



# PLAN SANTÉ 2025

---

Le citoyen  
au cœur de notre système de santé

Echelle11.com



*« [...] Redresser les anomalies qui entachent l'exécution du programme de couverture médicale RAMED et, parallèlement, refondre en profondeur le système national de santé, qui se caractérise par des inégalités criantes et une faible gestion. [...] »*

Extrait du discours prononcé par S.M. le Roi Mohammed VI  
à l'occasion de la Fête du Trône, 29 juillet 2018

Echelle11.com

## Anass Doukkali, Ministre de la Santé



Le système de santé national a cherché dès l'Indépendance à répondre aux problèmes de santé publique et à la question de la justice sociale en se basant sur les soins de santé primaires, avec des programmes de prévention et de vaccination pour lutter contre les épidémies. Parallèlement à cela, le pays s'est engagé dans l'extension de l'offre de soins et dans le développement du capital humain à travers la création de facultés de médecine et d'établissements de formation aux carrières de santé. A partir des années 90, un virage hospitalier a été opéré à travers tous les chantiers de réformes hospitalières.

Le Plan Santé 2025 vient dans un contexte particulier marqué par des réalités politiques, institutionnelles et sociales et la Volonté Royale d'activer les changements adéquats de la politique de santé, particulièrement le système national de santé et la couverture sanitaire universelle.

Ce plan a été élaboré suite à une large concertation avec les partenaires institutionnels, les professionnels de santé, les partenaires sociaux et le corps enseignant. Les grands axes du Plan Santé 2025, centré sur le citoyen, sont basés sur une vision claire, des valeurs communes et des objectifs réalisables.

Malgré des avancées indéniables, il est aujourd'hui indispensable de procéder à une refonte de notre système de santé pour améliorer la couverture médicale de base et réduire les inégalités de santé, qui restent importantes.

Le Plan Santé 2025 constitue une opportunité pour s'adapter aux nouveaux défis du 21<sup>e</sup> siècle (démographie, vieillissement, nouvelles technologies) et mieux répondre aux besoins des citoyens. Il donne la priorité aux soins de santé primaires et à la promotion de la santé et préconise le développement de pôles hospitaliers d'excellence, le renforcement des compétences et l'innovation. Ce plan propose un mode innovant de gouvernance et de financement, une mobilisation et une valorisation des ressources humaines, avec l'implication du citoyen et l'engagement des collectivités territoriales.

Conscient des enjeux liés à notre système de santé, le Ministère s'engage à assumer pleinement son rôle de leadership dans la mise en œuvre du Plan Santé 2025. Il a la conviction que celui-ci constituera la plateforme appropriée pour aboutir à l'élaboration d'une Charte nationale de la santé, préparant l'avènement d'un système de santé national au service du citoyen.

## Méthodologie : une approche participative

L'élaboration du Plan Santé 2025 s'est déroulée selon une démarche participative associant les principales composantes du système de santé ainsi que les acteurs institutionnels et associatifs et les partenaires sociaux.

Les grandes lignes du Plan Santé 2025 ont été présentées et approuvées en Conseil de Gouvernement le 19 avril 2018. Il s'inscrit dans la continuité des plans 2012-2016 et 2017-2021, en mettant l'accent sur la consolidation des acquis et la mise en œuvre d'actions innovantes à même de relever les défis et mettre en place des services de santé de qualité répondant aux besoins du citoyen.

Le processus global de préparation du Plan Santé 2025 s'est déroulé selon les principales étapes suivantes :

- **Une première réunion de concertation**, tenue à Marrakech le 31 mars 2018, avec les responsables de l'administration centrale et des services déconcentrés du Ministère de la Santé, les directeurs des CHU et les responsables des instituts, laboratoires et organismes sous tutelle sectorielle, a permis de décliner ce projet de plan en 3 piliers, 25 axes prioritaires et 125 actions spécifiques.
- **Une deuxième rencontre d'information** et de lancement de la dynamique des travaux thématiques selon les axes et les actions précités s'est tenue le 15 mai 2018. Le Ministère de la Santé a désigné 12 groupes de travail composés d'experts et de partenaires institutionnels. Leur mission était de développer les mesures spécifiques aux axes et actions retenus, sur la base d'un état des lieux et d'une analyse stratégique.

Les travaux des différents groupes ont été conduits sur la base d'un cahier des charges unifié précisant notamment :

- le contexte international et national d'élaboration du Plan Santé 2025 ;
  - l'approche méthodologique adoptée par les groupes de travail ;
  - les objectifs généraux et spécifiques ;
  - le déroulé et l'échéancier ;
  - les livrables attendus (la liste des mesures opérationnelles en relation avec la mise en œuvre des actions, un document final selon un canevas uniformisé pour les 12 groupes).
- **Une troisième rencontre de présentation** des travaux préliminaires des différents groupes s'est tenue le 13 juin 2018.
  - **Une quatrième rencontre plénière de restitution** présidée par Monsieur le Ministre a eu lieu le 22 juin 2018, consacrée aux présentations des résultats des groupes de travail et à l'intégration de nouvelles orientations. Un comité de suivi a été désigné pour l'intégration des différents travaux des groupes et la finalisation du document.
  - **Une cinquième rencontre de concertation** présidée par Monsieur le Ministre s'est tenue le 10 septembre 2018 avec les principaux partenaires sociaux, dédiée à la présentation et au partage du projet de Plan Santé 2025.

Un comité de mise en œuvre et de suivi du Plan Santé 2025 a été créé sous la présidence de Monsieur le Ministre.

# Sommaire

---

## 9 Introduction

## 10 Contexte

- 10 Contexte international
- 12 Contexte national
- 13 Contexte institutionnel

## 14 Etat des lieux

- 14 Les infrastructures
- 14 Les ressources humaines
- 17 Le médicament
- 17 Le système d'information et la qualité
- 18 La couverture médicale
- 19 La réglementation
- 20 Les programmes de santé

## 24 Vision – Valeurs – Cadre conceptuel

## 26 Les 3 piliers du Plan Santé 2025

- 27 **Pilier 1** – Organisation et développement de l'offre de soins en vue d'améliorer l'accès aux services de santé
- 39 **Pilier 2** – Renforcement des programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies
- 53 **Pilier 3** – Amélioration de la gouvernance et optimisation de l'allocation et de l'utilisation des ressources

## 75 Conclusion

## Liste des acronymes

<b>AMM</b>	Autorisation de mise sur le marché	<b>MDS</b>	Médicament dérivé du sang
<b>AMO</b>	Assurance maladie obligatoire	<b>MG</b>	Médecin généraliste
<b>ANAM</b>	Agence nationale de l'assurance maladie	<b>MNT</b>	Maladie non transmissible
<b>BPD</b>	Bonne pratique de distribution	<b>MT</b>	Maladie transmissible
<b>BPPH</b>	Bonne pratique de pharmacie hospitalière	<b>MS</b>	Ministère de la Santé
<b>BPPO</b>	Bonne pratique de préparation officinale	<b>MTN</b>	Maladie tropicale négligée
<b>BPS</b>	Bonne pratique de stérilisation	<b>NC</b>	Nouveau cas
<b>CAS</b>	Compte d'affectation spécial	<b>NTIC</b>	Nouvelle technologie de l'information et de la communication
<b>CEDM</b>	Certificat d'enregistrement des dispositifs médicaux	<b>NV</b>	Naissance vivante
<b>CHP</b>	Centre hospitalier provincial	<b>ODD</b>	Objectif du développement durable
<b>CHR</b>	Centre hospitalier régional	<b>OMD</b>	Objectif du millénaire pour le développement
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire	<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>CL</b>	Collectivité locale	<b>ONG</b>	Organisme non gouvernemental
<b>CM6</b>	Centre Mohammed VI pour le traitement des cancers	<b>PAGSS</b>	Projet d'appui à la gestion du système de santé
<b>CMB</b>	Couverture médicale de base	<b>PATM</b>	Patient atteint de troubles mentaux
<b>CMDM</b>	Comité du médicament et des dispositifs médicaux	<b>PEC</b>	Prise en charge
<b>CMDP</b>	Comité des médecins, dentistes et pharmaciens	<b>PFGSS</b>	Projet de financement et de gestion du système de santé
<b>CNOPS</b>	Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale	<b>PIB</b>	Produit intérieur brut
<b>CNSS</b>	Caisse nationale de sécurité sociale	<b>PMA</b>	Procréation médicalement assistée
<b>CNTSH</b>	Centre national de transfusion sanguine et d'hématologie	<b>PMS</b>	Paquet minimum de soins et de services
<b>CRO</b>	Centre régional d'oncologie	<b>PNI</b>	Programme national d'immunisation
<b>CRTS</b>	Centre régional de transfusion sanguine	<b>PNISE</b>	Politique nationale intégrée de la santé de l'enfant
<b>CRSSU</b>	Centre de référence de santé scolaire et universitaire	<b>PPN</b>	Politique pharmaceutique nationale
<b>CS</b>	Centre de santé	<b>PPP</b>	Partenariat public-privé
<b>CSU</b>	Couverture sanitaire universelle	<b>PPV</b>	Prix public de vente
<b>CTS</b>	Centre de transfusion sanguine	<b>PSGA</b>	Programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement
<b>DPCC</b>	Détection précoce du cancer du col	<b>PSL</b>	Produit sanguin labile
<b>DELM</b>	Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies	<b>RAM</b>	Résistance aux anti-microbiens
<b>DGAPR</b>	Délégation générale de l'Administration pénitentiaire	<b>RAMED</b>	Régime d'assistance médicale
<b>DRH</b>	Direction des ressources humaines	<b>RDS</b>	Responds Directed Sampling
<b>DRS</b>	Direction régionale de la Santé	<b>REDRESS</b>	Programme d'appui à la régionalisation, à la déconcentration et au renforcement des soins de santé de base
<b>DTS</b>	Dépense totale de santé	<b>REMS</b>	Réseau des établissements médico-sociaux
<b>EH</b>	Etablissement hospitalier	<b>RESSP</b>	Réseau des établissements de soins de santé primaires
<b>ENPSF</b>	Enquête nationale sur la population et la santé familiale	<b>RH</b>	Ressources humaines
<b>ENPTM</b>	Enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux	<b>RISUM</b>	Réseau intégré des soins d'urgence médicale
<b>ENSP</b>	Ecole nationale de santé publique	<b>RMM</b>	Ratio de la mortalité maternelle
<b>EPI</b>	Etablissement pharmaceutique industriel	<b>SAMU</b>	Service d'aide médicale urgente
<b>ESSP</b>	Etablissement de soins de santé primaires	<b>SCSF</b>	Service de contrôle sanitaire aux frontières
<b>FACS</b>	Fonds d'appui à la cohésion sociale	<b>SMUR</b>	Service mobile d'urgence et de réanimation
<b>GIP</b>	Groupement d'intérêt public	<b>SPA</b>	Substance psychoactive
<b>GYTS</b>	Global Youth Tobacco Survey	<b>SRES</b>	Service des réseaux des établissements de santé
<b>HP</b>	Hôpital public	<b>SSP</b>	Soins de santé primaires
<b>HTA</b>	Hypertension artérielle	<b>SROS</b>	Schéma régional de l'offre de soins
<b>HVC</b>	Hépatite virale C	<b>SST</b>	Santé et sécurité au travail
<b>IAS</b>	Infection associée aux soins	<b>SWOT</b>	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
<b>INDH</b>	Initiative nationale pour le développement humain	<b>TB</b>	Tuberculose
<b>IPM</b>	Institut Pasteur Maroc	<b>TIAC</b>	Toxi-infection alimentaire collective
<b>IRC</b>	Insuffisance rénale chronique	<b>TMIJ</b>	Taux de mortalité infanto-juvénile
<b>IRCT</b>	Insuffisance rénale chronique terminale	<b>TMN</b>	Taux de mortalité néonatale
<b>ISPITS</b>	Institut supérieur des professions infirmières et techniques de santé	<b>UMP</b>	Urgence médicale de proximité
<b>LMD</b>	Licence master doctorat	<b>USST</b>	Unité de santé et de sécurité au travail
<b>MCV</b>	Maladie cardiovasculaire	<b>VHC</b>	Virus de l'hépatite C
		<b>VIH</b>	Virus d'immunodéficience humaine
		<b>TNR</b>	Tarifcation nationale de référence
		<b>USP</b>	Urgence de santé publique
		<b>UTS</b>	Unité de transfusion sanguine

# Introduction

Le Plan Santé 2025 s'inscrit dans le cadre des grandes orientations du Royaume du Maroc en matière de développement humain et s'adresse à un secteur à vocation éminemment sociale. De même, il répond aux engagements du Gouvernement d'inscrire son action dans des politiques publiques volontaristes, efficaces et coordonnées, au service du citoyen.

Au plan international, il répond aux orientations sanitaires mondiales telles que stipulées dans les conventions et accords-cadres internationaux auxquels souscrit le Maroc.

Ce plan intervient dans un contexte d'avancées notoires du Maroc en matière de politique de santé et de services de soins au citoyen. Mais également dans un contexte institutionnel porté notamment par la Constitution de 2011, qui fait de l'accès aux soins un droit à part entière, en réponse à une demande sociale croissante.

Le Maroc se trouve aujourd'hui confronté à de nombreux défis en matière de santé. Parmi les plus importants figurent l'accès équitable aux soins et la qualité des services rendus au citoyen, quel qu'il soit, afin de répondre aux insuffisances, combler les carences et ainsi réconcilier celui-ci avec son système de santé.

Le Plan Santé 2025 est fondé sur trois préalables :

- une vision claire et des valeurs partagées ;
- une analyse approfondie des principaux dysfonctionnements du système de santé, des problèmes de santé de la population et leur évolution, ainsi que des changements socio-démographiques ;
- une réponse aux besoins de la population quant à son accès aux soins, à la promotion de la santé et surtout à la qualité des prestations.

Le Plan Santé 2025 s'appuie sur 3 piliers :

- pilier 1 : organisation et développement de l'offre de soins en vue d'améliorer l'accès aux services de santé ;

- pilier 2 : renforcement des programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies ;

- pilier 3 : amélioration de la gouvernance et optimisation de l'allocation et de l'utilisation des ressources.

Ces 3 piliers se déclinent en 25 axes, 125 actions et près de 700 mesures opérationnelles.

Afin de reposer sur un fondement éthique, le Plan Santé 2025 s'appuie sur six valeurs : équité, solidarité, accessibilité, qualité, performance et redevabilité.

Enfin, un plan de santé en phase avec les stratégies nationales se doit d'être concerté, consensuel et fédérateur. Pour cela, le Ministère de la Santé a retenu une approche basée sur l'état des lieux, l'identification des axes d'intervention, les objectifs et résultats à atteindre, la priorisation et les moyens de mise en œuvre.

Cette démarche, innovante, s'est voulue participative grâce à l'association et l'implication des acteurs et partenaires du développement de la santé au Maroc : représentants institutionnels, praticiens et professionnels de santé, universitaires, membres de la société civile, secteur privé, hommes et femmes parties prenantes, à différents niveaux, au développement du secteur de la santé.

# Contexte

## Contexte international

Secteur de première importance et à vocation sociale, la santé est tributaire des multiples enjeux qui affectent les politiques, les systèmes et les collectivités. Les objectifs du développement durable (ODD) constituent une plateforme de travail de premier ordre et sont de réels défis, du fait des transitions socio-économique, démographique et culturelle au niveau mondial et de l'inadéquation entre les besoins de santé et les ressources mobilisables.

Les cibles de l'objectif 3, « **permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge** », engagent le Maroc à poursuivre ses efforts pour l'amélioration de la santé et la promotion du bien-être de la population, à réduire les inégalités, à garantir la sécurité sanitaire et améliorer la réactivité et la réponse du système de santé aux changements climatiques, aux urgences de santé publique et aux catastrophes naturelles.

Mais le Maroc n'échappe pas aux autres défis mondiaux qui pèsent sur les pays, particulièrement ceux en transition: la couverture sanitaire universelle (CSU), la sécurité sanitaire internationale à travers l'application des dispositions du règlement sanitaire international 2005 (RSI 2005), la pénurie en ressources humaines de santé et la maîtrise des déterminants sociaux de la santé.



### Les 9 cibles de l'ODD 3 qui doivent être atteintes d'ici 2030 (source OMS)

1. D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes.
2. D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus.
3. D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et les autres maladies transmissibles.
4. D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.
5. Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool.
6. D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route.
7. D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.
8. Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.
9. D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol.

Par ailleurs, le Plan Santé 2025 s'inscrit dans la stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) relative aux ressources humaines à l'horizon 2030, articulée autour de quatre objectifs principaux en matière de promotion du capital humain :

1. Optimiser la performance, la qualité et l'impact du personnel de santé à travers des politiques de ressources humaines s'appuyant sur les données factuelles, contribuant à assurer la santé et le bien-être des individus, une couverture sanitaire universelle effective, la résilience et des systèmes de santé renforcés à tous les niveaux.
2. Faire correspondre l'investissement dans les ressources humaines pour la santé aux besoins futurs de la population et des systèmes de santé, en tenant compte de la dynamique du marché du travail et des politiques d'éducation, de manière à pallier les pénuries et améliorer la répartition du personnel de santé et parvenir ainsi à une amélioration maximale des résultats sur les plans de la santé, du bien-être social, de la création d'emplois et de la croissance économique.
3. Renforcer les capacités des institutions aux niveaux local, national, régional et mondial pour un leadership et une gouvernance efficace des mesures prises dans le domaine des ressources humaines pour la santé.
4. Renforcer les données concernant les ressources humaines pour la santé, pour le suivi et le contrôle de la mise en œuvre des stratégies nationales et régionales et de la stratégie mondiale.

D'autre part, on citera la déclaration d'Alma Ata (1978), où le Maroc s'est engagé à mettre l'accent sur l'adoption des soins de santé primaires (SSP) comme approche permettant d'assurer l'accès universel, l'équité sociale et la protection financière des plus démunis. Cette déclaration est plus que jamais d'actualité, compte tenu des données attestant l'efficacité des SSP pour améliorer la santé, la stabilité sociale et la sécurité. En offrant des soins de proximité, les SSP permettent d'augmenter l'équité dans l'accès aux soins, de répondre de manière plus appropriée et réactive aux besoins spécifiques des populations et de s'engager sur une couverture sanitaire et territoriale plus homogène.

Les maladies non transmissibles (MNT) sont, à l'échelle mondiale, la principale cause de mortalité, véritable défi du 21<sup>e</sup> siècle pour les pays aussi bien à haut, moyen ou faible revenus. 75 % des décès sont imputables aux MNT. Depuis l'an 2000, plusieurs résolutions ont été adoptées afin d'appuyer les composantes de la stratégie mondiale pour

la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles : (i) la convention-cadre pour la lutte antitabac ; (ii) la stratégie mondiale de l'alimentation et de l'activité physique ; (iii) la stratégie mondiale de réduction de l'usage nocif de l'alcool ; (iv) le plan d'action de la stratégie mondiale de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles.

En septembre 2011, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté, lors de sa réunion de haut niveau, la Déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, avec entre autres mesures :

- la réduction des facteurs de risque et l'instauration d'environnements sains ;
- le renforcement des politiques et systèmes de santé nationaux ;
- le renforcement des systèmes nationaux de surveillance et de suivi, y compris les enquêtes intégrées aux systèmes nationaux d'information sanitaire existants.

Parmi les risques pesant sur la communauté internationale figurent également les maladies transmissibles (MT), qui constituent toujours un lourd fardeau de morbidité et de mortalité. L'OMS rapporte que la tuberculose, le paludisme, le VIH, l'hépatite virale et les maladies tropicales négligées (MTN) tuent encore plus de 4 millions de personnes annuellement. De même, l'organisation fait régulièrement état de la survenue d'épidémies de maladies infectieuses graves, notamment dans les pays à faible revenu : méningites, choléra, fièvres hémorragiques, maladies à transmission vectorielle, etc.

Dans toutes les sociétés de par le monde, les troubles mentaux représentent une charge de morbidité non négligeable. L'OMS estime qu'une personne sur quatre dans le monde a souffert d'un trouble mental ou neurologique à un moment donné de sa vie, et 450 millions de personnes sont actuellement affectées par ces désordres ; 121 millions de personnes souffrent de dépression, 50 millions d'épilepsie, 24 millions de schizophrénie, et, chaque année, un million de personnes se suicident et 10 à 20 millions en font la tentative. L'OMS estime aussi que 20 % des enfants souffrent de maladies mentales. Toujours selon l'OMS, les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives représentent 30 % de la charge de morbidité liée aux maladies non transmissibles et 12 % de la charge de morbidité mondiale (en 2020, ils seront responsables de près de 15 % de la perte d'années de vie corrigées de l'incapacité), et ils représentent 6 des 20 premières causes d'incapacité dans le monde.

Le Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2013, reconnaît le rôle essentiel de la santé mentale dans la réalisation de l'objectif « La santé pour tous ».

## Contexte national

L'état de santé de la population marocaine a connu une importante évolution au cours des dernières années. Les progrès dans les conditions de vie et l'accès aux soins ont contribué à l'amélioration de nombreux indicateurs démographiques et épidémiologiques : maîtrise de l'accroissement démographique, progression de l'espérance de vie, baisse de la charge des maladies transmissibles, avec cependant une augmentation de la charge des maladies chroniques et des traumatismes.

L'espérance de vie à la naissance est passée de 71,1 années en 2004 à 75,8 années en 2015. Le ratio de la mortalité maternelle a enregistré une réduction de 35% entre 2010 et 2016, passant de 112 à 72,6 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV). La même tendance à la baisse a été constatée pour la mortalité infanto-juvénile : 22,6 décès pour 1 000 NV en 2018 contre 47 pour 1 000 NV en 2004.

Cette évolution s'effectue dans un contexte de **transition démographique**, avec l'inversion en cours de la pyramide des âges : le vieillissement de la population est un défi majeur. La proportion actuelle des personnes âgées de 60 ans et plus est de 11,1%. Elle passera à presque 25% d'ici l'an 2050<sup>1</sup>. Cette transition s'accompagne de l'amélioration des conditions d'hygiène grâce à l'extension du réseau électrique, du branchement

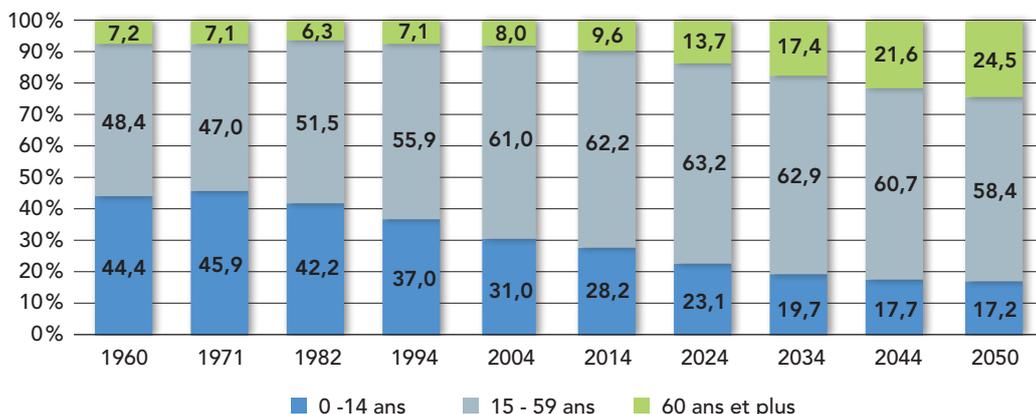
1. Selon les résultats préliminaires de l'Enquête nationale sur la population et la santé familiale de 2018, Haut-Commissariat au Plan.



à l'eau potable et de l'assainissement et grâce à la progression constante de la couverture sociale.

Cependant, la transition épidémiologique et démographique se traduit par une augmentation de la charge de morbidité et de mortalité des **maladies non transmissibles** : les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et l'insuffisance rénale chronique entraînent aujourd'hui 47 % des dépenses de santé, dont 46 % à la charge des ménages. La consommation de tabac constitue à elle seule le quart des causes de cancer et plus de 8 % des causes de décès, selon l'OMS. La situation est d'autant plus préoccupante que la couverture médicale ne s'adresse pas à la totalité de la population, avec un coût de prise en charge de ces maladies qui reste élevé. De ce fait, la promotion de la santé et l'amélioration de l'accès aux soins constituent les meilleures approches stratégiques pour réduire le fardeau des MNT.

La maîtrise des **maladies transmissibles** s'est poursuivie durant ces dernières années. Ainsi, le Maroc est parvenu à inverser l'incidence de l'infection par le VIH. Il est aussi le 2<sup>e</sup> pays de la région OMS/EMRO à éliminer le trachome cécitant. Globalement, la charge de morbidité des affections transmissibles et périnatales est passée de 33 % en 2000 à 18 % en 2016.



Graphique 1 : Structure de la population du Maroc par grands groupes d'âges entre 1960 et 2050

Dans le domaine de la **santé de la reproduction**, de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, le Maroc a enregistré des avancées notoires, comme l'atteste l'atteinte de l'OMD 4 et de l'OMD 5. A cet égard, la transition des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) vers les objectifs du développement durable (ODD) offre l'opportunité de repenser les stratégies nationales relatives à ce domaine et d'adapter les programmes.

Mais c'est certainement en matière d'**accès aux soins** que les acquis sont notoires, comme en témoigne la prise en charge des affections de longue durée. Entre 2011 et 2016, le nombre des diabétiques traités dans les structures publiques a augmenté de 40 %, le nombre des hypertendus suivis a été multiplié par 3, et le nombre des insuffisances rénales chroniques terminales (IRCT) prises en charge par le ministère en hémodialyse a augmenté de plus de 50 %.

L'ensemble de ces acquis a été rendu possible grâce, notamment, à l'amélioration de l'**accès à l'hôpital public** par l'amélioration de la fréquentation hospitalière de 80 %, l'augmentation des hospitalisations et des consultations spécialisées, avec une nette progression de la capacité litière hospitalière suite à la mise en service de nouveaux hôpitaux publics et un nouveau CHU à Oujda.

Cette amélioration a également été favorisée par la facilitation de l'**accès aux médicaments et dispositifs médicaux**, avec des baisses de prix sur les spécialités et dispositifs médicaux, l'amélioration du taux de pénétration du générique, la baisse des dépenses directes des ménages bénéficiaires du RAMED et la baisse relative des dépenses globales des ménages en santé. La consommation de médicaments a atteint 415 dirhams par habitant en 2016, inférieure à celle enregistrée dans les pays similaires. Mais la couverture sociale, en additionnant tous les régimes privés, concerne seulement 56 % de la population. A cela s'ajoute le faible budget alloué à la Santé qui se situe à 5,8 % du PIB, bien en dessous de la norme de 12 % préconisée par l'OMS.



## Contexte institutionnel

Le Plan Santé 2025 est élaboré dans un contexte institutionnel national marqué par :

- **La Constitution du Royaume de 2011**, notamment les dispositions de l'article 31 consacré au droit aux soins de santé, qui stipule : « *L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir du droit : aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État...* ». Pour la première fois, le droit à l'accès aux soins de santé se trouve au rang de droit constitutionnel. La Constitution consacre de nouveaux droits et induit de nouvelles approches visant le renforcement de la démocratie sanitaire.
- **Le message de Sa Majesté le Roi Mohammed VI** adressé aux participants à la 2<sup>e</sup> Conférence nationale sur la santé (Marrakech, 1<sup>er</sup>-3 juillet 2013) : élaboration de la charte et valorisation des ressources humaines.
- **Le discours de Sa Majesté le Roi du 14 octobre 2016** à l'ouverture de la 1<sup>re</sup> session de la 1<sup>re</sup> année législative de la 10<sup>e</sup> législature, rappelant : « *L'objectif qui doit être recherché par toutes les institutions, c'est d'être au service du citoyen. Si elles ne remplissent pas cette mission, ces institutions seraient inutiles et n'auraient même pas de raison d'être.* »
- **Le discours de Sa Majesté le Roi du 29 juillet 2018** : « [...] Redresser les anomalies qui entachent l'exécution du programme de couverture médicale RAMED et, parallèlement, refondre en profondeur le système national de santé, qui se caractérise par des inégalités criantes et une faible gestion. [...] »
- **Le programme gouvernemental** (avril 2017), notamment l'axe 4 : renforcement du développement humain et cohésion sociale et spatiale.
- **Le partenariat public-privé (PPP)** comme voie de recherche d'une performance nouvelle dans le secteur de la santé. Le programme gouvernemental 2016-2021 a promu la mise en œuvre du cadre juridique des PPP adopté en 2015 comme action-phare pour l'amélioration de la gouvernance et le financement des établissements et entreprises publics.
- **La réforme de la loi organique des finances**, qui incite à passer d'une culture de moyens à une culture d'objectifs et de résultats.
- **La régionalisation avancée**, où la région sanitaire est une donnée fondamentale et un atout pour le progrès, en regard de la marge d'autonomie de l'espace régional et des effets d'entraînement sur les acteurs de la région.

# Etat des lieux de la santé : défis et opportunités

## Offre de soins et gouvernance

### Les infrastructures

Des progrès indéniables ont été enregistrés au Maroc depuis l'Indépendance en matière d'offre de soins. Ces progrès portent notamment sur l'extension du réseau des établissements de soins de santé primaires, des cabinets médicaux, des officines et cabinets dentaires, des hôpitaux et des cliniques privées et sur le développement des centres hospitaliers universitaires.

#### Quelques chiffres

(carte sanitaire du Ministère de la Santé, 2018)

##### Secteur public

- 2 860 ESSP
- 148 hôpitaux, dont 5 CHU : 21 692 lits
- 10 hôpitaux psychiatriques : 1 146 lits
- 106 centres d'hémodialyse
- 10 centres régionaux d'oncologie

##### Secteur privé

- 356 cliniques : 9 719 lits
- 9 475 cabinets médicaux
- 8 914 officines
- 3 121 cabinets dentaires

En termes de couverture de la population, la desserte globale du service public est passée d'un ESSP pour 14 600 habitants en 1990 à un ESSP pour 12 238 habitants en 2018.

Malgré cette évolution favorable, plusieurs contraintes et dysfonctionnements sont à signaler, notamment :

- la répartition inéquitable des différents établissements de santé entre le milieu urbain et le milieu rural et entre les régions ;
- la desserte qui reste insuffisante pour répondre aux besoins de la population ;
- le retard accusé dans la mise en place de la carte sanitaire ;

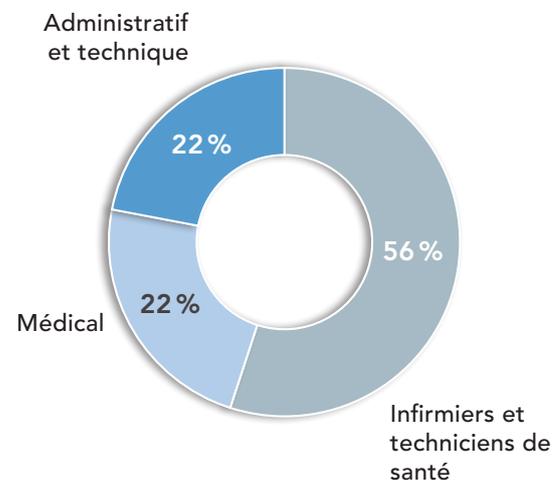
- la vétusté et le manque de maintenance du patrimoine immobilier et des équipements médicotechniques ;
- la faible complémentarité entre le service public et le secteur libéral.

### Les ressources humaines

Le déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines est structurel et est aggravé par une distribution régionale déséquilibrée.

Le capital humain constitue l'actif le plus important et la ressource primordiale que le système de santé doit développer pour créer les conditions nécessaires à une amélioration continue de l'état de santé de la population. Malgré les efforts consentis, la situation des ressources humaines est marquée par un déficit quantitatif et qualitatif de plus en plus significatif, voire inquiétant.

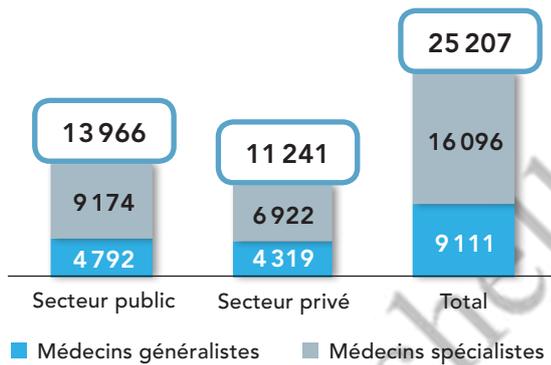
L'OMS situe le Maroc parmi les 57 pays du monde qui présentent une pénurie aiguë en personnel soignant. Actuellement, les effectifs du personnel médical et infirmier demeurent largement en deçà des besoins minimaux pour garantir à l'ensemble de la population une offre de soins de qualité. Les données indiquent que les médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes et infirmiers exerçant dans le secteur public représentent un effectif de 47 364 professionnels, soit un ratio de 7,3 médecins pour 10 000 habitants et 9,2 infirmiers et techniciens de santé pour 10 000 habitants (graphique 2).



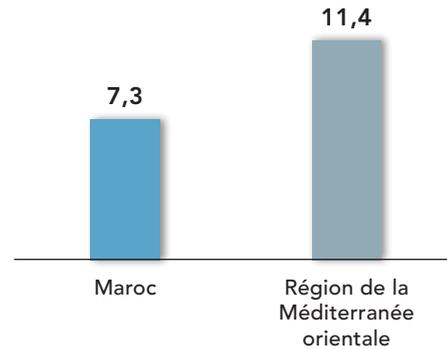
Graphique 2 : Répartition par profil des ressources humaines du secteur public de la santé (DRH, 2017)

La distribution régionale des professionnels de santé favorise largement les régions métropolitaines et les zones urbaines. 40% des professionnels du public et 60% des professionnels des deux secteurs sont concentrés dans les régions Casablanca-Settat et Rabat-Salé-Kénitra où vivent 34% de la population. La région Tanger-Tétouan-Al Hoceima ne dispose que de 11% des effectifs du secteur public et de 8% des effectifs des deux secteurs. Il en est de même pour les autres régions: Béni Mellal-Khénifra: 5% pour les deux secteurs, Souss-Massa: 6% pour les deux secteurs, Drâa-Tafilalet: 3% pour les deux secteurs, Laâyoune-Sakia Al Hamra: 2% pour les deux secteurs.

La répartition entre médecins généralistes et médecins spécialistes dans le secteur public (graphique 3) est anormalement inversée, soit 4 792 généralistes pour 9 174 spécialistes. Le personnel paramédical du secteur public (infirmiers auxiliaires, assistants médicaux et adjoints de santé, techniciens spécialisés...) totalise 32 040 personnes, dont 7 455 exercent au niveau des CHU.



Graphique 3 : Effectif des médecins (DRH, 2017)

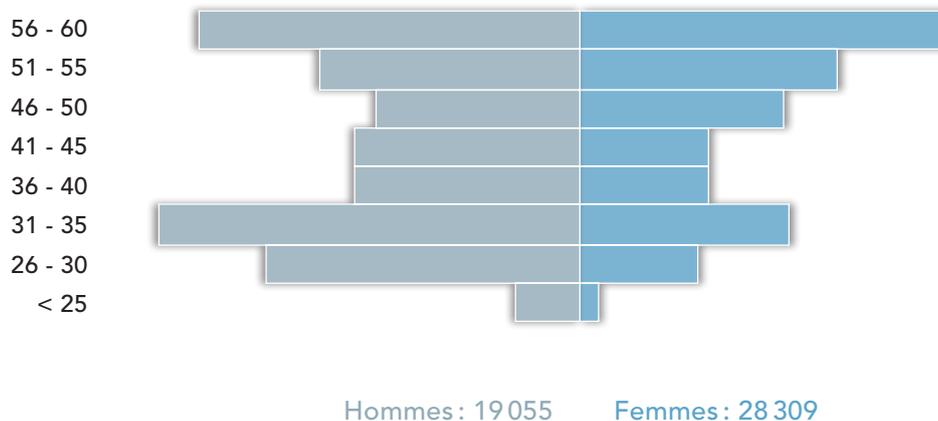


Graphique 4 : Densité des médecins pour 10 000 habitants (DRH, 2017)

La pyramide des âges des ressources humaines du secteur public (graphique 5) révèle des effectifs plus importants dans la tranche d'âge des 40-60 ans. Les sorties annuelles du personnel dépassent dans certains cas (en 2016) les postes budgétaires alloués, soit 2 312 professionnels. 6 687 fonctionnaires du Ministère de la Santé partiront à la retraite par atteinte de la limite d'âge dans cinq ans, soit 14% de l'effectif du personnel actuel. Ils seront 10 295 à l'horizon 2025, soit 22% de l'effectif actuel.

### Des capacités de recrutement en deçà des besoins minimaux

Le rythme de recrutement, notamment dans le secteur public au cours des dernières années, n'a pas été en mesure d'améliorer la couverture ni de compenser les départs à la retraite cumulés. Il en est de même de la demande du système libéral qui, dans le cadre de son développement, demande de plus en plus des professionnels de santé qualifiés.



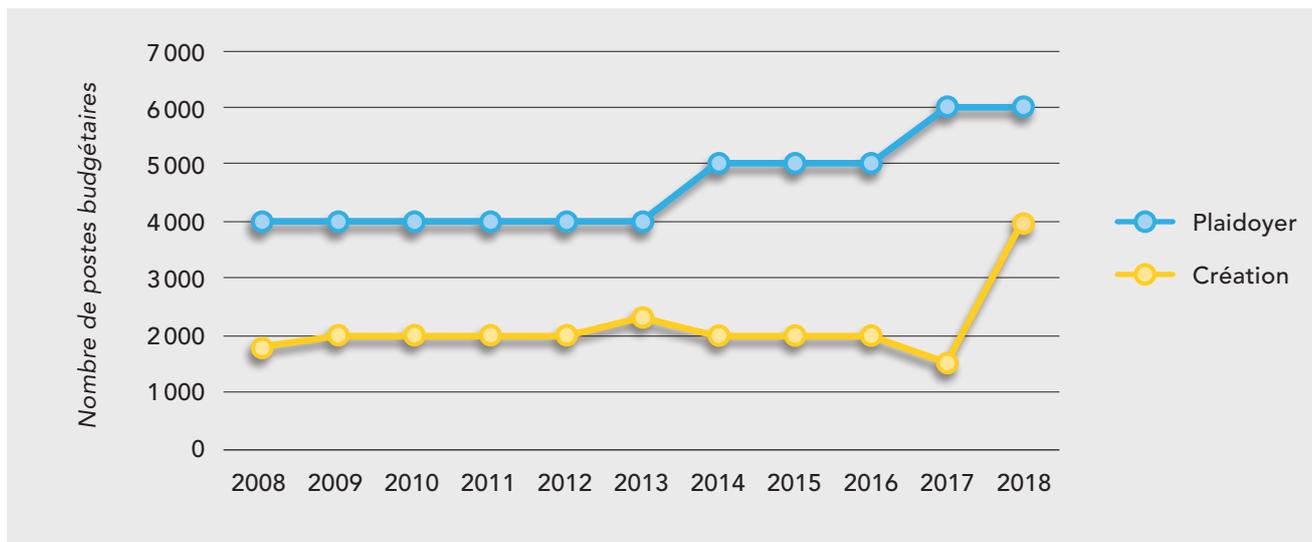
Graphique 5 : La pyramide des âges des ressources humaines du secteur public (DRH, 2017)

En effet, par rapport aux besoins exprimés par le Ministère de la Santé, soit plus de 51 000 postes budgétaires entre 2008 et 2018, seuls 23 600 postes budgétaires (dont 94,5 % pour les corps métier et 5,5 % pour les corps support) ont été créés, alors que durant la même période 10 450 départs à la retraite (dont 78 % pour les corps métier et 22 % pour les corps support) n'ont pas été compensés.

Ces départs vont s'accroître au cours des quinze prochaines années pour atteindre une moyenne

annuelle dépassant 1 400 départs. Par ailleurs, la demande en personnel de gestion qualifié pour faire face aux besoins nouveaux et pointus exigés par les réformes majeures engagées devra être prise en considération, et une politique de formation adéquate doit être mise en place dès à présent.

Le graphique 6 ci-dessous montre l'évolution des postes budgétaires créés en vertu des lois de finances annuelles par rapport aux besoins exprimés (plaidoyer) par le ministère entre 2008 et 2018 :



Graphique 6 : Évolution des créations de postes budgétaires par rapport au plaidoyer du Ministère de la Santé entre 2008 et 2018 (DRH, 2017)

De plus, la pénurie des ressources humaines est aggravée par l'instabilité du personnel et l'absentéisme endémique.

### **Un dispositif de formation des professionnels de santé en évolution**

Durant les dernières décennies, les pouvoirs publics ont beaucoup investi – et continuent de le faire – dans la formation médicale et paramédicale en vue de mettre à la disposition de la population un personnel de santé qualifié et en nombre suffisant.

S'agissant de la formation médicale et malgré tous les efforts consentis par les pouvoirs publics à travers l'Initiative nationale pour la formation de 3 300 médecins par an à l'horizon 2020, objectif difficile à atteindre, le Maroc reste toujours parmi les pays qui souffrent d'un déficit aigu en personnel médical, aussi bien au niveau quantitatif qu'au niveau qualitatif.

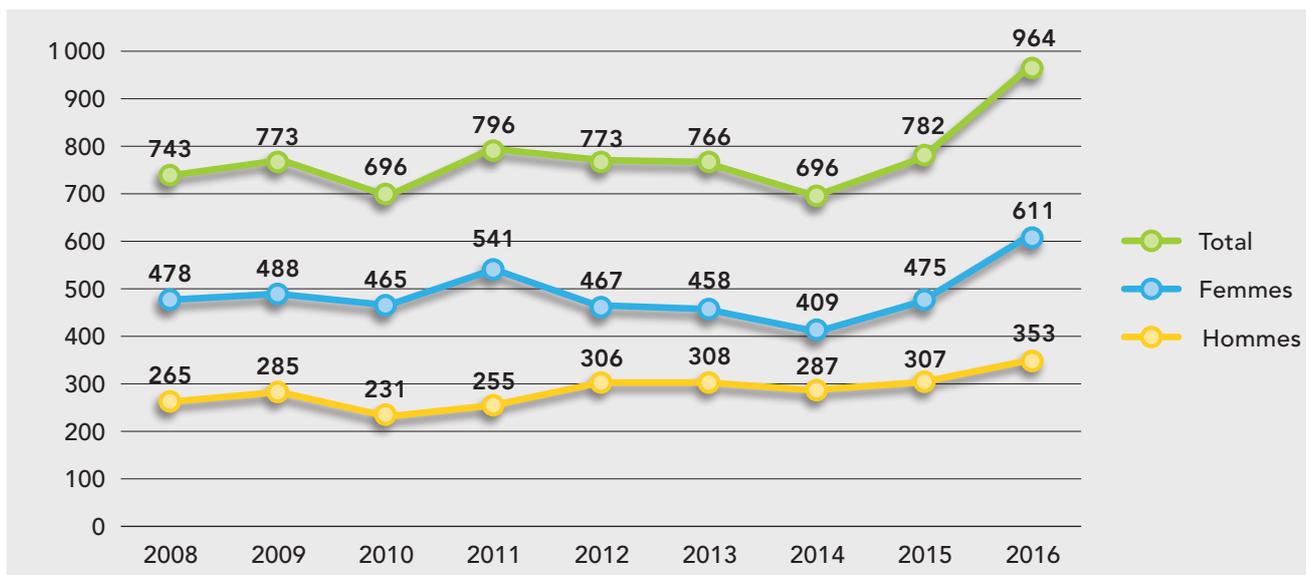
Actuellement, le Maroc dispose de sept facultés de médecine dont la situation géographique vise

à améliorer l'accessibilité aux études médicales et aux infrastructures hospitalo-universitaires dans toutes les préfectures et provinces du Maroc. On note que trois universités privées en sciences de la santé sont venues améliorer les capacités nationales de formation des médecins, dont deux relèvent de fondations à but non lucratif.

Le graphique 7 ci-après illustre le rythme de la formation médicale dans les facultés de médecine publiques de 2008 à 2016, confirmant que l'Initiative nationale pour la formation de 3 300 médecins par an n'a pas atteint les résultats attendus.

Concernant le personnel infirmier, depuis 2008 24 294 lauréats sont sortis des instituts publics. La capacité actuelle de formation s'élève à 3 000 étudiants par an toutes spécialités confondues.

Quant au personnel gestionnaire et administratif, l'École nationale de santé publique (ENSP) a formé, entre 2008 et 2017, 630 lauréats dans les différentes filières de gestion. Le nouveau statut de l'ENSP devrait en principe répondre aux besoins



Graphique 7 : Lauréats des facultés de médecine marocaines entre 2008 et 2016, répartition par sexe (DRH, 2017)

du système de santé en gestion, devenu de plus en plus important et de plus en plus complexe, tous secteurs confondus.

S'agissant de la formation continue, l'état des lieux fait ressortir l'absence d'un plan stratégique de développement des compétences. Dans un contexte caractérisé par une évolution rapide des sciences de la santé, des nouvelles technologies biomédicales et thérapeutiques, il devient nécessaire et urgent de développer une politique concertée de formation continue obligatoire et de mettre en place un système continu d'évaluation des connaissances et des compétences. Cette politique pourra être facilitée par les nouveaux outils pédagogiques à distance.

### Le médicament

Depuis les années 60, le Maroc a mis en place une politique pharmaceutique nationale afin d'améliorer l'accès aux médicaments et aux produits de santé et réglementer le secteur pharmaceutique.

Cette stratégie a permis l'installation progressive d'une véritable industrie pharmaceutique nationale et d'un circuit de distribution et de délivrance structuré, codifié et exigeant, permettant l'accessibilité et la disponibilité des médicaments au niveau des structures de santé et des officines. Elle a également favorisé l'usage rationnel des médicaments par l'encadrement des modalités professionnelles de prescription et de délivrance.

Par ailleurs, le secteur a connu un développement en fonction de l'évolution socio-économique du Maroc et de l'évolution technologique du

façonnage et du progrès thérapeutique. C'est ainsi que le Code de la pharmacie a été publié en 2005, suivi par un arsenal juridique comptant 20 textes législatifs et réglementaires spécifiques aux médicaments et à la pharmacie : 3 lois, 4 décrets et 13 arrêtés.

Malgré tous ces efforts, plusieurs contraintes caractérisent encore le secteur du médicament :

- les prix des médicaments qui restent élevés par rapport au pouvoir d'achat des Marocains comparé à celui de pays similaires ;
- les protocoles thérapeutiques qui ne sont pas généralisés ;
- le système d'approvisionnement et de gestion du médicament dans le secteur public qui est défaillant ;
- la faible pénétration du générique.

### Le système d'information et la qualité

Le système d'information actuellement en place au Ministère de la Santé est hétérogène. Il génère des données incomplètes, parfois redondantes, et, dans tous les cas, d'accès limité. Le ministère a initié un projet visant à mettre en place à l'horizon 2030 un système d'information intégré. Une étude intitulée « Urbanisation du système d'information sanitaire » a ainsi été réalisée, qui a montré les faiblesses du système actuel. Un schéma directeur du système d'information sanitaire est également en cours de préparation. Parallèlement, les CHU ont initié des projets de système d'information hospitalier dont certains ont atteint un niveau de maturation

permettant un suivi optimal des soins et un partage de l'information entre les acteurs de soins et les gestionnaires de ces structures. La Fondation Lalla Salma - Prévention et traitement des cancers a dans ce sens initié un système d'information intégré, centré sur le patient et opérationnel pour les centres d'oncologie.

La volonté d'institutionnaliser le dossier-patient informatisé, la qualité et la sécurité dans le système de santé s'avère une expression forte pour le secteur, des notions sur lesquelles le ministère est aujourd'hui interpellé en vue de leur intégration au système de santé.

Le défi majeur est celui de la qualité des prestations de soins, principale revendication des citoyens. A l'instar d'autres pays et en complément des outils d'évaluation des intrants et résultats, une démarche axée sur le processus a été initiée en 2006, à travers le concours-qualité, suivi d'un ancrage institutionnel (7 éditions depuis 2007). Ainsi, le programme d'accréditation des établissements de santé publics et privés a été institué par la loi cadre 34-09.

En dépit de ces avancées, l'un des défis majeurs qui demeurent est celui de la qualité des prestations de soins. La qualité fait partie des principales revendications des citoyens. A ce titre et en souscrivant aux dispositions de la Constitution, notamment celles de l'article 154 relatives à la mise en place des normes de qualité dans les services publics, en application des recommandations de la 2<sup>e</sup> Conférence nationale de santé (juillet 2013) et du Livre blanc publié à cette occasion, et conformément aux dispositions de la loi-cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, le Ministère de la Santé compte accélérer les progrès visant à renforcer la qualité et la sécurité des services de santé.

Aujourd'hui, il ressort que la volonté d'institutionnaliser la qualité et la sécurité dans le système de santé est une expression forte, aux fins de réduire les inégalités et disparités diverses et s'assurer que les ressources limitées du secteur de la santé soient utilisées de manière tout aussi rationnelle qu'optimale.

### La couverture médicale

Aujourd'hui, 66 % de la population marocaine dispose d'une couverture médicale de base (AMO, y compris pour les étudiants, 31 % et RAMED 35 %), une avancée substantielle sur la voie d'une couverture globale. Le panier de soins, élargi et diversifié, inclut, entre autres, une longue liste de médicaments admis au remboursement et permet la prise en charge des affections lourdes et coûteuses (greffe d'organe, chirurgie à cœur ouvert, dialyse...). Une gamme importante de prestations liées à l'hospitalisation est concernée par l'application du tiers payant. Ce mécanisme a été élargi aux médicaments prescrits à titre ambulatoire, dans le cas des maladies cancéreuses.

L'ensemble de ces acquis ainsi que leurs bonnes pratiques doivent leurs avancées à une couverture médicale de base en voie d'élargissement à l'horizon 2025, en vue de tendre vers la couverture sanitaire universelle telle que préconisée par l'OMS.

Cependant, la CMB au Maroc connaît toujours une absence de vision globale et intégrée de la protection sociale : il n'existe aucune stratégie de financement du système de santé, en général, et de la couverture médicale de base, en particulier. La santé bénéficie d'une faible part du budget de l'État et du PIB, et il n'y a pas de ligne budgétaire dans la loi de finances qui lui soit dédiée ou qui donne une



visibilité sur le financement du RAMED. Ce dernier, malgré l'intervention de plusieurs départements (le Ministère de l'Intérieur, le Ministère de la Santé et l'ANAM), est insuffisamment piloté. Les règles d'éligibilité au RAMED et la méthode de *scoring* sont difficilement lisibles, engendrant un taux de pauvreté de 90% et de vulnérabilité de 10%, contre une prévision initiale respectivement de 45% et 55%. Le RAMED risque d'être appelé à accueillir toutes les populations ne pouvant accéder à l'AMO.

Par ailleurs, le respect des conventions nationales (y compris l'application de la Tarification nationale de référence (TNR)) est insuffisamment contrôlé par les organismes gestionnaires. Il en est de même pour l'évaluation et l'application des mesures de régulation édictées telles que les protocoles thérapeutiques, la normalisation, les médicaments, les dispositifs médicaux, la nomenclature, etc. En l'absence d'un cadre structuré des actions de lutte contre la fraude et des outils de contrôle de celle-ci, les organismes gestionnaires se trouvent submergés par des dossiers factices et une consommation abusive de la part des assurés.

En plus de la faiblesse du financement du système de santé, le secteur public souffre de la faiblesse du recouvrement des coûts. La facturation par les hôpitaux publics des prestations offertes aux bénéficiaires du RAMED n'est pas systématique, et, pour les affiliés à l'AMO, les hôpitaux peinent à recouvrer les frais des prestations prodiguées en raison d'une mauvaise facturation ou d'une facturation qui dépasse les délais de forclusion. Ainsi, une très faible part (moins de 5%) des frais médicaux remboursés par l'AMO sont affectés à l'hôpital public, y compris les CHU.

La proportion de la prescription du générique reste en deçà des attentes des gestionnaires de l'AMO.

Les bénéficiaires du RAMED ne respectent pas la filière des soins, avec un recours abusif aux niveaux supérieurs de prise en charge à travers les services des urgences.

## La réglementation

Durant la dernière décennie, le Ministère de la Santé a connu une production importante de textes législatifs et réglementaires régissant le secteur de la santé :

- la loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins ;
- la loi 65-00 formant code de la couverture médicale de base ;
- la loi 08-12 relative à l'Ordre national des médecins ;
- la loi 84-12 relative aux dispositifs médicaux ;
- la loi 109-13 complétant l'article 11 de la loi 16-98 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains ;
- la loi 131-13 relative à l'exercice de la médecine ;
- la loi 28-13 relative à la protection des personnes participant aux recherches biomédicales ;
- la loi 70-13 relative aux centres hospitalo-universitaires ;
- la loi 43-13 relative à l'exercice des professions infirmières ;
- le décret n° 2-13-852 du 14 safar 1435 (18 décembre 2013) relatif aux conditions et aux modalités de fixation du prix public de vente des médicaments fabriqués localement ou importés ;
- le décret n° 2-12-198 du 21 rejeb 1433 (12 juin 2012) relatif à la bioéquivalence des médicaments génériques ;
- le décret n° 2-14-562 du 7 chaoual 1436 (24 juillet 2015) pris pour l'application de la loi-cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, en ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins, la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins.

Cependant, il est à noter que plusieurs textes de loi n'ont pas encore fait l'objet de décrets et d'arrêtés d'application. En effet il existe une lourdeur et une complexité dans les procédures d'élaboration des textes législatifs et réglementaires liées en partie à la lenteur de la concertation, au déficit de communication avec et entre les partenaires et à un manque d'expertise en matière juridique (ressources humaines qualifiées).

Aussi, lorsque le texte finit par être adopté, la loi est déjà obsolète. Les projets sont lancés sans évaluation préalable de leur impact, et il n'y a pas non plus d'implantation de mesures d'accompagnement garantissant la réussite des projets. A titre d'exemple, certaines dispositions du Règlement intérieur des hôpitaux (instances de concertation, pôles de gestion, départementalisation...) ne sont pas opérationnelles.

Le cadre législatif n'est pas adapté ou est insuffisant dans certains domaines, notamment la santé mentale, la prévention des maladies non transmissibles et leurs principaux facteurs de risque comportementaux (tabac, loi 15-91).

Le secteur privé est faiblement impliqué et il est très peu régulé (offre, fonctionnement, facturation, etc.).

## Les programmes de santé

### La santé de la mère et de l'enfant

Depuis les années 90, la santé de la mère et de l'enfant a toujours constitué une des toute premières priorités du secteur de la santé. Le taux de la mortalité maternelle a pu être ramené, selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 2017, à 72,6 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce taux restant élevé par rapport aux pays de notre région. Les causes évitables restent prédominantes : l'hémorragie du post-partum (43%), les troubles hypertensifs (pré-éclampsie/éclampsie) (19%), l'infection (7,2%) et les complications de l'avortement (1,3%). De plus, durant la période 2010-2016, les progrès ont été plus marqués en milieu urbain qu'en milieu rural : la réduction annuelle de la mortalité maternelle est de 7,9% en milieu urbain contre 4,7% en milieu rural, et le taux d'accouchement en milieu surveillé est de 96,6% en milieu urbain contre 74,2% en milieu rural (ENPSF 2018). Les soins en post-partum concernent seulement 22% des femmes (ENPSF, 2011 et 2018).



Si le taux de mortalité néonatale a baissé de 38% entre 2011 et 2018, passant de 21,7 à 13,6 décès pour 1000 NV, il concerne les trois quarts des décès des enfants de moins de 5 ans. Les principales causes relevées par l'étude multicentrique conduite sur les 4 CHU en 2009 sont : les détresses respiratoires (29,53%), les infections (25%) et la prématurité (19,65%).

Par contre, entre 1987 et 1997, la mortalité infanto-juvénile a régressé de 95% pour le tétanos néonatal (élimination certifiée par l'OMS en 2002), de 84% pour la rougeole et de 86% pour la coqueluche chez les enfants de 1 à 12 mois. Aucun cas de poliomyélite et de diphtérie n'a été déclaré respectivement depuis 1987 et 1998. Depuis l'introduction du vaccin spécifique en 2007,

une réduction de 85% des cas de méningite à *Haemophilus Influenza* type b a été notée. Pour la rougeole, le Maroc est considéré par l'OMS comme étant en phase de pré-élimination.

Par ailleurs, la prévalence contraceptive chez les femmes mariées de 15 à 49 ans a connu une bonne évolution, atteignant 70,8% en 2018. L'utilisation des méthodes modernes est de 58%, et les besoins non satisfaits sont de 11,3% en 2018 contre 19,7% en 1992.

Les priorités pour l'avenir résident dans le changement de la structure contraceptive (48,4% contre 4,2% en 2011 pour le dispositif intra-utérin), la réponse aux besoins non satisfaits et l'amélioration de la qualité des prestations. Par ailleurs, l'infertilité ainsi que la santé en période pré-nuptiale et en période préconceptionnelle sont de nouvelles sources de préoccupation.

Les cancers du sein et du col de l'utérus sont les cancers féminins les plus fréquents au Maroc, avec une incidence standardisée respectivement de 45,5 et de 14,1 NC/100 000 femmes<sup>1</sup>. Depuis 2012, date de son institutionnalisation en tant que programme, la détection précoce du cancer du sein a été généralisée au niveau national, et la détection précoce du cancer du col de l'utérus est effective dans 42 provinces et préfectures. Si la détection précoce du cancer du sein a connu un franc succès (passage du taux de participation annuel de 6% en 2010 à 36% en 2017), la détection précoce du cancer du col de l'utérus est en cours d'extension. Pour ce nouveau programme, un investissement conséquent a été fait en matière d'infrastructure, d'équipement, de formation des professionnels de santé et de communication, grâce au partenariat avec la Fondation Lalla Salma - Prévention et traitement des cancers.

En matière de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des enfants, le Ministère de la Santé, tout en s'alignant sur les recommandations de l'OMS<sup>2</sup>, a institué le Programme national de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence. Néanmoins, plusieurs défis sont à relever, notamment le renforcement de la coordination intersectorielle dans le cadre des différentes instances mises en place par la loi 103-13, le développement des ressources nécessaires, humaines en particulier (médecins-légistes, médecins psychiatres, psychologues et assistantes sociales).

1. Registre des cancers de la région du Grand Casablanca, 2008-2012.

2. Résolution WHA69.5, mai 2016 : le « Plan d'action global de l'OMS pour le renforcement du rôle du système de santé en matière de lutte contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'encontre des femmes et des enfants ».



### **Les maladies non transmissibles**

Au Maroc, la transition épidémiologique et démographique se traduit par une augmentation de la charge de morbidité et de mortalité des MNT telles que les cancers, le diabète, les maladies cardiovasculaires et l'insuffisance rénale chronique.

Les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires chroniques représentent à eux seuls 47 % des dépenses de santé dont 46 % sont prises en charge par les ménages. La promotion de la santé et l'amélioration de l'accès aux soins constituent les meilleures approches stratégiques pour réduire le fardeau des MNT.

Se rapportant aux données des études réalisées au niveau national en matière de MNT, la charge de morbidité est résumée ci-dessous :

- Les résultats préliminaires de l'enquête STEPwise sur les MNT et leurs facteurs de risque, réalisée en 2017 par le Ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS, chez les adultes de plus de 18 ans montrent une prévalence du diabète de 10,6% et du pré-diabète de 10,4%, une prévalence de l'HTA de 29,3%, une prévalence de l'obésité de 20% et de l'hypercholestérolémie de 10,5%.
- Pour le tabac, cette enquête a donné une prévalence de 13,4% (hommes 26,9% et femmes 0,4%) contre 18% (hommes 31% et femmes 3%) en 2006 (Étude Maroc Tabagisme, 2006).
- Chez les enfants, selon l'enquête GYTS de 2016 (OMS), la prévalence du tabagisme chez les élèves âgés de 13 à 15 ans était de 6,4%, alors qu'elle était de 11,7% en 2006, grâce au programme

national « Collège, Lycée et Entreprise sans tabac » lancé en 2007, en partenariat avec la Fondation Lalla Salma.

- L'incidence des cancers, d'après le Registre des cancers du Grand Casablanca pour l'année 2012, est estimée à 40 000 nouveaux cas par an.
- L'insuffisance rénale, selon l'enquête sur les maladies rénales au Maroc (MAREMAR) réalisée en 2011, a montré que la prévalence de la maladie rénale chronique avoisine les 3%, soit environ 1 million de personnes concernées.
- Les maladies respiratoires chroniques, notamment l'asthme (environ 3,7% chez l'adulte et 4,4% chez l'enfant) et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (3,9%) sont de véritables problèmes de santé publique au Maroc.

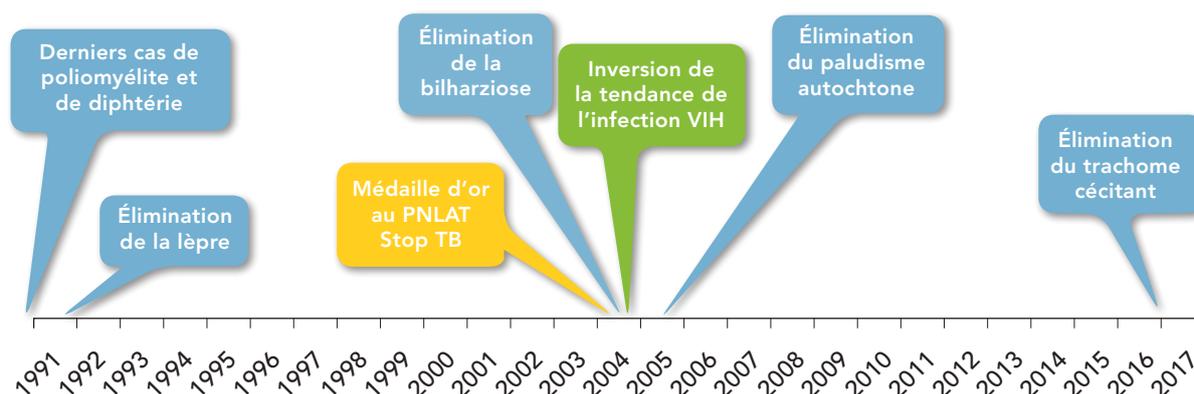
Il est à noter que certains programmes sont bien structurés, notamment le programme de lutte contre le diabète, le plan national de prévention et de contrôle du cancer, le programme de lutte contre l'hypertension artérielle, le programme de la promotion des modes de vie sains, le programme de la santé bucco-dentaire et le programme de lutte contre la cécité. Ces programmes nécessitent la consolidation des acquis et leur renforcement.

D'autres programmes sont en cours de structuration, tels le programme de lutte contre les maladies cardiovasculaires, le programme de lutte contre l'insuffisance rénale chronique et le programme de lutte contre la surdité. Par contre, des programmes sont à mettre en œuvre: le programme de lutte contre les maladies respiratoires chroniques, les maladies chroniques inflammatoires et les maladies rares.

### **Les maladies transmissibles**

Au Maroc, grâce aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles (MT), le fardeau de ces maladies s'est allégé depuis les années 80. Elles ne sont actuellement responsables que de 18% des décès. Certaines maladies ont été éliminées. L'état des lieux des MT et de la réponse qui leur est réservée dans le système de santé marocain permet de distinguer trois groupes :

- Les maladies éliminées ou en cours d'élimination, réclamant la consolidation des acquis et le maintien de la vigilance: paludisme, trachome cécitant, schistosomiase, lèpre, poliomyélite et autres maladies-cibles du Programme national d'immunisation (PNI) (graphique 8).
- Les maladies constituant encore des problèmes de santé publique et nécessitant, de ce fait, d'intensifier les efforts et de renforcer les programmes de santé qui leur sont destinés: tuberculose, infection par le VIH, hépatites virales, méningite et certaines



Graphique 8 : Principaux acquis en matière de lutte contre les MT, Maroc, 1991-2018

anthropo-zoonoses, notamment la rage, les leishmanioses et le charbon.

- Les maladies émergentes et/ou celles constituant des menaces d'urgences de santé publique, imposant le renforcement de la veille et la préparation du système de santé à la riposte : fièvres hémorragiques, infections respiratoires à nouveaux agents infectieux, maladies à transmission vectorielle, etc.

Les leishmanioses et les toxi-infections alimentaires collectives représentent encore des problèmes majeurs de santé publique. Il en est de même du fléau des envenimations par morsure d'ophidien ou piqûre de scorpion.

En vue de consolider la sécurité sanitaire nationale et contribuer à la sécurité sanitaire globale, le Maroc a renforcé certaines de ses capacités requises en vertu du RSI 2005. Pour cela, le Ministère de la Santé a élaboré des plans de veille et de riposte contre différentes USP, dont certaines de portée internationale telles que la pandémie grippale AH1N1 et l'épidémie de maladie à virus Ebola.

Néanmoins, ce dispositif nécessite des capacités de renforcement et de modernisation, avec l'implantation de centres opérationnels d'urgences

de santé publique, à l'échelle centrale et régionale, ainsi que l'utilisation de nouvelles techniques de communication.

### La santé mentale

Les troubles mentaux représentent une charge de morbidité non négligeable.

Au Maroc, la santé mentale constitue un véritable problème de santé publique. L'enquête (ENPTM<sup>3</sup>) a mis l'accent sur la gravité de la situation : près d'une personne interrogée sur deux présente au moins un trouble mental, allant d'une simple insomnie ou d'un tic nerveux à des troubles plus graves tels que les troubles dépressifs, anxieux ou psychotiques ou les troubles liés à la consommation et/ou à l'abus d'alcool ou de drogues.

Au plan des infrastructures, on dénombre, pour une population supérieure à 34 millions d'habitants, 34 structures de soins psychiatriques et addictologiques réparties dans les différents réseaux d'établissements de santé (réseau hospitalier, réseau

3. L'enquête nationale de prévalence en population générale âgée de 15 ans et plus (ENPTM, 2003-2006), Ministère de la Santé.

Tableau 1 : Prévalence des troubles mentaux et de ceux liés à l'usage des SPA (ENPTM, 2003-2006)

Troubles mentaux	Prévalence (%)
Troubles dépressifs	26,5
Troubles anxieux	9,0
Troubles psychotiques	5,6
Schizophrénie	1,0
Abus d'alcool	2,0
Abus de substances psychoactives	3,0
Prévalence des troubles mentaux	48,9
Suicide	2,9/100 000 habitants (sources statistiques : OMS, 2018).

Tableau 2 : Répartition des structures psychiatriques et addictologiques et capacité litière  
(Ministère de la Santé, DELM)

Structures psychiatriques	Nombre	Capacité litière
Hôpitaux psychiatriques universitaires	5	670
Hôpitaux psychiatriques publics	6	671
Services psychiatriques intégrés dans les hôpitaux généraux	23	795
Services d'addictologie (universitaires)	3	48
Cliniques privées	1	25
Structures intermédiaires en santé mentale (hôpitaux de jour, centre médico-psychosociaux)	3	Sans hébergement
Centre de jour de prise en charge des troubles cognitifs	1	Sans hébergement
Consultations psychiatriques au niveau du RSSP	83	Ambulatoire
Centres ambulatoires d'addictologie	12	Ambulatoire
<b>Total</b>	<b>–</b>	<b>2 209</b>

de soins de santé primaires et réseau d'établissements médico-sociaux).

La capacité litière totale est de 2 209 lits, soit une densité de 0,65 lit pour 10 000 habitants. Ce chiffre reste inférieur à la moyenne de la région EMRO (1 lit/10 000 habitants). On observe d'autre part une iniquité dans la répartition territoriale de ces structures. Actuellement, deux régions ne disposent pas encore de structure psychiatrique ou addictologique (Dakhla-Oued Eddahab et Guelmim-Oued Noun).

### La population à besoins spécifiques

Ces dernières années, la population à besoins spécifiques bénéficie d'une attention soutenue de la part des pouvoirs publics et des politiques de santé. Cette population est constituée de quatre groupes :

- **Les personnes en situation de handicap**, qui représentent près de 7 % de la population du Maroc, dont 33,7 % sont âgées de 60 ans et plus. La prévalence du handicap, en nette augmentation à l'échelle mondiale, est aujourd'hui un réel défi pour le Maroc, compte tenu du vieillissement de la population et des pathologies afférentes à ce groupe.

- **Les personnes âgées**, dont 64,4 % sont atteintes au moins d'une maladie chronique en 2017, contre 57,5 % en 2011. Les prévalences du diabète et de l'hypertension artérielle sont respectivement de 20 % (22,9 % en milieu urbain et 15,3 % en milieu rural) contre 14,8 % en 2011 et 34 % (36,4 % en milieu urbain et 30,1 % en milieu rural) contre 28 % en 2011 (ENPSF, 2018).

- **La population carcérale**, estimée à 83 203 personnes (mars 2018), majoritairement des hommes (97,75 %) et dont 80 % ont moins de 40 ans. Il s'agit d'une population à la vulnérabilité accrue

du fait du cumul de nombreux facteurs de risque (précarité socio-économique et sanitaire, faible accès aux soins...) et des conditions de détention parfois inadéquates (surpopulation et promiscuité).

- **La population immigrée**, qui bénéficie de la nouvelle stratégie du Maroc sous l'impulsion de Sa Majesté le Roi Mohammed VI (2014), en réponse à l'une des problématiques majeures auxquelles font face l'Afrique et l'espace euro-méditerranéen. Les dispositions prises en sa faveur sont basées sur des valeurs de solidarité, d'accueil et d'intégration.

## Une vision pour 6 valeurs

Le Plan Santé 2025 est basé sur une vision claire où le citoyen est au centre du système national de santé :

**Un système de santé cohérent pour une offre de soins organisée, de qualité et accessible pour tous, animée par des programmes sanitaires performants et supportée par une nouvelle gouvernance.**

Cette vision est portée par des valeurs d'équité, de solidarité, d'accessibilité et de qualité, de performance et de redevabilité.

### Équité

Le principe d'équité s'appuie sur un système de soins intégré et continu qui répond aux attentes de toutes les couches sociales, pour leur permettre de jouir du droit à l'égalité d'accès aux soins. L'équité renvoie également au principe de l'équilibre de genre, c'est-à-dire à un traitement juste, égal et durable entre les hommes et les femmes.

### Solidarité

Le principe de solidarité prend tout son sens dans le domaine de la santé et particulièrement dans un contexte de forte demande sociale. Le système de santé doit d'abord donner la priorité aux populations pauvres et vulnérables, et cette solidarité permettra à moyen terme de tendre vers la couverture sanitaire universelle.

### Accessibilité

Le Plan Santé 2025 va permettre de prodiguer des soins et des services de proximité adaptés à notre culture, à toute la population urbaine et rurale, de différents niveaux socio-économiques.

### Qualité

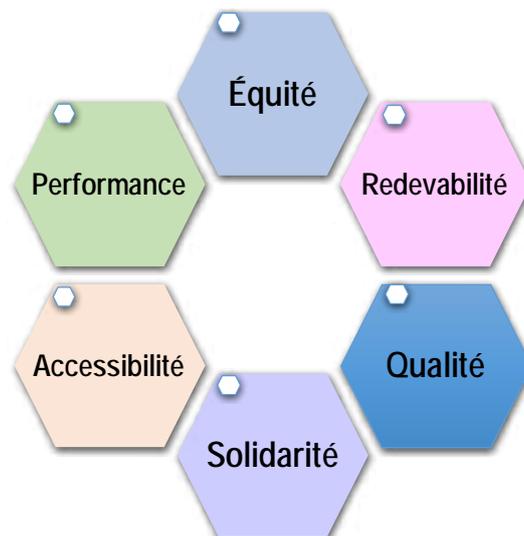
Le Plan Santé 2025 s'appuie sur les différentes dimensions de la qualité des soins telles que préconisées par l'OMS. Des soins globaux, continus et intégrés, efficaces et efficaces seront dispensés selon les principes d'innocuité et de sécurité des produits et des structures dans un cadre humanisé, par un personnel compétent et empathique.

### Performance

Le Plan Santé 2025 va atteindre ses objectifs de promotion de la santé et va répondre aux besoins de la population de façon pertinente et efficace par rapport aux moyens disponibles. Un système de santé basé sur un système d'information fiable et innovant permet d'améliorer les indicateurs de l'état de santé de la population.

### Redevabilité

Le Plan Santé 2025 va permettre la mise en œuvre d'un cadre de gouvernance efficient qui pratique la reddition des comptes et encourage la transparence, avec des principes de concertation internes et externes, d'accès à l'information et de développement de standards d'éthique et de conduite professionnelle.



## Cadre conceptuel du Plan Santé 2025 : le citoyen au cœur de notre engagement



Le Plan santé 2025 est basé sur 1 vision et 6 valeurs, décrites dans le précédent chapitre.

Ces deux composantes, porteuses de la stratégie du Ministère de la Santé à l'horizon 2025, sont déclinées en 3 trois grands piliers, qui constituent le socle sur lequel s'articulent les 25 axes d'intervention et les 125 actions identifiés par le Ministère de la Santé et ses partenaires.

### Pilier 1

Organisation et développement de l'offre de soins en vue de d'améliorer l'accès aux services de santé.

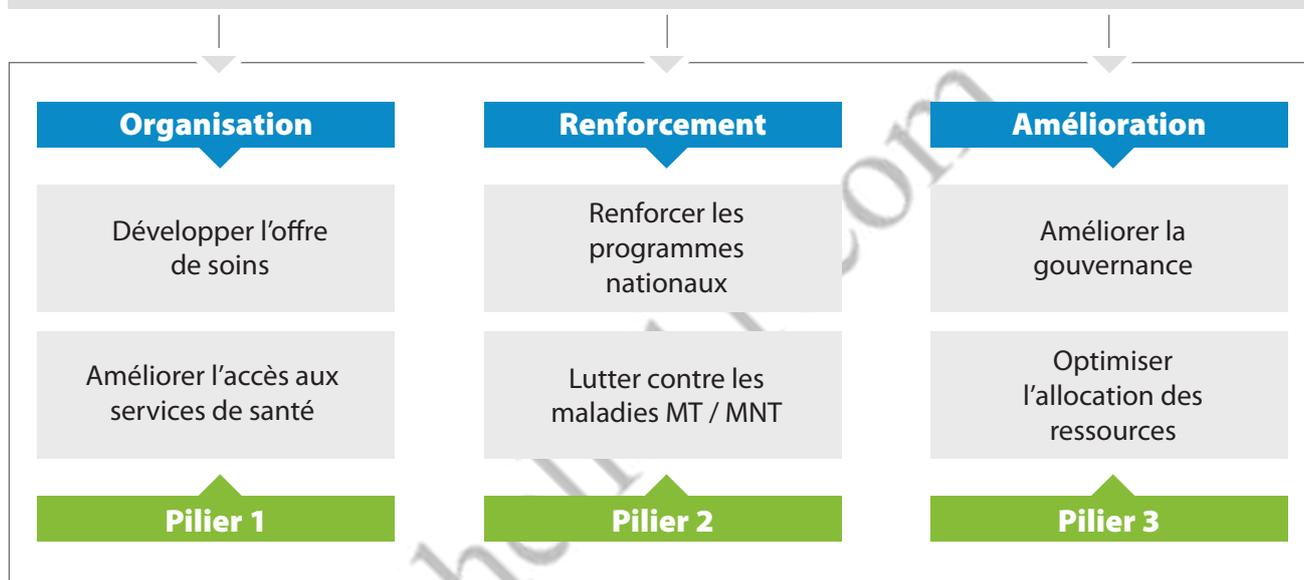
### Pilier 2

Renforcement des programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies.

### Pilier 3

Amélioration de la gouvernance et optimisation de l'allocation et de l'utilisation des ressources.

## Les 3 piliers du Plan Santé 2025



# PILIER 1

## Organisation et développement de l'offre de soins en vue d'améliorer l'accès aux services de santé

Axe 1 : Organiser l'offre de soins nationale

Axe 2 : Renforcer le réseau des ESSP, des EMS et  
de la santé mobile

Axe 3 : Développer la médecine de proximité et  
la médecine de famille

Axe 4 : Développer le réseau hospitalier public

Axe 5 : Renforcer l'accès au réseau hospitalier et  
au réseau des ESSP

Axe 6 : Appuyer le Plan national des urgences  
médicales

Axe 7 : Améliorer l'accès au médicament et aux  
produits de santé

Axe 8 : Améliorer l'accès aux produits sanguins  
sécurisés

## PILIER 1

### Organisation et développement de l'offre de soins en vue d'améliorer l'accès aux services de santé

Dans le but d'améliorer l'accès et la qualité des soins et de répondre aux attentes des citoyens, trois domaines ont été retenus dans ce premier pilier :

- les établissements de soins de santé primaires ;
- l'hôpital public ;
- les médicaments et dérivés sanguins.

Ce pilier est décliné en 8 axes stratégiques, développés en 34 actions et 178 mesures spécifiques.



#### Analyse SWOT du pilier 1

##### FORCES

- Disponibilité des structures publiques et privées à l'échelle nationale
- Disponibilité des médicaments
- Industrie pharmaceutique nationale développée
- Existence d'une carte sanitaire
- Existence de pôles d'excellence
- Ressources humaines qualifiées

##### FAIBLESSES

- Mauvaise répartition géographique des structures
- Distribution irrationnelle des ressources humaines
- Manque d'autonomie des hôpitaux publics
- Qualité des soins insuffisante
- Médicaments coûteux
- Irrégularité de la collecte de sang
- Manque de protocoles thérapeutiques
- Carte sanitaire non appliquée
- Filière de soins non opérationnelle

- Absence de système d'orientation et de recours
- Difficulté d'accès aux soins de la population dans les zones enclavées
- Difficulté d'accès aux structures de soins des populations à besoins spécifiques
- Cloisonnement entre secteurs public et libéral
- Pas de mise à jour régulière de la liste nationale essentielle des médicaments

##### OPPORTUNITÉS

- Industrie pharmaceutique en développement
- Émergence du partenariat public-privé
- Société civile dynamique
- Expertise internationale accessible

##### RISQUES

- Manque de confiance de la population dans les structures de santé
- Inexistence d'une sécurité pharmaceutique locale (production de vaccins, biosimilaires...)
- Coûts de prise en charge de plus en plus élevés

# LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

## Objectif principal

Réhabiliter la première ligne pour la rendre attractive et réactive.

## Objectifs spécifiques

- Disposer de centres de santé avec des équipes en mesure d'offrir des soins de qualité qui répondent à la majorité des problèmes de santé de la population (réduire les références vers les spécialistes et les délais de rendez-vous pour les patients nécessitant des soins hospitaliers).
- Faire fonctionner les urgences médicales de proximité (CS) pour éviter les déplacements de la population vers les urgences hospitalières et leur encombrement.

Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire de mettre à la disposition de la population des services de première ligne accessibles, avec un personnel présent durant les heures de travail, un plateau technique de base fonctionnel et des moyens thérapeutiques (médicaments et dispositifs médicaux) ne connaissant pas de rupture, offrant des prestations acceptables culturellement et socialement. Ce dispositif doit s'appuyer sur un personnel compétent techniquement (bon diagnostic, traitement et suivi) et humainement

(à l'écoute et respectueux de l'utilisateur), le tout à un coût abordable pour le système et pour l'utilisateur.

## Stratégie d'intervention

Au vu de la rareté des ressources humaines et des difficultés de recrutement, il est nécessaire d'investir en premier lieu dans les structures déjà existantes (mise à niveau des bâtiments et de l'équipement, renforcement des compétences, mesures incitatives), en priorisant celles desservant les grandes agglomérations et en favorisant le recours au partenariat et aux techniques innovantes telles que les TIC.



## Axe 1

### Organiser l'offre de soins nationale

#### Action 1. Mettre en place les dispositions de la carte sanitaire.

Mesure 1.1. Mettre en place les instances de concertation en matière de santé prévues dans l'article 30 de la loi 34-09.

Mesure 1.2. Publier les décrets et arrêtés d'application de la loi 131-13 et 34-09.

Mesure 1.3. Prévoir l'évaluation de la carte sanitaire à mi-parcours (5 ans après sa mise en œuvre).

#### Action 2. Poursuivre la validation et la mise en œuvre des SROS.

Mesure 2.1. Mettre en place un mécanisme d'accompagnement des régions par le niveau central (comité *ad hoc*) pour la finalisation des SROS.

Mesure 2.2. Finaliser les SROS en intégrant des éléments qualitatifs (filiales et réseaux, etc.), prioriser les actions, les budgétiser et établir un plan de mise en œuvre.

Mesure 2.3. Identifier les projets éligibles à des actions de partenariat avec les autres départements, INDH, secteur privé...

Mesure 2.4. Mettre en place la commission nationale de l'offre de soins pour la validation finale des SROS.

Mesure 2.5. Établir un canevas-type de l'arrêté d'application du SROS à publier.

#### Action 3. Créer des synergies entre le secteur public et le secteur privé, notamment à but non lucratif.

Mesure 3.1. Réaliser un inventaire de l'ensemble des expériences de partenariat et les évaluer.

Mesure 3.2. Identifier les zones et les situations prioritaires nécessitant un recours au PPP.

Mesure 3.3. Élaborer des cahiers des charges nécessaires au développement de ces partenariats (article 15 de la loi-cadre 34-09).

## Axe 2

### Renforcer le réseau des ESSP, des EMS et de la santé mobile

#### Action 4. Ouvrir les structures fermées du réseau des ESSP répondant aux exigences de la carte sanitaire.

Mesure 4.1. Réaliser un inventaire précis et actualisé des structures fermées par niveau d'ESSP.

Mesure 4.2. Procéder à une priorisation des structures à ouvrir en conformité avec le SROS et en fonction des critères pré-établis (taille de la population desservie, état de la structure, type d'ESSP, etc.).

#### Action 5. Mettre à niveau les structures du réseau des ESSP dans le cadre du partenariat des DRS avec les conseils des collectivités territoriales.

Mesure 5.1. Actualiser le cadre normatif des ESSP (architecture, équipements).

Mesure 5.2. Faire un état des lieux physique des structures, les prioriser selon des critères pré-établis (d'abord celles desservant de grandes agglomérations et disposant de ressources humaines) et procéder à leur mise à niveau.

Mesure 5.3. Privilégier le recours au partenariat pour le financement de ces projets.

Mesure 5.4. Privilégier le recours aux instances nationales chargées des équipements publics pour la réalisation de ces projets.

#### Action 6. Développer la stratégie mobile.

Mesure 6.1. Veiller à l'application des normes et standards de la stratégie mobile.

Mesure 6.2. Doter les unités mobiles en moyens nécessaires pour assurer la régularité des visites et le respect du programme des sorties.

Mesure 6.3. Promouvoir autant que possible le partenariat avec les collectivités locales concernées.

Mesure 6.4. Appuyer les initiatives de médecine solidaire dans le cadre des caravanes médicales spécialisées au profit des populations démunies, en partenariat avec les facultés de médecine, les CHU, les ONG et le secteur privé à but non lucratif.

Mesure 6.5. Évaluer l'expérience de l'hôpital mobile pour connaître son apport et ses contraintes.

#### Action 7. Poursuivre l'extension du réseau des établissements médico-sociaux (REMS).

Mesure 7.1. Évaluer le fonctionnement des EMS existants (réalisations et contraintes).

Mesure 7.2. Définir par arrêté les normes d'implantation et l'organisation des EMS.

Mesure 7.3. Privilégier le partenariat pour la création et le fonctionnement des EMS.

#### Action 8. Renforcer le rôle de la circonscription sanitaire comme territoire le plus décentralisé de planification, de suivi des programmes et d'encadrement des ESSP.

Mesure 8.1. Mettre en place la circonscription sanitaire (CS) conformément aux dispositions du décret 2-14-562 et à la circulaire ministérielle n° 20 du 2 mai 2018 en reconsidérant son découpage quand c'est nécessaire.

Mesure 8.2. Définir les attributions et le mode d'organisation de la CS.

Mesure 8.3. Doter les CS des moyens nécessaires à leur fonctionnement, notamment pour la supervision.

Mesure 8.4. Décentraliser la gestion des programmes verticaux au niveau de la CS pour permettre une intégration effective des soins.

Mesure 8.5. Développer la participation communautaire pour impliquer la population dans la planification et la mobilisation des ressources additionnelles et dans le suivi-évaluation.

Mesure 8.6. Définir le mode d'organisation et de fonctionnement du SRES et ses relations avec la CS.

Mesure 8.7. Élaborer et mettre en œuvre un programme de formation des responsables des CS et des SRES.

## Axe 3

### Développer la médecine de proximité et la médecine de famille

#### Action 9. Réhabiliter la médecine générale pour mieux répondre aux besoins et attentes de la population.

Mesure 9.1. Définir le paquet minimum de soins et services (PMS) à rendre disponible au niveau des ESSP.

Mesure 9.2. Établir un référentiel des compétences des médecins généralistes (MG).

Mesure 9.3. Développer et mettre en œuvre un programme pour renforcer les compétences des MG conformément au référentiel de compétences.

Mesure 9.4. Équiper les ESSP en matériel médico-technique de base pour permettre aux MG de prendre en charge la majorité des problèmes de santé de la population.

Mesure 9.5. Mettre en place des mécanismes pour lutter contre l'absentéisme et les comportements illicites.

Mesure 9.6. Instaurer des mesures incitatives au profit des prestataires de soins pour motiver les plus performants.

Mesure 9.7. Mettre en place des incitations pour favoriser le recrutement et la rétention des MG dans les zones rurales (système de roulement transparent et équitable, indemnités de zone consistantes, logements de fonction...).

**Mesure 9.8.** Réfléchir à des mesures pour inciter les professionnels de santé à suivre une formation continue (lier l'avancement dans la carrière à la formation continue, carte de certification des prestataires de soins...).

#### **Action 10. Développer des soins intégrés centrés sur le patient.**

**Mesure 10.1.** Améliorer l'accueil dans les ESSP en dédiant une ligne budgétaire au recrutement d'un personnel qualifié.

**Mesure 10.2.** Favoriser les NTIC pour la gestion des rendez-vous, la relance des patients...

**Mesure 10.3.** Développer un dossier-patient unique et l'informatiser en le testant d'abord dans une région-pilote.

**Mesure 10.4.** Expérimenter dans une région-pilote des mécanismes pour l'enregistrement des patients auprès de leur MG (pour que chaque famille ait son médecin).

**Mesure 10.5.** Mettre en place des mécanismes efficaces de coordination entre les MG des ESSP et les spécialistes de l'hôpital de référence (réunions régulières, unité de coordination au niveau du SRES, fiches de liaison, etc.) pour faciliter le parcours du patient.

**Mesure 10.6.** Élaborer et actualiser des protocoles de prise en charge pour les problèmes de santé prioritaires et élaborer un guide pour le MG regroupant l'ensemble de ces protocoles.

#### **Action 11. Adopter le régime de « médecine de famille, santé de famille et de la communauté ».**

**Mesure 11.1.** Mettre en place un groupe de travail (faculté de médecine et MS) sous la présidence du Secrétaire général pour élaborer une vision et une stratégie pour le développement de la MG-MF.

**Mesure 11.2.** Développer un programme de formation de courte durée en médecine de famille (e-learning) au profit des MG qui sont en exercice et le déployer.

**Mesure 11.3.** Renforcer le programme de formation en santé de famille et santé communautaire (SF/SC) de l'ENSP.

**Mesure 11.4.** Mettre à la disposition des facultés de médecine et de l'ENSP des centres de santé modèles lieux de stage (principes de la médecine de famille).

**Mesure 11.5.** Mettre en place des sites de stages hospitaliers agréés au niveau des CHP et des CHR pour les stages cliniques et instituer la fonction de tuteur.

#### **Action 12. Multiplier les caravanes sanitaires et les campagnes médico-chirurgicales en partenariat avec la société civile.**

**Mesure 12.1.** Proposer des domaines prioritaires de partenariat.

**Mesure 12.2.** Encadrer l'organisation d'activités ou de caravanes médicales.

**Mesure 12.3.** Développer les outils d'une communication pérenne et institutionnelle avec les partenaires.

**Mesure 12.4.** Assurer le suivi et l'évaluation des projets de partenariat et leurs impacts sur l'offre de soins.

**Mesure 12.5.** Réaliser des études spécifiques sur le partenariat en santé.

**Mesure 12.6.** Encadrer les professionnels de santé et les acteurs de la société civile sur les modalités et la mise en œuvre du partenariat.

**Mesure 12.7.** Rationaliser l'octroi de subventions aux associations autour de projets structurants en rapport avec les objectifs en santé.

#### **Action 13. Développer des actions de médecine solidaire au profit des populations et des territoires nécessiteux, en partenariat avec les facultés de médecine, les CHU et le secteur privé à but non lucratif.**

**Mesure 13.1.** Renforcer le conventionnement avec les professionnels de santé du secteur privé et les établissements du secteur privé.

#### **Action 14. Promouvoir la télémédecine.**

**Mesure 14.1.** Évaluer les expériences de télémédecine.

**Mesure 14.2.** Mettre en place un groupe de travail pour étudier les conditions et les modalités de mise en œuvre les dispositions du décret sur la télémédecine conformément aux besoins réels du système de santé.

**Mesure 14.3.** Mettre en place la télémédecine dans des régions enclavées en tirant les leçons des expériences passées.

### **Mesures d'accompagnement**

Les mesures d'accompagnement consistent à développer les instruments de la gouvernance afin que les médecins et les infirmiers et infirmières exerçant au niveau des ESSP soient motivés mais aussi redevables pour le travail pour lequel ils et elles ont été recrutés et payés. D'autre part, une *Task Force* sera chargée de veiller à la mise en place de l'ensemble du dispositif.

## L'HÔPITAL PUBLIC

### Objectif principal

Assurer une offre hospitalière accessible, disponible, globale et prodiguant des soins sûrs et de qualité.

### Objectifs spécifiques

- Améliorer l'accessibilité de l'hôpital public : accessibilité géographique, financière et culturelle (image et perception).
- Veiller à une offre hospitalière équitable et équilibrée, entre les régions et entre le milieu urbain et le milieu rural.
- Améliorer la gouvernance de l'hôpital public : gestion basée sur la performance, l'efficacité et la rentabilité des ressources, l'équilibre financier et la compétitivité.
- Assurer la sécurité et la qualité des soins hospitaliers : encouragement à l'implantation du processus qualité, généralisation des standards et normes de soins, obligation de l'accréditation des hôpitaux.
- Coordonner l'offre ambulatoire et l'offre hospitalière : offres centrées sur le patient, continuité et globalité du service, système de référence et contre-référence.



- Assurer une offre de prise en charge régionale et inter-régionale des urgences selon la carte sanitaire : urgences médicales de proximité, pré-hospitalières, hospitalières, continuité du service et qualité des soins.

### Stratégie d'intervention

Cette stratégie s'articule autour de 3 axes.

## Axe 4

### Développer le réseau hospitalier public

**Action 15. Augmenter la capacité litière nationale globale moyennant la construction et la mise en service de nouveaux hôpitaux publics, avec un réaménagement des structures hospitalières existantes.**

Mesure 15.1. Activer l'achèvement des chantiers hospitaliers en cours.

Mesure 15.2. Construire de nouveaux hôpitaux et réaménager les structures existantes.

Mesure 15.3. Rentabiliser et étaler l'offre hospitalière mobile existante sur toute l'année.

**Action 16. Optimiser l'utilisation de la capacité litière existante en encourageant les modes d'hospitalisation non conventionnels (hôpital de jour, hôpital de semaine, hospitalisation à domicile...).**

Mesure 16.1. Faciliter les démarches administratives (guichet unique).

Mesure 16.2. Encourager l'investissement privé dans les zones reculées par des incitations fiscales (foncières et technologiques).

Mesure 16.3. Profiter de l'offre privée disponible par l'achat de service direct (hospitalisation, plateau technique...).

Mesure 16.4. Réglementer la mutualisation des ressources disponibles dans le secteur public, le secteur privé à but non lucratif et le secteur privé.

Mesure 16.5. Encourager les prestations de l'hôpital de jour et l'hospitalisation à domicile.

Mesure 16.6. Ouvrir pour les praticiens privés l'opportunité d'exploiter le lit et le plateau technique de l'hôpital public.

Mesure 16.7. Inciter l'équipe médicale hospitalière à optimiser l'utilisation de la capacité litière déjà existante (motivation selon la performance).

Mesure 16.8. Encourager l'organisation de l'offre hospitalière en pôles de référence régionaux et pôles d'excellence universitaires.

### **Action 17. Renforcer le plateau technique hospitalier et le mettre à niveau grâce aux technologies biomédicales récentes (veille technologique).**

Mesure 17.1. Élaborer un plan d'équipement national, régional et provincial et le mettre à jour de façon périodique selon les exigences du SROS, de la carte sanitaire et du projet d'établissement hospitalier (PEH).

Mesure 17.2. Veiller à la cohésion entre la catégorie de la structure, le plan d'équipement, la disponibilité et la qualification des RH.

Mesure 17.3. Mettre en place un observatoire régional de la disponibilité des équipements médicaux pour une meilleure gouvernance (rentabilité, sécurité, immobilisation, amortissement de la technologie).

### **Action 18. Asseoir et mettre en œuvre une politique nationale de maintenance du patrimoine hospitalier actif et inactif.**

Mesure 18.1. Faire l'inventaire des biens du Ministère de la Santé (immobilier et équipements).

Mesure 18.2. Instaurer une stratégie nationale, régionale et provinciale de la maintenance.

Mesure 18.3. Assurer la formation continue du personnel soignant en matière d'utilisation des équipements.

Mesure 18.4. Assurer la disponibilité d'un staff dédié à la maintenance hospitalière.

## **Axe 5**

### **Renforcer l'accès au réseau hospitalier et au réseau des ESSP**

#### **Action 19. Développer les soins tertiaires et la médecine hospitalo-universitaire.**

Mesure 19.1. Mettre en place un réseau national de centres régionaux de référence néonatale.

Mesure 19.2. Mettre en place un réseau de référence universitaire pour les brûlés dans chaque CHU.

Mesure 19.3. Mettre en place un réseau de référence régionale et universitaire gériatrique.

Mesure 19.4. Développer les centres universitaires de référence pour les maladies rares et orphelines.

Mesure 19.5. Inciter les CHU et les établissements de soins accrédités à développer l'activité de greffe d'organes dans un cadre de contrat-objectif.

Mesure 19.6. Développer la recherche et les techniques innovantes de soins (chirurgie robotique...).

#### **Action 20. Améliorer la fréquentation hospitalière à travers l'amélioration de l'accueil et l'humanisation des services.**

Mesure 20.1. Professionnaliser l'accueil, l'orientation et la circulation des usagers.

Mesure 20.2. Instaurer le guichet unique dans les établissements de soins pour les procédures administratives.

Mesure 20.3. Humaniser les espaces d'accueil, les conditions d'hébergement (hôtellerie, restauration...) et de soins.

Mesure 20.4. Optimiser les délais de prise en charge (PEC) (avant et pendant l'hospitalisation).

Mesure 20.5. Mettre en place un plateau technique performant et disponible.

Mesure 20.6. Garantir un niveau élevé de compétence et de qualité globale des soins dans les établissements sanitaires.

Mesure 20.7. Établir un plan de communication et une charte des hôpitaux.

Mesure 20.8. Accréditer et labéliser les établissements de soins (ESSP/ hôpitaux).

Mesure 20.9. Généraliser la prise de rendez-vous pour toutes les consultations et les autres prestations dans les établissements de soins (ESSP et hôpitaux).





### **Action 21. Promouvoir la prise de rendez-vous à distance dans les établissements de soins.**

**Mesure 21.1.** Généraliser la prise de rendez-vous pour toutes les consultations et les autres prestations dans les établissements de soins (ESSP et hôpitaux).

**Mesure 21.2.** Utiliser les NTIC pour la prise de rendez-vous.

**Mesure 21.3.** Domicilier le service de prise de rendez-vous pour les consultations spécialisées ou les explorations fonctionnelles au niveau des ESSP.

**Mesure 21.4.** Impliquer le médecin de famille du secteur public et du secteur privé dans la prise de rendez-vous.

### **Action 22. Œuvrer au respect des filières de soins par une meilleure articulation entre les structures qui réfèrent les patients et celles qui les reçoivent (référence / contre-référence).**

**Mesure 22.1.** Définir les filières de PEC par pathologie ou groupe de pathologies et par niveau de soins, tout en respectant les contraintes de la carte sanitaire et les particularités régionales.

**Mesure 22.2.** Renforcer et généraliser le respect des filières par des dispositions réglementaires pour tous les usagers.

**Mesure 22.3.** Institutionnaliser le rôle des ESSP et de la médecine de famille comme porte d'entrée aux filières de soins.

**Mesure 22.4.** Instaurer un système de communication et de sensibilisation auprès du large public et des professionnels de santé pour le respect de ces filières.

**Mesure 22.5.** Ouvrir les filières des soins aux autres secteurs et acteurs, prévoir des passerelles réglementées entre le public et le privé.

**Mesure 22.6.** Assurer une bonne coordination, centrée sur le patient, entre le réseau ESSP, l'hôpital public et le reste des réseaux (REMS, RISUM, secteur privé...) en respectant les références et les contre-références.

**Mesure 22.7.** Accompagner parallèlement l'utilisation des filières de soins par un système d'information fiable, disponible et global (tous les secteurs) avec un identifiant unique pour chaque patient.

## Axe 6

### Appuyer le plan national des urgences médicales

#### **Action 23. Poursuivre le développement des SAMU / SMUR / HéliSMUR et promouvoir le SAMU social en collaboration avec les départements concernés.**

- Mesure 23.1. Poursuivre le développement des SAMU avec ses différentes composantes.
- Mesure 23.2. Promouvoir le SAMU social auprès des départements concernés.
- Mesure 23.3. Élargir la mise en place des services SMUR au niveau de chaque CHR et CHP.
- Mesure 23.4. Optimiser et rentabiliser les HéliSMUR existants.
- Mesure 23.5. Encourager le secteur privé à investir dans l'évacuation par avion sanitaire.

#### **Action 24. Étudier le déploiement d'avions sanitaires pour les transferts d'urgence.**

#### **Action 25. Développer le transport sanitaire spécifique aux urgences pédiatriques et aux urgences psychiatriques.**

- Mesure 25.1. Développer le réseau ambulancier hospitalier par des couveuses néonatales de transfert.
- Mesure 25.2. Développer le réseau ambulancier hospitalier pour les urgences psychiatriques.

#### **Action 26. Mettre à niveau les services des urgences et les services de réanimation.**

- Mesure 26.1. Normaliser les structures physiques et les circuits au niveau des services des urgences et de réanimation (plan-type : Urgence médicale de proximité (UMP), HP, CHP, CHR, CHU).
- Mesure 26.2. Normaliser la liste des équipements techniques au niveau des services des urgences et de réanimation.
- Mesure 26.3. Normaliser les effectifs et les compétences pour chaque niveau d'urgence selon un référentiel.
- Mesure 26.4. Normaliser et standardiser les protocoles de prise en charge en urgentologie.
- Mesure 26.5. Respecter l'obligation de la régulation des patients urgents à travers le SAMU.

#### **Action 27. Créer des unités régionales de prise en charge des grands brûlés dans les CHR.**

- Mesure 27.1. Implanter dans chaque CHR des unités pour les grands brûlés.
- Mesure 27.2. Identifier, officialiser et communiquer une filière de PEC des brûlés.
- Mesure 27.3. Normaliser la formation initiale et continue du personnel de santé (médical et paramédical) travaillant dans le RISUM.
- Mesure 27.4. Élaborer un plan de carrière spécifique au personnel des urgences.
- Mesure 27.5. Élaborer un projet de loi spécifique aux urgences, basé sur la circulaire de juillet 2011.
- Mesure 27.6. Revaloriser les primes de garde et d'astreinte.
- Mesure 27.7. Introduire la cotation des actes réalisés aux urgences et SAMU dans la nomenclature nationale des actes.
- Mesure 27.8. Établir une convention de partenariat avec la protection civile pour la PEC des patients urgents.
- Mesure 27.9. Développer la télémédecine en matière d'urgentologie.
- Mesure 27.10. Sous-traiter l'accueil et l'orientation des patients aux urgences.
- Mesure 27.11. Créer de nouvelles UMP.
- Mesure 27.12. Doter chaque UMP au minimum d'une ambulance.
- Mesure 27.13. Assurer la gratuité des références.



## LES MÉDICAMENTS

### Objectif principal

Rendre disponibles et accessibles les médicaments et les autres produits de santé, apportant des garanties de qualité, d'efficacité et de sécurité à la plus grande partie de la population.

### Objectifs spécifiques

- Assurer le maximum de sécurité aux patients en améliorant la qualité des médicaments et des autres produits de santé par le renforcement de la réglementation, notamment quant à la fabrication, la distribution, la délivrance, l'usage rationnel et la vigilance.
- Entamer des actions synergiques pour la mise en œuvre des dispositions de l'écosystème médicament, en collaboration avec le Ministère de l'Industrie dans son volet matières premières et excipients, génériques, bio-similaires, dispositifs médicaux, recherche biomédicale, développement de l'innovation et de l'export.
- Proposer un modèle de gouvernance approprié avec la vision, la stratégie et les procédures de mise en œuvre des mesures opérationnelles approuvées (création de l'Agence du médicament et des produits de santé).
- Introduire dans l'ensemble des thématiques les valeurs d'éthique et le principe d'évitement des conflits d'intérêts.

### Stratégie d'intervention

En vue d'atteindre les objectifs précités, un effort de priorisation des actions et de rationalisation des ressources est requis, sur la base d'actions prioritaires :

- améliorer l'accès aux médicaments et aux produits de santé par l'élargissement de la couverture médicale à la plus grande partie de la population ;
- renforcer l'offre de soins par l'augmentation du budget du Ministère de la Santé à 8 % du PIB à l'horizon 2025 ;
- allouer des ressources humaines nécessaires pour assumer la mise en œuvre du PPN 2020-2025 réactualisé ;
- revoir à la baisse les mesures fiscales sur les médicaments et les produits de santé ;
- poursuivre la réactualisation de la réglementation des médicaments et des produits de santé aux standards internationaux (biosimilaires, produits de conseil, cosmétologie...);
- réglementer le système national de pharmacovigilance.

## Axe 7

### Améliorer l'accès au médicament et aux produits de santé

#### Action 28. Mettre en œuvre les dispositions de la Politique pharmaceutique nationale.

- Mesure 28.1. Mettre en place un comité de suivi-évaluation de la réalisation des actions de la PPN 2015-2020.  
 Mesure 28.2. Élaborer le document de la PPN 2020-2025.  
 Mesure 28.3. Actualiser la mise à niveau de l'ensemble de l'arsenal législatif et réglementaire.  
 Mesure 28.4. Mettre à niveau le système de régulation du secteur pharmaceutique.  
 Mesure 28.5. Créer l'Agence nationale du médicament et des produits de santé.  
 Mesure 28.6. Promouvoir la transparence dans toute activité directe ou indirecte dans le domaine de la santé.  
 Mesure 28.7. Renforcer la promotion de la recherche biomédicale.  
 Mesure 28.8. Promouvoir l'innovation dans le secteur de la santé.

#### Action 29. Réadapter le cycle d'approvisionnement et de distribution des produits de santé.

- Mesure 29.1. Poursuivre la mise en place des protocoles thérapeutiques standards.  
 Mesure 29.2. Mettre en place une méthodologie standardisée de quantification des besoins pour les établissements de soins relevant du Ministère de la Santé.  
 Mesure 29.3. Organiser et sécuriser le processus d'approvisionnement des médicaments et des produits de santé.  
 Mesure 29.4. Mettre à niveau et équiper les entrepôts centraux et les pharmacies hospitalières et provinciales et renforcer les effectifs en pharmaciens et en préparateurs en pharmacie.  
 Mesure 29.5. Externaliser la fonction logistique à travers la sous-traitance de la gestion (personnel et matériel) des entrepôts centraux et l'extension de la sous-traitance du transport jusqu'aux ESSP et hôpitaux de proximité.

**Mesure 29.6.** Assurer un stock de sécurité des spécialités pharmaceutiques essentielles.

**Mesure 29.7.** Interdire la vente de vaccins par les pédiatres, la vente directe aux patients par l'Institut Pasteur, la vente de médicaments vétérinaires par les médecins vétérinaires, la vente de médicaments par les cliniques pour les patients externes.

**Mesure 29.8.** Interdire la facturation privée des médicaments en PPV au niveau des cliniques et l'approvisionnement auprès des officines.

**Mesure 29.9.** Appliquer les BPD et les BPPO, notamment le respect de la chaîne du froid tout au long du circuit du médicament.

**Mesure 29.10.** Réglementer l'approvisionnement des officines en produits chimiques pour les préparations officinales/magistrales, à travers les grossistes.

### **Action 30. Optimiser la gestion et l'utilisation des produits de santé.**

**Mesure 30.1.** Inclure les prérogatives du CMDM et du CMDP dans les textes régulant le fonctionnement des structures hospitalières.

**Mesure 30.2.** Sécuriser le circuit du médicament et des produits de santé à travers l'informatisation, la traçabilité de la gestion et l'automatisation de la distribution.

**Mesure 30.3.** Élaborer la méthodologie de la gestion des échanges de produits pharmaceutiques entre les établissements de santé relevant du MS.

**Mesure 30.4.** Mettre en place des activités de la pharmacie clinique au niveau des EH (CHU et CHR).

**Mesure 30.5.** Élaborer la réglementation de la pharmacie hospitalière (BPPH-BPS – rétrocession).

**Mesure 30.6.** Poursuivre le programme de mise à niveau des pharmacies hospitalières et planifier la mise à niveau des pharmacies provinciales et préfectorales.

**Mesure 30.7.** Réglementer le système national de vigilance : créer des centres régionaux de pharmaco-vigilance et exiger la déclaration pour les EPI et les sociétés de produits de santé.

**Mesure 30.8.** Mettre en place un plan d'action pour renforcer l'usage rationnel des médicaments et produits de santé.

### **Action 31. Poursuivre la politique de contrôle des prix des médicaments et dispositifs médicaux.**

**Mesure 31.1.** Lancer une étude d'impact de la mise en application de la nouvelle réglementation des prix des médicaments.

**Mesure 31.2.** Réviser le décret de fixation des prix des médicaments.

**Mesure 31.3.** Établir des accords de coopération avec les pays du benchmark pour le partage des expériences.

**Mesure 31.4.** Supprimer la TVA sur les médicaments de prescription et les dispositifs médicaux essentiels.

**Mesure 31.5.** Accompagner la stratégie de contrôle des prix des médicaments par des mesures fortes visant à favoriser l'accessibilité des médicaments et la révision du mode de rémunération du pharmacien d'officine.

**Mesure 31.6.** Mettre en application le contrôle des prix des dispositifs médicaux de classe III.

### **Action 32. Améliorer le taux de pénétration du générique.**

**Mesure 32.1.** Encourager la fabrication locale des médicaments génériques.

**Mesure 32.2.** Assurer l'accessibilité aux génériques à travers la couverture médicale des patients (tiers payant) et les modes de remboursement rapides et efficaces.

**Mesure 32.3.** Instituer le droit à la substitution aux pharmaciens par voie réglementaire.

**Mesure 32.4.** Élaborer un répertoire national des équivalents thérapeutiques.

**Mesure 32.5.** Renforcer le contrôle-qualité pharmaceutique des médicaments génériques après l'obtention de l'AMM.

**Mesure 32.6.** Renforcer l'inspection des EPI, grossistes et officines pour garantir le respect du circuit légal des médicaments, y compris les génériques.

**Mesure 32.7.** Définir par voie réglementaire les modalités d'enregistrement des biosimilaires et des biomédicaments (études préclinique et clinique et contrôle-qualité).

**Mesure 32.8.** Revoir le statut réglementaire des établissements pharmaceutiques.

**Mesure 32.9.** Mener des actions de communication sur le biosimilaire via la promotion auprès des professionnels de santé et du grand public.



## Axe 8

### Améliorer l'accès aux produits sanguins sécurisés

#### Action 33. Promouvoir le don et la collecte de sang.

**Mesure 33.1.** Définir une politique nationale en termes de promotion avec la mise en place d'une nouvelle organisation permettant la déclinaison de cette politique.

**Mesure 33.2.** Réaliser une étude permettant d'identifier les populations de donneurs et leurs caractéristiques socio-démographiques.

**Mesure 33.3.** Élaborer des stratégies de communication et de promotion du don de sang.

**Mesure 33.4.** Impliquer les organismes publics et privés et la société civile dans le don de sang par l'élaboration des conventions de partenariat.

**Mesure 33.5.** Développer les collectes mobiles de sang.

**Mesure 33.6.** Améliorer l'accueil dans les centres de transfusion et les banques de sang.

#### Action 34. Améliorer l'efficacité, la qualité et la sécurité des prestations du CNTSH et des centres de transfusion sanguine.

**Mesure 34.1.** Développer les dons et la production de plasma et de plaquettes.

**Mesure 34.2.** Doter les centres de transfusion de moyens pour augmenter la production des produits sanguins labiles (PSL) et améliorer la qualité de leur conservation.

**Mesure 34.3.** Développer la technologie de fractionnement mini-pool pour une production nationale de certains médicaments dérivés du sang (MDS).

**Mesure 34.4.** Développer le génotypage érythrocytaire au niveau des centres de transfusion de Rabat et de Casablanca.

**Mesure 34.5.** Créer des unités de transfusion sanguine dans tous les établissements de soins ayant besoin de produits sanguins.

**Mesure 34.6.** Développer les technologies d'inactivation des germes pour les plaquettes et le plasma au niveau des centres de transfusion (Rabat, Fès, Oujda, Agadir, Marrakech, Tanger et Laayoune).

**Mesure 34.7.** Regrouper les plateaux techniques (un plateau technique de qualification par région).

**Mesure 34.8.** Instaurer un système de contrôle de qualité et d'audit des prestations et produits sanguins.

**Mesure 34.9.** Certifier ISO 9001 version 2015 les centres régionaux de transfusion sanguine et accréditer les laboratoires nationaux.

**Mesure 34.10.** Développer la métrologie au niveau de tous les CTS.

**Mesure 34.11.** Créer des unités de prélèvement de cellules souches et de cryoconservation dans les centres de transfusion desservant les CHU (Rabat, Fès, Oujda, Agadir, Marrakech, Tanger et Laayoune).

**Mesure 34.12.** Développer l'activité de production d'anticorps.

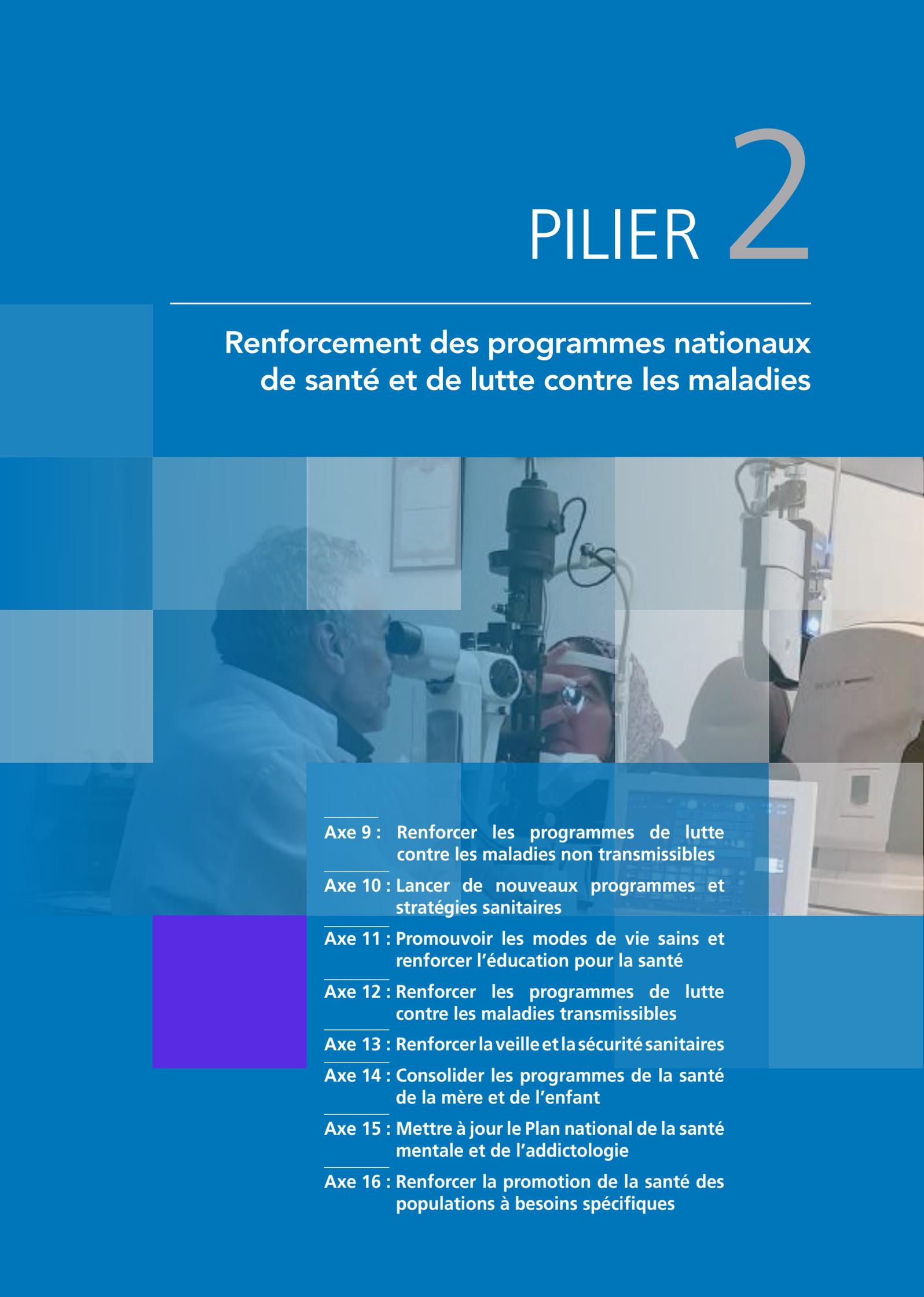
**Mesure 34.13.** Construire des centres régionaux de transfusion à Guelmim, Oujda, Casablanca, Agadir, Laayoune et Rabat et aménager les centres de Fès, Meknès, Béni Mellal, Tétouan et Al Hoceima.

**Mesure 34.14.** Automatiser les activités de qualification biologique des dons.

**Mesure 34.15.** Mettre en place un système d'information centralisé et intégré permettant la gestion des activités de tous les centres de transfusion.

# PILIER 2

## Renforcement des programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies



Axe 9 : Renforcer les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles

Axe 10 : Lancer de nouveaux programmes et stratégies sanitaires

Axe 11 : Promouvoir les modes de vie sains et renforcer l'éducation pour la santé

Axe 12 : Renforcer les programmes de lutte contre les maladies transmissibles

Axe 13 : Renforcer la veille et la sécurité sanitaires

Axe 14 : Consolider les programmes de la santé de la mère et de l'enfant

Axe 15 : Mettre à jour le Plan national de la santé mentale et de l'addictologie

Axe 16 : Renforcer la promotion de la santé des populations à besoins spécifiques

## PILIER 2

### Renforcement des programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies

Dans le but de renforcer et de consolider les programmes nationaux de santé et de réduire la morbidité et la mortalité, 5 domaines sont abordés dans ce pilier :

- les maladies transmissibles ;
- les maladies non transmissibles ;
- la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ;
- la santé mentale ;
- la santé des populations à besoins spécifiques.

Ce pilier est articulé autour de 8 axes stratégiques développés en 41 actions et 211 mesures spécifiques.



#### Analyse SWOT du pilier 2

##### FORCES

- Système de santé basé sur les soins de santé primaires
- Soins de santé primaires gratuits dans le service public
- Existence de programmes de santé structurés
- Existence d'une couverture médicale AMO-RAMED
- Existence de programmes pour les personnes à besoin spécifiques

##### FAIBLESSES

- Absence de charte nationale de la santé
- Politique de promotion de la santé insuffisante
- Financement insuffisant
- Système non centré sur le citoyen
- Programmes de santé non intégrés
- Couverture médicale non généralisée
- Absence de politique d'information sanitaire

##### OPPORTUNITÉS

- Engagement politique au plus haut niveau pour le droit à la santé et à des soins centrés sur le patient (discours royaux, déclarations gouvernementales)
- Engagement aux ODD
- Nouvelle Constitution
- Volonté des partenariats internationaux et coopération
- Régionalisation avancée
- Investissements importants en santé
- Ratification de plusieurs conventions internationales

##### RISQUES

- Vieillesse de la population
- Intensification des flux migratoires
- Transitions démographique et épidémiologique
- Précarité et pauvreté encore importantes
- Persistance de certaines croyances populaires
- Faible coordination entre les différents secteurs gouvernementaux
- Coût élevé de la prise en charge des maladies non transmissibles

# LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

## Objectif principal

Réduire la morbidité, la mortalité et les incapacités liées aux maladies non transmissibles à travers une action multisectorielle.

## Objectifs spécifiques

- Renforcer et/ou élaborer des plans stratégiques des MNT.
- Mettre en place une filière pour la prise en charge des MNT.
- Mettre en place les organes et les outils de gouvernance à tous les niveaux de compétence et de responsabilité.
- Mettre en place un système de suivi-évaluation des MNT et de leurs facteurs de risque.
- Mobiliser et disposer de ressources financières spécifiques pérennes.

## Stratégie et priorisation

### Gouvernance

Les principales lignes de force pour améliorer la gouvernance des MNT sont les suivantes :

- la mise en place d'un système de suivi-évaluation ;
- le renforcement et la mise à jour de la législation et de la réglementation ;
- l'approche multisectorielle ;
- le partenariat public-privé ;
- la mobilisation de fonds extra-budgétaires.

### Promotion de la santé

La promotion de la santé est la pierre angulaire de la prévention et du contrôle des facteurs de risque des MNT. Pour maîtriser ces maladies, il est urgent de s'attaquer aux principaux facteurs

de risque communs et à leurs déterminants sous-jacents, par une approche multisectorielle basée sur la communauté et capable de mobiliser tous les acteurs de la société. La promotion de modes de vie sains est considérée actuellement comme une stratégie forte et incontournable, dont les interventions peuvent réduire ces facteurs de risque : le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. Cette stratégie est à compléter et à renforcer par d'autres actions de prévention et de mobilisation sociale.

### Accès aux soins

Afin d'optimiser et mieux organiser la prise en charge des MNT, un modèle de filière de soins spécifiques aux MNT est à mettre en place. Ce modèle proposera des interventions, des structures et des ressources humaines normalisées aux trois niveaux d'intervention, à intégrer dans le système de santé :

- Le niveau primaire, qui concerne les activités essentiellement assurées dans les centres de santé. Les activités de promotion de proximité et les activités de dépistage des MNT, voire le traitement et l'éducation thérapeutique de certaines formes de MNT, seront les principales activités délivrées par ce niveau.
- Une nouvelle structure de santé, à créer dans chaque province, représentant le centre de référence pour le diagnostic, le traitement et le suivi des MNT. Ce centre agira comme un niveau de recours à des soins plus spécialisés que ceux du niveau 1.
- Des soins hautement spécialisés à prodiguer au niveau des centres hospitaliers régionaux et/ou interrégionaux, nécessitant un plateau technique et des traitements innovants.



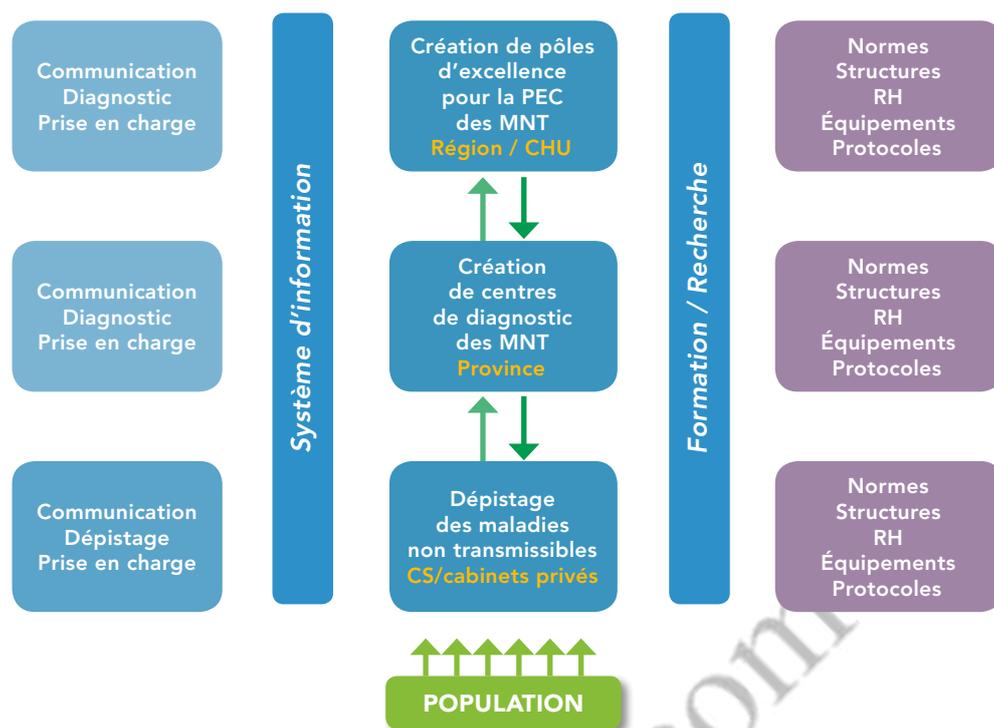


Figure 1 : Prise en charge des maladies non transmissibles

## Stratégie d'intervention

### Axe 9

## Renforcer les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles

### Action 35. Renforcer le plan national de prévention et de contrôle du cancer.

Mesure 35.1. Généraliser la détection précoce du cancer du col de l'utérus (DPCC) au niveau national.

Mesure 35.2. Généraliser le programme des soins palliatifs.

Mesure 35.3. Assurer la disponibilité des médicaments en oncologie.

Mesure 35.4. Achever la construction et l'équipement des centres régionaux d'oncologie de Béni Mellal et de Laayoune, des centres d'hématologie-oncologie pédiatrique de Fès et de Marrakech et des centres de référence de santé reproductive planifiés pour 2018 et 2019.

Mesure 35.5. Étendre le système d'information informatisé des CRO au CM6, aux CRO de Tanger, Béni Mellal et Agadir.

Mesure 35.6. Créer un groupement hospitalier en oncologie.

Mesure 35.7. Élaborer un nouveau Plan décennal de prévention et de contrôle du cancer 2020-2029.

### Action 36. Renforcer les programmes de lutte contre les MNT.

Mesure 36.1. Mettre en place une filière de soins spécifiques pour les maladies non transmissibles (MNT), à intégrer dans le schéma national de l'offre de soins : créer et mettre en place des centres de référence des MNT.

Mesure 36.2. Créer des pôles d'excellence pour la PEC des MNT.

Mesure 36.3. Élaborer et/ou actualiser les protocoles thérapeutiques.

Mesure 36.4. Assurer la disponibilité des médicaments.

Mesure 36.5. Élaborer et mettre en place un programme d'éducation thérapeutique.

Mesure 36.6. Créer une « maison des jeunes diabétiques » par région.

Mesure 36.7. Élaborer des plans stratégiques de prévention et de contrôle du diabète et de l'HTA pour la période 2020-2029.

Mesure 36.8. Redynamiser et institutionnaliser les comités techniques des programmes MNT.

Mesure 36.9. Réaliser des études de surveillance épidémiologiques des MNT et de leurs facteurs de risque.

### **Action 37. Renforcer les programmes de lutte contre la cécité et la surdité et le programme de la santé bucco-dentaire.**

Mesure 37.1. Renforcer la stratégie nationale de prise en charge de la cataracte cécitante, du glaucome, de la rétinopathie diabétique, de la basse vision et de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Mesure 37.2. Mettre en œuvre la stratégie nationale de prise en charge de la surdité.

Mesure 37.3. Renforcer la prophylaxie et améliorer la prise en charge des affections bucco-dentaires.

Mesure 37.4. Faire le plaidoyer pour l'activation de l'approbation du projet de loi 25-14 relatif à l'exercice de la profession de préparateur et de manipulateur de produits de santé et actualiser le dahir de 1960 relatif à l'exercice de la profession de la médecine dentaire.

### **Action 38. Développer et lancer le programme de conseils aux voyageurs, avec la promotion de la « médecine du voyage ».**

Mesure 38.1. Normaliser le dispositif national de conseils aux voyageurs.

Mesure 38.2. Implanter les services régionaux de conseils aux voyageurs.

Mesure 38.3. Instituer un Programme national de médecine du voyage.

## **Axe 10**

### **Lancer de nouveaux programmes et stratégies sanitaires**

#### **Action 39. Lancer et mettre en œuvre le plan « Maroc sans hépatite virale C ».**

Mesure 39.1. Mettre en place un programme de dépistage et de diagnostic de l'HVC.

Mesure 39.2. Implanter un dispositif de prise en charge de l'HVC et améliorer l'accès aux soins de l'HVC.

Mesure 39.3. Mettre en place un système de genèse de l'information stratégique relatif aux hépatites virales.

Mesure 39.4. Renforcer la prévention des HVC et HVB et intégrer les activités dans les programmes sanitaires existants.

Mesure 39.5. Renforcer le partenariat dans le domaine des HV et mettre en place des mécanismes de coordination et de gouvernance de la réponse nationale.

#### **Action 40. Lancer et mettre en œuvre le programme de prévention et de contrôle des maladies cardiovasculaires.**

Mesure 40.1. Mettre en place l'approche « Évaluation et prise en charge du risque cardio-vasculaire ».

Mesure 40.2. Améliorer le transport pré-hospitalier des patients.

Mesure 40.3. Élaborer des filières de soins de l'AVC et du syndrome coronarien dans 3 régions-pilotes.

Mesure 40.4. Élaborer et diffuser les protocoles thérapeutiques des MCV.

Mesure 40.5. Doter les différents niveaux de soins en matériels medicotechniques, en bilans biologiques, radiologiques et en médicaments.

Mesure 40.6. Créer deux centres inter-régionaux d'excellence de neuro-cardiologie interventionnelle et de soins intensifs.

#### **Action 41. Lancer et mettre en œuvre la stratégie de lutte contre la surdité chez l'enfant.**

Mesure 41.1. Implanter la phase-pilote du dépistage de la surdité congénitale.

#### **Action 42. Lancer et mettre en œuvre la stratégie de lutte contre l'obésité de l'enfant.**

Mesure 42.1. Produire et diffuser le plan opérationnel de prévention et de contrôle du surpoids et de l'obésité chez l'enfant.

Mesure 42.2. Institutionnaliser le dépistage du surpoids et de l'obésité de l'enfant en s'inscrivant dans le continuum de soins.

Mesure 42.3. Développer et diffuser un kit pour la prévention et le contrôle du surpoids et de l'obésité chez la femme, l'enfant et l'adolescent.

#### **Action 43. Lancer le plan national de la procréation médicalement assistée (PMA).**

Mesure 43.1. Améliorer la qualité et l'accessibilité aux services de prise en charge de l'infertilité du couple, notamment la PMA.

#### **Action 44. Lancer et mettre en œuvre un programme national de lutte contre l'insuffisance rénale chronique (IRC).**

Mesure 44.1. Améliorer la prise en charge des patients hémodialysés.

Mesure 44.2. Développer la dialyse péritonéale.

Mesure 44.3. Améliorer la prise en charge des patients hémodialysés.

Mesure 44.4. Développer la transplantation rénale.

Mesure 44.5. Améliorer la réponse aux besoins spécifiques de l'enfant IRC.

Mesure 44.6. Créer un service pour la gestion et la coordination des actions relatives à l'IRC et au suivi de la suppléance des maladies rénales et élaborer un programme national de prévention et de contrôle de l'IRC.

- Mesure 44.7. Réaliser des études de recherche opérationnelle en IRC.
- Mesure 44.8. Redynamiser le registre Magredial.
- Mesure 44.9. Développer la réglementation en matière de PEC de l'IRC.
- Mesure 44.10. Développer la schéma financier 80-8-8-2-2 pour la PEC de l'IRC.

#### **Action 45. Lancer un plan national de promotion du don et de la greffe d'organes et de tissus humains.**

- Mesure 45.1. Développer des approches techniques et technologiques innovantes pour la greffe d'organes et de tissus humains.
- Mesure 45.2. Élaborer et mettre en œuvre un registre de donneurs bénévoles de moelle osseuse.
- Mesure 45.3. Élaborer et mettre en œuvre un programme de greffe haplo-identique de moelle osseuse.
- Mesure 45.4. Développer une banque de tissus dans chaque CHU.
- Mesure 45.5. Assurer la disponibilité des équipements pour les nouvelles techniques de la greffe de cornée.
- Mesure 45.6. Élaborer un plan de promotion du don d'organes et de tissus humains.
- Mesure 45.7. Amender la loi 16.98 en vue d'élargir le cercle des donneurs d'organes.
- Mesure 45.8. Élaborer un cadre réglementaire pour le financement du don par l'assurance du receveur.
- Mesure 45.9. Étudier la faisabilité du financement d'un centre de transplantation dans le cadre d'un GIP.

#### **Action 46. Lancer des programmes pour les maladies rares et inflammatoires et les maladies respiratoires chroniques.**

- Mesure 46.1. Évaluer l'état des lieux des maladies rares et des maladies inflammatoires chroniques.
- Mesure 46.2. Créer une consultation pour la prise en charge des maladies rares et inflammatoires.
- Mesure 46.3. Évaluer l'état des lieux des maladies respiratoires chroniques (asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive).
- Mesure 46.4. Élaborer un plan national de prévention et de contrôle des maladies respiratoires chroniques.

## **Axe 11**

### **Promouvoir des modes de vie sains et renforcer l'éducation pour la santé**

#### **Action 47. Lancer et mettre en œuvre un plan national multisectoriel des modes de vie sains.**

- Mesure 47.1. Organiser une campagne annuelle sur la promotion des modes de vie sains : lutte antitabac, alimentation saine, activité physique.
- Mesure 47.2. Créer un service pour la gestion et la coordination des actions relatives à la promotion des modes de vie sains.
- Mesure 47.3. Mettre en place un comité national multisectoriel de haut niveau pour la coordination des actions relatives à la promotion de modes de vie sains et à la lutte contre les facteurs de risque de MNT et le décliner à l'échelle régionale et provinciale.
- Mesure 47.4. Mettre en place un comité technique multisectoriel de pilotage des actions relatives à la promotion de modes de vie sains et de lutte contre les facteurs de risque des MNT.
- Mesure 47.5. Développer une stratégie de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale pour la lutte contre les facteurs de risque des MNT.
- Mesure 47.6. Normaliser et réglementer pour un environnement propice à l'alimentation saine et à l'activité physique.
- Mesure 47.7. Faire le plaidoyer pour la révision de la loi 15-91 de lutte anti-tabac et pour la ratification de la convention-cadre.

#### **Action 48. Renforcer et mettre en œuvre la stratégie nationale de la nutrition.**

- Mesure 48.1. Institutionnaliser le Programme national de la nutrition.
- Mesure 48.2. Renforcer les stratégies de lutte contre les carences en micro-nutriments (supplémentation et fortification).
- Mesure 48.3. Mettre en place le Plan de promotion de la nutrition durant le cycle de vie.
- Mesure 48.4. Améliorer la qualité du dépistage des troubles nutritionnels durant le cycle de vie.
- Mesure 48.5. Renforcer les mécanismes de coordination multisectorielle pour la mise en œuvre de la Stratégie nationale de la nutrition.

#### **Action 49. Renforcer la communication en matière d'éducation sanitaire.**

- Mesure 49.1. Organiser des campagnes annuelles spécifiques sur les MNT.
- Mesure 49.2. Soutenir et encadrer la société civile en matière de MNT selon une approche communautaire.
- Mesure 49.3. Encadrer et impliquer les médias pour communiquer sur les MNT.
- Mesure 49.4. Inciter les organismes gestionnaires de la CMB à inscrire des actions de sensibilisation et d'information en matière de MNT dans leur politique de communication.
- Mesure 49.5. Célébrer les événements nationaux et internationaux en matière de MNT.

#### **Action 50. Lancer la « chaîne santé publique » numérique via internet.**

#### **Action 51. Développer la « e-santé ».**

# LES MALADIES TRANSMISSIBLES

## Objectifs principaux

- Réduire la charge de morbidité et de mortalité des maladies transmissibles au Maroc, en vue de converger vers l'atteinte de la cible 3.3 des ODD en 2030.
- Améliorer la sécurité sanitaire de la population à travers un système performant de veille et de surveillance pour la maîtrise des risques sanitaires, y compris ceux liés à l'environnement.

## Objectifs spécifiques

- Assurer une prise en charge diagnostique et thérapeutique de qualité pour les maladies transmissibles constituant encore des problèmes de santé publique.
- Renforcer les capacités des structures d'appui aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles, notamment le réseau des laboratoires de santé publique.
- Préparer le système de soins à la prévention, la détection et la prise en charge des problèmes émergents et des urgences de santé publique.

## Stratégie d'intervention

### Axe 12

## Renforcer les programmes de lutte contre les maladies transmissibles

### Action 52. Accélérer la riposte au VIH-Sida

Mesure 52.1. Renforcer les services de prévention au profit des populations-clés, vulnérables et passerelles.

Mesure 52.2. Étendre et diversifier l'offre de dépistage de l'infection VIH.

Mesure 52.3. Développer l'offre de services de prise en charge diagnostique et thérapeutique, conformément au schéma d'extension de la filière de soins dédiée.

Mesure 52.4. Étendre et intégrer les activités de dépistage de la syphilis et de l'infection VIH et de prévention de leur transmission de la mère à l'enfant dans les programmes de santé sexuelle et reproductive.

Mesure 52.5. Renforcer l'appui psycho-social des personnes vivant avec le VIH et la lutte contre la stigmatisation, dans le cadre du partenariat institutionnel et avec la société civile.

### Action 53. Accélérer la riposte contre l'infection par la tuberculose (TB) en vue d'atteindre les ODD.

Mesure 53.1. Renforcer et diversifier les prestations fixes et mobiles pour le dépistage de la TB.

Mesure 53.2. Mettre à niveau le réseau de laboratoires pour le diagnostic et le suivi de la TB.

Mesure 53.3. Restructurer et mettre à niveau l'offre de soins, aussi bien ambulatoire qu'hospitalière, pour la prise en charge des patients atteints de TB pharmaco-sensible et pharmaco-résistante.

Mesure 53.4. Développer et mettre en œuvre une stratégie de prévention et de contrôle de la TB extra-pulmonaire et de l'infection tuberculeuse latente, notamment dans les grandes agglomérations urbaines et suburbaines.

Mesure 53.5. Mettre en place un cadre de redevabilité pour les actions relatives aux déterminants socio-économiques de la TB et l'accompagnement psycho-social des patients tuberculeux.

Mesure 53.6. Développer la recherche opérationnelle à travers la création d'un consortium national de recherche sur la TB.

Mesure 53.7. Renforcer la gouvernance du programme national de lutte antituberculeuse.

### Action 54. Renforcer le programme de lutte contre les anthrozooses.

Mesure 54.1. Renforcer le cadre réglementaire et institutionnel de l'action intersectorielle sur les déterminants des anthrozooses.

Mesure 54.2. Intégrer les actions de prévention et de contrôle des anthrozooses, dans un cadre d'inter-sectorialité (approche *One Health*), portant notamment sur la lutte contre les vecteurs et les réservoirs de maladies.

Mesure 54.3. Améliorer l'accès à des services de santé de qualité, en matière de diagnostic et de prise en charge des zoonoses.

### **Action 55. Lancer et mettre en œuvre le plan stratégique national de prévention et de contrôle de la résistance aux anti-microbiens (RAM)**

**Mesure 55.1.** Mettre en place les organes de gouvernance de la stratégie nationale de lutte contre la RAM et des mécanismes de contrôle et d'action intersectorielle.

**Mesure 55.2.** Mettre en place un système intégré de surveillance de la RAM et de la consommation d'anti-microbiens (aussi bien en santé humaine qu'en santé animale).

**Mesure 55.3.** Redynamiser la stratégie nationale de prévention et de contrôle des infections associées aux soins (IAS).

## **Axe 13**

### **Renforcer la veille et la sécurité sanitaires**

#### **Action 56. Lancer et mettre en œuvre le plan national de sécurité sanitaire.**

**Mesure 56.1.** Améliorer la gouvernance du système national de veille et de sécurité sanitaires.

**Mesure 56.2.** Renforcer le système national d'évaluation des risques sanitaires liés aux facteurs environnementaux (aliments, eaux à usage alimentaire, assainissement liquide, air et rayonnements).

**Mesure 56.3.** Consolider la contribution du MS au système national de sécurité sanitaire, notamment ses composantes liées à l'eau, aux aliments, à l'air et aux rayonnements ionisants.

**Mesure 56.4.** Développer l'action du Ministère de la Santé dans le domaine de la sécurité sanitaire sur les lieux de travail.

**Mesure 56.5.** Développer une stratégie nationale de gestion des déchets (solides, liquides et gazeux) liés aux soins, depuis les structures de santé jusqu'à leur élimination finale.

**Mesure 56.6.** Développer et mettre en œuvre un programme national de prévention et de prise en charge des envenimements.

#### **Action 57. Renforcer les capacités de veille et de détection d'alerte et de riposte aux urgences de santé publique (USP).**

**Mesure 57.1.** Moderniser et opérationnaliser le système de surveillance épidémiologique basé sur les indicateurs, les événements et la surveillance syndromique.

**Mesure 57.2.** Mettre en place un dispositif de gestion des USP comportant un centre national et 12 centres régionaux d'opérations d'urgence.

**Mesure 57.3.** Élaborer et organiser un dispositif de prise en charge des malades atteints d'agents hautement pathogènes et dangereux (structures régionales, plateformes techniques et unités mobiles).

#### **Action 58. Renforcer le contrôle sanitaire aux frontières.**

**Mesure 58.1.** Élaborer un cadre législatif et réglementaire du contrôle sanitaire aux frontières.

**Mesure 58.2.** Normaliser le fonctionnement et les activités mises en œuvre au niveau des services de contrôle sanitaire aux frontières (SCSF).

**Mesure 58.3.** Mettre à niveau les SCSF.

#### **Action 59. Restructurer le réseau des laboratoires nationaux de référence.**

**Mesure 59.1.** Créer un dispositif réglementaire et de gouvernance du système des laboratoires de santé.

**Mesure 59.2.** Organiser le système national des laboratoires de santé.

**Mesure 59.3.** Élaborer un dispositif de désignation des laboratoires nationaux de référence.

**Mesure 59.4.** Mettre en place un programme national de mise à niveau des laboratoires relevant du Ministère de la Santé.



# LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION, LA SANTÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (SRMNEA)

## Objectif général

Contribuer au bien-être de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent d'ici 2025.

## Objectifs spécifiques

- Réduire le ratio de la mortalité maternelle (RMM) de 72,6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018 à 48 pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2025.
- Réduire le taux de mortalité néonatale (TMN) de 13 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2018 à au moins 10 pour 1 000 naissances vivantes à l'horizon 2025.
- Réduire le taux de mortalité des moins de cinq ans (TMIJ) de 21 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2018 à au moins 15 pour 1 000 naissances vivantes à l'horizon 2025.



## Stratégie d'intervention

### Axe 14

## Consolider les programmes de la « Santé de la mère et de l'enfant »

### Action 60. Mettre en œuvre la politique nationale de la santé de l'enfant.

**Mesure 60.1.** Adopter et mettre en œuvre la Politique nationale intégrée de la santé de l'enfant de 0 à 18 ans (PNISE).

**Mesure 60.2.** Mettre en place les instances définissant le cadre institutionnel et les mécanismes de mise en œuvre et de suivi de la politique nationale intégrée de l'enfant et de l'adolescent à tous les niveaux.

**Mesure 60.3.** Renforcer la disponibilité et la qualité des services de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

**Mesure 60.4.** Étendre et diffuser les protocoles de prise en charge des urgences pédiatriques, notamment avec l'utilisation des nouvelles technologies de l'information.

**Mesure 60.5.** Actualiser et renforcer l'encadrement législatif et réglementaire pour la protection de la santé de l'enfant, notamment pour les aspects qui suivent.

**Mesure 60.6.** Implanter des examens systématiques pour surveiller et promouvoir le développement de l'enfant sur les plans somatique, psychosocial et cognitif.

**Mesure 60.7.** Renforcer le partenariat avec les instances de recherche pour la réalisation d'études ciblant la période foetale et néonatale, la petite enfance et l'adolescence pour tenir compte des problèmes de santé émergents dans le cadre de la politique nationale.

**Mesure 60.8.** Améliorer la qualité et l'accessibilité aux services de prise en charge de l'infertilité du couple, notamment la procréation médicalement assistée (PMA).

### Action 61. Renforcer le programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement (PSGA).

**Mesure 61.1.** Renforcer la qualité de la PEC de la mère et du nouveau-né dans le respect du continuum des soins, y compris la période périnatale et la surveillance des décès maternels et néonataux.

**Mesure 61.2.** Élaborer et mettre en œuvre une nouvelle vision de la consultation prénuptiale.

**Mesure 61.3.** Développer et implanter la consultation préconceptionnelle.

### Action 62. Créer des pôles d'excellence régionaux multidisciplinaires dédiés à la santé de la mère et de l'enfant et mettre à niveau les structures d'accouchement surveillé, notamment en milieu rural.

Mesure 62.1. Évaluer les maisons d'accouchement, les maternités et les structures de néonatalogie sur le plan de la qualité au niveau des 12 régions et mettre en place des plans d'amélioration.

Mesure 62.2. Évaluer la qualité de la prise en charge au niveau des hôpitaux (services des urgences et services de pédiatrie) et des maisons d'accouchement

Mesure 62.3. Développer des pôles d'excellence pour la prise en charge des pathologies lourdes (cardiopathies congénitales, maladies métaboliques...) de l'enfant dans les CHU.

### Action 63. Redynamiser le système national de suivi et d'évaluation de la santé de la mère et de l'enfant.

Mesure 63.1. Renforcer le cadre institutionnel et stratégique de l'Unité nationale de surveillance des décès maternels en tant qu'instance responsable du Système de suivi et de surveillance des décès maternels au niveau national.

Mesure 63.2. Organiser la généralisation et l'informatisation de la collecte des données de façon continue du Système de suivi et de surveillance des décès maternels à tous les niveaux.

Mesure 63.3. Renforcer le pilotage régional des actions en faveur de la santé de la mère et de l'enfant dans le cadre des *task forces*.

### Action 64. Consolider le programme national d'immunisation (PNI) et y introduire le vaccin anti-HPV destiné aux filles de 9 à 13 ans.

Mesure 64.1. Consolider les acquis et renforcer le Programme national d'immunisation.

Mesure 64.2. Introduire de nouveaux vaccins dans le calendrier national de vaccination, y compris le vaccin anti-HPV.

### Action 65. Généraliser le dépistage précoce à la naissance et prendre en charge certaines maladies chez les nouveau-nés.

Mesure 65.1. Produire un texte réglementaire relatif à la périnatalité.

Mesure 65.2. Étendre le dépistage néonatal de l'hypothyroïdie congénitale.

Mesure 65.3. Implanter la phase-pilote de la méthode « mère-kangourou ».

## LA SANTÉ MENTALE

### Objectif principal

Promouvoir, à travers le Plan national de santé mentale, le bien-être mental, prévenir les troubles mentaux et ceux liés à l'usage des SPA, prendre en charge les personnes qui en sont atteintes, améliorer leur fonctionnement social et promouvoir leurs droits fondamentaux à travers des actions coordonnées et intersectorielles.

### Objectifs spécifiques

- Promouvoir la santé mentale, prévenir et détecter précocement les troubles mentaux, notamment pour les personnes à risque.
- Renforcer la capacité litière psychiatrique totale pour atteindre un ratio d'au moins 1 lit psychiatrique pour 10 000 habitants d'ici 2025.
- Augmenter l'accessibilité aux soins et services diversifiés en santé mentale adaptés aux besoins des populations spécifiques (enfants, adolescents, jeunes, personnes âgées, personnes détenues, personnes en situation de handicap, personnes jugées irresponsables, migrants, sans abri...) et équitablement répartis sur le territoire.

- Rendre disponibles et accessibles les psychotropes essentiels pour traiter au moins 80 % des troubles mentaux diagnostiqués au niveau des ESSP, d'ici 2025.
- Améliorer la gouvernance et la qualité de l'information et des connaissances utiles à la planification et à la prise de décision.
- Lutter contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux et/ou addictifs.



## Principes directeurs

Ce plan est régi par quatre principes majeurs :

1. le rétablissement, qui suppose le partage du pouvoir avec les usagers et leurs familles et la reconnaissance des personnes atteintes de troubles mentaux ou présentant des conduites addictives comme des acteurs et des citoyens à part entière, et la reconnaissance de leurs droits fondamentaux (droit à l'autonomie, à la dignité, à l'information, à la participation aux décisions les concernant, aux soins et services...);
2. la diversification de la palette de soins et de services et son adaptation aux besoins des populations, dont les populations spécifiques ;
3. l'implication de la famille et des proches des PATM dans les décisions de services et de soins.
4. l'équité dans l'accès aux soins et dans la répartition des ressources.

## Stratégie d'intervention

Partant d'une conception de la santé mentale à deux continuums et avec les données de l'analyse du contexte épidémiologique, politique, juridique et social, le présent plan adopte le modèle biopsychosocial comme modèle fonctionnel en santé mentale et en addictologie. Selon ce modèle, la santé mentale correspond à un processus dynamique résultant de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux en interaction constante. L'approche retenue par le plan en matière de santé mentale, de troubles mentaux et de troubles liés à l'usage de SPA est une approche orientée vers le rétablissement, qui met l'accent sur l'espoir et reconnaît aux personnes atteintes de troubles mentaux et de troubles liés à l'usage de SPA la capacité à prendre ou à reprendre le contrôle de leur maladie, de leur vie, à participer au processus décisionnel les concernant (appropriation du pouvoir) et à participer pleinement à la vie collective (inclusion sociale).

## Axe 15

### Mettre à jour le Plan national de santé mentale et d'addictologie

#### **Action 66. Mettre à niveau les hôpitaux et les services de psychiatrie intégrés existants, humaniser et normaliser les structures de soins et les pratiques professionnelles.**

**Mesure 66.1.** Réhabiliter et humaniser les hôpitaux, les services intégrés et des urgences psychiatriques existants, en référence aux normes préétablies.

**Mesure 66.2.** Humaniser et professionnaliser le transport et la prise en charge des urgences psychiatriques en pré-hospitalier et intégrer les urgences psychiatriques dans le Réseau intégré des soins d'urgence médicale (RISUM).

**Mesure 66.3.** Élaborer un référentiel national des normes d'organisation technique et architecturale des structures psychiatriques et des pratiques professionnelles.

**Mesure 66.4.** Réviser la nomenclature et les critères du remboursement de certains médicaments psychotropes et actes réalisés en psychiatrie (tests de diagnostic, tests d'évaluation, consultation...).

**Mesure 66.5.** Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments psychotropes au niveau des structures de soins psychiatriques.

**Mesure 66.6.** Créer des filières au niveau des ISPITS pour les professions associées à la psychiatrie et à l'addictologie (psychologie clinique, éducation spécialisée, intervenant en addictologie...).

**Mesure 66.7.** Mener des enquêtes épidémiologiques, socio-anthropologiques en matière de santé mentale et d'addictologie.

**Mesure 66.8.** Ériger le Service de la santé mentale de la Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies au rang de division (Division de la santé mentale et de l'addictologie).

**Mesure 66.9.** Plaider pour un statut juridique des professions associées à la psychiatrie générale et spécialisée et des métiers connexes (psychologues, pairs aidants, médiateurs aidants...).

#### **Action 67. Poursuivre la création de services intégrés de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et diversifier l'offre de soins psychiatriques et les interventions en santé mentale.**

**Mesure 67.1.** Créer et équiper des services intégrés de psychiatrie dans tous les hôpitaux généraux à l'échelle nationale.

**Mesure 67.2.** Développer et institutionnaliser de nouveaux modes de prise en charge en psychiatrie générale et spécialisée (psychiatrie de liaison, équipe mobile, visite à domicile).

**Mesure 67.3.** Créer des structures régionales et inter-régionales spécifiques pour la prise en charge des malades psychiatriques difficiles, « unités pour malades difficiles ».

**Mesure 67.4.** Développer l'offre de soins hospitalière et extra-hospitalière en pédopsychiatrie (unité mère-enfant, service de pédopsychiatrie, structure intermédiaire pour enfant...).

**Mesure 67.5.** Créer des structures de géronto-psychiatrie (services hospitaliers de géronto-psychiatrie, unités régionales de prise en charge des troubles neurocognitifs).

**Mesure 65.6.** Promouvoir la création d'établissements privés de PEC des troubles mentaux.

**Mesure 67.7.** Développer de nouveaux programmes en psychiatrie spécialisée (pédopsychiatrie, géro-psi-chiatrie, psychiatrie médico-légale).

**Mesure 67.8.** Promouvoir la santé mentale, la prévention et la détection précoce des troubles mentaux et des situations de détresse psychologique chez le grand public, les populations à risque et en milieux de vie (scolaire, travail, carcéral...).

### **Action 68. Œuvrer à la réinsertion sociale des personnes atteintes de troubles mentaux, la protection de leurs droits et la lutte contre leur stigmatisation et leur discrimination.**

**Mesure 68.1.** Créer des structures intermédiaires de réhabilitation psychosociale selon les normes préétablies et répondant aux besoins des populations atteintes de troubles mentaux cibles (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées, personnes en situation de handicap psychique).

**Mesure 68.2.** Développer le partenariat avec les médias, les acteurs institutionnels et associatifs (les usagers et leurs familles) concernés par la santé mentale.

**Mesure 68.3.** Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication anti-stigma des troubles mentaux et ceux liés à l'usage de substances psychoactives.

**Mesure 68.4.** Promouvoir et protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux et/ou addictifs.

### **Action 69. Renforcer l'offre de soins et diversifier les services d'addictologie.**

**Mesure 69.1.** Étendre la création de structures d'addictologie (centres, services et antennes) au niveau du système de soins et en milieu carcéral, en priorisant les sites à forte demande.

**Mesure 69.2.** Implanter 2 à 5 lits d'hospitalisation dans les services intégrés de psychiatrie et dans les hôpitaux psychiatriques pour la prise en charge des comorbidités.

**Mesure 69.3.** Réviser les protocoles de prise en charge par les « agonistes aux opiacés » et les médicaments spécifiques aux addictions et les introduire dans la liste des médicaments essentiels.

**Mesure 69.4.** Assurer la disponibilité continue en médicaments essentiels, dispositifs médicaux et consommables (psychotropes, agonistes aux opiacés, antidotes pour PEC des overdoses, matériels de prévention et de réduction des risques).

**Mesure 69.5.** Assurer le dépistage des VIH, VHC et TB chez les usagers de drogues et prendre en charge les personnes séropositives.

**Mesure 69.6.** Réaliser des enquêtes épidémiologiques, socio-anthropologiques et bio-comportementales (RDS) régulières auprès des personnes usagères de drogues.

**Mesure 69.7.** Mener des enquêtes en matière d'addictologie et de conduite addictive.

**Mesure 69.8.** Adapter le cadre législatif relatif à la toxicomanie et au problème des drogues (dahir de 1974 et dispositions du code pénal) à l'approche de santé publique promue par les Nations Unies.

## **PROMOTION DE LA SANTÉ DES POPULATIONS À BESOINS SPÉCIFIQUES**

### **Objectif principal**

Assurer pour l'ensemble de la population en situation de vulnérabilité l'accès à des services de santé promotionnels, préventifs, de prise en charge et de réadaptation, de proximité et de qualité, adaptés aux spécificités de chacune des catégories.

### **Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques diffèrent d'une catégorie de population à l'autre. Ils sont résumés dans le tableau page suivante.



Populations en situation de vulnérabilité	Objectifs spécifiques des stratégies et plans d'action
Population en situation de handicap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire d'ici 2025 la proportion des personnes ayant des difficultés d'accès aux soins de 25 % par rapport à 2014.</li> <li>• Augmenter d'ici 2025 la proportion des personnes couvertes par l'assurance maladie à 90 % par rapport à 2014.</li> </ul>
Personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer d'ici 2025 des services de prise en charge des personnes âgées malades en milieu hospitalier.</li> <li>• Augmenter d'ici 2025 de 100 % l'effectif actuel des médecins gériatres.</li> <li>• Assurer la formation des auxiliaires de vie et développer les soins à domicile pour les personnes âgées dépendantes.</li> <li>• Élaborer des supports didactiques et pédagogiques.</li> </ul>
Population carcérale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'ici 2025, que tous les établissements pénitentiaires disposent de centres médicaux assurant des actions de prévention et de promotion de la santé au profit des détenus.</li> <li>• Améliorer l'accès à des soins hospitaliers appropriés de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> niveaux.</li> <li>• Mettre en place des mécanismes de coordination inter- et intra-départementale.</li> <li>• Garantir la continuité des soins pour les détenus libérés.</li> </ul>
Population immigrée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposer de connaissances et de données fondées sur les défis sanitaires liés aux flux migratoires pour assurer une riposte effective du système national de santé.</li> <li>• Contribuer à la réduction des problèmes de santé les plus fréquents chez les immigrés.</li> <li>• Assurer la prise en charge médicale adéquate des immigrés.</li> <li>• Instaurer des procédures et des mécanismes de gestion de la réponse nationale en matière de « santé et immigration ».</li> <li>• Renforcer les capacités requises du système national de santé.</li> </ul>

## Stratégie d'intervention

### Axe 16

## Renforcer la promotion de la santé des populations à besoins spécifiques

### Action 70. Accélérer la mise en œuvre du plan national « santé et handicap ».

Mesure 70.1. Développer les établissements de prise en charge des personnes en situation de handicap (PSH) par niveau de soins primaires, secondaires et tertiaires et organiser les soins de réadaptation.

Mesure 70.2. Renforcer les ressources humaines spécialisées en réadaptation des différents types de handicap.

Mesure 70.3. Actualiser et renforcer l'arsenal juridique.

Mesure 70.4. Renforcer le cadre partenarial.

Mesure 70.5. Mettre en place des organes et mécanismes d'évaluation et de développement de la recherche.

### Action 71. Renforcer l'offre de soins pour la population carcérale.

Mesure 71.1. Améliorer la qualité des consultations ambulatoires et des consultations d'urgence qui relèvent des structures de soins en milieu carcéral (paquet minimum de services spécifiques au milieu carcéral).

Mesure 71.2. Réorganiser et restructurer les structures de soins de santé primaires relevant du milieu carcéral.

Mesure 71.3. Renforcer les compétences des professionnels de santé en milieu carcéral et augmenter l'attractivité du secteur.

Mesure 71.4. Promouvoir la santé des personnes détenues à vulnérabilité accrue, y compris les détenus atteints de troubles mentaux et ceux ayant des conduites addictives.

Mesure 71.5. Promouvoir la santé des détenus par des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Mesure 71.6. Disposer d'un système d'information approprié et performant.

Mesure 71.7. Prévenir le suicide et la violence en milieu carcéral.

Mesure 71.8. Améliorer la qualité de la prise en charge au profit des détenus au niveau des structures du MS (hôpitaux et CHU).

- Mesure 71.9.** Assurer la disponibilité du transport ambulancier des détenus transférés dans les structures de soins.
- Mesure 71.10.** Renforcer l'approche participative multi-disciplinaire et multi-partenaire.
- Mesure 71.11.** Renforcer l'arsenal juridique régissant les soins de santé en milieu carcéral.
- Mesure 71.12.** Renforcer le financement en matière de santé de la DGAPR.
- Mesure 71.13.** Organiser un dispositif d'accompagnement pour faciliter la prise en charge sanitaire et sociale à la sortie de prison.
- Mesure 71.14.** Mettre en place des mesures de prévention de la récidive dans un but de protection collective et individuelle.

### **Action 72. Renforcer la mise en œuvre du programme national de la santé des femmes et des enfants victimes de violence.**

- Mesure 72.1.** Diffuser les nouvelles normes et les standards de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence auprès des professionnels de santé concernés dans les 3 réseaux du SS (RESSP, RH, REMS).
- Mesure 72.2.** Consolider l'opérationnalisation du système d'information de la violence à l'égard des femmes et des enfants et son informatisation.

### **Action 73. Lancer et mettre en œuvre la stratégie nationale de la santé des personnes âgées.**

- Mesure 73.1.** Disposer du personnel de santé spécialisé en gériatrie/gérontologie.
- Mesure 73.2.** Développer les centres de prise en charge et l'organisation des soins gériatriques.
- Mesure 73.3.** Assurer la qualité des soins gériatriques : établir des mécanismes d'accréditation pour les services de gériatrie.
- Mesure 73.4.** Faciliter l'autonomie des personnes âgées.
- Mesure 73.5.** Assurer la mobilisation sociale et la communication.
- Mesure 73.6.** Renforcer le partenariat dans le domaine de la santé des personnes âgées.
- Mesure 73.7.** Développer la recherche scientifique dans le domaine de la santé des personnes âgées.
- Mesure 73.8.** Élaborer les outils d'évaluation et d'analyse des performances.

### **Action 74. Lancer et mettre en œuvre un plan stratégique national « santé et immigration ».**

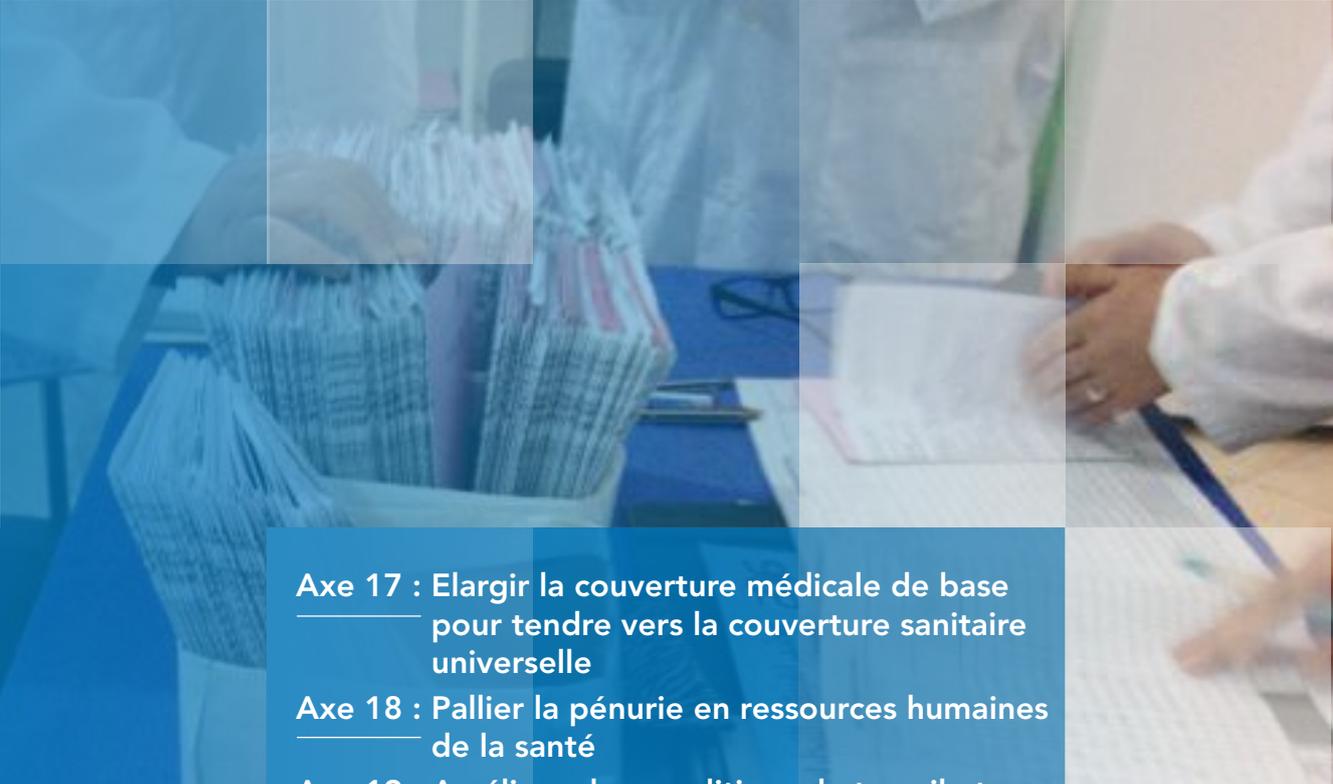
- Mesure 74.1.** Mettre en place un système de surveillance active dans les structures sanitaires.
- Mesure 74.2.** Redynamiser le rôle des laboratoires régionaux de santé publique pour la surveillance des maladies d'importation.
- Mesure 74.3.** Intégrer la dimension migratoire (données démographiques, de morbidité et de mortalité spécifique, admissions hospitalières) dans le système d'information sanitaire de routine des établissements de soins et des programmes de santé.
- Mesure 74.4.** Réaliser des enquêtes et des études sur les déterminants, les conditions et les besoins en santé de la population migrante.
- Mesure 74.5.** Élaborer et mettre en place un plan d'éducation adapté aux spécificités des populations migrantes.
- Mesure 74.6.** Établir un programme d'action conjoint en matière de promotion et de prévention de la santé entre le Ministère de la Santé, les associations de proximité et les agences internationales.
- Mesure 74.7.** Prioriser les actions sur certaines pathologies fréquentes chez les immigrés.
- Mesure 74.8.** Concevoir un réseau d'unités hospitalières spécialisées en pathologie tropicale, travaillant en coordination et agissant comme équipes de référence nationales.
- Mesure 74.9.** Identifier et mettre en place un dispositif de couverture médicale pour les migrants régularisés et les réfugiés.
- Mesure 74.10.** Établir les mécanismes de coordination et de référence entre les établissements de santé, les services sociaux et les ONG pour les cas vulnérables.
- Mesure 74.11.** Institutionnaliser une instance au niveau du Ministère de la Santé assurant le pilotage du plan stratégique national « santé et immigration ».
- Mesure 74.12.** Définir et mettre en œuvre un programme de renforcement des compétences des professionnels de santé des structures fréquentées par les immigrés.
- Mesure 74.13.** Intégrer la thématique « santé des migrants » dans les modules de formation de base et de formation continue des carrières dans les sciences de la santé.
- Mesure 74.14.** Soutenir les organisations de la société civile afin d'améliorer leurs capacités d'intervention dans le domaine de la santé des immigrés.
- Mesure 74.15.** Assurer la disponibilité en vaccins et en médicaments pour la prévention et le traitement des pathologies les plus fréquentes chez la population immigrée.

### **Action 75. Renforcer le programme de la santé scolaire, universitaire et de la santé des jeunes et des adolescents**

- Mesure 75.1.** Organiser chaque année la campagne nationale de dépistage et de prise en charge des problèmes de santé de la population scolaire.
- Mesure 75.2.** Accompagner les DRS pour l'extension et le renforcement des Centres de référence de santé scolaire et universitaire (CRSSU).
- Mesure 75.3.** Appuyer les DRS et les CHU pour mettre en place des « unités santé des adolescents » au niveau des structures hospitalières.

# PILIER 3

## Amélioration de la gouvernance et optimisation de l'allocation et de l'utilisation des ressources



Axe 17 : Elargir la couverture médicale de base pour tendre vers la couverture sanitaire universelle

Axe 18 : Pallier la pénurie en ressources humaines de la santé

Axe 19 : Améliorer les conditions de travail et motiver les professionnels de santé

Axe 20 : Renforcer l'encadrement législatif et réglementaire du secteur de la santé

Axe 21 : Réviser l'organisation du secteur public de la santé

Axe 22 : Favoriser le partenariat et la concertation

Axe 23 : Instaurer un système national d'information sanitaire intégré

Axe 24 : Améliorer le management et la performance des services de santé

Axe 25 : Institutionnaliser la qualité et la sécurité dans le processus des soins

## PILIER 3

### Amélioration de la gouvernance et optimisation de l'allocation et de l'utilisation des ressources

Dans le but d'asseoir une bonne gouvernance du système de santé, d'optimiser l'allocation et l'utilisation des ressources, 4 domaines constituent la charpente de ce troisième pilier :

- la couverture médicale de base ;
- les ressources humaines ;

- la réglementation et le partenariat ;
- le système d'information, la performance et la qualité.

Ce pilier est structuré en 9 axes stratégiques, développés en 50 actions et 253 mesures spécifiques présentées ci-après.

#### Analyse SWOT du pilier 3

##### FORCES

- Arsenal juridique disponible
- Diversification des établissements de formation nationaux
- Développement de nouveaux CHU et ISPITS
- Initiatives pour des systèmes d'information informatisés
- Initiatives visant la qualité
- Existence d'outils de gestion
- Existence d'un système de veille et de riposte aux urgences de santé publique

##### FAIBLESSES

- Absence d'un conseil national de la santé
- Organigramme du Ministère de la Santé caduc
- Arsenal juridique lourd et complexe
- Absence d'évaluation des textes législatifs
- Ressources humaines insuffisantes
- Absence de certains métiers/profils
- Faiblesse de la gestion des ressources humaines (plans de carrière)
- Plan de formation continue inefficace
- Outils de gestion et de supervision inutilisés
- Hétérogénéité des systèmes d'information
- Systèmes d'information non centrés sur le dossier-patient
- Qualité non institutionnalisée
- Politique de maintenance inadéquate (vétusté des structures)
- Faible recours au conventionnement pour le recrutement

- Insuffisance de la communication
- Faible coordination entre le MS et les départements de formation médicale
- Faible articulation entre les niveaux central, régional et local
- Faible coordination intersectorielle
- Peu d'informations du secteur privé

##### OPPORTUNITÉS

- Régionalisation avancée
- Possibilité de mobilisation de ressources externes (INDH, ONG nationales, collectivités locales, Fonds mondial, OMS et autres)
- Existence de sociétés savantes
- Réforme et modernisation de l'administration publique / engouement pour les nouvelles technologies de l'information
- Développement d'une nouvelle culture orientée vers les valeurs et les responsabilités sociétales

##### RISQUES

- Non-adhésion des acteurs et résistance aux changements
- Non-attractivité du secteur public pour les médecins
- Non-application de certaines lois
- Non-approbation des projets par tous les partenaires avant exécution
- Pression de la population car plus d'exigences
- Influence des réseaux sociaux et des médias et difficulté à contrôler l'information

# ELARGIR LA COUVERTURE MÉDICALE DE BASE POUR TENDRE VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

## Objectif principal

Élargir à l'horizon 2025 la couverture médicale de base (CMB) pour tendre vers la couverture sanitaire universelle (CSU).

## Objectifs spécifiques

- Établir un inventaire critique des réalisations en matière de mise en œuvre de la CMB en vue d'identifier les forces et les faiblesses.
- Définir les étapes à franchir et les mesures à prendre pour étendre d'une manière équitable la couverture à toute la population et améliorer la gouvernance du système d'assurance maladie.

- Faire de la CMB un véritable outil d'accès aux soins, soutenable, pérenne, compréhensible et accepté par la population.
- Disposer d'une vision globale et intégrée et d'une feuille de route pour atteindre la CSU.

## Stratégie d'intervention

L'analyse de la situation de la CMB au Maroc a permis d'identifier les progrès réalisés par le Gouvernement marocain vers la CSU, mais aussi de relever les principaux défis auxquels le Maroc continue de faire face.

## Axe 17

### Élargir la couverture médicale de base pour tendre vers la couverture sanitaire universelle (CSU)

#### Action 76. Couvrir progressivement toutes les populations, dont les travailleurs et professionnels indépendants non salariés et les migrants.

**Mesure 76.1.** Accélérer la mise en œuvre et l'opérationnalisation des régimes déjà implantés (travailleurs non salariés, parents CNOPS) et adopter les textes généraux et spécifiques y afférents.

**Mesure 76.2.** Assurer le basculement effectif au régime de l'AMO de l'ensemble des assurés auprès des compagnies privées (article 114).

**Mesure 76.3.** Améliorer le ciblage du RAMED pour éviter d'en faire un réceptacle pour toutes les catégories ne pouvant pas être assujetties à l'AMO telle qu'elle est conçue.

**Mesure 76.4.** Dynamiser les conventions bilatérales de sécurité sociale existantes et les élargir à tous les pays de résidence des MRE incluant la portabilité des soins de santé pour les ayants droit restés au Maroc ou en cas de retour définitif.

**Mesure 76.5.** Mettre en œuvre la couverture sanitaire des migrants.

**Mesure 76.6.** Étendre la CMB aux catégories non concernées par les régimes en place et entamer les études nécessaires pour en déterminer les caractéristiques et proposer des modes de couverture appropriés (en évitant leur basculement systématique sur le RAMED).

#### Action 77. Renforcer le leadership du Ministère de la Santé sur la CMB et consolider le rôle régulateur de l'ANAM.

**Mesure 77.1.** Renforcer les capacités du MS à consolider son leadership dans le chantier de la CMB et institutionnaliser un débat politique régulier dans le cadre de la commission thématique CMB et de la Commission interministérielle de pilotage de la protection sociale instituées par le chef du Gouvernement.

**Mesure 77.2.** Créer un observatoire national et une structure dédiée à la CMB/CSU au niveau stratégique du Ministère de la Santé.

**Mesure 77.3.** Recadrer les missions de l'ANAM en tant qu'organisme de régulation de la CMB.

**Mesure 77.4.** Activer la révision du statut juridique de la CNOPS.

**Mesure 77.5.** Mettre en place l'organisme gestionnaire du RAMED.

**Mesure 77.6.** Développer un système d'information intégré et interopérable entre les principaux acteurs et améliorer le système d'information décisionnel de gestion hospitalière.

**Mesure 77.7.** Développer une stratégie de communication unifiée et coordonnée autour de la CMB, en synergie avec la stratégie de communication sur la protection sociale.

**Mesure 77.8.** Amender les textes juridiques relatifs à la gouvernance de la CMB en vue d'y consigner toutes les évolutions et pallier les contradictions et les insuffisances relevées.

**Mesure 77.9.** Entamer la préparation du cadre juridique relatif à l'évolution de la CMB vers la CSU en cohérence avec l'évolution du chantier de la réforme de la protection sociale au Maroc.

### **Action 78. Assurer la bonne gouvernance du RAMED à travers la création d'un organisme gestionnaire spécifique et œuvrer à la soutenabilité de son financement.**

**Mesure 78.1.** Élaborer une stratégie concertée de financement de la CMB avec pour objectif d'assurer la visibilité pluriannuelle des ressources et des dépenses et de réduire la charge pesant sur les ménages.

**Mesure 78.2.** Œuvrer à l'augmentation progressive de la part des dépenses globales de santé dans le PIB et de la part du budget du MS dans le budget de l'État afin de rattraper le déficit quantitatif, qualitatif et territorial de l'offre publique.

**Mesure 78.3.** Élaborer les textes réglementaires (article 44 de la loi 65-00) permettant aux caisses d'assurance maladie de contribuer à l'action sanitaire de l'État en conformité avec le Plan Santé 2025.

**Mesure 78.4.** Réviser les taux de cotisation de la CNOPS et étudier leur dé plafonnement en vue d'assurer plus d'équité avec les assurés AMO et de faire converger les paramètres de financement de ce régime.

**Mesure 78.5.** Substituer à la contribution annuelle des personnes vulnérables des solutions plus pratiques et moins contraignantes pour les ménages (éviter la renonciation aux soins).

**Mesure 78.6.** Assurer la régularité dans la mobilisation des transferts des contributions destinées au financement du RAMED (collectivités locales et Fonds d'appui à la cohésion sociale).

**Mesure 78.7.** Améliorer l'efficacité de l'allocation des ressources, rationaliser leur utilisation et développer l'achat stratégique des prestations et la contractualisation.

**Mesure 78.8.** Réglementer la gratuité des prestations relevant de l'obligation de l'État.

**Mesure 78.9.** Instaurer des mécanismes de facturation et de recouvrement des coûts et un système de tiers payant pour les services fournis par les établissements de soins de santé primaires.

**Mesure 78.10.** Diversifier les modes de financement en introduisant des mécanismes innovants et solidaires et en affecter le produit au CAS/Santé pour le financement de la prévention et des soins de santé primaires.

**Mesure 78.11.** Introduire de nouvelles dispositions fiscales visant les activités et produits malsains et nuisibles à la santé, et en affecter le produit au CAS/Santé.

**Mesure 78.12.** Encourager le mécénat pour la santé et activer l'axe « dons et legs » prévu par la loi.

**Mesure 78.13.** Opérationnaliser la convention liant le Ministère de la Santé au Ministère des Habous et des Affaires islamiques pour les *waqf* au profit de la santé mentale et étendre cet instrument à d'autres domaines pouvant engendrer des dépenses catastrophiques (la dialyse, par exemple).

### **Action 79. Consolider l'AMO par la refonte des termes de la convention nationale et assurer un panier de soins minimal universel.**

**Mesure 79.1.** Stabiliser le panier de soins par sa limitation aux soins médicalement requis.

**Mesure 79.2.** Unifier progressivement les paramètres de couverture du panier de soins AMO.

**Mesure 79.3.** Renforcer les instruments de régulation de l'AMO en relation avec le panier de soins et en assurer l'actualisation périodique (nomenclature des actes médicaux et de biologie médicale, liste des médicaments remboursables, protocoles thérapeutiques).

**Mesure 79.4.** Améliorer le dispositif d'accès aux soins et de prise en charge des bénéficiaires du RAMED dans le secteur public (disponibilité de l'offre, filière de soins, continuité du service...).

**Mesure 79.5.** Exploiter toutes les possibilités permettant aux RAMEDistes de bénéficier des prestations essentielles dans le secteur privé lorsqu'elles ne sont pas disponibles dans le secteur public.

**Mesure 79.6.** Encourager davantage la couverture complémentaire et revoir ses mécanismes en concertation avec les organismes d'assurance privés.

### **Action 80. Réduire le reste à charge et contrôler les dépenses à travers un parcours et un suivi médical coordonnés.**

**Mesure 80.1.** Veiller au respect de la filière de soins et la généraliser à l'ensemble des régimes de la CMB.

**Mesure 80.2.** Réviser les conventions nationales avec les prestataires publics et privés et en assurer l'actualisation périodique.

**Mesure 80.3.** Généraliser l'application de la tarification de référence AMO/Public pour la facturation des prestations fournies aux RAMEDistes.

**Mesure 80.4.** Promouvoir la prescription et l'utilisation des médicaments génériques et des bio-similaires et en assurer le suivi et l'évaluation par la commission nationale instituée à cet effet.

**Mesure 80.5.** Réviser le processus d'admission au remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux et le synchroniser avec le processus d'octroi des AMM.

**Mesure 80.6.** Renforcer le recours au tiers payant, notamment dans les hôpitaux publics.

**Mesure 80.7.** Développer le PPP pour l'achat croisé de prestations non disponibles dans un des secteurs (public ou privé) ou présentant un meilleur avantage coût-efficacité.

### **Action 81. Réviser la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et renforcer les mesures de maîtrise médicalisée des dépenses.**

**Mesure 81.1.** Adopter une nouvelle nomenclature structurée facile à mettre à jour et regroupant les actes médicaux pratiqués par l'ensemble du personnel médical et paramédical, la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

**Mesure 81.2.** Revoir la nomenclature des actes de biologie médicale avec de nouvelles dispositions générales et une nouvelle hiérarchisation des actes.

## LES RESSOURCES HUMAINES

### Objectif principal

Élaborer un projet de plan d'action national en matière de développement des ressources humaines de santé.

### Objectifs spécifiques

- Développer les capacités de planification, de normalisation des effectifs et de plaidoyer en vue de consolider l'augmentation des postes budgétaires.
- Concevoir et adopter un programme spécial de rattrapage du déficit structurel et chronique en aides-soignants et autres métiers émergents.
- Diversifier et encourager les modes de recrutement des professionnels de santé à travers le conventionnement, notamment avec les collectivités territoriales, le secteur privé... en vue de faire fonctionner prioritairement les centres de santé ruraux fermés.
- Poursuivre l'adaptation du système de formation, y compris le cursus de formation, aux exigences des normes pédagogiques et aux évolutions des sciences de la santé.
- Promouvoir le dialogue social dans le cadre de conventions d'entente avec les partenaires sociaux.
- Poursuivre la modernisation de la gestion des ressources humaines de santé.
- Instaurer des mécanismes de régulation de la formation publique et privée des professions de santé.
- Actualiser et mettre en œuvre la stratégie sectorielle de formation continue.

- Augmenter la capacité de formation en « médecine de famille et santé communautaire », via le e-learning.
- Augmenter les effectifs d'admission pour la formation dans les établissements de formation du Ministère de la Santé.
- Instituer une prime de rendement et mettre en place des mesures incitatives pour motiver et mobiliser les personnels de santé.
- Mettre en place un programme national Santé et sécurité au travail (SST) axé sur la prévention et la gestion des risques professionnels chez le personnel de santé.

### Méthodologie

- S'ouvrir sur les parties prenantes concernées par la gestion des ressources humaines.
- Actualiser l'état des lieux détaillé concernant les ressources humaines de santé.
- Identifier les principales problématiques et les pistes d'amélioration envisageables.



### Stratégie d'intervention

#### Axe 18

### Pallier la pénurie en ressources humaines de la santé

**Action 82. Développer les capacités de planification, de normalisation des effectifs et de plaidoyer en vue de consolider les augmentations de postes budgétaires.**

**Mesure 82.1.** Consolider et mettre en œuvre des plans d'effectifs des ressources humaines dans les SROS.

**Mesure 82.2.** Étendre la disposition législative relative au maintien des postes budgétaires devenus vacants suite aux départs à la retraite (art. 43 de la LF 1996-1997) pour le personnel médical et infirmier, à l'instar de certains départements ministériels.

**Mesure 82.3.** Entreprendre des études d'actuariat des effectifs des ressources humaines du système de santé.

**Mesure 82.4.** Développer une expertise spécifique en matière de planification des effectifs du système de santé.

**Mesure 82.5.** Développer et mettre en place un observatoire national et des observatoires régionaux de ressources humaines de santé.

### **Action 83. Concevoir et adopter un programme spécial de rattrapage du déficit structurel et chronique en aides-soignants et autres métiers émergents.**

Mesure 83.1. Développer et mettre à jour les curricula d'enseignement théorique et pratique des aides-soignants et autres métiers émergents.

Mesure 83.2. Mettre en place un programme de formation des formateurs du corps enseignant des centres de formation d'aides-soignants.

Mesure 83.3. Poursuivre la mise en place des instituts de formation professionnelle dans le domaine de la santé au niveau régional.

Mesure 83.4. Réserver un nombre supplémentaire de postes budgétaires pour le recrutement des aides-soignants.

### **Action 84. Diversifier et encourager les modes de recrutement des professionnels de santé à travers le conventionnement, notamment avec les collectivités territoriales et le secteur privé, en vue de faire fonctionner prioritairement les centres de santé ruraux fermés.**

Mesure 84.1. Établir et mettre en œuvre une convention-cadre de partenariat entre le Ministère de la Santé et les collectivités territoriales.

Mesure 84.2. Encourager le PPP en matière de mutualisation des ressources humaines (MS-privé-fondations-associations).

Mesure 84.3. Instaurer des mécanismes incitatifs et d'encouragement de l'exercice médical et infirmier en milieu rural.

Mesure 84.4. Arrêter et mettre en œuvre les modalités appropriées pour la capitalisation de l'expertise des cadres retraités du secteur de la santé.

### **Action 85. Poursuivre l'adaptation du système de formation, y compris le cursus de formation, aux exigences des normes pédagogiques et aux évolutions des sciences de la santé.**

Mesure 85.1. Concevoir et mettre en place un système d'évaluation à mi-parcours du système Licence Master Doctorat « LMD » en vigueur au niveau des SPITS.

Mesure 85.2. Diversifier les filières de formation en licence (audioprothèse, infirmier en bloc opératoire...).

Mesure 85.3. Inscrire les établissements de formation (ISPITS et ENSP) dans le nouveau système d'accréditation institutionnelle.

Mesure 85.4. Développer des masters spécialisés à l'ENSP et dans les ISPITS adaptés aux nouveaux besoins du système de santé.

Mesure 85.5. Initier la première génération des études doctorales au niveau des instituts de formation du Ministère de la Santé.

### **Action 86. Asseoir les conditions appropriées pour la création de la « fonction publique sanitaire ».**

Mesure 86.1. Développer une stratégie de plaidoyer en concertation avec toutes les parties prenantes en vue d'adopter la « fonction publique sanitaire ».

Mesure 86.2. Élaborer un référentiel de législation et réglementation régissant les ressources humaines de santé pour la mise en place d'un code marocain de la santé.

Mesure 86.3. Mettre en place un plan de transfert des statuts régissant les corps des professions de santé vers un statut unifié de la fonction publique sanitaire.

Mesure 86.4. Promouvoir le respect des règles éthiques et déontologiques dans l'exercice des professions de santé.

## **Axe 19**

### **Améliorer les conditions de travail et motiver les professionnels de santé**

#### **Action 87. Promouvoir le dialogue social dans le cadre de conventions d'entente avec les partenaires sociaux.**

Mesure 87.1. Négocier et formaliser une nouvelle convention d'entente avec les partenaires sociaux et les parties prenantes.

Mesure 87.2. Élaborer et mettre en œuvre un plan d'opérationnalisation des termes de la convention d'entente.

Mesure 87.3. Élaborer une charte de promotion du dialogue social visant à renforcer la confiance collaborative avec les partenaires sociaux.

#### **Action 88. Promouvoir et poursuivre la modernisation de la gestion des ressources humaines de santé.**

Mesure 88.1. Actualiser et mettre en place une cartographie actualisée des savoir-faire existants et futurs (REC/GPEC).

Mesure 88.2. Concevoir et mettre en place une charte de déconcentration régionale des ressources humaines.

Mesure 88.3. Développer et implanter des noyaux d'experts locaux et régionaux en management moderne des RH.

Mesure 88.4. Actualiser et mettre en œuvre les outils de gestion modernes des ressources humaines conçus et expérimentés dans le cadre du PAAGS, du PFGSS et du REDRESS.

Mesure 88.5. Parachever la mise en place du système intégré d'informatisation régionalisé de la gestion des ressources humaines.

Mesure 88.6. Relancer la dynamique du déploiement du portail SIRH@ dédié à la GRH de santé.

**Mesure 88.7.** Concevoir et mettre en œuvre un programme de formation et de sensibilisation des professionnels, des équipes d'encadrement et des partenaires sociaux aux pratiques de gestion basées sur le rendement et la performance des ressources humaines.

**Mesure 88.8.** Mettre en place un programme de renforcement des capacités des équipes d'encadrement aux standards d'évaluation du personnel.

**Mesure 88.9.** Promouvoir les principes et les valeurs de la responsabilité sociétale dans le domaine de la santé.

**Mesure 88.10.** Développer une stratégie de communication autour du Plan Santé 2025, dont le volet ressources humaines.

**Mesure 88.11.** Mettre en place un baromètre social.

### **Action 89. Actualiser et mettre en œuvre la « stratégie sectorielle de la formation continue ».**

**Mesure 89.1.** Développer la vision de la stratégie sectorielle de la formation continue et les valeurs qu'elle sous-tend.

**Mesure 89.2.** Arrêter les objectifs stratégiques et opérationnels de la stratégie sectorielle de la formation continue.

**Mesure 89.3.** Identifier les rôles des acteurs nationaux et régionaux intervenant dans le cycle de la formation continue.

**Mesure 89.4.** Mettre en place les mécanismes de coordination et de régulation à différents niveaux d'activité de la formation continue.

**Mesure 89.5.** Établir le plan de mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la formation continue.

**Mesure 89.6.** Proposer les mesures d'accompagnement pour la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la formation continue.

**Mesure 89.7.** Actualiser et mettre en œuvre les standards de la formation continue.

### **Action 90. Augmenter la capacité de la formation en « médecine de famille et santé communautaire », via e-learning.**

**Mesure 90.1.** Renforcer les programmes de formation des filières en médecine de famille et santé communautaire créées au niveau de l'ENSP et des ISPITS.

**Mesure 90.2.** Créer et équiper un centre national de référence e-learning.

**Mesure 90.3.** Développer l'expertise spécifique à la formation e-learning.

**Mesure 90.4.** Développer des partenariats nationaux et internationaux pour accompagner la mise en œuvre du programme de formation e-learning.

### **Action 91. Augmenter les effectifs d'admission pour la formation au niveau des établissements de formation du Ministère de la Santé.**

**Mesure 91.1.** Élargir l'offre de formation des écoles, instituts et centres de formation existants.

**Mesure 91.2.** Compléter la cartographie des ISPITS selon le découpage régional du Royaume.

**Mesure 91.3.** Diversifier et parachever le système LMD par la création de nouveaux cycles, filières et diplômes d'université.

**Mesure 91.4.** Construire et développer les établissements de formation selon le découpage régional.

**Mesure 91.5.** Renforcer l'encadrement académique et pédagogique par un corps enseignant qualifié.

### **Action 92. Instaurer des mécanismes de régulation de la formation publique et privée des professions de santé.**

**Mesure 92.1.** Développer des mécanismes de concertation et d'encadrement de la formation privée des professionnels de santé.

**Mesure 92.2.** Développer et encourager le partenariat avec les universités du secteur privé à but non lucratif (les fondations).

**Mesure 92.3.** Mettre en place un programme de collaboration et d'accompagnement des professionnels de santé entre le département de la Santé, les universités et les pôles d'excellence publics et privés.

### **Action 93. Instituer une prime de rendement et mettre en place des mesures incitatives pour motiver et mobiliser les ressources humaines de santé.**

**Mesure 93.1.** Mettre en place un système d'évaluation individuelle pour l'octroi de la prime de rendement.

**Mesure 93.2.** Établir des scénarios de plaidoyer en vue de réviser la prime de risque professionnel.

**Mesure 93.3.** Instituer un modèle de renforcement de l'attractivité des zones à accès difficile.

**Mesure 93.4.** Développer un leadership mobilisateur orienté vers une gestion humanisée et performante.

**Mesure 93.5.** Asseoir des conditions adaptées aux exigences de l'horaire continu.

**Mesure 91.6.** Instaurer des mécanismes d'incitation et de motivation des ressources humaines.

### **Action 94. Mettre en place un programme national SST axé sur la prévention et la gestion des risques professionnels chez le personnel de santé.**

**Mesure 94.1.** Étendre la couverture de l'ensemble des délégations du Ministère de la Santé par les USST.

**Mesure 94.2.** Promouvoir et mettre à jour la législation et la réglementation relatives à la sécurité et à la santé au travail en milieu de soins.

**Mesure 94.3.** Développer un programme de formation continue en faveur de toutes les catégories d'agents, dans le domaine de la sécurité et de la santé du personnel de santé.

**Mesure 94.4.** Élaborer une politique nationale cohérente intersectorielle, coordonnée et concertée, en matière de promotion de la prévention des risques professionnels.

**Mesure 94.5.** Repositionner la place et le rôle de l'entité nationale chargée du contrôle de la santé des fonctionnaires.

## LA RÉGLEMENTATION ET LE PARTENARIAT

### Objectif principal

Viser l'amélioration du niveau de santé à travers la garantie de soins de qualité, répartis équitablement et à financement pérenne.

### Objectifs spécifiques

- Renforcer l'État de droit.
- Institutionnaliser la concertation et la démocratie dans le système de santé.
- Améliorer la gouvernance du système.
- Promouvoir le partenariat.
- Instaurer la synergie et la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé.
- Réorienter l'appui des partenaires internationaux vers des actions novatrices.
- Renforcer la coopération Sud-Sud et promouvoir une coopération tripartite (Maroc-partenaires internationaux-pays africains).
- Engager et responsabiliser les collectivités territoriales pour la mobilisation optimale des ressources.



### Stratégie d'intervention

#### Axe 20

### Renforcer l'encadrement législatif et réglementaire du secteur de la santé

#### Action 95. Élaborer et publier les textes juridiques relatifs au secteur de la santé, inscrits dans le programme législatif et réglementaire du Gouvernement.

Mesure 95.1. Refonte de la loi n°16-98 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains.

Mesure 95.2. Projet de loi n°47-14 relatif à l'assistance médicale à la procréation.

Mesure 95.3. Textes d'application du projet de loi n°47-14 relatif à l'assistance médicale à la procréation.

Mesure 95.4. Projet de loi n°71-13 relatif à la lutte contre les troubles mentaux et à la protection des droits des personnes atteintes de ces troubles.

Mesure 95.5. Textes d'application du projet de loi n°71-13 relatif à la lutte contre les troubles mentaux et à la protection des droits des personnes atteintes de ces troubles.

Mesure 95.6. Mesures d'application de la loi n°28-13 relative à la protection des personnes participant aux recherches biomédicales.

Mesure 95.7. Projet de loi n°45-13 relatif à l'exercice des professions de rééducation, de réadaptation et de réhabilitation fonctionnelle.

Mesure 95.8. Textes d'application du projet de loi n°45-13 relatif à l'exercice des professions de rééducation, de réadaptation et de réhabilitation fonctionnelle.

Mesure 95.9. Projet de loi n°25-14 relatif à l'exercice des professions de préparateur et de manipulateur des produits de santé.

Mesure 95.10. Textes d'application du projet de loi n°25-14 relatif à l'exercice des professions de préparateur et de manipulateur des produits de santé.

Mesure 95.11. Refonte de la loi relative à l'Ordre national des pharmaciens.

Mesure 95.12. Textes d'application du projet de loi relatif à l'Ordre national des pharmaciens.

Mesure 95.13. Refonte de la loi relative à l'exercice de la profession de médecin-dentiste.

- Mesure 95.14. Textes d'application du projet de loi relatif à l'exercice de la profession de médecin-dentiste.
- Mesure 95.15. Code de déontologie des médecins.
- Mesure 95.16. Code de déontologie des pharmaciens.
- Mesure 95.17. Mesures d'application de la loi n° 43-13 relative à l'exercice des professions infirmières.
- Mesure 95.18. Mesures d'application de la loi n° 44-13 relative à l'exercice de la profession de sage-femme.
- Mesure 95.19. Mesures d'application de la loi n° 131-13 relative à l'exercice de la médecine.
- Mesure 95.20. Garantir une coordination efficace entre les structures relevant du Ministère de la Santé et orienter l'offre de soins : fixer les modalités de prise en charge des patients du secteur public par le secteur privé, projet de loi Groupements hospitaliers, projet de loi Transport sanitaire.
- Mesure 95.21. Mesures d'application des dahirs d'application de la loi portant création des fondations « Cheikh Khalifa Ibn Zaid » et « Cheikh Zaid Ibn Soltan » : modalités de participation à la prise en charge des RAMEDistes.
- Mesure 95.22. Mesures d'application de la loi n° 70-13 relative aux CHU : procédure d'accréditation des établissements de santé publics et privés et création du Comité national d'évaluation et d'accréditation, textes d'application du projet de loi relatif à l'exercice de la profession de médecin-dentiste, Comité national d'éthique, Conseil national consultatif de la santé, Commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et le secteur privé, liste des prestations dites « hôpital de jour », schémas régionaux de l'offre de soins (12 SROS).
- Mesure 95.23. Projet de loi relatif à l'utilisation des plantes médicinales et aromatiques.
- Mesure 95.24. Application de la loi n° 17-04 portant Code du médicament et de la pharmacie.
- Mesure 95.25. Mesures d'application de la loi n° 84-12 relative aux dispositifs médicaux.
- Mesure 95.26. Mesures d'application de la loi n° 11-08 relative aux réactifs à usage de diagnostic *in vitro*.
- Mesure 95.27. Refonte de la loi n° 65-00 portant création du code de la couverture médicale de base.
- Mesure 95.28. Généralisation de l'AMO aux parents des assurés CNOPS.
- Mesure 95.29. Application de la loi n° 98-15 relative au régime de l'assurance maladie obligatoire de base pour les catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non salariées exerçant une activité libérale.
- Mesure 95.30. Projet de loi sur la santé publique, la veille et la sécurité sanitaires.
- Mesure 95.31. Application de la loi n° 36-15 relative à l'eau.

En plus des textes législatifs et réglementaires de cet axe, il faudrait rajouter ceux cités dans les axes précédents.

#### **Action 96. Créer les instances de concertation prévues dans le cadre de la loi 34-09.**

- Mesure 96.1. Conseil national consultatif de la santé.
- Mesure 96.2. Comité national d'éthique.
- Mesure 96.3. Commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et le secteur privé.
- Mesure 96.4. Comité national de veille et de sécurité sanitaires.
- Mesure 96.5. Comité national d'évaluation et d'accréditation.

#### **Action 97. Inscrire l'investissement en santé dans la charte nationale d'investissement.**

- Mesure 97.1. Évaluer les différentes mesures incitatives favorables à l'investissement dans le domaine de la santé.
- Mesure 97.2. Mener une réflexion avec le secteur privé pour la proposition de mesures incitatives propres au secteur de la santé en tenant compte de la carte sanitaire.
- Mesure 97.3. Présenter au Gouvernement les mesures incitatives d'investissement dans le privé.

#### **Action 98. Élaborer un système de brevet des solutions développées dans le domaine de la santé.**

- Mesure 98.1. Réaliser une étude d'évaluation et d'impact du système de brevet national dans le domaine de la santé.
- Mesure 98.2. Mettre en place une base de données relative aux brevets dans le domaine de la santé.

## **Axe 21**

### **Réviser l'organisation du secteur public de la santé**

#### **Action 99. Réorganiser le Ministère de la Santé au regard des exigences de la régionalisation avancée et créer des inspections régionales des services de santé.**

- Mesure 99.1. Évaluer l'organisation actuelle (centrale et déconcentrée) en vue d'éliminer les incohérences et les chevauchements des attributions.
- Mesure 99.2. Réviser le décret relatif à l'organisation ainsi que l'arrêté de déconcentration, sur la base de cette évaluation en vue de l'adapter à l'organisation et aux besoins actuels effectifs (inspections régionales).
- Mesure 99.3. Réaliser une étude institutionnelle et d'impact pour la refonte globale de l'organisation à la lumière de la nouvelle vision de la régionalisation avancée et de la déconcentration.

**Mesure 99.4.** Définir les compétences transférables aux régions et aux établissements publics, les attributions régaliennes exclusives et les nouvelles attributions à intégrer.

**Mesure 99.5.** Implanter progressivement la nouvelle organisation en parallèle avec la mise en place des établissements publics projetés.

### **Action 100. Créer l'Agence nationale de santé publique.**

**Mesure 100.1.** Élaborer le texte de loi portant création d'une agence de santé publique avec définition de ses missions et précision de ses droits et obligations.

**Mesure 100.2.** Doter l'agence de pouvoirs, de ressources humaines, de moyens financiers et matériels pour qu'elle puisse assurer ses missions.

### **Action 101. Créer l'Agence nationale du médicament et des produits de santé.**

**Mesure 101.1.** Élaborer le texte de loi portant création d'une agence du médicament et des produits de santé avec la définition de ses missions, notamment la garantie de la qualité et de la sécurité sanitaire des médicaments et produits de santé et la précision de ses droits et obligations.

**Mesure 101.2.** Doter l'agence de pouvoirs, de ressources humaines, de moyens financiers et matériels pour qu'elle puisse assurer ses missions.

### **Action 102. Créer l'Établissement marocain du sang.**

**Mesure 102.1.** Mettre en place une nouvelle organisation de la transfusion à travers un arrêté rattachant les différents centres de transfusion au CNTSH et redéfinissant l'organigramme, les statuts et les attributions des différentes structures.

**Mesure 102.2.** Créer un système de gestion des ressources humaines permettant d'élaborer un référentiel des emplois et des compétences et une motivation du personnel basée sur le rendement et la performance.

**Mesure 102.3.** Certifier le CNTSH à la norme ISO 9001, version 2015.

**Mesure 102.4.** Élaborer un projet de loi sur l'Établissement marocain du sang.

## **Axe 22**

### **Favoriser le partenariat et la concertation**

#### **Action 103. Promouvoir le partenariat avec les collectivités territoriales et les conseils de région.**

**Mesure 103.1.** Achever les projets inscrits dans les conventions en cours : mobiliser d'autres ressources pour l'achèvement des projets en cours : partenariat public-privé, pays du Golfe..., faire une estimation des RH nécessaires pour l'opérationnalisation des projets en cours (DRH/DRS).

**Mesure 103.2.** Soumettre les grands projets objets des conventions à des études de faisabilité et d'impact pour évaluer les risques (RH, financement).

**Mesure 103.3.** Mettre en place un système institutionnel pour assurer le suivi de l'exécution des conventions : institutionnaliser les comités au niveau local et identifier les points focaux locaux.

**Mesure 103.4.** Renforcer les capacités du personnel du MS en matière de partenariat avec les collectivités territoriales.

**Mesure 103.5.** Initier et négocier au niveau local à l'initiative des DRS des projets de convention selon le besoin et conformément à la carte sanitaire et aux SROS.

**Mesure 103.6.** Réorienter le partenariat avec les CT vers la mobilisation des ressources humaines pour les structures sanitaires souffrant d'une pénurie de RH.

**Mesure 103.7.** Réorienter le partenariat avec l'INDH vers des projets avec une vision commune pour résoudre des problèmes de santé locaux, par exemple : santé reproductive, personnes en situation précaire, addictologie...

#### **Action 104. Accompagner l'investissement dans le secteur privé de la santé en conformité avec la carte sanitaire et encourager le tourisme médical en concertation avec les départements concernés.**

**Mesure 104.1.** Mener une réflexion conjointe avec le secteur privé pour la préparation d'un plaidoyer en faveur de l'édiction de mesures incitatives.

**Mesure 104.2.** Présenter au Gouvernement un plaidoyer relatif aux encouragements (fiscaux et autres) à l'investissement dans le privé.

#### **Action 105. Créer des instances de concertation en matière de santé et dynamiser celles qui existent.**

**Mesure 105.1.** Programmer l'implantation effective des instances de concertation créées en vertu de l'action 96 de l'axe 20.

#### **Action 106. Renforcer la coopération internationale en santé en l'orientant vers les priorités du département.**

**Mesure 106.1.** Assurer une planification stratégique des actions de coopération futures tout en réorientant davantage l'appui des partenaires vers des actions novatrices accompagnant le Plan Santé 2025 et la mise en œuvre des ODD.

**Mesure 106.2.** Anticiper la préparation des réunions périodiques des instances internationales pour une meilleure contribution de notre pays sur le plan qualitatif et quantitatif.

**Mesure 106.3.** Assurer annuellement les contributions financières du Maroc aux partenaires internationaux.

**Mesure 106.4.** Améliorer la représentativité du Maroc dans les instances internationales en incitant les compétences nationales à participer aux appels à candidatures.

**Mesure 106.5.** Renforcer la coopération Sud-Sud et promouvoir une coopération tripartite (Maroc-partenaires internationaux-pays africains) dans les domaines sanitaires d'intérêt commun.

**Mesure 106.6.** Redynamiser les comités de suivi dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale.

**Mesure 106.7.** Exploiter les opportunités de recrutement des RH étrangères auprès de pays partenaires.

**Mesure 106.8.** Réserver un quota de l'appui budgétaire au MS en cas de conditionnalité concernant ce secteur.

**Mesure 106.9.** Renforcer les capacités en matière de coopération internationale en santé.

**Mesure 106.10.** Renforcer les capacités du personnel responsable de la gestion des programmes de coopération.

#### **Action 107. Promouvoir la coordination intersectorielle.**

**Mesure 107.1.** Plaider pour l'élaboration de stratégies et de plans d'action à portée intersectorielle favorables à la santé.

**Mesure 107.2.** Créer une commission de concertation intersectorielle.

**Mesure 107.3.** Créer des mécanismes de suivi de l'exécution des stratégies et des plans d'action intersectoriels et de leur évaluation.

**Mesure 107.4.** Responsabiliser les départements quant à la réalisation de leurs missions ayant un impact sur la santé.

#### **Action 108. Consolider le système de doléances des usagers en régionalisant le traitement des plaintes.**

**Mesure 108.1.** Mettre en place le dispositif technique indispensable à la gestion des doléances sur la base de la réglementation en vigueur.

**Mesure 108.2.** Mettre en place progressivement des unités régionales de réception et de traitement des doléances et des plaintes.

**Mesure 108.3.** Mettre à niveau le personnel qui sera chargé des unités de doléances.

**Mesure 108.4.** Assurer une évaluation qualitative du traitement des doléances sur la base des bilans des unités régionales de doléances.

## LE SECTEUR PRIVÉ

Le système de santé se compose d'un secteur public, d'un secteur privé à but lucratif et d'un secteur privé à but non lucratif constitué par les fondations d'utilité publique telles que la Fondation Cheikh Zayed, la Fondation Cheikh Khalifa et le Croissant rouge marocain. Le Maroc dispose également d'un secteur de santé militaire.

### 1. Un secteur privé en développement constant

Le secteur libéral au Maroc s'est nettement développé durant ces trente dernières années, à la faveur de la création de nombreuses cliniques spécialisées, de laboratoires, de cabinets médicaux et d'officines, et par son extension dans tout le Royaume.

Selon le Ministère de la Santé, le secteur privé dispose de plus de 356 cliniques, avec environ 9 719 lits d'hospitalisation, 9 475 cabinets de consultation médicale: 276 cabinets de radiologie, 3 121 cabinets dentaires, 4 624 médecins généralistes et 7 518 médecins spécialistes.

A côté des cliniques privées, un important réseau de plus de 8 914 officines s'est étendu sur l'ensemble du territoire. Le même développement a concerné les cabinets dentaires et les laboratoires de biologie avec un réseau de 531 cabinets et laboratoires.

Cette évolution est due à plusieurs facteurs :

- l'attractivité du secteur privé pour les professionnels de la santé ;
- la liberté du choix des lieux de travail (60 % des médecins privés sont installés à Rabat ou Casablanca) ;
- la détérioration de la qualité des soins dans le secteur public, aussi bien au niveau des CHU que des autres hôpitaux, à l'exception de quelques établissements ;
- l'augmentation considérable de la demande de services de santé privés, malgré des frais plus importants (70 % des 20 % de la population la plus pauvre utilise les services privés).

Cependant, malgré l'existence d'une forte dynamique du secteur de santé privé, certaines contraintes ralentissent cette évolution.

### 2. Les entraves au développement du secteur privé

- L'absence d'une stratégie globale et intégrée associant le secteur privé en tant que partenaire stratégique aux objectifs de la santé publique.

- L'absence d'une régulation concertée de l'implantation spatiale des établissements de santé privés en raison de l'inapplication des dispositions de la carte sanitaire.
- L'inexistence d'outils d'évaluation du secteur privé et d'un système d'information fiable (répartition des professionnels, montant des dépenses et des ressources, données sur la qualité des soins, etc.).
- La dualité des pratiques entre le secteur privé et le secteur public, avec une capacité limitée du Ministère de la Santé à appliquer la réglementation régissant le secteur privé.
- La déficience dans la gouvernance et dans les modes de management des ressources.
- La faible culture partenariale entre le public et le privé.

### 3. Proposition de stratégie de consolidation et de développement du secteur privé

Conformément à la loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, le secteur privé en tant que partie intégrante de ce système est amené à jouer un rôle primordial dans la promotion et le développement du système de santé. Sa précieuse contribution doit être renforcée afin que son plein potentiel serve l'intérêt national.

Dans ce sens, il est devenu impératif d'entreprendre les actions stratégiques suivantes :

- développer une vision et une stratégie du rôle du secteur privé dans la couverture sanitaire universelle ;
- renforcer la gouvernance et la régulation du secteur privé ;
- développer un système d'information fiable ;
- intégrer l'information sur le secteur privé dans les systèmes nationaux d'information sanitaire ;
- développer le partenariat public-privé ;
- encourager l'investissement dans les régions sous-médicalisées.

Compte tenu de la spécificité et de l'importance du secteur privé, les propositions d'axes stratégiques précitées feront l'objet, dans le cadre du Plan Santé 2025, d'une conférence nationale sur le développement du secteur privé et sa contribution à la couverture sanitaire universelle, avec l'implication des différents partenaires concernés : ordres nationaux professionnels, syndicats, fondations, associations professionnelles...

# LE SYSTÈME D'INFORMATION, LA PERFORMANCE ET LA QUALITÉ

## Objectif général

Disposer d'un système d'information performant, basé sur le patient, et assurer la qualité des soins et la sécurité en permanence évaluées et améliorées.

## Objectifs spécifiques

- Déployer un système d'information moderne et intégré, reliant tout le système de santé et basé sur le dossier-patient.
- Disposer de tableaux de bord avec des indicateurs de performance pour les différents secteurs de la santé.
- Mettre en place une instance nationale dédiée à la qualité, la sécurité et l'accréditation des soins.
- Mettre en place ou renforcer les structures chargées de la qualité dans les hôpitaux et les DRS.



## Système d'information

Le patient étant le sujet central du système, la vision d'un dossier médical patient informatisé et

partagé peut être schématisée comme indiqué dans l'illustration suivante :

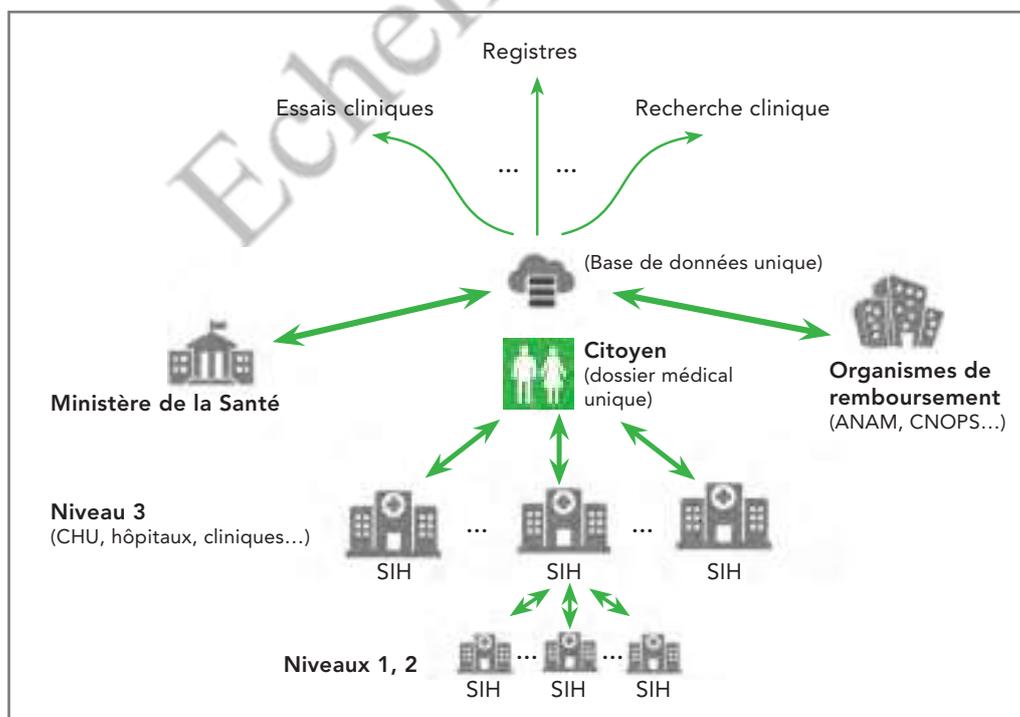


Figure 2. Système de santé connecté basé sur le dossier médical du patient (FLSC, 2017)

Les fonctionnalités du dossier-patient informatisé doivent permettre une modularité souple en vue de

l'adaptation aux différents types d'hôpitaux selon leurs spécialités :

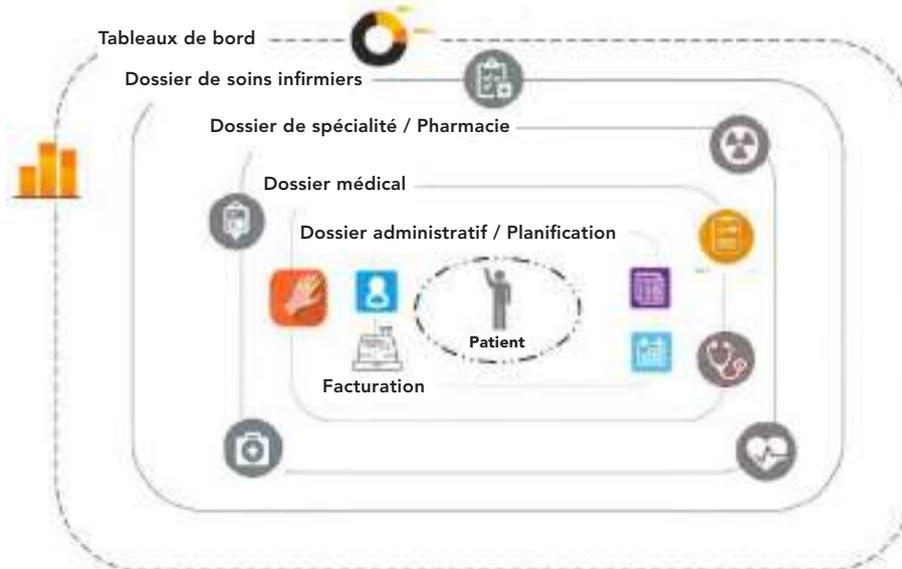


Figure 3 . Fonctionnalités d'un système intégré « Dossier-patient informatisé » (FLSC, 2017)

Cette approche peut présenter certaines contraintes :

- une mise en place lente et complexe ;
- un niveau plus élevé de dépendance vis-à-vis du système informatique ;
- des résistances éventuelles au changement des outils actuellement utilisés.

Cependant, l'impact positif sur le patient et sa prise en charge et sur les établissements – y compris les administratifs et les professionnels de santé – est à même de permettre de dépasser ces contraintes.

### Gouvernance

Une nouvelle gouvernance du système de santé est nécessaire. Elle devrait porter aussi bien sur une nouvelle répartition des responsabilités que sur l'amélioration des modes de gestion propres à chaque structure, en mettant en avant la rationalisation du parcours-patient.

La stratégie d'intervention préconisée s'articule autour de cinq domaines stratégiques d'intervention :

- l'institutionnalisation du management de projet au sein du ministère et dans les établissements de santé ;
- la modernisation du management hospitalier ;
- le renforcement du suivi-évaluation, de l'audit et du contrôle de gestion ;
- la régionalisation avancée ;
- le partenariat public-privé ;
- l'assurance-qualité.

### Assurance-qualité

L'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins de santé passe par le renforcement des systèmes scientifiques, y compris la surveillance des médicaments et du matériel médical, et par le développement des systèmes de notification, la prise de mesures préventives et la mise en place de mesures pour réduire les risques. On retiendra à ce sujet deux idées-forces :

- l'évaluation et l'accréditation en santé ;
- la sécurité des soins et la vigilance.



## **Instaurer un système national d'information sanitaire intégré**

### **Action 109. Mettre en place le schéma directeur informatique du Ministère de la Santé.**

- Mesure 109.1. Finaliser le schéma directeur « infrastructure et systèmes supports ».
- Mesure 109.2. Élaborer un schéma directeur « gouvernance et organisation » (Direction des systèmes d'information).
- Mesure 109.3. Mettre en place un comité e-santé.
- Mesure 109.4. Élaborer un plan stratégique e-service.
- Mesure 109.5. Communiquer autour du schéma directeur.
- Mesure 109.6. Instituer le SNIS à travers l'élaboration des textes réglementaires en application de l'article 17 de la loi-cadre n° 34-09.
- Mesure 109.7. Mettre en œuvre les projets inscrits dans le schéma directeur.

### **Action 110. Parachever le déploiement du système d'information décisionnel de la carte sanitaire (Base de données de l'offre de soins de la santé, banque de projets, système d'information géographique).**

- Mesure 110.1. Mettre en place des référentiels de la santé.
- Mesure 110.2. Mettre en place un entrepôt de données du Ministère de la Santé (Datawarehouse).
- Mesure 110.3. Mettre en place le Big Data national de santé.
- Mesure 110.4. Déployer le système d'information décisionnel de la carte sanitaire à l'échelle régionale et provinciale.

### **Action 111. Intégrer le secteur privé dans le système d'information du Ministère de la Santé.**

- Mesure 111.1. Adopter l'identifiant du Registre national du citoyen comme identifiant unique du patient.
- Mesure 111.2. Développer l'interopérabilité avec les systèmes informatiques du privé.
- Mesure 111.3. Généraliser la solution DHIS-2 (District Health Information System) en cours d'implantation par le Ministère de la Santé au secteur libéral.
- Mesure 111.4. Soutenir les structures de soins privées dans la mise en place de leurs systèmes d'information numériques.

### **Action 112. Concevoir, informatiser et implanter le « dossier médical partagé ».**

- Mesure 112.1. Créer un comité responsable du dossier médical partagé à l'échelle nationale.
- Mesure 112.2. Définir le type de solution pour un dossier patient informatisé à implanter.
- Mesure 112.3. Déployer le dossier-patient informatisé au niveau d'une région-pilote ou d'un type de structures-pilotes.
- Mesure 112.4. Prévoir du personnel dédié au SI dans les structures.
- Mesure 112.5. Généraliser le dossier-patient informatisé au niveau national.

### **Action 113. Créer le Datacenter du Ministère de la Santé.**

- Mesure 113.1. Élaborer les termes de référence de mise en place d'un Datacenter T3.
- Mesure 113.2. Aménager le Datacenter du Ministère de la Santé.
- Mesure 113.3. Mettre en place les plateformes-serveurs du Datacenter.
- Mesure 113.4. Mettre en place le système de sécurité du Datacenter.

### **Action 114. Mettre en place une politique de sécurité du système d'information.**

- Mesure 114.1. Auditer, sur la base du volontariat, le système de sécurité du système d'information du Ministère de la Santé, des CHU et des structures privées.
- Mesure 114.2. Mettre aux normes les systèmes d'information existants conformément aux directives nationales de la Direction générale de la sécurité des systèmes d'information et la réglementation en vigueur.
- Mesure 114.3. Élaborer des procédures de sécurité des SI et veiller à leur application.
- Mesure 114.4. Acquérir les moyens et les outils de supervision et de suivi.

### **Action 115. Informatiser le cycle d'approvisionnement en médicaments et digitaliser leur système logistique de distribution.**

- Mesure 115.1. Mettre en place un système intégré de gestion des entrepôts de médicaments.
- Mesure 115.2. Mettre en place des armoires automatisées sécurisées des médicaments dans les établissements de soins.
- Mesure 115.3. Généraliser le système de gestion des médicaments aux établissements de soins.

## Axe 24

### Améliorer le management et la performance des services de santé

#### Action 116. Instaurer un système moderne et intégré de facturation hospitalière.

Mesure 116.1. Veiller à ce que la facturation soit intégrée au système d'information hospitalier.

Mesure 116.2. Revoir le mode de facturation du RAMED.

#### Action 117. Développer l'autonomie hospitalière et introduire de nouveaux modes de gestion des hôpitaux publics, notamment en instaurant le statut de « groupement hospitalier régional ou de territoire » (GHR / GHT).

Mesure 117.1. Élaborer un texte sur les groupements hospitaliers.

Mesure 117.2. Développer la coopération inter-hospitalière et les filières de soins optimisées à travers la mise en place d'un comité de régulation régional.

Mesure 117.3. Généraliser la mise en place de projets d'établissement hospitalier (appui logistique de la DHSA).

Mesure 117.4. Mettre en place la Commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et le secteur privé (article 30, loi 34-09) et proposer de nouveaux modes de partenariat entre le public et le privé.

Mesure 117.5. Étendre l'expérience « achat de service ».

Mesure 117.6. Instaurer de nouveaux mécanismes de contractualisation avec le secteur privé.

Mesure 117.7. Étudier la faisabilité de la mise en place d'approches innovantes de financement basées sur la performance.

#### Action 118. Favoriser le mode d'organisation basé sur la spécialité et les pôles d'excellence dans les réseaux hospitaliers des grandes agglomérations.

Mesure 118.1. Élaborer une stratégie de développement et de mise en place de pôles d'excellence autour des thématiques prioritaires.

Mesure 118.2. Mettre en place une organisation par filière de soins intégrant les différents niveaux avec la mise en place d'une instance régionale de gestion du réseau.

Mesure 118.3. Mettre en place des outils d'appui et d'accompagnement des pôles d'excellence.

Mesure 118.4. Mettre en place des plateformes de télémédecine (expérience dans une région avec CHU: téléradiologie, télépathologie, laboratoire de biologie).

Mesure 118.5. Développer les soins ambulatoires et l'hospitalisation à domicile.

#### Action 119. Procéder à la refonte du règlement intérieur des hôpitaux.

#### Action 120. Généraliser l'introduction des instruments d'audit et de contrôle de gestion dans le management des services de santé.

#### Action 121. Assurer le suivi-évaluation de la mise en œuvre des dispositions de la Politique pharmaceutique nationale et veiller au respect des procédures d'octroi des AMM et CEDM selon la réglementation en vigueur.

## Axe 25

### Institutionnaliser la qualité et la sécurité dans le processus des soins

#### Action 122. Mettre en place un système d'évaluation des établissements de santé.

Mesure 122.1. Mener une étude de satisfaction et instaurer un baromètre de satisfaction des usagers des services de santé.

Mesure 122.2. Développer un modèle de « jury citoyen ».

Mesure 122.3. Institutionnaliser un comité chargé des relations avec les usagers, de l'appréciation de la qualité, de la sécurité des services de santé et de la médiation au niveau des hôpitaux.

Mesure 122.4. Développer des indicateurs de qualité et créer des comptes-qualité pour les établissements de santé.

Mesure 122.5. Consolider le dispositif de comparabilité et de reconnaissance du mérite et des bonnes performances (concours-qualité, prix de performance...).

Mesure 122.6. Développer une stratégie nationale d'amélioration de la qualité des soins et élaborer des politiques d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans tous les établissements de santé sur la base d'évaluations.

### **Action 123. Créer l'Agence de performance et d'évaluation hospitalières.**

**Mesure 123.1.** Développer le cadre législatif réglementaire pour la création de l'Agence marocaine d'évaluation et d'accréditation en santé (AMEAS).

**Mesure 123.2.** Développer une plateforme électronique pour soutenir la gestion des outils d'accréditation et d'évaluation et faciliter l'interface avec les établissements inscrits dans l'accréditation.

### **Action 124. Introduire les outils d'accréditation et de certification des services et des établissements de santé.**

**Mesure 124.1.** Faire avancer le processus d'adoption de la loi relative à l'accréditation et activer le déploiement effectif de l'accréditation des établissements de santé publics et privés.

**Mesure 124.2.** Développer des outils de certification des services et des compétences.

**Mesure 124.3.** Mettre en place des modèles de contrat entre l'administration centrale et les directions régionales de la santé définissant des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins en cohérence avec les exigences de l'accréditation.

**Mesure 124.4.** Institutionnaliser une structure chargée de la qualité et de la sécurité des soins au niveau national et mettre en place des structures aux niveaux régional et provincial et au niveau des établissements hospitaliers.

**Mesure 124.5.** Développer les capacités de gestion et de pilotage des structures de gestion de la qualité et de la sécurité des soins.

### **Action 125. Mettre en place une politique nationale de sécurité des soins basée sur des référentiels de prise en charge et des systèmes de vigilance.**

**Mesure 125.1.** Élaborer et diffuser une politique de sécurité des patients.

**Mesure 125.2.** Assurer l'extension et le renforcement du dispositif de notification des événements indésirables.

**Mesure 125.3.** Institutionnaliser un programme national d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales.

**Mesure 125.4.** Promouvoir l'utilisation des directives cliniques et des évaluations des pratiques professionnelles.

**Mesure 125.5.** Instaurer un master spécialisé en management de la qualité et de la sécurité des soins.

**Mesure 125.6.** Encourager des modes d'apprentissage alternatifs et innovants dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins : la facilitation interpersonnelle (coaching) et le tutorat en cours d'emploi, l'enseignement à distance.



## Le financement du système de santé : des alternatives de financement

Selon le dernier rapport 2015 sur les comptes nationaux de la santé (CNS) 2013, la dépense totale de santé (DTS) s'élève à 52 milliards de dirhams (1 578 dirhams par habitant), enregistrant une augmentation de 4,2 milliards entre 2010 et 2013, mais, par contre, une baisse du poids de cette DTS dans le PIB, qui passe de 6,2% en 2010 à 5,8% en 2013. Le financement collectif et solidaire a gagné 3 points entre 2010 et 2013 (47% contre 44%), grâce surtout à la contribution de la couverture médicale qui est passée de 18,8% en 2010 à 22,4% en 2013, au moment où les ressources fiscales nationales et locales sont passées de 25,2% en 2010 à 24,4% en 2013.

Toujours selon les résultats des derniers CNS, il a été noté une augmentation de la population disposant d'une couverture médicale de 34% en 2010 à 40% en 2013 (58% si l'on prend en considération la population bénéficiaire du RAMED en 2013), ainsi qu'une diminution de la part des paiements directs des ménages de 3 points entre 2010 et 2013 (50,7% contre 53,6%). La part des médicaments dans ces dépenses est passée de 50% à 40% en 2013.

Malgré les quelques améliorations constatées, le financement de la santé au Maroc reste insuffisant comparé aux pays à développement économique similaire et au regard des besoins minimums en santé. La dépense totale par habitant ne dépasse pas 436 dollars US contre une moyenne mondiale de 1 222 dollars US. Les dépenses directes des ménages continuent à financer la santé à hauteur de 51%, au moment où son financement par la fiscalité connaît une tendance baissière. Malgré certaines augmentations en valeur absolue, le budget du Ministère de la Santé reste dominé par la masse salariale et n'arrive toujours pas à franchir la barre des 6% du budget général de l'État et moins de 1,3% du PIB national. Le secteur privé s'accapare 65% des dépenses de la couverture médicale en tiers payant, contre moins de 10% pour les hôpitaux publics, bien que ces derniers offrent les trois quarts de la capacité litière nationale.

S'agissant du financement du Plan Santé 2025, le Ministère de la Santé envisage d'entreprendre deux actions majeures visant, d'une part, l'ancrage des principes de la loi organique 130-13 relative à la loi de finances tels que la sincérité, la transparence, la responsabilité, la programmation pluri-annuelle

et la gestion axée sur la performance et, d'autre part, la mise en place de nouvelles approches de financement innovantes.

### *L'ancrage des principes de la loi organique des finances*

Le Plan Santé 2025 repose sur trois piliers déclinés en axes et actions stratégiques traduites en mesures associant conditions d'efficacité, d'efficience et de qualité liées aux réalisations. Toutes les actions ont été déclinées en objectifs définis en fonction des finalités d'intérêt général et des indicateurs chiffrés.

Conformément à l'article 39 de ladite loi organique des finances, le Plan Santé 2025 se base sur une approche rigoureuse de gestion axée sur la performance et de contractualisation avec les directions centrales et régionales du Ministère de la Santé chargées d'atteindre les objectifs et les indicateurs du Plan et d'assurer le suivi de sa mise en œuvre. Les objectifs du Plan et les indicateurs sont repris dans le projet annuel de performance élaboré par le Ministère de la Santé à l'occasion de la préparation de la loi de finances.

Pour ce faire, le financement du Plan Santé 2025 s'appuiera tout d'abord sur une approche managériale visant la rationalisation des dépenses et l'optimisation des ressources allouées grâce à l'accélération de la mise œuvre d'une gouvernance financière au niveau de l'ensemble des structures sanitaires centrales et déconcentrées et au niveau des entités décentralisées sous tutelle du Ministère de la Santé (CHU, IPM, ANAM).

Les domaines prioritaires retenus sont en rapport avec l'optimisation des ressources budgétaires et humaines disponibles, la professionnalisation et la valorisation des métiers de la gestion des ressources stratégiques, la maîtrise du dispositif de l'approvisionnement en médicaments, la gestion du patrimoine sanitaire (infrastructures et équipements) et le renforcement des capacités d'autofinancement des hôpitaux publics grâce à l'amélioration du système d'information de gestion, de facturation et de recouvrement hospitaliers.

A côté de la nouvelle gouvernance financière, le Ministère de la Santé compte financer la Plan Santé 2025 en se basant sur une série de mesures alternatives innovantes de financement du secteur de la santé.

## Le passage progressif vers des approches alternatives du secteur de la santé

Il est prévu par le Plan Santé 2025 d'engager une concertation formalisée et structurée et un plaidoyer pour la mobilisation de ressources additionnelles auprès de l'ensemble des parties prenantes, dont le Ministère de l'Économie et des Finances, les départements ministériels, les institutions et autres partenaires concernés. L'objectif étant d'asseoir une stratégie de financement de la santé permettant au Maroc de se rapprocher progressivement des pays à économie similaire ayant réalisé un saut qualitatif de leur système de santé.

Cette stratégie devrait traduire le choix politique du Maroc d'ériger le secteur de la santé en priorité nationale. Les DTS devraient tendre vers 8 % du PIB à l'horizon 2025, avec une réduction accélérée des dépenses des ménages, qui devraient atteindre moins de 25 % des DTS, et une augmentation du financement collectif et solidaire devant atteindre plus de 70 % des DTS, réparti entre ressources fiscales et couverture médicale.

S'agissant de la composante « budget de l'État », conformément aux règles de la loi organique des finances, cette stratégie devra tracer un cadre pluriannuel d'évolution des dépenses et des ressources et assurer un rythme substantiel d'augmentation de la part du budget du Ministère de la Santé dans le budget de l'État à partir de l'année 2019, pour atteindre 8 % en 2025.

Par ailleurs, plusieurs pistes de diversification du financement du secteur de la santé ont été identifiées, qui constitueront les bases de la concertation avec le Ministère de l'Économie et des Finances :

- **Appliquer le principe pollueur-payeur** et introduire de nouvelles dispositions fiscales visant les activités et produits malsains et nuisibles (tabac,

alcool, sucre, sel, farine, boissons gazeuses et énergisantes, croustilles, friandises, produits gras, etc.) et en affecter le produit au CAS/Santé « Fonds spécial de la pharmacie centrale » pour financer la prévention, les soins de santé primaires et rattraper les déficits en équipements.

- **Restructurer la configuration financière** du Compte spécial de la pharmacie centrale dans ses volets « ressources et dépenses » et adopter une nomenclature budgétaire permettant la diversification des recettes et des charges d'exploitation et d'investissement en l'érigeant au rang d'un compte spécial pour la santé.

- **Diversifier les modes de financement en introduisant des mécanismes solidaires :**

- la contribution solidaire de l'industrie pharmaceutique ;
- le micro-prélèvement sur les télécommunications ;
- la contribution des entreprises cotées en bourse ou dont le chiffre d'affaires dépasse un seuil déterminé ;
- le prélèvement sur les gains issus des manifestations sportives de masse (sponsors).

- **Recourir au partenariat public-privé** en tant que levier visant à améliorer le financement, rehausser l'offre de soins, répondre à la demande, notamment en matière d'investissements lourds dans les infrastructures et les équipements biomédicaux (des projets-témoins doivent être réalisés pour construire la démarche sectorielle en la matière).

- **Renforcer le partenariat avec le secteur privé** en zones éloignées en coordination avec les collectivités territoriales et les autres institutions publiques, afin de permettre la mise à disposition de foncier au profit des investisseurs privés (à travers les collectivités territoriales), l'amélioration des conditions de leur accès aux prêts bancaires à des taux préférentiels (à travers la Caisse centrale



de garantie) et la mise en place d'une fiscalité incitative dans ces zones (Ministère de l'Économie et des Finances).

- **Créer des groupements hospitaliers régionaux** (GHR) qui englobent l'ensemble des hôpitaux publics (avec ou sans CHU) d'une région afin de leur permettre de mieux bénéficier des instruments du PPP et de la gestion déléguée (lois 54.05 et 86.12).
- **Créer une société publique de droit privé** (à l'instar de MASEN, SONARGES, Caisse de financement routier...) chargée de la mobilisation des fonds afin d'accélérer la cadence de construction des nouvelles structures hospitalières, tout en allégeant le budget général de l'État.
- **Activer/réactiver la composante « dons et legs »** prévue par la loi parmi les sources de financement du RAMED :
  - encourager le mécénat pour la santé ;
  - opérationnaliser la convention liant le Ministère de la Santé au Ministère des Habous et des Affaires islamiques pour les *waqf* au profit de la santé mentale.
- **Prévoir par un cadre réglementaire** approprié permettant l'affectation d'une part des produits de placement et d'exploitation des *waqf* et *habous* au financement du RAMED étant donné le parfait alignement entre les valeurs et objectifs escomptés par les deux systèmes en matière d'assistance, de solidarité et de bienfaisance. Une convention pourrait être élaborée entre les départements concernés dans ce sens.
- **Assurer la régularité de la mobilisation** des transferts des contributions destinées au financement du RAMED (CL, FACS, contributions des bénéficiaires).
- **Instaurer de nouveaux mécanismes** pour la collecte des contributions des collectivités territoriales (prélèvement à la source / système de péréquation entre les communes).
- **Substituer à la contribution annuelle** des personnes vulnérables des solutions plus pratiques et moins contraignantes pour les ménages (ticket modérateur adapté, étalement du versement sur plusieurs tranches, etc.).
- **Optimiser et diversifier le placement des fonds de réserve** des organismes de gestion et réinjecter les produits financiers, par conventionnement, dans le financement d'actions concertées entre les parties prenantes (prévention, prestations de soins primaires).
- **Améliorer le système de facturation** et de recouvrement en vue d'améliorer les recettes propres et diversifier les sources de financement de l'hôpital (payants directs, assurés CNOPS, CNSS, RAMEDistes...).

- **Intégrer toutes les prestations** et soins primaires et de santé de base ne bénéficiant pas de la gratuité réglementaire dans la logique de la CMB et adopter un cadre conventionnel pour en assurer le cofinancement ou le rétro-financement par les organismes gestionnaires.
- **Instaurer un système de facturation** et de recouvrement des coûts et/ou de remboursement des prestations fournies dans les établissements de santé primaires (en dehors des prestations dont la gratuité est légalement reconnue à toute la population).
- **Encourager l'investissement privé** dans les zones reculées par des incitations fiscales (foncières et technologiques).
- **Identifier les projets éligibles** à des actions de partenariat avec les acteurs territoriaux et autres départements, INDH, secteur privé..., élaborer des cahiers des charges nécessaires au développement de ces partenariats (article 15 de la loi-cadre 34-09) et rédiger les conventions de financement y afférentes.
- **Étendre la disposition législative** relative au **maintien des postes budgétaires** devenus vacants suite aux départs à la retraite (article 43 de la LF 1996-1997) pour le personnel médical et infirmier, à l'instar de certains départements ministériels.
- **Encourager le bénévolat** et promouvoir les principes et les valeurs de responsabilité sociétale dans le domaine de la santé.
- **Asseoir l'assise juridique** en vue d'un partenariat en matière de ressources humaines (vacation, PPP, achat de services).
- **Développer la participation communautaire** (à travers les comités locaux de gestion) pour impliquer la population dans la planification et la mobilisation des ressources additionnelles et dans le suivi-évaluation.
- **Développer une coopération internationale** en santé bien ciblée, en veillant à une meilleure synergie entre les partenaires du système de santé et en suivant le principe gagnant-gagnant.
- **Réglementer la mutualisation** des ressources humaines et techniques disponibles dans le secteur public, le secteur privé à but non lucratif et le secteur privé et assurer une synergie entre ces secteurs dans le respect de leurs spécificités respectives.
- **Ouvrir pour les praticiens privés** l'opportunité d'exploiter le lit et le plateau technique de l'hôpital public en contrepartie d'engagements quantitatifs et qualitatifs pour la réalisation de prestations au profit des hôpitaux concernés.
- **Consolider le conventionnement** avec les professionnels de santé privés, les établissements de santé privés et élargir l'option d'achat de service à d'autres prestations de façon croisée.

## Montage financier pour la mise en œuvre du Plan Santé 2025

La réalisation de la stratégie, à la fois ambitieuse et volontariste, du Ministère de la Santé, a pour objectif de réduire les iniquités dans l'accès aux services et d'améliorer la qualité des soins.

Le financement de cette stratégie, sans compter les dépenses en ressources humaines, nécessitera un budget global de l'ordre 61 milliards de dirhams. Ce budget se ventile en deux postes :

- dépenses d'investissement : 24 milliards de dirhams ;
- dépenses de fonctionnement : 37 milliards de dirhams.

### 1. Programme d'investissement

La mise en œuvre du Plan Santé 2025 nécessiterait un budget d'investissement estimé à environ 24 milliards de dirhams (tableau 3 ci-dessous) :

- **14 milliards de dirhams** destinés à assurer les dépenses en rapport avec l'amélioration de la capacité de l'offre hospitalière par la construction de nouvelles structures hospitalières modernes.

Ce programme concernera aussi le renforcement et l'extension de l'offre tertiaire par la construction de 3 centres hospitaliers universitaires (celui de Laayoune dont les études sont déjà lancées et ceux des régions de Beni Mellal-Khénifra et de

Drâa-Tafilalet) afin de se rapprocher de l'objectif : un CHU par région.

Il intéressera également la mise à niveau des bâtiments de certains établissements hospitaliers existants, la modernisation des équipements biomédicaux et hospitaliers ainsi que l'acquisition de 100 ambulances.

- **10 milliards de dirhams** seront consacrés à la réalisation et au renforcement des différents programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies (besoins des programmes, achats de médicaments et achats de services).

Le Plan Santé 2025 se propose de mobiliser les financements de ce programme d'investissement à partir des sources suivantes :

- 12 milliards de dirhams sur le budget général de l'État ;
- 8 milliards de dirhams dans le cadre de l'emprunt et du PPP ;
- 1 milliard de dirhams à travers le partenariat national et les collectivités territoriales ;
- 2 milliards de dirhams à travers la coopération internationale ;
- 1 milliard de dirhams sous forme de recettes fiscales nouvelles (TIC...).

Tableau 3 : Estimation du budget d'investissement 2018-2025 (en dirhams)

Objet	Nombre	Coût estimatif	Total
Construction et équipement de CHU	3	1 400 000 000	4 200 000 000
Construction et équipement de CHR/CHP	5	500 000 000	2 500 000 000
Mise à niveau des CHR et CHP (estimation annuelle)	7	1 000 000 000	7 000 000 000
Mise à niveau des centres de santé	1 000	300 000	300 000 000
Acquisition d'ambulances	100	700 000	70 000 000
Renforcement des programmes nationaux de santé	1	10 000 000 000	10 000 000 000
<b>Total</b>			<b>24 070 000 000</b>

## 2. Dépenses de fonctionnement

En plus des dépenses d'investissement, la réalisation de ce plan nécessitera un budget estimatif de 37 milliards de dirhams pour supporter

les charges de fonctionnement et les actions logistiques du ministère (hors dépenses des personnels).

Ce budget sera pris en charge par le budget général de l'État selon l'évolution annuelle suivante :

Tableau 4 : Evolution estimative des dépenses de fonctionnement (hors personnels) en dirhams

	2019 *	+ 4 %		+ 6 %		+ 8 %		Total (2019-2025)
		2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Matériel et DD	4 500 000 000	4 680 000 000	4 867 200 000	5 169 232 000	5 478 785 920	5 916 288 794	6 388 791 897	37 000 000 000

\* Montants inscrits dans la lettre de cadrage du projet de loi de finances 2019.

## 3. Dépenses de personnel (postes budgétaires/masse salariale)

Pour accompagner cette stratégie et faire face au déficit structurel et sévère que connaît le secteur de la santé, déficit aggravé par les départs à la retraite, la réservation de 6 000 postes budgétaires par an s'avère nécessaire, selon la répartition suivante (tableau 5 ci-dessous) :

- **budget de l'État** : 4 000 postes par an, afin d'assurer le remplacement des départs à la retraite, estimés à environ 2 000 annuellement, et doter les nouvelles structures en ressources humaines qualifiées.

- **contractualisation** (dans le cadre de partenariats avec les collectivités territoriales) : 2 000 postes par an, qui permettront de combler le déficit actuel essentiellement en milieu rural et dans les zones éloignées.

Tableau 5 : Evolution estimative de la masse salariale (en dirhams) en relation avec la stratégie

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total (2019-2025)
Chapitre personnel (BG/MS)	8 214 896 000	8 489 672 000	8 764 448 000	9 039 224 000	9 314 000 000	9 588 776 000	9 863 552 000	63 274 568 000
Contractualisation (CT)	207 156 000	414 312 000	621 468 000	828 624 000	1 035 780 000	1 242 936 000	1 450 092 000	5 800 368 000
Total	8 422 052 000	8 903 984 000	9 385 916 000	9 867 848 000	10 349 780 000	10 831 712 000	11 313 644 000	69 074 936 000

## Conclusion

Le Plan Santé 2025 exprime une démarche volontariste de portée sociale, inscrite dans des politiques publiques amenées à relever les défis du développement humain du 21<sup>e</sup> siècle. Il a été élaboré de manière concertée et participative avec les acteurs et partenaires du secteur, en se basant sur les insuffisances et les carences constatées, mais aussi sur les acquis et les progrès enregistrés dans le domaine de la santé au cours des quinze dernières années. Ce plan a pour première ambition de placer le citoyen au cœur d'un dispositif de santé performant, innovant et de qualité.

Aujourd'hui, le secteur de la santé doit relever de nombreux défis: l'élargissement de la couverture médicale de base et l'atteinte de la couverture sanitaire universelle; l'équité dans l'accès et la généralisation des soins; la qualité et la sécurité des services de soins; des structures efficaces et performantes; et le renforcement de la gouvernance. Relever ces défis, c'est répondre aux attentes et aux besoins de la population, dans un environnement de demande sociale croissante, dans un contexte de contraintes liées à la rareté des ressources humaines et matérielles et à l'augmentation du coût de la vie.

L'égal accès aux soins de santé, tel que stipulé par la Constitution de 2011, marque à cet égard un tournant historique, qui interpelle les acteurs politiques sur leur engagement à rendre effectif ce droit reconnu pour tous, aujourd'hui érigé en revendication par la population.

Afin de mettre sa mission de prestataire et de régulateur des soins en adéquation avec les impératifs du développement humain, le Ministère de la Santé s'engage à revoir son modèle organisationnel et de fonctionnement, en vue de combler les nombreux manques et retards propres au secteur et de réconcilier – conformément à sa mission sociale – le citoyen marocain avec les établissements de soins et l'ensemble des composantes du système de santé. Au plan interne, il s'agit de remobiliser les ressources humaines par la formation, l'encadrement et l'accompagnement, afin de parvenir à un cadre de prestation de soins placé sous le signe de l'excellence.

Un tel engagement doit également pouvoir s'appuyer sur la population, le patient en particulier, et l'impliquer dans cette démarche citoyenne et participative. Si l'on veut réellement réconcilier le citoyen avec son système de santé et emporter son

adhésion, il faut mettre en œuvre des mécanismes de participation communautaire et établir des passerelles entre les professionnels de santé et les collectivités.

Au plan pratique, l'un des instruments à promouvoir est le partenariat et les différentes formes de mutualisation, à l'instar du partenariat public-privé, progressivement élargi au partenariat public-privé-population. Les collectivités territoriales ont à cet effet un rôle-clé à jouer, dans le cadre de la décentralisation et des acquis de la régionalisation.

Ce nouveau modèle doit adopter un cadre de gouvernance rénové, où primeront les principes de prise de décision concertée, de rationalisation et de gestion optimale, d'éthique et de déontologie, mais aussi de transparence et de redevabilité.

Ce modèle innovant devra également rationaliser et optimiser les ressources financières, encourager la mobilisation de fonds – y compris auprès du secteur privé –, assurer l'équité territoriale et la solidarité des régions dans le cadre des affectations budgétaires et instaurer le principe de reddition des comptes.

De manière plus large, cette vision est un véritable plaidoyer pour gagner l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes au développement du secteur: praticiens et professionnels, représentants institutionnels, chercheurs et universitaires, société civile et acteurs communautaires, secteur privé, médias.

Le Plan Santé 2025 doit rester concentré sur la protection du citoyen et la réponse à ses besoins. Sa mise en œuvre doit être effective dans les meilleurs délais, basée sur des modèles approuvés scientifiquement avec des actions réalistes et réalisables, adaptées à notre contexte social et culturel. Son approche doit être globale et systémique, avec une mobilisation sociale à tous les niveaux et une responsabilisation du citoyen sur sa santé.

Toutes les ressources humaines de la santé, aussi bien du secteur public que du secteur privé, doivent être mobilisées et jouer leur rôle dans le changement.

Enfin, pour la réussite de la mise en œuvre du Plan Santé 2025, le Ministère de la Santé doit assumer un fort leadership à travers une gouvernance innovante, responsable, exemplaire et axée sur les performances et la reddition des comptes.



*Première rencontre de concertation avec les responsables du Ministère de la Santé, 31 mars 2018, Marrakech.*

*Deuxième rencontre de concertation et lancement des groupes travail thématiques, 15 mai 2018, Skhirat.*



*Réunion de restitution des livrables des groupes de travail, 22 juin, Rabat.*

*Troisième rencontre de concertation avec les syndicats, 10 septembre 2018, Rabat.*



## Remerciements

Le Ministère de la Santé remercie tous ceux qui lui ont apporté une aide précieuse en participant à l'élaboration et à la synthèse des livrables thématiques de base du Plan Santé 2025, dans une démarche élargie de concertation et de participation.

Un hommage particulier revient aux membres des 12 groupes de travail et aux comités de rédaction et de lecture pour leur dévouement et leur disponibilité tout au long de ce processus.

A toutes et à tous nous exprimons notre profonde reconnaissance pour le travail accompli en commun, au service du citoyen marocain et du système de santé national.

## Liste des participants

### Coordonnateurs

M. AACHATI Smail, FCZ  
Pr AIT TALEB Khalid, CHU Hassan II  
D<sup>r</sup> BEKKALI Rachid, FLSC  
D<sup>r</sup> BELHASSAN Khalid, FM6  
Pr BEZAD Rachid, CHIS  
Pr GUEDIRA Najib, FSSR  
Pr HAKKOU Farid, CHIR  
Pr HARIF M'Hamed, CHIR  
Pr MARHOUM EL FILALI Kamal, CHIR  
M<sup>me</sup> MESHAK Khadija, ex-DRC  
D<sup>r</sup> TAOUFIQ Jalal, CHIS  
D<sup>r</sup> ZAHY Abderrahmane, FOSMRE

### Rapporteurs

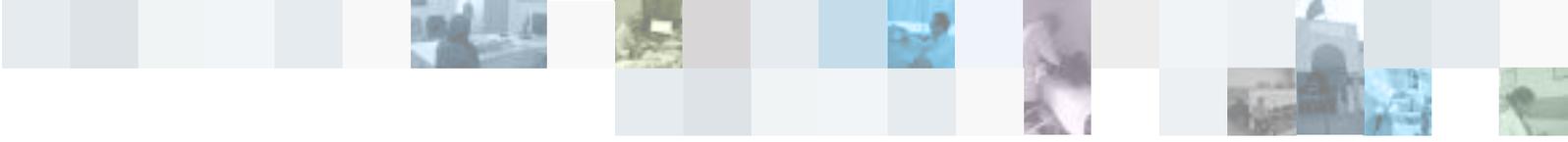
D<sup>r</sup> BELAKHEL Latifa, DELM  
M. BOUHAFI Adnane, DRH  
D<sup>r</sup> BOURAM Omar, DELM  
D<sup>r</sup> DIOURI Mohamed Khalil, DP  
M. EL MIRI Moulay El Hachmi, DPRF  
D<sup>r</sup> IDRISSE AZZOUZI Abdelatif, UGP-RSS  
M. LAFKIRI Hatim, DRC  
D<sup>r</sup> LYOUBI Mohammed, DELM  
Pr MEDDAH Bouchra, DMP  
D<sup>r</sup> MEZIANE BELFQIH, Abdelkrim, DRS-RSK  
D<sup>r</sup> SAHEL Amina, DHS  
D<sup>r</sup> YAHYANE Abdelhakim, DP

### Personnes-ressources

M. ABALIL Hassan, MFSEDS  
D<sup>r</sup> ABOUCHADI Saloua, ENSP  
D<sup>r</sup> ABOUSSELHAM Loubna, DP  
D<sup>r</sup> ABTAL Taoufiq, DGAPR  
M<sup>me</sup> ACHARAI Laila, UNFPA  
M. ADDIOUI Ahmed, Association ESPAM pour la protection des personnes âgées au Maroc  
D<sup>r</sup> AFIFI Ikram, DRS-TTH  
Pr AGUENAOU Hassan, Université Ibn Tofail, Kénitra  
M. AHOUANSOU Judicaël, OIM  
Pr ALAMI MOHAMMED Hassan, FMP, Rabat  
Pr ALAOUI Idriss, Association Al Hayat

Pr ALAOUI MDAGHRI Asmaa, FMP, Rabat  
D'ALLA Amal, DELM  
M. AMGHAR Najib, Syndicat des néphrologues privés  
M<sup>me</sup> AMRANI Soumia, Collectif Autisme Maroc  
M. AOURIR Taher, DP  
D<sup>r</sup> AQACHMAR Yassine, DELM  
D<sup>r</sup> ASSARAG Bouchra, ENSP  
D<sup>r</sup> BADRANE Narjis, CAPM  
M. BAHYOUL Ahmed, Ministère de l'Habitat  
Pr BARKAT Amina, FMP, Rabat  
D<sup>r</sup> BELAHCEN Mohamed Jaouad, INO  
D<sup>r</sup> BELAHNACHI Nouredine, Association marocaine des psychiatres du secteur public  
M. BELAKBIR El Hassane, IG  
M<sup>me</sup> BELKAAB Nejoua, SG  
Pr BELKHADIR Jamal, Endocrinologie et diabétologie, Rabat  
M<sup>me</sup> BENABDELWAHED Fouzia, ex-chef de DA-MS  
Pr BENAJIBA Mohammed, CNTS  
M. BENAMAR Reda, CNSS  
D<sup>r</sup> BENAZZOUI Mohamed, DP  
D<sup>r</sup> BENCHAMA Nabil, MS, Délégation d'El Jadida  
Pr BENGHANEM Mohamed, Néphrologie, FMP Casablanca  
D<sup>r</sup> BENJELLOUN Adil, DGAPR  
Pr BENJELLOUN Ghizlane, CHU Ibn Rochd, Casablanca  
Pr BENNANI Maria, FLSC  
D<sup>r</sup> BENTAHILA Nawal, Association marocaine de nutrition infantile  
M<sup>me</sup> BOUAYAD Bouchra, Ministère de l'Habitat  
D<sup>r</sup> BOUHMADEI Brahim, DP  
M. BOUHMADEI SOULEYMANI Saad, SGG  
D<sup>r</sup> CHAHID BENBOUZID Mohamed, DGPC  
D<sup>r</sup> CHAMI KHAZRAJI Youssef, FLSC  
M<sup>me</sup> CHAOUI Hanane, CAPM  
M. CHATOUANI Haj, MEF  
M<sup>me</sup> CHERQAOUI Sanae, DPRF  
D<sup>r</sup> CHERRAT Zineb, Direction générale des collectivités locales  
D<sup>r</sup> DGHOURI Nouzha, DP, MS

- M<sup>me</sup> DIFOULLOUS Sara, CNSS  
 D<sup>r</sup> DIOURI Najib, Consultant international  
 M<sup>me</sup> EL ALAMI EL FELLOUSS Asma, ENSP  
 M<sup>me</sup> EL AMMARI Latifa, DP  
 Pr EL AOUD Rajae, ex-INH  
 D<sup>r</sup> EL FAKIR Youssef, Société marocaine de radiologie  
 M<sup>me</sup> EL FID Sanae, CNOPS  
 M<sup>me</sup> EL HAIEK Samira, CNOPS  
 Pr EL HASSANI Mehdi, HCZ  
 M. EL IDRISSE Mohammed, MEF  
 D<sup>r</sup> EL KIRAT Houada, DELM  
 D<sup>r</sup> EL KOUARTEY Nazih, SG, MS  
 D<sup>r</sup> EL MAAROUFI Loubna, DP  
 D<sup>r</sup> EL MALHOUF Naoufel, ANAM  
 M. EL MARNISSI Abdelilah, DPRF  
 Pr EL MDAGHRI Naima, ex-IPM  
 M. EL MOSTAAT Jaafar, INDH  
 D<sup>r</sup> ELABED Hicham, Fondation Mohammed V  
 Pr ELKADIRI Nadia, Addictologue, privé  
 D<sup>r</sup> ELMANJRA Choukri, DP  
 Pr ELOMARI Fatima, CHIS, Hôpital Errazi  
 M<sup>me</sup> ELOMRNI Sanae, Sage-femme, CHP Témara  
 D<sup>r</sup> ELOUHABI Abdellatif, Expert  
 D<sup>r</sup> EZZINE Hind, DELM  
 D<sup>r</sup> GHARBI Najat, DP  
 Pr GUEDDARI Widad, FMP  
 M<sup>me</sup> GUERRAOUI Bouchra, Association nationale des sages-femmes  
 M<sup>me</sup> HABTI IDRISSE Jihane, MEF  
 D<sup>r</sup> HACHRI Hafid, OMS  
 Pr HAJOUJ Abderezzak, CHU Hassan II  
 D<sup>r</sup> HALABI Najat, DELM  
 D<sup>r</sup> HARCHAOUI Samira, DELM  
 M. IDRISSE AZAMI Rafik, MEIP  
 M<sup>me</sup> KADIRI Fatima Ezzahra, MFSEDS  
 M. KETTANI Ali, Samu, Rabat  
 M. KHALDI Houcine, MS  
 M<sup>me</sup> KHAMLI Ghizlane, Ministère d'Etat chargé des droits de l'homme  
 M<sup>me</sup> KHARBOUCHE Salima, Ministère du Travail et de l'Insertion professionnelle  
 M. KHATTABI Taoufik, MEF  
 Pr KHIATI Youssef, CHIR-FMP Casablanca  
 D<sup>r</sup> KHOUDRI Ibtissam, DELM  
 D<sup>r</sup> KOUTBI Hicham CS, Région Fès-Meknès  
 D<sup>r</sup> LAHJOUJI Khadija, CNTSH  
 D<sup>r</sup> LAKHAL Aniss DHSA  
 M. LAKHAL Brahim, Hôpital Avicenne  
 M. LATRACHE Said, SG, CHU Hassan II  
 M. LOUBANI Aziz, MEF  
 D<sup>r</sup> LYAGHFOURI Aziza, DP  
 Pr MAAMAR Mouna, CHU Ibn Sina  
 D<sup>r</sup> MAHDAOUI El Khansa, DELM  
 M<sup>me</sup> MALKI Rajae, ANAPEC  
 D<sup>r</sup> MALMOUZE Nouredine, DRC  
 M<sup>me</sup> MASBAH Hanane, AMSF  
 D<sup>r</sup> MASSAOUDI Faiz, DP  
 D<sup>r</sup> MEIOUET Mohammed, Pharmacien d'officine, juriste  
 M<sup>me</sup> MENDILI Jamila, DP  
 M<sup>me</sup> MEZOUAR Bouchra, MEF  
 M. MHAYI Abdelkader, DIM  
 D<sup>r</sup> MIAMI Nezha, Psychiatre, membre de la Commission santé mentale  
 D<sup>r</sup> MOUCHTAQ Nadia, Fédération nationale pour la santé mentale  
 M<sup>me</sup> MOUCHTATI Fatna, MEF  
 M<sup>me</sup> MOUHOUTE Nawal, CHU Hassan II  
 M<sup>me</sup> MOUTEI Rajaa, MFSEDS  
 D<sup>r</sup> MOUZOUNI Fatima Zahra, DELM  
 D<sup>r</sup> NASSIRI Lahcen, DHSA  
 Pr NEJMI Hicham, SG-MS  
 D<sup>r</sup> OBTEL Majdouline, FMP, Rabat  
 D<sup>r</sup> OTMANI AMAOUI Ilham, DRS RSK  
 D<sup>r</sup> OUANAÏM El Hassan, DHSA  
 Pr OUANNAS Abderrazak, CHIS, Hôpital Ezzazi  
 M<sup>me</sup> OUBIDAR Halima, Ministère du Travail et de l'Insertion professionnelle  
 M. OUKHOUYA Mohamed, DRC  
 Pr OULDIM Karim, Hôpital Cheikh Khalifa  
 M. PERRUSSEL Bruno, Communication, privé  
 M<sup>me</sup> QALBI Malika, MFSEDS  
 D<sup>r</sup> RABII Faouzi, DHSA  
 M<sup>me</sup> RACHIDI Soumaya, DELM  
 M<sup>me</sup> RAHMOUN Fatima Zahrae, MEF  
 M. RBIB Abderrahim, INDH  
 D<sup>r</sup> REGRAGUI Mouna, DGAPR  
 D<sup>r</sup> REHHAOUI Fadoua, DELM  
 D<sup>r</sup> RGUIG Ahmed, DELM  
 D<sup>r</sup> RHALEM Naima, CAPM  
 M. RIHANI Anass, DPRF  
 Pr SABIR Maria, CHIS, Hôpital Errazi  
 M. SAIDI Abdellatif, MTIP  
 M<sup>me</sup> SALHI Bahija, SE chargé de l'ESRS  
 D<sup>r</sup> SBIHI Rajae, Pédiopsychiatre privé  
 D<sup>r</sup> SEBBAN Zakia, DELM  
 D<sup>r</sup> SEMLALI Ilham, CAPM  
 M. SOUHAIL Bouchaib, MIICEN  
 D<sup>r</sup> TANJAOUJ JAZOULI, Ahmed DHSA  
 M. TAZI Mohamed, Centre national de radio-protection  
 Pr TAZI MZAALEK Zoubida, CHIS  
 D<sup>r</sup> TEBAÏ Amine, CAPM  
 D<sup>r</sup> TRIKI Soumia, OMS  
 D<sup>r</sup> TYAL Hachem, Psychiatre, privé  
 M. WAHABI Rachid, DELM  
 D<sup>r</sup> YAFOUT Mohammed, DA-MS  
 D<sup>r</sup> YARTAOUI Hafida, DP  
 M. ZAALAMI Nouredine, Secrétariat d'Etat chargé des relations avec le parlement et la société civile  
 M. ZENNATI Oussama, Ministère délégué chargé des MRE et des Affaires de la migration  
 D<sup>r</sup> ZERHOUNI Mohamed Wadie, DMP  
 M. ZERROUKI Brahim, MFSEDS  
 D<sup>r</sup> ZOUINE Khalid, Pharmacien d'officine privée



## Comité de lecture

D<sup>r</sup> Rachid Bekkali, DG de la Fondation Lalla Salma

P<sup>r</sup> Hicham Nejmi, Secrétaire général du Ministère de la Santé

M. Smail Aachati, Fondation Cheikh Zaid

D<sup>r</sup> Latifa Belakhel, Division des Maladies transmissibles, MS

P<sup>r</sup> Maria Bennani : Fondation Lalla Salma

D<sup>r</sup> Youssef Chami Khazraji, Fondation Lalla Salma

D<sup>r</sup> Nazih El Kouartey, Chargé de mission au Secrétariat général, MS

D<sup>r</sup> Amina Sahel, Division des Soins ambulatoires, MS

M<sup>me</sup> Ghizlan Mamouri, Cheffe de cabinet du Ministre de la Santé

Echelle11.com