



Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de la Méditerranée
Orientale

Royaume Du Maroc
Ministre De La Santé
Direction de la Population



POLITIQUE DE SANTE DE L'ENFANT AU MAROC

ANALYSE DE SITUATION



Octobre 2005

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
Direction de la Population



POLITIQUE DE SANTE DE L'ENFANT AU MAROC

ANALYSE DE SITUATION



Octobre 2005

PREFACE

A l'aube du troisième millénaire, le Maroc est plus déterminé que jamais à relever les défis en matière de développement humain en général et dans le domaine de la santé en particulier. Son engagement en faveur de la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement n'est que la traduction pratique de cette volonté. Or, la santé est placée au cœur du développement comme l'illustre le fait que sur les 8 objectifs du millénaire trois sont en rapport direct avec la santé à savoir : la réduction de la mortalité infanto juvénile, la réduction de la mortalité maternelle et l'arrêt voire l'inversion de la propagation du VIH/SIDA.

Convaincu que l'un des moyens les plus surs d'atteindre les objectifs du millénaire consiste à investir dans la santé de l'enfant, le Maroc a toujours accordé une place privilégiée à l'enfance.

*Les perspectives de la croissance économique de notre pays et l'évolution des principaux équilibres de l'économie nationale font ressortir la nécessité d'investir dans la santé et ce à côté d'autres interventions visant à réaliser une croissance forte et soutenue, favorable à la création d'emplois, à l'amélioration des conditions de vie des catégories sociales défavorisées. Cette croissance reste tributaire du renforcement des actions susceptibles d'améliorer le niveau de la productivité des investissements privés, de rationaliser le secteur public, de dynamiser le secteur financier et d'encourager l'épargne. L'initiative Nationale de Développement Humain lancée par **Sa Majesté le Roi Mohamed VI** basée sur une approche multisectorielle et participative constitue une bonne opportunité pour relancer le développement du pays.*

Une telle perspective se nourrit nécessairement dans une croissance économique favorisant le développement social et son corollaire, la santé. Le lien entre la santé d'une population et sa productivité est désormais établi : un niveau de santé faible engendre systématiquement des coûts supplémentaires, préjudiciables pour la croissance.

L'analyse de la situation sanitaire de l'enfant marocain ne pourrait avoir lieu sans analyser la condition de l'enfant marocain d'une manière générale, c'est décrire l'engagement de l'Etat, des collectivités locales et de la société civile, c'est jauger les systèmes politiques, économiques, judiciaire et social ; c'est aussi analyser le statut de la femme dans la famille et la société. Par ailleurs, la santé de l'enfant est intimement liée à l'état de santé de la mère et de ce fait, toute analyse de la première sans se soucier de la deuxième serait une erreur monumentale. De même, on ne saurait réviser la politique de santé de l'enfant, sans jeter un regard critique sur le système de santé du pays.

Ce document est le fruit d'un travail de synthèse de la situation de la santé de l'enfant au Maroc réalisée par un groupe de cadres du Ministère de la Santé en se basant dans une grande partie sur les résultats de l'analyse du système de santé marocain à l'occasion de la préparation de la charte de la santé. Cette analyse est complémentaire à d'autres travaux menés auparavant et ne saurait être exhaustive.

Il s'agit d'un document élaboré dans le cadre de la préparation du plan d'action national en faveur de l'enfant pour la décennie 2005-2015. Ce plan d'action qui couvre trois composantes : la santé, l'éducation et la protection de l'enfance devrait être finalisé et présenté au comité des droits de l'Enfant des Nations Unies à la fin du premier trimestre de l'année 2005. Il est indéniable que l'une des actions incontournables consiste à réviser la politique de santé au Maroc à la lumière du contexte actuel et des tendances futures.

C'est à ce titre que le Maroc a exprimé au début de l'année 2004 le souhait de faire partie des cinq pays (Maroc, Tunisie, Egypte, Soudan et Syrie) de la Région de la Méditerranée Orientale où un projet de révision de la politique de santé de l'enfant a été initié par le bureau régional de l'OMS.


Le Ministre de la Santé
Dr. Mohamed-Chérif BIAJILLAH

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Répartition de la population des enfants par tranche d'âge
- Tableau 2 : Evolution et tendance de la structure de la population marocaine par groupe d'âge (1960-2019)
- Tableau 3 : Niveau de la dépense globale de santé : comparaisons avec des pays à développement économique similaire (1997/98)
- Tableau 4 : Sources par nature du financement, 1997/98
- Tableau 5 : Répartition du nombre d'AVCI par groupe de maladies et par sexe, 1992.
- Tableau 6 : Répartition du nombre d'AVCI par tranche d'âges et par sexe, 1992.
- Tableau 7 : Etat comparatif de la répartition relative, par groupe de maladies des AVCI avec d'autres pays ayant réalisés l'étude.
- Tableau 8 : Prévalence du retard de croissance et d'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans.
- Tableau 9 : Exemples de projets en partenariat avec une collectivité locale
- Tableau 10 : Exemples de projets réalisés ou en cours de réalisation par des mécènes ou des associations de la société civile.
- Tableau 11 : Apport de la coopération internationale, projets clôturés
- Tableau 12 : Organisations internationales projets de coopération en cours
- Tableau 13 : Quelques exemples de financement dans le cadre de la coopération bilatérale
- Tableau 14 : Autres exemples de financement dans le cadre de la coopération bilatérale
- Tableau 15 : Nombre moyen de pesées par milieu et tranches d'âge
- Tableau 16 : Evolution des indicateurs anthropométriques (1987-2003)
- Tableau 17 : Calendrier national de vaccination des enfants
- Tableau 18 : Calendrier national de vaccination des femmes en âge de reproduction
- Tableau 19 : Evolution de la prévalence des maladies diarrhéiques durant la période 87-97
- Tableau 20 : Pratiques des mères en matière d'apport de liquides face à la diarrhée
- Tableau 21 : Taux d'utilisation des SRO
- Tableau 22 : Pratiques des mères face à la diarrhée en matière d'alimentation
- Tableau 23 : Utilisation des médicaments au cours des épisodes diarrhéiques de l'enfant
- Tableau 24 : Situation de la pratique de l'allaitement maternel au Maroc
- Tableau 25 : Morbidité infanto-juvénile au Maroc, Tunisie, Syrie et Djibouti
- Tableau 26 : Mortalité chez les enfants de moins de cinq ans
- Tableau 27 : Morbidité infanto-juvénile
- Tableau 29 : Infrastructure sanitaire au niveau des provinces de Meknès El Menzeh et d'Agadir Ida Outanane (1999).
- Tableau 30 : Recherche des problèmes de santé éventuellement associés selon le motif de consultation
- Tableau 31 : Evaluation de l'état nutritionnel et recherche de l'anémie chez les enfants malades
- Tableau 32 : Prescription abusive des antibiotiques pour les cas de diarrhée et d'infections respiratoires aiguës
- Tableau 33 : Conseils aux mères d'enfants malades

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 : Evolution et tendance de la mortalité (%°) dans l'enfance au cours de la période 1962 à 2016
- Graphique 2 : Impact de la couverture vaccinale par le Vaccin Ainti-Rougeoleux sur la situation des cas de rougeole (1987-2003)
- Graphique 3 : Evolution et tendance de la fécondité par milieu de résidence (1977-2019)
- Graphique 4 : Structure d'âge de la population marocaine- 2001
- Graphique 5 : Structure d'âge de la population marocaine - 2020
- Graphique 6 : Evolution du taux d'analphabétisme féminin (%) par milieu de résidence 1960-1998
- Graphique 7 : Demande de soins de santé selon le statut du lieu de la consultation au niveau national (ENNVM. 1990/91 et 1998/99)
- Graphique 8 : Demande de soins de santé selon le statut du lieu de la consultation en milieu rural (ENNVM. 1990/91 et 1998/99)
- Graphique 9 : Demande de soins de santé selon la catégorie de professionnel de santé consulté en milieu rural (ENNVM 1998/99)
- Graphique 10 : Demande de soins de santé selon la catégorie de professionnel de santé consulté niveau national (ENNVM 1998/99)
- Graphique 11 : Couverture vaccinale des enfants âgés de 12-23 mois selon le niveau de vie 90-91, ENPS-II. 92
- Graphique 12 : Assistance à l'accouchement selon le niveau de vie (ENNVM 1990/91 et ENPS-II. 92)
- Graphique 13 : Sources par nature du financement, 1997/98
- Graphique 14 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe au Maroc 1967-1999
- Graphique 15 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre les périodes 1962-66 et 1997-2001
- Graphique 16 : Principales causes de mortalité infanto-juvénile au Maroc, ECCD 1998
- Graphique 17 : Insuffisance pondérale en% (Poids /Age)-Comparaison entre 1992 et 1997.
- Graphique 18 : Evolution du taux de mortalité infantile (‰ naissances vivantes) selon le milieu de résidence entre les périodes 1964 et 1999
- Graphique 19 : Taux de mortalité infantile et des enfants de moins de cinq ans selon le niveau de vie, ENNVN 1990/91 et ENPS-1992
- Graphique 20 : Répartition des taux de mortalité infantile par région - 1997
- Graphique 21 : Taux de mortalité maternelle par milieu de résidence (pour 100 000 naissances vivantes) – Comparaison entre 1987 et 1992
- Graphique 22 : Evolution des taux de mortalité infantile selon le niveau d'instruction de la mère, 1962-1994
- Graphique 23 : Taux de couverture vaccinale chez les enfants 12-23 mois
- Graphique 24 : Impact de la couverture vaccinale par le VPO
- Graphique 25 : Taux des naissances protégées contre le tétanos néonatal
- Graphique 26 : Effectif des professionnels de santé formés à la PCIME
- Graphique 27 : Nombre de sessions de formation clinique PCIME
- Graphique 28 : Tendance de la mortalité infanto-juvénile à l'échelle mondiale, 1960-2000, avec les projections jusqu'à 2015 ⁽¹⁾

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Organisation du système de santé au Maroc
- Figure 2 : Pyramide de l'offre de soins au Maroc
- Figure 3 : Extension de la stratégie PCIME au Maroc, situation au mois d'octobre 2005

LISTE DES ABREVIATIONS

AMIP	: Association Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique
AMM	: Autorisation de Mise Sur le Marché
AMO	: Assurance Maladie Obligatoire
AVCI	: Années de Vie Corrigée du facteur Invalidité
AVDP	: Années de vie Perdues en raison d'un Décès Prématuro
BASICS	: Soutien de Base pour Institutionnaliser la Survie de l'Enfant
BO	: Bulletin Officiel
CERED	: Centre d'Etudes et Recherches en Démographie
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CL	: Collectivités Locales
CMB	: Couverture Médicale de Base
CMG	: Charge de Morbidité Globale
CMS	: Marketing Social
CRM	: Croissant Rouge Marocain
DELM	: Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
DEM	: Direction de l'Equipement et de la Maintenance
DH	: Dirhams
DHS	: Démographiic and Health Statistics
DHSA	: Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DMP	: Direction du Médicament et de la Pharmacie
DMS	: Durée Moyenne de Séjour
DP	: Direction de la Population
DPRF	: Direction de la Planification et des Ressources Financières
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DTCP	: Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite (Vaccin)
ECCD	: Enquête sur les Causes et Circonstances de Décès
ECVMD	: Enquête Nationale Démographique à Passage Répété
EMPCD	: Enquête sur la Morbidité et la Prise en Charge de Maladies Diarrhéiques
EMRO	: Région de la Méditerranée Orientale et du Moyen Orient
ENDPR	: Enquête Nationale Démographique à Passage Répété
ENFPF	: Enquête National sur la Fécondité et la Planification Familiale
ENNVM	: Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages Marocains
ENPC	: Enquête Nationale sur la Prévalence Contraceptive
ENPSF	: Enquête Nationale sur la Population et la santé de la Famille
ENSME	: Enquête Nationale sur la Santé de la mère et de l'enfant
ENPS	: Enquête Nationale Population et Santé
ENPS PANEL	: Enquête Nationale Population et Santé PANEL
E.S.S.B.	: Etablissement de Soins de Santé de Base
EVCI	: Espérance de Vie Corrigée de l'Incapacité
EVCS	: Espérance de Vie Corrigée de l'état de Santé
EVN	: Espérance de Vie à la Naissance
FAR	: Forces Armées Royales
FC	: Formation Continue
GATT	: General Agreement Tarif and Trade
GRH	: Gestion des Ressources Humaines
HKI	: Helen Keller International
Hib	: Heamophilus Influenzae b (Vaccin)
HTA	: Hypertension Artérielle
HVB	: Hépatite Virale B
HVC	: Hépatite Virale C
IEC	: Information, Education et Communication
IFCS	: Institut de Formation aux Carrières de Santé
IFTS	: Institut de Formation des Techniciens de Santé
INAS	: Institut National d'Administration Sanitaire
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
JNV	: Journées nationales de Vaccination
MNT	: Maladies Non Transmissibles
Most	: Micronutrient Opportunities Strategy and Technology
MS	: Ministère de la Santé

MST	: Maladies Sexuellement Transmissibles
OCDE	: Organisation de Coopération et de Développement Economique
OI	: Organisme International
OIG	: Organisation Internationale Gouvernementale
OIT	: Organisation Internationale du Travail
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS ou WHO	: Organisation Mondiale de la Santé ou World Health Organization
ONEP	: Office National de l'Eau Potable
ONDE	: Observatoire National des Droits de l'Enfant
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
PAGER	: Programme d'Approvisionnement groupé en Eau Potable pour la Population Rurale
PAPCHILD	: Pan Arabe Project Child
PAQ	: Projet d'Assurance Qualité
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PECS	: Plan d'Extension de la Couverture Sanitaire
PERG	: Programme d'Electrification Rurale Global
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PGHT	: Prix Grossiste Hors taxe
PLIRA	: Programme de Lutte contres les Infections Respiratoires Aigues
PLMC	: Programme de Lutte contres les Maladies de Carence
PLMD	: Programme de Lutte contres les Maladies Diarrhéiques
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
PNI	: Programme National d'Immunisation
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSP	: Polyclinique de Santé Publique
RAMED	: Régime d'Assistance Médicale
RESSB	: Réseau des Etablissements de Soins de Santé de Base
RESSMA	: Réseau des Economistes du Système de Santé du Maghreb Arabe
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	: Ressources Humaines
SEGMA	: Service d'Etat Géré de Manière Autonome
SEIS	: Service des Etudes et de l'Information Sanitaire
SIAAP	: Service des Actions Ambulatoires Provincial ou Préfectoral
SIDA	: Syndrome Immunodéficient Acquis
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SMIG	: Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SRO	: Sels de Réhydratation Orale
SS	: Système de Santé
TRIPs (ADPIC)	: Accords sur les Droits de la Propriété Intellectuelle et Commerciale
TRO	: Thérapie de Réhydratation Orale
TOM	: Taux d'Occupation Moyen
TV	: Télévision
TVA	: Taxe sur la Valeur Ajoutée
UAM	: Unité d'approvisionnement en médicaments
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour les Affaires de Population
UI	: Unité Internationale
UNICEF	: Fonds des nations Unies pour l'Enfance
US	: United State's
USAID	: United States Agency For International Developement
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humain

TABLE DES MATIERES

CONTEXTE	i
LISTE DES TABLEAUX	ii
LISTE DES GRAPHIQUES	iii
LISTE DES ENCADRES	iv
LISTE DES ABREVIATIONS	vi
TABLE DES MATIERES	viii
I. INTRODUCTION	1
1. DEFINITION DE L'ENFANCE	1
2. ENGAGEMENT DU MAROC EN FAVEUR DE L'ENFANT	2
2.1. Santé de l'enfant	2
2.2. Convention des Droits de l'Enfant	2
2.3. Engagement du Maroc en faveur des objectifs du millénaire	2
2.3.1. Objectifs du Maroc en matière de santé de l'enfant	2
2.3.2. Plan d'action national en faveur de l'enfant	4
2.4. Structures mises en place en faveur de l'enfant	4
2.4.1. L'Observatoire National des Droits de l'Enfant	4
2.4.2. Secrétariat d'Etat Chargé de la Protection Sociale, de la Famille et de l'Enfance	4
2.5. Autres structures oeuvrant en faveur de l'enfance	5
2.5.1. Agence de Développement Social	5
2.5.2. Le Fonds Hassan II	5
2.5.3. La Fondation Mohamed V pour la Solidarité	5
2.5.4. Les communes	6
2.5.5. Les associations	6
3. JUSTIFICATIFS DE LA REVISION DE LA POLITIQUE DE SANTE DE L'ENFANT AU MAROC	6

II. CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	7
1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET CLIMAT	7
2. CRACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	7
2.1. Tendances démographiques	7
2.1.1. Evolution de la fécondité	7
2.1.2. Changements dans la structure d'âge avec une tendance au vieillissement de la population ...	8
2.1.3. Accroissement constant du niveau d'urbanisation	10
3. NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE, REVENUS, EMPLOI ET CHOMAGE	10
4. NIVEAU D'INSTRUCTION	10
5. CONDITIONS DE L'HABITAT DANS LA PERIPHERIE DES VILLES, LES ANCIENNES MEDINAS ET EN MILIEU RURAL	11
6. DEVELOPPEMENT DES INFRASTRUCTURES DE BASE	11
6.1. Eau potable et assainissement	11
6.2. Electricité	11
6.3. Infrastructure routière	12
7. QUALITE DE L'ENVIRONNEMENT	12
7.1. Urbanisation	12
7.2. Changements climatiques	12
7.3. Pollution du milieu	12
III. SYSTEME DE SANTE AU MAROC	12
1. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	12
2. MINSITERE DE LA SANTE	14
2.1. Termes de référence	14
2.2. Organisation du Ministère de la Santé	14
2.3. Niveaux de soins	15
2.4. Offre des soins	15
2.4.1. Structures d'offre de soins de santé	15
2.4.2. Niveau d'offre de soins	16

2.4.3. Mode de couverture et recours aux soins	16
2.4.4. Niveau actuel de couverture par l'offre de soins	17
3. SECTEUR PRIVE	18
3.1. Organisation	18
3.1.1. Le secteur privé à but lucratif	18
3.1.2. Secteur privé à but non lucratif	18
3.1.3. Autres structures	19
3.2. Offre de soins	19
3.3. Niveau actuel de couverture par l'offre de soins	19
3.3.1. Soins ambulatoires	19
3.3.2. Etablissements des soins hospitaliers	19
3.3.3. Laboratoires de biologie	20
4. ASPECTS PARTICULIERS RELATIFS A L'OFFRE DE SOINS	20
4.1. Disparités de la répartition spatiale des infrastructures de santé et des équipements	20
4.2. Spécificités de l'habitat en milieu rural et couverture sanitaire	20
4.3. Domaine de la prise en charge des urgences et de la gestion des risques sanitaires	20
4.4. Dualité secteur public secteur privé	21
4.5. Evolution de l'investissement en matière de couverture sanitaire par les établissements de soins	22
4.6. Les principales contraintes freinant le développement de l'offre de soins	22
4.7. Niveaux de la demande de soins et de la qualité des services fournis à la population	22
4.7.1. Appréciation sommaire de la demande de soins	22
4.7.2. Recours aux soins ambulatoires	23
4.7.3. Recours aux soins hospitaliers	24
4.7.4. Recours aux soins de réhabilitation	25
4.7.5. Qualité de soins	26
4.7.6. Inégalités d'accès aux prestations de soins	26
4.7.7. Tendances de l'offre de soins	26

5. SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE	27
6. LEGISLATIONS REGISSANT LES MEDIACEMENTS	27
6.1. Organisation du secteur de la pharmacie pour l'approvisionnement du marché en médicaments	28
6.1.1. Marché local	28
6.1.2. Organisation de l'approvisionnement du secteur public	28
6.2. Accessibilité au médicament	28
6.2.1. Accessibilité physique	28
6.2.3. Accessibilité économique	29
6.3. Recours au médicament générique	29
6.3.1. Définition du médicament générique	29
6.3.2. Poids du médicament générique	29
6.3.3. Mesures d'encouragement à la production et à l'utilisation du médicament générique	30
6.3.4. Qualité du médicament fabriqué localement ou importé	30
7. SUPERVISION	31
8. FINANCEMENT DE LA SANTE	31
8.1. Dépense globale de santé	31
8.2. Taille du financement public de la santé	32
8.2.1. Ministère de la Santé	32
8.2.2. Structure des dépenses du MS par niveau	33
8.2.3. Problèmes d'affectation des ressources financières du Ministère de la Santé	33
8.2.4. Financement de la santé par les autres départements ministériels et par les Collectivités Locales	33
8.2.5. Financement collectif de la santé	33
8.3. Structure de la dépense globale de santé par type de prestation	34
8.4. Financement de la santé et équité	35
8.5. Importance de la solidarité institutionnalisée	35
8.6. Tendances futures du financement	35

9. ORGANISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	37
9.1. L'exercice privé des professions de santé	37
9.2. Les ordres professionnels	37
9.2.1. L'Ordre national des médecins	37
9.2.2. L'Ordre des chirurgiens dentistes	37
9.2.3. L'Ordre des pharmaciens	37
10. COORDINATION ENTRE LES DIFFERENTS INTERVENANTS ET NIVEAUX	38
11. TRANSFERT, REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE	39
IV. RESSOURCES HUMAINES	39
1. TENDANCES FUTURES DU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES	39
1.1. Médecins généralistes et spécialistes	40
1.2. Médecins spécialistes	40
1.3. Personnel paramédical	40
2. AUTRES PROFILS DU SYSTEME DE SANTE	40
3. ENJEUX FUTURS DE DEVELOPPEMENT DES PROFESSIONS DE SANTE	41
V. FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	41
1. INSTITUTIONS DE FORMATION	41
1.1. Formation médicale	41
1.2. Formation des pharmaciens	42
1.3. Formation des chirurgiens dentistes	42
1.4. Formation du personnel paramédical	42
2. PRINCIPAUX PROBLEMES DE LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	42
2.1. Formation de base	43
2.1.1. Formation médicale	43
2.1.2. Formation en pharmacie et chirurgie dentaire	43
2.1.3. Formations paramédicales	43
2.2. Formation continue	43

3. PLANIFICATION DES BESOINS EN PROFESSIONNELS DE SANTE	43
VI. BILAN DE LA SANTE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS	44
1. ETAT SANITAIRE DE LA POPULATION GENERALE	44
1.1. Gains en espérance de vie	44
1.1.1. Espérance de vie à la naissance	44
1.1.2. Espérance de vie corrigée de l'état de santé.....	44
1.2. Réduction des mortalités infantile et infanto-juvénile	45
1.3. Niveau de la mortalité maternelle	46
2. EVOLUTION DE LA MORBIDITE	46
2.1. Niveaux de la morbidité appréhendées à travers l'évolution des principales causes de décès	46
2.2. Poids de la charge de morbidité globale	47
2.3. Niveau de morbidité appréhendé à travers les données du système d'information sanitaire, de la surveillance épidémiologique et des enquêtes réalisées.....	48
2.3.1. Affections transmissibles	48
2.3.2. Problèmes nutritionnels et carences en micronutriments.....	49
2.4. Les inégalités de santé aux niveaux national et régional.....	51
2.4.1. Distribution des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile	51
2.4.2. Distribution du taux de mortalité maternelle selon le milieu de résidence	52
2.5. Principaux déterminants	53
2.6. Tendances futures des problèmes de santé et de leurs déterminants	54
2.6.1. Corrélation entre les tendances des principaux déterminants de la santé et les facteurs de risques.....	54
2.6.2. Tendances de la charge globale de morbidité et défis futurs.....	55
2.6.3. Tendances de la demande de services de santé	56
VII. PARTENARIAT	57
1. COOPERATION AVEC LES DEPARTEMENTS MINISTERIELS	57
2. COOPERATION AVEC LES COLLECTIVITES LOCALES	58
3. COOPERATION AVEC LES ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE ET LE MECENAT	58

3.1. Coopération avec les organisations et la société civile.....	58
3.2. Coopération avec le mécénat	60
4. ORGANISMES INTERNATIONAUX	60
4.1. Coopération internationale.....	61
4.2. Coopération bilatérale	62
VIII. PROGRAMMES DE SANTE EN FAVEUR DE L'ENFANT.....	64
1. SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE ET LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION	64
1.1. Surveillance de la croissance	64
1.1.1. Données sur la surveillance de la croissance.....	64
1.1.2. Evolution des indicateurs anthropométriques.....	66
1.2. Prévention du rachitisme	66
1.2.1. Principales étapes du programme.....	66
1.2.2. Evaluation des activités du programme	66
2. PROGRAMME NATIONAL D'IMMUNISATION	67
2.1. Objectifs du PNI.....	67
2.2. Le calendrier national de vaccination.....	68
2.2.1. Calendrier de l'enfant	68
2.2.2. Le calendrier de vaccination de la femme en âge de reproduction.....	68
2.3. Stratégies vaccinales.....	69
2.4. Impact du PNI sur la situation épidémiologique	70
2.5. Perspectives du PNI.....	71
3. PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES	72
3.1. Objectifs	72
3.2. Stratégies.....	73
3.3. Impact du Programme de Lutte contre les Maladies diarrhéiques	73
4. PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	76
4.1. Situation de la pratique de l'allaitement maternel	76

4.2. Actions développées en vue de promouvoir la pratique d'allaitement maternel	77
4.2.1. Mise en œuvre en 1992 d'un plan d'action de promotion de l'allaitement maternel	77
4.2.2. Initiative Hôpitaux Amis des Bébé s	77
4.2.3. Elaboration d'un code national de commercialisation des substituts de l'allaitement maternel	78
4.2.4. Perspectives	78
5. LUTTE CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES	78
6. PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT	79
6.1. Justificatifs de l'introduction de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Maroc	79
6.2. Organisation et gestion des activités PCIME	80
6.2.1. Au niveau central	80
6.2.2. Au niveau provincial	80
6.2.3. Appui du Service de Protection de Santé de l'Enfant	80
6.3. Mise en œuvre de la stratégie PCIME	81
6.3.1. Phase d'introduction de la PCIME au Maroc	81
6.3.2. Phase de mise en œuvre précoce	82
6.3.3. Phase d'extension	82
6.4. Composantes de la PCIME	84
6.4.1. Composante clinique	84
6.4.2. Composante organisationnelle	86
6.4.3. Composante communautaire	86
6.5. Introduction de l'enseignement de la PCIME dans le cursus de base	87
6.6. Revue de la phase pilote de la stratégie PCIME	88
6.7. Evaluation de l'impact de la stratégie PCIME	89
7. Conclusion	89
7. LUTTE CONTRE LES TROUBLES DUS AUX CARENCES EN MICRONUTRIMENTS	90

7.1. Historique de la lutte contre les carences en micronutriments	91
7.2. Ampleur du problème	91
7.3. Engagement politique au niveau national et international	91
7.4. Mécanisme de fonctionnement du programme	91
7.5. Objectifs du programme	91
7.6. Stratégie	92
7.6.1. Composantes de la stratégie	92
7.6.2. Axes d'intervention	92
7.6.3. Les intervenants	93
7.6.4. Principales activités réalisées durant la période 2000-2004	94
7.7. Perspectives	94
8. NECESSITE DE REVOIR LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES EN MATIERE DE SANTE DE L'ENFANT	95
8.1. Prise en charge des enfants malades	95
8.2. Prestations offertes à l'enfant sain	97
8.3. Soins de périnatalogie	97
8.4. Apport et limites de l'approche de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	97
8.5. Orientations stratégiques	98
8.6. Conclusion	99
IX. ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL	99
1. LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE	99
2. MISE EN PLACE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE	100
3. LA REFORME HOSPITALIERE	100
4. LA REGIONALISATION	101
5. UN PLAN D'ACTION NATIONAL EN FAVEUR DE SANTE DE L'ENFANT	101
X. CONCLUSION	102
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	106

I. INTRODUCTION

Le Maroc est l'un des premiers pays signataires de la Convention des Droits de l'Enfant (CDE) des Nations Unies en 1993. L'article 24 de la convention stipule que « L'enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier des services médicaux. L'état met un accent particulier sur les soins de santé primaires et les soins préventifs, sur l'information de la population ainsi que sur la réduction de la mortalité infantile.

Les états encouragent à cet égard la coopération internationale et s'efforcent d'assurer qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'accès à des services de santé efficaces »

Dans la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est définie comme « *un état de complet bien être physique, mental, et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*

Le droit à la santé signifie donc l'accès au meilleur état de santé possible, et la réalisation des buts de la santé constitue un moyen de respect des droits de l'homme.

En effet, améliorer la santé et l'espérance de vie en bonne santé est une fin en soi et un but fondamental du développement économique et social. Les liens entre santé, recul de la pauvreté et croissance économique à long terme sont étroits, beaucoup plus étroits qu'on ne le pense généralement¹.

1. DEFINITION DE L'ENFANCE

L'enfance est la période de vie allant de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans. Jusqu'en 2003, la priorité était accordée aux enfants de moins de 5 ans et les principales actions du Ministère de la Santé étaient axées sur la petite enfance du fait de la vulnérabilité particulière de cette tranche d'âge objectivée par l'ampleur de la morbidité et de la mortalité infanto-juvénile. Pour la grande enfance et l'adolescence, les interventions du Ministère de la Santé se limitaient aux actions menées dans le cadre de la santé scolaire et universitaire.

Ce n'est qu'en 2004, que le Ministère de la Santé a décidé d'élargir ses interventions au profit de l'enfant de 5 à 18 ans. En effet, on s'est rendu compte que les besoins spécifiques de cette catégorie de la population ne sont pas bien connus et de ce fait ne sont pas pris en considération alors que son effectif s'élève à 8 690 000 soit 30 % de l'ensemble de la population.

Tableau 1 : Répartition de la population des enfants par tranche d'âge, 2004.

	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans
Effectif (milliers)	2 979/30 088	2 942/30 088	3 172/30 088	3 232/30 088
%	10 %	10 %	11 %	11 %

Source : Annuaire statistique du Maroc, 2004, Haut Commissariat au Plan.

¹ Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement socio-économique. Rapport OMS, 2001.

2. ENGAGEMENT DU MAROC EN FAVEUR DE L'ENFANT

2.1. Santé de l'enfant

Depuis la déclaration d'Alma Ata, le Maroc a fait des soins de santé de base une priorité en matière de santé et une place particulière a été accordée aux populations vulnérables notamment les enfants et les femmes. Ainsi, en matière de santé de l'enfant, des programmes ont vu le jour et ont contribué largement à la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Parmi les principaux programmes :

- **De 1978 à 1997**, il s'agit des quatre principaux programmes spécifiques destinés à l'enfant à savoir :
 - Le Programme National d'Immunisation (PNI), auparavant appelé le Programme Elargi de Vaccination (PEV).
 - Le Programme de Lutte contre les Maladies de carence (PLMC).
 - Le Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PLMD).
 - Le Programme de Lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës (PLIRA).
- **A partir de 1997** : adoption de la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).

Ces programmes sont gérés au niveau du Service de Protection de la Santé de l'Enfant rattaché à la Division de la Santé Maternelle et Infantile au niveau de l'une des directions techniques du Ministère de la Santé à savoir la Direction de la Population.

2.2. Convention des Droits de l'Enfant

Pour ce qui est du volet « protection de l'enfance », la date de départ était l'année 1992, où suite au Sommet Mondial pour l'Enfance de 1990, un Plan d'Action National pour l'Enfance a été élaboré constituant la première étape concrète de l'adhésion du Maroc aux droits des enfants. Ce plan d'action a contribué à sensibiliser les décideurs politiques et la société civile aux droits des enfants et à la problématique des enfants en situation difficile et comme résultat direct, la ratification par le Maroc en 1993 de la Convention des Droits de l'Enfant.

Des composantes ont vu le jour et ont été mises en oeuvre par différents acteurs institutionnels et non institutionnels en particulier la société civile. Elles sont axées principalement sur :

- L'amélioration de la santé de l'enfant.
- L'amélioration de l'environnement : l'eau, l'assainissement et l'hygiène.
- L'amélioration de l'éducation de base.
- Le développement de l'enfant.
- Les enfants en situation difficile.

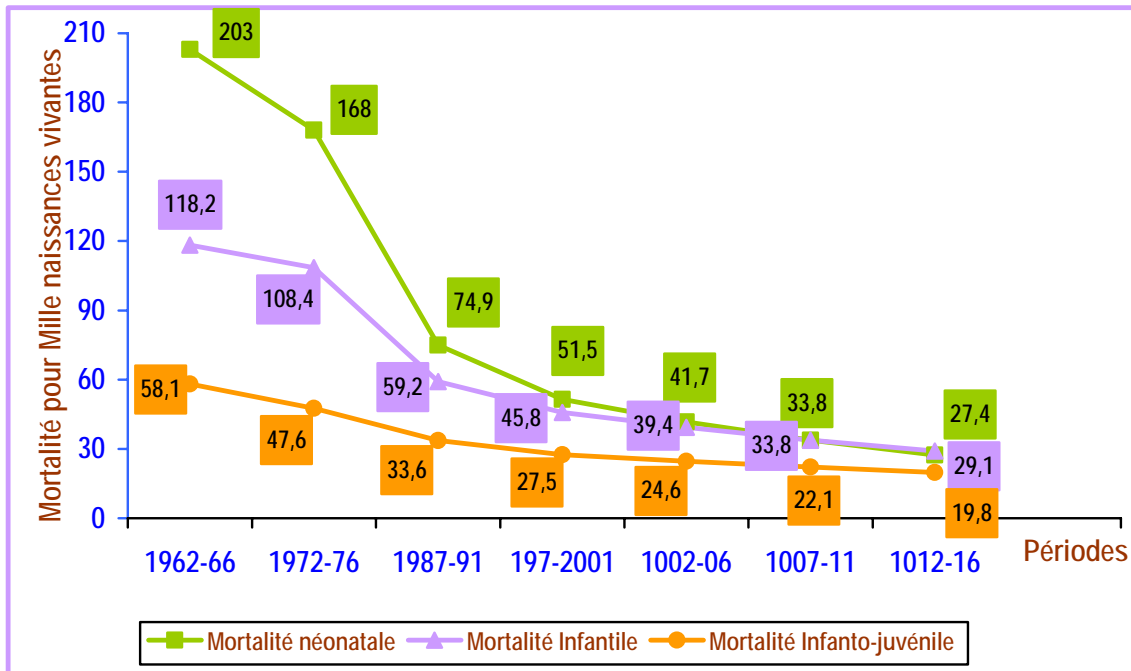
2.3. Engagement du Maroc en faveur des objectifs du millénaire

2.3.1. Objectifs du Maroc en matière de santé de l'enfant

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés en 2000 par les Nations Unies donnent l'occasion d'entreprendre une action concertée pour améliorer la santé dans le monde en général et de l'enfant en particulier. En effet , parmi les 8 objectifs retenus pour la période 1990-2015, trois sont en rapport direct avec la santé :

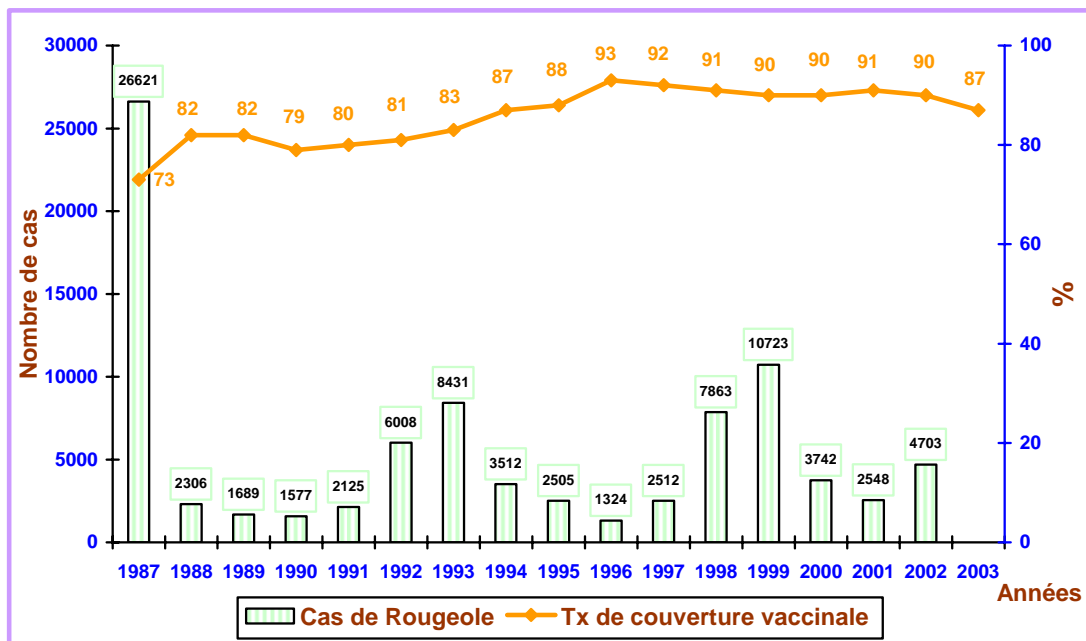
- Réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans.
- Réduire de trois quart la mortalité maternelle.
- Arrêter la propagation du VIH/sida et inverser la tendance actuelle.

Graphique 1 : Evolution et tendance de la mortalité (%) dans l'enfance au cours de la période 1962-2016



Source : DPRF, Ministère de la Santé.

Graphique 2 : Impact de la couverture vaccinale par le Vaccin Ainti-Rougeoleux sur la situation des cas de rougeole (1987-2003)



Source : Programme National d'Immunisation, Ministère de la Santé.

- La révision de la politique de santé de l'enfant doit accorder la priorité à la période périnatale, laquelle englobe la composante santé maternelle. La priorité devra être accordée à des interventions efficaces et efficientes à savoir : l'amélioration de la qualité du suivi de grossesse, les conditions d'accouchement notamment le volet réanimation néonatale en salle d'accouchement et aussi les soins et le suivi du couple mère - nouveau-né en post-partum.
- Un autre aspect est l'amélioration de la qualité de prise en charge des enfants au niveau des établissements de soins de santé de base notamment à travers la généralisation de la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).

2.3.2. Plan d'action national en faveur de l'enfant

En vue de concrétiser les objectifs du millénaire relatifs à la santé maternelle et infantile, un plan d'action national en faveur de l'enfant pour la période 2005-2015 a été élaboré. Ce plan d'action bénéficie d'un engagement politique de très haut niveau et couvre trois domaines : la santé, l'éducation et la protection de l'enfance et trois commissions ont été désignées à cet effet :

- Commission de la santé
- Commission de l'éducation.
- Commissions de la protection .

La coordination des travaux des trois commissions a été attribuée par sa Majesté le Roi Mohamed VI à Monsieur le Premier Ministre. Le secrétariat d'Etat de la Famille, de la Solidarité et des Personnes Handicapées assure le suivi des travaux des commissions techniques.

2.4. Structures mises en place en faveur de l'enfant

Depuis la ratification par le Maroc de la Convention des Droits de l'Enfant, un intérêt particulier et stratégique a été accordé à la question de l'enfance.

En effet, l'engagement renouvelable de la plus haute autorité du Royaume, de l'ensemble du gouvernement et de la société civile, a déclenché un processus dynamique qui vise, en premier lieu, l'amélioration de la situation et la garantie des droits élémentaires de tous les enfants, notamment ceux qui vivent dans des situations difficiles.

Cette synergie, sans cesse croissante entre tous les intervenants, s'est traduite par des initiatives et réformes qui s'inscrivent :

- dans le mouvement international en faveur de l'enfant et progressive de la Convention des Droits de l'Enfant.
- l'édification d'un Etat de droit et la consolidation des droits de l'Homme.
- instauration d'un développement humain durable qui investit dans le capital humain.

D'une manière générale, et sur le plan institutionnel, on peut résumer les principaux efforts déployés au profit de l'enfant dans la création de deux principales structures : l'Observatoire National des Droits de l'Enfant et le Secrétariat d'Etat Chargé de la Protection Sociale, de la Famille et de l'Enfance

2.4.1. L'Observatoire National des Droits de l'Enfant

Il s'agit d'une ONG qui a été mise en place en 1994 et qui est présidée par son Altesse Royale la Princesse Lalla Meryem. Sa mission principale est le suivi de la mise en oeuvre de la Convention des Droits de l'Enfant et l'une de ses tâches consiste à réviser les textes législatifs et réglementaires en vue de les harmoniser avec les dispositions de la Convention des Droites de l'Enfant. A noter que depuis 1994, l'ONDE organise un congrès annuel sur les Droits de l'Enfant.

2.4.2. Secrétariat d'Etat Chargé de la Protection Sociale, de la Famille et de l'Enfance

Mis en place en 1998 , il a pour objectifs de :

- 1- Lutter contre la pauvreté comme source de plusieurs problèmes sociaux auxquels la société marocaine fait face (analphabétisme, handicaps, violence, exploitation, marginalisation...);
- 2- Lutter contre les causes de l'handicap et assurer une intégration sociale facile des personnes handicapées par l'éducation, la formation professionnelle, l'emploi et l'accès privilégié à plusieurs services de l'Etat ;
- 3- Améliorer les conditions des enfants en situation difficile, les protéger contre toute sorte d'exploitation et les préparer sur le plan éducatif à un avenir meilleur ;
- 4- Améliorer la condition de la femme marocaine (50 % de la population) en l'intégrant au développement économique et social du pays ; et
- 5- Renforcer la famille en tant que noyau dur de la société et garantir des conditions satisfaisantes pour l'épanouissement des enfants, de la femme, des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes en situation difficile d'une façon générale.

2.5. Autres structures oeuvrant en faveur de l'enfance

2.5.1. Agence de Développement Social

A partir de 1997-98, l'Etat a réservé une part de plus en plus importante de son budget aux secteurs sociaux. Ainsi les dépenses sont passées de 14.8 milliards de dirhams en 1990 à 25.4 milliards de dirhams en 1997-98 soit 41.6 % des dépenses de fonctionnement et d'investissement du budget général de l'Etat⁽¹⁾. Ces dépenses continuent d'augmenter et dans la loi de Finances de 1999-2000, cette part s'élève à 46.8 %. Le secteur de l'éducation reste le plus privilégié avec la plus grande part des dépenses publiques affectées au social soit 4.5 % du PIB entre 1987 et 1997. Le budget alloué au Ministère de la Santé a lui peu évolué par rapport au PIB et en 1997/98, il était de 4,6 % (il passera à 5,1% en 2020, soit moins que le niveau actuel des pays voisins économiquement similaires).

L'Agence de Développement Social accorde une place privilégiée au monde rural et accorde des subventions aux associations oeuvrant pour son développement.

2.5.2. Le Fonds Hassan II

Dénomé « Fonds Hassan II pour le développement économique et social », ce fonds a été créé par décret royal sous forme de compte d'affectation spécial du Budget général. Le fonds Hassan II en associant les autres composantes du secteur publique et en suscitant l'implication des opérateurs privés est appelé à jouer un rôle important en matière de dynamisation de l'investissement et de l'élargissement des opportunités d'emploi. Parmi les champs d'action de ce Fonds figure la lutte contre l'habitat insalubre

2.5.3. La Fondation Mohamed V pour la Solidarité

La fondation Mohamed V a vu le jour en 1998 à l'occasion de la première semaine de lutte contre la pauvreté et l'exclusion mais prit naissance officiellement en 1999.

Cette fondation a comme objectifs :

- de renforcer la solidarité et de l'ériger comme culture.
- de s'affirmer en tant que catalyseur du développement social et de la lutte contre la pauvreté.
- de promouvoir le soutien et l'organisation des actions entreprises en faveur des démunis à travers le renforcement des institutions et l'appui financier apporté aux acteurs sociaux.
- de faire du partenariat et de la proximité une approche fondamentale dans la conception et la réalisation de ses projets.

La stratégie de la fondation Mohamed V s'articule autour de deux axes :

- Une action essentiellement humanitaire qui vise à soulager de manière ponctuelle les souffrances des démunis.

- Une action qui vise le développement et l'amélioration des conditions de vie par le renforcement des services sociaux en particulier dans le rural, l'amélioration des ressources, la réduction de la précarité de certaines catégories de la population, la réduction des effets pervers de la pauvreté sur les enfants (enfants abandonnés, enfants en situation précaire,...).

2.5.4. Les communes

Pour redynamiser l'action communautaire, les collectivités locales bénéficient depuis 1986 de 30 % de ressources collectées au titre de la TVA. En contrepartie, des responsabilités nouvelles leur ont été transférées dans le domaine de l'éducation et de la santé de base.

2.5.5. Les associations

Proches de la population, elles sont en mesure de mobiliser la population en faveur de l'enfant. L'approche participative est un remède efficace contre la léthargie, elle libère la capacité d'expression et motive les individus, elle optimise les compétences des ressources humaines.

Parmi les associations :

- ONDE (voire plus haut).
- La Ligue Marocaine de Protection de l'Enfance (LMPE) créée en 1954 et présidée par la Princesse Lalla Amina, elle se consacre à la petite enfance (crèches, jardins d'enfants), aux enfants abandonnés et handicapés, à l'organisation de clubs pour enfants et pour jeunes et à la lutte contre les drogues et l'exploitation des petites bonnes.
- Association ATFALE dont la mission principale s'articule autour de la recherche/action dans le domaine de la petite enfance.
- Association Bayti pionnière en matière d'approche de la problématique complexe des enfants de la rue.

3. JUSTIFICATIFS DE LA REVISION DE LA POLITIQUE DE SANTE DE L'ENFANT AU MAROC

Le Maroc est plus que jamais tenu à relever des défis considérables en matière de développement et de santé. En effet, la croissance économique durant la décennie 90 a été ralentie en raison de multiples facteurs. Le taux de pauvreté à savoir la proportion de population ayant un revenu de moins de 1 \$USA par jour a augmenté pour atteindre 19 %. Cet appauvrissement a comme conséquence une limitation de l'accès aux soins de la population.

L'analyse de la situation de la santé de l'enfant a révélé que si les orientations et objectifs du développement sanitaire ont toujours été bien exprimés dans les différents plans de développement économique et social, de même pour ce qui est des indicateurs de suivi de ces plans, aucune politique de santé d'une manière générale ne fut dûment élaborée y compris en matière de santé de l'enfant.

Par ailleurs, si il était facile durant les 20 dernières années de réduire la mortalité infanto-juvénile de l'ordre de deux tiers, de nos jours la situation est plus complexe et des efforts considérables devraient être déployés pour maintenir la tendance à la baisse notamment dans le domaine de la qualité des soins mais aussi à travers la révision des priorités nationales.

Aussi, le Maroc est interpellé à préciser et définir ses nouvelles orientations en matière de santé en général et celle de l'enfant en particulier en ce dans le cadre d'un consensus national. C'est de cette manière que l'on pourrait accorder à la santé tout l'intérêt et les moyens qu'elle mérite.

Dans la nouvelle politique, l'accent doit être particulièrement mis sur le droit à l'accès universel aux soins de santé, lequel est considéré comme un moyen pour chaque génération d'entrer dans la vie sociale avec les mêmes chances. Cette aspiration à la santé et au bien-être a par ailleurs été soulignée

par Sa Majesté Mohamed VI dans son message adressé aux participants au V^{ème} atelier international des institutions nationales de promotion et de défense des Droits de l'Homme² : « ...Le droit à la scolarité, à la santé, à l'alimentation, à l'habitat et à un environnement sain entre autres, constitue en effet un aspect essentiel de la protection de la dignité de l'Homme... ».

Les bases de définition de cette vision future qui doit orienter à long terme la politique sanitaire ainsi que le développement du système de santé en général et de l'enfant en particulier, doivent être recherchées dans le cadre d'un consensus national et formulées dans un document officiel.

II. CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET CLIMAT

Le Maroc s'étend sur une superficie de 710 850 km² et est composé de 16 régions et de 73 provinces et préfectures. Sa population, qui est de 29 891 708 selon le recensement de 2004, est répartie selon le milieu de résidence en 16 463 634 citadins et 13 428 074 ruraux soit un taux d'urbanisation de 55.1 %. En matière de climatologie, le Maroc est un pays de zone subtropicale au bord occidental du continent africain. Il subit en été les conditions de la zone aride chaude, alors qu'il appartient en hivers au domaine tempéré et humide.

Les conditions climatiques font que certaines maladies sévissent plus fréquemment durant certaines périodes de l'année. Ainsi, la prévalence des infections respiratoires aiguës est plus élevée durant la saison froide alors que celle des maladies diarrhéiques est plus élevée durant l'été.

Par ailleurs, certaines régions du pays en particulier montagneuses souffrent d'un enclavement saisonnier durant l'hiver alors que d'autres parties du pays restent exposées au risque d'inondation. Ainsi, 35% des localités souffrent d'un enclavement saisonnier.

2. CRACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

2.1. Tendances démographiques

Sur la base des recensements, des enquêtes démographiques et des projections, la population en 2020 sera de l'ordre de 37 385 000 habitants dont 68% en milieu urbain. A noter que la densité de la population est passée de 25 habitants par km² en 1960 à 42 en 2002. Cette évolution a exacerbé les disparités en matière de densité entre les milieux et les régions et de ce fait la disparité en matière de couverture sanitaire.

Ainsi, le milieu rural du Maroc s'individualise par le caractère épars des habitations ce qui entrave les efforts déployés par le Ministère de la Santé en matière d'amélioration de la couverture sanitaire. De même, l'accroissement démographique a un impact négatif sur l'environnement en terme de pollution et de surexploitation des ressources naturelles.

Par contre en milieu urbain, l'explosion démographique qu'ont connu les quartiers périphériques de certaines villes suite à l'exode rural, a fait que les structures de santé mises en place auparavant ont été vite dépassées par une demande initialement non prévue.

2.1.1. Evolution de la fécondité

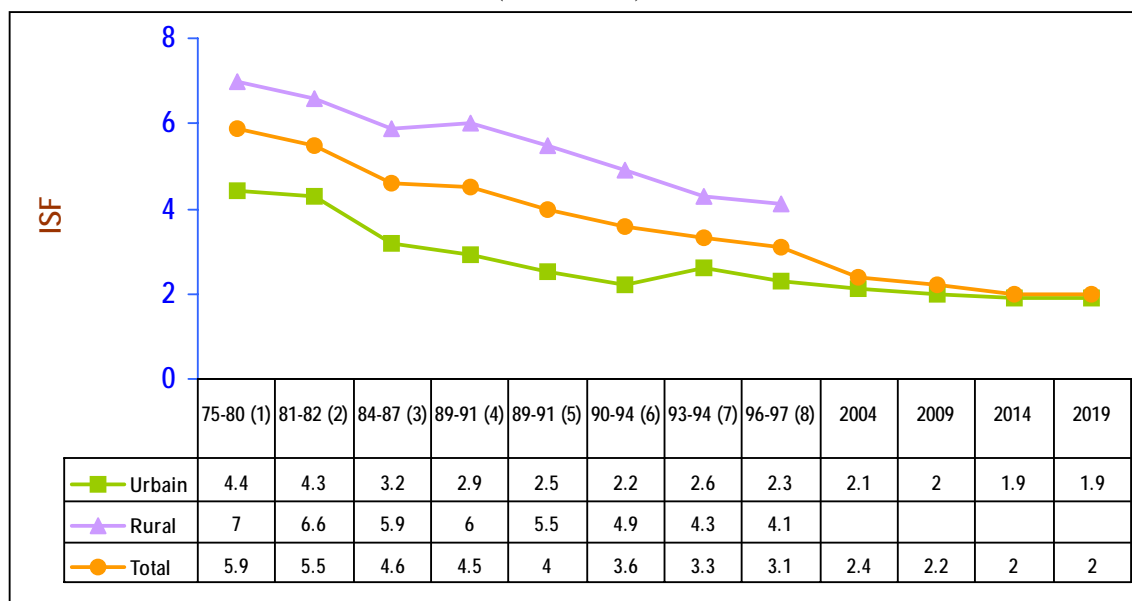
Les deux phénomènes (nuptialité et contraception) ont permis de réduire la fécondité de 7 enfants par femme en 1962 à 3,1 enfants en 1995. La fécondité et le taux de natalité en diminution, se stabiliseront autour de l'horizon 2015.

² V^{ème} atelier international des institutions nationales de promotion et de défense des droits de l'Homme - Rabat, 13 Avril 2000.

Le recul de l'âge du mariage, les changements sociaux intervenus au cours des deux dernières décennies, l'accroissement de la couverture par les services de planification familiale ont contribué à une baisse notable de la fécondité. Ceci a sensiblement réduit les problèmes liés à la morbidité et à la mortalité maternelle, périnatale et infantile.

Cependant, du fait de la jeunesse de la population, d'un taux de nuptialité encore conséquent, la population marocaine continuera à augmenter pour atteindre 45 millions en 2045 et l'effectif des enfants de moins de 5 ans se stabilisera autour de 3 millions.

Graphique 3 : Evolution et tendance de la fécondité par milieu de résidence (1977-2019)



Source : (1) ENFPF 1975 ; (2) RGPH 1982 ; (3) ENPS-I 1987 ; (4) ENDPR 1986-1987 ;
 (5) ENPS.-II 1992 ; (6) PANEL 1995 ; (7) RGPH. 1994 ; (8) PAPCHILD 1997.

2.1.2. Changements dans la structure d'âge avec une tendance au vieillissement de la population

La structure de la population par âge est caractérisée par une population jeune de moins de 15 ans : 44,4% en 1960, 33,1% en 1999. En 2019, elle ne dépassera pas 23,6% de l'ensemble. Par contre la population active, 15-59 ans, atteindra 69,2% en 2019 et celle des 60 ans et plus 7,3% de l'ensemble.

Tableau 2 : Evolution et tendance de la structure de la population marocaine par groupe d'âge (1960-2019)

Groupe d'âge	1960	1971	1982	1994	1999	2004	2009	2014	2019
0-14 ans	44,4	45,9	42,2	37,0	33,1	29,6	26,9	25,1	23,6
15-59 ans	51,6	49,4	53,9	55,9	59,7	62,7	65,1	65,6	69,2
60 ans et +	4,0	4,7	3,9	7,1	7,2	7,7	8,0	9,3	7,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Projections de la population 1994-2014, CERED.

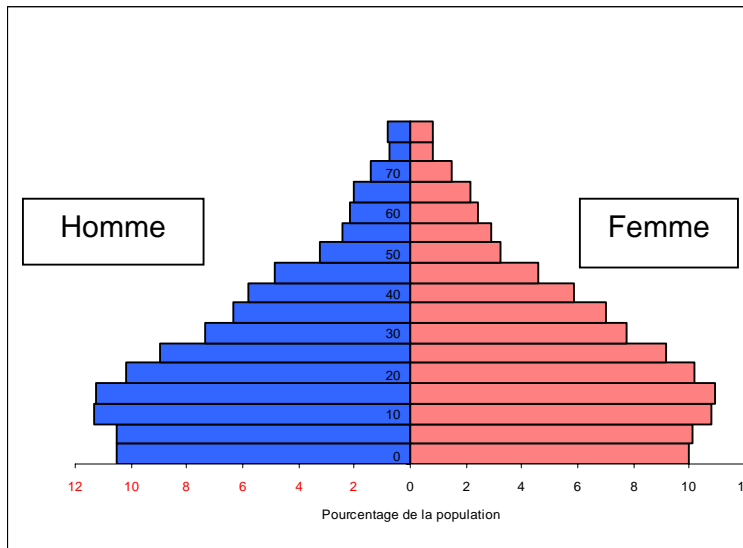
En terme d'évolution des populations vulnérables et constituant les populations cibles de programmes prioritaires de santé, les effectifs seront en 2019 :

- Enfants de 0-4 ans : estimés actuellement à 3 millions resteront stable.
- Femmes en âge de procréer 15-49 ans : estimées actuellement à 8,3 millions, verront leur effectif

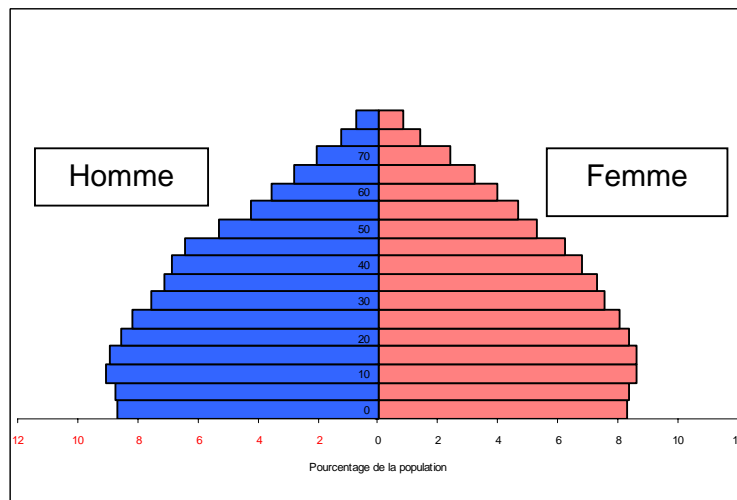
s'accroître pour atteindre 10,17 millions en 2019. En milieu urbain, leur croissance sera soutenue en raison de la migration des femmes rurales.

- Adolescents de 11-16 ans : estimés actuellement à 3,9 millions. Même si cet effectif connaîtra une légère baisse à l'horizon 2019, cette tranche de population reste importante de par sa vulnérabilité du fait des comportements à risque.
- Population d'âge actif (15-64 ans) : estimée actuellement à 18,2 millions de personnes ; connaîtra une croissance soutenue pour atteindre en l'an 2019 un effectif de 25,6 millions de personnes, soit 7 millions de plus.
- Population âgée de 60 ans et plus : estimée actuellement à 2,2 millions s'accroîtra de façon importante pour atteindre plus de 6 millions en 2019. Le vieillissement connaîtra une certaine accélération au-delà de 2014. Par milieu de résidence, cette population aura une répartition majoritairement urbaine (80% contre 20%).
- Enfin, pour ce qui est des handicapés, en l'absence de données nationales et en se référant aux normes de l'OMS qui estime le pourcentage des handicapés dans une population à 10%, le nombre des handicapés passera de 3 millions en l'an 2002 à 3,7 millions en l'an 2019.

Graphique 4 : Structure d'âge de la population marocaine- 2001



Graphique 5 : Structure d'âge de la population marocaine - 2020



2.1.3. Accroissement constant du niveau d'urbanisation

La période entre le recensement de 1960 et celui de 1994 a été marquée par un exode rural intense. Durant les années 1960, 67 000 migrants nets ont quitté annuellement le milieu rural pour s'installer dans les villes. Cet effectif est passé à 167.000 personnes en 1994. En conséquence, l'espace urbain, sous l'effet de la croissance naturelle conjuguée à l'exode rural et à la re-classification de certaines localités du rural dans l'urbain a vu sa population se multiplier par 4, passant de 3,4 millions en 1960 à 13,3 millions en 1994 (rythme annuel moyen de 4%).

A l'horizon 2020, la population urbaine atteindra une proportion de 68% ce qui inverse la situation qui prévalait en 1960 où le milieu urbain ne représentait que 30% et le milieu rural 70%.

3. NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE, REVENUS, EMPLOI ET CHOMAGE

Le niveau socio-économique conditionne l'état de santé de l'individu et par extension celui de la communauté dans la mesure où un revenu correct et stable permet d'assurer une alimentation suffisante et équilibrée, un habitat adéquat et salubre ainsi que l'accès aux soins médicaux.

Durant les années quatre-vingt-dix, la croissance de l'économie marocaine a été faible (avec un taux de 1.9 %). Cette croissance peut être considérée comme nulle du fait que l'accroissement démographique a atteint au cours de la même période un taux moyen de 1.8%. Elle a été également erratique et vulnérable à cause de sa sensibilité aux aléas climatiques et conjoncturels (cours de devises influents, prix des hydrocarbures,...). Au delà des aspects conjoncturels et sectoriels, la faiblesse de la croissance est due entre autres à l'insuffisance de l'épargne et de l'investissement. (Comptes nationaux de la santé, 97-98)

Ainsi, des indicateurs comme le taux de chômage et le taux de pauvreté se sont aggravés.

Le taux de pauvreté (national) a augmenté en l'espace d'une décennie passant de 13,1% (1990/91) à 19,0% (1998/99) et en milieu rural de 18% à 27%. Il faut dire aussi que le taux de vulnérabilité (population susceptible de basculer vers la pauvreté à cause d'à-coups économiques) a atteint 43 % de la population en 1998-99 (Comptes nationaux de la santé, 97-98).

Le niveau du revenu national reste limité puisque le PIB par habitant n'a pas dépassé 12 300 DH (1999). La dépense annuelle moyenne par tête est de 7 823 DH (1998/99). Le rapport de la dépense par tête en milieu urbain à celle qui prévaut en milieu rural est de 2 (1998/99). La part des dépenses réservée à l'alimentation enregistre une diminution en passant de 48,8% en 1984/85 à 43,1% en 1998/99.

La population active occupée (15 ans et plus) représente un tiers de la population du pays (10 278 000 habitants en 1999). Le taux de chômage est de 13,9% (1999). En milieu urbain, ce taux a atteint 22 % en 1999.

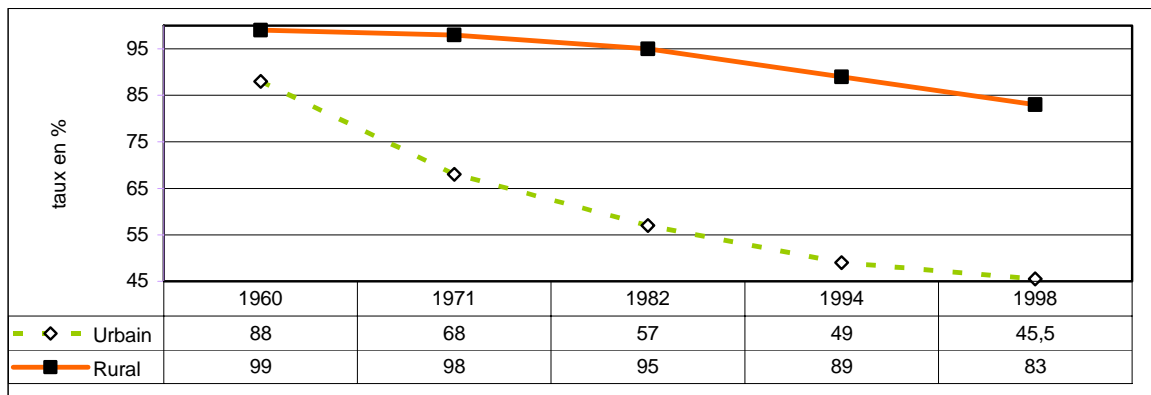
4. NIVEAU D'INSTRUCTION

Le taux brut de scolarisation pendant l'année scolaire 98/99 au niveau du 1^{er} cycle fondamental en milieu rural a atteint 76% (la scolarisation des filles dans le rural est de 62,4%).

L'analphabétisme touche 48% de la population et 61,9% des femmes ne savent ni lire ni écrire (1998/99). Ces proportions sont plus accentuées dans le monde rural affectant 67% de la population et 83% des femmes.

L'évolution de l'analphabétisme chez la femme entre 1960 et 1998 laisse apparaître une inégalité importante entre les milieux urbain et rural. Si en 1960, la différence enregistrée entre les deux milieux n'était que de 11 points, cet écart s'est accentué au fil des années pour atteindre 37,5 points en 1998.

Graphique 6 : Evolution du taux d'analphabétisme féminin (%) par milieu de résidence 1960-1998



5. CONDITIONS DE L'HABITAT DANS LA PERIPHERIE DES VILLES, LES ANCIENNES MEDINAS ET EN MILIEU RURAL

Un logement insalubre et le surpeuplement accentuent l'exposition aux facteurs pouvant altérer la santé (promiscuité, chaleur, froid, bruit,...), favorise la transmission des maladies véhiculées par l'air (tuberculose, méningite).

La proportion de la population urbaine habitant les bidonvilles a connu une baisse relative sur la période 1982-1994, puisqu'elle est passée de 12,8% en 1982 à 9,2% en 1994. Cependant, la population des bidonvilles est passée de 200 000 ménages en 1982 à 230 000 ménages en 1994.

6. DEVELOPPEMENT DES INFRASTRUCTURES DE BASE

6.1. Eau potable et assainissement

Les diarrhées et les maladies gastro-intestinales sont étroitement liées à un assainissement précaire et au manque d'eau potable.

L'amélioration de l'approvisionnement en eau potable en quantité et qualité et de l'assainissement contribue à abaisser les taux de morbidité et de mortalité. A titre d'exemple, la réduction de la morbidité peut aller de 22% pour les diarrhées à 73% pour la schistosomiase.

Dans le domaine de l'approvisionnement en eau, les efforts fournis en milieu urbain ont permis d'améliorer le taux de desserte urbain de 52% en 1972 à 85% en 1999. Grâce au programme d'approvisionnement groupé en eau potable des populations rurales (PAGER) lancé en 1995, le taux d'accès à l'eau potable en milieu rural s'est amélioré, passant de 14,3% en 1992 à 38% en 1999.

Quant à l'assainissement, la population urbaine raccordée au réseau d'égout public est de 70%, tandis que les 30% restants utilisent des systèmes autonomes. En milieu rural, 32% utilisent un système autonome alors que seulement 0,4% sont raccordés à un réseau d'égout. De ce fait, les maladies à transport hydrique constituent toujours un problème de santé.

6.2. Electricité

En milieu urbain, 91,7% des ménages s'éclairent à l'électricité alors qu'en milieu rural, seuls 14,1% s'éclairent à l'électricité.

La période 1995-1999 a été caractérisée par le démarrage du Programme d'Electrification Rurale Global (PERG), qui a permis d'augmenter le taux d'électrification rurale de 17% en 1995 à 39% en 1999 et cela au profit de 4 453 villages. Ce programme vise l'électrification quasi-totale du pays en 2006.

6.3. Infrastructure routière

Le réseau routier national, de 57 520 Km de long dont 27 569 Km non revêtus, assure le déplacement de 90% des personnes et 75% du trafic des marchandises hors phosphates. En milieu rural, selon une étude du Ministère de l'Équipement il est recensé que près de 80% des 38 000 Km de pistes ne comportent aucun aménagement et 30% sont impraticables pendant des périodes supérieures à 30 jours, entraînant l'enclavement total des populations et des zones qu'elles desservent. 22% des localités sont inaccessibles par véhicules et 35% souffrent d'un enclavement saisonnier.

7. QUALITE DE L'ENVIRONNEMENT

7.1. Urbanisation

L'urbanisation constitue un des changements les plus spectaculaires connus par le Maroc. Le phénomène est le fruit de l'accroissement naturel propre au tissu urbain, de l'exode rural et du reclassement de certaines zones rurales en localités urbaines. Le nombre de centres et de communes urbaines est passé de 78 en 1960 à 370 en 1994. La population urbaine est de 51,4% en 1994 (30% en 1960) ; ce taux atteindrait 68% en 2020.

Ce rythme d'urbanisation accélérée se traduit par un certain nombre de facteurs préjudiciables à l'environnement tels que la prolifération des bidonvilles, l'extension des quartiers périphériques et de l'habitat clandestin insalubre et une pression accrue sur les services de base des centres urbains (santé, eau, assainissement, éducation, etc.) incapable d'y faire face. La précarité engendrée par ces conditions sur l'état de santé de cette population se traduit par l'augmentation des maladies transmissibles et non transmissibles.

7.2. Changements climatiques

L'évolution du climat pourrait avoir des conséquences préjudiciables sur la santé par l'accroissement sensible des affections cardio-vasculaires et respiratoires, recrudescence de maladies transmissibles par des vecteurs et des maladies gastro-intestinales.

7.3. Pollution du milieu

Le développement économique et social du Maroc lors des dernières décennies s'est accompagné d'une exploitation accrue des ressources naturelles et, inévitablement de la dégradation de l'environnement suite aux différentes pollutions : la pollution des eaux par les germes pathogènes et les substances chimiques dangereuses, la pollution de l'air par des particules en suspension et des polluants gazeux nocifs et la pollution du sol par les déchets ménagers et les déchets industriels et agricoles.

III. SYSTEME DE SANTE AU MAROC

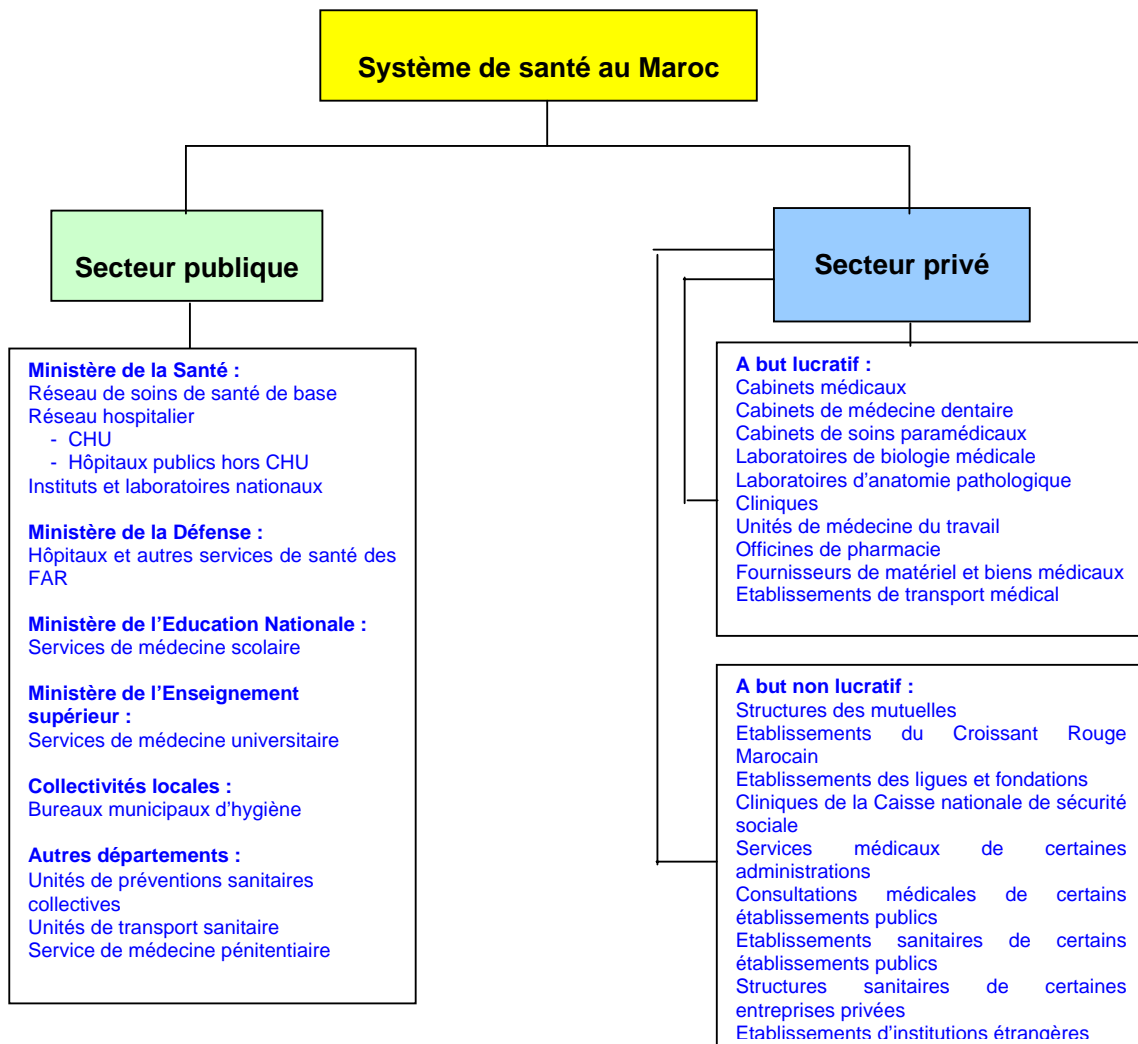
1. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Ce système est actuellement organisé autour de deux secteurs :

- **le secteur public** : il comprend les ressources sanitaires du Ministère de la Santé, des Forces Armées Royales, des Collectivités Locales et d'autres départements ministériels.
- **le secteur privé** : il est composé de deux sous-ensembles, dont un à but non lucratif qui regroupe les ressources sanitaires de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), des Mutuelles (CNOPS) du Croissant Rouge Marocain (CRM), des ONG, etc. ; et le second à but lucratif, constitué par les ressources sanitaires du secteur libéral, organisées et dirigées à titre individuel ou en groupement, par des médecins, des chirurgiens dentistes, des pharmaciens ou par d'autres professionnels de santé (cabinets de consultations, d'imagerie médicale, de biologie, de soins et de réhabilitation, de

chirurgie dentaire, cliniques d'hospitalisation, pharmacies et dépôts de médicaments, etc.)

Figure 1 : Organisation du système de santé au Maroc



2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ

2.1. Termes de référence

Trois types d'actions majeures sont généralement menées par le Ministère de la Santé en matière de soins au profit de la population :

- la promotion de la santé et la prévention ;
- le diagnostic et le traitement des maladies ;
- la réduction des souffrances et la réhabilitation des incapacités.

Ces actions sont ciblées et orientées vers :

- **La population en général** au sein de laquelle, les améliorations de santé les plus significatives s'obtiennent par des actions de santé publique, spécialement celles induites par l'amélioration de l'accès à l'eau potable, de la nutrition, des conditions d'habitat et du niveau d'instruction.
- **Les groupes vulnérables** qui s'exposent à des facteurs de risque particuliers. Les maladies pour lesquelles les externalités sont importantes ou dont la prévention dépend des services publics sont dans une large mesure celles qui touchent les groupes vulnérables en général et les pauvres en particulier.
- **Les patients admis dans les établissements de soins.**

Pour répondre à ces exigences, tout système de soins doit développer, en plus des actions de santé, un dispositif organisationnel qui lui permet d'encadrer ces actions et de les orienter. Il n'y a pas de modèle idéal.

2.2. Organisation du Ministère de la Santé

Le Ministère est organisé en directions, divisions, services centraux, instituts, centres et laboratoires nationaux, et services extérieurs.

Cette organisation est consistante, couvre les différents axes d'activité du ministère et offre un cadre juridique assez satisfaisant. Elle permet théoriquement de gérer l'essentiel de l'activité du secteur médical public. Un certain nombre de problèmes sont cependant à relever :

- La centralisation du Ministère et de ses services est excessive et les échelons locaux ne sont pas bien développés.
- Les différentes directions et divisions et les différents services centraux et extérieurs souffrent d'une insuffisance de personnel notamment pour les cadres techniques, économiques et juridiques.
- La communication entre les différentes directions ainsi que la coordination globale des activités des services centraux sont insuffisantes. De même, la coordination entre les différents niveaux du système est limitée, ce qui entraîne une sur-utilisation des installations de catégorie supérieure par rapport aux établissements de soins de santé de base.
- Les services préventifs et de soins primaires ne sont pas bien développés et le nombre de spécialistes dans les programmes de prévention est insuffisant.
- La gestion de la plupart des instituts, centres et laboratoires nationaux est insuffisante.
- Par ailleurs, si certains aspects fondamentaux de la politique de santé (notamment la prévention collective, les vaccinations, les soins de santé de base et la lutte contre les maladies transmissibles) ont le cadre organisationnel nécessaire pour être clairement définis et ont pu avoir des résultats satisfaisants, d'autres n'ont pas encore été suffisamment précisés (ou exprimés) ou n'ont pas encore abouti à la proposition de solutions claires et encore moins à des résultats tangibles sur le terrain. C'est le cas notamment de la politique de soins curatifs, de l'accessibilité et de l'admission dans le système de soins, et du financement des soins de santé.

2.3. Niveaux de soins

Le système de soins qui est la plus importante composante du système de santé est stratifié en plusieurs niveaux : niveau intermédiaire, provincial, régional et national. Les niveaux provincial, régional et national traitent les questions qui leur ont été confiées par les pouvoirs publics, et assurent des actions d'appui ainsi que des soins spécialisés.

2.4. Offre des soins

2.4.1. Structures d'offre de soins de santé

2.4.1.1. Le réseau des établissements de soins de santé de base

Le dispensaire rural, la plus petite structure de soins de base, connaît des problèmes d'efficacité. La question de son maintien est actuellement posée avec acuité en raison du faible paquet d'activités offert à ce niveau.

Le centre de santé, qui est une base nécessaire à la politique nationale des programmes sanitaires et aux actions de santé publique, est sous-utilisé par la population en raison de la qualité des services, aux problèmes d'accessibilité et la faible disponibilité des médicaments non liés aux programmes de santé publique.

L'hôpital local, quant à lui ne joue plus son rôle en tant que structure intermédiaire entre l'hôpital provincial et les ESSB en raison de la non fonctionnalité des plateaux techniques et l'absence d'équipes médicales et paramédicales conséquentes. Ce type d'établissement reste le parent pauvre du développement de l'infrastructure. Il n'est pas ciblé dans les actions d'extension de la couverture du monde rural et ne bénéficie pas de la nouvelle réforme des hôpitaux vu son appartenance au RSSB. Cependant, l'hôpital local doit rester surtout un élément clé pour le renforcement de l'infrastructure hospitalière en milieu rural.

Le Mode mobile : Ce moyen a été développé en raison des problèmes d'accessibilité aux structures fixes (configuration géographique, absence ou rareté des voies et des moyens de communication, régions enclavées...). Son organisation et son fonctionnement connaissent des difficultés pour diverses raisons : l'itinérance est en voie de disparition, la diminution du profil infirmier « agent de santé breveté », la vétusté des moyens de locomotion, la charge du paquet d'activité, l'image négative perçue par la population³, l'absence de motivation. Toutes ces raisons expliquent que ce type de couverture n'est plus adéquat.

2.4.1.2. Le Réseau des établissements hospitaliers

Le paquet d'activité par type d'hôpitaux est bien défini, de même que le plateau technique correspondant. Mais en l'absence de textes le réglementant, il reste peu appliqué. Au fil des années, et en absence de planification locale de l'offre, il y a ajout d'activités à la demande des professionnels ou de la population ou à l'occasion d'une opportunité d'investissement en équipement (dons, coopération bilatérale ...). Sur le terrain on note beaucoup de dysfonctionnements en rapport avec l'absence de spécialités dans certains hôpitaux régionaux alors qu'elles sont présentes dans des hôpitaux provinciaux. En dehors des deux régions (Grand Casablanca et Rabat-Salé-Zemmour-Zaër), aucune région ne dispose de la totalité des spécialités requises.

Le niveau de spécialisation n'étant pas respecté, on assiste souvent à un décalage entre l'affectation des ressources et la mise en place du plateau technique.

Le niveau de classement d'une structure hospitalière n'est pas adapté aux besoins de la population : certains hôpitaux sont classés provinciaux de part leur implantation dans le chef lieu de la province, alors qu'ils ne peuvent jouer que le rôle d'une polyclinique de santé publique (exemple : Hôpital de Chichaoua).

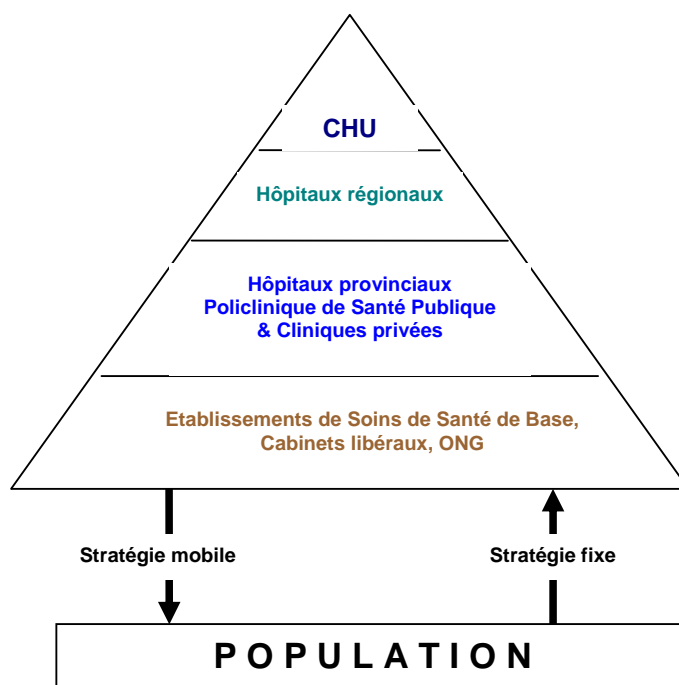
³ Projet de priorités sociales « BAJ » financé sur un prêt de la Banque Mondiale.

2.4.2. Niveau d'offre de soins

Au Maroc, l'offre de soins est organisée de façon pyramidale selon quatre niveaux de recours (voir schéma).

- Un niveau de premier recours (ou de première ligne) qui correspond à l'offre de proximité et qui est représenté par les établissements de soins de santé de base (ESSB) et les cabinets privés. Dans ce niveau de recours, l'offre publique de soins est organisée selon deux stratégies : une stratégie fixe où les prestations sont assurées par les ESSB (dispensaire rural, centre de santé communal avec ou sans module d'accouchement et les hôpitaux locaux) et une stratégie mobile où les prestations sont assurées par des infirmiers itinérants et des équipes mobiles.
- Un niveau de deuxième recours (ou de deuxième ligne) qui est représenté par les polycliniques de santé publique (PSP) ou les hôpitaux provinciaux et les cliniques privées.
- Un niveau de troisième recours qui comprend les hôpitaux régionaux qu'ils soient généraux ou spécialisés. Certaines cliniques privées spécialisées relèvent également de ce niveau de recours.
- Un niveau de quatrième recours qui est représenté par les centres hospitaliers universitaires (CHU).

Figure 2 : Pyramide de l'offre de soins au Maroc



2.4.3. Mode de couverture et recours aux soins

Pour pallier aux problèmes d'accessibilité aux structures fixes, les stratégies de couverture sanitaire reposant sur le mode mobile sous toutes ses formes ont été développées (itinérance et équipe mobile). En 1996, au niveau national, 40% de la population était couverte par le mode fixe contre 58% par le mode mobile, 2% de la population restait non couverte. Ce système de couverture continue de poser des problèmes notamment au niveau de la logistique de transport et de la motivation des équipes en charge des activités.

Bien que le droit à la santé ne soit pas expressément inscrit ni dans la constitution ni dans un texte de loi, il est reconnu depuis la conférence nationale sur la santé organisée en 1959 qui a mis l'accent sur la responsabilité de l'Etat en la matière et l'obligation qu'il a d'assurer la conception et la réalisation

de la politique de santé et d'en trouver les moyens de financement⁴⁴. Par ailleurs, le préambule de la constitution précise l'attachement du Maroc aux droits de l'Homme tels qu'ils sont universellement reconnus, ce qui inclut le droit à la santé.

Le recours au système de soins est en principe libre en ce sens que tout citoyen peut théoriquement s'adresser à n'importe quel prestataire de soins. Le principe tout théorique aussi du « libre choix du médecin » édicté par le code de déontologie des médecins qui date de 1953 fait qu'il n'y a pas d'organisation ni d'orientation des recours aux soins. Le recours aux structures du Ministère de la Santé qui était dans le passé orienté (passage obligé, en dehors des urgences par le dispensaire, puis le centre de santé, puis le centre de diagnostic, puis enfin l'hôpital) ne l'est plus actuellement. Il reste cependant tributaire de multiples contraintes liées aux rendez-vous éloignés, à la qualité de l'accueil, à la nécessité pour les démunis de présenter des certificats d'indigence pour chaque examen clinique ou analyse ou exploration, à l'éloignement des structures de santé.

Théoriquement aussi, les soins de santé dans les structures du Ministère de la santé sont donnés gratuitement aux populations démunies. Mais des dysfonctionnements entraînent des iniquités pour ne pas dire des injustices importantes. Ceci fait que seule la population la plus riche et dans une certaine mesure la population ayant une assurance maladie peuvent accéder assez correctement au système et peuvent choisir leur recours. Pour la population ayant une assurance maladie le libre choix du praticien est limité par un système anarchique et non réglementé de conventionnement entre les organismes assureurs et les prestataires de soins de santé.

Selon l'enquête nationale du niveau de vie (ENNVN) faite par la Direction de la Statistique du Ministère du Plan (1998/99), plus de 33% de la population s'abstient de recourir aux soins de santé. La proportion des demandes de soins non satisfaites sont près de 2,5 fois plus élevées chez la population la plus pauvre que chez la plus riche. A ceci s'ajoutent les iniquités entre les populations urbaine et rurale. La proportion de la population qui ne peut pas recourir aux soins est de 44,0% en milieu rural et de 28,6% en milieu urbain. Des iniquités importantes existent même pour l'accès aux soins gratuits dans les structures du Ministère de la Santé. C'est ainsi que moins de 5% de la population la plus pauvre non couverte par une assurance maladie (les 20% les plus pauvres) bénéficient gratuitement des soins dans les hôpitaux publics contre 67% de la population la plus riche.

2.4.4. Niveau actuel de couverture par l'offre de soins

2.4.4.1. Infrastructures des soins ambulatoires

La couverture sanitaire publique a connu un grand développement au Maroc. L'infrastructure des ESSB est passée de 394 en 1960 à 2 267 en 2001. En l'espace de 40 ans, le nombre d'ESSB par habitants a plus que doublé, passant de 1.ESSB pour 29 000 en 1960 à 1.ESSB pour 12 600 habitants en 2000. Le milieu rural a été particulièrement favorisé par cette extension des infrastructures de base puisque, pour la même période, ce même ratio a quadruplé en milieu rural, passant de 1.ESSB pour 27 300 habitants en 1960 à 1 pour 7 700 habitants en 2000. Toutefois des disparités interrégionales et inter provinciales restent manifestes. La variation s'étale entre 1 ESSB pour 4 930 habitants à 1 ESSB pour 36 000 habitants. Des déséquilibres de couverture entre les provinces se sont accentués avec le ciblage fait par des projets financés. Paradoxalement, les établissements construits dans ce cadre restent fermés par défaut de ressources humaines ou restent très peu fréquentés.

Il faut noter aussi les déséquilibres entre la programmation des constructions et l'affectation des ressources humaines. De ce fait un certain nombre d'établissements de santé nouvellement construits et équipés demeurent fermés.

2.4.4.2. Etablissements de soins hospitaliers

Le réseau hospitalier est constitué d'une capacité de 25 000 lits en 2000. Le ratio varie entre 2 049 et 505 habitants par lit. Huit régions ont un ratio supérieur à la médiane qui est de 1 143 habitants par lit. Sur le plan quantitatif, le réseau hospitalier n'a pas connu d'évolution significative. Le vieillissement caractérise ce réseau : 47% des établissements ont plus de 40 ans.

L'analyse des disciplines disponibles dans les hôpitaux régionaux et provinciaux, montre des lacunes en terme de spécialités requises. En effet, si l'ensemble des centres hospitaliers provinciaux possèdent les disciplines de base, aucun centre hospitalier régional ou provincial ne répond valablement à sa vocation.

Gros consommateur de ressources, l'hôpital connaît un dysfonctionnement aigu lié à des insuffisances à plusieurs niveaux : statut et rôle ; cadre juridique et réglementaire ; financement ; structures organisationnelles ; méthodes de travail et procédures ; formation du personnel. Il faut souligner que ces dysfonctionnements affectent directement ses performances et la qualité des soins délivrés aux patients, démobilisent les énergies potentielles et contribuent à une dégradation progressive de l'institution hospitalière.

2.4.4.3. Laboratoires de biologie

Il existe 78 laboratoires de santé publique au Maroc. 41% de ces laboratoires sont situés dans les régions de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër et du Grand Casablanca. Quant aux laboratoires d'Hygiène du milieu et d'Epidémiologie, certaines régions en sont encore dépourvues.

La nomenclature définissant la gamme des analyses de biologie médicale par niveau de laboratoires a été établie en 1996 puis révisée en 2000. Mais la gamme d'analyses effectuée dans les laboratoires de biologie clinique reste très limitée par rapport au niveau du laboratoire. Les activités développées par les laboratoires restent très insuffisantes : l'hématologie n'est réalisée qu'à 15%, la biochimie à 10%, l'immuno-sérologie à 15%, la microbiologie à 20% et la parasitologie à 12%. Pour les laboratoires d'épidémiologie et hygiène du milieu, l'analyse des eaux de boisson représente 68% de l'activité totale, l'hygiène alimentaire 29% alors que l'hygiène du milieu ne représente que 3%. Au niveau du réseau de soins de santé de base, la plupart des laboratoires sont non fonctionnels. L'étude menée sur 39 hôpitaux locaux a montré que 24 laboratoires ne sont pas fonctionnels par manque de techniciens et de réactifs alors que 15 d'entre eux fonctionnent avec une gamme incomplète d'examens.

3. SECTEUR PRIVE

3.1. Organisation

3.1.1. Le secteur privé à but lucratif

Il est représenté par :

- Des structures assurant des prestations ambulatoires : cabinets médicaux, cabinets de médecine dentaire, cabinets de soins paramédicaux, et unités de médecine du travail.
- Des structures dispensant des soins hospitaliers sont représentées essentiellement par des cliniques.
- Des laboratoires de biologie médicale et d'anatomie pathologique.
- Des officines de pharmacie.
- Des fournisseurs de matériel et biens médicaux.
- Des établissements de transport médical.

3.1.2. Secteur privé à but non lucratif

Il s'agit :

- De structures des mutuelles.
- Des établissements du Croissant Rouge Marocain

- Des établissements des ligues et fondations

3.1.3. Autres structures

Il s'agit de structures à caractère semi-publiques, telles que :

- Cliniques de la Caisse nationale de sécurité sociale.
- Services médicaux de certaines administrations.
- Consultations médicales de certains établissements publics.
- Etablissements sanitaires de certains établissements publics.
- Structures sanitaires de certaines entreprises privées.
- Etablissements d'institutions étrangères.

3.2. Offre de soins

A but non lucratif

Ce secteur obéit, pour son développement aux dispositions législatives et réglementaires qui s'imposent au secteur privé. Il développe des établissements pour soins ambulatoires mais également hospitaliers.

A but lucratif

Actuellement, il n'y a pas de normes de programmation des installations de ce secteur. Le choix des lieux d'implantation du secteur privé est basé uniquement sur des considérations économiques. En l'absence de mesures incitatives qui encourageraient son implantation dans des zones défavorisées et rurales, le secteur privé a tendance à investir dans des zones où le statut socio-économique est élevé et où réside une clientèle solvable.

3.3. Niveau actuel de couverture par l'offre de soins

3.3.1. Soins ambulatoires

Le nombre de cabinets de consultations est passé de 2 552 en 1991 à 5 694 en 2000. La desserte de la population par cabinet de médecin privé est passée de 1 cabinet de consultation pour 9 800 habitants en 1991 à 1 pour 5 000 habitants en 2000. L'offre privée est concentrée dans les grandes agglomérations urbaines avec un ratio de 1 cabinet de consultation pour 2 800 habitants en milieu urbain contre 1 pour 65 300 habitants en milieu rural. Depuis un certain temps, plusieurs cabinets ferment en raison de difficultés financières, conséquence du nombre réduit de patients pris en charge.

En ce qui concerne les cabinets dentaires, avec un total de 2 499 chirurgiens dentistes au niveau des deux secteurs (2 363 dans le secteur privé et 136 dans le secteur public) on est loin de répondre aux besoins de la population. Les chirurgiens dentistes sont installés uniquement en milieu urbain et spécifiquement dans les grandes agglomérations. La desserte par le secteur public est insignifiante, la moyenne nationale est de 1 unité dentaire pour 211 066 habitants avec des extrêmes allant de 1/55 610 à Rabat-Salé-Zemmour-Zaër à 1/818 560 à Chaouia-Ouardigha. Pour le secteur privé, en dehors des régions de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër et du Grand Casablanca avec respectivement un ratio de 1/4 924 et 1/3 520, la population des autres régions reste très peu couverte (moyenne nationale 1/11 487).

Quant au développement des officines, il a connu un progrès important puisque leur nombre est passé de 250 en 1965 à 5 821 en 2001.

3.3.2. Etablissements des soins hospitaliers

Secteur privé à but non lucratif

La capacité hospitalière offerte à ce niveau s'élève à 1 700 lits. Le ratio habitants par lit a été multiplié par 2 en l'espace de 10 ans passant de 2 416 à 4 534 habitants par lit. Ce secteur est implanté dans les grandes agglomérations urbaines (exemple des polycliniques de la CNSS et des hôpitaux du CRM).

Secteur privé à but lucratif

Le nombre de lits s'élève à 4 534 en 2000. La couverture actuelle varie entre 1961 et 2000 de 41 400 habitants par lit. Ces lits sont concentrés dans les villes de Casablanca, Rabat Fès, Marrakech, Settat, Oujda et Tanger, avec 74% de l'offre privée.

3.3.3. Laboratoires de biologie

Le secteur privé englobe 256 laboratoires privés dont 49% sont situés dans les régions de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër et du Grand Casablanca.

4. ASPECTS PARTICULIERS RELATIFS A L'OFFRE DE SOINS

4.1. Disparités de la répartition spatiale des infrastructures de santé et des équipements

Les inégalités notées entre les régions mais aussi à l'intérieur d'une même région démontrent l'existence de considérations qui échappent à tout processus de planification, et ce malgré l'existence d'outils de planification et de programmation représentés par le P.E.C.S, les normes du paquet d'activités par niveau et les normes d'affectation des ressources (humaines, structures, matériel et équipements).

L'offre de soins par le RESSB par exemple enregistre des écarts entre les régions qui vont d'un établissement pour 4 930 habitants à un pour 36 800 habitants.

Il en est de même pour les cabinets privés de consultations où les écarts sont de 1 cabinet pour 1 700 habitants et 1 cabinet pour 18 000 habitants.

Pour le réseau hospitalier, le ratio habitant par lit varie entre 2 049 et 505. La capacité hospitalière du secteur privé à but lucratif et non lucratif est concentrée exclusivement dans les grandes agglomérations urbaines.

4.2. Spécificités de l'habitat en milieu rural et couverture sanitaire

En milieu rural, même si le nombre d'habitants par ESSB est inférieur à celui du milieu urbain, la densité de la population, la dispersion de l'habitat constitue des barrières à l'accessibilité physique. En 1996, 31% de la population nationale se trouvait dans un rayon kilométrique supérieur à 10 Km d'un ESSB. Si depuis cette date, les constructions d'ESSB en milieu rural ont amélioré l'accessibilité, il n'en demeure pas moins que le problème reste posé. L'évaluation de l'accessibilité utilisant l'indicateur distance rayon kilométrique reste relative, étant donné son lien avec les spécificités géographiques et le niveau de développement de l'infrastructure de base. Les zones montagneuses, qui constituent 26% du territoire restent l'espace le plus marginalisé et représentent le plus d'inégalités de développement de l'infrastructure de base et d'enclavement. Ces zones regroupent 30% de la population répartie dans 714 communes (46% du total). Or, seul le réseau ESSB semble être développé dans ces territoires (89% des communes sont couvertes par un ESSB en 2000).

4.3. Domaine de la prise en charge des urgences et de la gestion des risques sanitaires

L'organisation des secours et la gestion des risques sanitaires au Maroc accusent des faiblesses en l'absence d'une stratégie nationale, régionale et provinciale, d'intervention coordonnée pour la réaction devant les situations d'urgence.

La multiplicité des intervenants dans ce domaine (Ministère de la Santé, Protection Civile, Croissant Rouge Marocain, secteur privé, Collectivités Locales...) sans coordination, ni collaboration intersectorielle, ni définition claire des rôles, des attributions et du niveau de responsabilité de chaque intervenant, rend l'action dans ce domaine inefficace et pratiquement cloisonnée.

Le nombre de sociétés privées de transport sanitaire a quadruplé entre 1970 et 2000 sans respect des normes requises en l'absence d'une réglementation précisant le profil et la qualité du personnel, le niveau et les normes des équipements, les obligations et les responsabilités des différents intervenants

dans le domaine des secours.

Cette absence a un impact négatif sur la qualité de la prise en charge des urgences : délais d'arrivée des secours trop longs, médiocre qualité de mise en condition des patients et absence de coordination avec les structures hospitalières dont les équipes ne sont pas toujours averties, donc non préparées à l'accueil, ceci est d'autant plus grave qu'il s'agit d'afflux massifs des victimes.

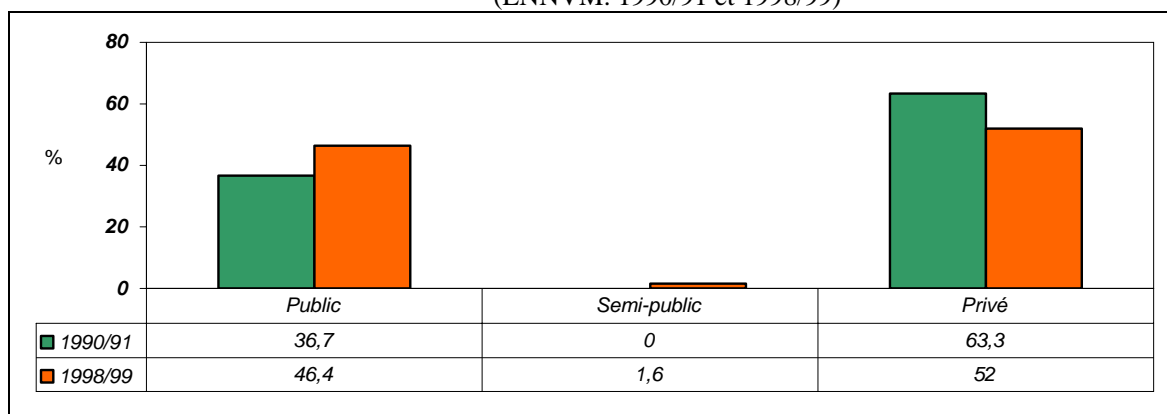
4.4. Dualité secteur public secteur privé

L'analyse comparative du recours des patients en cas d'épisode morbide laisse apparaître que celle-ci s'adresse au secteur public dans une proportion de 48 % (1998/99) ; alors qu'en 1990/91, ce pourcentage était de 37 %.

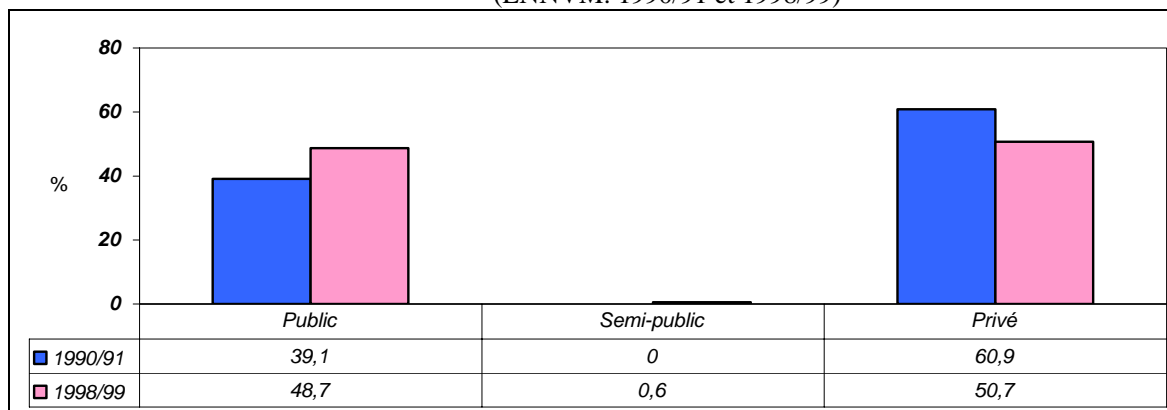
Cette augmentation du recours au secteur public est fortement corrélée avec la réduction du pouvoir d'achat de la population et l'augmentation du niveau de pauvreté qui est passé de 13% (1990/91) à 19% (1998/99).

Le pourcentage de patients qui s'adressent au secteur privé est de 52% (1998/99) contre 63% (1990/91). Ce pourcentage atteint 51% en milieu rural (1998/99) contre 61% en 90-91.

Graphique 7 : Demande de soins de santé selon le statut du lieu de la consultation au niveau national (ENNVM. 1990/91 et 1998/99)



Graphique 8 : Demande de soins de santé selon le statut du lieu de la consultation en milieu rural (ENNVM. 1990/91 et 1998/99)



4.5. Evolution de l'investissement en matière de couverture sanitaire par les établissements de soins

Les données concernant l'investissement en matière de développement des établissements de soins ne sont pas disponibles pour l'ensemble du système de santé. L'information disponible ne concerne que le MS et est de nature essentiellement budgétaire.

En effet, le montant des imputations budgétaires des cinq dernières années en matière d'implantation d'hôpitaux et de centres de santé s'est élevé à 2 673 millions de DH, dont 69% ont été consacrés aux hôpitaux (y compris les investissements destinés à la réalisation des deux nouveaux CHU de Fès et de Marrakech).

4.6. Les principales contraintes freinant le développement de l'offre de soins

Parmi les contraintes à signaler :

- Absence d'un cadre juridique pour le développement de l'offre.
- Absence d'incitations pour le secteur privé pour s'investir dans des zones défavorisées.
- Faible pouvoir d'achat de la population, en particulier dans les zones rurales.
- Insuffisance des infrastructures de base dans un certain nombre d'agglomérations.
- Difficultés d'obtenir des prêts à l'investissement pour les médecins.
- Insuffisance de crédits budgétaires.

4.7. Niveaux de la demande de soins et de la qualité des services fournis à la population

4.7.1. Appréciation sommaire de la demande de soins

Cette appréciation est faite à partir des résultats de l'enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages (ENNVVM) de 1998-1999.

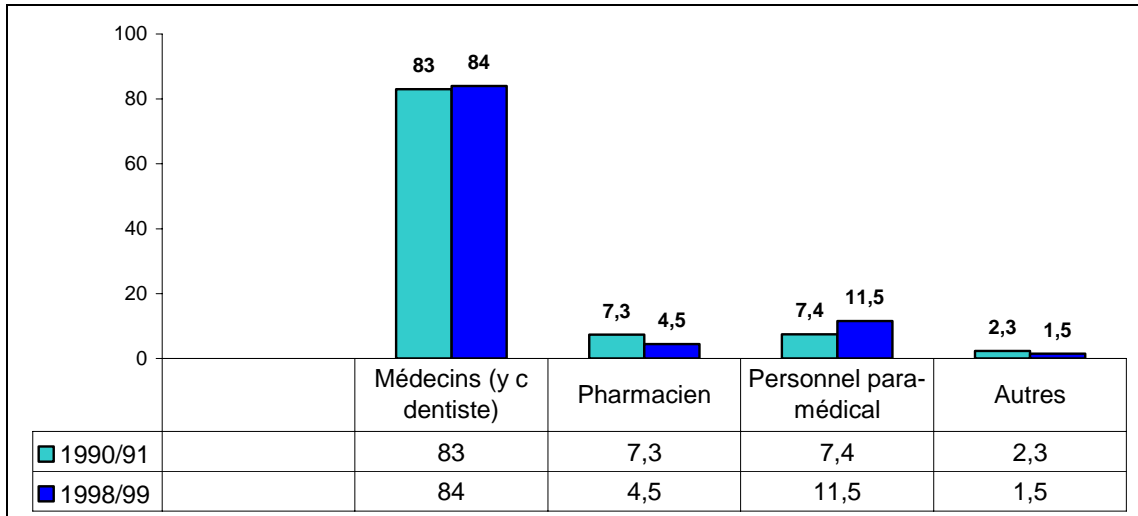
La mesure de l'état de morbidité de la population, a consisté à demander aux personnes enquêtées si elles avaient été malades ou blessées durant les quatre dernières semaines ayant précédé la date de l'enquête. Le taux de morbidité constaté représente 16,7% à l'échelle nationale. Ce taux reste élevé chez le sexe féminin, 18,1%, contre 15,3% chez le sexe masculin.

Par tranche d'âge, le taux est élevé chez les personnes de 60 ans et plus : 32,5%, suivi des 35-39 ans : 24%, alors que pour les moins de 15 ans et les 15-34 ans il est respectivement de 13,8% et 11,9%.

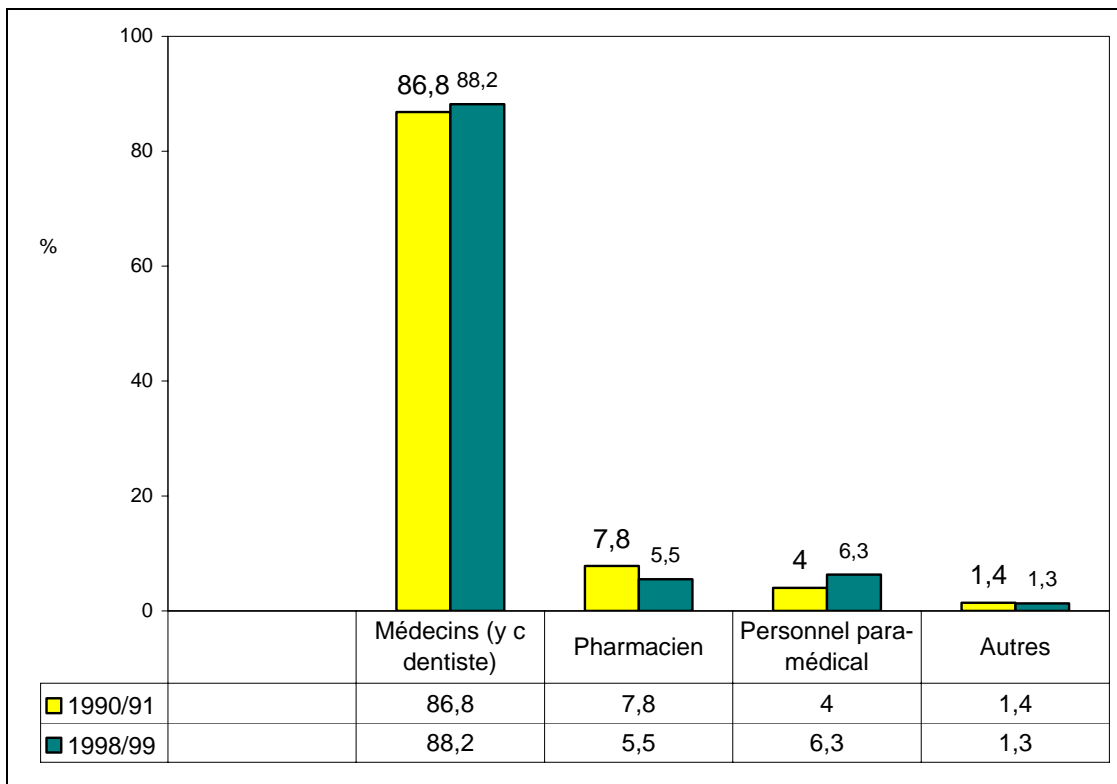
La part des personnes malades ayant consulté un agent médico-sanitaire représente 65,5%, dont 88,2% auprès d'un médecin (y compris dentiste), alors que ce recours reste limité, 5,5%, chez les pharmaciens et 5% chez le personnel paramédical.

52% des personnes ayant eu recours à la consultation, l'ont fait auprès d'un établissement de soins privé alors que 46,4% se sont adressés au secteur public et 1,6% au secteur semi-public.

Graphique 9 : Demande de soins de santé selon la catégorie de professionnel de santé consulté en milieu rural (ENNVM 98-99)



Graphique 10 : Demande de soins de santé selon la catégorie de professionnel de santé consulté au niveau national (ENNVM 1998/99)



4.7.2. Recours aux soins ambulatoires

4.7.2.1. Prestations préventives

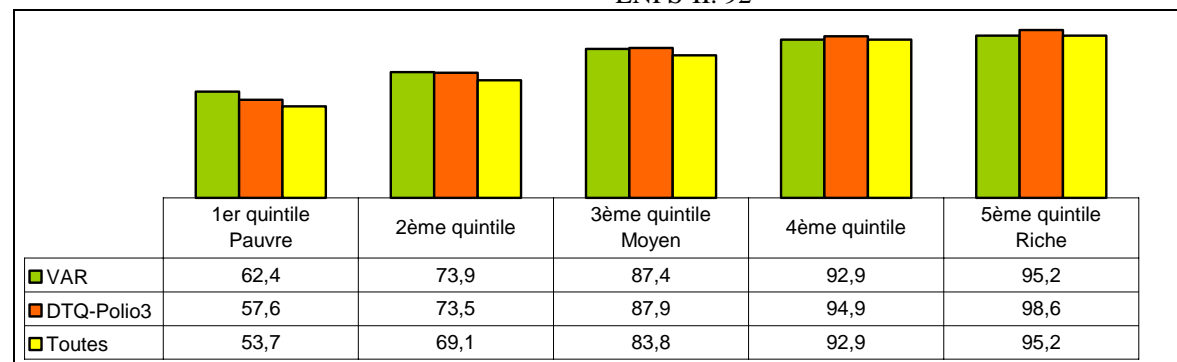
La plupart des prestations préventives sont prodiguées par le MS Elles consistent essentiellement en

une série d'actes effectués dans le cadre de programmes structurés de lutte et de prévention contre les maladies transmissibles. Elles touchent toutes les populations cibles et sont prodiguées gratuitement. Le secteur privé participe peu à ces actes.

Pour les prestations de vaccination par exemple, plus de 97%⁵ de la population cible du programme de vaccination est prise en charge par le MS. Il en est de même pour les prestations de Planification Familiale (63%⁶).

Malgré les niveaux de couverture enregistrés par les différents programmes, l'analyse détaillée permet de relever des inégalités. Par exemple, pour la vaccination des enfants de 12-23 mois, les inégalités du taux de couverture vaccinale selon le niveau de vie laisse apparaître une différence notable entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche (vaccination anti-rougeole 1,5 plus élevée pour le quintile le plus riche)⁷, (graphique 11).

Graphique 11 : Couverture vaccinale des enfants âgés de 12-23 mois selon le niveau de vie 90-91 ENPS-II. 92



4.7.2.2. Prestations curatives

Il n'existe pas de données précises sur le volume exact des prestations curatives effectuées à titre ambulatoire par l'ensemble des secteurs. Pour le secteur public, les données disponibles permettent d'estimer ce volume à environ 12 millions de consultations pour l'année 2000 tout âge compris.

En terme d'utilisation des services, et en dehors de certains programmes prioritaires, l'utilisation des services de santé de base reste très limitée. Le recours à la consultation médicale au niveau des ESSB du secteur public reste très faible (médiane 0,4 contact par habitant et par an, Tunisie 0,8, France 5).

Le recours au secteur privé explique en partie cette situation. Mais la qualité des services, l'accessibilité physique et financière sont également des causes majeures de la sous utilisation des services. Concernant les cabinets dentaires, seuls 0,02 contacts par habitant et par an ont été enregistrés dans le secteur public ce qui correspond en fait à l'offre de soins existante dans ce secteur. Quant aux 282 maternités rurales (et hormis celles qui sont fermées par manque de personnel), rares sont celles qui réalisent plus d'un accouchement tous les deux jours.

4.7.3. Recours aux soins hospitaliers

Le taux d'hospitalisation global peut être estimé comme suit :

- Secteur public : une moyenne de 850 000 admissions chaque année.
- Secteur privé à but lucratif : 206 000 admissions chaque année (estimation sur la base d'un taux d'occupation moyen « TOM » de 80% et d'une durée moyenne de séjour « DMS » de 4 jours).
- Secteur privé à but non lucratif : 62 300 admissions chaque année (estimation sur la base d'un

⁵ Enquête sur le niveau de vie des ménages marocains ENNV. 1998.99, Direction de la statistique, Ministère du Plan et de la Prévision Economique.

⁶ Enquête DHS-PANEL, Ministère de la Santé, 1995.

⁷ Davidson R. Gwatkin, Shea Rustein, Kiersten Johson, Rohini P. Pande, and Adam Wagstaff. HNP/Poverty Thematic Group of The World Bank. SOCIO-ECONOMIC DIFFERENCES IN HEALTH, nutrition? And population in morocco. May 2000.

TOM de 60% et d'une de DMS de 6 jours).

Environ 1 118 300 patients sont hospitalisés chaque année, soit un taux d'hospitalisation de 34‰. Les taux enregistrés dans les pays de l'OCDE en 1998, par exemple varie entre un minimum de 55,5 au Mexique à un maximum de 278 en Autriche. Ceci est le fait de la structure d'âge de la population (population âgée) de la nature des soins qui en découlent (soins hospitaliers lourds).

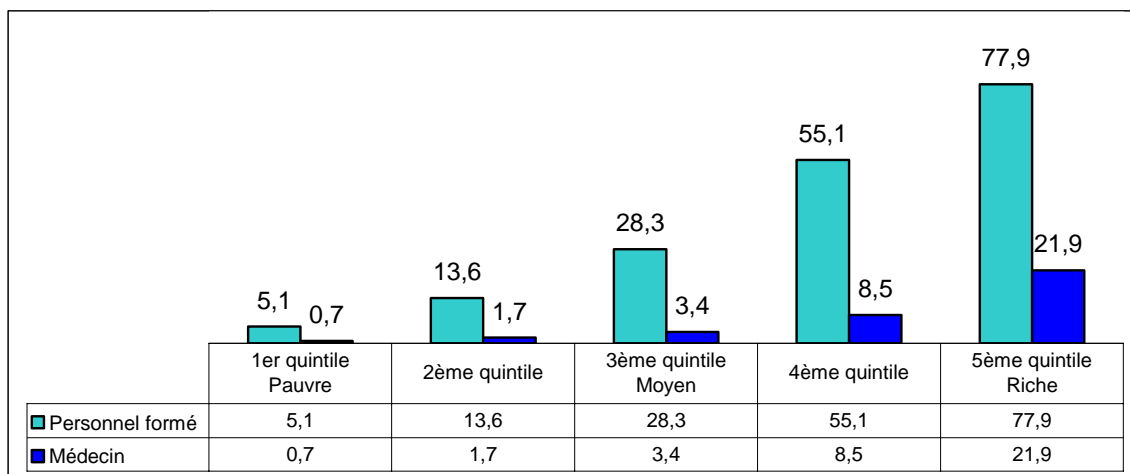
L'analyse des performances du réseau hospitalier public montre une sous utilisation des lits. Le taux d'occupation moyen (TOM) est bas (médiane 49%). Il est supérieur à 50% seulement dans 4 régions dont celles qui abritent les centres hospitaliers universitaires (Rabat et Casablanca). La médiane des interventions chirurgicales se situe à 15.300. Les hôpitaux relevant des Centres Hospitaliers Universitaires de Rabat et de Casablanca ont fait respectivement 48 448 et 44 309 interventions chirurgicales en 2000. Rapporté au nombre de chirurgiens, le nombre moyen d'intervention par chirurgien et par an est de 63 à Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, de 152 à Oued Eddahab-Lagouira et de 116 à Laâyoune-Boujdour-Sakia Lhamra.

L'absence des données du secteur privé n'a pas permis d'approfondir l'analyse. Néanmoins, les conclusions vont dans le sens d'une offre de soins insuffisante.

En ce qui concerne les inégalités d'accès aux soins hospitaliers, il faut relever par exemple pour ce qui est des accouchements ; à peine 5% du quintile de la population pauvre bénéficie d'un accouchement en milieu surveillé contre 78% pour le quintile de population la plus riche ; soit 15,6 fois plus. Pour ce qui est de l'encadrement de l'accouchement par un médecin, elle atteint 0.7% pour le quintile le plus pauvre et 22% pour le quintile le plus riche, soit 31 fois plus.

Au niveau des activités de diagnostic, particulièrement la radiologie et la biologie, les données disponibles ne permettent pas de faire une analyse détaillée de l'importance de ces activités dans les soins hospitaliers.

Graphique 12 : Assistance à l'accouchement selon le niveau de vie (ENNVM 1990/91 et ENPS-II. 92)



4.7.4. Recours aux soins de réhabilitation

Il n'y a pas de données disponibles pour l'ensemble des secteurs. Les activités réalisées par le MS dans le cadre de la réhabilitation, concerne essentiellement des opérations orthopédiques ainsi que la rééducation physique et touche environ 20 000 patients par an.

Un certain nombre d'organisations non gouvernementales sont également organisées pour la prise en charge des activités de réhabilitation.

4.7.5. Qualité de soins

Programme d'assurance de la qualité : il comporte trois volets de base : i) élaboration et diffusion des standards, ii) monitoring de la performance sur la base des standards, iii) amélioration de la qualité des soins et services sur la base des résultats du système de monitoring.

Il n'y a pas de données disponibles pour l'ensemble des secteurs. L'analyse portera essentiellement sur le secteur public.

La qualité des soins délivrés aux patients, n'est généralement pas évaluée. Elle est laissée à la libre volonté du médecin traitant (absence d'audit médical). Le service des soins infirmiers nouvellement mis en place dans les structures hospitalières, n'assume pas encore le rôle qui lui est dévolu en matière de gestion des soins. Il faut dire enfin que l'encadrement par les infirmiers diplômés est insuffisant puisque les deux tiers des infirmiers qui exercent au niveau des hôpitaux sont des auxiliaires.

Le manque de qualité des soins au niveau hospitalier est aussi lié à l'état de l'infrastructure, à l'insuffisance et à la vétusté des équipements. En effet, les bâtiments hospitaliers ont considérablement vieilli et ont dépassé l'âge d'amortissement. 28% des hôpitaux ont plus de 50 ans, 56% plus de 30 ans et seulement 30% ont moins de 20 ans. La plupart génèrent des dépenses importantes en maintenance des bâtiments et des installations techniques.

De surcroît, les plateaux techniques des hôpitaux sont relativement vétustes : 40% des blocs opératoires, 22% des équipements de réanimation, 39% des équipements de laboratoire et 32% des appareils de radiologie ont plus de 15 ans.

4.7.6. Inégalités d'accès aux prestations de soins

Les seules données disponibles actuellement sont celles de l'ENNVM de 1998/99. Les résultats de cette enquête montrent que le recours aux soins de santé pour les personnes les plus défavorisées appartenant au 1^{er} quintile reste faible 10,1% alors qu'il atteint chez les personnes les plus aisées 25,9%, soit deux fois et demi de plus.

Plus le niveau de vie des personnes est élevé, plus les malades recourent aux personnels de santé pour se faire soigner, seulement 45,1% des personnes défavorisées du 1^{er} quintile contre un recours très élevé chez les personnes les plus aisées soit 77,2%. Le recours au personnel médical représente 74,2% chez les personnes les plus défavorisées alors qu'il atteint 90,6% chez les personnes les plus aisées.

- Les inégalités dans la couverture sanitaire constituent le maillon faible de l'offre de soins destinés aux enfants. Une reconfiguration devra être entreprise, aussi bien pour établir un meilleur accès aux soins, que pour réduire les disparités entre les régions, les milieux rural et urbain et indépendamment du niveau socio-économique.
- Un cadre juridique devra aussitôt être élaboré en vue d'améliorer la couverture sanitaire et de développer l'offre de soins.
- La carte sanitaire sera actualisée dans une dynamique participative impliquant fortement les compétences sanitaires au niveau régional et local et les autres acteurs locaux en vue de s'assurer que l'accès aux soins est assurée pour ceux qui ont des difficultés d'accès.

4.7.7. Tendances de l'offre de soins

Les tendances de l'offre de soins vont être dominées par les nouvelles technologies de l'information qui se sont développées au cours des dernières années et qui sont en train de bouleverser la pratique médicale.

L'offre de soins sera également sous l'influence d'autres enjeux futurs majeurs. Il s'agira essentiellement du vieillissement de la population et de l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance, de la dynamique de la régionalisation, de l'urbanisation accélérée, de la consolidation de la

démocratie et de l'accentuation des exigences de la population.

Sur le plan quantitatif, les besoins ne pourront être déterminés que dans le cadre des critères et normes qui seront définis dans le cadre de la loi de la planification de l'offre de soins (carte sanitaire).

5. SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE

L'actuel système national d'information sanitaire est composé de trois principales composantes :

- Le sous-système d'information sanitaire en monitoring.
- Les informations contenues dans le sous-système en monitoring ne concernent qu'une partie de la population ayant reçu une prestation au niveau des établissements de santé. Les enquêtes auprès des ménages permettent de combler cette lacune en rendant disponible des indicateurs sur l'état de santé de toute la population.
- Le sous-système d'information extra santé est complémentaire au sous-système d'information de santé puisqu'il permet de disposer des données extra santé : démographie, socio économie, nutrition, agriculture, environnement, etc.

A cet égard, les dysfonctionnements relevés dans l'actuel système d'information sanitaire peuvent se résumer dans ce qui suit :

- Redondance de l'information et de son mode d'acheminement ;
- La dispersion et la non optimisation des compétences locales : La collecte et le traitement de l'information sanitaire spécifique à chaque programme requièrent la mobilisation de différentes équipes.
- Faible performance du système : L'exploitation des informations collectées pour l'évaluation des activités et des performances du système de santé, est très lente rendant la rétro-information inutile. La pertinence des indicateurs recueillis est aussi à revoir.
- Le Système National d'Information Sanitaire demeure incomplet en l'absence d'information sur les autres secteurs.

- Le Système National d'Information Sanitaire malgré les révisions entreprises présente des insuffisances en particulier une certaine lourdeur, données plutôt de type quantitatifs et aussi l'insuffisance de l'analyse de l'utilisation par les équipes locales
- Des mesures seront prises pour améliorer la fiabilité du système d'information destiné à la mère et à l'enfant. A cet effet, un schéma directeur national du sous-système d'information sanitaire et des nouvelles technologies de la communication (SSI NTC) sera élaboré.
- Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) sera révisée et la composante mère enfant sera renforcée dans le schéma directeur de celui-ci. Des outils seront élaborés pour instaurer une communication permanente entre le personnel de santé, les bénéficiaires et les autres

6. LEGISLATIONS REGISSANT LES MEDIACEMENTS

La législation et la réglementation pharmaceutiques ont connu peu de révision. La principale modification fut celle introduite par le dahir de 1977 qui a défini le médicament, 17 ans après la promulgation du texte de base. Quarante ans après, faute d'actualisation et de mise à jour régulière, ce texte ne répond plus aux mutations qu'a connues le secteur pharmaceutique (évolution des normes, mondialisation, démantèlement douanier...). Il ne permet pas non plus de faire face à certaines situations nouvelles de la profession.

La mise à niveau de l'arsenal juridique qui régit le secteur pharmaceutique est devenue une nécessité vitale.

6.1. Organisation du secteur de la pharmacie pour l'approvisionnement du marché en médicaments

6.1.1. Marché local

La consommation de médicaments au Maroc est faible, elle était de l'ordre de 193 dirhams par habitant et par an en 2000.

Le chiffre d'affaires du secteur pharmaceutique exprimé en prix grossiste hors taxe a connu une évolution constante et importante, de l'ordre de 12% par an entre 1985 et 2000. Ce chiffre est passé de 800 millions de dirhams en 1985 à 3 milliards en 1995. Ces dernières années, il y a eu un tassement de ce chiffre, dû notamment à la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages. Le chiffre d'affaires en 2000 a atteint 4,2 milliards de dirhams.

Le marché du médicament au Maroc se répartit entre les spécialités fabriquées localement et celles importées. Il est à noter que si la production locale couvre 80% des besoins au début des années 90, elle a connu une légère baisse pour s'établir à environ 70% actuellement. La tendance actuelle en faveur de l'importation est due notamment à la libéralisation des échanges et à la réglementation des prix des médicaments qui favorise les produits importés.

Les débouchés de la production nationale se répartissent entre le marché privé qui absorbe 80% de cette production, le marché public représente 10% (exprimée en unité, le pourcentage de la part du secteur public est plus important car les prix d'achat unitaires obtenus pour le secteur public sont nettement inférieurs à ceux pratiqués dans le secteur privé) et la part de l'export qui s'élève à 10%. Les principaux pays d'exportation sont l'Algérie, la Libye, l'Irak, la Tunisie, des pays d'Afrique subsaharienne et certains pays européens comme la France ou la Suisse (sous la forme de façonnage pour le compte des maisons mères).

6.1.2. Organisation de l'approvisionnement du secteur public

L'approvisionnement assuré actuellement par une multitude de structures centrales et hospitalières pour un montant annuel global de l'ordre de 450 millions de DH. Ce montant reste néanmoins très insuffisant puisque les patients qui consultent dans le réseau des ESSB ou dans les hôpitaux contribuent en partie par l'apport de médicament (qu'ils achètent) entrant dans la prestation de soins.

L'approvisionnement connaît plusieurs problèmes :

- L'expression des besoins se fait sur la base de la consommation moyenne. Elle est tributaire des crédits budgétaires alloués à l'avance. Elle est donc en inadéquation avec les besoins réels.
- Il existe une multitude de structures d'achat ayant chacune ses propres procédures. Ces structures s'approvisionnent parfois à des prix différents pour le même produit.
- Le Service de Gestion des Produits Pharmaceutiques constitue le seul point de stockage et de distribution pour les différentes structures de soins au niveau national (68 Délégations et 46 centres hospitaliers) ce qui engendre une irrégularité en matière d'approvisionnement, des retards de livraison voire même des ruptures de stocks.
- L'absence de disposition concernant la révision des prix pour les marchés cadres empêche le lancement de tels marchés, ce qui oblige à continuer à recourir à l'Appel d'Offres annuel.
- L'absence d'une pharmacie centrale nationale, de pharmacies régionales et de pharmacies hospitalières, mieux structurées, permettant une gestion efficace au niveau local du médicament.
- L'absence d'un système d'information permanent pouvant renseigner sur les états de stocks, sur les ruptures prévisibles et non prévisibles et l'état des proches péremptions.

6.2. Accessibilité au médicament

6.2.1. Accessibilité physique

Si l'accessibilité physique aux médicaments et produits pharmaceutiques ne présente pas de problèmes dans le milieu urbain, il n'en est pas de même dans les zones rurales. Mais, la situation s'améliore de

plus en plus dans les petites villes et dans les centres ruraux.

6.2.2. Accessibilité économique

Le pouvoir d'achat de la population est réduit, les inégalités en terme de niveaux de vie sont importantes et le taux de pauvreté dépasse 19 %. Face à cette situation économique, s'élèvent des barrières matérielles à l'accessibilité au médicament qui demeure trop cher pour la majorité de la population. D'une part, seuls 16.4 % de celles-ci sont couverts par une assurance maladie (avec une concentration dans les villes). D'autre part, le coût moyen d'une ordonnance atteint 250 Dirhams, soit l'équivalent de quatre journées de travail rémunérées au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG).

Le secteur public, sous financé, ne permet pas de pallier ce déficit d'accessibilité. En effet, en dehors de la disponibilité permanente du médicament lié à des programmes prioritaires, le médicament utilisé dans le cadre des soins curatifs est fourni⁸ partiellement dans les structures de soins publics.

6.3. Recours au médicament générique

6.3.1. Définition du médicament générique

Au Maroc, aucune définition légale n'existe concernant les médicaments génériques. Par ailleurs, la nouvelle loi sur la protection de la propriété intellectuelle qui remplace celle de 1916 et qui consacre les brevets en matière de médicaments n'est pas encore entrée en application. Cette loi prévoit une durée de protection de 20 années pour les médicaments.

Le médicament générique existe au Maroc depuis les années 70. Il n'intéressait à l'époque que quelques « pionniers ». Actuellement, la majorité des laboratoires s'y intéressent. Certains parmi les derniers laboratoires autorisés dédient leur activité principalement au médicament générique. Par ailleurs, le nombre de génériques enregistrés au Maroc a connu un développement important lors de ces dernières années. Le nombre de médicaments génériques est passé de 14 enregistrements en 1995 à 44 en 1998 et 86 en 2000.

6.3.2. Poids du médicament générique

Les parts de marché pris par les médicaments génériques sont difficiles à déterminer du fait de l'absence d'une définition précise du générique. Lorsque l'on considère les parts de marché pris par les génériques, on constate l'existence de deux situations distinctes :

- En ce qui concerne le marché public, la procédure d'acquisition des médicaments se fait par appels d'offres. De ce fait, ce sont les médicaments les moins chers qui sont retenus. On constate que pratiquement chaque fois que les génériques sont en compétition, ce sont eux qui remportent les marchés.

- En ce qui concerne le marché privé, la situation est différente. Bien que les médicaments génériques soient moins chers que les médicaments princeps, dans bien des cas c'est le médicament princeps qui est le plus vendu.

Le médecin traitant choisit pour son malade un médicament en fonction de sa notoriété qui elle-même dépend de l'antériorité du lancement du produit sur le marché, de la notoriété du laboratoire et de l'efficacité de la promotion faite pour le médicament.

Le pharmacien d'officine possède une marge indexée sur le prix du médicament : plus ce prix est élevé plus la marge sera importante. Il n'a donc pas d'intérêt particulier à délivrer le médicament le moins cher.

⁸ Les médicaments reçus gratuitement dans les structures ambulatoires publiques représentent près de 3,5% de la consommation totale de médicaments qui bénéficient plus aux populations pauvres urbaines et dans une moindre mesure aux démunis ruraux. Le poids des médicaments donnés à titre gratuit aux pauvres constituent entre 10% et 27% de leur consommation (OMS, 1997, WHO/DAP/97.1).

6.3.3. Mesures d'encouragement à la production et à l'utilisation du médicament générique

Le Ministère de la Santé a exprimé clairement la volonté de promouvoir l'utilisation du médicament générique. Le but essentiel de cette politique (prônée également par l'Organisation Mondiale de la Santé) est avant tout d'assurer un meilleur accès de la population au médicament.

Les spécialités génériques ont des marges plus faibles que celles des spécialités princeps, elles ne pourront alors pas supporter des coûts de promotion importants.

Les différents acteurs de santé (industriels, médecins, pharmaciens et patients) doivent avoir un intérêt financier ou une incitation d'ordre légal pour favoriser la prescription et la dispense des génériques :

- Le médecin n'a pas de raison particulière de prescrire le médicament le moins cher. En général, il est plus sensible aux arguments scientifiques qu'économiques. Il existe, par ailleurs, une réticence chez les praticiens face au médicament générique, souvent entretenue par les laboratoires innovants qui véhiculent une image de qualité douteuse des génériques.
- Le pharmacien est rémunéré en fonction de la marge qui est de 30% bruts du prix du médicament. Vu l'érosion actuelle de son revenu (démographie galopante des officines et chiffre d'affaires stagnant), le pharmacien a intérêt à délivrer le produit le plus cher. De plus, il n'existe pas de droit de substitution en cas de prescription. Les rares cas d'échange d'une spécialité prescrite par une autre se font avec l'accord du médecin en cas d'urgence, ou de rupture de stock. Enfin, en l'absence de droit de substitution, le pharmacien peut considérer la multiplication des génériques comme étant une contrainte car cela provoque une inflation coûteuse de ses stocks.
- Le grossiste répartiteur a, lui aussi, intérêt à vendre le produit le plus cher pour les mêmes raisons (marge brute de 10%). Il a les mêmes contraintes au niveau du stock.
- Le patient : son intérêt est variable selon qu'il est remboursé ou non pour ses achats de médicaments et selon le pourcentage de ce remboursement. L'intérêt pour le médicament générique est dans ce cas, inversement proportionnel au taux de remboursement dont bénéficie le patient.
- Les caisses de prévoyance sociale, les mutuelles, et les assurances ont tout intérêt à encourager l'utilisation du médicament générique et ce, pour des raisons évidentes de rentabilité. Actuellement, et à notre connaissance, aucune action n'est menée par ces organismes en faveur de la promotion de l'utilisation de ces médicaments.

6.3.4. Qualité du médicament fabriqué localement ou importé

L'industrie pharmaceutique marocaine est classée par l'OMS dans la « zone Europe » pour les standards de qualité du médicament.

Le contrôle de qualité est assuré au moyen :

- du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM)
- L'accréditation du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
- L'Elargissement des champs d'intervention du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
- L'inspection de la pharmacie.

- Le secteur privé domine totalement la production, l'importation et la distribution de gros ou de détail des médicaments. L'évolution du nombre d'officines, de grossistes et de laboratoires illustre l'essor que connaît ce secteur dans la dynamique économique et sociale du pays, mais ce avec des disparités régionales.
- Les niveaux de consommation par tête d'habitant restent modestes par rapport à l'Algérie et à la Tunisie et les prix des médicaments restent relativement élevés et par conséquent inaccessibles aux couches défavorisées de la population.
- La production pharmaceutique nationale satisfait 80% environ de la consommation ; cependant cette industrie est confrontée à un certain nombre de problèmes liés à l'étroitesse du marché local, au faible développement de la couverture médicale, à l'ouverture des frontières suite aux accords du GATT, aux accords TRIPS et des accords avec l'Union Européenne.
- Une politique nationale des médicaments devra être élaborée.

7. SUPERVISION

La supervision a toujours été une préoccupation des responsables du Ministère de la Santé comme activité essentielle et incontournable pour l'encadrement, la motivation et l'assurance de la qualité des prestations ainsi que de la bonne mise en oeuvre des directives des différents programmes de santé de l'enfant. Ainsi, la formation en techniques de supervision a concerné une grande partie des professionnels de santé et ce en particulier pour les programmes de vaccination, de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës.

Malgré ces efforts, la qualité de la supervision restait insuffisante et ce pour plusieurs raisons :

- Limitation dans la majorité des cas des activités de supervision aux aspects administratifs et logistiques et omission du volet clinique.
- Effectifs insuffisants des superviseurs.
- Manque de moyens de mobilité.
- Irrégularité des activités de supervision en absence d'une bonne planification.
- Activité souvent centralisée et la supervision horizontale étant très peu développée avec une très faible implication des jeunes médecins peu sensibilisés sur l'importance de cette activité et en absence d'une formation en techniques de supervision.

Avec l'adoption de la stratégie PCIME, la supervision a repris sa place comme activité vitale pour atteindre les objectifs en matière de qualité des prestations et aussi en matière d'organisation. C'est ainsi, et suite aux sessions de formation en techniques de suivi après la formation PCIME, il y a eu renforcement des pools des superviseurs au niveau national et provincial. Néanmoins, cette activité mérite d'être renforcée à travers des actions de formation et l'affectation des ressources et des équipements nécessaires.

8. FINANCEMENT DE LA SANTE

8.1. Dépense globale de santé

La dépense globale de santé a atteint un peu plus de 15 milliards de DH en 1997/98. C'est-à-dire près de 550 Dh par habitant c'est-à-dire 56 US\$ au taux de change courant en 1997/98 ou 135 US\$ en termes de Parité de Pouvoir d'Achat. Elle représente à peine 4,5% du PIB. Ce qui constitue un écart assez important par rapport à des pays au développement économique similaire (voir tableau ci-dessous).

Tableau 3 : Niveau de la dépense globale de santé : comparaisons avec des pays à développement économique similaire (1997/98)

Pays	PIB par habitant en US\$ (1998)	Dépense de santé par habitant en US\$ (au taux de change courant)	Dépenses de santé par rapport au PIB (en%)
Maroc	1260	56	4,5
Jordanie	1520	134	9,4
Iran	1780	103	5,8
Tunisie	2110	118	5,6
Liban	2660	398	9,8

Sources : Présentations nationales à l'Atelier Régional (MENA) sur les Comptes Nationaux de la Santé, Amman, mai 2000

Le niveau de la consommation médicale (soins hospitaliers, soins ambulatoires et biens médicaux) a atteint, quant à lui, près de 13,5 milliards de DH durant la même période. Soit moins de 500 DH par habitant et par an.

Supposons que la consommation médicale soit égale à la somme des produits entre des prix et des quantités correspondantes : $\Sigma P \times Q$

(Où P = prix de l'ensemble des biens et services médicaux consommés, Q = quantités de l'ensemble des biens et services médicaux consommés)

Cette somme de produits est faible si les prix et/ou les quantités le sont. Or, en examinant les prix en termes relatifs par rapport aux revenus et au PIB, on découvre des ratios très élevés. A titre illustratif :

- Le coût moyen d'une ordonnance médicale atteint près de 250 DH, soit l'équivalent de quatre journées de travail rémunérées au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) ou 2% du PIB per capita.
- Une consultation chez un médecin spécialiste coûte en moyenne 150 DH, soit l'équivalent de deux journées et demi de travail rémunéré au SMIG ou 1,2% du PIB per capita.

Cela signifie que ce sont plutôt les quantités (c'est-à-dire le recours aux soins et l'accès aux biens médicaux) qui sont faibles et qui expliquent l'indigence du niveau de la consommation médicale et celui de la dépense globale de santé.

8.2. Taille du financement public de la santé

8.2.1. Ministère de la Santé

Le budget du Ministère de la Santé est quantitativement insuffisant. En effet, celui-ci :

- représente à la fin des années quatre-vingt-dix près de 5% du budget général de l'Etat contre 7% dans les années soixante,
- ne dépasse pas 175 DH par habitant contre plus de 300 DH dans des pays à développement économique similaire,
- représente près de 1% du PIB contre 1,7% dans les années soixante et contre une moyenne dépassant 2% pour la majorité des pays au même niveau de développement économique.

Toutefois, l'examen de l'évolution du budget du Ministère de la Santé par habitant et en DH constants montre que, durant les trois dernières années, l'Etat a déployé de grands efforts dans ce secteur. Toutefois, ces efforts ont profité surtout à la masse salariale au détriment du budget de fonctionnement hors personnel⁹ dont le niveau per capita et en volume a baissé entre 1982 et 2000. Ce qui atténue et affaiblit les bénéfices liés aux augmentations des crédits d'investissements¹⁰ de ces dernières années.

⁹ Dans les années 60 et 70, la part des rémunérations salariales dans le budget du MS oscillait entre 39% et 52%. Aujourd'hui, elle atteint pratiquement les deux tiers.

¹⁰ Les variations très positives du Budget d'Investissement durant ces dernières années (entre 1996 et 2000) sont plutôt financées par des prêts et dons budgétisés. Durant la dernière décennie, leurs parts (dans le budget d'investissement) furent,

Ceci est corroboré par l'évolution de la structure du budget de la Santé depuis trente ans. En effet, l'analyse des indices d'accroissement des grandes composantes du budget montre un énorme décalage entre l'indice du budget d'investissement et celui du budget de fonctionnement hors personnel. Cette situation risque de conduire à l'exacerbation des problèmes d'entretien, de réparation, de nettoyage et de supervision que rencontrent actuellement les structures sanitaires du département de la Santé.

8.2.2. Structure des dépenses du MS par niveau

De l'ensemble des crédits budgétaires alloués (et dépensés) par le MS, 47% profitent aux hôpitaux (15% aux CHU et 32% au reste des hôpitaux) contre 38% au réseau de soins de santé de base (RSSB). Les Instituts et Laboratoires Nationaux, qui représentent essentiellement des activités de soutien au RSSB et à la formation, ne bénéficient que de 2% de ces allocations, soit 6 fois moins que l'Administration Centrale et Locale (12%). Il est vrai que ce pourcentage est assez élevé. Toutefois, il faut préciser que, dans le cadre des programmes sanitaires et du suivi des activités de soins et de prévention sanitaire, l'encadrement aussi bien au niveau central que local (administration des programmes sanitaires, Services d'Infrastructures et d'Actions Ambulatoires Provinciaux...) demeure important.

8.2.3. Problèmes d'affectation des ressources financières du MS

L'analyse des dépenses globales du MS (hors CHU, Instituts et Laboratoires Nationaux) per capita et par région met en exergue des disparités assez importantes. En effet, la répartition des crédits, entre les différentes provinces et les divers établissements et services du MS, a été plus influencée par des considérations historiques et des rapports de force que par des critères pertinents et objectifs. Le même constat peut être fait pour les dépenses en prestations de Santé Maternelle et Infantile (SMI)¹¹ par rapport à la population cible (femmes en âge de procréer et enfants de moins de cinq ans).

Ces disparités sont difficilement justifiables en raison non seulement de leur importance quantitative, mais surtout de leur décalage par rapport à des indicateurs clés comme le taux de mortalité infantile.

8.2.4. Financement de la santé par les autres départements ministériels et par les Collectivités Locales

En dépit de leur importance dans le système de santé, les Ministères impliqués et les Collectivités Locales jouent un rôle secondaire dans le financement de ce système. Leurs poids dans le financement de la santé s'élèvent à 2% pour les Ministères concernés et 1% pour les Collectivités Locales. Leurs dépenses s'orientent principalement vers la prévention sanitaire collective et dans une moindre mesure vers les soins ambulatoires.

8.2.5. Financement collectif de la santé

L'analyse des sources de financement met en exergue l'iniquité du financement de la santé au Maroc en raison de la forte part des paiements directs des ménages. Les coûts du système de santé marocain ne sont donc pas répartis selon les capacités de paiement des individus à travers un mécanisme de mutualisation du risque ou de solidarité nationale comme l'illustre le niveau élevé des paiements directs des ménages. Ce type de financement fragmenté engendre, par ailleurs, des difficultés de contrôle, de régulation et de maîtrise du système de santé.

La part la plus importante demeure celle des paiements directs des ménages (54% des dépenses globales de santé et pratiquement 60% de la consommation médicale), alors que les ressources fiscales nationales et locales ne sont à l'origine que du quart des dépenses globales de santé (25%).

en moyenne, de 40,2% pour les prêts de la Banque Mondiale, de 9,9% pour ceux de la Banque Africaine de Développement et de 2,1% pour les dons budgétisés de l'Union Européenne dont le poids a atteint 12,9% en 1999/2000.

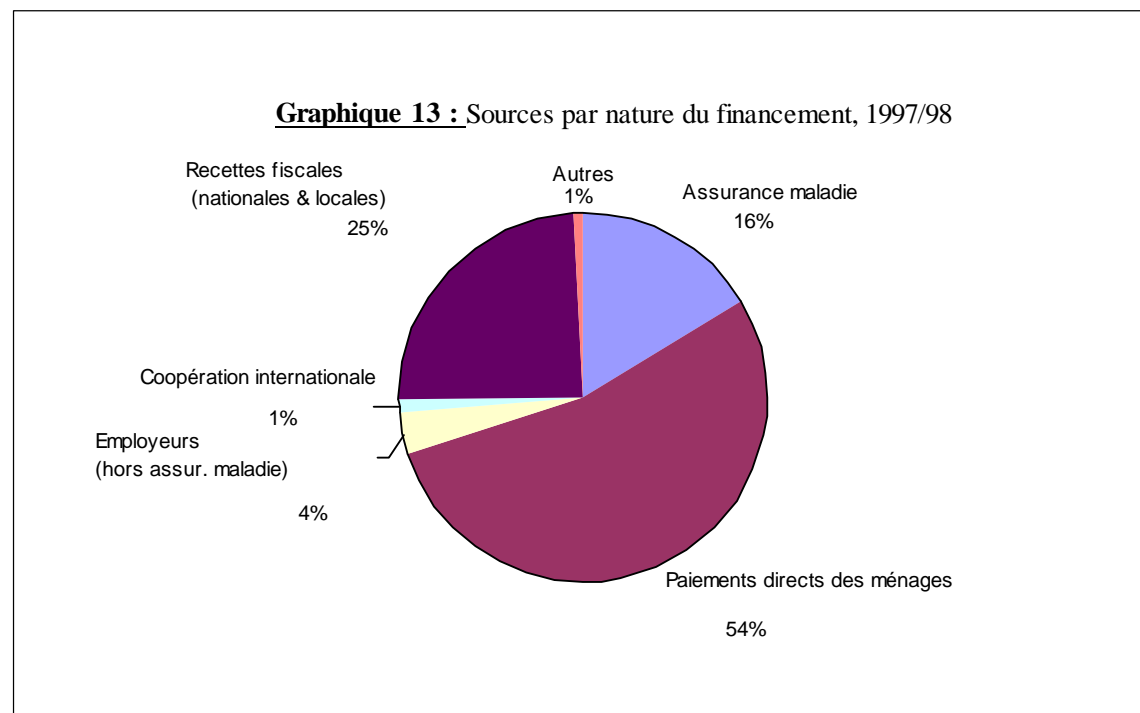
¹¹ Le Maroc est l'un des pays de la région MENA où les taux de mortalité liés à la SMI sont les plus élevés.

L'assurance maladie représente à peine 16% de ces mêmes dépenses. Ce qui veut dire que le financement collectif de la santé à travers des mécanismes solidaires (au sens large) ne concerne que 41% de la dépense globale de santé.

Tableau n°4 : Sources par nature du financement, 1997/98

		En dirhams courants	En %
Ressources fiscales (Budget)		3 553 201 234	23,61%
Contributions au financement de l'assurance maladie	Total	2 467 579 123	16,40%
	Ménages (cotisations salariales)	849 775 496	5,65%
	Etat (cotisations patronales)	410 575 399	2,73%
	E.E.P (cotisations patronales)	577 275 686	3,84%
	Entreprises privées (cotisations patronales)	325 108 500	2,16%
	Collectivités Locales (cotisations patronales)	32 975 000	0,22%
	Autres	271 869 041	1,81%
Collectivités Locales		155 086 124	1,03%
Employeurs (hors contributions à l'assurance maladie)		538 640 640	3,58%
Coopération Internationale		153 981 375	1,02%
Ménages		8 075 631 490	53,66%
Autres		104 717 605	0,70%
Total		15 048 837 591	100,00%

Quant aux autres sources de financement, elles restent marginales : 4% pour les employeurs (hors Etat et Collectivités Locales) et 1% pour la coopération internationale.



8.3. Structure de la dépense globale de santé par type de prestation

Le système de santé consacre plus de 37% des ressources à l'acquisition de médicaments. Les soins ambulatoires représentent près de 31% des dépenses du système de santé alors que les soins hospitaliers n'en constituent que 20%. Néanmoins, il faut préciser que ces taux prennent en considération l'hypothèse que les examens et consultations externes ainsi que les urgences sont considérés comme des soins ambulatoires. Si on intègre ces prestations aux soins hospitaliers, les

poids respectifs des deux types de soins se trouveraient inversés (20% pour les soins ambulatoires et 31% pour les soins hospitaliers).

Le poids de l'encadrement du système via son administration ne dépasse pas 6,6% (2,9% pour l'encadrement central et 3,7% pour l'administration locale).

La part de la prévention sanitaire collective demeure faible dans les dépenses de santé alors que les besoins sont considérables, surtout dans les milieux défavorisés. La dépense en prévention sanitaire collective par habitant ne dépasse pas 14 DH par an (1997/98).

Quant à la formation, la recherche et l'enseignement, ils ne représentent que 1% des dépenses de santé (le même pourcentage que la médecine traditionnelle). Hors salaires payés par le Ministère de l'Enseignement Supérieur aux enseignants pratiquant dans les CHU et dépenses des Instituts de formation des paramédicaux (IFCS, Ministère de la Santé), ce poste ne représenterait plus qu'un montant négligeable (0,1%).

L'état de la morbidité et des déterminants de santé actuels et projetés (importance des comportements individuels, de l'hygiène du milieu, des maladies transmissibles...) montrent que cette structure des dépenses, caractérisée par une faible part des soins ambulatoires et de la prévention sanitaire collective, ne permet ni de répondre aux véritables attentes et besoins de la population ni d'optimiser l'utilisation des ressources mobilisées.

8.4. Financement de la santé et équité

En raison d'une part du coût élevé des soins et des médicaments, et d'autre part de la faiblesse du financement collectif et solidaire, une bonne partie de la population marocaine a un choix difficile à faire : soit renoncer aux soins soit s'endetter. Notre pays se caractérise par un financement de la santé inéquitable car les coûts ne sont pas partagés par un système de financement solidaire, efficace et progressif (chacun selon sa capacité contributive et non chacun selon sa morbidité). L'OMS (2000) a élaboré un indice qui mesure cette équité du financement. Le Maroc est très mal classé (126^{ème} sur 191 pays). Ce qui veut dire qu'une bonne partie de la population a un niveau de dépenses de santé très faible et que des écarts très importants existent.

8.5. Importance de la solidarité institutionnalisée

L'assurance maladie au Maroc est facultative. Elle ne couvre que 16,4% de la population marocaine totale dont l'écrasante majorité est citadine. Plus des deux tiers de la population couverte sont des agents de l'Etat ou assimilés ainsi que leurs ayants droit. Par ailleurs, les régimes facultatifs d'assurance maladie sont sous la tutelle directe ou indirecte de plusieurs départements. Cependant aucun Ministère n'a le droit de regard complet sur toutes les institutions qui gèrent ces régimes et particulièrement sur l'aspect « assurance maladie ». La régulation se fait donc par le marché où sévit une sélection sévère des personnes à assumer, particulièrement de la part des compagnies d'assurances privées.

Pour les économiquement faibles, aucune couverture médicale n'est disponible. Toutefois, cette catégorie de la population est prise en charge quasi-gratuitement dans les structures de soins publics. Cependant, cette assistance n'est pas institutionnalisée (elle n'est pas réglementée et son financement est noyé dans le budget du Ministère de la Santé) et souffre de plusieurs insuffisances liées à l'absence de critères objectifs et standardisés d'éligibilité.

8.6. Tendances futures du financement

Une analyse prospective des dépenses de santé et de leurs sources de financement est très riche en enseignements. Elle permet d'étudier les trajectoires de l'envergure et de la structure du financement de la santé. Cette analyse est effectuée au travers de quatre scénarios :

- Le premier conserve les mêmes tendances, c'est un scénario de statu quo.

- Le second conserve la même tendance pour le financement public et admet la réforme du financement de la santé : l'AMO couvrant 30% de la population totale et le RAMED 19%.
- Le troisième prend en considération une augmentation de 1,4% du budget du MS par habitant (afin d'atteindre 7% du budget global de l'Etat en 2020) et admet la réforme du financement de la santé : l'AMO couvrant 30% de la population totale et le RAMED 52%.
- Le quatrième scénario est similaire au troisième à l'exception de l'année 2020 où la couverture par l'AMO passe à 48% de la population.

La réforme du financement de la santé constitue un atout majeur pour le système de santé. Son succès (bonne couverture, maîtrise des coûts...) et sa participation à l'instauration d'un degré assez élevé de l'équité du financement de la santé dépendent des modalités de sa mise en œuvre et de son fonctionnement. Toutefois, une conception comptable du RAMED (assurer le minimum de personnes) constitue un réel danger pour le financement du système de santé et pour le recours aux soins, comme le montre le scénario 2 où la participation des ménages, qui sera de plus en plus importante, exacerbera l'iniquité du financement actuel.

Par ailleurs, un financement public de la santé plus consistant permettra, en parallèle à la mise en œuvre de la couverture médicale large, d'améliorer quantitativement et qualitativement le financement du système de santé, et par conséquent le recours aux soins de santé.

A très long terme (2020), toute chose égale par ailleurs, l'extension de l'AMO, le passage de la part du financement public de la santé de 5% à 7% du budget de l'Etat et une couverture élargie de la population par le RAMED déboucheront sur une chute très importante du poids des paiements directs des ménages, ce qui constituera, à coup sûr, une performance importante pour le système de santé où les individus seront beaucoup moins exposés au choix difficile entre des dépenses ruineuses et la perte de leur santé.

- L'analyse du financement de la santé à travers les contributions des ménages telles qu'elles ressortent de l'ENNVM (1998/99) fait apparaître des inégalités entre les poids relatifs de chaque catégorie de la population selon le niveau de vie.
- En effet, la part des dépenses des ménages allouée aux soins de santé dans leurs budgets hors alimentation¹ est de 6,5% au niveau national. Cette proportion est plus élevée chez les 20% de la population les plus pauvres (1^{er} quintile) qui affectent aux soins de santé plus de 9% de leurs dépenses hors alimentation, contre 3,9% chez les 20% les plus aisés appartenant au 5^{ème} quintile (voir graphique n° 2).
- Par ailleurs, 1,3% de la population s'endette lourdement afin de se procurer des soins de santé. Toutefois, comme le montre le graphique n° 2, ce pourcentage est plus élevé chez la population malade ou blessée appartenant au 1^{er} quintile dont 2,3% dépensent pour les soins médicaux plus que leur budget hors alimentation contre 0,6% pour les malades les plus riches (5^{ème} quintile).
- Le financement de la santé sera révisé à travers la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire, la mise en œuvre d'un système destiné à la population démunie (réseau d'assurance maladie pour les économiquement démunis ou RAMED) et l'augmentation du budget de l'état alloué au secteur de la santé.

9. ORGANISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

9.1. L'exercice privé des professions de santé

L'exercice privé des professions de santé est régi par des lois et des règlements qui concernent pour la plupart l'exercice public et privé de ces professions, quoiqu'ils soient axés essentiellement sur l'exercice privé.

Les professions de médecin, de chirurgien dentiste et de pharmacien sont réglementées aussi dans le cadre des ordres de ces professions et par les dispositions de codes de déontologie spécifiques.

Les professionnels de la santé sont par ailleurs organisés dans des syndicats et des associations professionnelles dont certaines sont très influentes dans l'organisation générale du système de santé.

Seront exposés ci-après les dispositions légales et réglementaires régissant les professions de santé dans le secteur privé et les principaux aspects qui concernent les ordres professionnels.

Nous essayerons d'analyser aussi les problèmes qui se posent à l'exercice privé des professions de santé.

9.2. Les ordres professionnels

Seront exposées ci-après les principales données concernant les missions et l'organisation des ordres professionnels.

Nous exposerons aussi, brièvement, les principales causes des problèmes que traversent actuellement ces ordres et qui retentissent très négativement sur l'exercice privé des professions de santé.

9.2.1. L'Ordre national des médecins

L'Ordre regroupe obligatoirement tous les médecins exerçant au Maroc. « Nul ne peut accomplir aucun acte de la profession médicale s'il n'est inscrit à l'Ordre national des médecins ».

L'Ordre des médecins a essentiellement le rôle d'inscrire les médecins à son tableau, de veiller au respect de l'éthique et de la déontologie médicale, de statuer sur les affaires disciplinaires et prendre éventuellement des sanctions contre les médecins, de valider les contrats ou convention concernant les médecins dans leur exercice professionnel et donner son avis sur les questions, projet de loi et de règlements concernant la profession et son exercice.

9.2.2. L'Ordre des chirurgiens dentistes

L'Ordre regroupe obligatoirement tous les chirurgiens dentistes, autorisés à exercer à titre privé au Maroc.

Sa mission est « de veiller à l'observation par tous ses membres des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie des chirurgiens dentistes, de sauvegarder les traditions d'honneur et de probité professionnelle qui font l'honneur de la profession; de faire respecter par tous ses membres la discipline dans son sein et les lois et règlements qui régissent la profession; de défendre les intérêts moraux des chirurgiens dentistes; d'assurer la gestion des biens de l'ordre, de la défense de ses intérêts matériels ainsi que la création, l'organisation de toutes oeuvres d'entraide, d'assistance et de retraite de ses membres, de donner son avis sur *les* demandes d'autorisation d'exercice de la profession sur lesquelles il est consulté par le secrétaire général du gouvernement.»

Il accomplit sa mission par l'intermédiaire d'un Conseil national et d'un Conseil supérieur.

9.2.3. L'Ordre des pharmaciens

Il groupe obligatoirement tous les pharmaciens autorisés à exercer à titre privé, au Maroc dans les conditions prévues par la législation réglementaire l'exercice de la profession soit comme pharmaciens d'officine, soit comme pharmaciens propriétaires, administrateurs responsables, gérants d'établissements, dépôts, entrepôts, affectés à la fabrication, à la détention, à la vente en gros aux officines de détail de produits, compositions ou préparations, spécialisées ou non, pour l'usage de la

médecine humaine ou vétérinaire on encore comme directeurs techniques ou commerciaux dans ces établissements ou comme pharmaciens assistants, soit comme pharmaciens biologistes.

Le conseil national remplit, sur le plan national, la mission de l'Ordre. Il délibère sur les questions d'intérêt général se rapportant à la pharmacie qui sont soumises à son examen. Il donne au secrétaire général du gouvernement son avis après avoir consulté le conseil intéressé sur les demandes d'autorisation d'exercer les professions pharmaceutiques, sur les demandes de transfert d'officine et d'établissements pharmaceutiques...

10. COORDINATION ENTRE LES DIFFERENTS INTERVENANTS ET NIVEAUX

Le constat montre que la coordination est insuffisante et ce à tous les niveaux. En plus de la faiblesse du financement, toutes les ressources, mises à la disposition du Ministère de la Santé ne sont pas gérées de manière optimale. De plus, cette gestion peu performante aussi bien au niveau administratif (central et provincial) qu'au niveau de la prévention, des soins (ambulatoires et hospitaliers), de la recherche et de l'expertise (Instituts et Laboratoires Nationaux) jointe à une organisation inadaptée des établissements de soins de santé de base et à des difficultés de coordination se traduit par une qualité peu satisfaisante des services fournis à la population.

La coordination est aussi insuffisante entre le Ministère de la Santé et les Facultés de Médecine, de Chirurgie Dentaire et de Pharmacie. Ainsi, en dehors de l'utilisation des structures des centres hospitaliers universitaires pour la formation des médecins et le paiement d'une partie du salaire des enseignants des facultés de médecine et de pharmacie et de chirurgie dentaire, il n'y a pas de lien structurel entre le Ministère et l'université ni pour les orientations de la formation médicale ni pour les orientations de la politique de santé, ni pour la recherche médicale.

« Quant à la recherche et à l'expertise, le constat est évident, les moyens tant humains que matériels dont dispose le secteur sont très insuffisants. La constitution de l'équipe de recherche dans les Instituts et Laboratoires Nationaux n'est pas encouragée et le recrutement d'éléments indispensables à la recherche en sciences de la santé n'est pas prioritaire. La recherche étant souvent considérée à tort comme une activité dont les résultats ne sont pas probants.»^{12[5]}

En plus de tous ces problèmes, il n'y a pas de lien structurel efficace entre le Ministère et les autres intervenants dans le domaine des soins de santé. Il n'y a notamment pas de coordination entre les secteurs public et privé. Il n'y a pas non plus de coordination structurelle efficace entre les différents départements et administrations intervenant dans le domaine de santé. Ceci peut être en partie dû au fait que le cadre organisationnel du Ministère ne lui permet pas de jouer pleinement son rôle de coordination et d'harmonisation des orientations et objectifs en matière de politique santé. Les éventuelles limites juridiques ne peuvent cependant expliquer à elles seules les insuffisances constatées.

Notons aussi que l'action du Ministère de la Santé souffre beaucoup d'une quasi-absence de concertation avec les différents intervenants dans le domaine de la santé et de l'absence d'un cadre structurel pour une réflexion nationale permanente sur les problèmes de santé.

- La coordination est insuffisante entre les niveaux central et provincial, entre secteur hospitalier et ambulatoire et entre recherche et expertise.
- Il n'y a pas de lien structurel entre le Ministère et l'université ni pour les orientations de la formation médicale ni pour les orientations de la politique de santé, ni pour la recherche médicale.
- En plus de tous ces problèmes, il n'y a pas de lien structurel efficace entre le Ministère et les autres intervenants dans le domaine des soins de santé. Ceci peut être en partie dû au fait que le cadre organisationnel du Ministère ne lui permet pas de jouer pleinement son rôle de coordination et d'harmonisation des orientations et objectifs en matière de politique santé.
- Des mécanismes de coordination devront être mis en place en vue d'améliorer l'efficacité du secteur de la santé et lui permettre de jouer un rôle plus décisif en matière de politique de santé.

11. TRANSFERT, REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE

En matière de santé de l'enfant, le transfert des urgences et des cas graves a été pris en considération dans le cadre des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës. Ainsi, il était plus facile pour les professionnels de santé d'identifier rapidement les cas graves en suivant les conduites standardisées des deux programmes. Cependant, il y a lieu de signaler deux points faibles :

- La disponibilité des moyens de transfert n'est pas toujours assurée en particulier dans les localités rurales notamment enclavées.
- La contre-référence de la part des professionnels de santé au niveau hospitalier n'a pas toujours lieu ce qui démotive les prestataires au niveau des structures de premier niveau et leur complique le suivi des enfants revus après leur hospitalisation.

En effet, la communication entre les deux niveaux hospitalier et ambulatoire était et reste en général presque inexistante et la fluidité de la circulation de l'information n'était pas optimale.

Certes, avec l'avènement de la stratégie PCIME, les conditions de transfert se sont mieux précisées au niveau des provinces où la PCIME a été introduite. En effet, en plus de la facilité d'identification des enfants nécessitant une orientation vers une structure hospitalière et ce à l'aide des protocoles cliniques de la PCIME, il y a les conduites thérapeutiques en matière de traitement prétransfert. Des directives précises et simples relatives à la rédaction de la note de transfert permettent au professionnel de santé recevant l'enfant de disposer de toutes les données relatives à l'état de l'enfant depuis l'évaluation clinique jusqu'au traitement administré avant le transfert et même les autres prestations requises pour l'enfant et non encore assurées. Par ailleurs, et du fait de l'implication des pédiatres et des médecins des urgences dans la formation clinique PCIME, la communication entre les secteurs ambulatoire et hospitalier a connu une nette amélioration, ce qui a facilité l'accès à l'hôpital pour les enfants gravement malades.

On déplore encore l'insuffisance de la contre-référence et aussi la limitation de la disponibilité des moyens de transfert et ce bien que le nombre de sociétés privées de transport sanitaire a quadruplé entre 1970 et 2000. Un autre problème est le non respect des normes requises en l'absence d'une réglementation précisant le profil et la qualité du personnel, le niveau et les normes des équipements, les obligations et les responsabilités des différents intervenants dans le domaine des secours.

- La disponibilité des moyens de transfert n'est pas toujours assurée en particulier dans les localités rurales notamment enclavées.
- La contre-référence de la part des professionnels de santé au niveau hospitalier n'a pas toujours lieu ce qui démotive les prestataires au niveau des structures de premier niveau et leur complique le suivi des enfants revus après leur hospitalisation.
- L'amélioration des moyens de transfert et de la référence et contre-référence doit être prise en considération dans le cadre de la politique de santé de l'enfant.

IV. RESSOURCES HUMAINES

1. TENDANCES FUTURES DU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

L'estimation des besoins en professionnels de santé n'a pu être faite que pour les médecins et les infirmiers compte-tenu des données disponibles.

1.1. Médecins généralistes et spécialistes

L'objectif est d'estimer à l'horizon 2020 le nombre de médecins nécessaires pour atteindre une densité médicale satisfaisante en mesure d'assurer un encadrement médical correct de la population et de répondre efficacement à la demande formulée.

Le calcul de la densité médicale prend en considération l'ensemble des effectifs de médecins existants dans le pays. En plus des médecins formés au Maroc et y exerçant, il a été tenu compte également de l'effectif des médecins étrangers installés au Maroc ainsi que des médecins marocains qui ont fait leurs études à l'étranger.

Sur la base d'un certain nombre de variables, le calcul des besoins en médecins a été fait sur une seule option, à savoir le maintien au niveau national du même *numerus clausus* fixé au niveau national.

Les prévisions du nombre de médecins arrivant sur le marché du travail entre 2001 et 2020, à partir de la seule formation médicale passera de 14 000 médecins en 2001 à 33 000 en 2020 (non compris les départs à la retraite qui peuvent être estimés à environ 4400).

La densité médicale qui se situe actuellement aux environs de 5,2 médecins pour 10 000 habitants (y compris les médecins militaires et ceux en cours de spécialisation à l'étranger) ou une desserte de 1 médecin pour 2 000 habitants, atteindra 7,4 en l'an 2010 et 8,6 en 2020 soit un médecin pour 1 200 habitants environ.

Il s'agit d'un choix qu'il faut arrêter (quel encadrement médical voudrions-nous assurer ?) ce qui permettra d'ajuster le *numerus clausus* actuel, pour stabiliser à partir d'une échéance donnée, la densité médicale souhaitée pour l'encadrement médicale du pays.

1.2. Médecins spécialistes

L'estimation faite sur la base d'une répartition égale entre médecins généralistes (50%) et médecins spécialistes (50%) donnerait un besoin de 16 500 à l'horizon 2020 (sans compter les départs à la retraite). le déficit à combler se chiffre à 9 500, soit une moyenne de 530 médecins spécialistes par an. Par conséquent, il y a lieu d'intensifier la formation par le recours à d'autres voies que celles offertes aujourd'hui.

1.3. Personnel paramédical

L'estimation des besoins en personnel paramédical toutes catégories confondues, calculée sur la base de 2 paramédicaux par médecins donnent un effectif de 66 000 à l'horizon 2020 soit un infirmier pour 580 habitants. Le déficit à combler serait de l'ordre de 36 000 infirmiers et techniciens (non compris les départs à la retraite estimés à 18 000). Il faudrait, par conséquent, former annuellement, à partir de 2003, l'équivalent de 3 200 infirmiers et techniciens.

2. AUTRES PROFILS DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé, particulièrement, le secteur public a toujours focalisé son attention et son énergie sur les professionnels de santé puisqu'ils constituent le noyau dur des soins. Les autres profils tels que les administrateurs, les juristes, les économistes, les sociologues, les psychologues, les managers, les informaticiens de haut niveau et dans une moindre mesure, les statisticiens et les démographes n'ont pratiquement jamais constitué un souci stratégique ni du MS ni des autres départements et institutions publiques de Système de Santé. Aucune politique spécifique à ce genre de profil n'a été dessinée pour les intégrer, les motiver et les maintenir dans le système. C'est pour cela que ces profils exerçant dans ces institutions sont très rares et la durée de leur passage dans le système est courte.

3. ENJEUX FUTURS DE DEVELOPPEMENT DES PROFESSIONS DE SANTE

Dans le contexte de la réforme du système de soins au Maroc et plus particulièrement de celle du secteur hospitalier, les ressources humaines constituent un enjeu majeur. D'une part, il y a de nombreuses améliorations à apporter au niveau des professionnels de santé pour transformer ce système et, d'autre part, aucune réforme n'est envisageable si elle n'obtient pas un niveau minimal d'adhésion de leur part.

La formation des professionnels de santé doit, de plus en plus reposer sur une assise pratique solide et doit permettre aux prestataires de services d'intégrer les nouvelles idées et progrès technologiques. Les différents profils de personnels de santé doivent être bien précisés compte tenu des déficits à combler des besoins futurs.

L'exode du personnel qualifié des pays à bas revenu vers les pays riches ou du secteur public vers le secteur privé au sein d'un même pays est un problème connexe. Les stagiaires les plus prometteurs émigrent souvent, tentés qu'ils sont par de meilleures conditions de travail et d'existence à l'étranger.

- Les besoins en professionnels sont relativement importants. Les niveaux d'encadrement actuels par les médecins par exemple atteignent une densité de 4.8 médecins pour 10 000 habitants, alors qu'elle atteint 7 en Tunisie, 39.5 en Belgique et 55.4 en Italie.
- Il y a des besoins aigus pour ce qui est de certains profils de professionnels de santé (sage-femme, orthophoniste, orthoptiste, psychosomaticiennes...) et spécialités (pédiatrie, gynécologue-obstétricien, réanimateur...).
- Le secteur de la santé a besoin d'autres profils tels que les administrateurs, les juristes, les économistes, les sociologues, les psychologues, les managers, les informaticiens de haut niveau et dans une moindre mesure, les statisticiens et les démographes.
- Il est impératif de renforcer l'encadrement du système de santé en tenant compte des besoins prioritaires et améliorer l'environnement du travail du personnel et la productivité des ressources humaines.

1. INSTITUTIONS DE FORMATION

1.1. Formation médicale

Les facultés de médecine et de pharmacie sont encore régies par des textes obsolètes ayant une incidence négative sensible sur la formation, la recherche et la gestion administrative.

Les quatre facultés de médecine et de pharmacie ont été créées respectivement en 1962 (Rabat) ; 1976 (Casablanca) et 1998 (Fès et Marrakech). Le nombre d'étudiants inscrits dans ces quatre facultés reste fixé à environ 800 auxquels s'ajoutent 200 médecins par an pour la formation en spécialités.

Les cohortes d'étudiants en formation dans les sept années s'élèvent actuellement à environ 6 000 étudiants pour l'ensemble des facultés, ce qui donne une densité de formation pour 10 000 habitants de 2 (à titre d'exemple, cette densité est de 10,2 en Allemagne, 3,2 en Belgique et 3,3 au Royaume Uni).

Sur les cohortes d'étudiants inscrits entre 1978 et 1993, la durée moyenne des études médicales¹³ s'élève à 8,9 années. A peine 3,9% des étudiants inscrits arrivent à achever les études en sept ans. Quant au pourcentage d'échecs, il est de 15,3%.

Il y a lieu de mentionner qu'un nombre important d'étudiants marocains en médecine se forment actuellement à l'étranger (environ 300 médecins formés à l'étranger arriveront annuellement comme offre supplémentaire).

En ce qui concerne la formation en spécialité, la durée est de 4 à 6 ans supplémentaires.

¹³ Encadrement médical : Projection de l'offre et approche d'estimation des besoins – dossiers Population et Santé n° 5 ; Ministère de la Santé.

1.2. Formation des pharmaciens

Les études pharmaceutiques ont démarré en 1986 à la faculté de Rabat. Chaque année 80 à 90 nouveaux pharmaciens sont formés, auxquels s'ajoutent les lauréats formés à l'étranger et dont le nombre est en augmentation constante (environ 700). Le problème de l'équivalence des diplômes et de la qualité de la formation dans certaines facultés étrangères se pose avec acuité.

1.3. Formation des chirurgiens dentistes

Les facultés de médecine dentaire de Rabat et de Casablanca ont été créées en 1981. Elles forment environ 80 à 100 chirurgiens-dentistes par an. L'effectif global formé jusqu'à présent au sein des deux facultés est de 2 106. Les deux Facultés assurent actuellement la formation des spécialistes et enseignants en médecine dentaire.

1.4. Formation du personnel paramédical

Deux types d'établissements composent le dispositif de formation : les Instituts de Formation aux Carrières de Santé (IFCS) au nombre de 9 et qui totalisent une capacité d'accueil de 3 110 stagiaires et les Instituts de Formation des Techniciens de Santé (IFTS) au nombre de 6 avec une capacité de 120 places chacun. (Réviser cette donnée)

Au niveau des IFCS, les études sont organisées en 2 cycles :

- Le 1^{er} cycle est destiné à la formation des Infirmiers Polyvalents, Infirmiers en Anesthésie - Réanimation, Infirmiers en Psychiatrie, Sages Femmes, Techniciens de laboratoire, Techniciens de Radiologie, Techniciens d'Hygiène du Milieu, Kinésithérapeutes, Orthoprothésistes, Orthophonistes, Orthoptistes, Assistantes Sociales, Diététiciens, Préparateurs en Pharmacie.
- Le 2^{ème} cycle ouvert dans les IFCS réunissant certains critères en rapport notamment avec les possibilités d'encadrement offre deux sections de formation : Surveillants des Services de Santé et Enseignement Paramédical.

Au niveau des IFTS, une seule filière de formation est instituée : infirmier auxiliaire

L'équipe d'encadrement dans les IFCS et IFTS est composée de 240 enseignants permanents relevant du Ministère de la Santé et de quelques vacataires.

Les IFCS ont formé depuis la mise en place de la réforme des études paramédicales en octobre 1994 un effectif total de 3 178 lauréats, soit en moyen 636 lauréats par promotion. L'évolution des effectifs formés est décroissante passant de 860 à la 1^{ère} promotion (1994-97) à 444 à la dernière promotion sortante (1998-2001).

2. PRINCIPAUX PROBLEMES DE LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Il est indéniable que lorsque l'enseignement de base et la formation professionnelle des jeunes médecins et infirmiers (res) laissent à désirer ou lorsque le personnel d'encadrement n'a pas le temps ou les ressources nécessaires pour mettre à jour ses connaissances et compétences, on peut s'attendre à de futures carences. De même une mauvaise distribution par âge des personnels pose un réel problème au moment des départs à la retraite. Un Système de soins de santé doit donc bien équilibrer ses investissements en capital humain pour mieux répondre aux futurs besoins en même temps que la satisfaction des demandes actuelles.

2.1. Formation de base

2.1.1. Formation médicale

Les problèmes qui se posent à la formation médicale de base se situent essentiellement au niveau du cursus ainsi que des méthodes d'enseignement.

Quant à la formation des médecins spécialistes, elle souffre également d'un certain nombre de problèmes liés aux effectifs formés, aux spécialités prioritaires, à la durée de formation, etc.

Concernant le processus de sélection des étudiants, les critères en place ne favorisent pas l'égalité des chances et ne répondent pas aux exigences de sélection du futur médecin.

2.1.2. Formation en pharmacie et chirurgie dentaire

La majorité des dysfonctionnements et des observations en rapport avec la formation médicale s'appliquent à la formation des pharmaciens puisqu'il s'agit de la même faculté (Rabat), voire aux facultés de médecine dentaire, avec cependant un certain nombre de spécificités à certaines facultés.

2.1.3 Formations paramédicales

Les principaux problèmes qui se posent à ce niveau sont l'absence d'une planification de la formation, l'inadéquation du mode de gestion des structures de formation, la vétusté et inadéquation des locaux d'enseignement et l'absence de mécanismes de coordination avec le secteur de l'enseignement paramédical privé.

2.2. Formation continue

La formation continue (FC) est une composante de la gestion stratégique des ressources humaines. Le MS l'a toujours considérée comme une composante essentielle dans la réflexion pour l'amélioration des performances des ressources humaines.

Dans cette perspective, le MS a mis en place dès 1990¹⁴, une stratégie de décentralisation de la FC et a créé un service de FC. Il ressort du constat de la situation actuelle que les principaux dysfonctionnements et contraintes peuvent se résumer comme suit :

- Absence d'outils réglementaires, la FC n'est pas encore institutionnalisée ;
- Faiblesse des structures chargées de la FC ;
- Insuffisance des ressources humaines et financières allouées à la FC ;
- Inadéquation des approches, méthodes de formation ;
- Insuffisance de la documentation et des revues spécialisées ;
- Limitation de l'accès aux technologies de l'information ;
- Absence de motivation ;
- Absence d'organisation de formation diplômante.

3. PLANIFICATION DES BESOINS EN PROFESSIONNELS DE SANTE

La planification du personnel de santé consiste à trouver la meilleure façon de produire et d'affecter un nombre suffisant de personnel possédant les qualifications requises.

Dans le système de santé, l'absence de normes préétablies a rendu hasardeux la planification des besoins. Ainsi, l'admission des effectifs à former au niveau des facultés de médecine et plus particulièrement au niveau des IFCS dépend beaucoup plus des capacités d'accueil des institutions de formation que d'une réponse à de réels besoins exprimés et évalués. Dans tous les cas, le nombre de

¹⁴ La stratégie nationale de formation continue a été révisée en 1999 compte tenu de l'émergence de nouvelles structures et intervenants en matière de formation continue (création de l'INAS en temps que structure de formation continue, processus de régionalisation et réforme du dispositif de formation de base avec l'apparition des IFCS leur conférant la mission de formation continue en sus des missions classiques).

professionnels formés est en de ça des besoins.

Les seules prévisions à moyen et à long terme qui sont faites, l'ont été dans le cadre du Plan de Développement Sanitaire 2002-2004 et pour le MS uniquement.

- La formation des médecins et du personnel infirmier n'est pas adaptée aux besoins et aux réalités du pays.
- La gestion des ressources humaines doit être adaptée avec une anticipation des évolutions pour faire face aux besoins qui intègre donc la dimension qualitative et la dimension quantitative. Cette gestion anticipative concerne la politique de recrutement, de mobilité interne et de formation, ainsi que l'analyse des organisations de travail et à la prise en compte des conditions de vie au travail. La mise en oeuvre de cette gestion implique d'abord de :
 - Inventorier les emplois dédiés à la santé de la mère et de l'enfant.
 - Mettre à jour ces descriptifs d'emploi des différents intervenants en matière de santé de la mère et de l'enfant, après les avoir validé et diffusé.
 - Estimer les besoins (quantitatifs et qualitatifs) en Ressources Humaines et définir les écarts en RH dédiées à la santé de la mère et de l'enfant
 - Centrer tous les processus de gestion des ressources humaines sur la résolution des écarts identifiés. Ceci concerne, le recrutement, l'accueil, l'intégration, la formation continue, l'évaluation et la gestion administrative des personnels de santé concernés.

VI. BILAN DE LA SANTE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

1. ETAT SANITAIRE DE LA POPULATION GENERALE

Depuis plusieurs décennies, les plans de développement sanitaire ont focalisé leurs interventions, principalement sur la réduction du niveau de mortalité. Les programmes de santé maternelle et infantile (planification familiale, vaccinations, surveillance de la grossesse et de l'accouchement, etc.), de lutte et de prévention contre les maladies transmissibles attestent des efforts entrepris. Mais globalement, il faut imputer l'amélioration des indicateurs sanitaires nationaux à l'extension de la couverture sanitaire par les secteurs public et privé (hôpitaux publics, centres de santé, cliniques et cabinets libéraux, officines, etc.) à l'ensemble du territoire.

Parmi les indicateurs servant à mesurer l'état de santé, l'espérance de vie à la naissance (EVN), la mortalité des enfants et la mortalité maternelle ont été les plus utilisés jusqu'à maintenant.

1.1. Gains en espérance de vie

1.1.1. Espérance de vie à la naissance

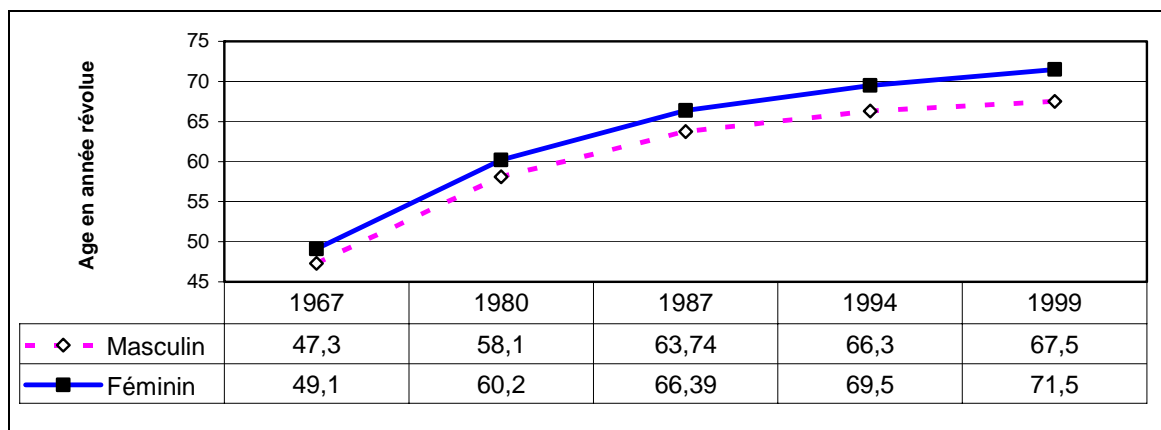
Durant les trente dernières années, le citoyen marocain a gagné plus de 20 années d'EVN. En effet cet indicateur est passé de 48 ans en 1967 à 69,5 ans en 1999. Ceci traduit la transition épidémiologique dans laquelle s'est engagé le Maroc depuis déjà quelques années. L'analyse du genre de cette évolution montre un écart de quatre années d'ESV en faveur des femmes. Cet écart qui n'était que de 1,8 années en 1967, deviendrait de 4,3 vers 2014 (voir graphique n°1). Comparativement à certains pays de l'OCDE, cet écart varie entre 4,5 pour l'Italie et 7,4 pour l'Espagne. On peut déduire que l'EVN des marocains est en augmentation et évolue normalement.

1.1.2. Espérance de vie corrigée de l'état de santé

Avec la réduction du niveau de mortalité et l'évolution favorable de l'espérance de vie, le souci en matière de santé s'est progressivement orienté vers l'appréciation de la qualité de vie et de la vie sans

incapacité qui est mesurée par l'espérance de vie corrigée de l'état de santé « EVCS¹⁵ ». Cet indicateur apprécie le nombre d'années en pleine santé qu'un nouveau-né peut espérer vivre sur la base des taux actuels de morbidité et de mortalité. L'EVCS actuellement pour notre pays est de 54,9 ans. Elle atteint 58,4 ans en Jordanie, 69,4 ans en Belgique, 70,0 ans au Canada¹⁶.

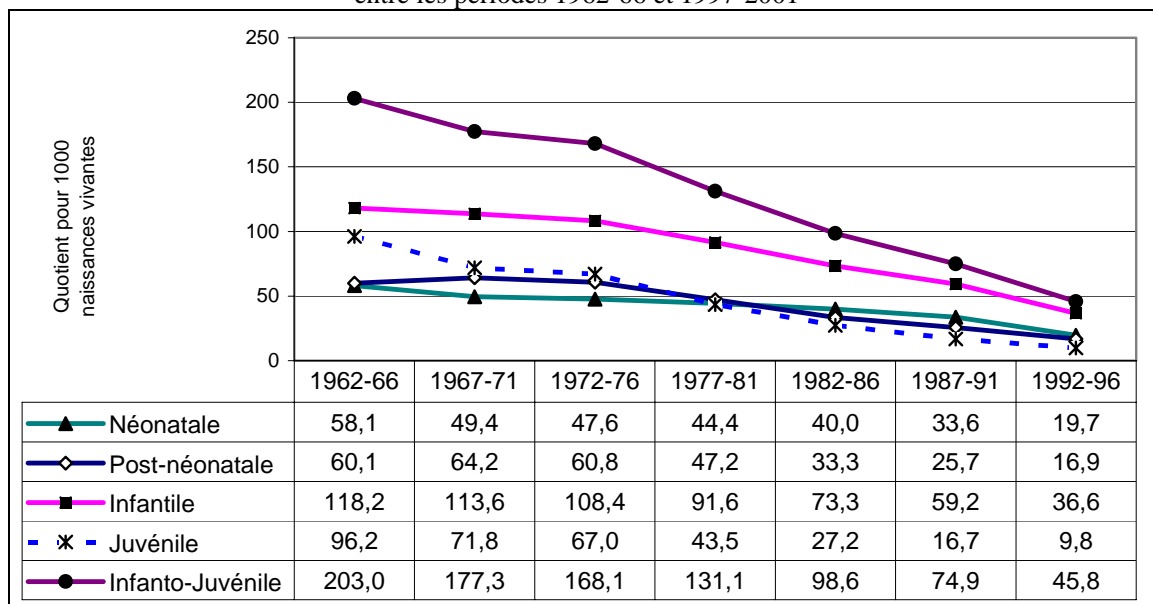
Graphique 14 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe au Maroc 1967-1999



1.2. Réduction des mortalités infantile et infanto-juvénile

Les indicateurs de mortalité chez les enfants de moins d'un an et de moins de cinq ans sont généralement utilisées pour évaluer la situation sanitaire du pays mais également pour apprécier le niveau de pauvreté.

Graphique 15 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre les périodes 1962-66 et 1997-2001



Il ressort de toutes les enquêtes et de leur analyse que la réduction de la mortalité des enfants entre 1962-66 et 1997-2001 s'est effectuée comme suit : Mortalité Néonatale 2,1 fois, Mortalité Post-néonatale 3,2 fois, Mortalité Infantile 2,6 fois, Mortalité Juvénile 9,8 fois, Mortalité Infanto Juvénile

¹⁵ Cet indicateur, utilisé pour la première fois dans le cadre du rapport OMS sur la performance des systèmes de santé, entre par ailleurs comme élément de calcul de l'indice composite de la performance du système de santé.

¹⁶ Rapport sur la santé dans le monde 2001, OMS.

9,4 fois.

Le niveau de mortalité infantile, a connu une importante réduction (36,6‰ en 1997), mais reste relativement élevé comparativement à certains pays similaires comme la Tunisie (26,2‰), la Jordanie (31,3‰), l’Egypte (29,1‰), la Syrie (24‰), et le Liban (25,4‰). Dans les pays de l’OCDE, ce taux est environ dix fois moins important avec des valeurs de l’ordre de 4,9‰ en Espagne, 4,3‰ en France, 3,4‰ au Suède, 5,5‰ au Portugal et 14,5‰ au Mexique.

1.3. Niveau de la mortalité maternelle

Certes, le Maroc a enregistré une diminution du taux de mortalité maternelle, mais cette diminution ne reflète pas, de manière significative, les différentes avancées réalisées par le système de santé en matière de couverture sanitaire. Entre 1981 et 1995 ce taux a évolué de 359 à 228 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Comparé à d’autres pays similaires, ce taux est encore élevé. Il est de 180 en Syrie, 170 en Tunisie et en Egypte et 150 en Jordanie. Les projections montrent que c’est en 2020 que le Maroc pourrait rejoindre ce groupe de pays. Quant aux pays occidentaux, ce taux dépasse rarement 20 décès pour 100 000 naissances vivantes (Espagne : 7, France : 15, Suède : 7, Portugal : 15). C’est pour ces raisons que le programme de maternité sans risque doit demeurer l’une des grandes priorités du MS.

- Le niveau de mortalité infantile et infanto-juvénile, quoiqu’en amélioration, reste relativement élevé, avec des taux respectifs de 40‰ et 47‰.
- Avec un chiffre de 227 décès pour 100 000 naissances vivantes, le niveau de mortalité maternelle reste alarmant comparativement à des pays de même niveau.
- D’importantes inégalités sont encore observées au niveau de la répartition de la mortalité maternelle et des enfants par milieu de résidence, par niveau de vie et par région.
- Des mesures devraient être prise en vue de réduire la mortalité maternelle et infantile et de réduire les écarts d’une part par niveau de vie et d’autres part par milieu et par région.

2. EVOLUTION DE LA MORBIDITE

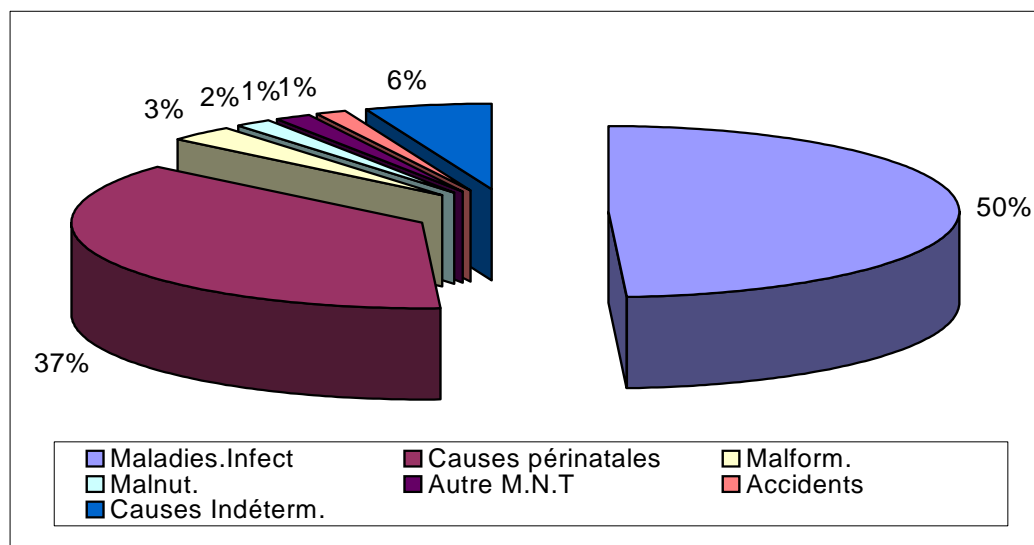
L’appréciation de l’évolution de la morbidité au sein de la population marocaine est appréhendée à travers plusieurs données : déclaration des causes de décès, enquêtes épidémiologiques, système d’informations de la surveillance épidémiologique.

2.1. Niveaux de la morbidité appréhendées à travers l’évolution des principales causes de décès

A partir des années quatre vingt dix, le Maroc a connu un déclin des maladies infectieuses qui a eu un impact sur l’allongement de l’espérance de vie à la naissance. Cette action sur les maladies infectieuses a fait apparaître parmi la population générale l’émergence des maladies chroniques et dégénératives (HTA diabète, ...).

Chez les enfants de moins de 5 ans, les causes de mortalité sont représentées essentiellement par les maladies infectieuses (50 %) et les causes périnatales (37 %). A noter que selon les données de l’enquête PAPPAM réalisée en 2004, la mortalité néonatale constitue 57 % de l’ensemble des décès infantiles.

Graphique 16 : Principales causes de mortalité infanto-juvénile au Maroc, ECCD 1998



2.2. Poids de la charge de morbidité globale

La charge de morbidité globale (CMG) est un indicateur mis au point pour exprimer la quantité de vie pleine que fait perdre la maladie ; il se mesure en années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI). L'étude réalisée sur la base des données de 1992 sur le nombre d'AVCI rapporté à chacun des trois groupes de maladies montre que celui relatif aux maladies non transmissibles (groupe II), est relativement important avec 55,8% suivi par le groupe des maladies transmissibles, maternelles et de la période périnatale avec 33,4% et par celui des traumatismes avec 10,8% (Tableau 3). Cette distribution, qui est une autre traduction de la transition épidémiologique, montre que le Maroc doit faire face à un double fardeau de morbidité, celui des affections du groupe I qui suppose de mobiliser encore des efforts pour en réduire l'impact et achever la transition épidémiologique et celui des affections du groupe II et III dont les tendances vont en augmentant.

Tableau 5 : Répartition du nombre d'AVCI par groupe de maladies et par sexe, 1992.

Groupe	Ensemble		Masculin		Féminin	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Groupe I	1576030	33.4	764357	30.1	811673	37.2
Groupe II	2630273	55.8	1412266	55.7	1218007	55.9
Groupe III	510349	10.8	359479	14.2	150870	6.9
Total	4716654	100	2536103	100	2180551	100

DPRF, CMG, 1999.

Le poids du nombre d'AVCI par tranche d'âge laisse apparaître que les tranches des moins de cinq ans et de 15 à 44 ans sont les plus importantes représentant respectivement 37,9% et 32,4% (Tableau 6).

Tableau 6 : Répartition du nombre d'AVCI par tranche d'âges et par sexe, 1992

Tranches d'âges	Nombre d'AVCI			Pourcentage		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Moins 5 ans	894778	894336	1789114	35.3	41	37.9
5 à 14 ans	199097	191311	390408	7.9	8.8	8.3
15 à 44 ans	894977	634105	1529082	35.3	29.1	32.4
45 à 59 ans	262859	232956	495815	10.4	10.7	10.5
60 ans et +	284392	227843	512235	11.2	10.4	10.9
Ensemble	2536103	2180551	4716654	100	100	100

DPRF, CMG, 1999.

La comparaison de ces données avec les résultats de pays où l'étude a été réalisée montre que la configuration de la CMG du Mexique s'approche quelque peu de celle du Maroc notamment pour le groupe I de maladies (Tableau 5).

Tableau 7 : Etat comparatif de la répartition relative, par groupe de maladies des AVCI avec d'autres pays ayant réalisé l'étude

Pays	Groupes de maladies			Années de référence
	Groupe I	Groupe II	Groupe III	
Ile Maurice	16%	74%	10%	AVCI - 1993
Mexique	34%	48%	18%	AVCI - 1992
Inde	50%	41%	9%	AVCI - 1990
Maroc	33,4%	55,8%	10,8%	AVCI - 1992

DPRF, CMG, 1999.

L'analyse des résultats par sous groupe de maladies fait ressortir que les affections périnatales (15,64%), les maladies infectieuses et parasitaires (14,57%), les maladies neuropsychiatriques (13,47%) et les maladies de l'appareil circulatoire (11,3%) représentent 54,9% de la CMG.

2.3. Niveau de morbidité appréhendé à travers les données du système d'information sanitaire, de la surveillance épidémiologique et des enquêtes réalisées

Le système d'information sanitaire recueille des données dans le cadre de l'hospitalisation, de la surveillance épidémiologique et des études et enquêtes. Ces données bien que non exhaustives, permettent de mesurer l'incidence d'un certain nombre de maladies.

2.3.1. Affections transmissibles

Parmi les maladies cibles de la vaccination, certaines sont éliminées, c'est le cas de la poliomyélite et de la diphtérie (incidence 0 depuis 1988). D'autres, en régression constante restent sous contrôle, c'est le cas de la rougeole dont l'incidence a régressé entre 1988 et 2000 de 53 à 38 pour 100 000 habitants ; et du tétanos néo-natal dont l'incidence est passée de 120 en..... à 2 pour 100 000 entre 1998 et 2000). Cette maladie est pratiquement éliminée selon les données de l'enquête réalisée en 2002 par le Ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS.

Quant aux diarrhées aiguës de l'enfant, elles ont connu une nette diminution, la prévalence n'est plus que de 12 % en 2004.

Chez les enfants de moins de 5 ans, les Infections Respiratoires Aiguës Hautes constituent 14,6% des consultations, et les Infections Respiratoires Aiguës Basses 37,8% des consultations.

L'incidence des maladies à transport hydrique est en nette diminution. Pour le choléra, la dernière épidémie de choléra remonte à 1995. La typhoïde et les hépatites épidémiques (A et E) continuent à sévir encore à l'état endémique.

Les IST/SIDA dont le premier cas date de 1986, sont en augmentation. Pour le SIDA, l'incidence est passée de 0 à 0,56 pour 100 000 habitants entre 1986 et 1999 avec le risque que le mode de transmission verticale mère-enfant occupe une place plus importante dans l'avenir.

- La morbidité liée aux affections transmissibles, périnatales et maternelles continue à représenter un poids relativement important au niveau de la charge de morbidité globale avec 46,4 des AVDP et 33,4% des AVCI. Elle touche davantage les groupes de population défavorisée.
- Les affections non transmissibles dominent la structure de la charge globale de morbidité avec 55,8% des AVCI et 41,2% des AVDP et les traumatismes constituent le phénomène émergeant de la morbidité globale avec 10,8% des AVCI et 9,6% des AVDP.
- Les données sur la morbidité spécifique confirment la transition sanitaire que connaît le pays avec une co-représentation des affections transmissibles, non transmissibles et des traumatismes.
- La politique de santé veillera à remédier aux insuffisances de la prévention collective (accès à l'eau potable, assainissement, conditions d'hygiène...) pour soulager le système de santé qui supporte un lourd fardeau du fait de la défaillance de cette composante.

2.3.2. Problèmes nutritionnels et carences en micronutriments

2.3.2.1. Niveaux de malnutrition

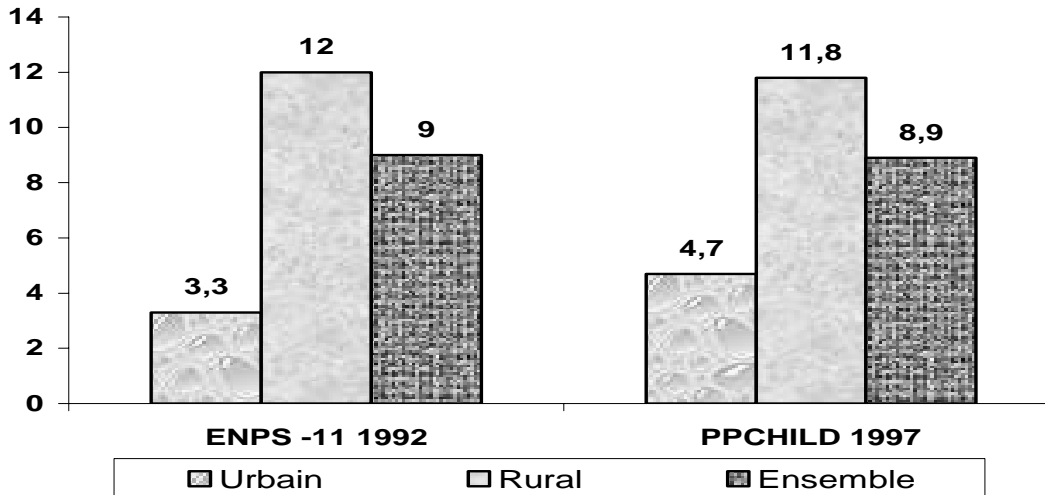
La malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans touche entre 10 et 25% des enfants marocains, ce qui est considéré comme une forte proportion. Ce chiffre est resté stable entre 1992 et 1997 en raison du niveau de pauvreté que connaît notre pays. La disparité entre milieux est manifeste puisque le retard de croissance touche **29,3%** des enfants en milieu rural et **14,6%** en milieu urbain, soit deux fois plus, au moment où les pourcentages de l'insuffisance pondérale varient entre **11,8%** en milieu rural et **4,7%** en urbain, soit près de 3 fois plus.

Tableau 8 : Prévalence du retard de croissance et d'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans.

	ENPS-II 1992			PAPCHILD 1997			ENSPF 2003-04		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Retard de croissance (Taille /Age)	13,1	27,7	22,6	14,6	29,3	23,3	12,9	9,2	18,1
Insuffisance pondérale (Poids/Age)	3,3	12	9	4,7	11,8	8,9	6,5	14,1	10,2

L'analyse différentielle de la sous-nutrition chronique (T/A) par caractéristique sociodémographique montre que, selon l'âge de l'enfant, le retard de croissance commence à se manifester dès les premiers mois de la vie. En effet, 5,1% des enfants de moins de 6 mois sont déjà atteints de sous-nutrition chronique. Les enfants âgés de 24 à 47 mois sont les moins touchés. Le retard de croissance touche de la même manière les filles et les garçons de moins de 5 ans.

Graphique 17 : Insuffisance pondérale en% (Poids /Age)-Comparaison entre 1992 et 1997.



Les formes d'insuffisance pondérale sévères sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles (2% contre 1,5%). Les proportions d'insuffisance pondérale modérée sont identiques (7,1%). Selon le milieu de résidence, les formes d'insuffisance pondérale modérée et sévère sont plus fréquentes en milieu rural qu'en milieu urbain. Ces proportions sont respectivement de 9,1% contre 4,1% et 2,6% contre 0,5%. Parmi les enfants issus des mères analphabètes, 8,1% sont atteints d'insuffisance pondérale modérée et 2,2% d'insuffisance pondérale sévère.

2.3.2.2. Principales déficiences en micro nutriments

La politique menée depuis plusieurs années dans le cadre de la lutte contre le rachitisme (déficit en vitamine D) a permis de réduire de l'acuité de ce problème. Le nombre de cas de rachitisme dépisté est de plus en plus bas.

La prévalence de la carence en vitamine A, chez les enfants âgés de 6 à 71 mois, est de 40,9% (taux de rétinol inférieur ou égal à 200 µg/l) dont 3,1% ont un taux de rétinol < ou = à 100 µg/l. (Enquête régionale, 1996)

Celle de l'anémie, chez les enfants âgés de six mois à cinq ans, est estimée au niveau national (taux d'hémoglobine < 11 g/dl) à 31,6%. La moitié des enfants enquêtés a un taux d'hémoglobine inférieur ou égale à 11,7 g/dl. Chez les femmes en âge de reproduction, elle est estimée au niveau national à 33,0%. (Enquête Nationale, 1995)

Quant à la prévalence moyenne du goitre, chez les enfants âgés de 6 à 12 ans, elle est estimée à 22% avec un intervalle de confiance de 20 à 24,14 (Enquête 1995). Ce résultat situe le Maroc parmi les pays où la gravité des troubles dus à la carence en iode est modérée.

La prévalence des caries dentaires chez les enfants de 12 ans est passée de 67,3% en 1991 à 72% en 1999. L'importance de la carence en fluor chez cette tranche de population entraîne une forte hausse des parodontopathies qui ont évolué, durant la même période, de 52,5% à 62,5%.

2.4. Les inégalités de santé aux niveaux national et régional

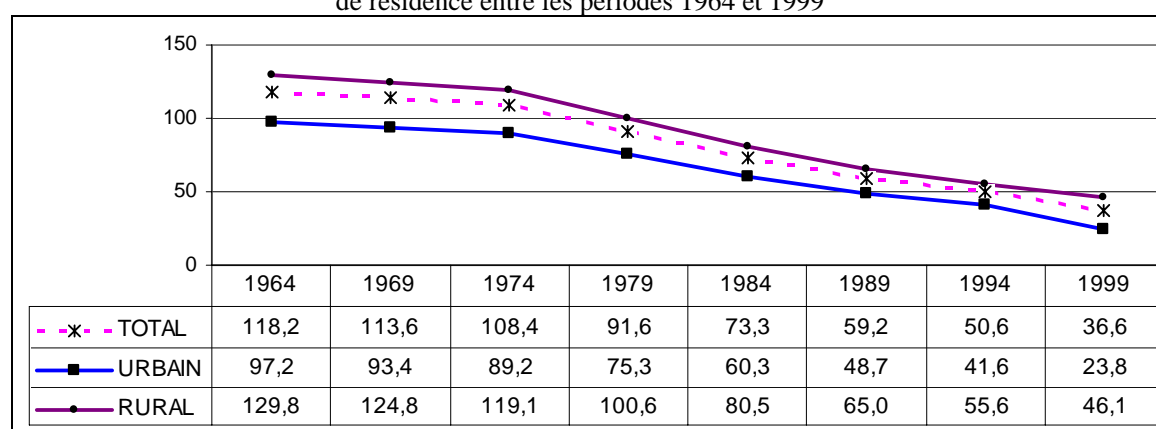
Les inégalités de santé sont définies comme les variations inter individus de l'état de santé dans une population¹⁷. Elles seront appréciées à partir d'analyses sommaires de l'espérance de vie à la naissance, de la mortalité infantile et maternelle.

2.4.1. Distribution des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile

2.4.1.1. Taux de mortalité infantile par milieu de résidence

Un écart constant persiste entre les milieux urbain et rural. Cet écart qui était de l'ordre de 32,6 en 1962-1966 est tombé à 12,6 en 1997-2001. Néanmoins, des efforts importants devront être entrepris en faveur du milieu rural pour réduire cet écart et corriger cette inégalité.

Graphique 18 : Evolution du taux de mortalité infantile (%o naissances vivantes) selon le milieu de résidence entre les périodes 1964 et 1999



2.4.1.2. Taux de mortalité infantile selon le niveau de vie des ménages

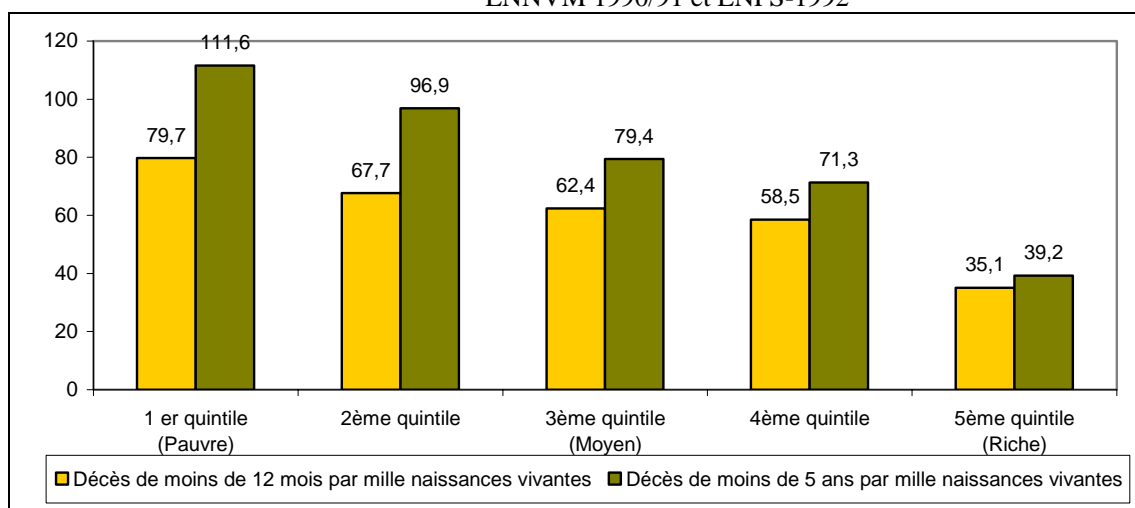
L'analyse de la répartition des taux de mortalité infantile et infanto juvénile selon le niveau de vie des ménages¹⁸ (graphique 5) fait apparaître les inégalités suivantes :

- Le niveau de mortalité infantile chez le quintile le plus pauvre est 2,3 fois plus élevé que chez le quintile le plus riche.
- Le niveau de mortalité infanto juvénile chez le quintile le plus pauvre est 2,9 fois plus élevé que chez le quintile le plus riche...

¹⁷ E.E. Gakidou, C.J.L. Mur ray et J. Frenk, Définir et mesurer les inégalités de santé. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, Recueil d'articles, n° 3, 2000.

¹⁸ D.R. Gwatkin, S.Rustein, K. Johson, R.P. Pande, and A. Wagstaff. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Morocco. HNP/Poverty Thematic Group of The World Bank.

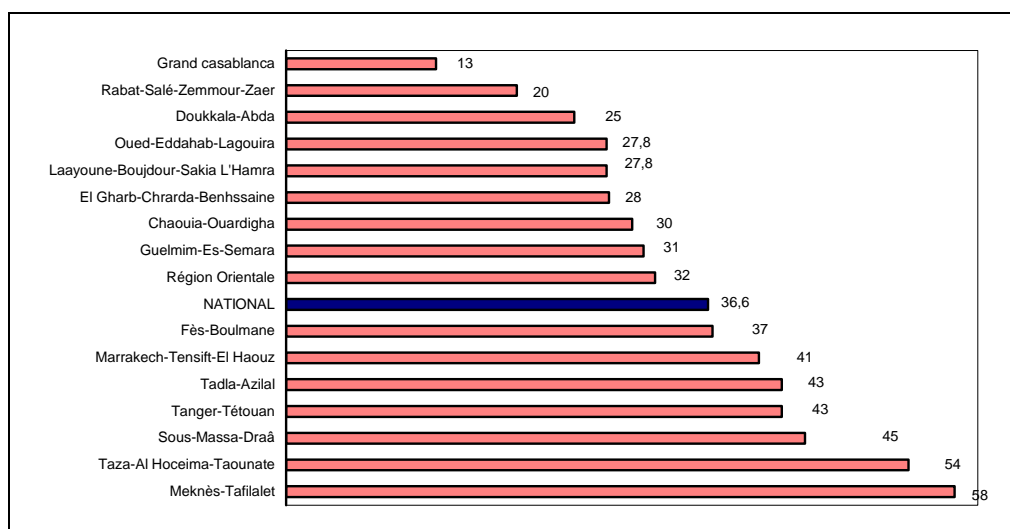
Graphique 19 : Taux de mortalité infantile et des enfants de moins de cinq ans selon le niveau de vie, ENNVN 1990/91 et ENPS-1992



2.4.1.3. Taux de mortalité infantile par région

L'analyse des taux de mortalité infantile montre également des inégalités entre les régions par rapport au taux de mortalité nationale qui est de 36,6‰ naissances vivantes. Les écarts varient d'un minimum de 13‰ à un maximum de 58‰ (graphique 6).

Graphique 20 : Répartition des taux de mortalité infantile par région – 1997

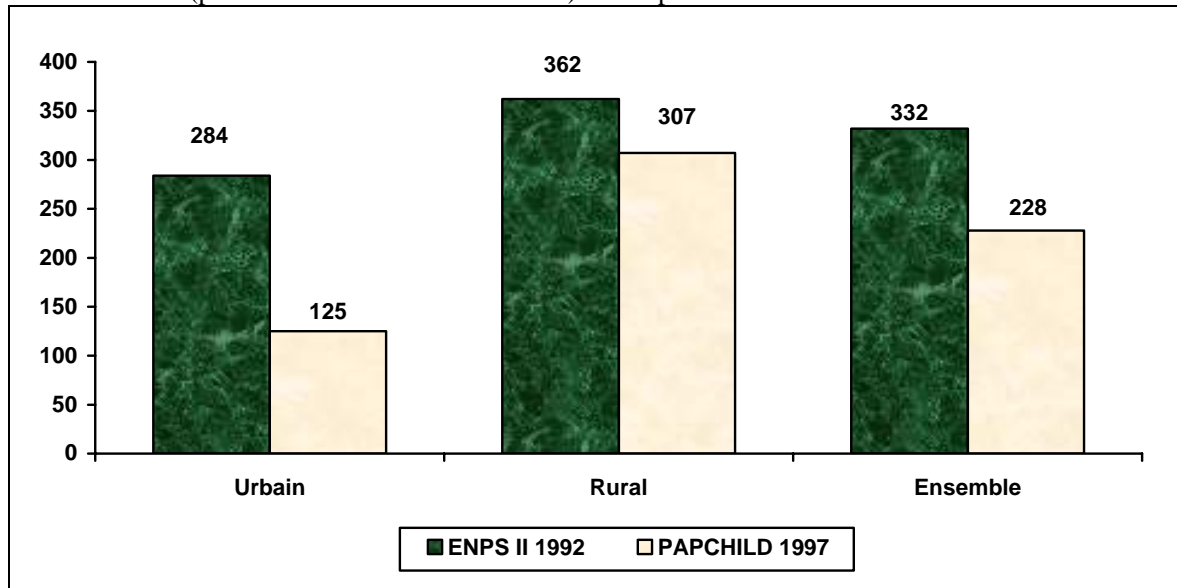


Source : PAPCHILD 1997

2.4.2. Distribution du taux de mortalité maternelle selon le milieu de résidence

L'analyse des données obtenues à partir des enquêtes montre que le rythme de baisse entre 1987 et 1992 est enregistré surtout en milieu urbain où le taux de mortalité maternelle a diminué de 2,3 fois en l'espace de 8 ans. Tandis qu'en milieu rural, cette baisse n'a été que de 1,2 fois.

Graphique 21 : Taux de mortalité maternelle par milieu de résidence (pour 100 000 naissances vivantes) – Comparaison entre 1987 et 1992

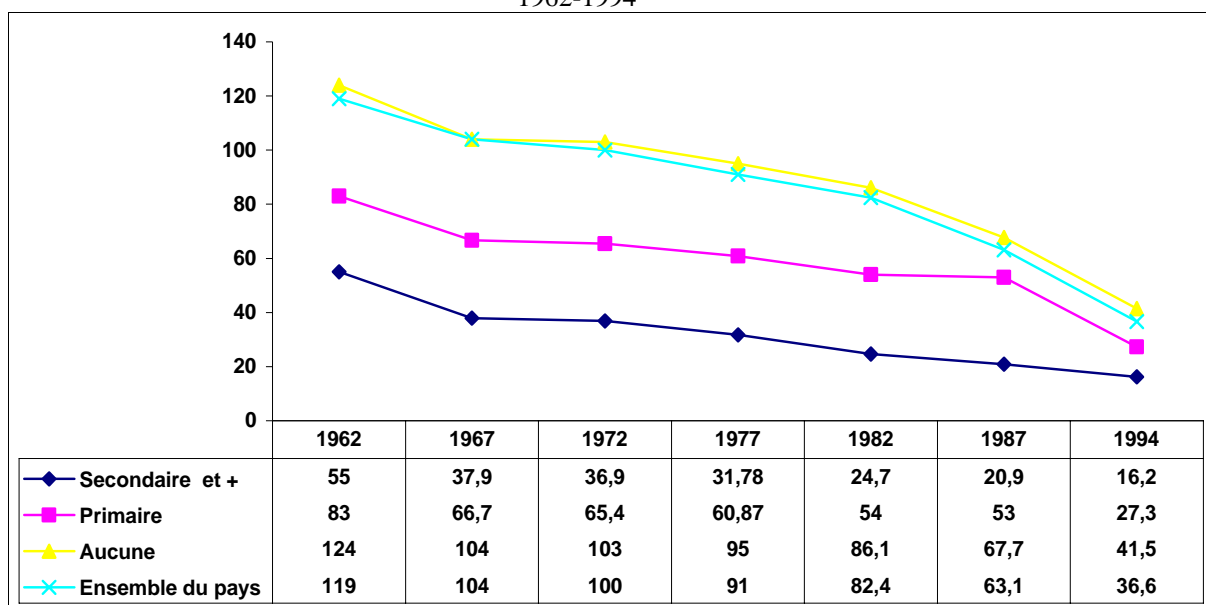


2.5. Principaux déterminants

L'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif collectif reposant sur une forte collaboration intersectorielle et une grande mobilisation sociale. Des secteurs comme ceux chargés de l'eau potable et de l'assainissement, de l'habitat, de l'éducation, du développement économique (agriculture, industrie, tourisme,...) constituent des déterminants principaux de la santé. Si l'on ne prend pas en considération l'ensemble de ces déterminants, il devient difficile de contenir l'ensemble des problèmes de la santé et par conséquent d'améliorer l'état de la santé de l'individu et de la collectivité.

L'un des déterminants de l'état de santé est le niveau d'instruction de la population en général et des femmes en particulier. Le niveau des indicateurs de santé maternelle et infantile qui reste relativement élevé dans le milieu rural où l'analphabétisme surtout des femmes est de 87%. En effet, la corrélation des niveaux de mortalité infantile et du taux d'analphabétisme des mères est très forte comparativement à ceux enregistrés par les mères ayant reçu une éducation.

Graphique 22 : Evolution des taux de mortalité infantile selon le niveau d'instruction de la mère, 1962-1994



2.6. Tendances futures des problèmes de santé et de leurs déterminants

Il ressort clairement, à la lumière des études sur les systèmes de santé et leur développement au cours du vingtième siècle, qu'aucun pays ne peut compter sur une croissance spontanée et incontrôlée du système de santé pour répondre aux principaux besoins de santé¹⁹.

Ce qui est certain pour l'avenir c'est que la santé dans toutes ses dimensions sera profondément influencée par la globalisation.

2.6.1. Corrélation entre les tendances des principaux déterminants de la santé et les facteurs de risques²⁰

L'état de santé des populations est dans une large mesure déterminé par des comportements à risques, des processus économiques et sociaux en dehors des interventions à caractère médical (niveau de vie, nutrition, éducation, adduction d'eau et assainissement, etc.). Il faut analyser et étudier ces facteurs connexes tels que : la pression des politiques macroéconomiques sur les politiques de santé ; l'intervention des organismes financiers dans le domaine de la santé, les technologies et l'argent ; la place des dépenses de santé dans l'économie ; l'effet du vieillissement des populations sur ces dépenses ; la nécessité de repenser, en termes de choix de société, l'organisation et le financement des services de santé.

Outre, les modifications qui interviennent dans la pyramide des âges de la population, les tendances sociales, économiques générales transforment les coefficients de risque associés aux différentes maladies. Le passage d'une économie rurale de « subsistance » à une économie industrielle urbaine de marché s'accompagne de l'apparition de toute une gamme de nouveaux problèmes de santé. Dans le même temps, la croissance économique fournit à la population les moyens et les connaissances nécessaires pour améliorer leur alimentation et renforcer les installations d'assainissement aptes à réduire l'incidence des maladies transmissibles et les taux de décès dus à ces maladies.

¹⁹ Document OMS, WHO/HSD.HID.00.1 – La Santé : un atout précieux, accélérer le suivi du développement du Sommet mondial pour le développement social – 2000.

²⁰Ce paragraphe s'est inspiré du texte publié dans le document « les priorités de la lutte contre la morbidité dans les pays en développement » édité par Dean T.Jamison, W.Henry Mosley, Anthony R. Measham et José Luis bobadilla. Document résumé - Oxford médical publication - Banque Mondiale, 1993.

Le nombre élevé de traumatismes associés aux accidents de voiture, aux accidents de travail et aux produits chimiques toxiques (pesticides, par exemple) est l'une des conséquences de l'accélération des processus d'urbanisation, d'industrialisation et de mécanisation de l'agriculture. Les traumatismes constituent actuellement l'une des principales causes de décès.

Les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires pourraient se prêter à des interventions préventives précoces. Certains facteurs de risque associés au comportement sont néanmoins bien établis. Il s'agit du tabagisme, de l'absence d'exercice physique et d'une alimentation riche en graisses saturées. Il existe généralement une association très étroite entre ces comportements et l'urbanisation.

L'évolution future de ces troubles chroniques dépendra des choix qui se feront entre les différentes stratégies de développement sanitaire.

L'apparition du Sida fait passer les infections sexuellement transmissibles (IST) au premier plan des programmes de santé du Maroc. Les facteurs de risque des IST sont directement liés aux types de comportement sexuel.

2.6.2. Tendances de la charge globale de morbidité et défis futurs

Les tendances de la CMG restent intimement liées aux tendances des principaux déterminants tels que cités dans le paragraphe 2.6.

2.6.2.1. Affections transmissibles, périnatales et maternelles

Grâce aux différents programmes de santé publique²¹ et aux efforts de la surveillance épidémiologique, la situation de ce groupe de maladies est actuellement relativement maîtrisée.

Les maladies cibles de la vaccination, en l'occurrence la poliomyélite, la diphtérie et le tétanos néonatal, la coqueluche et la rougeole, seront à court et moyen terme soit éradiquées, soit éliminées, soit sous contrôle définitif.

D'autres maladies transmissibles, telles la bilharziose, le trachome et la lèpre, seront progressivement éliminées (élimination envisagée respectivement en 2004, 2005 et 2010). Pour le paludisme, le contrôle de la transmission autochtone est acquis, la vigilance devrait être maintenue constamment pour les cas importés mais également pour éviter la réintroduction de la maladie.

La tuberculose régressera davantage au fur et à mesure de l'amélioration des conditions socio-économiques surtout celles liées à l'habitat.

Les maladies à transport hydrique régresseront également et seront mieux contrôlées avec l'amélioration de l'accès à l'eau potable, l'assainissement et de meilleures conditions d'hygiène.

Les IST/SIDA connaîtront une augmentation surtout pour le VIH et les urétrites si des actions

²¹ On a depuis toujours donné au terme santé publique plusieurs sens, voire des sens équivoques. Il y a en a au moins cinq acceptions majeures :

- Identifie l'adjectif « public » à l'action gouvernementale, autrement dit au secteur public.
- Un peu plus large, englobe non seulement les programmes des gouvernements mais aussi la participation de la communauté organisée, en d'autres termes, du « public ».
- Assimile la santé publique à « des services non personnels » c'est à dire à des services qui ne concernent pas l'individu pris isolément dans la mesure où il s'agit de l'environnement (ex : assainissement) ou encore de la communauté (exemple éducation sanitaire de masse)
- Elle recouvre aussi une série de mesures de prévention (exemple : les programmes de santé maternelle et infantile)
- Expression souvent employée de « problèmes de santé publique », pour désigner des maladies particulièrement fréquentes ou dangereuses.

La deuxième définition, c'est à dire : action gouvernementale, qui englobe non seulement les programmes des gouvernements mais aussi la participation de la communauté organisée, en d'autres termes, du « public ».
(Définition extraite du bulletin de l'OMS – 2000).

d'envergure de prévention et de contrôle ne sont pas entreprises et consolidées.

La maîtrise de la transmission de l'Hépatite Virale (HVC) dépendra de la généralisation de l'utilisation du matériel à usage unique. La généralisation de la vaccination contre l'hépatite virale B (HVB) se traduira à moyen terme par une diminution de son incidence et à long terme par la réduction des complications qu'elle engendre.

Les leishmanioses cutanées zoonotiques poseraient davantage de problèmes dans le futur à moins que d'importantes mesures de lutte prenant en considération les particularités régionales ne soient prises. Les leishmanioses devraient augmenter en raison du réchauffement et de la ruralisation de l'espace suburbain.

Les zoonoses telles que la rage et le kyste hydatique augmenteront davantage si des actions multisectorielles, en particulier le contrôle et la régulation de la population canine, ne sont pas déployés.

Les problèmes de santé liés à la période de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que ceux de la périnatalité, continuent à se poser avec acuité.

2.6.2.2. Affections non transmissibles

Contrairement aux maladies transmissibles, la fréquence des maladies non transmissibles devrait connaître une nette augmentation. Cet accroissement est lié à l'allongement de l'espérance de vie dans la population et à la conjugaison de plusieurs facteurs de risque, tels le changement du mode de vie, l'obésité, la sédentarité, les régimes alimentaires, l'hypercholestérolémie, le tabagisme, le stress, la pollution environnementale.

2.6.2.3. Accidents, traumatismes et intoxications

Ce groupe connaîtrait lui aussi une augmentation du fait de l'importance du trafic automobile à l'intérieur et à l'extérieur des agglomérations. Le coût qu'il engendre pour la collectivité en matière de décès précoce et d'incapacité impose des mesures urgentes.

Les intoxications toutes catégories confondues, auront tendance à l'augmentation à l'exception des morsures et envenimations qui devraient être maîtrisées grâce à la stratégie nationale adoptée.

2.6.3. Tendances de la demande de services de santé

Les enfants de moins de 5 ans qui constituent toujours une population à risque de mortalité nécessiteront le renforcement des programmes de santé : vaccination, supplémentation vitaminique, surveillance pondérale, dépistage et prise en charge de l'anémie, prise en charge de qualité des épisodes morbides aigus, etc.

L'adolescence (11-16 ans) qui est une tranche vulnérable devra être prise en considération dans les stratégies futures. Elle constitue une transition entre l'enfance et l'âge adulte et expose les adolescents à de graves perturbations d'ordre comportemental et sanitaire (toxicomanie, troubles mentaux, problèmes sexuels...). L'effectif des adolescents est estimé actuellement à 3,9 millions. En dépit de la baisse de cet effectif à 3,5 millions, cette tranche d'âge demeure importante de par son effectif et de sa vulnérabilité sur le plan psycho-sanitaire.

A moyen terme, des programmes devront être soutenus pour les femmes en âge de procréer (âgées de 15-49 ans) notamment les soins de santé prénataux, la meilleure prise en charge de l'accouchement et de la période post-partum. D'autres interventions s'avèrent être nécessaires pour cette tranche d'âge notamment en matière de santé de la reproduction y compris les IST/SIDA, le suivi et le dépistage des cancers génitaux, la fertilité, la ménopause, etc.

La tendance de la demande va s'accroître également pour la tranche d'âge de la population active 15-59 ans qui passera de 18.2 millions à 25.6 millions en 2019. Cette tranche de population est exposée aux accidents de travail, aux maladies professionnelles et à l'usure prématurée de l'organisme. Dans le monde du travail, les risques sont multiples en rapport avec la nature de l'activité (risques d'origine chimique, physique, biologique et autres).

L'accroissement de la tranche de population de 60 ans va induire une demande de soins hospitaliers lourds et coûteux (maladies chroniques et dégénératives). La tendance de la demande de ce type de services ne fera donc qu'augmenter au cours des prochaines années. Des programmes de soins et de soutien de cette population de plus en plus dépendante doivent être adoptés d'autant plus que le soutien familial risque de faire défaut.

D'une manière générale, la demande de prestations de santé augmentera sous l'effet de plusieurs autres facteurs tel que :

- La prise de conscience de la population des possibilités qui s'offrent en matière de soins de santé.
- La généralisation de la couverture médicale.
- Les effets négatifs induits par l'adoption de certains modes de vie qui potentialisent le risque de maladie.
- Les pressions politiques (public, élus, professionnels,...).

- Les affections périnatales constituent 15.64 % de la Charge Globale de Morbidité contre 14.57 % pour les maladies infectieuses et parasitaires.
- Le poids du nombre d'AVCI par tranche d'âge laisse apparaître que les tranches des moins de cinq ans et de 15 à 44 ans sont les plus importantes représentant respectivement 37,9% et 32,4%. La durée de vie vécue en incapacité est estimée à 14,5 ans au Maroc.
- Les enfants de moins de 5 ans qui constituent toujours une population à risque de mortalité nécessiteront le renforcement des programmes de santé : vaccination, supplémentation vitaminique, surveillance pondérale, dépistage et prise en charge de l'anémie, prise en charge de qualité des épisodes morbides aiguës (à travers la généralisation de la PCIME), etc.
- L'adolescence (11-16 ans) qui est une tranche vulnérable devra également être prise en considération dans les stratégies futures. Elle constitue une transition entre l'enfance et l'âge adulte et expose les adolescents à de graves perturbations d'ordre comportemental et sanitaire (toxicomanie, troubles mentaux, problèmes sexuels...).

VII. PARTENARIAT

En vue d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant, le Ministère de la Santé travaille en partenariat avec plusieurs départements et structures institutionnelles.

1. COOPERATION AVEC LES DEPARTEMENTS MINISTERIELS

- Ministère de la Communication
- Ministère de l'Education Nationale
- Ministère de la Jeunesse et des Sports
- Secrétariat d'Etat chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées.
- Ministère de l'Intérieur, etc.

2. COOPERATION AVEC LES COLLECTIVITES LOCALES

Des projets d'infrastructure sont réalisés en partenariat avec certaines Collectivités Locales. Ce partenariat se fait dans le cadre d'une convention établie entre le Ministère de la Santé et chacune des Collectivités Locales. Le tableau 19 ci-après donne une idée sur quelques conventions établies au cours des dernières années.

Tableau 9 : Exemples de projets en partenariat avec des collectivités locales

Localisation et consistance	Engagement des parties
Ville de Sidi Bennour (Province d'El Jadida) – Construction d'une polyclinique de 45 lits + 2 logements	M.Santé : lot technique/Equipement C.locale : construction bâtiment
Ville d'Azrou (Province d'Ifrane) – Construction d'une polyclinique de 45 lits	M.Santé : Lot technique/Equipement C.locale : construction bâtiment
Ville d'Oulmès (Province de Khémisset) – Construction d'un hôpital local	M.Santé : Construction/Equipement C.locale : participation à la construction
Ville de Mechraa Bel Ksiri (Province de Sidi Kacem) Construction d'un hôpital local	M.Santé : Construction/Equipement C.locale : participation à la construction
Ville de Arroui (Province de Nador) - Construction d'un hôpital local	M.Santé : Construction/Equipement C.locale : participation à la construction et l'équipement à hauteur du tiers

Source : DPRF, MS, Maroc, 1999.

3. COOPERATION AVEC LES ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE ET LE MECENAT

Au cours des dernières années, des associations non gouvernementales ainsi que des mécènes prennent en charge le financement intégral des gros projets d'infrastructure ainsi que le financement de soins pour certaines pathologies chroniques tel que la dialyse. Au cours de ce plan, le Ministère de la Santé cherchera à mobiliser des ressources à travers cette voie et les canaliser vers des projets touchant les différents domaines de santé.

3.1. Coopération avec les organisations et la société civile

3.1.1. Avec les associations non gouvernementale

3.1.1.1. L'Observatoire National des Droits de l'Enfant (ONDE)

Depuis sa mise en place en 1994, cette ONG présidée par la Princesse Royale Lalla Meryem, œuvre principalement dans le domaine de la protection de l'enfance. Par ailleurs, l'ONDE est l'un des acteurs actifs dans le processus d'élaboration du plan d'action national en faveur de l'enfant 2005-2015.

3.1.1.2. L'Agence de Développement Social

L'ADS est une institution qui travaille dans le domaine social en cherchant l'efficacité, la participation, le partenariat, l'approche genre, la proximité et la bonne gestion. Il s'agit d'un outil qui va appuyer 1000 projets par an dans le cadre du projet « un Maroc social et solidaire ».

Si le Maroc tend à réserver une part de plus en plus importante au budget des secteurs sociaux, le budget alloué au Ministère de la Santé a lui peu évolué par rapport au PIB et en 1997/98, il était de 4,6 % (il passera à 5,1% en 2020, soit moins que le niveau actuel des pays voisins économiquement

similaires).

3.1.1.3. Le fonds Hassan II pour le développement économique et social (voir plus haut)

3.1.1.4. La fondation Mohamed V

La stratégie de la Fondation Mohammed V pour la Solidarité s'articule autour de deux axes : une action essentiellement humanitaire qui vise à soulager de manière ponctuelle les souffrances des démunis et des exclus par l'octroi d'aide en nature de première nécessité : denrées alimentaires, effets vestimentaires, médicaments, appareils de prothèses et autres.

Une deuxième action qui vise le développement et l'amélioration des conditions de vie par l'agissement sur les causes de la pauvreté, par la contribution au renforcement des services sociaux, en particulier dans le rural, par l'amélioration des ressources des démunis, par la réduction de la précarité de certaines franges de la population, notamment les femmes chefs de foyers et les handicapés, par la réduction des effets pervers de la pauvreté sur les enfants : enfants abandonnés, enfants en situation précaire.

Les résultats de la Campagne Nationale de 1999 confortent davantage ce témoignage et prouvent si besoin est, qu'une pédagogie de responsabilité solidaire et partagée dans la lutte contre la pauvreté, mais obéissant à des procédures transparentes, est suffisamment sensibilisante pour mobiliser les citoyens autour de cette noble cause.

Dans la conception et la réalisation de ses programmes, la Fondation Mohammed V pour la Solidarité s'appuie sur la dynamique locale, seule à même d'identifier la population cible et ses besoins et d'assurer aux actions développées, la cohérence voulue et la pérennité requise. L'année test 1998, animée par le Comité d'Ethique que présidait Sa Majesté le Roi Mohammed VI, alors Prince Héritier, a démontré la nécessité de disposer d'une grande visibilité du problème de l'indigence, du comportement de la population cible et de la manière dont il convient de l'appréhender pour mieux répondre aux besoins.

Elle a permis également de connaître le degré d'implication des acteurs réels et potentiels en matière de lutte contre la pauvreté, et la sensibilité de la société civile à cet égard, pour évaluer les perspectives d'intervention. Aussi, la Fondation s'est-elle imposée une politique partenariale concertée avec les acteurs sociaux, en s'adjuant le rôle de catalyseur des programmes de lutte contre la pauvreté et de levier du changement social par la promotion, le soutien et l'organisation des actions entreprises en faveur des démunis, à travers le renforcement des institutions et l'appui financier des acteurs sociaux.

3.1.1.5. Les associations

Proches de la population, les associations sont en mesure de mobiliser la population en faveur de l'enfant en particulier quand elles optent pour l'approche participative. En effet, celle-ci est un remède efficace contre la léthargie, qui libère la capacité d'expression, motive les individus et optimise les compétences des ressources humaines. De nombreuses associations oeuvrent dans le domaine de la santé de l'enfant avec des champs d'action très variés et diversifiés. A titre d'exemple, on cite :

- L'Observatoire National des Droits de l'Enfant (ONDE) (voir plus haut).
- La Ligue Marocaine de Protection de l'Enfance (LMPE) créée en 1954 et présidée par la Princesse Lalla Amina. Elle se consacre à la petite enfance (crèches, jardins d'enfants), aux enfants abandonnés et handicapés, à l'organisation de clubs pour enfants et pour jeunes et la lutte contre les drogues et l'exploitation des petites bonnes.
- Association ATFALE dont la mission principale s'articule autour de la recherche/action dans le domaine de la petite enfance.
- Association Bayti pionnière en matière d'approche de la problématique complexe des

enfant de la rue.

3.2. Coopération avec le mécénat

Tableau 10 : Exemples de projets réalisés ou en cours de réalisation par des mécènes ou des associations de la société civile.

Localisation et consistance	Engagement des parties
- Ville d'Oujda (construction d'un hôpital de type polyclinique « Mazouaria » d'une capacité de 65 lits)	Feu Cheikh Zaid Ibn Soltane
- Commune de Mrija « province de Jrada » (construction d'un centre de santé et de 4 logements)	Feu Cheikh Zaid Ibn Soltane
- Ville d'Agadir (construction d'un hôpital de type polyclinique «Anza » d'une capacité de 40 lits)	Son Altesse le Prince Saoud Ben Abdelmohssine (International Islamic Relief Organisation)
- Ville de Casablanca (Reconstruction de l'hôpital Moulay Youssef 200 lits)	Mr Berrada : Construction et équipement
- Ville de Casablanca (Hay Hassani) – Construction d'un hôpital général de 100 lits	Mr Berrada : Construction M.Santé : Equipement
- Ville de Casablanca (Ain Chokh) – Construction d'un hôpital général de 120 lits	Mr Sekkat : Construction
- Ville de Casablanca, Dar Bouazza – Construction d'une policlinique de 45 lits.	Association d'Aide à l'enfant Malade: Construction/équipement

Source : DPRF, MS, Maroc, 1999.

4. ORGANISMES INTERNATIONAUX

La diversification des liens de coopération bilatérale et régionale et de partenariat avec les organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales et avec les collectivités locales a toujours été un souci majeur du MS pour mobiliser des ressources additionnelles en appui à la politique de santé.

Cependant le retrait progressif de certains bailleurs de fonds d'une part, et le changement de stratégie d'autres partenaires qui préfèrent s'orienter vers les ONG et la société civile d'autre part risquent d'être à l'origine de contraintes dans le financement de certains programmes de santé.

Pour tenir compte des contraintes sus citées, le MS développera une stratégie visant à accroître les possibilités de financement des programmes et projets en élargissant les filières de coopération à d'autres partenaires non encore impliqués à ce jour dans le domaine de la santé. Il s'agit de mettre en place les mécanismes nécessaires pour consolider et renforcer les acquis et explorer de nouvelles perspectives en matière de coopération et de partenariat. Les actions à mener dans ce sens peuvent se résumer comme suit:

- Promouvoir le partenariat avec tous les intervenants dans le domaine de la santé (OIG, OI, ONG, collectivités locales).
- Renforcer la coopération bilatérale et multilatérale et avec les organisations non gouvernementales en s'orientant davantage vers les différents bailleurs de fonds selon une stratégie bien établie.
- Renforcer les capacités nationales en matière de formulation et de suivi des projets.
- Participer aux réunions institutionnelles et interministérielles.
- Améliorer les liens de coopération et rechercher de nouvelles formes de partenariat avec la société civile, les collectivités locales, les autres départements ministériels à vocation sociale et les ONG nationales.
- Mettre en place des mécanismes de coordination et d'intégration opérationnels afin d'optimiser les apports des différents partenaires.
- Elaborer un manuel de procédures en matière de gestion, de suivi et coordination des projets de coopération.

- Instituer la mise en place d'une banque de projets et d'un système approprié de suivi et d'évaluation des projets de coopération.

4.1. Coopération internationale

Jusqu'à la moitié des années 90, l'apport de la coopération avec les partenaires étrangers en matière de financement de certains programmes de santé a été relativement important (programmes de santé de la reproduction, programmes de la santé de l'enfant, programmes de la formations de cadres). A titre d'exemple, le tableau ci-après donne quelques exemples sur l'apport de la coopération avec les organismes internationaux et gouvernementaux pour des projets en cours de réalisation.

Tableau 11 : Apport de la coopération internationale
Projets clôturés

Projet	Source de financement	Montant Prévu (en DH)	Durée
- Appui à la décentralisation du Programme National de Lutte contre le Sida dans 10 provinces.	PNUD	5 629 000	4 ans (à partir du 01/05/1997)
- Santé de la reproduction dans 12 provinces prioritaires	FNUAP	71 886 000	1998-2001
- Budget Programme régulier	OMS	2 095 000	2 s. 2000
- Planification familiale et survie de l'enfant (phase V).	USAID	499 200 000	1993-1999
- Appui à la Santé maternelle et néonatale	UE	90 000 000	1996-1999
- Appui à la prise en charge des MST (15 provinces)	UE	10 000 000	1996-2000
- Programme rural de santé de base	UNICEF	10 065 000	1997-2001
- Appui à la médecine nucléaire	AIEA	3 000 000	1998-1999
Total	Ensemble	691 875 000	-

Source : DPRF, MS, Rabat, Maroc, 1999.

Tableau 12 : Apport de la coopération internationale Organisations
Projets en cours

Projet	Activités	Périodes	Budget
OMS			
- Programme conjoint OMS Ministère de la santé	Expertise, Formation, quelques équipements informatiques et audiovisuels au niveau des différentes structures du Ministère.	2000-2001	\$ 2.095.000
UNICEF			
- Santé de base et développement rural	Le programme de coopération de l'UNICEF est axé sur la décentralisation et l'approche participative. Au niveau national, la priorité est donnée aux actions de plaidoyer et mobilisation sociale. Au niveau périphérique, le noyau central du programme UNICEF repose sur : 1 programme urbain comprenant 3 volets (femmes et jeunes filles vulnérables, enfants vulnérables, hygiène et assainissement, un programme rural regroupant les composantes : santé de base, éducation, eau/assainissement et hygiène, et promotion féminine.	1997-2001	\$ 1.065.000

FNUAP			
- Santé de la Reproduction	le projet vise à améliorer la santé de la reproduction dans 13 provinces prioritaires en réduisant l'écart entre les zones urbaines et rurales pour ce qui est de l'accès à l'information et aux services concernant la santé de la reproduction, y compris la planification familiale et la santé sexuelle.	1997-2001	\$ 7.431.950
-projet complémentaire avec la contribution de Bill et Mélinda Gâtes Foundation	« Santé de la reproduction dans 13 provinces » « Evaluation des ressources et monitoring des soins obstétricaux d'urgence complets en vue de la réduction de la mortalité maternelle intra-hospitalière au Maroc.	2000-2002	\$ 1.576.750
			\$ 423.250
AIEA			
- Radio protection	- Protection contre les rayonnements ionisants.	2001-2002	\$ 200.000
	- Amélioration de la médecine nucléaire à l'Hôpital Ibn Sina à Rabat.		\$ 130.000
	- Contrôle qualité des produits radio-pharmaceutiques.		\$ 250.000
PNUD			
- Appui à la décentralisation du Programme National de Lutte contre le Sida.	Programme dans dix provinces	4 ans à compter du 01/05/99	\$ 416.736
USAID			
- Planification familiale et survie de l'enfant	Projet gestion décentralisée effective des services de santé de base dans les régions Souss-Massa-Draâ et Tanger-Tétouan, et pour accroître le recours au secteur privé pour les services de santé reproductive et infantile dans l'ensemble du Maroc.	2000-2004	\$ 14.100.000

4.2. Coopération bilatérale

Le financement assuré dans le cadre de la coopération bilatérale ne peut être estimé dans la mesure où les accords et les conventions conclus avec les partenaires font plus ressortir les actions et les programmes à réaliser que les montants investis. Il est difficile par conséquent d'avancer des chiffres dans ce sens. Cependant, pour certains projets particuliers, l'appui financier est bien spécifié. A titre d'exemple, les projets énumérés dans le tableau 18 ci-après :

Tableau 13 : Quelques exemples de financement dans le cadre de la coopération bilatérale

Pays	Type de projet	Période couverte	Montant alloué au projet (en DH)
Belgique	Appui aux soins de santé de base dans les provinces de Ouarzazate et Zagora	1999-2001	30 000 000
Allemagne (GTZ)	Appui au programme de planification familiale dans la province d'Essaouira	2001	6 000 000
	Formation des techniciens orthoprothésistes	2 s. 2000	13 000 000
Espagne	Construction et équipement d'un service de chirurgie infantile, traumatologie et bloc opératoire à l'hôpital Hassani de Nador	2 s. 2000	8 000 000
Italie	Construction et rénovation de l'Institut Pasteur de Tanger	2 s. 2000	14 500 000

Source : DPRF, MS, Rabat, Maroc, 1999.

Des appuis sont également apportés sur le plan technique (expertise, formation, échange d'expérience avec la France, la chine, le Japon, le Canada, etc.)

Tableau 14 : Autres exemples de Coopération bilatérale

Projet	Activités	Périodes	Budget
France			
- Coopération technique	Expertises et Formation dans les domaines de la santé publique, de la gestion hospitalière, des greffes des organes, jumelage entre institutions hospitalières etc.	2001	Non chiffré
Espagne			
1-Construction et équipement d'un service de chirurgie Infantile, traumatologie et bloc opératoire à l'hôpital Hassani de Nador.	-- Construction d'infrastructure et équipement.	1999-2001	8 Millions Dh
2- Réhabilitation des Hôpitaux espagnols de Tétouan et Tanger.		1999-2004	Non chiffrée
Allemagne			
- Appui au Programme de planification familiale dans la province d'Essaouira.	- Appui à la planification familiale.	2001	6 Millions Dh
- Formation des techniciens ortho-prothésistes. (Marrakech).	- Formation des techniciens ortho-prothésistes	2001	13 Millions Dh
- Décentralisation du système de santé en santé reproductive. (Région de Taza, Taounate, Al Hoceima).	- La Santé reproductive, la planification familiale	2000-2002	24 Millions Dh
Belgique			
- Appui aux Soins de Santé de base dans les provinces de Ouarzazate et Zagora.	- Appui aux Soins de Santé de Base et Lutte contre la Cécité.	1998-2000	30 Millions Dh
- Projet d'appui au Programme National de lutte contre les Infections sexuellement transmises/Sida. (Guelmim).	- Appui à la Lutte contre le Sida.	2001-2003	25 Millions Dh
Italie			
Construction et rénovation de l'Institut Pasteur de Tanger.	Réhabilitation et équipement.	1999-2001	14,5 millions Dh
Japon			
- Coopération technique	- Affectation au monde rural de paramédicaux spécialistes. Province AL Haouz et Boulemane.	1999	Non chiffrée
Luxembourg			
- Appui au PNI et au Service de Protection de la Santé de la Mère. (DP)	- Renforcement de la chaîne médicale du froid.	2000	5 millions Dh
- Don de matériel de la Société Luxembourgeoise dénommée « ELECTROLUX »	- Equipement des Centres de Transfusion Sanguine du Maroc en frigidaire, congélateurs et surgélateurs.	2000	9,5 millions Dh
Chine			
Coopération médicale	Affectation d'équipes médicales chinoises dans des hôpitaux publics. 94 médecins chinois travaillent actuellement dans les provinces de Settat, Taza, Meknès, Marrakech, Azilal, Mohammedia, Errachidia, Safi, Agadir, Al Hoceima, Chefchaouen et Figuig.	2001-2003	Les médecins chinois sont payés par le trésor marocain

- Durant les dernières années, le constat montre que la santé de l'enfant bénéficie de moins en moins de soutien de la part des organismes internationaux.
- Aussi, et dans le cadre de la politique de santé de l'enfant, on veillera à ce que la santé de l'enfant puisse bénéficier de tout l'intérêt qu'elle mérite au niveau de la coopération internationale.

VIII. PROGRAMMES DE SANTE EN FAVEUR DE L'ENFANT

1. SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE ET LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION

Les problèmes nutritionnels chez l'enfant ont retenu l'attention du Ministère de la Santé depuis fort longtemps puisque déjà en 1970, il existait un service de Nutrition à côté des services de prévention rurale et urbaine. Deux principales activités ont été retenues pour lutter contre la malnutrition : le suivi de la croissance et la supplémentation en vitamine D.

1.1. Surveillance de la croissance

La surveillance de la croissance des enfants est systématique chez les enfants de moins de 2 ans. Il y a eu instauration d'un calendrier minimum de pesées à savoir : 6 pesées lors de la première année et 5 pesées lors de la deuxième année.

1.1.1. Données sur la surveillance de la croissance

1.1.1.2. Etude des fiches de surveillance de la croissance

En 1989 une évaluation de la surveillance de la croissance des enfants de moins de 5 ans au niveau des cellules de SMI a été réalisée dans sept provinces du Royaume. Les principaux résultats de cette évaluation sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau n° 15 : Nombre moyen de pesées par milieu et tranches d'âge

Tranche d'âge	Urbain	Rural	Ensemble
0-11 mois	4	3.16	3.72
12-23 mois	0.71	0.4	0.6

Il ressort de ce tableau trois remarques importantes :

- Les performances restent faibles même en milieu urbain où la population se déplace et où le personnel a les moyens et l'infrastructure adéquate.
- Les pesées ne sont pas toujours concomitantes à la vaccination.
- Il n'y a pratiquement plus de pesée au cours de la deuxième année.

1.1.1.3. Enquête qualitative auprès des mères et des professionnels de santé

Cette enquête a utilisé comme outil le focus groupe et avait trois objectifs à savoir :

- Affiner les données disponibles sur les pratiques en matière de surveillance de la croissance.
- Contribuer à travers une approche qualitative à proposer une formulation aux objectifs poursuivis par le Service de lutte contre la Malnutrition dans ce domaine.
- Permettre au Service de lutte contre la Malnutrition de disposer des indicateurs indispensables à la définition d'une stratégie de promotion de la surveillance de la croissance

Cette recherche a intéressé trois groupes de population cible :

- Les mères pratiquant et non pratiquant une surveillance de la croissance de leurs enfants.
- Les mères d'enfants malnutris.
- Les professionnels de santé (médecins et infirmiers).

Les principaux résultats de cette enquête sont les suivants :

Au niveau du lexique :

Si la notion de croissance renvoie pour les professionnels de santé à un ensemble de concepts et d'indicateurs qui désignent le développement d'un enfant, ce terme générique ne semble pas avoir de corollaire dans le langage des mères.

La plupart des mères citent plutôt une notion de croissance qui renvoie directement à une dimension âge ou à une dimension taille.

Pratiques des mères :

Les mères bénéficiant d'un minimum de scolarité pratiquent un certain suivi de la croissance de leurs enfants "pour contrôler l'augmentation ou la diminution du poids de l'enfant".

Par contre les mères du milieu rural, évoquent plutôt " la vaccination " c'est à dire que l'acte de peser est perçu comme une prestation corollaire à l'acte vaccinal.

Perceptions et attitudes des mères :

L'enfant " bien portant " est celui qui n'est que rarement malade, " mange bien ", "dort bien" et "prend du poids".

Quant à la croissance, la plupart des mères ont beaucoup de difficultés à percevoir et à intégrer la notion de croissance de l'enfant. Une fois la notion identifiée, son évocation s'est surtout faite en fonction du repère dans la vie de l'enfant : les poussées dentaires, l'enfant grandit, la station debout ...

La référence au développement intellectuel est rarement citée : enfant éveillé, enfant réagit à la télé, etc.

Concernant l'importance du facteur « alimentation » dans le processus de développement de l'enfant, les mères sont dans l'incapacité de se prononcer sur le sujet.

Connaissances des mères :

Si l'acte de pesée est identifié en tant que tel par la plupart des mères, les connaissances de son utilité varient très sensiblement d'une situation à l'autre.

Quant à la courbe de croissance, la quasi totalité des mères ne sont pas capables de la reconnaître ou de l'identifier sur la carte de vaccination croissance.

Concernant les facteurs qui influent positivement sur la croissance des enfants de nombreuses mères évoquent la disponibilité des moyens financiers, une bonne alimentation. Parmi les facteurs qui influent négativement, elles citent principalement la pauvreté, le manque d'hygiène et la maladie.

Rapports mères / professionnels de santé :

Les rapports entre les mères et les professionnels de santé sont limités et ne débordent que très rarement du cadre défini par le motif direct de la visite.

Pratiques des professionnels de santé :

Si l'importance de la pesée en tant qu'acte et en tant que prestation est unanimement reconnue par tous les professionnels de santé, par contre son autonomie n'est reconnue par aucune catégorie de professionnels de santé.

Pour les médecins, la pratique des pesées est indispensable par le fait qu'elle permet de définir le dosage des médicaments à prescrire.

Pour les infirmières de SMI, elles admettent que les séances spécifiquement réservées à la pesée sont rarement envisagées, sa pratique est toujours couplée avec une activité en particulier la vaccination ou en prévision d'une consultation médicale.

1.1.2. Evolution des indicateurs anthropométriques

L'évolution de la situation nutritionnelle des enfants au Maroc connaît une amélioration comme le montre les résultats des différentes enquêtes nationales réalisées par le Ministère de la Santé.

Tableau n° 16 : Evolution des indicateurs anthropométriques (1987-2003)

	Poids /Age (%)	Poids / Taille (%)	Taille / Age (%)
ENPS 1987	20	3	28
ENPS 1992	9	2	23
PAPCHILD 1997	9	4	24
ENSPF 2003-04	10	9	18

L'analyse de ces données montre que si des indicateurs tels que la proportion d'enfants ayant une insuffisance pondérale et la proportion d'enfants souffrant d'un retard statural se sont améliorés, des efforts devraient encore être entrepris pour améliorer l'état nutritionnel des enfants marocains.

1.2. Prévention du rachitisme

En 1965, une enquête sur la prévalence du rachitisme clinique parmi un groupe d'enfant de moins de 5 ans au niveau du Maroc, de l'Algérie, de la Tunisie et de la Libye a été conduite montrant des prévalences élevées de cette carence. Au Maroc, la prévalence du rachitisme qu'il soit sous forme modérée ou sévère était de l'ordre de 60 %. C'est ainsi qu'un programme de prévention a été instauré basé essentiellement sur la supplémentation en vitamine D.

1.2.1. Principales étapes du programme

Première phase :

En 1969, une campagne de prophylaxie systématique a été mise en place par les services de PMI du Ministère de la Santé dans l'agglomération de Rabat. Les résultats de cette campagne ont permis l'adoption d'une campagne nationale de prévention.

Deuxième phase :

Suite à l'évaluation de la première phase du programme avec une étude du rapport coût/rentabilité et aussi suite aux données de l'enquête nationale sur l'état nutritionnel des enfants de moins de 4 ans réalisée en 1971, le programme national de prévention du rachitisme a été mis en place en 1972. Ce programme est basé sur la supplémentation systématique des enfants en vitamine D à raison de 600 000 UI par prise.

L'évaluation des performances du programme ayant révélé des insuffisances (taux de couverture faible, non respect du calendrier et disponibilité insuffisante de la vitamine D au niveau des formations sanitaires), une revue du programme a été faite.

Troisième phase :

En 1984, le calendrier de supplémentation en vitamine D a été révisé et ce du fait de l'évolution des modes de vie et des pratiques des familles et le nombre de prises a été réduit de 3 à 2 à raison d'une première dose à la naissance et d'une deuxième à l'âge de 6 mois apportant chacune 600 000 UI.

1.2.2. Evaluation des activités du programme

1.2.2.1. Analyse des données émanant du système d'information

Les principales insuffisances du programme qui ont été relevées sont les suivantes :

- La couverture des enfants reste faible.
- Le calendrier n'est pas toujours respecté.

- Les commandes sont insuffisantes et ne permettent pas de couvrir toute la population cible du programme en rapport avec l'insuffisance du budget destiné à l'acquisition du produit et aussi le rapport avec l'augmentation du prix du produit (passant de 1.70 DH en 1982 à 3.80 DH en 1993 et à 5,23 en 2004).
- Les ruptures fréquentes de stock.
- Disponibilité irrégulière du produit sur le marché.

1.2.2.2. Réalisation d'enquêtes

Après la première enquête menée en 1965, une série d'études ont été réalisées pour évaluer la prévalence du rachitisme, et apprécier l'état nutritionnel des enfants. Ces enquêtes sont suivantes :

- 1965 : réalisation d'une enquête sur l'état nutritionnel auprès d'un groupe d'enfants de moins de 15 ans choisis au hasard au niveau de la région de Rabat, de Casablanca, du Nord-Rif et du Sud-Tafilalt.
- 1969 : réalisation par le Ministère de la santé d'une étude comparative entre le coût de la prise en charge du rachitisme en milieu hospitalier et celui de la prévention.
- 1971 : réalisation d'une enquête nationale sur l'état nutritionnel des enfants de moins de 4 ans et la prévalence du rachitisme clinique.
- 1989 : réalisation à l'hôpital d'enfants de Rabat d'une étude rétrospective à partir des dossiers d'enfants hospitalisés entre 1977 et 1989.
- 1990 : réalisation au niveau de 12 provinces et en milieu hospitalier d'une enquête sur la prévalence du rachitisme clinique et radiologique.

Cette dernière enquête a révélé une prévalence de l'ordre de 2.5 % du rachitisme radiologique parmi les 1222 enfants de moins de 2 ans retenus dans le cadre de l'enquête. Cette enquête a par ailleurs montré une baisse de la prévalence du rachitisme en particulier dans sa forme sévère. Elle a aussi révélé qu'il n'y a pas de différence par tranche d'âge. Elle a aussi objectivé une assez bonne couverture pour la première dose (74 %) contre un taux moindre pour la deuxième (31 %) avec des taux plus faible pour le milieu rural.

- Les indicateurs anthropométriques montrent des écarts importants entre régions et entre milieux. Le retard statural concerne un enfant sur cinq témoignant de la précarité de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans.
- La pratique de l'allaitement maternel a connu un net déclin durant les dernières années.
- L'amélioration de l'état nutritionnel sera pris en considération conformément à la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (OMS/UNICEF 2004).

2. PROGRAMME NATIONAL D'IMMUNISATION

Pour atteindre les objectifs fixés par la communauté internationale, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) du Maroc a été restructuré en Programme National d'Immunisation (PNI) en 1987 avec le lancement des premières Journées Nationales de Vaccination (JNV) et la vaccination des femmes en âge de reproduction (15 – 44 ans) contre le tétanos pour prévenir le tétanos néonatal.

2.1. Objectifs du PNI

- Atteindre une couverture vaccinale uniforme supérieure ou égale à 95 % par milieu (urbain et rural) et par niveau (national, région, province/préfecture, circonscription sanitaire, secteur et localité),
- Obtenir, avec les autres pays de la région, la certification de l'éradication de la poliomyélite vers l'an 2008,

- Maintenir l'élimination du tétanos néonatal,
- Eliminer la rougeole et contrôler la rubéole vers l'an 2010,
- Introduire d'autres antigènes (Hib...) et les autres rappels dans le calendrier national de vaccination,
- Impliquer davantage le secteur privé dans les activités de vaccination et de surveillance épidémiologique.

2.2. Le calendrier national de vaccination

En plus des six maladies cibles classiques, le Ministère de la Santé a introduit de nouveaux antigènes dans le calendrier national de vaccination :

- La vaccination des nouveaux nés contre l'hépatite virale type B a été introduite en 1999 et le taux de couverture spécifique à cet antigène est de 93 % en 2002 et de 92 % en 2003,
- La vaccination combinée contre la rougeole et la rubéole (RR) a été introduite en 2003 pour les élèves de la première année de l'enseignement primaire. Cette vaccination sera réalisée de façon annuelle pour cette population cible,
- Le premier rappel DTCP (diphtérie – tétanos – coqueluche et poliomyélite) à l'âge de 18 mois a été introduit en 2003. Ce rappel revêt une importance capitale pour le Maroc afin d'éviter la réapparition de certaines maladies comme la diphtérie et pour maintenir l'élimination du tétanos néonatal (stratégie à long terme).

2.2.1. Calendrier de vaccination de l'enfant

Dans le cadre du programme national d'immunisation, la vaccination est assurée gratuitement pour l'ensemble des enfants de moins de 5 ans contre 7 antigènes. Un premier rappel est administré à l'âge de 18 mois contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite.

Tableau 17 : Calendrier national de vaccination des enfants

Age de l'enfant	Vaccins
A la naissance	BCG + VPO (zéro) + HB1
6 semaines	DTC1 + VPO1 + HB2
10 semaines	DTC 2 + VPO2
14 semaines	DTC 3 + VPO 3
9 mois	VAR + HB3
18 mois	DTC - VPO (premier rappel)
6 ans (rentrée scolaire)	RR

Par ailleurs, tout professionnel de santé (public ou privé) doit informer et sensibiliser les parents sur l'importance de certains vaccins notamment l'administration du Hib, du vaccin anti-rougeoleux/anti-oreillons/anti-rubéoleux et les rappels DTCP à l'âge de 5 ans, de 10 ans puis tous les 10 ans.

2.2.2. Le calendrier de vaccination de la femme en âge de reproduction

La vaccination des femmes en âge de reproduction (15-44 ans) a pour objectif principal, la prévention du tétanos néonatal.

Tableau 18 : Calendrier national de vaccination des femmes en âge de reproduction

Dose	Quand ?	Durée de protection
VAT1	Dés que possible chez la femme en âge de procréer ou le plus tôt possible au cours de la grossesse	0
VAT2	Au moins quatre semaines après le VAT1	3 ans
VAT3	Au moins six mois après le VAT2 ou cours d'une grossesse ultérieure	5 ans
VAT4	Au moins un an après le VAT3 ou au cours d'une grossesse ultérieure	10 ans
VAT5	Au moins un an après le VAT4 ou au cours d'une grossesse ultérieure	20 ans et plus

2.3. Stratégies vaccinales

Les stratégies adoptées par le Programme National d'Immunisation ont pour objectif d'atteindre une couverture vaccinale satisfaisante et uniforme à tous les niveaux. L'application de la stratégie vaccinale s'appuie sur les structures de base de la couverture sanitaire.

2.3.1. Stratégie fixe

Elle s'adresse à une population ayant des facilités d'accès aux formations sanitaires. Des séances de vaccination sont programmées et réalisées régulièrement au niveau de toutes les formations sanitaires du Réseau de Soins de Santé Base. La fréquence de ces séances est fonction de l'objectif arrêté mensuellement pour chaque structure.

Le secteur privé (cabinets de médecins, de sages-femmes et d'infirmier (es)) joue également un rôle dans la réalisation des actes vaccinaux, ce qui contribue à l'amélioration de l'accessibilité aux prestations vaccinales.

2.3.2. Stratégie mobile

Cette stratégie inclut deux modes de couverture :

2.3.2.1. La vaccination par itinérance

Dans le cadre de ce mode, l'infirmier itinérant opère par :

- La relance des femmes et des enfants non ou incomplètement vaccinés qu'il réfère aux formations sanitaires.
- La vaccination des femmes et des enfants non ou incomplètement vaccinés qu'il rassemble au niveau d'un point de contact.

2.3.2.2. La vaccination par équipe mobile

Une équipe composée d'un médecin et d'au moins deux infirmiers (es) se déplace par véhicule pour couvrir les zones éloignées. L'équipe mobile reste efficace mais suppose la disponibilité des moyens de transport, de carburant et d'équipements adéquats pour répondre aux besoins de la population (intégration des activités). Elle assure la vaccination des femmes et des enfants non ou incomplètement vaccinés au niveau des points de rassemblement selon un programme préétabli.

2.3.3. La vaccination par mini-campagne

Cette activité est limitée dans le temps et l'espace et concerne des localités ou un ensemble de localités ayant une couverture vaccinale basse.

2.3.4. Les Journées Nationales de Vaccination

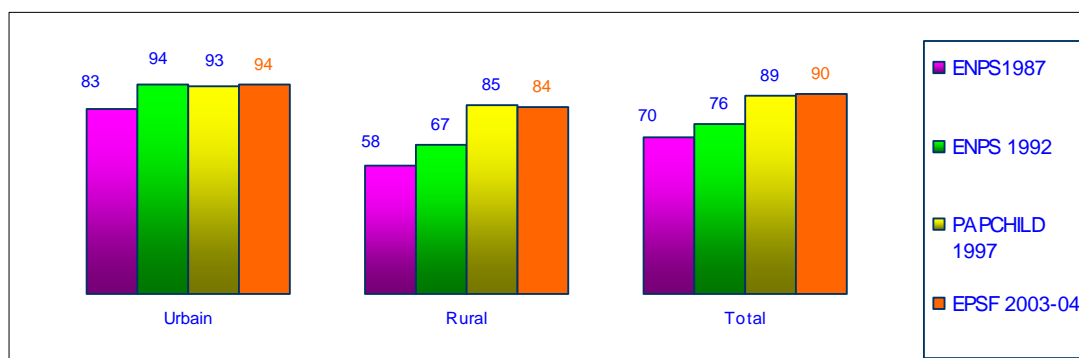
Depuis 1987, le Maroc organise chaque année des Journées Nationales de Vaccination (JNV) contre les maladies cibles de l'enfant. Grâce à cette stratégie, Le Maroc a pu améliorer la couverture vaccinale et la maintenir à un niveau élevé. Les JNV ont permis de prendre en charge les enfants et les femmes ayant échappé au programme permanent ou ayant abandonné leur vaccination.

L'organisation de ces JNV a connu un réajustement en rapport avec les plans d'éradication ou d'élimination de certaines maladies : poliomyélite, tétanos néonatal, rougeole ...

2.4. Impact du PNI sur la situation épidémiologique

Depuis la restructuration du programme en 1987, la couverture vaccinale par l'ensemble des antigènes a augmenté de façon significative pour atteindre 80 % et dépasser 90 % à partir de 1995.

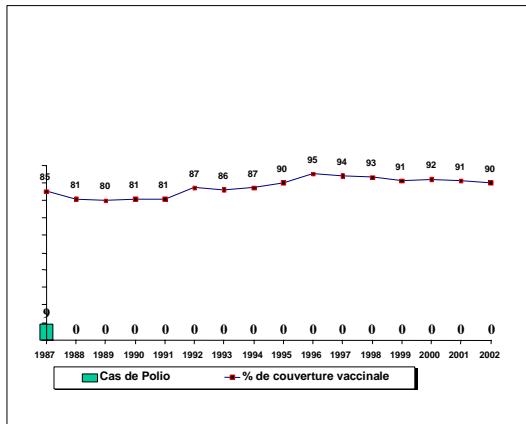
Graphique 23 : Taux de couverture vaccinale chez les enfants 12-23 mois



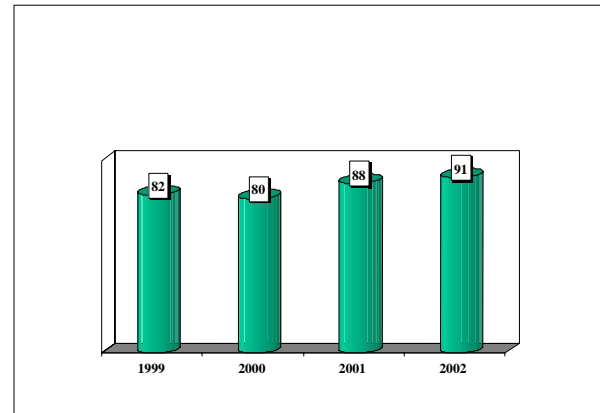
Cette augmentation de la couverture vaccinale a eu un impact considérable sur la situation épidémiologique des principales maladies cibles. Ainsi :

- Aucun cas de poliomyélite n'a été enregistré depuis 1987,
- Aucun cas de diphtérie n'a été enregistré depuis 1991,
- Le nombre annuel de cas de coqueluche ne dépasse guère les 30 à 70.
- Le Maroc est devenu en 2002, le premier pays de la région de la Méditerranée Orientale de l'OMS à avoir éliminé le tétanos néonatal selon le nouveau protocole OMS/UNICEF.

Graphique 24 : Impact de la couverture vaccinale par le VPO



Graphique 25 : Taux des naissances protégées contre le tétanos néonatal



Le PNI a également institutionnalisé la vaccination du personnel de santé, des étudiants des facultés de médecine et des IFCS contre l'hépatite B et le tétanos.

AUTRES ACQUIS DU PNI :

- Équipement en matériel de chaîne du froid de toutes les structures, avec une décentralisation du stockage des vaccins à plusieurs niveaux: SIAAP, centres de santé et dispensaires et les moyens de contrôle de la chaîne du froid ;
- Généralisation de l'utilisation des seringues à usage unique au niveau de toutes les formations sanitaires de base ;
- Octroi de moyens de transport pour garantir le suivi et la distribution des équipements et du matériel ;
- Adoption d'une approche de mobilisation sociale et implication du secteur privé pour dynamiser le programme permanent ;
- Formation et recyclage du personnel en matière de gestion du programme aussi bien au niveau de la formation de base qu'au niveau de la formation continue
- Décentralisation de la gestion et de la programmation des activités grâce aux efforts de formation et d'encadrement.

2.5. Perspectives du PNI

Le Maroc a atteint une couverture vaccinale très satisfaisante. Il œuvre pour l'améliorer aux niveaux rural et périurbain en réduisant les disparités entre les différents milieux. Ces réalisations permettent d'envisager des perspectives plus ambitieuses en particulier :

- Atteindre les objectifs du programme dans les délais projetés ;
- Rendre les activités permanentes plus performantes ;
- Veiller à ce que l'ensemble des enfants avant un an reçoivent tous les antigènes conformément au calendrier national de vaccination en vigueur ;
- Sensibiliser et encourager les parents pour la conservation des carnets de santé et les cartes de vaccination ;

- Réduire au maximum les occasions manquées pour les enfants et les femmes à chaque contact avec le système de soins par la vérification du statut vaccinal;
- Impliquer davantage le secteur privé comme partenaire dans le programme permanent ;
- Faire aboutir la législation nationale dans le domaine de la vaccination ;
- Introduire dans le calendrier vaccinal de l'enfant les autres rappels (DTCP à 5 ans et dTP tous les 10 ans);
- Faire le plaidoyer pour l'introduction d'autres antigènes en particulier le HIB ;
- Renforcer le processus de régionalisation de la gestion du Programme.

- Le programme national d'immunisation est le programme qui a eu le plus d'impact en matière de réduction de la mortalité infanto-juvénile avec une diminution de l'ordre de 95 % pour le tétanos néonatal, de 84 % pour la rougeole et de 86 % pour la coqueluche (période postnatale) durant la période allant de 1988 à 1998.
- La réduction de la morbidité liée aux maladies cibles est importante. Ainsi, aucun cas de poliomyélite n'a été enregistré depuis 1987, aucun cas de diphtérie n'a été enregistré depuis 1991 et le nombre annuel de cas de coqueluche est très faible variant entre 30 et 70.
- Le Maroc est le premier pays de la région de la Méditerranée Orientale de l'OMS à avoir validé en 2002 l'élimination du tétanos néonatal (nouveau protocole OMS/UNICEF) et son dossier pour obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite a été accepté par le bureau régional de l'OMS en 2002.
- Le PNI sera renforcée en vue d'améliorer la couverture vaccinale notamment dans les zones enclavées à travers la stratégie mobile, d'introduire d'autre antigènes et prestations et assurer des services de qualité.

3. PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHIQUES

Du fait de l'ampleur de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies diarrhéiques, un Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PLMD) a été instauré en 1987 par le Ministère de la Santé. L'objectif général consistait à contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité infanto-juvénile grâce à la prise en charge des cas de diarrhée aussi bien au niveau des formations sanitaires qu'à domicile à travers la promotion de la Thérapie de Réhydratation Orale (TRO) et celle des mesures préventives et particulièrement la promotion de l'allaitement maternel.

3.1. Objectifs

Durant la période 90-95, l'objectif était de réduire la mortalité par maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans de l'ordre d'un tiers. Comme objectifs spécifiques, on avait retenu :

- D'augmenter le taux d'utilisation des SRO par les mères à 20 %;
- D'assurer une prise en charge correcte de tous les cas de diarrhée vus au niveau des formations sanitaires;
- D'assurer une prise en charge correcte de tous les cas de diarrhée par les mères à domicile (TRO).

3.2. Stratégies

Le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques repose sur trois stratégies :

Première stratégie :

Elle consiste à prévenir les maladies diarrhéiques à travers des activités d'information et de sensibilisation de la population : média (spot TV et radio), séances d'éducation sanitaire au niveau des structures de santé et surtout grâce aux compagnes de mobilisation nationale de lutte contre les maladies diarrhéiques organisées chaque année. La prévention repose sur :

- La promotion de l'allaitement maternel en insistant sur la caractéristique exclusive durant les 4-6 premiers mois de la vie.
- La promotion d'une bonne diversification alimentaire.
- La vaccination en particulier contre la rougeole.
- La promotion de l'hygiène de l'eau, des mains, des aliments et l'évacuation des déchets

Deuxième stratégie :

Elle repose sur la promotion des règles de prise en charge à domicile à travers des activités d'information et de sensibilisation de la population : média (spot TV et radio), séances d'éducation sanitaire au niveau des structures de santé. Cela consiste à informer les mères sur les trois règles suivantes : **1)** donner plus de liquides en cas de diarrhée pour éviter la déshydratation qui est la complication la plus redoutable et directement responsable de décès par diarrhée, **2)** maintenir une alimentation adaptée à l'âge de l'enfant et ce pour éviter le risque de perte de poids voir la malnutrition (pas de diète et pas de repos digestif), et **3)** savoir quand consulter un professionnel de santé (apprendre à la mère les signes de gravité devant lesquels il faut absolument consulter un professionnel de santé).

Troisième stratégie :

Elle vise l'amélioration de la qualité de prise en charge des enfants au niveau des structures de santé. Le Ministère de la Santé a ainsi procédé au recyclage et à la formation des professionnels de santé, (mise à leur disposition des protocoles thérapeutiques standardisés, dotation en sels de réhydratation orale, suivi et évaluation des activités).

3.3. Impact du Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques

Les efforts déployés ont donné leur fruit comme en témoigne l'amélioration d'un ensemble d'indicateurs objectivés par différentes enquêtes nationales telles que :

- L'enquête sur la morbidité et la prise en charge des enfants diarrhéiques (EMPCD 91).
- L'enquête Population Santé réalisée en 1992 (ENPS II 1992).
- Les deux enquêtes sur les causes et circonstances de décès (ECCD) réalisées respectivement en 1988 et 1998. Ainsi la mortalité liée aux maladies diarrhéiques a beaucoup diminué et le programme national d'immunisation et le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques ont à eux seuls contribué à réduire la mortalité infanto-juvénile de l'ordre de 50 %.

3.3.1. Mortalité

Parmi l'ensemble des décès notés chez les enfants de moins de 5 ans en 1997, estimés à 27600, 6000 sont décédés par maladies diarrhéiques contre 18 000 enfants en 1992.

Sur l'ensemble des enfants décédés suite à des maladies infectieuses (soit la moitié de l'ensemble des décès), 35,8 % des décès étaient liés aux infections respiratoires aiguës et 33 % aux maladies diarrhéiques. Ainsi les maladies diarrhéiques n'occupent plus le premier rang parmi les causes de décès chez les moins de 5 ans comme c'était le cas en 1988. En effet, selon l'ECCD de 1998, ce sont les infections respiratoires qui viennent en premier.

On estime selon l'enquête nationale sur les causes et circonstances de décès de 1998 que le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques a contribué à la réduction de la mortalité par diarrhée de l'ordre de 47 % dans la période post-néonatale (1 mois à 11 mois) et de 69 % dans la période juvénile (12 mois à 59 mois).

Cependant, il est indéniable que les efforts doivent être maintenus pour sauvegarder et renforcer les acquis obtenus grâce aux efforts déployés pour promouvoir la thérapie de réhydratation orale et une meilleure prise en charge des enfants aussi bien au niveau des formations sanitaires qu'au niveau des foyers.

3.3.2. Morbidité

La prévalence des maladies diarrhéiques durant les deux dernières semaines qui ont précédé l'enquête était de 28.9 % en 1987 contre 12 % en 2003.

Tableau 19 : Evolution de la prévalence des maladies diarrhéiques

	ENPS 87	EMPCD 91	ENPS 92	PAPCHILD 97	ENSPF 03
Urbain	28.8 %	-	10.5 %	14.7 %	11.5 %
Rural	29 %	-	13.9 %	25 %	12.4 %
National	29.0 %	27.0 %	13.0 %	20.9 %	12%

A noter qu'il existe un lien très étroit entre l'état nutritionnel de l'enfant et les maladies diarrhéiques. Ainsi, ces dernières peuvent être à l'origine d'un état de malnutrition et les carences nutritionnelles constituent des facteurs de risque de maladies diarrhéiques en particulier les carences en vitamine A et en fer.

3.3.3. Attitudes et pratiques des mères face aux maladies diarrhéiques

Il y a lieu de dire que la pratique de la TRO, est une conduite qui a gagné du terrain comme l'ont démontré les dernières enquêtes.

3.3.3.1. Augmentation de l'apport liquidien

D'après l'EMPCD de 1991, sur les 2 303 enfants diarrhéiques âgés de moins de cinq ans, 31 % ont reçu plus de liquides que d'habitude, 48.4 % ont reçu autant et 20.4 % moins. En 1992, l'ENPS a montré les résultats suivants : 47.3 % ont reçu plus de liquides et 44.8 % la même quantité ou moins que d'habitude (609 cas).

L'enquête réalisée en Juillet 1994 sur la couverture vaccinale et la morbidité diarrhéique (ECVMD 94) et qui a concerné 216 cas de diarrhée, a révélé que l'apport liquidien a été augmenté dans 55.0 % des cas, maintenu chez 42.4 % et réduit chez 2.6 % des 1 058 cas inclus dans l'étude. En 2004, 80 % des enfants ont reçu plus de liquides que d'habitude.

Tableau 20 : Pratiques des mères face à la diarrhée en matière d'apport de liquides

Enquête	PLUS	AUTANT	MOINS
EMPCD 91	31.0 %	48.4 %	20.4 %
ENPS 92	47.3 %	*	*
PAPCHILD 97	26.9 %	-	-
ENSPF 2003-04	42.2 %	-	-

* : ENPS 1992 : la proportion d'enfants ayant reçu autant ou moins de liquides que d'habitude est de 44.8 %

Le taux d'utilisation des SRO est parmi les indicateurs retenus pour évaluer l'état d'avancement du programme. La tendance à l'augmentation de l'usage des SRO aussi bien en milieu urbain que rural a

été objectivée par les différentes enquêtes réalisées dans ce sens passant de 14.7 % en 1987 à 23 % en 2004.

Tableau 21 : Taux d'utilisation des SRO

	Milieu urbain	Milieu rural	National
ENPS 87	22.6 %	10.3 %	14.7 %
EMPCD 91	11.9 %	6.0 %	8.0 %
ENPS 92	12.5 %	9.7 %	14.0 %
PAPCHILD 97	32.1 %	20.6 %	28.6 %
ENSPF 2003-04	27.7 %	18.2 %	23 %

3.3.3.2. Maintien de l'alimentation

Quant au comportement en matière d'alimentation au cours des maladies diarrhéiques, une évolution similaire a été notée. D'après l'EMPCD réalisée en 1991, l'apport alimentaire serait maintenu voire augmenté dans 60.4 % des cas. En 1994, selon l'ECVMD, 83.1 % des enfants auraient reçu le même apport alimentaire contre 14.3 % qui auraient reçu moins.

L'allaitement maternel, facteur de survie de l'enfant, joue un rôle fondamental dans la prévention et le traitement des cas de diarrhée. La majorité des enquêtes réalisées par le Ministère de la Santé se sont intéressées à cette pratique. Ainsi l'EMPCD de 1991 a montré que l'allaitement maternel était maintenu dans 96.6 % des cas sans différence significative entre les milieux urbain et rural. En 1992, L'ENPS a révélé un taux de 99 % : 75 % des enfants ont reçu le sein comme en période normale, 17 % ont été allaités plus fréquemment et 7 % ont été moins allaités.

En 1995 et d'après l'enquête ENPS PANEL, l'allaitement au sein a été maintenu dans 97,6 % des cas.

3.3.3.3. Utilisation des médicaments et recours aux soins

Quant au recours aux médicaments, les différentes enquêtes ont démontré que leur utilisation demeure fréquente surtout en milieu urbain et particulièrement celle des antibiotiques avec un taux de 32.9 % en 1995. A noter que l'automédication occupe une place importante bien que la consultation devant une diarrhée ait doublé de 1987 à 1995 : de 15.0 % en 1987 à 30.6 % en 1995 et en 22 % en 2003.

Tableau 22 : Utilisation des médicaments au cours des épisodes diarrhéiques de l'enfant

	ENPS 1987	EMPCD 19 91	ENPS 1992	PAPCHILD 1997	ENSPF 2003-04
Usage de médicaments	N : 45.0 % U : 73.0 % R : 45.0 %	N : 22.6 % U : 31.2 % R : 18.4 %	N : 66.7 % U : 41.5 % R : 20.6 %	-	N : 24.4 %
Usage d'antibiotique	15,0%	-	11.0 %	30,6 %	-
Autres	-	-	14.0 %	-	-

- La lutte contre les maladies diarrhéiques a eu un impact considérable sur la mortalité infanto-juvénile. On estime selon l'enquête nationale sur les causes et circonstances de décès réalisée en 1998 que le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques a contribué à la réduction de la mortalité par diarrhée de l'ordre de 47 % dans la période post-néonatale (1 mois à 11 mois) et de 69 % dans la période juvénile (1 an à 59 mois).
- Grâce aux campagnes de mobilisation sociale et aux efforts d'éducation des mères qui consultent au niveau des structures de santé, les pratiques communautaires en matière de prise en charge des cas de diarrhée ont connu une amélioration notable.
- Des efforts restent à faire en matière d'amélioration de la qualité de prise en charge des cas au niveau des structures de santé à travers les protocoles de la PCIME et au niveau communautaire.

4. PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Jusqu'à ces dernières années l'allaitement maternel n'a pas été considéré comme un problème de Santé Publique au Maroc. L'idée que sa pratique était largement répandue et ne nécessitant pas d'action particulière était communément admise. Cependant, les données émanant des différentes enquêtes avaient attiré l'attention des responsables et une série d'actions et de mesures ont été entreprises pour relancer la pratique de l'allaitement maternel.

4.1. Situation de la pratique de l'allaitement maternel

Malgré les mesures prises, le constat montre une tendance constante à la baisse de cette pratique bien objectivée par les données des enquêtes nationales sur la population et la santé réalisées par le Ministère de la Santé en 1992, 1997 et 2003.

Tableau 23 : Situation de la pratique de l'allaitement maternel au Maroc

	ENPS 1992 National %	Papachild 1997 National %	ENSPF 2003-04 National %
Mise au sein (1 heure après accouchement)	49	42	52
Allaitement maternel exclusif durant 6 mois	51	41	32
Allaitement maternel jusqu'à un an	70	67	70
Durée moyenne de l'allaitement maternel (mois)	15.5	14.0	13.9
Introduction du biberon à 2 mois	23	47	38

Ces données ont été le point de départ de toute une série d'actions et de réflexions sur la question et ont amené les responsables en matière de santé maternelle et infantile au niveau du Ministère de la Santé à décider en 2004 d'élaborer une stratégie nationale pour la promotion de l'allaitement maternel et aussi de bonnes pratiques en matière d'alimentation de l'enfant conformément aux directives de la stratégie mondiale d'alimentation du nourrisson et de l'enfant lancée en 2004 par l'OMS et l'UNICEF.

4.2. Actions développées en vue de promouvoir la pratique d'allaitement maternel

4.2.1. Mise en œuvre en 1992 d'un plan d'action de promotion de l'allaitement maternel

Partant des éléments de diagnostic de la situation et de leur analyse, le Ministère de la Santé s'est engagé dans un processus à long terme avec des objectifs précis pour infléchir la tendance à la baisse de la pratique de l'allaitement maternel dans notre pays.

Plusieurs objectifs ont été assignés au plan d'action de promotion de l'allaitement maternel :

- Faire en sorte que le nouveau-né soit mis au sein dans les premières heures de vie, en particulier quand l'accouchement intervient en milieu surveillé.
- Développer l'adoption de l'allaitement maternel par les primipares, en installant des dispositifs d'accompagnement des premières grossesses.
- Promouvoir une perception positive du colostrum, en mettant l'accent sur sa valeur immunologique.
- Développer la confiance des mères quant à la qualité et à la quantité du lait que reçoit l'enfant au sein
- Veiller à préserver l'allaitement maternel en cas de "maladie" de la mère.
- Assurer une contraception efficace à la femme allaitante.
- Soutenir la poursuite de l'allaitement maternel par les femmes actives en milieu urbain. (Par la promotion de la pratique de l'allaitement maternel exclusif durant le congé de maternité et de l'allaitement mixte après).
- Veiller à ce que l'enfant malade (en particulier en cas de diarrhée) continue de bénéficier de l'allaitement maternel.
- Assurer l'application et la généralisation effective des dispositions réglementaires déjà existantes en matière de protection de l'allaitement maternel (notamment : les congés de maternité et l'aménagement des horaires de tétées).
- Installer de nouvelles pratiques en matière de sevrage en évitant le démarrage de la diversification alimentaire avant le 4e/6 mois et en encourageant des modes de sevrage progressifs.
- Développer l'implication des diverses catégories de professionnels de santé dans la prise en charge de la promotion de l'allaitement maternel (au cours du suivi, pré-natal, au moment de l'accouchement, et au postnatal).
- Développer la vigilance des professionnels de santé vis à vis des arguments déployés par les structures commerciales de l'industrie diététique en faveur des laits artificiels.
- Alerter les professionnels de santé sur l'évolution alarmante de la pratique de l'allaitement maternel au Maroc.
- Veiller à l'application du code de commercialisation et des substituts du lait maternel et envisager la mise en place d'une législation à ce sujet.

4.2.2. Initiative Hôpitaux Amis des Bébé

Lancée par l'OMS et l'UNICEF en 1992 cette initiative consiste à modifier les pratiques hospitalières, particulièrement celles des professionnels de santé travaillant en maternité, en faveur de la pratique de l'allaitement maternel.

L'initiative consiste à appliquer 10 conditions essentielles dites règles mondiales et dont l'objectif majeur est de donner toutes les chances aux mères et aux enfants pour adopter et pratiquer l'allaitement maternel en leur apportant le soutien nécessaire au démarrage et au maintien de la lactation. De même que ces structures de santé doivent revoir l'ensemble de leur pratique vis à vis des mères allaitantes et faire en sorte qu'aucun obstacle ou déviation ne viennent entraver l'allaitement maternel.

L'initiative induit un processus d'auto évaluation des hôpitaux, particulièrement des protocoles de prise en charge des mères et des nouveau-nés, un processus de formation et de recyclage du personnel de l'hôpital en matière de gestion de la lactation de même que la mise en place d'actions spécifiques pour la protection et le soutien de l'allaitement maternel.

En 1993, le Ministère de la santé a lancé cette initiative au niveau des services de Pédiatrie et de Maternité. de 38 hôpitaux dont 18 soit 45% ont été évalués et certifiés, 4 soit 11% évalués mais non certifiés et 16 soit 34% non encore évalués.

Il s'agit là d'une action essentielle qui vise à redresser et renforcer le rôle des structures de santé dans le soutien et la promotion de l'allaitement maternel et faire en sorte que les formations sanitaires soient des centres de rayonnement en matière d'éducation de la population en matière de santé.

4.2.3. Elaboration d'un code national de commercialisation des substituts de l'allaitement maternel

Il permet de procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées.

Le code n'est pas une interdiction de laits artificiels ou des biberons, mais leur promotion et leur vente doivent être réglementées. C'est une recommandation minimum qui s'adresse à tous les pays et à tous les fabricants

4.2.4. Perspectives

En octobre 2004, un séminaire atelier a été organisé à Fès avec l'appui de l'UNICEF et la participation de plusieurs experts nationaux dans le but d'élaborer un plan d'action pour la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel. Le plan d'action sera mis en œuvre dès le début de 2005 sous la supervision d'un comité national ad hoc constitué à cet effet.

- La pratique de l'allaitement maternel a connu un net déclin durant les dernières années et ce pour de multiples raisons d'ordre culturel et socio-économique sans oublier celles liées au système de santé (organisation des maternités, pratiques des professionnels de santé, etc.).
- Les efforts entrepris dans le cadre du plan d'action national de promotion de l'allaitement maternel et l'Initiative Hôpitaux des Amis n'ont pas pu freiner cette tendance à la diminution.
- Une stratégie nationale de promotion de l'allaitement maternel sera élaborée en vue d'agir sur les trois composantes à savoir, la promotion, le soutien et la protection et ce à travers une approche globale et multisectorielle.

5. LUTTE CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES

Parmi les maladies infantiles responsables de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans on retrouve comme c'est le cas au niveau des autres pays les infections respiratoires aiguës. Ainsi et d'après les données de l'enquête nationale sur les causes et circonstances de décès des enfants de moins de 5 ans de 1988, les infections respiratoires aiguës occupaient le second rang après les maladies diarrhéiques en tant que cause des décès infanto juvéniles et étaient responsables de 14 % des décès. C'est aussi une cause fréquente de consultation au niveau des formations sanitaires de premier niveau avec une proportion de 30 à 50 %.

En 1992, un programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës a été instauré et après une phase pilote ayant concerné 4 provinces (Agadir, Marrakech, Kenitra et Meknès), sa généralisation a été lancée en 1993.

Les différentes activités développées dans le cadre de ce programme sont comme suit :

- Dotation des unités de formation à la prise en charge des cas d'IRA en matériel didactique et supports audio-visuels nécessaires.
- Formation à la prise en charge des cas d'infections respiratoires aiguës des professionnels de santé exerçant au niveau des structures de premier niveau et des pédiatres.

- Formation des professionnels de santé en techniques supervision des activités du programme.
- Réalisation d'enquêtes ethnographiques auprès des mères pour ce qui est de leurs perceptions, attitudes et pratiques en matière de prise en charge des IRA
- Réalisation d'une enquête sur la qualité de prise en charge des cas d'IRA au niveau des formations sanitaires de premier niveau par les professionnels de santé formés.
- Conception de supports destinés à l'éducation de la population.
- Acquisition de matériel médical essentiellement des otoscopes et des minuteurs ainsi que des chambres d'inhalation.
- Dotation des formations sanitaires en médicaments.
- Suivi-évaluation des activités du programme.

6. PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT

Le Maroc est le deuxième pays de la région EMRO, après le Soudan, à avoir adopté en 1997 la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Vingt ans auparavant, il avait mis en place des programmes de soins de santé de base conformément aux résolutions du sommet d'Alma-Ata de 1978. Ces programmes démarrés pour la majorité à la fin des années 70 étaient des programmes spécifiques axés sur la prévention et visaient en particulier les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge de procréer.

Depuis leur instauration, les programmes destinés aux enfants ont permis de réduire de manière considérable la mortalité et la morbidité des enfants de moins de 5 ans. Cependant, malgré l'impact positif noté, la situation sanitaire des enfants reste préoccupante au Maroc comme par ailleurs dans les pays en voie de développement avec un taux de mortalité infanto-juvénile de l'ordre de 46 ‰ (PAPCHID 1997).

Aussi le Ministère de la Santé a adopté en 1997 la stratégie PCIME comme une approche alternative à développer pour promouvoir la santé de l'enfant et l'a inscrite dans le plan quinquennal de développement pour la période 2000-2004.

6.1. Justificatifs de l'introduction de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Maroc

Le besoin d'améliorer la qualité des soins destinés aux enfants de moins de 5 ans au niveau des structures de santé de premier niveau, de contribuer à la révision du système de santé et de réduire ainsi d'avantage la mortalité infanto juvénile et de remédier aux insuffisances des programmes spécifiques de l'enfant (approche verticale, manque de synergie et de coordination, limites, etc.) ont été parmi les arguments qui ont amené le Ministère de la Santé à adopter l'approche PCIME.

Si une diminution drastique en matière de mortalité, a pu être réalisée entre 1979 et 1997, le défi pour le Maroc est considérable pour les prochaines années imposant l'amélioration de la qualité des prestations et une prise en charge globale de la santé de l'enfant. Et comme le montre l'enquête sur les causes des décès infanto juvéniles, il y a lieu de renforcer la lutte contre les maladies infectieuses (essentiellement les maladies diarrhéiques et les IRA) et d'agir sur la période périnatale sans oublier d'améliorer impérativement l'état nutritionnel.

Tableau 24 : Morbidité infanto-juvénile comparative au Maroc, Tunisie, Syrie et Djibouti

	Maroc	Tunisie	Djibouti	Syrie
Malnutrition Chronique	24.6 % (ENSPF 2003-04)	12.3 % (MICS 2-2000)	32 % (ENSPF 2003-04)	26 % (DHS 2002)
Malnutrition aigue	9.3 % (ENSPF 2003-04)	2.2 % (MICS 2-2000)	24 % (ENSPF 2003-04)	9 % (DHS 2002)
Insuffisance pondérale	10.2 % (ENSPF 2003-04)	5 % (MICS 2-2000)	35 % (ENSPF 2003-04)	11 % (DHS 2002)
Diarrhée	12 % (ENSPF 2003-04)	5.75 % (MICS 2-2000)	12.5 % (ENSPF 2003-04)	-
Dysenterie		11.1 % (MICS 2-2000)	2.3 % (ENSPF 2003-04)	-
Carence en vitamine A	40.9 % (ERCVA 1998 ⁴)	-	-	-
Anémie ferriprive	32 % (ENCFUISVA 2000 ⁵)	-	-	-

6.2. Organisation et gestion des activités PCIME

6.2.1. Au niveau central

La stratégie PCIME est domiciliée au Service de Protection de la Santé de l'Enfant, qui fait partie de la Division de la Santé Maternelle et Infantile rattachée à la Direction de la Population.

Dès l'adoption de la stratégie et parallèlement à la mise en place du comité national directeur et du comité technique, il y a eu constitution d'une équipe pour assurer la gestion des activités PCIME. Cette équipe devrait être renforcée en vue de faire face à la charge de travail liée à la généralisation de la stratégie.

6.2.2. Au niveau provincial

Les activités PCIME sont gérées par une cellule mise en place à l'issue des cours cliniques, de formation en techniques d'animation et en techniques de suivi. Cette cellule regroupe les animateurs de santé de l'enfant (PLMD, PLIRA, PNI, PLMC), d'IEC et le point focal chargé de la composante communautaire et elle est sous la responsabilité d'un médecin formateur PCIME initié aux techniques de suivi.

Les tâches de cette cellule consistent essentiellement à :

- Élaborer un plan d'action annuel des activités relatives aux trois composantes : clinique, organisationnelle et communautaire.
- Veiller à la réalisation des activités programmées.
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités P.C.I.M.E au niveau du terrain (supervision).
- Evaluer les réalisations et analyser les données relatives aux performances P.C.I.M.E.
- Organiser des réunions pour présenter les réalisations et discuter des problèmes et des éventuelles solutions.

6.2.3. Appui du Service de Protection de Santé de l'Enfant

Le Service de Protection de Santé de l'Enfant encadre les équipes provinciales en matière :

- d'élaboration du plan d'action PCIME.

⁴ Enquête Régionale sur la Carence en Vitamine A, Ministère de la Santé 1998.

⁵ Enquête Nationale sur la Carence en Fer, l'utilisation du sel iodé et la supplémentation en vitamine A (ENCFUISVA), Ministère de la Santé, 2000.

- d'identification des sites de formation clinique.
- de l'organisation et l'encadrement des premières sessions de formation avec comme objectif de rendre l'équipe locale autonome au plus tard à l'issue du 3^{ème} cours.
- de l'organisation des sessions de formation de formateurs.
- de l'organisation des séminaires de formation en techniques de suivi et la réalisation des premières visites de suivi.

6.3. Mise en œuvre de la stratégie PCIME

6.3.1. Phase d'introduction de la PCIME au Maroc

La phase d'introduction qui a duré 13 mois (mars 1997-juin 1998) a été essentiellement consacrée à l'adaptation des directives cliniques au contexte épidémiologique du pays et à préparer les supports de formation.

Cette adaptation a été réalisée par des personnes ressources nationales avec l'assistance technique de l'OMS/EMRO et de BASICS.

L'équipe chargée de l'adaptation était constituée des personnes ressources suivantes :

- Un cadre du programme PLMD (point focal technique).
- Le responsable du programme IRA.
- Un cadre du programme PLMC.
- Un cadre de la Division de la Formation Continue.
- Un pédiatre de santé publique.
- Un enseignant universitaire de la faculté de médecine de Casablanca.
- Deux enseignants universitaires de la faculté de médecine de Rabat.

Dans un premier temps, deux réunions de consensus ont été organisées (novembre et décembre 1997) en vue de définir les problèmes de santé prioritaires à retenir dans le cadre de l'approche PCIME. Par la suite une série de réunions de consensus se sont avérées nécessaires pour valider les directives cliniques et le premier cours national PCIME a eu lieu du 13 au 24 juillet 1998.

A noter que l'adaptation a concerné l'algorithme, les 7 modules des participants, le guide de l'animateur, les guides pour la pratique clinique et le guide du directeur du cours. Par ailleurs, il a été aussi procédé à l'adaptation des conseils alimentaires et ce à la lumière des données de l'enquête réalisée à cet effet (novembre 1997).

D'une manière générale et pour ne citer que les principales adaptations par rapport aux directives génériques de l'OMS, la version marocaine se caractérise par :

- Une réorganisation de la boîte des signes généraux de danger (ajout d'un 5^{ème} signe et instauration de 2 classifications, chose qui n'existait pas dans la version générique).
- L'introduction du sifflement dans la boîte toux ou difficultés respiratoires, l'utilisation des bronchodilatateurs inhalés avec recherche active de la notion de contagé tuberculeux et déclaration des cas.
- L'ajout de la boîte problème de gorge.
- La réorganisation de la boîte fièvre du fait que le paludisme ne constitue plus un problème majeur de santé publique et ce depuis plusieurs années.
- La séparation des boîtes état nutritionnel et anémie en deux boîtes avec une classification indépendante de l'anémie et de l'état nutritionnel.
- La révision de la boîte évaluation de l'alimentation et de l'allaitement maternel.
- La révision des protocoles thérapeutiques.

6.3.2. Phase de mise en œuvre précoce

La phase de mise en œuvre précoce a concerné deux provinces pilotes : Meknès El Menzeh et Agadir Ida Outanane. Cette phase a duré de 1998 à 2000.

Critères de choix des provinces pilotes

Parmi les critères qui ont déterminé le choix des deux provinces pilotes il y a lieu de citer le fait :

- que les deux provinces appartiennent à deux régions où les taux de mortalité infanto-juvénile restent élevés par rapport à la moyenne nationale avec respectivement 55 %° pour la région de Sous Massa Daraa (Agadir Ida Outanane) et 65 %° pour la région de Meknès Tafilalt (Meknès El Menzh).
- que les deux provinces disposent d'une bonne infrastructure sanitaire et d'équipes compétentes et motivées.

Tableau 25 : Mortalité chez les enfants de moins de cinq ans

	Mortalité Néonatale	Mortalité Infantile	Mortalité Juvénile	Mortalité Infanto-juvénile
Moyenne nationale	19.7 %°	36.6 %°	9.8 %°	45.8 %°
Région de Meknès Tafilalt	29 %°	45 %°	8 %°	65 %°
Région de Souss Massa Daraa	23 %°	58 %°	10 %°	55 %°

Source : Ministère de la Santé, Papchild 1997

Tableau 26 : Morbidité infanto-juvénile

	Malnutrition Chronique	Malnutrition Aiguë	Insuffisance pondérale	Diarrhée	Dysenterie
Moyenne nationale	14.5 %	3.1 %	7 %	20.9 %	12 %
Région de Meknès Tafilalt	15 %	4 %	11 %	10 %	0 %
Région de Souss Massa Daraa	19 %	4 %	13 %	22 %	9 %

Source : Ministère de la Santé, Papchild 1997

Tableau 27 : Infrastructure sanitaire au niveau des provinces de Meknès El Menzeh et d'Agadir Ida Outanane (1999)

	Effectif des Professionnels de santé impliqués dans la santé de l'enfant			Formations sanitaires	
	Pédiatres	Médecins généralistes	Infirmiers	Milieu urbain	Milieu rural
Meknès El Menzeh	5/128 (4 %)	36/128 (28 %)	87/128 (68 %)	13/36 (36 %)	23/36 (64 %)
Agadir Ida Outanane	2/126 (1 %)	30/126 (24 %)	94/126 (75 %)	9/29 (31 %)	20/29 (69 %)

6.3.3. Phase d'extension

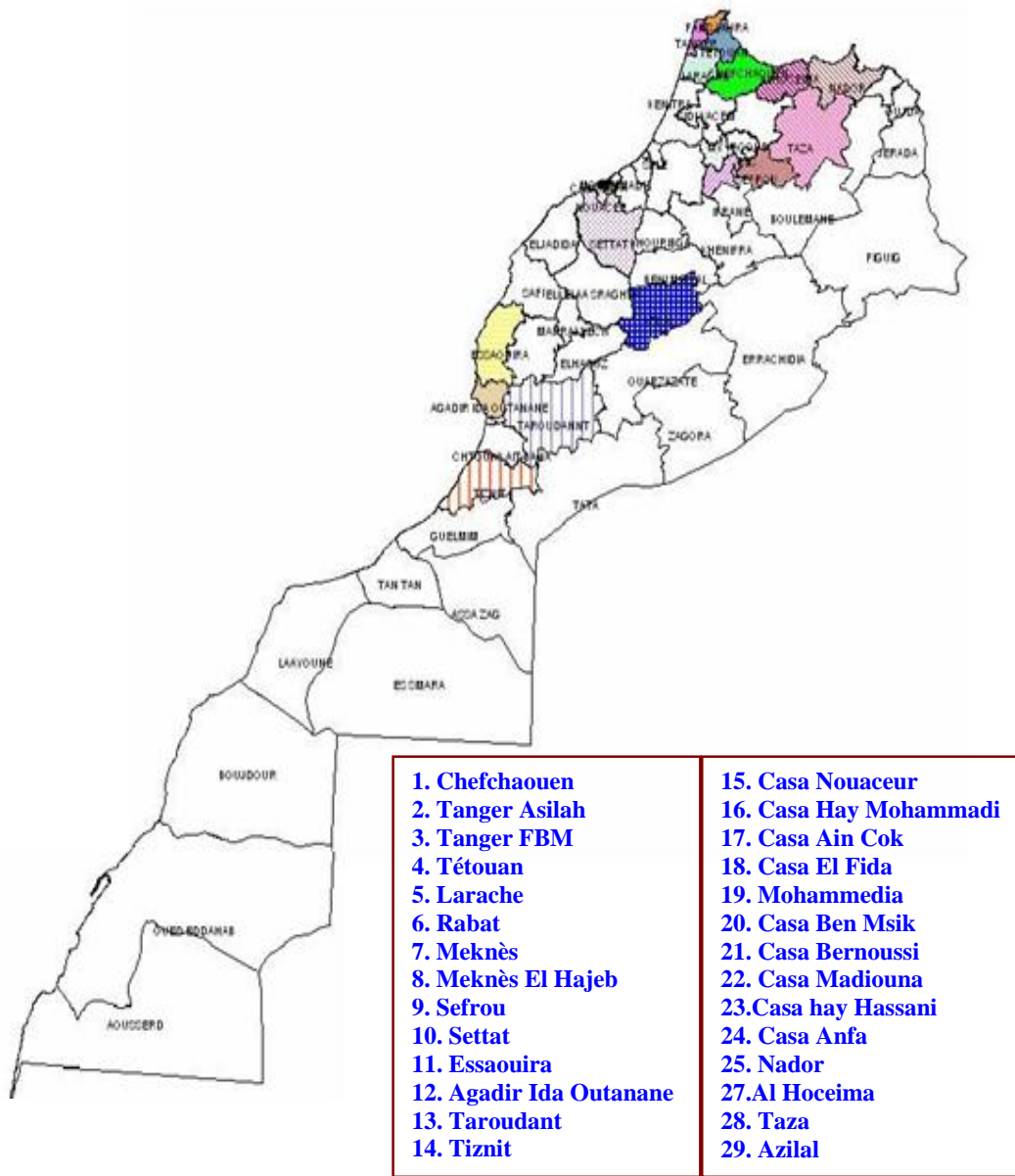
La phase d'extension a démarré à la fin de l'année 2000. Conformément aux recommandations de la revue de la phase pilote, on a tenu à ce que cette extension ait lieu d'abord au niveau des deux régions déjà concernées où un pool de formateurs et des centres

formateurs sont disponibles. A l'état actuel, 25 provinces réparties sur 8 régions sont concernées avec un taux de couverture variable en matière de formation clinique. Le choix de ces provinces est essentiellement déterminé par :

- Leur appartenance à l'une des deux régions où la phase pilote avait été instaurée.
- Les critères épidémiologiques (mortalité et morbidité infantile et infanto-juvénile).
- La prédominance du milieu rural.

Le rythme de cette extension est intimement lié à la disponibilité des ressources financières, cependant la capacité de la région et des équipes provinciales à implanter cette stratégie sont des facteurs déterminants de réussite.

**Figure 3 : Extension de la stratégie PCIME
Situation au mois d'octobre 2005**



6.4. Composantes de la PCIME

6.4.1. Composante clinique

6.4.1.1. Formation continue

En vue d'optimiser au maximum les apports de l'enseignement des directives cliniques PCIME, une attention particulière a été accordée à la gestion de cette activité dans toutes ses étapes.

6.4.1.1.1. Organisation de la formation

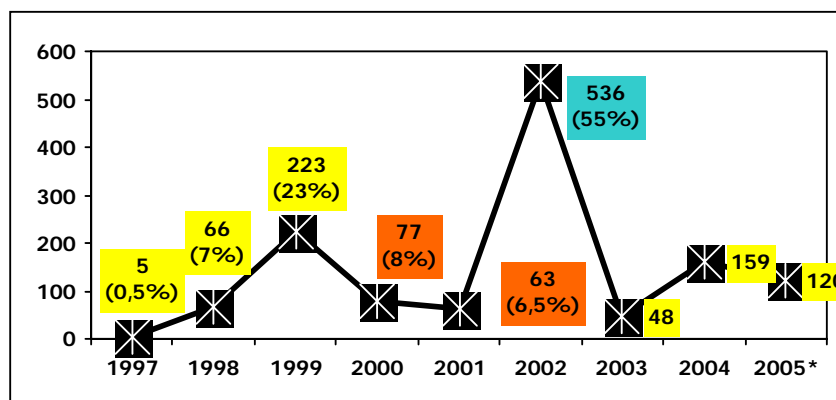
La planification de la formation a lieu en collaboration étroite avec l'équipe provinciale au profit des profils des professionnels de santé préalablement définis. Au niveau central, cette formation concerne les cadres impliqués dans la planification, la gestion et le suivi des activités de la santé de l'enfant ainsi que les cadres de la Division de la Formation. Du fait de l'importance de l'introduction de l'enseignement de la PCIME dans la formation de base, les enseignants pédiatres des facultés de médecine et les enseignants chargés des programmes de santé infantile et de la pédiatrie au niveau des IFCS ont constitué une cible privilégiée pour la formation PCIME. Parmi les professionnels de santé du terrain, les gestionnaires du SIAAP (médecin chef et major du SIAAP et les animateurs des programmes de la santé de l'enfant, etc) et les prestataires au niveau du terrain impliqués dans les activités de la santé de l'enfant (pédiatres, médecins généralistes, infirmières de SMI, majors de centre de santé (CS), infirmiers chef de secteur, infirmiers itinérants et infirmiers de l'équipe mobile) constituent le public cible pour cette formation.

Les critères de qualité de la formation tels qu'ils ont été définis par l'OMS sont respectés et sont comme suit :

- Le ratio animateur / participant : 2/8.
- Tous les modules sont étudiés et tous les exercices sont faits.
- Le volet pratique représente le 1/3 de la durée totale de la formation.
- Le nombre d'enfants malades examinés par participant : au moins 20 enfants.

La durée de la formation a été régulièrement revue suite aux révisions des modules et aussi suite à la décision d'organiser des sessions destinées au personnel médical et d'autres au personnel infirmier. Ainsi, on est passé de 11 jours lors des cours nationaux à 12 jours lors de la phase pilote puis à 10 jours à la phase d'extension. Actuellement, le cours destiné au personnel médical dure 7 jours contre 4 jours pour le personnel infirmier.

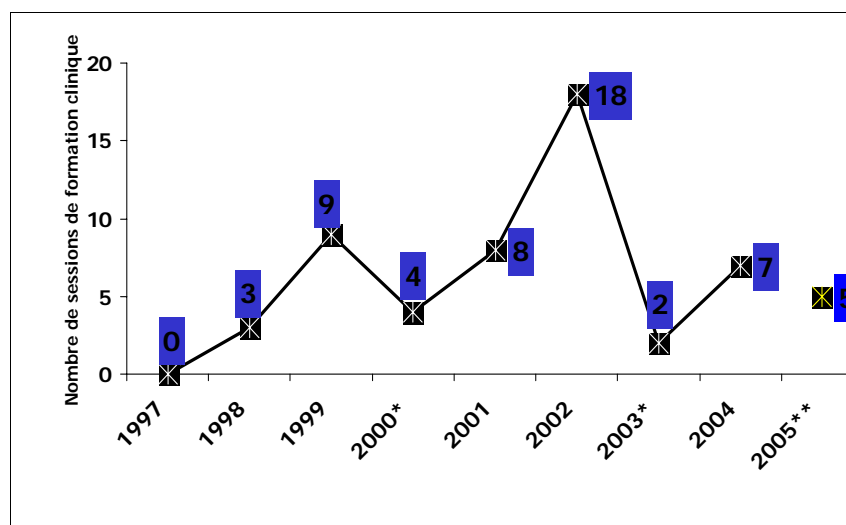
Graphique 26 : Effectif des professionnels de santé formés à la PCIME



* Il s'agit de l'effectif des professionnels de santé formés durant les trois premiers trimestres de l'année 2005.

C'est ainsi que 1018 professionnels de santé ont été formés sur les directives cliniques de la PCIME à l'issue de 44 sessions (voir tableaux en annexes). A noter que le rythme des sessions est intimement lié aux moyens financiers mis à la disposition du projet comme le montre le graphique ci-dessous : Les années 2000 et 2001 sont les années où les réalisations en matière de formation étaient les plus faibles du fait des contraintes financières.

Graphique 27 : Nombre de sessions de formation clinique PCIME



* Le nombre réduit de sessions de formation PCIME en 2000 et 2003 est lié à des contraintes financières.

** Il s'agit du nombre de sessions de formations clinique PCIME organisées durant les trois premiers trimestres de l'année 2005.

6.4.1.1.2. Suivi après la formation

Conformément aux directives de l'OMS, le suivi est systématique après la formation et a comme objectifs :

- De renforcer les compétences des professionnels de santé formés à la PCIME en particulier pour les techniques nouvellement enseignées.
- D'identifier les problèmes rencontrés par les professionnels de santé formés.
- De recueillir des informations sur la qualité de prise en charge des enfants malades.

D'une manière générale, les visites de suivi ont montré que les professionnels de santé formés:

- Sont satisfaits de la qualité de la formation.
- Utilisent l'algorithme ainsi que les autres supports PCIME.
- Ont vu leurs compétences renforcées et ont acquis de nouvelles techniques : recherche de certains signes cliniques clés, évaluation de l'alimentation, identification des problèmes alimentaires et conseils des mères qui sont satisfaites des prestations offertes.

Par ailleurs, l'introduction de la stratégie PCIME a permis de renforcer la collaboration entre médecins et infirmiers au niveau des formations sanitaires et entre le service de Pédiatrie de l'hôpital et les structures ambulatoires.

6.4.2. Composante organisationnelle

6.4.2.1. Système d'information

Des progrès ont aussi été réalisés dans le domaine de la révision du système d'information en vue de l'adapter aux besoins de la PCIME. Ainsi et depuis janvier 2003, un système d'information adapté à la PCIME a été généralisé aux 15 provinces où cette stratégie a été introduite après avoir été testé par l'équipe de Meknès El Menzeh. La difficulté résulte dans le fait qu'en absence de la généralisation de la PCIME, les professionnels de santé sont dans l'obligation d'utiliser les deux systèmes d'information à la fois. Ceci constitue une contrainte du fait de la charge de travail relative au remplissage des supports du système d'information.

6.4.2.2. Médicaments

En matière de gestion des médicaments, les professionnels de santé ont été sensibilisés sur l'importance et les moyens de rationaliser l'utilisation des médicaments. Les principaux acquis dans ce domaine sont :

1. L'introduction des médicaments de la PCIME dans la liste nationale des médicaments essentiels.
2. L'élaboration d'un guide de protocoles thérapeutiques incluant les protocoles de la PCIME en vue de rationaliser la prescription des médicaments.
3. L'élaboration d'un livret thérapeutique visant à encourager les prescripteurs à utiliser les médicaments génériques.
4. L'approvisionnement régulier des formations sanitaires en médicaments particulièrement celles du milieu rural éloigné.
5. La formation en gestion des médicaments avec élaboration d'un guide relatif à cette gestion. La formation a concerné les professionnels de santé de la quasi-totalité des provinces y compris celles où la PCIME a été introduite. Cette activité est domiciliée au niveau de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires.

6.4.3. Composante communautaire

L'équipe dispose d'une bonne expérience et a élaboré un guide de mise en place de la composante communautaire. Depuis 1999, l'année où a été initiée la première expérience en matière d'approche communautaire, plusieurs sites ont été identifiés et plusieurs actions sociales et sanitaires y ont été développées.

Cependant, et en vue d'atteindre les objectifs, il est capital de :

- Standardiser la démarche en matière d'approche communautaire en privilégiant la démarche basée sur l'enquête de planification communautaire.
- Renforcer la coordination entre les différentes structures du Ministère de la Santé et entre les départements extra-santé, la société civile et les ONG.
- Arrêter des objectifs clairs et déterminer le rôle de chaque intervenant.
- Inclure l'enseignement de l'approche communautaire dans la formation de base des professionnels de santé (médecins et infirmiers).
- Institutionnaliser l'approche communautaire pour bénéficier d'un engagement politique nécessaire à la phase d'extension.
- Documenter et évaluer les expériences menées jusqu'à ce jour en vue d'identifier les points forts et les points faibles et les utiliser comme données de base lors de la révision.
- Elaborer des supports éducatifs illustrés destinés aux agents relais.
- Elaborer un guide d'évaluation de l'approche communautaire qui comportera des directives utiles pour l'évaluation (stratégie, indicateurs, outils de suivi, etc.).

Principales réalisations en matière d'approche communautaire

1. Elaboration d'un protocole de mise œuvre de l'approche communautaire.
2. Finalisation du protocole après son pré-test au niveau de 3 sites pilotes (Meknès El Menzeh, Agadir Ida Outanane et Safi).
3. Conception d'un guide destiné de mise en place de l'approche communautaire.
4. Organisation d'un séminaire de mise en place du comité national chargé de coordonner les activités d'Approche Communautaire (Direction de la Population, Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires, Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies).
5. Journées d'information et de sensibilisation sur l'Approche Communautaire des équipes provinciales.
6. Formation de 153 professionnels de santé à la démarche de mise en oeuvre de la composante communautaire de la stratégie PCIME répartis sur 9 provinces (Meknès, Agadir, Marrakech El Haouz, Ouarzazate, Zagora, Essaouira, Chefchaouen, Sefrou et Settat),
7. Réalisation de 5 enquêtes d'évaluation et de planification communautaire couvrant une dizaine de localités rurales au niveau de 5 provinces (Marrakech El Haouz, Chefchaouen, Essaouira et Zagora, Ouarzazate),
8. Formation de 89 agents communautaires (61 femmes et 28 hommes).
9. Formation des équipes provinciales en Approche communautaire et Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (Settat, Sefrou, Zagora et Ouarzazate).
10. Suivi des sites de Meknès El Menzeh et redynamisation des équipes provinciale et locale.
11. Suivi de la mise en œuvre des plans d'action communautaires au niveau des provinces de Chefchaouen et Essaouira.

6.5. Introduction de l'enseignement de la PCIME dans le cursus de base

Actuellement, et d'une manière générale, la majorité des objectifs d'apprentissage enseignés dans le cursus de base sont ceux en rapport avec les programmes mis en place par le Ministère de la Santé. Cependant, la formation reste axée sur la pratique hospitalière et les futurs médecins sont insuffisamment préparés à assumer leur rôle de médecin de santé publique. L'étudiant ne reçoit pas la dimension communautaire des problèmes de santé et ses capacités à communiquer efficacement sont limitées.

C'est à cet effet que l'enseignement de la PCIME a été introduit dans la formation de base des médecins et des infirmiers. Elle permet la maîtrise de l'approche clinique PCIME d'une part et l'acquisition de connaissances et de compétences permettant aux futurs professionnels de santé d'aborder les aspects organisationnels et communautaires de la PCIME d'autre part. Elle permet aussi de réduire le coût de la formation et d'assurer la pérennité de la stratégie.

Instituts de formation aux carrières de santé (IFCS) :

La stratégie d'introduction de la PCIME dans les Instituts de Formation aux Carrières de Santé » (IFCS) est basée sur le consensus obtenu pendant l'atelier qui a eu lieu du 6 au 9 décembre 1999. Elle tient aussi compte des facteurs favorables liés à l'extension de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant effective à compter de 2001. Cet enseignement a démarré au niveau de 2 écoles d'infirmiers (Meknès et Agadir) et ce à partir de l'année universitaire 2000-2001. Il se déroule sous forme d'un séminaire de 7 jours organisé à la fin de la dernière année de formation.

Facultés de médecine :

Pour les étudiants en médecine, les directives cliniques de la PCIME sont enseignées au cours du stage de pédiatrie de la 6^{ème} année. Les approches sont différentes selon qu'il s'agit de la faculté de médecine de Rabat ou de Casablanca. Pour Rabat, l'enseignement a lieu sous forme d'un séminaire de 5 jours encadré par un binôme fait d'un enseignant et d'un pédiatre de santé publique pour chacun des 5 services de pédiatrie. La pratique clinique se déroule à la fois au niveau du service de pédiatrie et des formations sanitaires ambulatoires. L'équipe de la faculté de Casablanca a aussi opté pour les étudiants de 6^{ème} année comme public cible de cette formation mais avec une approche différente

basée sur un enseignement réparti sur plusieurs séances et sans volet pratique ambulatoire et sans implication des pédiatres de santé publique.

Au niveau de la Faculté de Médecine de Casablanca, le département de pédiatrie a saisi l'introduction de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant dans la formation de base pour réviser l'approche pédagogique et les outils d'enseignement de la pédiatrie utilisés jusqu'à ce jour.

Il faut noter qu'à l'occasion de l'introduction de l'enseignement de la PCIME au niveau des facultés de médecine, 3 groupes d'enseignants ont bénéficié d'une formation en matière d'enseignement des compétences cliniques.

Il est prévu d'évaluer les deux approches adoptées par les deux facultés de médecine et d'étendre l'enseignement de la PCIME aux deux autres facultés du pays : Fès et Marrakech. Le Maroc a été parmi les premiers pays de la région EMRO à avoir introduit l'enseignement de la PCIME au niveau des facultés de médecine et l'expérience marocaine a été présentée et discutée au Caire en 2002 lors de la réunion organisée par le bureau régional de l'OMS.

6.6. Revue de la phase pilote de la stratégie PCIME

La revue de la phase initiale de mise en œuvre de la stratégie PCIME s'est déroulée du 18 au 26 octobre 1999. Cette revue avait pour objectifs :

- d'identifier les progrès réalisés.
- d'identifier les contraintes et les difficultés rencontrées durant la phase initiale d'implantation.
- de faire des recommandations pour renforcer et étendre cette nouvelle stratégie.

Ont pris part à cette revue les membres du comité national directeur PCIME, les membres du comité technique national PCIME, des représentants des provinces pilotes, des responsables des programmes de santé de l'enfant, des représentants des IFCS, des enseignants des deux facultés de médecine de Casablanca et de Rabat, des représentants de l'OMS, de l'USAID et de l'UNICEF

Les principales recommandations formulées à l'issue de cette revue sont les suivantes :

- Gestion et organisation des activités PCIME
 - L'inscription de la stratégie PCIME de façon régulière dans l'agenda du comité national directeur.
 - Le regroupement au sein de la même structure de tous les programmes de santé de l'enfant.
 - Le plaider à tous les niveaux sur les avantages de la stratégie PCIME notamment auprès des organismes internationaux.
- Composante clinique
 - Explorer les moyens d'introduire, et ce dans les meilleurs délais possibles, l'enseignement des deux composantes clinique et communautaire de la PCIME dans la formation de base des médecins et des infirmiers.
 - Former l'ensemble des formateurs PCIME et des animateurs de santé de l'enfant aux techniques de suivi et les impliquer dans les activités de suivi-supervision.
- Composante organisationnelle
 - Revoir les modalités d'approvisionnement en médicaments surtout en antibiotiques en accordant la priorité aux formations sanitaires du milieu rural et promouvoir une utilisation rationnelle des médicaments.
 - Veiller à ce que tous les médicaments de la PCIME figurent sur la liste nationale des médicaments.
 - Renforcer la supervision (formation, élaboration d'une grille de supervision, etc.).

- Constituer un comité pour réviser le système d'information et l'adapter aux besoins de la PCIME
- Composante communautaire
 - Préparer un plan d'action pour la composante communautaire au niveau des provinces.
 - Assurer sa mise en œuvre.
- Evaluation
 - Associer des sociologues, des anthropologues et des économistes pour démontrer l'apport de la stratégie PCIME.
 - Entreprendre dans le cadre de la recherche opérationnelle des études en vue d'apprécier le rapport coût/efficacité de la stratégie PCIME. Dans le futur, des enquêtes devraient être réalisées pour apprécier les changements survenus dans les pratiques des familles.
- Consolidation et extension
 - Consolider les acquis au niveau des provinces pilotes.
 - Veiller à ce que la province chef lieu de la région soit impliquée en premier lieu en vue de développer des compétences régionales nécessaires à l'étape de décentralisation.

6.7. Evaluation de l'impact de la stratégie PCIME

Une enquête comparative a été réalisée en avril 2000 pour évaluer l'impact de la formation PCIME et du suivi après la formation sur la qualité de la prise en charge des enfants malades. Cette enquête a été conduite au niveau des provinces pilotes où la PCIME a été introduite (groupe expérimental : Meknès El Menzeh et Agadir Ida Outanane) et deux autres provinces non encore concernées (Tétouan et Larache).

Il ressort de cette évaluation que la prise en charge des enfants malades est meilleure quand elle est assurée par des professionnels de santé formés à la PCIME. Cependant, les professionnels de santé ne se conforment pas toujours exactement aux directives cliniques de cette stratégie. L'organisation des services et la disponibilité des médicaments, du matériel médical et des autres supports sont insuffisantes dans les deux groupes de provinces. Des interventions supplémentaires sont donc nécessaires pour renforcer l'adhésion des professionnels de santé aux directives de la PCIME notamment en renforçant l'encadrement et la supervision continue et en assurant la disponibilité des médicaments essentiels au niveau des structures du premier niveau. C'est dire que la formation clinique du personnel à elle seule ne peut pas améliorer le système de santé. Des interventions bien réfléchies pourraient améliorer ce système.

7. Conclusion

Le Ministère de la Santé a adopté la stratégie PCIME en 1997 comme une stratégie fondamentale pour améliorer la santé de l'enfant. La phase pilote, qui a duré deux années (1998 – 1999) s'étant révélée concluante, la décision de généraliser la stratégie a été prise. Jusqu'à fin 2004, 29 provinces réparties sur 9 régions sont concernées. De l'analyse de la situation, il ressort ce qui suit :

Points forts :

- L'existence d'un consensus national sur la pertinence de la stratégie P.C.I.M.E comme l'intervention la plus appropriée et la plus efficace pour améliorer la santé des enfants de moins de 5 ans.
- L'acquisition d'une expertise nationale et régionale en matière de mise en oeuvre de la PCIME et disposition d'un pool de formateurs qualifiés au niveau provincial.
- L'introduction de la PCIME dans la formation de base.
- Les réalisations en matière de gestion des médicaments.

- La mise en place d'un système d'information adapté à la PCIME (expérience à évaluer).
- L'expérience en matière d'approche communautaire (élaboration d'un guide de mise en œuvre de l'approche).

Limites :

Le rythme d'extension de la stratégie est lent ce qui peut mettre en jeu ou réduire l'impact attendu, ceci est la conséquence de :

- L'insuffisance des ressources humaines allouées à la gestion des activités PCIME au niveau central.
- L'insuffisance des ressources financières allouées à : la formation continue, la supervision et l'achat des médicaments essentiels.
- La diminution du soutien financier de la part des différents organismes.
- Certaines contraintes en rapport avec la disponibilité des médicaments et la lourdeur du système d'information.
- Les modalités de gestion et de planification des activités de la PCIME au niveau provincial qui ne sont pas encore bien codifiées

Aussi, le Ministère de la Santé au Maroc comme dans d'autres pays est confronté à deux problématiques :

- Comment assurer la pérennité et l'extension de la PCIME en l'absence d'un support financier suffisant ?
- Comment réussir la mise en place d'une manière concomitante des trois composantes ?

- La stratégie PCIME adoptée en 1997, est retenue par le Ministère de la Santé comme étant la seule alternative pour améliorer la santé des enfants de moins de 5 ans.
- L'évaluation effectuée en 2000 à l'issue de la phase pilote a montre un impact positif sur la qualité de prise en charge des enfants de moins de 5 ans au niveau des formations sanitaires ambulatoires.
- A cette date 29 provinces ont été concernées avec des taux de couvertures variables. La vitesse d'extension est freinée par insuffisance des moyens financiers que ce soit sur le budget de l'état ou dans le cadre de la coopération bilatérale et internationale.
- Des moyens devront être mobilisées pour la généralisation de la stratégie PCIME avec ses trois composantes.

7. LUTTE CONTRE LES TROUBLES DUS AUX CARENCES EN MICRONUTRIMENTS

La lutte contre les troubles dus aux carences en micronutriments est l'une des interventions retenues pour contribuer à la réduction de la mortalité et de morbidité des jeunes enfants. Les expériences conduites à travers le monde sont concluantes car les gains en terme de santé et d'économie sont très encourageants.

7.1. Historique de la lutte contre les carences en micronutriments

La lutte contre les troubles dus aux carences en micronutriments a débuté au Maroc en 1971 par l'adoption de la supplémentation des enfants de moins d'un an en vitamine D (stérogyl 15). L'année 1986 a été marquée par le démarrage de la distribution de comprimés de fer au profit des femmes enceintes au niveau des formations sanitaires de certaines provinces dans le cadre du projet VDMS

(Visite à domicile de motivation systématique). Alors que la supplémentation en iode et en vitamine A n'ont respectivement débuté que depuis 1993 et 1998.

Malgré les efforts déployés, la couverture des populations cibles par ces micronutriments est restée en deçà des objectifs attendus. Plusieurs raisons ont été avancées et ont amené les décideurs du Ministère de la Santé à réviser les stratégies existantes et les moyens engagés et à mettre en place un nouveau programme avec une stratégie plus globale et plus intégrée.

7.2. Ampleur du problème

Les différentes enquêtes menées par le Ministère de la Santé durant les années 90 ont montré l'ampleur du problème. Ainsi, 22% des enfants âgés de 6 à 12 ans présentent un goitre, 35% des enfants âgés de 6 mois à 5 ans ont une anémie par carence martiale, 33 % des femmes en âge de procréer et 45% des femmes enceintes présentent une anémie par carence martiale, 40,9% des enfants de 6 mois à 6 ans présentent une carence en vitamine A avec 3,2% de cas sévères et 2,5% des enfants présentent un rachitisme radiologique.

Devant cette situation, la dernière décennie a constitué une phase de prospection et d'essais pilotes qui a abouti en l'an 2000 à l'adoption d'un programme national de lutte contre les troubles dus aux carences en micronutriments.

7.3. Engagement politique au niveau national et international

Conscient des effets néfastes des carences en micronutriments sur la santé de la population, le Maroc s'est engagé lors du Sommet Mondial pour l'Enfance (New York 1990) et lors de la Conférence Internationale sur la Nutrition (Rome 1992) à appliquer les recommandations relatives à cette problématique.

Il s'agit de réduire du tiers l'anémie ferriprive, d'éliminer presque totalement les troubles dus à la carence en iode et ceux dus à l'avitaminose A.

Pour rendre opérationnel cet engagement, le Gouvernement du Maroc a entrepris plusieurs mesures et actions à travers ses institutions dont le Ministère de la Santé et son champ de coopération nationale et internationale.

Son Altesse Royale la Princesse Lalla Mériem qui lance chaque année depuis 1987, les Journées Nationales de Vaccination a procédé au lancement de manière concomitante en 1996 du programme national de lutte contre les troubles dus à la carence en iode et de lutte contre les troubles dus aux carences en micronutriments A en 2001.

7.4. Mécanismes de fonctionnement du programme

La gestion du programme est assurée par une cellule de coordination aidée par un comité technique et scientifique. Le financement de ce programme est assuré à travers le budget de l'Etat et le soutien des Organisations Internationales et des ONG représentées principalement par MOST/USAID, l'OMS, l'Unicef et HKI. Le Projet MOST composante nutrition de l'USAID a permis, durant les trois dernières années (2000/2003), de mettre en place les grandes orientations du programme.

7.5. Objectifs du programme

Le Programme National de Lutte contre les Troubles dus aux Carences en Micronutriments s'est fixé pour objectifs d'ici l'an 2010:

- L'élimination de l'avitaminose A et de ses effets,
- L'élimination des problèmes dus à la carence en Iode chez les futures naissances,
- La réduction du tiers de l'anémie ferriprive par rapport à son niveau de 1995,
- Le renforcement de la prévention du rachitisme par l'atteinte d'une couverture, par deux doses de vitamine D, supérieure à 80%.

7.6. Stratégie

7.6.1. Composantes de la stratégie

Pour résoudre la problématique des carences en micronutriments, le Ministère de la Santé a développé une stratégie globale et intégrée basée essentiellement sur quatre composantes.

L'éducation nutritionnelle

L'éducation nutritionnelle vise l'encouragement et la promotion de l'allaitement maternel et de bonnes pratiques en matière d'alimentation de complément et d'alimentation d'une manière générale. Le suivi de la croissance de l'enfant est assuré par les professionnels de santé dans toutes les formations sanitaires.

Cette composante de la stratégie répond aussi aux besoins de la population générale en offrant des notions sur la nutrition humaine et sur l'importance d'un régime alimentaire équilibré.

La supplémentation en micronutriments

La supplémentation des enfants de moins de deux ans et des femmes enceintes et allaitantes consiste à administrer des micronutriments sous forme médicamenteuse à savoir des comprimés de fer, des gélules de vitamine A et des ampoules de vitamine D. La supplémentation des populations cibles peut être curative ou préventive.

- Elle est **curative** pour une population carencée présentant des signes cliniques ou des pathologies associées pourvoyeuses de carence. Dans ce cas le patient est en principe vu et traité par le médecin,
- Elle est **préventive** pour des groupes de populations vulnérables tels que les enfants, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes ou allaitantes. Dans ce cas, ces suppléments sont donnés selon un calendrier établi par le Ministère de la Santé (calendrier des prestations / mère et enfant).

La fortification des aliments de large consommation

La fortification représente le moyen le plus efficace et le plus efficient pour lutter contre les troubles dus aux carences en micronutriments. Les aliments candidats à la fortification ou l'enrichissement sont la farine de blé tendre, l'huile de table, le lait et la margarine. La commercialisation de ces produits sera soumise à une réglementation dont les textes ont déjà été élaborés et actuellement en cours de validation par les départements concernés et les produits fortifiés seront reconnaissables grâce à un logo générique signifiant "aliment enrichi" développé par le Ministère de la Santé.

Le renforcement des programmes de santé publique

Le renforcement des programmes de santé maternelle et infantile tels que la vaccination des enfants de moins d'un an et des femmes en âge de procréer, la planification familiale, la maternité sans risque, l'adoption des mesures d'hygiène, la lutte contre les maladies diarrhéiques et les parasitoses intestinales ainsi que la prise en charge correcte des épisodes morbides à travers les directives de la PCIME constituent des mesures d'accompagnement indispensables pour le programme national de lutte contre les carences en micronutriments.

Ces quatre composantes sont la base de la stratégie intégrée de lutte contre les troubles dus aux carences en micronutriments adoptée par le Ministère de la Santé.

7.6.2. Axes d'intervention

Pour mettre en place la stratégie, six axes d'intervention ont été identifiés, il s'agit de :

- L'amélioration des compétences des Professionnels de Santé et des Agents de Développement Communautaires en matière de lutte contre les carences en micronutriments,
- L'amélioration de la couverture par la supplémentation, des populations cibles (enfants de moins de 2 ans et femmes enceintes) en fer et vitamines A et D.
- L'élaboration et diffusion d'un plan de communication en matière d'éducation nutritionnelle (stratégie IEC),

- Développement d'un plan de marketing social pour les aliments enrichis. Dans cette perspective, un logo signifiant "aliment enrichi" a été élaboré par une agence spécialisée puis validé par le comité technique et scientifique du programme. De même, un certain nombre de spots publicitaires ont été élaborés et certains ont été diffusés.
- L'accompagnement des industriels dans le processus d'enrichissement des aliments de large consommation: le Ministère de la Santé a élaboré et validé grâce au comité technique les dossiers techniques relatifs au sel iodé, à la farine fortifiée, à l'huile enrichie et au lait enrichi. De même, il s'est engagé à appuyer les demandes sollicitant la réduction des droits de douane et de TVA pour l'achat de prémix et de matériel pour l'adjonction de ce prémix.
- Le développement de la recherche en matière de nutrition principalement dans le cadre des carences en micronutriments (vitamines et oligo-éléments).

7.6.3. Les intervenants

Les différents intervenants dans ce programme tant du secteur privé et public que des Organisations Internationales et des ONG constituent le Comité National de Lutte contre les Troubles dus aux carences en micronutriments.

Les principaux acteurs sont les suivants:

7.6.3.1. Départements ministériels

Sept Départements Ministériels sont directement impliqués dans le processus de mise en oeuvre de la stratégie nationale, de son suivi et de son évaluation particulièrement pour le volet concernant la fortification à savoir : le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural, le Ministère des Finances, le Ministère de l'Intérieur, le Ministère de l'Education Nationale, le Ministère de la Communication et le Ministère du Commerce et de l'Industrie.

7.6.3.2. Les Universités

La recherche en matière de nutrition constitue une composante essentielle parmi les axes d'intervention du programme national. A cet effet, il y a eu association des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Rabat et de Casablanca, de l'Institut Agronomique et Vétérinaire Hassan II et des Facultés de Sciences et Techniques de Marrakech, Kénitra, El Jadida et Fès.

7.6.3.3. Les Industriels

Le partenaire privilégié dans le processus de mise en application de la stratégie nationale, particulièrement dans la composante fortification, est le secteur industriel. Il s'agit principalement de la Fédération Nationale des Minotiers, de l'Association Professionnelle des Fabricants d'Huile au Maroc, de l'Association des Producteurs de sel, de l'Association des Producteurs de lait et des Laboratoires de Produits Pharmaceutiques,

Un cadre de partenariat a été identifié et approuvé par le comité technique et scientifique du programme national et de ce fait plusieurs actions ont déjà été entreprises.

7.6.3.4. Les Organisations Internationales et les Organisations non Gouvernementales

Les Organisations Internationales sont une partie prenante dans la mise en oeuvre de la stratégie nationale. Il s'agit de l'OMS, de l'UNICEF, de l'USAID, de MOST, de CMS et de HKI. Elles ont toutes contribué, chacune selon ses orientations, à appuyer le programme pour mettre en oeuvre un certain nombre d'activités conformément au plan d'action annuel.

7.6.4. Principales activités réalisées durant la période 2000-2004

7.6.4.1. Elaboration et diffusion des supports didactiques et éducatifs

Le programme national a élaboré et mis en œuvre une stratégie de communication en l'an 2000 et depuis cette date plusieurs supports didactiques et éducatifs ont été produits en collaboration avec la Division de l'IEC et des experts de MOST/USAID. Ces supports sont en principe disponibles dans les formations sanitaires de toutes les provinces et préfectures du Royaume.

7.6.4.2. Elaboration de la stratégie de marketing social

En l'an 2001, l'Agence CMS/USAID a été mandatée pour élaborer une stratégie de marketing concernant les produits alimentaires fortifiés ou enrichis. C'est ainsi que durant ces deux dernières années le Ministère de la Santé a pu élaborer et diffuser un certain nombre de spots promotionnels et un logo générique "aliment enrichi".

7.6.4.3. Formation des professionnels de santé et des Agents de Développement Communautaire

Au niveau des provinces et préfectures, plus de huit mille professionnels de santé ont été formés en matière de lutte contre les carences en micronutriments. Ces professionnels exercent tous dans les cellules de Santé Maternelle et Infantile.

Par ailleurs, l'implication des Agents de Développement Communautaire constitue un choix stratégique pour atteindre les populations vulnérables, cibles du programme. Dans cette perspective, il y a eu implication des scouts, des présidents des associations et des inspecteurs de l'enseignement en vue d'intégrer des notions de nutrition au profit des élèves de l'enseignement fondamental.

7.6.4.4. Réglementation de la commercialisation des aliments de large consommation et octroi du logo "aliment enrichi"

La fortification ou l'enrichissement des aliments de large consommation constitue un choix et une option stratégique du Ministère de la Santé pour lutter à long terme contre les troubles dus aux carences en micronutriments. A noter que le choix a porté sur la farine pour ce qui est du fer et sur l'huile de table pour ce qui est des vitamines A et D et un logo a été élaboré pour rendre aisée l'identification des aliments fortifiés.

7.7. Perspectives

Les perspectives du programme sont ouvertes à toute action permettant le renforcement des acquis et l'intégration d'autres activités en relation avec la nutrition et particulièrement la lutte contre les troubles dus aux carences en micronutriments. Ces activités peuvent être résumées comme suit :

- Le renforcement de la stratégie de supplémentation des populations vulnérables (enfants et femmes enceintes et allaitantes) au niveau de toutes les structures de santé publique et privée.
- La mise en œuvre de la stratégie de fortification des aliments de large consommation,
- L'élaboration et la mise en place d'une réglementation pour tous les produits alimentaires enrichis ou fortifiés,
- L'identification des laboratoires de référence pour le contrôle de qualité des produits alimentaires enrichis ou fortifiés,
- Le renforcement de la stratégie de marketing des produits alimentaires enrichis ou fortifiés,
- L'amélioration des compétences des professionnels de santé, des techniciens de laboratoire des unités industrielles concernées et des agents de développement communautaire,
- Le développement des indicateurs de suivi et d'évaluation des prestations offertes en matière de supplémentation en fer, en vitamines A et D et leur intégration dans le système d'information existant,

- Le développement de la recherche en matière de suivi et d'évaluation de toutes les composantes de la stratégie et principalement la fortification et la supplémentation.
- La mise en place d'un système de suivi et une évaluation continue de la stratégie IEC en vue de son éventuelle adaptation.
- L'élargissement du champ d'action du programme à d'autres micronutriments comme le Zinc, le Sélénium, etc.

8. NECESSITE DE REVOIR LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES EN MATIERE DE SANTE DE L'ENFANT

8.1. Prise en charge des enfants malades

Selon les données d'une enquête réalisée par le Service de Protection de la Santé de l'Enfant au niveau des formations sanitaires du premier niveau en 1997⁽⁷⁾, il y a lieu de développer une prise en charge globale de l'enfant malade. En effet, les professionnels de santé ont tendance à focaliser leur attention sur le motif de consultation omettant les éventuels autres problèmes associés et aussi les prestations préventives. Ainsi, parmi le groupe d'enfants fébriles, l'infection de l'oreille a été recherché uniquement dans un cas sur 5 (27 %) ⁽⁷⁾, la diarrhée dans 1 cas sur 2 environ (47 %) ⁽⁷⁾ alors que la notion de convulsion n'a été recherchée chez aucun des enfants fébriles. L'enquête a révélé aussi le peu d'intérêt du corps médical pour ce qui est de l'état nutritionnel des enfants malades vus en consultation. Ainsi, si la pesée a été faite chez 85 % ⁽⁴⁾ des enfants malades, l'interprétation du poids/âge n'a eu lieu que dans 44 % ⁽⁷⁾ des cas. La recherche de l'anémie n'a été faite que chez 17 % ⁽⁷⁾ des enfants et celle des signes cliniques de malnutrition dans 14 % ⁽⁷⁾ .

Tableau 29: Recherche des problèmes de santé éventuellement associés selon le motif de consultation

Motif de consultation	Eventuels problèmes associés systématiquement recherchés			
	Convulsion	Problème d'oreille	Toux/ difficultés respiratoires	Diarrhée
Fièvre	0 % (0/79)	27 % (21/79)	70 % (55/79)	58 % (46/79)
Toux ou difficultés respiratoires	3 % (2/77)	18 % (14/77)	-	52 % (40/77)
Diarrhée	2 % (1/45)	24 % (11/45)	56 % (25/45)	-

Source : Ministère de la Santé, enquête sur la qualité de prise en charge des enfants malades au niveau des formations sanitaires, Agadir Ida Outanane et Meknès El Menzeh, 1997.

Tableau 30 : Evaluation de l'état nutritionnel et recherche de l'anémie chez les enfants malades

Motif de consultation	Pesée faite	Poids interprété	Signe d'anémie recherché	Recherche de signe cliniques de malnutrition
Fièvre	87 % (69/79)	38 % (26/69)	22 % (17/79)	14 % (20/142)
Toux ou difficultés respiratoires	89 % (68/77)	44 % (30/88)	17 % (13/77)	
Diarrhée	82 % (37/45)	57 % (21/37)	18 % (8/45)	
Total	85 % (121/142)	44 % (53/142)	17 % (24/142)	

Source : Ministère de la Santé, enquête sur la qualité de prise en charge des enfants malades au niveau des formations sanitaires, Agadir Ida Outanane et Meknès El Menzeh, 1997.

Par ailleurs, il y a tendance à une utilisation abusive des médicaments notamment des antibiotiques comme le montre le taux d'abus de prescription des antibiotiques pour les cas de diarrhée (46 %) ⁽⁷⁾ et pour les cas d'infections respiratoires aiguës (33 %) ⁽⁷⁾.

Tableau 31 : Prescription abusive des antibiotiques pour les cas de diarrhée et d'infections respiratoires aiguës

	Maroc (1)	Tunisie (2)
Diarrhée	46 % (13/28)	-
Toux ou difficultés respiratoires	33 % (10/30)	50 % (11/20)

Source :

(1): Ministère de la Santé, enquête au niveau des formations sanitaires sur la prise en charge de l'enfant malade dans les provinces de Meknès et d'Agadir, 1997.

(2): Ministère de la Santé, évaluation de la qualité de prise en charge des enfants de 0-5 ans dans les centres de santé de base de 4 circonscriptions pilotes de la Tunisie, 2001.

Le volet « conseils aux mères » est lui aussi très peu développé dans le cadre de la consultation médicale alors qu'il est admis que la prise en charge des enfants malades doit dépasser le cadre de la formation sanitaire pour se prolonger au niveau de la communauté.

Tableau 32 : Conseils aux mères d'enfants malades

	Conseils donnés par le professionnel de santé
Explique comment administrer le traitement à domicile	68 % (82/121)
Vérifie la compréhension de la mère	18 % (22/121)
Explique quand revenir pour une visite de suivi	23 % (33/42)
Explique quand revenir pour une visite de suivi	25 % (35/142)
Explique l'intérêt de donner autant ou plus de liquides	30 % (42/142)
Explique l'intérêt de continuer à allaiter / alimenter l'enfant	8 % (11/142)

Source : Ministère de la Santé, enquête sur la qualité de prise en charge des enfants malades au niveau des formations sanitaires, Agadir Ida Outanane et Meknès El Menzeh, 1997.

8.2. Prestations offertes à l'enfant sain

De grands efforts ont été déployés dans le cadre des soins de santé primaire en matière de surveillance de la croissance, de vaccination et de lutte contre la malnutrition et les maladies de carence. Le paquet des prestations a évolué avec le temps et récemment des révisions ont eu lieu à savoir :

- La révision des recommandations en matière d'allaitement maternel et d'alimentation notamment pour ce qui est de la diversification alimentaire à l'occasion de l'adoption de la stratégie PCIME en 1997, et ce à la lumière des données d'une enquête sur les pratiques des mères en matière d'alimentation ⁽¹¹⁾;
- L'introduction d'un 7^{ème} antigène en juillet 1999 en l'occurrence le vaccin contre l'hépatite B ;
- Le lancement en 2000 de la stratégie de lutte contre les troubles liés à la carence en micronutriments (iode, fer et vitamines A et D).
- L'introduction depuis octobre 2003 d'un rappel DTCP à l'âge de 18 mois et du vaccin Rubéole-Rougeole à l'âge de 6 ans (rentrée scolaire).

Mais, d'autres prestations méritent d'être développées telles que le dépistage de certains handicaps notamment sensoriels, la promotion d'un développement psychoaffectif et social harmonieux, la promotion de l'hygiène buccodentaire et la prévention des accidents domestiques.

Par ailleurs, les adolescents méritent qu'on leur accorde plus de place et plus d'intérêt. En effet, en dehors des contacts épisodiques à l'occasion des consultations de santé scolaire ou à l'occasion d'un épisode morbide, la population de 5 à 15 ans qui représente 20 % de la population marocaine, échappe au contrôle du système de santé.

8.3. Soins de périnatalogie

Chez le nouveau-né, la morbidité est dominée par les pathologies périnatales : la prématurité et la souffrance néonatale sont responsables respectivement de 42.4 % ⁽⁵⁾ et 42.7 % ⁽⁵⁾ des décès notés dans le premier mois de vie. Cette mortalité est intimement liée à l'état de santé maternel et aux conditions de déroulement de la grossesse et de l'accouchement ⁽⁶⁾. Des efforts doivent être entrepris pour développer davantage les soins de périnatalogie. La couverture au niveau national par la consultation prénatale est de 42 % ⁽⁶⁾ avec une grande disparité entre le milieu urbain (69 %) ⁽⁶⁾ et le milieu rural (20 %) ⁽⁶⁾. Il en est de même pour ce qui est de l'accouchement en milieu surveillé avec 43 % ⁽⁶⁾ au niveau national, 70 % ⁽⁶⁾ en milieu urbain et 20 % ⁽⁶⁾ en milieu rural. Le taux de pratique de la césarienne est encore faible, de l'ordre de 3 %, en dessous des normes recommandées par l'OMS (entre 5 et 15 %).

8.4. Apport et limites de l'approche de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

A l'échelle mondiale, et dès le début des années 90, les experts ont attiré l'attention sur le ralentissement constaté en matière d'évolution de la mortalité infanto-juvénile. Le travail d'analyse et de réflexion mené suite à ce constat a donné naissance à une nouvelle approche basée sur une vision plus globale de la problématique de la santé infanto-juvénile à savoir la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Cette stratégie est basée sur trois composantes indissociables : clinique, organisationnelle et communautaire. Si la première composante est bien codifiée et propose des conduites thérapeutiques standardisées, les deux autres restent encore à nos jours insuffisamment développées et ce bien que des expériences plus au moins réussies ont été menées dans différents pays. En effet, la composante organisationnelle vise à travers un certain nombre d'interventions à contribuer à la réforme du système de santé, tâche ardue et complexe. La composante communautaire, quant à elle est fondée sur le concept de la participation communautaire en matière de développement.

En vue d'accélérer la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, le Maroc a adopté en 1997 la stratégie de « Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant » ⁽²⁾. L'approche PCIME permet une qualité meilleure de prise en charge des enfants malades et la promotion d'un

développement harmonieux de l'enfant à travers :

- Une démarche systématique pour évaluer et traiter les principaux problèmes de santé infantile.
- L'évaluation systématique de l'état nutritionnel et la recherche de l'anémie ;
- La vérification du statut vaccinal et de supplémentation en vitamines A et D des enfants et éventuellement leur rattrapage ;
- Les conseils appropriés en matière d'allaitement maternel et d'alimentation en particulier de diversification alimentaire.

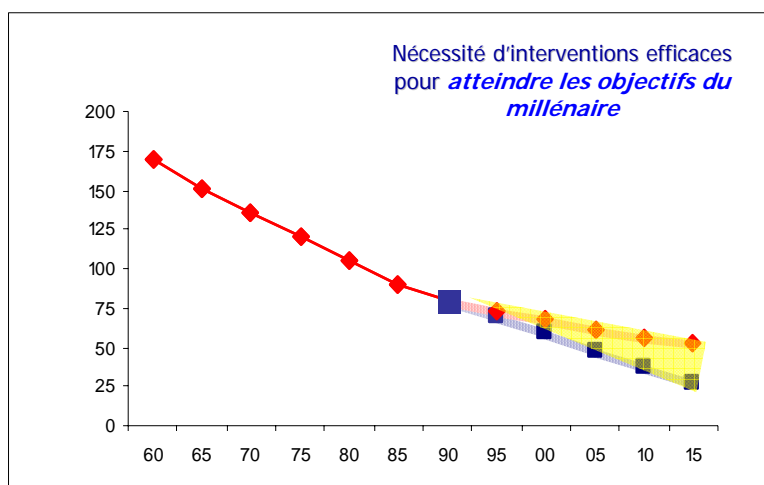
L'évaluation de la phase pilote, réalisée en avril 2000, ayant montré un impact favorable sur la qualité de prise en charge des enfants malades, le Ministère de la Santé a décidé d'étendre la stratégie à d'autres provinces. Jusqu'à ce jour, un millier de professionnels de santé répartis sur 15 provinces ont été formés dont 585 infirmiers (57 %)⁽²⁾, 351 médecins généralistes (34 %)⁽²⁾ et 82 pédiatres (8.2 %)⁽²⁾ dont 46 pédiatres enseignants.

Six ans après l'adoption de cette stratégie, le constat montre que si de grands acquis ont été obtenus, des contraintes majeures risquent de compromettre la réalisation de l'objectif fixé.

8.5. Orientations stratégiques

Les projections de la mortalité infanto-juvénile au niveau mondial montre la nécessité de faire recours à des interventions de santé ciblées et efficaces pour réduire cette mortalité de 2/3 en l'an 2015.

Graphique 28 : Tendance de la mortalité infanto-juvénile à l'échelle mondiale, 1960-2000, avec les projections jusqu'à 2015 ⁽¹⁾



Source : Data from Ahmad OB, Lopez AD & Inoue M. The decline in child mortality: a reappraisal. Bull WHO, 2000, 70(10), with trend extended through 2015 (in red) and linear trend needed to achieve 2/3 reduction from 1990 levels.

En effet, la mortalité infanto-juvénile est l'un des indicateurs les plus complexes qui englobe des facteurs systémiques ainsi que des facteurs socio-économiques et culturels. Les Caraïbes, l'Asie centrale, l'Europe, l'Amérique latine, quelques pays de la Région de la Méditerranée Orientale et de l'Afrique du Nord pourraient évoluer dans la bonne voie, mais plusieurs pays de ces régions en sont encore éloignés⁽¹⁴⁾. Qu'en est-il du Maroc ?

A la lumière des données disponibles, et comme dans d'autres pays dans une situation intermédiaire, il est évident que si l'on veut atteindre l'objectif du millénaire relatif à la santé de l'enfant, des mesures

supplémentaires efficaces et ciblées doivent être prises, en gardant à l'esprit que l'amélioration de la santé de l'enfant passe obligatoirement par l'amélioration de la qualité des prestations.

A cet effet, il serait judicieux de retenir comme orientations stratégiques :

- L'amélioration de la **qualité des soins en périnatalogie** aussi bien pour la mère que le nouveau-né car la réduction de la mortalité infanto-juvénile est tributaire de la réduction de la mortalité néonatale.
- L'amélioration du suivi de l'enfant dans une optique de **promotion de la santé** à travers l'instauration d'une consultation pour les enfants sains et la révision des prestations offertes. Il y a lieu d'intégrer le dépistage des troubles sensoriels, la promotion d'un développement psychoaffectif et social harmonieux, la promotion de l'hygiène buccodentaire et la prévention des accidents domestiques. Il serait aussi judicieux d'introduire la vaccination contre l'*heomophilus influenzae b* et les rappels, de relancer la promotion de l'allaitement maternel et de renforcer les actions de lutte contre les carences en micronutriments.
- L'amélioration de la **qualité de prise en charge de l'enfant malade** à travers une redéfinition des tâches du personnel médical et infirmier en vue de **médicaliser la consultation pour l'enfant malade et l'accélération de l'extension de la stratégie PCIME** qui doit être par ailleurs élargie **à la première semaine de vie et à l'enfant sain**.
- La prise en considération de l'engagement du Maroc en faveur des **droits de l'enfant**.
- La prise en considération des **besoins spécifiques des adolescents**.

Ces orientations stratégiques devraient être intégrées dans un plan d'action national en faveur de l'enfant avec quatre axes d'intervention prioritaires :

- Promouvoir une vie saine, notamment la lutte contre les maladies et les handicaps
- Offrir une éducation de qualité
- Protéger les enfants des mauvais traitements, de l'exploitation et de la violence
- Permettre la mobilisation sociale et la collaboration

8.6. Conclusion

Le Maroc a réalisé de grands progrès en matière de santé de l'enfant au cours des vingt dernières années. Ceci a pu être obtenu grâce à la mise en place de programmes de santé de l'enfant et à l'engagement politique. Aujourd'hui, il est appelé à contribuer avec les autres pays du monde à la réalisation des objectifs du millénaire. En matière de santé de l'enfant, l'objectif visé consiste à réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 2/3 sur la période allant de 1990 à 2015. Or, l'OMS dans son Rapport sur la Santé dans le Monde de 2003, a signalé la difficulté d'atteindre cet objectif en l'absence « d'interventions techniques axées sur les principales causes de décès d'enfants, comme la malnutrition, les infections et les maladies parasitaires et dont l'efficacité suppose l'existence d'un réseau de structures médico-sanitaires publiques et privés.. ».

En vue d'améliorer la santé de l'enfant, et tenant compte du constat, il y a lieu de retenir comme orientations stratégiques : ***l'amélioration des soins en périnatalogie, la promotion de la santé de l'enfant, l'amélioration de la qualité de la prise en charge de l'enfant malade à travers la généralisation de la stratégie PCIME***, la prise en considération de l'engagement du Maroc en faveur des ***droits de l'enfant*** et des ***besoins spécifiques des adolescents***. La mise en application de ces orientations stratégiques ***doit être indissociable de la mise à niveau du système de santé***.

IX. ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL

1. LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE

Le Ministère de la Santé a entamé un processus de réforme du système de santé. Ainsi, dans le plan d'action 2003-2007, plusieurs orientations ont été retenues pour faire avancer le processus de réforme telle que la mise en oeuvre de l'assurance maladie obligatoire, la réforme hospitalière, la

régionalisation, etc. En effet, plusieurs défis restent à relever notamment pour faire face au double fardeau de morbidité : maladies transmissibles, affections maternelles, périnatales et infantiles d'une part et maladies chroniques et dégénératives, pour assurer un accès équitable aux soins, pour assurer l'équité dans la distribution des ressources et pour faire face aux mutations induites par le renforcement de la démocratie, la décentralisation, le rôle croissant de la société civile et la libéralisation.

Au même titre que le code de la famille, la couverture médicale de base est érigée en priorité nationale et ce, dans le cadre de la réalisation du développement durable et l'édification de l'Etat de droit. La réussite de ce projet est tributaire d'une volonté politique forte du gouvernement et de la concertation avec toutes les parties concernées afin de garantir un accès équitable aux soins pour tous. La place de la santé a été concrétisée par le législateur à travers la loi 65-00²² relative à la couverture médicale « l'une des priorités de l'Etat en matière de santé est d'assurer à toute la population l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins ». En janvier 2005, il est prévu de doubler la proportion de population bénéficiant d'une couverture médicale passant de 15 % à 30 %. Les soins préventifs notamment pour la mère et l'enfant occupent une place privilégiée dans le cadre de ce projet. La régulation de ces prestations revêt une grande importance pour la santé publique. Leur couverture permet d'articuler les objectifs de santé avec l'assurance maladie et de maîtriser avec efficacité et à moindres coûts les problèmes de santé. Elle permet aussi de renforcer l'implication du secteur privé dans la prise en charge de ces problèmes.

A noter que parmi les principes de base sur lesquels repose le projet de l'Assurance Maladie Obligatoire, il y a le fait que sa mise en œuvre ne doit pas remettre en question les principes clés des soins de santé primaires figurant dans la déclaration d'Alma-Ata de 1978 et auxquels l'Etat marocain a toujours adhéré. De même, le souci d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins est non seulement une condition sine qua non de l'efficacité des systèmes de santé, mais aussi un facteur majeur de la cohésion sociale. Le dialogue fécond entre l'Etat, les organismes assureurs, les partenaires sociaux et les producteurs de soins, a débouché sur un choix de société et un choix concerté de politique de santé fondé sur l'éthique de la solidarité et de l'équité, dans le cadre d'une stratégie à long terme visant la généralisation graduelle de la couverture médicale.

2. LA MISE EN PLACE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

La loi-cadre²³ pour l'instauration d'une couverture médicale de base adoptée au parlement a mis en place en plus de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) le Régime d'Assurance Médicale pour Economiquement faibles (RAMED).

L'AMO sera financée essentiellement par les cotisations (patronales et salariales) prélevées sur les salaires et les pensions et par d'autres ressources telles que les majorations, astreintes et pénalités de retard, les produits financiers, les dons et legs et toute autre ressource attribuée en vertu de législation ou de réglementation particulière.

Le financement du RAMED sera assuré essentiellement par l'Etat et les collectivités locales. La contribution de l'Etat sera inscrite dans la loi de finance.

3. LA REFORME HOSPITALIERE

La réforme hospitalière consiste en une série de mesures, à caractère organisationnel, managérial et financier, à même d'améliorer l'image de marque du secteur hospitalier public et de le rendre plus compétitif. Elle fait partie de la réforme du système de santé national qui est en cours de mise en oeuvre dans le cadre du plan de développement économique et social (2000- 2004).

²² Texte de loi n° 65-00 promulgué par Dahir n°102286 du 3/10/2002 (BO n°5058 du 21/11/02)

²³ BO n° 51-52 du 16/10/3003. Décret n°2-03-402 du 17/09/2003 portant application des dispositions de la loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base en ce qui concerne l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie

4. LA REGIONALISATION

La régionalisation a comme cadre institutionnel la constitution de 1996 (Articles 100 et 101), la loi sur la régionalisation, la conjoncture de réformes et le décret du 2-97-246²⁴. Il s'agit d'un instrument politique pour mobiliser la participation des collectivités et dynamiser le partenariat avec le Ministère de la santé. C'est aussi un moyen de redistribution des ressources (équité interrégionale) et de responsabilisation des services extérieurs (souci d'efficacité). Il s'agit d'une opportunité qui permettra une approche intégrée du système de santé, de capitaliser l'expérience de provincialisation, de renforcer les initiatives sectorielles d'organisation régionale des services et de développer une vision sectorielle sur la régionalisation et des expériences pilotes.

5. LE PLAN D'ACTION NATIONAL DE SANTE DE L'ENFANT

A l'issue de la session extraordinaire des Nations Unies qui a eu lieu en Mai 2002, tous les pays ont unanimement adopté une Déclaration et un Plan d'Action dont l'objectif ultime est d'améliorer la situation des enfants dans le monde. Cette déclaration et ce plan d'action définissent un programme de développement complet comprenant quatre axes stratégiques prioritaires : promotion d'une vie plus saine, offre d'une éducation de qualité, protection contre la maltraitance, l'exploitation et la violence, lutte contre le VIH/SIDA.

Il s'agit en définitive de préparer (à terme) un monde digne des enfants où les intérêts supérieurs de l'enfant constituent la principale préoccupation de la communauté internationale.

Le document préparé par le Maroc intitulé " Promouvoir et protéger le bien être des enfants du Maroc " constitue une plate-forme pour le plan d'action du secteur de la santé pour la prochaine décennie 2005-2015. Il a été élaboré suite au Xème Congrès National des Droits de l'Enfant (Rabat, 25-26 mai 2004) et au séminaire - atelier d'orientation sur la santé de l'enfant (Ifrane, 11-12 juin 2004) et aux ateliers de consultation et de planification auxquels ont contribué de nombreux professionnels de la santé appartenant aux différents segments du système de santé public, privé, universitaire auxquels, les représentants des autres départements à caractère social , des Organisations Internationales et des Organisations non Gouvernementales.

Ce plan d'action est placé sous la supervision directe de la Primature et comporte les principaux champs d'action qui devraient guider l'action du Gouvernement pour réduire la mortalité maternelle et infantile et assurer un bien-être optimal aux enfants du Maroc. Le document appelle à l'adoption et au développement de stratégies plurisectorielles, prospectives et concertées basées sur les Droits de l'Enfant.

Le Maroc dispose d'une offre de soins importante pour répondre aux besoins en santé de l'enfant et continuera de croître dans les années à venir. Ce potentiel peut tourner en handicap en absence d'une stratégie qui évitera l'émiettement du dispositif et de stratégies de développement indépendantes déployées par les différents autres acteurs, ce qui entraverait la continuité des soins et la prise en charge globale des enfants, fortement revendiquées par les citoyens marocains.

Ce constat milite en faveur d'une approche plus collective de l'offre de soins dans laquelle tous les acteurs, y compris des praticiens du secteur libéral développeront toutes les formes possibles de coopération pour la mise en place d'une offre de soins équilibrée, solidaire et en réseau.

L'offre de soins destinés aux enfants souffre de certains dysfonctionnements structurels auxquels il faut remédier.

Le plan d'action national de santé de l'enfant a choisi d'en retenir quelques uns qui, considérés ensemble ou séparément, contribuent plus fortement que d'autres à la mortalité et la morbidité des enfants du Maroc qui constitue l'objectif principal ce plan d'action :

²⁴ du 17/08/1997 fixant le nombre de régions, leur nom, leur chef lieu, leur ressort territorial et le nombre de conseillers à élire dans chaque région.

Les inégalités dans la couverture sanitaire constituent le maillon faible de l'offre de soins destinés aux enfants. Une reconfiguration sera entreprise, aussi bien pour établir un meilleur accès aux soins, que pour réduire les disparités entre les régions.

Ce plan d'action peut être considéré comme la réponse systématique formulée par les parties consultées à la sous-optimisation actuelle de la prise en charge de l'enfant (nouveau-né, petite enfance, grande enfance et adolescence), qu'elle concerne son accueil, sa sécurité, la prévention des risques évitables lors de sa prise en charge, la qualité et la sécurité des prestations délivrées, la continuité des soins, etc. Le respect des droits et de la dignité de l'enfant, sa participation active (le cas échéant celle de son entourage ou de la personne de confiance) aux soins le concernant, ainsi que la coordination des professionnels pour une prise en charge efficace, en sont les principaux objectifs.

Ce plan d'action encourage une recomposition organisationnelle (gestion des ressources humaines, financières, plateau technique) du potentiel de médecine destinée aux enfants dont le fonctionnement actuel ne permet pas de prendre en charge les enfants dans des conditions satisfaisantes. Enfin, il met l'accent sur l'implication des acteurs, y compris des professionnels de santé du secteur libéral, comme réponse aux difficultés actuelles causées par la multiplicité des responsabilités et des centres de décisions, les ruptures dans l'offre de soins, etc.

X. CONCLUSION

Soucieux d'améliorer les services de santé offerts à l'enfant, le Maroc a décidé de réviser sa politique dans ce domaine à la lumière du contexte actuel et des tendances futures. C'est à ce titre que le Maroc a adhéré au début de l'année 2004 au groupe des cinq pays de la Région EMRO où un projet de révision de la politique de santé de l'enfant a été initié par le bureau régional de l'OMS.

En effet, l'analyse de la situation de la santé de l'enfant a révélé que si les orientations et objectifs du développement sanitaire ont été toujours bien exprimés dans les différents plans de développement économique et social, de même pour ce qui est des indicateurs de suivi de ces plans, aucune politique de santé d'une manière générale ne fut dûment élaborée y compris en matière de santé de l'enfant.

Par ailleurs, si il était facile durant les 20 dernières années de réduire la mortalité infanto-juvénile de l'ordre de deux tiers, de nos jours la situation est plus complexe et des efforts considérables devraient être déployés pour maintenir la tendance à la baisse notamment dans le domaine de la qualité de soins et en révisant nos priorités nationales.

Aussi, le Maroc est interpellé à préciser et définir ses nouvelles orientations en matière de santé en général et de l'enfant en particulier et ce dans le cadre d'un consensus national. C'est de cette manière que l'on pourrait accorder à la santé tout l'intérêt et les moyens qu'elle mérite.

Dans la nouvelle politique, l'accès universel aux soins de santé sera renforcé, lequel est considéré comme un moyen pour chaque génération d'entrer dans la vie sociale avec les mêmes chances. Les bases de définition de cette vision future qui doit orienter à long terme la politique sanitaire ainsi que le développement du système de santé en général et de l'enfant en particulier seront recherchées dans le cadre d'un consensus national et formulées dans un document officiel.

A cette date, une analyse globale de la situation sanitaire de l'enfant marocain a été faite qui a permis de noter les atouts à renforcer et les faiblesses à corriger. Ce travail d'analyse a accordé une place particulière à l'engagement de l'Etat, des collectivités locales et de la société civile en faveur de la santé de l'enfant et aussi au statut de la femme dans la famille et la société et à son état de santé. En effet, la santé de l'enfant est intimement liée à l'état de santé de la mère et de ce fait, toute analyse de la première sans se soucier de la deuxième serait une erreur monumentale. De même, on ne saurait réviser la politique de santé de l'enfant, sans jeter un regard critique sur le système de santé du pays.

Références bibliographiques

1. Analyse de la situation des enfants du Maroc, Unicef.
2. V^{ème} atelier international des institutions nationales de promotion et de défense des droits de l'Homme - Rabat, 13 Avril 2000.
3. CMG, DPRF, Ministère de la Santé, Maroc, 1999.
4. Davidson R. Gwatkin, Shea Rustein, Kiersten Johson, Rohini P. Pande, and Adam Wagstaff. HNP/Poverty Thematic Group of The World Bank. SOCIO-ECONOMIC DIFFERENCES IN HEALTH, nutrition And population in Morocco. May 2000.
5. Development of national child health policy, phase 1 : the situation analysis, a child health policy initiative (CHPI), WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean Child and Adolescent Health and Development Unit, WHO-EM/CAH/014/E.
6. Encadrement médical : Projection de l'offre et approche d'estimation des besoins – dossiers Population et Santé n° 5 ; Ministère de la Santé, Maroc, 2003
7. Enquête Nationale sur la Famille et la Planification Familiale (ENFPF), 1975.
8. Enquête au niveau des formations sanitaires sur la prise en charge de l'enfant malade dans les provinces d'Agadir et de Meknès, Ministère de la Santé, Maroc, 1997.
9. Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-I), Ministère de la Santé, 1987.
10. Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II), Ministère de la Santé, Maroc, 1992.
11. Enquête Nationale sur la Population et la Santé (PAPCHILD), Ministère de la Santé, Maroc, 1997.
12. Enquête Nationale sur la Population et la Santé (PANEL), Ministère de la Santé, Maroc, 1995.
13. Enquête sur les Causes et Circonstances de Décès des enfants de moins de 5 ans (ECCD 1), Ministère de la Santé, Maroc, 1988.
14. Enquête sur les Causes et Circonstances de Décès des enfants de moins de 5 ans (ECCD 1), Ministère de la Santé, Maroc, 1998.
15. Enquête sur la Morbidité et la Prise en Charge des enfants atteints de Diarrhée (EMPCD), Ministère de la Santé, Maroc, 1991.
16. Enquête sur la Couverture Vaccinale et la Morbidité Diarrhéique (ECVMD), Ministère de la Santé, Maroc, 1994.
17. Enquête Régionale sur la Carence en Vitamine A (ERCVA), Ministère de la Santé, Maroc, 1998.
18. Enquête Nationale sur la Carence en fer, l'Utilisation du sel Iodé et la Supplémentation en Vitamine A (ENCFUISVA), Ministère de la Santé, Maroc, 2000.
19. Enquête Nationale Démographique à Passage Répété (ENDPR), Maroc, 1986-1987.
20. Enquête nationale du niveau de vie (ENNVN) faite par la Direction de la Statistique du Ministère du Plan et de la Prévision économique, Maroc, (ENNVN, 1990/91)-

21. Enquête nationale du niveau de vie (ENNVN) faite par la Direction de la Statistique du Ministère du Plan et de la Prévision économique, Maroc, (ENNVN, 1998/99)-
22. Enquête MICS 2-, Ministère de la Santé, Tunisie, 2000.
23. Enquête DHS, Ministère de la Santé, Syrie, 2002.
24. Expérience dans l'enseignement de la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant à la Faculté de Médecine de Rabat, A. Tazi, N. Mouane, août 2002.
25. La décennie 90 dédiée à l'enfance, Ministère de la Santé, 2001.
26. La Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant, évaluation de la phase pilote, rapport d'enquête, Mai 2001.
27. La stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant : une nouvelle stratégie pour améliorer la santé de l'enfant, Ministère de la Santé, Maroc, 2000.
28. La Santé : un atout précieux, accélérer le suivi du développement du Sommet mondial pour le développement social OMS, WHO/HSD.HID.00.1 –2000.
29. La vaccination au Maroc, principes généraux, Ministère de la Santé, Maroc, 1998.
30. Le guide national de vaccination, Ministère de la Santé, Maroc, 1998.
31. L'enfant au Maroc, commission nationale pour la préparation du sommet mondial pour l'enfant, Maroc, mai 2002.
32. Les carences en micronutriments, ampleur du problème et stratégies de lutte, Ministère de la Santé, Maroc, avril 2001.
33. Les troubles dus aux carences en micronutriments , situation et perspectives, Ministère de la Santé, Maroc, août 2003.
34. Les priorités de la lutte contre la morbidité dans les pays en développement, Dean T.Jamison, W.Henry Mosley, Anthony R. Measham et José Luis bobadilla. Document résumé - Oxford médical publication - Banque Mondiale, 1993.
35. Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement socio-économique, rapport de l'OMS, 2001.
36. Présentation nationale à l'Atelier Régional (MENA) sur les Comptes Nationaux de la Santé, Amman, mai 2000.
37. Projections de la population 1994-2014, Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (CERED).
38. Rapport national relatif aux objectifs du millénaire pour le développement, Maroc, décembre 2003.
39. Rapport sur la santé dans le monde, 2001, OMS.
40. Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), Haut Commissariat du Plan, Maroc, 1982.
41. Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), Haut Commissariat du Plan, Maroc, 1994
42. Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), Haut Commissariat du Plan, Maroc, 2004.

OMS, 1997, WHO/DAP/97.1.

43. Santé de la Mère et de l'Enfant, situation et perspectives, Congrès National sur la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant, Ministère de la Santé, Maroc, Casablanca, 25-27 Mai 1994.

44. Stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant : état d'avancement 1997-2003, Ministère de la Santé, Maroc, 2004.

45. Stratégie d'introduction de la PCIME dans les Instituts de Formation aux Carrières de Santé (IFCS), Ministère de la Santé, Maroc, 1999.