

**STRATEGIE DE COOPERATION**  
**OMS - MAROC**  
**2004-2007**

## SOMMAIRE

	Page
I. INTRODUCTION	3
II. SANTE ET DEFIS DE DEVELOPPEMENT AU MAROC	4
1. Déterminants de la santé	4
2. Etat de santé	5
3. Défis de développement du système de santé	6
4. Priorités de santé au Maroc	9
III. ASSISTANCE AU DEVELOPPEMENT	10
1. Importance de l'aide au développement au Maroc	10
2. Principaux programmes d'assistance au développement dans le domaine de la santé	12
3. Tendances et convergences	14
IV. PROGRAMME ACTUEL DE L'OMS	14
1. Domaines d'intervention	14
2. Staff technique et conditions de travail	16
3. Ressources financières	16
V. ORIENTATIONS GLOBALES ET REGIONALES DE L'OMS	16
1. Programme de travail 2002-2005	16
2. Priorités régionales (EMRO)	16
3. Fonctions de l'OMS au niveau pays	17
VI. AGENDA STRATEGIQUE POUR LE MAROC	18
1. Attentes des partenaires	18
2. Défis à relever	18
3. Stratégie de coopération avec le Maroc	19
VII. IMPLICATIONS POUR LE BUREAU	21
ANNEXES	
Annexe 1 : Country Profile	27
Annexe 2 : Répartition du budget OMS pour la biennie 2000-2001 selon les programmes	29
BIBLIOGRAPHIE	30

## I. INTRODUCTION

Dans le cadre de « *l'Initiative en faveur des pays* » (Country Focus Initiative (CFI)) et du renforcement de la coopération entre l'OMS et le Royaume du Maroc et de l'amélioration de sa programmation d'action, l'OMS entame une démarche de définition d'un cadre de coopération appelé *Stratégie de Coopération de Pays* ou CCS (Country Cooperation Strategy). Le Maroc s'est déjà associé à des démarches similaires avec le système des Nations Unis pour l'élaboration de l'UNDAF (Plan-Cadre des Nations Unis pour l'Assistance au Développement), avec le PNUD pour l'élaboration du CAF (Country Cooperation Framework) ou avec la Banque Mondiale pour la définition du CAS (Country Assistance Strategy).

Le CCS vise le renforcement du partenariat OMS-Maroc pour un soutien adapté aux besoins du pays et conforme aux nouvelles orientations de la stratégie de l'OMS (Dixième Programme Général de Travail, *WHO Corporate strategy*).

La démarche du CCS a été bien accueillie par tous les partenaires locaux de l'OMS et vient à point nommé pour répondre à leurs attentes en rapport avec la concentration des actions et la stabilité de la programmation des activités développées dans le cadre de la coopération OMS-Maroc. La période retenue pour le premier CCS (2004-2007) comprend deux biennies et coïncide avec celle couverte par le programme actuel du Gouvernement.

L'élaboration de ce CSS survient dans un contexte de transition et de concurrence de défis. L'analyse du bilan commun du pays (BCP 2000) montre que le Maroc se trouve confronté, plus que jamais, à la question du développement et des moyens pour y parvenir. Le Maroc reste en effet fortement interpellé par les impératifs du développement social que sont l'accès à l'éducation de base et à des soins de santé de base de qualité, l'alphabétisation, la réduction de la pauvreté et des inégalités sociales, la formation et l'emploi (UNDAF 2002-2006).

Faisant écho aux recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS, un rapport récent de la Banque Mondiale<sup>1</sup> sur la protection sociale au Maroc recommande une augmentation des dépenses publiques de soins de santé axée sur des programmes ruraux, l'amélioration du financement et la réforme hospitalière, ainsi que la promotion des initiatives de sensibilisation à la santé et la création de partenariats intersectoriels.

La décentralisation et la modernisation de l'administration publique constituent des axes majeurs de la politique de réforme adoptée par le Royaume du Maroc. Dans sa déclaration de politique générale du gouvernement, Le Premier Ministre a précisé le choix du gouvernement de la « Santé pour tous » comme devise et objectif de la politique de proximité promue par Sa Majesté le Roi Mohammed VI.

Pour soutenir la politique du Gouvernement et, plus particulièrement, pour accompagner le Ministère de la Santé dans le processus déjà engagé de réforme et de formulation des stratégies sectorielles, notamment pour le développement des soins de santé de base et de la prévention des risques émergents, la coopération de l'OMS pour la période 2004-2007 sera axée sur trois composantes :

---

<sup>1</sup> Banque Mondiale ; Royaume du Maroc : note sur la protection sociale, rapport n° 22486-MOR, Décembre 2002

1. Le développement des instruments nécessaires à la planification et à l'orientation de la politique sanitaire ;
2. L'appui à la gestion décentralisée du système de santé dans un but d'efficacité et d'équité ;
3. Le renforcement du partenariat technique pour consolider les acquis, assurer une action ciblée sur des programmes prioritaires et répondre aux besoins émergents.

L'identification de ces composantes est l'aboutissement d'une consultation approfondie et élargie avec l'ensemble des partenaires de l'OMS au Maroc.

Le cadre programmatique qui permettra de mettre en œuvre cet Agenda stratégique sera celui des programmes biennaux élaborés lors de la tenue des réunions de la Commission conjointe d'examen des Programmes (JPRM).

## **II. SANTE ET DEFIS DE DEVELOPPEMENT AU MAROC**

Le Maroc se trouve confronté, en début de ce troisième millénaire à des défis majeurs de développement. Il doit d'un côté achever ses transitions politique, économique, sociodémographique et épidémiologique, et de l'autre côté accompagner et anticiper les évolutions en rapport avec la politique internationale (mondialisation, instabilité des prix du pétrole, ralentissement du tourisme...).

Cette situation a motivé l'enclenchement d'un certain nombre de réformes visant la modernisation de l'administration et la rationalisation des dépenses publiques (Régionalisation, réforme de l'Education, réforme du financement, réforme des dépenses publique etc.). Ces réformes traduisent une volonté politique ferme en faveur du développement, favorisée par le renforcement du processus de démocratisation que connaît le pays. Cette volonté se trouve, toutefois, confrontée à des contraintes liées à l'irrégularité de la croissance économique, à la dégradation des ressources naturelles (sécheresse et déforestation) et à la progression de la pauvreté monétaire.

### **1. DETERMINANTS DE LA SANTE**

(Voir profil du pays en annexe 1)

#### **□ Caractéristiques démographiques**

L'analyse démographique montre que le Maroc est en cours de transition démographique. Son taux d'accroissement démographique (TAD) et son indice synthétique de fécondité (ISF) ont évolué respectivement de 2.5 % et 7 enfants en 1960 à 1.6 % et 3.1 en 1997. Cette transition laisse prévoir une inversion des tendances pour les groupes à risques : décroissance du nombre des naissances et des enfants de moins de 5 ans et accroissement du nombre des femmes mariées et des personnes âgées, la population d'adolescents gardant toujours son importance.

L'analyse démographique apporte un autre élément important lié à la forte urbanisation que connaît le pays. Vers 2012, le taux d'urbanisation, actuellement à 55 %, passera à 64 %. Ce mouvement de population entraîne le développement d'un nouveau milieu suburbain (ou périurbain) particulièrement vulnérable sur le plan épidémiologique en raison de sa forte densité et promiscuité.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Santé en chiffres 2001

### □ Niveau d'instruction

La scolarisation connaît un regain d'intérêt ces dernières années. Le taux de scolarisation globale a dépassé le seuil des 90 %, mais il est estimé à 76 % en milieu rural. La scolarité combinée (primaire au supérieur) est de l'ordre de 52 %, ce qui pose le problème de l'abandon des études. Quant à l'alphabétisation, elle reste proche de 50 % malgré la mise en place d'un grand programme d'alphabétisation des adultes.

### □ Niveau socioéconomique

La situation socioéconomique au Maroc est caractérisée par l'irrégularité de la croissance économique (actuellement en décroissance). Le PIB par habitant ppa est estimé à 3546 \$ et le service de la dette est estimé à 10 % du PIB. L'augmentation du taux de chômage (13.6 %), particulièrement dans les villes (20 %), et la progression de la pauvreté monétaire (19 %) viennent renforcer les contraintes au développement. Le niveau de revenu national reste limité puisque le PIB/habitant ne dépasse pas 1 200 \$. En 2001, selon l'indicateur du développement humain (HDI), le Maroc est classé au 112<sup>ème</sup> rang et dans le classement des 94 pays en développement en fonction de l'indicateur de pauvreté humaine (HPI), il occupe la 56<sup>ème</sup> place.<sup>3</sup>

### □ Engagement pour la santé

Le Maroc réserve 1.1 % de son PIB aux dépenses publiques de santé contre 2 à 2.5 % dans des pays à revenu par habitant similaire. Cette proportion paraît insuffisante pour assurer l'accès des populations à un niveau de soins acceptable. En plus de leur insuffisance, les dépenses publiques de santé favorisent largement le milieu urbain (78 % des dépenses récurrentes sont affectées aux hôpitaux et cliniques du milieu urbain)<sup>4</sup>.

A côté de cela, 18 % de la population sont privés d'accès à un point d'eau aménagé, environ 31 % de la population rurale est située à plus de 10 Km d'un établissement de santé le plus proche et 35% des marocains n'ont pas accès aux médicaments essentiels.

Avec des PIB / habitant équivalents ou inférieurs à celui du Maroc, certains pays comme la Jordanie, l'Egypte, l'équateur, le Sri Lanka et la Georgie disposent de meilleurs indicateurs de santé.

## 2. ETAT DE SANTE

Au Maroc, l'espérance de vie en bonne santé est estimée à 55.4 ans en 2002 contre 69 ans d'espérance de vie à la naissance. Le Système de santé Marocain est situé au 151 rang en matière de réactivité et au 125 rang en matière d'équité de la contribution financière. Ces indicateurs montrent l'effort de rattrapage nécessaire en matière de santé et de performances du Système de Santé.

L'autre caractéristique de la situation sanitaire au Maroc se rapporte à sa transition épidémiologique qui annonce une inversion dans la structure de la charge de morbidité. Selon l'*Etude sur la charge de morbidité globale au Maroc*, les affections transmissibles et

---

<sup>3</sup> Rapport Mondial sur le développement humain – PNUD -2002.

<sup>4</sup> Banque Mondiale ; Royaume du Maroc : note sur la protection sociale, rapport n° 22486-MOR, Décembre 2002.

périnatales (Groupe I de CIM 10) représentent 33 % des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), contre 56 % pour les affections non transmissibles (Gr. II de CIM 10) et 11 % pour les traumatismes (Groupe III de CIM 10).

Avec 228 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité maternelle continue de constituer un problème de santé publique au Maroc. La faible amélioration de cet indicateur ne traduit pas les efforts mobilisés ces dernières années pour la maternité sans risque.

Au niveau de la morbidité spécifique, le Maroc a réalisé d'importants acquis en matière de lutte contre les maladies transmissibles : trois maladies cibles sont en cours d'élimination (la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos néonatal) et l'élimination de trois autres est prévue vers l'horizon de 2010 (le paludisme, la bilharziose et le trachome). Une demande pressante de prise en charge des maladies chroniques est déjà exprimée et remet sur la table des priorités la problématique de l'accès aux soins.

### **3. DEFIS DE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

L'OMS distingue quatre fonctions universelles déterminantes dans la performance des systèmes de santé. Les défis auxquels se trouve confronté le système de santé marocain seront envisagés selon ces 4 fonctions de base.

#### **□ Prestation de services de santé**

L'offre de soins de base a connu une grande extension. Le Maroc compte actuellement plus de 2347 établissements de soins de base contre 394 en 1960. Le ratio du nombre d'établissements par 10 000 habitants est estimé à 0.8 (1/12 400 hab.). Malgré cet effort, plus de 31% de la population rurale se trouve encore à plus de 10km d'une formation sanitaire. L'utilisation des services de base connaît une évolution progressive mais reste fortement marquée par la disparité qui existe entre les milieux urbain et rural.<sup>5</sup>

A côté de cette disparité d'accès aux soins, le système de soins souffre d'une sous utilisation des services. Le taux d'utilisation de la consultation médicale est estimé à 0.4 contact par habitant et par an, soit 18 consultations médicale/médecin/journée ouvrable en moyenne. La fréquentation des services des soins préventifs montre une couverture globale de 59 % dans la prévalence contraceptive (écart de 15 points entre milieux), 56 % pour les soins prénatals (écart de 47 points entre milieux), 46 % pour les accouchements en milieu surveillé (écart de 50 points entre milieux), 87 % pour la vaccination (écart de 13 points entre milieux).

Le réseau hospitalier public connaît une évolution plus lente. Il compte, actuellement, près de 120 établissements d'une capacité litière totale de 24 360 lits (soit moins d'1 lit / 1000 habitants). Cette capacité hospitalière a connu une augmentation de plus de 8000 lits entre 1960 et 1997<sup>6</sup>. Mais, elle reste plus lente que la croissance de la population générale. De même que la distribution des lits laisse apparaître une grande iniquité entre régions et entre milieux.

---

<sup>5</sup> Stratégie sectorielle 2000-2004 -

<sup>6</sup> 15 500 lits en 1960 contre 23 600 en 1997

Près de 6 000 000 de personnes fréquentent annuellement les hôpitaux publics (soit 0.2 Contact/hab./an). Plus de la moitié de ces contacts sont des urgences. Malgré leur insuffisance, les lits hospitaliers sont sous utilisés avec un taux moyen d'occupation de 56%.<sup>7</sup>

Le renforcement du réseau hospitalier se fait dans le cadre de la réforme hospitalière qui prévoit la modernisation des hôpitaux et le développement de leur autonomie. Cette action est appuyé par un grand projet financé par un prêt de la BIRD (PFGSS : projet de financement et de gestion du secteur de la santé).

La couverture par le secteur privé pose le problème de sa distribution limitée souvent à l'urbain et aux grandes villes. Elle occupe 2/3 de l'offre de soins de base et 20 % de la capacité litière nationale. Le développement du secteur privé paraît moins encadré et peu régulé par les autorités sanitaires.

Au niveau de l'organisation des services, il est prévu de renforcer le processus de déconcentration dans le cadre de la région. En effet, depuis la promulgation en 1996 de la loi qui régit la région et qui s'est traduite par la création d'une collectivité locale dans la région (conseil régional), le secteur de la santé a initié un certain nombre d'activités et de projets visant la mise en œuvre de la régionalisation. C'est le cas du PROGRESS<sup>8</sup>, financé par l'USAID, qui vise à consolider les programmes sanitaires au niveau de deux régions : Sous-Massa-Draa et Tanger-Tetouan. C'est le cas également du PAGSS<sup>9</sup> au niveau de la région orientale qui est financé par la Commission Européenne et qui vise l'élaboration d'un modèle d'organisation régionale de la filière de soins.

Les régions ont aussi connu un renforcement de leur organisation administrative et technique notamment par la nomination de délégués du chef-lieu de région, comme coordinateurs régionaux du Ministère de la santé et la création des observatoires régionaux d'épidémiologie.

#### □ **Financement**

Les dépenses globales de santé (DGS) au Maroc sont de l'ordre de 15 Milliards de dirhams (soit 4.5 % du PIB), dont 54 % sont financées par les ménages et 41 % à travers un financement collectif (fisc, assurances et collectivités locales). Ces deux données montrent que le système de santé marocain souffre d'un financement insuffisant et peu solidaire. Cela se traduit par une faiblesse de la consommation médicale aggravée par la cherté des soins et des médicaments et des limites du pouvoir d'achat (Compte Nationaux de la Santé (CNS)).

Comparé à d'autres pays à revenu similaire, le Maroc réserve moins d'argent pour la santé malgré la faiblesse de ses indicateurs de santé.

Les hôpitaux publics (SEGMA et CHU) génèrent des recettes insuffisantes en raison du retard d'application du Code de couverture médicale, de l'inadéquation de la tarification mais aussi du manque de compétences gestionnaires. Les recettes propres de ces hôpitaux représentent moins de 30 % de leur budget d'exploitation (206 000 000 DH pour 2001).

Le système national de santé consacre plus de 37 % des dépenses à l'achat de médicaments et des biens médicaux, 31 % pour les soins hospitaliers et 20 % pour les soins ambulatoires. Avec l'avènement de la transition épidémiologique et du code de couverture médicale de base, cette structure risque d'être fortement modifiée.

---

<sup>7</sup> Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires – Ministère de la Santé - 2000

<sup>8</sup> Projet de gestion régionale des services de santé

<sup>9</sup> Projet d'appui à la gestion du secteur de la santé

Le budget du Ministère de la Santé est insuffisant. Il représente à peine 175 DH par habitant (5 % du budget général de l'Etat). 47 % de ce budget profitent aux hôpitaux et 38 % au réseau de soins de santé de base.

L'analyse du flux financier de l'assurance maladie, qui contribue pour 16.4 % au financement des dépenses globales de santé, montre que seulement 6 % de ces dépenses vont aux hôpitaux publics, alors que ceux-ci offrent 80 % de la capacité nationale en lits.

Pour pallier au sous-financement que connaît le secteur de la santé, il est prévu, dans le cadre du code de couverture médicale de base déjà voté au parlement de mettre en œuvre deux nouveaux mécanismes de financement : l'assurance maladie obligatoire (AMO) et le régime d'assistance médicale (RAMED). Les projections à moyen terme prévoit un doublement de la population couverte par l'assurance maladie qui passera à 32 %. La part de financement par le RAMED n'est pas encore déterminée.

#### □ **Génération de ressources**

Les établissements de formation des professionnels de santé sont représentés par les Facultés de Médecine, actuellement au nombre de quatre, l'Institut national d'Administration Sanitaire (INAS) et les instituts de formation aux carrières de santé (IFCS) et les instituts de formation aux techniques de santé (IFTS). L'avènement de loi 01/00 relative à la réforme de l'enseignement supérieur vient à point nommé pour susciter des restructurations dans ces établissements qui paraissent répondre de moins en moins aux besoins d'un système de santé en transition et ouvert sur des réformes importantes.

Plus de 200 établissements du réseau de soins de santé sont actuellement fermés par manque de ressources humaines. Bien que la proportion des médecins spécialistes reste dans la moyenne maghrébine, la demande en gynéco-obstétriciens, anesthésistes et néphrologues est pressante. A l'absence d'outils de régulation de l'offre (carte sanitaire ou SROS (Schéma régionaux d'offre de soins)), vient s'ajouter la quasi-absence de planification des effectifs des personnels de santé. Le rôle actif des établissements de formation suppose une adaptation de la formation aux besoins du système de santé et l'élaboration d'une politique nationale de gestion de ressources humaines.

Pour pallier à ces besoins non couverts, la tendance paraît s'orienter vers la recherche d'alternatives pour soulager l'Etat de l'augmentation continue de la charge salariale dans son budget.

#### □ **Administration générale**

L'administration du système de soins public est caractérisée par une forte centralisation qui contraste avec une faible capacité de régulation de l'offre et de coordination de l'action des différents acteurs du système de santé (partenariat et collaboration intersectorielle). L'encadrement réglementaire du système de santé reste très insuffisant eu égard au souci d'institutionnalisation et de pérennisation des interventions politiques.

L'administration générale souffre également d'une difficulté d'absorption de l'aide au développement dans un contexte de changements majeurs dominé par l'engagement du Maroc dans un grand processus de réformes : le Ministère de l'économie et des finances a lancé tout récemment une réforme des dépenses publiques qui comprend :

(i) la globalisation des crédits (ii) le développement de la contractualisation entre l'administration centrale et les services déconcentrés de l'Etat (iii) le développement du partenariat pour la santé.

La mise en place de ces mécanismes permettra à l'administration centrale d'avoir un cadre réglementaire pour encadrer sa relation avec les services déconcentrés d'une part et avec la société civil et le secteur privé d'autre part.

Quant à la régulation de l'offre de soins, la tendance va vers l'élaboration de Schémas régionaux d'offre de soins (SROS) pour dynamiser la région. La mise en place de cet outil est en train d'être expérimentée dans la région orientale.

Dans le cadre du renforcement du processus de déconcentration, le Ministère de la santé est en train de revoir son organisation administrative en vue de la création de la région sanitaire et du recentrage de l'administration centrale sur des missions d'encadrement et de régulation du système de santé. Une étude d'audit technique et organisationnelle est engagée dans ce sens et proposera vers la fin de l'année en cours un projet de création de la région sanitaire et de restructuration de l'administration centrale.

L'Inspection Générale du Ministère de la Santé connaît également une nouvelle dynamique de réorganisation dans le cadre d'un projet de coopération avec le gouvernement français (Projet d'appui à la formation des gestionnaires hospitaliers et des cadres de l'inspection générale). Il est prévu la création d'un corps de métier d'inspecteurs sanitaires et la révision de l'organisation de l'inspection générale en vue d'un enrichissement de son mandat et d'une éventuelle déconcentration de ses activités.

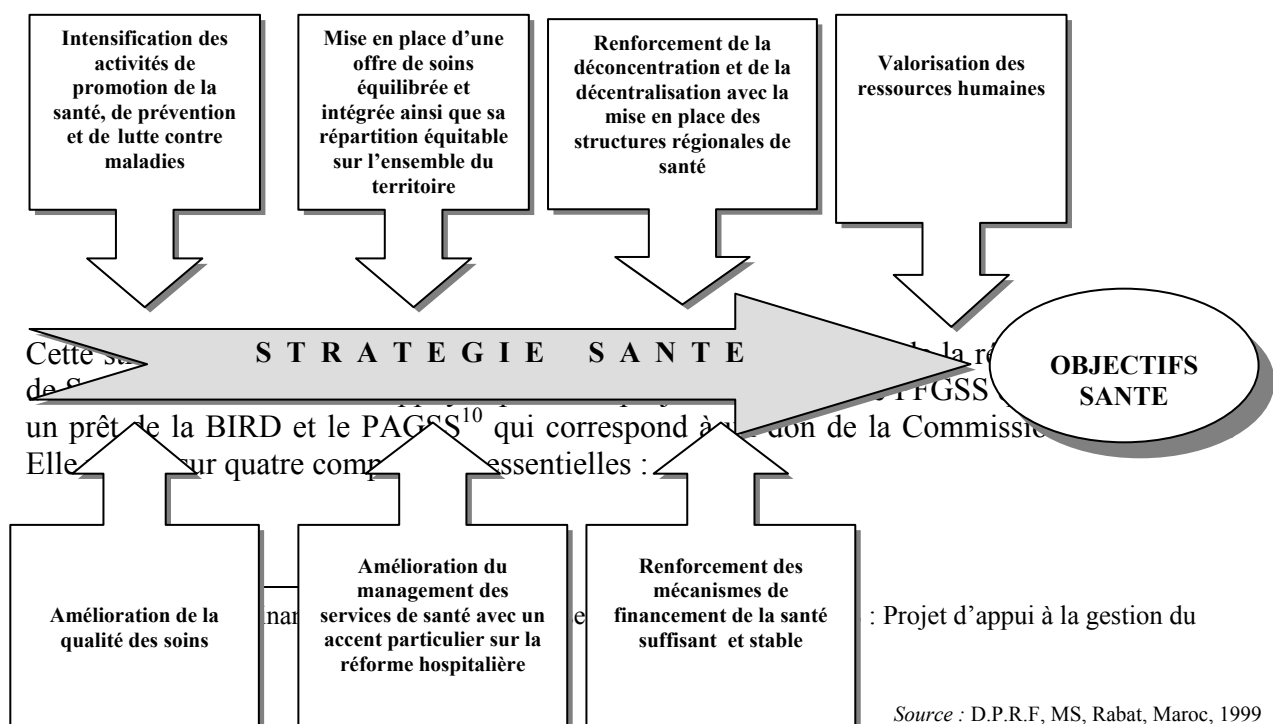
Au delà de ces dimensions d'ordre sectoriel, l'amélioration de la gouvernance est devenue un axe prioritaire aussi bien dans la politique gouvernementale que dans les programmes d'aide au développement (SNU, BIRD, CE, ...).

#### 4. PRIORITES DE SANTE AU MAROC

##### □ La santé dans le plan de développement économique et social

Dans le cadre du plan de développement économique et social 2000-2004, le Ministère de la santé a élaboré une stratégie sectorielle qui repose sur 7 axes prioritaires (voir schéma).

Principaux éléments de la stratégie sectorielle santé 2000-2004



- La réforme du financement : qui vise l'amélioration du financement de la santé par la mise en place de deux nouveaux mécanismes de financement, l'assurance maladie obligatoire (AMO) et le régime d'assistance médicale (RAMED) ;
- La réforme hospitalière : qui est un préalable à la réforme du financement et qui vise la modernisation des hôpitaux publics (non CHU) et le renforcement de leur autonomie de gestion.
- Le renforcement institutionnel : Il vise à assurer le succès des deux réformes précédentes par le renforcement de la capacitation du Ministère de la Santé dans la formulation des politiques et l'encadrement juridique du système de santé.
- L'organisation de l'offre et l'équilibrage de la filière de soins : Cet axe, mis en œuvre essentiellement dans le cadre du projet PAGSS, vise l'amélioration de la régulation de l'offre à travers la mise en place et le développement de critères d'allocation de ressources et d'outils de planification de l'offre de soins.

#### □ **La santé comme projet d'une charte nationale de la santé**

Parallèlement à la mise en œuvre de la réforme de santé, le Ministère de la Santé a initié, avec l'appui de l'OMS, un processus préluant à un débat social qui pourrait aboutir à l'adoption d'une Charte Nationale de la Santé qui fixe les choix fondamentaux de la politique de santé au Maroc.

La première étape de ce processus a consisté à analyser les tendances de l'état de santé et les orientations sectorielles. Les travaux de cette étape ont été organisés autour de sept dossiers thématiques : le droit à la santé, l'état de santé et ses tendances, l'offre de soins, les médicaments et dispositifs médicaux, la gouvernance du système de santé, le financement de la santé et la recherche & développement.

#### □ **La santé dans la déclaration du gouvernement**

Plus récemment, de nouveaux besoins de santé ont été mis en évidence dans le Déclaration du Gouvernement. Elles se rapportent notamment au diabète et à l'insuffisance rénale chronique. La réponse à ces nouveaux besoins pourrait engendrer une mise à jour de la stratégie sectorielle 2000-2004.

**Au total**, cette évolution montre qu'un quasi-consensus est établi sur les objectifs et les domaines d'intérêt prioritaires. La traduction de ce consensus en terme de développement de ressources appropriées et de mise en œuvre de stratégies efficaces reste à faire. Elle nécessite d'engager un dialogue avec les différents partenaires dans le développement sanitaire au Maroc, notamment la société civile, le secteur privé et les organisations et agences de développement.

### **III. ASSISTANCE AU DEVELOPPEMENT**

#### **1. IMPORTANCE DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT AU MAROC**

L'analyse de la structure des ressources du système de santé montre que le financement par la coopération internationale reste peu important (1% des dépenses globales de santé). L'aide

internationale au secteur de la santé est estimée à environ 15 millions de USD par an dont 62% est orientée vers la santé maternelle et infantile<sup>11</sup>.

La conjoncture internationale et l'amélioration des indicateurs de santé font que le Maroc figure parmi les pays qui sont de moins en moins éligibles à l'aide extérieure. Aussi, pour le FNUAP, le Maroc est catégorisé parmi les pays de classe B qui ne doivent bénéficier que de 35% de l'aide extérieure. Ces considérations pénalisent le milieu rural marocain qui souffre d'une iniquité systématique en matière de santé en comparaison avec le milieu urbain. L'USAID, qui intervenait essentiellement dans le domaine de la santé reproductive et particulièrement en planification familiale (120 millions de USD en 30 ans) a pris la décision de se retirer du secteur de la santé au Maroc et de réorienter son investissement vers le soutien de la "croissance économique". De même, le mode d'appui des autres organisations s'oriente de plus en plus vers les projets de développement rural et le partenariat avec la société civile selon des approches multisectorielles et une intervention de proximité.

Par ailleurs, il est important de remarquer que l'aide au développement dans le cadre de la coopération bilatérale devient de plus en plus active. Ces dernières années le Maroc a contracté des conventions importantes avec la France, la Belgique, l'Allemagne, le Japon etc.

**Tableau 1** : Répartition de l'aide internationale dans le domaine de la santé par source de financement (en millions de USD)

<b>Organisation ou agence internationale</b>	<b>Montant</b>	<b>Période</b>	<b>Apport annuel moyen</b>	<b>%</b>
UNICEF	1.7	2002- 06	0.34	2 %
FNUAP	9	2002 – 06	1.80	9 %
PNUD	0.7	2002 – 06	0.14	1 %
USAID	15	99 – 2003	3.00	16 %
France	1	2002	1.00	5 %
GTZ	3.7	2001- 05	0.74	4 %
Luxembourg	1.45	2000	1.45	8 %
Union Europ	30.435	1996-2003	3.80	20 %
Belgique	4.1	99 – 2002	1.025	5 %
Espagne	0.8	99 – 2001	0.266	1 %
Italie	1.45	99 – 2001	0.48	3 %
Japon	11	2002-2004	3.66	19 %
Chine	0.35	1998	0.35	2 %
OMS	2.0	2002-03	1.00	5 %
Total	-	-	19.051	100 %

Sur ce tableau, nous constatons que l'apport annuel moyen dans le cadre de la coopération est de l'ordre 19 Millions USD. Ce montant représente 3.8 % du Budget du Ministère de la santé estimé à 500 Millions USD. Par comparaison aux données de 1998 des comptes nationaux de la santé (CNS), l'aide internationale a connu une augmentation, puisqu'elle a évolué de 15.4 Millions USD en 1998 à 19 millions vers l'année 2001.

En terme de proportion, cette aide paraît avoir connu une diminution par rapport à celle rapportée par les CNS et qui est de 5 % (12 % hors salaires). Ceci s'explique par le fait que le budget de l'état a connu une augmentation importante durant cette période.

<sup>11</sup> Comptes Nationaux de la Santé 97/98

Le tableau montre également que les principaux donateurs internationaux sont l'USAID ; l'Union Européenne et le Japon avec plus de la moitié de l'aide internationale (56 %). La contribution des organisations des Nations Unis représente plus de 17 %. L'appui de l'OMS représente 5 % de l'aide internationale pour la santé.

Avec le retrait de l'USAID du domaine de la santé, la structure financière de l'aide internationale va connaître un grand changement, d'autant plus que la coopération avec le Japon n'est pas traditionnelle et pourrait connaître des fluctuations.

Par ailleurs, et selon les CNS, les activités de service de l'aide internationale représentent 31% (Contre 40 % pour les immobilisations et 23 % pour les médicaments et biens médicaux). Dans cette proportion, l'appui de l'OMS est de l'ordre de 15%. Grâce à sa permanence et sa régularité, le rôle de l'OMS reste fondamental dans l'orientation de l'appui international en matière de santé. La coopération bilatérale mobilise beaucoup plus de fonds mais reste conjoncturelle.

## **2. PRINCIPAUX PROGRAMMES D'ASSISTANCE AU DEVELOPPEMENT DANS LE DOMAINE DE LA SANTE**

Les domaines d'interventions de l'aide internationale sont présentés par Agence et Organisations Internationales

### ▪ LE FNUAP

Le FNUAP contribue essentiellement aux activités de santé reproductive et de planification familiale. Son appui comporte plusieurs composantes (formation, équipements et achats des contraceptifs, IEC, et système d'information) et intéresse 13 provinces constituant 20% de la population marocaine.

### ▪ L'USAID

L' USAID intervient au Maroc à travers les quatre programmes suivants :

- L'appui à l'effort du gouvernement marocain dans le domaine de la décentralisation dans deux régions (PROGRESS). Les actions portent sur les programmes santé materno-infantile et santé reproductive, le système d'information, la formation continue, l'assurance qualité, le partenariat avec la société civile,
- L'appui à la stratégie nationale des nutriments ( les micro nutriments).
- Projet de « commercial marketing strategy ( CMS) ». Ce projet concerne le secteur privé pour la promotion des produits contraceptifs commerciaux
- L'amélioration des compétences des médecins généralistes : par la formation à l'insertion de DIU en partenariat avec l'Association des Médecins Généralistes et à travers l'appui à l'introduction d'un cursus de médecine familiale dans la formation continue destinée pour les médecins privés et publics en partenariat avec la faculté de médecine de Marrakech.

### ▪ L'UNICEF

Les actions de l'UNICEF ciblent en priorité l'enfant et la femme dans les domaines suivants :

- L'accès aux soins et aux médicaments essentiels
- La PCIME
- L'appui à la stratégie nationale de la nutrition : Carence en iode et en vit A
- L'Initiative d'indépendance vaccinale.

#### ▪ LE PNUD

Les principales interventions du PNUD dans le domaine de la santé sont :

- le Renforcement et la maintenance des équipements hospitaliers
- le Programme de lutte contre les IST/SIDA.

#### ▪ L'UNION EUROPEENNE

Trois projets sont achevés

- La lutte contre les IST/SIDA dans 15 provinces
- La santé maternelle et néonatale
- La lutte contre la toxicomanie

Deux projets sont en cours :

- Projet d'Appui à la Gestion du Secteur de la Santé (PAGSS)
- Appui à la mise en place du Code de Couverture Médicale.

#### ▪ ▪ (JICA)

Le Japon conduit un projet essentiellement d'investissement de grande importance dans le domaine de maternités sans risque.

#### ▪ LA COOPERATION ALLEMANDE

- L'appui à la décentralisation des services de santé dans une région du nord.
- Formation des techniciens ortho prothésistes.
- Consolidation du projet décentralisé de santé maternelle et de la planification familiale dans une province pilote dans le SUD du Maroc.

#### ▪ LA COOPERATION FRANÇAISE

La coopération avec la France est centrée sur les domaines d'activités suivants :

- La formation continue (orthopédistes, psychosomaticiennes, urgentologie, pédopsychiatrie...)
- Le développement des techniques de soins : greffe d'organe (rein, cornée, moelle épinière) à la traumatologie, à la réanimation néonatale, à la chirurgie à cœur ouvert, à la radiation ionisante, à la transfusion, et à l'hémodialyse. et l'appui au laboratoires
- Appui à la création de la filière gestion hospitalière et d'inspection, l'appui à la politique de la maintenance, le développement de SAMU au Maroc, et la normalisation des fluides médicaux, la politique des médicaments
- La surveillance épidémiologique
- Le soutien au Laboratoire de l'institut Nationale d'Hygiène (INH) pour un rôle de contrôle de qualité des autres laboratoires

#### ▪ LA COOPERATION BELGE

Elle finance deux projets:

- Appui aux soins de santé dans deux provinces du Sud
- Lutte contre les IST/SIDA (dans la région de grande Casablanca)

#### ▪ LES AUTRES PARTENAIRES

L'Espagne, l'Italie, le Luxembourg, contribuent au secteur de la santé en assurant des équipements, et de l'assistance technique ponctuelle à la demande mais demeure très fluctuante.

L'assistance de la Chine est concrétisée particulièrement à travers une convention bilatérale dans le domaine de ressources Humaines médicales et l'équipement.

### 3. TENDANCES ET CONVERGENCES

Parmi les programmes qui paraissent bénéficier de beaucoup d'intérêt dans la coopération internationale figurent les programmes de « maternité sans risque » et des « IST-SIDA ». Dans le premier cas l'aide internationale atteint 10 millions USD par an, soit plus de la moitié de l'aide internationale dans le domaine de la santé. Le Ministère de la santé mobilise une somme équivalente dans le cadre de son budget général. Pour les IST-SIDA, l'appui international est estimé à plus de 600 000 USD par an, soit 31 % du montant total mobilisé pour ce programme. Cet appui connaîtra une augmentation consistante avec l'avènement du Fond Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

**Au total**, ces différents constats montrent la nécessité de renforcer le leadership du Ministère de la santé en matière de coopération internationale pour assurer une meilleure coordination dans l'aide internationale.

Par ailleurs, et dans le cadre de l'opérationnalisation de l'UNDAF, le Bureau de l'OMS est appelé à s'impliquer, à travers le Groupe de Travail inter-agences, dans l'appui des actions de lutte contre la pauvreté et la sécurité alimentaire par le biais d'une stratégie commune entre les Agences et organisations du Système des Nations Unies axée sur la promotion de la gouvernance locale et l'approche participative, notamment par la mise en œuvre de projets de développement local (pouvant adopter l'approche BED).

## IV. PROGRAMME ACTUEL DE L'OMS

L'accord de base entre l'OMS et le Royaume du Maroc concernant la fourniture d'une assistance technique de caractère consultatif, actuellement en vigueur, a été signé le 15 septembre 1961. Cet accord a remplacé un autre, adopté le 30 avril 1953.

L'ouverture du Bureau de la Représentation de l'OMS au Maroc remonte à l'année 1986.

A titre de comparaison les crédits accordés au titre de Budget Régulier depuis l'ouverture du Bureau de l'OMS se présentent, par biennies, comme suit :

1986-1987	\$ 471200	1994-1995	\$ 2.581.900
1988-1989	\$ 2.296.000	1996-1997	\$ 2.514.200
1990-1991	\$ 2.380.500	1998-1999	\$ 2.525.973
1992-1993	\$ 2.113.843	2000-2001	\$ 2.095.200
	2002-2003	\$ 2 067 000	

Au total et depuis 1986, plus de **19 millions \$** auront été mobilisé par l'OMS pour le Maroc. Compte non tenu des ressources extrabudgétaires ou celles des activités Régionales.

### 1. DOMAINES D'INTERVENTION ET PARTENAIRES

a) Dans le cadre du Programme Conjoint de Coopération, l'enveloppe budgétaire accordée au Royaume du Maroc par l'OMS au titre de la biennie 2002-2003 s'élève donc à **1.975.000 \$ US, non compris le support technique à travers les missions techniques de conseillers régionaux ou la participation de cadres nationaux aux activités interpayes.**

Dix neuf Programmes d'action composent du Programme actuel de l'OMS au Maroc. Comparé à la biennie précédente ce nombre a été réduit de **30%**, passant, en effet, de 28 programmes pour la période 2000-2001 à 19 actuellement (Voir liste des programmes en annexe). Ceci confirme la tendance amorcée depuis déjà la dernière biennie visant à opter pour des programmes consistants, intégrés et d'intérêt commun entre différentes structures (plutôt que plusieurs petits programmes).

A l'issue de la première année de l'exercice, le taux de réalisation du Programme conjoint de collaboration OMS/ Royaume du Maroc est d'environ **50%**, en nette amélioration comparé à la biennie précédente.

**b)** Concernant les domaines d'intervention, la répartition des 19 programmes d'action se présente comme suit :

<i>Domaines d'intervention</i>	<i>Nombre</i>	<i>% du budget</i>
<b>Politique et gestion sanitaires</b>	<b>3</b>	<b>16</b>
<b>Développement du Système et Services de santé</b>	<b>5</b>	<b>20</b>
<b>Promotion et la Protection de la Santé</b>	<b>6</b>	<b>34</b>
<b>Lutte intégrée contre les maladies</b>	<b>5</b>	<b>30</b>

Parmi les 19 programmes, 6 mobilisent **60%** des crédits alloués au titre de la biennie. Il s'agit de :

- Programme « **Besoins Essentiels de Développement** »
- Programme relatif à **la formulation de la politique sanitaire**
- Programme du développement de « **la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant** »
- Programme de **la santé respiratoire de l'adulte**
- Programme du développement **de la surveillance épidémiologique**
- Programme « **Gestion et planification des ressources humaines** »

**C)** Par composantes, le bilan d'exécution pour la première année d'exercice de la biennie 2002-2003, fait ressortir que **la formation** occupe le premier pôle de dépenses avec environ 50% des crédits utilisés (bourses et séminaires), suivie par les coûts inhérents aux frais **d'impression** (guides, supports didactiques et éducatifs) avec 13%, **les équipements** (dont plus de 50% pour l'acquisition de matériels informatiques) avec 7,5%, **les contrats locaux** pour la réalisation de travaux spécifiques avec 7%, et les **coûts locaux** (études et enquêtes) avec 5,5%.

Concernant **l'expertise** et l'appui techniques, 12 consultants internationaux ont visité le Maroc durant l'année 2002. Par domaines, ces visites se répartissent comme suit :

<i>Domaine de consultation</i>	<i>Nombre</i>
<b>La politique et gestion sanitaires</b>	<b>2</b>
<b>Le développement du Système et Services de santé</b>	<b>4</b>
<b>La promotion et la Protection de la Santé</b>	<b>3</b>
<b>La lutte intégrée contre les maladies</b>	<b>3</b>

**d)** D'un autre côté, le Siège de l'OMS ainsi que le Bureau Régional ont apporté une aide inestimable, notamment en matière de conduite de revues conjointes (ou par l'équipe de l'OMS uniquement) d'un certain nombre de programmes nationaux de grande importance ayant abouti à la formulation de plans d'actions, dont certains sont actuellement en cours de mise en oeuvre. Il s'agit de :

- La lutte contre la Tuberculose,
- La surveillance épidémiologique
- La maternité sans risque
- Le secteur pharmaceutique
- La sécurité des injections
- Le lancement d'un programme national de surveillance des maladies chroniques

**e) Partenaires :**

Depuis 3 ans, le programme Conjoint de Collaboration individualise les Partenaires autres que le Ministère de la Santé et la gestion des budgets qui leur sont attribués ; Ceux-ci représentent actuellement 10% du Budget Régulier. Il est en de même pour les ONGs (1,5 à 2%)

Ainsi, le Ministère de l'Education Nationale, le Ministère de l'Enseignement Supérieur (Facultés de Médecine), le Ministère chargé de la Condition de la Femme, la Protection de la Famille et de l'Enfance et l'Intégration des Handicapés , le Département de l'Environnement, certaines ONGs, vont continuer à être, à côté du Ministère de la Santé, les partenaires de l'OMS pour la bienné 2002-2003.

Par ailleurs, et à l'instar de l'ensemble des Agences et Organisations du Système des Nations unies, le Bureau de l'OMS participe aux différents travaux et actions du Système tels que l'actualisation du Bilan Commun de Pays (BCP), l'élaboration du Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) ou encore, à travers le Groupe de travail permanent, au développement des approches communautaires et des projets de développement local.

Le Représentant de l'OMS préside, depuis 4 ans le Groupe Thématique ONUSIDA/Maroc qui a contribué au processus d'élaboration du Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et au Mécanisme de Coordination du Pays (CCM) ayant abouti à l'obtention d'un appui du Fonds Mondial de Lutte contre la Tuberculose, le Paludisme et le Sida (Le Maroc est le 1<sup>er</sup> pays de la Région à bénéficier du Fonds)

## **2. STAFF TECHNIQUE ET CONDITIONS DE TRAVAIL**

Outre le Représentant, le staff technique du Bureau de l'OMS au Maroc est composé de :

- 1 Assistant administratif (2ans d'ancienneté au Bureau de l'OMS)
- 1 coordonnateur de Projets (SSA) (5ans d'ancienneté au bureau de l'OMS).

Depuis le déménagement du Bureau de l'OMS à de nouveaux locaux, les conditions de travail se sont nettement améliorées.

## **V. ORIENTATIONS GLOBALES ET REGIONALES DE L'OMS**

### **1. ORIENTATIONS DU PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL 2002-2005**

Le programme général de travail de l'OMS s'est fixé 4 domaines d'action stratégique pour la période 2002-2005 :

- Réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, surtout dans les populations pauvres et défavorisées ;
- Promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé liés à l'environnement, au contexte économique et social et au comportement ;
- Mettre en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable, répondent aux attentes légitimes de la population et soient financièrement justes ;
- Concevoir une politique de base, créer un cadre institutionnel pour le secteur de la santé et promouvoir la prise en compte des questions de santé par les partenaires sociaux, économiques, ainsi qu'en matière d'environnement et de développement.

### **2. PRIORITES REGIONALES DE L'OMS (EMRO)**

Dans le cadre de la région EMRO, dix domaines d'intervention sont jugés prioritaires. Il s'agit de :

- Le développement des ressources humaines ;
- L'approche des besoins essentiels pour la réduction de la pauvreté et le développement de la santé ;
- Le contrôle des maladies transmissibles et la sécurité transfusionnelle ;
- Promotion des modes de vie sain, lutte contre le tabagisme (TFI), promotion de la santé des personnes âgées et nutrition ;
- Prévention des maladies non transmissibles ;
- Santé maternelle et infantile ;
- Accès et utilisation rationnelle des médicaments essentiels ;
- Développement des systèmes et des services de santé ;
- Promotion du transfert technologique, des supports d'information sanitaire et de la capacité building dans la recherche en santé ;
- Santé environnementale, assainissement et sécurité de l'eau.

### **3. LES FONCTIONS DE L'OMS AU NIVEAU PAYS**

Pour définir son action au niveau des Pays, l'OMS a identifié les cinq fonctions suivantes:

- ❑ **F1** : Appuyer l'implantation durable des activités de routine,
- ❑ **F2** : Faciliter et encadrer l'adoption et l'adaptation de stratégies, d'outils et de technologies,
- ❑ **F3** : Appuyer la recherche et le développement dans le domaine de la santé, ainsi que les activités de monitoring de la performance du système de santé ;

- ❑ **F4** : Partager et diffuser les connaissances et les informations sur la santé, Fournir des options de politique générale, normes & standards, plaidoyer ;
- ❑ **F5** : Fournir des conseils sur des politiques spécifiques ; servir d'intermédiaire appuyer les politiques, les actions et le financement de la santé.

Selon ces fonctions et en tenant compte des fonctions générales du Système de Santé, la répartition, en pourcentage, des activités des Programmes d'action de l'OMS au Maroc se présente comme suit :

**Tableau 2:** Répartition, en %, des activités du Programme actuel selon Les Fonctions OMS au niveau national (pays)

Fonctions du système de santé (selon OMS)	F1	F2	F3	F4	F5	Total
<b>Administration générale</b>		1	4		11	16
<b>Prestations</b>	10	50	7	3	3	73
<b>Génération de ressources</b>	3	3	3	3	1	13
<b>Financement</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	13	54	14	6	15	100

Ce tableau est le résultat de la répartition, en pourcentage, des activités des différents programmes d'action (en termes des ressources allouées) selon les fonctions OMS au niveau du pays.

Il ressort de cette analyse qu'avec 54% du volume des activités, la fonction relative à l'encadrement et l'adoption de stratégies, d'outils et de technologies reste prédominante dans le programme actuel de l'OMS et, ce, en faveur de la fonction prestations du Système de santé. Ce résultat se confirme d'ailleurs à travers le bilan de réalisation des activités pour la première année d'exercice qui a pu dégager que la formation occupe le premier pôle de dépenses avec 50% des crédits utilisés.

## VI. AGENDA STRATEGIQUE POUR LE MAROC

### 1. ATTENTES DES PARTENAIRES NATIONAUX

Des consultations préliminaires menées par la Représentation de l'OMS auprès de ses différents partenaires marocains ainsi que des discussions menées avec les Responsables du Ministère de la Santé, il ressort que les partenaires nationaux et internationaux de l'OMS au

Maroc, attendent de celle-ci de développer ses activités autour des 7 domaines prioritaires suivants :

1. La formulation et la mise en œuvre de la politique sanitaire ; particulièrement le développement d'outils de planification et d'aide à la décision
2. La surveillance épidémiologique et la prise en charge des morbidités prévalentes ;
3. Le renforcement de la sécurité sanitaire et des vigilances ;
4. Le développement des compétences et des capacités de gestion des ressources humaines ;
5. L'administration générale du système de santé ;
6. Le développement du système d'information sanitaire ;
7. Le développement de la recherche de façon ciblée et concertée.

## 2. DEFIS A RELEVER

En raison de La transition démographique et épidémiologique et des changements que connaît son environnement économique et social, le système de santé marocain se trouve confronté à des défis relevant des quatre fonctions du système de santé.

- ❑ En matière de production de soins et services, le défi se rapporte à la capacité des autorités sanitaires à surmonter quatre obstacles majeurs :
  - La disparité de l'accès aux soins,
  - La transition de la demande des soins,
  - La sous-utilisation des ressources et
  - L'insuffisance d'intégration entre les différents niveaux de prestations et les différents secteurs de santé (public et privé).

Pour relever ce défi, il devient de plus en plus nécessaire de renforcer la politique de subsidiarité et de décentralisation de la gestion.

- ❑ A côté des questions d'organisation et d'équité de l'offre de soins, le sous financement reste le principal obstacle au développement du système des santé marocain. La réforme de santé ne pourra être mise en œuvre sans l'amélioration du financement et de l'équité de la distribution financière.
- ❑ La fonction de création de ressources connaît un grand déficit. Hormis le secteur de l'industrie pharmaceutique qui produit plus de 80 % de la demande solvable du Pays en médicaments, le marché de la technologie biomédicale reste très limité et loin de répondre aux besoins de renouvellement ou de développement des plateaux techniques hospitaliers prévus dans le cadre de la réforme hospitalière.

Au niveau de la production des ressources humaines, et malgré l'autonomie dans la formation initiale des différentes catégories de personnel de santé, le système souffre d'une inadéquation entre l'offre et la demande.

- ❑ En matière de gouvernance du secteur, le défi se rapporte à la forte centralisation du système de santé qui contraste avec une faible capacité de régulation et de maîtrise des coûts de soins.

Par ailleurs, le positionnement transitionnel du système de santé exige le maintien et le renforcement des efforts de génération de l'information sur l'état de santé et sur la

performance du système pour alimenter les choix politiques par des données probantes (EVIDENCE) et pouvoir mieux piloter les réformes en cours.

La stratégie de coopération OMS-Maroc a été élaborée en vue de contribuer aux efforts des autorités sanitaires à FAIRE FACE ces différents défis.

## **2. STRATEGIE DE COOPERATION AVEC LE MAROC**

Le système de santé marocain se trouve dans une phase cruciale de son évolution. Eu égard aux priorités nationales et aux nouvelles orientations de l'OMS, la coopération OMS-Maroc visera au renforcement de sa contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population marocaine et de la performance du système de santé marocain. Elle s'inscrit dans le cadre de la promotion du développement humain durable et du souci de la réalisation des objectifs du Millénaire.

L'appui de l'OMS tient compte des grands choix politiques et stratégiques arrêtés pour le secteur et autour desquels un consensus semble être établi.

La priorité proposée pour l'OMS à moyen terme est d'accompagner les réformes mises en chantier par le gouvernement tout en assurant la continuité de son appui technique ciblé sur les programmes sanitaires prioritaires.

Ainsi le CCS 2004-2007 comprendra trois axes stratégiques essentiels (Cf annexe 3.):

### **Composante 1 : Développement d'instruments nécessaires à la planification et à l'orientation de la politique sanitaire**

Cette composante répond au souci partagé de générer les informations utiles à la prise de décision stratégique et de faciliter l'adoption et l'adaptation de certains outils nécessaires à la conception ou à l'évaluation des politiques de santé. Le choix des instruments à développer est dicté par les soucis d'influencer les actions prévues dans les différentes réformes engagées. Ainsi la priorité sera accordée aux actions qui permettent :

- ❑ La mesure de l'état de santé: Etude de la charge de morbidité, enquêtes sur l'état de santé ou sur les facteurs de risque etc. qui permettra d'évaluer les priorités sanitaires
- ❑ La mesure de la performance du système de santé : Comptes nationaux de la santé, mesure de la réactivité du système, appréciation de la gouvernance sectorielle, les revues conjointes des programmes nationaux, le développement d'indicateurs de performance etc.
- ❑ La régulation de l'offre : Dans ce cadre, la priorité sera accordée à la planification des ressources humaines et l'adaptation de la formation de base aux besoins sanitaires, au développement de la carte sanitaire, à l'amélioration de l'accès aux soins de base et aux médicaments essentiels.

### **Composante 2 : Appui à la gestion décentralisée du système de soins**

Le renforcement de la déconcentration est un choix de politique générale au Maroc. Il a connu vers la fin des années 1990 un regain d'intérêt avec l'avènement de la loi sur la régionalisation. Pour consolider cette orientation nationale, il est proposé que l'action de l'OMS s'inscrive de façon pragmatique dans la stratégie de gestion décentralisée des systèmes de soins. Les programmes intégrés tels que l'accès aux soins, l'organisation des services, la

prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, seront traités essentiellement dans le cadre décentralisé. Dans cette optique, trois axes d'intervention seront renforcés :

- ❑ Le développement des compétences par le renforcement de la formation de base et continue en gestion des services de santé, le développement de la recherche action et la recherche opérationnelle etc.
- ❑ La mise en place d'outils de gestion pour faciliter la délégation de responsabilité et la transparence dans la gestion des services. Dans ce sens, l'OMS appuiera les initiatives de mise en place de mécanismes de contrôle et de reddition des comptes comme la contractualisation, le contrôle de qualité, l'accréditation et l'audit interne.
- ❑ L'intégration des programmes et la collaboration intersectorielle : la décentralisation et la déconcentration renforcent les possibilités de collaboration intersectorielles et les opportunités de participation des communautés à la prise en charge de leurs problèmes de santé. Dans cette perspective, les initiatives à base communautaire et, notamment, le programme « Besoins Essentiels de Développement (BED) » seront poursuivis, particulièrement sous forme de collaboration technique avec l'Agence de Développement Social qui apportera le financement, ou toute autre agence à mission similaire (Apport d'expériences et de méthodes). La déconcentration est également une opportunité à saisir pour assurer plus d'intégration dans l'offre de soins et dans la gestion des programmes. Dans cet esprit le soutien à la PCIME, à l'organisation de la filière (système d'orientation-recours), à l'approche DTSP (résolution des problèmes par l'équipe du district) et au partenariat public-privé sera favorisé.

### **Composante 3 : Développement de l'expertise technique**

Tous les intervenants ont souligné le rôle irremplaçable de l'OMS dans des domaines techniques spécifiques. Les deux composantes précitées seront complétées par la poursuite d'actions spécifiques dans des domaines clé de l'action de l'OMS au niveau régional et mondial. Ces actions auront comme objectifs :

- ❑ Consolider les acquis de la coopération OMS-Maroc par la mise à jour de programmes techniques traditionnels comme la vaccination, la tuberculose ou le paludisme ; par le soutien des actions structurantes comme celle concernant le Système National d'Information Sanitaire et la formation à l'Institut national d'administration sanitaire (INAS), ou encore par le renforcement des supports de diffusion et de partage de l'information;
- ❑ Renforcer, de façon ciblée, certains programmes prioritaires pour le Ministère de la santé comme la surveillance épidémiologique, la santé maternelle, la maternité sans risque et le programme des IST-SIDA ;
- ❑ Préparer et développer la réponse nationale aux problèmes émergents qui, à terme, devront faire l'objet de programmes prioritaires structurés. Pourraient s'inscrire dans ce cadre, les activités visant la réduction des risques pour la santé (Cf Rapport sur la Santé dans le Monde 2002, notamment la lutte contre le tabac, la promotion des modes de vie sains...), la gestion et la prise en charge des maladies chroniques, la sécurité sanitaire et la promotion de la santé des adolescents.

## **N.B :**

Pour pouvoir répondre aux attentes des partenaires et mener à bien les programmes qui seront développés dans le cadre de cet agenda stratégique, il est nécessaire de renforcer le rôle de l’OMS au Maroc, d’autant plus que la période couverte par ce CCS connaîtra le retrait de l’USAID du secteur de la santé. L’importance de l’appui de l’USAID (autour de 50 % de l’aide internationale), la concentration de son action sur la santé maternelle qui constitue une priorité nationale et régionale et le risque que ce retrait implique pour la couverture du monde rural doit encourager l’OMS à jouer un rôle de plaidoyer et de mobilisation des ressources additionnelles pour la santé dans le cadre de la coopération bi- et multilatérale. Le CCS constituera un support important pour l’orientation de ce plaidoyer et pour le renforcement de la collaboration avec les agences de développement et la société civile.

## **VII. IMPLICATION POUR LE BUREAU DE L’OMS**

La mise en oeuvre du CCS aura une implication pour le bureau de l’OMS en terme de renforcement de son encadrement technique, d’organisation du travail et de programmation financière. En Effet le renforcement du rôle de la représentation dans la coopération internationale en santé et dans la mise en oeuvre du CCS reste tributaire du développement d’une masse critique de personnel technique à affecter au Bureau.

Sur le plan programmatique, la mise en œuvre du CCS suppose d’un côté un renforcement des fonctions d’administration générale et de génération des ressources et une reconsidération des actions appuyant les activités de prestation de soins et services en vue d’une meilleure intégration. De l’autre côté, un redéploiement des ressources est nécessaire pour assurer un renforcement des fonctions F2 (faciliter et encadrer l’adoption et l’adaptation de stratégies, d’outils et de technologies) et F5 (fournir des conseils sur des politiques spécifiques) de l’OMS au niveau pays (voir annexe 2). Ce déploiement tient compte de l’intervention des autres partenaires et de l’avantage comparatif de l’OMS en terme d’expertise.

Le redéploiement en question est précisé dans le tableau 3, ci-après.

**Tableau 3** : Importance relative des interventions de l’OMS au Maroc (en 2004-2007)

Fonctions du système de santé	Fonctions OMS au niveau national (pays)				
	F1	F2	F3	F4	F5
Administration générale	+	++	+++	+	++
Prestations	++	+++	++	++	++
Génération de ressources	+	++	-	-	-
Financement	-	-	++	-	-

Pour assurer un meilleur suivi des programmes de coopération et leur intégration dans la dynamique globale que connaît le secteur de la santé, il serait souhaitable d’institutionnaliser une revue annuelle conjointe des programmes OMS au Maroc. Il s’agit d’une réunion annuelle entre la Représentation de l’OMS et ses partenaires nationaux qui sera destinée à l’évaluation à mi-parcours du Programme d’action de la bienné. Les résultats de cette réunion aideront, entre autres, à réaliser la reprogrammation des activités pour la deuxième année de la bienné.

Quant à la programmation financière, elle doit connaître une adaptation pour pouvoir encadrer convenablement les actions du CCS. L'OMS s'emploiera à mobiliser des ressources extrabudgétaires conséquentes dans le cadre la coopération internationale pour soutenir les objectifs du CCS.

**TABLEAU 4 : AGENDA STRATEGIQUE DE LA COOPERATION OMS-MAROC (Tableau Synoptique)**

<b>COMPOSANTE 1</b> <b>Développement d'instruments nécessaires à la planification et à l'orientation de la politique sanitaire</b>	<b>COMPOSANTE 2</b> <b>Appui à la gestion décentralisée du système de soins</b>	<b>COMPOSANTE 3</b> <b>Expertise technique</b>
<b>1.1. Mesure de l'état de santé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Charge de morbidité</li> <li><input type="checkbox"/> Enquêtes sur les facteurs de risque</li> <li><input type="checkbox"/> Enquêtes sur l'état de santé</li> </ul>	<b>2.1. Développement des compétences</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Formation</li> <li><input type="checkbox"/> Recherche action</li> <li><input type="checkbox"/> Recherche opérationnelle</li> <li><input type="checkbox"/> Echange d'expériences</li> </ul>	<b>3.1. Consolider les acquis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mise à jour des programmes traditionnels (vaccination, tuberculose, paludisme, trachome, maladies hydriques,...)</li> <li><input type="checkbox"/> SNIS</li> <li><input type="checkbox"/> INAS,</li> <li><input type="checkbox"/> Supports de diffusion et de partage d'informations (CDS, site web bureau ...)</li> </ul>
<b>1.2. Mesure de la performance du système</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Réactivité du système</li> <li><input type="checkbox"/> Comptes nationaux de la santé</li> <li><input type="checkbox"/> Gouvernance</li> <li><input type="checkbox"/> Revues conjointes de programmes nationaux</li> <li><input type="checkbox"/> Indicateurs de performance</li> </ul>	<b>2.2. Développement d'outils de gestion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Contractualisation</li> <li><input type="checkbox"/> Audit interne</li> <li><input type="checkbox"/> Accréditation</li> <li><input type="checkbox"/> Contrôle de qualité</li> <li><input type="checkbox"/> ...</li> </ul>	<b>3.2. Interventions ciblées sur les programmes prioritaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Surveillance épidémiologique</li> <li><input type="checkbox"/> Maternité au moindre risque</li> <li><input type="checkbox"/> IST/SIDA</li> <li><input type="checkbox"/> Eau et environnement</li> <li><input type="checkbox"/> ...</li> </ul>
<b>1.3. Régulation de l'offre</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Planification des ressources humaines</li> <li><input type="checkbox"/> Adaptation de la formation de base aux besoins de santé (redéfinition des profils et des curricula, Formation de formateurs)</li> <li><input type="checkbox"/> Carte sanitaire</li> <li><input type="checkbox"/> Accès aux médicaments</li> <li><input type="checkbox"/> Couverture sanitaire de base</li> </ul>	<b>2.3. Intégration des programmes et collaboration intersectorielle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> DTSPS</li> <li><input type="checkbox"/> PCIME</li> <li><input type="checkbox"/> BED et autres initiatives à base communautaire</li> <li><input type="checkbox"/> Organisation de la filière de soins (relation hopital-SSB)</li> <li><input type="checkbox"/> Partenariat public-privé</li> <li><input type="checkbox"/> ...</li> </ul>	<b>3.3. Réponse à des besoins émergents</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sécurité sanitaire</li> <li><input type="checkbox"/> Réduction des risques pour la santé (Tabac, modes de vie,...)</li> <li><input type="checkbox"/> Gestion et prise en charge des maladies chroniques</li> <li><input type="checkbox"/> Santé mentale,</li> <li><input type="checkbox"/> Groupes vulnérables, notamment les adolescents</li> <li><input type="checkbox"/> ...</li> </ul>

**Tableau 5 : Organisation des actions du CCS  
selon les fonctions de l'OMS au niveau pays et les fonctions du système de santé**

Fonctions du système de santé	Fonctions OMS au niveau national (pays)				
	F1	F2	F3	F4	F5
<b>Administration générale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Système National d'Information Sanitaire (SNIS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planification des ressources humaines</li> <li>▪ Carte sanitaire</li> <li>▪ Contractualisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Charge de morbidité</li> <li>▪ Enquêtes sur les facteurs de risque</li> <li>▪ Enquêtes sur l'état de santé</li> <li>▪ Réactivité du système</li> <li>▪ Comptes nationaux de la santé</li> <li>▪ Gouvernance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accréditation et assurance qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Couverture sanitaire de base</li> <li>▪ Revues conjointes de programmes nationaux</li> <li>▪ Indicateurs de performance</li> </ul>
<b>Prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise à jour des programmes traditionnels (vaccination, tuberculose, paludisme, trachome, maladies hydriques,...)</li> <li>▪ Surveillance épidémiologique</li> <li>▪ Formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contractualisation</li> <li>▪ Audit interne</li> <li>▪ Accréditation</li> <li>▪ Contrôle de qualité</li> <li>▪ DTPS</li> <li>▪ PCIME</li> <li>▪ Organisation de la filière de soins (relation hôpital -SSB)</li> <li>▪ Partenariat public-privé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Appui aux laboratoires de référence</li> <li>▪ Recherche action</li> <li>▪ Recherche opérationnelle</li> <li>▪ ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supports de diffusion et de partage d'informations (CDS, site web du bureau de l'OMS...)</li> <li>▪ Echange d'expériences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accès aux médicaments</li> <li>▪ BED et autres initiatives à base communautaire</li> <li>▪ Maternité au moindre risque</li> <li>▪ IST/SIDA</li> <li>▪ Eau et environnement</li> <li>▪ Sécurité sanitaire</li> <li>▪ Réduction des risques pour la santé (Tabac, modes de vie,...)</li> <li>▪ Gestion et prise en charge des maladies chroniques</li> <li>▪ Santé mentale,</li> <li>▪ Groupes vulnérables, notamment les adolescents</li> <li>▪ ...</li> </ul>
<b>Génération de ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ INAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adaptation de la formation de base aux besoins de santé (redéfinition des</li> </ul>			

		profils et des curricula, Formation de formateurs) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ INAS</li> </ul>			
<b>Financement</b>	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rationalisation de la distribution des ressources (élaboration de critères d'allocation de ressources, Mise en place d'outils de gain de productivité)</li> <li>▪ ...</li> </ul>	-	-

## ANNEXE I

# COUNTRY PROFILE

### 1- General

Country Name:	Morocco		
Capital Name:	Rabat		
Total land area:	710 850 km <sup>2</sup>		
Official Language:	Arabe		
Currency:	Dirham `	Exchange rate/in US\$	9.75

### 2- Demographic Indicators:

**POPULATION YEAR: 2002**

Total	2.9636.000
Urban: Rural ratio	55,9
Male: Female ratio	50,2
Under 1 year (%)	2,1
1 – 4 years (%)	10,08
5 – 14 years (%)	20,81
15 - 49 years (%)	21,72
Over 65 years (%)	2.2

- Population growth rate 1,5
- Crude birth rate 22,4 (%0)
- Dependency ratio 61.55
- Total fertility rate 2,9
- Population density 40 (hab/km<sup>2</sup>)

### SOCIO ECONOMIC INDICATORS.

Indicators	Year	Total	Male	Female
Adult literacy rate (15+ years)	01-02	51.7	65.2	38.1
School enrolment ratio (first level)	00-01	85	88	81
School enrolment ratio (second level)	00-01	28	30	26
Percentage of regular smokers	00	17.7	34.5	1.6

Per capita GNP	1360 US\$ (1999)
Unemployment	12.5 (2001)
Main natural resources	
Main exports	
Ethnic groups	

### 3- Budgetary Resources Indicators in 2000 year

- National health expenditure as % of GNP 4.5
- Allocated resources to MOH form total government budget 5.3% (2003)
- MOH expenditures as % of GNP 1.3% (2001)
- National health expenditures devoted to local health care
- Annual budget of MOH (per capita) 17,5 us\$ (2002)
- National expenditures on health (per capita) 50us\$

### 4- Human and Material Resources Indicators:

	Rate per 10000 population
1- Physicians	4,2
2- Dentists	0,8
3- Pharmacists	1,56
4- Nursing and midwifery	10,03
5- Hospital beds	10,08
6- PHC units or centers	2,73

## 5- Indicators of coverage with Primary Health Care in (2001) year

### PERCENTAGE OF POPULATION WITH ACCESS TO LOCAL HEALTH SERVICES:

- Total 85
- Urban 100
- Rural 65

### THE SAME INDICATORS BY REGION/ PROVINCE/GOVERNORATE

### PERCENTAGE OF INFANTS FULLY IMMUNIZED IN THE YEAR (2001) WITH:

- BCG 92
- DPT 90
- OPV 92
- Measles vaccine 88
- Hepatitis B Vaccine 78

### PERCENTAGE OF PREGNANT WOMEN GIVEN 2 DOSES OF TETANUS TOXOID

42

### PERCENTAGE OF TOTAL POPULATION WITH ACCESS TO:

- Safe drinking water 77
- Adequate excreta disposal facilities 72

<b>PREGNANT WOMEN ATTENDED BY TRAINED PERSONNEL</b>	56
<b>DELIVERIES ATTENDED BY TRAINED PERSONNEL</b>	45,6
<b>INFANTS ATTENDED BY TRAINED PERSONNEL</b>	62
<b>MARRIED WOMEN (15-49) USING ANY FORM OF CONTRACEPTIVES</b>	59

### 6- Health status Indicators:

	Year	Value
• Newborn with birth weight at least 2.5 Kg.	1999	97%
• Children with acceptable weight for age	1997	91.1
• Infant mortality rate	1997	36,6
• Probability of dying before reaching 5 <sup>th</sup> birthday	1997	45,8
• Maternal mortality rate	1997	22,8
• Life expectance at birth		
▪ Total	1999	69,5
▪ Male	1999	67,5
▪ Female	1999	71,52

### 7- Selected Morbidity Indicators:

Disease	Annual number of reported cases in 2002 year
Cholera	0
Malaria	106
Poliomyelitis	0
Measles	6000
Pulmonary Tuberculosis	27804
Diphtheria	0
Tetanus	18
Neonatal Tetanus	05
AIDS	140
Meningococcal Meningitis	505

## ANNEXE II

### Répartition des dépenses de la biennie 2000-2001 selon les différents programmes d'action de l'OMS

Intitulé du Programme	Budget Alloué (en USD)	%
4.3 Développement humain durable - Approche Besoins Essentiels de Développement	430 000	21,72
1.1 Formulation de la politique sanitaire	260 000	13,13
7.2 Santé de l'enfant et de l'adolescent - Accueil des enfants victimes de la violence.	181 500	9,17
10.1 Santé respiratoire de l'adulte	176 000	8,89
11.1 Surveillance épidémiologique	120 000	6,06
2.1 Gestion, planification et formulation de la politique en matière de ressources humaines	107 500	5,43
1.4 Préparation aux situations d'urgence et gestion des risques	100 000	5,05
6.1 Promotion de modes de vie sains, santé scolaire et éducation pour la santé ciblant les jeunes.	90 000	4,55
5.1 Politique nationale du médicament basé sur les médicaments essentiels - Pharmacovigilance et surveillance des traitements utilisés dans les programmes sanitaires.	75 000	3,79
5.3 Implantation du programme assurance qualité dans laboratoires supports aux programmes sanitaires	66 500	3,36
4.1 Développement de l'approche qualité des soins	65 500	3,31
10.3 Programme National de lutte contre les IST et le Sida	55 900	2,82
2.2 Appui à l'enseignement médical	50 000	2,53
4.2 Renforcement du programme de réadaptation à base communautaire ciblant les handicapés	45 000	2,27
7.1 Appui à la stratégie de maternité sans risques, santé génésique et planification familiale	44 600	2,25
1.3 Appui à la recherche sur les systèmes de santé	38 000	1,92
8.4 Evaluation des risques sanitaires liés à l'environnement	35 000	1,77
1.2 Renforcement de la législation sanitaire	20 000	1,01
6.5 Hygiène alimentaire	19 500	0,98
<b>Sous Total</b>	<b>1 980 000</b>	<b>100</b>

**Fonds extrabudgétaires**

**72.000**

**TOTAL**

**2.052.000**

**NB** : Non compris le financement interpays, tel que la participation aux réunions interpays et l'appui technique d'EMRO et du siège représenté par des visites de conseillers régionaux, notamment, et par des visites de planification (JPRM).

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AGCD, projet d'appui aux soins de santé dans les provinces de Ouarzazate et Zagora, Bruxelles, avril 97.
- Agence de développement social, guide à l'usage des partenaires
- Banque mondiale, analyse de la situation au Maroc, 2002
- FNUAP, projet cadre 6<sup>ème</sup> programme santé reproductive 2002-2006
- FNUAP, rapport d'analyse du programme et l'élaboration de la stratégie 1997
- Ministère de la santé plan de développement sectoriel 2002-2004
- Ministère de la santé , les Compte Nationales de la Santé
- Ministère de la santé , santé en chiffre , 2001
- Ministère de la santé : santé, état actuel, tendances, et orientations stratégiques, avril, 2002.
- Ministère de la santé, santé en chiffre 2002
- OMS , Evaluation du programme de la maternité sans risque au Royaume du Maroc, 2002,
- OMS , programme de coopération 2002-2003
- OMS, rapport sur le bilan d'exécution du Programme Conjoint de coopération 2000-2001
- OMS, Général Programme of Work.
- OMS, Country commun strategy : canevas de travail
- OMS, Country commun strategy : cas de Yémen, Malaisie
- PROGRESS "projet de gestion régionale des services de santé" plan d'action, 2002
- OMS, Rapport de revue du Secteur Pharmaceutique, 2001
- UNDAF 2002-2006
- UNICEF , les moins de 18 ans au Maroc
- UNICEF analyse de la situation des enfants au Maroc
- UNICEF rapport national sur le suivi du sommet mondial pour les enfants
- UNICEF, l'enfance au Maroc : Analyse et statistique
- USAID analyse rétrospective maternité sans risque mai, 2001
- USAID, analyse rétrospective planification familiale juin, 2001
- USAID, Analyse rétrospective IST/SIDA, 2001.