ROYAUME DU MAROC
Académie Hassan II des Sciences et Techniques

La souveraineté sanitaire au Maroc

Pr. Khalid AIT TALEB
Ministre de la Santé et de la Protection Sociale

© Hassan II Academy Press

Réalisation : **AGRI-BYS S.A.R.L.**

Achevé d'imprimer : octobre 2023.
Imprimerie ELP PRINT : Hay Rahma, Rue Bouregreg, lot N° 1288 - Salé

Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu Le garde,
Protecteur de l'Académie Hassan II
des Sciences et Techniques

Plan de l'intervention

1- Introduction et annonce de la thématique de la Souveraineté Sanitaire

2- Première partie : Évolution du système de santé national et des politiquesde santé au Maroc, à travers l'histoire

a. Période Al Mourabitine et Al Mowahhidine (1069-1269) : Age d'or des sciences médicales au Maroc

b. Règne des Mérinides (1269-1465) : Émergence de la peste au Maroc – Nouveau paradigme

c. Le règne Saâdien et la peste : Histoire de la chute d'un empire au sommet de sa gloire

d. 19ème siècle : Apocalypse sanitaire, émergence du Choléra et déclin de la médecine au Maroc

e. 20ème siècle/ Époque du protectorat Français (1912-1956)

i. Période des épidémies : 1912-1938

ii. Période de la seconde guerre mondiale

iii. Période de décollage sanitaire : 1946-1956

f. 20ème siècle : période de l'indépendance : évolution du système de santé jusqu'à l'ère de la mondialisation

i. Création du premier Ministère de la Santé

ii. Première Conférence Nationale sur la Santé : naissance du Système National de Santé moderne

iii. Développement du Système National de Santé (1959-1980)

iv. Conférence d'Alma-Ata et première réforme du Système National de Santé : développement des programmes de santé (1981-1994)

v. Deuxième réforme du Système National de Santé : soins hospitaliers et couverture médicale universelle (1994-2018)

3- Deuxième partie : État actuel du système de santé : contraintes et défis

a. Transition démographique et épidémiologique

b. Défis liés à la difficulté à mettre en place des politiques convergentes de développement durable capables d'agir de manière synergique sur les déterminants de la santé

c. Menaces sanitaires des temps modernes :

i. *Covid-19 dans le monde : l'exemple Marocain*

ii. Défis liés aux maladies émergentes et ré-émergentes et aux risques sanitaires en relation avec les catastrophes naturelles et les activités humaines

d. Défis liés à la responsabilité écologique du Système de Santé

e. Mutations induites par le progrès technologique et biomédical

f. Crise des ressources humaines

4- Troisième partie : Leçons apprises

5- Quatrième partie : Souveraineté sanitaire

a. Orientations Royales

b. Concept de la souveraineté sanitaire

i. *Définition*

ii. Notion de la Responsabilité de l'État

iii. Relation Sécurité sanitaire et souveraineté sanitaire

iv. Relation résilience du système de santé et souveraineté sanitaire : analyse des cadres classiques de riposte aux crises sanitaires et aux situations pandémiques à la lumière de la crise Covid-19

v. Lien entre la protection sociale et la souveraineté sanitaire

vi. Relation entre le développement durable et la souveraineté sanitaire

vii. Souveraineté sanitaire nationale vs coopération internationale

c. Refonte du Système de Santé

6- Cinquième partie : Les perspectives d'avenir : changement de paradigme

a. Médecine du futur

b. Métiers de la santé du futur

c. Politique pharmaceutique nationale et technologies du futur

d. Innovation et recherche biomédicale

7- Conclusion

****

La souveraineté sanitaire au Maroc*

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله، والصلاة والسلام على مولانا رسول الله وآله وصحبه

Monsieur le Secrétaire Perpétuel de l'Académie Hassan II des Sciences et Techniques, Mesdames et Messieurs, Honorable assistance,

1- Introduction et annonce de la thématique de la Souveraineté Sanitaire

Le 18 mai 2006, Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste, a solennellement donné le coup d'envoi à l'installation de l'Académie Hassan II des Sciences et Techniques au Palais Royal d'Agadir, en soulignant la place privilégiée de la recherche scientifique, du développement technologique, de l'innovation et du dialogue culturel dans la réalisation des objectifs nationaux en matière de développement humain et de croissance économique.

C'est donc pour moi un grand honneur et un plaisir immense de participer, aujourd'hui, avec vous, à la commémoration de cette date particulièrement marquante de notre histoire. Mon plaisir est d'autant plus grand qu'elle porte, cette année, sur une thématique totalement en phase avec les orientations politiques du nouveau modèle de développement et **que j'aborderai sous le prisme de la souveraineté sanitaire nationale**. Une thématique capitale, certes, mais, il convient de le préciser, pas tout à fait inédite dans la tradition nationale.

Effectivement, d'un point de vue contemporain, la recherche biomédicale et l'innovation technologique sont devenues le fer de lance des sciences médicales mais aussi le pivot incontournable de la lutte contre les menaces sanitaires du futur. L'enjeu est de taille car il réfère, aujourd'hui, à la capacité des pays à préserver durablement la santé et le bien-être de leur population, et conditionne, de ce fait, le niveau de souveraineté sanitaire qu'ils peuvent assumer. Il n'est donc pas étonnant qu'au Maroc, par exemple, la recherche biomédicale et l'innovation technologique se retrouvent au cœur des impératifs du grand chantier national de réforme du système de protection sociale et de refonte du système de santé.

* Conférence inaugurale de la 16ème Session anniversaire de l'Académie Hassan II des Sciences et Techniques -18 mai 2022.

2- Première partie : Évolution du système de santé national et des politiques de santé au Maroc, à travers l'histoire

Cela dit, d'un point de vue historique, le Maroc a, derrière lui, une très longue tradition en matière de sciences médicales et de la santé; une tradition couronnée par l'émergence de personnalités reconnues, dans le monde entier, pour leur influence scientifique et leur rayonnement. Des noms comme Ibn Zohr, Ibn Baja, Ibn Rochd, Ibn Tofail, Al Idrissi, Ibn Khatib, Tadili, Abul Qasim ibn Mohammed al-Ghassani, Ibn Khaldoun et j'en passe, marqueront à tout jamais l'histoire de la recherche et de la pratique médicale et contribueront, à bien des égards, à la prééminence de la médecine marocaine et, plus tard, à la naissance de la médecine occidentale moderne.

Il est aujourd'hui impensable d'évoquer objectivement l'histoire de la médecine dans le monde sans s'attarder sur l'âge d'or de la médecine marocaine.

a- Période Al Mourabitine et Al Mowahhidine (1069-1269) : Age d'or des sciences médicales au Maroc

Il suffit de se pencher sur la période Al Mourabitine et Al Mowahhidine (1069-1269) pour découvrir une tradition au sommet de son art, portée et prônée par les Califes eux-mêmes. Les **premières véritables politiques de santé et de protection sociale** du pays seront introduites à cette époque.

Le **portage par les Califes de ces politiques** était motivé par la nécessité de régler les questions sécuritaires entourant la propagation des maladies en période de pèlerinage, de guerre, de sécheresse, d'inondation, d'invasion acridienne ou de famine. Il était également motivé par le besoin stratégique d'améliorer la pratique chirurgicale et la médecine de guerre, et, surtout, de disposer de mécanismes efficaces de lutte contre les maladies infectieuses à potentiel épidémique comme la variole, la lèpre, la tuberculose, la rougeole, la coqueluche, la poliomyélite, la varicelle et certaines maladies diarrhéiques et cutanée.

Le portage par les Califes de ces politiques permettra de construire **l'équivalent médiéval des centres hospitalo-universitaires** contemporains, d'assurer la formation continue des médecins, de garantir l'accès aux soins et aux produits de santé, en temps de paix comme en temps de crise, d'octroyer des aides financières aux patients nécessiteux, et surtout de sécuriser le financement de ce système, forgeant les **premières ébauches de ce que l'on convient aujourd'hui d'appeler la souveraineté sanitaire**.

Yaqub Al-Mansur, pour ne parler que de lui, fondera à Marrakech la **première bibliothèque entièrement consacrée aux livres de médecine**, instaurera un véritable **corps de femmes-médecins** et mettra en place ce que l'on appelle **«la maison des sirops et des pommades»**. Cette dernière jouera le rôle d'une unité de production pharmaceutique qui assure, au niveau national, la fabrication et la distribution des remèdes, et sécurise les stocks nécessaires pour couvrir les périodes de crise et de guerre.

Yaqub Al-Mansur construira également le **Mâristân historique «Dar El Faraj» à Marrakech**. Géré par les Habous, cet établissement représentera le premier véritable hôpital du Maroc. Doté d'eau chaude, de bains, de cuisine et de buanderie, il traitera tous les patients, gratuitement, sans distinction d'âge, de sexe ou de classe sociale, pour tout ce qui relève de la médecine interne, de l'ophtalmologie, de la psychiatrie ou de la traumatologie. Les patients démunis recevaient du Calife une somme d'argent pour couvrir leurs besoins jusqu'à rétablissement complet. Parmi les grandes personnalités qui ont travaillé au niveau de cet hôpital, figurent Ibn Rochd et Ibn Tufayl.

Yaqub Al-Mansur fera ensuite construire deux hôpitaux supplémentaires, un à Chellah et un à Kser El-Kebir ainsi qu'une **léproserie modèle à Bab Aghmat, à Marrakech**. Il mettra surtout en place les **premiers hôpitaux mobiles du pays**, militaires et civils, pour couvrir les besoins en prestations de santé en temps de crise.

b- Règne des Mérinides (1269-1465) : Émergence de la peste au Maroc – Nouveau paradigme

Cette grandeur de la médecine marocaine se prolongera pendant le règne des Mérinides (1269-1465). **L'Université Al Quaraouiyine**, construite en 877 sous le règne de la dynastie Idrisside et considérée par l'UNESCO comme la plus ancienne université du monde encore en activité, **connaîtra son apogée** pendant cette période et délivrera aux étudiants **ses premiers diplômes ou Ijaza**.

L'âge d'or de la dynastie Mérinide a connu l'essor de nouvelles institutions hospitalières de grande renommée qui ont contribué à l'évolution des techniques chirurgicales et des connaissances en embryologie et en épidémiologie. Parmi ces institutions, figurent le **mâristân de Salé, plus connu sous les noms de la médersa Bou Inaniya ou de Dar el Qadi**, fondé par le Sultan Abou Al-Hassan et achevé par son fils le sultan Abou Inan en 1345, et le **Mâristân de Fès, plus connu sous le nom de Mâristân de Sidi Frej**, fondé par le Sultan Abu Ya'qub Yusuf en 1286. Ce dernier était d'ailleurs tellement réputé qu'il a servi de **modèle à la construction du premier hôpital psychiatrique du monde occidental**, à Valence en Espagne, en 1410.

Toutefois, l'époque des mérinides sera marquée par l'émergence des grandes épidémies de peste, historiquement absentes au Maroc. **La grande peste noire du XIVe siècle apparaît dans le pays en 1348** puis de multiples épisodes de peste Maghrébine se succédèrent, frappant de plein fouet, pendant 18 mois, de 1441 à 1442, la ville de Fès et précipitant par la suite la chute de la dynastie Mérinide.

L'avènement de cette nouvelle menace et les **conséquences désastreuses** qu'elle aura **sur le plan sanitaire, social, économique, politique et sécuritaire** transformera le visage de la médecine dans le pays. L'action sanitaire sera dorénavant conçue et conduite de manière **inclusive** en ce sens qu'elle impliquera un large éventail de parties prenantes alliant les décideurs politiques, les notables, les acteurs économiques, les Mâristâns et la société civile, par l'intermédiaire des Habous.

Par ailleurs, une importance particulière sera accordée aux **interventions préventives** dans les domaines de la nutrition, de l'hygiène individuelle et collective et de la préservation de l'environnement.

Enfin, les premières cures thermales verront le jour à Moulay Yacoub et Sidi Hrazem et les Mâristâns, en plus de leur rôle de soins et d'enseignement, joueront, également, celui de centres sociaux pour l'accueil des populations en difficulté. Des **mécanismes de solidarité** permettront de regrouper les personnes nécessiteuses ou en situation de handicap et de leur offrir le gîte, la nourriture et souvent une aide financière.

Il n'empêche que du 15ème au 19ème siècle, la peste, la famine et d'autres calamités continueront à sévir, de manière cyclique, épuisant la trésorerie du pays et mettant à mal les différentes dynasties au pouvoir.

c- Le règne Saâdien et la peste : Histoire de la chute d'un empire au sommet de sa gloire

L'exemple le plus dramatique de l'histoire nationale concerne **l'épidémie de peste qui s'est étendue de 1597 à 1607** et qui a littéralement été à l'origine de **l'effondrement brutal de l'empire Saâdien**, au sommet de sa gloire. L'épidémie a provoqué l'interruption complète du commerce, la fermeture des ports et la famine; elle a ébranlé le gouvernement central, emporté la vie du célèbre Sultan Ahmed Al Mansour Eddahbi et plongé le pays dans une des plus sombres périodes de son histoire. En 1608, la peste avait **décimé entre 30% et 50% de la population marocaine**. S'ensuivra un **chaos politique, économique et social de plus de 60 ans**, qui affectera l'avenir du pays tout au long du 17ème et 18ème siècle.

d- 19ème siècle : Apocalypse sanitaire, émergence du Choléra et déclin de la médecine au Maroc :

Pourtant, le 19ème siècle sera encore plus apocalyptique, sur le plan sanitaire. S'il est vrai que **la médecine marocaine** a pu conserver sa notoriété jusqu'aux alentours du 18ème siècle, elle connaitra, pour de multiples raisons, **un long déclin à l'âge de la révolution industrielle.** L'Université Al Quaraouiyine cessera définitivement d'enseigner la médecine en 1893 et les Mâristâns, privés d'argent et de médecins, disparaitront, tour à tour, ou se transformeront en asiles psychiatriques, en caravansérails et en abris pour mendiants.

Le déclin avéré de la médecine nationale et de la recherche scientifique sera aggravé par l'introduction, au Maroc, en 1834, d'une **nouvelle pandémie majeure : le Choléra**, en raison des campagnes militaires liées à l'impérialisme occidental, de l'expansion du commerce international et de l'accentuation des mouvements de la population dans le monde.

Au cours de ce siècle, **14 lourdes catastrophes** frapperont de plein fouet un pays totalement démuni face aux risques épidémiques, laissant dans leur sillage des **centaines de milliers de pertes humaines** ainsi qu'un **système économique dévasté**. On comptera deux épidémies de **peste**, suivies de six épidémies de **choléra**, d'une **invasion acridienne** et de cinq **famines**, dont une particulièrement meurtrière en 1878-1882. Par ailleurs, le **typhus** et la **variole** provoquaient également des hécatombes périodiques. Les conséquences seront désastreuses, dans tous les sens du terme. Elles contribueront à **précipiter l'État vers la faillite**. Contraint à demander du blé et des médecins aux pays européens, puis à contracter de plus en plus de dettes pour couvrir ses dépenses, le Maroc finira par se plier devant le régime de **protectorat français**.

e- 20ème siècle/Époque du protectorat Français (1912-1956)

Le protectorat français fût instauré, officiellement, le 30 mars 1912 et s'étendra, juridiquement, jusqu'au 02 mars 1956. Cette époque peut être divisée, sur le plan politique et, par conséquent, sanitaire, en trois périodes bien distinctes.

i. Période des épidémies : 1912-1938

La première période, qui va du début du protectorat jusqu'à la veille de la deuxième guerre mondiale, correspond d'un point de vue sanitaire à celle des épidémies, qui continuaient à sévir depuis le 19ème siècle réduisant la population marocaine à 4 millions d'habitants seulement. En plus des **trois grands fléaux** représentés par la peste, la variole et le typhus, d'autres maladies sévissaient à l'état **endémique ou endémo-épidémique**, notamment le paludisme qui fit en 1928 près de 10.000 morts, la tuberculose, la lèpre, la bilharziose, la

syphilis, le trachome, etc. A ces maladies traditionnelles, viendra s'ajouter une **pandémie supplémentaire**, **la grippe espagnole de 1918** qui décimera des communautés entières, notamment dans le rif.

D'un point de vue politique, cette première période correspondait à ce que l'on appelle «l'étape de pacification». Plus de 80.000 soldats français étaient impliqués dans des opérations militaires pour faire prévaloir le pouvoir central sur le pouvoir local en «bled de Siba», qui continuait à déchirer le pays. En termes de politique de santé, cela s'est traduit par la mise en place par les autorités françaises des **premiers jalons d'un système de santé moderne, à la fois civil et militaire,** capable de préserver la santé de la communauté européenne résidente au Maroc, mais aussi de maintenir le capital humain marocain, nécessaire à la reconstruction du tissu économique, industriel et agricole.

La première préoccupation du régime du protectorat aura été de mettre sur pied en, 1913, le premier plan officiel de la défense sanitaire et de la protection de la santé publique, et de rattraper le retard accumulé par le Maroc en matière de **santé hospitalière**, en raison du déclin du système des mâristâns.

La médecine militaire jouera un grand rôle pendant cette période à travers la mise en place de formations et de baraquements sanitaires mobiles mais aussi à travers la création, dès 1911, de grands hôpitaux militaires comme ceux de Casablanca (Bab Sour Jdid), de Rabat (Marie-Feuillet), de Meknès (Hôpital Louis), de Fès (Hôpital Auvert). Mais les deux premiers hôpitaux destinés à soigner des marocains seront ouverts dès 1912, à savoir l'Hôpital de Cocard à Fès puis l'Hôpital Mauchamp à Marrakech, connu actuellement sous le nom d'Ibn Zohr.

D'autres hôpitaux seront ensuite mis en place pour juguler la demande croissante en soins et en hospitalisation. L'Hôpital «Indigène» de Casablanca ouvrira ses portes en 1917, celui de Mazagan en 1918, alors que l'hôpital psychiatrique de Berrechid verra le jour en 1919, suivi, en 1922, de l'hôpital de Larache et enfin, en 1928, de l'Hôpital Colombani à Casablanca, qui fait partie aujourd'hui de l'Hôpital Ibn Rochd.

Parallèlement à ce système hospitalier, deux **lazarets** seront créés, en 1913, à El Ank à Casablanca et à Oujda. Ces lazarets étaient destinés à stopper la progression de la peste et à mettre en quarantaine les personnes supposées avoir contracté des maladies contagieuses comme la variole ou le choléra. Dans le même esprit, la Ligue Marocaine contre la Tuberculose verra le jour, en 1924 et les premières campagnes de vaccination contre la variole et d'hygiène scolaire seront organisées en 1937.

De 1912 à 1926, la responsabilité de la santé au Maroc était du ressort de la médecine militaire, qu'il s'agisse de soins, de campagnes de vaccination, d'hygiène et de salubrité publique, de surveillance du régime des eaux potables, ou de police sanitaire.

À partir de 1920, la médecine civile prendra, progressivement, le relai de la médecine militaire et poursuivra les efforts de lutte contre le déferlement successif des crises sanitaires épidémiques sur le pays. Un **Service de la Santé et de l'Hygiène Publiques** sera créé, par Dahir, le 24 juillet 1920, parallèlement à la création du premier Ministère de Santé en France, puis érigé en Direction autonome par le Dahir du 15 mars 1926, dans le but d'organiser les services de santé donnés aux «indigènes», les services médicaux donnés aux colons, les services de la santé et de l'hygiène publiques ainsi que les services de police sanitaire. **L'information sanitaire** organisée bénéficiera d'une attention particulière et sera au centre des efforts de préparation et de riposte.

Le dispositif de prévention et de contrôle des maladies épidémiques, sera complété grâce à la mise en place de bureaux d'hygiène dans les villes et à la création, en 1929 et en 1930, respectivement, de **l'Institut Pasteur et de l'Institut d'Hygiène**.

L'Institut d'Hygiène se verra confier l'étude technique des problèmes relatifs à la protection de la santé publique et jouera un rôle important dans la lutte contre les maladies transmissibles, notamment la tuberculose, en collaboration avec la Ligue Marocaine contre la Tuberculose, et le paludisme, à travers la lutte anti-vectorielle et la dispensation de la quinine. Il contribuera également à la promotion de la santé scolaire et au développement de l'anatomo-pathologie dans le pays.

De son côté, l'Institut Pasteur du Maroc permettait la préparation des vaccins antivarioliques, le traitement antirabique et la fabrication des vaccins antivenimeux. Il s'est distingué en 1937 grâce à la découverte d'un vaccin préventif pour le typhus (vaccin Blanc-Baltazard suivi plus tard du vaccin Cox).

La création de l'Institut Pasteur et de l'Institut d'Hygiène posera les bases de la **recherche scientifique moderne** dans le domaine de la médecine au Maroc.

Enfin, il convient de signaler qu'une pharmacie centrale sera mise en place en 1929 pour la fabrication des préparations médicamenteuses nécessaires à l'action du système de santé au Maroc. Cette pharmacie centrale constitue le précurseur de l'industrie pharmaceutique nationale et permettra d'organiser et de sécuriser les stocks nationaux jusqu'au milieu des années 1970.

Pendant cette première période, la population marocaine, stationnaire depuis des siècles, passa de 4 millions en 2012 à 6,3 millions en 1936.

ii. Période de la seconde guerre mondiale

La deuxième période du protectorat s'étend de 1939 à 1945. Elle correspond, d'un point de vue politique, à la seconde guerre mondiale et à l'instauration en France du Régime de Vichy. Le Maroc devient un enjeu stratégique disputé entre la France gaulliste et la France de Vichy, l'Allemagne hitlérienne, l'Espagne, voire les États-Unis au cours du débarquement de ١٩٤٢. Cette période sera également marquée par le développement du nationalisme marocain qui réclame désormais l'indépendance du pays avec la présentation, le 11 janvier 1944, du manifeste de l'Istiqlal rendu public.

Il s'agit d'une période de conflits militaires et d'instabilité politique caractérisée, d'un point de vue sanitaire, par la grande famine des années 1940, en raison du rationnement des produits de première nécessité comme le blé et l'huile, une pénurie en médicaments et en personnel de santé, un arrêt de construction des établissements sanitaires et la recrudescence des épidémies, notamment la flambée de typhus à Fès en 1942, et la flambée de peste à Casablanca en 1944.

iii. Période de décollage sanitaire : 1946-1956

La troisième période du protectorat s'étend 1946 à 1956.

D'un point de vue politique, elle correspond au début des trente années de boom économique d'après-guerre, plus connues sous le nom des «trente glorieuses», et à la prospérité sans précédent qui en a résulté.

D'un point de vue sanitaire, elle correspond à une recherche de plus en plus impérieuse du bien-être, à une augmentation des investissements en santé et à l'émergence de nouveaux défis liés à l'industrialisation croissante, au développement du commerce international,

au changement des habitudes et des comportements, et à l'exode rural massif vers les grandes agglomérations urbaines.

Cette période constitua pour le Maroc une véritable opportunité de décollage sanitaire. Les pouvoirs publics s'attacheront à améliorer les questions liées à la salubrité des grandes agglomérations et à l'approvisionnement des ménages en eau potable.

Une lutte acharnée sera engagée pour prévenir et contrôler les grandes maladies prioritaires. Ainsi, pour la première fois depuis plusieurs siècles, la peste a pu être totalement maîtrisée. En outre, les premiers dispensaires antituberculeux verront le jour, d'abord à Casablanca puis à Fès, Rabat, Marrakech et Meknès. De même, la création du premier Centre National de Léprologie participera fortement à son élimination par la suite. Seront également réalisées, dès 1953, les premières campagnes de lutte contre les maladies oculaires qui touchaient à l'époque plus de trois millions d'enfants et provoquaient la cécité chez plus de 50.000 personnes. D'un autre côté, la fabrication généralisée et l'utilisation de la pénicilline a permis d'agir sur la syphilis, maladie meurtrière à l'époque qui sévissait à l'état endémique et concernait jusqu'à 25 à 30% de la population adulte. Enfin, l'utilisation du DDT entraînera le recul et la disparition des épidémies de typhus.

En ce qui concerne les établissements hospitaliers, les travaux de reconstruction et de modernisation redémarreront dès 1946 et le nombre de lits hospitaliers passera de quelques centaines en 1912 à 14000 en 1955, tandis que le nombre de médecins passera de 200 en 1930 à 1050 en 1955. Une dizaine de grands hôpitaux verront le jour, notamment l'Hôpital Maurice Gaud à Casablanca, en 1946, l'Hôpital Avicenne à Rabat, en 1953, et en 1949, l'hôpital ophtalmologique de Salé pour accompagner la dynamique de lutte contre les maladies oculaires, ainsi que les deux grands sanatoriums emblématiques de Ben Smim, d'une capacité de 400 lits, et de Ben Ahmed, d'une capacité de 180 lits, pour accompagner la dynamique de lutte contre la tuberculose.

La conjugaison de tous ces efforts permettra de poser des bases solides pour l'édification du Système National de Santé, tel que nous le connaissons aujourd'hui, et d'améliorer sensiblement la santé de la population. En 40 ans, la mortalité générale est passée de 32 à 19 décès pour mille habitants et le taux d'accroissement de la population de 0.6% à 3,3%. Un des plus grands freins au développement social et économique du pays était levé. En minimisant la fréquence, l'ampleur et l'impact des grandes menaces infectieuses qui sévissaient de manière endémique ou épidémique, le pays est enfin prêt à prendre son destin en main et à ériger le Maroc du futur.

f- 20ème siècle : période de l'indépendance - évolution du système de santé jusqu'à l'ère de la mondialisation

i. Création du premier Ministère de la Santé

A l'issue de la Déclaration de La Celle-Saint-Cloud, le 6 novembre 1955, qui marquera un nouveau tournant dans les relations Franco-Marocaines, le Dahir du 22 rebia II 1375 (7 décembre 1955) viendra instituer le premier Gouvernement du pays, au sens moderne du terme, et, par la même occasion, son tout premier Ministère de la Santé qui sera dirigé par le célèbre Dr Abdelmalek Faraj.

Trois mois plus tard, une nouvelle page de l'histoire du Maroc va s'ouvrir, avec la proclamation de son indépendance, le 02 mars 1956. A partir de cette date, le pays s'attellera à affirmer sa souveraineté, tout en capitalisant sur les acquis de l'héritage colonial, d'une part, et en renouvelant ses institutions pour faire face aux défis à venir, d'autre part.

Le Maroc adhèrera à l'OMS le 14 mai 1956, puis organisera les services du Ministère de la Santé conformément aux dispositions du décret n°2-56-036 du 23 Hijja 1375 (1er août 1956). Les services de contrôle aux frontières, l'Institut d'Hygiène et la Pharmacie Centrale, qui rappelons-le, était une véritable unité industrielle, furent rattachés à ce département.

ii. Première Conférence Nationale sur la Santé : naissance du Système National de Santé moderne

Cependant, c'est la première Conférence Nationale sur la Santé, présidée par feu Sa Majesté le Roi Mohammed V, le 18 avril 1959, qui marquera véritablement le renouveau de la politique sanitaire du Royaume. Cette conférence donnera naissance au système national moderne de santé qui continuera à être mis en place jusqu'en 1980 à travers 5 plans triennaux et quinquennaux de développement.

iii. Développement du Système National de Santé (1959-1980)

Si la médecine coloniale a indéniablement et radicalement transformé le paysage sanitaire au Maroc, il convient de souligner que le combat contre les épidémies n'avait été gagné que partiellement, et que les transitions opérées durant le protectorat ne s'étaient malheureusement pas accompagnées, ou alors très peu, de la formation de professionnels marocains de la santé.

Durant toute la période 1959-1980, le pays essaiera de nationaliser l'offre de soins en s'appuyant sur des politiques essentiellement préventives, en luttant contre les maladies transmissibles résiduelles sévissant sous forme endémique ou épidémique, en mettant en place et en normalisant les infrastructures sanitaires, fixes et mobiles, nécessaires à la dispensation des soins, en modernisant progressivement le plateau technique nécessaire au diagnostic et à la prise en charge des différentes pathologies, et surtout en développant, petit à petit, son propre capital humain, médical et paramédical.

L'ordre des médecins, fondé en 1949, continuera de prendre forme par la suite. La première faculté de médecine ouvrira ses portes à Rabat en 1962 et formera des promotions de près de 400 étudiants par an. Ensuite, une deuxième faculté de médecine verra le jour en 1975 à Casablanca. Un corps enseignant commencera à se constituer dans les différentes branches médicales. En parallèle, des écoles de formation professionnelles verront le jour.

A terme, le Maroc développera une médecine militaire, une médecine publique civile, une médecine semi-publique et une médecine privée.

Sur le plan démographique, les activités de planification familiale furent introduites en 1968 dans les programmes de santé publique afin d'espacer les naissances et pouvoir contrôler l'accroissement démographique qui avait atteint le chiffre record de 3.3% en 1960.

Sur le plan de l'hygiène, de la salubrité publique et de la protection de l'environnement, le Dahir n° 1-02-297 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n°78-00 portant charte communale a rappelé le rôle des conseils communaux dans ce domaine, notamment à travers les bureaux communaux d'hygiène.

Grâce à ces efforts, l'espérance de vie à la naissance passera de 42,9 ans en 1955 à 59,1 ans en 1980, ce qui équivaut à une augmentation considérable de l'ordre de 38%. La variole fut éradiquée et de grandes avancées seront réalisées dans la lutte contre les maladies transmissibles comme le paludisme, le trachome et la lèpre.

iv. Conférence d'Alma-Ata et première réforme du Système National de Santé : développement des programmes de santé (1981-1994)

L'avènement de la déclaration d'Alma-Ata, en 1978, marquera un nouveau tournant dans l'histoire de la politique sanitaire nationale. La souscription du Maroc à cette déclaration amorcera la première grande réforme du système de santé marocain, qui s'étalera de 1981 à 1994. Le pays s'engagera dans une forte politique de soins de santé primaires, déclinée, essentiellement, à travers le plan quinquennal 1981-1985 et qui aboutira à un nouvel essor des établissements de soins de santé primaires et des programmes nationaux de santé publique.

Par ailleurs, à cette époque, les questions de gouvernance et de soutenabilité financière du système de santé seront érigées en priorités politiques. Ainsi, un Ordre National unifié des médecins, groupant tous les secteurs, y compris militaire, fut créé en 1984. Une nouvelle génération de gestionnaires verra également le jour dans le domaine de la santé avec la création, en 1989, de l'Institut National d'Administration Sanitaire. De même, une politique de financement sera développée avec la réalisation de la première étude nationale en la matière, en 1989 également.

Cette première réforme sanitaire connaitra un immense succès avec l'introduction, en 1987, sous le haut patronage de Feu Sa Majesté le Roi Hassan II, des Journées Nationales de Vaccination (JNV), et la réduction drastique voire l'élimination d'un ensemble de maladies transmissibles comme la poliomyélite, la coqueluche, la diphtérie, le tétanos néonatal, la rougeole, la lèpre, le trachome, le paludisme autochtone et la bilharziose.

Elle permettra également de faire face efficacement à la dernière épidémie de choléra au Maroc en 1990, tournant ainsi la page d'une souffrance de plusieurs siècles face aux grands fléaux épidémiques traditionnels.

En 1994, le taux brut de mortalité est passé à 6,7 pour mille habitants versus 28,7 en 1955, l'espérance de vie à la naissance dépassait les 65 ans versus 42,9 en 1955 et 59,1 en 1980, et l'accroissement démographique n'était plus que de 2.06% versus 3,3% en 1960, grâce au programme de planification familiale.

Or si le Maroc avait pu, au final, atteindre un niveau confortable de sécurité sanitaire propice au développement social et économique, de nouvelles inquiétudes ont vu le jour avec l'émergence de nouveaux risques sanitaires liés à l'éclosion de l'épidémie du SIDA, le 5 juin 1981, la propagation à l'échelle mondiale des hépatites virales, et l'explosion du réacteur nucléaire de Tchernobyl, la nuit du 25 au 26 avril 1986. La lutte contre ces risques émergents contribua plus tard au développement du dispositif de vigilance sanitaire au Maroc, incluant la sécurité transfusionnelle et la sûreté radiologique.

v. Deuxième réforme du Système National de Santé : soins hospitaliers et couverture médicale universelle (1994-201*8)*

La deuxième réforme du système national de santé sera amorcée en 1994. Elle traduit la volonté du pays à préserver les succès des politiques préventives de santé publique tout en mettant l'accent sur une orientation plus nette vers les prestations de soins curatives et le renforcement de la gestion hospitalière.

Ce changement de paradigme trouve son fondement dans les défis émergents liés, premièrement, à la transition démographique que connaissait le pays, deuxièmement, à l'accroissement de la charge de morbidité et de mortalité des maladies non transmissibles,

elles-mêmes amplifiées par l'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement progressif de la population marocaine, et, troisièmement, à la perspective de mettre en place, un système de couverture médicale universelle.

Si, dès 1995, une Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires a été créée et l'ensemble des centres hospitaliers nationaux, à l'exclusion des Centres Hospitaliers Universitaires, ont été érigés en Services de l'Etat Gérés de Manière Autonome, il s'avère en réalité que la réforme hospitalière, encore inachevée aujourd'hui, s'est montrée beaucoup plus complexe à mettre en œuvre que prévu, malgré plusieurs grands projets structurants, intervenus à différentes temporalités.

La promulgation de la Loi n° 65-00 du 3 octobre 2002 portant Code de la couverture médicale de base, suivie de la réussite de l'expérience pilote du RAMED dans la région de Tadla-Azilal, en 2005, a conduit le pays à envisager la généralisation de ce régime dès 2010. Pour préparer cette transition, deux grands projets ont été envisagés en 2007.

Le projet de financement et de gestion du secteur de la santé (PFGSS), lancé dans cinq établissements hospitaliers à travers le territoire national, à titre d'expérience pilote, étudiera la question sous une triple perspective : celle, principale, du renforcement de la gestion hospitalière et de l'amélioration de la qualité des soins, celle de la réforme du financement du système national de santé à travers l'instauration de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et du Régime d'assistance médicale (RAMED), et celle, enfin, de la réforme institutionnelle à travers le renforcement des capacités de décision et de formulation de la politique sectorielle.

Le Projet d'appui à la gestion du secteur de la santé (PAGSS) s'attaquera quant à lui aux dysfonctionnements et aux déséquilibres structurels qui font obstacle à l'efficience du système de santé. Il sera implanté au niveau de la Région de l'Oriental et se penchera sur la question de la décentralisation des services publics de santé dans le cadre de la régionalisation.

Un peu plus tard, le cadre juridique sera étoffé par 3 dispositions majeures : celles de l'Arrêté de la Ministre de la Santé n° 456-11 du 23 rejeb 1431 (6 juillet 2010) portant règlement intérieur des hôpitaux, celles du Dahir n° 1-11-83 du 2 juillet 2011 portant promulgation de la loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, et celles du Décret n°2.14.562 relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins.

Parallèlement, le pays adopta, en 2000, la Déclaration du millénaire de l'Organisation des Nations unies et poursuivra ses efforts pour atteindre les cibles de cet agenda. En 2015, le Maroc avait réussi à réduire considérablement le taux de mortalité maternel et infantile, et à fléchir l'incidence du SIDA et, dans une moindre mesure, de la tuberculose. Le pays réussit même, dans un autre registre, à absorber la demande en hémodialyse à travers l'achat de service, mettant un terme à la souffrance de bon nombre de familles.

Malgré tous les efforts déployés, malgré une performance exceptionnelle attestée par plusieurs rapports internationaux, malgré la généralisation du RAMED, le système national de santé peinait, de plus en plus, à se montrer convaincant vis-à-vis de l'opinion publique nationale. L'entrée en vigueur de la révision constitutionnelle le 29 juillet 2011, dans le sillage du printemps arabe en décembre 2010, érigera la santé en droit fondamental et considérera que l'accès aux soins de santé et à la couverture médicale sont de la responsabilité des pouvoirs publics.

A partir de là, il était évident que les approches classiques des politiques de santé, qu'elles soient axées sur les soins préventifs ou curatifs, nonobstant les avancées faramineuses qu'elles avaient accomplies en des temps record, devaient être repensées, fondamentalement, à la lumière des transformations sociales, économiques, politiques, culturelles, environnementales voire technologiques induites par l'ère moderne.

Le discours de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste, à l'occasion de la 19ème fête du Trône, le 30 juillet 2018, matérialise clairement l'impasse du Système National de Santé et son incapacité à surmonter les contraintes actuelles et à répondre convenablement aux défis du futur. Le discours du Souverain est sans équivoque. Il invite le gouvernement et tous les acteurs concernés à entreprendre une restructuration globale et profonde des programmes et des politiques nationales d'appui et de protection sociale, de manière à garantir un impact direct et tangible sur la population. Il appelle, également, au redressement des anomalies qui entachent l'exécution du RAMED et, parallèlement, à la refonte en profondeur du Système National de Santé.

Cérémonie d'ouverture (de gauche à droite) : Pr. Khalid AIT TALEB, ministre de la Santé et de la Protéction Sociale; Pr. Mohamed AIT KADI, directeur des Séances; Pr. Omar FASSI-FEHRI, Secrétaire perpétuel de l'Académie Hassan II des Sciences et Techniques; Pr. Mostapha BOUSMINA, chancelier de l'Académie Hassan II des Sciences et Techniques.

3- Deuxième partie : État actuel du système de santé : contraintes et défis

a. Transition démographique et épidémiologique

Le premier défi du Système de Santé actuel est la double transition démographique et épidémiologique. Un regard sur les indicateurs de la population nous amène à conclure que le Maroc a connu une transition démographique rapide. L'indice synthétique de fécondité a presque atteint le taux de remplacement des générations (2,05 enfants par femme). En 2020, il n'était plus que de 2,1 enfants par femme contre 7,2 enfants par femme en 1962. L'allongement de l'espérance de vie est également une réalité. Aujourd'hui cet indicateur est estimé à 76,7 ans. Cette évolution se traduit par un vieillissement de plus en plus prononcé de la population marocaine. En 2021, près de 4,3 millions étaient âgés de 60 ans et plus. Ce chiffre devrait atteindre six millions en 2030.

La transition épidémiologique au Maroc se traduit par le déclin des maladies transmissibles et l'augmentation de la charge de morbidité et de mortalité des maladies non transmissibles, en particulier les cancers, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et l'insuffisance rénale chronique.

La sixième Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF) – 2018 révèle que le pourcentage des personnes âgées atteintes d'au moins une maladie chronique est de l'ordre de 64,4%. Les résultats montrent également que 20,0% des personnes âgées de 60 ans et plus sont diabétiques, alors que 34% sont hypertendues.

Les maladies non transmissibles sont à l'origine de 80% des décès au Maroc, toutes causes confondues, avec en tête les maladies cardiovasculaires (38% des causes de décès) et les cancers (18% des causes de décès).

Cette situation est aggravée par le fardeau économique lié aux coûts de prise en charge des maladies chroniques et leur impact sur la pérennité du financement du système de santé. Il est admis que sur l'ensemble de la population couverte par l'Assurance Maladie Obligatoire au Maroc, 3% seulement a recours aux soins liées à une Affection de Longue Durée. Cependant, ces 3% consomment 47,7% des dépenses totales de l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'enquête nationale sur les facteurs de risque chez la population âgée de 18 ans et plus (Stepwise), réalisée par le ministère de la Santé et de la Protection Sociale en 2018 montre que 29,3% de cette population sont hypertendus, 10,6% diabétiques et 10,4% prédiabétiques. Le degré d'exposition à certains facteurs favorisants est également alarmant. Parmi les personnes âgées de 18 ans et plus, 10,6% sont atteints d'hypercholestérolémie, 13,4% sont utilisateurs de tabac, 21,1% sont en manque d'activité physique et 53% sont en situation de surpoids avec 20% de personnes obèses. La consommation de sel est de 10,6 grammes par jour, soit le double de l'apport quotidien recommandé.

b. Défis liés à la difficulté à mettre en place des politiques convergentes de développement durable capables d'agir de manière synergique sur les déterminants de la santé

La question spécifique des facteurs de risque des maladies non transmissibles nous ramène cependant au concept, plus large, des déterminants de la santé. Ces derniers peuvent être de nature sociale, économique, environnementale, culturelle, politique, professionnelle, ou autre.

Aussi, bon nombre de solutions aux problèmes de santé publique échappent au contrôle direct du secteur de la santé et de la protection sociale et relèvent d'autres secteurs, notamment ceux en charge de l'environnement, de l'agriculture, de l'eau, de l'assainissement, de l'éducation, de l'emploi, de l'habitat, des transports, du commerce, du tourisme, de l'énergie, etc.

En effet, la pauvreté, le surpeuplement des ensembles urbains, la pollution de l'eau, da pollution des sols, la pollution de l'air ambiant et intérieur, les conditions non adaptées de travail, d'habitat et de transport, sont autant de facteurs déterminants qui favorisent la propagation voire l'éclosion des maladies infectieuses, et contribuent à la persistance ainsi qu'à l'augmentation de la charge de morbidité et de mortalité des maladies non transmissibles comme les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, et j'en passe.

À titre d'exemple, le taux de mortalité attribuable à la seule pollution de l'air ambiant était estimé à 28 décès pour 100.000 habitants en 2019, au niveau national.

De même, la tuberculose, qui est un une maladie infectieuse sociale et un indicateur de développement durable par excellence, continue d'engendrer, chaque année dans notre pays, près de 36.000 nouveaux cas et 3.000 décès.

S'il est vrai que le Maroc est pleinement engagé à mobiliser tous les acteurs et toutes les ressources dont il dispose afin de garantir l'atteinte des Objectifs du Programme Mondial de Développement Durable à l'horizon 2030, et s'il est également vrai que ce cadre de partenariat représente aujourd'hui l'espace de concertation national et international le plus complet pour agir, de manière synergique, intégrée et convergente, sur l'ensemble des déterminants clés de la santé, il n'en demeure pas moins que le pays souffre d'une pluralité de cadres sectoriels nationaux avec des objectifs distincts et des dispositifs de pilotage séparés.

Ceci dit, une refonte de la Stratégie Nationale de Développement Durable est en cours cette année. Idéalement, elle devrait pouvoir fédérer l'ensemble des parties prenantes autour d'une vision commune, intégrée, avec des objectifs clairs et mesurables qui englobent les principales priorités sectorielles tout en permettant une synergie d'action et une convergence des politiques publiques.

Cette nouvelle stratégie gagnerait à s'aligner sur les recommandations du Nouveau Modèle de Développement du Royaume tout en s'appropriant pleinement l'esprit et les orientations des engagements internationaux du Maroc tels que l'Accord de Paris sur le climat et l'Agenda 2030 pour le développement durable.

D'un point de vue sanitaire, la réussite d'une telle refonte représenterait une véritable aubaine pour le pays en ce sens qu'elle rendrait possible une action concrète et décisive sur les déterminants de la santé, permettant de préserver les générations futures du fardeau lourd de la maladie.

c. Menaces sanitaires des temps modernes

i. *Covid-19 dans le monde : l'exemple Marocain*

Si le rôle des déterminants de la santé est bien connu dans la genèse de différentes maladies humaines, force est de reconnaitre que le monde d'aujourd'hui est exposé à des menaces sanitaires de plus en plus variées et de plus en plus imprévisibles.

Nous sommes à l'aube du 21ème siècle, à l'aube du troisième millénaire, et pourtant le monde est en train de vivre une des pandémies les plus meurtrières des temps modernes. Le 09 janvier 2019, les autorités chinoises et l'OMS annonçaient officiellement la découverte d'une nouvelle souche de coronavirus, suite à l'apparition d'une épidémie de pneumonies d'allure virale dans la ville de Wuhan.

D'origine incertaine, cette maladie infectieuse nouvelle, transmissible par voie respiratoire et par contact rapproché, s'est propagée, en quelques mois, à tous les pays du monde. D'après les dernières estimations de l'OMS, elle aurait engendré, entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2021, une surmortalité de 14,9 millions de décès à l'échelle planétaire. Malgré l'avancement de la science et de la technologie et malgré les efforts conjugués de la communauté internationale, aucun pays dans le monde n'a été épargné, quel que soit son niveau de développement économique et social, quel que soit son niveau de revenu national et quelle que soit la qualité de son système de santé.

S'il est vrai que ces chiffres de mortalité sont encore loin d'être comparables aux hécatombes causées par les trois grandes épidémies de peste ou encore par la grippe espagnole, il est toutefois indéniable que la médecine d'aujourd'hui n'a ni les moyens ni les connaissances pour protéger l'humanité de l'ensemble des menaces sanitaires susceptibles d'émerger à un moment ou à un autre de son histoire. De ce point de vue, tous les peuples du monde sont vulnérables.

Ceci est d'autant plus vrai que les conséquences de ces menaces sanitaires, lorsqu'elles s'abattent, dépassent de loin les frontières de l'univers médical pour frapper toutes les facettes de l'existence humaine. Tout au long de l'histoire, les grandes catastrophes et les grandes épidémies ont, à chaque fois, profondément remodelé les lignes de force de la géopolitique mondiale, ébranlant l'ordre social établi, engendrant récessions économiques, paupérisation et famines, précipitant le déclin de civilisations entières, et justifiant guerres, émeutes et mutineries.

Force est de constater cependant, que le Maroc, deuxième pays le plus touché en Afrique par la pandémie Covid-19, après l'Afrique du Sud, avec un total de cas détectés de plus de 1 million et 165.625 cas, a rompu avec 4 siècles tragiques d'histoire, affichant, derrière le leadership de Sa Majesté Le Roi Mohammed VI -Que Dieu L'assiste-, une résilience exemplaire, saluée à l'échelle internationale.

L'approche marocaine pour la gestion de la crise Covid-19 est d'autant plus spectaculaire qu'elle a démontré qu'en soixante ans d'indépendance, le pays avait pu reconquérir une bonne partie de sa gloire passée. Avec 426 décès pour un million d'habitants, le Royaume affiche un taux de mortalité parmi les plus bas dans le monde.

L'approche marocaine s'est voulue holistique, centrée sur la valeur de la vie humaine et basée sur la vigilance, l'anticipation, la réactivité, la solidarité et la responsabilité individuelle et collective. Elle s'est également voulue scientifique à travers l'instauration de deux comités indépendants réunissant un panel d'experts : le Comité Scientifique et Technique de la pandémie Covid-19 et le Comité Scientifique et Technique de la Vaccination contre la Covid-19.

D'un autre côté, un Comité de Veille Économique a été institutionnalisé afin de faciliter le dialogue intersectoriel tandis qu'un dispositif national de commandement a été activé dans le but d'assurer le pilotage, la coordination et le suivi, à tous les niveaux, des interventions de prévention et de riposte. Tous les acteurs ont été impliqués, militaires et civils, gouvernementaux et non gouvernementaux, publics et privés, à l'échelle centrale comme à l'échelle locale.

Grâce à cette mobilisation générale et structurée, le Maroc réussira, dès le début de la pandémie, à sécuriser ses frontières, à mettre à niveau ses capacités de dépistage et de diagnostic, à adapter son système de veille et d'alerte sanitaire, à augmenter sa capacité litière en milieux de réanimation et en unités de soins intensifs et à assurer son autosuffisance en médicaments, vaccins et équipements médicaux. Des hôpitaux de campagne seront déployés et des structures hôtelières entières seront mises à profit afin d'optimiser les capacités d'accueil et de prise en charge des patients potentiels et des cas contacts ou présumés.

Afin de préserver l'emploi, de soutenir la trésorerie des entreprises du secteur libéral, et de contenir les répercussions sociales, économiques et politiques de la pandémie, un Fonds spécial pour la gestion de la pandémie sera créé, dès le 19 mars 2020, sous l'impulsion des Hautes Instructions de Sa Majesté le Roi Mohammed VI -que Dieu L'assiste-.

L'Etat instaurera également, un ensemble d'incitations bancaires et fiscales, et procédera à l'assouplissement des modalités de remboursement des dettes contractées par les particuliers et les entrepreneurs.

L'ensemble de ces mesures de solidarité contribuera à renforcer la résilience sociale et économique du pays malgré l'intensité et la durée des mesures restrictives dictées par l'évolution de la situation épidémiologique, au Maroc et dans le monde.

Il convient de préciser que le pays a également su faire preuve de détermination et d'innovation en reconvertissant des segments entiers de l'industrie nationale pour produire des équipements de protection individuelle comme les masques, des gels hydroalcooliques et des respirateurs en quantités suffisantes. Il a su faire preuve de pragmatisme en garantissant la disponibilité des produits de vie courante et de première nécessité, l'approvisionnement régulier des marchés, le contrôle strict des prix, la dématérialisation de bon nombre d'actes administratifs et la mise en place d'un système totalement gratuit d'enseignement à distance.

Le Maroc a enfin su asseoir et maintenir un climat de confiance dans sa relation avec la population, basé sur la rigueur, la responsabilité mutuelle et une combinaison équilibrée de communication, d'information, de dissuasion et de sanction. Grâce à ce climat de confiance, le pays a pu, tout au long de la riposte, faire respecter les mesures de prévention et de contrôle de la maladie, empêcher la circulation de rumeurs et, surtout, mener à bien la campagne de vaccination contre la pandémie.

En réalité, l'exemple marocain est l'histoire d'une nation entièrement soudée autour de son Souverain, une nation désireuse de renouer avec sa gloire passée. C'est aussi l'histoire d'une diplomatie pragmatique et crédible, attachée aux valeurs nationales ancestrales d'humanisme, de justice sociale et de solidarité. C'est aussi le produit d'un siècle d'apprentissage et de travail acharné.

ii. *Défis liés aux maladies émergentes et ré-émergentes et aux risques sanitaires en relation avec les catastrophes naturelles et les activités humaines :*

La mondialisation des échanges de biens, de services, d'hommes, de techniques, l'industrialisation et l'urbanisation à outrance, l'appauvrissement de la couche d'ozone, les changements climatiques, la répétition des catastrophes naturelles, l'évolution des modes de vie et la dégradation des écosystèmes constituent, directement ou indirectement, des risques majeurs et des menaces concrètes pour la sécurité sanitaire, qu'il convient d'intégrer de manière explicite, à tous les niveaux, dans toutes les politiques nationales et internationales.

L'analyse des crises sanitaires des cinq dernières décennies montre en effet que le monde a connu une multitude de maladies émergentes ou ré-émergentes, de portée et de gravité variables, en lien avec les facteurs susmentionnés : SIDA, encéphalite spongiforme bovine, SRAS, Maladie à Virus Ebola, chikungunya, Zika, grippe pandémique, grippe aviaire, et j'en passe.

De même, l'activité humaine a généré un grand nombre d'événements biologiques, radiologiques, chimiques ou nucléaires aux conséquences dramatiques : la catastrophe nucléaire de Tchernobyl, en 1986, la pollution accidentelle au cyanure de la rivière Tisza en Europe centrale, en 2000, la marée noire due au naufrage du Prestige au large des côtes espagnoles, en 2002, la fusion de réacteurs nucléaires dans la centrale de Fukushima au Japon, en 2011, l'effondrement de deux barrages miniers à Mariana au Brésil qui provoqua, en 2015, une pollution aux métaux lourds du Rio Doce, l'explosion de nitrate d'ammonium sur le port de Beyrouth au Liban, en 2020, etc. Les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques sont généralement liés à l'activité humaine et sont souvent à portée transfrontalière. Leurs conséquences, très variées, peuvent être désastreuses pour la santé humaine. Ils nécessitent une préparation appropriée et des moyens d'intervention hautement spécialisés.

Les catastrophes naturelles, exacerbées par les effets du réchauffement climatique doivent également être prises très au sérieux. Leurs répercussions pouvant être dévastatrices, elles requièrent des équipes d'intervention hautement qualifiées, des installations de prise en charge spécialisées et résilientes, et une coordination exemplaire des soins et des secours. Le Tsunami de 2004 en Asie du Sud-Est, l'ouragan Katrina aux Etats-Unis en 2005 et le séisme de Haïti en 2010 sont des exemples du danger que peut représenter une catastrophe naturelle.

Par ailleurs, le développement de nouvelles formes de criminalité et de terrorisme à l'échelle mondiale fait naître une attente accrue de sécurité de la part de la population ainsi que des besoins de prévention et de contrôle de plus en plus complexes pour faire face aux risques sanitaires qui en découlent.

Evidemment, le Maroc est un pays particulièrement exposé à l'ensemble de ces risques, qu'ils soient naturels, accidentels ou intentionnels. Crues torrentielles, inondations, glissements de terrains, séismes, tsunamis, sécheresse, désertification, invasions acridiennes, incendies de forêts, incendies industriels, ruptures de barrages, le Système National de Santé doit être préparé à toutes les éventualités.

d. Défis liés à la responsabilité écologique du Système de Santé

Toutefois, il faut noter que le Système de Santé est lui-même grand consommateur d'énergie, d'eau et de papier. Parfois, il peut être pollueur par le biais des déchets qu'il produit, qu'il s'agisse de déchets ménagers, de déchets d'activités de soins à risques infectieux, de résidus médicamenteux, ou autres.

Le Système de Santé a une responsabilité écologique avérée et, de ce fait, sera amené, dans le cadre de la politique nationale de développement durable, à assurer une transition progressive vers un modèle de fonctionnement plus respectueux de l'environnement.

Le Système de Santé devra continuer à mettre en œuvre toutes les mesures de biosécurité et de bio-sûreté nécessaires au contrôle des risques biologiques, chimiques et radiologiques inhérents à son activité, mais aussi faire des choix audacieux pour réduire son empreinte carbone.

La transition vers un modèle de soins de nouvelle génération, plus vert, devra également prendre en considération la question de la durabilité et de la résilience de ses installations et de ses services face aux changements climatiques, face aux catastrophes naturelles et face aux risques d'émergence ou de réémergence de nouvelles menaces sanitaires.

e. Mutations induites par le progrès technologique et biomédical

Il faut garder à l'esprit que le monde médical, tel que nous le connaissons aujourd'hui, se trouve à un tournant crucial de son histoire.

Nous sommes sur le point d'assister à une véritable révolution technologique et biomédicale qui va irrémédiablement transformer les systèmes de santé, de par le monde, dans leur manière d'interagir avec leur environnement et dans leur façon de préserver la santé.

Si le rêve des premiers hommes était de voler, le rêve de l'homme moderne est d'éliminer la souffrance, la vieillesse, la maladie.

La médecine du futur sera une médecine du bien-être au sens le plus large du terme, plus humaine, complètement centrée sur la personne. L'ère de l'hygiène et de la pharmacologie

laissera place à l'ère de la santé numérique et des sciences dites «omiques». La médecine curative deviendra celle du passé.

Il devient clair aujourd'hui que le monde est à l'aube d'un véritable changement de paradigme en ce qui concerne la perception, la compréhension et la conception de la santé et du bien-être.

S'il veut survivre à cette révolution, notre Système National de Santé devra faire du développement de la médecine du futur une ambition nationale et la considérer, dès aujourd'hui, comme la condition sine qua non de la souveraineté de la nation dans son ensemble. En effet, l'avènement de la médecine du futur porte en lui le potentiel de bouleversements majeurs de l'ordre mondial établi, susceptibles de dépasser, largement, les transformations géopolitiques et économiques induites par l'avènement de la médecine moderne au début de l'ère industrielle.

Il ne s'agit pas seulement de développer la télémédecine, d'imprimer des organes humains, de modifier des séquences génétiques ou encore de concevoir des nanorobots. Il s'agit de mettre sur pied un projet de société holistique, soutenu par des valeurs morales et éthiques, basé sur une vision d'avenir commune, cohérent avec les aspirations actuelles et futures du peuple marocain.

f. Crise des ressources humaines

La médecine du futur servira également à remédier à une autre contrainte structurelle, critique, du Système National de Santé.

Il est de notoriété publique aujourd'hui que le pays doit faire face à une crise aiguë de ressources humaines. Ce déficit, évalué à plus de 97.000 professionnels de la santé, est exacerbé par le manque croissant d'attractivité des métiers de la santé, par des disparités territoriales importantes dans la répartition des ressources existantes et par une pénurie flagrante en personnel spécialisé.

Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale travaille d'arrache-pied pour essayer de contenir les effets délétères de ce problème à travers une série d'actions et d'interventions visant la réforme du système de formation fondamentale et professionnelle relatif aux métiers de la santé, l'adoption d'un statut spécial de la fonction publique sanitaire, la mise en place de mécanismes innovants d'incitation et de motivation du personnel, l'ouverture du secteur de la santé aux investissements privés et aux compétences étrangères, la création de cartes sanitaires régionales et la territorialisation de la gestion des ressources humaines.

Toutefois, il convient d'insister aujourd'hui sur le fait que la véritable solution, capable de mettre fin, à terme, à la crise de ressources humaines, consiste à s'inscrire dans une vision futuriste qui tient compte des mutations technologiques et des changements de paradigme que nous venons d'évoquer et qui tire profit des opportunités offertes par les autres branches de la science moderne, de manière à réduire la pression exercée par les besoins croissant de la population sur le Système de Santé dans son ensemble.

La digitalisation complète et intégrée du système d'information, l'automatisation des tâches qui peuvent être automatisées, le recours à la télémédecine et à la robotique, l'innovation en matière de méthodes diagnostiques, peuvent dans un premier temps soutenir les professionnels de santé, qui restent l'élément moteur de tout système de santé, et les aider à concentrer leurs efforts sur les domaines d'action qui requièrent leur attention.

4- Troisième partie : Leçons apprises :

Mesdames et Messieurs,

Comme le disait Otto von Bismarck «Celui qui ne sait pas d'où il vient ne peut savoir où il va car il ne sait pas où il est. En ce sens, le passé est la rampe de lancement vers l'avenir».

A la lumière de tout ce que je viens d'exposer, il me semble essentiel de m'arrêter, à présent, un instant, sur les enseignements à tirer de l'expérience ancestrale et contemporaine du Maroc en matière de santé publique.

Le premier enseignement est de prendre conscience, collectivement, que la santé est un enjeu vital qui peut déterminer le destin d'un pays, bien au-delà de son niveau de bien-être ou de son développement. Les grandes épidémies et les grandes catastrophes naturelles peuvent provoquer dans leur sillage des répercussions dramatiques et irrémédiables sur le développement économique, l'ordre social et la stabilité politique d'un Etat, voire de tout un empire. De ce fait, il convient d'octroyer à la santé une place centrale et privilégiée, au cœur des politiques publiques. La souveraineté sanitaire d'une nation est indissociable de sa souveraineté économique et politique.

Le deuxième enseignement consiste à rétablir une véritable relation de confiance entre le système de santé et le citoyen. Le Maroc a connu un véritable âge d'or en matière de santé qui a connu le déclin suite à de nombreux facteurs, précipitant la nation vers le chaos et la faillite. Depuis l'avènement de l'indépendance, le pays a pu, en quelques décennies, mettre fin à des siècles d'épidémies et de désolation sociale. Aujourd'hui, il est temps de retrouver la gloire des temps ancestraux et de regagner, durablement, notre souveraineté sanitaire.

Le troisième enseignement tient du fait qu'il ne saurait y avoir de développement durable sans santé. Le bien-être de la population ainsi que le développement social et économique du pays ne peuvent être obtenus en dehors de politiques soucieuses de la santé individuelle et collective des citoyens. De même, la santé étant un état de complet bien-être, physique, mental et social, elle ne peut être obtenue en dehors d'un modèle viable de développement durable. La déclaration de Rio sur l'environnement et le développement stipule, à raison, que «les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature». Fin de citation.

Le quatrième enseignement est que de tout temps, le Maroc a été exposé à des menaces sanitaires de grande envergure, et qu'il n'est pas impossible de voir apparaître, dans le futur, des risques sanitaires nouveaux susceptibles d'impacter, non seulement le système sanitaire, mais aussi les acquis sociaux, politiques et économique de la nation. La diversité de ces risques ainsi que la mondialisation des échanges commerciaux et la situation géographique du Maroc au carrefour entre l'occident et l'orient, entre le nord et le Sud, nous enseignent que l'exemple mar ocain en matière de gestion de la pandémie Covid-19 ne doit pas nous faire oublier l'importance d'œuvrer vers une médecine du futur, adaptée aux aspirations du peuple marocain et capable de soutenir et de guider la nation vers le monde de demain.

Le cinquième enseignement est justement lié au cas particulier de la crise Covid-19. La manière dont cette pandémie a frappé le monde, y compris les pays développés, est venue requestionner les limites entre les principes de solidarité internationale et la responsabilité des Etats à préserver l'ordre social, économique et politique à l'intérieur de leurs frontières.

L'incertitude entourant l'évolution de la maladie et les inquiétudes grandissantes des Etats face à la portée de son impact se sont traduits par des initiatives de protectionnisme et de nationalisation, et une flambée des prix due aux pratiques de spéculation et à la rareté des produits stratégiques. Il s'en est suivi une distribution inéquitable des ressources, des perturbations significatives des chaines d'approvisionnement et des difficultés d'accès de nombreux pays aux matières premières, aux technologies médicales de diagnostic et de prise en charge, aux médicaments essentiels, aux vaccins anti-Covid-19, à l'oxygène, et j'en passe. Cette conjoncture exceptionnelle a eu par ailleurs des conséquences sur la collaboration internationale en matière de veille sanitaire et sur les politiques nationales de riposte, en raison des retards et défauts de communication des données par nombre d'acteurs, pour des raisons économiques ou politiques. La crise Covid-19 a également eu des implications géopolitiques certaines en occasionnant une reconfiguration des alliances régionales traditionnelles et des relations internationales en fonction de l'évolution des besoins sanitaires des pays et des exigences momentanés de la diplomatie sanitaire. Il s'agit d'une leçon précieuse de l'histoire qui nous enseigne que la préparation est le meilleur moyen d'éviter le pire, et qu'un pays, indépendamment de ses réseaux d'alliance, doit s'assurer de pouvoir disposer, à tout moment, pour chaque secteur stratégique de l'Etat, des matières premières critiques et des ressources humaines, matérielles et technologiques nécessaires pour faire face aux crises sanitaires d'envergure. Il doit également s'assurer d'être en mesure, dans pareilles circonstances, d'appliquer toutes les mesures sanitaires, préventives et curatives, qui s'imposent, mais aussi de soutenir les classes vulnérables, la population générale et les acteurs économiques du fardeau inhérent aux répercussions de la crise. La souveraineté sanitaire d'un Etat est, par essence, intimement liée aux niveaux de résilience et d'autosuffisance auxquels il peut aspirer, en temps normal comme en temps de troubles.

Le sixième enseignement est que depuis 1994, le Maroc s'est enlisé dans une réforme du système de santé, orientée vers les soins curatifs, le financement durable, la protection sociale et l'amélioration des mécanismes de gouvernance. Force est de constater que cette réforme, encore inachevée aujourd'hui, a fini par s'épuiser sans jamais réussir à apporter d'impact réel. Le Maroc est donc sur le point d'opérer une refonte profonde de son Système National de Santé de manière à surmonter les nombreux problèmes structurels qui persistent et à pouvoir faire face aux défis sanitaires auquel il doit faire face. Je souligne ici que la force d'un système de santé réside non pas dans le bien-fondé et l'ambition de ses réformes, mais surtout dans sa capacité à apporter les dynamiques nécessaires pour conduire le changement, tout en capitalisant sur les expériences présentes et futures et sans jamais perdre de vue la perpétuelle nécessité de maintenir un écosystème adéquat, propice à l'innovation et à la recherche. Aujourd'hui, plus que jamais, nous devons changer de paradigme en pensant la santé et le bien-être dans leur conception la plus large afin de réussir la transition vers un système de santé résilient et durable.

5- Quatrième partie : Souveraineté sanitaire

a. Orientations Royales

L'échec du Système National de Santé à mener à bien sa dernière réforme, lancée depuis 1994, et son incapacité à gagner la confiance des citoyens et à répondre convenablement aux besoins de développement du pays, ont poussé Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste, lors de Son Discours du 29 juillet 2018 à l'occasion de la fête du Trône, à appeler à un redressement des anomalies qui entachent l'exécution du programme de couverture médicale RAMED et, parallèlement, à une refonte en profondeur du système national de santé, qui se caractérise par des inégalités criantes et une faible gestion.

Sa Majesté le Roi a pris connaissance, en novembre 2018, des premières actions envisagées par le gouvernement en exécution de Ses Hautes orientations. Il a demandé un approfondissement des scénarios envisagés pour que les citoyens commencent à percevoir des améliorations rapides et concrètes, et a réaffirmé sa Haute sollicitude envers le secteur et les professionnels de la santé, et la Volonté Royale de voir ce secteur vital gagner rapidement en efficacité et améliorer profondément son fonctionnement et la qualité des services rendus.

A l'occasion de l'ouverture de la 1ère session de la 1ère année législative de la 11ème législature 2021, Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste, a rappelé que la crise pandémique a révélé le retour en force du thème de la souveraineté, avec de véritables enjeux de compétition internationale et a souligné la nécessaire consolidation de la place occupée par le Maroc et la défense impérieuse de ses intérêts supérieurs. A cet effet, Il a ordonné la mise en place d'un dispositif national intégré portant sur la réserve stratégique de produits de première nécessité, notamment alimentaires, sanitaires et énergétiques, avec une mise à jour continue des besoins nationaux afin de consolider la sécurité stratégique du pays. Il a également insisté sur la nécessité d'opérationnaliser le modèle de développement et de lancer une nouvelle génération de projets et de réformes intégrés avant d'ordonner de parachever les grands projets déjà lancés, au premier rang desquels le chantier de généralisation de la protection sociale. Dans ce cadre, le défi majeur consiste à opérer une véritable mise à niveau du système de santé, conformément aux meilleurs standards et en synergie totale entre secteurs public et privé.

En plus de Ses deux discours très explicites, Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste, a exprimé la volonté de doter le Royaume de capacités industrielles et biotechnologiques complètes et intégrées, dédiées à la fabrication de vaccins au Maroc.

b. Concept de la souveraineté sanitaire

i. *Définition*

Il s'agit donc d'opérer une refonte profonde du système de santé et de réformer le système de protection sociale tout en visant la souveraineté nationale en matière de santé.

Dans son sens général, la souveraineté se définit, en droit, comme la détention de l'autorité suprême, c'est-à-dire d'un pouvoir absolu (dont tous dépendent) et inconditionné (qui ne dépend de qui que ce soit).

Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle du concept de souveraineté sanitaire, ce dernier signifie, pour un Etat, la compétence et la capacité à maintenir et à préserver l'état de santé de sa population en toute indépendance, que ce soit en temps normal ou en temps de crise.

Le principe de souveraineté sanitaire implique une liberté totale d'action, limitée par les seules règles de droit. Il suppose la poursuite d'objectifs de satisfaction et de protection de ses besoins stratégiques, mais aussi de résilience et d'autosuffisance, face aux menaces et vulnérabilités susceptibles de mettre en danger ses intérêts suprêmes, qu'elles soient réelles ou potentielles, endogènes ou exogènes. Il vise par ailleurs la création de conditions favorables à la préservation de la justice et de l'équité en matière de santé, et à l'intégrité physique, mentale et sociale de ses citoyens.

La souveraineté sanitaire est perçue comme une composante indissociable de la souveraineté économique et politique. Elle constitue un véritable projet de société mais aussi un levier important pour le développement de la coopération Sud-Sud et internationale.

Les dimensions de la souveraineté sanitaire sont nombreuses. Elle nécessite :

- La mise en place de politiques sanitaires intégrées
- Une gestion efficace des risques sanitaires à travers :
    - L'évaluation continue, la priorisation et la communication autour des menaces et des vulnérabilités,
    - La mise en place de dispositifs fonctionnels de veille sanitaire, d'alerte et de riposte,
    - Et l'organisation systématique d'exercices périodiques de planification et de simulation des mécanismes de riposte et de relèvement.

La souveraineté sanitaire nécessite également :

- Le développement d'un système d'information sanitaire en temps réel, intégré, fiable, exploitable et sécurisé,
- Une appropriation et une assimilation des nouvelles techniques de l'information et de la communication dans la pratique sanitaire,
- La constitution d'un capital humain durable,
- Et la mise en place de mécanismes pérennes et durables de financement,

La souveraineté sanitaire nécessite enfin :

- Une autosuffisance en Équipements et technologies de diagnostic et de traitement ainsi qu'en médicaments et dispositifs médicaux essentiels avec la mise en place permanente de Stocks stratégiques.
- Ainsi que le contrôle de la logistique sanitaire et ses chaines d'approvisionnement.

ii. Notion de la Responsabilité de l'État

La notion de souveraineté sanitaire possède un ancrage juridique très fort. En effet, la constitution marocaine stipule, dans son préambule que le Royaume du Maroc est attaché à développer une société solidaire où tous jouissent de la sécurité, de la liberté, de l'égalité des chances, du respect de leur dignité et de la justice sociale, dans le cadre du principe de corrélation entre les droits et les devoirs de la citoyenneté. Le Royaume du Maroc réaffirme également son attachement aux droits de l'Homme tels qu'ils sont universellement reconnus, ainsi que sa volonté de continuer à œuvrer pour préserver la paix et la sécurité dans le monde.

De même, dans son article 22, la constitution marocaine stipule que tous les marocains ont droit à la sécurité de leur personne, de leurs proches et de leurs biens, et que les pouvoirs publics assurent la sécurité des populations et du territoire national dans le respect des libertés et droits fondamentaux garantis à tous.

Par ailleurs, Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste, a affirmé lors du Discours d'inauguration de la nouvelle législature, le 8 octobre 2021, que : «En termes de protection de la santé des citoyens et de soutien aux secteurs et aux catégories touchés, nous disposons d'acquis solidement engrangés. De fait, en assurant la gratuité du vaccin, en dépit du coût qui se chiffre en milliards, l'Etat s'est acquitté de son devoir, veillant à ce que les besoins fondamentaux des citoyens soient satisfaits et que la période de crise soit la moins pénible possible pour eux» Fin de citation.

La souveraineté sanitaire est donc fortement liée à la responsabilité de l'Etat qui doit s'assurer de garantir la sécurité pour tous ses citoyens, et leur accès à des conditions de vie dignes.

iii. Relation Sécurité sanitaire et souveraineté sanitaire

La notion de sécurité sanitaire apparaît au début des années 90 suite au drame du sang contaminé par le virus du Sida et de l'hépatite C. Elle connaît ensuite un intérêt croissant notamment avec l'avènement d'un ensemble de crises sanitaires liées à des évènements épidémiques, à des scandales pharmaceutiques ou à des activités terroristes, faisant naître une attente accrue de sécurité face aux produits de santé, aux aliments, à l'environnement et aux menaces biologiques.

La sécurité sanitaire contribue à la souveraineté sanitaire en ce sens qu'elle couvre l'ensemble des décisions, programmes et actions visant à protéger la population, de manière proactive et réactive, contre tous les dangers et les risques pour la santé qui échappent au contrôle des individus et relèvent donc de la responsabilité des pouvoirs publics.

La sécurité sanitaire est donc une composante indissociable à la fois de la souveraineté sanitaire et de la sécurité humaine en général. Elle est, par essence, une prérogative affirmée de l'État.

iv. Relation résilience du système de santé et souveraineté sanitaire : analyse des cadres classiques de riposte aux crises sanitaires et aux situations pandémiques à la lumière de la crise Covid-19

Il convient ici de s'arrêter sur une notion très importante, qui est celle de la résilience des systèmes de santé, notamment en temps de crise, et de sa relation avec la souveraineté sanitaire.

La résilience des systèmes de santé est un concept relativement récent qui porte aussi bien sur leur capacité à faire face au changement que sur leur capacité à continuer de fonctionner dans des environnements hostiles.

La résilience est une composante centrale de la souveraineté sanitaire car elle permet d'anticiper les menaces sanitaires et leurs contingences, et de les contenir avant qu'elles ne se transforment en véritables catastrophes.

Il est généralement convenu que la résilience d'un système de santé dépend i) de son niveau de connaissance des ressources disponibles et des défis émergents, ii) de son degré de polyvalence pour prendre des mesures face à un large éventail de défis, iii) de sa capacité à contenir les crises sanitaires et d'éviter les répercussions préjudiciables qu'elles peuvent entraîner, iv) de sa capacité de proposer des interventions multisectorielles intégrant un éventail d'acteurs et d'institutions, v) et enfin de sa flexibilité.

Un système résilient est un système auto-apprenant, bien préparé en amont, réactif et adaptable; capable, surtout, de déployer rapidement des ressources et de mettre en œuvre des plans d'intervention efficaces et intégrés.

L'amélioration de la résilience des systèmes de crise passe par la constitution de stocks stratégiques, matériels et immatériels, un développement des capacités de veille et de riposte à tous les niveaux, et la préparation de plans de contingences pour être en mesure de gérer la quasi-totalité des difficultés et des blocages.

La crise Covid-19 a profondément ébranlé les systèmes de santé du monde entier, notamment ceux des pays développés, réputés pour leur performance habituelle.

On peut dire que les politiques de santé actuelles ont largement été influencées, durant les dernières décennies par les principes économiques régissant les biens de consommation. La rareté des ressources nécessite de faire des choix précis en matière d'investissement public. L'Etat devra sans cesse effectuer des arbitrages complexes pour faire le tri entre des postes de dépenses tout aussi nécessaires les uns que les autres. Les exigences pour le développement social seront perpétuellement opposées à celles du développement économique et les services sanitaires réduits à un niveau d'efficience optimal qui sacrifie une partie des besoins de la nation, jugés non prioritaires.

Cette approche néoclassique, voire néolibérale, des politiques de santé a montré ses limites avec l'avènement de la pandémie Covid-19. L'optimisation effrénée des systèmes de santé dits modernes les a privés de leur résilience et des pays entiers se sont retrouvés dépourvus de toute capacité d'adaptation au contexte imposé par la propagation rapide de la maladie et la pression accrue sur les milieux de réanimation et de soins intensifs.

Le corollaire des politiques d'austérité en santé fût une pénurie de personnel soignant, de lits de réanimation, de respirateurs, de tests de dépistage, de masques chirurgicaux et FFP2, de gants, de gels hydroalcooliques, et j'en passe.

Les dispositifs de veille sanitaire sont devenus inopérants et les hôpitaux incapables d'absorber les flux intarissables de patients et l'accroissement quotidien des cas graves. A partir de là, la catastrophe devenait inéluctable.

La souveraineté sanitaire nécessite d'abord de soustraire la santé à la logique marchande et aux choix politiques du marché classiquement opérants pour des activités de consommation courante. La pandémie Covid-19 nous montre en effet que les crises sanitaires peuvent être totales avec des répercussions incommensurables sur tous les plans. La résilience des systèmes de santé devient de ce fait une condition sine qua non du développement social et économique.

La pandémie Covid-19 nous montre également que la résilience du système de santé n'est pas uniquement une affaire de santé. Les pays qui ont pu reconvertir rapidement et efficacement leur écosystème économique et industriel, ont pu également générer des ressources matérielles et immatérielles inespérées qui ont servi à renforcer les capacités de riposte, à soutenir le tissu entrepreneurial et à protéger les catégories vulnérables de leur population.

Poursuivre des objectifs de souveraineté sanitaire doit donc nous interpeler sur la nécessité de disposer d'un environnement économique et industriel souple, propice à la recherche et à l'innovation en santé ainsi qu'au développement de politiques sanitaires résilientes. Il sera par exemple très utile d'encourager et de protéger les investissements pour la création et l'évolution d'entreprises high-tech.

Dans le même sens, la résilience des systèmes de santé et partant la souveraineté sanitaire des Etats, ne peut se concrétiser qu'à travers des approches de santé multisectorielles, intégrées, coordonnées et synergiques. Pour cela, des dispositifs doivent être mis en place, aussi bien à l'échelle nationale qu'internationale, centrale que locale, pour assurer une veille et une riposte concertées et efficaces.

En ce sens, le système national de management des incidents, porté par la plus Haute Autorité du pays, mérite d'être cité, en tant que mécanisme crucial de résilience et de souveraineté sanitaire. Institué au niveau central, le Poste de Commandement Central, organe décisionnel, est décliné au niveau régional et provincial, permettant d'assurer le pilotage, l'adaptation et le suivi des interventions à tous les niveaux. Ces postes de commandement, multisectoriels et pluridisciplinaires, sont soutenus par un Comité de

Veille Economique et par deux Comités Techniques Scientifiques de manière à ce que les décisions prises tiennent compte des spécificités et contraintes de l'ensemble des secteurs, sans pour autant perdre de vue les avancées scientifiques autour de la pandémie.

Par ailleurs un système de veille sanitaire est piloté par le Centre National d'Opérations d'Urgences de Santé Publique, lui-même décliné en Centres Régionaux d'Opérations d'Urgences. Des Equipes d'Intervention Rapides chargées des enquêtes épidémiologiques sur le terrain complètent ces mécanismes.

Cette manière de conjuguer les efforts et de concentrer les compétences a permis au Maroc de réussir à juguler la pandémie tout en limitant les répercussions de la maladie sur le plan politique, économique et social.

Pour finir ce volet, il convient de souligner que la résilience su système de santé ne se limite pas seulement à sa capacité à contenir la crise sanitaire. En effet, il est également primordial de veiller à ce que les soins essentiels habituels continuent d'être assurés afin de limiter au maximum les externalités négatives de la riposte, et d'éviter de fragiliser encore davantage le système de santé par une perte significative des acquis.

v. Lien entre la protection sociale et la souveraineté sanitaire

La protection sociale peut être définie comme un ensemble de mesures de prévoyance collective qui permettent d'atténuer la vulnérabilité d'une population donnée face à un ensemble de risques sociaux susceptibles de compromettre leur situation financière ou leur qualité de vie.

En temps de crise sanitaire, la protection sociale est indissociable de la souveraineté sanitaire et vice-versa. La protection sociale contribue à absorber les répercussions de la crise en facilitant l'accès aux soins, en mutualisant solidairement les risques, en favorisant l'insertion sociale et en assurant un revenu minimum aux individus et aux familles défavorisées. De ce fait, elle permet d'augmenter l'adhésion de la population aux mesures d'urgence améliorant ainsi la résilience du pays dans son ensemble. Pour sa part, la souveraineté sanitaire, telle que nous l'envisageons, permet de renforcer le système de protection sociale en assurant un niveau élevé de santé et de bien-être, en optimisant les parcours de soins et en garantissant un accès équitable aux services et produits de santé. Dans sa forme accomplie, la souveraineté sanitaire devrait, dans le cadre de la médecine du futur, réduire considérablement la fréquence et l'impact des vulnérabilités liées à l'âge et à l'état de santé des populations et soulager substantiellement les coûts de prise en charge sociale.

Le Maroc est actuellement engagé dans un vaste chantier de réforme de son système de protection sociale. Ce dernier est encadré par la Loi n° 09-21 relative à la protection sociale et assurera la couverture sanitaire universelle, les allocations familiales, les indemnités pour perte d'emploi et l'élargissement de l'assiette des retraités.

La couverture sanitaire universelle, en particulier, permettra d'améliorer, sensiblement, à plus ou moins court terme, le niveau national de sécurité sanitaire. En effet, la mise en œuvre de ce projet s'accompagnera d'un accès plus équitable aux médicaments et vaccins, aux technologies médicales et aux services de santé essentiels, qu'il s'agisse des prestations de promotion de la santé ou des prestations de soins préventifs, curatifs et de réhabilitation.

Elle permettra, qui plus est, de sécuriser le financement du système de santé et donc de renforcer la réactivité, l'efficacité, la qualité, l'innocuité et la continuité des services fournis.

La généralisation de la couverture sanitaire permettra, en conséquence, d'optimiser les systèmes de veille et d'alerte existants, et de prévenir, contrôler et anticiper les risques potentiels et existants.

Ce chantier aura donc un effet des plus bénéfiques sur la souveraineté sanitaire.

vi. Relation entre le développement durable et la souveraineté sanitaire

La recherche de souveraineté sanitaire correspond au maintien d'un niveau favorable de sécurité sanitaire indépendamment des conjonctures.

La nécessité pour le Maroc de s'engager sur la voie d'une médecine futuriste, basée sur des progrès technologiques susceptibles de métamorphoser l'équilibre géopolitique actuel, l'obligation pour l'Etat de se prémunir contre des risques sanitaires caractérisés par leur imprévisibilité, leur diversité, leur hétérogénéité, mais également par leur caractère souvent transfrontalier et leurs ramifications politiques, sociales, économiques et environnementales, tous ces facteurs impliquent i) des niveaux de préparation de plus en plus complexes, ii) une action publique multisectorielle, interdisciplinaire synergique et convergente, iii) la transformation durable des institutions et des écosystèmes en terrain fertile pour la promotion du bien-être de la population et l'essor durable de la nation.

De ce point de vue, l'on peut affirmer que la souveraineté sanitaire peut être perçue comme étant à la fois le résultat et la consécration des politiques de développement durable du pays.

vii. Souveraineté sanitaire nationale vs coopération internationale

La pandémie Covid-19 a montré, dans un autre registre, que la plupart des Etats ont préféré privilégier leurs propres intérêts nationaux, révélant ainsi la faillite des mécanismes multilatéraux de coopération internationale, alors même que la propagation de la maladie appelait à une gestion solidaire de la crise. La question de la souveraineté sanitaire nationale reste donc un enjeu existentiel pour chaque état et une composante indivisible et indissociable de la souveraineté nationale en général.

Force est de constater cependant qu'il reste difficile, à ce jour, d'envisager une souveraineté nationale totale face à des problèmes sanitaires d'une telle envergure. Ceci est vrai pour n'importe quel pays au monde, quels que soient sont niveau de développement et de revenu national.

C'est pour cette raison que la poursuite des objectifs de sécurité sanitaire doit, dans un premier temps, mettre à contribution tous les acteurs du pays, publics et privés, gouvernementaux et non gouvernementaux, afin de mettre en place des politiques intégrées de développement durable centrées sur la santé et le bien-être de la population. Il convient, en même temps, d'effectuer une analyse approfondie et exhaustive des interdépendances stratégiques avec les autres pays du monde, de constituer des stocks stratégiques en quantité suffisante pour les produits vitaux et critiques en situation de crise et de diversifier les sources d'approvisionnement et de fourniture. Le pays peut également travailler sur une politique industrielle qui tient compte des impératifs de souveraineté sanitaire nationale et, à terme, tendre vers plus d'autonomie et d'autosuffisance.

Au Maroc, le lancement, le 05 juillet 2021, par sa Majesté le Roi Mohammed VI que Dieu L'assite, du projet de confection et de mise en seringue du vaccin anti-Covid-19 et autres vaccins, avec des géants pharmaceutiques chinois et suédois, s'inscrit dans cette optique. L'unité industrielle qui sera créée sera la plus grande plateforme par capacité de Fill & Finish de vaccins en Afrique et assurera, à moyen terme, le transfert de savoir-faire

en matière de remplissage aseptique et de fabrication de substance active de plus de 20 vaccins et produits bio-thérapeutiques. Le projet permettra de couvrir plus de 70% des besoins du Royaume et plus de 60% de ceux du continent. A terme, l'ambition finale sera de positionner le Maroc en tant que hub biotechnologique incontournable en Afrique, mais également dans le monde, grâce à la création d'un pôle africain d'innovation biopharmaceutique et vaccinale au Maroc reconnu mondialement.

Car il ne faut pas oublier que si la souveraineté sanitaire est une finalité existentielle, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit également d'un parfait vecteur d'avantages concurrentiels majeurs capables de booster les relations bilatérales et multilatérales du pays dans le cadre spécifique de la diplomatie sanitaire.

c. Refonte du Système de Santé

Pour toutes les raisons évoquées précédemment, le Maroc travaille d'arrache-pied afin d'opérer la refonte du Système National de Santé, conformément aux Hautes Instructions de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste. Cette réforme est basée sur 4 piliers :

- La valorisation des ressources humaines
- La réhabilitation de l'offre sanitaire
- L'adoption de nouveaux modes de gouvernance
- La mise en place d'un système d'information intégré basé sur le dossier patient.

Il s'agit d'un chantier hautement structurant qui permettra d'accroitre la résilience du système de santé dans son ensemble, d'améliorer les conditions de sécurité sanitaire dans le Royaume et partant, de participer à l'atteinte des objectifs de souveraineté sanitaire nationale.

6- Cinquième partie : Les perspectives d'avenir : changement de paradigme

a. Médecine du futur

La médecine du futur sera ***une médecine prédictive***, basée sur les progrès de la génomique, de la transcriptomique, de la protéomique, de la métabolomique et des big data; ***une médecine infiniment plus préventive*** grâce aux avancées technologiques en matière de e-santé, de cyber-santé et d'objets connectés; ***une médecine personnalisée,*** à la carte, qui saura mettre à profit la puissance de l'intelligence artificielle, de la robotique et de la biotechnologie pour tenir compte des variabilités interindividuelles et des singularités de chaque personne; ***une médecine de précision*** grâce à l'essor de la science des matériaux, de la thérapie génétique et des nanotechnologies; ***une médecine participative*** axée sur les principes de responsabilité individuelle et collective et la promotion des modes de vie sains.

La médecine du futur sera également une ***médecine de gestion de la connaissance et des savoirs***, une médecine fondée sur les principes d'évidence scientifique et d'auto-apprentissage grâce, notamment, au développement de l'informatique cognitive.

b. Métiers de la santé du futur

Les métiers de la santé du futur connaitront également une transformation profonde, dictée par l'ampleur des mutations de la technologie biomédicale et la généralisation du déploiement de la robotique et de l'intelligence artificielle.

La médecine n'étant plus curative, les professionnels de santé devront s'adapter à ce nouveau paradigme où les sciences omiques et la santé numérique remplaceront la pharmacologie classique.

Les professionnels de santé seront amenés à acquérir un savoir-faire multidisciplinaire que ce soit dans le domaine des sciences humaines, de la physique, de la chimie, de la biologie, de l'informatique ou des mathématiques.

Cette évolution des besoins en compétences devra s'accompagner d'une évolution des schémas de formation professionnelle.

Il faudra également recentrer le rôle et redéfinir les responsabilités des professionnels de santé dans le système de santé, car le patient sera responsable de sa propre santé et bénéficiera de parcours de soins à la carte, régulés par la puissance de l'intelligence artificielle et de la robotique.

c. Politique pharmaceutique nationale et technologies du futur

En ce qui concerne la politique pharmaceutique nationale, elle devra également s'adapter dans le cadre de la souveraineté sanitaire, mais aussi se préparer aux mutations induites par la médecine du futur.

Toutefois, elle devra s'atteler à favoriser le développement du savoir-faire national, tout en réduisant les dépendances vis-à-vis des fournisseurs étrangers. Elle devra également mettre en place des systèmes d'approvisionnement et de transport pérennes, assurer les stocks stratégiques de produits essentiels et parvenir à accéder à des avantages concurrentiels qui permettront au Maroc de se positionner en tant que leader régional, continental ou mondial.

Le pays doit en outre avoir le contrôle sur les étapes de recherche et de développement, d'industrialisation et de commercialisation.

Enfin, le pays devra repenser l'écosystème recherche-innovation-mise sur le marché et mettre en place de nouveaux modèles économiques et industriels favorables à l'innovation.

d. Innovation et recherche biomédicale

L'innovation et la recherche biomédicale devront se concentrer et investir dans le panorama technologique du futur : capteurs biomédicaux connectés, capacités informatiques de stockage, de traitement et d'intégration des informations recueillies, capacités de communication à haut débit, autonomie énergétique, data management, compagnons biologiques, deep-learning, robotique.

7- Conclusion

En conclusion, le Maroc a pu, depuis l'indépendance et jusqu'à aujourd'hui, développer un système de santé résilient, qui a pu, malgré les insuffisances structurelles dont il souffre, tourner la page de plusieurs siècles d'épidémies et de famines et faire face, avec succès, aux défis de bon nombre de maladies émergentes et ré-émergentes, d'événements NRBC et de catastrophes naturelles. En ce sens, il a posé les premiers jalons pour renouer avec sa gloire passée.

Aujourd'hui, les nouveaux paramètres de la mondialisation, l'évolution des rapports du citoyen par rapport à son système de santé et l'incertitude des nouvelles menaces

sanitaires, exacerbée par les changements climatiques, nous imposent de viser la souveraineté sanitaire national afin de préserver les intérêts suprêmes de notre pays.

Pour cela il sera nécessaire d'amener à bon port les grands chantiers de réforme relatifs à la protection sociale et au système de santé. Il sera également crucial de se préparer pour la médecine du futur.

La recherche biomédicale et l'innovation technologique sont le meilleur garant et la pièce maîtresse d'une telle transition.

Il s'agit avant tout de mettre sur pied un projet de société holistique, soutenu par des valeurs morales et éthiques, basé sur une vision d'avenir commune, capable de soutenir le développement durable du pays, cohérent avec les aspirations actuelles et futures du peuple marocain.

Vue générale de l'audience

وفقنا الله جميعا لما فيه خير البلاد تحت القيادة الرشيدة لمولانا المنصور بالله
جلالة الملك محمد السادس دام عزه وعلاه،
والسلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته.

Académie Hassan II des Sciences et Techniques
Km 4, Avenue Mohammed VI - Rabat.

Tél : 0537 63 53 77 • Fax : 0537 75 81 71

E-mail : acascitech@academiesciences.ma

Site internet : http://www.academiesciences.ma

© Hassan II Academy Press