

**PROGRAMME POUR LES RESULTATS  
FICHE SIGNALÉTIQUE  
PHASE D'ÉVALUATION**

Rapport No.:PID0003464

<b>Nom du Programme</b>	<i>Soutien au secteur de la santé</i>
<b>Région</b>	<i>Afrique du Nord et Moyen-Orient</i>
<b>Pays</b>	<i>Royaume du Maroc</i>
<b>Secteur</b>	<i>Santé, nutrition et population</i>
<b>Instrument de prêt</b>	<i>Prêt-programme pour les résultats (PPR)</i>
<b>Identifiant</b>	<i>P 148017</i>
<b>Emprunteur(s)</b>	<i>Gouvernement du Maroc</i>
<b>Maitre d'ouvrage</b>	<i>Ministère de la santé (MS)</i>
<b>Date de préparation de la fiche signalétique</b>	<i>12 décembre 2014</i>
<b>Date envisagée pour la fin de l'évaluation</b>	<i>9 décembre 2014</i>
<b>Date envisagée pour l'approbation par le Conseil d'administration</b>	<i>2 mars 2015</i>

## I. Le contexte du pays

1. **Le Maroc traverse une période de changement politique important et fait face à une demande d'amélioration des services publics de santé.** Avec la nouvelle constitution, le Maroc a engagé un ensemble de réformes qui ont jeté les bases d'une société plus ouverte et plus démocratique. La nouvelle constitution reconnaît que les soins de santé sont un droit pour le peuple marocain. Dans le même temps, la population demande une amélioration des services publics de santé. S'appuyant sur une consultation nationale inédite dans le domaine de la santé, appelée *Intidarat*, et sous le haut patronage du Roi Mohammed VI, le Maroc a organisé sa seconde conférence nationale sur la santé du 1<sup>er</sup> au 3 juillet 2013<sup>1</sup>. Cette conférence avait pour objectif d'établir un diagnostic des problèmes du secteur et d'organiser les réformes à venir.<sup>2</sup>

## II. Le contexte sectoriel et institutionnel du Programme

2. **En dépit de récents progrès, les indicateurs de santé restent faibles, bien inférieurs aux niveaux que connaissent des pays de la région comparables et révèlent de fortes inégalités.** Le Maroc a accompli des progrès significatifs depuis les années 1990 et plus particulièrement durant les cinq dernières années. Le taux de mortalité maternelle a diminué de près de 66 % en 20 ans, passant de 332 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 112 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010. Les niveaux de mortalité infantile et juvénile ont baissé de 84 pour 1000 naissances vivantes en 1992 à 30 pour 1000 naissances vivantes en 2011, soit une réduction de 64%. En dépit de ces progrès, les inégalités entre les zones urbaines et rurales, entre les régions et entre les niveaux socio-économiques persistent. Le taux de mortalité maternelle dans les zones rurales est deux fois supérieur à celui des zones urbaines (148 contre 73 décès pour 100 000 naissances vivantes) et la mortalité infantile est 40% plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Ces inégalités en termes d'indicateurs de santé reflètent les inégalités en termes d'accessibilité et de qualité de l'offre de soins, ainsi que des inégalités en

<sup>1</sup> La première conférence s'étant tenue en 1959.

<sup>2</sup> Les participants incluaient les ministères concernés, les assureurs, les associations représentatives des médecins et des infirmiers, le secteur privé, des universitaires, la société civile, des Organisations Non Gouvernementales, les bailleurs de fonds ainsi que d'autres acteurs importants.

termes d'allocation des ressources aux structures de santé publiques. Alors que le fardeau des maladies transmissibles a diminué depuis 1990, le Maroc est confronté à l'augmentation des maladies non-transmissibles (MNT) et des accidents. En 2011, 18,2% des Marocains souffraient d'une maladie chronique, contre 13,8% en 2004. La prévalence du diabète parmi les personnes de 20 ans et plus est d'environ 6,6% (soit 1,5 million de personnes) et celle de l'hypertension est de 33,6% (soit 6 millions de personnes)<sup>3</sup>.

**3. L'organisation des soins de santé est fragmentée et se heurte à des contraintes majeures en termes de ressources.** Il n'y a pas de continuum entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Ceci complique le suivi des patients et engendre des coûts inutiles. Les services de santé primaire souffrent d'une pénurie des intrants, en particulier des médicaments et du personnel de santé. Le système de santé fait face à une pénurie de toutes les catégories de personnel mais aussi à des problèmes d'absentéisme, de double pratique et d'inadaptation des formations. Il existe des disparités régionales dans la distribution du personnel de santé ainsi que des déséquilibres régionaux dans la répartition de l'offre privés de soins de santé<sup>4</sup>. En l'absence d'un système de soins de santé primaires fonctionnel, l'accès aux services essentiels est limité, surtout dans les zones rurales où comme le démontre le faible taux de contact (0,4). Le secteur privé se développe rapidement ; il est peu régulé et ne fournit pas de données sur ses activités. En l'absence d'un système d'information intégré, fiable et accessible, le Ministère de la Santé ne peut pas régler ces problèmes et améliorer la redevabilité des acteurs du système de santé.

**4. Le Maroc dépense moins pour les soins de santé que d'autres pays au développement socio-économique comparable et les dépenses de santé restant à la charge des ménages y sont élevées.** Cette situation s'explique essentiellement par le fait que les dépenses publiques pour la santé sont au Maroc moins élevées qu'on ne pourrait s'y attendre par rapport à l'ensemble des dépenses publiques. Certes, la part du budget alloué au secteur de la santé a augmenté de 25% depuis 2007 pour atteindre 3,5% en 2013, mais elle reste bien au-dessous des niveaux observés dans d'autres pays comparables. En collaboration avec le Ministère de la Santé, le Ministère de l'économie et des finances a préparé un cadre de dépenses à moyen-terme qui couvre la période 2014-2016 ; il prévoit une augmentation de 13,6% de l'allocation budgétaire en faveur du Ministère de la Santé par rapport au niveau de 2013.

### **III. L'étendue du Programme**

#### ***Programme du gouvernement***

**5. Plusieurs documents stratégiques sous-tendent l'agenda des réformes.** Outre la Constitution de 2011, qui reconnaît de façon explicite le droit aux soins de santé pour tous les marocains, les documents suivants guident les réformes : (a) la Lettre Royale qui a ouvert la Conférence nationale de juillet 2013 et offre une vision de long terme, complétée par les actes de la conférence ; (b) le Livre blanc du Ministère sur le secteur de la santé de 2013 ; et (c) la Stratégie pour le secteur de la santé 2012-2016 du Ministère de la Santé.

**6. Dans ce cadre stratégique général, le gouvernement a conçu un Programme s'appuyant sur deux piliers :** (i) améliorer la santé au niveau primaire ; et (ii) améliorer la gouvernance du secteur de la santé. Le premier pilier inclut un *Plan d'action 2012 – 2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale* complété par un *Plan d'action pour améliorer la mortalité maternelle et infantile (2013-2015)* ciblant neuf régions et qui vise à améliorer les taux de mortalité maternelle, néonatale et

---

<sup>3</sup> Le diabète est souvent associé à l'hypertension (65.5% des diabétiques souffrent d'hypertension).

<sup>4</sup> Approximativement 50% de tous les médecins privés sont situés sur l'axe Rabat-Casablanca, alors qu'ils sont bien moins nombreux dans les provinces du sud (Ministère de la Santé, 2009).

infantile et à faciliter l'accès aux services de santé. Le premier pilier recouvre également la mise en œuvre d'une stratégie nationale complète en matière de MNT qui met l'accent sur le diabète, l'hypertension et les cancers de la femme. Enfin, le premier pilier du Programme gouvernemental est soutenu par une stratégie visant à accroître la couverture en santé dans les zones rurales à travers des équipes mobiles. Le second pilier relatif à la gouvernance du secteur de la santé vise à renforcer la gestion et la répartition des ressources humaines, à renforcer les mécanismes de redevabilité et à développer un Système d'Information Sanitaire (SIS) national, intégré, accessible et durable.

***Programme appuyé par la Banque mondiale à travers le Programme-pour-Résultats (PPR )***

7. Le Programme destiné à être soutenu par le PPR proposé a été défini selon trois critères : (i) la durée ; (ii) les domaines prioritaires ; et (iii) les zones géographiques d'intervention.

8. *La durée du Programme* : Le programme sera mis en œuvre sur quatre ans, de mars 2015 à juin 2019.

9. *Les domaines prioritaires soutenus par le Programme* : Le Ministère de la Santé a sollicité l'aide de la Banque mondiale pour renforcer les soins primaires en milieu rural afin de traiter le problème des disparités. Cet objectif est cohérent avec le double objectif de la Banque mondiale de mettre fin à l'extrême pauvreté et de promouvoir une prospérité partagée. En outre, le Ministère de la Santé a demandé que les activités retenues contiennent une dimension transversale et/ou multisectorielle et/ou présentent une difficulté technique. Dans ce cadre, les priorités ont été définies de façon conjointe par le Ministère de la Santé, la Banque mondiale ainsi que l'Union Européenne qui prévoit de financer ce Programme en parallèle. Les domaines couverts par le Programme s'organisent autour des deux piliers suivants :

1. Renforcer l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural :
  - 1.1 Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des moins de cinq ans;
  - 1.2 Renforcer la détection et la prise en charge des maladies non transmissibles; et
  - 1.3 Renforcer la couverture sanitaire mobile.
2. Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire :
  - 2.1 Elaborer un système d'incitations pour améliorer la performance des Ressources humaines en santé, à partir d'un diagnostic du système;
  - 2.2 Améliorer les mécanismes de redevabilité à travers le développement du principal outil de contrôle de la qualité (concours qualité) et la mise en place d'un mécanisme complet de traitement des doléances ; et
  - 2.3 Développer un SIS intégré, informatisé et accessible.

10. *Les zones géographiques dans lesquelles le Programme s'applique.* Le Programme se concentrera dans les neuf régions ciblées par le programme gouvernemental consacré à la santé maternelle et infantile. Ces régions sont : (1) L'Oriental ; (2) Marrakech Tensift Al Haouz; (3) Tanger Tétouan; (4) Sous Massa Drâa; (5) Ghard Charda Beni Hsein; (6) Taza Al Houceima Taounate; and (7) Doukala Abda, (8) Tadla Azilal; et (9) Meknès Tafilalet. Dans ces régions, le Programme ciblera en priorité les zones rurales dans lesquelles 83% de la population rurale du pays vit<sup>5</sup>. Parmi les neuf régions, six ont des taux de pauvreté supérieurs à la moyenne nationale.

---

<sup>5</sup> Ministère de la Santé, *La santé en Chiffres*, 2012

**Table 1 : Programme du gouvernement et le Programme PPR 2015-2018**

<b>PROGRAMME GOUVERNEMENTAL</b>	<b>PROGRAMME PPR</b>
<b>1. Etendre l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural</b>	
<b>1.1 Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et en dessous de cinq ans</b>	
9 régions Rural et urbain Hôpital et ESSP <sup>6</sup>	9 régions Rural ESSPs
<b>1.2 Prévention et contrôle des MNT</b>	
National Rural et urbain Hôpital et ESSP	9 régions Rural ESSP
<b>1.3 Renforcer la couverture sanitaire mobile</b>	
National (rural)	9 régions (rural)
<b>2. Améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire</b>	
<b>2.1 Mettre en place un système d'incitation (prime de rendement) pour améliorer les performances des RHS</b>	
Conception et mise en œuvre nationale Hôpitaux et ESSP	Conception nationale Mise en œuvre dans 9 régions Rural ESSP
<b>2.2 Améliorer les mécanismes de redevabilité des comptes à travers (i) le développement du principal outil d'évaluation de la qualité (<i>concours qualité</i>)</b>	
National Rural et urbain Hôpitaux ESSP	9 régions Rural et urbain ESSP
<b>(ii) la création d'un mécanisme complet de gestion des doléances</b>	
National Rural et urbain Hôpitaux et ESSP	9 régions Rural et urbain ESSP
<b>2.3 Développer un SIS intégré, informatisé et accessible</b>	
Conception d'un système national et mise en œuvre dans toutes les régions	Conception d'un système national et mise en œuvre dans une région

***Le cadre d'analyse des dépenses***

11. Le budget du Ministère de la Santé est en augmentation et une croissance de 13,6% est prévue pour la période 2014-2016 dans le cadre du budget 2013. L'essentiel du budget est dépensé pour couvrir les salaires qui représentent environ 52% des dépenses totales. Les autres catégories de dépenses sont difficiles à identifier dans la mesure où il n'existe pas à ce jour de budget programmatique au Maroc. Ainsi, les dépenses qui ne concernent pas le personnel et les dépenses d'investissement incluent des coûts de fonctionnement, de même que des dépenses de médicaments et d'achat de matériel sous différents sous-programmes. Aussi, l'équipe de la Banque mondiale a travaillé avec les directions concernées du Ministère de la Santé pour budgétiser leurs sous-programmes actuels et définir les budgets de sous-programmes nouveaux (SIS, ressources humaines). Le budget total du Programme est de 246,9 millions de US\$ (Tableau 2).

<sup>6</sup> ESSP : Etablissement de soins de santé primaires

**Tableau 2 : Coût du Programme**

**2015-2018 (millions de US\$)**

<b>Sous-programme</b>	<b>Montant</b>
Plan d'accélération pour réduire la santé maternelle et infantile	67,4
Suivi (prise en charge diagnostique et thérapeutique) des MNT	90,2
Stratégie sanitaire mobile	26,9
Ressources humaines en santé (prime de rendement)	22,7
Evaluation de la qualité ( <i>concours qualité</i> )	2,4
SIS	37,3
<b>Total</b>	<b>246,9</b>

#### **IV. Objectif du Programme**

12. L'objectif du Programme est d'étendre l'accès aux soins de santé primaires dans les zones rurales ciblées par le Programme.

#### **V. Organisation pour la mise en œuvre du Programme**

13. Le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances sont les deux principales parties prenantes engagées dans le Programme proposé. Le Ministère de la Santé sera responsable de la mise en œuvre des réformes sectorielles suivant les priorités définies dans les documents stratégiques. Le Ministère de l'Economie et des Finances fournira un appui politique et budgétaire au Ministère de la Santé dans la mise en œuvre du Programme. Le Ministère de l'Economie et des Finances est également chargé des décaissements relatifs aux fonds liés à la réalisation des Indicateurs Liés aux Décaissements. Le Ministère de la Santé est également chargé de mettre en œuvre les réformes visant la réalisation des résultats du Programme proposé. Le secrétariat général du Ministère de la Santé supervisera la mise en œuvre du Programme tandis que la Direction de la Planification et des Ressources Financières fera fonction de secrétariat en fournissant les données nécessaires, les rapports, etc. à la Banque mondiale.

#### **VI. Examen social et environnemental initial**

14. *Les principaux risques environnementaux.* Globalement, tous les aspects potentiellement négatifs du Programme concernent des zones bien circonscrites. Ils sont facilement contrôlables et gérables, dès lors que les mesures d'atténuation des risques prévues dans le manuel de procédures (en cours de rédaction) sont appliquées au cours de la mise en œuvre du Programme. Les risques environnementaux associés au Programme sont modérés, réversibles et facilement contrôlables compte tenu de l'objectif du Programme, de la zone géographique concernée, des faibles volumes de déchets médicaux et pharmaceutiques produits par les Etablissements de Soins de Santé Primaires (ESSP), de la nature des activités du Programme qui ciblent essentiellement le renforcement des processus de gestion du Ministère de la Santé et des mesures recommandées pour atténuer et suivre les impacts. Ceux-ci sont bien connues, gérables et efficaces. Pour autant les activités prévues dans le Programme conduiront à produire davantage de déchets médicaux et pharmaceutiques. En l'absence de mesures d'atténuation, ces déchets pourraient avoir un impact négatif sur l'habitat naturel et sur les ressources naturelles dans le cas où les

ESSP sont situées près ou dans des sites importants sur le plan biologique ou écologique, voire dans des parcs naturels. L'accroissement des équipes de soins de santé mobiles conduira à augmenter la pollution et les volumes d'huile usagée. L'élimination de ces déchets doit se faire en conformité avec les règles nationales.

15. *Les principaux risques sociaux.* Compte tenu du type d'activités développées dans le cadre de ce Programme, les impacts sociaux devraient être positifs : un accès amélioré aux soins de santé primaires ; la réduction des taux de mortalité et de morbidité maternelle et infantile ; une moindre prévalence des complications liées à l'hypertension et au diabète. Aucun impact économique négatif sur les populations vulnérables n'est prévu. Les risques d'impact social négatif sont faibles. Ils ne pourraient provenir que : (a) des insuffisances en matière d'accès équitable aux soins de santé primaires, notamment pour les populations les plus vulnérables ; (b) d'une gestion ou de réponses inappropriées aux doléances de la part des bénéficiaires du Programme.

16. *Le système de gestion environnementale.* Les procédures d'évaluation et de suivi environnemental utilisées par la DELM doivent être mises à jour et complétées afin de corriger les imperfections identifiées lors de l'évaluation environnementale et de garantir leur conformité avec les dispositions nationales concernant la gestion des déchets médicaux, la gestion des déchets liquides et la gestion des huiles usagées (voir le plan d'action du Programme en annexe 8). Il convient de noter que le Ministère de l'Environnement et le Ministère de la Santé préparent actuellement conjointement une ordonnance pour la mise en œuvre des recommandations prévues par le décret 2-09-139. Cette ordonnance s'appuiera sur le plan national de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques en cours d'élaboration par le ministère de l'environnement, en collaboration avec le Ministère de la Santé et avec le soutien de la GiZ. Ce plan devrait être finalisé en décembre 2014.

17. *Le système de gestion sociale.* Dans l'ensemble, le système de gestion sociale (les lois, les règles, les institutions, etc.) est conforme aux procédures de la Banque mondiale (OP 9.00), mais des progrès demeurent nécessaires, notamment pour : l'inclusion systématique et la participation des populations et des organisations locales ; la mise en place de mécanismes locaux de doléances accessibles et adaptés au niveau de scolarité des populations locales et disponibles dans leur propre langue ; le renforcement des capacités du personnel des ESSP en matière de gestion sociale.

18. Même si les impacts environnementaux et sociaux des activités prévues par le Programme sont jugés comme modérés, le Programme offre la possibilité de remédier aux imperfections mentionnées ci-dessus et de renforcer le système global de gestion environnemental et social du Ministère de la Santé. Dans cet objectif, le Programme soutiendra des mesures spécifiques destinées à renforcer le système environnemental et social. Ces mesures sont présentées dans le plan d'action du Programme.

## VII. Plan de financement provisoire

Source:	(\$m.)
Emprunteur/réциpiendaire	Non encore disponible
BIRD	100 million USD
Union Européenne	Equivalent 68.5 million USD
<b>Total</b>	<b>Non encore disponible</b>

## VIII. Personnes à contacter

**Pour la Banque mondiale**  
Contact: Nadine Poupart

Titre: Responsable du Projet et Economiste principale  
Tél: +33 (0) 1 4069 3109  
Courriel: npoupart@worldbank.org

**Pour l'emprunteur**

Contact: M. Belghitti Alaoui  
Titre: Secrétaire Général  
Tél: +212 (0)5 37 76 38 70/ +212 (0)5 37 76 18 41  
Courriel: belghitaliaoui@hotmail.com

**IX. Pour plus d'informations, contacter:**

The InfoShop  
The World Bank  
1818 H Street, NW  
Washington, D.C. 20433  
Téléphone: (202) 458-4500  
Fax: (202) 522-1500  
Web: <http://www.worldbank.org/infoshop>