

**RAPPORT DE SYNTHÈSE DE LA JOURNÉE
DE RÉFLEXION PROSPECTIVE SUR LE
THEME**

**"L'APPROCHE BASÉE SUR LES
DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET
L'ÉQUITÉ EN SANTÉ"
VERS UN NOUVEAU PARADIGME DE
DEVELOPPEMENT**

10 Janvier 2023



Table des matières

1. Caractéristiques de l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé	8
1.1. Genèse du cadre conceptuel de l'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé	8
1.2. Les théories sur la production sociale de la santé et de la maladie	8
1.3. Le cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS	9
2. Les spécificités régionales des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé : cas de la région de la Méditerranée orientale	11
3. Dynamique de l'équité en santé au Maroc : entre opportunités et défis	15
4. Système d'information national de santé : caractéristiques et insuffisances	19
5. Vers l'implémentation adéquate de l'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé au Maroc	21
Annexe : Programme de la Journée de réflexion prospective	27



Introduction

L'intérêt pour les déterminants sociaux de la santé a pris de l'importance, dès l'aube de la décennie 2000. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les déterminants sociaux de la santé "se définissent comme étant les facteurs structurels et les conditions de vie quotidiennes qui sont à l'origine d'une grande partie des inégalités en santé entre pays et à l'intérieur des pays. Ils englobent la répartition du pouvoir, des revenus, des biens et des services et les conditions de vie des individus. Le terme de "déterminants sociaux" regroupe les facteurs sociaux, politiques, économiques, environnementaux et culturels qui ont une forte influence sur l'état de santé".

Selon la même Organisation, l'équité en santé correspond au "principe selon lequel toute personne devrait pouvoir aspirer à une situation sanitaire décente et ne devrait pas être limitée à cet égard en raison de sa race, de son ethnicité, de sa religion, de son genre, de son âge, de sa classe sociale ou de son statut socioéconomique".

Au Maroc, la question de l'équité en santé a été mise en avant par le Message de Sa Majesté Le Roi Mohammed VI, prononcé lors de la 2^{ème} conférence sur la santé le 01 juillet 2013, par lequel Il a affirmé que "le droit d'accès aux services de santé, qui a été consacré par la nouvelle Constitution du Royaume, constitue un des piliers majeurs pour la consolidation de la citoyenneté dans la dignité et pour la réalisation du développement humain global et intégré que Nous souhaitons pour Notre pays".

Dans son Discours adressé à la Nation, le 30 juillet 2018, à l'occasion du 19^{ème} anniversaire de Son accession au Trône et ce, bien avant le déclenchement de la pandémie de la Covid-19, le Souverain a appelé à "refondre en profondeur le système national de santé, qui se caractérise par des inégalités criantes et une faible gestion".

Plusieurs institutions nationales et départements ministériels ont mené, durant les dernières décennies, des travaux de réflexion sur les déterminants des inégalités sociales, des disparités régionales et de l'iniquité en santé. De surcroît, les inégalités sociales, l'iniquité en santé et les déterminants sociaux de la santé et leurs relations avec le développement humain ont été largement abordés par les chercheurs et experts marocains dans le domaine de la santé.

En particulier, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a réalisé, en collaboration avec le bureau de l'OMS au Maroc, plusieurs études et organisé des conférences sur la question. Il convient de citer, à titre d'exemple, l'étude de 2012 intitulée "Vers la création d'une Commission Nationale relative aux déterminants sociaux de la santé au Maroc", la rencontre en 2018 sur le thème "Une évaluation en profondeur des inégalités en santé et des déterminants sociaux de la santé au Maroc", ou encore l'atelier "Innov8 pour la revue du programme National de Prévention et de Contrôle du Diabète (PN-PCD) dans les régions de Fès-Meknès et Tanger-Tétouan : intégration de l'équité, le genre, les droits humains et les déterminants sociaux de la santé".

L'analyse la plus exhaustive des iniquités en santé au Maroc, menée par le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale avec l'appui de l'OMS en 2020, a révélé que les inégalités en santé les plus importantes, nécessitant des actions prioritaires, relèvent essentiellement du statut socioéconomique, de la distribution géographique et du niveau d'éducation.

L'étude menée par l'Institut Royal des Etudes Stratégiques (IRES), en 2016, sur les inégalités et la cohésion sociale ainsi que sur les politiques publiques y afférentes, avait montré que la lutte contre les inégalités, dans toutes leurs dimensions, devrait être inscrite en tant qu'axe prioritaire des politiques publiques, tout en mettant l'accent sur la réduction des inégalités en termes d'accès aux soins de santé.

Le rapport stratégique sur les enjeux planétaires de la biosphère, élaboré par l'Institut en 2016, avait mis en relief le besoin de renforcer la sécurité sanitaire, dans un contexte de développement de maladies émergentes.

Dans son rapport 2020 sur le monde post-Covid, l'IRES avait proposé une conception renouvelée de l'entité "Etat", au profit d'un Etat du "Care". Ce dernier, une forme plus mature de l'Etat-Providence, se distingue de celui-ci par le respect de ses engagements et du principe de justice. Cet Etat du "Care" suppose, en particulier, que soit érigé un système de santé en mesure de garantir l'équité en santé et capable de faire face à toute nouvelle crise, qu'elle soit épidémiologique ou issue d'une catastrophe naturelle.

Par ailleurs, le rapport de synthèse des travaux des trois journées d'étude sur des questions de santé, organisées par l'IRES en 2022, a mis en évidence la nécessité pour que le nouveau modèle de santé soit i) global avec ses dimensions sociale, économique, diplomatique, ii) intégré en reliant toutes ses composantes depuis la recherche jusqu'à l'industrie pharmaceutique, iii) intersectoriel où la politique de santé est mise en cohérence avec les autres politiques publiques, iv) décentralisé et de proximité, v) mais aussi résilient. De plus, ce nouveau modèle devrait, prendre en considération les interdépendances entre la santé humaine, la santé animale et celle de l'environnement, en adoptant l'approche One Health.

Dans la continuité de sa réflexion au sujet de la refonte du système de santé marocain, à laquelle Sa Majesté Le Roi a appelé, **l'IRES a organisé, en partenariat avec le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, l'OMS et l'Association One Health Maroc, le 10 janvier 2023, une Journée de réflexion prospective sur le thème "L'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé : vers un nouveau paradigme de développement"**.

Cette rencontre, qui a réuni des acteurs institutionnels marocains, des représentants d'organisations internationales, ainsi que des experts nationaux et internationaux dans le domaine de la santé, a constitué une occasion idoine pour faire un tour d'horizon de l'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé, de croiser les optiques afin de mieux cerner ses contours et de mettre en exergue les enjeux actuels et futurs inhérents à cette question.

Cette Journée d'étude s'est présentée comme un dialogue stratégique, qui a permis de faire éclore, selon une démarche d'intelligence collective, quelques idées innovantes, à même de jeter les bases d'une vision prospective pour l'implémentation adéquate au Maroc de l'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que d'identifier les leviers du changement permettant de garantir l'équité en santé et ce, à l'aune des Orientations Royales visant l'inclusivité sanitaire.

Le présent rapport synthétise les principales conclusions émanant de l'ensemble des communications et des discussions menées lors des différentes sessions de la rencontre du 10 janvier 2023.

1. Caractéristiques de l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé

1.1. Genèse du cadre conceptuel de l'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé

Dans le but d'appréhender l'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé, différents cadres conceptuels ont été développés pour servir deux objectifs d'égale importance. D'un côté, guider le travail empirique pour améliorer la compréhension des déterminants sociaux de la santé et, de l'autre, éclairer les pouvoirs publics dans la prise de décision. Ce fut la première mission de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS créée en 2005.

Le travail préliminaire de cette Commission a permis de mettre en place un cadre conceptuel mettant en lumière à la fois la différence entre les niveaux de causalité des différents facteurs par lesquels les hiérarchies sociales sont créées et les conditions de vie quotidienne qui en découlent.

La Commission de l'OMS sur "les déterminants sociaux de la santé" a souligné que l'équité en matière de santé n'est pas fondamentalement prise en considération dans toutes les politiques publiques. A titre d'exemple, les politiques relatives à l'emploi, à l'éducation, à la mobilité et à l'agriculture ne sont pas expressément mises en place à des fins sanitaires. Mais, les effets induits de ces politiques, qui ont un impact sur la santé, doivent être considérées autant en amont, lors de l'élaboration de la stratégie sectorielle, qu'en aval à travers des processus d'évaluation. De ce fait, les champs disciplinaires de l'épidémiologie et de la biostatistique devraient être, a priori, utilisés pour identifier, évaluer et mesurer les interactions et les mécanismes sectoriels impactant l'équité en matière de santé.

Par conséquent, le cadre conceptuel doit permettre aussi bien de fournir des indications sur la nature des actions à entreprendre que d'amener des secteurs aux traditions techniques différentes à adopter la méthode d'évaluation des impacts potentiels sur les "déterminants sociaux de la santé".

Le point de départ de la réflexion de l'OMS pour développer un cadre conceptuel relatif aux déterminants sociaux de la santé s'est référé au fait que la santé est un droit fondamental (droit constitutionnel) et que l'équité en santé renvoie à la théorie de la justice sociale et au respect des droits de l'Homme.

1.2. Les théories sur la production sociale de la santé et de la maladie

La conceptualisation développée par la "Commission sur les déterminants sociaux de la santé" de l'OMS a pris en considération les théories spécifiques de la production sociale de la santé. A ce titre, trois théories ont été examinées : les approches psychosociales, la production sociale de la maladie et les contextes socio-économiques.

Ces trois traditions théoriques reposent sur les phénomènes sociaux suivants pour expliquer la causalité entre l'état de santé et ses déterminants : la "sélection sociale" (ou la mobilité sociale), la "causalité sociale" et "les perspectives du parcours de vie".

Ces théories mettent l'accent sur le concept de "position sociale", qui joue un rôle central dans les facteurs sociaux des iniquités en santé. Inspirée du modèle de Diderichsen¹, la "position sociale" repose sur les "mécanismes de l'inégalité en matière de santé". Ces mécanismes, qui stratifient les performances sanitaires, sont les suivants :

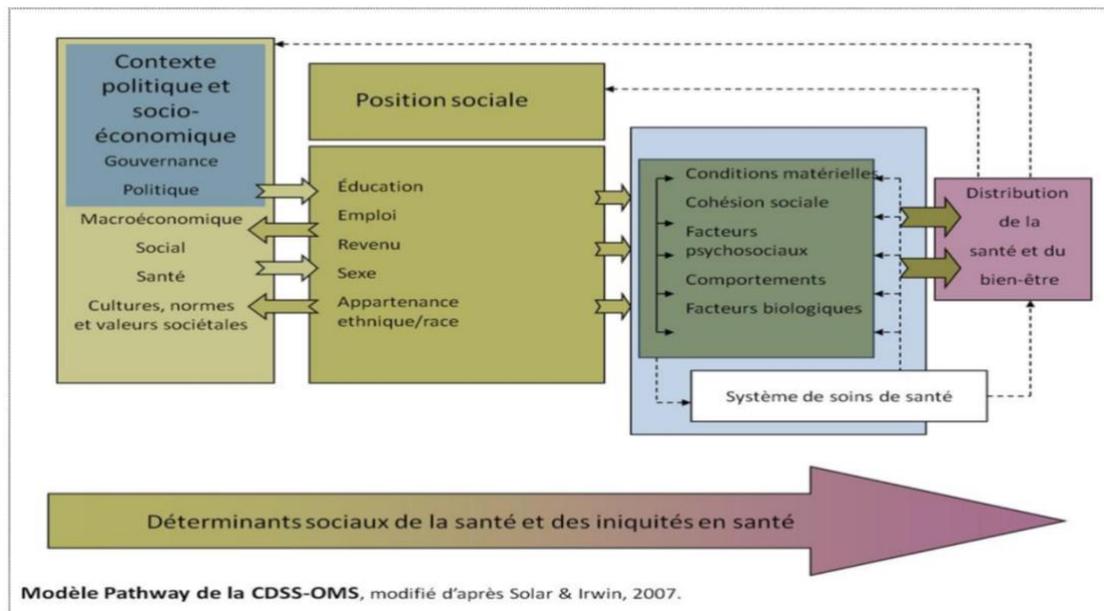
- **Les contextes sociaux** : ils déterminent la manière dont la société est organisée et les relations qui s'y établissent (répartition selon le rang social) ;
- **La stratification sociale** : elle engendre les phénomènes d'exposition et de vulnérabilité, différenciés à la santé, ainsi qu'une accessibilité disparate aux ressources matérielles ;
- **Les conséquences hétéroclites de cette stratification sociale** : elles déterminent l'état de santé des groupes sociaux et celui des individus appartenant à ces groupes de façon différenciée.

1.3. Le cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

En tenant compte des fondements théoriques présentés précédemment, le cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS "modèle Pathway" démontre comment les facteurs politiques, économiques et sociaux conduisent à une stratification des populations en fonction de leur revenu, de leur niveau d'éducation, de leur profession, de leur genre, de leur race ou ethnicité ainsi que d'autres critères.

¹Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. Challenging inequities in health. New York, Oxford UP, 2001."

Figure 1 : Le "modèle Pathway" de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS



Source : Commission sur les déterminants sociaux de la santé, 2008.

Le "modèle Pathway" de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS montre que le contexte socio-économique et politique est à l'origine des inégalités de santé. Ce modèle renvoie au principe selon lequel les **déterminants sociaux** de la santé se décomposent en déterminants structurels et en déterminants intermédiaires.

Les **déterminants structurels** sont en lien avec le contexte politique, économique et socio-culturel d'un pays. Ils font référence à la gouvernance, aux politiques macro-économiques, aux politiques fiscales, aux politiques sociales, aux différentes politiques publiques (éducation, santé, environnement, ...), à la culture et aux valeurs de la société. Ils stratifient la population en classes sociales inégales. En fonction de leur statut social respectif, les individus connaissent des nuances d'exposition et de vulnérabilité à des conditions compromettant leur santé.

Quant aux "déterminants intermédiaires", ceux-ci font référence aux :

- **circonstances matérielles** : les facteurs tels que la qualité du logement et du voisinage, le potentiel de consommation (revenu décent) permettant de se procurer des aliments sains, ... ;
- **circonstances psychosociales** : les divers états psychosociaux, les circonstances de vie et les relations stressantes, ainsi que l'existence ou l'absence de soutien social ;
- **facteurs comportementaux et biologiques** : l'activité physique, la nutrition, le tabagisme et l'alcoolisme, qui sont répartis différemment entre les différents groupes sociaux. Ces facteurs englobent également les caractéristiques génétiques.

En comparaison aux modèles théoriques antérieurs (cf. 1.2), l'innovation apportée par le cadre conceptuel de la "Commission sur les déterminants sociaux de la santé" de l'OMS réside dans la conception du système de santé comme une composante du capital social. Le système de santé devient "sujet social" dès lors qu'il est question d'accessibilité en raison des différences d'exposition et de vulnérabilité, liées à la position sociale des individus.

Les notions de "cohésion sociale" et de "capital social" occupent, de ce fait, une place prépondérante dans la réflexion sur les déterminants sociaux de la santé.

Le cadre conceptuel élaboré par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS conforte la nécessité d'orienter les interventions vers les déterminants à la fois structurels et ceux intermédiaires.

2. Les spécificités régionales des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé : cas de la région de la Méditerranée orientale

Assujettie à de grandes incertitudes, la Méditerranée orientale est confrontée à de nombreux défis à moyen et long termes. Considérée parmi les régions les plus inégalitaires au monde, elle cristallise aujourd'hui de nombreux enjeux majeurs en lien avec les déterminants sociaux de la santé.

En 2021, la Commission régionale de la Méditerranée orientale de l'OMS a recueilli des preuves sur le rôle critique des facteurs sociaux dans la détermination du niveau d'iniquité en matière de santé intra et inter pays dans la région. L'analyse de la Commission est basée sur les données et les travaux antérieurs des précédentes commissions de l'OMS, notamment, ceux relatifs aux déterminants sociaux de la santé (2008) et les expériences des commissions des régions d'Amérique et d'Europe, ainsi que sur les données des commissions nationales.

Dans son rapport, la Commission régionale de la Méditerranée orientale de l'OMS a identifié six défis majeurs (ou caractéristiques) propres à la Méditerranée orientale, qui rendent urgentes les actions sur les déterminants sociaux de la santé. Le premier défi est l'ampleur même des inégalités en matière de santé (forte disparité de genre et entre les pays en matière d'espérance de vie à la naissance, par exemple). Le deuxième défi majeur est en lien avec l'instabilité politique d'un certain nombre de pays touchés par les conflits².

² Dix sur les 36 pays et territoires figurant sur la liste harmonisée des situations fragiles de la Banque mondiale (2019) sont en situation de conflit.

Le troisième défi, lié aux conflits, est celui des mouvements massifs des populations, y compris les réfugiés internationaux et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Ces flux migratoires s'ajoutent aux migrations économiques. Le quatrième défi est commun à toutes les régions du monde. Il s'agit de la pauvreté, du chômage, de l'inégalité économique et de la faiblesse des mécanismes de redistribution, de concentration des richesses au sommet et des pratiques des entreprises qui nuisent à la santé.

Le cinquième défi concerne la culture, la religion et les considérations politiques qui représentent des moteurs puissants des conditions de santé dans la région. Le sixième défi, lui aussi commun à toutes les régions, concerne la dégradation de l'environnement naturel.

Sur la base de ces spécificités, la Commission régionale de la Méditerranée orientale de l'OMS a formulé plusieurs recommandations faisant office de pistes d'actions. Conformément au cadre conceptuel décrit plus haut (cf. 1.3.), ces recommandations peuvent être structurées autour des déterminants structurels et intermédiaires de la santé.

S'agissant des **déterminants structurels**, la Commission régionale de la Méditerranée orientale de l'OMS recommande ce qui suit :

En matière de conflits et de migrations et leurs conséquences

- d'axer la réponse humanitaire aux conflits et aux situations d'urgence sur les déterminants sociaux de la santé, l'équité en matière de santé et la dignité de la vie (ODD : 1.4) ;
- de placer la santé des migrants au premier plan de la politique migratoire (ODD : 10.2, 10.3, 10.4, 10.7, 10b) ;
- de respecter les résolutions des Nations unies sur les territoires palestiniens occupés.

Sur le plan économique

- de mettre en œuvre une politique fiscale équitable (ODD : 1.3, 1.4, 1a, 1b) ;
- d'augmenter l'aide publique au développement à 0,7% du revenu national brut pour les pays riches de la région ;
- d'orienter les politiques publiques vers le bien-être de la population.

Pour ce qui est des facteurs culturels et sociétaux

- de renforcer la collaboration avec les chefs religieux et les organisations religieuses pour soutenir l'équité en matière de santé (ODD : 4.7) ;
- de réaliser des progrès en matière d'égalité entre les hommes et les femmes (ODD : 16.1, 16.6, 16.7, 16.9, 16.10, 16b) ;
- d'éliminer la discrimination et l'exclusion des réfugiés, des migrants et des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays.

En matière de protection de l'environnement

- d'atténuer les effets du changement climatique et de s'y adapter, de promouvoir le recours aux énergies renouvelables et de soutenir l'équité en matière de santé conformément à l'Accord de Paris et à l'Agenda 2030 pour le développement durable (ODD : 1.5) ;
- de diversifier l'économie de la région de la Méditerranée orientale pour qu'elle ne dépende plus des combustibles fossiles (ODD : 9.1, 9.4, 9a) ;
- d'accroître la conservation des ressources naturelles et d'améliorer la gestion de l'eau dans la région.

En ce qui concerne l'équité en matière de santé maternelle et infantile

- d'assurer une santé maternelle et infantile équitable (ODD : 1.3, 1.4) ;
- de veiller à ce que tous les jeunes de la région achèvent un enseignement primaire et secondaire de qualité et d'accroître l'équité dans l'accès à l'enseignement supérieur (ODD : 5.1, 5.2, 5.3, 5.6, 5c, 10.2, 10.3, 10.4) ;
- de s'appuyer sur les progrès réalisés en matière d'égalité de genre dans l'éducation et de promouvoir la formation postsecondaire et l'emploi des femmes.

S'agissant de la vie professionnelle

- de réduire le chômage, notamment des jeunes, des femmes et des chômeurs de longue durée (ODD : 1.3, 1.4) ;
- d'améliorer la qualité du travail pour favoriser l'équité en matière de santé (ODD : 8.3, 8.5, 8.6, 8.7, 8.8, 8b) ;
- de régulariser l'emploi informel et d'éliminer le travail des enfants, l'esclavage et la traite.

Au titre du vieillissement

- de développer l'offre de soins financés par l'Etat pour les personnes âgées (ODD : 1.3, 1.4) ;

- de renforcer les prestations de retraite par le biais de subventions gouvernementales ;
- d'élaborer des stratégies nationales pour améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées et de promouvoir le vieillissement actif.

Au plan des infrastructures

- d'assurer la fourniture universelle de services de base et d'améliorer la qualité des logements (ODD : 1.4) ;
- de mettre en place des systèmes de transport durables et accessibles (ODD : 10.2, 10.3, 10.4, 10.7, 10b).

S'agissant des **déterminants intermédiaires**, la Commission régionale de la Méditerranée orientale de l'OMS recommande :

- **d'agir (Do something)** : développer et améliorer la couverture de l'enregistrement des naissances et des décès dans les registres de l'état civil ; élaborer des indicateurs de mortalité et de morbidité qui peuvent être stratifiés par genre ainsi que par au moins deux marqueurs sociaux (par exemple, l'éducation et le revenu) et au moins par un marqueur géographique (par exemple, rural/urbain) ; veiller à ce que des enquêtes telles que les enquêtes démographiques et de santé ou l'enquête en grappes à indicateurs multiples soit menées régulièrement ; obtenir des données sur la santé des groupes vulnérables/défavorisés.
- **de faire plus (Do more)** : assurer une couverture universelle de l'état civil, y compris pour les personnes en situation de vulnérabilité ; veiller à ce que les indicateurs des ODD liés au cadre conceptuel fassent l'objet de rapports réguliers et opportuns ; élaborer des enquêtes régulières auprès des ménages sur la santé, les revenus, les conditions de vie et la participation au marché du travail.
- **de faire mieux (Do better)** : veiller à ce que les indicateurs des ODD soient tous conformes à la résolution 71/313 de l'Assemblée générale des Nations unies : des données de qualité, actualisées et fiables, ventilées par genre, âge, zone géographique, revenu, race, origine ethnique, statut migratoire, handicap et autres caractéristiques pertinentes dans les contextes nationaux. Le système devrait inclure un suivi complet des droits de l'Homme et des personnes en situation de vulnérabilité.
- d'élaborer des plans nationaux sur les déterminants sociaux et l'équité en matière de santé. (Objectifs pertinents des ODD : 1b ; 3.8 ; 3c) ;
- d'établir un cadre de suivi et de produire des données sur les inégalités en matière de déterminants sociaux de la santé (ODD : 10.2, 10.3) ;
- de consolider les mécanismes de planification régionaux et nationaux (ODD : 12.4, 17.3) ;

- de renforcer la couverture sanitaire universelle dans la région et de garantir un accès équitable et abordable aux soins de santé (ODD : 1.4) ;
- de mettre en œuvre et d'assurer les fonctions de santé publique essentielles pour chaque pays afin d'atteindre des normes de santé publique universelles (ODD : 17.1, 17.14, 17.16) ;
- de développer des systèmes de santé de la population, en mettant l'accent sur l'équité, la prévention et l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

3. Dynamique de l'équité en santé au Maroc : entre opportunités et défis

La réflexion menée par le Ministère de la santé et l'OMS sur la question de l'équité en santé au Maroc a donné lieu à plusieurs études. Il s'agit en l'occurrence de :

- l'analyse des iniquités en santé au Maroc (2021) ;
- l'atelier national sur l'évaluation des déterminants sociaux de l'équité en santé (2019) ;
- l'évaluation en profondeur des inégalités de santé et des déterminants sociaux de la santé au Maroc (2015) ;
- l'étude sur la création d'une Commission Nationale sur les déterminants sociaux de la santé (2012) ;
- l'étude sur "les déterminants sociaux de la santé maternelle" (OMS, 2011) ;
- l'étude sur la contribution des soins de santé primaires dans la réduction des inégalités de santé : la promotion du plaidoyer et de l'intersectorialité et de l'action sociale ;
- la mise en place d'un réseautage académique sur les déterminants sociaux de la santé, pour produire des données nationales sur ces derniers ;
- l'organisation d'un dialogue autour des déterminants sociaux de la santé comme accélérateur des ODD dans le cadre du Plan d'Action Mondial pour une vie saine (GAP).

Indépendamment des études et des travaux de réflexion, d'autres applications concrètes ont été développées dans le cadre de l'adoption de l'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé, comme :

- l'application de l'instrument d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé en milieu urbain "Urban HEART" mise en place par la préfecture de Salé en 2010, puis celle de Sidi Kacem et Chefchaouen en réponse à l'évidence selon laquelle les inégalités de santé de la population sont liées aux disparités des conditions d'habitat, des infrastructures publiques et du niveau économique ;
- l'application de "l'Outil de revue en 5 étapes" pour l'intégration de l'équité, du genre, des droits humains et des déterminants sociaux de la santé dans le programme de lutte contre le diabète. Selon les preuves recueillies, la prise en charge du diabète est influencée par le niveau d'instruction, le milieu d'habitat et le niveau de revenu. Ce qui a permis d'introduire des mesures spécifiques afin de mieux cibler les strates de la population les plus vulnérables.
- le programme des Besoins essentiels en matière de développement ;
- le test d'un outil d'évaluation de l'impact sanitaire des autres politiques publiques qui ne portent pas sur la santé ;
- l'Application de l'approche "Innov8 - Ne laisser personne pour compte³" de l'OMS sur le sous-système des soins de santé primaires de la région Tanger-Tétouan-Al Hoceïma.

En adaptant le cadre conceptuel développé par la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS au contexte marocain, l'analyse des iniquités en santé, menée par le Ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS en 2021, a reposé sur le choix des thématiques de santé prioritaires, le choix des indicateurs pertinents et surtout disponibles/accessibles, la définition des "stratificateurs" pour la désagrégation des bases de données utilisées et celle des priorités d'action sur la base de "l'indice de dissimilarité" et de "l'indice de concentration et de décomposition des inégalités".

Les thématiques abordées s'accordent parfaitement avec le cadre général des programmes et des actions du Ministère de la Santé pour réduire les iniquités en santé au Maroc. Elles concernent, en l'occurrence, la santé générale incluant l'espérance de vie et la morbidité déclarée, la santé de la mère, de l'enfant et la santé reproductive, les pathologies chroniques et l'accès aux soins.

L'étude a mis en exergue les facteurs socioéconomiques qui expliquent les iniquités les plus sévères, liées aux 21 indicateurs sélectionnés et recommande d'agir en priorité sur ces derniers.

³ Selon l'OMS, "l'approche Innov8 définit un processus d'examen en 8 étapes mené par une équipe nationale d'examen pluridisciplinaire. Cette approche porte sur la manière de rendre l'action programmatique concrète sur la base de données factuelles afin de lutter contre les inégalités et autres lacunes dans la réalisation des droits de l'homme et de l'égalité homme-femme. Elle vise, également, à prendre en compte les déterminants sociaux de la santé de façon plus globale."

❖ En ce qui concerne la santé et la mortalité de l'enfant

Indicateurs	Milieu de résidence Rural-urbain	Niveau de vie par quintile de bien être	Plus haut certificat obtenu par la mère	Sexe de l'enfant	Age de la mère ou de l'enfant	Région
Taux de mortalité néonatale	Manque de données	Priorité d'action d'ordre 1	Priorité d'action d'ordre 3	Priorité d'action d'ordre 3	Priorité d'action d'ordre 3	Manque de données
Taux de mortalité infantile	Manque de données	Priorité d'action d'ordre 1	Priorité d'action d'ordre 3	Priorité d'action d'ordre 3	Priorité d'action d'ordre 3	Manque de données
Taux de mortalité infanto-juvénile	Manque de données	Priorité d'action d'ordre 1	Priorité d'action d'ordre 3	Priorité d'action d'ordre 3	Priorité d'action d'ordre 3	Manque de données
Retard de croissance	Priorité d'action d'ordre 1	Priorité d'action d'ordre 1	Manque de données	Priorité d'action d'ordre 2	Priorité d'action d'ordre 2	Priorité d'action d'ordre 1
Insuffisance Pondérale	Priorité d'action d'ordre 1	Priorité d'action d'ordre 1	Manque de données	3.4	Priorité d'action d'ordre 2	Priorité d'action d'ordre 1
Obésité surpoids	Priorité d'action d'ordre 3	Priorité d'action d'ordre 3	Manque de données	Priorité d'action d'ordre 2	Priorité d'action d'ordre 1	Priorité d'action d'ordre 1
Emaciation	Priorité d'action d'ordre 3	Priorité d'action d'ordre 2	Manque de données	Priorité d'action d'ordre 3	Priorité d'action d'ordre 1	Priorité d'action d'ordre 1

- Priorité d'action d'ordre 1
- Priorité d'action d'ordre 2
- Priorité d'action d'ordre 3
- Manque de données

Source : résultats de l'étude : Analyse des iniquités en santé au Maroc, Ministère de la santé, 2021.

❖ S'agissant de la santé de la mère et de la santé reproductive

	Milieu de résidence (U/R)	Niveau de vie par quintile de bien être	Plus haut certificat obtenu	Age de la femme	Région
Mariage précoce <15 ans					
Mariage précoce <18 ans					
Fécondité d'adolescentes					
Soins prénatals					
Soins qualifiés 1 visite +					
Durant les 3 1 ^{er} mois					
Soins avec 4 visites +					
Lieu de soins prénatals					
Cabinet privé			3 4		
Centre de santé					
Hôpital public					
Clinique privée					
Accouchement par césarienne					
Soins postnatals					
Mortalité maternelle					

- Priorité d'action d'ordre 1
- Priorité d'action d'ordre 2
- Priorité d'action d'ordre 3
- Manque de données

Source : résultats de l'étude : Analyse des iniquités en santé au Maroc, Ministère de la santé, 2021.

❖ Pour ce qui est des maladies chroniques

Indicateurs	Milieu de résidence (U/R)	Sexe	Niveau de vie par quintile de bien-être	Niveau d'instruction	Age
Obésité/surpoids					
Maladies chroniques					
Diabète					
Hypertension artérielle					

- Priorité d'action d'ordre 1
- Priorité d'action d'ordre 2
- Priorité d'action d'ordre 3
- Manque de données

Source : résultats de l'étude : Analyse des iniquités en santé au Maroc, Ministère de la santé, 2021.

❖ En matière d'accès aux soins de santé

Indicateurs	Milieu de résidence U/R	Niveau de vie par quantile de dépense	Niveau d'éducation	Age	Région
Personnel consulté					
Médecin généraliste					
Médecin spécialiste					
Pharmacien					
Lieu de consultation					
Dispensaire					
Hôpital public					
Cabinet privé					
Clinique privée					

● Priorité d'action d'ordre 1
● Priorité d'action d'ordre 2
● Priorité d'action d'ordre 3
● Manque de données

Source : résultats de l'étude : Analyse des iniquités en santé au Maroc, Ministère de la santé, 2021.

4. Système d'information national de santé : caractéristiques et insuffisances

L'un des défis majeurs en lien avec l'adoption de l'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé au Maroc est de mesurer l'ampleur des iniquités en santé. Cette mesure doit être basée sur un ensemble d'indicateurs (âge, genre, milieu de résidence, niveau de vie, niveau d'éducation, région, couverture médicale, accès à l'eau et à l'électricité, ...). C'est justement le rôle principal du système d'information sanitaire.

Le système d'information sanitaire national est configuré de la manière suivante :

- **Un système d'information de routine**, collectant les données des structures sanitaires publiques. Il englobe la banque de données sur l'offre de soins de santé et sur les activités hospitalières, les statistiques des causes des décès, la prise en charge de la violence à l'égard des enfants et des femmes, la santé scolaire et universitaire et la réhabilitation, la surveillance épidémiologique, ainsi que les données sur la planification familiale et la détection précoce du cancer du sein, du col de l'utérus, les infections sexuellement transmissibles, le SIDA et les soins curatifs ;
- **Des enquêtes réalisées périodiquement** auprès des ménages telles que, les enquêtes sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF), les facteurs de risques communs des maladies non transmissibles (STEPWISE), la nutrition, la satisfaction ou encore celles sur les connaissances, attitudes et pratiques ;
- **Un système d'information extra santé**, qui regroupe les données des autres départements (démographie, économie, nutrition, agriculture, environnement, ...).

Ces trois sources d'information hétérogènes permettent de suivre régulièrement l'état de santé de la population et d'évaluer l'efficacité des politiques et programmes mis en place dans le domaine de la santé.

Le système d'information est, néanmoins, caractérisé par plusieurs insuffisances qu'il convient de souligner :

- ▶ La multiplicité des sous-systèmes d'information (applications) crée des problèmes au niveau de la saisie des données, compte tenu du fait que ces dernières deviennent parfois redondantes. De plus, les mises à jour relatives aux données recueillies ne sont pas toujours synchronisées entre les applications.
- ▶ La codification des données n'est pas standardisée.
- ▶ L'information des processus métiers n'est couverte que partiellement.

Par ailleurs, la configuration actuelle du système d'information de santé ne permet pas de désagréger les données à des niveaux inférieurs par milieu de résidence, selon l'âge et le genre. De plus, ce système d'information souffre d'un manque de fiabilité et de qualité des données et se caractérise par de longs délais de collecte et de diffusion.

Dans ce sens, il convient de souligner que la production de données individuelles n'est effectuée qu'au niveau des programmes de santé spécifiques (tuberculose, SIDA, violence à l'égard des femmes, ...).

Plus problématique encore, le système d'information n'intègre pas les données du secteur privé, l'une des principales composantes du modèle sanitaire national, ne permettant pas, ainsi, d'apprécier au mieux les iniquités en matière d'accès aux soins de santé entre les différentes classes sociales.

5. Vers l'implémentation adéquate de l'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé au Maroc

Le Maroc gagnerait à faire de l'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé le fer de lance du nouveau modèle sanitaire.

Pour une implémentation efficace de cette approche, il importe de réunir trois préalables : concevoir un dispositif de gouvernance pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé, promouvoir l'action intersectorielle pour la garantie de l'équité en santé, réorienter les politiques, les plans et les programmes de santé de manière à agir sur les obstacles à l'accès aux services de santé.

En outre, il faudrait tenir compte des principes directeurs suivants :

❖ Agir sur les "déterminants structurels" de la santé (les fondamentaux)

A ce sujet, il serait primordial :

- de mettre l'équité en santé au cœur des politiques publiques et ce, en :
 - ▶ adoptant l'approche « la santé dans toutes les politiques publiques » ;
 - ▶ intégrant l'évaluation d'impact sur la santé des différentes politiques, stratégies et programmes sectoriels ;
 - ▶ implémentant et assurant les fonctions essentielles de santé publique à travers l'élaboration d'une loi relative à la santé publique ;
 - ▶ renforçant le lien entre l'action sur les iniquités en santé et la réalisation des objectifs de développement durable.
- d'inscrire l'action sur les déterminants structurels de la santé dans les stratégies préconisées par le nouveau modèle de développement.

A ce sujet, il est suggéré les mesures opérationnelles suivantes :

En matière d'éducation et d'actions de sensibilisation :

- Assurer un préscolaire équitable en réduisant le gap rural-urbain et aisés-non aisés.
- Veiller à ce que tous les enfants aient accès à une éducation primaire et secondaire de qualité.
- Augmenter le nombre d'années de scolarisation, notamment, en réduisant les abandons scolaires dans les communes désavantagées.
- Renforcer l'équité dans l'accès à l'enseignement supérieur.

- Garantir la diffusion de l'information sur les principes d'hygiène par l'intermédiaire de campagnes de sensibilisation dans les médias (spots télévisuels) et dans les établissements d'enseignement formel afin d'imprégner une culture de la santé publique, en particulier chez les plus jeunes.

Sur le plan socio-économique et en matière d'emploi :

- Réduire les inégalités flagrantes en termes de revenu (les 10% les plus aisés détiennent un revenu moyen qui représente 17 fois celui des 10% les moins aisés, selon le Haut-Commissariat au Plan (2019)).
- Lutter contre la pauvreté sous toutes ses formes (absolue, relative, multidimensionnelle).
- Réduire le chômage, notamment chez les jeunes et les plus éduqués.
- Assurer aux personnes en situation de handicap des possibilités d'emploi décent.
- Éliminer les disparités entre les genres sur le marché de l'emploi.
- Introduire et/ou renforcer les allocations de chômage.
- Veiller sur la régularisation des emplois informels et de lutter contre le travail des enfants.
- Construire une stratégie de plaidoyer pour reconnaître l'emploi et le chômage en tant que question clé d'équité en santé.
- Réduire l'inégalité dans la mobilité sociale et la transmission intergénérationnelle héritée.

Au plan de la fiscalité :

- Mettre en œuvre une politique fiscale équitable pour améliorer le niveau d'éducation et l'état de santé des familles les plus vulnérables.

En matière de qualité de l'environnement ambiant et de réduction de la pollution

- Intégrer, en s'appuyant sur la Stratégie Nationale de Développement Durable (SNDD), l'approche "One Health" parmi les actions nationales contribuant à la dynamique mondiale de lutte contre le changement climatique.
- Agir en urgence sur la pollution atmosphérique, un fléau invisible, responsable des maladies respiratoires (l'asthme, la broncho-pneumopathie, ...) et l'une des principales causes de la mortalité au Maroc ;

- Multiplier et entretenir des espaces verts convenables, dans le cadre de l'aménagement des espaces urbains, afin de minimiser l'exposition de la population aux risques de pollution atmosphérique, tout en écartant les quartiers résidentiels des points chauds de cette pollution (usines en l'occurrence), en particulier dans les grandes villes côtières ;
- Activer de manière effective le cadre législatif, déjà existant (loi n°13.03 et décret n° 2-97-377) relatif à la lutte contre la pollution de l'air à l'échelle nationale ;
- Informer les citoyens du franchissement des limites de pollution, tout en menant des campagnes de sensibilisation quant aux risques qui y sont associés.

❖ Agir sur les déterminants intermédiaires de la santé

A ce titre, il conviendrait :

- **de moderniser la gouvernance du système de santé et d'accélérer la régionalisation de l'offre de soins** (création des agences régionales de santé, de groupements sanitaires de territoire, mise en place de programmes médicaux de territoires, ...) ; Il convient de signaler que cette réforme est en cours.
- **de relever le grand défi du capital humain en :**
 - ▶ renforçant la formation médicale : intégrer la connaissance des facteurs sociaux structureaux et intermédiaires de la santé de manière explicite dans les programmes de formation et promouvoir la formation professionnelle continue ;
 - ▶ favorisant la décentralisation de la gestion des postes budgétaires au niveau régional ;
 - ▶ promouvant la contractualisation pour une meilleure productivité et développant une nouvelle fonction sanitaire pour répondre aux besoins spécifiques de la population ;
 - ▶ dépassant les modèles de leadership classiques qui limitent les capacités et le rôle des infirmiers/infirmières dans la réduction des iniquités en santé.
- **de réussir l'implémentation du chantier de la généralisation de la couverture médicale à toute la population**, y compris les migrants et les réfugiés ;
- **d'accélérer la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires** et de développer la télémédecine et l'utilisation de la santé digitale pour atteindre les populations enclavées et vulnérables ;

- **de développer et de mettre en œuvre des stratégies nationales pour améliorer la santé et le bien être des personnes en situation de vulnérabilité.**

En parallèle à l'action sur les déterminants intermédiaires en lien avec le système de santé, il importe :

- **de garantir l'accès à l'eau potable, en milieu urbain et rural, à toute la population et en toutes circonstances**, afin de prévenir au mieux l'apparition et la transmission des maladies liées au manque d'eau (tuberculose, tétanos, coqueluche ...) ;
- **de suivre de très près l'évolution de la morbidité et de la mortalité en lien avec le manque d'eau potable, ainsi que ses conséquences sociales et économiques.**
- **de promouvoir les bons comportements en matière d'hygiène** afin de contribuer à briser le cycle global de la contamination par le biais d'agents pathogènes fécaux et oraux présents dans les masses d'eaux polluées ;
- **de mettre en place des processus de coordination pour une action conjointe en ce qui concerne les politiques d'assainissement et de santé ;**

❖ **Instaurer un cadre de suivi-évaluation des actions sur les déterminants sociaux de la santé**

Dans cette optique, il faudrait :

- développer un cadre de suivi-évaluation, selon une approche inclusive des différents acteurs concernés, en mettant l'accent sur l'amélioration de la collecte des données pertinentes, de façon systématique et intégrée, pour les déterminants sociaux de la santé ;
- mettre en place des systèmes de monitoring complets des iniquités en santé et des déterminants sociaux de la santé ;
- d'élargir la commission nationale sur l'équité en santé à tous les départements concernés par les déterminants structurels et intermédiaires de la santé ;
- d'adopter une liste d'indicateurs standards permettant de faciliter le suivi-évaluation et la comparaison régionale et internationale des iniquités en santé, tout en prenant en compte un large éventail des déterminants sociaux de la santé.

❖ **Réorienter le système d'information de santé d'une approche en silos vers une approche "services"**

Le futur système d'information sanitaire national, en tant qu'outil de gestion et de pilotage, devrait être en mesure de fournir des informations quantitatives et qualitatives fiables à tous les niveaux. Il devrait être intégré, interopérable, flexible, utilisé à toutes les échelles du système sanitaire et centré sur l'individu.

Au plan de l'intégration et de l'interopérabilité, il conviendrait de :

- bâtir un système d'information sanitaire paramétrable, répondant aux besoins de tous les usagers (patients, staff médical, acteurs gouvernementaux, ...), fournissant des données uniques et compilées à la source, ainsi que des informations en temps réel ;
- aligner ce nouveau système d'information aux enjeux de la régionalisation avancée, en permettant son implémentation sur le plan local, afin de tenir compte des spécificités régionales et locales, tout en garantissant son interopérabilité entre les structures sanitaires régionales ;
- intégrer, dans la mesure du possible, les composantes et les données, d'ores et déjà disponibles, tout en incorporant les orientations organisationnelles et réglementaires futures ;
- miser sur l'e-santé comme levier de changement permettant de collecter des données de qualité et de protéger les informations et la vie privée des patients tout en définissant clairement les responsabilités dans ce sens.
- se doter de la faculté de pouvoir estimer valablement les coûts des prestations sanitaires ;

En ce qui concerne un système d'information centré sur le patient :

- Construire un système d'information sanitaire basé sur le dossier médical intégré du patient, fournissant les outils nécessaires à tous les types de praticiens indépendamment de l'établissement de santé dans lequel ils exercent.
- Garantir, l'exploitation et la standardisation de l'information liée au patient à tous les niveaux du système sanitaire (y compris les CHU, hôpitaux privés et officines de pharmacie).

En ce qui concerne le suivi-évaluation et la surveillance épidémiologique, le système d'information de santé devrait :

- investir dans la production des données fiables et suffisamment désagrégées sur les déterminants sociaux de la santé et les iniquités en santé (statistiques vitales, accidents de circulation, mariages précoces, santé scolaire,..). Les données collectées doivent permettre le suivi de l'évaluation des iniquités dans le temps et dans l'espace ;
- faciliter l'enregistrement et le suivi des cas de maladies à déclaration obligatoire (MDO) et la gestion des risques et alertes pour la santé et les diagnostics de sorties.

❖ **Encourager la recherche sur les iniquités en santé**

- Promouvoir et financer la recherche sur les iniquités en santé en vue de développer des connaissances scientifiques conduisant à une prise de décision optimale ;
- Réaliser périodiquement des analyses sur les iniquités en santé pour évaluer les progrès réalisés et planifier des actions efficaces pour la réduction des iniquités en santé.

❖ **Promouvoir la participation sociale dans le cadre de l'action sur les déterminants sociaux de la santé**

En particulier, il serait judicieux :

- de renforcer le rôle des organisations non gouvernementales dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé ;
- de favoriser la participation des femmes, des jeunes, des personnes âgées, des personnes à besoins spécifiques, des migrants et des réfugiés dans les débats relatifs à la santé.

❖ **Prendre en compte les spécificités culturelles et religieuses de la société marocaine dans l'implémentation de l'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé**

Dans ce sens, il est proposé :

- de mener des campagnes de sensibilisation et de lutte contre l'attachement aux pratiques de médecine alternative (traditionnelle), qui représente un danger pour les patients, en particulier les femmes enceintes en milieu rural ;
- de briser le cycle de transmission intergénérationnelle des croyances religieuses (le fait accompli par exemple) sur les maladies et le recours aux soins de santé informels ;
- d'éradiquer les pratiques de culte en lien avec le recours aux marabouts et de visite des sanctuaires des saints (médecine spirituelle) pour soigner les pathologies psychiatriques et corporelles.

* * * * *

Annexe : Programme de la Journée de réflexion prospective

09.30	SESSION D'OUVERTURE <ul style="list-style-type: none">• M. Mohammed Tawfik MOULINE, Directeur Général de l'Institut Royal des Etudes Stratégiques (IRES)• Dr. Khalid AIT TALEB, Ministre de la Santé et de la Protection Sociale• Dr. Maryam BIGDELI, Représentante de l'OMS au Maroc• Prof. Rajae EL AOUD, Présidente de l'Association One Health Maroc
10.10	KEYNOTE SPEECH <ul style="list-style-type: none">• Prof. Sir Michael MARMOT, Professeur d'épidémiologie à l'University Collège de Londres, Directeur de l'UCL Institute of Health Equity
10.30	SESSION 1 : EMERGENCE DE NOUVEAUX CONCEPTS INHÉRENTS À L'APPROCHE BASÉE SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : TOUR D'HORIZON <ul style="list-style-type: none">• Mme Nicole VALENTINE, Senior Technical Officer, Département de la Santé publique, Déterminants sociaux et environnementaux de la santé, OMS• Dr. Maha EL ADAWY, Directeur, Healthier Populations, OMS, Bureau régional de la Méditerranée orientale• Mme Monika KOSINSKA, Chef de département "Economic and Commercial Determinants of Health", OMS• Prof. Hoda RASHAD, Directeur, Social Research Center, American University of Cairo
11.30	SESSION 2 : DYNAMIQUE DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ AU MAROC : ENTRE OPPORTUNITÉS ET DÉFIS <ul style="list-style-type: none">• Prof. Rajae EL AOUD, Présidente de l'Association One Health Maroc• Dr. Hafid HACHRI, Coordonnateur du Système et des Programmes de Santé au Bureau de l'OMS au Maroc
12.15	PAUSE-CAFE
12.30	SESSION 3 : TRANSITION D'UN SYSTÈME D'INFORMATION DE SANTÉ VERS UN SYSTÈME D'INFORMATION POUR LA SANTÉ : UNE FEUILLE DE ROUTE <ul style="list-style-type: none">• M. Abdelkader MHAYI, Chef de la Division de l'informatique médicale, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale• M. Abdelilah MARNISSI, Chef de la Division de la planification et des études, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale• M. Abdesslam NADAH, Directeur de la Planification, Haut-Commissariat au Plan• Prof. Sherine SHAWKY, Senior Scientist, Social Research Center, American University of Cairo
13.30	SESSION DE CLÔTURE : PANEL DE DISCUSSION <ul style="list-style-type: none">• Proposition de leviers du changement et d'orientations stratégiques, visant l'implémentation appropriée au Maroc de l'approche basée sur les Déterminants Sociaux de la Santé
14.00	DEJEUNER
MODERATION DES TRAVAUX DE LA JOURNÉE Prof. Jaâfar HEIKEL, Epidémiologiste et spécialiste en maladies infectieuses et santé publique, Enseignant-Chercheur en Economie de la Santé-Sorbonne	

