



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE LA Méditerranée orientale

Stratégie de coopération entre le Maroc et l'OMS pour la période 2023-2027



MAROC

Avril 2023

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Noms : Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale, Royaume du Maroc. Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Titre : Stratégie de coopération entre le Maroc et l'OMS pour la période 2023-2027 / Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale, Royaume du Maroc. Ministère de la Santé et de la Protection sociale
Description : Caïre : Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale | 2023
Identificateurs : ISBN 978-92-9274-099-3 | ISBN 978-92-9274-100-6 (en ligne)
Sujets : État de santé | Planification stratégique | Politique de santé | Coopération internationale | Prestations des soins de santé | Priorités en santé | Facteurs socioéconomiques | Organisation mondiale de la Santé | Maroc
Classification : NLM WA 540

© Organisation mondiale de la Santé 2023

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Stratégie de coopération entre le Maroc et l'OMS pour la période 2023-2027. Le Caïre, Égypte. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, 2023. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris>

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Stratégie de coopération entre le Maroc et l'OMS pour la période **2023-2027**

Dr. Maryam Bigdeli
Représentante de l'OMS
au Maroc



Pr. Khalid Ait Taleb
Ministre de la Santé et de
la Protection Sociale



Rabat, le 07 avril 2023

75 LA SANTÉ
POUR TOUS



TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	IV
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES GRAPHIQUES.....	VI
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	1
I.INTRODUCTION	4
II.CONTEXTE NATIONAL : UN NOUVEAU MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT ET UNE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS UN CONTEXTE MONDIAL CHANGEANT	5
1. Situation socio-économique et politique	5
2. Système de santé et situation sanitaire.....	8
III. ENVIRONNEMENT DES PARTENARIATS EN SANTÉ	19
IV. COLLABORATION ENTRE L'OMS ET LE ROYAUME DU MAROC DURANT LE CYCLE PRÉCÉDENT	20
V. PRIORITÉS STRATÉGIQUES	22
1. Processus de priorisation et d'alignement avec les politiques nationales, le ccdd et le treizième PGT	22
2. Programme stratégique	23
VI. MISE EN ŒUVRE	28
1. Principes de coopération.....	28
2. Enjeux.....	28
3. Principales contributions aux quatre priorités stratégiques.....	29
4. Financement	34
VII. SUIVI ET ÉVALUATION.....	35
RÉFÉRENCES.....	37
ANNEXE 1	41
ANNEXE 2	45
ANNEXE 3	49
ANNEXE 4	51
ANNEXE 5	55

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ALCS	Association de Lutte Contre Le Sida
AMO	Assurance maladie obligatoire
AMPF	Association Marocaine de Planification Familiale
ANAM	Agence nationale de l'assurance maladie
AMSF	Association Marocaine des Sages-Femmes
ANSFM	Association Nationale des Sages-Femmes du Maroc
BAD	Banque africaine de développement
BEI	Banque européenne d'investissement
BM	Banque mondiale
BP	Budget programme
CAPM	Centre antipoison et de pharmacovigilance, MSPS
CCDD	Cadre de coopération pour le développement durable
CESE	Conseil Économique, Social et Environnemental
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CNOUSP	Centre National d'Opérations d'Urgence en Santé Publique
CNSR	Centre National de Santé Reproductive
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSU	Couverture sanitaire universelle
DALYs	Années de vie ajustées sur l'incapacité
DELM	Direction de l'Épidémiologie et de Lutte contre les Maladies, MSPS
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, MSPS
DMP	Direction des Médicaments et de la Pharmacie, MSPS
DP	Direction de la Population, MSPS
DPRF	Direction de la Planification et des Ressources Financières, MSPS
DRC	Direction de la Réglementation et du Contentieux, MSPS
DRH	Direction des Ressources Humaines, MSPS
ENH2	Enquête Nationale sur le Handicap, 2014
ENPSF	Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale
ENSP	École Nationale de Santé Publique
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FIAEM-Maroc	Fédération internationale des Associations d'Étudiants en Médecine
PGT 13	Treizième programme général de travail 2019-2023
GST	Groupements Sanitaires Territoriaux
HAS	Haute Autorité de Santé
HCP	Haut-Commissariat au Plan
HCR	Haut -Commissariat pour les Réfugiés
HiAP	La Santé dans toutes les politiques
IDH	Indice de développement humain
IDL	Indice de développement local multidimensionnel
IHME	Institute for Health Metrics and evaluation
INH	Institut National d'Hygiène
ISPITS	Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé
JICA	Agence japonaise de Coopération internationale

MNT	Maladies non transmissibles
MSPS	Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
NARSA	National Road Safety Agency - Agence Nationale de la Sécurité Routière -
NMD	Nouveau Modèle de Développement
ODD	Objectifs de développement durable
OFPPT	Office de la formation professionnelle et de la promotion du travail
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OMSA (OIE)	Organisation mondiale de la santé animale
ONDH	Observatoire national du développement humain
ONEE	Office National de l'Électricité et de l'Eau Potable
ONSSA	Office National de la Sécurité Sanitaire des produits Alimentaires
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPALS	Organisation panafricaine de lutte contre le sida
OSC	Organisation de la société civile
PIP	Préparation en cas de grippe pandémique
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
PTF	Partenaire technique et financier
PPIPS	Politique Publique Intégrée de la Protection Sociale
PS	Priorité stratégique
PSH	Personne en situation d'handicap
PVH	Papillomavirus humain
RAM	Résistance aux antimicrobiens
RAMED	Régime d'assistance médicale
RESSP	Réseau des établissements des soins de santé primaires
RSI	Règlement sanitaire international
SCP	Stratégie de coopération avec le(s) pays
SNI	Système national d'information
SNIA	Stratégie Nationale d'Immigration et d'Asile
SSP	Soins de santé primaires
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TB-MR	Tuberculose multirésistante
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TNR	Tarifcation nationale de référence
UE	Union européenne
UM5-Souissi	Université Mohammed V - Souissi
UM6P	Université Mohammed VI Polytechnique
UM6SS	Université Mohammed VI des Sciences de la Santé
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH-sida	Virus de l'immunodéficience humaine – syndrome d'immunodéficience acquise
VNU	Volontaires des Nations Unies

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Grands acquis en matière de santé au cours des vingt dernières années au Maroc.	9
Tableau 2. Priorités stratégiques de la SCP 2023-2027 et alignement avec le cadre référentiel (Treizième PGT, CCDD et refonte du système national de santé).	23
Tableau 3. Cadre de résultats de la SCP Maroc-OMS 2023-2027 : priorités stratégiques et domaines d'action	27

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Cadre du Programme de développement durable.....	23
Figure 2. Cercle vertueux de la santé et avantages comparatifs de l'OMS au Maroc.....	28
Figure 3. Plan de suivi et d'évaluation de la SCP 2023-2027	36

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1. Densité médicale (public et privé) pour 10 000 habitants par région – 2021.	41
Graphique 2. Densité paramédicale (secteur public) pour 10 000 habitants par région – 2021.	41
Graphique 3. Densité litière (public et privé) pour 10 000 habitants par région – 2021.....	42
Graphique 4. Principales causes de morbidité mesurées en nombre d'années ajustées de l'incapacité (DALYs) - 2019.....	42
Graphique 5. Principales causes de décès par sexe et de toute la population, année 2015.....	43
Graphique 6. Projections pour 2040 des principales causes de mortalité (pour 100 000 habitants) au Maroc et comparaison avec 1990.	43
Graphique 7. Projections pour 2040 des principales causes de morbidité (années de vie perdues, pour 100 000 habitants) au Maroc et comparaison avec 1990.	44

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

La stratégie de coopération Maroc-OMS (SCP) pour la période 2023-2027 a été élaborée à un moment où le pays est confronté à des défis socio-économiques croissants en raison de la crise financière et de l'instabilité qui sévissent dans le monde, défis qui sont exacerbés par la pandémie de COVID-19. Toutefois, ces événements ont aussi permis de tirer des apprentissages de grande valeur. Par ailleurs, la formulation de la SCP intervient immédiatement après la célébration de l'Assemblée mondiale de la Santé qui a présenté un changement de paradigme, notamment face aux urgences sanitaires, la résilience des systèmes de santé et la réorientation affirmée vers les soins de santé primaires et a abouti à la désignation du Maroc en tant que membre du Conseil exécutif de l'OMS pour les trois prochaines années.

L'objectif de la SCP est de renforcer et d'orienter la coopération entre le Gouvernement marocain et l'Organisation mondiale de la Santé pour les cinq prochaines années sur des priorités mutuellement convenues afin d'améliorer la santé de tous les habitants du pays. Cette Stratégie s'aligne sur le Nouveau Modèle de Développement (NMD), la Politique Publique Intégrée de la Protection Sociale (PPIPS) et la refonte du système national de santé, les politiques, stratégies et plans nationaux en matière de santé, le Cadre de développement durable des Nations Unies pour le Maroc (CCDD) 2023-2027, le treizième programme général de travail de l'OMS (treizième PGT) et la Stratégie de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale (2020-2023). Elle a été élaborée sur la base d'une analyse approfondie de la situation socio-économique, politique et sanitaire et, dans le cadre d'une série de consultations avec les ministères et organismes publics, le secteur académique et privé, les organisations de la société civile, les partenaires techniques et financiers, ainsi qu'avec d'autres institutions des Nations Unies.

Le Maroc compte d'importants acquis en matière de santé, dont la réduction significative de la mortalité maternelle et infantile, la maîtrise des maladies transmissibles ou l'élimination du paludisme. Néanmoins, l'accès aux soins se caractérise par une inégalité persistante entre les régions et les milieux. Les principaux défis identifiés du système de santé concernent i) le déficit de moyens humains et logistiques, ii) la faiblesse de l'offre de soins et l'obsolescence des infrastructures hospitalières du secteur public, iii) l'absence de généralisation de la couverture médicale de base, avec l'importance des dépenses directes des ménages, estimées à 45,6 % de la dépense globale en soins, iv) des faiblesses de la gouvernance du secteur dans son ensemble et du système d'information et de pilotage, tant au niveau de la surveillance sanitaire que de la gestion des établissements hospitaliers.

Le Royaume connaît une **transition démographique et épidémiologique** avec un transfert de la charge globale de morbidité due aux maladies transmissibles et aux problèmes de la période périnatale vers les maladies chroniques, les troubles psychologiques et psychiatriques, les accidents de la circulation et les maladies émergentes et réémergentes. Néanmoins, la pauvreté et la vulnérabilité continuent à être des déterminants pour certaines maladies infectieuses, certains problèmes de malnutrition, de mortalité néonatale et également d'accès aux soins de santé spécifiques.

Le Maroc s'est engagé à réaliser les objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030 et à assurer la couverture sanitaire universelle (CSU) en 2023 tout en étudiant des mécanismes visant à améliorer la couverture des services de santé et la protection financière axée sur les populations plus vulnérables.

Les priorités stratégiques choisies pour cette SCP sont le reflet des défis identifiés, avec l'ambition de mettre l'accent dans sa contribution sur la réduction des brèches d'iniquité, la santé dans toutes les politiques et la production de données probantes. Les principes transversaux suivants seront pris en compte durant tout le processus de mise en œuvre : i) diversité des partenariats, ii) multisectorialité, iii) droits humains, approche de genre et équité en santé, iv) approche « Une seule santé » et v) harmonisation avec le système des Nations Unies.

Priorité stratégique 1. Appui au renforcement du système national de santé dans l'action de généralisation de la CSU

Dans le cadre du processus national de généralisation de la couverture sanitaire universelle, et de la refonte du système de santé qui vient d'être mise en route en tant que conséquence de la dynamique créée par le NMD et des enseignements de la crise COVID-19, cette priorité stratégique cherche à fournir un appui à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de financement de la santé, des ressources humaines pour

la santé et dans le domaine pharmaceutique, ainsi que le renforcement de l'offre de soins au niveau territorial, centrée sur la personne et la santé de famille, selon les principes directeurs de la Déclaration d'Astana.

Priorité stratégique 2. Renforcement de la résilience du système national de santé, notamment dans la préparation et la réponse aux urgences sanitaires et face aux défis émergents

La crise sanitaire de la COVID-19 a rappelé l'importance fondamentale de disposer d'un système de santé national résilient, capable de suivre, d'anticiper, d'être préparé et de répondre aux défis de santé émergents, quelle qu'en soit l'origine, et d'assurer la continuité des soins essentiels. Par conséquent, cette priorité stratégique englobe la veille sanitaire ainsi que la surveillance épidémiologique. Elle comprend le renforcement de la capacité institutionnelle du pays à mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (RSI 2005) et ses amendements en cours de validation, l'évaluation des risques sanitaires et la détection, la prévention et la riposte liées à la dégradation de l'environnement et au changement climatique, mais aussi aux risques nucléaires, radiologiques, bactériologiques et chimiques (NRBC) et aux vecteurs.

Priorité stratégique 3. Accompagnement pour le renforcement de la gouvernance dans la dynamique de refonte du système national de santé

Depuis plusieurs années, le Maroc met en place des initiatives telles que la régionalisation avancée, l'établissement de la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins ou l'octroi de plus d'autonomie aux établissements de santé. Néanmoins, beaucoup reste à faire pour réduire les iniquités qui persistent dans l'offre de soins, la demande et la satisfaction de la population. La troisième priorité stratégique met l'accent sur la dynamique créée par la refonte du système national de santé en accompagnant la réorganisation des instances centrales et territoriales de gouvernance de l'offre de soins, le développement du système national d'information sanitaire (SNI) et la mise en œuvre de la santé numérique, l'actualisation des mécanismes de régulation de l'action sanitaire, y compris des partenariats public-privé, et la promotion de la recherche opérationnelle et d'espaces de concertation et de dialogue politique sur la base d'éléments de preuve scientifique.

Priorité stratégique 4. Promotion de la santé et du bien-être de la population et de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux et en renforçant l'approche multisectorielle

Cette priorité stratégique vise à accompagner la mise en œuvre des stratégies de prévention et de promotion de la santé et de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, y compris la santé mentale et les soins palliatifs, qui ciblent les facteurs de risque en fonction de la population et tout au long du cycle de vie, des programmes de santé prioritaires, particulièrement ceux ciblant les populations vulnérables et à besoins spécifiques, et de la stratégie multisectorielle sur la santé environnementale et le changement climatique. Elle soutient la production de données probantes afin de mettre en place des stratégies multisectorielles agissant sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé, en ciblant la réduction des iniquités à travers des études et la création d'espaces d'échange.

Les principes de coopération de l'OMS pour la mise en œuvre de cette SCP découlent des avantages comparatifs identifiés lors de l'évaluation finale externe de la SCP 2017-2022, à savoir la génération, la transmission et l'application de connaissances. L'accent sera mis sur la concrétisation et la mise en valeur d'activités de coopération Sud-Sud.

Le budget estimé pour accompagner l'appui technique de l'OMS pour la mise en œuvre de cette SCP est d'environ USD 6 200 000. Compte tenu du financement prévu, il existe un écart de financement estimé à plus de 60 % (USD 3 800 000) qui nécessitera des efforts supplémentaires de mobilisation de fonds extrabudgétaires de la part des trois niveaux de l'OMS, ainsi que des autorités nationales et des partenaires internationaux.

Avec un souci de responsabilité et de redevabilité, le cadre de résultats de la SCP est clairement articulé autour des quatre priorités stratégiques et de quinze domaines d'action comportant des indicateurs de résultat, mais il est formulé de façon à conserver une flexibilité face aux changements imprévus. Le système de suivi et d'évaluation a établi un mécanisme de gouvernance autour d'un comité de pilotage et d'un comité technique. La SCP sera évaluée à mi-parcours et à la fin de la période ; les enseignements tirés et les recommandations seront partagés au sein de l'OMS, avec les institutions nationales, les partenaires d'exécution et les principaux acteurs de développement afin de renforcer la collaboration future.



I Introduction

La stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (SCP) est l'instrument clé de l'Organisation pour orienter sa collaboration dans et avec un pays en appui au programme national de santé ainsi que sa contribution au programme de développement durable à l'horizon 2030 et au programme général de travail de l'OMS. Elle constitue le document de base pour l'élaboration des programmes de travail conjoints en collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies et avec les partenaires nationaux.

Dans ce sens, la Stratégie de coopération Maroc-OMS 2023-2027 analyse la situation sanitaire dans une approche holistique qui englobe le secteur de la santé, la situation socio-économique et les déterminants sociaux, économiques et environnementaux qui ont une incidence majeure sur la santé. L'exercice a cherché à identifier les défis du système de santé du Maroc et à placer dans un cadre le soutien de l'OMS aux priorités nationales durant les cinq prochaines années.

L'élaboration de la SCP Maroc-OMS 2023-2027 a eu lieu juste après deux faits significatifs :

- La désignation du Maroc en tant que membre du Conseil exécutif de l'OMS pour les trois prochaines années ;
- La célébration de l'Assemblée mondiale de la Santé pour la première fois en présentiel depuis le début de la pandémie de COVID-19, qui, dans un contexte mondial marqué par l'instabilité, a eu pour thème « **La santé pour la paix, la paix pour la santé** » et a abordé les sujets suivants :
 - Le changement de paradigme urgent pour prévenir les maladies et promouvoir la santé : l'économie de la santé pour tous ;
 - La réorientation radicale des systèmes de santé pour privilégier les soins de santé primaires, qui sont le fondement de la couverture sanitaire universelle : le meilleur et le seul choix possible pour instaurer la couverture sanitaire universelle ;
 - La voie vers une nouvelle architecture pour la préparation aux situations d'urgence, la riposte et la résilience ;
 - Les sciences comportementales au service de la santé ;
 - Un gain pour la santé : investir dans une OMS durablement financée.

La SCP s'inscrit dans le cadre du Programme mondial de développement durable et de ses 17 objectifs (ODD) que les 193 États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont convenu de réaliser à l'horizon 2030, ainsi que dans l'alignement du Cadre de coopération pour le développement durable (CCDD), du treizième programme général de travail (treizième PGT) de l'OMS – formulé pour la période 2019-2023 et prolongé jusqu'en 2025 – et des six approches de la Stratégie de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale, 2020-2023 : Transformer la Vision 2023 dans la pratique (EMR Vision 2023) à savoir : 1) Renforcer les capacités en santé publique ; 2) Renforcer la préparation en élargissant la capacité de riposte et le relèvement¹; 3) Renforcer les partenariats ; 4) Plaider efficacement en faveur de la santé, expertise pour la prise en compte de la santé dans toutes les politiques, actions communautaires, approche centrée sur la personne ; 5) Mobiliser les ressources avec des approches innovantes ; 6) Encourager l'innovation (technologie) et la connaissance.

La SCP prend également en considération le travail de tous les autres partenaires et parties prenantes dans le domaine de la santé et des domaines connexes. Elle est le résultat d'un exercice participatif basé sur les apprentissages de la période précédente, ainsi que de l'expérience de la réponse à la crise sanitaire et socio-économique provoquée par la pandémie de la COVID-19.

Avec un souci de responsabilité et de redevabilité, le cadre de résultat est clairement articulé autour de quatre priorités stratégiques et quinze domaines d'action avec des indicateurs de résultat, mais est formulé de façon à garder une flexibilité face aux changements imprévus. Le système de suivi et évaluation a établi un mécanisme clair de gouvernance.

¹ Dans le contexte de la gestion de la crise sanitaire due à la COVID-19, lors de la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé (mai 2020), deux résolutions ont été adoptées sur la riposte à la COVID-19 (WHA73.1) et sur le renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire (WHA73.8).

II Contexte national : un nouveau modèle de développement et une réforme du système de santé dans un contexte mondial changeant

1. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE

Le Royaume du Maroc, qui compte actuellement 36 897 105 habitants², est organisé territorialement en 12 régions. Lors du dernier recensement général de la population et de l'habitat de 2014, environ **40 % de la population vivait dans les zones rurales** ; on a par ailleurs observé une **forte évolution du taux d'urbanisation** durant la dernière décennie. Avec près de la moitié de la population qui avait moins de 25 ans en 2014, le **pays est dans son ensemble jeune**. Néanmoins, la population âgée atteindrait 13 % en 2025 avec une tendance à l'augmentation et une projection de 24,5 % pour 2050³, soit près du quart de la population générale. Selon l'enquête nationale population et santé de famille (ENPSF 2018), 64,4% des personnes âgées souffrent d'au moins une maladie chronique et 25% de ces personnes sont en situation de handicap.

Le taux de **pauvreté absolue** a nettement reculé depuis 2001 pour ne représenter que 1,2 % en 2019, dans un contexte d'amélioration globale du niveau de vie des Marocains, en particulier en milieu urbain. Quant au taux de **pauvreté relative**, même s'il enregistre une baisse, il **reste à un niveau encore élevé, surtout en milieu rural**, alors que la pauvreté chronique touchait 22 % de la population rurale en 2019^{4,5}.

Toutefois, la pauvreté monétaire n'est pas suffisante pour appréhender le développement humain dans sa globalité. Ainsi, l'indice de développement humain (IDH)⁶, qui est de 0,686 (PNUD, 2019) montre une nette amélioration depuis 1990 ; mais des efforts restent nécessaires pour atteindre un niveau de développement humain élevé et réduire les inégalités territoriales et sociales. Par rapport aux pays arabes, il se situe en dessous de la moyenne (0,705) et le Maroc est le premier des pays à développement humain moyen⁷. Néanmoins, la décélération du développement humain ces dernières années devrait se faire sentir davantage à partir de 2020 avec la crise sanitaire de la COVID-19, puisqu'elle a impacté les trois principaux domaines du développement humain.

L'**indice du capital humain** est de 0,5 en 2020 (échelle de 0 à 1)⁸, ce qui est inférieur à la moyenne de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord, mais supérieur à la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure⁹. Il est plus élevé pour les filles que pour les garçons (0,52 contre 0,49).

En parallèle, l'**indice de développement local multidimensionnel (IDLm)**¹⁰ construit par l'ONDH, montre une cartographie communale où les **déficits les plus aigus concernent l'éducation**, suivie du niveau de vie. Cet indice montre de même que les régions dont le niveau de développement est significativement inférieur à la moyenne nationale sont celles de **Drâa-Tafilalet, Béni Mellal-Khénifra, Marrakech-Safi et Tanger-Tétouan-al Hoceïma**, ce qui serait attribué essentiellement au relief montagneux difficilement accessible et au sous-équipement en infrastructures sociales. Les préfectures/provinces les plus touchées par un retard par rapport à la moyenne nationale pour l'achèvement du cycle collégial sont celles de Chefchaouen,

2 HCP : <https://www.hcp.ma/>, Horloge de la population, consultée le 22 juillet 2022.

3 HCP : https://www.hcp.ma/Rapport-de-dependance-en-de-la-population-totale-1960-2050_a3345.html, consulté le 22 juillet 22.

4 Observatoire National du Développement Humain (2021). La Dynamique de la pauvreté au Maroc.

5 Poverty and equity brief. Middle East and North Africa, Morocco. April 2020.

6 IDH: indice établi sur le niveau de vie, l'espérance de vie à la naissance et le niveau d'éducation des personnes âgées de 15 ans et plus. PNUD.

7 Arab Human Development Report 2022. Expanding opportunities for an inclusive and resilient recovery in the post-COVID era. UNDP.

8 Indice de Capital Humain : Human capital Index (en anglais), calculé par la Banque mondiale, mesure le capital humain qu'un enfant né actuellement peut espérer atteindre à l'âge de 18 ans, en considérant les risques d'une mauvaise santé et d'une mauvaise éducation.

9 Human Capital Project -October 2020. <https://www.worldbank.org/en/publication/human-capital>.

10 IDLM : construit sur la base des données du RGPH 2014, prend en compte les dimensions Education, Santé, Emploi, Cadre de vie, Logement et Services sociaux.

Fahs Anjra, Tinghir, Al Haouz, Figuig, Taroudant et Moulay Yaâcoub. Par ailleurs, **52 % des provinces dont notamment celles de Youssoufia, de Driouch et de Fquih Ben Salah**, affichent des lacunes importantes en termes de santé.

En ce qui concerne l'éducation, les deux éléments suivants sont à retenir :

- Un taux de scolarisation élevé qui a clairement progressé durant les vingt dernières années, mais où **un léger écart entre garçons et filles** persiste (94,1 % pour les filles contre 95,2 % pour les garçons) notamment dû à la **différence de scolarisation entre le milieu urbain et le rural** (97,2 % en milieu urbain contre 90,1 % en milieu rural pour les filles / 97,1 % en milieu urbain contre 92,8 % en milieu rural pour les garçons)¹¹.
- Mais un **taux d'analphabétisme** qui reste encore **très élevé**, particulièrement **chez les femmes et les filles de 10 ans et plus** (41,9 % pour l'ensemble des femmes et 60,4 % en milieu rural contre 22,1 % pour l'ensemble des hommes et 35,2 % en milieu rural)¹².

La **couverture sociale demeure insuffisante** en dépit des efforts consentis, situation qui est exacerbée par la crise sanitaire de la COVID-19. En 2018, 38 % de la population marocaine ne disposait pas d'une couverture médicale et près de 60 % de la population active n'était pas couverte par un régime de retraite. La situation est encore **plus critique pour certaines catégories vulnérables**, étant donné que les deux tiers des personnes en situation de handicap (66,9 %) ne bénéficient d'aucun régime de sécurité sociale.

Quant à la question des **inégalités**, l'indice de Gini¹³ le plus récent pour le Maroc est de 0,38 (2019)¹⁴ et ne montre pas de progrès significatifs depuis les années 1990¹⁵.

D'importantes avancées ont été réalisées à travers les multiples réformes sur le plan politique et institutionnel, notamment **l'adoption en 2011 d'une nouvelle Constitution** qui a posé les bases i) d'une société plus ouverte, plus démocratique et plus soucieuse du respect des droits humains, ii) d'un État de droit et d'institutions plus modernes, iii) d'une meilleure séparation des pouvoirs et iv) d'une plus grande décentralisation.

La **stabilité politique représente un atout** qui a favorisé la mise en place des modèles de développement construits au fil de l'histoire du pays. Durant ces dernières années, les politiques sectorielles ont été appuyées par des **grands chantiers structurants** qui ont permis la réalisation d'infrastructures d'envergure, d'améliorer la connectivité interne et internationale du Royaume, de favoriser l'émergence de pôles régionaux de développement et de répondre à l'ambition de faire du Maroc une plateforme régionale d'investissement et d'exportation.

Le « **dividende démographique** » dont dispose le Maroc est un facteur de croissance potentiel qu'il cherche à valoriser avec l'amélioration de l'insertion de la population jeune dans le processus de développement du pays. Néanmoins, le suivi de l'Objectif de développement durable 8 (ODD 8) – Travail décent et croissance économique – montre, entre autres, une proportion élevée de jeunes (15 à 24 ans) non scolarisés et sans emploi ni formation avec une valeur de 26,6 % en 2020, qui n'a diminué que d'un point depuis 2018^{16,17}.

Avec l'adoption de la Constitution de 2011, le Maroc a accordé une attention particulière à la promotion du statut de la femme marocaine et à son autonomisation sociale, économique et politique, via la constitutionnalisation du principe d'égalité en perspective de la parité, la lutte contre toutes les formes de discrimination et la mise en place de plusieurs mesures. Mais, malgré ces avancées, les inégalités hommes-femmes persistent, tant dans les lois que dans les différentes sphères de la vie publique et privée. Ces disparités favorisent la pauvreté et l'exclusion des femmes¹⁸.

Le rapport de 2019 de contribution du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE), le Nouveau Modèle de Développement (NMD) du Maroc, souligne que « les femmes demeurent à la marge du

11 RGPH 2014, HCP.

12 Ibid.

13 Indice ou coefficient de Gini : indicateur synthétique mesurant la répartition des revenus entre les individus. Un indice de Gini égal à 0 exprime une situation d'égalité parfaite, tandis qu'un indice égal à 1 (ou 100 %) exprime une situation inégalitaire maximale, soit l'accaparement des richesses par une seule personne au sein d'une population donnée. Atlasocio.com.

14 ONDH, enquête panel de ménages. <http://www.ondh.ma/fr/enquete-panel-de-menage>

15 Atlasocio.com (Source : Banque Mondiale).

16 HCP : http://plateforme-odd.hcp.ma/ODD_HCP/fr/indicateurs/?ind=8.1.16&color=a31d44&sdg=8, consulté le 22 juillet 22.

17 Comptes nationaux 2021, Base 2014. Juin 2022. HCP.

18 Selon le dernier rapport du Forum économique mondial (WEF) 2020 Global Gender Gap Report, le Maroc se classe 143ème sur 153 pays et le Rapport sur le développement humain montre un indice d'inégalité de genre (IIG) de 0,454.

développement », ce constat étant une des six faiblesses identifiées qui limitent les ambitions du Maroc. L'exclusion de la femme dans la société marocaine s'aggrave, avec un taux d'activité qui recule depuis 2008 et s'accroît nettement plus en milieu urbain¹⁹. Les résultats de la consultation des citoyens réalisée par le CESE pour la réalisation du Nouveau Modèle de Développement montrent que le **facteur culturel est jugé à 34,88 % comme le principal facteur d'exclusion de la femme du monde du travail**. Cette situation expose les femmes à une plus grande précarité sociale, surtout étant donné les insuffisances dont elles souffrent en matière de couverture par les mécanismes de protection sociale. En 2018, elles représentaient seulement 17 % de l'effectif des retraités à la CNSS contre 83 % d'hommes et leur pension de retraite moyenne était d'environ 10 % inférieure à celle des hommes. Dans ce sens, le Discours Royal prononcé à l'occasion de la fête du Trône de 2022 rappelle les éléments contenus dans le NMD.

Sur le plan international, le Maroc bénéficie d'une image positive grâce à une diplomatie active basée sur la promotion de la paix, de la tolérance, du dialogue, de l'ouverture, de la coopération mutuellement bénéfique, de la stabilité et de la solidarité. Dans cette même optique, la **coopération Sud-Sud et triangulaire** est une priorité nationale en tant qu'axe clé du positionnement du Maroc à l'international, notamment sur le continent africain.

Dans un autre registre, les mutations des **flux migratoires** vers le Maroc suivent deux grandes tendances. D'abord, le renforcement de la coopération du Maroc avec les pays d'Afrique subsaharienne le positionne comme l'une des principales destinations des étudiants subsahariens en mobilité internationale. Ensuite, le renforcement de la lutte contre l'immigration irrégulière a limité les possibilités d'accès aux pays européens, faisant ainsi du Maroc, au-delà d'un pays de transit, aussi un pays d'accueil. En 2020, le Maroc comptait 102 400 migrants internationaux, avec une tendance qui ne cesse d'augmenter depuis les années 1990 et plus nettement depuis 2005^{20, 21}. Quant aux réfugiés et demandeurs d'asile, le HCR enregistrait en septembre 2022, 9949 et 9488 personnes respectivement, en provenance de 43 pays, par rapport à 874 réfugiés et 3706 demandeurs d'asile en 2013. Au regard de cette réalité, le Maroc a élaboré la Stratégie Nationale d'Immigration et d'Asile (SNIA) adoptée en 2014 et a lancé deux campagnes de régularisation en 2014 et 2017 qui ont bénéficié à environ 51 500 personnes. **L'intégration des migrants** est l'un des principaux objectifs ; néanmoins, des efforts doivent encore être déployés pour assurer leur protection et leur intégration effective afin qu'ils puissent participer pleinement au développement du pays d'accueil.

Pour le Maroc, un des pays de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord qui est le plus exposé aux risques géologiques et climatiques, la **préservation de l'environnement et la gestion responsable des ressources naturelles constituent un enjeu de développement majeur**. Depuis 1999, une législation ambitieuse a été mise en place en matière de développement durable, notamment en inscrivant « le droit à un environnement sain » dans la Constitution de 2011 et en adoptant la loi-cadre n°99-12²² portant charte nationale de l'environnement et du développement durable. Dans ce souci de préservation de l'environnement et de concrétisation d'un développement durable effectif, et comme preuve de son engagement, le Maroc a reçu à Marrakech en 2016 la COP 22²³ et a porté, avec quatre autres pays²⁴, en juillet 2022, l'adoption d'une résolution des Nations Unies reconnaissant l'accès à un environnement propre, sain et durable en tant que droit humain universel.

En 2020, la **crise sanitaire COVID-19 a dégradé les indicateurs macroéconomiques du pays et elle a révélé davantage les inégalités sociales**. Le Maroc a rapidement mis en place une série de mesures conjoncturelles afin de contenir l'épidémie et d'assurer la stabilité de l'économie nationale, de maîtriser les sources d'approvisionnement et de soutenir les secteurs impactés par la crise sanitaire et les couches sociales vulnérables. Cette démarche a largement été saluée par la communauté internationale pour sa proactivité et son approche multidimensionnelle.

Un compte d'affectation spéciale intitulé « Fonds spécial pour la gestion de la pandémie du Coronavirus COVID-19 » a été créé en mars 2020 afin de faire face aux dépenses exceptionnelles engendrées par les

19 Enquête Nationale sur l'Emploi, 2018. HCP : le taux d'activité des femmes a reculé, passant de 26,6 % en 2008 à 21,8 % en 2018 avec un taux encore plus élevé en milieu urbain : près de 82 % des femmes en âge de travailler et habitant dans les villes ne participent pas à l'activité économique et ne disposent pas d'un revenu propre.

20 ONU, DESA, actualisé en janvier 2021.

21 L'estimation du nombre d'immigrés varie d'une source à l'autre compte tenu principalement des flux des personnes migrantes en situation administrative irrégulière.

22 Bulletin Officiel n°6240 du 20/03/2014, Dahir n°1-14-09.

23 COP 22 : vingt-deuxième Conférence des Parties, Conférence des Nations Unies sur le Changement Climatique, qui a eu lieu à Marrakech du 7 au 18 novembre 2016.

24 Costa Rica, Maldives, Slovaquie et Suisse.

interventions de l'État en vue d'amortir le choc induit par la crise. Doté initialement de 10 milliards de dirhams provenant du budget général de l'État, ce fonds a été abondé par différents contributeurs, et ses recettes s'élevaient à plus de 34 milliards de dirhams un an et demi plus tard. L'effort s'est poursuivi avec la loi de Finances 2021 et 2022 et le soutien à la reprise économique pour les années à venir principalement en mobilisant des fonds dans le cadre du Pacte pour la relance économique et l'emploi ainsi que de la réforme du système de protection sociale avec le lancement de la première phase de la généralisation de la couverture sociale dès 2021 (voir détail dans la section suivante, Situation sanitaire).

Dans un contexte mondial de grande instabilité et incertitude, et de sortie d'une crise sanitaire et humaine sans précédents, la « décennie d'action » est lancée, à l'échelle mondiale, locale et individuelle, pour réaliser les objectifs de développement durable (ODD). Elle appelle à accélérer la mise en œuvre de **solutions durables face aux défis majeurs** auxquels le monde est confronté, de la pauvreté et de l'égalité des sexes, aux changements climatiques, aux inégalités et à la résorption des écarts financiers. Le Maroc s'est fortement engagé à cet égard, comme illustré par le discours de Sa Majesté le Roi Mohammed VI adressé à la 70^e session de l'Assemblée Générale des Nations Unies le 30 septembre 2015²⁵, et par les examens volontaires de la mise en œuvre des objectifs de développement durable de 2016 et 2020. Toutefois, le Bilan Commun Pays 2021, qui a été récemment finalisé, identifie, dans l'alignement avec l'engagement national vis-à-vis du programme de développement durable à l'horizon 2030, les **catégories de la population marocaine susceptibles d'être laissées pour compte** : i) les femmes et les filles vivant des discriminations intersectorielles, ii) les enfants en situation difficile, iii) ceux qui ne sont ni en emploi, ni en étude, ni en formation, iv) les personnes âgées vulnérables, v) les personnes en situation de handicap, vi) les migrant(e) s, réfugié(e)s et les demandeurs d'asile et, vii) les personnes vivant avec le VIH ou à haut risque d'infection.

2. SYSTÈME DE SANTÉ ET SITUATION SANITAIRE

2.1 Système de santé et offre de soins

Au Maroc, l'accès équitable aux soins et aux services de santé est un droit humain reconnu dans la Constitution de 2011²⁶. Ce droit d'accès aux soins de santé, entériné par l'esprit de la loi-cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, pose les principes i) de la solidarité, ii) de l'égalité d'accès aux soins et services de santé, iii) de l'équité dans la répartition spatiale des ressources sanitaires et, iv) de la complémentarité intersectorielle. Suivant cette loi, le **système de santé est constitué** « par l'ensemble des institutions, des ressources et des actions organisées pour la réalisation des objectifs fondamentaux de santé » et les actions de l'État en matière de santé portent sur les domaines « de la prévention des risques menaçant la santé, de l'éducation pour la santé, de la promotion de modes de vie sains, du contrôle sanitaire et de la prestation de soins préventifs, curatifs ou palliatifs et de réhabilitation ».

L'offre de soins est assurée par le secteur public, le secteur privé à but non lucratif et le secteur privé à but lucratif. Les services sont organisés selon un schéma régional de l'offre de soins et la carte sanitaire, et cadrés par le schéma directeur de la déconcentration administrative du MSPS. Le financement du système de la couverture médicale de base repose sur la mutualisation des régimes et sur le principe contributif quant aux régimes de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)²⁷ et sur la solidarité nationale quant au régime d'assistance médicale (RAMED) destiné à la couverture des soins des personnes économiquement faibles qui est devenu un système assurantiel financé par l'État.

Le Maroc compte avec d'importants acquis en matière de santé durant les deux dernières décennies, dont la significative réduction de la mortalité maternelle et infantile ou l'élimination du paludisme (voir tableau 1 ci-dessous).

25 Extrait du discours de Sa Majesté le Roi Mohammed VI adressé à la 70^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies le 30 septembre 2015« La présente session de l'Assemblée Générale des Nations Unies revêt une importance particulière, d'autant plus qu'elle connaîtra essentiellement l'adoption du Plan de développement durable de l'après 2015 »... « C'est l'occasion de réaffirmer notre engagement collectif pour réaliser les nobles objectifs énoncés dans la Charte de notre Organisation et répondre aux aspirations des peuples du monde ».

26 Constitution de 2011, article 31 : « L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir du droit : - aux soins de santé ; - à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État ; ».

27 L'AMO est constituée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), pour les personnes assujetties au régime de sécurité sociale et leurs ayants droit ainsi que pour les titulaires de pensions du secteur privé et par la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) pour les étudiants et les fonctionnaires et agents de l'État, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public et leurs ayants droit ainsi que pour les titulaires de pensions du secteur public.

Tableau 1 . Grands acquis en matière de santé au cours des vingt dernières années au Maroc.

Vaccination infantile :	• Certification de l'élimination du tétanos néonatal en 2002 ; • Programme de vaccination national qui couvre douze antigènes, disponibles dans toutes les structures de santé publiques. En 2018, le taux de couverture vaccinale était de 94,5 % contre 90,9 % en 2011.
Réduction de la mortalité maternelle et infantile :	• La mortalité maternelle est passée de 227 pour 100 000 naissances vivantes en 2003-2004²⁸ à 72,6 en 2018²⁹, avec un taux d'accouchement en milieu surveillé qui est passé de 72,7 % en 2011 à 86,1 % en 2018 ; • Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 30,5 pour 10 000 naissances vivantes en 2011 à 22,2 pour 10 000 naissances vivantes en 2018 et celui de mortalité néonatale, de 21,7 en 2011 à 12 en 2019.
Livre blanc de la santé :	Initiative de juillet 2013, dans le but de lancer une nouvelle réforme du système de santé en accord avec le contexte national (Constitution de 2011, réforme de la couverture médicale de base, participation citoyenne, changements sociodémographiques, transition épidémiologique) et le contexte mondial (les OMD et ODD, conscience de l'environnement et du changement climatique, Printemps arabe).
Élimination du paludisme :	Certification de l'OMS en 2010 après cinq années consécutives sans transmission de la maladie.
Progrès de la couverture médicale de la population :	loi 65-00 de 2002 qui a instauré l'assurance maladie obligatoire (AMO) en 2005 pour les salariés et titulaires de pensions des secteurs public et privé et, le régime d'assistance médicale (RAMED) généralisé en 2012 et adressé aux populations démunies ne disposant d'aucune couverture médicale.
Postérieurement, en 2015, un régime d'assurance maladie est créé pour les étudiants et le RAMED est étendu aux populations migrantes et réfugiées.	
	• Maîtrise des maladies transmissibles avec réduction de leur charge de morbidité de 33 % à 18 % et inversion de la tendance de l'infection à VIH depuis l'an 2000. • Développement important du secteur médical privé, principalement dans le domaine curatif, favorisé par la loi 131-13.

Néanmoins, l'accès aux soins se caractérise par une inégalité persistante entre les régions et les milieux. Les défis du système de santé identifiés de nos jours sont les suivants :

- Manque de moyens humains et logistiques avec une mauvaise répartition régionale du personnel de soins ;
- Faiblesse de l'offre de soins et obsolescence des infrastructures hospitalières du secteur public ;
- Absence de généralisation de la couverture médicale de base, à quoi s'ajoute l'importance des dépenses directes des ménages, estimées à 45,6 %³⁰ de la dépense globale en soins ;
- Faiblesses de la gouvernance du secteur dans son ensemble ;
- Faiblesses du système d'information et de pilotage, tant au niveau de la surveillance sanitaire que de la gestion des établissements hospitaliers, dans un contexte marqué par la déconcentration et la décentralisation en cours.

28 Enquête DHS. The Demographic and Health Surveys Program.

29 ENSPF 2018, 2e édition.

30 Ministère de la Santé. Comptes nationaux de la santé 2018.

En effet, le Maroc enregistrait en 2021 une densité nationale moyenne de 17,5 agents de santé pour 10 000 habitants, ce qui dans le détail représente **7,7 médecins et 9,9 paramédicaux pour 10 000 habitants**³¹ (voir graphiques 1 et 2, annexe I). **Ces ratios sont inférieurs** au minimum recommandé par l'OMS, à savoir 23 professionnels pour 10 000 habitants et sont faibles par rapport à des pays comparables, tels que la Tunisie et la Jordanie, avec des taux de médecins de 13,1 et 27 respectivement³². Dans la Région de la Méditerranée orientale, seuls l'Afghanistan, Djibouti, la Somalie, le Soudan et le Yémen affichent une densité médicale inférieure. Quant au personnel paramédical, la Tunisie enregistre un taux de 24,1 et la Jordanie de 32,8. Force est de constater que ce déficit persiste, malgré les efforts alloués ces dernières années, notamment avec l'ouverture de plusieurs facultés de médecine et de pharmacie et que les médecins, avec les chercheurs universitaires et les informaticiens, font partie des professionnels qui quittent le plus le pays.

À cela vient s'ajouter la **disparité de la répartition géographique du corps médical et paramédical**, avec des extrêmes de 3,1 et 4,2 médecins pour 10 000 habitants dans les régions de Drâa-Tafilalet et Beni-Mellal-Khénifra respectivement et de 7,4 et 7,8 paramédicaux pour 10 000 habitants dans les régions de Casablanca-Settat et de Beni-Mellal-Khénifra (voir graphiques 1 et 2, annexe I). En entrant dans le détail, **certaines spécialités accusent un déficit particulier**, comme celles en relation avec la **santé mentale**, le **traitement des handicaps** ou la gériatrie³³. Il n'existe pas de registres publics officiels pour les spécialistes du secteur privé, mais il y aurait, à titre d'exemple, environ 241 psychiatres, 4 pédopsychiatres et 27 médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation fonctionnelle.

Quant à la **capacité litière**, le nombre de lits existants, avec **10,8 lits pour 10 000 habitants** (secteur public et secteur privé) est également **en deçà des recommandations de l'OMS** de 20 lits pour 10 000 habitants (voir graphique 3, annexe I). Par ailleurs, il faut prendre en compte qu'en moyenne, 90 % seulement des lits du secteur public sont fonctionnels, que ce pourcentage augmente dans les grandes villes du pays qui commencent à accuser une obsolescence de certaines structures sanitaires, ainsi qu'un manque de personnel, et que la relation entre les lits du public et ceux du privé ne correspond pas systématiquement au profil et aux besoins de la population de desserte.

Les **disparités géographiques** sont aussi de mise, avec des extrêmes à Laâyoune-Sakia El Hamra qui compte 14,4 lits pour 10 000 habitants et Dakhla-Oued Eddahab qui n'en compte que 4,3, et des écarts qui peuvent être aussi importants entre provinces d'une même région. L'on peut citer, à titre d'exemple, Souss-Massa, avec les provinces d'Agadir qui tend vers les recommandations de l'OMS avec une densité d'environ 14 lits pour 10 000 habitants (chiffre qui va augmenter dans le court terme avec l'ouverture du CHU et de plusieurs structures privées) et les provinces de Taroudant et de Chtouka Ait Baha qui présentent des densités litières de 4 et de 1 pour 10 000 habitants³⁴ (voir graphique 3, annexe I).

Les **structures de soins de santé primaires**, même si elles ont été mises en place lors de la dernière décennie, sont en dessous de la moyenne de la Région de la Méditerranée orientale (1,7 pour 10 000 habitants) avec seulement 0,8 établissement de soins de santé primaires pour 10 000 habitants en 2020³⁵. Par ailleurs, elles sont peu attractives pour les citoyens en raison de la faiblesse de l'offre de soins disponibles et de la qualité des prestations³⁶. Le taux d'utilisation des consultations était en 2020 de 0,7 nouveau cas par habitant par an, (valeur qui se maintient depuis 2017) contre 1,3 en Tunisie et en Jordanie³⁷. En outre, le recours aux soins est nettement plus élevé en milieu urbain (76,2 %) qu'en milieu rural (61,1 %) et augmente avec le niveau de vie de la population³⁸.

31 Médecins du secteur public et privé, paramédicaux du secteur public uniquement. Carte sanitaire, pour une population de 36 313 189 habitants (projections HCP), consultée le 27 juillet 2022.

32 Observatoire régional de la santé du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale.

33 Carte sanitaire, données de 2021 (consulté le 4 août 2022).

34 Carte sanitaire, données de 2021 (consulté le 4 août 2022) et HCP pour la population.

35 Observatoire régional de la santé. <https://rho.emro.who.int/index.php/Indicator/TermID/87>.

36 Évaluation des prestations de service des établissements de soins de santé primaires au Maroc. 2018. ONDH et BM.

37 Observatoire régional de la santé. <https://rho.emro.who.int/index.php/Indicator/TermID/90> (consulté le 5 août 2022).

38 Analyse des iniquités en santé au Maroc. 2021. OMS et MSPS, Royaume du Maroc.

Le **budget alloué à la santé** a augmenté de 64,4 % entre 2017 et 2022 (14,29 milliards de dirhams contre 23,5 milliards de dirhams)³⁹, ce qui représente une contribution du gouvernement de 69,71 dollars des États-Unis (US) par habitant en 2017 et 81,58 dollars US par habitant en 2020 (en dollars US constants de 2020). Des crédits supplémentaires à hauteur de 3,2 milliards de dirhams ont été mobilisés pour répondre à la lutte contre la COVID-19 entre 2020 et 2021 à travers le Fonds spécial pour la gestion de la pandémie du coronavirus⁴¹. **En 2022**, il représentait **7,15 % du budget général de l'État**, par rapport à 6,9 % en 2021⁴². Mais malgré le fort engagement de ces dernières années, il reste faible au regard d'autres pays de la Région ainsi que de la norme de 12 % de l'OMS.

Par ailleurs, la généralisation du RAMED en 2012 et l'élargissement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) – sans une mise à niveau préalable du secteur – ont entraîné une dégradation de la qualité des soins pour l'ensemble des patients, selon les résultats d'une évaluation publiée par l'Observatoire National du Développement Humain (ONDH) en 2017. Cette dégradation de la qualité des soins est le résultat d'une augmentation de la demande de soins adressée aux structures publiques, sans que cela n'ait été accompagné, en contrepartie, par une augmentation des ressources, ni par une révision de la tarification nationale de référence. Cette situation a conduit à l'installation d'une défiance réciproque entre le personnel hospitalier, contraint de gérer la pénurie, et les bénéficiaires du RAMED, ainsi qu'à une fuite vers le secteur privé des patients les plus solvables. Les citoyens se retrouvent confrontés à un système de santé à deux vitesses, marqué par une « fracture sanitaire » entre un secteur privé attractif, mais également coûteux tant pour les patients que pour les régimes de couverture médicale de base, et un secteur public dégradé et sous pression. De plus, malgré le développement de la couverture médicale, **les dépenses directes des ménages en santé restent élevées**, avec même une hausse du « reste à charge » des bénéficiaires qui se situait à 50 % en 2022, et le constat de l'évaluation de l'ONDH sur le ciblage du RAMED qui, dans sa conception actuelle, n'assimile malheureusement pas les plus pauvres⁴³.

Les **plans d'action prioritaires connaissent des difficultés de mise en œuvre** notamment du fait de l'insuffisante implication des acteurs sur le terrain, du manque de mesures d'accompagnement et de moyens humains et financiers ; par ailleurs, l'organisation verticale des programmes de santé publique rend difficile l'application d'une approche transversale et holistique.

Le **processus de régionalisation** avancée, mis en œuvre en 2010 par initiative Royale et formalisé par la loi organique n°111.14 de juillet 2015⁴⁴, tarde à être pleinement effectif en ce qui concerne le secteur de la santé, avec un rôle attribué aux directions régionales sanitaires qui ne s'accompagne pas du transfert de compétences et de moyens suffisants pour y aboutir et un parcours de soins qui est peu respecté.

Ainsi, l'évolution des deux dernières décennies vers un mode de gestion des établissements de santé comportant davantage d'autonomie, le renforcement de la déconcentration, la responsabilisation des collectivités locales en matière de promotion de la santé et d'investissement hospitalier, le développement de la sous-traitance dans les hôpitaux, la réforme du financement et le développement des ONG nationales témoignent en faveur d'une prise de conscience de l'importance de la **gouvernance du système national de santé**, mais également de la nécessité d'une révision pour s'orienter vers un système plus efficace et efficient en mesure d'assurer pleinement l'équité et la participation⁴⁵.

39 Projet de Loi de finances pour l'année budgétaire 2022. Note de présentation. Ministère de l'Économie et des Finances. Royaume du Maroc.

40 Dernières données disponibles : https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

41 Déclaration du Chef du Gouvernement, Saâdeddine El Otmani, lors de la présentation du projet de loi de Finances 2021.

42 Projet de Loi de Finances pour l'année budgétaire 2022. Note de présentation. Ministère de l'Économie et des Finances. Royaume du Maroc.

43 Analyse des iniquités en santé au Maroc. 2021. OMS et MSPS, Royaume du Maroc.

44 Bulletin Officiel n° 6440 du 18/02/2016, Dahir n°1-15-83.

45 Le rapport Système de Santé et Qualité de Vie, préparé dans le cadre du cinquantenaire de l'indépendance du Royaume du Maroc et de l'élaboration des perspectives de développement humain pour 2025, conclut à la nécessité d'instaurer de nouvelles bases pour une meilleure gouvernance dans un souci d'équité, d'universalité, de solidarité et de participation, tout en rappelant les trois groupes d'acteurs qui composent le système de gouvernance, à savoir les acteurs publics (État, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, autres départements et collectivités locales), la société civile (ONG, associations, etc.) et le secteur privé. http://www.albacharia.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/31428/1203Rapport_Thematique_---Systemes_de_Sante_et_Qualite_de_Vie_%282006%29V.pdf?sequence=1

Le **système d'information actuel présente des lacunes** pour recueillir toutes les données, en temps réel et sous une forme désagrégée, nécessaires pour un suivi pertinent et complet – tant de l'état de santé de la population que de la quantité et de la qualité de l'offre de soins – et pour permettre une exploitation et une analyse pointues, avec une très faible utilisation constatée des technologies de l'information et de la communication (TIC). Quant à la **déclaration des causes des décès**, seuls **28 %** des décès en 2020 avaient une cause complète (29 % en 2019), taux qui est très bas par rapport à d'autres pays de la Région tels que la Jordanie (51 % en 2020 et 65 % en 2019), l'Égypte (99 % en 2020 et 94 % en 2019) ou le Liban (56 % en 2020)⁴⁶.

Le système de santé au Maroc dispose d'une expérience non négligeable et de compétences humaines et techniques en matière de préparation et de riposte aux crises sanitaires. En 2005, une Stratégie nationale de gestion des urgences médicales et risques sanitaires liés aux catastrophes a été élaborée avec l'appui de l'OMS. L'adoption en 2009 par le Maroc du Règlement sanitaire international (RSI)⁴⁷ a dynamisé la mise en place de mesures et de mécanismes de veille sanitaire, et la préparation et la riposte ont été alignées sur les orientations et les normes internationales. L'évaluation des capacités requises au titre du RSI menée en 2016 a montré les importants progrès accomplis, les atouts du système de santé et les défis existants. Durant la dernière décennie, des plans nationaux de riposte ont été élaborés et des dispositifs ont été mis en place pour faire face aux différents risques épidémiques connus par le Maroc⁴⁸.

En 2019, le MSPS s'est doté d'un Centre National d'Opérations d'Urgence en Santé Publique (CNOUSP), faisant partie d'un nouveau dispositif visant le renforcement des capacités nationales en matière de détection précoce, de préparation et de riposte rapide et adéquate aux urgences de santé publique. Ce dispositif consiste aussi en la création des Centres Régionaux d'Opérations d'Urgence en Santé Publique (CROUSP) et d'Équipes multidisciplinaires d'intervention rapide au niveau de chacune des régions, provinces et préfectures.

Avec la **crise sanitaire de la COVID-19, le système de santé a été sous grande tension**, en particulier au niveau hospitalier. Pour y faire face, une enveloppe globale de 3,135 milliards de dirhams a été tout d'abord mobilisée au profit du secteur de la santé. Le système de surveillance et de contrôle épidémiologique du ministère de la Santé et de la Protection Sociale a été activé et des actions de communication pour informer sur l'évolution de la situation ont été mises en œuvre. Une politique de prévention et d'anticipation, avec une campagne de vaccination effective, a permis au Maroc d'atténuer l'impact sanitaire. Dans ce sens, la gestion sanitaire réalisée par le Maroc, abordée de façon multisectorielle, a été reconnue au plan international par sa capacité de riposte et de décision rapide.

2.2. Aperçu sur l'état de santé de la population

Selon l'Enquête nationale sur la population et la santé de la famille (ENPSF) de 2018, la taille moyenne d'un ménage marocain est de 4,5 membres – 4,3 en milieu urbain et 5 en milieu rural – la proportion des personnes mariées, au moment de l'enquête, parmi celles âgées de 15 ans et plus s'élevant à 59,6 %.

L'enquête montre également que 87,3 % des individus utilisent une **source d'eau améliorée** – ce pourcentage est de l'ordre de 93,5 % en milieu urbain et de **77,4 % en milieu rural** – tandis que la proportion des ménages utilisant l'électricité comme source principale d'éclairage est de 97,2 % – 99,1 % en milieu urbain et 93,8 % en milieu rural.

Le **tabagisme** étant un facteur de risque pour la santé, 11,3 % de la population de 15 ans ou plus déclare fumer habituellement ou occasionnellement, avec une faible différence entre les milieux urbain et rural, mais une **différence très significative entre les hommes et les femmes** – 21,9 pour les hommes contre 1,0 pour les femmes.

46 Observatoire régional de la santé. <https://rho.emro.who.int/index.php/Indicator/TermID/155>.

47 Le Règlement sanitaire international, ou RSI (2005), est un accord signé par 196 pays, parmi lesquels l'ensemble des États Membres de l'OMS, qui s'engagent à collaborer au profit de la sécurité sanitaire mondiale. En vertu du RSI, les pays ont convenu de renforcer leurs capacités en matière de détection, d'évaluation et de notification des événements de santé publique. Dans le cadre du RSI, l'OMS joue un rôle de coordination et aide les pays à renforcer leurs capacités, avec la collaboration de ses partenaires.

48 Exemples : Plan santé de riposte à la pandémie grippale 2009, lutte contre les gripes aviaires et H1N1, Plan de veille et de riposte contre la maladie à virus Ébola 2014.

Principales causes de morbidité

Sur le plan de la morbidité, le Maroc connaît une **transition épidémiologique** avec un transfert de la charge globale de morbidité due aux maladies transmissibles et aux problèmes de la période périnatale vers les maladies chroniques, les plus fréquentes étant les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers, les affections respiratoires chroniques, les troubles psychologiques et psychiatriques et, les maladies émergentes et réémergentes, notamment celles qui représentent des urgences de santé publique de portée internationale (voir graphique 4, annexe 1).

Les maladies chroniques présentent une prévalence globale (déclarée) de 21 %, les **femmes étant plus touchées** avec 24,9 % contre 17,1 % pour les hommes. Selon le milieu de résidence, les maladies chroniques sont **plus répandues en milieu urbain**, avec 22,5 %, qu'en milieu rural, avec 18,6 %. Ces pathologies montrent une augmentation depuis l'enquête précédente, en 2011, quand la prévalence nationale était de 18,2 %. Elles affichent également des **écarts importants entre régions**, le taux le plus élevé étant dans la région de l'Oriental (26,5 %) et le plus faible à Laayoune-Sakia El Hamra (13 %), et elles **touchent en premier lieu le groupe de population le plus riche**. Cinq maladies comptent pour près de 60 % des affections chroniques : l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, les maladies cardiaques, les maladies articulaires et les affections respiratoires chroniques. La prévalence de l'hypertension artérielle chez les personnes de 18 ans et plus est de 29,3 %, alors que celle du diabète et du cholestérol élevé se situe à 10,5 %⁴⁹.

Les **cancers** des organes féminins représentent 54,3 % des cancers chez la femme⁵⁰. Dans ce groupe, le **cancer du sein représente 70,2 % des cancers**, suivi par le cancer du col de l'utérus et le cancer de l'ovaire avec 15 % et 7,4 % respectivement. Avec une incidence de 51,2 pour 100 000 femmes, le cancer du sein ne cesse d'augmenter, alors que le cancer du col de l'utérus a connu une baisse de son incidence brute, avec 10,9 pour 100 000 femmes, sans doute grâce au programme national de détection précoce mis en place depuis maintenant plus de dix ans. En revanche, malgré le programme, seules **14,4 % des femmes éligibles déclarent avoir bénéficié d'un examen de dépistage précoce du cancer du col de l'utérus** et la région de Béni Mellal-Khénifra se démarque avec uniquement 4,4 %. Le **cancer de la thyroïde** est actuellement le deuxième type de cancers le plus important chez la femme.

Le **cancer du poumon, le cancer de la prostate et le cancer colorectal** sont les **plus fréquents chez l'homme** et continuent à constituer un problème de santé publique. Le cancer des poumons représente 25,6 % de tous les cancers chez l'homme, alors qu'il ne représente que 2,9 % chez la femme.

À propos de la **santé mentale**, peu de données sont disponibles, alors qu'elle apparaît comme troisième cause de morbidité (DALYs)⁵¹ par ordre d'importance (voir annexe 1). Le taux de suicide standardisé selon l'âge serait de 5,3 pour 100 000 habitants, avec un taux nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (9,9 contre 1,2)⁵². Néanmoins, les femmes et surtout les jeunes filles seraient plus nombreuses à faire des tentatives de suicide, notamment par intoxication⁵³, alors que les jeunes enfants et les personnes âgées seraient de plus en plus touchées.

Selon l'Enquête nationale sur le handicap (ENH2) de 2014, le **taux national de prévalence du handicap** est estimé à **6,8 %**. Les données antérieures en matière de handicap au Maroc remontent à 2004, avec une prévalence du handicap de 5,12 %. En termes de ménages, 1 ménage sur quatre (24,5 %) compte en son sein au moins une personne en situation de handicap (PSH). Les déficiences motrices et les déficiences mentales représentent 54,2 % et 22,1 % des limitations fonctionnelles respectivement, mais il n'existe pas actuellement de données nationales désagrégées permettant de différencier l'accès des personnes aux services de santé par type de handicap. Toujours selon l'enquête ENH2 de 2014, 60,8 % des PSH rencontrent des difficultés pour accéder aux soins généraux proposés par le système de santé, **62,9 % ne pouvant y accéder pour des raisons financières**.

49 Enquête nationale sur les facteurs de risque communs des MNT, Stepwise 2017-2018.

50 Registre des cancers de la région du Grand Casablanca, rapport d'incidence 2013-2017.

51 DALYs: disability-adjusted life years.

52 Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial, OMS, 2014.

53 Agoub et coll., 2006 ; Aarab et coll., 2014 ; Association Sourire de Reda, 2017 ; Taglaoui et al., 2009 ; Zarrouq et coll., 2015.

Les problèmes d'**addictologie** affectent plus clairement les hommes que les femmes, avec une relation de 3,5 pour les malades suivis pour troubles addictifs dans des structures spécialisées et de 1,3 pour les malades suivis dans les structures du réseau des établissements de soins de santé primaire (RESSP)⁵⁴.

Quant à la **santé et l'environnement**, le Maroc enregistre un DALY attribuable à l'environnement de 16 %, par rapport à 21 % dans la Région de la Méditerranée orientale et 24 % en Afrique (région ayant le DALY le plus élevé)⁵⁵.

En ce qui concerne les **maladies transmissibles**, sur les quatorze maladies à **déclaration obligatoire** au Maroc⁵⁶, la **tuberculose** en 2019 était celle qui enregistrait le nombre le plus important de cas (30 762 cas), suivie de la leishmaniose (5454 cas) et de l'infection à VIH (1385 cas)⁵⁷, puis des méningites (1152 cas)⁵⁸.

Selon les données du dépistage, la **prévalence du VIH**, environ 0,08 %, reste faible et stable. Elle est **plus élevée chez les hommes** (0,09 % contre 0,07 % chez les femmes) et présente des valeurs qui peuvent dépasser les 5 % dans certaines villes du Maroc parmi les populations clés. La proportion des femmes est plus importante parmi les cas dépistés au stade asymptomatique, ce qui s'explique par un recours plus fréquent des femmes aux services de dépistage du VIH d'une part, ainsi que par les progrès effectués dans l'extension de l'offre de dépistage des femmes enceintes. Près des deux tiers (63 %) des cas d'infection à VIH/sida ont été notifiés dans trois régions – 23 % dans la région de Souss-Massa, 20 % dans la région de Marrakech-Safi et 20 % dans la région de Casablanca-Settat. Selon les estimations Spectrum 2020, moins de 100 infections à VIH surviennent chaque année par transmission mère-enfant.

La **tuberculose demeure un problème de santé publique** au Maroc. Il est estimé que 87 % des cas sont détectés et mis sous traitement et que plus de 88 % de ces derniers sont traités avec succès⁵⁹ ; cependant, la diminution de l'incidence demeure très basse. Elle continue à affecter principalement l'adulte jeune et en général, elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, différence surtout liée au fait que les hommes développent beaucoup plus la tuberculose pulmonaire que les femmes. L'incidence notifiée varie entre les 12 régions administratives, la plus élevée étant enregistrée dans la région de Tanger-Tétouan-Al Hoceima, suivie de Rabat-Salé et de Casablanca-Settat et la plus basse dans la région de Drâa-Tafilalet⁶⁰. Par ailleurs, il est estimé qu'au plus 5 % de la charge de morbidité de la tuberculose serait liée à l'épidémie d'infections à VIH/sida.

L'enquête de **prévalence de la résistance du bacille tuberculeux aux médicaments antituberculeux**, réalisée en 2014, a rapporté une prévalence de la tuberculose multirésistante (TB-MR) de 1 % chez les malades tuberculeux jamais traités et de 8,7 % chez ceux qui avaient déjà reçu un traitement antituberculeux⁶¹.

Par rapport aux **maladies sous surveillance épidémiologique**, 71 899 cas de syndrome grippal ont été enregistrés en 2019. On comptait 15 cas de lèpre, distribués entre six régions.

Les piqûres de scorpion sont la **première cause des intoxications déclarées** au Maroc, avec environ 30 000 victimes par an, les décès des enfants représentant plus de 95 %⁶².

Malgré les progrès significatifs en matière de santé infanto-maternelle, la politique nationale intégrée de santé de l'enfant à l'horizon 2030 considère que la **mortalité néonatale reste encore élevée en milieu rural** (16,3 pour 1000 naissances vivantes) essentiellement à cause de contraintes liées aux conditions de l'accouchement et de la prise en charge néonatale, notamment dans les zones enclavées⁶³.

55 Global health observatory. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/disability-adjusted-life-years-\(dalys\)-attributable-to-the-environment](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/disability-adjusted-life-years-(dalys)-attributable-to-the-environment).

56 Maladies à déclaration obligatoire : tuberculose, diphtérie, poliomyélite, coqueluche, tétanos, rougeole, sida, typhoïde, méningite, paludisme (importé), schistosomiase, leishmaniose, hépatite virale et trachome.

57 Plan stratégique national de lutte contre le sida, Plan d'extension 2023. Ministère de la Santé.

58 Santé en chiffres, 2019. Ministère de la Santé.

59 Plan stratégique national pour la prévention et le contrôle de la tuberculose au Maroc 2018-2021. Ministère de la Santé.

60 Santé en chiffres, 2019. Ministère de la Santé.

61 Plan stratégique national pour la prévention et le contrôle de la tuberculose au Maroc 2018-2021. Ministère de la Santé.

62 Centre Antipoison et de Pharmacovigilance (CAPM).

63 25,8% des femmes enceintes en milieu rural accouchent sans assistance qualifiée (3,7 % en milieu urbain) et les femmes ayant reçu des soins prénatals représentent 79,6 % en milieu rural (95,6 % en milieu urbain), ENPSF 2018, 2e édition.

De même, le retard de croissance touche 20,5 % des enfants de moins de 5 ans résidant en milieu rural, la carence en iode est toujours présente dans les zones montagneuses et les activités de développement durant la petite enfance ne dépassent pas les 34 % de moyenne nationale⁶⁴.

L'enregistrement des naissances n'est pas encore totalement assuré, avec un taux de notifications à l'état civil de 97 %, contre 100 % en Jordanie, Égypte et Tunisie⁶⁵, même si l'on constate une progression de 3 % par rapport à 2011. Il n'existerait pas de différence significative en raison du sexe, du milieu de résidence ou du niveau d'instruction de la mère⁶⁶. Quant au **carnet de santé de l'enfant**, seuls 94,2 % en disposent, le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la mère et le niveau économique de la famille étant des facteurs qui ont un effet à cet égard. En ce qui concerne le **taux de couverture vaccinale**, **les écarts persistent entre les milieux rural et urbain** (92,7 % contre 96,3 %) avec une moyenne nationale de 94,5 % en 2018⁶⁷.

Par ailleurs, le recours des femmes aux soins pour la santé de la reproduction reste intimement lié à son niveau d'éducation, au milieu, à la région de résidence et au niveau socio-économique du ménage.

Principales causes de mortalité

Quant à la mortalité, les **maladies non transmissibles** représentent également la charge plus importante. Les maladies de l'**appareil circulatoire** sont la **principale cause** – 28,4 % pour les femmes et 25,5 % pour les hommes – et les cardiopathies représentent 17,5 % des décès. En deuxième lieu viennent les causes non classées avec 19,9 % pour les femmes et 15,8 % pour les hommes et en troisième lieu les tumeurs. Néanmoins, les affections périnatales constituent la quatrième cause de mortalité au Maroc et les maladies infectieuses et parasitaires représentent environ 5 % et se maintiennent dans les dix principales causes (voir graphique 5, annexe I).

Au Maroc la probabilité de mourir d'une maladie cardiaque, d'un cancer, de diabète ou d'une maladie respiratoire chronique est de plus de 24 % pour les personnes entre 30 et 70 ans (26 % pour les hommes et 22 % pour les femmes). Cette proportion est légèrement inférieure à celle de la Région de la Méditerranée orientale, qui est la région dans laquelle cette probabilité est la plus élevée au monde⁶⁸.

Les **projections pour 2040**, tant en termes de mortalité que du nombre d'années de vie perdues⁶⁹ montrent l'importance de la place des maladies non transmissibles, une diminution de la charge due aux maladies transmissibles, maternelles et nutritionnelles et une augmentation de la charge due aux accidents de circulation⁷⁰ (voir graphiques 6 et 7, annexe I).

Néanmoins, avec la survenue de la **pandémie de la COVID-19**, les risques liés aux maladies transmissibles sont redevenus un défi au niveau mondial et une priorité des systèmes de santé. Au Maroc, quatre vagues pandémiques ont été enregistrées, qui ont supposé plus de 16 000 décès enregistrés dus à l'infection, 1 264 000 cas confirmés et plus de 12 millions de tests effectués. Quant à la campagne nationale de vaccination contre la COVID-19, qui a débuté en août 2022, 67,4 % de la population a reçu une dose de vaccin et 63,6 % bénéficient d'une vaccination complète (couverture mondiale de 62,8 %).

2.3. Principales actions en cours pour réduire les déficits du système de santé et s'attaquer aux causes

Les importants progrès réalisés ces dernières décennies sont encadrés par des stratégies et des programmes nationaux spécifiques tels ceux qui concernent la santé sexuelle et reproductive – avec notamment la

64 Le Maroc à l'horizon 2040 : investir dans le capital immatériel pour accélérer l'émergence économique. 2017. Banque mondiale.

65 Observatoire régional de la santé. <https://rho.emro.who.int/index.php/Indicator/TermID/153>

66 ENPSF 2018, 2e édition.

67 Ibid.

68 Global health observatory. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-(-))

69 YLLs: years of life lost.

70 Global Burden of Disease Foresight, Institute for Health Metrics and evaluation (IHME), University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-foresight>.

Stratégie Nationale de la Santé Sexuelle et Reproductive 2021-2030, les plans régionaux de réduction de la mortalité maternelle et néonatale – la politique nationale de santé de l'enfant, la prévention et le contrôle de la tuberculose, la lutte contre le sida ou la lèpre.

En ce qui concerne les **maladies chroniques**, il convient de mettre en évidence le plan national de prévention et de contrôle du cancer, avec le programme de détection précoce des cancers du col de l'utérus et du sein – qui est en phase de généralisation à l'ensemble du pays – la stratégie multisectorielle de prévention et contrôle des maladies non transmissibles (MNT), le programme de nutrition, le plan de prévention et de prise en charge des troubles addictifs ou la stratégie de prévention du suicide. Il s'agit là d'aborder des problèmes de santé publique majeurs actuels.

En outre, plusieurs stratégies ont vu le jour plus récemment pour traiter des **questions émergentes ou non encore abordées**, telles que la stratégie santé et migration, la stratégie de lutte contre les violences à l'égard des femmes ou la stratégie de santé communautaire, avec comme priorité commune l'amélioration de l'accès et la pertinence de l'offre des soins pour les groupes de population en situation de vulnérabilité.

Avec la survenue de l'épidémie de maladie à virus Ebola en 2014, le Maroc a pu mettre en œuvre un plan de veille et de préparation à la riposte, comme elle l'a aussi réalisé en 2020 pour la pandémie de COVID-19. Le pays a cherché à gérer la crise sanitaire en s'appuyant tant que possible sur les capacités et les potentialités intérieures.

Dans un autre registre, la **politique pharmaceutique nationale** est en cours d'actualisation, prenant en compte des sujets tels que la mise à jour de la législation et de la réglementation, le renforcement du système de contrôle des médicaments et des dispositifs médicaux, la révision des prix des médicaments ou la promotion de l'utilisation des génériques et la préférence de la fabrication locale, dans un souci de garantir l'accès aux médicaments et aux dispositifs essentiels à l'ensemble de la population.

Pour pallier une **offre de soins** insuffisante ainsi qu'un important manque de lits, plusieurs hôpitaux universitaires ont vu le jour ces dernières années et plusieurs chantiers hospitaliers publics sont en cours. La loi 131-13⁷¹ a favorisé le développement des structures privées, qui est quatre fois plus rapide depuis 2018. Quant au besoin en ressources humaines, deux facultés publiques viennent d'ouvrir leurs portes, à Tanger et à Agadir, et quatre projets, publics et privés, sont à différents niveaux d'avancement – Laayoune (public), Beni-Mellal (Fondation Cheikh Khalifa), Benguerir (Université Mohammed VI Polytechnique) et Salé (Université Internationale de Rabat). Six nouveaux Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS) et six filières paramédicales dans les cités des métiers et des compétences de l'OFPPPT ont été créés. En outre, l'année universitaire 2022-2023 a démarré avec une durée de formation des médecins de six années au lieu de sept jusqu'au paravant.

Au-delà des défis liés à la mise à niveau, quantitative et qualitative, du système de santé, et à une demande en pleine transition épidémiologique, l'état des lieux réalisé renvoie à la question de l'**équité en matière d'accès** dans le but de « ne laisser personne de côté ». La **transversalité** de la santé avec une prise en compte du continuum de soins où les facteurs de risque multidimensionnels et les déterminants socio-économiques et environnementaux sont intégrés, est plus que jamais évidente. La concentration en très peu de temps d'événements tels que la pandémie de COVID-19, des sécheresses ou d'autres catastrophes naturelles ou encore les conflits armés, nous rappelle l'importance du concept « une seule santé » et de la résilience des systèmes de santé.

C'est dans ce sens qu'actuellement, la protection sociale, dont la **généralisation de la couverture sanitaire universelle** constitue l'un des principaux chantiers du pays, a été accélérée par la survenue de la crise sanitaire de la COVID-19, à la suite du discours Royal à l'occasion de la fête du trône le 29 juillet 2020. La généralisation de la couverture sanitaire universelle s'est donnée pour objectif de couvrir l'ensemble de la population en 2025. Cette réforme compte de même, depuis décembre 2022, avec la fusion des caisses d'assurance maladie dans une perspective d'optimisation de la gestion et d'une couverture équitable (voir section 2.2 Système de santé et offre de soins).

71 Bulletin Officiel n°6344 du 19/03/2015, Dahir n°1-15-26.

Ainsi, un choix stratégique est consacré à la santé dans le Nouveau Modèle de Développement à travers « des services de santé de qualité et la protection sanitaire comme droits fondamentaux des citoyens » dans son axe consacré au capital humain. L'approche communautaire, l'encouragement de la coopération public-privé, l'importance de l'action au niveau territorial, l'intersectorialité et la généralisation de l'accès à la couverture sanitaire universelle sont les aspects fondamentaux de ce nouveau modèle de développement. Par la suite, avec la Loi de Finances de 2021 et celle de 2022, le gouvernement a entrepris de consolider et de renforcer le système de santé à travers l'extension et la mise à niveau de l'offre de soins hospitaliers et la facilitation de l'accès des citoyens aux soins de santé de manière équitable ainsi que la mobilisation de ressources humaines et financières additionnelles.

La dimension régionale de l'offre sanitaire est au cœur de cette réforme avec une nouvelle configuration qui renforce le rôle des centres de santé de proximité et prévoit la création des Groupements sanitaires de territoire (GST) qui auront une gestion à charge des centres hospitalo-universitaires (CHU). La restructuration aura lieu également au niveau central, notamment avec une nouvelle organisation du ministère et la création de la Haute autorité de santé (HAS). En parallèle, le **secteur privé**, qui accapare dans l'actualité 90 % du financement mobilisé par l'assurance maladie obligatoire (AMO), sera inclus dans la réforme pour un travail de réelle collaboration avec le secteur public. Quant au défi de l'**équilibre financier**, une revalorisation de la tarification nationale de référence (TNR) est en cours, et pour ce qui concerne celui de la **résilience** du système de santé, découlant de la crise sanitaire de la COVID-19, un encouragement au développement de l'industrie locale du médicament et des produits de santé est promu dans une vision de renforcement de la souveraineté sanitaire.

Au Maroc, l'adoption du concept « une seule santé »⁷² est encore limitée à un cercle restreint d'experts au sein du monde académique et d'institutions de formation et de recherche. Dans le cadre de la refonte actuelle du système de santé, le nouveau modèle de santé devrait prendre en considération les interdépendances entre la santé humaine, la santé animale et celle de l'environnement. Son application en est au stade de la réflexion initiale au niveau des programmes nationaux auxquels ce concept est prédestiné, à savoir la lutte contre les maladies zoonotiques, la résistance aux antimicrobiens et la prévention des facteurs de risque des maladies non transmissibles.

2.4. Équité, genre et droits humains

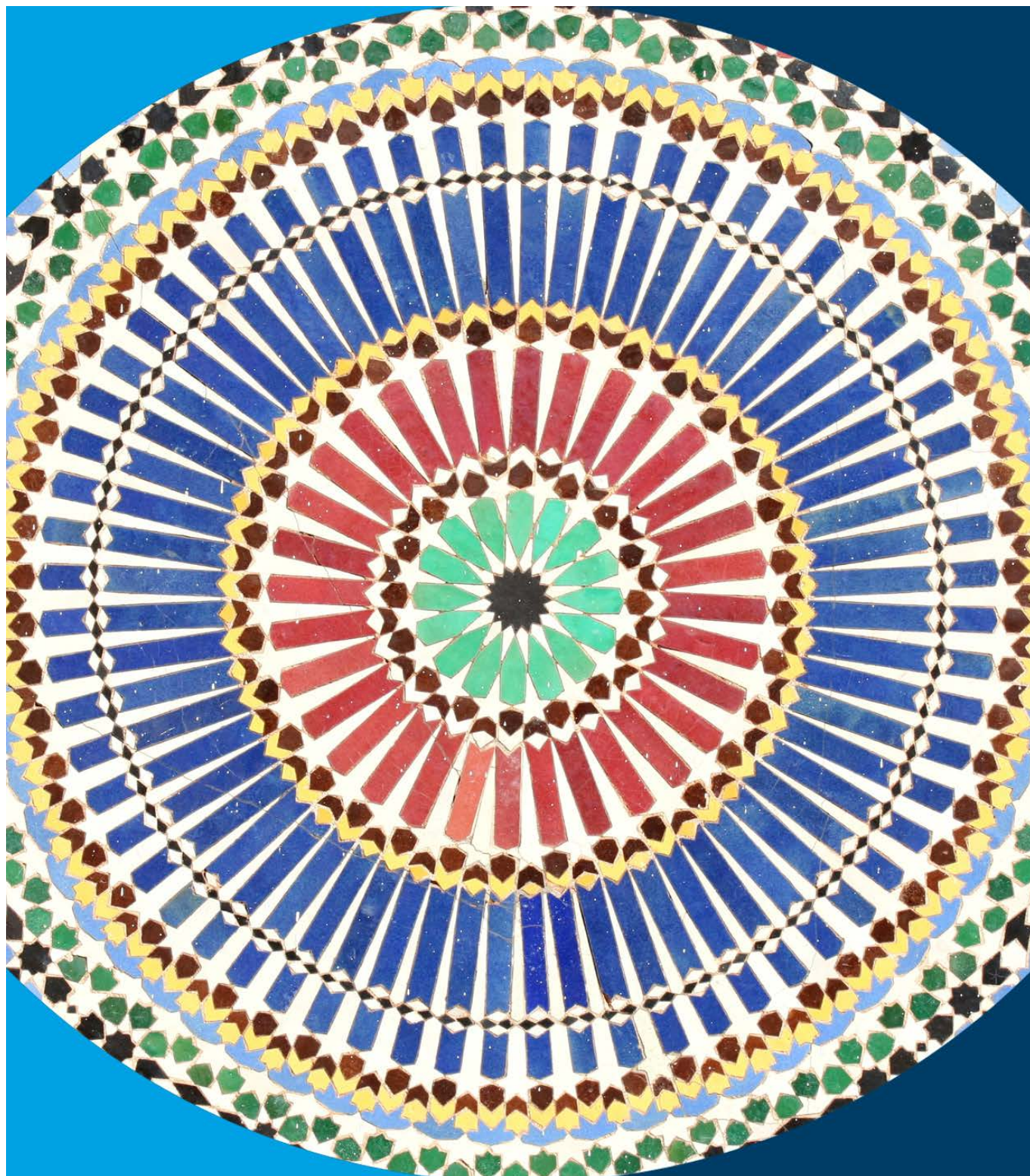
Au Maroc, plusieurs chantiers et plans d'action ont été mis en place depuis le début des années 2000, visant directement ou indirectement à réduire les inégalités en général et les iniquités en santé en particulier. En parallèle, le MSPS a adopté des interventions qui consistent à agir sur les déterminants sociaux de la santé ⁷³ afin d'améliorer la santé de la population en général tout en réduisant les disparités régionales et l'iniquité en santé. Le récent rapport Analyse des iniquités en santé du Maroc (MSPS) met l'équité au cœur des politiques publiques et adopte l'approche « la santé dans toutes les politiques ». Néanmoins, en examinant tous les aspects et indicateurs du système de santé, force est de constater la persistance des disparités sociodémographiques. Le manque d'équité est visible notamment dans l'accès à la santé et dans l'offre de soins, entre régions, entre provinces, entre les zones rurales et urbaines et entre les niveaux socio-économiques.

En matière de genre, des efforts louables ont été réalisés depuis la Constitution de 2011, notamment en ce qui concerne la législation. Les stratégies et programmes sanitaires ont pris en considération le plan gouvernemental pour l'égalité, ICRAM 2, et ils sont élaborés partiellement sur la base d'une analyse genre et d'un diagnostic qui prend en considération l'approche fondée sur le genre et la détermination des disparités entre les sexes. Il y a lieu de signaler qu'à partir de 2021, le MSPS a procédé à l'intégration d'une série d'indicateurs sensibles au genre dans les Projets de Loi de Finance. Néanmoins, l'analyse genre du secteur de la santé reste limitée par la faible qualité et la disponibilité limitée des données statistiques désagrégées par sexe et croisées.

72 L'approche « Une seule santé » s'applique à la conception et mise en œuvre de programmes, de politiques, législations et travaux de recherche faisant collaborer des professionnels aux compétences multiples en vue d'améliorer les résultats en matière de santé publique ; approche particulièrement pertinente dans les domaines de la sécurité sanitaire des aliments, de la lutte contre les zoonoses et de la lutte contre la résistance aux antibiotiques actifs.

73 Exemples : Stratégie Nationale Multisectorielle de Prévention et de Contrôle des MNT 2019-2029 et Plan National de Nutrition.

Finalement, les catégories de population qui continuent à apparaître plus vulnérables en matière de santé, malgré les efforts et les avancées réalisées durant les dix dernières années, sont celles identifiées par le Bilan Commun de pays de 2021 : i) femmes et filles vivant des discriminations intersectorielles, ii) enfants en situation difficile, iii) personnes ni en emploi, ni en études, ni en formation iv) personnes âgées vulnérables, v) personnes en situation de handicap, vi) personnes vivant avec le VIH ou à haut risque d'infection et, vii) migrants, réfugiés et demandeurs d'asile.



III Environnement des partenariats en santé

Pour accompagner le MSPS, les partenaires bilatéraux, multilatéraux et nationaux travaillant dans le domaine de la santé inscrivent leurs actions dans les priorités stratégiques nationales (voir annexe 2). Au sein du MSPS, la fonction de coordination de la coopération est assurée par la Division de la Coopération de la Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF). La Division de la coopération est l'interlocuteur principal des intervenants pour assurer la coordination des actions et leur mise en œuvre.

La période actuelle est marquée par la pandémie de COVID-19 qui a eu comme réponse nationale une ample mobilisation pour faire face à l'urgence sanitaire et socio-économique. Cette crise sanitaire a créé de multiples opportunités notamment en matière de **renforcement du multilatéralisme**, de la solidarité, de la coopération et de l'entraide, et a permis de montrer l'extrême pertinence de l'**action collective** globale.

Historiquement, le MSPS est le principal partenaire de l'OMS au Maroc (voir section IV). Ces dernières années, le nombre et la diversité des partenaires sont en évolution dans le but de traiter de manière holistique les sujets de santé émergents. Quant aux institutions et programmes des Nations Unies, les collaborations avec l'OMS se concrétisent **en fonction de la pertinence et de la complémentarité des mandats et des expertises** pour mener à bien un travail conjoint sous différents formats (Programmes conjoints, financement commun, etc.) ou de façon coordonnée. Le Cadre de coopération des Nations Unies (actuel CCDD) élaboré sur la base du Bilan Commun de pays, est le « parapluie » sous lequel les institutions, avec le gouvernement marocain, planifient conjointement et coordonnent leurs actions nationales pour des périodes de cinq années. Le CCDD 2023-2027, dont l'OMS assure la coprésidence pour l'effet 2, et qui est aligné dans le temps avec la présente stratégie de coopération avec le pays, a déterminé la concrétisation de partenariats stratégiques comme un de ses leviers d'accélération transversaux.

Pour favoriser la communication et le partage d'information entre acteurs travaillant dans le domaine de la santé, l'OMS coprécide, avec le bureau de l'Union européenne, les réunions régulières du « Groupe santé ». Ce forum rassemble les institutions des Nations Unies, les agences de coopération internationale, les PTF et le MSPS. D'autres acteurs clés sont invités en fonction des thématiques traitées et des informations à partager.

En outre, l'OMS est membre du Comité de Coordination du Maroc (CCM) pour les programmes financés par le Fonds mondial de lutte contre le VIH et la tuberculose. Elle préside également le Partenariat Hô pour la lutte contre la mortalité de la mère et de l'enfant.

L'approche multisectorielle « une seule santé » étant au cœur des priorités tant du MSPS que de l'OMS, il doit y avoir une recherche et une concrétisation de partenariats pertinents, que ce soit avec des institutions publiques ou avec la société civile, les universités et le secteur privé. L'équipe de pays des Nations Unies est la plateforme, au sein des Nations Unies, à travers laquelle l'OMS renforce la réponse multisectorielle aux défis en santé et la mise en œuvre des ODD liés à santé. La présente SCP devra être mise en œuvre avec la collaboration des partenaires historiques, mais elle devra également faire appel à de nouveaux partenariats (voir annexe 2).

La coopération Sud-Sud est une priorité gouvernementale et une priorité pour les institutions du système des Nations Unies reflétée dans le CCDD. Dans le domaine de la santé elle a été réalisée essentiellement jusqu'à nos jours à travers les centres collaborateurs de l'OMS (voir annexe 2), mais également au niveau universitaire et de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP). Ces centres collaborateurs sont un mécanisme de coopération très apprécié dans lequel des institutions sélectionnées sont accréditées par l'OMS pour contribuer à mettre en œuvre les activités qui leur ont été confiées. Ceci est accompli en soutenant la réalisation des objectifs stratégiques planifiés aux niveaux régional et mondial, en améliorant la validité scientifique de leur travail de santé mondiale et en développant et en renforçant la capacité institutionnelle dans les pays et les régions. La contribution actuelle est centrée autour de l'expertise, la formation et la recherche en matière principalement de santé sexuelle et reproductive, de psychiatrie et de pharmacovigilance.

IV Collaboration entre l'OMS et le Royaume du Maroc durant le cycle précédent

L'action de l'OMS au Maroc durant les cinq dernières années est synthétisée ci-dessous :

1. Service aux populations

- En améliorant la qualité des services de santé, ainsi que l'accès notamment pour les personnes en situation de vulnérabilité et ayant des besoins spécifiques, dont les enfants en situation de handicap ;
- En prenant en compte l'intégration de la lutte contre les maladies ;
- En appuyant la couverture sanitaire universelle et le financement de la santé ;
- En renforçant les capacités des professionnels de santé (formation de base et formation continue) ;
- En appuyant la gouvernance du système de santé et la politique pharmaceutique.

2. Maintien de la sécurité sanitaire

- Avec une orientation sur le plan de lutte contre la pandémie grippale (PIP) ;
- Avec une orientation sur la résistance aux antimicrobiens ;
- Avec une analyse de la situation sanitaire des migrants et des réfugiés et le soutien des efforts permettant un meilleur accès aux services de santé pour ces populations.
Dans le cadre de la riposte à la crise COVID-19 :
- En appuyant la stratégie nationale de diagnostic et de séquençage du SARS-CoV2 et des virus respiratoires ;
- En renforçant la surveillance épidémiologique, l'évaluation du risque et la veille sanitaire,
- En renforçant la prévention et le contrôle des infections ;
- En soutenant les campagnes de vaccination des plus de 18 ans ;
- En renforçant les capacités des professionnels de santé ;
- En appuyant la communication de proximité, ainsi que la lutte contre les rumeurs et les fausses informations ;
- En favorisant un engagement communautaire, tout en assurant une continuité des services (amener les soins palliatifs vers les malades du cancer grâce à des équipes mobiles, assurer un soutien psychosocial et un accès à la santé pour les personnes vivant avec le VIH, ou étant exposées, les populations marginalisées, les personnes souffrant de troubles mentaux ou de handicap) et des programmes (PIP, programme des urgences de santé publique).

3. La promotion de la santé

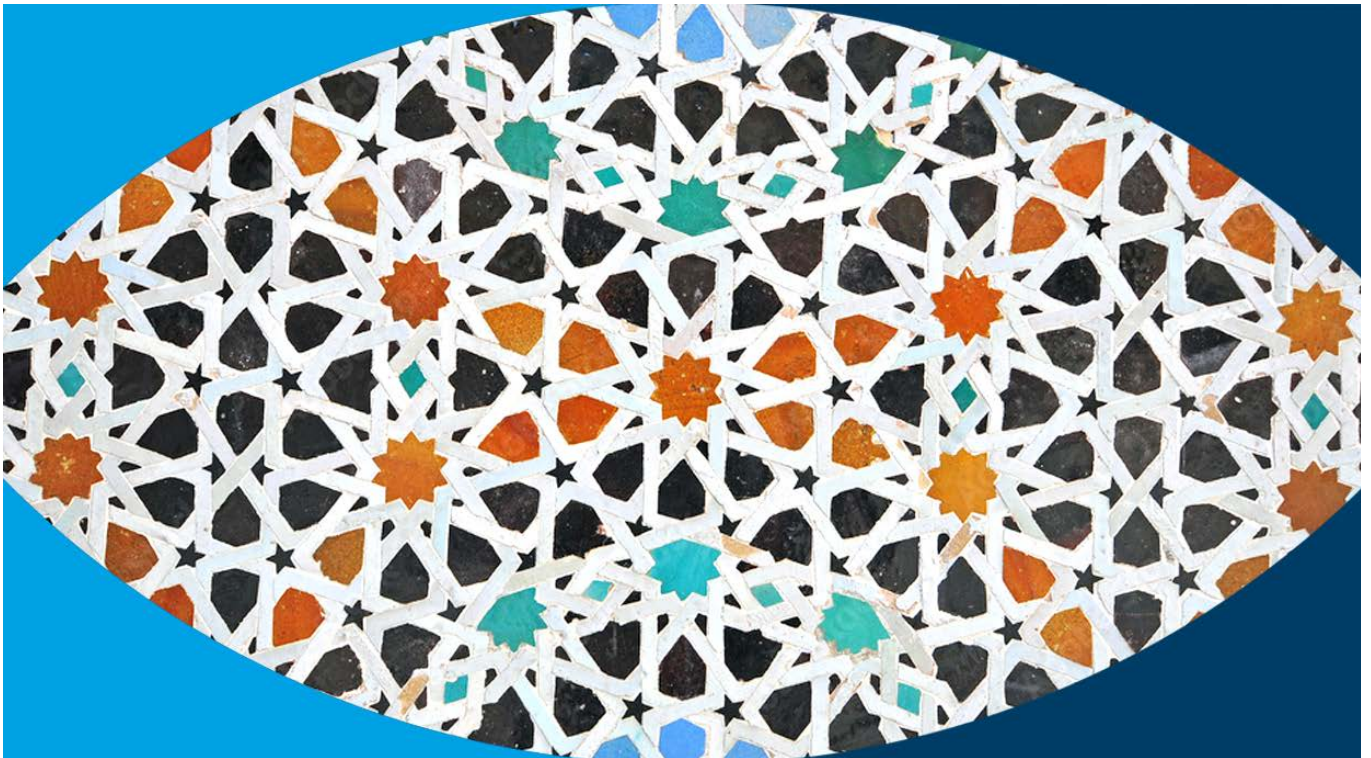
- En renforçant la prévention des maladies cardiovasculaires grâce aux données et aux indicateurs ;
- En encourageant les modes de vie sains et promouvant la lutte contre le tabagisme ;
- En appuyant la prévention et la prise en charge du cancer de l'enfant ;
- En promouvant le développement de la prévention et de la prise en charge des troubles mentaux.

4. Rôle de chef de file de l'OMS

- En veillant à renforcer les capacités et la résilience du système de santé dans son ensemble en mobilisant le savoir-faire technique nécessaire au développement ;
- En réalisant un plaidoyer politique destiné à lutter contre le fléau dangereusement croissant des MNT;
- En contribuant activement aux initiatives de la communauté internationale en rapport avec la santé et le bien-être de la population, l'équité (« personne n'est laissé de côté ») et les droits humains, dans le but de renforcer le leadership, la coordination et l'action de tous les acteurs concernés ;
- En menant une étroite collaboration avec les organisations de la société civile et les partenaires nationaux pour favoriser le bien-être et la bonne santé du plus grand nombre et notamment pour les populations fragilisées par la pandémie de COVID-19 ;
- En assurant le leadership en santé dans le cadre des ODD et de l'appui au Maroc pour la riposte à la COVID-19.

La réponse à la crise sanitaire de la COVID-19 a permis au bureau de l'OMS au Maroc de tirer des enseignements de niveau aussi bien stratégique qu'opérationnel :

- L'importance de développer la capacité d'adaptation de l'OMS aux besoins du Maroc : la collaboration historique centrée sur la valeur ajoutée de l'expertise de l'OMS peut avoir besoin de changements ponctuels vers l'approvisionnement, face à des défis nouveaux ;
- La communication est clairement une valeur ajoutée de l'OMS par son leadership et sa légitimité en santé ;
- L'importance de l'accompagnement et de la visibilité des actions de coopération Sud-Sud pour lesquelles les institutions marocaines spécialisées et notamment les centres collaborateurs, ont été sollicités et reconnus durant la riposte à la pandémie.



V Priorités stratégiques

1. PROCESSUS DE PRIORISATION ET D'ALIGNEMENT AVEC LES POLITIQUES NATIONALES, LE CCDD ET LE TREIZIÈME PGT

Le processus d'élaboration de la SCP a été mené en plusieurs étapes, dont celle de collecte et d'analyse des données et celle de consultation et de concertation ont permis d'aboutir à un cadre de résultats structuré en priorités stratégiques et domaines d'action. Pour cela, une révision et une analyse documentaire du contexte socio-économique, politique et sanitaire national ont été menées (voir Chapitre II), ainsi que des entretiens semi-structurés avec des acteurs clés identifiés. La vision locale a été intégrée avec un questionnaire adressé aux directions régionales de santé. Des ateliers de discussion ont été organisés pour l'identification des domaines d'action.

Les priorités stratégiques retenues sont alignées sur le Nouveau Modèle de Développement, la Politique Publique Intégrée de la Protection Sociale (PPIPS) et le nouveau projet de refonte du système national de santé. Ce dernier connaît une nette accélération depuis le mois de juillet 2022 avec l'adoption de la **loi-cadre 6-22 relative au système national de santé**⁷⁴ et l'élaboration subséquente de décrets d'application et de décisions. Cette **réforme structurante** du système de santé est basée sur quatre grands piliers :

- Une **bonne gouvernance** visant le renforcement des mécanismes de régulation de l'action des acteurs, la consolidation de la gouvernance hospitalière et de la planification territoriale de l'offre de soins à tous les niveaux ;
- La **valorisation des ressources humaines**, notamment à travers l'élaboration de la loi sur la fonction publique sanitaire, en vue de motiver le capital humain dans le secteur public, réduire le manque actuel en ressources humaines, réformer le système de formation, outre l'ouverture sur les compétences médicales étrangères et l'encouragement des cadres médicaux marocains résidant à l'étranger à retourner exercer dans leur pays ;
- Une **mise à niveau de l'offre sanitaire** en vue de répondre aux attentes de la population en matière de facilitation de l'accès aux services médicaux, l'amélioration de leur qualité et la répartition équitable des services hospitaliers à travers le territoire national, via la réhabilitation des structures de santé primaires, la mise à niveau des hôpitaux, l'instauration de l'obligation de respect du parcours de soins, en plus de la création d'un système d'homologation des établissements de santé ;
- La **digitalisation** du système de santé, à travers la mise en place d'un système informatique intégré pour le regroupement, le traitement et l'exploitation des principales informations ayant trait au système de santé.

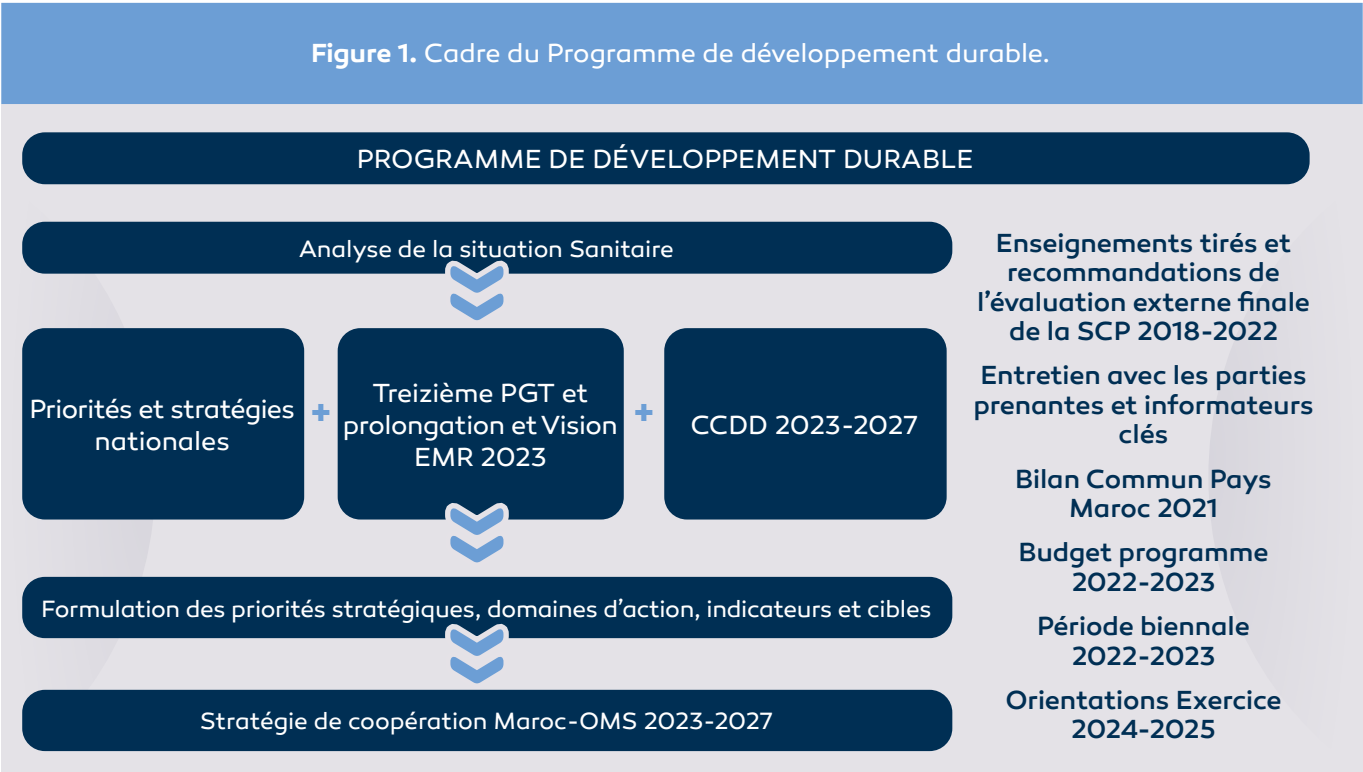
Les priorités stratégiques de la SCP sont également en accord avec le nouveau cadre de coopération pour le développement durable (CCDD), et prennent en compte le Bilan Commun Pays 2021, qui définit trois dimensions de leviers de développement pour le Maroc durant les prochaines années :

- 1) Une croissance soutenue – créatrice d'emplois décents notamment pour les femmes et les jeunes – durable et respectueuse de l'environnement ;
- 2) Les réformes structurelles en matière de gouvernance démocratique et de capacités institutionnelles ;
- 3) La lutte contre les inégalités et les vulnérabilités sociales.

Les priorités stratégiques de la SCP répondent, de même, aux quatre priorités stratégiques du treizième PGT prolongé jusqu'en 2025, aux orientations du Bureau régional (Vision 2023 pour la Région de la Méditerranée orientale) et elles intègrent la continuité de la SCP précédente, ainsi que les recommandations de son évaluation finale (voir figure 1 ci-dessous).

⁷⁴ Bulletin Officiel n°7151 du 9/12/2022, Dahir n°1-22-77.

Finalement, les priorités stratégiques choisies pour cette SCP sont le reflet des défis identifiés, avec l’ambition de mettre l’accent de sa contribution sur la réduction des brèches d’iniquité, la santé dans toutes les politiques et la génération d’éléments de preuve.



L’annexe 3 montre le détail du cadre référentiel de la SCP.

2. PROGRAMME STRATÉGIQUE

Les priorités stratégiques suivantes (voir tableau 2 ci-dessous) guideront les actions de continuité de la coopération entre le Royaume du Maroc et l’OMS entre 2023 et 2027 (voir tableau 3. Cadre de résultats de la SCP Maroc-OMS 2023-2027 : priorités stratégiques et domaines d’action).

Tableau 2. Priorités stratégiques de la SCP 2023-2027 et alignement avec le cadre référentiel (Treizième PGT, CCDD et refonte du système national de santé).				
	PRIORITÉ STRATÉGIQUE 1.	PRIORITÉ STRATÉGIQUE 2.	PRIORITÉ STRATÉGIQUE 3.	PRIORITÉ STRATÉGIQUE 4.
SCP 2023-2027	Appui au renforcement du système national de santé dans l’action de généralisation de la CSU	Renforcement de la résilience du système national de santé, notamment dans la préparation et la réponse aux urgences sanitaires et face aux défis émergents	Accompagnement pour le renforcement de la gouvernance dans la dynamique de refonte du système national de santé	Promotion de la santé et du bien-être de la population et de l’équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux et en renforçant l’approche multisectorielle

Prolongation du treizième PGT	COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle	PROTECTION FACE AUX SITUATIONS D'URGENCE Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire	Renforcement des capacités en matière de données et d'innovation Gestion des ressources financières, humaines et administratives de façon efficace, orienté sur les résultats et dans la transparence	AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES POPULATIONS Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être
PRIORITÉS NATIONALES	Valorisation des ressources humaines Mise à niveau continue de l'offre sanitaire : infrastructures sanitaires, qualité, accessibilité Gouvernance : filière de soins, schémas sanitaires, HAS, GST, Agence médicaments, Agence sang, Médicaments, Gestion des urgences sanitaires, Relation public et privé	Mise à niveau continue de l'offre sanitaire : infrastructures sanitaires, qualité, accessibilité Gouvernance : filière de soins, schémas sanitaires, HAS, GST, Agence médicaments, Agence sang, Médicaments, Gestion des urgences sanitaires, Relation public et privé	Gouvernance : filière de soins, schémas sanitaires, HAS, GST, Agence médicaments, Agence sang, Médicaments, Gestion des urgences sanitaires, Relation public et privé Système d'information intégré, dossier médical commun	Mise à niveau continue de l'offre sanitaire : amélioration de l'accessibilité, de la qualité des soins et de l'équité Système d'information intégré
CCDD 2023-2027 (aligné sur les ODD)	Effet 2. D'ici à 2027, la population au Maroc bénéficiera d'une couverture universelle pérenne par des services de qualité, intégrés et résilients en matière d'éducation, de formation et de santé, ainsi que d'un accès accru à la culture. Effet 3. D'ici à 2027, la protection sociale sera universelle et soutenable, et les inégalités sociales, territoriales et de genre seront réduites en vue de ne laisser personne pour compte	Effet 4. D'ici à 2027, les politiques publiques seront performantes, inclusives, territorialisées, intégrant le développement durable, basées sur des données probantes et sensibles au genre et aux droits humains, conformément à la Constitution et aux engagements internationaux du Maroc	Effet 4. D'ici à 2027, les politiques publiques seront performantes, inclusives, territorialisées, intégrant le développement durable, basées sur des données probantes et sensibles au genre et aux droits humains, conformément à la Constitution et aux engagements internationaux du Maroc	Effet 2. D'ici à 2027, la population au Maroc bénéficie d'une couverture universelle pérenne par des services de qualité, intégrés et résilients d'éducation, de formation et de santé, ainsi que d'un accès accru à la culture. Effet 3. D'ici à 2027, la protection sociale est universelle et soutenable, et les inégalités sociales, territoriales et de genre sont réduites en vue de ne laisser personne pour compte Effet 4. D'ici à 2027, les politiques publiques sont performantes, inclusives, territorialisées, intégrant le développement durable, basées sur des données probantes et sensibles au genre et aux droits humains, conformément à la Constitution et aux engagements internationaux du Maroc

Le rôle principal de l'OMS sera d'accompagner le Maroc dans la réalisation des objectifs de ses politiques et plans d'action dans le domaine du développement ainsi que dans le projet de refonte du système national de santé, tout en relevant le défi de sa mission principale de « Promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables ».

Les principes transversaux suivants seront pris en compte durant tout le processus de mise en œuvre de la SCP 2023-2027 :

- Partenariats (diversité d'acteurs)
- Multisectorialité
- Droits humains, et approche genre et équité en santé
- « Une seule santé »
- Harmonisation avec le système des Nations Unies

Priorité stratégique 1. Appui au renforcement du système national de santé dans l'action de généralisation de la CSU

Dans le cadre du processus national de généralisation de la couverture sanitaire universelle, qui s'est donné pour objectif de couvrir toute la population en 2023, et de la refonte du système de santé qui vient d'être

lancée comme conséquence de la dynamique créée par le Nouveau Modèle de Développement et les enseignements de la crise COVID-19, l'OMS compte y contribuer en appuyant les domaines d'action suivants :

- La stratégie de financement de la santé, à travers son développement et sa mise en œuvre. L'élaboration d'une stratégie de financement de la santé doit se concentrer sur les recettes, l'organisation efficace et la mise en commun des ressources, les mécanismes de prépaiement et les achats stratégiques. En travaillant sur ces fonctions, le financement équitable et durable de la santé peut être assuré, ainsi que la protection contre les paiements catastrophiques pour l'ensemble de la population ;
- L'offre de soins au niveau territorial, centrée sur la personne et la santé de famille et selon les principes directeurs de la Déclaration d'Astana, avec sa mise à niveau et son renforcement ;
- La politique nationale de ressources humaines en santé, basée sur les orientations de la nouvelle fonction sanitaire, à travers sa mise en œuvre ;
- La politique pharmaceutique nationale, avec son développement et sa mise en œuvre, dans la perspective de renforcer l'accessibilité et la disponibilité aux médicaments et aux produits de santé.

Priorité stratégique 2. Renforcement de la résilience du système national de santé, notamment dans la préparation et la réponse aux urgences sanitaires et face aux défis émergents

La crise sanitaire de la COVID-19 a rappelé l'importance fondamentale de disposer d'un système de santé national résilient, capable de suivre, d'anticiper, d'être préparé et de répondre aux défis de santé émergents, quelle qu'en soit l'origine et d'assurer la continuité des soins essentiels. Le Maroc a identifié les cinq lacunes suivantes : i) meilleure capacité pour les ressources humaines ; ii) mieux exploiter les nouvelles technologies pour les nouvelles capacités de prévision, détection et vérification ; iii) investir davantage dans la gestion des urgences ; iv) renforcer les capacités de lutte contre les informations fausses et trompeuses et ; v) renforcer la chaîne d'approvisionnement et les services logistiques.

L'OMS compte y contribuer en appuyant les domaines d'action ci-dessous, dans la logique des initiatives entreprises dans la période précédente, notamment avec le CNOUSP et l'INH, des enseignements tirés de la riposte à la pandémie et de l'analyse des prévisions pour les indicateurs correspondants du treizième PGT :

- Le Règlement sanitaire international (RSI) et la préparation aux urgences sanitaires en développant les capacités requises pour son application et pour son évaluation (compte tenu des amendements récents du RSI) ;
- La veille sanitaire et la surveillance épidémiologique dans le cadre d'une approche «Une seule santé», avec la restructuration et modernisation du système. La résistance antimicrobienne, sur la base de la stratégie de l'OMS, et les traumatismes, qui sont une cause de mortalité et de morbidité croissante, seront deux aspects à inclure ;

- L'évaluation des risques sanitaires liés à la dégradation de l'environnement et au changement climatique, ainsi que la normalisation et le contrôle des seuils d'exposition des populations à ces risques, le Maroc étant un des pays de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord qui est le plus exposé, mais aussi aux risques NRBC⁷⁵ et aux vecteurs.

Priorité stratégique 3. Accompagnement pour le renforcement de la gouvernance dans la dynamique de refonte du système national de santé

La gouvernance du système de santé dans sa globalité est un défi auquel le Maroc fait face depuis plusieurs années avec des initiatives telles que la régionalisation avancée, l'établissement de la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins, l'octroi de plus d'autonomie aux établissements de santé ou la création d'instances de concertation. Néanmoins, beaucoup reste à faire pour réduire les iniquités dans l'offre de soins, la demande et la satisfaction de la population, qui persistent entre milieux de résidence, zones géographiques et groupes spécifiques de la population. Ainsi, la gouvernance est un des axes structurants de la loi-cadre O6-22, en cours de validation, relative au système national de santé.

L'OMS compte y contribuer en appuyant les domaines d'action suivants :

- La réorganisation des instances centrales et territoriales de gouvernance de l'offre de soins et le renforcement des capacités des acteurs,
- Le développement du système national d'information sanitaire (SNI) et la mise en œuvre de la santé numérique, à travers un accompagnement ciblé ;
- La promotion de la recherche opérationnelle et d'espaces de concertation et de dialogue politique sur la base d'évidence scientifique ;
- Les mécanismes de régulation de l'action sanitaire, y compris des partenariats public-privé, avec le soutien pour leur actualisation et leur mise en œuvre.

Priorité stratégique 4. Promotion de la santé et du bien-être de la population et de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux et en renforçant l'approche multisectorielle

« La santé pour tous » signifie que la santé doit être mise à la portée de tous et par « santé », nous entendons un état personnel de bien-être, et pas seulement la disponibilité de services de santé ; un état de santé qui permet à une personne de mener une vie socialement et économiquement productive.

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ils comprennent des facteurs tels que le statut socio-économique, l'éducation, le voisinage, l'environnement physique, l'emploi et les réseaux de soutien social, ainsi que l'accès aux soins de santé.

Au Maroc, les statistiques disponibles montrent que ces déterminants conditionnent de façon significative l'accès aux soins, ainsi que l'état de santé des individus. Les programmes nationaux de santé commencent à considérer ces facteurs dans leur développement, mais leur mise en œuvre effective à tous les niveaux de la pyramide de soins et dans la totalité du territoire national reste un défi. En outre, plus de données probantes sont nécessaires pour cibler les actions, notamment de promotion et de sensibilisation, de façon pertinente et efficiente.

L'OMS compte y contribuer en appuyant les domaines d'action suivants :

- Les stratégies de prévention et de promotion de la santé et de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, y compris la santé mentale et les soins palliatifs, qui ciblent les facteurs de risque en fonction de la population et tout au long du cycle de vie, en accompagnant leur mise en œuvre ;
- Les programmes de santé prioritaires, particulièrement ceux ciblant les populations vulnérables et à besoins spécifiques, à travers l'accompagnement pour la consolidation des acquis, les actualisations selon les recommandations de l'OMS et l'appui aux efforts d'innovation. Un accent particulier sera mis sur le principe des droits humains et sur l'équité de genre ;

75 NRBC : nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques.

- La génération d'éléments de preuve afin de mettre en place des stratégies multisectorielles agissant sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé en ciblant la réduction des iniquités avec le soutien d'études et de création d'espaces d'échange ;
- La stratégie multisectorielle pour la santé environnementale et le changement climatique à travers sa mise en œuvre.

Tableau 3 . Cadre de résultats de la SCP Maroc-OMS 2023-2027 : priorités stratégiques et domaines d'action

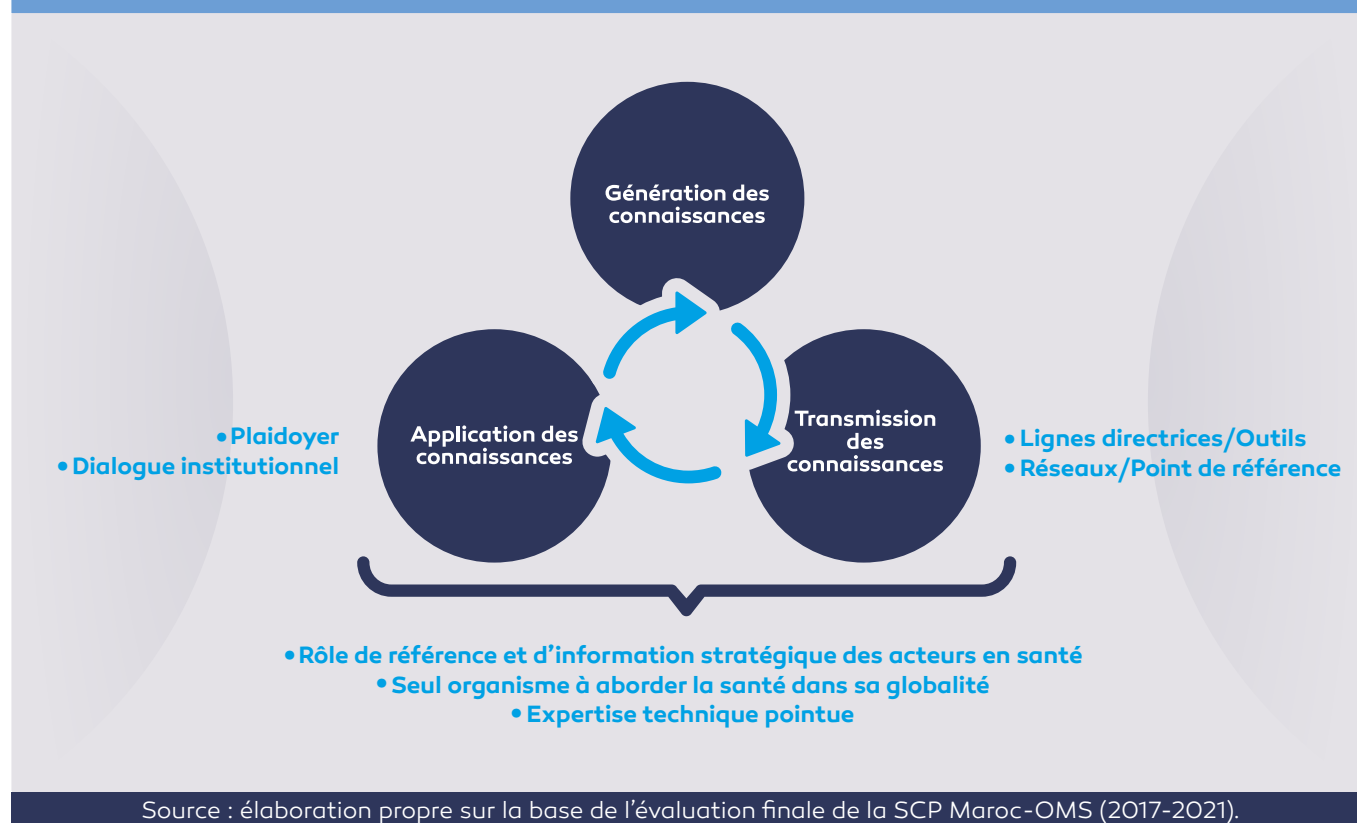
PRIORITÉ STRATÉGIQUE 1 Appui au renforcement du système national de santé dans l'action de la généralisation de la CSU	PRIORITÉ STRATÉGIQUE 2 Renforcement de la résilience du système national de santé, notamment dans la préparation et la réponse aux urgences sanitaires et face aux défis émergents	PRIORITÉ STRATÉGIQUE 3 Accompagnement pour le renforcement de la gouvernance dans la dynamique de refonte du système national de santé	PRIORITÉ STRATÉGIQUE 4 Promotion de la santé et du bien-être de la population et de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux et en renforçant l'approche multisectorielle
DOMAINE D'ACTION 1.1. Appui à l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de financement de la santé centrée sur la soutenabilité financière DOMAINE D'ACTION 1.2. Accompagnement du renforcement et de l'intégration de l'offre de soins au niveau territorial, centrée sur la personne et la santé de la famille, selon les principes directeurs de la Déclaration d'Astan DOMAINE D'ACTION 1.3. Accompagnement du développement et de la mise en œuvre de la politique nationales des ressources humaines en santé basée sur les orientations de la nouvelle fonction sanitaire DOMAINE D'ACTION 1.4. Soutien à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale dans la perspective de renforcer l'accessibilité et la disponibilité des médicaments et des produits de santé	DOMAINE D'ACTION 2.1. Renforcement des capacités requises pour l'application du Régelement sanitaire international (RSI) et la préparation aux urgences sanitaires DOMAINE D'ACTION 2.2. Restruction et modernisation du système national de veille sanitaire et de surveillance épidémiologique y compris la résistance antimicrobienne et les traumatismes, dans le cadre de l'approche «Une seule santé» DOMAINE D'ACTION 2.3. Renforcement des capacités d'évaluation des risques sanitaires, de détection, de prévention et de riposte liés à l'environnement et aux phénomènes climatiques, mais aussi au NRBC et aux vecteurs	DOMAINE D'ACTION 3.1. Accompagnement de la réorganisation et du fonctionnement des instances centrales et territoriales de gouvernance de l'offre de soins et renforcement des capacités des acteurs DOMAINE D'ACTION 3.2. Accompagnement du développement du système national d'information sanitaire (SNI) et de la mise en œuvre de la santé numérique DOMAINE D'ACTION 3.3. Promotion de la recherche opérationnelle et d'espace de concertation et de dialogue politique sur la base de preuves scientifiques DOMAINE D'ACTION 3.4. Soutien, dans le cadre de la refonte du système national de la santé, à la mise à jour des mécanismes de régulation de l'action sanitaire, y compris des partenariats public-privé	DOMAINE D'ACTION 4.1. Accompagnement de la mise en œuvre des stratégie de prévention et de promotion de la santé, en ciblant les facteurs de risque tout au long du cycle de vie, et renforcement de la lutte contre les maladie transmissibles et non transmissibles y compris la santé mentale et les soins palliatif DOMAINE D'ACTION 4.2. Consolidation des acquis et appui aux efforts d'innovation visant le renforcement des programmes de santé prioritaires, particulièrement ceux ciblant les populations vulnérable et à besoins spécifique DOMAINE D'ACTION 4.3. Soutien aux efforts de génération de données afin de mettre en place des stratégies multisectorielle agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ciblant la réduction des iniquités DOMAINE D'ACTION 4.4. Soutien à l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie multisectorielle sur la santé environnementale et le changement climatique

VI Mise en œuvre

1. PRINCIPES DE COOPÉRATION

Les principes de coopération de l'OMS pour la mise en œuvre de la présente SCP découlent des avantages comparatifs identifiés lors de l'évaluation finale externe de la SCP 2017-2022. Le schéma ci-dessous illustre ces avantages comparatifs ajustés au cercle vertueux de la santé.

Figure 2 . Cercle vertueux de la santé et avantages comparatifs de l'OMS au Maroc.



2. ENJEUX

Les moyens disponibles de l'OMS au Maroc représentent un enjeu pour la mise en œuvre de la SCP, notamment en ce qui concerne les ressources financières – quantité et prévisibilité – ce qui a été identifié, aussi bien en interne que lors de l'évaluation externe de la SCP 2017-2022, en tant que situation chronique, qui a un impact sur la disponibilité de ressources humaines au bureau OMS de Rabat. Effectivement, le bureau de pays compte avec des ressources humaines limitées par rapport au volume des actions et à l'envergure de la collaboration avec le Royaume du Maroc. Il serait pertinent de renforcer les équipes pour les maladies non transmissibles, la communication, la logistique et finalement l'administration de programmes. L'évolution des thématiques prioritaires en santé découlant de la transition épidémiologique et des prévisions en morbi-mortalité, ainsi que les changements opérationnels à la suite de l'expérience de la crise sanitaire de la COVID-19, justifient entièrement le renforcement du bureau de l'OMS en assurant ces rôles de façon pérenne. Malgré les ressources humaines limitées, le bureau de Rabat a été en mesure de mettre en œuvre la SCP qui a été finalisée (2017-2022), et garde désormais la perspective l'application impérative des recommandations de son évaluation externe.

L'application effective des principes transversaux représente également un enjeu pour la mise en œuvre de cette SCP. Des méthodes de travail devront être déterminées pour concrétiser l'approche multisectorielle « Une seule santé », notamment dans les actions de prévention, de promotion de la santé et de veille sanitaire, et dans le choix et la diversification des partenaires d'exécution.

La question du genre devra faire partie des spécificités à prendre en compte dans toutes les actions, particulièrement celles qui concernent les barrières d'accès aux services de santé, la promotion et la prévention. Il en sera de même pour la question des droits humains afin d'éviter et de chercher à éliminer toute stigmatisation liée à la maladie et de certaines populations, d'adapter le cadre réglementaire, l'offre et la qualité des soins, et de sensibiliser le personnel de santé.

Dans la même logique, les indicateurs de résultat seront désagrégés en fonction de la pertinence. L'alignement entre les indicateurs de la SCP, du treizième PGT et des ODD en lien avec la santé étant assuré, la mise en œuvre de la SCP aura pour but de contribuer au progrès de ces derniers.

Un accent tout aussi important sera mis sur la concrétisation et la mise en valeur d'activités de coopération Sud-Sud dans la Région de la Méditerranée orientale et de l'Afrique subsaharienne, en particulier à travers les centres collaborateurs de l'OMS au Maroc, sans toutefois s'y limiter, et notamment dans les domaines de la formation, de la recherche et du partage d'expériences et du réseautage.

3. PRINCIPALES CONTRIBUTIONS AUX QUATRE PRIORITÉS STRATÉGIQUES

Pour la **Priorité stratégique 1. Appui au renforcement du système national de santé dans l'action de généralisation de la CSU**, les contributions prévues de l'OMS sont les suivantes :

CONTRIBUTION DE L'OMS A LA PS1		
Bureau OMS du Maroc	Bureau régional de la Méditerranée orientale	Siège
Soutenir la réforme du financement de la santé afin de réduire le nombre de personnes souffrant de difficultés financières, en particulier les plus vulnérables et les pauvres. Soutenir le renforcement de l'offre de soins en améliorant l'accès équitable à des services de santé essentiels de qualité, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires, afin de faire progresser le système de santé universel et de réduire les disparités entre les sexes et les inégalités en matière de santé. Soutenir la dynamique en cours de définition et de revalorisation de la fonction du personnel de santé afin de garantir l'offre équitable de services de santé de qualité. Soutenir l'initiative nationale d'actualisation de la politique pharmaceutique en vue de garantir un accès universel et équitable aux médicaments de qualité, même en situation d'urgence.	Aider à la mise en œuvre efficace du partenariat pour la CSU pour soutenir les réformes du secteur de la santé et du financement. Partager les expériences nationales sur les bonnes pratiques et faciliter l'échange de connaissances entre les bureaux nationaux pour soutenir la mise en œuvre de l'agenda technique au Maroc. Contribuer aux mécanismes d'achat de vaccins, en étroite collaboration avec le Siège et les installations régionales pour une mise en œuvre efficace.	Fournir des outils de santé publique et renforcer les capacités d'utilisation de ces outils. Partager le matériel de formation de l'OMS sur le renforcement des capacités des parties prenantes nationales et des partenaires de développement pour contribuer à l'élaboration de politiques sanitaires et de plans stratégiques nationaux solides. Développer les bonnes pratiques mondiales pour aider les pays à aborder le dialogue politique multisectoriel et le renforcement des capacités pour un développement et une mise en œuvre efficaces de l'action intersectorielle en faveur de la santé universelle. Contribuer à l'achat de vaccins à des prix compétitifs, ainsi que d'autres fournitures en utilisant des plateformes mondiales.

Principaux résultats attendus (voir annexe 5 pour les indicateurs) :

- Stratégie nationale de financement de la santé élaborée et en cours de mise en œuvre.
- Offre de soins renforcée au niveau territorial, centrée sur la personne et la santé de famille, selon les principes directeurs de la Déclaration d'Astana.
- Des actions concrètes réalisées pour favoriser l'accès aux populations plus vulnérables en fonction des indicateurs disponibles (lieu et milieu de résidence, sexe, âge, besoin spécifique).
- Politique nationale des ressources humaines en santé en cours de mise en œuvre.
- Politique pharmaceutique nationale élaborée et en cours de mise en œuvre.

Partenaires clés d'exécution :

- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, et notamment la DPRF, la DRH, la DMP et le CAPM pour le développement et la mise en œuvre des stratégies et politiques déterminées, la DHSA et la DP pour les actions dans le domaine des soins de santé primaire et l'ANAM pour la généralisation de la CSU.
- UNICEF, UNFPA, HCR, OIM et ONUSIDA pour la coordination des actions dans la dynamique du CCDD et les complémentarités quant aux actions dans le domaine de l'accès équitable aux SSP de qualité en renforçant les approches des droits humains et genre, ainsi que la participation de la société civile et des communautés.
- Partenaires techniques et financiers qui collaborent avec le MSPS dans le cadre de l'initiative de généralisation de la CSU et du renforcement des SSP.

Pour la **Priorité stratégique 2. Renforcement de la résilience du système national de santé, notamment dans la préparation et la réponse aux urgences sanitaires et face aux défis émergents**, les contributions prévues de l'OMS sont les suivantes :

CONTRIBUTION DE L'OMS A LA PS2		
Bureau OMS du Maroc	Bureau régional de la Méditerranée orientale	Siège
Soutenir le renforcement des capacités en matière de RSI aux niveaux national et infranational et améliorer le mécanisme de coordination du RSI dans le cadre de l'approche « Une seule santé », en s'appuyant sur les enseignements de la COVID-19. Accompagner la modernisation du système de veille sanitaire et de surveillance épidémiologique pour la détection des événements de santé publique en accompagnant le Centre National d'Opérations d'Urgences en Santé Publique (CNOUSP) aux niveaux central et régional, conformément au plan d'action national pour la sécurité sanitaire.	Soutenir la réalisation des évaluations du RSI conformément aux conclusions des Évaluations externes conjointes pour le RSI. Aider le bureau de pays à organiser des exercices de simulation du RSI et des examens a posteriori. Fournir un appui technique au renforcement du CNOUSP du MSPS et de ses opérations au niveau national et infranational. Soutenir le bureau de pays afin de capitaliser sur les forces et les faiblesses de la riposte COVID-19 pour améliorer les capacités nationales en matière de préparation aux urgences.	Assister, si nécessaire, aux exercices de simulation et aux évaluations d'actions du RSI. Soutenir la diffusion des conclusions du comité d'examen du fonctionnement du RSI et l'adoption de ses recommandations au niveau national, à la suite de la pandémie de COVID-19. Fournir des outils de santé publique et renforcer les capacités d'utilisation de ces outils. Élaborer et partager des exemples de stratégies de renforcement des capacités en matière de préparation aux situations d'urgence, qui ont un bon rapport coût-efficacité et sont éprouvées, en s'appuyant sur les enseignements de la COVID-19.

Renforcer la préparation aux urgences sanitaires et l'état de préparation opérationnelle pour prévenir, détecter et riposter rapidement aux risques liés à l'environnement et au changement climatique, aux maladies émergentes et ré émergentes et aux risques NRBC, en s'appuyant sur les enseignements tirés de la COVID-19.	Soutenir le Maroc dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux intégrés de préparation et de riposte aux risques liés à l'environnement et au changement climatique, aux maladies émergentes et ré émergentes et aux risques NRBC.	Établir et coordonner des réseaux d'experts au niveau mondial pour la prévision et la modélisation, l'identification des agents pathogènes et l'évaluation de leur virulence, la communication sur les risques et la riposte.
---	---	---

Principaux résultats attendus (voir annexe 5 pour les indicateurs) :

- Capacités nationales d'application du Règlement Sanitaire International (RSI) et de préparation aux urgences sanitaires renforcées, en particulier en ce qui concerne la coordination, l'intervention et le contrôle des points d'entrée.
- Réponse efficace aux urgences et maintien de la capacité à fournir des services de santé essentiels.
- Système de veille sanitaire et de surveillance épidémiologique, y compris sur la résistance antimicrobienne et les traumatismes renforcés.
- Mise en place d'un système de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et disponibilité des données pour la prise de décision
- Capacités d'évaluation des risques sanitaires, de détection, de prévention et de riposte liés à l'environnement et aux phénomènes climatiques, mais aussi aux vecteurs et aux NRBC, dans le cadre d'une santé globale « Une seule santé » (multirisque), renforcées.

Partenaires clés d'exécution :

- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, et notamment la DELM, la DHSA, l'INH, le CAPM et les services de santé au niveau régional.
- Départements ministériels et institutionnels en charge du contrôle des frontières, de l'environnement, de la climatologie et de la santé animale.
- FAO, OMSA, OMS et PNUE (Groupe quadripartite « Une seule santé ») par rapport à la santé environnementale, notamment les risques liés aux changements climatiques et phénomènes extrêmes, mais également les zoonoses et la résistance aux antimicrobiens. L'OIM en ce qui concerne l'accès aux soins essentiels des personnes migrantes durant les crises sanitaires, notamment en favorisant les mécanismes de coordination entre tous les acteurs impliqués dans la santé de ces populations, et le lien entre migration et changement climatique. Les institutions telles ONU Femmes, l'UNFPA, l'UNICEF et le programme ONUSIDA pourraient collaborer pour la communication de crise et dans le cadre de la garantie des respects des droits humains et d'un accès équitable à la santé en situation de crise sanitaire et de façon plus spécifique pour les populations clés résidant dans les zones urbaines.
- Partenaires techniques et financiers qui collaborent avec le MSPS dans le domaine de la résilience sanitaire et la préparation aux urgences sanitaires, comme l'Union européenne ou la Banque mondiale.

Pour la **Priorité stratégique 3. Accompagnement pour le renforcement de la gouvernance dans la dynamique de refonte du système national de santé**, les contributions prévues de l'OMS sont les suivantes :

CONTRIBUTION DE L'OMS A LA PS3.		
Bureau OMS du Maroc	Bureau régional de la Méditerranée orientale	Siège
Soutenir la réorganisation et la création des nouvelles instances centrales et territoriales de gouvernance de l'offre de soins dans le cadre de la refonte du système national de santé. Renforcer la capacité institutionnelle en matière de collecte, de traitement et d'analyse des données sanitaires avec une désagrégation pertinente pour soutenir les processus décisionnels dans le cadre des efforts en cours pour améliorer le système national d'information sanitaire (SNI). Accompagner le processus de mise en œuvre de la santé numérique. Promouvoir la recherche opérationnelle et le développement d'espaces de concertation et de dialogue politique sur la base d'évidence scientifique. Soutenir la mise à jour des mécanismes de régulation de l'action sanitaire, y compris des partenariats public-privé dans le cadre de la refonte en cours du système de santé.	Partager les expériences nationales sur les bonnes pratiques et faciliter l'échange de connaissances entre les bureaux nationaux pour soutenir la mise en œuvre de la réorganisation centrale et territoriale de la gouvernance de l'offre de soins et adapter la régulation de l'action sanitaire y compris des partenariats public-privé. Appuyer le bureau de pays dans le renforcement des capacités nationales pour la collecte des données désagrégées pour suivre la mortalité et la morbidité liées aux maladies, les facteurs de risque et les inégalités en matière de santé afin d'éclairer l'élaboration des politiques futures. Aider le bureau de pays de l'OMS à soutenir le MSPS à mettre au point un système institutionnel national intégré pour l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes.	Partager le matériel de formation de l'OMS sur le renforcement des capacités des acteurs nationaux pour l'élaboration de politiques sanitaires et de plans stratégiques nationaux solides. Fournir des outils de santé publique et renforcer la capacité à les utiliser. Élaborer les bonnes pratiques mondiales pour aider les pays à aborder le dialogue politique multisectoriel et le renforcement des capacités pour un développement et une mise en œuvre efficaces de l'action intersectorielle en faveur de la santé universelle. Établir, soutenir et favoriser les partenariats et les plateformes multisectorielles entre les États Membres et les institutions régionales pour aborder les données et l'innovation dans le secteur de la santé. Aider à partager les expériences des pays et les bonnes pratiques sur l'utilisation de l'infrastructure du système de gestion électronique des connaissances qui favorise la création, la diffusion et le partage des connaissances.

Principaux résultats attendus (voir annexe 5 pour les indicateurs) :

- Actions concrètes réalisées dans l'accompagnement à la réorganisation de la gouvernance de l'offre de soins et le renforcement des capacités des acteurs.
- Système national d'information sanitaire renforcé, notamment avec une désagrégation pertinente.
- Système de santé numérique en cours de mise en œuvre.
- Des recherches opérationnelles et des espaces de concertation et de dialogue politique sur la base des éléments de preuve scientifique et de l'approche « Une seule santé » ont été créés.
- Des mécanismes de régulation de l'action sanitaire développés et en cours d'application.

Partenaires clés d'exécution :

- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, et notamment la DPRF, la DRC, la DRH, la DHSA, l'ANAM et les services de santé au niveau régional, provincial et local.

- Départements ministériels et institutionnels en lien avec la multisectorialité de la santé tel que le département de l'environnement, le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de l'Agriculture, institutions en charge de la sécurité routière.
- Institutions des Nations Unies présentes au Maroc pour les espaces de concertation et de dialogue politique en fonction de la thématique. OIM pour l'offre adaptée des plans de santé régionaux aux populations migrantes et ONUSIDA pour accompagner le développement de la santé numérique.
- Partenaires techniques et financiers qui collaborent avec le MSPS dans le domaine de la gouvernance du système national de santé et le renforcement du système d'information et de la digitalisation, comme l'Union européenne et la Banque mondiale.

Pour la **Priorité stratégique 4. Promotion de la santé et du bien-être de la population et de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux et en renforçant l'approche multisectorielle**, les contributions prévues de l'OMS sont les suivantes :

CONTRIBUTION DE L'OMS A LA PS4.		
Bureau OMS du Maroc	Bureau régional de la Méditerranée orientale	Siège
Soutenir l'institutionnalisation des politiques de promotion de la santé fondées sur des données probantes et sur l'efficacité au niveau des soins de santé primaires afin de s'attaquer aux facteurs de risque sous-jacents des maladies transmissibles, non transmissibles, y compris la santé mentale et les soins palliatifs. Accompagner les initiatives de mise à niveau et de solutions innovantes pour les programmes prioritaires, particulièrement ciblant les populations vulnérables et à besoins spécifiques. Soutenir les réponses multisectorielles en s'attaquant aux déterminants de la santé pour lutter contre les inégalités, par la mise en œuvre de l'approche HiAP et du concept « ne laisser personne de côté ». Soutenir la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales en matière de santé environnementale et de changement climatique.	Soutenir la capacité des bureaux de pays à concevoir et à mettre en œuvre des programmes visant à renforcer les capacités nationales de prévention et de maîtrise des maladies transmissibles et des MNT au niveau des SSP. Aider les bureaux de pays à renforcer la gouvernance des MNT selon une approche multiphase, guidée par les outils de l'OMS (outil NCD MAP). Partager les expériences des pays sur les bonnes pratiques pour prévenir et contrôler les MNT et faciliter l'échange de connaissances entre les bureaux de pays pour soutenir la mise en œuvre de l'agenda technique. Aider à la mise en œuvre effective des prix de la santé mentale pour soutenir la réforme de ce domaine, et la création de synergies avec l'Initiative spéciale sur la santé mentale (2019-2023). Soutenir l'intégration des conclusions de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé dans la Région de la Méditerranée orientale dans la conception des politiques nationales. Promouvoir des ateliers régionaux de renforcement des capacités sur la vulnérabilité et l'évaluation pour la mise en œuvre de la composante santé des plans nationaux face au changement climatique.	Fournir des outils de santé publique et renforcer les capacités d'utilisation de ces outils. Échanger les expériences nationales en matière d'amélioration de la cohérence des politiques pour atteindre les objectifs en matière de MNT. Aider à la mise en œuvre effective des prix de la santé mentale pour soutenir la réforme, et à la création de synergies avec l'initiative spéciale sur la santé mentale (2019-2023). Développer et partager des exemples de stratégies efficaces et éprouvées pour renforcer la résilience des communautés face au changement climatique.

Principaux résultats attendus (voir annexe 5 pour les indicateurs) :

- Facteurs de risque des maladies transmissibles et non transmissibles, y compris la santé mentale et les soins palliatifs, évalués, quantifiés, suivis et des réponses stratégiques élaborées et en cours de mise en œuvre.
- Programme de santé mentale institutionnalisé au niveau des soins de santé primaires.
- Programmes de santé prioritaires (certaines maladies transmissibles, santé sexuelle et reproductive, santé infantile, santé et handicap, santé et violences faites aux femmes et aux enfants) mis à jour suivant les recommandations de l'OMS et renforcés par rapport aux inégalités d'accès et aux populations vulnérables.
- Déterminants de la santé documentés et de plus en plus pris en compte dans les stratégies multisectorielles de la santé.
- Stratégie de santé environnementale, y compris le changement climatique, élaborée.

Partenaires clés d'exécution :

- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, et notamment la DELM, la DP, la DHSA, le CAPM et les services de santé au niveau régional, provincial et local.
- Départements ministériels et institutionnels en lien avec la multisectorialité de la santé tel que le département de l'environnement, le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de l'Agriculture, institutions en charge de la sécurité routière et de la météorologie.
- Organisations de la société civile thématiques et spécialisées, pour favoriser l'accès à l'information et aux services de santé des populations vulnérables et à besoins spécifiques.
- Secteur académique pour accompagner dans les études sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque.
- Associations de médecins du secteur privé, telle la Ligue marocaine de lutte contre le diabète ou l'Association des médecins généralistes du secteur privé.
- Institutions des Nations Unies présentes au Maroc pour les espaces de concertation et de dialogue politique en fonction de la thématique et pour l'expertise sur une population déterminée, notamment, UNICEF, UNFPA, OIM, HCR, PNUD, ONU Femmes et ONUSIDA.
- Partenaires techniques et financiers qui collaborent avec le MSPS dans le renforcement du système de santé, comme l'Union européenne, la JICA et la Banque mondiale.

4. FINANCEMENT

Le budget mobilisé par l'OMS pour accompagner techniquement la mise en œuvre de cette SCP est d'environ USD 6 200 000. Ce budget renferme des fonds flexibles à hauteur de 40 % et des fonds extrabudgétaires à hauteur de 60 % à mobiliser par les trois niveaux de l'OMS à travers les différents partenaires internationaux et nationaux.

VII Suivi et évaluation

Le système de suivi de la SCP précédente était basé sur une communication continue avec les partenaires et des moments clés d'échange pour la définition des périodes biennales, mais il ne disposait pas d'un mécanisme de gouvernance structuré. Afin de mettre en œuvre les recommandations de son évaluation, des instances de gouvernance devront être créées pour la SCP 2023-2027.

Un **comité de pilotage** de la SCP est mis en place, présidé par le Secrétaire Général du MSPS et par la Représentante de l'OMS au Maroc. Il se compose des directeurs du MSPS, de représentants du milieu académique public et privé, d'autres départements ministériels ou partenaires et de membres du Bureau régional de l'OMS. Il s'agit d'un comité de haut niveau, dont la mission est d'assurer que les priorités stratégiques et les domaines d'action de la SCP sont alignés avec les politiques et priorités nationales tout au long de sa mise en œuvre et, d'évaluer la SCP en termes de progrès et d'impact. Pour cela, le comité de pilotage est invité à se réunir une fois par an au moment du bilan et de la préparation de chaque période biennale et à la mi-parcours. Ces réunions permettront d'identifier la pertinence de réajustement des plans d'action des biennies en fonction du contexte national.

Le comité de pilotage apportera également, des éléments pour l'évaluation de mi-parcours et pour ajuster la SCP, si besoin, jusqu'à la finalisation de sa mise en œuvre.

Un **comité technique**, constitué de représentants du MSPS, à travers la Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF) et du Bureau de l'OMS à Rabat, sera chargé du suivi au quotidien pour l'élaboration et l'opérationnalisation des périodes biennales, ainsi que de l'assurance de la cohérence avec les autres actions réalisées en santé et de l'absence de chevauchements. Le comité technique aura pour tâche de suivre de façon continue la mise en œuvre de la SCP sur la base du cadre de résultats en se réunissant au moins une fois tous les six mois.

Le processus de suivi et d'évaluation sera aligné, dans la mesure du possible, avec d'autres processus de suivi et d'évaluation, notamment celui du CCDD 2023-2027.

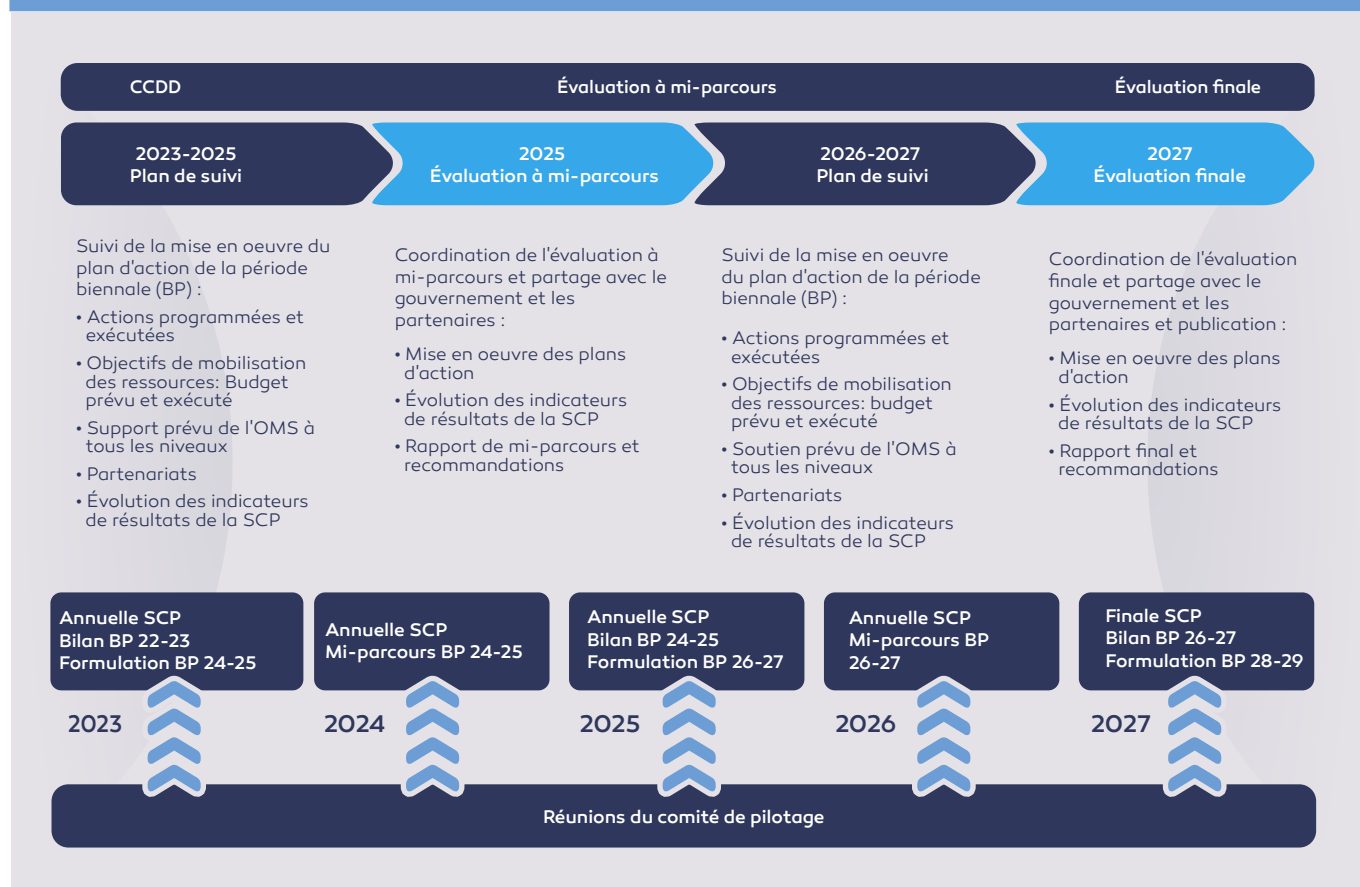
Les évaluations à mi-parcours et finale seront toutes deux externes et seront portées par le bureau de l'OMS et le MSPS ; elles compteront sur l'apport et la participation des principaux partenaires. Les enseignements et les recommandations de l'évaluation finale seront partagés avec les institutions nationales, les partenaires d'exécution et les principaux acteurs de développement.

Les indicateurs de suivi ci-dessous sont à renseigner :

INDICATEUR SUIVI-ÉVALUATION	CIBLE
1. Nombre, calendrier des réunions du Comité de Pilotage et participants	Une réunion par an, pour bilan et préparation de l'année suivante, en présence des représentants de haut niveau
2. Nombre de réunions du Comité technique et calendrier	Une réunion tous les six mois, pour bilan de la mise en œuvre et préparation du semestre suivant, en alignement avec le suivi et les moments d'établissement de rapports sur les périodes biennales (révision à mi-parcours et révision finale)
3. Rapports de suivi de la mise en œuvre	Rapport synthétique annuel : actions réalisées et en cours, progrès des indicateurs de résultats et des indicateurs du treizième PGT

4. Évaluation externe à mi-parcours	Une évaluation à mi-parcours réalisée avec des recommandations validées, afin d'identifier les obstacles et les risques qui pourraient nécessiter des changements dans les priorités stratégiques ou les domaines d'action.
5. Évaluation externe finale	Une évaluation finale réalisée avec des conclusions, des apprentissages et des recommandations validées, afin d'identifier les réalisations et les lacunes dans la mise en œuvre de la SCP, (en accord avec les priorités nationales, le CCDD et les ODD), ainsi que les défis. Au moins une séance de partage et de diffusion des apprentissages et des recommandations de l'évaluation finale au sein de l'OMS et avec les institutions gouvernementales, les parties prenantes nationales et les partenaires de développement.

Figure 3. Plan de suivi et d'évaluation de la SCP 2023-2027



RÉFÉRENCES

1. 2020-2021, une période pas comme les autres. OMS Maroc.
2. Abdelaaziz Ait Ali, Abdelhak Bassou, M'hammed Dryef, Karim El Aynaoui, Rachid El Houdaigui, Youssef El Jai, Faïçal Hossaini, Larabi Jaidi, Mohamed Loulichki, El Mostafa Rezrazi, Abdallah Saaf. La stratégie du Maroc face au COVID-19, Policy paper 20-07. Policy Center for the New South. Avril 2020.
3. Analyse des iniquités en santé au Maroc. OMS et MSPS, Royaume du Maroc. 2021.
4. Arab Human Development Report 2022: Expanding opportunities for an inclusive and resilient recovery in the post-COVID era. UNDP.
5. Atlasocio.com (Source : Banque mondiale)
6. Bigdeli M, Rouffy B, Lane BD, et al. Health systems governance: the missing links. *BMJ Global Health* 2020; 5:e002533. doi :10.1136/ bmjgh-2020-002533
7. Bilan commun pays Maroc 2021. Nations Unies Maroc.
8. Btissame Zarrouq, B Bendaou, S Elkinany, I Rammouz, R Aalouane, B Lyoussi, S Khelafa, A Bout, N Berhili, H Hlal, C Nejari, K El Rhazi. Suicidal behaviors among Moroccan school students: prevalence and association with socio-demographic characteristics and psychoactive substances use: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2015 Nov 14 ; 15:284. doi: 10.1186/s12888-015-0680-x
9. Build back fairer achieving health equity in the eastern mediterranean region. Report of the Commission on social determinants of health in the eastern mediterranean region. Regional Office for the Eastern Mediterranean, WHO, Institute of Health Equity, Alliance for health Policy and Systems Research.
10. Carte sanitaire, données de 2021. MSPS.
11. Cartographie du développement local multidimensionnel : niveau et déficit. ONDH, le Chef du Gouvernement, Royaume du Maroc.
12. Chadya Aarab, Fatima Elghazouani, Rachid Aalouane et Ismail Rammouz. Suivi prospectif sur 5 ans des tentatives de suicide en population clinique dans la région de Fès, Maroc. *Pan Afr Med J*. 2014 ; 18: 321. Published online 2014 août 21. French. DOI : 10.11604/pamj.2014.18.321.3726
13. Comptes nationaux 2021, base 2014. HCP. Juin 2022.
14. Comptes nationaux de la santé 2018, ministère de la Santé.
15. Coopération internationale en santé 2020. MSPS.
16. Country cooperation strategy guide 2020, Implementing the Thirteenth General Programme of Work for driving impact in every country. WHO.
17. Déclaration d'Astana. Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018. Conférence internationale sur les soins de santé primaires
18. Disparités territoriales en matière de développement social au Maroc, Analyse régionale. ONDH, le Chef du Gouvernement, Royaume du Maroc.

19. Éliminer la violence à l'égard des filles et des femmes : une urgence nationale. Avis du Conseil Économique, Social et Environnemental, Auto-saisine. Novembre 2020.
20. Enquête Nationale sur l'Emploi, HCP, 2018.
21. Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF) 2018, 2ème édition. MS.
22. Enquête nationale sur les facteurs de risque communs des MNT, Stepwise 2017-2018
23. Enquête panel de ménages, ONDH.
24. Évaluation des prestations de service des établissements de soins de santé primaires au Maroc. ONDH et BM. 2018.
25. Évaluation du Régime d'Assistance Médicale aux économiquement démunis (RAMED), Rapport. ONDH, le Chef du Gouvernement, Royaume du Maroc. 2017.
26. Femmes et Hommes en chiffres, 50-50. 8 mars, Journée internationale de la femme. HCP, Royaume du Maroc.
27. Global Burden of Disease Foresight, Institute for Health Metrics and evaluation (IHME), University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-foresight>
28. Global health observatory, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/>
29. Haut-Commissariat au Plan (HCP), <https://www.hcp.ma/>, Horloge de la population.
30. Haut-Commissariat au Plan, http://plateforme-odd.hcp.ma/ODD_HCP/fr/indicateurs/?ind=8.1.1&color=a31d44&sdg=8
31. Haut-Commissariat au Plan, https://www.hcp.ma/Rapport-de-dependance-en-de-la-population-totale-1960-2050_a3345.html.
32. Health and well-being profile of the Eastern Mediterranean Region An overview of the health situation in the Region and its countries in 2019. Regional Office for the Eastern Mediterranean, WHO.
33. Human Capital Project -October 2020. <https://www.worldbank.org/en/publication/human-capital>.
34. IHME, <https://www.healthdata.org/special-analysis/estimation-excess-mortality-due-covid-19-and-scalars-reported-covid-19-deaths>
35. Ismail SA, Bell S, Chalabi Z et al. Conceptualising and assessing health system resilience to shocks: a cross- disciplinary view [version 1; peer review: awaiting peer review] Wellcome Open Research 2022, 7:151 <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.17834.1>
36. Jean-Pierre Chauffour. Le Maroc à l'horizon 2040, Investir dans le capital immatériel pour accélérer l'émergence économique. Directions du développement, Pays et régions. Groupe de la Banque mondiale. 2018.
37. Johanna Hanefeld, Susannah Mayhew, Helena Legido-Quigley, Frederick Martineau, Marina Karanikolos, Karl Blanchet, Marco Liverani, Esther Yei Mokuwa, Gillian McKay and Dina Balabanova. Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. Health

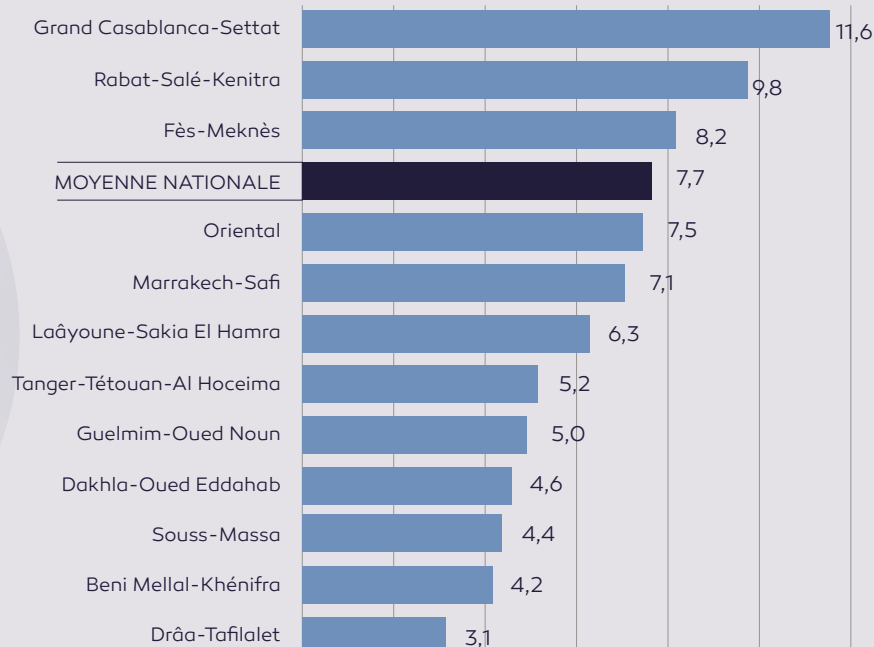
- Policy and Planning, 33, 2018, 355–367 doi: 10.1093/heapol/czx183 Advance Access Publication Date: 9 January 2018.
38. Johannes G. Hoogeveen et Gladys Lopez-Acevedo. Répercussions et répartition des effets de la pandémie de COVID-19 dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord. Rapport de développement pour la région MENA. Groupe de la Banque Mondiale. 2021.
39. La Dynamique de la pauvreté au Maroc, Observatoire National du Développement Humain (ONDH). 2021.
40. La période biennale 2018-2019 en bref. La santé pour tous, par tous. OMS Maroc.
41. Les personnes âgées au Maroc. Rapport du Conseil Économique, Social et en Environnemental. Auto-saisine n°20 / 2015
42. Maroc, rapport de suivi de la situation économique. La reprise économique tourne à sec. Printemps 2022. La Banque Mondiale.
43. Mohamed Agoub, Driss Moussaoui, Nadia Kadri. Assessment of suicidality in a Moroccan metropolitan area. *Affect Disord.* 2006 Feb ;90(2-3):223-6. doi: 10.1016/j.jad.2005.09.014. Epub 2005 Dec 13.
44. Mohammed Tawfik MOULINE et Anissa LAZRAK. Rapport sur les perspectives du Maroc à l’horizon 2025 : pour un développement humain élevé. 50 ans de développement humain et perspectives 2025.
45. Observatoire régional de santé de EMRO-OMS, <https://rho.emro.who.int/index.php/Indicator/>
46. Plan Stratégique national de lutte contre le sida, Plan d’extension 2023. Ministère de la Santé.
47. Plan stratégique national pour la prévention et le contrôle de la tuberculose au Maroc 2018-2021. Ministère de la Santé.
48. Plan stratégique national santé et immigration 2021-2025. OIM et MS.
49. Politique nationale intégrée de la santé de l’enfant à l’horizon 2030. UNICEF et MS.
50. Politique publique intégrée de protection sociale 2020-2030, Département des Affaires Générales et de la Gouvernance, ministère de l’Économie, des Finances et de la Réforme de l’Administration, Royaume du Maroc, UE et UNICEF. Novembre 2019.
51. Poverty and equity brief. Middle East and North Africa, Morocco. April 2020.
52. Prévention du suicide : l’état d’urgence mondial. OMS. 2014.
53. Progress on the Health-related Sustainable Development Goals and targets in the Eastern Mediterranean Region, 2020. Final draft, June 2021. Regional Office for the Eastern Mediterranean, WHO.
54. Projections de la population des régions et des provinces 2014-2030, Centre d’Études et de Recherches Démographiques (CERED). Mai 2017. HCP, Royaume du Maroc.
55. Projet de Loi de finances pour l’année budgétaire 2022. Note de présentation. Ministère de l’Économie et des Finances. Royaume du Maroc.

56. Rapport biennal, Plan-cadre des Nations Unies pour le développement 2017-2022. Rapport de l'Équité de pays pour la période 2019-2020. Nations Unies, Maroc.
57. Rapport d'activité Association Sourire de Reda, 2017.
58. Rapport de synthèse des journées de réflexion prospective de l'IRES sur le thème « Quel système de santé au Maroc, à l'aune de la souveraineté nationale et de la généralisation de la couverture sociale ? » Vers une nouvelle trajectoire sanitaire du royaume. Institut Royal des Études Stratégiques (IRES). Mai 2022.
59. Rapport du Forum économique mondial (WEF) 2020, Global Gender Gap Report.
60. Rapport sur le développement humain 2020 « Être jeune de nos jours ». ONDH, le Chef du Gouvernement, Royaume du Maroc.
61. Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH). Haut-Commissariat au Plan. 2014
62. Registre des cancers de la région du Grand Casablanca, rapport d'incidence 2013-2017
63. Règlement sanitaire international (2005), troisième édition. OMS.
64. Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires, Proposition d'amendements au Règlement sanitaire international (2005). Soixante-quinzième Assemblée Mondiale de la Santé. OMS. 12 avril 2022.
65. Santé en chiffres, 2019. Ministère de la Santé (MS).
66. Santé mentale et droits de l'homme, l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique. Conseil national des droits de l'Homme (CNDH)
67. Steve Thomas, Anna Sagan, James Larkin, Jonathan Cylus, Josep Figueras, Marina Karanikolos. Strengthening health systems resilience Key concepts and strategies. Policy brief 36. Health systems and policy analysis. European Observatory on Health Systems and Policies.
68. Stratégie de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale, 2020-2023, Transformer la Vision 2023 dans la pratique. Bureau régional de la Méditerranée orientale, OMS.
69. Stratégie nationale de la santé sexuelle et reproductive 2021-2030. UNFPA et MS.
70. Système de santé et qualité de vie, Cinquantenaire de l'indépendance du Royaume du Maroc et perspectives de développement humain pour 2025.
71. Treizième programme général de travail, 2019-2023 : Promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale, servir les populations vulnérables. OMS.
72. Youness BELYAGOU, Yassine BELYAGOU & Anass MELLOUKI. Accès aux soins au Maroc à l'épreuve de la pandémie du Coronavirus à COVID 19 : Le chemin vers l'équité. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME ISSN: 2658-8455, Volume 3, Issue 2-1 (2022).

ANNEXE 1

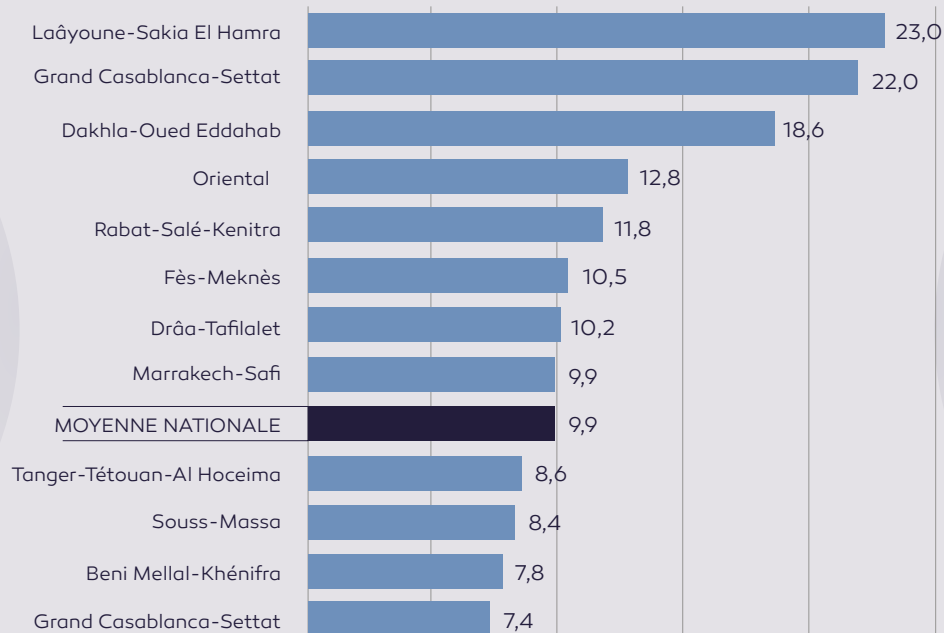
QUELQUES INDICATEURS SANITAIRES ET PROJECTIONS DE MORBIDITÉ ET DE MORTALITÉ

Graphique 1. Densité médicale (public et privé) pour 10 000 habitants par région - 2021.

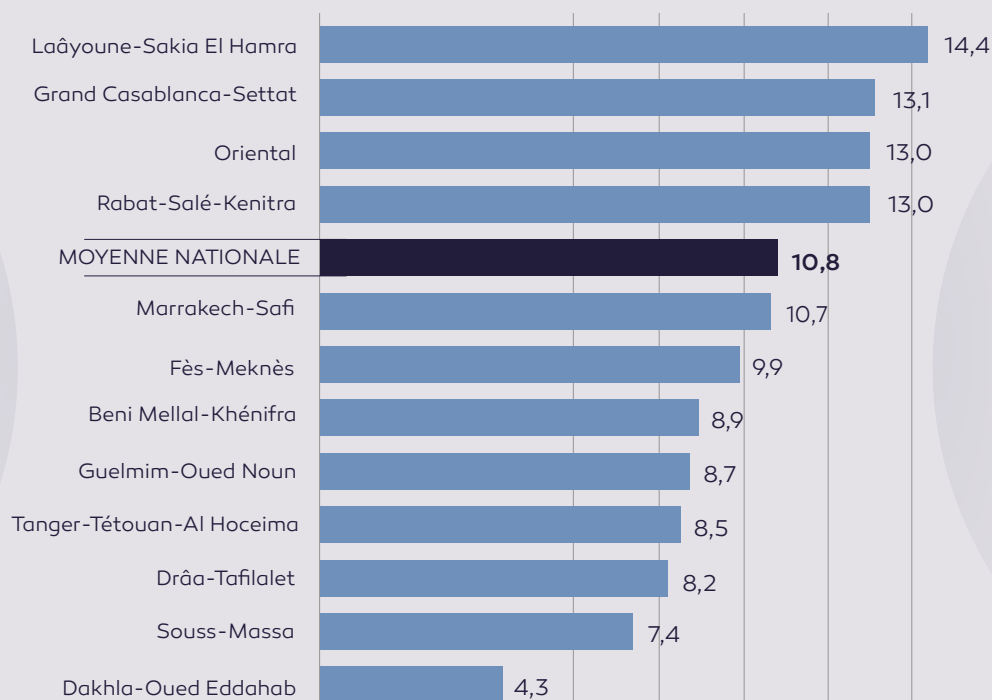


Source : élaboration propre sur les données de la Carte sanitaire (consultée le 3 août 2022) et les projections de population du HCP pour 2021.

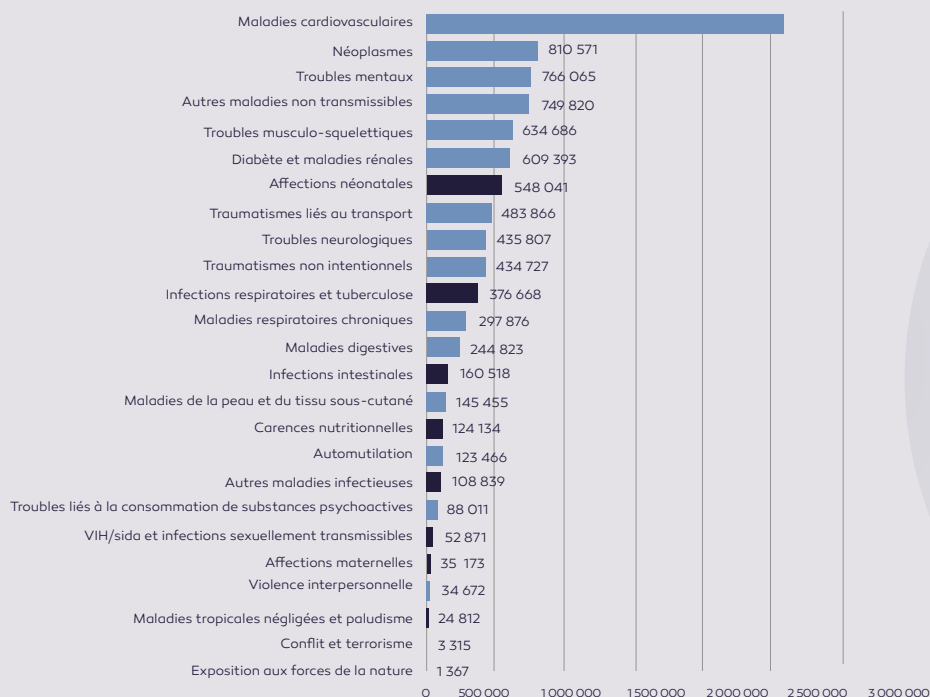
Graphique 2. Densité paramédicale (secteur public) pour 10 000 habitants par région - 2021.



Source : élaboration propre sur les données de la Carte sanitaire (consultée le 3 août 2022) et les projections de population du HCP pour 2021.

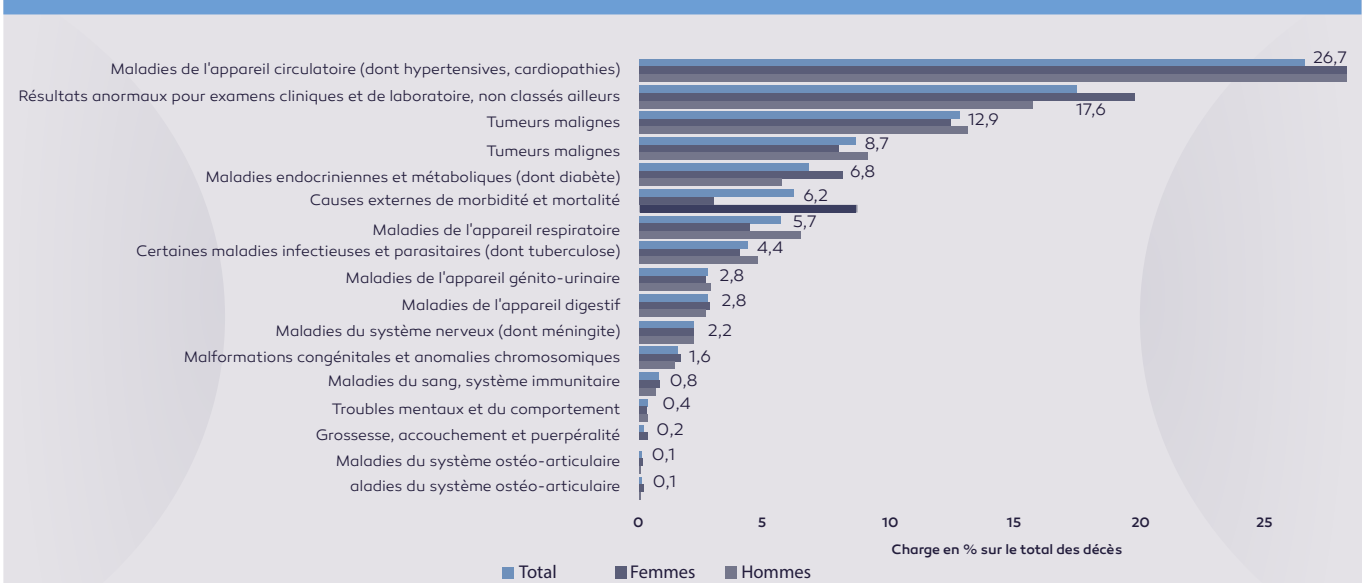
Graphique 3. Densité litière (public et privé) pour 10 000 habitants par région - 2021.

Source : élaboration propre sur les données de la Carte sanitaire (consultée le 3 août 2022) et les projections de population du HCP pour 2021.

Graphique 4. Densité litière (public et privé) pour 10 000 habitants par région - 2021.

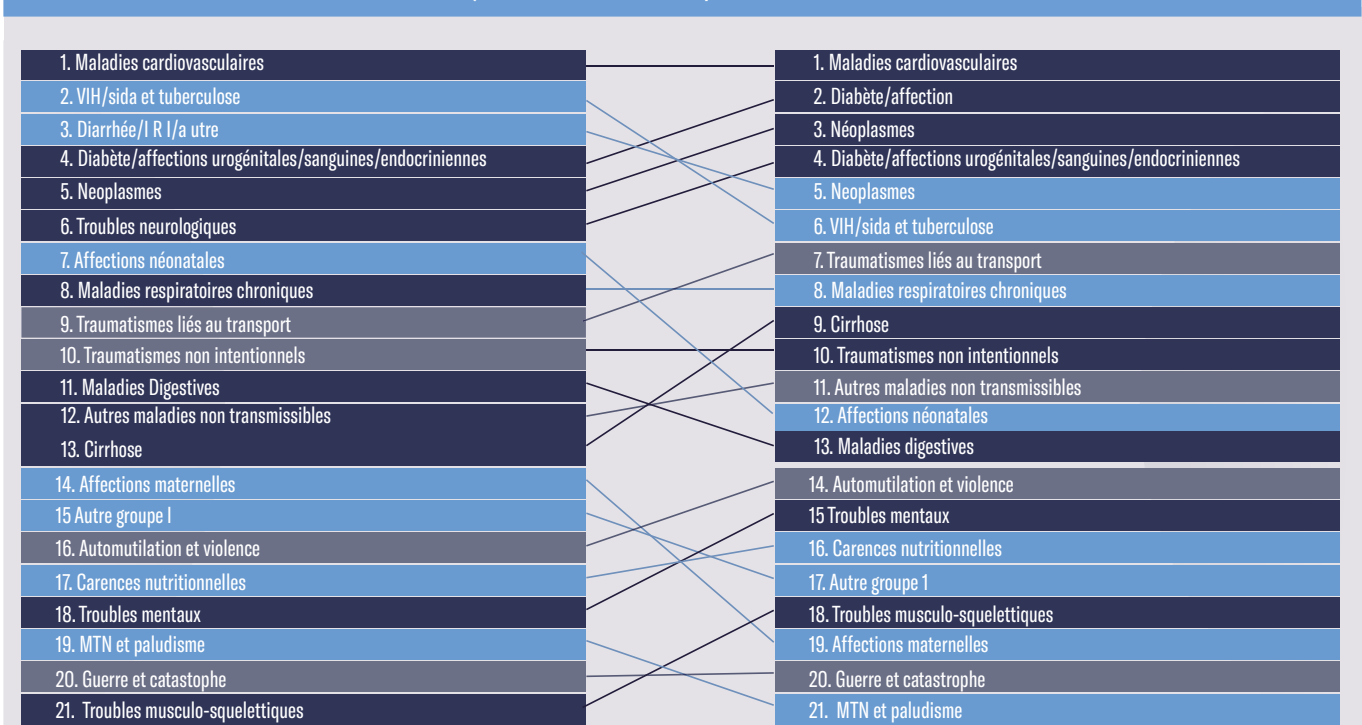
Source: IHME, Global Burden of Disease.

Graphique 5. Principales causes de décès par sexe et de toute la population, année 2015.



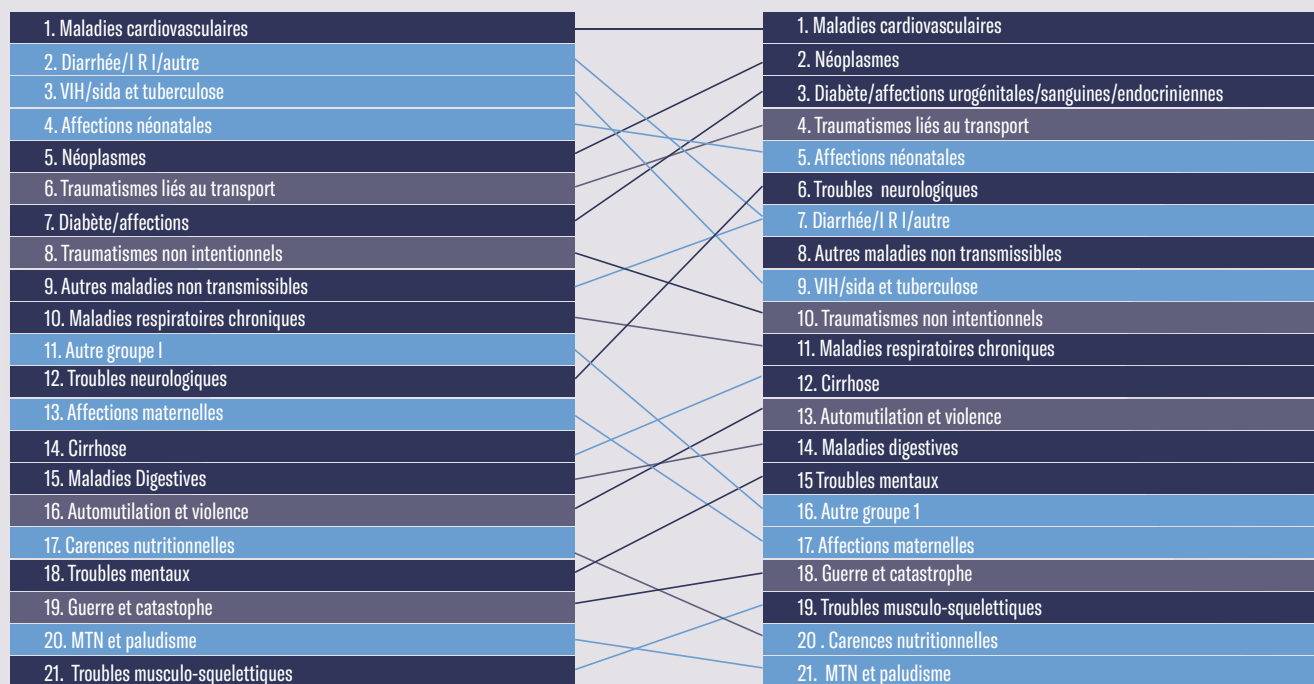
Source : élaboration propre avec les données de Santé en chiffres 2019.

Graphique 6. Projections pour 2040 des principales causes de mortalité (pour 100 000 habitants) au Maroc et comparaison avec 1990.



Source: Global Burden of Disease Foresight, IHME.

Graphique 7. Projections pour 2040 des principales causes de morbidité (années de vie perdues pour 100 000 habitants) au Maroc et comparaison avec 1990.



Graphique 7. Projections pour 2040 des principales causes de morbidité (années de vie perdues pour 100 000 habitants) au Maroc et comparaison avec 1990.

ANNEXE 2

ACTEURS CLÉS EN SANTÉ AU MAROC

a) Institutions gouvernementales

Le **Haut-Commissariat au Plan (HCP)** est l'institution indépendante chargée de la coordination du système statistique national. Dans le cadre de ses missions, il doit entre autres réaliser des études dans les domaines sociodémographiques, économiques, culturels et environnementaux. Plus récemment, il doit assurer le suivi et l'établissement de rapports sur les ODD au Maroc et contribuer à la coordination stratégique des politiques de développement et d'accompagnement de la mise en œuvre du modèle de développement. Il s'agit d'un acteur fondamental pour la question des données nécessaires pour la génération de données probantes.

L'**ONDH**, avec sa mission d'évaluation et d'étude des différentes dimensions du développement humain, et le ministère de la Gouvernance et des Affaires générales sont des partenaires du MSPS et de l'OMS pour la contribution à une convergence des politiques publiques autour de la santé et l'action sur les déterminants larges de la santé et ou encore pour le travail sur l'amélioration de la gouvernance des systèmes de santé. L'ONDH, avec sa mission d'évaluation et d'étude des différentes dimensions du développement humain et dans le contexte actuel de restructuration profonde du système de santé en vue de la CSU, peut jouer un rôle important pour mieux documenter les dynamiques du cercle vertueux « santé-développement ».

Le **ministère de l'Éducation Nationale, du Préscolaire et des Sports** a collaboré pour l'inclusion des enfants en situation de handicap dans le milieu scolaire, selon une approche basée sur les droits humains. Il a toute sa place et un rôle important à jouer dans la promotion de la santé, la prévention et la sensibilisation des jeunes générations en agissant sur les déterminants sociaux et comportementaux.

Des partenariats récents avec l'Office National de Sécurité Sanitaire des Produits Alimentaires (ONSSA) et **avec l'Agence Nationale de la Sécurité Routière (NARSA)** se confirment totalement pertinents dans la vision d'« une seule santé » et de la promotion et la prévention, en tenant compte du fait que les accidents de la circulation seront bientôt la quatrième cause de morbidité au Maroc.

D'autres institutions publiques ayant un lien direct avec les questions de santé, sans pour autant prétendre être exhaustif, sont :

- Le département du Développement durable (ministère de la Transition énergétique et du Développement durable) dans les actions de prévention des risques de santé liés à l'environnement et au changement climatique ;
- Le ministère de la Solidarité, de l'Insertion sociale et de la Famille, pour les questions d'insertion, et d'intégration et de développement en général des personnes plus vulnérables, notamment les enfants, les personnes en situation de handicap (PSH), les personnes âgées et les femmes en situation difficile ;
- Le ministère de l'Économie et des Finances pour des sujets tels que la loi des finances (financement de la santé) ou la politique fiscale.

b) Centres collaborateurs et coopération Sud-Sud

Le **Centre National de Santé Reproductrice (CNSR)** – Maternité des Orangers, du Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina de Rabat, est centre collaborateur depuis 2018, dans les domaines d'expertise i) du renforcement des capacités des prestataires de services en planification familiale, ii) de la qualité des soins en santé maternelle et iii) de la procréation médicale assistée par le biais du développement des programmes de formation pour les prestataires de soins de santé. Il partage son expertise et fournit un appui technique notamment dans la Région de la Méditerranée orientale et en complémentarité avec les autres centres collaborateurs en santé de la reproduction de la Région (Tunisie, Jordanie).

Le **Centre Psychiatrique du Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Rochd** de Casablanca est accrédité jusqu'en

2025 pour mener de la recherche et de la formation ainsi qu'une sensibilisation dans le but d'appuyer l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, de renforcer la santé communautaire fondée sur des données probantes pour les troubles mentaux et liés à l'addiction et, d'améliorer les connaissances pour réduire la stigmatisation, promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux.

L'Office National de l'Électricité et de l'Eau Potable (ONEE) à Rabat a été redésigné en tant que centre collaborateur en matière de formation et de recherche dans le domaine de l'eau potable et de l'assainissement pour une nouvelle période de quatre ans, d'octobre 2020 à octobre 2024.

Le **Centre Antipoison et de Pharmacovigilance** du MSPS est centre collaborateur de l'OMS depuis 2011 et fait partie du réseau international de pharmacovigilance depuis 1992⁷⁶. Il participe à la formation de professionnels de pays africains essentiellement francophones, mais également anglophones, sur la pharmacovigilance des médicaments et la vaccino-vigilance.

c) Organisations de la société civile

Les organisations de la société civile sont des partenaires importants dans le domaine de la santé pour la promotion, la sensibilisation, mais également pour l'accès aux populations spécifiques et leur connaissance sur ces groupes particulièrement vulnérables. Ainsi, les organisations spécialisées en santé sexuelle et reproductive et en lutte contre le VIH-sida, tels que **l'Association de Lutte contre le Sida (ALCS)**, **l'Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida (OPALS)**, **l'Association Nationale des Sages-Femmes (ANSFM)**, **l'Association Marocaine des Sages-Femmes (AMSF)** et **l'Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF)**, sont des collaborateurs de longue date du MSPS et de l'OMS.

Considérant l'importance de la santé dans le capital humain, et vice versa, l'implication et la prise en compte des points de vue des jeunes générations apparaît comme une évidence. Effectivement, les jeunes montrent une conscience importante des défis émergents, du traitement holistique et multisectoriel de la santé et une ouverture aux sujets liés aux causes de discrimination ou de stigmatisation. Dans ce sens, une expérience de collaboration fructueuse avec la **Fédération Internationale des Associations des étudiants en Médecine - Maroc (FIAEM-Maroc)** ouvre la porte à la possibilité de continuer et d'élargir l'implication des jeunes.

d) Universités

La création récente de plusieurs universités privées dans le domaine des sciences de la santé (UM6SS, UM6P) se présente comme une opportunité pour compter sur leur implication dans la recherche sur des sujets émergents ayant besoin d'évidence scientifique pour argumenter les décisions politiques, et actualiser les programmes d'étude en conséquence.

Des collaborations ont déjà eu lieu ou sont en cours, dans cette optique, comme pour la création et la mise en place d'un MBA en management hospitalier avec **l'UM6SS** ou la réalisation d'études, d'évaluations ou encore de plaidoyers sur l'économie de la santé et le financement de la santé avec la **Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales de l'UM5-Souissi**.

Dans un moment charnière comme celui que vit le système de santé marocain, et avec la perspective de multisectorialité de la santé, d'autres facultés ou institutions universitaires pourraient être impliquées dans les domaines de la santé animale ou de l'environnement.

e) Secteur privé

Dans le contexte de restructuration du système de santé et de généralisation de la couverture de santé, l'implication du secteur privé devient une nécessité, notamment pour des sujets comme le financement de la santé, la tarification, la carte sanitaire et l'organisation du parcours de soins et des référencements.

Des collaborations ponctuelles ont eu lieu avec la Ligue marocaine de lutte contre le diabète ou l'Association des médecins généralistes du secteur privé, mais une cartographie plus exhaustive devra être réalisée pour l'implication de ce secteur dans les actions appuyées dans le cadre de la présente SCP.

⁷⁶ Le réseau international de pharmacovigilance est constitué par le Siège de l'OMS à Genève, le Centre international de pharmacovigilance d'Uppsala (UMC) et un réseau de centres nationaux.

f) Système des Nations Unies

L'alignement dans le temps entre le cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable (CCDD) et la SCP se présente comme une opportunité pour renforcer la synergie entre acteurs et l'harmonisation des actions en santé au Maroc pour la réalisation des ODD.

Les principales organisations et institutions du système des Nations Unies ayant des compétences ou développant des activités en lien avec la santé sont les suivantes :

- **L'UNICEF** a pour mandat la réalisation des droits des enfants, y compris le droit à la santé. L'Institution dispose au Maroc d'un programme de santé et nutrition pour appuyer l'amélioration de l'accès à des soins de qualité. Il existe une très bonne complémentarité dans le travail pour le renforcement des SSP à travers la santé communautaire et pour la promotion de la santé des enfants au niveau scolaire, mais également dans les milieux présentant le plus d'écart et dans la perspective du genre et des droits humains. A titre d'exemple sont cités la promotion de l'allaitement maternel, de l'hygiène et de l'alimentation saine et l'exercice physique, le développement de la petite enfance, la santé des jeunes et la détection précoce des handicaps.
- **L'UNFPA** œuvre à l'élimination de la mortalité maternelle évitable, des besoins non satisfaits en planification familiale et des violences basées sur le genre et pratiques néfastes. Il existe une complémentarité « naturelle » avec l'OMS par leur identité, cette institution étant normative et l'UNFPA étant une agence opérationnelle. Elle a également un rôle important à jouer dans le droit à la santé et l'équité en santé et dans la santé sexuelle et reproductive des jeunes.
- **L'ONUSIDA** a pour objectif de finir avec l'épidémie de sida dans le monde en 2030. Il s'agit ainsi du partenaire pour des aspects comme la prévention, le plaidoyer, l'intégration de l'approche droits humains, la décriminalisation, les iniquités en santé, le travail avec la société civile et avec les communautés.
- **La FAO** soutient les objectifs nationaux de développement en matière d'agriculture, de développement rural et de sécurité alimentaire. Dans l'optique « d'une seule santé », des opportunités de partenariats se sont déjà concrétisées ou sont en cours dans les domaines de la résistance aux antimicrobiens, de la nutrition (sécurité alimentaire, transformation des systèmes alimentaires, obésité, sous-alimentation, carences, etc.) et des maladies zoonotiques. La couverture sanitaire en milieu rural, en particulier pour les femmes, se présente comme un sujet particulièrement d'actualité. Le partenariat avec la FAO peut contribuer à renforcer la collaboration institutionnelle intersectorielle.
- **L'OIM**, en charge des questions de migrations, est une agence d'exécution de projets et programmes. Une de ses missions est de favoriser l'intégration des personnes migrantes au Maroc, notamment à travers l'accès aux services de santé, domaine qu'elle développe avec des programmes spécifiques tel le programme pour favoriser la santé et la protection des migrants en situation de vulnérabilité en Égypte, au Maroc, en Libye, au Soudan, en Tunisie et au Yémen – en collaboration, entre autres, avec l'École Nationale de Santé Publique (ENSP). Elle peut également le faire de façon transversale comme dans les projets sur la protection des enfants non accompagnés ou encore, de retour volontaire. L'OIM a soutenu le MSPS dans l'élaboration et la finalisation de son premier plan stratégique santé et immigration et continue l'accompagnement dans le plan actuel 2021-2025. La santé et les migrations, qui peuvent également être liées aux questions d'environnement et de changement climatique, constituent un sujet de totale actualité au Maroc.

- **ONU Femmes** est l'entité des Nations Unies consacrée à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes. Les champs d'action complémentaires ou synergiques avec la santé sont nombreux. Des collaborations récentes ou actuelles avec l'OMS ont concerné l'information et la sensibilisation de jeunes filles de zones rurales montagneuses dans le cadre scolaire sur la SSR ou sur l'assistance aux femmes victimes de violences durant les premiers mois de la crise sanitaire de la COVID-19. L'accès aux services de santé pour les femmes, et en particulier pour celles du milieu rural et les femmes âgées – doublement pénalisées – est un sujet d'importance particulière dans le cadre du lancement de la restructuration du système de santé pour la réalisation de la CSU, ainsi que dans la vision du nouveau modèle de développement où le capital humain se situe au centre.

Les partenariats avec les institutions des Nations Unies, quel que soit leur format, s'ouvrent pour la SCP comme une opportunité de complémentarité d'expertises, mais également d'élargissement du champ de collaboration avec des acteurs clé nationaux institutionnels ou de la société civile.

Avec le lancement du **Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous** lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2019, douze agences multilatérales de santé, de développement et humanitaires se sont engagées à mieux aider les pays à accélérer les progrès vers les ODD liés à la santé et à respecter d'autres engagements majeurs en matière de santé (y compris la CSU et les SSP). Au Maroc, **la SCP fera avancer le plan d'action mondial en coordonnant sa mise en œuvre** avec les institutions des Nations Unies et les autres partenaires.

g) Partenaires financiers

Les principaux partenaires financiers dans le secteur de la santé sont l'Union européenne (UE), la Banque mondiale et la Banque Africaine de Développement (BAD).

La survenue de la pandémie de la COVID-19 a amené une augmentation considérable des apports monétaires ou en dons, et des prêts des partenaires « traditionnels » tels que l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), mais également d'autres partenaires comme la Banque européenne d'investissement (BEI), la Corée du Sud, la Chine ou le Qatar.

L'**Union européenne** contribue au renforcement du secteur de la santé avec un appui budgétaire qui en est à sa troisième phase (PASS-III).

La **Banque mondiale** finance des activités dans les domaines de l'amélioration de la santé primaire en milieu rural, du financement de la santé et du renforcement du système d'information sanitaire. Cet organisme opère sur trois niveaux qui sont le niveau légal et réglementaire, le niveau de mise en œuvre et le niveau d'actions concrètes ou d'assistances techniques ponctuelles.

La **Banque africaine de développement** collabore avec le Maroc à travers un appui budgétaire également pour l'amélioration de la protection sociale et le renforcement de l'offre des services de santé. Un financement additionnel a été apporté pour la riposte à la crise COVID-19, dont des actions de réhabilitation et d'équipement.

La stratégie actuelle de l'**Agence française de développement** avec le Maroc, focalisée sur l'emploi des jeunes, concerne de façon indirecte le secteur de la santé, à travers un appui important à la réforme de la protection sociale.

Le **Fonds mondial** assure que 93 % des fonds sont mobilisés pour la lutte contre les maladies transmissibles.

ANNEXE 3

CADRE RÉFÉRENTIEL DE LA SCP MAROC-OMS 2023-2027

13 ^e PGT et prolongation	CSU	
EMR 2020-2023, Vision 2023	Guide des stratégies de coopération pays 2020 (SCP Guide) : mettre en œuvre le PGT13 pour stimuler l'impact dans tous les pays CSU	
CCDD Maroc 2023-2027	Axe stratégique 2 : développement du capital humain / Axe stratégique 3 : Inclusion et protection sociale / Axe stratégique 4. Gouvernance, résilience et développement local	
Loi-cadre 34-09		
Fonctions essentielles SP - Maroc	Surveillance et évaluation indicateurs	Épidémies et urgences
PPIPS 2020-2030	- Assurer un accès universel à un panier de soins essentiels (Un des trois objectifs stratégiques) - Couverture sanitaire universelle : généraliser et unifier la couverture médicale de façon soutenable (un des six axes stratégiques thématiques)	
NMD	Choix stratégique 3 : Assurer l'accès à des services de santé de qualité et à la protection sanitaire comme droits fondamentaux des citoyens	
	- CSU et panier de soin évolutif - Investir sur les RH et leur valorisation - Réorganisation parcours de soin et digitalisation - Renforcement hôpital et PPP	
Priorités nationales	Gouvernance	
Priorités stratégiques OMS Maroc pour 2023-2027	Objectifs - Accompagnement de la réforme du système de santé en assurant la résilience - Santé dans toutes les politiques - Évidences sur les inégalités pour agir sur les déterminants sociaux de la santé	
Évaluation SCP Maroc-OMS 2017-2021	Recommandations stratégiques - RS1. Partenariat stratégique MSPS-OMS à travers la SCP 2022-2027. Le bureau OMS de Rabat, rôle de référence stratégique vis-à-vis de tous les acteurs intervenant dans la santé au Maroc - RS2. Mécanismes de gouvernance pour mise en œuvre suivi de la SCP 2022-2027. - RS3. Approche de la multisectorialité, consolidation et nouveaux partenariats - RS4. Coopération Sud-Sud à travers les centres collaborateurs dans le cadre de résultats de la SCP 2022-2027	
	Recommandation organisationnelle R01. Formulation et planification biannuelle de la SCP 22-27 résultat d'un collaboratif multi-acteurs et multi-secteur. Planification et sélection d'actions basée sur une analyse technique et institutionnelle des priorités clés et sur une procédure agile et claire	

Protection face aux urgences sanitaires		Amélioration santé et bien-être				
Projections des indicateurs pour le Maroc						
Intervention dans les situations d'urgence				Promotion de la santé de la population		
Relative au système de santé et à l'offre de soins						
Protec- tion	Promotion santé	Gouv. (législation, financement)	RH	Communication	Recherche	
		Axes stratégiques transversaux				
		○ Gouvernance ○ Ciblage et système d'information ○ Financement				
		○ Refonte de la gouvernance du système sanitaire, action forte au niveau territorial ○ Politique intégrée et intersectorielle en matière de prévention et d'éducation à la santé ○ Résilience face aux risques de crises sanitaires et développement de la souveraineté sanitaire				
	Revalorisation des ressources humaines	Mise à niveau offre sanitaire		Système d'information intégré, dossier médical commun		
		○ CSU : Stratégie de financement de la santé / définition panier de services essentiels / protection financière des populations ○ Gouvernance : Réforme SSP avec médecine de famille et approche santé communautaire / Groupements sanitaires territoriaux / Coord. niveaux de la pyramide et partenariats ○ RSI ○ Offre de soins : Mise en œuvre politique de RH / Mise en œuvre stratégie multisectorielle maladies non transmissibles / Révision et mise en œuvre politique pharmaceutique ○ Système national d'information et production de connaissance				
		Recommandations programmatiques				
		○ RP1. Cadre de résultats, avec des indicateurs et des cibles sur la base des indicateurs pays de la stratégie du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ○ RP2. Priorisation des modalités de coopération pour lesquelles l'OMS a plus de valeur ajoutée, - gestion de la connaissance, recherche et évaluation, expertise internationale pointue, benchmark, intérêt particulier sur des actions structurantes et sur l'articulation entre la génération des données basées sur des éléments de preuve, la prise de décision et la mise en pratique ○ RP3. Concentration de domaines d'intervention : avantage comparatif OMS				

ANNEXE 4

CADRE DES INDICATEURS DE RÉSULTATS DE LA SCP 2023-2027

Indicateur	Ligne de base (année)	Cible (2027)	Facteurs de désagrégation	Alignement de l'indicateur Résultat Treizième PGT/ODD
Priorité stratégique 1 - Appui au renforcement du système national de santé dans l'action de généralisation de la CSU				
État d'avancement de la mise en œuvre des comptes nationaux de la santé	3 à 5 séries de comptes de la santé produites au cours des cinq dernières années	Comptes de la santé produits une fois par an, mis en œuvre sans ou avec un soutien limité de l'OMS, conformément aux protocoles standards	ND	1.1, 1.2, 1.3 / ODD 3.8 / ODD 3.c
Disponibilité du panier national explicite de prestations prioritaires de la couverture sanitaire universelle (UHC-PBP), adapté aux besoins et au niveau de développement socio-économique du pays et impliquant toutes les parties prenantes.	Panier essentiel implicite	Panier essentiel explicite	ND	1.1 / ODD 3.8
Situation de l'institutionnalisation du processus d'évaluation des technologies de la santé (ETS) dans la prise de décision pour l'allocation des ressources sur les technologies	La structure de l'ETS existe dans le pays, mais toutes les technologies ne sont pas incluses dans le processus ou ne sont pas prises en compte dans l'allocation des ressources pour les technologies.	L'ETS est intégrée dans le processus de prise de décision concernant les technologies et l'allocation des ressources.	ND	1.1 / ODD 3.8
Pourcentage des établissements de santé qui ont mis en œuvre le panier de services essentiels de la CSU	Moins de 75 % des établissements de santé ont mis en œuvre le panier de services essentiels de la CSU	Au moins 75 % des établissements de santé ont mis en œuvre le panier de services essentiels de la CSU	ND	1.1, 1.2, 1.3 / ODD 3.8.1
État d'avancement de la mise en œuvre des indicateurs de qualité des soins de santé primaires de l'OMS	Indicateurs de qualité des soins de santé primaires de l'OMS adaptés	Indicateurs de qualité des soins de santé primaires de l'OMS adaptés et mise en œuvre en cours	ND	1.1 / ODD 3.8 / ODD 3.b.2
État d'avancement de l'évaluation des soins d'urgence et de la feuille de route correspondante	Évaluation des soins d'urgence non démarrée	Évaluation des soins d'urgences réalisée et feuille de route avec des actions prioritaires mise au point	ND	1.1, 1.2, 1.3 / ODD 3.d.1
Niveau de mise en œuvre de la stratégie des ressources humaines en santé	Actualisation en cours	Mise en œuvre en cours	ND	1.1 / 3.c.1
Proportion d'établissements de santé disposant d'un ensemble de médicaments essentiels pertinents, disponibles et abordables de manière durable.	50-80 % des établissements de santé disposent d'un ensemble de médicaments essentiels pertinents, disponibles et abordables de manière durable	Plus de 80 % des établissements de santé disposent d'un ensemble de médicaments essentiels pertinents, disponibles et abordables de manière durable	ND	1.3 / ODD 3.b.3

Statut des politiques de fixation des prix des médicaments et des systèmes de suivi	Mise à jour des politiques de tarification des médicaments et du système de suivi en cours	Mise à jour et mise en œuvre des politiques de tarification des médicaments et du système de suivi disponible	ND	1.3 / ODD 3.8
Priorité stratégique 2 - Renforcement de la résilience du système national de santé, notamment dans la préparation et la réponse aux urgences sanitaires et face aux défis émergents				
État d'avancement de l'utilisation des résultats du cadre de suivi et d'évaluation du RSI pour développer ou mettre à jour les plans d'action nationaux	L'utilisation des résultats du cadre de suivi et d'évaluation du RSI pour élaborer ou mettre à jour les plans d'action nationaux est en cours	Des plans d'action nationaux ont été élaborés ou mis à jour à partir des résultats du cadre de suivi et d'évaluation du RSI	ND	2.1, 2.2 / ODD 3.d.1
Disponibilité d'équipes d'intervention rapide à tous les niveaux (national, régional)	Distribution inadéquate aux niveaux national et régional	Équipes d'intervention rapide disponibles au niveau national et régional	Central/régional	2.1, 2.2 / ODD 3.d.1
État de l'adaptation et de la mise en œuvre du cadre de surveillance de l'alerte précoce en temps réel	Cadre de surveillance de l'alerte précoce en temps réel pas adopté	Cadre de surveillance de l'alerte précoce en temps réel adopté et adapté	ND	2.2 / ODD 3.d.1
Pourcentage de signaux détectés par le Bureau régional qui ont été vérifiés dans les 72 heures	50 à 80 % des signaux détectés par le Bureau régional ont été vérifiés dans les 72 heures	Plus de 80 % des signaux détectés par le Bureau régional ont été vérifiés dans les 72 heures	Géographique	2.2 / ODD 3.d.1
État d'avancement des évaluations des risques liés aux événements (évaluations rapides des risques/analyse de la situation de la santé publique pour les événements) dans les délais recommandés	Évaluation des risques liés à l'événement réalisée entre 7 et 14 jours	Évaluation du risque d'événement réalisée en moins de 7 jours	ND	2.3 / ODD 3.d.1
État d'avancement de la mise en œuvre du système de surveillance des attaques contre les soins de santé (SSA)	Le système de surveillance des attaques contre les soins de santé (SSA) est actif, mais les rapports ne sont pas produits de manière régulière	Signalement actif et régulier à l'aide du système de surveillance des attaques aux soins de santé (SSA)	Géographique	2.1, 2.3 / ODD 3.d.1
Niveau d'élaboration d'une politique nationale de contrôle des médicaments	En cours d'élaboration	Mise en œuvre en cours	ND	1.3 / ODD 3.b.
Niveau des rapports de surveillance nationale sur l'AMR	Pas de rapport national de surveillance de l'AMR	Rapport national de surveillance de l'AMR produit annuellement	ND	2.2 / ODD 3.b.
État d'avancement de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan d'action national sur la résilience de la santé au changement climatique	Plan d'action national sur la résilience de la santé au changement climatique non élaboré	Plan d'action national sur la résilience de la santé au changement climatique élaboré et en cours de mise en œuvre	ND	2.1, 2.3 / ODD 13.1

État d'avancement de la mise en œuvre de nouveaux outils épidémiologiques (techniques et prévisions) pour prévenir les agents pathogènes à haut risque et y répondre, y compris l'initiative « Une seule santé » pour les zoonoses prioritaires.	Plan d'action validé pour la mise en œuvre de nouveaux outils épidémiologiques (techniques et prévisions) pour prévenir et répondre aux agents pathogènes à haut risque, y compris l'initiative « Une seule santé » pour les zoonoses prioritaires non disponible.	Mise en œuvre de nouveaux outils épidémiologiques (techniques et prévisions) pour prévenir et répondre aux agents pathogènes à haut risque, y compris l'initiative « Une seule santé » pour les zoonoses prioritaires en cours	ND	2.2 / ODD 3.d.1
État d'avancement du programme national de mise en œuvre de la recherche innovante pour la prévention et le contrôle des agents pathogènes à haut risque	Élaboration du programme national de mise en œuvre de la recherche innovante pour la prévention et le contrôle des agents pathogènes à haut risque en cours	Programme national pour mettre en œuvre une recherche innovante pour la prévention et le contrôle des agents pathogènes à haut risque validé et disponible	ND	2.2 / ODD 3.b.2
État d'avancement du plan national de renforcement des systèmes et des réseaux de laboratoires, notamment pour les tests de diagnostic de qualité des agents pathogènes à haut risque, dans le respect des normes de biosécurité et de sûreté biologique.	Élaboration d'un plan national pour le renforcement des systèmes et réseaux de laboratoires, en particulier pour les tests de diagnostic de qualité des agents pathogènes à haut risque, dans le respect des normes de biosécurité et de sûreté biologique en cours.	Plan national pour le renforcement des systèmes et réseaux de laboratoires, en particulier pour les tests de diagnostic de qualité des agents pathogènes à haut risque, dans le respect des normes de biosécurité et de sûreté biologique validé, disponible et en cours de mise en œuvre.	ND	2.1, 2.3 / ODD 3.8.1
Priorité stratégique 3 - Accompagnement pour le renforcement de la gouvernance dans la dynamique de refonte du système national de santé				
Existence d'une stratégie sectorielle mise à jour et de son système de suivi opérationnel	Stratégie sectorielle jusqu'en 2025 sans système de suivi opérationnel	La stratégie sectorielle est actualisée et dispose d'un système de suivi opérationnel	ND	4.2
État d'avancement du développement et de la mise en œuvre d'un mécanisme d'évaluation du système d'information sur la santé.	Mécanisme d'évaluation du système d'information sur la santé partiellement mise en œuvre	Actions incluses dans le plan d'amélioration du système d'information sur la santé totalement mise en œuvre	ND	4.1
État d'avancement des rapports analytiques annuels de qualité requis sur les progrès et les performances du secteur de la santé, comprenant une ventilation pertinente des données relatives aux ODD en matière de santé.	Des rapports analytiques annuels de qualité sur les progrès et les performances du secteur de la santé, comprenant une désagrégation pertinente des données sur les ODD liés à la santé, partiellement élaborés	Des rapports analytiques annuels de qualité sur les progrès et les performances du secteur de la santé, comprenant une désagrégation pertinente des données sur les ODD liés à la santé, complètement élaborés	ND	4.1 / ODD 17.9 / ODD 17.16 / ODD 17.18.1
Nombre d'articles de recherche en santé publique publiés dans des revues évaluées par des pairs, soutenus par l'OMS	Le nombre d'articles de recherche en santé publique est compris entre 2 et 4 publications par institution	Le nombre d'articles de recherche en santé publique est supérieur ou égal à 5 publications par institution	ND	4.1 / ODD 3.b.2

Pourcentage d'événements en matière de leadership et de diplomatie sanitaire organisés avec l'appui de l'OMS	Moins de 50 % des événements en matière de leadership et de diplomatie sanitaire sont organisés par l'OMS	Au moins 50 % d'événements en matière de leadership et de diplomatie sanitaire sont organisés par l'OMS	ND	4.2
Existence d'un plan de développement institutionnel pour la régulation des médicaments	Un plan de développement institutionnel existe	Un plan de développement institutionnel existe, dispose de fonds et sa mise en œuvre est en cours	ND	1.3 / ODD 3.b
Priorité stratégique 4 - Promotion de la santé et du bien-être de la population et de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux et en renforçant l'approche multisectorielle				
État d'avancement de l'intégration des facteurs de risque cardiovasculaire au niveau des soins de santé primaire	Les directives nationales sont disponibles mais ne sont pas opérationnelles (non diffusées et/ou non mises en œuvre au niveau des soins primaires).	Les directives nationales sont disponibles et pleinement opérationnelles au niveau des soins de santé primaires.	ND	3.1, 3.2 / ODD 3.4
État d'avancement de l'élaboration/la révision des stratégies et plans d'action nationaux sur la nutrition et les facteurs de risque liés à l'alimentation	Stratégies et plans d'action nationaux élaborés et révisés	Stratégies et plans d'action nationaux élaborés, révisés et leur mise en œuvre est en cours	ND	3.1, 3.2 / ODD 3.4
État d'avancement de la mise en œuvre du programme d'action sur les lacunes en matière de santé mentale	Accord pour la mise en œuvre du plan d'action sur la santé mentale avec les autorités nationales	Mise en place en cours du plan d'action sur la santé mentale aux niveaux national et régional	ND	3.2, 3.3 / ODD 3.4
État d'avancement du développement et de l'intégration d'un ensemble de services nationaux de santé scolaire dans le système éducatif	Élaboration/mise à jour du panier national de services de santé scolaire en alignement avec le panier régional	Panier national de services de santé scolaire mis au point et intégration dans le système éducatif en cours	ND	3.2, 3.3 / ODD 3.3 / ODD 3.4 / ODD 3.7.2
État d'avancement de l'application des interdictions totales de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac	Interdictions partielles de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac	Interdiction complète de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac	ND	3.2, 3.3 / ODD 3.a
État d'avancement de l'établissement des besoins, des priorités et des plans d'action pour la santé dans toutes les politiques	Une ou deux composantes existantes : villes santé	Trois composantes existantes	Composantes de la santé dans toutes les politiques	3.1, 3.2, 3.3 / ODD 11
Situation de l'intégration de la santé environnementale dans les programmes des villes santé	Programmes de villes santé existants avec au moins deux composantes	Programmes de villes santé existants avec toutes les composantes de la santé et de l'environnement en place	Géographique	3.3 / ODD 11
État d'avancement de l'élaboration et de la mise en œuvre de la feuille de route sur la santé au travail et dans son environnement	Feuille de route sur la santé au travail et dans son environnement non élaborée	Feuille de route sur la santé au travail et dans son environnement, élaborée et en cours de mise en place	ND	3.3
État d'avancement de la mise en œuvre des actions liées à la sécurité alimentaire	Absence d'évaluation de la sécurité alimentaire	Évaluations de la sécurité alimentaire réalisées et recommandations mises en œuvre	ND	3.3 / ODD 2.1 / ODD 2.2 / ODD 13.2

ANNEXE 5

CADRE DES INDICATEURS D'IMPACT DU TREIZIÈME PGT

1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle			
Indicateur	Cible/Jalon en 2023 (PGT13)	Ligne de base Maroc	
1. Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Réduire le taux global de mortalité maternelle de 30 %	70 (2017)	
2. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	Réduire le taux global de mortalité maternelle de 30 %	86,6 % (2018)	
3. Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	Réduire les morts évitables des nouveau-nés (taux de mortalité néonatale) et des enfants de moins de 5 ans (taux de mortalité des moins de 5 ans) de 17 % et 30 % respectivement	19,47 (H: 21,38, F: 17,46) (2019)	
4. Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	Réduire les morts évitables des nouveau-nés (taux de mortalité néonatale) de 17 %	12 (2019)	
5. Proportion de femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale	Augmenter la proportion de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) dont les besoins de planification familiale ont été satisfaits par des méthodes modernes à 66 %	72,99 % (2019)	
6. Proportion de la population cible couverte par l'ensemble des vaccins inclus dans le programme national	Augmenter la couverture de la deuxième dose de vaccin contre la rougeole à 85 %	99 % (2 doses rougeole) / 98 % (3 doses du vaccin antipneumococcique) / 99 % (DTC3)	
7. Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les maladies tropicales négligées sont nécessaires	Réduire de 400 000 millions le nombre de personnes pour lesquelles des interventions sont nécessaires	5 576 (2019)	
8. Incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	Réduire de 27 % le nombre de nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants	97 (2019)	
9. Incidence du paludisme (pour 1000 habitants)	Réduire l'incidence des cas de paludisme de 50 %	0 (2019)	
10. Incidence de l'hépatite B (pour 100 000 habitants)	Réduire à 0,5 % l'incidence de l'hépatite B chez les enfants de moins de 5 ans (prévalence estimée des HBsAG (95 % intervalle de confiance)	0,16 % (2019) (ensemble de la population)	
11. Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1000 personnes séronégatives, par sexe, âge et principaux groupes de population	Réduire le nombre des nouvelles infections par le VIH pour 1000 personnes séronégatives, par sexe, âge et principaux groupes de population, de 73 %	0,02 pour 1000 personnes séronégatives (2019)	
12. Taux de mortalité due à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques	Réduire de 20 % la mortalité relative prématurée (30-70 ans) due aux maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, maladies respiratoires chroniques) grâce à la prévention et au traitement	24,13 % (H:25,97%; F: 22,25 %) (2019)	

	Progrès Maroc	Cible 2023 Maroc	Alignement {PGT13/ODD/ WHA	Moyenne régionale*
		49	1.1 / ODD 3.1.1	164
			1.1 / ODD 3.1.2	non disponible
	18,7 (2020)	13,63	1.1 / ODD 3.2.1	44,7
	11,5 (2020)	9,96	1.1 / ODD 3.2.2	24,9
	73,4 % (2020)	Cible atteinte	1.1 / ODD 3.7.1	non disponible
		Cible atteinte	1.1 / ODD 3.b.1	82 %
			1.1 / ODD 3.1.5	non disponible
	98 (2020)	70,81	1.1 / ODD 3.3.2	112
		0	1.1 / ODD 3.3.3	11,2
			1.1 / ODD 3.3.4	0,80 %
	0,02 pour 1000 personnes séronégatives (2020)	0,005	1.1 / ODD 3.3.4	0,1
		19,30 %	1.1 / ODD 3.4.1	24,50 %

13. Taux comparatif par âge de prévalence de l'hypertension chez les adultes âgés de 30 à 79 ans (%)	Réduire de 20 % la prévalence relative de l'hypertension artérielle	35,3 % (H: 35 %; F: 35,6 %) (2019)	
14. Couverture des interventions thérapeutiques (services pharmacologiques, psychosociaux, de réadaptation et de postcure) pour les troubles liés à l'abus de substances psychoactives	Augmenter la couverture des traitements (pharmaceutique, réadaptation, psychosocial, postcure) pour les troubles liés à l'abus de substances psychoactives	non disponible	
15. Densité et répartition des agents de santé	Augmenter la densité des agents de santé avec une meilleure répartition		
16. Taux de mortalité par suicide	Réduire le taux de mortalité par suicide de 15 %	7,18 (H:9,69; F: 4,71) (2019)	
17. Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels telle que déterminée par les interventions de référence concernant notamment la santé reproductive, maternelle, néonatale et infanto-juvénile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier)	Augmenter la couverture des services essentiels de santé (CSU Index de couverture de services)	72,7 (2019)	
18. Proportion de la population consacrant plus de 10 % et de 25 % du total des dépenses ou du revenu du ménage aux soins de santé (%)		20,5 % / 6,4 % (2013)	
19. Dépenses de santé nationales des administrations publiques (pourcentage des dépenses des administrations publiques)	Augmenter de 10 % la proportion des dépenses publiques affectées aux services essentiels de santé	7,12 % (2019)	
20. Proportion des établissements de santé disposant constamment d'un ensemble de médicaments essentiels à un coût abordable.	Augmenter à 80 % la disponibilité dans les établissements de santé des médicaments essentiels pour les soins de santé de base, y compris ceux qui sont gratuits		
21. Mode de consommation d'antibiotiques au niveau national	Compte groupe national ACCESS pour les antibiotiques		

	28,24 %	1.1 / WHA 66.1	37,80 %
		1.1 / ODD 3.5.1	non disponible
		1.1 / ODD 3.c.1	non disponible
	6,1	1.1 / ODD 3.4.2	5,9
		1.1 / ODD 3.8.1	56,8
		1.2 / ODD 3.8.2	non disponible
	7,83 %	1.2 / ODD 3.a.2	8,6
		1.3 / ODD 3.b.3	non disponible
		1.3 / WHA68.7	non disponible

1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire

Indicateur	Cible/Jalon en 2023 (PGT13)	Ligne de base Maroc	
1. Application du Règlement sanitaire international (RSI) et degré de préparation aux urgences sanitaires	Augmenter les capacités des pays membres d'application du RSI	75 (2018)	
2. Couverture vaccinale des groupes à risque pour les maladies à potentiel épidémique ou pandémique	Augmenter la couverture vaccinale pour le choléra, la fièvre jaune, la méningite à méningocoques et la grippe pandémique		
3. Nombre de cas de poliomyélite causés par le poliovirus sauvage	Éradiquer la poliomyélite avec zéro cas causés par poliovirus sauvage et établir un calendrier clair pour le retrait mondial des vaccins antipoliomyélitiques oraux afin d'arrêter les épidémies dérivées d'une souche vaccinale	0	
4. Nombre de décès, de personnes disparues et de personnes directement touchées imputables à des catastrophes pour 100 000 habitants	Réduire le nombre de décès, de personnes disparues et de personnes touchées par des catastrophes pour 100 000 habitants	0,17 (2019)	
5. Proportion de personnes vulnérables vivant dans un environnement fragile qui bénéficient de services de santé essentiels	Augmenter à au moins 80 % le nombre de personnes vulnérables vivant dans des milieux fragiles bénéficiant de services de santé essentiels		

1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être

1. Prévalence du retard de croissance (indice taille/âge inférieur à -2 écarts-types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de 5 ans	Réduire de 30 % le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance	13,4 % (2019)	
2. Prévalence de la malnutrition (indice poids/taille inférieur à -2 écarts-types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de 5 ans (émaciation)	Réduire la prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans à moins de 5 %	2,6 % (2017)	
3. Proportion d'enfants de moins de 5 ans dont le développement est en bonne voie en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial, par sexe	Augmenter à 80 % la proportion d'enfants de moins de 5 ans dont le développement est en bonne voie en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial		

	Progrès Maroc	Cible 2023 Maroc	Alignement PGT13/ODD/WHA	Moyenne régionale
	75 (2020)	80	2.1 / ODD 3.d.1	67
			2.2 / WHE	non disponible
		0	2.2 / WHA68.3	non disponible
	0,1 (2020)		2.3 / ODD 1.5.1	non disponible
			2.3 / WHE	non disponible

	Progrès Maroc	Cible 2023 Maroc	Alignement PGT13/ODD/WHA	Moyenne régionale
	12,9 % (2020)	9,38 %	3.1 / ODD 2.2.1	26,20 %
			3.1 / ODD 2.2.2	non disponible
			3.1 / ODD 4.2.1	non disponible

4. Proportion des enfants âgés de 1 à 17 ans ayant subi des châtiments corporels ou des agressions psychologiques infligées par une personne s'occupant d'eux au cours du mois précédent	Diminuer de 20 % le nombre d'enfants victimes de violences au cours des 12 derniers mois, y compris les violences physiques et psychologiques commises par les soignants au cours du mois écoulé		
5. Proportion de femmes (15-49 ans) victimes de violences infligées par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire (%)	Diminuer de 20 % à 15 % la proportion de femmes et de filles âgées de 15 à 49 ans ayant vécu en couple et qui ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire actuel ou ancien au cours des 12 derniers mois.	10 % (2018)	
6. Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant en connaissance de cause leurs propres décisions concernant leurs relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé procréative	Augmenter la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant en connaissance de cause leurs propres décisions concernant les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé reproductive à 68 %		
7. Taux de mortalité lié aux accidents de la route (pour 100 000 personnes)	Réduire de 20 % le nombre de décès et de blessés dans le monde dus aux accidents de la route	16,96 (H: 28,93; F: 5,17) (2019)	
8. Prévalence, normalisée sur la base de l'âge, du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus	Réduction relative de 25 % de la prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes âgées de 15 ans et plus	14,9 % (H: 28,8 %; F: 0,9 %) (2019)	
9. Abus d'alcool, défini en fonction du contexte national par la consommation d'alcool pur (en litres d'alcool pur) par habitant (âgé de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile	Réduction relative de 7 % de l'usage nocif de l'alcool, le cas échéant, dans le contexte national	0,49 (litres par habitant) (H: 0,87; F: 0,13) (2019)	
10. Politique de bonnes pratiques mises en œuvre pour les acides gras trans industriels (O/N)	Éliminer les acides gras trans produits industriellement (augmenter le pourcentage de personnes protégées par une réglementation efficace)	N (2022)	
11. Prévalence de l'obésité chez les adultes (âgés de 18 ans et plus) (%)	Arrêter et commencer à inverser l'augmentation de l'obésité	25,6 (2016)	
12. Prévalence de la malnutrition (indice poids/taille supérieur à +2 écarts-types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de 5 ans (surpoids)	Arrêter et commencer à inverser la hausse du surpoids chez les enfants (0 à 4 ans)	11,3 % (2019)	

			3.1 / ODD 16.2.1	non disponible
			3.1 / ODD 5.2.1	17 %
		68 %	3.1 / ODD 6.5.1	non disponible
		13,57	3.1 / ODD 3.9.2	17,8
	14,5 % (H: 28,2 %; F: 0,8 %) (2020)	11,17 %	3.2 / ODD 3.a.1	18,6
		0,45	3.2 / ODD 3.5.2	non disponible
			3.2 / WHA66.10	non disponible
		20 % surpoids et 6 % obésité	3.2 / WHA66	19,5
	11,3 % (2020)	2,00 %	3.2 / ODD 2.2.2	7,70 %

13. Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant (décès pour 100 000 habitants)	Réduire le nombre de décès et de maladies dus à des produits chimiques dangereux et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol (taux de mortalité normalisé selon l'âge attribué à la pollution de l'air ambiant (décès pour 100 000 habitants)	49,1 (2016)	
14. Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats) (pour 100 000 habitants)	Réduire le nombre de décès et de maladies dus aux produits chimiques dangereux et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol		
15. Taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel (pour 100 000 habitants)	Réduire le nombre de décès et de maladies dus aux produits chimiques dangereux et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol	0,73 (H: 0,66; F: 0,8) (2019)	
16. Proportion de la population qui dépend principalement de combustibles et de technologies propres	Réduire le nombre de décès et de maladies dus aux produits chimiques dangereux et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol	98 % (R: 96 %; U: 99,5 %) (2019)	
17. Niveau moyen annuel de particules fines (PM2,5 et PM10, par exemple) dans les villes, pondéré en fonction du nombre d'habitants	Réduire le nombre de décès et de maladies dus aux produits chimiques dangereux et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol	28,6 (2016)	
18. Proportion de la population utilisant des services d'eau potable gérés de manière sûre	Donner accès à des services d'eau potable gérés en toute sécurité à 1 milliard de personnes supplémentaires	78,37 % (R: 57,67 %; U: 90,53 %) (2019)	
19. Proportion de la population utilisant : a) des services d'assainissement gérés en toute sécurité ; et b) des équipements pour se laver les mains avec de l'eau et du savon	Fournir un accès à des services d'assainissement gérés en toute sécurité à 800 millions de personnes supplémentaires	39,01 % (R: -; U: 41,26 %) (2019)	

		80	3.3 / ODD 3.9.1	125
		13	3.3 / ODD 3.9.2	16,6
		1,2	3.3/ ODD 3.9.3	1,1
	98,1 % (R: 96,2 %; U: 99,4 %) (2020)		3.3 / ODD 7.1.2	73,5
			3.3 / ODD 11.6.2	55,7
	79,95 % (R: 61,18 %; U: 90,72 %) (2020)	80 %	3.3 / ODD 6.1.1	55,6
	39,32 % (R: -; U: 41,49 %) (2020)	55 %	3.3 / ODD 6.2.1	non disponible



MAROC



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE LA
Méditerranée orientale

PROMOUVOIR LA SANTÉ
PRÉSERVER LA SÉCURITÉ MONDIALE
SERVIR LES POPULATIONS VULNÉRABLES