraux en priorité, et une plus grande homogénéité des formations académiques des pharmaciens.

S'il est vrai que la situation a tendance à s'améliorer, de plus en plus, dans les petites villes et les centres ruraux, il n'en demeure pas moins que cette tendance ne peut pas continuer et se renforcer tant que le niveau des ménages ruraux et leur pouvoir d'achat restent faibles et qu'ils ne sont pas touchés par la couverture médicale de base.

L'accessibilité économique demeure donc la principale préoccupation du système de santé malgré les efforts déployés ces dernières années par le Ministère de la Santé en matière de politique de fixation des prix, de fiscalisation de certains médicaments essentiels, d'exonération de la TVA et de réduction des droits de douane pour d'autres, ainsi que l'encouragement de la fabrication et de l'utilisation du médicament générique, ...

Par ailleurs, le secteur public, sous financé, ne permet pas de pallier à ce déficit d'accessibilité.

En dehors de la disponibilité permanente des médicaments liés à des programmes sanitaires et quasi-permanente au sein des structures d'urgence, le médicament nécessaire aux soins curatifs n'est fourni que partiellement dans les structures de soins publiques.

Si l'industrie pharmaceutique marocaine est classée dans la zone « Europe » par l'OMS pour les standards de qualité, deuxième industrie pharmaceutique d'Afrique après celle d'Afrique Sud, totalisant plus de 6.000 emplois directs dont 20% de cadres et de 20.000 emplois indirects avec un chiffre d'affaires dépassant les 4 milliards de dirhams en 2000, elle reste largement dépendante de l'étranger pour l'approvisionnement en matières premières (importe plus de 90% de ses besoins auprès des laboratoires commettants qui facturent ces matières à des prix supérieurs du marché international).

De même que les aspects législation, réglementation pharmaceutique ont été très peu révisés depuis l'Indépendance et nécessitent une mise à niveau du fait du développement du secteur (exemple de la réglementation des prix des médicaments datant de la fin des années soixante).

De même que les effectifs des pharmaciens inspecteurs et le nombre d'inspections restent actuellement insuffisants par rapport à l'évolution importante du secteur pharmaceutique.

Enfin, et en ce qui concerne les défis et les enjeux futurs, l'industrie pharmaceutique nationale est-elle préparée pour l'ouverture des frontières, particulièrement avec l'Union Européenne dans le cadre du libre échange ou avec des pays du Sud à grandes capacités de production (Inde, Brésil, ...)?

Saura-elle profiter de la mobilisation et de la globalisation ou va-t-elle plutôt les subir?

2.3. FORMATION ET ENCADREMENT SANITAIRE DU SYSTÈME

Les ressources humaines constituent un enjeu majeur dans toute politique de santé. Malheureusement, au Maroc, comme dans beaucoup d'autres pays, le développement des ressources humaines n'est pas toujours allé de pair avec le développement des services de santé, ce qui a eu pour effet d'aggraver l'inefficacité des prestations de soins. La nécessité de coordonner le développement sanitaire et le développement des ressources humaines apparaît de plus en plus évident et cela ne pourrait se faire sans une meilleure coordination des activités de planification, de production et de gestion, tout en axant la formation et l'utilisation des ressources humaines sur les besoins de santé de la population.

Or, force est de constater , que malgré l'existence de quatre facultés de médecine, d'un Institut National d'Administration Sanitaire et plusieurs instituts de formation aux carrières de santé (cadres infirmiers), la formation de base, encore moins la formation continue, n'offre toujours pas les profils attendus pour un système de santé performant, plus particulièrement sur le plan de la qualité et de l'accessibilité des soins curatifs et préventifs, et ce pour l'ensemble de la population.

D'où la nécessité d'une réforme globale de la formation sur l'ensemble des études médicales, pharmaceutiques, odontologiques, paramédicales et d'une façon générale des études en sciences de la santé.

Un projet de réforme des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques, élaboré à l'initiative de l'Université Mohammed V Souissi est actuellement soumis aux responsables des départements concernés et constitue une plateforme pour une concertation au niveau national, impliquant tous les acteurs concernés.

Il en est de même pour la formation du personnel infirmier où l'amélioration de la qualité de la formation passe par la restructuration du système de formation paramédicale qui doit s'appuyer sur les orientations stratégiques de la nouvelle loi de l'enseignement supérieur en termes d'architecture pédagogique, de modalités d'enseignement et d'évaluation ,de façon à permettre une optimisation du système, l'instauration de passerelles, la diminution du pourcentage d'échecs et une meilleure insertion du produit fini dans le marché du travail.

Le renforcement des compétences des professionnels de santé en charge de la gestion et de l'encadrement du système est d'autant plus urgent et s'impose, qu'il existe actuellement plusieurs chantiers de réforme (réforme hospitalière, réforme du financement, mise en place de l'Assurance Maladies Obligatoire, décentralisation, régionalisation, ...).

2.4. FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Dans la première partie de ce rapport, la problématique du financement du système de santé a été bien mise en évidence et constitue actuellement une préoccupation majeure des responsables politiques.

Notre pays vient de connaître, cette année, un grand événement par la mise en place du Code de Couverture Médicale de Base (AMO et RAMED) qui constitue une avancée majeure dans la couverture sociale en général et la couverture médicale en particulier. Mais ce code de couverture médicale de base doit évoluer rapidement vers une extension aux autres groupes socio-professionnels élargis : secteur libéral, secteur informel localisé, indépendants, ...

L'augmentation du financement public et parapublic et une plus grande mobilisation des ressources financières du côté des collectivités deviennent une nécessité et auraient des retombées extrêmement positives sur la dispensation des soins et la prévention sanitaire collective. En effet, l'Etat aura beau augmenter le pourcentage de budget accordé au Ministère de la Santé (l'optimum recommandé par l'OMS est 10%), les ressources financières resteront toujours limitées.

Les expériences en matière de partenariat, amorcées par notre pays, ces dernières années, doivent être encouragées, renforcées, améliorées dans le sens d'une plus grande efficacité et complémentarité des actions communes (Ministère de la Santé, autres départements ministériels, collectivités locales et ONG). Une évaluation affinée des règles et procédures d'allocation des ressources doit être entreprise en vue de mieux orienter les ressources financières vers les prestations de santé prioritaires et socialement rentables.

Une meilleure définition des priorités et des besoins est de nature à permettre une meilleure adhésion des bailleurs de fonds, plus particulièrement les organismes internationaux.

La prise en charge par l'Etat du financement du secteur préventif et de lutte contre les grands fléaux sociaux doit être préservée et renforcée.

Compte tenu des constats décrits dans la première partie de ce rapport, il est impératif de mettre en place un certain nombre de mécanismes de nature à améliorer l'accessibilité économique aux soins.

2.5. GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

La problématique de la gouvernance du système de santé a été suffisamment étudiée dans la première partie de ce rapport, surtout en ce qui concerne les structures et le rôle des différents intervenants.

La grande question reste les mécanismes de régulation de la gouvernance du système de santé.

Les dysfonctionnements sont nombreux et de nature différente.

Le rôle de l'Etat dans la gouvernance du système de santé et l'orientation globale de ce système vers la réalisation des attributs d'une bonne gouvernance doivent se fonder sur la recherche d'un consensus naturel impliquant tous les acteurs concernés dans le cadre d'un système de santé intégré.

Pourquoi n'avons-nous pas réussi à instaurer des règles de bonne gouvernance de santé ?

A travers l'analyse des missions confiées au Ministère de la Santé, l'Etat intervient aussi bien au niveau politique, stratégique qu'opérationnel. Il en découle de ce cumul de rôles une incapacité d'assurer une bonne gouvernance du système national de santé. Comme nous remarquons l'existence d'une multiplicité d'acteurs dans la gouvernance du système national de santé avec une faible imputabilité et responsabilité.

De même qu'il n'y a pas de véritable culture de transparence et de communication, plus particulièrement en ce qui concerne les règles et procédures de gestion de la chose publique, le choix des priorités, l'identification, la mobilisation et la redistribution des ressources. Ceci est d'autant plus important qu'on s'achemine de plus en plus vers la régionalisation, la préservation de l'Etat de droit, la protection des affaires locales, la prise en considération des problèmes concertés du citoyen, la globalité et la complémentarité des composantes de la société ainsi que le respect de l'ordre et des libertés.

Le système de santé doit rester ouvert sur son environnement, sur le citoyen, sur les prestataires de soins et les organes de financement.

En définitive le citoyen doit rester au coeur des politiques et des stratégies sanitaires de même que les professionnels de santé doivent être impliqués dans la formulation de cette politique.

A l'instar de son rôle constitutionnel dans d'autres domaines, comme la sécurité au travail et l'enseignement, l'Etat doit se prononcer clairement sur la santé. D'où la nécessité de définir une véritable politique nationale de santé et non des programmes et des plans d'action sur des périodes de temps limitées ou au gré des changements des ministres.

2.6. RECHERCHE EN SANTÉ

Le développement sanitaire national est un processus progressif, qui nécessite outre les apports du secteur de la santé, ceux des autres secteurs de développement social et économique tels que l'éducation, le logement, l'eau, l'assainissement, l'agriculture et l'industrie. L'effort combiné de ces différents secteurs de la population doit concourir à modifier et à améliorer l'état de santé de la population. Les décideurs sont appelés à décider des meilleures approches à adopter sur la base d'informations détaillées et exactes qui pour une grande part, ne peuvent être fournies que par la recherche en santé.

L'OMS définit la recherche en santé comme « un processus visant à obtenir une connaissance systématique et des technologies pouvant être utilisées pour améliorer la santé des individus ou de groupes de population déterminés. Elle fournit une information de base sur l'état de santé ou les pathologies de la population. Elle vise aussi à mettre au point des outils pour prévenir et soigner la maladie et en atténuer les effets et à concevoir des approches plus efficaces pour la prestation des soins de santé tant à l'individu qu'à la communauté ».

L'analyse de l'état des lieux permet de révéler les constats suivants :

- Absence de déclaration de politique de recherche, de définition des priorités et de planification de la recherche.
- Infrastructures et compétences insuffisantes, hermétiques et non optimisées.
- Absence de coordination, insuffisance et manque de transparence des mécanismes mis en jeu pour l'information des structures impliquées, l'allocation des ressources et la gestion des projets de recherche.
- Les principales retombées des travaux de recherche sont essentiellement scientifiques sous forme de publications. Le Maroc se situe au 3ème rang des pays africains en matière de publications avec un total de 400 articles par an (rapport de l'OMS de 1999).
- L'évaluation, la communication et l'utilisation des résultats de la recherche font défaut.
- L'absence d'un comité national d'éthique biomédicale et une faible performance du système national d'information sanitaire.
- Le financement de la recherche en santé repose exclusivement sur la coopération bilatérale ou multilatérale et les fonds alloués par les bailleurs de fonds et les organisations internationales à la recherche en santé.

Pour assurer l'efficacité et la durabilité de la recherche en santé, il serait judicieux de développer une stratégie basée sur :

- Une déclaration d'une politique de recherche en santé mettant en exergue les axes prioritaires dans ce domaine.
- La mise en place de structures et de mécanismes dédiés exclusivement à la promotion, l'organisation, la coordination et le suivi des activités de recherche.
- Le renforcement des capacités institutionnelles de recherche à travers la formation à la méthodologie de recherche, la formation par la recherche, la création de réseaux thématiques et de pôles de compétences et l'implication de structures partenaires et du secteur privé.
- Un financement pérenne et suffisant par la mobilisation de fonds nécessaires et suffisants à partir du budget de l'Etat et des différents bailleurs de fonds, entreprises privées et partenariats.
- Une évaluation et l'utilisation des travaux de recherche.

2.7. MÉDECINE TRADITIONNELLE AU MAROC

Il est normal d'aborder le pourquoi de la permanence de la médecine traditionnelle au Maroc.

La première raison est d'ordre historique et le Maroc a toujours eu une médecine depuis des temps immémoriaux jusqu'à nos jours. On a retrouvé un crâne trépané à Tafoughalt qui démontre combien le guérisseur marocain de l'antiquité était habile. Cette médecine pré-historique a été enrichie par l'apport des Phéniciens, des Romains et des Arabo-musulmans.

La 2^{ème} raison est écologique: actuellement aussi bien l'Amérique que l'Europe font le procès de la médecine post-industrielle à outrance basée sur la chimiothérapie agressive et préconisent un retour à la nature. Pourquoi alors, le Maroc continuerait-il à investir dans l'achat des substances chimiques alors qu'il dispose de centaines de plantes médicinales.

La 3^{ème} raison est logistique: il serait normal d'utiliser les ressources de la médecine traditionnelle pour optimiser l'effort sanitaire national.

La 4^{ème} raison est d'ordre anthropologique: la médecine moderne s'intéresse de plus en plus, aux manifestations mystérieuses, irrationnelles, et faisant appel au surnaturel et au miraculeux : multiplication de sectes, nouvelles formes de yoga, spiritisme. Or la médecine traditionnelle connaît bien le mystérieux, l'irrationnel et le magique Elle sait l'utiliser pour apaiser l'âme tourmentée.

La dernière raison réside dans le fait que les maladies incurables (cancer, maladies chroniques) et syndromes particuliers (boumzoui, ragued, lacoulchite) ne peuvent être soignés par la médecine moderne. C'est pour ces raisons que de telles catégories de malades finissent par se réfugier chez le fqih ou le marabout.

Cette dernière raison permet le questionnement sur la clientèle de la médecine traditionnelle au Maroc.

La 1^{ère} catégorie de la clientèle de la médecine traditionnelle est justement celle des malades pour lesquels la médecine moderne ne peut rien, tels certains cancéreux ou syndromes incompréhensibles.

La 2^{ème} catégorie de clientèle est la population rurale ou semi urbaine et cela à cause de son éducation et de son environnement socioculturel, de sa condition de vie qui l'éloigne des grandes villes où se concentrent la plupart des médecins.

En plus, cette population dispose de faibles ressources et ne peut faire appel aux soins modernes coûteux. La médecine traditionnelle est, souvent, le seul recours pour les populations en zone rurale. Il existe enfin, une autre catégorie de clientèle qui, régulière et flottante, est constituée d'intellectuels dont le mode de pensée est électif et contradictoire.

Cette clientèle est attirée de temps à autre par la médecine traditionnelle qui lui procure l'attrait du mystère, du symbolisme, du rituel, pour combler un vide culturel.

Les ressources matérielles et humaines du secteur traditionnel des soins comportent :

Les produits (la pharmacopée traditionnelle) font appel aux 3 règnes.

On peut distinguer :

- Un contenu phytothérapeutique et chimiothérapeutique :
Les simples, les eaux thermales, quelques produits industriels ou manufacturés, quelques préparations ou associations.
- Un contenu symbolique et magico religieux :
Des produits de médiation, d'intercession, de symbolisation magico religieuse, des ingrédients de magie homéopathique et de magie contagieuse.

Les prestations et les procédures:

phytothérapie, organothérapie, cautérisation, accouchement, soins dentaires, thermalisme, psychothérapie, réduction des fractures et entorses, massages, soins de sable ou de boue, saignées, scarification, magnétisme, pose de bagues, pèlerinage de santé, médecine magico religieuse.

les praticiens: les fqihs et talebs,

les guérisseurs de toutes sortes dont les psychothérapeutes, les herboristes, les accoucheuses traditionnelles, les dentistes traditionnels, les kuway et poseurs de bagues et de gabues, les rebouteurs, les exorciseurs et praticiens de toutes sortes faisant intervenir des procédés strictement magiques.

Ces pratiques diverses ou spécialités, dans leur totalité ou en partie, sont parfois cumulées par la même personne. Mais la spécialisation se rencontre très fréquemment aussi.

Ces considérations amènent à poser la question clé :

Est-il possible de procéder, ne serait-ce que dans un but culturel et économique, au recyclage du savoir médical traditionnel dans un cadre de modernité, afin de profiter de ses avantages et d'éviter ses inconvénients. Cette modernisation pourrait se faire par exemple dans l'organisation économique de la phytothérapie traditionnelle en vue d'une exploitation et d'une commercialisation rationnelles de la flore médicinale, activité devant bénéficier en priorité aux collectivités locales.

Il convient donc d'étudier, dans le cadre de l'instauration d'un centre de recherches, les ressources de la pharmacopée traditionnelle et les pratiques de soins, afin de parvenir à leur utilisation rationnelle dès lors que leur efficacité aurait été médicalement et scientifiquement vérifiée, afin d'arrêter d'exporter par tonnes et au bas prix ces ressources, avant d'en importer les extraits actifs par kilogrammes et aux prix forts.

■ 3- Perspectives et recommandations

3.1. RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ

A la lecture de ce qui a précédé, la réforme du système de santé au Maroc devient de plus en plus une condition pour sa survie et non pas un choix.

Et la réflexion sur les alternatives de développement des services de santé, amène à soulever un certain nombre de questionnements relatifs aux grandes fonctions du système de santé, notamment la séparation entre la prestation et le financement des services de santé ; la séparation entre la responsabilité du financement et la fonction managériale, et le développement de la fonction de régulation.

En ce qui concerne le premier point, le Maroc a décidé l'introduction de nouveaux mécanismes de financement, notamment l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale aux Personnes Economiquement Démunies (RAMED). Par ailleurs, la séparation de la prestation du financement doit se faire avec la mise en place d'entités spécifiques chargées de gérer les financements publics, à l'instar de l'Angleterre, où cette séparation a constitué un des éléments clefs du succès de la réforme du système national de santé.

Pour ce qui a trait au second point, et avec l'émergence des statuts conférant la personnalité morale à des établissements relevant du secteur public, apparaît la notion de Conseil d'Administration, avec une double implication. D'une part, au sein de l'établissement sanitaire doit naître une entité qui est chargée de définir les orientations politiques de l'établissement, d'approuver la gestion et de déterminer les actions à mener. D'autre part, cette entité dont les membres qui la composent sont originaires d'horizons divers (population, personnel de l'établissement, associations...) n'assure pas la gestion quotidienne de l'établissement sanitaire qui est confiée à une direction exécutive. L'exemple le plus notable au Maroc est celui des Centres Hospitaliers universitaires.

A la suite de cette distinction, le rôle de l'Etat consisterait à gouverner le système de santé et le rôle des administrations extérieures et des établissements serait de veiller à assurer la performance de la production des soins et services. Pour ce faire, il convient de transférer certains pouvoirs (décentralisation et régionalisation).

La fonction de la régulation, elle doit reposer sur trois politiques principales :

La planification par la révision de deux outils de planification :

- la carte sanitaire
- la loi de l'offre de soins

et l'introduction de deux autres :

- le schéma régional d'organisation sanitaire
- le projet d'établissement hospitalier, déjà initié au niveau des centres hospitaliers universitaires.

La révision de la carte sanitaire et de la loi de l'offre de soins constitue le cadre juridique pour rendre plus performant le système.

Ces deux outils ont pour objet de prévoir et de susciter les changements nécessaires des services de santé, public et privé, en vue d'assurer une complémentarité de ces deux secteurs et de satisfaire de manière optimale la demande de santé, visant toujours la prise en charge du patient comme être humain et en lui offrant la continuité des services requis.

Dans le schéma régional d'organisation sanitaire, sont impliqués, aussi bien les conseils régionaux que les ordres professionnels.

Pour le projet d'établissement hospitalier, tous les acteurs hospitaliers doivent être mobilisés. La régulation de la demande reposera sur le renforcement du système d'orientation recours entre les hôpitaux et les centres de santé, et entre le secteur public et privé, ainsi que et l'équilibrage de la filière de soins.

- Le mode de régulation économique que constitue la contractualisation, déjà testé au niveau des centres hospitaliers universitaires en 2003, vise à susciter une meilleure performance des établissements de soins aussi bien privés que publics, les régions sanitaires, les hôpitaux et la tutelle auront à établir des ententes, développer un système d'accréditation pour créer une certaine compétitivité dans le domaine de l'assurance qualité.
- Enfin dans le cadre de la régulation des dépenses, il devient urgent de finaliser l'implantation d'une agence nationale de régulation du financement des soins qui va accompagner la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire et du régime d'assistance médicale des économiquement démunis. Cette agence aura à cadrer les interrelations entre les financeurs et les producteurs de soins.

Parallèlement à ces options, il faut préserver les principaux acquis qui se résument à cinq points :

- Le renforcement de la couverture sanitaire ;
- L'adoption de la prévention comme pilier essentiel de l'amélioration du niveau de santé du citoyen ;
- La consolidation des programmes de santé et de lutte contre les maladies transmissibles et les programmes de la santé de la mère et de l'enfant ;
- Le renforcement de la sécurité sanitaire ;
- La consolidation des acquis en matière de politique du médicament et la promotion du générique.

3.2. LA MOBILISATION D'UN FINANCEMENT SUFFISANT ET ÉQUITABLE

Elle passe par l'augmentation du budget du Ministère de la Santé qui nécessite de penser à d'autres voies de financement :

- Au delà de 2.020, extension de l'Assurance Maladie Obligatoire aux professions libérales et aux indépendants qui va faire passer la couverture par cette dernière de 30% à 48% ;
- Partenariat avec les collectivités locales et les ONG pour mobiliser les ressources pour la santé ;
- Réduction des coûts des biens médicaux et des soins par :

- La mise en place d'une politique ambitieuse du médicament générique
- Une amélioration des mécanismes d'approvisionnement et des achats publics
- Le recours au système de vacation dans le secteur public pour une meilleure accessibilité
- L'orientation des ressources financières vers les prestations de santé prioritaires et socialement rentables
- Adoption de la loi sur la carte sanitaire
- Croissance économique soutenue et durable pendant une longue période pour que l'économie marocaine puisse réduire la pauvreté et intégrer le secteur informel (basculement du régime d'assistance médicale des économiquement démunis vers l'assurance maladie obligatoire).

3.3. INSTAURATION D'UNE BONNE GOUVERNANCE

Une bonne gouvernance de notre système national de santé oriente vers des options qui découlent directement des constats et dysfonctionnements relevés lors de l'étape de diagnostic et d'analyse de la gouvernance du système de santé.

Pour préciser le rôle de l'Etat dans la gouverne du système national de santé et orienter la dynamique globale du système vers la réalisation des attributs d'une bonne gouvernance, deux préalables s'avèrent nécessaires :

Un consensus national sur les principes fondamentaux du système national de santé en vue d'assurer la pérennité de notre système semble primordial à établir, au plus haut niveau, qui confirme l'attachement des pouvoirs publics aux valeurs fondamentales de solidarité, d'équité, d'universalité et d'accessibilité : une déclaration de principe inspirant toute la gouverne de notre système. Cette déclaration devrait reconnaître la nécessité de faire des choix fondamentaux et d'en débattre de façon ouverte et non partisane, en vue d'assurer la pérennité de notre système.

Egalement, le développement d'une politique sanitaire doit se baser sur la participation des communautés et du secteur privé dans le cadre d'un système de santé intégré. A l'état actuel, l'élaboration des politiques nationales en matière de santé s'opère d'une façon unilatérale et d'une façon verticale. Les collectivités locales, tant au niveau régional que provincial, les acteurs du secteur privé et de la société civile, sont en marge de tout processus de planification et de programmation des politiques de santé.

Le rôle du Ministère de la Santé et de ses services extérieurs dans la gouverne du système national de santé est à préciser.

A l'instar du rôle constitutionnel de l'Etat dans les domaines de la sécurité au travail et de l'enseignement.

L'inventaire des rôles assurés actuellement par le Ministère de la Santé, tant au plan formel qu'informel, montre que les services centraux du Ministère s'occupent des activités opérationnelles au détriment des activités stratégiques. De plus, les activités stratégiques et les politiques sanitaires ne sont pas évaluées faute, entre autres, d'un système national d'information probant, fiable et valide. Les attributions dévolues

au Ministère de la Santé peuvent mettre l'accent sur la fonction d'élaboration des politiques et des stratégies sanitaires nationales tout en le déchargeant progressivement des activités opérationnelles au profit des structures régionales et locales, ainsi que sur la promotion d'une culture d'évaluation des performances de l'ensemble des composantes du système national de santé.

L'analyse de la gouvernance du système national de santé sous l'angle de l'imputabilité et de la responsabilité fait ressortir plusieurs dysfonctionnements. Ainsi, les mandats des différents acteurs du système national de santé sont le plus souvent mal définis, les mécanismes d'imputabilité au niveau des différents paliers du système national de santé sont quasiment inexistants. Par ailleurs, le système national de santé n'intègre pas la fonction de contrôle et d'audit dans son processus administratif et gestionnaire. Aussi, il est important de noter que d'une façon générale les résultats de performance et de contre performance ne sont pas systématiquement suivis par des mesures incitatives ou coercitives.

Pour pallier ces limites, plusieurs options complémentaires s'offrent :

- développer l'obligation de rendre compte à travers une bonne définition des responsabilités et des indicateurs de suivi des performances. Cette obligation peut voir sa légitimité assurée par la mise en place d'un système d'incitation/sanction clair.
- réviser les lois et les règlements en vue d'introduire ces principes dans le management du système national de santé.
- développer des mécanismes institutionnels d'incitation à l'efficacité et à l'assurance qualité (audit, accréditation, inspection, communication des bilans, contrat objectif moyens, comités d'éthique en recherche...).
- identifier et clarifier les responsabilités propres à chaque intervenant dans le système national de santé : Etat et ses représentants, société civile et secteur privé ; et définir les modalités d'organisation des relations entre ces différents groupes d'acteurs.
- séparer la fonction de financement de la fonction de prestation. La fonction de financement mérite d'être centralisée au niveau d'un organisme distinct de ceux qui assurent la prestation de soins et de services de santé et des services centraux du Ministère de la Santé.

Actuellement, les composantes du système national de santé fonctionnent en « silos ». Chaque sous-système a sa propre logique de fonctionnement, sans mécanismes de communication et d'intégration avec les autres sous-systèmes. De plus, les politiques développées ne tiennent compte ni du micro, ni du macro environnement. Le client ne constitue pas le cœur de l'ensemble des politiques et des stratégies sanitaires. Les clients internes, qui sont les professionnels de santé sont très rarement impliqués dans la formation et l'élaboration des politiques. Ces mêmes constatations s'appliquent également aux rapports qui régissent les différents acteurs détenteurs d'enjeux.

Cette ouverture peut être opérée par :

- La mise à profit du contexte sociopolitique actuel pour favoriser l'ouverture du système national de santé à la participation des acteurs concernés tout en renforçant le leadership du Ministère de la Santé en tant que fédérateur et catalyseur des politiques de santé.
- Le renforcement de la collaboration intersectorielle par la re-définition des attributions des différents ministères dans le domaine de santé, le développement du partenariat des collectivités locales.
- La mise en place des mécanismes permettant de réguler les relations de partenariat entre l'Etat et les différents acteurs appartenant à la société civile comme par exemple les ONG.
- Le développement de l'interactivité au sein de la société civile et entre celle-ci et les autres partenaires
- Le développement d'une démarche participative de l'ensemble des intervenants (population, prestataires et détenteurs d'enjeux) dans la formulation des politiques sanitaires, dans l'identification, la mobilisation et la distribution des ressources, et enfin dans l'évaluation des politiques nationales en santé. Cette participation peut être institutionnalisée.

A travers des organes de représentation à différents niveaux (Conseil de gestion des établissements, Conseil d'administration), la création d'un Conseil Supérieur de la Santé comme structure de concertation au niveau national.

- Et enfin la mise en place des observatoires de santé (national et régional) pour recueillir et diffuser l'information sur le système national de santé.

Les observations faites concernant la gouvernance du système national de santé permettent de conclure à l'absence de mécanismes de transparence et de communication au niveau des principales fonctions stratégiques du système.

Développer une stratégie nationale de communication des actions et des décisions avec les acteurs internes et externes du système national de santé peut être le fait d'un observatoire des ressources affectées au système national de santé.

Une des préoccupations du gouvernement d'alternance consiste à vouloir rapprocher l'administration des citoyens afin d'adapter l'offre de soins et services à leurs attentes et à leurs besoins. S'agissant du domaine de santé, la régionalisation est au stade encore embryonnaire. La création d'une gouvernance régionale reste soumise à beaucoup d'obstacles liés d'une part au caractère disparate de l'offre de soins (capacité hospitalière mal répartie, inadaptation dans l'organisation du système de l'offre de soins) et à une mauvaise répartition des ressources.

Le renforcement de l'expérience actuelle en matière de décentralisation et de déconcentration, notamment au niveau régional, provincial et local peut consister en l'institution de gouvernes au niveau des délégations régionales et au niveau des établissements hospitaliers régionaux à l'intérieur d'un cadre légal qui précise la redistribution des pouvoirs entre les différents paliers du SNS ainsi que les mécanismes de régulation et d'imputabilité.

Dans le cadre de la nouvelle vision de l'autorité publique, le Ministère de la Santé est appelé à se repositionner par rapport aux différents intervenants dans le système national de santé en vue d'assurer une régulation et une coordination des différentes actions du système, au plan national, régional et local. L'examen de la structure de la gouvernance actuelle du système national de santé fait ressortir plusieurs insuffisances en rapport avec la fonction régulation du système :

- Insuffisance de coordination intersectorielle ;
- Défaut des mécanismes de régulation des intervenants dans le Système National de Santé ;
- Insuffisance de coordination intersectorielle (partenariat, contractualisation, globalisation) ;

Qu'illustrent la nécessité de :

- Clarifier le rôle des différents départements en matière de santé et renforcer la coordination intersectorielle à différents niveaux du système
- Développer et réglementer l'utilisation d'outils de planification de l'offre de soins (Carte sanitaire, Schéma régional de l'offre de soins, Projet d'établissement)
- Renforcer la contractualisation entre financeurs et producteurs de soins
- Coordonner et réglementer les relations de collaboration entre le gouvernement et la société civile et les relations de coopération entre l'Etat et les organisations internationales.

■ 4. La vision «développement humain 2025» en termes de dépassement

Un Marocain développé sur le plan sanitaire, c'est à dire :

- Concevant la santé dans son acception moderne, recherchant le bien-être physique, mental, familial, professionnel et social ;
- Vivant dans un environnement sain ;
- Non victime des maladies transmissibles et non transmissibles ;
- Conscient de son droit à la santé (équité, justice et liberté) et de son devoir de santé (capacités de production) ;
- Ayant la culture et l'éducation d'un homme sain (hygiène de vie) ;
- Prenant en charge sa santé individuelle, (la santé ne relève pas de la responsabilité de l'Etat seulement) ;
- Conscient de la responsabilité de son comportement sur sa famille, et sur la société, sur le poids économique de la santé et sur la préservation de la planète (ne pas remettre en cause les choix et les possibilités des générations futures).

Cette vision nécessite certains dépassements :

Dépassements intrinsèques :

- Instituer un Temps Plein Aménagé (TPA) bidirectionnel ;
- Fonder un ordre national des professionnels de santé pour une meilleure inter-fécondation (médecins, pharmaciens, dentistes, paramédicaux) ;
- Recharger les professions de santé du concept humanitaire.

Dépassements latéraux :

- Union sanitaire maghrébine ;
- Partenariat transnational autour de produits porteurs (contraceptifs, antibiotiques, vaccin, éducation sanitaire) ;
- La lutte contre le SIDA notamment à travers l'éducation sexuelle ;
- Fabrication et marchandisation de produits pharmaceutiques jusqu'alors exclus de la société marocaine ;
- Prendre rang dans la pyramide du savoir avec des budgets conséquents à chaque strate de cette pyramide :
 - Primaire = éducation sanitaire
 - Secondaire = formation professionnelle
 - Supérieur = transfert technologique
- Placer la femme tout au long de la hiérarchie sanitaire décisionnelle (gouvernement, parlement, vie associative).

Pour ce faire, les principaux moyens à déployer sont :

- Une couverture médicale de base fondée sur le principe de solidarité ;
- Une carte sanitaire permettant une meilleure répartition des richesses sanitaires ;
- Une augmentation des budgets consacrés à la médecine préventive et curative ;
- Une éducation sanitaire intensive et élargie ;
- Une politique pharmaceutique introduisant le générique ;
- Une valorisation des ressources naturelles (phytothérapie) ;
- Une politique de prévention routière plus musclée et dissuasive ;
- Une législation sanitaire appropriée ;
- Une valorisation de la ressource humaine ;
- Une promotion de la recherche sanitaire et médicale et de l'économie de la santé ;
- Une gouvernance légitime, libre, informée, responsable et transparente, armée financièrement et efficiente, soutenue par des acteurs sociaux engagés.

BIBLIOGRAPHIE CONSULTÉE

Ministère de la Santé

Plan de développement sanitaire, 2002-2003/2004

Ministère de la Santé

Les hôpitaux publics au Maroc, 2003

A. Belghiti Alaoui

La réforme de santé au Maroc, 2005

Ministère de la Santé

Organisation des services de santé et leur impact sur la qualité, 2002

J. Perrot,

« Organisation des Systèmes de santé, le partenariat basé sur les relations contractuelles »

Ministère de la Santé

Rapport de recherche, analyse du système de recherche en santé, 2003

Ministère de la Santé

La gouvernance du système national de santé, 2002

Ministère de la Santé

Les comptes nationaux de la santé 1997-1998

Organisation Mondiale de la Santé

Comparaison entre pays dans une Région OMS de la Méditerranée Orientale, 2002

Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques

Profil sociodémographique du Maroc, 2004

Ministère de la Santé

Dix années d'épidémiologie au service de la santé, 2000

Ministère de la Santé

Enquête panel sur la population et la santé au Maroc,
1995-1996

Ministère de la Santé

Enquête nationale sur la population et la santé, 1992-1993

Ministère de la Santé

Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant, 1997-1999

Ministère de la Santé

Etude de la charge de morbidité globale au Maroc, 2000

Organisation Mondiale de la Santé

Rapport sur la santé dans le monde, pour un système de santé plus performant.

Documents de travail mis à notre disposition par le Bureau de HDR 50

ISBN
9954-405-32-1
N° Dépôt Légal
2005/2607