



RAPPORT SUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'ODD-3



Année 2022



Organisation
mondiale de la Santé
Maroc



RAPPORT SUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'ODD-3



Année 2022



Organisation
mondiale de la Santé
Maroc

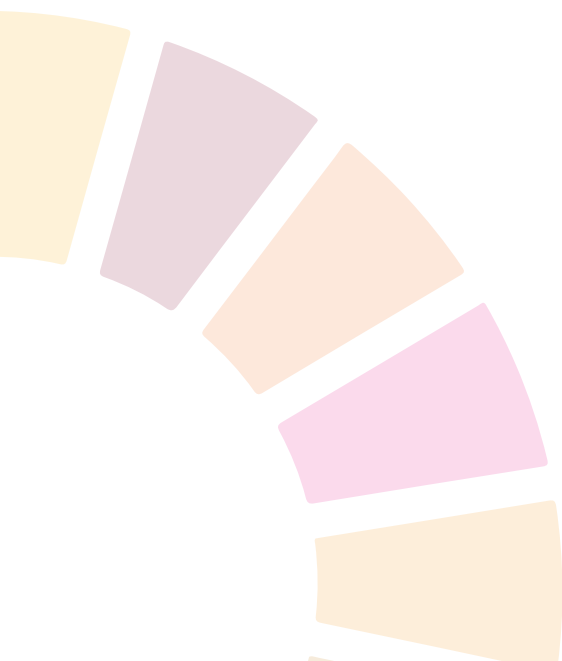
SOMMAIRE

Liste des acronymes	6
Introduction	8
I. Méthodologie et sources d'informations	9
II. Etat d'avancement et mesures prises pour l'atteinte de l'ODD 3	13
1. Santé maternelle et infantile	16
2. Situation nutritionnelle chez les enfants	19
3. Accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative	21
4. Accès aux vaccins et aux médicaments	23
5. Maladies transmissibles	26
6. Maladies non transmissibles	28
7. Santé mentale et prévention du suicide	29
8. Prévention et traitement de l'abus de substances psychoactives	30
9. Renforcement de la lutte antitabac	31
10. Réduction des décès et maladies dus à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol	32
11. Alerte rapide, réduction et gestion des risques sanitaires	34
12. Décès et blessures dus aux accidents de la route	35
13. Couverture Sanitaire Universelle	38
14. Financement de la santé	39
15. Renforcement des ressources humaines	41
16. Estimation de la distance restante à partir de 2019 avant d'atteindre la valeur-cible à l'horizon 2030	43
III. La pandémie de Covid-19 : effets et mesures prises	45
1. Effets sanitaires de la pandémie de COVID-19	46
2. Principales mesures pour faire face à la pandémie de la Covid-19	48
IV. Principaux défis pour réaliser l'ODD3	51
V. Principales recommandations	53
Conclusion	57

Liste des acronymes

ALD	Affection de Longue Durée
ALCS	Association de Lutte Contre le Sida
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVP	Accidents de la Voie Publique
CAPM	Centre Antipoison et de la Pharmacovigilance
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNOUSP	Centre National d'Opérations d'Urgences de Santé Publique
CROUSP	Centres Régionaux d'Opérations d'Urgences de Santé Publique
CNSS	Caisse Nationale de la Sécurité Sociale
DA	Division de l'Approvisionnement
DELM	Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DP	Direction de la Population
DPRF	Direction de la Planification et des Ressources Financières
DRH	Direction des Ressources Humaines
DCS	Dépenses Courantes de Santé
DTS	Dépense Totale de Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
EIS	Evaluation de l'Impact Sanitaire
EMRO	Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée Orientale
ENPSF	Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale
ESSP	Etablissements de Soins de Santé Primaire
FLS	Fondation Lalla Salma de Prévention et Traitement des Cancers
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HTA	Hyper Tension Artérielle
INDH	Initiative Nationale pour le Développement Humain
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISPITS	Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSPS	Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
MT	Maladies Transmissibles
NARSA	Agence Nationale de la Sécurité Routière

NMD	Nouveau Modèle de Développement
NU	Nations Unies
NV	Nouveaux Cas
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEC	Prise en Charge
PNI	Programme National d'Immunisation
PNLAT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
RAA	Rhumatisme Articulaire Aigu
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RSI	Règlement Sanitaire International
SARS-CoV-2	Coronavirus-2 du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
SNU	Système des Nations Unies
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USP	Unité de Santé Publique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



Introduction

Depuis 2016, l'Agenda 2030 encadre les efforts qui sont déployés au niveau national et international pour relever les grands défis en offrant un cadre de référence visionnaire pour l'édification d'un monde de prospérité durable, d'inclusion sociale et d'égalité, tout en préservant notre planète et en ne laissant personne pour compte. Il vise à concilier les dimensions écologique, économique et sociale afin d'établir un développement, économiquement efficace, socialement équitable et écologiquement soutenable.

Dans ce cadre, la santé se voit attribuer un objectif pouvant être considéré en soi comme un progrès par rapport aux OMD, l'ODD3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », dont la plupart des cibles requièrent des actions qui dépassent le secteur de la santé, nécessitant ainsi, des efforts multisectoriels et des collaborations pluridisciplinaires. C'est ainsi que considéré la santé dans toutes les politiques est l'approche la plus holistique permettant de tenir compte de la santé dans les décisions prises au niveau des autres secteurs.

Ce troisième objectif vise à assurer la santé et le bien-être de tous, en améliorant la santé maternelle et infantile, en réduisant les principales maladies transmissibles, non transmissibles, environnementales et mentales. Ces enjeux sanitaires pourront être réalisés à condition de mettre en place des systèmes de prévention, d'assurer un accès universel à une couverture médicale et aux services de santé, de soutenir la recherche et le développement de vaccins et de médicaments et d'améliorer la gestion des risques sanitaires.

C'est ainsi que l'engagement de notre pays dans l'atteinte des ODD à l'horizon de 2030, s'est concrétisé via une démarche participative et consensuelle plaçant les ODD au cœur des priorités stratégiques des chantiers de réformes lancés sous les Hautes Directives de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste.

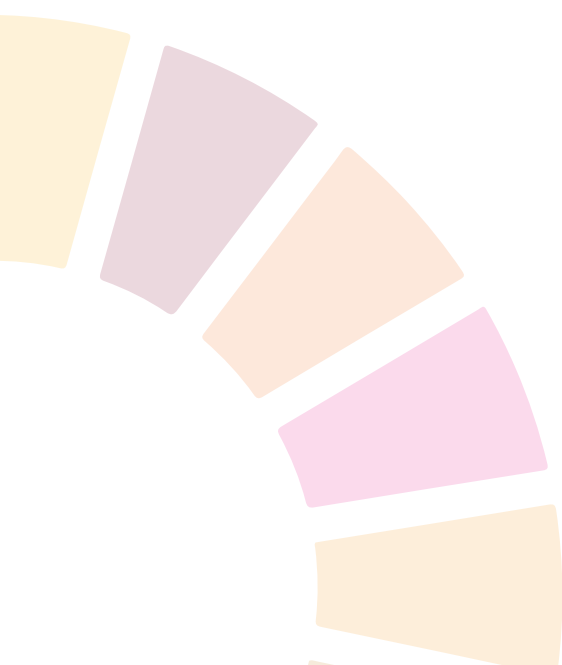
Il va sans dire que la refonte du système de santé au Maroc entre dans une phase décisive, dont l'objectif est la généralisation de la protection sociale, qui constitue un élément de base pour progresser vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et les ODD.

Dans ce sens, le Maroc a fait de grands progrès en matière d'accès aux services de santé, de réduction de la mortalité maternelle et infantile, la diminution des principales maladies transmissibles, l'inversion de la tendance face à l'épidémie de VIH, la diminution des décès dus au paludisme, soit des avancés ayant permis une augmentation significative de l'espérance de vie à la naissance et celle en bonne santé.

Toutefois, malgré ces efforts, des iniquités entre les régions et les catégories de la population persistent encore. De plus, l'année 2020, a connu la pandémie de la COVID-19, une crise sanitaire, économique et sociale sans précédent, menaçant la vie et rendant la réalisation des ODD encore plus difficile.

Le présent rapport présente un aperçu des progrès réalisés vers l'atteinte de l'ODD3 avant le début de la pandémie, et examine en outre les mesures visant à atténuer les effets de la pandémie sur l'atteinte des cibles spécifiques. Il dresse la situation à travers le cadre mondial des indicateurs de suivi-évaluation des ODD et cartographie les mesures politiques entreprises depuis 2016 pour le bien-être sanitaire de la population, tout en proposant des pistes d'amélioration visant l'atteinte de l'ODD 3.

I. Méthologie et sources d'informations



L'examen de la mise en œuvre de l'ODD3 est basé sur une analyse des progrès des indicateurs associés à chaque cible. Ces indicateurs sont, tout d'abord, ceux de l'ODD 3. Ils sont également ceux qui sont répartis dans les autres ODD et qui concernent des cibles sociales, économiques, environnementales et politiques, comme le montre la figure ci-dessous.

Ce rapport, a été élaboré sur la base des données recueillies des directions centrales du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS) et/ou auprès d'autres départements et instituts intervenant dans le système statistique national. Elles couvrent, autant que possible, la période 2015-2021. Le recours aux estimations de l'OMS permettra de remédier à certaines valeurs manquantes et garantir une comparabilité internationale.

Ces données permettront d'évaluer les progrès réalisés en matière de santé au Maroc et d'apprécier, sur la base des tendances dégagées au niveau national, dans quelles mesures les cibles fixées seront atteintes à l'horizon 2030. Ceci, permettra, entre autres, de relever les défis à affronter en vue d'accélérer le rythme de réalisation des cibles de l'ODD3 de l'Agenda 2030.

Afin d'évaluer les efforts consentis et ceux qui restent à déployer en vue de réaliser les cibles de l'ODD3, une mesure permettant de quantifier les progrès par rapport aux cibles déterminées est proposée. Il s'agit de la distance qui reste à parcourir pour atteindre la valeur cible en 2030, appelée ici « distance à la cible »¹.

Cette mesure représente la part qui reste à atteindre, depuis 2019, en pourcentage de l'écart initial entre la valeur de la cible fixée pour 2030 et la valeur de la cible de 2015. Ainsi, une valeur nulle signifie que la cible a été atteinte, alors qu'une valeur théorique de 1 signifie qu'aucun progrès n'est réalisé pour atteindre la valeur cible de 2030.

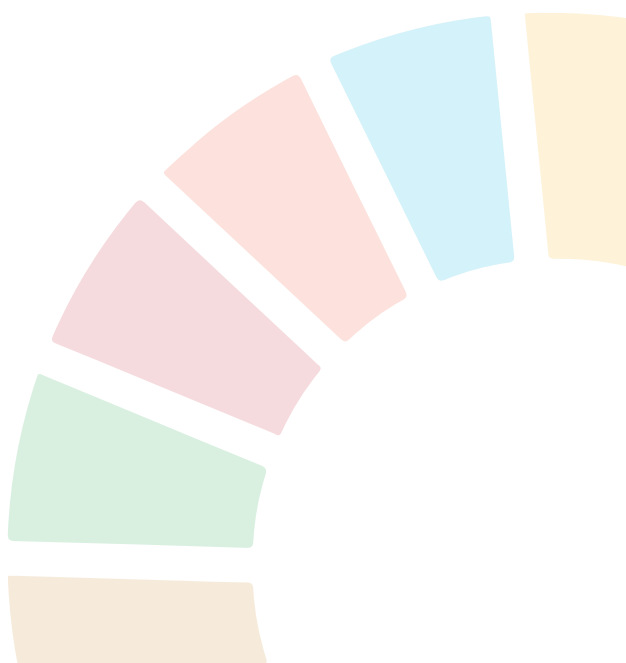
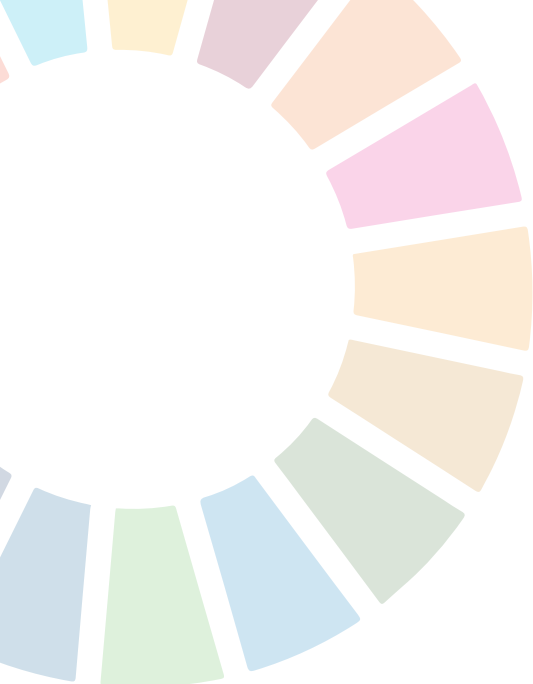
¹ Elle est calculée en tenant compte de la valeur de l'indicateur fixée pour 2030 par l'Agenda 2030, la valeur de la cible en 2019 et la valeur de la cible estimée en 2015, soit :

$$\text{Distance à la cible} = 100 \times \frac{\text{"Valeur-cible de l'ODD3"} - \text{"Valeur estimée en 2019"}}{\text{"Valeur-cible de l'ODD3"} - \text{"Valeur de la cible en 2015"}}$$

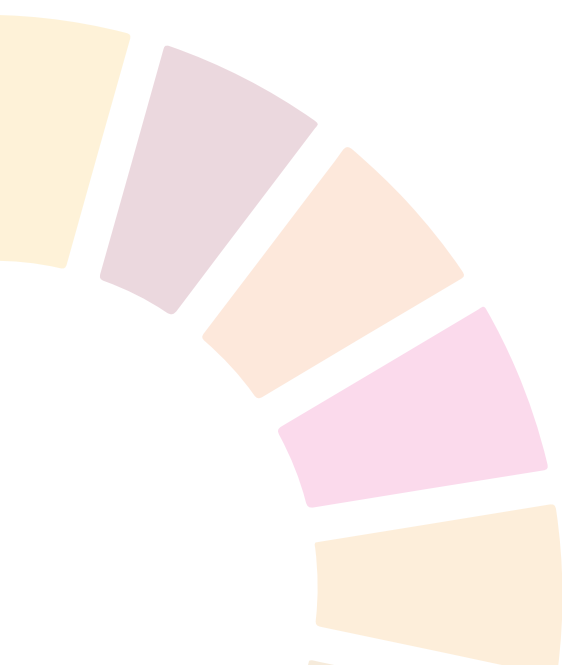
ENCADRE 1 : PLACE DE L'ODD 3 DANS LE PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DURABLE A L'HORIZON 2030

Objectif de développement durable 3: Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

Cibles environnementales	Cibles sociales	Cible 3.8 - Couverture sanitaire universelle			Cibles économiques	Cibles politiques
Objectif 6 6.1 : Eau potable 6.2: Assainissement 6.3: Qualité de l'eau Objectif 7 7.1 : Énergie propre Objectif 11 11.1: Logement 11.2: Transports 11.3:Établissements humains 11.5: Catastrophes 11.6: Villes Objectif 13 13.1: Risques climatiques 13.2:Changements climatiques	Objectif 1 1.3: Protection sociale Objectif 2 2.2: Malnutrition Objectif 4 4.1: Éducation 4.2: Développement du jeune enfant Objectif 5 5.2: Violence à l'égard des femmes 5.3: Mutilations génitales féminines Cibles de l'objectif de développement durable 3 (relatives aux services de santé)	Activités inachevées concernant les objectifs du Millénaire pour le développement 3.1 : Réduction de la mortalité maternelle 3.2 : Décès de nouveau-nés et enfants de moins de 5 ans 3.3 : Lutte contre les maladies transmissibles 3.4 : Maladies non transmissibles 3.5 : Usage de substances psychoactives 3.6 : Accidents de la route 3.7 : Santé et droits en matière de sexualité et de procréation 3.9 : Pollution	Nouvelles cibles 3.4 : Maladies non transmissibles 3.5 : Usage de substances psychoactives 3.6 : Accidents de la route 3.7 : Santé et droits en matière de sexualité et de procréation 3.9 : Pollution	Moyens de mise en œuvre 3.a : Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac 3.b : Recherche-développement 3.c : Main d'œuvre 3.d : Réduction des risques	Objectif 8 8.1 : Croissance économique 8.5: Emploi 8.8: Travailleurs migrants Objectif 9 9.1 : Infrastructures 9.c : Technologies de l'information et des communications Objectif 10 10.2 : Inclusion 10.4 : Égalité 10.7 : Migrations 10.b : Aide	Objectif 16 16.1 : Guerre 16.2 : Violence à l'égard des enfants 16.3 : Corruption 16.6 : Institutions 16.8 : Enregistrement des faits d'état civil et statistiques de l'état civil Objectif 17 17.1 : Mobilisation des ressources 17.3 : Planification 17.5 : Esprit d'initiative 17.16 : Partenariats 17.17 : Stratégies



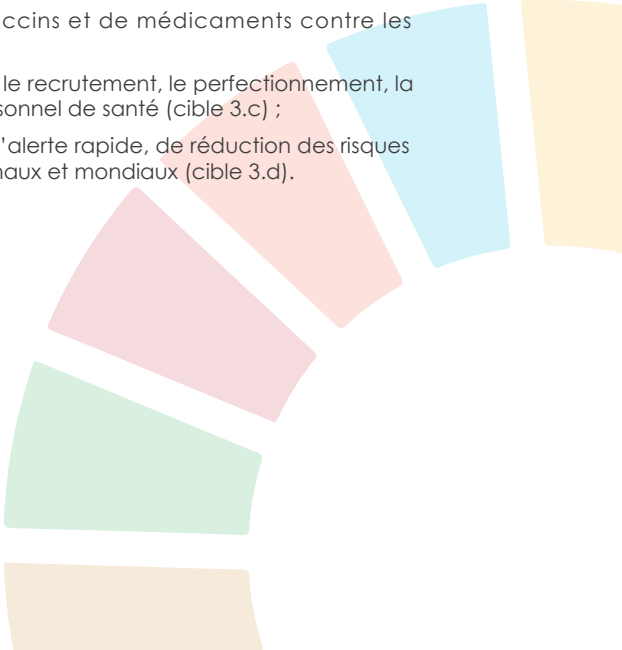
II. Etat d'avancement et mesures prises pour l'atteinte de l'ODD 3



La constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme : «un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé procède d'avantage d'un processus dynamique caractérisé par un équilibre instable dans lequel l'individu tente de composer avec son environnement, en vue d'optimiser son bien-être.

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, l'état de santé des marocains s'est régulièrement amélioré. Il se caractérise actuellement, d'une part, par une réduction des niveaux de fécondité et de mortalité qui annonce la transition démographique et d'autre part, par l'émergence d'une nouvelle structure de la charge de morbidité caractéristique d'une transition épidémiologique où les maladies non transmissibles prédominent.

Le Maroc a fait le choix de retenir, lors du processus de contextualisation, toutes les cibles de l'ODD 3 (13 cibles) comme étant pertinentes et prioritaires. L'analyse de ces cibles met en exergue 13 thématiques à savoir :

- Réduction de la mortalité maternelle (cible 3.1) ;
 - Elimination des décès évitables du nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans (cible 3.2) ;
 - 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 autres maladies transmissibles (cible 3.3).
 - Réduction du taux de mortalité prématurée (cible 3.4) ;
 - Renforcement de la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives (cible 3.5) ;
 - Diminution du nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route (cible 3.6) ;
 - Renforcement de l'accès à des services de santé sexuelle et procréative (cible 3.7) ;
 - Généralisation de la couverture sanitaire universelle (cible 3.8) ;
 - Réduction du nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol (cible 3.9) ;
 - Renforcement de l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac (cible 3.a) ;
 - Recherche et développement de vaccins et de médicaments contre les maladies transmissibles (cible 3.b) ;
 - Augmentation du budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé (cible 3.c) ;
 - Renforcement des moyens en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux (cible 3.d).
- 

Thématique	Cible de l'ODD 3
Mortalité maternelle	3.1 : D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes
Mortalité néonatale et infantile	3.2 : 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
Maladies transmissibles	3.3 : 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 autres maladies transmissibles
Maladies non transmissibles	3.4 : D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être
Conduites addictives	3.5 : Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool
Accidents de la route	3.6 : D'ici à 2030, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route
Santé sexuelle et procréative	3.7 : 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
Couverture sanitaire universelle	3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture santé universelle, 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
Santé-environnement	3.9 : D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol
Tabac	3.a : Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac
Recherche, accès aux vaccins et médicaments	3.b : Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement, pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments, de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord sur les ADPIC qui ménagent une flexibilité à cet effet
Budget et personnel de santé	3.c : Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement
Sécurité sanitaire	3.d : Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux

1. Santé maternelle et infantile

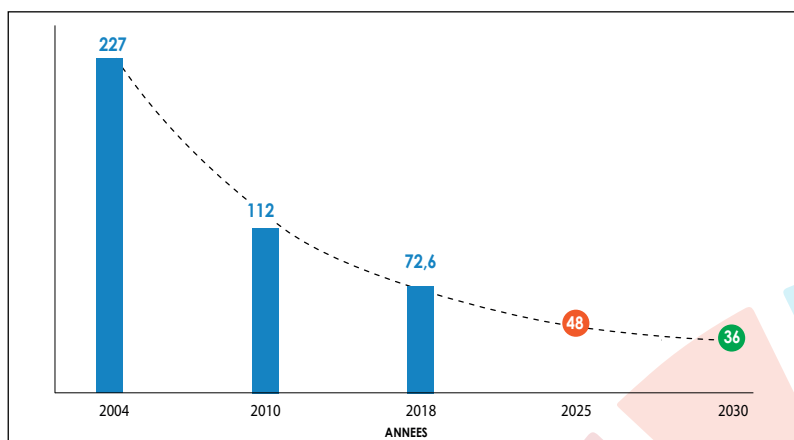
Au Maroc, les progrès réalisés en matière de promotion de la santé maternelle et infantile au cours des dernières années sont indéniables. Les efforts déployés pour améliorer la santé de la mère ont permis une réduction du ratio de la mortalité maternelle de 112 à 72,6 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (NV), soit une réduction de 35% entre 2010 et 2018. De plus, le MSPS a fixé comme objectif de baisser ce taux à 48 décès pour 100 000 NV à l'horizon 2025 et à 36 en 2030.

Par milieu de résidence, plusieurs mesures ont été entreprises pour réduire les disparités spatiales afin de combattre les inégalités vis-à-vis de l'accès aux services de soins de santé génésique et de soins de la mère et du nouveau-né et de leur qualité. Cependant, des disparités importantes persistent en termes du niveau de mortalité maternelle entre milieu urbain (44,6 décès pour 100 000 NV) et milieu rural (111,1 décès) : la réduction annuelle de la mortalité maternelle est de 7,9% en milieu urbain contre seulement 4,7% en milieu rural.

Ces résultats sont dus, en grande partie, au développement de l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié dont la proportion a connu une augmentation de 13 points passant de 73,6% en 2011 à 86,6% en 2018 au niveau national (indicateur 3.1.2), de 92,1% à 96,6% en milieu urbain et de 55% à 74,2% en milieu rural (selon l'enquête nationale ENSPF 2018).

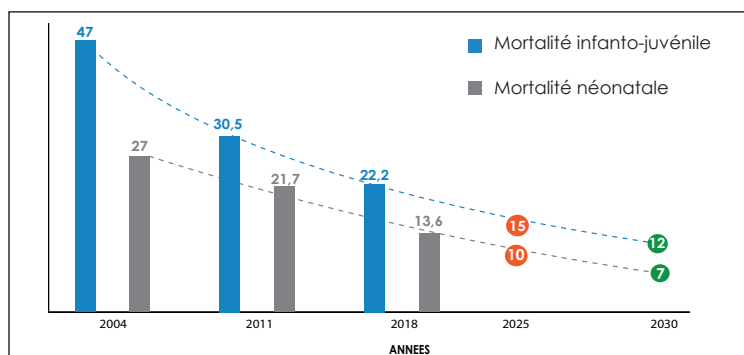
Aussi, la proportion des femmes ayant bénéficié des consultations prénatales auprès d'un personnel qualifié est passée de 77.1% à 88.5% entre 2011 et 2018, soit une amélioration de 11%.

Graphique 1 : Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes
(2004 à 2018 et cibles pour 2025 et 2030)



La mortalité infanto-juvénile a connu aussi une baisse significative de 27% entre 2011 et 2018 en passant de 30,5 à 22,2 pour 1000 NV. Il en est de même pour le taux de mortalité néonatale qui a enregistré une diminution de 38% en passant de 21,7 pour 1000 NV en 2011 à 13,6 pour 1000 NV en 2018. A ce titre, le MSPS a fixé des cibles pour ces deux indicateurs à l'horizon 2030 qui s'établissent respectivement pour la mortalité infanto-juvénile et néonatale à 12 et 7 décès pour 1000 NV. Il est par ailleurs important de souligner que le recueil de données actualisées sur les principales causes de décès et l'amélioration du registre de l'état civil permettront d'assurer le suivi-évaluation des contraintes liées aux conditions de l'accouchement et de la prise en charge néonatale notamment dans les zones enclavées.

Graphique 2 : Evolution des taux de mortalité néonatale et infanto-juvénile
(2004 -2018 et cibles pour 2025 et 2030)



Ces résultats ont été enregistrés grâce au renforcement des soins de santé primaires et à la conjugaison de plusieurs politiques, stratégies, programmes et actions et qui ont eu un impact sur l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant. Parmi lesquels, on peut citer :

● **La Politique Nationale Intégrée de Santé de l'Enfant (PNISE):**

Comme une composante clé pour garantir à tous les enfants, de la naissance à 18 ans, un développement, un bien-être et un état de santé de manière globale et équitable. La politique représente un cadre de référence de l'ensemble des mesures à consolider, à renforcer ou à intégrer d'ici 2030 afin que tout enfant puisse jouir de son droit à la santé, permettant ainsi une synergie entre les différentes politiques et stratégies thématiques et sectorielles qui peuvent influencer la santé de l'enfant. Cette politique a été déclinée en un Plan d'Action Stratégique National Multisectoriel pour la période 2021-2025.

● **La Stratégie d'élimination des décès évitables des mères et des nouveau-nés (2017-2021):**

Cette stratégie sous le slogan de « Toute mère et tout nouveau-né comptent » vise la consolidation des acquis et la synergie des actions pour l'élimination des décès évitables des mères et des nouveau-nés. Elle ambitionne d'assurer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des interventions efficaces aux niveaux primaire, secondaire, tertiaire et communautaire. Le paquet d'interventions efficaces a pour objectif d'éliminer les principales causes de décès maternels (l'hémorragie, l'éclampsie, pré-éclampsie et l'infection...) et néonataux (la prématurité, l'asphyxie et les infections).

● **Le Système de Surveillance des Décès Maternels :**

Instauré depuis 2009, le système de surveillance de décès maternels est passé par plusieurs étapes pour arriver aujourd'hui à une certaine maturité. A ce titre, on cite l'intégration de l'audit clinique des décès néonataux, la digitalisation du système et sa régionalisation. C'est un outil de renforcement du pilotage et de gouvernance qui a permis de disposer de données fiables sur les décès maternels, d'améliorer les programmes de santé maternelle et la qualité des soins et de renforcer la coordination à tous les niveaux en vue d'atteindre Zéro décès maternels évitables.

● **Le Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA) :**

Il vise à réduire la mortalité maternelle, la mortalité néonatale et certains états morbides secondaires à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum. Il ambitionne d'atteindre une couverture prénatale et d'accouchement en milieu surveillé satisfaisante et d'améliorer la qualité de prise en charge des femmes qui présentent des complications obstétricales et la qualité de soins au nouveau-né. Il est basé sur le contrôle professionnel de l'accouchement et sur la qualité des soins obstétricaux par la standardisation des actes lors de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

néonataux d'urgences ;

Dans le cadre de ces politiques et stratégies l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, plusieurs actions ont été mises en œuvre dont notamment:

- La consolidation de la politique de l'exemption des soins obstétricaux et néonataux d'urgences ;
- L'amélioration de la qualité de prise en charge des complications obstétricales;
- Le renforcement du pilotage régional du programme d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle ;
- Le renforcement de la qualité de la prise en charge 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, notamment dans le contexte Covid-19 ;
- Le renforcement du pilotage régional des actions en faveur de la santé de la mère et de l'enfant ;
- La révision du modèle des soins prénatals pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals selon les dernières recommandations de l'OMS adaptée au contexte marocain (passage de 4 CPN à 8 visites) ;
- Le renforcement des activités de dépistage néonatal par l'extension du dépistage de l'hypothyroïdie congénitale et la préparation du lancement de la phase pilote de la surdité chez l'enfant ;
- Consolidation de l'implantation des examens systématiques du suivi du développement de l'enfant ;
- Promotion des soins attentifs et de stimulation pour la promotion du développement de la petite enfance ;
- Renforcement des compétences des professionnels de santé à travers les directives et guides pratiques de prise charge de l'enfant ;
- La promotion de la parentalité positive en adoptant l'approche : « classe des parents au service de la petite enfance » qui est une éducation parentale axée sur cinq dimensions : la santé, la nutrition, la protection, la stimulation et l'apprentissage.

● Initiative nationale pour le développement humain et santé maternelle et infantile :

Dans le cadre de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH), initiée par S.M. Le Roi Mohammed VI, que Dieu l'Assiste, le MSPS, le Ministère de l'Intérieur et l'UNICEF ont signés un accord-cadre tripartite en 2019 qui donne un nouvel élan aux efforts visant l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Maroc à travers le renforcement des systèmes de santé communautaire. Cet accord s'articule autour de la mise en place d'un dispositif de santé communautaire qui permet :

- L'amélioration du dispositif communautaire en santé à travers le développement et le renforcement des systèmes de soins de santé primaires via des interventions communautaires, basés sur les personnes relais communautaires ; en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires ;
- La promotion de l'accès aux services de nutrition et de santé maternelle, néonatale et infantile ;
- Le soutien du développement de l'enfant dans les 1000 premiers jours de la vie de l'enfant ;
- La contribution à la réduction de la mortalité maternelle, néo-natale et infanto-juvénile ;
- La contribution à la généralisation du suivi prénatal et postnatal dans les zones rurales et/ou reculées ;
- La facilitation de l'accès à l'accouchement en milieu surveillé ;
- L'amélioration de l'offre de soins à destination des nouveau-nés.

2. Situation nutritionnelle chez les enfants

La nutrition des enfants de moins de 5 ans a connu une amélioration continue au Maroc. Entre 2004 et 2018, les formes sévères de malnutrition ont reculé, ainsi l'insuffisance pondérale est de de l'ordre de 2.9% en 2018 contre 3.1 % en 2011 et 10.2% en 2004. De plus, l'émaciation (indicateur 2.2.2) est passée de 9,3 % en 2004 à 2.6% en 2018, et à un degré moindre, le retard de croissance (indicateur 2.2.1) est passé de 18,1 % à 15.1 % pour la même période.

A l'opposé de ces manifestations, les enfants sont également touchés par le surpoids et l'obésité. En 2018, 10,8% des enfants âgés de moins de 5 ans étaient en surpoids dont 2.9% souffrent d'obésité. Cette proportion d'enfants atteints de surpoids était de 10.7% en 2011 et 10.4% en 2004. Par sexe, le surpoids et l'obésité touchent plus les garçons que les filles, 12.3% contre 9.2% pour le surpoids et 3.6% contre 2.2% pour l'obésité. Selon le milieu de résidence, l'urbain est plus frappé par le surpoids que le milieu rural (11.7% contre 9.7%).

Le tableau ci-dessous montre l'évolution de l'état de nutrition chez les enfants de moins de cinq ans entre 2003-2004 et 2018 selon les enquêtes nationales sur la population et la santé de famille.

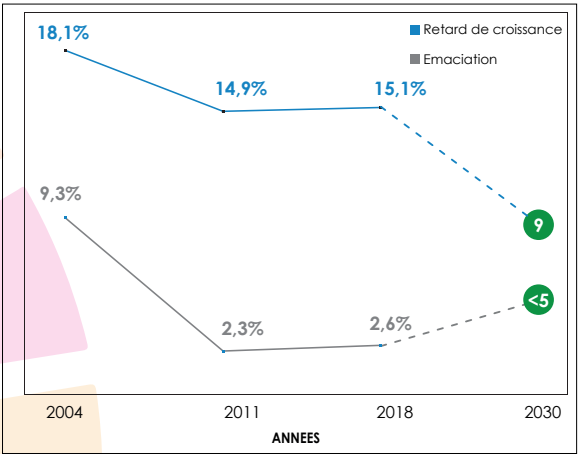
Tableau 1 : Évolution de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans 2004- 2018.

Formes de malnutrition	Année	%
Insuffisance pondérale	2004	10,2
	2011	3,1
	2018	2,9
Retard de croissance	2004	18,1
	2018	15,1
Emaciation	2004	9,3
	2018	2,6
Surpoids	2004	10,4
	2011	10,7
	2018	10,8
Obésité	2004	2,9
	2018	3,0

Source : MSPS : ENPSF 2004, 2011 et 2018.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution conséquente du statut anthropométrique chez les enfants de moins de cinq ans entre 1987 et 2018 ainsi que les cibles prévisionnelles nécessitant des efforts supplémentaires pour être au rendez-vous des ODD.

Graphique 3 : Évolution de l'état nutritionnel des enfants 2004-2018 et cibles pour 2030



Ces résultats confirment que le Maroc est confronté à une transition nutritionnelle et épidémiologique caractérisée par la persistance des problèmes nutritionnels de type carenciel et l'émergence des troubles liés au surpoids et l'obésité, considérés comme un facteur de risque des maladies non transmissibles.

Pour faire face à cette situation, le MSPS a mis la nutrition au cœur de ces actions phares avec la mise en place des différentes actions notamment :

- Equipement des Etablissements de Soins de Santé Primaire (ESSP) en matériel de dépistage des troubles nutritionnels ;
- Couverture de plus de 90% des femmes enceintes et des enfants de moins de 2 ans en micronutriments selon le calendrier national de supplémentation ;
- Renforcement du programme de fortification de la farine en fer et acide folique et redynamisation du programme de lutte contre les troubles dus à la déficience en iode avec l'adoption d'une nouvelle feuille de route d'ici 2025 ;
- Signature d'un accord entre le Ministère de l'Intérieur/INDH, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale et l'Unicef pour l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile et lutter contre le retard de croissance et les carences en micronutriments ;
- Elaboration et diffusion du plan opérationnel de prévention et du contrôle du surpoids et de l'obésité chez les enfants et accompagnement des régions pour sa mise en œuvre ;
- Développement des modules de formation sur les Recommandations des bonnes pratiques nutritionnelles chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Renforcement des compétences en matière de nutrition (Alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant, Nutrition communautaire, nutrition durant la pandémie du Covid-19...) ;
- Intégration de la composante nutrition dans le milieu scolaire (mise en place du programme d'éducation nutritionnelle (sihaty fi taghdiaty), renforcement de la nutrition dans le cursus)
- Organisation des campagnes nationales de promotion de la nutrition durant le cycle de vie.

L'institutionnalisation du Programme National de Nutrition (PNN) vient pour consolider les acquis de la Stratégie Nationale de Nutrition (2011-2019). Il s'aligne parfaitement avec les recommandations des Agences des Nations Unies et offre aux professionnels de santé et aux autres acteurs œuvrant dans ce domaine, un cadre national de référence en vue d'aboutir à une amélioration du statut nutritionnel de la population marocaine et de contribuer à assurer leur bien-être physique, mental et psycho-social.

Par ailleurs, en 2019, 34,4%² des femmes âgées de 15-49 ans sont anémiques (indicateur 2.2.3) dont 15,6% présentent une anémie modérée à grave. Aussi, 30,3% des femmes présentent une carence en fer et 49,7% des femmes anémiques ont une carence en fer. Cependant, la comparaison par rapport à l'enquête de 2000 a clairement montré une baisse significative de l'anémie ferriprive qui était de l'ordre de 56,9%.

² Enquête nationale sur les micronutriments-2019/MSPS

3. Accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative

Au Maroc, la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) est une priorité nationale et un engagement qui s'est concrétisé à travers la souscription aux différentes déclarations et accords internationaux, y compris les ODD et plus récemment la déclaration de Nairobi sur la CIPD25 (Conférence Internationale sur la Population et le Développement) en 2019. Les réformes et chantiers en cours constituent de véritables opportunités pour le renforcement des actions en faveur de la SSR, notamment la constitutionnalisation du droit d'accès aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat (article 31 de la Constitution 2011).

D'importants progrès en ce qui a trait à l'amélioration de la SSR ont été réalisés grâce à la mise en œuvre de différents plans d'action, stratégies et programmes de santé ciblant ses différentes composantes.

La réduction significative de la mortalité maternelle, néonatale et infantile s'explique, en grande partie, par la baisse de la fécondité, l'amélioration du suivi de la grossesse, de l'accouchement en milieu surveillé et du suivi du postnatal. Sur le plan démographique, l'évolution des taux de fécondité et de l'indice synthétique de fécondité (ISF) traduit une tendance générale à la baisse de la fécondité. Ainsi, l'ISF est passé de 2,6 enfants par femme en 2011 à 2,4 en 2018.

En matière de planification familiale, la prévalence contraceptive parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans est passée de 67,4% en 2011 à 70,8 % en 2018. Cette contraception reste dominée par la pilule (48,4% en 2011 contre 48,7% en 2018), alors que le dispositif intra utérin ne représente que 4,6% en 2018 (4,2% en 2011). A ce titre, la baisse notée en matière des besoins satisfaits en méthodes contraceptives modernes (indicateur 3.7.1) (70,6% en 2018 contre 72,4% en 2011) avec une augmentation de l'utilisation de la contraception par toutes méthodes confondues est expliquée par une légère augmentation de l'utilisation des méthodes traditionnelles et des besoins non satisfaits en planification familiale.

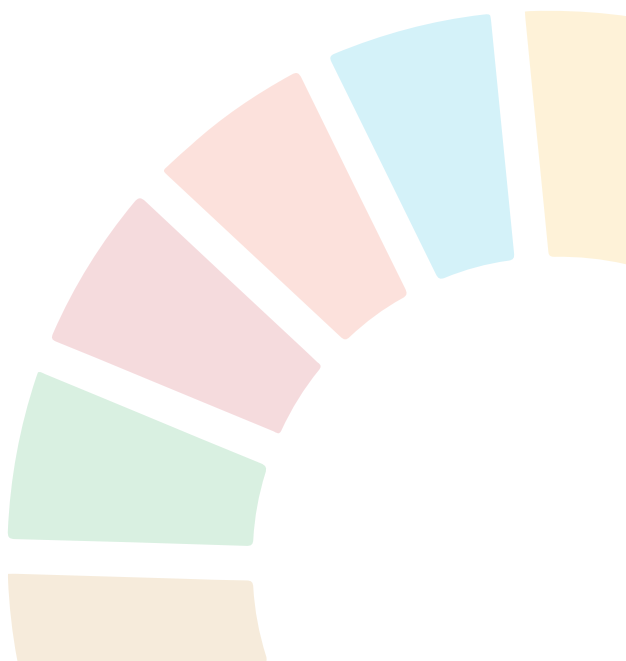
Par ailleurs, le taux de fécondité chez les adolescentes (15 à 19 ans) a connu une baisse importante entre 2011 et 2018 passant de 32 à 19,4 naissances pour 1000 adolescentes. Cependant, les efforts déployés en matière de l'accès des adolescents et jeunes à des informations exactes, à une éducation sexuelle appropriée et à des services adaptés en matière de SSR devraient être renforcés.

Les programmes de santé relatifs à la SSR se sont, également, vus renforcés par l'intégration de la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus qui a permis la généralisation de la détection précoce du cancer du sein au niveau national et l'extension de la détection précoce du cancer du col de l'utérus au niveau d'environ deux tiers des provinces et préfectures. En matière de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des enfants, un programme national de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence est institutionnalisé depuis 2017, en plus de l'édification de la loi 103.13 entrée en vigueur en septembre 2018. D'autre part, le Maroc a entamé un processus d'amélioration de la prise en charge des couples en situation d'infertilité à travers l'adoption, en 2019, de la loi 47/14 relative à l'assistance médicale à la procréation.

Toutefois, les avancées enregistrées n'ont pas profité au même degré à tous les groupes de la population puisqu'il existe des écarts majeurs au sein et entre les différentes régions affectant invariablement les femmes et les enfants issus des milieux socio-économiques défavorisés, ainsi que les personnes vivant en milieu rural. D'un autre côté, de nouveaux problèmes liés à la SSR émergent.

Ainsi, dans le cadre de la poursuite des efforts visant à améliorer la SSR, plusieurs actions ont été mises en œuvre dont les principales sont les suivantes :

- ● Organisation d'un forum national sur l'intégration de la santé sexuelle et reproductive dans les politiques, dans les programmes et dans les services ;
- ● Élaboration de la nouvelle Stratégie Nationale de Santé Sexuelle et Reproductive 2021-2030 ;
- ● Élaboration d'un référentiel national en matière de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive durant le cycle de vie ;
- ● Élaboration d'un manuel en matière de soins et services pré-conceptionnels ;
- ● Élaboration d'un référentiel national adapté du self care en santé sexuelle et reproductive ;
- ● Implantation d'un modèle digital de relance/Communication en santé sexuelle et reproductive dans un site pilote ;
- ● Extension de l'introduction de l'implant contraceptif au niveau régional.



4. Accès aux vaccins et aux médicaments

Le Maroc a enregistré des taux très élevés de couverture vaccinale, indépendamment du type de vaccin considéré, avec 90,6% d'enfants âgés de 12-23 mois qui sont complètement vaccinés en 2018, soit une amélioration de +2,9 points par rapport à 87,7% de l'enquête de 2011.

Par milieu de résidence, cette proportion s'est élevée à 96,2% en milieu urbain contre 86,1% en milieu rural.

Ces progrès sont attribués en particulier au Programme National d'Immunisation qui a permis une couverture vaccinale équitable et gratuite pour tous les enfants de moins de 5 ans et toutes les femmes en âge de procréation.

Tableau 2 : Pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu des vaccins déterminés selon la carte de vaccination de l'enfant, ENPSF-2018

Milieu de résidence	% ayant une carte de vaccination	BCG	VP01	VP02	VP03	PENTA1	PENTA2	PENTA3	RR1	Vaccination complète
Urbain	87,6	100	99,9	99,3	98,9	99,5	98,7	98,7	97,6	96,3
Rural	85,8	99,6	98,9	94,6	96,6	99,0	98,0	96,5	93,5	92,7
Ensemble	86,7	99,8	99,4	98,8	97,8	99,3	98,4	97,6	95,6	94,5

Pourtant, le Maroc est le premier pays de la Région EMRO à obtenir la certification d'élimination du Tétanos Néonatal depuis 2002 selon le protocole de l'OMS/EMRO. Par ailleurs, aucun cas de poliomyélite et de diphtérie n'a été enregistré respectivement depuis 1987 et 1991. Plus récemment, le Maroc est reconnu par l'OMS parmi les pays en voie d'élimination de la rougeole et du syndrome de la rubéole congénitale.

Pour consolider ces acquis, le MSPS a, d'une part, veillé à la disponibilité continue des vaccins au niveau des établissements de santé tout en renforçant davantage les équipements de la chaîne de froid et, d'autre part, mis en place un plan d'introduction de la vaccination (contre le virus du papillome humain (anti-HPV) ³.

En outre, il a entrepris les mesures nécessaires pour assurer un approvisionnement continu en vaccins durant la pandémie du Covid-19, tout en lançant une campagne de communication pour la continuité du programme de la vaccination en période de la Covid-19 et ce, selon le calendrier national de vaccination.

Il convient de noter que le Maroc a adopté une approche anticipative pour la gestion de la pandémie de Covid-19 en passant par la participation aux essais cliniques, la conclusion d'accords avec des laboratoires visant à diversifier ses sources d'acquisition en vaccins, à l'élaboration de la stratégie nationale de vaccination anti-SARS-COV2 et l'institution d'un comité scientifique et technique pour la vaccination anti-SARS-COV2.

Dans ce cadre, le Maroc a lancé, en juillet 2021, un projet de fabrication locale du vaccin chinois Sinopharm contre le Covid-19, qui vise à court terme une capacité de production de 5 millions de doses par mois et d'anticipation des capacités industrielles pour une fabrication locale de vaccins.

³ La vaccination contre les cancers génitaux et autres maladies causées par les virus HPV est recommandée aux adolescents entre 11 et 14 ans qui souhaitent se protéger contre un risque fréquent (verrues génitales) ou rare mais grave (cancers génitaux, de la bouche ou de la gorge).

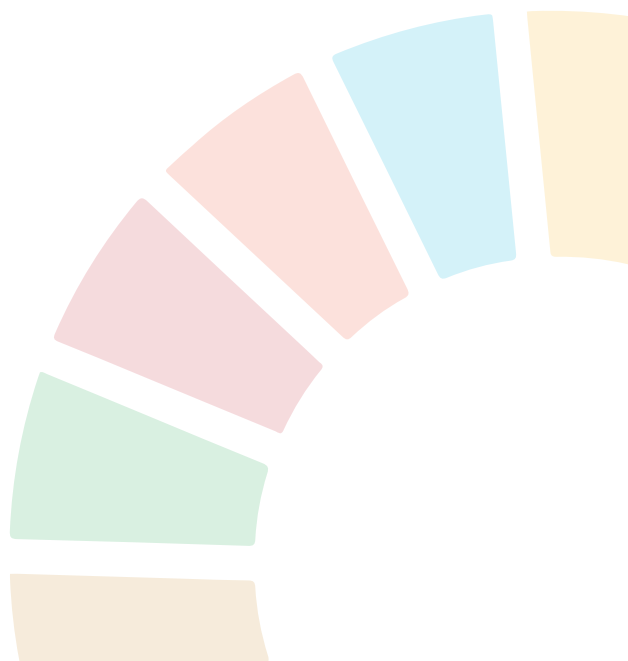
En parallèle, et suite à l'initiative volontariste de Sa Majesté le Roi Mohammed VI que Dieu l'assiste pour faire face à la propagation de cette pandémie, le MSPS mène jusqu'à ce jour une vaste campagne nationale de vaccination contre Covid 19.

Par ailleurs, pour assurer la disponibilité des médicaments et des produits de santé accessibles à la population au niveau des établissements de santé, le budget du MSPS dédié aux médicaments a connu une augmentation considérable passant de 670 Millions de dirhams en 2001 à plus de 2 Milliards de dirhams ces dernières années.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale, le MSPS a réduit le prix d'environ 1000 médicaments en 2019-2020 afin d'améliorer l'accessibilité aux médicaments, et garantir l'accès aux médicaments pour tous les citoyens. Cette réduction a touché les médicaments utilisés dans le traitement de maladies chroniques, telles que les maladies respiratoires, certaines maladies inflammatoires, les maladies infectieuses, les maladies digestives et les antibiotiques, ainsi que certains types de cancers. Sachant qu'après la promulgation du décret relatif aux conditions et modalités de fixation des prix, le MSPS a procédé à la réduction des prix de plus de 3600 médicaments.

De même, pour renforcer davantage l'accès aux médicaments, le MSPS poursuit ses efforts pour promouvoir l'utilisation de médicaments génériques et la promotion de l'industrie pharmaceutique nationale, notamment la fabrication locale de la version générique du médicament à base de «Sofosbuvir», mis sur le marché marocain à un prix parmi les plus bas au niveau mondial, mesure qui contribuera certainement à la perspective d'éradication de l'Hépatite « C ».

En plus, au titre de la loi de finances 2020, plusieurs médicaments ont été exonérés de Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) à savoir les médicaments contre la méningite (Méningite), les vaccins et les médicaments destinés à traiter la fertilité et la sclérose en plaques, ainsi que les médicaments dont le prix dépasse 588 dirhams.



FAITS SAILLANTS

ENCADRE 2 : Santé Maternelle, Infantile et Santé de la Reproduction



- Réduction notable du ratio de la mortalité maternelle de 112 à 72,6 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, soit une réduction de 35% entre 2010 et 2018;
- Amélioration du taux d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié en passant de 73,6% en 2011 à 86,6% en 2018;
- Baisse importante du taux de la mortalité infanto-juvénile en passant de 30,5 pour 1000 naissances vivantes en 2011 à 22,2 naissances vivantes en 2018 soit une baisse de 27% ;
- Réduction du taux de mortalité néonatale en passant de 21,7 pour 1 000 naissances vivantes en 2011 à 13,6 naissances vivantes en 2018 soit une réduction de de 38% ;
- L'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 3.1 % en 2011 à 2.9% en 2018 ;
- Le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 18,1 % en 2004 à 15.1 % en 2018 ;
- L'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 9,3% en 2004 à 2,6% en 2018 ;
- Baisse de la fécondité des adolescentes (15-19 ans) de 32 à 19,4 pour 1000 femmes;
- Amélioration de la proportion des femmes ayant bénéficié des consultations prénatales auprès d'un personnel qualifié en passant de 77.1% en 2011 à 88.5% en 2018, soit une amélioration de 11% ;
- Le taux de prévalence contraceptive parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans est passé de 67.4% en 2011 à 70.8 % en 2018 ;
- La proportion d'enfants âgés de 12-23 mois complètement vaccinés s'élève à 90,6% en 2018, soit une amélioration de +2,9 par rapport à 2011 ;
- Mis en place d'un plan d'introduction de la vaccination (contre le virus du papillome humain (anti-HPV) ;
- Plusieurs stratégies et programmes ont été élaborés et mis en œuvre à savoir :
 - La Politique Nationale Intégrée de Santé de l'Enfant (PNISE) à l'horizon 2030 ;
 - La Stratégie Nationale de Santé Sexuelle et Reproductive 2021-2030 ;
 - Le Plan d'Action Stratégique National Multisectoriel de la santé de l'enfant pour la période 2021-2025 ;
 - La Stratégie d'élimination des décès évitables des mères et des nouveau-nés ;
 - Le Système de Surveillance des Décès Maternels ;
 - Le Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA).
 - Initiative Nationale pour le Développement Humain et santé maternelle et infantile;
 - Le Programme National d'Immunisation ;
 - L'institutionnalisation du Programme National de Nutrition (PNN) ;
 - La Stratégie Nationale de Nutrition.

5. Maladies transmissibles

Sur le plan épidémiologique, la transition épidémiologique au Maroc est marquée par un net recul des maladies transmissibles grâce à la poursuite de la mise en œuvre d'une stratégie de riposte aux maladies transmissibles et des programmes nationaux de prévention, de l'élargissement de la couverture sanitaire et de l'amélioration du niveau de vie des citoyens.

A ce titre, le Maroc a atteint des résultats probants en matière de riposte au Sida selon les dernières estimations de l'épidémie réalisées par le MSPS et l'ONUSIDA : le nombre de nouvelles infections à VIH (Indicateur 3.3.1) reste faible dans la population générale, il est de 0,02 pour 1000 personnes séronégatives en 2020 (contre environ 0,03 pour 1000 personnes séronégatives en 2015).

Dans ce sillage, le MSPS a adopté le Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2021-2023 qui a pour objectif l'accélération de la riposte au Sida pour atteindre l'objectif des « 90-90-90 : traitement pour tous » en 2023, recommandé par l'ONUSIDA, soit 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90% de celles qui connaissent leur statut bénéficient du traitement antirétroviral et 90% de celles sous traitement arrivent à la suppression virale. De plus, les efforts déployés dans le cadre du Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA « Plan d'extension 2023 », ont permis d'atteindre, durant l'année 2020, une proportion de 81% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui connaissent leur statut sérologique dont 92% sont mis sous traitement ARV. L'atteinte de cet objectif permet de converger vers l'élimination de l'épidémie en 2030, conformément aux engagements pris dans le cadre des ODD.

Aussi, et pour renforcer les efforts de réduction de l'incidence du VIH, le MSPS a signé une convention de partenariat avec les sages-femmes privées pour l'élimination de la transmission mère enfant du VIH et de la syphilis et la mise en place d'une procédure exceptionnelle de dispensation du traitement antirétroviral (ARV) avec l'Association de lutte contre le Sida (ALCS).

Il est essentiel de rappeler que la riposte nationale au VIH-Sida, à la tuberculose et au paludisme a été organisée et coordonnée dans le cadre de stratégies nationales de lutte contre ces trois infections, impliquant les départements gouvernementaux et la société civile et bénéficiant de l'appui de différents partenaires, et ce, en cohérence avec les engagements internationaux de notre pays.

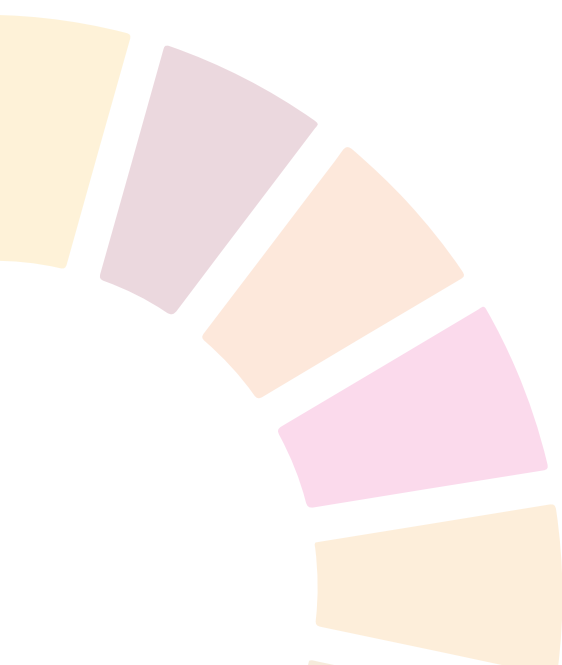
S'agissant de l'incidence annuelle de la tuberculose (indicateur 3.3.2), toutes formes confondues, elle est passée de 102 cas pour 100 000 habitants en 2015 à 98 cas en 2020. La lutte antituberculeuse a toujours été considérée comme une intervention sanitaire prioritaire dans toutes les politiques de santé mises en place par le MSPS. C'est ainsi que le Maroc dispose d'un réseau important de centres spécialisés dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose et des maladies respiratoires, outre les autres établissements de santé et les cliniques privées. Dans ce cadre, le programme national de lutte contre la tuberculose a élaboré le Plan Stratégique National pour la période 2018-2021 qui a été étendu pour couvrir la période 2021-2023 qui vise la réduction à 60% le nombre de décès lié à la tuberculose par rapport à l'année 2015.

En parallèle, une dématérialisation du système d'information et la conclusion de conventions de partenariat avec les représentants du secteur privé ont vu le jour. Ces efforts se sont traduits par une baisse du nombre de cas de tuberculose notifiés en 2020 par rapport à 2019 (-6%).

En ce qui concerne le paludisme, le programme national de lutte contre le paludisme qui a démarré en 1965, a permis après plusieurs décennies de lutte, la réduction du nombre de cas de 30 000 enregistrés en 1965 à 100 cas en 1998 et l'arrêt définitif de la transmission depuis l'année 2004. Depuis 2005, aucun cas autochtone n'a été détecté au niveau national, permettant au Maroc d'être certifié par l'OMS comme pays indemne du paludisme, depuis mai 2010. Néanmoins, notre pays continue, d'enregistrer une moyenne de 450 cas de paludisme importé parmi les voyageurs marocains et étrangers se rendant aux pays endémiques et qui ne respectent pas les mesures de prévention, telle la chimio prophylaxie du paludisme. A ce titre, le MSPS a mis en œuvre une stratégie de prévention de la réintroduction du paludisme au Maroc, dont les principaux axes d'intervention s'articulent autour du dépistage et de la prise en charge précoce et gratuite des cas importés, du maintien de la surveillance et de la lutte contre le vecteur du paludisme dans le cadre de la gestion intégrée de la lutte anti vectorielle et du conseil aux voyageurs.

Pour l'hépatite virale B, l'incidence a baissé de 12 cas en 2016 à 10 cas pour 100 000 en 2019 (indicateur 3.3.4). Dans ce cadre, le MSPS a lancé la première enquête nationale de séroprévalence sur les hépatites virales (HV) qui a pour objectif principal de préciser la séroprévalence des HV chez la population générale âgée de cinq ans et plus et fournira à son terme, des données épidémiologiques fiables sur les HV au Maroc.

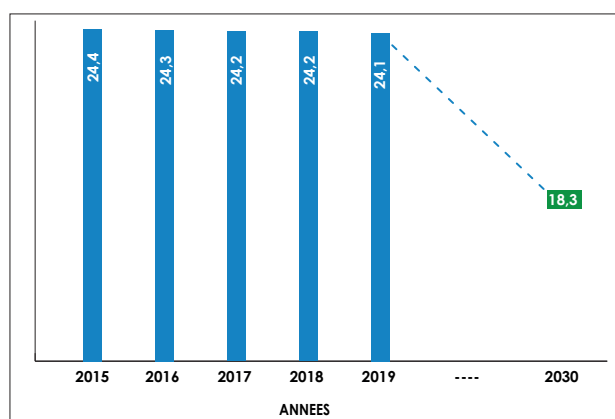
Par ailleurs, l'indicateur portant sur les interventions contre les maladies tropicales négligées (indicateur 3.3.5) a été rapproché par le nombre de personnes ayant reçu un traitement contre la leishmaniose. En effet, le nombre de personnes prise en charge s'élève à 3774 personnes en 2020 contre 2813 en 2015.



6. Maladies non transmissibles

La transition épidémiologique que le Maroc a connue s'est traduite par un poids de plus en plus lourd des maladies non transmissibles (MNT) sur le système national de santé en particulier les cancers, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques. Leur progression se fait d'une manière exponentielle menaçant la croissance économique et le développement des pays aussi bien à haut, à moyen ou à faible revenus, le taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques est estimé par l'OMS en 2019 à 24,1% contre 24,4% en 2015 (Indicateur 3.4.1).

Graphique 4 : Taux de mortalité prématurée attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques (%)



Par ailleurs, l'enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles chez la population âgée de 18 ans et plus, réalisée par le MSPS en 2018, a montré que 29,3% sont hypertendus, 10,6% sont diabétiques et 10,4% sont prédiabétiques. L'enquête a également révélé que 53% sont en surpoids, dont 20% sont obèses, 10,5% ont un taux de cholestérol sanguin élevé, 11,7% fument du tabac, 1,7% consomment de l'alcool, 21,1% sont sédentaires et 76,3% consomment moins de cinq portions de légumes et fruits par jour. Sur ce plan, une stratégie nationale multisectorielle de prévention et de contrôle des MNT 2019- 2029, a été mise en place. Elle vient dans un contexte mondial marqué par l'engagement des États membres des Nations Unies dans la prévention et la maîtrise des MNT en les définissant comme des priorités du développement durable. Cette stratégie vient également dans un contexte national manifesté par des réformes institutionnelles, politiques et sociales menées sous l'égide de Sa Majesté le Roi Mohammed VI. Elle s'inscrit dans le Plan Santé 2025, lequel donne la priorité aux soins de santé primaires.

Ainsi, en vue de poursuivre la réduction de la mortalité prématurée due aux MNT, le MSPS a mis en place des filières de soins des urgences neuro-cardiovasculaires et a élaboré le plan national de prévention et du contrôle du cancer 2020-2029 dont l'objectif général est de réduire la morbidité et la mortalité imputables au cancer et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches.

7. Santé mentale et prévention du suicide

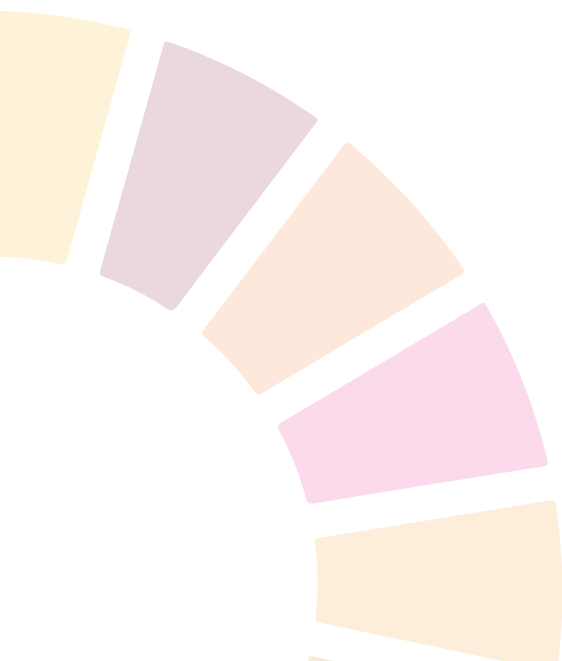
S'agissant de la santé mentale, des efforts importants ont été déployés pour lui accorder une place prioritaire à travers l'extension et le développement de l'offre de soins psychiatriques. En effet, l'infrastructure dédiée aux soins spécialisés de psychiatrie a été renforcée par la création et la mise en fonction de 9 services de psychiatrie intégrés au niveau des hôpitaux de 9 provinces depuis 2015.

Rappelons que l'année 2015 a été marquée par la mise en place de l'opération « Al Karama » pour la prise en charge médicale des personnes avec des troubles mentaux détenues au niveau du site de Bouya Omar et la protection de leurs droits aux soins dignes au niveau des structures sanitaires spécialisées.

Outre cette importante mesure, le budget spécifique à l'achat de médicaments psychotropes a été augmenté pour atteindre 2% du budget global des médicaments, avec l'introduction des médicaments psychotropes des 2èmes et 3èmes générations dans la liste des médicaments essentiels. Selon les dernières estimations de l'OMS publiées en 2021, le taux de mortalité par suicide au Maroc (Indicateur 3.4.2) a baissé de 7,6 pour 100 000 habitants en 2015 à 7,2 en 2020.

Selon le genre, les femmes se suicident moins que les hommes, avec respectivement des taux de 4,7 et 9,7 pour 100 000 habitants selon la même source de l'OMS.

Pour réduire la mortalité due au suicide, le MSPS a lancé le processus d'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide. A ce titre, le Maroc est l'un des rares pays dans le monde (38 pays en 2021) à élaborer une telle stratégie qui permettra de prévenir les comportements suicidaires et d'intervenir auprès des personnes qui commettent ces actes suicidaires et de leurs proches.



8. Prévention et traitement de l'abus de substances psychoactives

Le Plan Stratégique de Prévention et de Prise en Charge des Troubles Addictifs 2018-2022, tient compte de la nécessité de mobiliser les ressources, renforcer la dynamique impliquant les décideurs et les acteurs professionnels et membres de la société civile, dans une optique de cohérence et de complémentarité des actions. Ceci implique le renforcement du réseau des acteurs, l'amélioration des connaissances et des compétences, la diversification des services et interventions pour couvrir le maximum de la population cible, et répondre aux besoins d'autres populations identifiées et d'autres comportements addictifs.

Grâce à l'engagement politique fort et le partenariat entre la Fondation Mohammed V pour la Solidarité et le MSPS, l'extension de l'offre de soins et de services en addictologie n'a cessé d'augmenter en passant de 10 centres d'addictologie ambulatoires et résidentiels en 2016 à 18 en 2020.

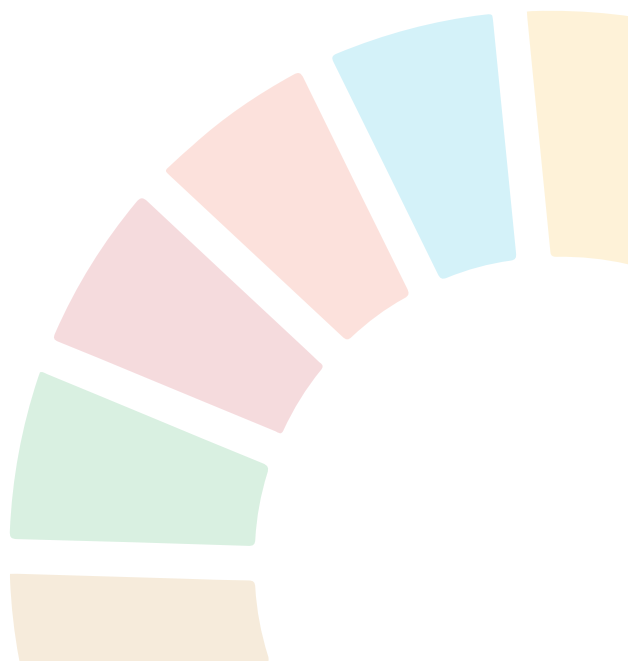
Aussi, un appui a été apporté pour la création de 10 unités de soins en addictologie en milieu carcéral dont 5 offrent la dispensation de la méthadone après formation des professionnels de santé des établissements pénitentiaires concernés.

De plus, une dizaine de projets de création des centres ambulatoires d'addictologies sont lancés par les différentes provinces ne disposant pas d'offre de soins en addictologie.

D'autre part, la liste des médicaments essentiels a été renforcée en y introduisant des médicaments psychotropes des deuxièmes et troisièmes générations afin d'assurer le suivi au niveau des ESSP, des centres d'addictologie et des services de psychiatrie d'environ 20 366 patients atteints de troubles mentaux en 2020 contre 18368 en 2019 (indicateur 3.5.1).

Par ailleurs, selon les estimations de l'OMS, la consommation d'alcool est passée de 0,4 litre par habitant (âgé de 15 ans ou plus) en 2015 à 0,5 litre en 2019 (indicateur 3.5.2).

D'après l'enquête nationale sur les facteurs de risques des MNT 2017-2018, 92,9% (personnes âgées de 18 ans et plus) n'ont jamais consommé de l'alcool toute leur vie et 1,7% en consomment actuellement.



9. Renforcement de la lutte antitabac

La lutte anti-tabac occupe une place importante dans le dispositif national de lutte contre les facteurs de risque des MNT. En effet, le tabagisme est parmi les principales causes évitables de décès.

Selon les résultats de l'enquête nationale sur les facteurs de risques des MNT 2017-2018, 13,4% des marocains âgés de 18 ans et plus consomment du tabac en 2018. La prévalence de l'utilisation est plus faible chez les femmes (0,4%) que chez les hommes (26,9%). Par milieu de résidence, la prévalence est la même dans les deux milieux de résidence (urbain et rural) qui s'établit à 13,4%.

Le programme de lutte contre le tabagisme a été mis en place par le MSPS en 1988. Ce programme a été restructuré au fil du temps notamment depuis l'avènement de la Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac en 2005 et la mise en œuvre du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC), en parfaite cohérence avec la Stratégie Nationale Multisectorielle de Prévention et de Contrôle des Maladies Non transmissibles (2019-2029).

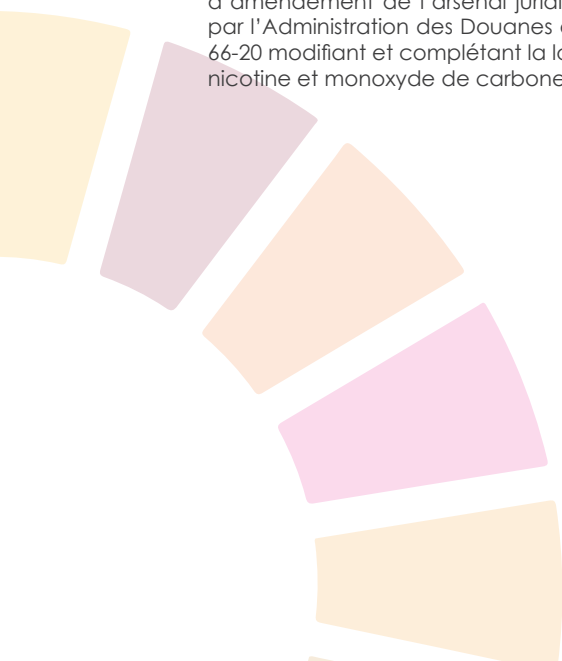
Dans ce cadre, le Maroc a prévu une réduction de la consommation de tabac chez la population âgée de 15 ans et plus (11,3% selon l'ENPSF-2018, indicateur 3.a.1) d'environ 20% à l'horizon de 2029, et ce par rapport aux cibles volontaires proposées par l'OMS.

Le Programme National de lutte contre le Tabagisme repose sur 4 axes stratégiques à savoir :

- Mettre en place un dispositif efficace qui favorise l'abandon des habitudes tabagique;
- Renforcer la sensibilisation et la communication sur les méfaits du tabagisme ;
- Renforcer le plaidoyer, la législation et le partenariat en faveur de la lutte anti-tabac ;
- Assurer le monitoring et la surveillance épidémiologique.

Par ailleurs, les interventions des autres départements constituent une opportunité pour la prévention et le contrôle des MNT.

A cet égard, il y a lieu de citer les dispositions fiscales et de taxation prises par le Ministre de l'Economie et des Finances permettant la réduction de la consommation de certains produits nocifs à la santé (tabac, alcool...) et aussi la participation au processus d'amendement de l'arsenal juridique régissant le secteur du tabac manufacturé lancé par l'Administration des Douanes et des Impôts Indirects pour l' adoption du projet de loi 66-20 modifiant et complétant la loi 46-02 –concernant les teneurs maximales en goudron, nicotine et monoxyde de carbone des cigarettes instaurées.



10. Réduction des décès et maladies dus à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol

La pollution de l'air est une menace environnementale pour la santé. Le taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant (indicateur 3.9.1) est estimé à 28⁴ décès pour 100.000 habitants en 2019 contre 40,3 en 2016⁵.

Les décès attribuables à la pollution de l'air représentent donc environ 7% du total des décès, soit le 8ème principal facteur de risque de mortalité.

L'estimation de 2016 du taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air réalisée par l'OMS correspond à :

- 13088 décès annuels attribuables à la pollution de l'air ambiant ;
- 1337 décès annuels attribuables à la pollution de l'air domestique.

Ces estimations montrent qu'à l'inverse de plusieurs pays similaires au Maroc, notamment les pays asiatiques, la pollution de l'air domestique ne constitue pas un problème de santé prioritaire.

La diminution des décès constatée entre 2016 et 2019 indique que la qualité de l'air s'est améliorée notablement au niveau national.

Etant donné que c'est la pollution de l'air par les particules très fines qui génère le plus de décès ; le MSPS a entrepris depuis plusieurs années un fort plaidoyer pour amender le décret régissant la qualité de l'air pour y introduire le paramètre PM2,5 (Matière particulaire de diamètre inférieur à 2,5 micron). Cet amendement devra aboutir à inclure ce paramètre parmi les paramètres à contrôler et à suivre par les autorités compétentes.

Sur la base de l'étude réalisée en 2019 et après de nombreuses réunions avec les départements ministériels impliqués, une version amendée du décret suscité est actuellement dans la dernière phase d'adoption.

Il est à signaler par ailleurs que le Département de l'Environnement a élaboré un Programme National de l'Air (PNAir) pour la période 2018-2030 qui a été validé par le Comité de Suivi et de Surveillance de la Qualité de l'Air en juillet 2017.

A ce titre, 17 grandes actions sont à mettre en œuvre par les différents départements ministériels concernés. Le MSPS participe à ce programme à travers l'élargissement de la mise en place du dispositif de surveillance éco-épidémiologique des effets de la pollution atmosphérique à d'autres Régions du Royaume, en sus de celui initié dans la région Casablanca-Settat.

Le MSPS devrait également contribuer à 3 autres actions à savoir :

⁴ Etude nationale « estimation de la charge de morbidité et de mortalité liées à la pollution de l'air par les matières particulaires PM2,5 »

⁵ Estimation de l'OMS, consultable sur : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ambient-and-household-air-pollution-attributable-death-rate-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ambient-and-household-air-pollution-attributable-death-rate-(per-100-000-population))

- L'actualisation et le renforcement du cadre réglementaire et normatif ;
- La participation aux efforts de communication et de sensibilisation ;
- La contribution à la mise en place des Comités Régionaux de Suivi et de Surveillance de la Qualité de l'Air (CRSSQA) dans toutes les régions du Royaume.

Par ailleurs, selon les estimations de l'OMS, le taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats) (indicateur 3.9.2) s'établit en 2016 à 1,9 pour 100000 habitants.

Cela correspond à 671 décès par an en 2016 ; dont 400 par diarrhées attribuables à des services WASH inadéquats (même source OMS que ci-dessus).

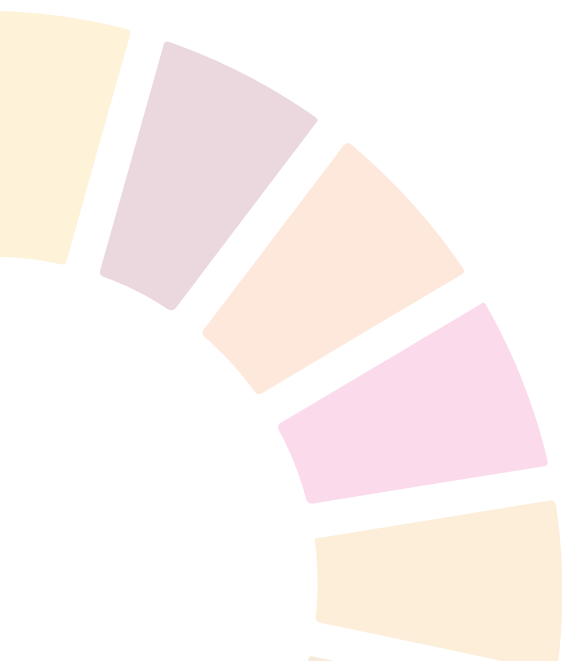
Bien que ces chiffres soient relativement très bas par rapport à la pollution de l'air, l'importance à accorder par les autorités publiques aux secteurs de l'eau et de l'assainissement doit être maintenue. En effet, notre pays est depuis plusieurs années confronté à un stress hydrique chronique et aux aléas climatiques en plus du niveau parfois alarmant de la pollution des ressources en eau.

Ces difficultés risquent même d'entraver le gain des derniers points à gagner pour atteindre le taux fixé à l'horizon 2030 qui est de 1,4 décès pour 100 000 habitants attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène.

Conscient de l'importance de ce déterminant capital de la santé, le MSPS exerce un contrôle sanitaire des eaux à usage alimentaire sur tout le territoire national et pilote plusieurs actions visant à en améliorer le cadre réglementaire et normatif.

Le MSPS pilote également régulièrement les évaluations GLAAS des secteurs WASH initiés par l'OMS. L'évaluation GLAAS 2021-2022 en cours, en collaboration avec les départements et institutions impliquées révèle déjà que les efforts doivent être focalisés sur le volet "hygiène" et sur l'établissement d'une politique d'amélioration des services WASH au niveau des établissements sanitaires.

En conclusion, l'amélioration des indicateurs ODD relatifs à la qualité de l'air et aux services WASH peut accélérer notablement les progrès vers l'atteinte de la cible 3.9 « D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol ».



11. Alerte rapide, réduction et gestion des risques sanitaires

La pandémie du Covid-19, qui continue à sévir dans le monde entier, a mis le point sur l'importance primordiale du renforcement des capacités des pays en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux.

Au Maroc, le MSPS en collaboration avec les autres départements ministériels impliqués, a adopté les mesures institutionnelles, réglementaires et techniques nécessaires en vue de l'application des dispositions du RSI (2005). Ainsi, plusieurs efforts ont été consentis à travers la publication du RSI (2005) au Bulletin officiel national en date du 26 octobre 2009 (Dahir n°1.09.212). De plus, les stratégies et les plans d'action du MSPS ont accordé une grande importance au renforcement des dispositifs relatifs à la veille et la sécurité sanitaires de façon générale et au renforcement des capacités requises pour l'application du RSI.

Grâce à ces efforts, le Maroc dispose des principales capacités requises telles que définies dans le RSI. La législation marocaine est jugée favorable à la protection de la santé et la réduction des risques, particulièrement en ce qui concerne la sécurité sanitaire des aliments, la salubrité de l'environnement (pollution de l'air et de l'eau, gestion des déchets, radiations nucléaires et produits chimiques), la santé et la sécurité au travail, la sécurité routière et la sécurité des patients en matière de médicaments et de transfusion sanguine.

Par ailleurs, le Maroc dispose de capacités suffisantes et de systèmes adéquats pour gérer les risques de santé publique lors des situations d'urgence. Il a également adopté une initiative pour faire face aux menaces sanitaires émergentes pouvant résulter des menaces à la sûreté biologique. Dans ce contexte, le Centre Antipoison et de Pharmacovigilance du Maroc veille à avertir les communautés de toute menace biologique. Ainsi, le degré de préparation aux urgences sanitaires est estimé à 75% en 2021.

Par ailleurs, depuis septembre 2019, le Maroc dispose d'un système de veille épidémiologique, à travers un centre national et des centres régionaux des opérations d'urgence en santé publique, un système mis en place dans le cadre de la mise en œuvre du « Plan Santé 2025 ». Ce système effectue en permanence les missions de veille sanitaire et d'alerte précoce pour faire face aux éventuelles épidémies et autres urgences de santé publique, quelle qu'en soit l'origine, y compris la réalisation d'exercices de simulation. Il assure la gestion des épidémies et autres urgences de santé publique, notamment celles liées aux maladies infectieuses lorsqu'elles surviennent, et prépare la riposte aux menaces pour la santé publique engendrées par les situations d'exception et les catastrophes. Grâce à ce système, le Maroc a pu :

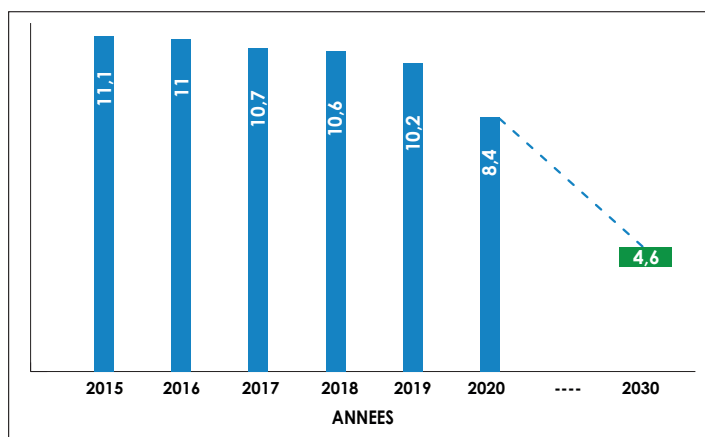
- Elever le niveau de vigilance au niveau du Centre National des Opérations d'Urgence en santé publique, dès l'annonce des premiers cas du Coronavirus en Chine ;
- Elaborer et diffuser le plan national de surveillance et de riposte à l'infection par le coronavirus ;
- Surveiller et assurer le suivi de la situation épidémiologique internationale ;
- Evaluer quotidiennement le risque ;
- Renforcer le système national de veille épidémiologique des infections respiratoires aiguës ;
- Mettre en œuvre des centres d'appel permettant de déclarer les cas probables ;
- Mettre en place un programme de formation des professionnels de santé au niveau des régions et provinces ;
- Procéder à l'augmentation progressive de la cadence des analyses de laboratoire, et ce à travers l'élargissement du réseau des laboratoires équipés à cet effet.

12. Décès et blessures dus aux accidents de la route

La sécurité routière, quant à elle, est un volet important de la sécurité sanitaire au sens large et l'implication des autorités sanitaires ne se réduit pas à la prise en charge des victimes des accidents de la circulation et à leur réhabilitation, mais elle vise également les facteurs de risques sanitaires et médicaux en amont, notamment ceux qui relèvent des comportements et de l'état de santé des conducteurs.

La prévention des accidents de la circulation routière est une préoccupation réelle au Maroc et des efforts importants ont été déployés à cet effet. Ainsi, le taux de mortalité lié aux accidents de la route (indicateur 3.6.1) s'est établi à 8,4 décès pour 100 000 habitants en 2020 contre 11,1 décès en 2015 soit une baisse d'environ 3 points. Cette baisse est due essentiellement aux restrictions liées à l'état d'urgence sanitaire due à la pandémie du COVID-19.

Graphique 5 : Taux de mortalité lié aux accidents de la route (2015-2020 et cible pour 2030)



Source : Agence Nationale de la Sécurité Routière (NARSA)

Les efforts en termes de sécurité routière ont été couronnés par la nouvelle stratégie nationale de sécurité routière 2017-2026 élaborée par le Ministère de l'Équipement, du Transport et de la Logistique en collaboration avec tous les acteurs impliqués en matière de sécurité routière. Cette stratégie vise à réduire le nombre de décès par accidents de la route de 25% en 2021 et de moitié à l'horizon 2026.

Par ailleurs, en relation avec la sécurité routière et la prise en charge des victimes des accidents de la circulation, le MSPS a mis en œuvre les actions suivantes :

- Participation à l'élaboration des textes réglementaires relatifs à la sécurité routière ;
 - Organisation des secours aux victimes des accidents de la circulation avec l'instauration de la régulation médicale et mise en place des Services d'Assistance Médicale Urgente et des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation.
Actuellement 08 SAMU sont opérationnels et 4 sont en cours à savoir ceux des régions de Drâa-Tafilalet, Dakhla-Oued Ed-Dahab, Guelmim-Oued Noun et Béni Mellal-Khénifra ;
 - Mise en service progressive du numéro national unique des appels médicaux d'urgence « 141 » au niveau des Centre de Régulation des Appels Médicaux relevant des SAMU opérationnel ;
 - Amélioration de la prise en charge de ces victimes au sein des hôpitaux avec mise à niveau des Services d'Accueil des Urgences (SAU). En effet, 48 SAU ont été rénovés avec renforcement de leurs équipements ;
 - Construction de deux Trauma-Center au niveau de Casablanca et Marrakech pour la prise en charge des traumatismes notamment ceux en rapport avec les accidents de la route (TC de Casablanca en cours de finalisation, celui de Marrakech, les études architecturales sont en cours) ;
 - Renforcement et la normalisation du parc ambulancier du Ministère depuis 2012, 551 nouvelles ambulances ont été acquises dont 161 de type A et 390 de type B ;
 - Introduction de transport sanitaire urgent aérien avec achat de service de 4 Hélicoptères afin de couvrir tout le Royaume ;
 - Rapprochement des soins d'urgence de la population par la mise en place de 96 Urgences Médicales de Proximité au niveau des centres éloignés des hôpitaux ;
 - Développement des compétences des professionnels de santé concernés par la prise en charge des victimes des accidents de la circulation (médecins, infirmiers, techniciens ambulanciers) ;
 - Création de 5 Instituts de Formation des Techniciens Ambulanciers ;
 - Création de la filière d'Infirmiers spécialisés en soins d'urgence et soins intensifs au niveau de 7 Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé ;
 - Développement de partenariat public/public et public/privé à l'instar du SAMU d'El Jadida et du SAMU Régional de la région de Marrakech-Safi en cours de mise en place ;
 - Renforcement de la coordination intersectorielle en matière de sécurité routière notamment avec le corps de la Protection Civile avec des collaborations effectives en matière de prise en charge des victimes des accidents de la route au niveau de certaines provinces.
- 

FAITS SAILLANTS

ENCADRE 3: Prévention et lutte contre les MT et MNT et renforcement des capacités en matière d'alerte rapide, de réduction et de gestion des risques sanitaires



- Le nombre de nouvelles infections à VIH reste faible dans la population générale, il est de 0,02 pour 1 000 personnes séronégatives en 2020 ;
- Réduction de l'incidence annuelle de la tuberculose, toutes formes confondues en passant de 101 cas pour 100 000 habitants en 2015 à 98 cas en 2020 ;
- Aucun cas du paludisme autochtone n'a été détecté au niveau national depuis 2005 ;
- Certification du Maroc en 2010 par l'OMS comme pays indemne du paludisme ;
- Baisse de l'incidence de l'hépatite virale B, en passant de 12 cas en 2016 à 11 cas pour 100 000 en 2019 ;
- Traitement de 3843 personnes contre les maladies tropicales (leishmaniose) en 2020 ;
- Le taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques est estimé à 24,1% en 2019 contre 24,4% en 2015 ;
- Chez la population âgée de 18 ans et plus : 9.3% sont hypertendus, 10.6% sont diabétiques et 10.4% sont pré-diabétiques. Aussi, 53% sont en surpoids, dont 20% sont obèses, 10.5% ont un taux de cholestérol sanguin élevé, 11.7% fument du tabac, 1.7% consomment de l'alcool, 21.1% sont sédentaires et 76.3% consomment moins de cinq portions de légumes et fruits par jour.
- Extension de l'offre de soins et de services en addictologie en passant de 10 centres d'addictologie ambulatoires et résidentiels en 2016 à 18 en 2020, en plus de la création de 10 unités de soins en addictologie en milieu carcéral ;
- Le taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant se situe à 28 décès pour 100.000 habitants en 2019. Plus de 12000 décès sont attribuables aux particules fines ambiantes, environ 800 décès à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations et 200 décès à l'ozone ;
- Degré de préparation aux urgences sanitaires est de 75% en 2020 (RSI) ;
- Plusieurs stratégies et programmes ont été élaborés et mis en œuvre à savoir :
 - Stratégie nationale multisectorielle de prévention et de contrôle des MNT 2019- 2029 ;
 - Plan national de prévention et du contrôle du cancer 2020-2029 ;
 - Elaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide Plan ;
 - Stratégique ; National de Lutte contre le SIDA 2021-2023 ;
 - Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose pour la période 2021-2023;
 - Programme National de l'Air (PNAir) pour la période 2018-2030 (Ministère de la transition énergétique et de développement durable - Département de l'Environnement).

13. Couverture Sanitaire Universelle

La mise en place en 2005 d'une Couverture Médicale de Base (CMB) au Maroc avec une composante Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour les salariés et un régime d'assurance maladie pour les économiquement démunis (RAMED) depuis 2012, a permis une couverture de 70% de la population marocaine en 2020.

Par ailleurs, et à l'occasion de l'ouverture de la première session de la 5^{ème} année législative de la 10^{ème} législature en 2020, SM le Roi Mohammed VI que Dieu l'Assiste, a insisté sur la nécessité d'ériger la généralisation de la protection sociale à tous les Marocains en une priorité nationale à travers des mesures concrètes opératoires et la déclinaison de cette réforme au plus tard jusqu'à 2025. A cet égard, une loi-cadre n° 09.21 relative à la protection sociale a été publiée le 23 Mars 2021.

Ainsi, un plan d'action a été établi dans le but de généraliser l'AMO durant la première période 2021-2022, à travers la mise en place de l'AMO au profit des indépendants et des travailleurs non-salariés et le basculement de la population couverte par le RAMED vers l'AMO. L'extension de l'AMO sera au profit de 22 millions de bénéficiaires supplémentaires pour couvrir les coûts de médicalisation, des médicaments, de l'hospitalisation et des soins.

S'agissant de la couverture médicale des migrants en situation régulière au Maroc, une convention a été signée entre le Ministère des Marocains Résidents à l'Etranger et des Affaires de la Migration et l'ANAM afin de prendre en charge cette catégorie de 50 000 bénéficiaires. Dans ce cadre, plus de 23758 des migrants et réfugiés en 2019 ont bénéficié de l'accès à l'ensemble des programmes nationaux de santé publique et aux soins de santé primaire et d'urgence.

Aussi, et pour accompagner ce chantier de la généralisation de la l'AMO, des efforts considérables ont été déployés ces dernières années par le MSPS en matière de renforcement de l'offre de soins pour améliorer l'accès aux services et soins de santé et réduire les iniquités. Il s'agit notamment de l'extension de la couverture sanitaire par le renforcement du réseau des ESSP à travers de nouvelles constructions et la mise à niveau des établissements existants notamment en milieu rural. Le réseau hospitalier connaît également une extension importante au niveau de toutes les régions du Royaume à travers plusieurs projets de mise à niveau et de constructions de nouveaux hôpitaux y compris les Centres Hospitaliers Universitaires (3 CHU sont en cours de construction).

Par ailleurs, et en vue d'assurer le suivi de progression vers la CSU (cible 3.8), le cadre mondial de suivi des ODD a prévu deux indicateurs pour le suivi de cette cible. L'indicateur 3.8.1 portant sur la couverture des services de santé essentiels et l'indicateur 3.8.2 axé sur la proportion de la population ayant des dépenses catastrophiques en santé, lesquelles sont définies comme d'importantes dépenses du ménage par rapport à sa consommation totale ou à son revenu global. Il convient de mesurer les deux indicateurs en même temps afin d'obtenir une image claire de ceux qui n'ont pas accès aux soins de santé et de ceux qui rencontrent des difficultés financières en raison des dépenses de santé.

A ce titre, les données disponibles montrent une évolution importante pour les deux indicateurs. En effet, le taux de couverture des services essentiels est passé de 70% en 2015 à 73% en 2019. Il est de même pour l'indicateur 3.8.2 qui a connu une progression significative entre 2014 et 2019⁶. La proportion de la population qui consacre plus de 10% de ses dépenses/ revenus pour les soins de santé a connu une diminution importante entre 2014 et 2019 en passant de 13,4% à 8,2%⁷. Pour le seuil de 25%, cette proportion est passée durant la même période de 2% à 0,9%.

⁶ Estimations de l'OMS

⁷ Haut-Commissariat au Plan, enquêtes sur la consommation et les revenus des ménages.

14. Financement de la santé

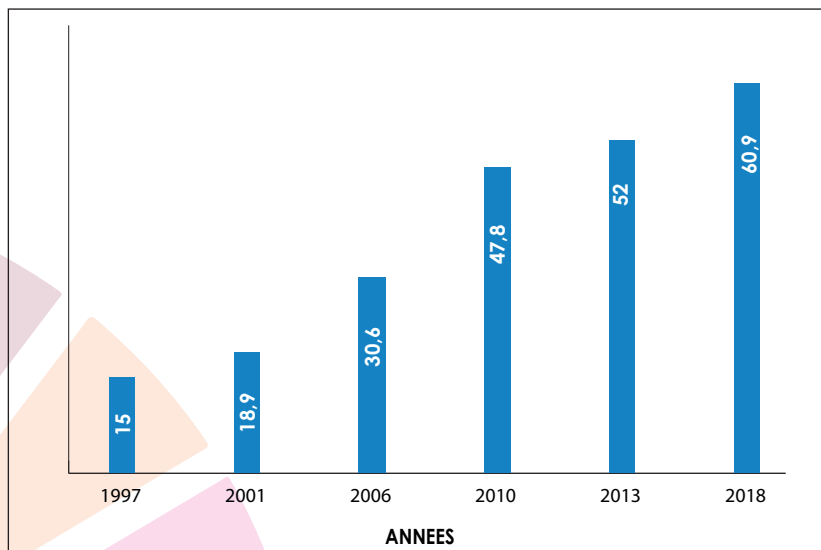
Le financement est devenu de plus en plus une préoccupation majeure des systèmes de santé non seulement dans les nations développées mais également dans les pays en développement. En effet, les responsables de ces systèmes, même dans les pays les moins avancés, se sont rendus compte de l'importance du financement car une répartition équitable de celui-ci peut contribuer à améliorer significativement le niveau de santé de la population en « diminuant le risque que les gens ayant besoin de soins y renoncent pour des raisons financières ou se ruinent en les payant, ce qui les expose à de nouveaux problèmes de santé [souvent plus graves] » (OMS, 2000).

Niveau de financement de la santé

La Dépense Totale de Santé (DTS) au titre de l'année 2018 a atteint environ 60,9 milliards de Dhs, contre 52 Milliards en 2013 avec un taux d'accroissement de 17,1%, soit une évolution annuelle moyenne de 3,2% entre 2013 et 2018 contre 2,9% entre 2010 et 2013. Ce taux d'accroissement indique une tendance positive d'amélioration du financement de la santé à travers la contribution de l'ensemble des agents financeurs de la santé au Maroc.

Par ailleurs, la dépense totale per capita est un indicateur qui permet une comparaison plus objective entre les pays et indique l'effort en financement par habitant. A ce titre, on enregistre que la dépense totale de santé per capita en 2018, est de 1730 DH, soit une augmentation de 9,6% par rapport à l'année 2013. Par ailleurs, la part du PIB consacrée à la santé donne une image sur l'effort du pays dans la priorisation de la santé dans les priorités générales du pays. Cette part a connu une diminution entre 2013 et 2018 en passant de 5,8% à 5,5%.

Graphique 6 : Evolution de la dépense totale de santé, 1997-2018 (en Milliards de Dhs)



Evolution du budget du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

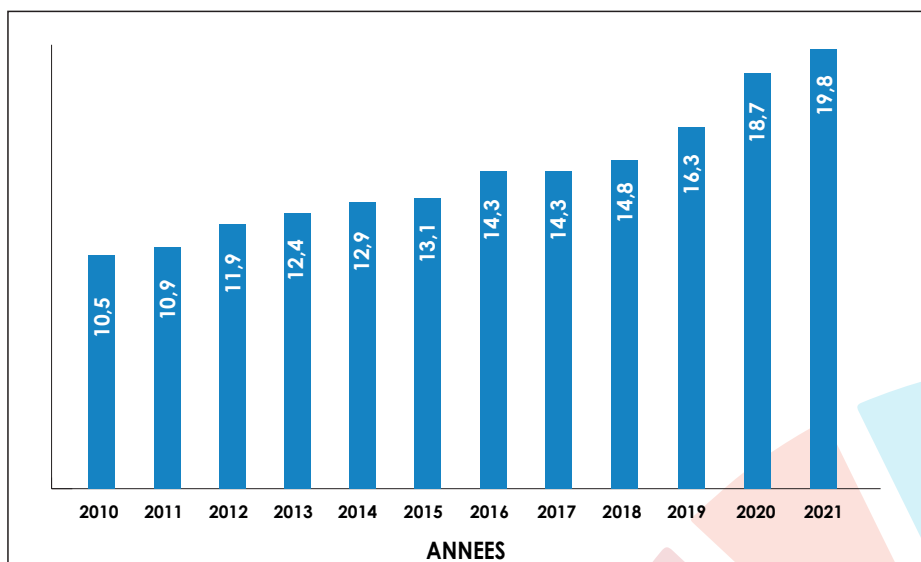
Le MSPS reste parmi les principaux financeurs de la Santé au Maroc à côté des Ménages et de l'assurance maladie. Durant la dernière décennie, le budget du MSPS a connu une importante évolution passant de 10,5 milliards de dirhams en 2010 à 19,8 milliards de dirhams en 2021, soit un accroissement de l'ordre de 89%. Ce budget est équivalent à 545 dirhams par habitant et représentant 6,5% du Budget Général de l'Etat.

Cet accroissement est expliqué particulièrement par l'augmentation du budget du MSPS qui traduit la volonté de l'Etat à promouvoir et renforcer l'investissement dans le secteur de la santé qui reste le premier prestataire de soins au Maroc avec environ 70% de la capacité litière nationale.

Il est à noter que ce budget ne tient pas compte des crédits exceptionnels accordés au secteur de la santé dans le cadre de la lutte contre la pandémie de covid-19 qui s'élèvent à 3 milliards de dirhams en 2020.

Cependant, bien que le budget ait presque doublé durant la période 2010-2021, il reste marqué par le poids important des charges du personnel (environ 50%) et demeure insuffisant par rapport à la norme de l'OMS qui préconise 12% du budget général de l'Etat.

Graphique 7 : Evolution du budget du MSPS en Milliards de dhs 2010-2021

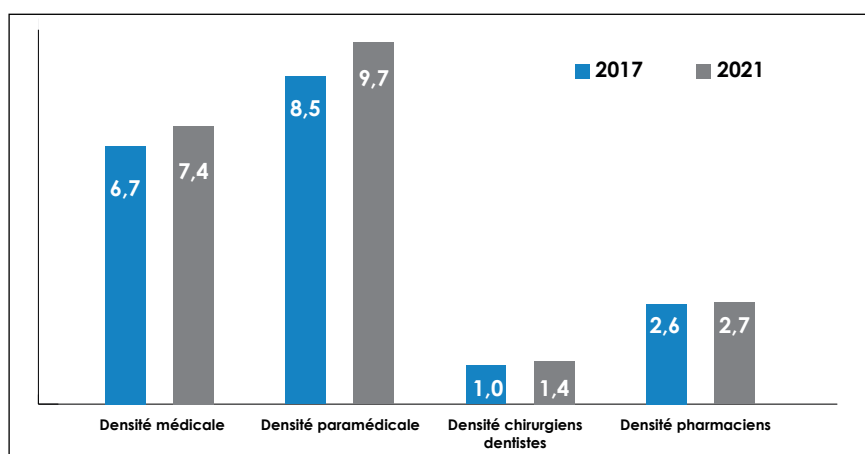


15. Renforcement des ressources humaines

En 2021, le Maroc compte 27 095 médecins dans le secteur public⁸ et privé dont 12 896 exerçant au niveau des établissements publics de santé parmi lesquels 3494 sont des généralistes, 9402 des spécialistes. En revanche, le nombre de médecins exerçant au niveau du secteur privé est de 5414 médecins généralistes et 8785 médecins spécialistes, ce qui représente un total de 14 199 médecins. Comparés à l'effectif de la population, ces chiffres montrent bien que le Maroc souffre d'un important déficit en médecins. La densité médicale au Maroc est de 7,4 pour 10 000 habitants en 2021 contre 6,7 en 2017 et une moyenne de 11,4 dans les pays de la Région MENA. De même, les densités des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens en 2021 ne dépassent guère respectivement 1,4 et 2,7 pour 10 000 habitants (indicateur 3.c.1).

Par ailleurs, l'effectif du corps infirmiers et techniciens de santé dans le secteur public est de 35 789⁹ en 2021 dont 15 772 infirmiers polyvalents et 5757 sages-femmes. Ainsi, la densité du corps infirmiers et techniciens de santé a augmenté de 8,5 en 2017 à 9,7 pour 10 000 habitants en 2021.

Graphique 8 : Densité des professionnels de santé pour 10 000 habitants



En outre, afin d'accroître considérablement le perfectionnement et réduire le déficit en ressources humaines, le Gouvernement a adopté, le 27 mai 2021, la loi n°33.21 modifiant et complétant la loi n°131.13 relative à l'exercice de la médecine. Cette loi vise la révision des conditions d'accès pour les étrangers à l'exercice de la médecine au Maroc. Il s'agit d'une ouverture sur les compétences médicales étrangères pour leur permettre d'exercer la médecine de manière permanente dans le Royaume, ainsi que de la levée des obstacles liés à l'exercice de la médecine au Maroc pour permettre aux médecins étrangers d'exercer dans les mêmes conditions que leurs homologues marocains.

A signaler que pour pallier la pénurie en ressources humaines, le projet de refonte du Système de Santé vise à valoriser et fidéliser le capital humain exerçant dans le secteur public à travers la création d'une fonction sanitaire et d'assurer la complémentarité avec le secteur privé en matière d'exercice des professions de la santé.

⁸ Exerçant au niveau des établissements de santé

⁹ Exerçant au niveau des établissements de santé

FAITS SAILLANTS

ENCADRE 4: Couverture Sanitaire Universelle, Financement de la Santé et mobilisation des ressources humaines en santé

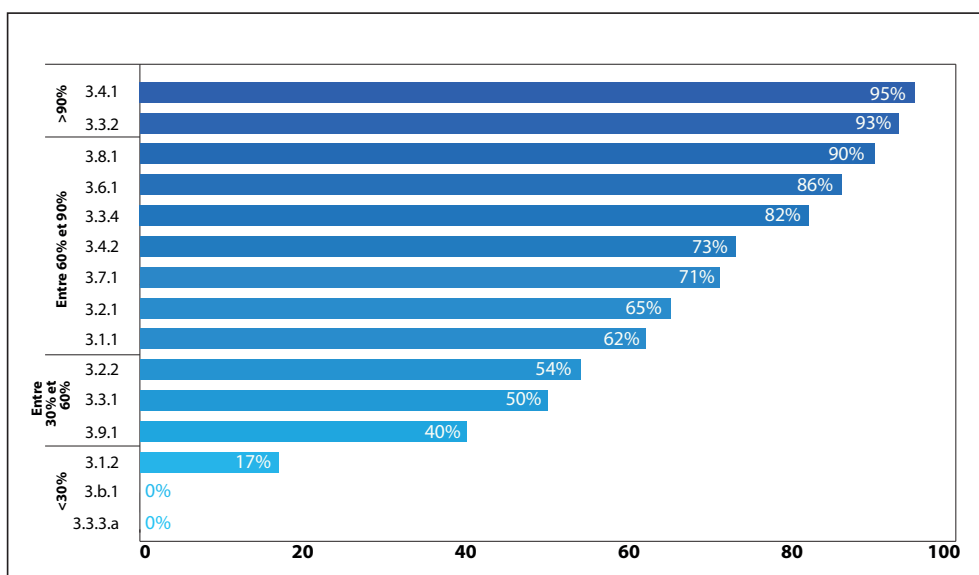


- Le taux de couverture de la population par la couverture médicale a atteint 70% en 2020.
- La généralisation de l'AMO à travers la mise en place de l'AMO au profit des indépendants et des travailleurs non-salariés et le basculement de la population couverte par le RAMED vers l'AMO est prévue avant fin 2022 ;
- Le taux de couverture des services essentiels (indicateur 3.8.1) est passé de 68,8% en 2018 à 70% en 2020.
- La proportion de la population qui consacre plus de 10% de ses dépenses/ revenus pour les soins de santé (indicateur 3.8.2) a connu une diminution importante entre 2014 et 2019 en passant de 13,4% à 8,2%.
- La Dépense Totale de Santé (DTS) a connu un accroissement de 17,1% entre 2013 et 2018, soit une évolution annuelle moyenne de 3,2%. La DTS per capita en 2018, est de 1730 DH, soit une augmentation de 9,6% par rapport à l'année 2013.
- Le budget du MSPS a connu une importante évolution passant de 13,1 milliards de dirhams en 2015 à 19,8 milliards de dirhams en 2021, soit un accroissement de l'ordre de 51%.
- La densité médicale a augmenté de 6,7 en 2017 à 7,4 pour 10 000 habitants en 2020 ;
- La densité du personnel paramédical a augmenté de 8,5 en 2017 à 9,7 pour 10 000 habitants en 2021.

16. Estimation de la distance restante à partir de 2019 avant d'atteindre la valeur-cible à l'horizon 2030

Le graphique 9 indique que, bien évidemment, la majorité des cibles ne sont pas encore atteintes après seulement trois ans de l'adoption des ODD, c'est-à-dire, entre 2016 et 2019, année du début de la pandémie de Covid-19. Toutefois, beaucoup sont en voie de l'être.

Graphique 9 : Indicateurs de l'ODD3 selon la distance restante pour atteindre les cibles (%)



Ces cibles traitées ont été rassemblées en quatre groupes selon la distance restante pour atteindre la valeur fixée pour 2030 :

- **Le 1^{er} groupe** concerne les cibles pour qui des progrès **considérables** ont été réalisés (distance <30%). Il contient 3 indicateurs relatifs à la proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (3.1.2), l'incidence du paludisme autochtone (3.3.3.a) et la vaccination de la population cible (3.b.1).
- **Le 2^{ème} groupe** de cibles marque celles pour qui des progrès **moyens** ont été réalisés (distance entre 30% et 60%). Il s'agit de 3 indicateurs qui sont : le taux de mortalité néonatale, le nombre de nouvelles infections à VIH et le taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant.

• **Le 3^{ème} groupe** caractérise les cibles pour qui des progrès **modestes** ont été réalisés (distance entre 60% et 90%). Il contient 8 indicateurs qui sont : Ratio de mortalité maternelle, Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dont le besoin de planification familiale est satisfait par les méthodes modernes, Taux de mortalité par suicide pour 100.000 personnes, Incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants, Taux de mortalité lié aux accidents de la route et la Couverture moyenne des services de santé essentiels.

• **Enfin le 4^{ème} groupe** est celui des cibles pour qui des progrès **faibles** ont été réalisés (distance >90). Il s'agit de 2 indicateurs à savoir : Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants et le taux de la mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques. Pour ce dernier cas, l'inversion de la pyramide d'âge entraîne une augmentation des maladies chroniques dégénératives ce qui crée une résistance devant tout effort de réduire la mortalité induite par ces transformations.

Limites de la mesure de la distance

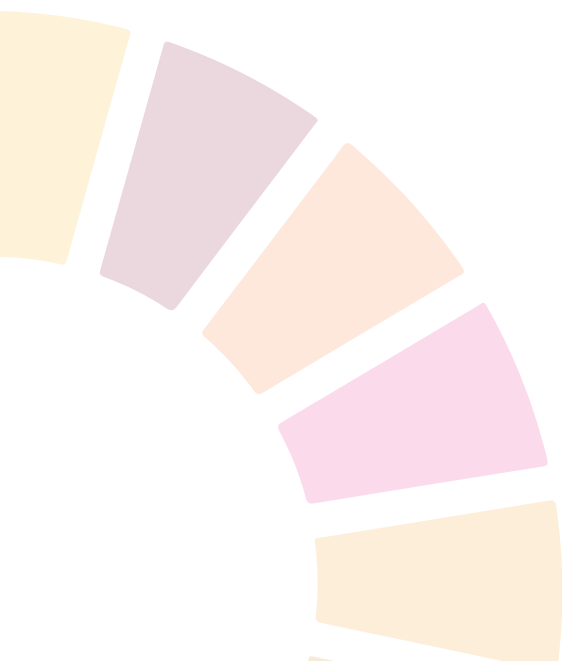
La première limite est que cette mesure ne peut être calculée que pour des indicateurs de cibles pour lesquelles une valeur a été fixée à l'horizon 2030, soit environ deux tiers des indicateurs.

Une deuxième est que ce calcul nécessite d'estimer les niveaux des indicateurs des cibles en 2015 et en 2019 quand ces niveaux ne sont pas disponibles.

Ces estimations ont été faites en supposant une linéarité d'évolution des indicateurs concernés, procédure qui ne doit pas trop affecter ces estimations étant donné que les intervalles de temps où cette linéarité a été supposée ne sont pas trop larges.

Par ailleurs, il est à signaler, qu'en général, plus on s'approche de la valeur-cible à l'horizon 2030, plus le rythme d'accélération vers cette valeur devient difficile demandant beaucoup plus d'efforts que dans le passé

III. La pandémie deCovid-19 : effets et mesures prises



1. Effets sanitaires de la pandémie de COVID-19

Il est bien clair que cette crise inédite de la pandémie COVID-19, a entraîné des répercussions sur de nombreux secteurs et sur les efforts de la mise en œuvre de l'agenda 2030, plus particulièrement sur la réalisation des cibles de l'ODD3.

De nombreux indicateurs de la santé au Maroc ont connu des évolutions positives avant le déclenchement de la pandémie. Les indicateurs relatifs à la santé maternelle et infantile, la couverture vaccinale, la nutrition des enfants et aux maladies transmissibles avaient connu une nette amélioration. Cependant, au-delà des milliers de décès enregistrés au Maroc à cause de la covid-19, les effets de la pandémie sur la santé demeurent non encore mesurables. Toutefois, il est admis au niveau mondial que la pandémie a ralenti les progrès en matière de santé et pose des menaces majeures allant bien au-delà de la maladie. Environ 90 % des pays signalent une ou plusieurs perturbations des services de santé essentiels, et les données disponibles de quelques pays montrent que la pandémie a réduit l'espérance de vie et le virus touche de façon disproportionnée les groupes défavorisés¹⁰.

En effet, les décès dus au Covid-19 ne sont que la partie émergente de l'iceberg. Outre les répercussions économiques et sociales de cette pandémie, celle-ci a eu plusieurs autres effets dans le domaine de la santé notamment sur les populations vulnérables qui ont été durement touchées par cette pandémie qui a, renforcé, par conséquent, les inégalités et difficultés préexistantes.

A titre d'exemple, la santé mentale de certains groupes a été significativement touchée en raison de la pandémie surtout pour celles et ceux qui souffraient déjà de troubles psychiques. En effet, la conjoncture empêche le recours aux stratégies habituelles de gestion du stress et des souffrances psychologiques qui peuvent apparaître. Même les professionnels de santé pourraient manifester de telles souffrances sous le lourd poids de leur travail en ces moments difficiles de la crise et la pression qu'elle exerce. D'ailleurs, la pénurie des ressources humaines aggrave le problème et rend encore plus difficile l'atteinte de la cible 3.4 de l'ODD3 dont la santé mentale fait partie.

La densité du personnel de santé (indicateur de la cible 3.c) est encore en deçà du souhaitable.

En période de la COVID-19 ce personnel a été plus sollicité et poussé à la limite de sa capacité. Leurs efforts se sont orientés vers la prise en charge des malades atteints de la COVID-19 sans oublier la nécessité d'assurer la continuité des services et soins essentiels.

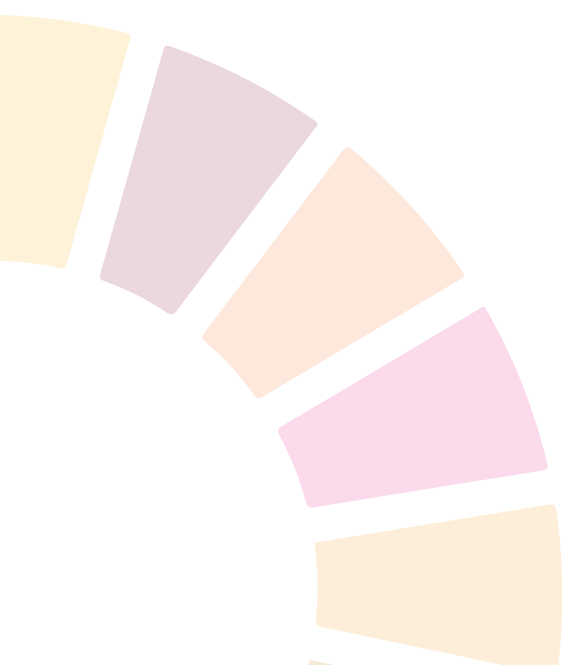
Par rapport à la santé maternelle et infantile (cibles 3.1 et 3.2), les gains pour mettre fin aux décès maternels et infantiles évitables sont menacés si les services de santé essentiels tels que les consultations prénatales, les accouchements assistés, la vaccination des enfants et l'accès à la planification familiale ne sont pas protégés. Aussi, les prestations de soins en matière de santé sexuelle et reproductive, ont été perturbées en raison de la pandémie, surtout pendant la période de confinement.

¹⁰ Rapport sur les objectifs de développement durable-2021, Nations Unies.

S'agissant de la cible 3.3 relative à la lutte contre les maladies transmissibles, elle est particulièrement sensible à la crise du Covid-19.

En effet, le risque d'être plus sévèrement affecté par la COVID-19 est plus élevé chez des patients atteints d'une autre maladie telle que le Sida ou la tuberculose, présentant déjà une faible immunité. En moyenne, le Maroc enregistre une incidence annuelle de 30 000 nouveaux cas de tuberculose, connue par les troubles respiratoires qu'elle génère chez les malades. Néanmoins, il est possible d'affirmer que des séquelles particulières liées aux contaminations, telles que les séquelles cardiologiques, neurologiques, psychiques ou encore la fibrose pulmonaire, ne manqueront pas d'apparaître.

Dans le contexte national, si l'atteinte des différentes cibles relatives à la santé (ODD 3) a été certainement impactée par l'intensité et l'ampleur des effets de la pandémie, cette dernière a engendré une prise de conscience collective de l'importance de l'investissement dans un système de santé résilient, plus efficace, mieux doté en moyens matériels et humains, apte à faire face aux besoins de la population et aux urgences sanitaires. Cette prise de conscience a montré aussi l'importance de la généralisation de la couverture sanitaire universelle (cible 3.8) et le renforcement de la coordination multisectorielle pour la préparation aux urgences sanitaires.



2. Principales mesures pour faire face à la pandémie de la Covid-19

Pour faire face à la pandémie de Covid-19, le Maroc, sous la conduite éclairée de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu l'assiste, a adopté une gestion proactive, cohérente et globale de la crise. En effet, l'ensemble des secteurs et institutions concernés ont entrepris des mesures sans précédent pour limiter la propagation de la pandémie, et faire face à ses impacts sanitaires, économiques et sociaux.

Dans le cadre de la solidarité nationale, Sa Majesté le Roi a donné le 15 mars 2020 ses hautes instructions au Gouvernement afin de créer un fonds spécial pour gérer la pandémie de Covid-19 et atténuer ses effets, dont une partie du fonds a été affectée pour couvrir les dépenses liées à la mise à niveau de l'offre de soins en vue d'assurer une prise en charge des cas dans de bonnes conditions.

A cet égard, des crédits budgétaires supplémentaires de l'ordre de 3 milliards de dirhams ont été ouverts au titre de l'année budgétaire 2020 au profit du département de la Santé. Ceci a permis de renforcer la capacité des établissements hospitaliers à travers l'acquisition, en toute urgence, des équipements biomédicaux nécessaires et de médicaments. A titre d'exemple, les principales acquisitions à la fin de l'année 2021 sont : 4552 lits de réanimation et de soins intensifs (une augmentation de 665%), 6300 lits d'hospitalisation (une augmentation de 28,6%), 31 scanners (une augmentation de 30 %), 98 radios mobiles, 242 échographes, 1056 appareils de respiration, 824 concentrateurs d'oxygène, 3378 débitmètres, 700 appareils d'oxygénothérapie à haut débit, 3234 appareils de surveillance, 1279 électrocardiogrammes, ... Aussi, et en raison de la demande accrue sur l'approvisionnement en oxygène au niveau des centres hospitaliers et des hôpitaux de campagne, le Ministère a installé 34 générateurs d'oxygène au niveau de 34 hôpitaux répartis sur les 12 régions du Royaume.

Il y a lieu de signaler également l'installation de 12 hôpitaux de campagne pour la prise en charge des cas avec une capacité litière de 1400 lits de réanimation et de soins intensifs. Les actions de renforcement de l'offre de soins ont concerné aussi le réseau du dépistage, notamment auprès des laboratoires des hôpitaux relevant du secteur public, les laboratoires de la médecine militaire, et les laboratoires du secteur privé, ainsi que des unités mobiles de dépistage.

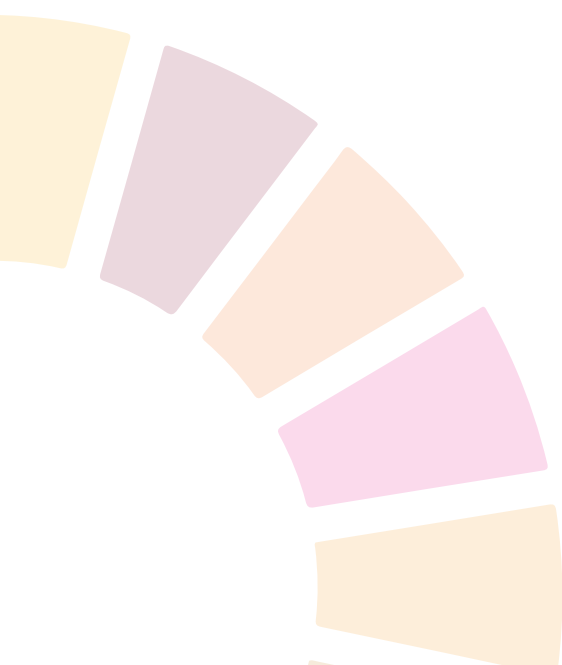
De même, et suite à l'initiative volontariste de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu l'Assiste pour faire face à la propagation de la pandémie, le MSPS mène jusqu'à ce jour une vaste campagne nationale de vaccination contre la covid 19.

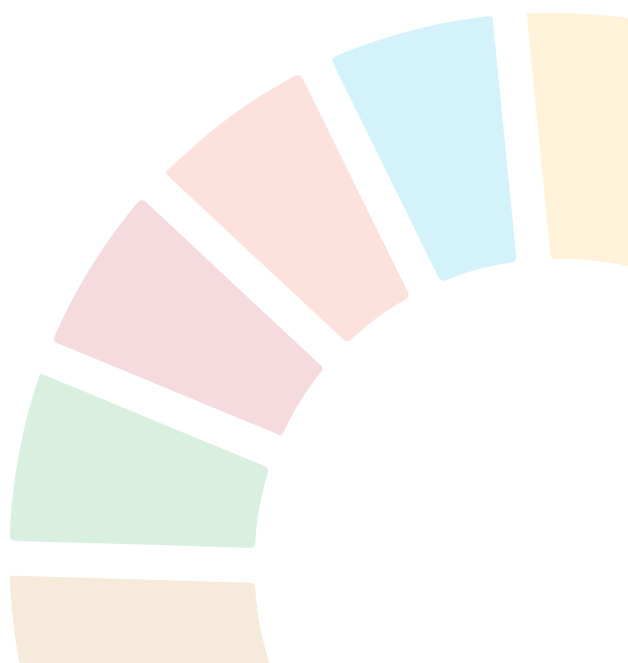
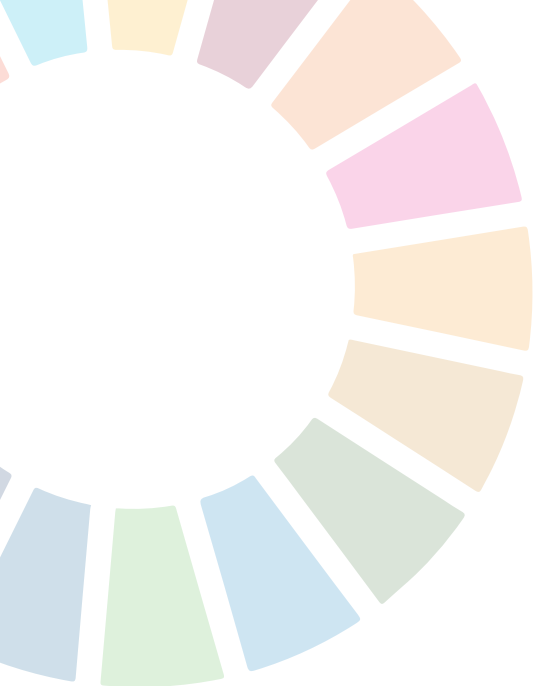
En parallèle, d'autres actions ont été mise en œuvre à savoir :

- La mise en place d'un comité de pilotage pour assurer le suivi de la situation épidémiologique et prendre les mesures nécessaires. Il est composé des départements de la Santé et de l'Intérieur, la Gendarmerie Royale, les services de santé militaire et la Protection Civile ;
- La mise en place d'un comité scientifique et technique national auprès du MSPS ;
- L'élaboration d'un plan national de veille et de riposte à la Covid-19 ;
- Le déploiement d'hôpitaux militaires pour renforcer le dispositif sanitaire ;
- La mobilisation des ressources humaines supplémentaires au profit des établissements de santé qui assurent la prise en charge des cas Covid ;
- L'élaboration d'un plan de communication sur la pandémie.

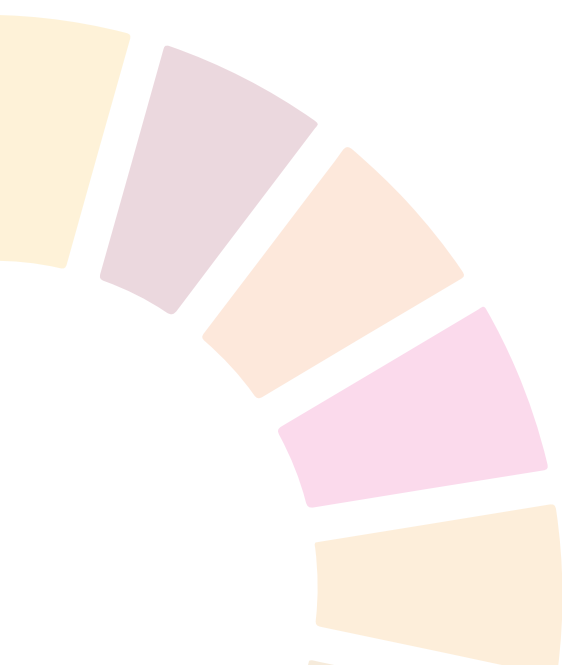
Aussi, et dans l'objectif de maintenir la continuité des soins et services essentiels des programmes sanitaires prioritaires, le MSPS a entrepris plusieurs mesures dont les principales sont les suivantes :

- Mise en place d'une instance nationale de suivi de la continuité des prestations destinées aux femmes et nouveau-nés, aux enfants et adolescents, aux jeunes et aux populations à besoins spécifiques ;
- Institutionnalisation d'un Comité National de veille pour le suivi de la santé des enfants ;
- Elaboration des guides et procédures et diffusion des directives Ministérielles ciblant les mesures proactives nécessaires au maintien des prestations de soins prioritaires ;
- Monitoring rapproché digitalisé de la performance des programmes sanitaires prioritaires (Planification familiale, suivi mère enfant, vaccination, nutrition...), tout en s'assurant de la disponibilité des directives nécessaires et la disponibilité des produits essentiels (médicaments, micronutriments, vaccins et dispositifs médicaux...) ;
- Accompagnement des professionnels de santé impliqués dans les programmes de santé à différents niveaux tout en adoptant les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour la mise en œuvre des activités de formation, d'accompagnement et de suivi –évaluation ;
- Renforcement des actions de communication visant les populations cibles des programmes de santé et la population en général, moyennant les nouvelles technologies d'information et de communication, afin de sensibiliser l'ensemble des cibles sur les mesures de prévention et de protection individuelle et communautaire, l'observance des soins, la disponibilité et la continuité des services et des soins essentiels.





IV. Principaux défis pour réaliser l'ODD3



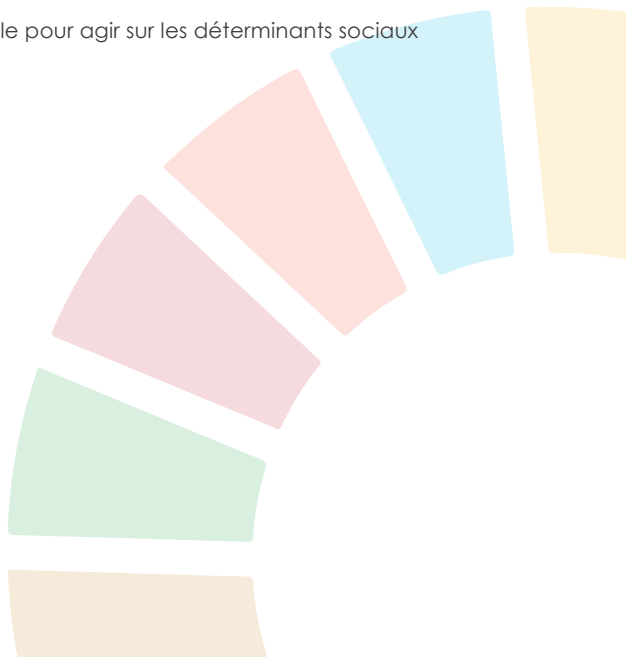
Certes, des avancées importantes ont été enregistrées dans l'atteinte des cibles de l'ODD3. Plusieurs stratégies, programmes et actions ont été développés en vue d'honorer les engagements de notre pays à l'horizon 2030. Cependant, de nombreux défis doivent être relevés pour progresser vers l'atteinte des objectifs de santé figurant dans l'agenda 2030, à savoir :

- La généralisation de l'assurance maladie à toute la population avant la fin de l'année 2022 en vue de progresser vers la couverture sanitaire universelle ;
- Le renforcement des ressources humaines de santé en quantité et en qualité tout en réduisant les disparités territoriales dans le cadre de la réflexion engagée pour une refonte globale du système de la santé. ;
- La réduction des disparités régionales en termes de la répartition de l'offre de soins ;
- La mobilisation du financement nécessaire au système de santé. La dépense globale du secteur ne dépasse pas 5,3% du PIB et le budget du MSPS atteint à peine 6,2% du budget général de l'État (Déclaration d'Abuja préconise 15% et l'OMS 12%).

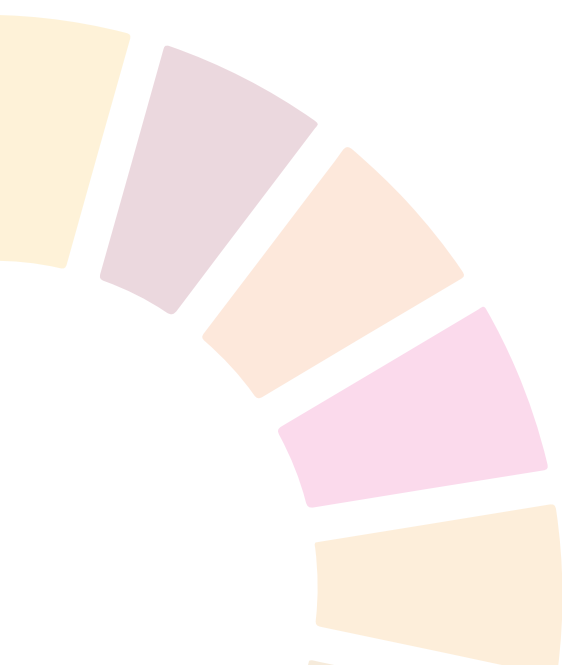
Ceci permettrait d'alléger la charge des dépenses directes des ménages en santé qui supportent environ la moitié de la dépense totale de santé.

A cet égard, la mobilisation du financement pour le système de la santé doit être accompagnée par une amélioration de l'efficacité dans l'allocation des ressources en veillant à promouvoir l'efficacité et prendre des mesures concrètes pour optimiser les ressources, accroître la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé ;

- L'accessibilité aux médicaments et aux produits de santé de qualité et avec un prix abordable ;
- Le renforcement du système d'information sanitaire pour apprécier les progrès et assurer le suivi régulier des indicateurs des ODD ;
- L'amélioration de la gouvernance du système de santé à travers, notamment, des partenariats et la mutualisation des efforts de l'ensemble des acteurs du système;
- Renforcement de l'action multisectorielle pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.



V. Principales recommandations



L'objectif 3 des ODD vise à assurer la santé et le bien-être de tous à travers l'amélioration de la santé maternelle et infantile, la réduction des principales maladies transmissibles, non transmissibles, mentales et environnementales, la mise en place des systèmes de prévention, la généralisation de la couverture sanitaire universelle, le développement de vaccins et de médicaments, le renforcement du capital humain en personnel médical, infirmiers et techniciens de santé et la gestion des risques sanitaires.

Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel de consolider les acquis, relever les défis et améliorer les performances du système de santé à travers les principales recommandations suivantes groupées selon les cibles de l'ODD 3 :

Santé maternelle et infantile :

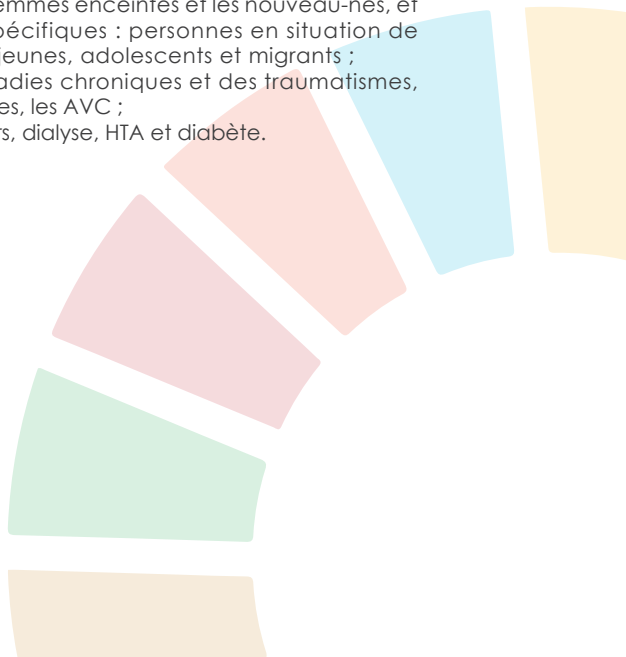
- Renforcer les programmes de santé ciblant la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ;
- Accélérer la réduction de la mortalité maternelle dans le monde rural puisque son taux est de 111,1 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes contre 44,5 décès en milieu urbain.

Lutte contre les maladies transmissibles :

- Renforcer les capacités de surveillance, d'évaluation des risques et de contrôle des infections, y compris la résistance antimicrobienne ;
- Renforcer la prévention des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies, à travers la consolidation des programmes concernant les maladies éliminées ou en phase d'élimination (paludisme, poliomyélite, bilharziose) et le renforcement de ceux des maladies encore prévalentes (tuberculose, leishmanioses, hépatites, gripes...).
- Mettre en œuvre des dispositions du nouveau Règlement Sanitaire International pour faire face aux nouvelles menaces associées à l'émergence et à la résurgence de certaines maladies infectieuses.

Maladies non transmissibles :

- Accompagner la mise en œuvre de la stratégie nationale multisectorielle de lutte contre les maladies non transmissibles y compris la prévention, la promotion de la santé et les soins palliatifs ainsi que le développement de la santé mentale ;
- Renforcer les actions de prévention et de promotion des modes de vie sains ;
- Améliorer la qualité des prestations et de l'équité dans l'accès aux soins pour les populations vulnérables, telles que les femmes enceintes et les nouveau-nés, et des populations ayant des besoins spécifiques : personnes en situation de handicap, personnes âgées, enfants, jeunes, adolescents et migrants ;
- Renforcer la prise en charge des maladies chroniques et des traumatismes, notamment les cardiopathies ischémiques, les AVC ;
- Renforcer la prise en charge des cancers, dialyse, HTA et diabète.



Accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative :

Renforcer la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de la Santé Sexuelle et Reproductive (2021-2030), notamment par :

- Développement des nouvelles composantes : la ménopause, les soins et services préconceptionnels et l'éducation à la santé sexuelle et reproductive durant le cycle de vie ;
- Renforcement du self care en santé sexuelle et reproductive ;
- Extension du modèle digital de relance/Communication en santé sexuelle et reproductive ;
- Développement de contenus éducatifs visant la promotion de la SSR y compris l'éducation à la sexualité chez les jeunes. ;
- Extension de l'introduction de l'implant contraceptif au niveau régional ;
- Amélioration de la qualité des prestations de planification familiale.

Décès et blessures dus aux accidents de la route :

- Elaboration des protocoles thérapeutiques et procédures organisationnelles pour améliorer la qualité de prise en charge des urgences médicales ;
- Développement du transport sanitaire primaire pour la prise en charge préhospitalière des accidentés de la route.
- Renforcement du Réseau Intégré des Soins d'Urgences Médicales (RISUM) et de dispositifs de réponse hospitalière ;
- Adaptation des protocoles thérapeutiques à tous les niveaux du système de soins afin d'harmoniser les pratiques professionnelles et qui serviront également comme critère d'évaluation des structures de soins dans les procédures d'accréditation.

Couverture Sanitaire Universelle :

- Accélération de la généralisation de la couverture sanitaire universelle ;
- Renforcement de l'offre de soins de santé publique pour accompagner le chantier de la généralisation de l'assurance maladie obligatoire ;
- Renforcement du partenariat public privé pour améliorer l'offre de soins et l'accès aux soins de santé.

Réduction des décès et maladies dus à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol :

- Développement davantage des capacités du MSPS à évaluer les risques sanitaires liés à l'air et aux services WASH et disposer, dans le cadre de partenariats institutionnels avec les autorités compétentes, des données nécessaires sur l'exposition des populations à la pollution de l'air et au manque d'hygiène ;
- Renforcement du leadership du MSPS pour réussir à mettre la santé dans toutes les politiques et amener les différents départements ministériels et les institutions nationales compétentes à inclure les critères sanitaires dans leur planification sectorielle.

Accès aux vaccins et aux médicaments :

- Promotion de développement de l'industrie pharmaceutique nationale pour la production de vaccins et de médicaments (génériques et molécules nouvelles), des tests, des équipements et d'autres dispositifs médicaux ;
- Renforcement de l'accessibilité aux médicaments et aux produits de santé de qualité et avec un prix abordable.

Alerte rapide, réduction et gestion des risques sanitaires

- Renforcement de la mise en œuvre du RSI à travers le renforcement du cadre législatif et le réseau des laboratoires et l'amélioration de la coopération multisectorielle avec les différents intervenants afin de prévenir les risques biologiques, chimiques et radionucléaires.

Mobilisation des ressources humaines

- Dotation du secteur de la santé en ressources humaines suffisantes et qualifiées et bien réparties au niveau territorial pour faire face aux besoins importants en médecins, infirmiers et techniciens de santé en vue de réduire l'écart par rapport au seuil recommandé par l'OMS pour atteindre les ODD-santé (4,45 professionnels de santé pour 1000 habitants) ;

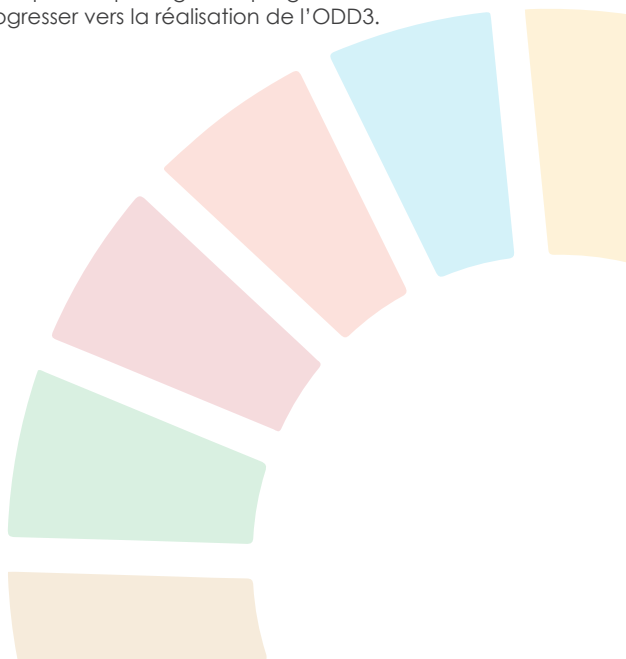
Financement de la santé

- Mobilisation des ressources financières suffisantes pour le secteur de la santé notamment à travers des mécanismes de financement innovant.

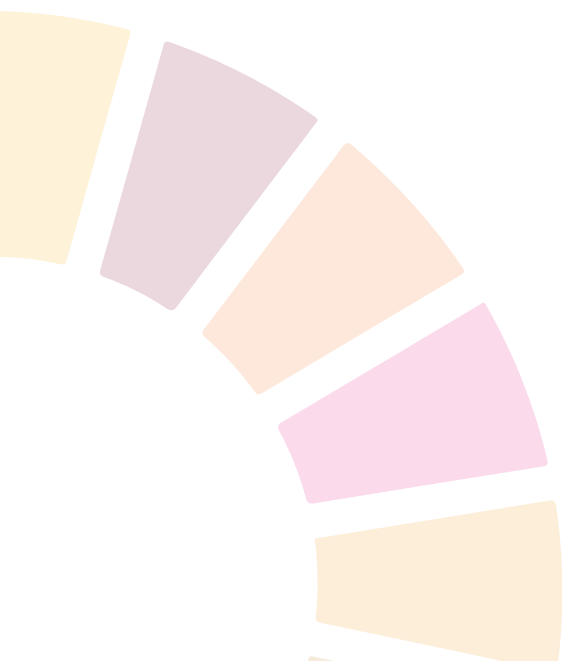
Renforcement de la collecte des données pour le suivi des indicateurs

Afin d'assurer le suivi et l'évaluation des progrès réalisés en matière d'atteinte des cibles de l'ODD3, il est primordial d'avoir un engagement fort et des orientations stratégiques claires au niveau national en matière de collecte d'information sanitaire. Pour y parvenir, il est recommandé de :

- Engagement d'un plaidoyer fort pour la collecte de données permettant de renseigner les indicateurs des cibles de l'ODD3 non quantifiés jusqu'à présent ;
- Réalisation périodique des enquêtes statistiques nationales pour renseigner les indicateurs de santé non couverts par le système d'information de routine ;
- Renforcement de la coordination, le suivi et la capitalisation au sein des différentes directions du MSPS et entre secteurs en matière de collecte d'informations sur la mise en œuvre de l'ODD3 et par rapport aux indicateurs de suivi des cibles de cet ODD, et ce aussi bien au niveau national que régional ;
- Etablissement périodique d'un rapport national et des rapports régionaux de suivi de l'ODD3 pour promouvoir l'efficacité des actions publiques de santé et aider ainsi les décideurs politiques ;
- Institutionnalisation des rencontres périodiques de partage des progrès réalisés, des enjeux et des défis à relever pour progresser vers la réalisation de l'ODD3.



Conclusion



Le présent document est le premier rapport spécifiquement dédié à l'état d'avancement de la mise en œuvre de l'ODD3. Il donne une vue d'ensemble de certains aspects ayant trait à la santé au Maroc. C'est ainsi que d'une part, il a évalué les progrès accomplis concernant les treize cibles de l'ODD 3 et, d'autre part, a dressé l'état des politiques publiques par rapport à chaque cible de l'ODD3 en montrant les progrès réalisés jusqu'à présent et en soulignant les changements qu'il faudra peut-être envisager pour que le département de la santé continue à jouer un rôle de chef de file dans la mise en œuvre et l'examen des ODD liés à la santé. Il a enfin formulé des recommandations d'actions pouvant améliorer le système d'information sanitaire et la production des données et combler ainsi les limites relevées dans l'intégration de toutes les cibles.

En se focalisant sur un seul objectif, l'ODD 3, nous ne devons pas oublier que les objectifs de développement durable doivent être appréhendés, enfin de compte, comme un programme « intégré et indivisible ». En effet, ce rapport de performance sectoriel en matière des cibles de l'ODD3 est élaboré aussi pour alimenter le rapport national de performance et qui comporte les indicateurs renseignés de tous les ODD alignés au cadre national. Il servira également comme une feuille de route relative aux actions et mesures à entreprendre d'ici 2030 pour atteindre les cibles de l'ODD3.

Celui-ci, ainsi que tous les autres ODD, sont entrés en vigueur le 1er janvier 2016, donnant lieu à l'élaboration d'un cadre mondial d'indicateurs sous l'égide de la Commission de statistique des Nations Unies, et à des cibles à réaliser à l'horizon 2030. Toutefois, les cibles figurant dans le Programme de développement durable sont, par essence, globales et applicables universellement. En effet, la Déclaration du dit programme prévoit une situation où « c'est à chaque État qu'il revient de fixer ses propres cibles au niveau national pour répondre aux ambitions mondiales tout en tenant compte de ses spécificités ». C'est à ce titre que le MSPS a fixé dans certains cas ses propres cibles à l'horizon 2030. Dans d'autres, il a gardé les cibles arrêtées à l'échelle mondiale.

Le système de santé du Maroc semble être fragmenté en plusieurs programmes distincts, axés chacun sur ses propres cibles à différents horizons. D'où l'utilité de ce document donnant une vue cohérente d'ensemble à travers le cadre mondial des indicateurs de suivi et d'évaluation susmentionné et à même de permettre d'aborder les questions transversales qui ne s'insèrent pas précisément dans un domaine programmatique.

Il importe de reconnaître que le Programme de développement durable non seulement **« il considère la santé comme le fait de permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge, mais il admet aussi que la santé et ses déterminants influencent et sont influencés par d'autres objectifs et cibles qui font partie intégrante du développement durable »**¹¹. En particulier, l'objectif 10¹², qui incite à réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre, s'applique à tous les objectifs, dont la santé. D'où la nécessité, pour toute politique, de tenir compte des disparités régionales et des groupes de populations que peuvent présenter les différentes composantes de la santé afin de ne laisser personne de côté.

C'est également le cas de l'ODD2¹³ dont une cible concerne la nutrition des enfants et l'anémie pour les femmes, deux importantes composantes de l'état de santé de la population. C'est à cet égard que le MSPS suit de près ces phénomènes à travers des programmes à la fois de sensibilisation et d'information d'une part et de prestations dédiées d'autre part.

11 OMS « La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ». Rapport du Secrétariat. (EB138/14 ; 11 décembre 2015)

12 « Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre »

13 « Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable »

Le présent rapport a essayé, quand les données l'ont permis, d'aborder ces aspects tout en soulignant la nécessité d'enrichir les données disponibles par plus d'informations statistiques éclatées géographiquement et selon différentes caractéristiques socio-économiques pertinentes. Ceci est d'autant plus important que le système national de statistique ne permet pas d'estimer tous les indicateurs proposés au niveau international. Quand c'est possible, il n'est pas toujours faisable de désagréger l'indicateur en question selon la région, voire le milieu de résidence, et selon des caractéristiques démographiques et socioéconomiques tels que l'âge, le sexe et le revenu. Ainsi, la prise en compte des questions d'inégalité et de disparité dans les niveaux atteints des indicateurs réduit la capacité à les renseigner, particulièrement à partir des sources de données nationales. Le recours à des sources internationales en l'occurrence celles de l'OMS s'avère incontournable.

En outre, si l'accès à la santé sexuelle et génésique est inclus dans l'Agenda 2030 (ODD3), les droits sexuels et génésiques, la violence et la discrimination à l'égard des femmes et des filles sont traités au niveau de l'Objectif 5. De même, les personnes âgées sont mentionnées dans l'objectif 2 sur la nutrition et dans l'objectif 11 sur les villes (environnements plus sûrs)¹⁴. Aussi, est-il important que ces droits et le vieillissement doivent faire partie des objectifs de toute politique et action sanitaire. Ce rapport n'a pas traité ces éléments étant donné qu'il se focalise uniquement sur l'état d'avancement relatif aux cibles de l'ODD3.

A travers l'analyse des indicateurs des cibles de l'ODD 3, il est constaté que des progrès indéniables ont été réalisés. Toutefois, dans certains cas, des retards vers l'achèvement des cibles fixées en 2030 sont accusés. Or, **« l'un des principes de base qui sous-tend les objectifs de développement durable tient au fait qu'ils sont « intégrés et indivisibles » : les progrès dans un domaine sont tributaires de ceux obtenus dans beaucoup d'autres »**. Dès lors, pour accélérer le rythme d'avancement vers les cibles de 2030, il ne s'agit pas de se limiter uniquement au secteur de la santé, proprement dit, mais d'impliquer plus d'autres secteurs concernés, à titre d'exemple, l'éducation, la nutrition, la protection sociale, l'équipement et la justice. Et c'est à juste titre, que l'OMS souligne que **« L'idée fondamentale sur laquelle repose la « gouvernance pour la santé » est qu'il faut délibérément agir pour influencer la gouvernance sur d'autres scènes politiques afin de promouvoir et de protéger la santé »**¹⁵.

¹⁴ OMS ; Op.cit

¹⁵ OMS ; Op.cit



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Direction de la Planification et des Ressources Financières

Division de la Planification et des Etudes
335, Avenue Mohammed V - Rabat

Edition Décembre 2022