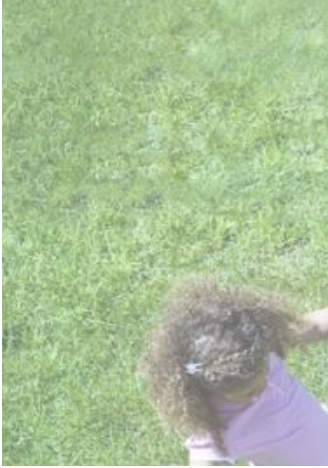
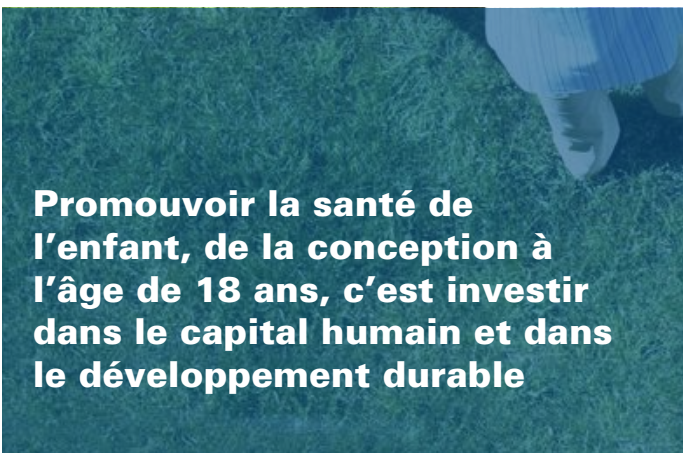




المملكة المغربية
+ⵍⵎⴰⵔⴰⵏ | 11140000
Royaume du Maroc



POLITIQUE NATIONALE INTÉGRÉE DE LA SANTÉ DE L'ENFANT À L'HORIZON 2030



**Promouvoir la santé de
l'enfant, de la conception à
l'âge de 18 ans, c'est investir
dans le capital humain et dans
le développement durable**





« L'enfance constitue le pilier de la société, la force motrice qui lui permet de se projeter dans un avenir porteur d'un essor économique et social, global et inclusif ».

Extrait de la lettre royale aux 1^{ères} Assises nationales du développement humain : La petite enfance, aspect immatériel du développement humain, 19 septembre 2019



La santé de l'enfant a toujours été considérée parmi l'une des priorités nationales depuis l'aube de l'indépendance. En effet, selon les données de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale publiées en 2018, les efforts soutenus du Royaume en matière d'amélioration des conditions de vie, de l'hygiène et du développement social, ont permis d'enregistrer des résultats significatifs attestant une réduction de 27% du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans entre 2011 et 2017. Ces progrès notables ont permis d'honorer les engagements nationaux et internationaux du pays.

Aujourd'hui, la feuille de route du Ministère de la Santé, en s'alignant sur les Hautes Orientations de **SA MAJESTÉ LE ROI MOHAMMED VI**, que Dieu le glorifie, offre l'opportunité de multiplier les efforts pour améliorer la santé et le bien être de l'enfant et ainsi investir dans le capital humain.

Dans cette optique, le Ministère de la Santé, a élaboré une Politique Nationale Intégrée de Santé de l'Enfant (PNISE) fondée sur une approche de Droits humains. Cette politique, s'aligne parfaitement avec la vision de notre Souverain, que Dieu l'assiste, dans sa lettre adressée aux premières Assises Nationales de l'Initiative Nationale du Développement Humain le 19 septembre 2019 : « À ce propos, nous mettons particulièrement en exergue la nécessité d'améliorer le système de santé, en attachant un intérêt accru à la santé maternelle et infantile, en assurant un accès équitable aux prestations sociales ;.... »

Aussi, la célébration du 16^{ème} Congrès national des droits de l'enfant qui a coïncidé avec le 30^{ème} anniversaire de l'adoption de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, tenue sous la présidence effective de **SON ALTESSE ROYALE LA PRINCESSE LALLA MERYEM** du 20 au 23 novembre 2019 à Marrakech, a été marquée par la signature du « Pacte national pour l'enfant : Une feuille de route à l'horizon 2030 ». Ce pacte qui repose sur sept piliers, offre un accès aux services publics de la santé et de l'éducation avec un focus sur l'enfance dans le monde rural.

Le processus d'élaboration de cette politique a été conduit de façon participative et concertée avec l'ensemble des parties prenantes incluant les enfants et familles. Il s'agit de hauts cadres et responsables du Ministère de la Santé, d'enseignants chercheurs, de représentants des autres Départements Ministériels et de la société civile, d'organismes de coopération des Nations Unies et de personnes ressources. Des ateliers de réflexion prospective, a découlé une analyse collective provenant d'une réelle interaction pluridisciplinaire.

Ce processus participatif a permis une analyse large et approfondie dépassant la notion de soins pour couvrir à la fois « la santé, le développement et le bien-être de l'enfant ». Le travail fourni a par la suite été validé dans un atelier regroupant les parties prenantes et a connu une adoption officielle.

Ainsi, le présent document de la PNISE s'inscrit dans une approche intersectorielle, pour mettre en relief la nécessité d'interactions entre les secteurs d'activité. Cette Politique repose sur quatre orientations qui visent à prioriser, pour les prochaines années, les actions de l'ensemble du secteur de la santé dans sa pluralité ainsi que de tous les autres secteurs pour mieux s'orienter vers une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé de l'enfant, en cohérence avec l'engagement de notre pays en faveur de l'atteinte des ODD.

Il est certain que, pour être efficace, cette approche intersectorielle territoriale adoptée impose de nouveaux mécanismes de gouvernance pour assurer une synergie des actions, une fédération des initiatives et une coordination de tous les intervenants en faveur de la santé et du développement de l'enfant. Ici, et dans le cadre de la régionalisation avancée, le rôle des Directions Régionales de la Santé et leurs partenaires territoriaux se présente comme un levier essentiel de l'action publique de santé permettant d'améliorer l'efficacité et l'efficience de l'offre de soins avec tout l'impact qui en découlera sur le bien-être de l'enfant.

Nous restons convaincus que, grâce aux actions opérationnelles qui découleront de cette politique, un meilleur état de santé, du développement et du bien-être de l'enfant est possible grâce à la conjugaison des efforts de l'ensemble de nos partenaires.

Enfin, nous remercions toutes celles et tous ceux qui ont apporté leur contribution à cette Politique Nationale Intégrée de Santé de l'Enfant, et surtout aux enfants en tant que Capital Humain de notre pays.

Le Ministre de la Santé
Pr Khalid Ait Taleb

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized loop followed by a vertical stroke and a small flourish at the end.

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé, en tant que Département ministériel ayant conduit le processus participatif d'élaboration de cette Politique, exprime ses vifs remerciements à tous les acteurs intervenant dans le domaine de la santé de l'enfant et de ses déterminants sociaux pour leur participation aux différents stades du processus et leur engagement à faire aboutir ce projet ambitieux :

- Le Ministère de la Santé ;
- Le Ministère de l'Intérieur ;
- Le Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation professionnelle, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;
- Le Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales ;
- Le Ministère de la Culture, de la Jeunesse et des Sports ;
- Le Ministère de la Communication ;
- Le Ministère des Habous et Affaires Islamiques ;
- Le Ministère de la Solidarité, du Développement social, de l'Égalité et de la Famille ;
- Le Ministère de l'Équipement, du Transport, de la Logistique et de l'Eau ;
- Le Conseil Économique, Social et Environnemental ;
- L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie ;
- Les facultés de Médecine ;
- Les Sociétés savantes ;
- La Société civile ;
- Le CNDH ;
- L'ONDE ;
- L'ONDH ;
- Les Organisations des Nations Unies : l'UNICEF, pour son appui technique et financier, l'OMS et l'UNFPA.

Par la même occasion, le Ministère de la Santé tient à exprimer sa gratitude envers les enfants, les familles et les communautés, qui ont montré lors des consultations qu'ils sont des actrices et acteurs à part entière de leur droit à la Santé.

INTRODUCTION

Malgré les efforts considérables entrepris par le Ministère de la Santé ayant permis de réduire la morbidité et la mortalité materno-infantiles, de faciliter l'accès aux soins, d'assurer une large couverture vaccinale et d'améliorer l'état nutritionnel des enfants, de fortes inégalités persistent et impactent la pleine jouissance de leur droit à la santé pour les enfants (tel que défini dans la Constitution et la Convention des Droits de l'Enfant ratifiée par le Maroc en 1993).

Le Ministère de la Santé, conscient de la nécessité de multiplier les efforts pour améliorer la qualité, instaurer l'équité et réduire les inégalités intra et inter-régionales en matière de santé de l'enfant, a décidé d'élaborer une Politique Nationale Intégrée de Santé de l'Enfant (PNISE) basée sur les droits avec l'appui de l'UNICEF.

Cette Politique s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions de la Constitution de 2011 et de la régionalisation avancée, décline les orientations de **Sa Majesté le Roi MOHAMMED VI** pour la mise en place d'un « modèle de développement global et intégré visant à satisfaire les demandes pressantes et les besoins croissants des citoyens, à réduire les disparités catégorielles et les écarts territoriaux et à réaliser la justice sociale », traduit les objectifs du plan santé 2025 et s'inscrit dans les Objectifs de Développement Durable.

Cette Politique basée sur une approche droits est centrée sur la santé telle que définie par les instruments internationaux et repose sur un système de santé juste et efficace, afin de permettre à tous les enfants (de la naissance à l'âge de 18 ans) sur le territoire marocain de réaliser pleinement leur potentiel en matière de développement, de bien-être et de santé.

En se fondant sur une approche globale et inter/multisectorielle, cette politique prend en compte les déterminants sociaux de la santé des enfants qui entravent leur accès au droit à la santé, tout en accordant une attention particulière aux enfants vulnérables. Les fondements, les principes directeurs, la vision ainsi que les orientations de cette Politique, sont le fruit d'un processus participatif ayant mobilisé différents acteurs intervenant dans le domaine de la santé de l'enfant et de ses déterminants sociaux, ainsi qu'une consultation des enfants, des familles et des communautés.

Cette Politique est un document cadre inter et multisectoriel permettant de guider et orienter l'ensemble du secteur de la santé dans sa pluralité, ainsi que tous les autres secteurs intervenant

sur les déterminants sociaux de la santé de l'enfant. L'adoption et la mise en œuvre de ladite Politique permettront ainsi de :

- Renforcer et d'asseoir un système de santé de qualité, équitable et centré sur l'enfant ;
- Garantir et promouvoir le droit des enfants à la santé (tel que défini dans la Constitution et la Convention des Droits de l'Enfant) ;
- Progresser vers la couverture sanitaire universelle ;
- Intégrer la santé dans toutes les politiques ; et
- Instaurer une gouvernance participative de la santé.

Le Ministère de la Santé réitère ses vifs remerciements à l'UNICEF et à l'ONDE pour leur contribution à la concrétisation de ce document et leur engagement en faveur des droits des enfants, de suivi de leur application, notamment le droit à la Santé, et la sensibilisation sur l'importance du respect de la dignité et du développement harmonieux de chaque enfant.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	5
INTRODUCTION	9
ACRONYMES	13
FONDEMENTS DE LA POLITIQUE	15
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATIF	17
1.1 Dynamique de réformes	17
1.2 Engagements internationaux	18
2. CADRE RÉFÉRENTIEL	19
2.1 Une approche fondée sur les droits et équitable mettant en perspective toutes les étapes du cycle de vie	19
2.2 Une approche intersectorielle instaurée par le cadre des ODD	19
3. PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA POLITIQUE	20
4. ÉTAT DE LA SANTÉ DE L'ENFANT AU MAROC	21
4.1 Profil sanitaire marqué par une double transition	21
4.2 Acquis notables à consolider	22
4.3 Inégalités persistantes	24
POLITIQUE NATIONALE INTÉGRÉE DE SANTÉ DE L'ENFANT À L'HORIZON 2030	29
5. VISION ET OBJECTIFS	32
5.1 Vision	32
5.2 Objectifs	32
6. LES GRANDES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE NATIONALE INTÉGRÉE DE SANTÉ DE L'ENFANT	32
6.1 Orientation 1 : Ancrage institutionnel et politique de l'intersectorialité	34
6.2 Orientation 2 : Financement équitable et durable	36
6.3 Orientation 3 : Programmation multi et intersectorielle	37
6.4 Orientation 4 : Gouvernance efficiente et efficace	44

7. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ÉVALUATION DE LA PNISE	48
8. CONCLUSION	50
ANNEXES	51
Annexe 1 : Interventions multisectorielles à toutes les étapes du cycle de vie de l'enfant	53
Annexe 2 : Interventions multisectorielles à l'adolescence	56
Annexe 3 : Indicateurs ODD	57

ACRONYMES

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
AVP	Accidents de la Voie Publique
BI	Budget d'Investissement
BM	Banque Mondiale
C4D	Communication pour le Développement
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CESE	Conseil Économique, Social et Environnemental
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DPE	Développement de la Petite Enfance
DP	Direction de la Population
DPRF	Direction de la Planification et des Ressources Financières
DTC 3	Vaccin Diphtérie/Tétanos/Coqueluche 3 ^{ème} rappel
ENPSF	Enquête Nationale de Population et Santé Familiale
ENSP	École Nationale de Santé Publique
ESSP	Établissement de Soins de Santé Primaire
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
GBM	Groupe de la Banque Mondiale
HCP	Haut-Commissariat au Plan
ICRAM	Initiative Concertée pour le Renforcement des Acquis des Marocaines
IMC	Indice de Masse Corporelle
INDH	Initiative Nationale pour le Développement Humain
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LOF	Loi Organique des Finances
MEN	Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique.
MS	Ministère de la Santé
MSDSEF	Ministère de la Solidarité, du Développement social, de l'Égalité et de la Famille
ODD	Objectifs de Développement Durable

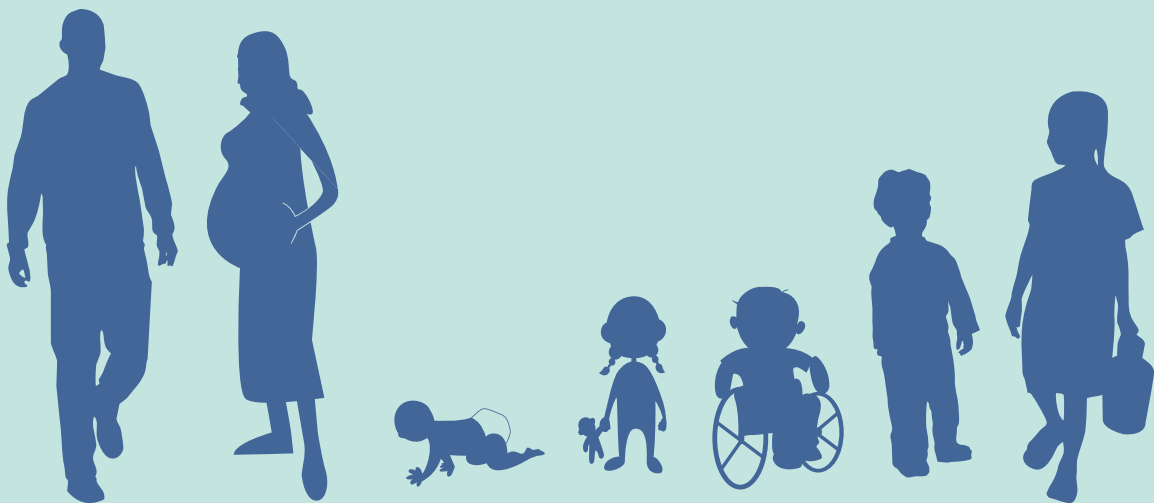
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDE	Observatoire National des Droits de l'Enfant
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONDH	Observatoire National du Développement Humain
ONSSA	Office National de Sécurité Sanitaire des produits Alimentaires
PCIE	Prise en Charge Intégrée de l'Enfant
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLT	Programme National de Lutte contre le Tabac
PNPFEVV	Programme National de la Santé pour la Prise en charge des Femmes et Enfants Victimes de Violence
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNPCC	Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer
PNPF	Programme National de Planification Familiale
PNSM	Programme National de Santé Mentale
PPIPEM	Politique Publique Intégrée de la Protection de l'Enfance au Maroc
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Partenariat Public Privé
PNISE	Politique Nationale Intégrée de Santé de l'Enfant
PNSH	Plan National de Santé et Handicap
RAMED	Régime d'Assistance Médicale pour les Économiquement Démunis
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
SAMU OR	Service d'Assistance Médicale Urgente Obstétricale en Milieu Rural
SNN	Stratégie Nationale de Nutrition
SNDMN	Stratégie Nationale d'Élimination des Décès Maternels et Néonataux Évitable
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SR	Santé Reproductive
SROS	Schéma Régional de l'Offre de Soins
SSP	Soins de Santé Primaires
TIC	Technologies de l'Information et de Communication
TMI	Taux de Mortalité Infantile
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

FONDEMENTS DE LA POLITIQUE

Contexte et justificatifs

Processus d'élaboration

Principaux constats et enjeux



FONDEMENTS DE LA POLITIQUE

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATIFS

1.1 Dynamique de réformes

Le Maroc est engagé, depuis plusieurs années, dans de grands chantiers de réformes politiques, législatives et sociales visant la consolidation de la démocratie, le respect des droits humains y compris le droit à la santé notamment des enfants, la lutte contre les discriminations et les inégalités sociales ainsi que la gouvernance participative et inclusive.

La **Constitution de 2011** est le meilleur gage du respect suprême de ces engagements. Elle consacre les droits de l'enfant, notamment le droit à la santé, les principes d'équité et de non-discrimination, l'égalité femme-homme et l'inclusion des personnes à besoins spécifiques. Elle accorde également une place importante à la démocratie participative et à la redevabilité sociale, notamment via : (i) la consultation et la participation des populations dans l'élaboration et le suivi des programmes ; (ii) la présentation de pétitions ; (iii) l'accès des citoyens à l'information et au recours.

La lutte contre les inégalités sociales est renforcée par la mise en œuvre de la **régionalisation avancée** qui octroie une place prépondérante à la dimension territoriale des politiques sociales et de développement. En effet, l'institutionnalisation des schémas régionaux de l'offre de soins, à travers loi cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, permet de mieux répondre aux besoins de la population en santé en assurant une équité dans la répartition spatiale.

La **nouvelle réforme du secteur de la santé, émanant de la 2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé (2013)** et inscrivant dans ses priorités la promotion du secteur de la santé et la mise en place d'un modèle d'organisation du système de santé équitable, durable et efficient, fait profiter la santé infantile du renforcement du système de santé.

Par ailleurs, conscient de la primordialité de la santé maternelle et infantile, le gouvernement l'a inscrite dans son programme 2016-2021 comme une priorité nationale stratégique.

Le **Plan Santé 2025, inclut la mise en œuvre de la PNISE¹** comme une composante clé pour accélérer la réduction des insuffisances constatées. À travers cette politique le MS compte garantir à tous les enfants, de la naissance à 18 ans, un développement, un bien-être et un état de santé de manière globale et équitable. Il relève le défi de la mobilisation des autres départements ministériels dans un effort d'intégration de la santé de l'enfant dans toutes les politiques pour agir contre les déterminants sociaux de la santé. Cette politique sera un cadre de référence de l'ensemble des mesures à consolider, à renforcer ou à intégrer d'ici 2030 pour permettre à tout enfant de jouir de son droit à la santé, permettant ainsi une synergie entre les différentes politiques et stratégies thématiques et sectoriels qui peuvent influencer la santé de l'enfant.

1 Plan Santé 2025 : Pilier 2 "renforcer les programmes nationaux de la santé et de la lutte contre les maladies", axe 14 "consolider les programmes de la santé de la mère et de l'enfant", Action 60 "mise en œuvre de la politique nationale de la santé de l'enfant".

Il est évident que la mise en œuvre effective de toutes ces réformes contribuera à l'amélioration de la santé de l'enfant, soit directement lorsqu'il s'agit de mesures spécifiques comprises dans les réformes du secteur de la santé, soit indirectement à travers les différents déterminants de la santé de l'enfant visés par les autres réformes d'ordre politique, économique, social, administratif...

Ces réformes sont marquées et soutenues par un fort engagement politique en faveur de la santé au plus haut niveau de l'État. Dans son message adressé aux participants à la 2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé en Juillet 2013, **Sa Majesté le Roi Mohammed VI** a mis l'accent sur la nécessité d'élaborer des politiques publiques saines : «vous vous devez de garder à l'esprit la nécessité d'intégrer la dimension sanitaire dans les différentes politiques publiques, en alliant efficacité et transversalité. Cela devrait se faire dans le cadre d'une nouvelle approche territoriale, se fondant sur le renforcement de la politique de proximité, et s'inscrivant au cœur de la réforme institutionnelle profonde de la régionalisation avancée ».

Dans son discours Royal adressé à la nation à l'occasion de la Fête du Trône le 30 juillet 2018, **Sa Majesté le Roi** a appelé à " **une refonte du système de santé, qui se caractérise par des inégalités criantes et une faible gestion** ". Ce renforcement du système de santé basé sur l'équité et la redevabilité sera un socle pour l'amélioration de l'accès équitable à des soins et des services de qualité pour l'enfant. Lors de la célébration des premières assises Nationales pour le développement de la petite enfance (DPE), **Sa Majesté, que Dieu l'Assiste**, a mis en exergue l'investissement dans le capital humain dans son message adressé aux participants. Plus récemment, l'engagement dans le DPE a été confirmé à travers la signature du Pacte National pour l'enfance à l'horizon 2030.

1.2 Engagements internationaux

La mise en œuvre de cette politique sera aussi le garant du respect par le Maroc de ses engagements internationaux qui consacrent les Droits des enfants notamment le droit à la santé, dont entre autres : La Convention relative aux droits de l'enfant ratifiée en 1993 ; le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ratifié en 1979 ; la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ratifiée en 1993 et la Convention relative aux droits des personnes en situation de handicap ratifiée en 2009. À cet effet, le Maroc est tenu de mettre en œuvre les recommandations relatives au Droit à la santé du Comité des Droits de l'enfant (suite à la soumission des 3^{ème} et 4^{ème} rapports périodiques du Maroc en septembre 2014) et celles du Comité des droits économiques, sociaux et culturels² (suite au quatrième rapport périodique du Maroc soumis en octobre 2015)³.

Dans le cadre des objectifs de développement durable, l'atteinte de l'ODD 3 est conditionnée par le développement d'une approche globale de la santé. Si l'ODD 3 a pour but de « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », les autres objectifs contiennent aussi des cibles de santé fondamentales.

Le Maroc a adopté la **Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030** qui vise à mettre fin aux décès évitables chez toutes les femmes, tous les nouveau-nés, tous les enfants et tous les adolescents, à améliorer sensiblement leur santé et leur bien-être et à opérer les transformations qui permettront de créer un avenir meilleur plus prospère.

L'année 2018 constitue un tournant marqué par la mobilisation mondiale au profit de la **petite enfance**, par l'adoption d'un cadre d'action⁴ pour des soins attentionnés au jeune enfant où tous les secteurs sont impliqués et où le secteur de la santé à un rôle mobilisateur et fédérateur.

C'est dans ce contexte que le MS, conscient de la nécessité de multiplier les efforts pour améliorer la qualité, instaurer l'équité et réduire les inégalités intra et inter-régionales en matière de santé de l'enfant, a décidé d'élaborer, avec l'appui de l'UNICEF, une **Politique Nationale Intégrée de Santé de l'Enfant (de la naissance à l'âge de 18 ans) basée sur les droits**.

2. CADRE RÉFÉRENTIEL

2 CRC/C/MAR/CO/3-4 : Observations finales concernant les troisième et quatrième rapports périodiques du Maroc, Octobre 2014.

3 E/C.12/MAR/CO/4 : Observations finales concernant le quatrième rapport périodique du Maroc, Octobre 2015.

4 Assemblée générale de l'OMS, 2018.

Du fait de la dimension globale de la santé de l'enfant, le cadre de référence adopté pour l'élaboration de cette Politique est fondé sur une approche globale et intersectorielle, basée sur les droits sous-tendus par la Constitution qui consacre dans son préambule la primauté des conventions internationales des Droits de l'enfant ratifiées par le Maroc et mettant en perspective toutes les étapes du cycle de vie.

2.1 Une approche fondée sur les droits, équitable mettant en perspective toutes les étapes du cycle de vie

Le concept « enfant », tel que défini par la Convention, englobe toutes les phases de développement allant de la conception à 18 ans.

Le droit des enfants à la santé est le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de se développer au maximum de leur potentiel.

De ce fait, il est un droit global qui intègre :

- Non seulement les services appropriés de prévention, de promotion de la santé et de réadaptation et les services curatifs et palliatifs assurés en temps voulu ;
- Mais aussi le droit pour l'enfant de grandir et de se développer au maximum de son potentiel et de vivre dans des conditions qui lui permettent de jouir du meilleur état de santé possible, grâce à la mise en œuvre de programmes qui portent sur les déterminants fondamentaux de la santé.

Une approche de la santé fondée sur les droits est une approche globale, systémique, intégrée, inter et plurisectorielle, centrée sur l'enfant, qui prend en compte la pluri-dimensionnalité de la santé de l'enfant. En effet, elle :

- Est centrée sur la santé et non pas uniquement sur les soins ;
- Prend en compte les déterminants sociaux de la santé qui interfèrent avec l'accès des enfants à leur droit à la santé ;
- Accorde une attention particulière aux enfants vulnérables ou marginalisés ;
- Repose sur un système de santé équitable et efficient.

2.2 Une approche intersectorielle instaurée par le cadre des ODD

Les objectifs de développement durable, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2015 constituent un cadre programmatique approprié pour orienter la politique de santé de l'enfant au Maroc.

La nature intégrée des ODD exige une nouvelle manière de faire, loin des programmes conçus en « silos » pour s'orienter vers une action partagée et multidimensionnelle afin d'influer sur les facteurs sous-jacents qui déterminent la santé et le bien-être des communautés. Les ODD⁵ représentent désormais de nouvelles exigences pour les États et fournissent également une précieuse plateforme de plaidoyer et d'action, afin de :

- Réduire l'exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé ;
- Intégrer la santé dans tous les politiques ;
- Organiser les services de santé autour des besoins et des attentes des populations ;
- Instaurer une collaboration intersectorielle ;
- Renforcer la participation des acteurs concernés et des communautés.

En effet, la préservation et la promotion de la santé, du développement et du bien-être tout au

⁵ [org/sustainabledevelopment/fr/health/](http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/) <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>

World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.

Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries.

Stenberg, Karin et al. (2017) The Lancet Global Health, 5 (9), pp. e875-e887.

long de la vie nécessitent la mise en oeuvre d'interventions de plusieurs secteurs, ainsi qu'un environnement politique favorable et une coordination intersectorielle et de financement.

La santé de l'enfant est pluridimensionnelle et ne relève pas exclusivement du secteur sanitaire. Elle s'inscrit dans un large éventail de disciplines et de domaines d'intervention interdépendants les uns des autres (social, éducation, protection, ...).

Cela exige l'adoption d'une approche holistique qui implique divers acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, chacun selon ses missions. Afin d'assurer une cohérence et une synergie des actions et des financements, pour qu'ils contribuent à la réalisation d'objectifs communs, ils doivent faire l'objet d'un haut niveau de coordination. Cette complémentarité des acteurs et de leurs services doit être adossée à un système de référence.

Le Ministère de la Santé, ayant des missions de soins et ses partenaires ayant des missions relatives aux autres déterminants de la Santé, tiendront compte des besoins en santé et développement des enfants, en adoptant une approche intégrée, décloisonnée et continue, prenant en compte les spécificités psychosociales des enfants, en fonction de leur âge et phase de développement.

3. PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA POLITIQUE : UN PROCESSUS MOBILISATEUR ET PARTICIPATIF

L'élaboration de cette Politique a été réalisée selon une approche basée sur les « droits humains » et « l'équité » et a intégré les normes, standards et principes des droits internationaux tout au long du processus.

Le présent document s'appuie sur l'analyse des résultats issus de la revue documentaire et des consultations des divers acteurs, ayants droits et obligataires de la santé de l'enfant. Des consultations des enfants, familles et communautés, sous formes de « focus groups », ont également été réalisées afin de prendre en compte leurs avis et propositions.

Le processus d'élaboration participative et concertée de la Politique s'est déroulé en plusieurs étapes. Il a consisté en une mobilisation des acteurs concernés pour dresser l'état des lieux de la santé de l'enfant au Maroc, construire une vision commune pour rehausser son niveau et fixer les priorités et les objectifs stratégiques de cette amélioration.

L'approche participative adoptée qui a impliqué, tant au niveau central que territorial, les acteurs (publics, privés, associatifs) intervenant dans le domaine de la santé de l'enfant et dans ses déterminants sociaux, (publics, privés, associatifs, départements gouvernementaux tels que Justice, Habous, Entraide Nationale, Jeunesse et Sports, Solidarité/ Développement Social/ Égalité/ Famille, Éducation,...), a permis de :

- Adopter un cadre référentiel et conceptuel commun basé sur une approche systémique, intégrée et centrée sur les droits des enfants ;
- Enrichir les constats issus de l'analyse de la situation en matière de santé de l'enfant et sa place dans le système de santé marocain ;
- Élaborer de manière concertée la vision et les orientations de la Politique.

Une étape charnière et novatrice de ce processus d'élaboration a consisté en la consultation des enfants, des familles et des communautés au niveau de 20 localités rurales et urbaines du Maroc relevant de certaines régions (Agadir, Azilal, Beni Mellal, Casablanca, Al Hoceima, Mohammedia, Errachidia, Essaouira, Fès, Fkih Ben Salah, Imintanoute, Khénifra, Marrakech, Meknès, Ouarzazate, Oujda, Rabat, Safi, Taroudant et Tétouan)⁶. Cela a permis de recueillir les propositions et avis relatifs aux problèmes de santé de l'enfant, à son accès aux services de santé et aux actions prioritaires

⁶ Rapport de la consultation auprès des enfants (menée conformément aux normes internationales et aux pratiques relatives à la participation des enfants), familles et des communautés. Les critères préétablis pour le choix des localités et des participants répondent à une méthodologie qualitative.

pour lui permettre de réaliser pleinement son potentiel en matière de santé et de développement. Cette consultation était effectuée auprès de :

- 633 enfants âgés de 12 à 18 ans (312 filles et 321 garçons), incluant : enfants sains et enfants malades ; enfants scolarisés et non scolarisés ; enfants vivant dans les milieux rural, urbain et périurbain ; enfants vulnérables (en situation de handicap, orphelins, abandonnés, placés en institution, migrants, victimes de violence et d'exploitation, ainsi que des travailleuses domestiques) et représentants de réseaux d'enfants et de jeunes ;
- 571 membres de familles et de communautés (457 femmes et 114 hommes) : familles et communautés rurales, urbaines et péri-urbaines ; familles élargies et monoparentales (mères célibataires et mères divorcées) ; parents d'enfants malades et d'enfants sains ; familles pauvres ; parents d'enfants présentant un handicap ; familles et communautés migrantes et représentants d'organisations communautaires et d'associations locales.

Toutes les contributions émanant de ce processus participatif ont été prises en compte dans l'élaboration du document de Politique. Ce document a fait l'objet d'une présentation et de discussion dans le cadre du comité technique, des ateliers régionaux multisectoriels (Agadir et Fès), du comité de pilotage et d'un atelier national intersectoriel.

4. ÉTAT DE LA SANTÉ DE L'ENFANT AU MAROC : PRINCIPAUX CONSTATS

L'analyse de la situation a permis de dresser un état des lieux approfondi de la santé de l'enfant de 0 à 18 ans au Maroc. Une attention particulière a été accordée aux facteurs d'inégalité qui entravent la réalisation du droit à la santé dans toutes ses dimensions. À l'issue de cette analyse, les principaux constats et enjeux ont été partagés avec tous les acteurs clés tant au niveau central que territorial, révisés et validés.

4.1 Profil sanitaire marqué par une double transition

Au Maroc, grâce aux efforts déployés, l'état de santé de la population s'est nettement amélioré au cours des dernières années comme en témoigne l'espérance de vie à la naissance, passée de 71,1 années en 2004 à 75,9 années en 2016⁷. Cette situation traduit aussi bien l'amélioration des conditions de vie de la population qu'un meilleur accès aux soins de santé.

Le profil global de la santé est marqué par :

- **Une transition démographique** : En 2014⁸, les enfants de 0 à 18 ans représentent le tiers de la population totale soit plus de 11 millions. La fécondité a chuté à 2,2 enfants par femme, cette tendance à la baisse devant se poursuivre pour atteindre le taux de remplacement (1,95 en 2030). Ainsi, l'effectif des jeunes (de 0 à 15 ans) baisserait en passant de 9,5 millions en 2005 à près de 8,5 millions en 2030 et leur poids démographique diminuerait de 28,2% à environ 21,7%.
- **Une transition épidémiologique**, marquée par une baisse des maladies transmissibles et une charge croissante de maladies non transmissibles dues principalement aux facteurs de risque comportementaux tels que le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation mal équilibrée et l'usage nocif de l'alcool avec une émergence des pathologies liées à la surcharge pondérale et l'obésité chez l'enfant⁹.

4.2 Acquis notables à consolider

7 HCP : Indicateurs sociaux, Édition 2018.

8 Recensement général de la population et de l'habitat de 2014.

9 Enquête GSHS de 2010 réalisée par le MEN en collaboration avec le MS (Global Schoolbased Student Health Survey). qui montre que le surpoids chez les élèves âgés de 13 à 15 ans est de 14.6% et l'obésité est de 2.8%.

En ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, grâce aux efforts soutenus du MS, des progrès considérables ont été accomplis, comme en témoignent les résultats l'Enquête Nationale de la Population et Santé Familiale (2018) :

- Réduction de 35% du ratio de la mortalité maternelle entre 2010 (112 décès pour 100 000 naissances vivantes) et 2018 (72,6 décès pour 100 000 NV) ;
- Réduction de 27% du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, entre 2011 (30,5 décès pour 1 000 NV) et 2018 (22,16 décès pour 1000 NV) ; le taux de mortalité infantile est passé de 28,8 décès à 18,0 pour 1000 NV, soit une réduction de 38% et celui de la mortalité néonatale de 21,7 à 13,56 pour 1 000 NV en 2018, soit une réduction de 38%. Cependant, il persiste une lourde charge de mortalité et morbidité néonatales avec une inégalité dans l'accès aux soins entre milieux urbain et rural. En contrepartie on note une réduction des écarts de mortalité entre le rural et l'urbain, notamment pour la mortalité infantile (10 points en 2011 contre 6,7 points en 2018) ;
- Amélioration de la proportion des enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés passant de 87,7% à 91% entre 2011 et 2018 grâce au Programme National d'Immunisation qui a permis une couverture vaccinale équitable et gratuite pour tous les enfants de moins de 5 ans et toutes les femmes en âge de procréation ;
- Amélioration de la pratique de l'allaitement maternel exclusif : 27,8% en 2011 contre 35% en 2018.

D'autres acquis notables sont à relever tels que :

- La maîtrise des maladies transmissibles avec une réduction de leur charge de morbidité de 33% à 18% et une inversion de la tendance de l'infection par le VIH depuis l'an 2000;
- L'amélioration de l'offre et de l'accès aux soins : la nette progression de la capacité litière hospitalière grâce à 2 440 lits supplémentaires suite à la mise en service de 14 nouveaux hôpitaux publics (1 880 lits) et un nouveau CHU à Oujda (560 lits) ; le nombre d'établissements des soins de santé primaires est passé de 2 138 en 1999 à 2 865 en 2016¹¹ puis à 2 888¹² en 2019 et le nombre de médecins qui atteint 11 232¹³ dans le secteur public contre 12 142 dans le privé ; le renforcement de l'accès aux médicaments et dispositifs médicaux, grâce à la baisse des prix de plus de 3 600 spécialités des médicaments et de dispositifs médicaux et l'amélioration du taux de recours au générique (39% actuellement contre 30% en 2012) ; l'introduction de nouvelles interventions efficaces et d'approches de gestion de la qualité des soins tels que SONU, audits des décès néonataux, audit des maternités, concours qualité, approches de gestion axée sur les résultats et performances, etc.
- L'amélioration de la couverture maladie : concernant l'Assurance Maladie Obligatoire¹³, la population couverte en 2015 est de 8,7 Millions de bénéficiaires avec une évolution annuelle moyenne de 6,2% entre 2006 et 2015. La population bénéficiant du RAMED a atteint 11 459 199 personnes à fin août 2017 (soit 4 608 443 foyers) dont seulement 7 210 911 disposent d'une carte active leur donnant accès aux soins et le taux de renouvellement d'éligibilité n'est que de 44% ; l'extension de la couverture sanitaire universelle a permis l'amélioration de la protection financière par la baisse des dépenses directes des ménages RAMEDistes (38%) et la baisse des dépenses globales des ménages en santé (6%). Cette extension s'est renforcée en 2016 avec la couverture des indépendants (loi 98-15) et des étudiants (décret 2-15-657).
- L'apport du secteur médical privé est important surtout dans le domaine curatif. Les effectifs des médecins en général et des spécialistes, dont les spécialités pédiatriques, sont de plus en plus importants dans le secteur privé. Mais le défi est de mettre en place un processus qui utilise les ressources du secteur privé, en collaboration avec le secteur public, d'une manière équitable et durable.
- La mobilisation et l'engagement d'acteurs stratégiques tels que **la Fondation Mohammed V** pour

11 Haut-Commissariat au Plan, 2016.

12 MS/santé.gov.ma, carte sanitaire, janvier 2018.

13 Agence Nationale de l'Assurance Maladie, Rapport d'activités, 2016. prétendante

la solidarité a contribué à construire et à équiper des centres de santé, des hôpitaux et des centres de prise en charge médico-sociale des addictions et de rééducation des personnes présentant un handicap. Grâce à l'appui soutenu de **l'Observatoire National des Droits de l'Enfant**, présidé par SAR la Princesse Lalla Meryem, le Maroc a réalisé des progrès en matière de lutte contre les maladies évitables par la vaccination comme l'atteste la certification de l'élimination du Tétanos néonatal en 2002 et le contrôle d'autres maladies telle que la Diphtérie. D'importantes avancées ont été réalisées en matière de prise en charge du cancer, en partenariat avec la **Fondation Lalla Salma** de lutte contre le cancer, avec la création de centres d'oncologie pédiatrique. **Dans le cadre de L'Initiative Nationale pour le Développement Humain**, l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables a été renforcé grâce à l'acquisition d'ambulances, d'unités médicales mobiles et d'autres équipements, la construction et équipements de salles d'accouchements et de Dar Al Oumouma, de logements de personnel de santé et la mise en service de centres de santé.

- **La coopération internationale** constitue un soutien indéniable au développement sanitaire au Maroc. Elle offre actuellement des opportunités nombreuses pour la contribution au développement du secteur de la santé. Cependant, elle doit s'inscrire davantage dans le cadre d'une stratégie globale de développement et aussi la gouvernance du système national de santé. Par ailleurs, pour rendre l'aide plus efficace, un partenariat structuré, avec des mécanismes clairs de coordination et de collaboration tel le Plan Cadre des Nations Unies d'Aide au Développement au Maroc, reste essentiel. Concrètement, le montant total de l'appui direct des partenaires techniques et financiers a atteint 323 Millions de Dirhams en 2013¹⁴. La part de cet appui dans la dépense totale de santé est de 0,6%. La coopération multilatérale continue d'être la principale source de contribution de la coopération internationale avec 62,3% du montant global.

Il est à rappeler en outre que le MS a mis en œuvre au cours des dernières décennies plusieurs plans et stratégies avec production de guides et supports sur les normes et standards de qualité des soins et des services, et interventions à fort impact et à faible coût. Par ailleurs, des mécanismes et outils de suivi-évaluation ont été mis en place (institutionnalisation des Task forces régionales mère-enfant, audit clinique de la mortinaissance et des décès néonataux et surveillance des décès maternels). Afin d'asseoir la qualité des soins et services, le MS a lancé le processus de certification des unités de soins, le concours qualité et l'accréditation des structures hospitalières de prise en charge. Dans le même sens, des manuels de formation et de renforcement des compétences professionnelles ont été élaborés, etc. En vue de répondre aux priorités nationales émergentes, de nouveaux programmes et plans ont été mis en place, comme par exemple :

- Le Programme national de prise en charge des femmes et enfants victimes de violences ;
- Le Plan stratégique national sur la santé et la migration 2017-2021 ;
- Programme de dépistage néonatal de l'hypothyroïdie congénitale ;
- Plan National de Riposte contre les Bronchiolites Virales Aigues du nourrisson ;
- Programme National de Nutrition ;
- Plan Opérationnel de Prévention et de Contrôle de l'Obésité et du Surpoids, etc.

Les activités inscrites dans ces différents plans et stratégies constitueront le maillon fort des orientations de cette politique. En fait, la PNISE s'articule sur l'intégration des différentes composantes des stratégies et programmes verticaux disponibles dans une approche globale et systémique, permettant à l'enfant d'avoir un développement harmonieux, de préserver son capital santé et jouir de son bien-être.

14 Ministère de la Santé : Comptes Nationaux de la Santé 2015.

Par ailleurs, le MS s'est engagé fortement dans la mobilisation des ressources :

- Les années 90 ont été marquées par une augmentation notable des effectifs des professionnels de santé avec ciblage des régions sous-couvertes. À partir de 2008, l'accent a été mis sur le recrutement accru de sages-femmes et de médecins spécialistes avec un important effort de formation continue et d'innovations pour assurer la qualité et la continuité des services. Il y a eu également des réformes des études médicales et paramédicales (ISPITS) avec la création de nouvelles filières (santé de famille et communautaire, infirmiers option soins néonataux et pédiatriques par exemple). En 2017¹⁵, pour le secteur public, le ratio habitants par médecin était de 3114, le ratio habitants par infirmier était de 1 179 contre 3 103 habitants par médecin et 1 120 par infirmier en 2019.¹⁵
- En plus du développement de l'infrastructure hospitalière (le ratio habitants par lit est de 1 381 dans le public et 999 pour l'ensemble des secteurs en 2017) et de l'amélioration de l'offre en matière de SSP (le ratio du nombre d'habitants par ESSP est de 12 238), les investissements importants consentis pour l'acquisition de matériels et d'équipements (SAMU OR, moyens de transport et d'évacuation y compris aérienne, technologie biomédicale, technologie d'information et communication) ont permis d'améliorer la qualité de prise en charge des enfants.
- Sur le plan financier, d'après les comptes nationaux de la santé de 2015, la dépense totale de santé a connu une évolution annuelle de 3% entre 2010 et 2013 contre 12% entre 2006 et 2010. La dépense en santé par personne a enregistré une faible évolution de 2% entre 2010 et 2013 contre 11% entre 2006 et 2013.
- En 2013, la dépense totale de santé a atteint 52 Milliards de Dirhams, soit une dépense de santé moyenne de 1578 Dirhams par habitant. Elle représente 5,8% du PIB en 2013 contre 6,2% en 2010. Cette part représente un niveau inférieur à celui de la moyenne des 194 pays membres de l'OMS qui est de 6,5% et reste dans un niveau bien au-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE (8,9%). La classification fonctionnelle laisse apparaître une prépondérance de l'orientation des dépenses vers les soins ambulatoires pour lesquels le système national de santé consacre 38% de ses dépenses en 2013, contre 29,4% en 2010. La part du budget de l'État accordée à la santé en 2013 a atteint 12,4 Milliards de Dirhams (avant d'appliquer les mesures restrictives), soit 375 Dirhams par habitant, ce qui représente 4,8% du budget général de l'État et 1,4% du PIB¹⁶. Une ventilation du budget d'investissement (BI) du MS au titre de 2015 révèle l'importance accordée au programme budgétaire 702¹⁷ qui a bénéficié de près de 31% de ce BI, soit environ 467,4 millions de DH. L'immunisation et la nutrition totalisent à elles seules plus de 26% du BI du MS et 84,6% du budget alloué au programme 702. Dans le cadre de ce même programme, une ligne budgétaire de 32,7 millions de DH a été réservée à la couverture sanitaire mobile dans les zones rurales et enclavées.

4.3 Inégalités persistantes

Malgré ces évolutions favorables, des déficits persistent sources d'inégalités, notamment :

- La mortalité néonatale qui reste élevée en milieu rural (16,3 p. mille) à cause des contraintes liées aux conditions de l'accouchement et de la prise en charge néonatale notamment dans les zones enclavées ; 25,8% des femmes enceintes en milieu rural accouchent sans assistance qualifiée (ENPSF 2018) ;
- En matière de nutrition : le retard de croissance touche 20,5% des enfants âgés de moins de 5 ans dans le milieu rural (ENPSF 2018) ; la carence en iode dans sa forme sévère concerne les enfants des régions montagneuses¹⁸ ;

15 Ministère de la Santé : <http://cartesanitaire.sante.gov.ma>, 2019.

16 Ministère de la Santé : Comptes nationaux de la santé, Édition 2015, année 2017.

17 Le programme 702 fait partie des six programmes budgétaires du MS et porte sur la santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, des jeunes et des populations à besoins spécifiques.

18 En milieu rural, une étude longitudinale à Asilah chez des enfants de 7 à 9 ans a montré une prévalence de carence de 49% publiée en 2016 et en milieu urbain aussi des études ponctuelles chez des enfants de 8 à 13 ans présentent aussi des prévalences de carences en iode de 43% en 2018.

- En matière de développement de la petite enfance, les stimulations et soins parentaux sont peu pratiqués alors qu'ils constituent des facteurs essentiels du développement physique, social, émotionnel et cognitif de l'enfant : la part des enfants ayant des activités de développement ne dépasse pas les 34%¹⁹.

Ces inégalités relèvent de plusieurs facteurs :

1. Le secteur de la santé :

- **Une offre de services de santé quantitativement et qualitativement insuffisante** : l'accès aux ESSP demeure excessivement difficile pour près de 24% de la population, du fait d'une répartition géographique inégale des structures de soins et des ressources humaines et de problèmes d'enclavement, d'offre de transport et de dysfonctionnements du système d'évacuation sanitaire²⁰. L'offre sanitaire est principalement orientée vers les périodes dites de vulnérabilité (grossesse, naissance et petite enfance) et, dans une moindre mesure, à l'adolescence, pour la prévention et la prise en charge des comportements à risque. Les interventions en santé restent dominées par une logique curative et ne couvrent que partiellement les dimensions sociales de la maladie, sans prendre en compte les aspects de développement des enfants. En outre, les activités intégrées de communication pour le développement et d'éducation (éducation thérapeutique, éducation parentale) restent insuffisantes et ne s'inscrivent pas dans la durée. Les plans d'action prioritaires connaissent des difficultés de mise en œuvre du fait de l'insuffisance d'implication effective des acteurs de terrain et du faible niveau d'appropriation, de l'insuffisance de mesures et de moyens d'accompagnement, notamment la disponibilité des ressources financières et humaines et l'insuffisance de suivi-évaluation régulier de leur mise en œuvre.
- **Un accès à des soins et services de santé en-deçà des attentes**, notamment dans les zones rurales et enclavées. En effet, les enfants, familles et communautés consultés dans le cadre de l'élaboration de cette Politique ont fortement souligné : l'insuffisance de la disponibilité et de l'accessibilité (géographique et économique) des services de santé ; la lenteur des procédures d'accès et de renouvellement du RAMED ; le manque de disponibilité de médicaments et d'équipements médicaux ; la faible qualité de l'accueil et de l'humanisation de soins ainsi que la difficulté d'accès à l'information. La part des dépenses directes des ménages reste élevée (50,7% en 2013).
- **Des contraintes et faiblesses liées à la gouvernance du système de santé** :
 - La pénurie en ressources humaines reste alarmante (la densité des professionnels de santé, actuellement de 1,51 prestataires de soins pour 1.000 habitants devrait selon l'OMS être portée à 4,45 pour 1.000 à l'horizon 2021 pour espérer parvenir à la couverture sanitaire adéquate et renforcer ainsi la résilience du système national de santé).
 - La faiblesse du budget alloué à la santé demeure combinée à la pauvreté d'une partie de la population et à une couverture maladie encore insuffisante. Cette faiblesse affecte l'accès et la qualité des soins dans un certain nombre de situations et pour certains types de soins (néonatalogie, urgences, maladies chroniques...) et ne permet pas d'avoir les intrants nécessaires (RH, infrastructures, équipements, médicaments...).
 - Les plans d'action prioritaires connaissent des difficultés de mise en œuvre du fait de l'insuffisance d'implication effective des acteurs de terrain et du faible niveau d'appropriation, de l'insuffisance de mesures et de moyens d'accompagnement, notamment la disponibilité des ressources financières et humaines et l'insuffisance de suivi-évaluation régulier de leur mise en œuvre.
 - Le **système d'information** ne permet pas de disposer de données désagrégées relatives à la santé et au développement des enfants de 0 à 18 ans, notamment au niveau local, alors que

19 Banque Mondiale : Le Maroc à l'horizon 2040 : Investir dans le capital immatériel pour accélérer l'émergence économique, 2017.

20 Conseil Économique, Social et Environnemental : les soins de santé de base : vers un accès équitable et généralisé, 2013.

ces données, tant sur les prévalences de certaines maladies ou troubles du développement que sur les principaux déterminants sources d'iniquités, sont indispensables pour mettre en place des programmes appropriés de dépistage, de prévention et de prise en charge socio-sanitaire. Les données épidémiologiques propres à l'enfant au-delà de 5 ans sont très insuffisantes. Cependant, le MS a lancé un grand chantier lié à l'urbanisation du système d'information permettant ainsi la génération et l'exploitation des données émanant du système de routine.

- **Une très faible utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication**, ne profitant pas de l'énorme potentiel qu'offrent ces TIC pour améliorer la qualité des services de santé, la réduction des coûts, l'information du public, la communication interne au MS, la formation du personnel, la communication avec les partenaires et le soutien du système de santé au développement de la recherche.

Le système sanitaire marocain en matière de santé des enfants reste aujourd'hui principalement orienté vers les périodes et situations dites de vulnérabilité et reste dominées par une logique médicale et curative. L'organisation verticale et programmatique du secteur de la santé publique, ne permet pas d'adopter une approche transversale et intégrée de la santé de l'enfant dans sa dimension cycle de vie. Le processus de « régionalisation » n'est pas encore pleinement effectif : la création de directions régionales sanitaires, ayant en principe un rôle de coordination et de planification stratégique, n'a pas été accompagnée d'un transfert suffisant de moyens, de responsabilités et de compétences.

De plus les stratégies sectorielles sont peu adaptées aux besoins de nombreuses catégories d'enfants vulnérables, qui du fait de leur statut, sont souvent hors de portée des services auxquels ils ont droit, comme la protection, les soins médicaux et l'éducation. Il s'agit en particulier : des enfants non enregistrés à la naissance ; des enfants abandonnés ; des enfants vivant et/ou travaillant dans les rues ; des enfants travailleurs, et notamment les filles domestiques ; des enfants migrants isolés ; des enfants handicapés ; des enfants placés en détention ou dans des institutions non régies par des normes et non soumises à une supervision et à un contrôle suffisants.²¹

2. Les déterminants sociaux de la santé de l'enfant.

Ces éléments restent trop peu documentés et insuffisamment pris en compte dans les stratégies de santé et celles des autres départements concernés (MSDSEF, Éducation, Habitat, Emploi, Transport, Eau, Environnement, Équipement, Justice, Intérieur, ...) :

- **Pauvreté** : selon le HCP²², entre 2001 et 2014, l'évolution de la pauvreté monétaire a été marquée par une tendance générale à la baisse, tout en restant plus concentrée en milieu rural. Au niveau national, l'incidence de la pauvreté est passée de 15,3% en 2001 à 4,8% en 2014. Cependant le poids de la pauvreté est aggravé par le taux de dépenses directes des soins par les ménages qui reste élevé et qui creuse les inégalités et expose les ménages à des risques élevés de catastrophe financière et d'appauvrissement ; il est dû principalement à une couverture maladie encore insuffisante : malgré la mise en œuvre du RAMED, 46% d'enfants (15-17 ans) et 53% (0-4 ans) sont privés d'une assurance médicale de base, et exposés au risque de ne pas recevoir des soins de santé adéquats en cas de nécessité²³ ;
- La faible protection sociale des populations pauvres et vulnérables avec des politiques encore très insuffisantes de soutien familial et d'appui à la parentalité ;
- L'insalubrité : selon le HCP²⁴, 5,2% des logements en urbain et 3,1% en rural sont de type sommaire ou bidonville. D'après l'ENPSF-2018, la proportion des individus utilisant une source d'eau améliorée est de 93,5% en milieu urbain contre 77,4% en milieu rural ; la proportion des individus utilisant une installation sanitaire améliorée atteint 99,8% en urbain et 89,9% en rural. À

21 Document de Politique Publique de Protection Intégrée des Enfants au Maroc, 2015. Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille.

22 HCP : Pauvreté et prospérité partagée au Maroc du troisième millénaire, 2001 – 2014.

23 Observatoire National du Développement Humain (ONDH), MSDSEF et UNICEF : étude sur la pauvreté multidimensionnelle des enfants au Maroc, 2017.

noter que pour le HCP, la proportion des ménages ruraux ayant accès à un assainissement liquide amélioré n'était que de 51,2% en 2014 ;

- L'analphabétisme touche plus de 3 personnes sur 10, affectant principalement le milieu rural (49,2% de la population rurale contre 26,4% pour la population urbaine) et la population féminine (41,9% contre 22,1% pour la population masculine)²⁵ ;
- L'accès faible à l'enseignement préscolaire : selon une évaluation conduite par le MEN²⁶, environ 40% des enfants de 4-5 ans, soit 458.000, ne fréquentaient aucun établissement préscolaire en 2012-2013 ;
- Le taux élevé de décrochage scolaire : le nombre d'élèves ayant fini leur parcours scolaire a enregistré un recul important, passant de 37,5% à 30% entre les années scolaires 2011-2012 et 2014-2015 ;
- L'accès difficile aux services de protection, d'éducation et de santé pour les enfants présentant un handicap (60,8% des personnes en situation de handicap ont des difficultés d'accès aux services de santé et 65,9% ne bénéficient d'aucun régime d'assurance maladie)²⁷ ainsi que pour les enfants migrants ou réfugiés, les enfants travailleurs, les enfants en situation de rue, ... ;
- La persistance de discriminations liées au genre, sous tendant la violence à l'égard des femmes et des filles et le mariage précoce des filles ;
- Malgré la loi rendant obligatoire la déclaration des enfants à la naissance, 3,9% des enfants ne sont pas enregistrés à l'état-civil²⁸ ;
- Les comportements nuisibles à la santé (comportement alimentaire, sédentarité, addictions) et l'accès insuffisant des populations aux informations sur les pratiques essentielles favorables à la santé de la mère et de l'enfant ;
- L'augmentation de l'exposition à la pollution atmosphérique et aux pesticides, les problèmes de sécurité routière, etc.

L'action sur les principaux **déterminants sociaux de la santé** de l'enfant nécessite l'adoption d'une démarche intégrée et multisectorielle, tant au niveau central que territorial. Un environnement favorisant la santé et le développement de l'enfant doit s'ancrer dans le cadre d'interventions portant sur le contexte social et environnemental dans lequel l'enfant vit et évolue.

24 HCP : les indicateurs sociaux du Maroc, Édition 2018.

25 HCP : Recensement de 2014.

26 MEN : Diagnostic et évaluation de l'état actuel du préscolaire, 2014.

27 Ministère de la Santé : couverture sanitaire des personnes en situation de handicap : état des lieux et perspectives, Journée Mondiale de la Santé, 19 avril 2018.

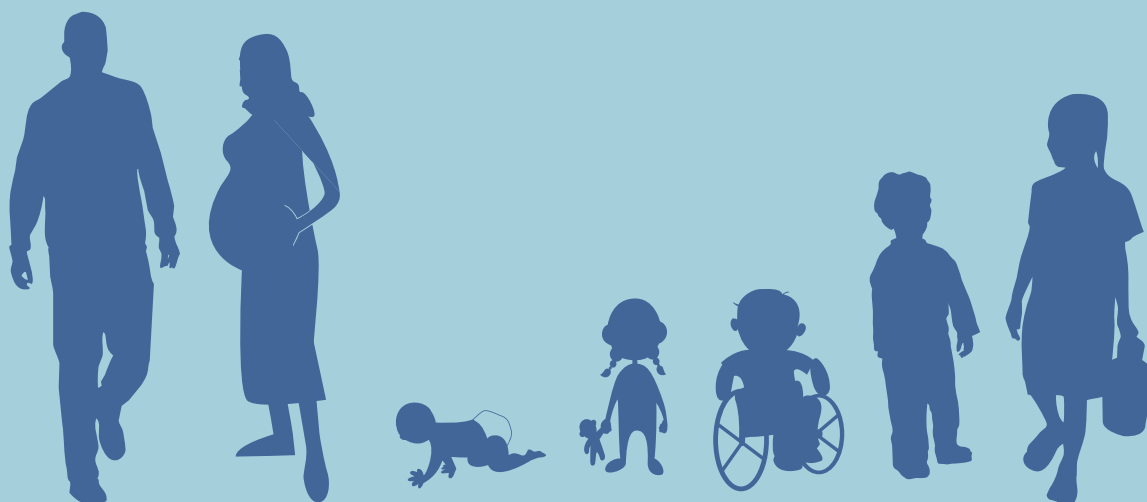
28 Ministère de la Santé, Enquête Nationale sur la Population et la Santé de la Famille, 2018.

POLITIQUE NATIONALE INTÉGRÉE DE LA SANTÉ DE L'ENFANT À L'HORIZON 2030

Vision et Objectifs

Orientations

Modalités de mise en œuvre



L'élaboration de cette Politique a pris en compte les acquis à consolider et les défis et enjeux à relever, reconnaissant que :

- L'état de santé de l'enfant conditionne pour une large part les indicateurs sanitaires de la population adulte, pouvant entraîner des cycles intergénérationnels négatifs et impactant le développement humain et durable ainsi que la croissance du pays ;
- La dimension globale de la santé de l'enfant relève d'une action collective médicale et socioculturelle et doit reposer sur les principes suivants qui relèvent d'une volonté politique :
 - Un système de santé axé sur la personne et des capacités renforcées en matière de santé pour assurer aux enfants une meilleure santé et un meilleur développement ; ainsi, une culture commune centrée sur l'enfant et son environnement, son développement et son bien-être doit être le socle ;
 - La prise en compte de tout le cycle de vie de l'enfant (de la naissance à 18 ans) afin de lui permettre de réaliser pleinement et de façon équitable son potentiel en matière de santé, de développement et de bien-être ;
 - Un financement soutenu et durable ;
 - L'adoption d'une action intersectorielle synergique et complémentaire pour agir durablement et efficacement sur les déterminants sociaux et les inégalités concernant les enfants ainsi que leurs parents et les personnes qui s'occupent d'eux ;
 - Une formation de base et continue mieux adaptée et, si possible, interdisciplinaire ;
 - Le développement de la recherche dans le domaine biomédical et celui des sciences humaines et sociales ; et
 - La démocratie sanitaire participative.

Les fondements, les principes directeurs, la vision, les objectifs ainsi que les orientations de cette Politique, sont le fruit d'un processus participatif ayant mobilisé différents acteurs intervenant dans le domaine de la santé de l'enfant et de ses déterminants sociaux ainsi qu'une consultation des enfants, des familles et des communautés.

Telle qu'elle est conçue, la PNISE s'articule avec les **politiques nationales et les stratégies sectorielles en cours de mise en oeuvre dans une optique de synergie, de complémentarité, de capitalisation et de mutualisation.**

5. VISION ET OBJECTIFS

5.1 Vision

Cette Politique aspire à ce que tous les enfants qui naissent et/ou grandissent au Maroc puissent jouir du meilleur état de santé possible, du bien-être et se développer au maximum de leur potentiel, afin de devenir des adultes qui contribuent de façon positive au développement de la Nation.

5.2 Objectifs

- Garantir aux enfants âgés de 0-18 ans le droit à la santé tel que défini dans la Constitution ;
- Permettre aux enfants de bénéficier d'un développement optimal et de prospérer.

La PNISE permettra au Maroc de disposer d'un cadre d'action global et intersectoriel dont les objectifs spécifiques sont énumérés ci-après :

- Réduire les morbidités et mortalités évitables chez les enfants ;
- Avoir un accès équitable à des services de santé de qualité ;
- Agir sur les déterminants sociaux de la santé facteurs d'inégalités à l'égard des enfants ;
- Renforcer et mettre en place des systèmes territoriaux intégrés et multisectoriels d'action en faveur de santé des enfants ;
- Garantir aux enfants un environnement sain ;
- Permettre aux enfants de participer aux décisions concernant leur santé et leur bien-être à travers la promotion de la démocratie sanitaire et participative.

6. LES GRANDES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE NATIONALE INTÉGRÉE DE SANTÉ DE L'ENFANT

Cette Politique repose sur 4 grandes orientations qui visent à guider et à prioriser, pour les prochaines années, les actions de l'ensemble du secteur de la santé dans sa pluralité ainsi que de tous les autres secteurs intervenant sur les déterminants sociaux de la santé de l'enfant.

Les 2 premières grandes orientations sont des leviers politiques traduisant l'engagement du gouvernement, des acteurs et de tous les partenaires intervenant dans la santé de l'enfant :

Orientation 1	La mise en place et l'institutionnalisation par le gouvernement d'un cadre global intersectoriel. Il s'agit là d'un élément structurant, car son principe fondamental repose sur une conception intégrée de la santé de l'enfant dans toutes les politiques, et traduit l'engagement de tous les acteurs et de tous les partenaires intervenant dans la santé de l'enfant.
Orientation 2	Un financement équitable et durable, y inclus la généralisation de la couverture maladie, permettrait de garantir une équité d'accès et la pérennisation des interventions relevant de l'ensemble des secteurs concernés.
Orientation 3	- La mise en place d'un cadre programmatique multisectoriel traduira l'opérationnalisation du cadre global intersectoriel ; - La définition de cibles prioritaires, tout en prenant en compte les interventions sanitaires déjà existantes ou programmées ainsi que les politiques des autres secteurs intervenant sur les déterminants de la santé.

Orientation 4

- La mise en place de plateformes multiservices territoriales qui reposent sur le renforcement : (i) des systèmes de santé territoriaux via l'amélioration de l'offre de soins dans une perspective de prise en charge de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent, mais également en vue d'atténuer les disparités et d'améliorer l'accès aux soins et leur qualité ; le système de santé doit aussi renforcer la protection et la promotion de la santé de l'enfant dans les filières de soins conformément aux dispositions prévues par la loi cadre 34-09 sur la carte sanitaire et l'organisation de l'offre de soins et ; (ii) des autres prestations de service impactant la santé de l'enfant (protection sociale, éducation, eau, assainissement, sécurité routière, transport, logement, environnement, routes, sécurité alimentaire, protection des enfants...).
- Le renforcement de la démocratie sanitaire permettant d'intégrer la participation comme base de droit pour améliorer l'égalité d'accès à la santé, en prenant en compte les attentes des populations. Cette orientation renforcera également l'approche servicielle promue par le Ministère de la Santé.
- La surveillance continue de la santé de l'enfant et de ses déterminants grâce à un système d'information permettant de suivre l'évolution de l'état de santé de l'enfant et de ses déterminants, au niveau national et territorial auprès de l'ensemble des intervenants.

Le schéma ci-dessous illustre la vision, les objectifs, les approches et les grandes orientations de la PNISE :

CADRE GLOBAL DE LA POLITIQUE NATIONALE INTÉGRÉE DE SANTÉ DE L'ENFANT BASÉE SUR LES DROITS À L'HORIZON 2030				
Vision	- Cette Politique aspire à ce que tous les enfants qui naissent et/ou grandissent au Maroc puissent jouir du meilleur état de santé possible, du bien-être et se développer au maximum.			
Objectifs généraux	- Garantir aux enfants âgés de 0-18 ans le droit à la santé tel que défini dans la Constitution ; - Permettre aux enfants de bénéficier d'un développement optimal et de prospérer.			
Objectifs spécifiques	- Réduire les morbidités et mortalités évitables chez les enfants ; - Avoir un accès équitable à des services de santé de qualité ; - Agir sur les déterminants sociaux de la santé.	- Renforcer et mettre en place des systèmes territoriaux intégrés et multisectoriels ; - Garantir aux enfants un environnement sain ; - Permettre aux enfants de participer aux décisions.		
Cadre de référence Approches	- Une approche fondée sur les droits équité, mettant en perspective toutes les étapes du cycle de vie. - Une approche intersectorielle instaurée par le cadre des ODD.			
Orientations	1. Ancrage institutionnel de l'intersectorialité	2. Financement équitable et durable	3. Programmation multi et intersectorielle	4. Gouvernance efficiente et efficace
	- Cadre intersectoriel réglementaire et institutionnel - Coordination intersectorielle centrale et territoriale	- Couverture maladie généralisée (ciblage des plus vulnérables, inclusion des prestations spécifiques enfant) - Budget dédié axé sur les résultats - Mobilisation de ressources additionnelles - Partenariats publics/ privés	- Cadre programmatique multi et intersectoriel - Cibles programmatiques prioritaires	- Renforcement des systèmes de santé et des prestations de services des autres secteurs - Plateformes territoriales multiservices - Démocratie sanitaire participative - Surveillance continue de la santé de l'enfant et de ses déterminants - Recherche - Innovation

Il est à noter que cette PNISE ne peut être envisagée de manière séparée de la politique de santé dans sa globalité. Si de nouvelles manières de faire et des innovations sont nécessaires, elles doivent s'appliquer à des composantes du système de la santé en général. La spécificité de l'enfant est plus visible au niveau des interventions de santé ou de développement de l'enfant selon les différentes périodes du cycle de vie, y compris les ressources et moyens techniques et logistiques et au niveau des indicateurs de suivi de l'état de santé de l'enfant.

6.1 Orientation 1 : Ancrage institutionnel de l'intersectorialité

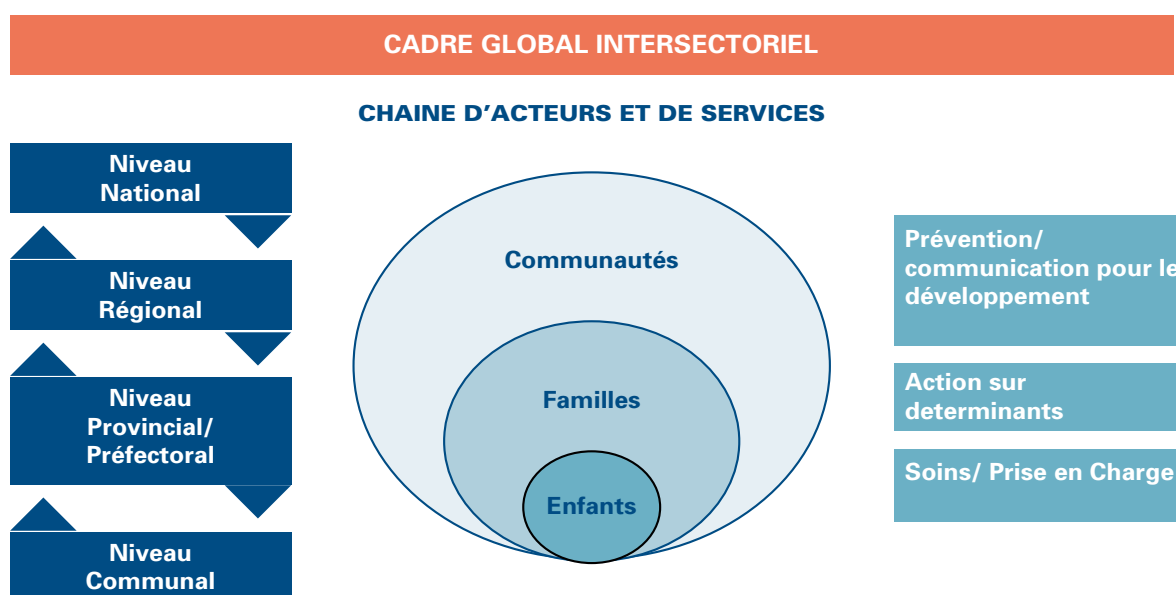
L'amélioration des résultats en matière de santé de l'enfant passe par une prestation intégrée des services qui ne se limite pas au secteur de la santé. Cela impose une approche intersectorielle coordonnée. Ce premier élément structurant pour la PNISE tire son importance de la transversalité et de la priorité que doit avoir l'intégration de la santé, notamment de l'enfant, dans toutes les politiques publiques.

En effet, selon l'OMS, environ 50% des bienfaits pour la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents résultent d'investissements effectués à l'extérieur du secteur de la santé et concernent l'éducation, la nutrition, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la protection sociale et la réduction de la pauvreté, la protection de l'enfance, le travail, les transports et l'énergie.

Le Maroc dispose de plusieurs politiques, stratégies, lois et règlements qui impactent la santé de l'enfant. Néanmoins, tous ces dispositifs restent spécifiques à un secteur ou à un domaine, ne reflétant pas la dimension globale et intersectorielle de la santé de l'enfant.

La mise en place d'un cadre global intersectoriel permettra ainsi au MS d'instaurer une coordination efficace avec les différents secteurs et partenaires afin de prendre conscience et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé de l'enfant. Ce cadre global doit également favoriser l'instauration d'une culture d'intersectorialité reposant sur des actions conjointes plutôt que d'interventions indépendantes. Ainsi, chaque partenaire s'identifiera à travers son mandat et son domaine d'expertise, permettant ainsi une convergence des politiques publiques vers une intégration de la santé dans toutes les politiques.

Cette intersectorialité se situe à quatre niveaux (cf. schéma-dessous) : central, régional, provincial/préfectoral et communal. L'intervention à chaque niveau agira sur l'enfant, la famille et la communauté. Pour chacun de ces niveaux, il sera mis en place des programmes de prévention/éducation à la santé et de prise en charge de la santé (offre de soins et action sur les déterminants de la santé), impliquant, en plus du secteur de la santé, les secteurs intervenant dans le social, l'éducation (y inclus le préscolaire), le transport, l'environnement, l'emploi, l'eau et l'assainissement, l'équipement et les infrastructures, la communication, ...



Les actions prioritaires nécessaires pour institutionnaliser un cadre intersectoriel opérationnel, efficace et durable sont :

6.1.1 Instauration d'un cadre réglementaire institutionnalisant l'intersectorialité

L'adoption d'un décret ou arrêté, permettrait :

- Un ancrage institutionnalisé de l'approche intersectorielle tant au niveau central que territorial ;
- La définition du rôle des principaux secteurs concernés (Santé, Éducation, MSDSEF, Intérieur, Équipement, Transports, Communication/ Médias, Environnement, Eau, Énergie, ...).

Pour ce faire, la **Commission Ministérielle chargée du suivi et de la supervision de la mise en œuvre des politiques et plans d'actions nationaux dédiés aux enfants et à la promotion de leurs droits** s'apprête adéquatement à jouer ce rôle. En effet, il s'agit d'une structure de haut niveau, institutionnalisée par décret publié au bulletin officiel du 19 novembre 2014, constituée de 22 représentants de haut niveau de départements ministériels et de 3 institutions nationales et présidée par le Chef du gouvernement.

En effet, de par sa composition et sa mission, cette commission est l'instance la mieux appropriée à garantir la participation efficace des différents départements concernés, la prise effective des décisions politiques et financières qu'impliquent la mise en œuvre de la Politique ainsi que le maintien de la santé de l'enfant au plus haut niveau des priorités de l'agenda national.

6.1.2 Mise en place de mécanismes de coordination intersectorielle et de redevabilité

La coordination et l'articulation des rôles et des contributions des différents secteurs et acteurs sont primordiales pour le fonctionnement des programmes et services de santé de l'enfant. Il est important d'assurer que toutes ces interventions opèrent en harmonie dans un cadre intégré et systémique, auquel tous les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux contribuent selon leurs responsabilités respectives et capacités complémentaires.

Afin d'assurer une cohérence et une synergie des actions et des financements, pour qu'ils contribuent à la réalisation d'objectifs communs, ils doivent faire l'objet d'un haut niveau de coordination. Cette complémentarité des acteurs et de leurs services doit être adossée à un système de référence définissant les attributions et la contribution de chaque département.

Un des points clés de cette Politique est de définir la forme et le contenu des structures qui en assureront la coordination aux niveaux national et décentralisé. En effet, si les Ministères de la Santé, de l'Éducation, et le MSDSEF, sont des acteurs clés de la santé de l'enfant, en vertu de leurs mandats respectifs, d'autres Ministères jouent un rôle tout aussi important dans la mise en œuvre de cette Politique (Finances, Intérieur, INDH, etc.). Il est important que la structure de pilotage de la Politique ait la capacité de mobiliser et de coordonner le travail de tous ces acteurs de manière harmonieuse.

Sous le pilotage stratégique de la Commission Ministérielle, un Comité exécutif coordonné par le MS, devra être mis en place et aurait la charge de mettre en œuvre les décisions stratégiques et politiques prises par l'instance de pilotage. Ce comité sera composé de représentants (Secrétaires Généraux et/ou Directeurs) nommés par chaque Ministère ou Département.

Ce Comité exécutif qui sera institué par arrêté du Chef du Gouvernement, aura un rôle important dans la consolidation de la coordination entre les différents départements gouvernementaux, afin de mettre en œuvre les décisions stratégiques prises par la Commission Ministérielle. Ce Comité travaillera en étroite concertation avec les organisations de la société civile, le secteur privé, les instances constitutionnelles (Conseil National des Droits de l'Homme, Conseil consultatif de la famille et de l'enfance, Conseil consultatif de la jeunesse et de l'action associative, Haute Instance de la Parité...), les organisations d'enfants/jeunes ainsi que les partenaires internationaux.

Le MS assurera la coordination des travaux de ce comité pour la mise en oeuvre et le suivi de la Politique et élaborera des rapports périodiques sur l'état d'exécution des politiques, des programmes et des plans d'action sectoriels, se rapportant à la santé de l'enfant et contribuant à la mise en oeuvre de la PNISE, qui seront soumis à la commission Ministérielle.

Au niveau territorial, la coordination sera assurée par les services déconcentrés de la santé, en étroite collaboration avec les instances mises en place dans le cadre de la régionalisation avancée : Conseil de Région, Conseil Préfectoral ou Provincial, Conseil Communal. La **task-force régionale** pour la santé de la mère et de l'enfant s'apprête adéquatement à jouer ce rôle.

Des Contrats Programmes axés sur les résultats seraient établis entre les niveaux central et territorial des différents départements concernés, afin de veiller à ce que les plans de développement régional, provincial/préfectoral et communal intègrent la dimension santé de l'enfant.

Dans le cadre de cette approche intersectorielle, la **responsabilité** doit être clairement établie pour chaque acteur qui doit rendre compte sur la mise en oeuvre des interventions qu'il mène en faveur de la santé des enfants. **Pour ce faire, un suivi commun de l'action intersectorielle** sera instauré afin d'évaluer les contributions de chaque secteur et de leur impact sur la santé de l'enfant et sur le degré de réalisation des ODD. **Des rapports annuels de suivi devront être élaborés et rendus publics.**

6.2 Orientation 2 : Financement équitable et durable

Il est important que le gouvernement s'engage à un financement durable pour la mise en oeuvre de cette Politique, à travers les actions prioritaires suivantes :

6.2.1 Mise en place d'une ligne budgétaire spécifique à la santé de l'enfant axée sur les résultats et la performance

Ce budget spécifique à la santé de l'enfant permettra de :

- Mieux suivre les ressources disponibles liées à la santé de l'enfant ;
- Élaborer des mécanismes pour la planification conjointe des dépenses relatives à la santé de l'enfant et/ ou le partage des données sur les allocations budgétaires et les dépenses spécifiques à la santé de l'enfant.

De plus, la mise en place axée sur les résultats et la performance de ce budget alloué à la santé de l'enfant s'inscrit pleinement dans la mise en oeuvre de la réforme de la Loi Organique des Finances (LOF) qui :

- Consacre la gestion budgétaire axée sur les résultats et au service des citoyens privilégiant ainsi la logique des résultats à la logique des moyens ;
- Comprend la refonte de la nomenclature budgétaire²⁹, en passant d'une approche normative des dépenses à une présentation par programme avec une mise en exergue de la dimension régionale ;
- Instaure une démarche de performance : pour chaque programme, des objectifs de performance mesurant l'efficacité socio économique, l'efficience et la qualité de service seront définis ; les Ministères doivent rendre compte de leurs réalisations à travers l'élaboration de leurs rapports de performance qui présentent notamment les éventuels écarts observés par rapport aux engagements et les justifications de ces écarts.

29 Concernant la programmation budgétaire, la nouvelle nomenclature des dépenses telle qu'elle est définie au niveau de la LOF s'articulent autour des éléments suivants : Titre—Chapitre—Programme—Région—Projet/Action. Pour ce qui est de l'exécution budgétaire, la nouvelle nomenclature des dépenses telle qu'elle est définie au niveau de la LOF s'articulent autour des éléments suivants : Titre—Chapitre—Programme—Région—Projet/Action—Ligne.

6.2.2 Généralisation et amélioration de l'accès à la couverture médicale de base

La couverture sanitaire universelle est un objectif primordial du développement des systèmes de santé qui permettra d'assurer des résultats équitables et durables en santé publique.

Dans le cadre des engagements du gouvernement en matière de la protection sociale notamment la couverture maladie de base, une Circulaire annonçant la création d'une commission interministérielle de pilotage de la réforme du système de protection sociale a été émise par le Chef du Gouvernement en 2018. Cette instance aura pour objectif d'étendre la couverture médicale de base en vue de sa généralisation avec une meilleure protection des couches les plus vulnérables et défavorisées de la société ; des commissions thématiques sont instaurées dont le MS préside celle relative à la couverture médicale de base.

Dans le cadre de cette réforme, une attention particulière devra être accordée à la santé et au développement de l'enfant, de la naissance à l'âge de 18 ans, notamment en ce qui concerne :

- Un meilleur suivi des prestations sociales existantes ;
- Le réajustement des paniers de soins spécifiques aux enfants, incluant l'intégration des soins de santé primaires (y compris les services essentiels de prévention primaire et secondaire), le suivi du développement de l'enfant, les dépistages et la mise à jour de la liste des médicaments pédiatriques ;
- La couverture sanitaire des enfants les plus vulnérables, notamment les enfants migrants ;
- Le renforcement de la couverture sanitaire dans le milieu rural et dans le périurbain (unités médicales mobiles, santé familiale, santé communautaire) ;
- La révision des modalités actuelles de gestion du RAMED pour faciliter les procédures d'accès et de renouvellement des cartes ;
- L'appui par les organes de gestion de l'AMO au recouvrement des dépenses du MS relatives aux programmes sanitaires prioritaires, dont bénéficient les plus vulnérables (RAMEDistes et autres).

6.2.3 Mobilisation de financements additionnels et partenariats

Pour ce faire, il faudra :

- Rechercher de nouveaux moyens de générer des recettes nationales pour la santé, tels que : réserver un pourcentage des taxes sur les produits nuisibles à la santé (tabac et l'alcool, boissons sucrées, par exemple) exclusivement au financement de la santé ; inciter le secteur privé à investir dans la santé, directement ou par l'intermédiaire de partenariats avec le MS ou la société civile ;
- Mobiliser des partenariats internationaux comme cela a été clairement stipulé dans l'ODD 17, visant à renforcer le partenariat mondial pour le développement durable, notamment dans le cadre de la coopération Nord-Sud et Sud-Sud et de la coopération triangulaire.

6.3 Orientation 3 : Programmation multi et intersectorielle

Cette Politique se veut globale, systémique, intégrée, inter et plurisectorielle prenant en compte la pluri-dimensionnalité de la santé de l'enfant. En effet, elle :

- S'adresse à tous les enfants de 0-18 ans ainsi qu'à leur environnement (familial et communautaire) ;
- Est centrée sur la santé et non pas uniquement sur les soins ;
- Prend en compte les déterminants sociaux de la santé des enfants qui interfèrent avec l'accès des enfants à leur droit à la santé ;
- Accorde une attention particulière aux enfants vulnérables.

6.3.1 Mise en place d'un cadre programmatique multisectoriel

Ce cadre programmatique multisectoriel définit une série d'actions qui s'inscrivent dans la complémentarité, la synergie, le continuum et le cycle de la vie de l'enfant 0-18 ans, incluant : le développement, le dépistage, l'accès aux soins, la prévention, la promotion, la communication pour le développement ainsi que l'action sur les déterminants de la santé. Ces actions sont détaillées dans l'annexe « interventions multisectorielles à toutes les étapes du développement de l'enfant de la conception à l'âge de 18 ans ».

Les domaines d'intervention multisectoriels identifiés participativement sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Femmes et adolescentes en âge de procréer	Grossesse	Travail et naissance	Période néonatale 0-1 ^{er} mois	Nourrisson 1-24 mois	Enfant de 24-60 mois	Enfant en âge scolaire (5 - 10 ans)	Adolescents (10 - 18 ans)
	1000 premiers jours (Conception à 24 mois)						
Santé sexuelle et génésique	Petite enfance						
Services de santé (prévention, dépistage, prise en charge), stratégie des soins de santé primaires							
Vaccination (Programme National d'Immunisation)							
Nutrition (Stratégie Nationale de la Nutrition, Programme National de Nutrition, Plan de Lutte contre le Surpoids et l'Obésité chez l'enfant, plan d'action national de réduction de la consommation du sel, du sucre et du gras 2017-2021, Stratégie Nationale de Lutte Contre la Carence en Iode)							
Santé communautaire (stratégie nationale d'interventions en santé communautaire)							
Prévention des accidents domestiques							
	Suivi du développement et de l'état de santé (Dossier médical unique informatisé)						
	Soins attentifs (santé, nutrition, protection, sécurité, apprentissage précoce)					Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles (différentes stratégies de lutte contre les maladies).	Santé sexuelle et génésique (stratégie de la santé reproductive)
						Soins stimulants et réactifs	Addictions
						Santé scolaire y compris le préscolaire (stratégie de la santé scolaire et universitaire, stratégie nationale de la santé des adolescents)	
Santé bucco-dentaire							
Accessibilité et soins spécifiques aux enfants ayant un handicap ou un trouble du développement (stratégie nationale de la prévention, détection précoce et réhabilitation de handicap)							
Communication pour le développement : promotion de modes de vie sains, promotion de normes sociales positives, du changement comportemental et social en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, mobilisation sociale, participation et engagement communautaire (Stratégie Nationale de l'Éducation Sanitaire)							
Protection des enfants et des adolescents des dangers de santé liés à l'ère numérique							
Éducation, Préscolaire (Stratégie Nationale de l'Éducation)							
Lutte contre la précarité et la pauvreté							
Protection sociale (INDH, Tayssir, Fonds d'aide, ...)/couverture maladie (CSU)							
Enregistrement à l'état civil (PPIPEM)							
Soutien à la parentalité (PPIPEM)							
Protection des enfants (PPIPEM)							
Prévention de la violence à l'encontre des enfants et des femmes (Programme National de Lutte Contre la Violence à l'égard des Femmes et Enfants)							
Égalité des sexes (Plan Gouvernemental pour l'Égalité : ICRAM)							
Conditions de vie salubres (eau, hygiène, assainissement)							
Désenclavement, transport (Plan de mise à niveau territoriale)							
Sécurité et hygiène alimentaire (ONSSA)							
Réduction de la pollution de l'air (Stratégie Environnement)							
Mobilité et sécurité urbaines (Plan d'aménagement des villes/Collectivités territoriales)							
Sécurité routière (Programme National de Lutte contre les AVP)							
Amélioration de l'accès aux espaces verts (Maroc vert, Plans de développement territoriaux)							

6.3.2 Cibles programmatiques prioritaires

La mise en place de plateformes multisectoriels intégrés doit bénéficier à tous les enfants, de la naissance à l'âge de 18 ans, avec une attention particulière aux enfants vulnérables n'ayant pas un accès équitable à leur droit à la santé, tels que : les enfants vivant dans des territoires enclavés et/ou sous-équipés en infrastructures (eau, assainissement, routes, électricité, logement insalubre) et services sociaux de base (santé, éducation, protection) et les enfants vivant au sein de familles et communautés pauvres ou en situation de précarité ; enfants présentant un handicap et les enfants privés d'environnement familial (placés en institution, enfants en situation de rue, migrants, réfugiés) et mineurs incarcérés.

Lors du processus d'élaboration de cette Politique, la priorité a également été donnée à l'enfant durant les différentes étapes de son développement, de la naissance à l'âge de 18 ans, avec un focus sur deux périodes clés du cycle de vie à savoir la petite enfance et l'adolescence de 10 à 18 ans.

1. **La petite enfance notamment les 1000 premiers jours de vie.** Les données scientifiques et économiques incitent clairement à investir dans la petite enfance pour éradiquer l'extrême pauvreté, lutter contre les inégalités et stimuler la croissance d'un pays ; soulignent la position de choix du secteur de la santé comme point d'entrée pour les interventions, du fait que : c'est le premier secteur à intervenir auprès des femmes et des enfants pendant la petite enfance ; cela permet d'intégrer des interventions peu coûteuses dans les services de santé et services nutritionnels déjà mis en place pour les mères et les enfants.
2. **L'adolescence de 10 à 18 ans.** Elle constitue une étape marquée par de profonds changements physiologiques, nécessitant des actions et services spécifiques et appropriés, notamment en matière de santé sexuelle et génésique, santé mentale et de promotion de modes de vie sains ; de plus l'analyse de la santé a montré que les adolescents n'ont pas accès ni à l'information ni à l'éducation sanitaire pour les comprendre et les utiliser efficacement de façon à rester en bonne santé. Les causes importantes de mortalité et de morbidité³⁰ chez l'adolescent, ainsi que leurs facteurs de risque, ne font pas l'objet d'une attention suffisante dans le cadre des soins primaires ni d'un grand nombre d'initiatives d'éducation à la santé.

30 The Lancet, OMS, Banque Mondiale, UNICEF: Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale, 2016.

Du fait que les premiers contacts avec les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les enfants à un stade précoce, sont assurés essentiellement par **les services de santé, les interventions dans le cadre de la petite enfance** peuvent s'appuyer sur les services de santé et de nutrition existants à un coût additionnel limité. C'est le meilleur modèle d'une approche multisectorielle avec le leadership du Ministère de la Santé et l'implication effective des autres départements. En effet, la coordination avec le secteur de l'éducation est nécessaire pour promouvoir l'apprentissage, et avec le secteur de la protection sociale et de la protection de l'enfant pour atteindre les populations les plus vulnérables.

1 Premiers 1000 jours

Les 1000 premiers jours de vie - de la conception à l'âge de 24 mois - constituent une période unique et essentielle pour le développement du cerveau de l'enfant.

Les interventions préconisées pendant cette phase portent sur : la santé, la nutrition et la protection des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes ainsi que la nutrition, la protection, les soins appropriés et la qualité des interactions et de la stimulation des enfants. Une attention particulière devrait être portée à la lutte contre la carence en iode à travers l'iodation universelle du sel avec une mobilisation multisectorielle effective. Un bon développement du cerveau depuis la période embryonnaire ne peut se voir sans un apport suffisant d'iode.

Principales interventions	Secteurs concernés
<p>Préconception (Adolescentes et femmes adultes) : consultation prénuptiale et préconceptionnelle.</p> <p>Grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins et nutrition en prénatal (conseils et micronutriments) • Prévention, diagnostic et traitement de l'infection chez la mère • Évaluation et prise en charge de la santé et de la croissance fœtales • Prise en charge des complications pendant la grossesse • Dépistage des malformations et des retards de croissance in utero • Apport de quantité suffisante d'iode <p>Accouchement et Naissance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accouchement/personnel qualifié • Prise en charge des complications liées à l'accouchement • Soins néonataux, soins spécifiques aux prématurés <p>Nouveau-né, nourrisson :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allaitement maternel précoce • Vaccination • Nutrition • Conseils à la famille en matière de soins pour le développement des enfants, C4D, notamment en ce qui concerne les interactions, les stimulations, ... • Suivi du développement physique, mental, cognitif • Dépistage des troubles ou difficultés de développement de l'enfant • Hygiène : accès à l'eau potable, à l'assainissement et promotion de comportements adéquats en matière d'hygiène • Sensibilisation en matière d'espacement des naissances notamment, pour préserver la santé de la mère, de l'enfant et la continuation de l'allaitement maternel • Prévention de la violence à l'égard des femmes • Enregistrement à la naissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Le secteur de la santé est en première ligne pendant cette phase • Solidarité, Développement Social, Égalité et Famille • Protection des enfants • Protection sociale/ couverture maladie • Eau/Assainissement/ Hygiène • L'environnement, y compris l'agro-alimentaire (dont les facteurs de risque impactent significativement le développement fœtal et celui du nourrisson)
<ul style="list-style-type: none"> • Crèches, garderies, jardin d'enfants, préscolaire, institutions (pour orphelins, enfants abandonnés) : accent particulier accordé à la stimulation et l'apprentissage précoce, visite médicale systématique à l'admission pour le dépistage des maladies en particulier handicapantes • Soins de santé ambulatoire et santé communautaire : accent particulier accordé à la stimulation et l'apprentissage précoce • Renforcement des capacités des éducateurs et dispensateurs de soins en matière de soins attentifs • Accès aux soins avec une attention particulière aux enfants vulnérables et aux enfants présentant un handicap • Vaccination et nutrition • Aide à la parentalité/ Conseils à la famille en matière de soins pour le développement des enfants, C4D, notamment en ce qui concerne les interactions, les stimulations, ... • Suivi du développement physique, mental, cognitif... • Dépistage des troubles ou difficultés de développement de l'enfant • Protection des enfants contre la violence, l'exposition au stress... • Hygiène : accès à l'eau potable, à l'assainissement et promotion de comportements adéquats en matière d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation • Santé • Eau/Assainissement/ Hygiène • Solidarité, Développement Social, Égalité et Famille • Protection des enfants • Protection sociale/ couverture maladie • Habous : programmes d'alphabétisation



Renforcement des capacités des personnes s'occupant des enfants

Ce dispositif sur deux générations met l'accent sur les soins et la protection de la santé physique et mentale des parents ainsi que leur bien-être, tout en renforçant les capacités des professionnels en matière de soins attentifs prodigués aux enfants.

Principales interventions	Secteurs concernés
<ul style="list-style-type: none"> • Santé mentale et bien-être des parents • Accès aux services sociaux accessibles • Renforcement des capacités des personnes s'occupant des enfants en matière de soins attentifs prodigués aux enfants. • Promotion d'une éducation non-violente • Promotion de bonnes pratiques d'hygiène et de nutrition • Communication pour le développement pour promouvoir le changement des comportements en faveur de l'enfant afin de réduire les mauvais traitements et les discriminations • Disponibilité d'un sel adéquatement iodé et son usage par les ménages 	<ul style="list-style-type: none"> • Solidarité, Développement Social, Égalité et Famille • Protection des enfants • Protection sociale/couverture maladie • Santé • Éducation • Habous : programmes d'alphabétisation • Eau/Assainissement/Hygiène • Intérieur, ONSSA



Soutien et renforcement des familles

Le défi du développement de la petite enfance consiste en premier lieu à garantir un bon départ dans la vie pour tous les enfants. À cet égard, la famille et les parents en particulier ont un rôle crucial à jouer. La fonction d'éducation parentale constitue un axe majeur des recommandations des organisations internationales et des institutions de recherche sur le **Développement de la petite enfance** depuis une vingtaine d'années.

Trois éléments de renforcement de la famille permettent d'augmenter leurs compétences pour prodiguer des soins attentifs à leurs enfants, à savoir : l'accès à des services sociaux et de santé de base de qualité ; le développement des compétences (soins attentifs et discipline moins sévère) ; et le soutien (protection sociale, réseaux de sécurité et politiques de soutien aux familles).

Principales interventions	Secteurs concernés
<ul style="list-style-type: none"> • Accès à des services de santé primaires de qualité • Gratuité et qualité du préscolaire • Accès à des services de protection sociale (familles pauvres, monoparentales...) : aides sociales, filets sociaux/cash transfer, Couverture maladie • Amélioration des conditions de vie des familles défavorisées : logement salubre, accès à l'eau et à l'assainissement • Emploi : Congés maternités, aménagement du temps de travail, services de gardes • Programmes de soutien à la parentalité et de renforcement des capacités des familles en matière de soins attentifs prodigués à leurs enfants. • Communication pour le développement pour promouvoir des normes sociales protectrices des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> • Solidarité, Développement Social, Égalité et Famille • Protection des enfants • Protection sociale/couverture maladie • Santé • Éducation • Emploi • Eau/Assainissement/Hygiène

ADOLESCENCE

Des interventions efficaces menées durant l'adolescence sauvegardent les investissements de santé pour la survie et le développement précoce de l'enfant. En même temps, l'adolescence offre une occasion de rectifier les problèmes survenus au cours des dix premières années de vie.

Généralement, les comportements ayant un effet sur la santé et les facteurs sous-jacents des principales maladies non transmissibles apparaissent ou sont renforcés au cours de la deuxième décennie de vie : la consommation de tabac et d'alcool, les habitudes alimentaires et l'exercice physique, la surcharge pondérale et l'obésité, l'addiction aux TIC et les cyber violences. Ces comportements et ces facteurs ont un grave impact sur la santé et le développement des adolescents d'aujourd'hui ainsi que des effets dévastateurs sur la santé des adultes qu'ils seront demain.

Les services et actions multisectorielles (cf. Annexe 2) à renforcer ou à mettre en place pour préserver le capital santé des adolescents, sont synthétisées dans le tableau ci-dessous :

Principales interventions	Secteurs concernés/ Intervenants
<ul style="list-style-type: none"> • Santé sexuelle et génésique • VIH • Santé mentale • Santé scolaire • Santé bucco-dentaire • Conduites addictives (substances psychoactives, tabac, alcool, TIC) • Suivi du développement physique, mental, pubertaire • Protection contre la violence • Promotion de bonnes pratiques d'hygiène et de nutrition • Sécurité routière • Vaccination • Accès aux soins • Communication pour le développement • Couverture maladie • Éducation • Égalité genre • Accès à l'information 	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation • Formation • Santé • Eau/ Assainissement/ Hygiène • Solidarité, Développement Social, Égalité et Famille • Protection sociale/couverture maladie • Sports et loisirs • Sécurité et hygiène alimentaire • Environnement, y compris l'agro-alimentaire • Média et TIC

6.4 Orientation 4 : Gouvernance efficiente et efficace et leviers de mise en oeuvre

L'instauration d'une gouvernance efficiente et efficace suppose : le renforcement des systèmes de santé ainsi que les prestations des autres secteurs en lien avec les déterminants de la santé afin de mettre en place des plateformes multisectorielles de services de qualité et aisément accessibles ; le renforcement de la démocratie sanitaire participative ; la surveillance continue de la santé de l'enfant et de ses déterminants à travers le développement d'un système d'information, au niveau national et territorial auprès de l'ensemble des intervenants.

6.4.1 Mise en place de systèmes territoriaux intégrés et plurisectoriels

Le renforcement du système de santé adossé au renforcement des autres services relevant des autres secteurs impactant la santé des enfants, permettra de disposer de plateformes multiservices et multisectorielles à destination des enfants.

Les actions prioritaires dans ce domaine sont :

1 Renforcement du système de santé territorial

Le renforcement du système de santé au niveau territorial est primordial et s'inscrit pleinement dans la régionalisation avancée et dans le cadre de la loi N°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins et la loi 131-13 relative à l'exercice de la médecine.

À ce titre il est impératif d'outiller le niveau régional en matière d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi des Schéma Régionaux de l'Offre de Soins, afin de disposer : d'une analyse des besoins en matière de santé de l'enfant, en tenant compte des spécificités territoriales et avec une attention particulière aux enfants les plus vulnérables et aux déterminants de la santé ; une cartographie de tous les acteurs étatiques, privés et associatifs intervenant dans la santé permettra d'inventorier l'offre de soins de santé existante au niveau de chaque territoire, incluant les ressources humaines, les équipements et les structures hospitalières.

Ces actions permettront ainsi de :

- Analyser l'adéquation entre l'offre et les besoins de santé de l'enfant et de définir des plans d'action territoriaux, définissant les objectifs et les indicateurs ainsi que les ressources disponibles et les ressources restant à mobiliser ;
- Restructurer la stratégie de couverture sanitaire mobile autour de la santé de la mère et de l'enfant et doter les provinces en moyens de mobilité et de fonctionnement nécessaires pour couvrir toutes les zones d'accès difficile (stratégie de la santé rurale, le nouveau programme de lutte contre les disparités territoriales et sociales dans le monde rural) ;
- Intégrer les actions santé dans les plans de développement régionaux, provinciaux/préfectoraux et communaux ;
- Élaborer des partenariats avec le secteur privé et associatif intervenant dans la santé, ainsi qu'avec les acteurs appelés à intervenir sur les déterminants sociaux ; (Partenariat Public Privé) ;
- Allouer des ressources adaptées aux profils et besoins de santé des enfants au niveau territorial ;
- Améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité de prestations de service en : (i) assurant un accueil humanisé des enfants ; (ii) harmonisant les pratiques en diffusant et en actualisant, le cas échéant, les guides et les protocoles de prise en charge des maladies de l'enfant ; (iii)

renforçant les capacités du personnel de santé ; (iv) réhabilitant les infrastructures et en assurant une maintenance des équipements ; (v) assurant la disponibilité en médicaments essentiels ; (plan santé 2025) ;

- **Disposer d'un système d'information fiable** incluant des données désagrégées y compris un dossier médical informatisé de l'enfant avec un identifiant national unique ;
- **Développer une stratégie claire de maintenance** dans le cadre de la régionalisation avec des modèles d'optimisation pour atteindre l'excellence d'entretien, à savoir l'équilibre de performance, risques, ressources et coût. Il y a lieu aussi d'y introduire une procédure de matériovigilance qui aiderait dans l'organisation d'une meilleure surveillance des risques liés à l'utilisation des équipements biomédicaux et techniques.

La mise en oeuvre de ces SROS suppose :

- Une **autonomie territoriale** en matière de gestion des ressources financières et humaines et des services et programmes ;
- La mise en place de Contrats Objectifs et Moyens (COM) ;
- Des **mécanismes de reddition des comptes**.

2 Renforcement de la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux

Parallèlement aux éléments sus-cités, il serait judicieux de mettre en place un comité d'experts chargé de la mise au point des **listes de médicaments essentiels** notamment spécifique à l'enfant à partir des référentiels existants. Cette mesure est à appuyer par une communication soutenue, régulière et généralisée, auprès des professionnels de santé y compris ceux du secteur privé, sur les nouveaux médicaments et protocoles thérapeutiques validés par le comité national d'experts. Dans ce sens une attention particulière devrait être accordée à la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux au profit des enfants en général et des nouveaux-nés en particulier.

3 Renforcement des ressources humaines³¹

La pénurie des ressources humaines constitue un problème crucial (Stratégie Nationale des RH). À cet effet, il faudra :

- **Développer des partenariats avec le secteur privé et associatif**, via des conventions et la contractualisation, de manière à renforcer les systèmes de services existants. L'implication et la responsabilisation du secteur privé en matière de santé de l'enfant est inéluctable pour atteindre les objectifs fixés ;
- **Renforcer les formations de base et continues du personnel soignant médical et paramédical** dans les structures de soins de santé primaires et hospitalières destinées aux enfants ;
- **Favoriser l'échange de pratiques et de connaissances** à travers les TIC ;
- **Mettre en place des mesures incitatives** qui motiveraient le personnel de santé et permettraient une répartition géographique plus équitable ;
- **Intégrer la dimension prévention, guidance parentale, éducation à la santé dans les formations de base ou continue** de tout le personnel soignant qui intervient en première ligne

31 Dans son rapport d'analyse des coûts dans 67 pays à revenu faible ou intermédiaire (dont le Maroc), The Lancet Global Health a analysé l'estimation des coûts et les avantages de l'extension progressive des services de santé dans ces pays, conformément aux ODD relatifs à la santé. Pour le Maroc, cette analyse donne un ratio de disponibilité des ressources humaines de 1.45 pour 1000 habitants et estime à 4.45 le ratio nécessaire pour l'atteinte en 2030 des ODD relatifs à la santé.

dans le domaine des enfants. Il est à rappeler que de nombreux kits et outils existent et pourraient être utilisés pour le renforcement de capacités des prestataires de soins ;

- **Intégrer les interventions multisectorielles dans les systèmes de services existants**, ce qui constituerait un moyen efficace d'atteindre un nombre important de familles et d'enfants.

4 Renforcement du rôle des Sociétés Savantes

Les Sociétés Savantes ont un rôle primordial et fondamental dans l'amélioration de la santé de l'enfant, notamment par l'élaboration et la validation consensuelle des protocoles et des référentiels des bonnes pratiques. Elles ont un apport considérable concernant la normalisation des interventions en faveur de la santé de l'enfant, l'accompagnement de leur mise œuvre ainsi que leur évaluation sur des bases scientifiques solides.

6.4.2 Renforcement du système d'information de la santé de l'enfant et de ses déterminants

La surveillance de l'état de santé des enfants et de ses déterminants est un processus continu et systématique d'appréciation de l'état socio-sanitaire des enfants et de leur famille de manière à éclairer la prise de décisions dans ce domaine ainsi que d'informer la population.

Il est à rappeler que le choix des interventions et des groupes de populations prioritaires se fonde sur les bases factuelles disponibles relatives à la santé de l'enfant de 0 à 18 ans, aux tendances épidémiologiques ainsi qu'aux principaux déterminants impactant la santé de l'enfant. Ce qui permettra d'assurer une surveillance continue des données épidémiologiques et des déterminants sociaux de la santé, y compris un système d'information au niveau décentralisé.

Les actions prioritaires dans ce domaine sont les suivantes :

1 Mise en place d'un système d'information relatif à la santé de l'enfant, de la naissance à l'âge de 18 ans

Il faudra veiller à intégrer dans le système d'information des données désagrégées relatives à la santé et au développement de l'enfant de la naissance à l'âge de 18 ans.

Cette action a pour finalité de :

- Définir les prévalences de certaines pathologies ou de troubles du développement afin de mettre en place des dépistages précoces ou des programmes de prévention appropriés ;
- Mieux hiérarchiser et contextualiser les actions ;
- Fournir un ciblage systématique des zones et populations les plus défavorisés avec indicateurs spécifiques de suivi de ces groupes et régions prioritaires ;
- Assurer le suivi évaluation et le monitoring des indicateurs relatifs à la santé et aux ODD y afférents.

La systématisation de l'utilisation du carnet de santé de l'enfant où seront consignés tous les aspects relatifs à la santé et au développement de l'enfant, est primordial pour assurer le suivi du développement de la santé de l'enfant tout au long du cycle de vie.

De plus, le MS a lancé un grand chantier lié à l'urbanisation du système d'information permettant ainsi la génération des données émanant du système de routine.

2

Promotion de la recherche et de l'innovation

En matière de recherche, les universités, les établissements non universitaires relevant du MS et les Sociétés Savantes devraient être mises à contribution. En effet, les données solides et pertinentes issues de ces recherches serviraient à mieux concevoir des politiques (dépistage des maladies rares, maladies chroniques de l'enfant, développement de la petite enfance, problèmes de santé de l'adolescent, etc.), des pratiques et des campagnes de sensibilisation plus efficaces.

Un **agenda national de recherche en santé de l'enfant** prévoyant des indicateurs pour suivre les progrès accomplis devrait être élaboré.

Il s'agit également d'encourager les **innovations pertinentes** qui peuvent servir dans les différents domaines (curatif, préventif, promotionnel, social...) qui touchent la santé et le développement de l'enfant, notamment en impliquant les sociétés savantes, les Universités et des autres organisations et institutions (HCP, ONDH, CESE, ENSP, ISPITS etc.).

La mise en place d'une **plateforme collaborative et informatisée** permettrait le traitement et la mise à jour continue des données. Cette plateforme tiendrait lieu d'outil collectif pour les acteurs de surveillance afin qu'ils aient accès aux données et aux analyses. Elle favoriserait également l'harmonisation et l'échange de pratiques.

6.4.3 Démocratie sanitaire participative

La régionalisation et la territorialisation la politique de santé sont des opportunités permettant d'exercer une gouvernance de proximité, avec la participation des populations concernées (ou de leurs représentants) et d'organiser la participation de la société civile et des associations de patients à la construction de l'action publique.

Cette démocratie sanitaire participative permettrait, en plus de renforcer la redevabilité sociale des acteurs intervenant dans la santé et le développement de l'enfant, de favoriser l'équité à travers l'engagement communautaire.

Les actions prioritaires peuvent être définies ainsi :

1

Promotion et instauration de la démocratie sanitaire participative

Pour ce faire, il faudra :

- **Promouvoir la démocratie sanitaire** auprès des divers acteurs dans le cadre des différents processus dans lesquels ils interviennent ;
- Élaborer une **Charte de la santé de l'enfant** basée sur le droit de l'enfant à la santé, définissant un code de conduite et d'éthique, les modalités d'accueil et de prise en charge des enfants dans les structures de soins, les modalités d'accès à l'information ;
- **Développer la culture de la participation** chez les professionnels, les gestionnaires... à travers des formations/ sensibilisations à la participation ;
- Promouvoir les **outils favorisant la participation citoyenne** : enquêtes publiques, recueil des doléances, forums citoyens en ligne, divers dispositifs de débat, etc. ;
- Mettre en œuvre les actions prioritaires en **matière de participation communautaire, via** :
 - La mise en place d'une **stratégie d'information du public** (y inclus les enfants) en utilisant des méthodes et moyens de communication novateurs et adaptés aux profils des populations cibles ;
 - La **création d'espaces et de mécanismes** adaptés à l'âge et au niveau d'instruction, favorables au dialogue sur la santé avec la participation de toutes les parties prenantes, y inclus les populations elles-mêmes ;

- L'utilisation des médias audio-visuels, des réseaux sociaux, de plateforme TIC pour mieux informer et mobiliser les enfants, les familles et les communautés ;
- Le développement et la mise en œuvre d'une stratégie de communication pour le développement pour renforcer l'accès des populations à l'information sur les pratiques essentielles pour la santé et le développement de l'enfant et sur les risques sanitaires liés à certaines pratiques et modes de vie, promouvoir des normes sociales favorables à la santé et au développement harmonieux de l'enfant, susciter le changement comportemental, la mobilisation sociale, la participation et l'engagement en faveur de la santé de l'enfant ;
- Le renforcement de capacités des populations à prendre en charge leur santé, avec un accent sur la responsabilité individuelle ;
- La sensibilisation et la responsabilisation des autres parties prenantes sur les risques impactant la santé de l'enfant (employeurs, travailleurs sociaux, enseignants, formateurs, organisations communautaires, acteurs de la médecine traditionnelle ...)



2 Systématisation de la participation des enfants à travers :

La mise en place de mécanismes appropriés et accessibles, incluant :

- L'accès aisé à l'information en matière de santé de l'enfant ;
- La consultation pour leur permettre d'exprimer leurs besoins, leurs avis en ce qui concerne la santé des enfants, et ce conformément aux standards internationaux régissant la participation des enfants.
- Le renforcement de services de santé conviviaux et sensibles au genre pour les adolescents ainsi que des capacités des prestataires de soins pour prendre en compte les besoins spécifiques liés à leur santé y compris la santé sexuelle et reproductive responsable.



3 Mise en place de mécanismes de gestion des doléances

Ces mécanismes de gestion des doléances devront être aisément accessibles et culturellement adaptés, afin de recueillir les réclamations et les propositions des enfants et des familles.

Un suivi du nombre et de la nature des plaintes et suggestions pour l'amélioration des services ainsi que du traitement qui leur a été donné devra être assuré, intégré dans le système d'information et fera l'objet de rapports.

7. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ÉVALUATION DE LA PNISE

Pour une efficacité optimale de la PNISE qui sera déclinée en plans d'action multisectoriels national et territoriaux, les moyens et ressources nécessaires à sa mise en œuvre seront précisés dans les plans d'action opérationnels des différents secteurs concernés.

Mais il est à rappeler que la mise en œuvre de cette Politique est fortement tributaire :

- D'une forte volonté politique indispensable pour soutenir la mobilisation des acteurs potentiels et des ressources nécessaires à tous les niveaux ;
- De l'engagement de tous les acteurs et tous les partenaires intervenant dans la santé de l'enfant ;
- Des modalités réglementaires et opérationnelles de mise en place du cadre global intersectoriel ;
- De la capacité des services et des acteurs ;
- De la synchronisation entre les différents domaines et volets d'intervention ;

- De la disponibilité des **ressources humaines** en nombre et en qualité à travers la mise à disposition de nouvelles compétences qu'exigent les nouvelles prestations, la formation de base et la formation continue ;
- Des **ressources financières** allouées au profit du Ministère de la Santé et de l'ensemble des acteurs impliqués dans la santé de l'enfant ainsi que de la capacité à mobiliser des financements additionnels ;
- De la mise en place de conditions favorables au développement de **nouveaux partenariats**, à travers : la valorisation et l'appui des acteurs non étatiques (qu'il s'agisse de la population elle-même, des associations, ou de l'ensemble des professionnels de la santé) ; et l'institutionnalisation de conventions-cadre de partenariat en faveur de la santé de l'enfant pour assurer un engagement dans la mise en œuvre des partenariats, qu'ils soient publics ou privés, selon leur mission, leurs intérêts et leurs capacités.

La mise en œuvre de cette Politique nécessite une **consolidation du savoir-faire**. La complexité des différentes dimensions de santé et de développement de l'enfant et l'abondance des informations produites sur le savoir et savoir-faire contrastent parfois avec une carence d'informations spécifiques. Il convient donc d'améliorer la disponibilité d'informations utiles pour éclairer les décisions (efficacité des interventions, coût des interventions, coût de la non-intervention pour le dépistage néonatal par exemple, etc).

Une **base de référence en matière de santé et développement** de l'enfant devra être établie et pourra être gérée par l'ONDE incluant des ressources documentaires dans les différentes disciplines en rapport avec la santé et le développement de l'enfant.

Il **conviendra également d'assurer une large communication autour de la PNISE**, mais aussi autour de ses enjeux et défis majeurs. Cet effort devra être mené de façon continue et périodique sous forme de journées nationales de santé de l'enfant.

Cadre de Suivi/Évaluation

En plus des outils et mécanismes de suivi/évaluation existants, il serait utile d'avoir une méthode d'évaluation de l'impact de la PNISE sur la santé des enfants³².

Aussi, la mise en place d'un tableau de bord synthétique de suivi de la PNISE contribuera au pilotage de cette Politique.

Les indicateurs seront définis avec les différents acteurs concernés intervenant dans la santé et sur ses déterminants, et devront être en lien avec les ODD (cf. Annexe 3) et incluront :

- **Des indicateurs liés à l'état de santé et au développement des enfants** : mortalité selon l'âge et le sexe, mortalité par cause de décès, morbidité (infections, cancers, VIH, maladies transmissibles et non transmissibles), état nutritionnel, suivi du développement physique et mental, troubles du comportement...
- **Des indicateurs liés aux déterminants de la santé** : pauvreté, inégalités de revenus, éducation, discrimination en fonction du genre, accès à la protection sociale, sécurité routière, sécurité alimentaire, comportements, hygiène, eau, assainissement, transport, désenclavement, environnement, conduites addictives,...
- **Des indicateurs relatifs à la couverture par les services** : santé de la mère, du petit enfant, du grand enfant, de l'adolescent ; santé mentale, santé sexuelle et génésique, santé scolaire, santé bucco-dentaire, santé communautaire, vaccination, dépistage et prévention, C4D, protection sociale...
- **Des indicateurs relatifs au système de santé** : qualité et sécurité des soins, accès et utilisation des services, personnel de santé, financement, couverture maladie, ...

32 La **Charte Sociale** élaborée par le CESE contient des dispositions normatives et des lignes directrices pour la conception, la mise en œuvre, et l'évaluation des politiques sociales, **publiques et privées**, ainsi que **des contrats partenariaux entre les acteurs concourant à la cohésion sociale, au développement et à la pleine effectivité des droits**. La Charte accorde, entre autres une attention particulière, à l'équité d'accès aux services essentiels (dont la santé) et au bien-être social, la protection des droits de l'enfant, la promotion de l'épanouissement des enfants, la prévention des discriminations, la prise de mesures spécifiques pour les personnes vulnérables

8. CONCLUSION

Le Maroc a réalisé d'importantes avancées en matière de santé des enfants. Cependant, malgré l'injection de moyens importants, les efforts entrepris dans le cadre des nombreuses réformes (organisationnelles, législatives, financières) et une volonté politique constante, les progrès réalisés ne concernent pas toutes les périodes de l'enfance et des disparités majeures subsistent entre les régions, les provinces et les communes ainsi qu'au sein de celles-ci.

Le Ministère de la Santé a un rôle central en rassemblant toutes les forces susceptibles de soutenir la santé et le développement des enfants et des adolescents en s'appuyant sur les besoins exprimés par la population et notamment par les enfants eux-mêmes et les familles.

L'adoption d'une nouvelle Politique Nationale Intégrée de Santé de l'Enfant selon les orientations présentées contribuera de manière significative à garantir le droit à la santé des enfants et à l'atteinte des ODD : en effet, la communauté internationale reconnaît que le développement durable repose sur l'accumulation de capital sous ses différentes formes, principalement le capital physique, humain et social.

Cette Politique de Santé de l'Enfant, globale, multisectorielle, basée sur les droits et l'équité, permettra de renforcer les acquis, de généraliser les bonnes pratiques et surtout de traiter les disparités et inégalités, afin de permettre à tous les enfants âgés de 0 à 18 ans (notamment les plus vulnérables) de jouir pleinement de leur droit à la santé.

Cette Politique est un document cadre inter et multisectoriel permettant de guider et orienter l'ensemble du secteur de la santé dans sa pluralité ainsi que tous les autres secteurs intervenant sur les déterminants sociaux de la santé de l'enfant. L'adoption de cette Politique et sa déclinaison dans les plans d'actions nationaux et territoriaux, permettront ainsi de :

- Renforcer et asseoir un système de santé de qualité, équitable et centré sur la personne ;
- Garantir et promouvoir le droit des enfants à la santé (tel que défini dans la Constitution et la Convention Internationale des droits de l'enfant ratifiée par le Maroc en 1993) ;
- Progresser vers la couverture sanitaire universelle ;
- Intégrer la santé dans toutes les politiques ; et
- Instaurer une gouvernance participative de la santé.

Toutefois, sa mise en œuvre est fortement tributaire : (i) de l'engagement du Gouvernement et de la capacité de l'instance de pilotage en charge de coordonner la mise en œuvre de l'ensemble des actions menées par les différents acteurs et intervenants dans le domaine de la santé et du développement de l'enfance ; (ii) des délais de mise en place des instances de coordination ; (iii) de la capacité du système de santé à répondre aux besoins des populations en soins de qualité et équitablement accessibles, (iv) de la volonté politique des départements concernés (Santé de l'enfant dans toutes les politiques) et des capacités des institutions et des acteurs ; (v) de la synchronisation entre les différents domaines et volets d'intervention ; (vi) des ressources allouées.

Afin d'assurer les conditions de mise en œuvre de cette Politique dans une approche globale et intersectorielle, il faudra en priorité désigner officiellement l'instance de pilotage et de coordination et définir sa mission ainsi que les attributions et missions de chaque département et partenaire.

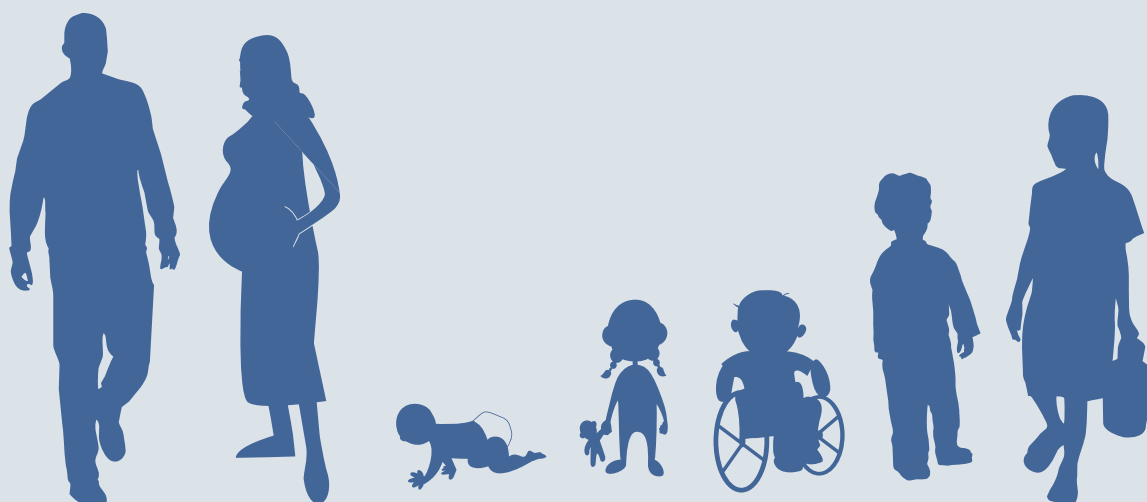
Il est à noter que **la participation des enfants, des familles et communautés**, ayant été fortement sollicitée lors de l'élaboration de la Politique, doit être poursuivie en les impliquant dans les actions à venir.

ANNEXES

**Interventions multisectorielles à toutes les étapes
du cycle de vie de l'enfant**

Interventions multisectorielles à l'adolescence

Indicateurs ODD



INTERVENTIONS MULTISECTORIELLES À TOUTES LES ÉTAPES DU CYCLE DE VIE DE L'ENFANT

ANNEXE 1

Plateformes multisectorielles adaptées aux différentes étapes du développement de l'enfant et à son environnement (familial et communautaire)

Étapes	Secteur santé	Autres secteurs (Déterminants de la santé)
Préconception	L'instauration de consultations préconceptionnelles	
Grossesse et accouchement	<p>Le dépistage et la prise en charge des maladies de la mère,</p> <p>Le dépistage et la prise en charge de la violence à l'encontre des femmes;</p> <p>Les conseils nutritionnels et la supplémentation des mères en micronutriments (fer et acide folique) ;</p> <p>La généralisation de l'accouchement en milieu surveillé doté des équipements, médicaments nécessaires et de personnel qualifié, dans les zones rurales et enclavées ;</p> <p>L'amélioration de la prise en charge des complications obstétricales ;</p> <p>Le développement de module pratique concernant la prise en charge du nouveau-né par les sages-femmes et d'outils de consultation combinée maman-bébé ;</p> <p>La généralisation de l'éducation et de la sensibilisation des femmes enceintes (classes des mères) ;</p> <p>L'organisation de sessions de formation des professionnels de la santé en exercice en néonatalogie : médecins généralistes, sages-femmes et personnel paramédical ;</p> <p>L'introduction dans les curricula des médecins généralistes, sages-femmes et personnel paramédical, d'un module de prise en charge mère et nouveau-né ;</p> <p>Le dépistage précoce des malformations congénitales, lors des consultations échographiques anténatales ;</p> <p>L'humanisation de l'accueil et des actes de soins du nouveau-né ;</p> <p>Le transfert médicalisé des nouveau-nés malades et/ou prématurés ;</p> <p>L'évaluation régulière de la mise en œuvre des protocoles et guides élaborés ;</p> <p>Renforcement des Dar al Oumouma et de la sensibilisation et l'éducation des mères</p>	<p>Réduction de la pauvreté et des disparités sociales</p> <p>Protection sociale</p> <p>Couverture maladie</p>
Nouveau-né	<p>La systématisation du suivi immédiat de l'enfant nouveau-né, y compris après une grossesse jugée normale, afin de détecter des signes avant-coureurs d'infection néonatale retardée, de décompensation d'anomalies congénitales ou métaboliques, du risque d'hyper bilirubinémie secondaire ;</p> <p>La vaccination systématique ;</p> <p>L'allaitement maternel (6-24 mois) et alimentation de complément</p> <p>La systématisation du suivi de l'enfant par un prestataire de soins de santé qualifié dans un centre de santé ou à domicile, vers les 3^{ème} et 7^{ème} jours et 6 semaines après l'accouchement.</p>	<p>Enregistrement à l'état civil</p> <p>Protection des enfants contre les violences et exploitations</p>

<p>Santé et développement des enfants âgés de moins de 5 ans</p>	<p>La généralisation de la classe des parents : organisation des séances d'éducation parentale en matière d'allaitement maternel, de conseil nutritionnel (pour prévenir la dénutrition, le surpoids et l'obésité), de prévention des accidents domestiques, de prévention des violences, et de stimulation des enfants etc ; L'utilisation des médias pour l'éducation parentale ; La mise en place des programmes de santé communautaire ; La généralisation de l'accès aux soins des enfants présentant un retard de développement, des pathologies ; La généralisation de l'accès des enfants présentant un handicap au traitement et à la réadaptation ; La vaccination systématique ; La supplémentation nutritionnelle (vitamine A, vitamine D, iode) ; Prévention de l'anémie par la supplémentation en fer-acide folique ; Consommation de sel iodé par tous les membres de la famille ; L'organisation de sessions de formation des professionnels de santé en exercice (médecins et personnel paramédical) sur la prise en charge des enfants ; L'introduction dans les curricula des médecins et personnel paramédical, d'un module de prise en charge des enfants de moins de 5 ans ; La systématisation de l'utilisation du carnet de santé de l'enfant, où seront consignés tous les aspects relatifs à la santé et au développement de l'enfant ; L'évaluation régulière de la mise en œuvre des protocoles et guides élaborés ; L'adoption d'une approche transversale entre les différentes divisions et directions du MS (DP, DELM, DHSA) pour étendre la PCIE à l'ensemble des prestations préventives et curatives destinées aux enfants pour : assurer un continuum de soins via la codification d'un circuit spécial enfants pour avis spécialisé, bilan biologique et radiologique et prise en charge, dans des délais courts</p>	<p>Lutte contre le travail domestique et les mariages précoces</p> <p>Soutien aux familles et à la parentalité</p> <p>Alphabétisation Éducation Préscolaire</p> <p>Emploi (aménagement du temps de travail pour les mères)</p>
<p>Santé et développement des enfants âgés de 5 à 10 ans</p>	<p>Le renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles ; La rééducation et la prise en charge des enfants présentant un handicap ; Le renforcement de la santé communautaire ; Le renforcement des programmes de santé scolaire, via la systématisation de consultations ophtalmologiques, auditives, dentaires régulières ; La systématisation de la surveillance du développement de l'enfant pour dépister le surpoids, l'obésité, les troubles visuels et auditifs, les troubles de langage, d'apprentissage, de comportement etc ; Le suivi des vaccinations ; La réalisation d'un examen de santé approfondi à l'âge pré-pubertaire, diagnostic complémentaire et/ou prise en charge quand ils sont nécessaires ; Le renforcement de l'éducation et la promotion de la santé en matière de : nutrition ; hygiène de vie ; hygiène bucco-dentaire, prévention des accidents, de la violence et des toxicomanies ; information sur la santé sexuelle et génésique ; L'utilisation des médias pour la promotion de la santé des enfants (mode de vie sain, sport, nutrition, ...) ; La systématisation de l'utilisation du carnet de santé de l'enfant, où seront consignés tous les aspects relatifs à la santé et au développement de l'enfant ; L'organisation d'ateliers de formation des professionnels de la santé en exercice (médecins et personnel paramédical) sur la prise en charge des enfants de 5 à 10 ans ; L'évaluation régulière de la mise en œuvre des protocoles et guides élaborés ; L'adoption d'une approche transversale entre les différentes divisions et directions du MS (DP, DELM, DHSA) pour étendre la prise en charge des enfants de 5-10 ans à l'ensemble des prestations préventives et curatives destinées aux enfants pour : assurer un continuum de soins via la codification d'un circuit spécial enfants pour avis spécialisé, bilan biologique et radiologique et prise en charge, dans des délais courts.</p>	<p>Eau, Hygiène, assainissement Logement salubre</p> <p>Sécurité et Hygiène alimentaire</p> <p>Enregistrement à l'état civil</p>

<p>Santé et développement des adolescents (10-18 ans)</p>	<p>La systématisation de la surveillance du développement physique, psychique et pubertaire ; La prévention, le dépistage et traitement des maladies transmissibles et non transmissibles ; Le dépistage et la prise en charge des anomalies du développement pubertaire ; Le suivi du calendrier vaccinal ; Le diagnostic et la prise en charge des violences (expertise médico-légale, expertise psychologique, soins, accompagnement psychologique), en renforçant et en généralisant les unités hospitalières de prise en charge des enfants et des femmes victimes de violence ; La systématisation de consultations ophtalmologiques, dentaires régulières, via le renforcement des programmes de santé scolaire et universitaire ; La rééducation et la prise en charge des enfants présentant un handicap.</p> <p>En matière de santé sexuelle et génésique : La prévention, le dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles ; L'éducation en matière de santé sexuelle et génésique, en renforçant les espaces santé et les programmes de santé scolaire et universitaire ;</p> <p>En matière de santé mentale : La prévention, le repérage et la prise en charge des " troubles du comportement, addictions, conduites suicidaires, troubles du comportement alimentaire, dépression, troubles psychiatriques ", en renforçant les unités pédopsychiatriques et les unités d'addictologie ; La promotion des comportements sains (bonne alimentation, exercice physique, ni tabac, ni alcool, ni drogues, ...), en : (i) renforçant les espaces santé et les programmes de santé scolaire et universitaire ; (ii) utilisant les réseaux sociaux ;</p> <p>En matière de formation et de coopération : L'organisation d'ateliers de formation des professionnels de la santé en exercice (médecins et personnel paramédical) sur la prise en charge des adolescents ; L'adoption d'une approche transversale entre les différentes divisions et services du MS pour intégrer l'ensemble des prestations préventives et curatives destinées aux adolescents pour assurer un continuum de soins via la codification d'un circuit spécial pour avis spécialisé, bilan biologique et radiologique et prise en charge</p>	<p>Lutte contre les discriminations genre et promotion de l'égalité</p> <p>Prévention des violences à l'égard des enfants et des femmes</p> <p>Transport</p> <p>Désenclavement</p> <p>Aménagement d'espaces verts et d'espaces publics</p> <p>Sécurité routière</p> <p>Réduction de la pollution de l'air</p> <p>Accessibilité/ Handicaps</p> <p>Promotion des pratiques essentielles et de modes de vie sains (C4D)</p>
---	---	--

INTERVENTIONS MULTISECTORIELLES À L'ADOLESCENCE

ANNEXE 2

<p>Santé sexuelle et génésique (SR/PNPF/PNLS/...)</p> <p>Contraception Prise en charge des IST y compris le VIH Prévention et PEC des grossesses</p>	<p>VIH PNLS</p> <p>Dépistage Conseils Prévention Éducation à la santé Traitement</p>	<p>Santé mentale (PNSM)</p> <p>Prévention et Prise en charge des troubles du comportement, de développement Prise en charge des troubles psychiatriques et des dépressions Dépistage et prise en charge des troubles de comportement alimentaire (anorexie, boulimie) Éducation sanitaire</p>	<p>Usage de substances psychoactives (PNSM)</p> <p>Dépistage Évaluation et Prise en charge Prévention et Éducation sanitaire</p>
<p>Maladies</p> <p>Dépistage (en fonction de la prévalence) Prise en charge intégrée</p>	<p>Handicap (PNSH)</p> <p>Dépistage Prévention Prise en charge</p>	<p>Activité physique</p> <p>Éducation sanitaire Accès aux sports, aux espaces verts et aux loisirs</p>	<p>Lutte anti-tabac (PNLT)</p> <p>Éducation sanitaire (Sensibilisation Conseil) Aide au sevrage tabagique</p>
<p>Suivi du développement</p> <p>Dépistage et Prise en charge des troubles de développement physique, mental, pubertaire</p>	<p>Vaccination (PNI)</p> <p>Rappel Nouveaux vaccins</p>	<p>TIC</p> <p>Prévention des risques (cyberharcèlement, exploitation sexuelle en ligne) Accès sécurisé</p>	<p>Nutrition (PNN)</p> <p>Supplémentation si besoin (fer, acide folique) Éducation sanitaire (mode de vie sain) Dépistage et Prise en charge de la surcharge pondérale et de l'obésité Évaluation de l'IMC par rapport à l'âge Prévention Éducation à la santé</p>
<p>Accidents de la voie publique</p> <p>Éducation sanitaire Accès aux sports, aux espaces verts et aux loisirs</p>	<p>Violence (PNPFEVV)</p> <p>Évaluation et Prise en charge des adolescents ayant subi des violences Prévention et Promotion de la non-violence</p>		
<p>Couverture maladie</p>	<p>Services adaptés et accessibles</p>	<p>Protection</p>	<p>Conditions de vie salubres</p>
<p>Accès à l'Information</p>	<p>Éducation</p>	<p>Égalité</p>	<p>Soutien aux familles</p>

INDICATEURS ODD

ANNEXE 3

ODD spécifiques à la santé (ODD3)	Autres ODD
<p>ODD 3.1 : Réduire la mortalité maternelle mondiale à moins de 70 pour 100 000 Naissances Vivantes.</p> <p>ODD 3.2 : Ramener la mortalité des nouveau-nés à 12 pour 1000 Naissances Vivantes ; Ramener la mortalité des moins de 5 ans à 25 pour 1000 Naissances Vivantes.</p> <p>ODD 3.3 : Mettre un terme aux épidémies de VIH, de tuberculose, de paludisme et d'autres maladies transmissibles.</p> <p>ODD 3.4 : Réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles et promouvoir la santé et le bien-être mentaux.</p> <p>ODD 3.5 : Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool.</p> <p>ODD 3.6 : D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route.</p> <p>ODD 3.7 : Assurer l'accès universel aux services de soins de santé sexuelle et génésique.</p> <p>ODD 3.8 : Réaliser la couverture sanitaire universelle, notamment la protection contre les risques financiers, et l'accès aux services, aux médicaments et aux vaccins essentiels de qualité.</p> <p>ODD 3.9 : D'ici à 2030, réduire sensiblement les décès et les pathologies liés à la pollution.</p>	<p>ODD 1.1 : D'ici à 2030, éliminer complètement l'extrême pauvreté (moins de 1,25 dollar par jour).</p> <p>ODD 1.2 : D'ici à 2030, réduire de moitié au moins la proportion d'hommes, de femmes et d'enfants de tout âge qui vivent dans la pauvreté sous tous ses aspects.</p> <p>ODD 1.3 Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient.</p> <p>ODD 2.1 : D'ici à 2030, éliminer la faim et faire en sorte que chacun, en particulier les pauvres et les personnes en situation vulnérable, y compris les nourrissons, ait accès toute l'année à une alimentation saine, nutritive et suffisante.</p> <p>ODD 2.2 : D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en atteignant d'ici à 2025 les objectifs relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées.</p> <p>ODD 4.1 : Faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons accomplissent une scolarité primaire et secondaire complète gratuite, équitable et de qualité.</p> <p>ODD 4.2 : Assurer l'accès de toutes les filles et de tous les garçons à un développement de qualité dans la petite enfance.</p> <p>ODD 5.1, 5.2, 5.3 : Éliminer toutes les pratiques préjudiciables et toute la discrimination et la violence à l'égard des femmes et des filles.</p> <p>ODD 6 : Assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable et à des conditions d'assainissement et d'hygiène adéquates.</p> <p>ODD 11.1, 11.2, 11.7 : assurer l'accès de tous à un logement, systèmes de transports, espaces verts et publics sûrs.</p> <p>ODD 9.5 : Développer la recherche scientifique, renforcer les capacités technologiques et encourager l'innovation.</p> <p>ODD 16.9 : D'ici à 2030, garantir à tous une identité juridique, notamment grâce à l'enregistrement des naissances.</p> <p>ODD 17 : Renforcer le partenariat mondial pour le développement durable.</p>



مديرية السكان
+0EΦH0 I ΣEЖΛ0YI
Direction de la Population

