

Les soins de santé de base Vers un accès équitable et généralisé

Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental

Saisine n° 4 / 2013

Conseil Economique, Social et Environnemental

Les soins de santé de base
Vers un accès équitable
et généralisé

Saisine n° 4 / 2013



“

Nous mesurons l'ampleur des contraintes liées essentiellement à la modicité des ressources disponibles, par rapport aux attentes légitimes sans cesse croissantes des citoyennes et des citoyens. Pour autant, Nous sommes persuadé que la réflexion, aussi vaste que constructive, que nous attendons de votre importante conférence, sera à même d'aider à créer un large consensus autour des défis majeurs et des principales priorités sanitaires à définir. Il s'agit également d'apporter des réponses efficaces, notamment aux problématiques se rattachant à la mise en œuvre du droit constitutionnel aux soins, à l'attention, à la couverture médicale et à la sécurité sanitaire, ainsi qu'à l'adoption d'une bonne gouvernance sanitaire et à l'amélioration de la santé psychique et mentale et de la santé des personnes à besoins spécifiques et des personnes âgées. Il est question également d'explorer les moyens idoines pour assurer les financements nécessaires, aux niveaux national et international, de développer le régime de mutuelle et de réduire les disparités entre les régions pour garantir l'accès équitable aux soins.

”

Sa Majesté le Roi Mohammed VI

Extrait du Message Royal adressé aux participants aux travaux
de la 2^{ème} Conférence sur la Santé
Marrakech, le 1^{er} juillet 2013

Dépôt légal : 2013 MO 3291

ISBN : 978-9954-9389-3-5

ISSN : 2335-9242

Conseil Economique, Social et Environnemental
Imprimerie SIPAMA SARL

Saisine n°4 / 2013

- Conformément à la loi organique n° 60-09 relative à la création du Conseil Economique et Social et à son règlement intérieur ;
- Vu la décision du bureau du Conseil d'affecter le sujet relatif aux « soins de santé de base : vers un accès équitable et généralisé » à la Commission Permanente chargée des Affaires Sociales et de la Soclidarité;
- Vu l'adoption du rapport sur « Les soins de santé de base : vers un accès équitable et généralisé » par l'Assemblée Générale du 26 septembre 2013, à l'unanimité.

Le Conseil Economique, Social et Environnemental
présente son rapport

Les soins de santé de base Vers un accès équitable et généralisé

Rapport préparé par

La Commission Permanente chargée des Affaires Sociales et de la Soclidarité

Président de la commission : Mohammed Elkhadiri
Rapporteure principale : Hakima Himmich
Corapporteur : Jaouad Chouaib

Sommaire

Acronymes	11
Introduction	15
1. Le Droit à la santé, un droit humain fondamental	15
2. Reconnaissance du droit à la santé par le Maroc	15
3. Transition démographique et épidémiologique	16
4. Les déterminants sociaux de la santé	16
5. La santé, moteur essentiel du développement économique	17
Première partie : Concept de soins de santé de base et couverture médicale	19
1. Soins de santé de base et soins de santé primaires	19
1.1 Les soins de santé primaires (SSP) selon l'OMS	19
1.2 Les soins de santé de base (SSB) selon le ministère de la Santé	20
2. Couverture médicale	21
Deuxième partie : Caractéristiques de l'offre de soins de santé de base	23
1. Organisation des soins de santé de base	23
1.1 Un secteur public prédominant, hiérarchisé et cloisonné	23
1.2 Un secteur privé à but lucratif en fort développement	25
1.3 Le secteur mutualiste	27
1.4 Un secteur privé à but non lucratif mal appréhendé	28
2. Ressources humaines et soins de santé de base	29
2.1 Une pénurie en personnel soignant	29
2.2 De grandes disparités dans la répartition du personnel soignant	30
2.4 Une formation du personnel soignant devenue inadaptée	32
3. Gouvernance	35
3.1 Un système de santé centralisé à l'excès	35
3.2 Une collaboration intersectorielle limitée	36

3.3 L'approche communautaire : une expérience modeste, mais à développer	37
3.4 Le partenariat public-privé : un mécanisme à renforcer	39
3.5 Une corruption « banalisée »	40
Troisième partie : Appréciation de l'accès aux soins de santé de base	43
1. L'accessibilité du réseau des établissements de soins de santé de base	43
1.1 De fortes disparités et une certaine inadaptabilité	43
1.2 L'accessibilité géographique : la pénalisation de l'enclavement en milieu rural	44
1.3 L'accessibilité physique : une loi non appliquée	45
1.4 L'accessibilité socioculturelle : le handicap de l'analphabétisme	45
1.5 Une qualité des soins perçue comme insuffisante	45
1.6 L'accessibilité économique aux soins de santé de base reste très limitée pour les populations pauvres	46
2. Des inégalités persistantes dans l'accès aux soins de santé de base	46
2.1 Les inégalités liées au Genre	46
2.2 Les inégalités d'accès affectant les migrants subsahariens en situation irrégulière	51
3. Accès à la prévention et à la promotion de la santé	52
3.1 Réussite des programmes de prévention contre la plupart des maladies transmissibles	52
3.2 L'impératif du renforcement de la prévention des maladies non transmissibles	53
3.3 Agir pour prévenir les MNT nécessite de prendre en compte plusieurs facteurs de risque	53
3.4 Des conditions de travail dont l'impact sur la santé est insuffisamment pris en compte	55
4. Accessibilité des médicaments	56
4.1 Des prix des médicaments anormalement élevés	56
4.2 Un système de stockage et de distribution des médicaments inefficace	60
4.3 La prescription des médicaments au niveau des ESSB, une rationalisation indispensable à opérer	62
Quatrième partie : Les dépenses de santé et leur financement	63
1. Les dépenses de santé	63
1.1 Les dépenses de santé prioritairement supportées par les ménages	63

1.2 Les dépenses de l'AMO	64
1.3 Les dépenses du ministère de la Santé en matière de soins de santé de base	64
2. Financement de la santé	65
2.1 Principes du financement de la santé	65
2.2 Le financement de la santé au Maroc	65
Cinquième partie : Recommandations	71
Annexes	77
Annexe 1 : Méthodologie de travail et liste des entités auditionnées	79
Annexe 2 : Glossaire	83
Annexe 3 : Organisation et chiffres clés de la Couverture Médicale de Base	87
Annexe 4 : Liste des membres de la commission permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité	93
Annexe 5 : Liste des membres du groupe de travail ad'hoc issu de la Commission	97
Annexe 6 : Liste des institutions, organismes et associations auditionnés	101
Annexe 7 : Références bibliographiques	105



Acronymes

ALD	Affection de Longue Durée
AMO	Assurance Maladie Obligatoire de Base
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
CESE	Conseil Economique, Social et Environnemental
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMB	Couverture Médicale de Base
CMU	Couverture Médicale Universelle
CNOPS	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CPASS	Commission permanente chargée des affaires sociales et de la solidarité
CS	Centre de Santé
DTS	Dépense Totale de Santé
ESSP	Etablissements des Soins de Santé Primaire
HCP	Haut Commissariat au Plan
ICPC	Instance Centrale de Prévention de la Corruption
IFCS	Institut de Formation aux Carrières de Santé
INDH	Initiative Nationale pour le Développement Humain
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDH	Observatoire National du Développement Humain
ONUSIDA	Programme des Nations unies sur le VIH/sida
PPP	Partenariat Public-Privé
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RSSP	Réseaux des Soins de Santé Primaire
SSP	Soins de Santé Primaires
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

La saisine

Le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) a été saisi par le Chef du Gouvernement, en date du 28 novembre 2012, afin qu'il « évalue la situation actuelle de l'accès des citoyennes et des citoyens aux prestations de soins de santé de base dans les milieux urbain et rural, en termes de qualité, de coût et de modalités de financement, et élabore des recommandations opérationnelles permettant d'étendre la couverture médicale dans notre pays dans la perspective d'une couverture universelle »¹.

¹ Traduction non officielle.

Introduction

1. Le Droit à la santé, un droit humain fondamental

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »².

Le droit à la santé est reconnu dans de nombreux instruments internationaux, notamment dans la Constitution de l'OMS qui stipule dans son préambule que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Par ailleurs, la Déclaration universelle des droits de l'Homme mentionne le droit à la santé dans son article 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ».

L'article 12 du Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels introduit des dispositions juridiquement contraignantes, applicables à toutes les personnes dans tous les Etats qui l'ont ratifié, dont le Maroc. Des garanties supplémentaires destinées à protéger le droit à la santé des groupes marginalisés sont énoncées dans des traités internationaux consacrés aux droits de ces groupes.

Cependant la reconnaissance du droit à la santé, tel qu'il existe dans les instruments internationaux, n'a pas suffi pour sa concrétisation effective. Durant les trente dernières années, d'énormes progrès ont été réalisés dans le domaine de la santé au niveau mondial, mais ces progrès ont été moins importants dans les pays en voie de développement que dans les pays les plus riches.

2. Reconnaissance du droit à la santé par le Maroc

Le Maroc, en adhérant à la Déclaration du Millénaire des Nations Unies s'est engagé à adopter des stratégies à même de lui permettre d'atteindre dès 2015, les huit *Objectifs du Millénaire pour le développement*, dont trois sont relatifs à la santé : réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle, et combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.

Mais le Maroc n'a formellement reconnu le droit à la santé qu'en juillet 2011, à la faveur de sa réforme constitutionnelle. La Constitution reconnaît en effet sept droits liés à la santé : le droit à la vie [art. 20] qui comprend également la lutte contre les mortalités évitables ; le droit à la sécurité et à la protection de la santé [art. 21] ; le droit aux soins, à un environnement sain, à la couverture médicale [art. 31] ; le droit à la santé des personnes et catégories à besoins spécifiques [art. 34] ; droit d'accès à des soins de qualité et à la continuité des prestations [art. 154].

² Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, 1946.

Sa Majesté le Roi Mohammed VI a exprimé dans de nombreux discours la nécessité d'assurer aux marocains et notamment aux plus démunis, l'accès à des soins de santé de qualité. Lors de son message aux participants à la 2^{ème} conférence nationale sur la santé qui s'est tenue en juillet 2013, Sa Majesté le Roi a réaffirmé sa volonté constante d'inscrire la promotion du secteur de la santé parmi les grands chantiers essentiels du pays.

La Stratégie sectorielle de la Santé 2012-2016 repose sur sept axes d'intervention déclinés en vingt-huit plans d'action spécifiques qui traitent dans leur majorité, de manière horizontale et indirecte, de la question de l'accès aux soins de santé de base. L'axe 1 qui est réservé à « l'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services » compte dix-sept actions, dont quatre pour les soins de santé de base³.

Le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), dans son rapport intitulé *Pour une charte sociale : des normes à respecter et des objectifs à contractualiser*, adopté en novembre 2011, fait référence au droit à la santé physique et mentale et définit neuf objectifs dont quatre concernent le présent avis : améliorer l'équité d'accès et la qualité des structures et des services de soins ; améliorer la santé maternelle et infantile ; améliorer le cadre médico-légal de l'interruption de grossesse ; évaluer et améliorer en continu les politiques nationales et régionales de prophylaxie, de traitement et d'éradication des maladies épidémiques et endémiques.

3. Transition démographique et épidémiologique

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, l'état de santé des marocains s'est régulièrement amélioré, ce qui se traduit par une réduction de la fécondité et de la mortalité et annonce une transition démographique. Le vieillissement de la population apparaît comme un phénomène inéluctable dans les prochaines décennies. Les personnes âgées de plus de 60 ans verront leur effectif s'accroître de façon soutenue avec un rythme annuel de 3,4% entre 2012 et 2050. Leur nombre passera de 2,9 millions en 2012 à 10,1 millions en 2050. Elles représenteront alors 24,5% de la population totale contre 6,3% en 1960, et 8% en 2004⁴. Par ailleurs le Maroc connaît une transition épidémiologique avec un transfert de la morbidité due aux maladies transmissibles et aux problèmes de la période périnatale vers les maladies non transmissibles (MNT) et les traumatismes⁵.

La politique nationale de santé devra nécessairement tenir compte de ces deux transitions.

4. Les déterminants sociaux de la santé

De nombreuses publications ont mis en exergue les interactions entre santé et développement et démontré qu'il n'y a pas de développement harmonieux sans gain de santé ni d'acquis sanitaire sans développement durable^{6,7}. Les principales causes de maladies et de handicap sont à relier autant à des phénomènes sociaux qu'à des virus, des parasites ou

³ Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016. Ministère de la Santé, 2012

⁴ Tableau de bord social. Direction des Etudes et des Prévisions Financières du ministère des Finances. 2 août 2013.

⁵ D Bettcher. Transition épidémiologique et nouvelle santé publique. OMS, 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, Juillet 2013.

⁶ Rapport sur le développement humain. PNUD, 2003.

⁷ Investir dans la santé. Résumé des conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé. J D Sachs. OMS, 2004.

des prédispositions génétiques. Le statut socio-économique des individus est le déterminant majeur de leur état de santé. Aussi, l'éducation, la lutte contre la pauvreté et la défense de l'environnement, en particulier l'accès à une eau de qualité, sont des facteurs non seulement de progrès social mais également d'amélioration de la santé des individus.

Pour l'OMS, les inégalités en santé tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. A leur tour, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques. L'OMS a constitué, en 2005, la Commission des Déterminants sociaux de la Santé (DSS) qui « engage l'OMS et tous les gouvernements à agir partout dans le monde sur les déterminants sociaux de la santé pour instaurer l'équité en santé. Elle considère qu'il est indispensable que les gouvernements, la société civile, l'OMS et d'autres organisations mondiales s'unissent dans l'action pour améliorer la vie des habitants de la planète ».

L'accès aux soins de santé est déterminé par une multitude de facteurs de natures très diverses : qualité des prestations offertes, revenus, niveau d'éducation et statut social en général ainsi que par les déterminants comme le genre et le lieu de résidence. Les inégalités socio-économiques dans la distribution des ressources de notre société, se reproduisent par des inégalités de santé et de mortalité marquantes entre ces groupes⁸.

5. La santé, moteur essentiel du développement économique

Le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS, consacré à la place de la santé dans le développement économique mondial, a montré de manière convaincante que l'amélioration de la santé des pauvres, partout dans le monde, est non seulement un objectif important, mais aussi un moteur essentiel du développement économique et de la lutte contre la pauvreté. Ainsi, le domaine de la santé est un enjeu économique, politique et social majeur dont la gestion ne saurait découler d'une vision purement comptable des dépenses de santé⁹.

Les recommandations du groupe de consultation OMS de haut niveau en réponse à la crise financière mondiale (2009) visent à « empêcher la crise économique de devenir une crise sociale et sanitaire ». Ce rapport recommande de préserver les dépenses consacrées à la santé et d'améliorer leur efficacité et leur rendement, en accompagnant la demande croissante de services publics, en tenant compte des besoins des groupes vulnérables, et en mettant en œuvre les réformes des soins de santé primaires.

⁸ Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc. Etudes de cas. ONDH, 2010.

⁹ Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. OMS, 2002, mis à jour en 2004.

Première partie : Concept de soins de santé de base et couverture médicale

1. Soins de santé de base et soins de santé primaires

1.1 Les soins de santé primaires (SSP) selon l'OMS

Les soins de santé primaires (SSP) sont des soins essentiels (curatifs, préventifs et promotionnels), de premier recours. Ils sont porteurs d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès universel aux soins de santé « en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation »¹⁰ comme cela a été défini en 1978 lors de la Conférence d'Alma-Ata et réaffirmé par l'OMS dans son rapport annuel de 2008.

Le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, consacré aux SSP a approfondi cette définition : « les SSP sont des soins de santé essentiels rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de leur communauté par des moyens acceptables pour eux et à un coût que les communautés et le pays puissent assumer. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté »¹¹.

Le rapport souligne que « la mondialisation met à rude épreuve la cohésion sociale de nombreux pays, et [que] les systèmes de santé, éléments clés de l'architecture des sociétés contemporaines, ne fonctionnent manifestement pas aussi bien qu'ils le pourraient et le devraient ». Les populations qui ont été laissées à la traîne « manifestent de plus en plus d'impatience face à l'incapacité des services de santé à assurer une couverture nationale répondant à des demandes précises et aux nouveaux besoins, ainsi qu'au fait que leurs prestations ne correspondent pas à leurs attentes ».

Dans ce rapport, l'OMS recommande que les SSP :

- se fondent sur les résultats de la recherche médicale et dans le domaine de la santé publique ;
- s'orientent vers les principaux problèmes de santé publique de la communauté ;
- incluent éducation, vaccination, accès à l'eau potable, alimentation, protection maternelle et infantile, hygiène, accès aux soins de base ;
- fassent intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, tout cela en coordination ;

¹⁰ Article VII de la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires.

¹¹ Rapport sur la santé dans le monde. Les Soins de Santé Primaires. Maintenant plus que jamais. OMS, 2008.

- associent les individus et les populations concernées à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires ;
- soient intégrés à des systèmes d'accès aux soins accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;
- fassent appel aux différents personnels de santé : médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon les cas, ainsi que s'il y a lieu, praticiens traditionnels, travaillant en coordination et en réponse aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

1.2 Les soins de santé de base (SSB) selon le ministère de la Santé

Au Maroc, les SSP ont été véhiculés sous la dénomination de Soins de santé de base (SSB). L'adoption de la terminologie *soins de base* à la place de *soins primaires* a été un choix délibéré destiné à faire diffuser le concept parmi les pouvoirs publics en évitant d'utiliser le qualificatif *primaire* qui aurait pu être interprété dans le sens de primitif, rudimentaire, sommaire¹².

Le ministère de la Santé se fonde sur la définition de l'OMS des Soins de santé primaires tels que définis par la Déclaration d'Alma Ata, à laquelle il a souscrit en 1978. Ces soins comprennent :

- l'éducation pour la santé ;
- la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
- la prévention et le contrôle des endémies locales ;
- le traitement des maladies et lésions courantes ;
- la fourniture de médicaments essentiels.

Dans le cadre des auditions menées par le CESE, le ministre de la Santé a ainsi défini la mission des soins de santé de base comment étant « de prodiguer des soins et des services équitables et de qualité pour répondre aux besoins essentiels en matière de santé d'une communauté définie sur une base géographique ».

Le réseau des établissements de soins de santé de base (ESSB) conçu pour agir sur les conditions de santé des habitants, est la base opérationnelle de toute l'action sanitaire. Il constitue la première interface entre la population et le système de soins. C'est à travers ce réseau que se développe la stratégie de couverture de la population par les services de santé de base : promotion de la santé, prévention, soins curatifs essentiels¹³. Le lieu de délivrance des SSB est le centre de santé (CS).

¹² Revue du développement de la stratégie des soins de santé primaires et de l'objectif « Santé Pour Tous d'ici l'an 2000 » au Maroc. M Laaziri, OMS, 2007.

¹³ L'Offre de soins au Maroc. Ministère de la Santé, 2007.

2. Couverture médicale

Alors que le monde est aux prises avec une augmentation de la demande en soins chroniques, en partie liée au vieillissement des populations, les États membres de l'OMS se sont engagés en 2005 à développer leurs systèmes de financement de la santé afin que tout un chacun puisse accéder aux services de santé, sans subir de difficultés financières lors de leur paiement. Cet objectif a été défini comme étant la couverture universelle, parfois appelée la « couverture universelle de santé ».

En 2010, le rapport de l'OMS consacré à la santé dans le monde, était intitulé : *Financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle*. Dans ce rapport, l'OMS expose les grandes lignes sur la façon dont les pays peuvent modifier leurs systèmes de financement pour avancer plus rapidement vers une couverture universelle et maintenir ensuite ces réalisations¹⁴.

Depuis une dizaine d'années, de nombreux pays à revenus faibles et moyens ont montré que le fait de se rapprocher de la couverture universelle n'est pas le privilège des pays à revenu élevé. Ainsi, le Brésil, le Chili, la Chine, le Mexique, le Rwanda et la Thaïlande ont récemment fait des progrès importants vers la couverture médicale universelle.

De son côté, le Maroc s'est engagé depuis 2002 dans une réforme visant à se doter d'un système de couverture médicale de base. Cette réforme, qui a permis la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) puis du régime d'Assistance Médicale (RAMED), se fonde notamment, sur le plan juridique, sur la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base.

¹⁴ Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture médicale universelle. OMS, 2010.

Deuxième partie : Caractéristiques de l'offre de soins de santé de base

1. Organisation des soins de santé de base

Le système de soins est selon la définition de l'OMS « l'ensemble des institutions, des personnes et des ressources qui participent à la prestation de soins de santé »¹⁵. Il constitue, avec l'assurance maladie, l'un des piliers du système de santé.

L'organisation du système de soins repose principalement sur trois secteurs : un secteur public, un secteur privé à but lucratif et un secteur privé à but non lucratif.

Globalement, on peut distinguer trois modèles d'organisation des soins de santé primaires dans les pays développés¹⁶ :

- le modèle normatif hiérarchisé qui est un système organisé autour des SSP et régulé par l'Etat (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) ;
- le modèle professionnel non hiérarchisé où l'organisation des SSP est fondée sur le libre choix du patient (Allemagne, Canada, France) ;
- le modèle professionnel hiérarchisé dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande) et la porte d'accès à la filière de soins.

Le modèle marocain s'apparente à une combinaison des deux premiers modèles avec une prédominance de la régulation du secteur public par l'Etat. Le modèle dans le secteur public est hiérarchisé mais pas réellement normatif ; le modèle dans le secteur privé est professionnel, non hiérarchisé et non régulé par l'Etat.

1.1 Un secteur public prédominant, hiérarchisé et cloisonné

Le système de soins marocain s'articule autour de la prédominance du secteur public. L'Etat se situe au cœur du système de santé, cumulant à la fois les fonctions de financement, de prestation de soins et d'administration générale. Le secteur privé est exclu de cette organisation.

Le système de soins qui dépend du ministère de la Santé est organisé selon une hiérarchie pyramidale où les structures de SSB (centres de santé urbains et ruraux) constituent le premier niveau d'orientation-recours pour les patients. On y dispense les soins préventifs, les soins curatifs essentiels, les soins d'urgence de premier niveau et les accouchements, ainsi que des services axés sur la promotion de la santé. Le réseau des ESSB est la base opérationnelle de

¹⁵ Les systèmes de santé: des soins intégrés fondés sur des principes. OMS, 2003.

¹⁶ Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger. IRDES, 2012.

toute l'action sanitaire¹⁷. Les autres niveaux correspondent aux centres hospitaliers provinciaux et régionaux et aux centres hospitaliers universitaires (CHU).

Le réseau des ESSB est complètement déconnecté du réseau hospitalier et dépend dans chaque province (ou préfecture) du Service de l'infrastructure et des actions ambulatoires provinciales (ou préfectorales), le SIAAP. Ce réseau est constitué de 2 689 établissements de soins de santé de base (ESSB) dont 72% sont implantés en milieu rural (audition du ministre de la Santé).

La loi cadre n°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, promulguée en 2011, définit en principe un cadre réglementaire pour la planification de l'offre de soins et l'organisation du système de santé selon une carte sanitaire nationale. Mais cette loi n'est pas encore effective. Sa mise en œuvre permettrait pourtant de rationaliser le mode actuel d'intervention en matière de couverture sanitaire, qui a conduit à construire des ESSB, quasiment dans toutes les communes rurales, sans tenir compte du manque de ressources humaines matérielles et financières nécessaires à leur fonctionnement. C'est ainsi que 143 centres de santé sont actuellement fermés, et qu'un certain nombre sont très peu fréquentés.

Les ESSB sont gérés par des médecins-chefs et des infirmiers-majors, en charge de la gestion administrative, de l'organisation et de la dispensation des soins au niveau de ces établissements. Leur organisation se caractérise par un centralisme excessif et un manque de coordination et de communication effective entre les différents niveaux de soins qui compliquent le parcours des patients. Théoriquement, ce parcours est organisé de telle manière que le patient puisse passer d'un échelon de la hiérarchie des établissements (dispensaires, centres de santé, hôpitaux provinciaux, régionaux, centres hospitaliers universitaires) à l'autre, selon la gravité ou la difficulté du cas. En réalité, cette orientation se résume à une *fiche de liaison* et le patient est, dans les faits, plus ou moins livré à lui-même. Ainsi le parcours des patients peut s'avérer très long, complexe et coûteux, en raison de la non-disponibilité des médicaments, de l'absence de personnel suffisamment qualifié pour prendre en charge un certain nombre de soins, tels que les soins d'urgence de base ou les accouchements. Dans ces conditions, de nombreux patients ont tendance à se présenter directement aux services des urgences hospitalières ou à faire appel à leurs réseaux de connaissances pour court-circuiter le système.

Le système *d'évacuation sanitaire* présente quant à lui de multiples dysfonctionnements, notamment en milieu rural : insuffisance du nombre d'ambulances ; insuffisance des dotations en carburant ; maintenance défailante des véhicules, engendrant des pannes fréquentes et l'indisponibilité des véhicules pour des durées parfois très longues ; manque de disponibilité des chauffeurs, relevant souvent des collectivités locales. Le groupe de travail du CESE a pu constater sur le terrain les dysfonctionnements que connaît ce système.

L'organisation actuelle du réseau d'ESSB a atteint ses limites sans permettre un accès équitable aux SSB. Dans un souci d'efficacité et d'efficacités, l'organisation de ce réseau mériterait d'être repensée pour regrouper au sein de certaines agglomérations urbaines ou rurales les ressources humaines et les équipements actuellement dispersés dans des centres de santé peu fréquentés. Ce regroupement permettrait la création de *Centres de santé intégrés* disposant de plus de ressources humaines, de moyens de diagnostic et de traitement. Des consultations spécialisées pourraient être également organisées, une à deux fois par semaine.

¹⁷ L'offre de soins au Maroc. Ministère de la Santé, 2007.

Ces centres contribueraient à l'optimisation des moyens, à l'amélioration des conditions de travail des professionnels de santé, au désengorgement des hôpitaux et surtout à une prise en charge adéquate des besoins des populations. Cette organisation est celle qui a été adoptée en Belgique où ces centres sont appelés *maisons médicales*¹⁸.

Ces centres de santé intégrés pourraient par ailleurs combler les carences existantes en matière d'offre de soins aux personnes handicapées, et en particulier celles qui touchent aux prestations de réadaptation (médecine physique, kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité, appareillage orthopédique), de soutien et d'assistance. En effet, à l'exception de quelques unités attachées aux hôpitaux, il n'existe pas de structures offrant les prestations de réadaptation.

Ces centres pourraient ainsi également contribuer à collecter des données fiables sur leurs activités, les caractéristiques des populations qui les fréquentent, sur leurs attentes, et fournir ainsi des données fiables pour la réalisation de travaux de recherche en santé publique.

La recherche en santé publique

Pour l'OMS¹⁹, « les résultats de certaines études de recherche peuvent être appliqués à grande échelle, mais bon nombre des questions sur la couverture sanitaire universelle appellent des réponses locales », c'est pourquoi « chaque pays doit être à la fois un producteur et un consommateur de recherche ».

Il ne s'agit pas de proposer de faire des soignants des ESSB des chercheurs, mais d'inclure dans le champ de la recherche et de l'analyse scientifique le fonctionnement des ESSB, la conception de systèmes de santé efficaces, l'impact de la couverture médicale de base sur l'état de santé des populations, ses modalités de financement.

Pour que la recherche ne soit pas coupée de la pratique, il convient de la renforcer non seulement dans les universités mais aussi au sein des programmes de santé publique, confrontés à la réalité de l'offre et de la demande de services de santé. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place des systèmes d'information permettant de fournir des données fiables et à jour, pour éclairer la prise de décisions, et un système de suivi-évaluation des activités et de leur impact sur la santé des populations.

1.2 Un secteur privé à but lucratif en fort développement

Le secteur médical privé

Le secteur médical privé concerné par les SSB est constitué essentiellement des cabinets de médecine générale, de pédiatrie, de gynécologie, de médecine dentaire et des officines. Il constitue une part fondamentale de l'offre de soins au Maroc, à la fois sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif, en progression constante depuis cinquante ans. Le secteur médical privé représente ainsi « près de la moitié des médecins, près de 90% des pharmaciens et chirurgiens-dentistes et près de 10% des paramédicaux du Maroc »²⁰.

¹⁸ Source : <http://www.arianet.irisnet.be/legislat/maismed.html>

¹⁹ Rapport sur la santé dans le monde. La recherche pour la couverture sanitaire universelle. OMS, 2013.

²⁰ Etude sur l'équité en santé au Maroc. Ministère de la santé / INISAN. 2012.

Il s'est développé principalement dans les grandes agglomérations et les villes de moyenne importance. Son développement résulte essentiellement de l'insatisfaction des citoyens vis-à-vis des prestations du secteur public et du faible attrait exercé par ce dernier sur les médecins, à la fois en raison du niveau des salaires en vigueur et des conditions de travail proposées.

L'étude de cas menée par l'ONDH montre que les patients enquêtés dans les régions de Figuig, Salé et Azilal consultent presque à part égale les médecins du public que du privé et relève que « si le recours alternatif au secteur privé peut partiellement expliquer la faible fréquentation du réseau public des ESSB, l'insuffisance de qualité des services offerts, d'accessibilité physique et financière sont les causes essentielles de cette sous-utilisation des services »²¹.

Si les indicateurs de production concernant le secteur public sont relativement exhaustifs, il n'en va pas de même pour les données concernant le secteur privé, ce qui rend impossible l'évaluation objective du service rendu par ce secteur. Deux raisons expliquent cet état de fait : d'une part, les données des différents organismes d'assurance maladie (AMO, mutuelles, assurances privées) ne sont pas consolidées, et d'autre part, les patients n'ayant aucune couverture médicale (les *Payants*, dans le jargon professionnel) échappent à ces statistiques sectorielles. Cependant, l'importance de la contribution du secteur privé à la production de soins ne fait aucun doute.

En 2012, le secteur privé a bénéficié de 80% des dépenses de la CNOPS et de 82% des dépenses de la CNSS, alors que le secteur public n'a absorbé que 5% et 6% des dépenses de ces deux organismes (auditions des directeurs de la CNOPS et de la CNSS).

La mise en place du RAMED a pour effet une augmentation importante et rapide de la demande de soins auprès des services publics, sans que l'offre de soins ne puisse croître à la même vitesse. Ainsi, une accentuation du clivage entre secteur privé et public se profile, avec un secteur privé dédié aux patients solvables et un secteur public pour les démunis.

Il ressort des auditions et des visites de terrain effectuées par le groupe de travail du CESE, que le secteur privé s'estime exclu des réflexions sur la conception et la mise en œuvre de la couverture maladie de base (CMB), des programmes mis en place par le ministère de la Santé, mais aussi plus généralement du système de santé publique, alors même que « le ministère de la Santé est le ministère des médecins publics et privés ». Lors d'une audition à Agadir, un médecin généraliste privé rapportait ainsi qu'il avait « été informé par un de [ses] patients qu'une campagne de vaccination était en cours ».

Il est vrai que le secteur médical privé connaît une répartition territoriale très inégale, puisqu'il se concentre quasi-exclusivement dans les villes : Casablanca compte ainsi à elle-seule 30% du nombre de total lits et de cabinets médicaux, et 66% se situent dans cinq régions seulement (Casablanca, Rabat, Tanger-Tétouan, l'Oriental, Souss-Massa-Draa). Par ailleurs, sa participation aux actions de prévention et aux programmes prioritaires de santé publique apparaît très faible. Néanmoins, le secteur privé est généralement « préféré » par les utilisateurs de services de santé au Maroc²². La mise en œuvre de la loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins devrait permettre une meilleure complémentarité entre secteurs public et privé.

²¹ Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc. Etudes de cas. ONDH, 2010.

²² Etude sur l'équité en santé au Maroc. Ministère de la santé/INISAN. 2012.



Par ailleurs, la loi 10-94 relative à l'exercice de la profession médicale, actuellement en cours d'amendement, définit des normes et des standards qui doivent s'appliquer à tous les secteurs de santé, sans distinction.

Les pharmacies d'officine

La pharmacie d'officine joue un rôle important dans les SSB. En effet le pharmacien, dernier maillon de la chaîne de distribution du médicament est le garant de la qualité des médicaments qu'il distribue. De plus, il exerce une fonction de conseil, explique aux malades les posologies, la manière de prendre les médicaments et joue ainsi un rôle essentiel dans le respect de la prescription. Les pharmaciens d'officine constituent aussi, bien souvent, le premier recours pour les patients.

Le nombre d'officines privées est passé de 375 en 1975 à près de 12 000 en 2012 sans pour autant assurer une meilleure couverture du territoire national, dans la mesure où le réseau des officines se concentre dans les grandes villes. Parallèlement, de plus en plus de pharmaciens d'officine connaissent des difficultés financières et sont en cessation de paiement ou de faillites, ce qui fait planer le risque de comportements contraires à la déontologie professionnelle²³.

1.3 Le secteur mutualiste

Le secteur (médical) mutualiste est encore peu développé dans notre pays et son activité est principalement centrée sur les soins dentaires, les centres d'optique et certaines consultations spécialisées. Cependant, 14% des paiements de la CNOPS vont au secteur mutualiste.

En vertu de l'article premier du dahir 1-57-187 de 1963 portant statut de la mutualité « les sociétés mutualistes sont des groupements à but non lucratif, qui (...) se proposent de mener (...) une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide tendant à la couverture des risques pouvant atteindre la personne humaine ». L'article 138 du dahir précise que les mutuelles peuvent « signer des conventions avec des médecins, des chirurgiens dentistes, des pharmaciens, voire même créer des œuvres sociales telles que dispensaires, maternités, et consultations pour nourrissons au profit de leurs adhérents».

Le projet de réforme du Code de la Mutualité, en cours de discussion, apporte une restriction au champ d'action des mutuelles dans son chapitre II (*Euvres sociales*), à l'article 144 qui stipule que : « Les mutuelles peuvent créer et gérer des œuvres sociales assurant la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées, à l'exception des établissements assurant des prestations de diagnostic, de soins ou d'hospitalisation et/ou des établissements ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels, dispositifs et appareillages médicaux ainsi que toute œuvre ayant un caractère commercial, lucratif ou relevant d'une profession organisée et/ou régie par une législation spécifique ».

L'offre de soins actuelle, tous secteurs confondus, ne répond pas de manière satisfaisante aux besoins de la population en soins de santé de base, ce qui plaide en faveur du développement et de l'organisation du secteur mutualiste pour l'amélioration de l'accès à ces soins.

²³ Rapport des travaux de la commission consultative du médicament et des produits de santé. Ministère de la Santé, 2013.

1.4 Un secteur privé à but non lucratif mal appréhendé

Le secteur privé à but non lucratif est constitué de cabinets (notamment dentaires) et de cliniques gérés par la CNOPS, la CNSS, des associations ou des fondations. En l'absence de données consolidées concernant ces structures en termes de production, il est difficile de se faire une idée objective du service qu'elles assurent. Il est néanmoins indéniable que ce secteur rend service à un nombre important de citoyens. Partant du fait que l'offre de soins dans notre pays est encore très insuffisante, il importe de souligner l'importance de ce secteur et de favoriser son développement.

Les associations locales et nationales, œuvrant dans le domaine de la santé sont nombreuses, leurs domaines d'intervention et actions sont très divers et variés (diabète, infection à VIH, maladies rares, cancer, sensibilisation, accompagnement psycho-social, formation, éducation, dépistage, soins, consultations, interventions chirurgicales notamment circoncisions, cataractes, etc. Mais leur champ d'intervention territorial est inégalement réparti ; les compétences, les moyens humains et financiers dont elles disposent sont très variables, de même que la qualité de leurs actions. L'INDH a contribué à la création d'un nombre important de projets, notamment la création de *Dar Al Oumouma*, destinées à améliorer les conditions d'accouchements des femmes en milieu rural et à assurer un hébergement avant et après l'accouchement.

En l'absence de données consolidées spécifiques au domaine de la santé, il est actuellement impossible de juger l'impact et l'efficacité globale de ces actions sur l'état de santé de la population, de manière objective. Cependant, les actions des associations sont, de manière générale, appréciées par les populations, qui leur accordent une certaine crédibilité et qui apprécient surtout le fait qu'elles répondent à des besoins divers, non pris en considération par l'Etat (audition de l'Observatoire national de développement humain).

Lors des auditions et des visites de terrain effectuées par le groupe de travail de la Commission permanente des affaires sociales et de la solidarité, il a été constaté que les associations ne sont pas suffisamment impliquées par les pouvoirs publics, en tant que véritables partenaires, dans la mise en œuvre de la politique sanitaire. Pourtant dès 2005, le ministère du Développement social, de la Famille et de la Solidarité recommandait que « les départements concernés par les thématiques peu développées par les associations (santé, environnement, habitat, etc.) sont appelés à mettre en œuvre des stratégies spécifiques pour qualifier et encourager les associations à s'impliquer dans les secteurs en question²⁴».

Toutefois, il faut souligner que certaines associations locales sont au centre d'enjeux politiques ou financiers et sont créées par opportunisme ; certaines manquent totalement de professionnalisme, ce qui tend à discréditer l'action associative et ne favorise pas la pérennité des projets voire des associations elles-mêmes.

Concernant la réadaptation des personnes en situation de handicap, le secteur privé n'assure pas le continuum des prestations correspondantes : il n'existe qu'un faible nombre de cabinets de médecins physiques et de réadaptation, de cabinets de paramédicaux et de sociétés d'appareillage orthopédique. Le secteur mutualiste et les associations contribuent grandement à l'offre de soins dans ce domaine.

²⁴ Etude sur les associations marocaines de développement : diagnostic, analyse et perspectives. Ministère du Développement social, de la Famille et de la Solidarité, 2005.

2. Ressources humaines et soins de santé de base

Le monde fait face à une pénurie chronique de personnel de santé, ce qui constitue un obstacle majeur à la réalisation des objectifs dans ce domaine. Au Maroc, le secteur de la santé connaît une grave pénurie en professionnels de santé, et de grandes disparités dans leur répartition entre régions et au sein d'une même région, entre milieu urbain et rural. Dans son message aux participants de la 2^{ème} Conférence nationale sur la santé, Sa Majesté le Roi Mohammed VI a insisté sur le rôle central des ressources humaines dans le secteur de la santé : « Nous vous invitons à entourer la question des ressources humaines dans ce secteur vital de toute l'attention qu'elle mérite. Il convient de leur assurer une formation de qualité et, par conséquent, de garantir leur mise à niveau et leur adaptation à l'évolution scientifique et technologique intervenue en matière de traitement, de prévention, de gestion et de gouvernance sanitaire, et ce, conformément aux normes internationales. Il est également nécessaire d'assurer des effectifs suffisants dans toutes les spécialités et tous les métiers de la santé pour répondre à la demande croissante en services de santé ».

2.1 Une pénurie en personnel soignant

Le Maroc est l'un des 57 pays souffrant d'une pénurie aiguë en professionnels de santé avec un ratio de 1,86 pour 1 000 habitants. Ce ratio est inférieur au seuil critique de 2,37 personnels pour 1 000 habitants, calculé par l'OMS pour permettre d'assurer une couverture vaccinale de 80% des enfants de moins de deux ans, garantir des accouchements assistés pour 80% des femmes enceintes et assurer une amélioration durable des indicateurs de santé pour l'ensemble de la population.

Le ministère de la Santé estime, dans son plan d'action 2012-2016, que le déficit en médecins est de 6 000 et celui des paramédicaux s'élève à 9 000. Selon une autre estimation, le Maroc a besoin d'environ 15 000 infirmiers supplémentaires pour que le ratio Personnel paramédical par habitant soit optimal²⁵.

La densité du personnel paramédical formé aux soins liés à l'accouchement est inférieure au seuil de 2,28 pour 1 000 habitants, défini comme critique par l'OMS. Ce déficit, s'il n'est pas rattrapé très rapidement, pourrait compromettre l'engagement du Maroc à réduire la mortalité maternelle en deçà de 83 décès pour 100 000 naissances vivantes, qui constitue le cinquième des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Ce déficit est d'autant plus problématique que d'une part, le secteur privé fonctionne aussi avec du personnel soignant du secteur public et que d'autre part, il tend à s'aggraver : lors des dix prochaines années 24% des paramédicaux partiront à la retraite de, ce qui représente environ 7 000 personnes²⁶.

L'évolution des effectifs de médecins a connu une stagnation inquiétante entre 2007 et 2011 et le ratio du nombre de médecins par habitant ne répond pas aux normes préconisées par l'OMS²⁷. Il est de 6,2 médecins pour 10 000 habitants, loin derrière le Liban, la Jordanie, la

²⁵ Etude sur l'équité en santé au Maroc. Ministère de la Santé/INISAN, 2012.

²⁶ Santé-Vision 2020. Ministère de la Santé, 2007.

²⁷ Statistiques mondiales. OMS, 2013.

Tunisie et l'Algérie²⁸. Le nombre de médecins exerçant au sein des établissements de soins de santé de base (ESSB) est d'environ 1 pour 10 000. Les spécialistes représentent quant à eux 57% des médecins du secteur public, ce qui est problématique en matière de stratégie des SSB, dans la mesure où l'acteur principal de cette stratégie est le médecin généraliste.

La pénurie de médecins a amené le gouvernement marocain à lancer *l'Initiative 3 300* médecins à l'horizon 2020 qui va nécessiter le développement de l'offre de formation au niveau des cinq facultés existantes et la création de cinq nouvelles facultés. Par ailleurs une réforme des études de médecine est à l'étude. Les grandes lignes de cette réforme ont été présentées par le Professeur Radouane Mrabet, président de l'Université Mohammed V-Souissi et coordonnateur du réseau des facultés de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire, lors de la 2^{ème} conférence nationale sur la santé, tenue en juillet 2013. Parmi les pistes d'innovation, une réflexion est en cours sur le raccourcissement de la durée des études de médecine, en s'inspirant de ce qui se fait en Amérique du Nord. La réflexion est très avancée en ce qui concerne la réforme de la formation des médecins généralistes.

Les principales causes de la pénurie en personnels de santé sont :

- l'absence d'une vision stratégique cohérente de développement et de gestion des ressources humaines ;
- la capacité insuffisante de formation de médecins et d'infirmiers au regard des besoins du pays ;
- la fermeture d'un grand nombre d'écoles de formation d'infirmiers, à la fin des années 80, comme conséquences des mesures imposées par le Programme d'ajustement structurel imposé par le Fonds monétaire international (FMI). Ces écoles n'ont pu être ré-ouvertes qu'au début des années 2000 ;
- le programme de départ volontaire des fonctionnaires, mis en œuvre par le gouvernement entre 2005 et 2006, à l'occasion duquel un grand nombre de médecins, d'infirmiers et d'enseignants des facultés de médecine ont quitté la fonction publique ;
- l'émigration, notamment vers l'Europe, de médecins et d'infirmiers. Cette émigration ne pourra que s'amplifier en raison des déficits en personnel soignants enregistrés dans un certain nombre de pays particulièrement attractifs. En 2011, le nombre de Marocains travaillant en France dans le domaine de la santé (médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, etc.), était estimé à plus de 5 000. Au 1^{er} janvier 2013, la France compte 1 034 médecins marocains nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre des médecins²⁹.

2.2 De grandes disparités dans la répartition du personnel soignant

A la problématique de la pénurie globale des ressources humaines, s'ajoutent de grandes inégalités territoriales en matière d'offre de soins. Le ratio médecins/habitants va de un médecin pour 1 916 habitants à Casablanca, à un médecin pour 5 378 habitants dans la région Souss-Massa-Draa. Ce ratio est de 1 médecin pour 8 111 habitants en milieu urbain et de 1 pour 11 345 en milieu rural.

²⁸ Rapport sur la santé dans le monde. Travailler ensemble pour la santé. OMS, 2006.

²⁹ Atlas national de la démographie médicale de France. Conseil national de l'Ordre des médecins (France). 2013.

De même, la distribution du personnel paramédical, dont l'effectif s'élève à 30 572, employé à 85% par le secteur public, est très inégale entre les régions : de 0,54‰ dans la région d'El Gharb-Chrarda-Beni Hssen à 1,7‰ dans la région de Laâyoune-Boujdour-Sakia El Hamra.

Le ministère de la Santé prévoit de passer d'un ratio de 1,86 personnel médical et paramédical pour 1 000 habitants à 3 pour 1 000 à l'horizon 2020³⁰.

Recrutement

Chaque année, par manque de postes budgétaires, le ministère de la Santé est amené à organiser des concours de recrutement pour sélectionner parmi les lauréats des formations d'infirmiers et de médecins, alors même que le contexte est celui d'une grande pénurie en personnel de santé. Ainsi, un grand nombre d'infirmiers et un certain nombre de médecins ne sont pas recrutés à l'issue de leur formation.

Entre 1993 et 2007, le ministère de la Santé a exprimé des besoins pour plus de 20 000 postes budgétaires. Seuls 13 356 lui ont été attribués sur cette période, qui a parallèlement enregistré 6 621 départs à la retraite non compensés.

Les diplômes d'infirmiers délivrés par les écoles privées sont contestés et leurs lauréats sont, à ce jour, exclus du recrutement de la fonction publique. Un décret ouvrant la voie à cette possibilité a été publié en 2012, mais il n'est toujours pas appliqué. Actuellement, le ministère de la Santé ne contrôle pas ces écoles dont l'autorisation d'exercer dépend du ministère de l'Emploi. La solution à ce problème pourrait être la mise en place par le ministère de la Santé d'un système d'accréditation des écoles privées, qui seraient ainsi soumises à un cahier des charges précis, garantissant des cursus de formation de niveau équivalent à celui des IFCS, et l'instauration d'un examen national de fin d'études.

Actuellement, le recrutement est centralisé au ministère de la Santé, et se fait donc sans la participation directe des directeurs d'hôpitaux ou des médecins-chefs au processus.

Outre les besoins de recrutement de personnel de santé proprement dit, il existe des besoins en ce qui concerne le personnel administratif au niveau des centres. En effet, les tâches administratives reposent actuellement entièrement sur le personnel soignant qui doit transcrire manuellement des informations dans différents registres ou fiches, destinés à chaque programme et à chaque direction centrale. Ils doivent également établir les commandes de médicaments et de produits médicaux, gérer les stocks et élaborer des plans d'action et des rapports d'activités périodiques.

Si le personnel soignant était assisté dans ces tâches administratives, cela lui permettrait de consacrer plus de temps aux activités de soins, de prévention et d'éducation sanitaire. Il serait possible de confier ces tâches à des cadres intermédiaires que le ministère de la Santé pourrait recruter parmi les lauréats des divers Instituts de techniques appliquées (ITA), qui forment notamment des techniciens en informatique, des agents comptables, des gestionnaires de stocks.

Concernant les pharmaciens, il n'est certes pas envisageable d'en recruter dans chaque centre de santé, mais il serait possible d'en recruter dans ce que nous avons appelé les Centres de santé intégrés, et de les charger de la supervision de la gestion des stocks et des commandes de médicaments des centres de santé dépendant d'un secteur sanitaire.

³⁰ Santé-Vision 2020. Ministère de la Santé, 2007.

Rétention du personnel soignant dans les ESSB du milieu rural

Les visites sur le terrain de membres du groupe de travail ont permis de constater une forte démobilisation chez les médecins généralistes des ESSB, notamment en milieu rural. Ils assurent en effet des soins de santé de base pour lesquels ils n'ont pas toujours été bien préparés, dans un contexte de rareté des moyens de diagnostic et de soins, dans de mauvaises conditions de travail et souvent dans un environnement qui offre peu de perspectives d'épanouissement personnel et familial. Ces difficultés poussent un grand nombre d'entre eux à passer des concours d'accès aux spécialités, afin de pouvoir quitter leur poste et améliorer leur situation matérielle et professionnelle.

Les infirmiers sont globalement dans une situation similaire mais ils sont plus exposés à l'agressivité et aux exigences de plus en plus pressantes des populations qui fréquentent les ESSB.

Par ailleurs les affectations, dont les modalités et critères ne sont pas toujours transparents, sont souvent vécues comme une injustice ou une sanction et sont source de frustration et de démotivation.

L'intégration des médecins dans le système de soins, notamment dans les zones éloignées et enclavées, selon une véritable approche participative fondée sur la négociation, la définition de missions claires limitées dans le temps, ainsi que la mise en œuvre de mesures incitatives, serait sûrement plus productive. A ce propos, l'OMS insiste sur l'importance des incitations financières et surtout professionnelles ; leur impact positif sur la productivité et la réactivité est amplement documenté³¹.

Parmi les obstacles à l'affectation et à la rétention des médecins dans les zones rurales éloignées et enclavées il y a, à tort ou à raison, le sentiment d'injustice et la conviction qu'il est possible d'y échapper en faisant intervenir des relations. Pour essayer de contourner cette difficulté il serait souhaitable d'améliorer et de rendre plus transparents les critères d'affectation, par un système de *scoring*.

2.3 Une formation du personnel soignant devenue inadaptée

Du fait de la transition démographique et épidémiologique, de la mise en place de la couverture médicale de base, la formation actuelle des médecins et notamment celle des généralistes n'est plus adaptée. Les responsables du ministère de la Santé³² et des facultés de médecine³³ sont conscients de la nécessité de valoriser la médecine générale, de redéfinir le rôle du médecin généraliste et de revoir son cursus de formation.

Formation des médecins généralistes et des obstétriciens

La formation des médecins généralistes est assurée en milieu hospitalier, avec un stage d'un mois seulement dans un centre de santé, ce qui ne le prépare pas à l'exercice de la médecine dans les ESSB. Cette inadéquation entre la formation de base et la pratique rejaillit sur les compétences et contribue à une identité professionnelle mal définie. Ainsi, la médecine

³¹ G Dassault. Le développement des ressources humaines en santé, défis et expériences internationales. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.

³² Forum national sur les soins de santé primaires. Ministère de la Santé, OMS. Rabat, 2009.

³³ R Mrabet. Réforme des études médicales et défi de la démographie. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.

générale est souvent « définie par défaut, comme une médecine non spécialisée, ce qui engendre de grandes frustrations professionnelles pour bon nombre de praticiens généralistes. La *World Organization of Family Doctors* (Wonca) a ressuscité le concept de médecin de famille et a individualisé la médecine générale et/ou médecine de famille comme une discipline scientifique et universitaire à part entière » (audition par le CESE du président du Syndicat national de médecine générale).

Les possibilités de carrière en médecine générale font défaut dans le secteur public, la seule possibilité de promotion étant la spécialisation.

Alors que le système de santé au Maroc a un énorme besoin de médecins généralistes, « aucun étudiant (ou presque) ne veut être généraliste, plusieurs généralistes souhaiteraient être spécialistes ». Les raisons invoquées sont notamment : la perception négative des soins de santé de base ; la non-reconnaissance de la médecine générale comme discipline spécifique ; la rémunération et le statut peu motivant ; l'absence de « niche » universitaire pour la médecine générale, la médecine de famille et communautaire. L'accès limité aux médicaments et aux plateaux techniques des centres de santé procèdent également de la démotivation des médecins généralistes à y œuvrer³⁴.

Le public marocain n'est pas informé du rôle du médecin généraliste dans la filière de soins. De ce fait, la multiplication des consultations chez les spécialistes coûte très cher à la CNOPS. D'après les statistiques présentées par le directeur de cet organisme, la CNOPS a remboursé 579 129 consultations auprès de généralistes du secteur privé, et 1 226 877 auprès de spécialistes (données de 2012). Ces chiffres révèlent l'importance, dans une optique de rationalisation, d'organiser des campagnes d'information publique sur le rôle des médecins généralistes. A cet égard, par souci d'économie, la France a imposé aux adhérents de la sécurité sociale un passage obligé par le médecin traitant (généraliste) pour accéder au système de soins.

Dans le cadre du travail en cours sur la réforme des études médicales, la réflexion est très avancée sur la réforme de la formation des médecins généralistes.

En raison de l'effectif insuffisant des médecins gynéco-obstétriciens et afin de contribuer à l'accélération de la réduction du taux de mortalité maternelle et néo-natale, il serait judicieux de créer la spécialité de *médecins obstétriciens*, formés en deux à trois ans. Certains pays d'Amérique Latine, de même que l'Indonésie, ont mis en œuvre une réforme de cette nature, ce qui leur a permis de réduire le taux de mortalité maternelle et néo-natale de façon considérable. La formation des gynécologues-obstétriciens continuerait quant à elle à se faire en cinq ans.

Pour cela, il conviendrait d'institutionnaliser cette spécialité à court terme, avant d'engager une réforme de la formation médicale à moyen terme, afin de répondre aux nouveaux besoins liés à la double transition épidémiologique et démographique.

Formation du personnel paramédical

La récente réforme de la formation du personnel paramédical prévoit la mise en place du système Licence-Master-Doctorat (LMD) avec une équivalence académique des diplômes

³⁴ La valorisation de la médecine générale : nécessité d'une stratégie à plusieurs volets ! Forum National sur les Soins de Santé Primaires. B. Millette. Ministère de la Santé, OMS, Rabat, 2009.

délivrés, et envisage l'instauration de passerelles avec l'université et particulièrement avec les facultés de médecine. Il sera possible pour les titulaires d'un *Master en sciences infirmières* de passer un concours permettant d'intégrer une faculté de médecine pour préparer un *Doctorat en sciences de la vie et de la santé*.

L'élargissement du rôle des infirmiers, comme c'est le cas dans de nombreux pays occidentaux et du Sud, permettra de mieux répondre aux besoins des populations, particulièrement en milieu rural. Cela permettra aussi de valoriser la profession, à condition que leur formation les prépare à ce rôle.

Par ailleurs, l'infirmier devrait continuer à être le premier recours dans le monde rural éloigné, moyennant une formation adéquate et adaptée. Dans son rapport 2013 sur la santé dans le monde, l'OMS préconise de confier, à chaque fois que cela est possible, certaines tâches à des soignants moins qualifiés pour faire face aux pénuries de personnel³⁵. C'est en effet grâce aux infirmiers itinérants qui ont été la cheville ouvrière du programme *Visites à domicile de motivation systématique* (VDMS) que le Maroc a pu améliorer bon nombre d'indicateurs de santé et éradiquer un certain nombre de pathologies. L'effectif des infirmiers à former devra tenir compte également de la demande croissante du secteur libéral.

En matière de rééducation et de réadaptation des personnes en situation de handicap, les ressources humaines sont très rares. Les médecins de médecine physique et de réadaptation exerçant dans le secteur public se comptent sur les doigts d'une main, et ce domaine souffre également d'une pénurie importante de paramédicaux spécialisés.

La formation continue est une nécessité pour toutes les catégories de personnel de santé

La formation continue n'est pas institutionnalisée ; elle n'est pas obligatoire et ne touche pas toutes les catégories de personnel. Elle devrait se fonder sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) afin d'éviter de longues absences du lieu de travail, d'en optimiser les coûts et l'impact, et de bénéficier à un nombre plus important de personnels.

La formation d'administrateurs des établissements de soins

L'Institut national de l'administration sanitaire (INAS), chargé de la formation des cadres du ministère de la Santé, vient d'être érigé en *Ecole nationale de santé publique*³⁶ (ENSP), par le décret n° 2.12.904 du 8 avril 2013. L'école est ouverte à des étudiants provenant de filières médicales et non médicales. Parmi les formations qui seront délivrées, figure une spécialité en santé publique et en management de santé avec plusieurs filières dont une consacrée à la Santé de la famille et la santé communautaire, qui pourrait concerner les SSB. Cependant les promotions de cet établissement n'excéderont pas vingt lauréats par an.

³⁵ Rapport sur la santé dans le monde. La recherche pour la couverture sanitaire universelle. OMS, 2013.

³⁶ L'ENSP a été créée par le décret n° 2.12.904 du 8 avril 2013 qui stipule qu'il s'agit d'une institution de l'Enseignement Supérieur, mise sous la tutelle du ministère de la Santé, chargée de la formation de base et continue, ainsi que de la recherche, ouverte aux fonctionnaires des administrations publiques et des collectivités locales, aux agents des institutions publiques, semi-publiques et privées, nationales et étrangères.

3. Gouvernance

3.1 Un système de santé centralisé à l'excès

L'organisation actuelle du ministère de la Santé reste caractérisée par un centralisme excessif et un faible développement des services périphériques, dont les limites en termes d'efficacité avaient déjà été relevées en 2002³⁷. Des efforts de déconcentration ont été faits, avec la création de directions régionales du ministère de la Santé. Leurs missions ont été définies par l'arrêté ministériel n°363.11 du 6 mai 2011, mais de manière insuffisamment précise en ce qui concerne les prérogatives et pouvoirs réels des directeurs régionaux, notamment en termes de gestion des ressources humaines. Selon les termes de l'arrêté, le directeur régional a surtout un rôle de coordination et de planification stratégique.

Par ailleurs, la création des directions régionales de la Santé n'a pas été accompagnée par un transfert suffisant de moyens et de compétences. Ainsi, dans les faits, la région sanitaire apparaît comme un palier supplémentaire et même parfois un goulot d'étranglement entre le niveau provincial et le niveau central à qui revient de prendre toutes les décisions. Dans cette organisation, le niveau provincial continue de fonctionner comme par le passé et ne bénéficie pas des mécanismes de déconcentration censés rapprocher le niveau de décision des populations et des professionnels de santé.

Il semble que le ministère de la Santé a préféré le *statu quo*, en attendant la généralisation de la régionalisation à l'ensemble des services déconcentrés et que la région sanitaire soit elle-même institutionnalisée pour entamer cette restructuration³⁸.

Lors de la visite de membres du groupe de travail à la région Al Hoceïma-Taza-Taounate, le Wali de la région a déploré l'absence de décentralisation dans le fonctionnement du ministère de la Santé : « Nous devons nous référer au niveau central pour la moindre décision, et c'est un fonctionnaire sans aucune notion de la réalité locale qui décidera pour nous. Ce n'est pas le cas avec le ministère de l'Éducation ». En matière de planification et d'organisation de l'offre de soins, le Wali juge nécessaire l'établissement d'« une carte régionale avec un contrat programme quinquennal, tenant compte des potentialités de la région et de ses besoins, en impliquant la communauté car c'est la base, il faut commencer par elle, il faut qu'elle s'exprime ».

Les ressources humaines et leur gestion constituent le pilier principal de la politique de santé. Dans son rapport intitulé *La gestion et le développement des compétences humaines : levier fondamental de réussite de la régionalisation avancée*, le CESE recommandait, parmi d'autres recommandations, de procéder à la déconcentration au niveau régional des actes de gestion des personnels déconcentrés. En matière de santé, la déconcentration de la gestion des ressources humaines devrait être poussée au niveau provincial.

³⁷ Audit technique de l'organisation du ministère de la Santé dans la perspective de la mise en place des structures régionales de la santé. Ministère de la Santé, 2002.

³⁸ Revue du développement de la stratégie des soins de santé primaires et de l'objectif « Santé Pour Tous d'ici l'an 2000 » au Maroc. M. Laaziri. OMS, 2007.

On peut donc considérer que les efforts et le rythme de la déconcentration sont encore insatisfaisants. La mise en œuvre d'une régionalisation effective et d'une déconcentration plus poussée vers le niveau provincial aurait l'avantage de :

- donner le pouvoir décisionnel aux acteurs locaux et permettre de répondre de manière plus efficace et rapide aux attentes et aux besoins de la population en matière de santé ;
- améliorer l'intégration et la complémentarité des secteurs public et privé ;
- améliorer l'organisation de la filière de soins des ESSB ;
- accélérer le développement des capacités et compétences des services extérieurs déconcentrés qui seraient alors véritablement responsables de leurs décisions ;
- permettre le renforcement de la collaboration intersectorielle qui constitue un mécanisme incontournable pour agir efficacement sur les déterminants socio-économiques de la santé.

3.2 Une collaboration intersectorielle limitée

Pour la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, réduire les inégalités en santé est un impératif éthique qui exige que les politiques et programmes englobent tous les grands secteurs sans s'en tenir au seul secteur de la santé. Le ministère de la Santé doit néanmoins jouer un rôle crucial dans l'amélioration constante du niveau de santé du pays. Cela nécessite un secteur public puissant, le renforcement de la gouvernance, un secteur privé responsable, le soutien de la société civile et de tous les membres de la société pour défendre l'intérêt commun et réinvestir dans l'action collective³⁹.

Les interventions sectorielles sur les déterminants de la santé

Les acteurs publics intervenant directement ou indirectement dans le domaine de la santé sont nombreux :

- le ministère de la Santé, autorité publique en charge du secteur (tutelle) et acteur principal dans le système de santé ;
- d'autres départements ministériels, et notamment les ministères de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur, de l'Intérieur, de l'Equipement et du Transport, de la Jeunesse et des Sports, de la Justice, de l'Agriculture, de l'Emploi, de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social ;
- les collectivités locales : conseils des régions, conseils des préfectures/provinces, conseils des communes.

Les rôles respectifs de ces différents acteurs en ce qui concerne les déterminants de la santé ne sont pas toujours clairement définis et peuvent entraîner des chevauchements dans leurs interventions. Plusieurs expériences de collaboration intersectorielle ont été initiées par le ministère de la Santé dans différents domaines et notamment dans la mise en œuvre de programmes de santé publique tels que des campagnes de vaccination, la santé scolaire, des programmes de promotion de la santé. Des conventions de partenariat

³⁹ Rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. OMS, 2008.

sont ainsi régulièrement signées avec les différents ministères. Cependant, les résultats de ces partenariats sont peu probants, les engagements n'étant pas toujours respectés en raison du manque de coordination et de la divergence des priorités de chaque partenaire. Les partenariats conclus ne font pas l'objet d'un suivi-évaluation régulier et rigoureux, et leur impact n'est pas mesuré⁴⁰.

Les premières Assises de la gouvernance, organisées en février 2013 par le ministère des Affaires Générales et de la Gouvernance, ont mis en évidence la problématique de la multitude de stratégies sectorielles verticales mises en place sans vision harmonisée, sans mécanismes de coordination et d'évaluation de leur efficacité, de leur complémentarité et de leur synergie. Il a été admis au cours de ces Assises que la décentralisation et la déconcentration insuffisantes limitent les attributions et la capacité d'intégration et d'implication dans les affaires locales des services déconcentrés des différents ministères.

Les Assises ont recommandé l'adoption d'une approche territoriale, avec la participation des acteurs locaux dans la préparation des stratégies et programmes de développement local pour garantir la synergie des interventions sectorielles et améliorer l'accès aux services sociaux de base, à l'éducation et aux SSB.

Le rapport des Assises a mis l'accent sur la nécessité de créer une instance horizontale, dépendant directement du Chef du Gouvernement, qui veillerait à la coordination et la synergie des stratégies sectorielles, de leur élaboration à leur évaluation. Cette instance devrait être constituée de représentants des différents départements publics, du secteur privé et de la société civile et travailler avec des groupes thématiques.

3.3 L'approche communautaire : une expérience modeste, mais à développer

La *santé communautaire* a pour principales caractéristiques :

- une base collective constituée d'un ensemble d'habitants ou d'un groupe de personnes, réunis autour d'un problème, une situation ou un objectif commun, et dans la perspective d'une ou de plusieurs action(s) à construire ;
- un repérage collectif des problèmes, des besoins et des ressources, qui constitue le *diagnostic communautaire* ;
- la participation ouverte à tous les acteurs concernés : usagers, professionnels de champs divers, administratifs, politiques, etc. La participation suppose l'implication de la population dans l'identification de ce qui fait problème, le partenariat et le partage de savoirs et de pouvoirs⁴¹.

Les limites des systèmes de santé et leur incapacité à répondre à tous les besoins de la population font que le concept de santé communautaire s'impose même dans les pays riches⁴².

⁴⁰ Rapport des premières assises de la gouvernance et de la synergie des stratégies et des programmes sectoriels. Ministère des Affaires Générales et de la Gouvernance, 2013.

⁴¹ Au sujet de la santé communautaire. Institut Théophraste Renaudot, 2003.

⁴² Proposition d'un modèle de santé communautaire au Maroc. Ministère de la Santé/UNICEF, 2011.

Les approches communautaires en santé

Que ce soit au regard de la santé ou du développement, l'approche de santé communautaire sous-tend le droit à la participation et le devoir d'implication des individus et des communautés dans la mise en place des conditions à même d'améliorer leur santé et leurs conditions de vie. Cette approche est susceptible d'amener les communautés à : mieux comprendre et donc mieux contrôler les déterminants sur lesquels il est possible d'agir afin d'améliorer leur santé⁴³ ; contribuer à combler les insuffisances en matière de prestations au sein de la communauté ; et à s'approprier les programmes de santé. En matière de prévention et de promotion de la santé par exemple, il est recommandé de « favoriser la participation active de tous les acteurs concernés, non seulement les professionnels, mais aussi la population. Cette participation peut intervenir à différents niveaux : l'information, l'éducation, la formation, l'expression des acteurs quant à leurs besoins, leurs problèmes, leurs aspirations, l'implication des acteurs dans le choix des stratégies, la mise en œuvre des actions et l'évaluation de celles-ci »⁴⁴.

Deux initiatives importantes d'approche communautaire méritent d'être citées. Le programme des *Besoins essentiels de développement* (BED) qui a été introduit au Maroc par l'OMS en 1996 puis étendu à 27 sites, et l'Initiative nationale pour le développement humain (INDH) lancée en mai 2005 par S.M. le Roi Mohammed VI. Les deux programmes, qui concordent au niveau de leur philosophie et de leur méthodologie, diffèrent sensiblement en ce qui concerne leur ciblage, leurs champs d'action, leur organisation et leurs moyens. Pour l'OMS, l'avènement de l'INDH constitue une opportunité pour le développement et l'extension de l'approche communautaire du BED qui met la santé au cœur du développement humain. A ce titre et conformément aux recommandations de l'OMS, il a été proposé d'intégrer le BED dans la dynamique et dans les structures organisationnelles de l'INDH, et notamment au sein des comités locaux de développement humain (CLDH) des sites communs aux deux programmes⁴⁵. Ces programmes ont permis des avancées certaines mais restent confrontés aux difficultés inhérentes à la mise en place d'une approche participative effective et efficace qui requiert notamment des compétences humaines, des moyens, de la convergence, de la coordination, mais aussi une plus grande déconcentration et décentralisation des services extérieurs⁴⁶. Il n'en demeure pas moins que les acquis de ces programmes doivent être consolidés et que l'Etat doit tout mettre en œuvre pour placer l'approche communautaire au centre de sa politique nationale de développement humain et de sa politique nationale de santé.

La réadaptation à base communautaire, initiée par l'OMS suite à la Déclaration de Alma-Ata en 1978, est une stratégie qui vise à améliorer l'accès des personnes handicapées aux services de réadaptation dans les pays à revenu faible et moyen⁴⁷. Elle a été introduite au Maroc en 1996. Cependant sa couverture géographique reste très restreinte, dans la mesure où elle reste limitée à cinq villes, et sa contribution à la promotion de la santé de base est restée très marginale.

⁴³ A model on delivering PHC services within communities. OMS, 2009.

⁴⁴ Décret du 14 juillet 1997 qui organise la promotion de la santé dans la communauté française de Belgique.

⁴⁵ L'approche des besoins essentiels de développement : une approche communautaire pour mettre l'INDH au service de l'amélioration de la santé. Ministère de la Santé/OMS, 2007.

⁴⁶ Initiative nationale pour le développement humain : analyse et recommandations. CESE, 2013.

⁴⁷ Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation. OMS, Geneva, 1981.

3.4 Le partenariat public-privé : un mécanisme à renforcer

Le partenariat public-privé (PPP) est un contrat passé entre un partenaire du secteur public et un partenaire du secteur privé ayant pour objet la mise en place ou la gestion d'un projet visant à assurer un service public dans lequel la prise de risques et le financement sont partagés.

Ainsi, le PPP peut permettre au secteur public de solliciter le savoir-faire dont il ne dispose pas pour optimiser le cycle de ses projets et atteindre plus rapidement ses objectifs. L'autorité publique est responsable de l'élaboration du cahier des charges, de l'adjudication et de la gestion du contrat, le secteur privé est responsable des engagements et de l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre du contrat.

La contractualisation peut s'appliquer à des domaines variés et faire intervenir des acteurs ayant des statuts différents : associations, mutuelles, médecins, infirmiers, cabinets de groupe, fournisseurs, etc. Elle peut revêtir une forme simple (contrats types en général) ou complexe (convention cadre). En matière de soins de santé de base, la contractualisation pourrait s'appliquer au transport des malades et à l'évacuation sanitaire, ainsi qu'à l'achat de prestations (examens radiologiques et biologiques, actes de diagnostic, consultations) pour peu que soit mis en place un cadre réglementaire permettant au délégué provincial d'acheter et de payer des prestations au secteur privé pour les besoins des ESSB, selon différentes modalités : temps plein, temps partiel, *freelance*, contrats à durée déterminée ou indéterminée, paiement forfaitaire, sur une base horaire ou en fonction des actes effectués.

Cependant, quelles que soient les modalités de cette contractualisation, elle ne peut en aucun cas être envisagée sans une régulation de l'État et la mise en place d'un système de contrôle, pour éviter le risque de dérives de ce dispositif. Cette contractualisation doit s'inscrire dans une stratégie de santé (nationale ou régionale) précise, définissant des objectifs clairs. Par ailleurs l'État doit avoir la capacité et des disposer des moyens nécessaires au suivi et à l'évaluation régulière, et au plus près, de l'exécution des contrats.

Un projet de loi relatif aux *Contrats de partenariat public-privé*, proposé par le ministère de l'Économie et des Finances, est en cours d'étude au niveau du parlement. Il a pour objectif de fournir l'assise juridique qui permettra de concilier entre la nécessité de répondre, dans les meilleurs délais, aux attentes croissantes en services publics performants et les contraintes pesant sur les ressources budgétaires. Le recours à ces contrats permettrait de bénéficier des capacités d'innovation et de financement du secteur privé et de garantir contractuellement l'effectivité des services. Selon les termes de ce projet de loi, le développement du partenariat public-privé permettra de renforcer, sous la responsabilité de l'autorité publique :

- la fourniture de services et d'infrastructures économiques et sociales de qualité et à moindre coût ;
- le partage des risques y afférents avec le secteur privé ;
- le développement au sein des administrations publiques de nouveaux modes de gouvernance des services publics sur la base de la performance, aussi bien au plan local que national ;
- l'institution de l'obligation de contrôler et d'auditer les conditions et modalités de préparation et d'attribution des contrats de partenariats ainsi que leur exécution.

La stratégie du ministère de la Santé 2008-2012⁴⁸ a accordé une place importante aux PPP mais les résultats sont modestes, hormis en ce qui concerne l'externalisation des services généraux et logistiques (sécurité, nettoyage, alimentation) qui ne touche pas le cœur du métier. En effet, dans le domaine de l'achat de service, un seul exemple peut être cité, celui de l'hémodialyse qui a permis de prendre en charge plus de mille malades⁴⁹. Récemment, des conventions de partenariat ont été signées avec l'Association des pneumo-phtisiologues du secteur libéral et avec le Syndicat national de médecine générale.

La stratégie sectorielle de santé 2012-2016 consacre deux actions à la question des PPP :

- l'action 167 qui consiste à renforcer le partenariat avec le privé dans le domaine des prestations sanitaires : définition d'un cadre de collaboration entre le ministère de la Santé et les associations agissant dans le domaine de la santé ; élaboration d'un texte réglementaire pour l'encadrement de la pratique médicale dans les établissements publics de santé et ce, pour pallier à la grande pénurie des ressources humaines ;
- l'action 168 qui vise à développer de nouvelles formes de PPP notamment dans le domaine des investissements sanitaires : développement d'initiatives de financement privé au profit des hôpitaux publics ; poursuite des négociations sur la loi 10-94 dans la perspective du renforcement du PPP.

La contractualisation et le PPP ne sont certes ni une panacée ni une fin en soi. Ils sont néanmoins des outils susceptibles de contribuer fortement à l'amélioration de l'offre de soins de santé de base.

3.5 Une corruption « banalisée »

Selon le baromètre mondial de la corruption, le secteur de la santé figure parmi les secteurs les plus touchés par ce fléau au Maroc. Il occupe le deuxième rang en nombre de plaintes avec 17% du nombre total, après les autorités locales et régionales⁵⁰. Une étude menée par le CESE, en août et septembre 2012, révèle que la santé ne compte que 37% d'opinions *plutôt positives* ou *très positives*, se plaçant ainsi loin derrière les autres administrations, à l'exception de l'Urbanisme, l'Habitat et la Justice⁵¹.

Toutes ces études s'accordent à dire que la corruption dans le domaine de la santé est répandue, qu'elle est plus fréquemment observée dans les hôpitaux et centres de santé publics que dans les cliniques privées et qu'elle est devenue un comportement habituel et généralisé, voire banalisé.

Selon une étude de l'Instance Centrale de Prévention de la Corruption (ICPC), la corruption dans le domaine de la santé revêt la forme de pots-de-vin, de favoritisme ou d'avantages en nature. Les pots-de-vin et les petits pourboires en sont la manifestation la plus observée dans les établissements de soins. Au niveau des centres de santé dans le milieu rural, les cadeaux en nature constituent une forme de corruption relativement répandue.

⁴⁸ Plan d'action 2008-2012. Ministère de la Santé, 2008.

⁴⁹ Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc. Etudes de cas. ONDH, 2010.

⁵⁰ Rapport annuel des activités du centre d'appui juridique contre la corruption. Transparency Maroc, 2012.

⁵¹ La gouvernance des services publics. CESE, 2013.

Selon le témoignage d'un médecin généraliste d'un hôpital provincial de Tanger : « dans le monde rural, le personnel de santé doit être disponible 24 heures sur 24, pour la population du douar. Les cadeaux offerts par celle-ci sont considérés comme une gratification pour les efforts fournis. Du fait de la situation «pitoyable» du personnel de santé, les gratifications sont aussi considérées comme une motivation pour fidéliser et pérenniser le dévouement dont fait preuve ce personnel ».

La corruption est un phénomène qui touche l'ensemble des dispositifs de prise en charge des patients selon des degrés variables : l'admission à 53%, les médicaments à 42%, les certificats à 41%, les consultations à 35% et le sang à 37%. Elle est plus concentrée dans les grandes agglomérations et dans les hôpitaux. A titre d'illustration, pour les médicaments, elle est de 35% dans un centre de santé et de 46% à l'hôpital ; pour les consultations elle est de 29% dans un centre de santé et de 41% à l'hôpital.

Du point de vue des patients, les expériences de corruption vécues mettent en jeu en premier lieu les infirmiers (63%), suivis par les médecins (16%) et les agents de sécurité (8%). Les professionnels de santé (médecins et infirmiers) affirment que les individus concernés par ces pratiques constituent une minorité par rapport à l'effectif global. Comme le rapporte l'étude de l'ICPC, certains personnels de santé estiment que « face à la pénurie en ressources humaines, les usagers n'hésitent pas à [les] accuser de relâchement et de laxisme. L'indisponibilité du personnel de santé est interprétée dans certains cas comme une incitation à la corruption »⁵².

Mesures de lutte contre la corruption mises en place par le ministère de la Santé et appréciation de leur impact

Conscient de l'ampleur du phénomène, le ministère de la Santé a pris un engagement fort en matière de prévention et de lutte contre la corruption au sein des établissements de santé, à travers son plan d'actions de l'année 2008. Les axes principaux de ce plan étaient le renforcement des actions d'information et de transparence ainsi que la vulgarisation de l'accès à l'information (cf. encadré ci-dessous). Le suivi et l'évaluation des actions ont été confiés à une *commission de la moralisation, la transparence et la gouvernance du secteur de la santé*, créée à cet effet. Mais, les syndicats du personnel de la santé n'ont pas été associés aux travaux de cette commission et les mesures mises en place n'ont pas été évaluées.

Lors de son audition par le CESE, le président de l'ICPC a considéré que ce plan d'action comportait des faiblesses en matière de planification stratégique globale, et y a relevé les insuffisances suivantes :

- insuffisance des mécanismes et des outils de contrôle pour le suivi des activités opérationnelles de gestion des pharmacies au niveau des établissements de soins et des délégations de la santé ; de gestion des laboratoires publics ; du suivi des opérations de transfusion sanguine ;
- absence de synergie entre les établissements de soins et les organes de coordination et d'encadrement dépendant du ministère de la Santé ;
- insuffisance des moyens humains, techniques et financiers, pour assurer le suivi et le bon usage des équipements, des consommables, des réactifs et du sort des médicaments distribués au niveau des établissements de soins ;

⁵² Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la santé. ICPC, 2011.

- absence d'évaluation de la performance des ressources humaines et des services qui pourraient jouer un rôle capital dans la lutte contre la corruption dans le secteur ; la commission de la « moralisation, la transparence et la gouvernance de la santé » ne se réunit pas et ne joue pas pleinement son rôle.

Une convention de partenariat a été signée entre le ministère de la Santé et l'ICPC, le 27 juillet 2011. Dans cette convention le ministère de la Santé s'engage à s'approprier les résultats de l'étude, à intégrer les mesures jugées pertinentes dans sa stratégie globale, à adopter la stratégie proposée, après adaptation, en tant que stratégie officielle du secteur pour la prévention et la lutte contre la corruption. La déclinaison opérationnelle de cette stratégie est décrite dans un plan d'action détaillé. Les 55 projets proposés, programmés sur une période de 5 ans, ont fait l'objet de fiches projets détaillées, avec des objectifs spécifiques et mesurables.

La Feuille de route de l'ICPC pour la prévention et la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé fait les recommandations suivantes :

- ancrage des valeurs de citoyenneté ;
- gain de la confiance envers les services de la santé ;
- évolution de la gestion des ressources humaines dans les institutions ;
- adaptation de l'environnement de travail ;
- optimisation de la gestion des équipements et des fournitures ;
- gestion et pilotage des activités (performance par les objectifs, indicateurs de performance) ;
- mise en place des fondamentaux (contrôle, réglementation, suivi et contrôle...).

Troisième partie : Appréciation de l'accès aux soins de santé de base

L'accès aux SSB est déterminé par de nombreux facteurs de natures diverses, tels que la distance, la géographie, l'éducation, le niveau socio-économique et culturel, le genre, le lieu de résidence. Il est surtout conditionné par la couverture médicale.

Le rôle du réseau d'ESSB est capital dans la stratégie sectorielle du ministère de la Santé : il constitue le point d'entrée du système de soins, et est l'instrument de prévention, de référence et de surveillance épidémiologique.

1. L'accessibilité du réseau des établissements de soins de santé de base

1.1 De fortes disparités et une certaine inadaptabilité

L'analyse des ratios du nombre d'ESSB par habitant montre d'assez fortes disparités régionales avec des ratios allant du simple au quintuple. Neuf régions sur seize ont un ratio ESSB par habitant inférieur à la moyenne nationale⁵³.

Les disparités de la disponibilité des ESSB entre les régions, à l'intérieur des régions et entre le milieu urbain et rural s'expliquent principalement par cinq facteurs :

- une planification centralisée des ESSB, déconnectée du développement territorial global ;
- l'absence de mise en œuvre d'une carte sanitaire et de schémas régionaux d'offre de soins, faute de textes d'application, alors qu'ils constituent les outils de base de toute planification sanitaire, et qu'ils sont prévus par la loi-cadre 34-09, promulguée en 2011, relative au système de santé et à l'offre de soins ;
- le mode d'habitation rural, caractérisé par un modèle d'habitat très dispersé et variable en fonction de la situation géographique (montagne, plaine, désert) ;
- la construction par des élus, des donateurs ou des associations, d'ESSB sans aucune concertation avec le ministère de la Santé, ce qui interdit bien souvent leur mise en service ;
- l'inadaptation des services au mode de vie local qui constitue également une forme d'indisponibilité : les horaires de travail dans les centres de santé sont souvent inadaptés aux conditions et au rythme de vie de la population en milieu rural.

⁵³ Etude sur l'équité en santé au Maroc. Ministère de la santé/INISAN, 2012.

Concernant ce dernier point, on constate en effet qu'en milieu rural, la population se lève très tôt et cherche à consulter avant d'aller aux champs. Dans plusieurs communes rurales la population ne fréquente les ESSB que les jours des souks. Un médecin qui travaille dans une commune rurale de la région de Sous-Massa-Draa a déclaré au groupe de travail qu'il a décidé de travailler le samedi pour s'adapter aux habitudes de la population et l'encourager à utiliser le centre de santé.

1.2 L'accessibilité géographique : la pénalisation de l'enclavement en milieu rural

La question de l'accessibilité géographique est une problématique qui affecte essentiellement le monde rural, et en particulier les zones montagneuses et désertiques, et les rend tributaire d'autres déterminants tels que les infrastructures routières et les conditions météorologiques. L'accessibilité aux soins de santé de base demeure ainsi très difficile pour près de 24% de la population résidant à plus de 10 km du premier ESSB, ce qui représente souvent plusieurs heures de marche ou de transport à dos de mulet pour accéder à une structure de soins (audition du ministre de la Santé). Tous ces obstacles font que certaines populations ne recourent aux soins qu'en cas d'urgence.

En l'absence d'une vision globale de l'aménagement du territoire en milieu rural et en l'absence d'une régulation de l'urbanisation anarchique de certains villages, l'école comme le centre de santé risquent de demeurer inaccessibles pour une bonne partie de la population rurale.

La couverture et la productivité de la stratégie de l'itinérance et des équipes mobiles, adoptée comme moyen de compenser les difficultés d'accès géographique aux établissements de soins, s'érodent progressivement. Le Rapport du Cinquantenaire émettait des réserves quant à l'efficacité de cette stratégie : « les performances de ce mode mobile en terme de couverture et de contribution à l'offre de soins sont faibles, si bien que l'on peut dire qu'une partie de la population rurale n'a que très peu accès aux soins. Cette situation est due essentiellement à la diminution du nombre d'infirmiers, (...) à l'insuffisance des moyens de déplacements, aux conditions de travail dans les localités et à des dysfonctionnements dans l'organisation et la gestion ».

A la contrainte de l'éloignement s'ajoute les problèmes de transport. Ainsi, par exemple, pour les parturientes, des ambulances sont théoriquement prévues. Cependant, le groupe de travail de la Commission a pu constater lors des visites sur le terrain et lors des réunions avec les professionnels de santé exerçant en milieu rural, que les ambulances mises à disposition par le ministère de la Santé à cet effet peuvent être immobilisées pendant des mois, à la suite de problèmes techniques.

Le major d'un centre de santé avec unité d'accouchement a ainsi rapporté au groupe de travail que « l'ambulance de la santé est immobilisée depuis 2 mois suite à un accident. Pour les petites pannes, on se débrouille, mais pour des réparations importantes, c'est de la responsabilité de la délégation provinciale. Il y a aussi un manque de mazout. Quand l'administration tarde à payer la station d'essence, le gérant refuse de livrer ».

Le recours aux ambulances des communes ne constitue pas une solution acceptable : retard préjudiciable pour la vie de la mère et de l'enfant en raison du temps nécessaire à l'obtention de l'ordre de mission, ou de la non disponibilité du chauffeur. De leur côté, les présidents

de communes se plaignent qu'en mettant l'ambulance à disposition du centre de santé, l'exception devient la règle. La solution d'une délégation du transport des femmes enceintes et des malades en général, à de petites entreprises privées, pourrait constituer une solution. Cela s'est déjà fait et mériterait d'être évalué et étendu si cela s'avère efficace.

Les *Dar Al Oumouma* (DAO), structures d'accueil permettant aux parturientes d'être hébergées quelques jours avant et après l'accouchement, à proximité du Centre de santé avec module d'accouchement (CSMA), n'ont pas résolu le problème de l'éloignement et sont surtout utilisées par les femmes qui habitent à proximité de la DAO⁵⁴.

1.3 L'accessibilité physique : une loi non appliquée

La grande majorité des ESSB ne sont pas accessibles aux personnes à mobilité réduite, aux non-voyants, aux personnes avec des déficiences intellectuelles. Les lois sur les accessibilités sont restées lettre morte et ont besoin d'être réformées et appliquées.

1.4 L'accessibilité socioculturelle : le handicap de l'analphabétisme

Les contraintes socio-culturelles à l'accès aux soins, particulièrement présentes en milieu rural, sont liées à l'analphabétisme, à certaines pratiques traditionnelles, et au statut de la femme. Ainsi, par exemple, des hommes refusent que leur épouse soit soignée par un médecin (ou infirmier) homme.

La population vivant en milieu rural est davantage concernée par l'analphabétisme. Or, il existe un lien fort entre analphabétisme et santé comme le montre l'influence du niveau d'instruction sur la mortalité infanto-juvénile et maternelle.

En milieu rural, les femmes peuvent être privées de toute autonomie de décision concernant leur propre santé. Lors d'une visite à la *Dar Al Oumouma* d'une petite localité de la région Souss-Massa-Draa, certains membres du groupe de travail ont demandé à une jeune femme qui venait d'y être admise, ce qui l'avait décidé à venir accoucher dans une maternité. Elle a répondu qu'il fallait poser la question à sa belle-mère, parce que c'est elle qui en avait décidé ainsi.

Les résultats d'une enquête réalisée au Maroc en 2006 (portant sur les personnes de plus de 60 ans) montrent une forte corrélation entre l'état de santé tel qu'il est perçu par l'enquêté et le niveau d'instruction de ce dernier. Parmi les personnes interrogées n'ayant aucun niveau d'instruction, un tiers se considère comme en moins bonne santé que les personnes de leur âge ; ce sentiment n'est partagé que par 11,4 % des personnes ayant un niveau secondaire ou plus⁵⁵.

1.5 Une qualité des soins perçue comme insuffisante

Il ne suffit pas que les soins de santé de base soient disponibles et accessibles, encore faut-il qu'ils soient acceptables pour les catégories de populations auxquelles ils sont destinés⁵⁶. Les services de santé de base doivent pour cela fournir des prestations dont la qualité est en adéquation avec les attentes et besoins des patients.

⁵⁴ Déclaration de la représentante du FNUAP au Maroc.

⁵⁵ M Sajoux. Démographie, vulnérabilité socioéconomique et santé, in *Éléments de comparaison entre milieu rural et milieu urbain au Maroc. Santé et vulnérabilités au Maroc*. IRD, 2010.

⁵⁶ Droits de l'Homme et Santé. OMS, 2008.

La notion de qualité est relative dans le temps et évolutive ; sa définition dépend de nombreux facteurs tels que le niveau d'exigence des patients, leur niveau socio-économique et culturel. L'évaluation rigoureuse de la qualité du service nécessite la mise en place d'une *démarche qualité* structurée permettant un suivi-évaluation des acquis, et la mise en place de mesures correctives. Ces mesures doivent permettre d'améliorer de manière continue et permanente la qualité de tous les processus, afin que le prestataire fournisse un service répondant au besoin de l'usager, tout en maîtrisant les risques, les coûts et les délais.

En l'absence de définition harmonisée de la qualité attendue et en l'absence de systématisation de l'évaluation qualitative des prestations offertes au niveau des soins de santé de base, il n'est pas possible aujourd'hui de porter un jugement objectif sur la qualité des soins. Des éléments de réponse sont néanmoins apportés par le caractère limité du recours aux soins dans le secteur public (0,6 contact par habitant et par an en 2010), qui traduit vraisemblablement l'insuffisance de la qualité des prestations⁵⁷ et par les taux élevés de mortalité maternelle et néonatal dont la cause principale est l'insuffisance de soins adéquats au moment de la naissance⁵⁸.

1.6 L'accessibilité économique aux soins de santé de base reste très limitée pour les populations pauvres

Si les soins préventifs (soins prénatals, soins post-natals, vaccinations, etc.) sont gratuits pour tous les usagers des ESSB, les soins curatifs de base restent souvent à la charge des ménages en raison des problèmes liés à la disponibilité des médicaments essentiels, des analyses biologiques et des examens radiologiques de base.

Pour les populations pauvres, la mise en place effective du RAMED devrait améliorer l'accès aux soins hospitaliers mais ne résoudra pas le problème de l'accessibilité économique des soins de santé de base. En effet, alors que les ESSB constituent le premier niveau du circuit de la *filière de soins* imposé aux bénéficiaires du RAMED, ces établissements ne bénéficient pas du financement de ce régime.

2. Des inégalités persistantes dans l'accès aux soins de santé de base

2.1 Les inégalités liées au Genre

L'article 19 de la Constitution stipule que « l'homme et la femme jouissent à égalité, des droits et libertés à caractère civil, politique, économique, social, culturel et environnemental ». Deux objectifs identifiés par le *Référentiel pour une nouvelle Charte sociale*, adopté par le CESE en novembre 2011, concernent l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant. Il s'agit des objectifs n°7 (*Améliorer la santé maternelle et infantile*) et de l'objectif n°8 (*Améliorer le cadre médico-légal de l'interruption de grossesse*)⁵⁹.

Dans son rapport consacré à la *Promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie économique, sociale, culturelle et politique*, le CESE a traité de la question du lien entre genre et santé (troisième volet du rapport). On ne peut ici traiter des soins de santé de base sans évoquer les problèmes d'inégalités dans l'accès aux soins liées au genre.

⁵⁷ Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc. Etudes de cas. ONDH, 2010.

⁵⁸ Plan d'action 2008-2012 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale. Ministère de la Santé.

⁵⁹ Référentiel pour une nouvelle Charte sociale. CESE, novembre 2011.

Les femmes présentent des spécificités biologiques mais aussi des vulnérabilités spécifiques (inégalités en matière d'éducation, de revenu, d'emploi) susceptibles de leur rendre l'accès aux soins plus difficile qu'il ne l'est pour les hommes. La grossesse et l'accouchement ne sont pas des pathologies, mais ils sont potentiellement source de nombreux problèmes de santé (décès, dépressions, carences diverses, etc.), et de problèmes sociaux (abandon et divorce lorsque le nouveau-né est atteint de maladies congénitales ou présente des lésions qui s'avèreront handicapantes, rejet et stigmatisation des mères célibataires).

Les soins de santé reproductive

Les soins de santé reproductive couvrent un ensemble de services, définis dans le *Programme d'action* de la Conférence internationale sur la population et le développement : conseils, information, éducation, communication et services de planification familiale, consultations pré et postnatales, accouchements en toute sécurité et soins prodigués à la mère et à l'enfant ; prévention et traitement approprié de la stérilité ; prévention de l'avortement et prise en charge de ses complications ; traitement des affections génitales, des maladies sexuellement transmissibles y compris le VIH/sida ; le cancer du sein et les cancers génitaux, ainsi que tout autre pathologie de santé reproductive⁶⁰.

Planification familiale

Dès 1966, d'importants programmes de planification familiale axés sur l'espacement des naissances ont été lancés à travers toutes les structures du ministère de la Santé. Ces programmes ont permis des progrès notables : l'indice synthétique de fécondité est passé de 4,5 enfants par femme en 1987 à 2,2 en 2011⁶¹ ; 67,4% des femmes mariées en âge de reproduction utilisent une méthode contraceptive contre 28,9% en 1987. Cependant des disparités importantes entre le milieu urbain et rural persistent : 85% des femmes du milieu urbain bénéficient des soins de santé reproductive contre 48% en milieu rural⁶².

Mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile

La mortalité maternelle a baissé de plus de 50% en cinq ans pour atteindre un taux de 112 pour 100 000 naissances en 2010⁶³. Ce taux reste cependant beaucoup trop élevé et d'autant plus inacceptable que 92% des décès pourraient être évités⁶⁴. La plupart sont causés par un manque de soins adéquats au moment de la naissance. Plus du tiers des décès survient à domicile ou pendant le transport vers l'hôpital, du fait de retards dans la prise de décision par la famille de référer les parturientes vers une structure d'accouchement ou de la difficulté d'accès à cette structure. La moitié des femmes d'origine rurale accouchent encore à domicile. Or, la moitié des complications qui surviennent au moment de l'accouchement ne peuvent être prévues même en cas d'une surveillance prénatale efficace. Il est également établi qu'en cas d'hémorragie chez la femme ou de détresse respiratoire chez le nouveau-né, le délai d'intervention pour les sauver est très limité : deux heures en cas d'hémorragie de la délivrance, cause de décès la plus fréquente.

⁶⁰ Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994.

⁶¹ Tableau de bord social. Direction des Etudes et des Prévisions Financières. Ministère de l'Economie et des Finances. 2 août 2013.

⁶² Enquête nationale sur la population et la santé familiale. Ministère de la Santé, 2011.

⁶³ Tableau de bord social. Ministère des Finances, Direction des Etudes et des Prévisions Financières. 2 août 2013.

⁶⁴ Droits sexuels et reproductifs et genre. Où en sommes-nous ? Commission Femmes et développement. OMS, 2008.

Même s'il a enregistré une baisse importante au cours des cinq dernières années, le taux de mortalité infantile (moins d'un an) reste trop élevé puisqu'il est de 28,8 pour 1 000 naissances vivantes en 2011. La cause principale de ces décès est l'insuffisance de soins adéquats au moment de la naissance. Le taux de mortalité infanto juvénile (enfants de moins de cinq ans) s'est établi à 30,47 pour 1 000 naissances vivantes (25,42‰ en milieu urbain et 35,07‰ en milieu rural) contre 47‰ en 2003-2004. Ces taux sont parmi les plus élevés de la région du Maghreb, à l'exception de la Mauritanie⁶⁵.

En plus des problèmes d'accessibilité aux structures de soins déjà évoqués, les principaux déterminants de la mortalité maternelle et infanto juvénile au Maroc sont :

- Être pauvre et vivre dans des zones rurales

Cela est hautement prédictif pour la mortalité maternelle et infantile. C'est ainsi que dans le milieu rural, la mortalité maternelle est plus élevée de 75% ; les enfants de moins de cinq ans, des segments les plus pauvres de la population, sont trois fois plus susceptibles de mourir à la suite de maladies infantiles, qui pourraient souvent être facilement traitées, ou de blessures évitables.

- Ne pas bénéficier d'un suivi médical lors de la grossesse

De même, les risques liés à la grossesse peuvent être considérablement réduits si la femme consulte au moins quatre fois une sage-femme ou un médecin durant sa grossesse, si l'accouchement est médicalement assisté et si elle bénéficie d'une surveillance après l'accouchement. La consultation prénatale est utilisée par 91,6% des citadines et seulement par 62,7% des femmes rurales⁶⁶.

Pour améliorer la qualité du dépistage et du suivi des grossesses à risques, et lutter ainsi contre la mortalité maternelle, le ministère de la Santé a récemment (2010) équipé en mini analyseurs⁶⁷ et en échographes plus de 300 centres de santé communaux avec module d'accouchement. L'échographie constitue en effet une forte incitation au suivi de la grossesse. Du fait de la mobilité du personnel infirmier, de l'absence de motivation financière, de la surcharge de travail pour certains, des problèmes d'approvisionnement en réactifs, une partie seulement de ces automates fonctionnent. La mise en place des échographes n'a pas été accompagnée de mesures adéquates, notamment la formation des médecins à leur utilisation. De ce fait, ils ne fonctionnent que dans les centres où exercent des médecins motivés qui ont pris l'initiative d'aller se former à l'échographie dans un service de gynécologie hospitalier.

Grossesses chez les adolescentes

Dans de nombreux pays à revenu faible ou moyen, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont parmi les principales causes de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans, ce qui se traduit par des milliers de décès chaque année. Plus une fille est jeune quand elle devient enceinte, qu'elle soit mariée ou non, plus grand est le risque pour sa santé. On considère que les filles âgées de moins de 15 ans courent un risque beaucoup plus grand de mourir durant l'accouchement que les femmes âgées d'une vingtaine d'années⁶⁸.

⁶⁵ Health policy note towards a more equitable and sustainable health care system. Banque mondiale (MENA), 2008.

⁶⁶ Enquête nationale sur la population et la santé familiale. Ministère de la Santé. 2011.

⁶⁷ Appareils pour la réalisation d'examen de laboratoire de base.

⁶⁸ Assemblée générale des Nations Unies. « La fillette - Rapport du Secrétaire général », 2011.

Les grossesses d'adolescentes mettent également les nouveau-nés en danger. Le risque de décès durant le premier mois de vie est de 50 % plus élevé parmi les bébés nés d'une mère adolescente. Plus la mère est jeune, plus le risque est grand pour le bébé⁶⁹. Les enfants de mères adolescentes sont plus susceptibles d'avoir un faible poids de naissance, ce qui peut avoir des effets à long terme sur leur santé et leur développement⁷⁰.

En 2011, 50 000 marocaines âgées de 15 à 19 ans ont donné naissance à un enfant. Pour nombre d'entre elles, la grossesse n'a rien à voir avec un choix. Elle résulte généralement de la pauvreté, de la violation de leurs droits, notamment le mariage d'enfants et des relations sexuelles imposées par la violence, la coercition et la force⁷¹. En 2011, 46 927 mariages de mineurs, concernant à 99% des filles, ont été autorisés par des juges⁷², conduisant naturellement au risque de grossesses précoces.

L'élimination des mariages précoces, la mise en place de services de santé sexuelle et procréative spécifiques aux adolescentes, l'investissement dans l'éducation et la lutte contre les inégalités entre les femmes et les hommes, contribueraient à protéger les adolescentes des grossesses précoces non désirées.

Dans son rapport sur la *Promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes*, le CESE a recommandé l'abrogation de l'article 20 de la *Moudouwana* qui habilite le juge à autoriser, sans appel possible, le mariage des mineurs avant l'âge légal de 18 ans, et le renforcement du cadre législatif actuel relatif à la répression du viol.

Prévention de l'avortement et sa prise en charge médicale

On ne peut parler de la santé reproductive sans évoquer la question de l'avortement, qui est l'un des tabous persistants de la société marocaine, sa prévention et sa prise en charge. L'OMS estime que chaque année, dans le monde, 42 millions de grossesses donnent lieu à des avortements, dont 22 millions seulement sont pratiqués dans de bonnes conditions. La possibilité d'avorter dans un milieu médicalisé sécurisé est une condition importante pour réduire la mortalité maternelle. Selon l'OMS, les lois interdisant l'avortement n'en diminuent pas l'incidence ; en revanche, les services de planning familial et l'avortement médicalisé, qui sont par ailleurs indispensables pour atteindre les OMD, sont susceptibles de diminuer l'incidence de l'avortement⁷³.

Au Maroc, l'interruption de grossesse thérapeutique est autorisée en cas de danger pour la mère (article 453 du code pénal). En toute autre circonstance, l'avortement est puni par les articles 449, 454 et 455 du code pénal. A partir d'une enquête auprès d'un échantillon de médecins, l'Association marocaine de lutte contre l'avortement clandestin (AMLAC) estime que le nombre quotidien d'avortements clandestins au Maroc se situe entre 600 et 800. Le tiers serait réalisé dans des conditions sanitaires déplorables. Ce sont le plus souvent les femmes pauvres qui se font avorter clandestinement, dans des conditions dramatiques, sans aucun contrôle médical, s'exposant à la mort et à l'exclusion sociale. Ce sont les femmes pauvres

⁶⁹ Adolescent Pregnancy. OMS, 2012.

⁷⁰ Interventions for Preventing Unintended Pregnancies Among Adolescents. OMS, 2012.

⁷¹ Les grossesses des adolescentes. FNUAP, Rabat, juillet 2013.

⁷² Statistiques des activités des sections de la justice de la famille. Ministère de la Justice et des Libertés, 2011.

⁷³ Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion. OMS, 2013.

qui lorsqu'elles non pas pu avorter abandonnent l'enfant à la naissance et sont souvent contraintes à se prostituer.

Des actions de prévention et de sensibilisation auprès des femmes et des adolescentes, une meilleure communication autour de la pilule du lendemain déjà commercialisée, l'accès aux moyens de contraception pour toute femme ou adolescente qui le désire, devraient permettre de diminuer considérablement le nombre d'avortements.

Comme le stipule l'objectif 8 de la Charte sociale du CESE, il est nécessaire d'ouvrir très rapidement un débat national afin d'élaborer un cadre réglementaire permettant à l'avortement d'être pratiqué en milieu médicalisé. Lors d'un colloque organisé par l'AMLAC en 2012, le ministre de la Santé a déclaré que la question de l'avortement pose un problème politique auquel il faut trouver une solution respectueuse de nos valeurs.

La violence fondée sur le Genre

La violence fondée sur le genre constitue un problème de santé publique de plus en plus alarmant, aussi bien au niveau international que national^{74 75}.

S'il est désormais largement reconnu que la violence à l'égard des femmes constitue une atteinte majeure à leurs droits fondamentaux, récemment, on a pris également de plus en plus conscience des effets de la violence sur la santé physique et mentale des femmes. La violence exercée contre les femmes au sein de la famille accroît sensiblement les risques pour la santé, comme en attestent régulièrement des études faisant état d'effets négatifs graves. La Banque mondiale estime par exemple que le viol et la violence domestique ont pour conséquence 5 à 16% (selon les régions) d'années de vie en bonne santé perdues pour les femmes en âge de procréer⁷⁶. Les violences sexuelles constituent un important facteur de risque d'infection à VIH. D'après une enquête menée à Dar-Es-Salaam, en Tanzanie, parmi les femmes qui ont eu recours aux services d'un centre de dépistage, celles qui se sont avérées séropositives pour le VIH avaient déclaré 2,6 fois plus de violences dans la relation avec leur partenaire régulier que les femmes séronégatives⁷⁷.

Au Maroc, la base de données du numéro vert national pour les filles et les femmes victimes de violence mis en place en 2006 fait état, sur une période de dix mois, de 15 000 déclarations de violence : 30% concernent des violences physiques et 18% des violences psychologiques. 5% des femmes victimes de violences conjugales ont fait une tentative de suicide contre 0,2% chez les femmes n'ayant pas subi de violences conjugales, soit 25 fois plus. Plus de 50% des femmes victimes de violences conjugales souffrent de dépression. La violence conjugale a également des conséquences graves sur la vie de famille et sur les enfants : les deux tiers des enfants sont témoins ou victimes eux-mêmes de ces violences physiques ou psychologiques⁷⁸.

Dans son rapport *Promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes*, le CESE recommande au législateur et au gouvernement d'adopter une loi cadre contre toutes les formes de violence à l'égard des femmes, y compris la violence conjugale.

⁷⁴ Résolution WHA 49.25 de l'OMS, 1996.

⁷⁵ Appui à l'intégration de la Santé de la Reproduction dans la réforme de santé. Cycle 2007-2011.

⁷⁶ La violence à l'égard des femmes. Aide-mémoire, N 12, OMS. 1996.

⁷⁷ Cité par G. Gupta. Gender, sexuality and HIV. Conférence Internationale sur le Sida. Durban, 2000.

⁷⁸ Enquête nationale de la prévalence de la violence à l'égard des femmes. HCP, 2009.

De nombreuses associations interviennent dans la lutte contre la violence fondée sur le genre et sur la prise en charge des femmes qui en sont victimes, notamment par la création de centres d'écoute et d'hébergement.

Ces dernières années, une réponse institutionnelle à la violence fondée sur le genre a été mise en place, à travers : le lancement d'un programme multisectoriel de lutte contre les violences fondées sur le genre par l'autonomisation des femmes et des filles ; la territorialisation des politiques sensibles au genre dans six régions ; la mise en place d'unités de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence dans des hôpitaux, initiative qui mériterait d'être étendue à tous les hôpitaux et aux centres de santé.

2.2 Les inégalités d'accès affectant les migrants subsahariens en situation irrégulière

Au cours de ces dix dernières années, l'Union Européenne ayant durci ses contrôles aux frontières, d'un pays de transit pour les migrants qui se déplacent vers l'Europe, le Maroc est devenu un pays de transit et de destination par défaut. Parmi ces migrants, les femmes seules, enceintes ou avec des enfants en bas âge, sont les plus vulnérables aux risques inhérents à la migration clandestine.

Les conditions de vie précaires auxquelles sont contraints la majorité des migrants subsahariens et la violence criminelle (réseaux de traite et de trafic d'êtres humains) et institutionnelle à laquelle ils sont exposés déterminent des besoins médicaux et psychologiques qui ne sont pas pris en compte.

D'après la loi 02-03, relative à « l'Entrée et au séjour des étrangers au Royaume du Maroc, à l'émigration et à l'immigration irrégulières », tout étranger se trouvant au Maroc sans documents officiels est un criminel. Bien que beaucoup de Marocains assistent les migrants subsahariens, cette criminalisation a pour effet de favoriser la violence sociale, la discrimination, la stigmatisation et la marginalisation des migrants.

En plus de la crainte d'être arrêté en se présentant à une structure de santé, il est difficile pour les migrants subsahariens de se frayer un chemin à travers le système de soins, dans la mesure où beaucoup ne parlent ni l'arabe, ni le français. En cela, le rôle des ONG internationales et des associations nationales qui mènent des actions en faveur des migrants subsahariens, y compris la défense de leurs droits et l'appui à la santé, a son importance. L'accès aux services de soins de santé de base s'est d'ailleurs amélioré dans les zones où travaillent les ONG : « Il faut reconnaître les efforts réalisés par la police d'Oujda pour s'impliquer avec [Médecins Sans Frontières] (MSF) et d'autres associations, pour chercher conseil et soutien sur la façon de gérer les cas des femmes, des mineurs, des malades et des blessés arrêtés. En revanche, à Nador, où MSF n'a pas été autorisée à travailler, les migrants subsahariens ayant besoin d'une assistance médicale sont arrêtés et expulsés »⁷⁹.

En 2003, le ministère de la Santé a annoncé par une circulaire que le traitement médical et les soins de santé pour les *immigrants clandestins* étaient autorisés pour des raisons de contrôle des maladies infectieuses. Cette circulaire, qui n'est pas connu du personnel de santé, a permis aux associations d'obtenir, à travers des actions de plaidoyer, la prise en charge médicale gratuite des migrants subsahariens ayant une infection à VIH.

⁷⁹ Rapport sur les migrants subsahariens en situation irrégulière au Maroc. MSF, Mars 2013.

Jusqu'à une date récente, les migrants subsahariens étaient classés comme des personnes *sans domicile fixe*, et de ce fait étaient éligibles pour recevoir des soins de santé dans les services publics de santé, selon le système du certificat d'indigence. En 2012, le certificat d'indigence a été remplacé par le RAMED, dont les étrangers, y compris les migrants subsahariens, sont exclus. En vertu de l'article 118 de la loi 65-00, les migrants subsahariens pourraient, en principe, être inclus dans la catégorie des sans domicile fixe, mais ce n'est pas le cas.

Dans son rapport *Pour une nouvelle charte sociale : des normes à respecter et des objectifs à contractualiser*, le CESE recommande que : « En tant que pays accueillant des travailleurs étrangers et signataire de la Convention de l'ONU relative à la protection des travailleurs migrants et de leurs familles, il importe que le Royaume du Maroc assure la non-discrimination et la promotion de l'égalité à l'égard des travailleurs migrants. Pour le suivi de cet objectif, il convient de développer des indicateurs sur la législation et la situation des migrants (statuts, effectifs, revenus, contentieux)».

3. Accès à la prévention et à la promotion de la santé

La prévention et la promotion de la santé font partie des soins de santé de base, au même titre que les soins curatifs.

3.1 Réussite des programmes de prévention contre la plupart des maladies transmissibles

La mise en œuvre, dès les années soixante, de programmes structurés de lutte et de prévention contre certaines maladies transmissibles, responsables d'un taux élevé de décès, et une excellente couverture vaccinale (88% des enfants de 12 à 24 mois) ont permis d'éradiquer ou de diminuer fortement la prévalence de nombreuses maladies infectieuses. Les défis qui restent à relever dans ce domaine sont essentiellement : la tuberculose, la prévalence de l'hépatite C et la prévalence de l'infection à VIH.

Malgré une baisse importante des taux d'incidence de la tuberculose, près de 28 000 nouveaux cas ont été notifiés en 2012, ce qui témoigne d'un relatif échec du programme de lutte contre cette maladie⁸⁰.

La prévalence de l'hépatite virale C (HVC), affection lourde de conséquences, reste élevée : 1 à 2,5% dans la population générale, soit 318 950 à 797 375 personnes qui seraient actuellement infectées par le VHC au Maroc⁸¹. Elle est de 80% chez les usagers de drogues par voie injectable⁸². Il n'existe pas de vaccin contre l'HVC. De ce fait, sa prévention est plus complexe mais elle est indispensable.

La prévalence de l'infection à VIH dans la population générale reste faible (0,1%). Cependant, malgré un programme national de lutte contre le sida (PNLS) très performant et une société civile très active, la prévalence du VIH a atteint des niveaux préoccupants parmi les professionnelles du sexe (5% dans la région de la région de Souss-Massa-Draa), les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (5% dans la région de Souss-Massa-Draa,

⁸⁰ Regard sur les indicateurs sanitaires. Ministère de la santé, 2013.

⁸¹ In, Estimation de l'impact sanitaire de l'hépatite au Maroc. Thèse de doctorat en médecine, S Touzani, 2012.

⁸² Rapport de l'Etude bio-comportementale auprès des usagers de drogues injectables à Tanger et Nador 2010-2011, DELM/Ministère de la Santé avec l'appui du Fonds Mondial et de l'ONUSIDA.

et 4,5% dans la région de Marrakech) et parmi les usagers de drogues injectables (pour ce groupe, la prévalence du VIH est de 22% à Nador). Ces trois populations sont caractérisées par leur vulnérabilité sociale et posent le problème des liens entre droits de l'homme et VIH, comme cela a été souligné⁸³ par le PNLS et le Conseil national des droits de l'Homme (CNDH). Pour le Président du CNDH, le VIH/sida « pose de multiples problèmes pour les droits de l'homme. Inversement, la protection et la promotion des droits de l'homme sont essentiels pour prévenir la transmission du VIH et réduire l'incidence du sida sur les vies des personnes. De nombreux droits de l'homme sont concernés par le VIH/sida, tels que le droit à la non-discrimination, le droit à la vie, l'égalité devant la loi, le droit à la vie privée et le droit au meilleur état de santé qu'il soit possible d'atteindre »⁸⁴.

3.2 L'impératif du renforcement de la prévention des maladies non transmissibles

Alors que la prévalence des maladies infectieuses et de la malnutrition est en déclin, on note une augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles (MNT), comme les maladies chroniques, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, la dépression, l'asthme, le diabète, l'obésité. Au Maroc, 75% des causes de décès sont liées aux MNT, un des pourcentages les plus élevés de la région MENA⁸⁵. Les cancers sont responsables de 12% des décès par MNT.

Les MNT sont caractérisées par leurs lourdes conséquences économiques et sociales. En 2012, 50% des dépenses de l'AMO ont servi au paiement de la prise en charge des patients atteints d'affections de longue durée (ALD), alors qu'ils ne représentent que 3,3% du nombre total des patients (auditions des directeurs de la CNOPS et de la CNSS).

Les MNT sont également caractérisées par leur forte dépendance à des facteurs de risques comportementaux et environnementaux, liés au mode de vie, qu'il est possible de prévenir ou de diminuer dans le cadre d'une politique de prévention fondée sur l'éducation à la santé. Ainsi, selon les Nations Unies, « la mise en œuvre d'interventions [performantes en termes de coût-efficacité] qui réduisent l'exposition des populations aux facteurs de risque des MNT peut contribuer à hauteur de deux tiers à la réduction de la mortalité prématurée »⁸⁶.

3.3 Agir pour prévenir les MNT nécessite de prendre en compte plusieurs facteurs de risque

Les actions de prévention des MNT doivent prendre en compte plusieurs facteurs de risque : les facteurs comportementaux, les habitudes alimentaires et les modes de vie, les facteurs environnementaux.

Facteurs comportementaux

Les principaux facteurs comportementaux sont :

- le tabagisme, qui concerne 15% de la population marocaine⁸⁷. Le nombre de décès annuels liés au tabac est de 9 350, soit une personne par heure et par jour. Il convient

⁸³ Appui à la protection et à la défense des droits des personnes vivant avec le VIH. CNDH et ONUSIDA, 2010.

⁸⁴ D. El Yazami, président du CNDH. Le droit à la santé dans la nouvelle constitution. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.

⁸⁵ D Bettcher, OMS, 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.

⁸⁶ Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les MNT, 2011.

⁸⁷ Statut MPOWER du Maroc.

de relever à cet égard que le Maroc n'a toujours pas ratifié la convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ;

- la consommation de substances psychoactives qui touche 3% de la population générale, avec un taux de dépendance de 2,8%⁸⁸.
- la dépendance à l'alcool, qui est une réalité ne faisant l'objet d'aucune statistique en raison des tabous qui l'entoure.

Habitudes alimentaires et modes de vie

De leur côté, les habitudes alimentaires qui induisent une consommation excessive de sucre, de sel et de graisses et une baisse de consommation de fibres et de protéines, associés à d'autres facteurs de risques, ont engendré une prévalence accrue de certaines maladies, en particulier l'obésité, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, le diabète sucré, certains cancers. A titre d'exemple, entre 2001 et 2011, l'obésité a augmenté de 7,3% par an. 10,3 millions de Marocains adultes, dont 63,1% de femmes, sont en situation d'obésité ou de pré-obésité⁸⁹. Le diabète de type 2, de loin le plus fréquent (90% des diabètes), est une véritable épidémie. Classiquement, il se développait au-delà de la cinquantaine, désormais il peut se développer à tous les âges. La prévalence de l'hypertension artérielle (33,6%)⁹⁰, et surtout ses complications, pourraient être réduites par quelques règles hygiéno-diététiques.

Pour l'OMS, une mauvaise alimentation et la sédentarité sont des facteurs de risque importants des principales maladies non transmissibles, telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer et le diabète. En 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles pour la période 2013-2020, qui comprend un ensemble de mesures que les États membres de l'OMS sont invités à prendre pour promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique.

Impact des facteurs environnementaux sur la santé

Environ un quart de la charge de morbidité mondiale peut être attribuée à des facteurs de risque environnementaux qu'il est possible d'infléchir⁹¹. En France, les pollutions atmosphériques sont considérées comme responsables de plus de 30 000 décès prématurés par an. Pour d'autres pathologies (dérèglements hormonaux, atteinte du système nerveux), même s'il n'existe pas de consensus scientifique sur leur cause génétique et/ou environnementale, personne ne nie plus l'impact de certaines pollutions (sonore, ondes, etc.) sur la santé. L'impact des conditions de vie sur la santé est également indéniable : le saturnisme lié à la présence de plomb, certaines pathologies respiratoires, des infections dermatologiques dues à des problèmes de ventilation et de chauffage, sont autant d'effets sanitaires du mal logement⁹².

L'élaboration d'un « Plan national santé environnement » à l'image de ce qui existe en France, pourrait permettre de mieux agir sur les facteurs environnementaux.

⁸⁸ Enquête nationale de prévalence des troubles mentaux et toxicomanies, réalisée en 2003.

⁸⁹ Enquête nationale sur l'anthropométrie. HCP, 2011.

⁹⁰ Enquête prospective 2000 du ministère de la Santé.

⁹¹ Rapport sur la santé dans le monde. La recherche pour la couverture sanitaire universelle. OMS, 2013.

⁹² Les enjeux de la prévention en matière de santé. Avis du Conseil économique, social et environnemental (France), 2011.

La prévention en matière de santé ne relève pas uniquement du ministère de la Santé. Elle devrait impliquer les collectivités locales, de nombreux départements ministériels, tels que l'Habitat, l'Education Nationale, l'Emploi, et pourrait relever d'une instance interministérielle. Elle suppose la responsabilisation des collectivités locales, le renforcement des normes et leur respect par les industriels, la mise en place de campagnes de sensibilisation, le renforcement des services de médecine scolaire et universitaire et de la médecine du travail.

Des associations jouent un rôle important dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé. C'est le cas notamment de l'association que préside S.A.R. la Princesse Lalla Salma qui mène des campagnes de dépistage et de prévention du cancer du sein, ainsi que des actions de prévention du cancer du col de l'utérus et du poumon.

En matière de prévention des déficiences et du handicap, le Maroc a adopté une stratégie nationale pour la période 2009–2015, visant à mettre en synergie les efforts de tous les acteurs. Toutefois, son efficacité n'est pas démontrée dans la mesure où elle n'a jamais été évaluée⁹³.

3.4 Des conditions de travail dont l'impact sur la santé est insuffisamment pris en compte

Dans le monde, le nombre d'accidents du travail a atteint 317 millions par an ; chaque jour, 6 300 personnes meurent d'un accident du travail ou d'une maladie liée au travail, soit un total annuel de plus de 2,3 millions de morts⁹⁴. L'Organisation Mondiale du Travail (OIT) a élaboré plusieurs conventions internationales qui s'intéressent à l'organisation des services de la santé au travail et la prévention des risques professionnels. La plupart ont été ratifiées par le Maroc.

En 2007, l'OMS a adopté le plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008–2017⁹⁵. Ce plan d'action traite de tous les aspects de la santé des travailleurs, y compris la prévention primaire des risques professionnels, la protection et la promotion de la santé au travail, les conditions d'emploi et la façon dont les systèmes de santé peuvent œuvrer plus efficacement pour la santé des travailleurs.

En matière de sécurité et de santé au travail, outre les accidents du travail, il faut accorder une attention particulière à la reconnaissance, la prévention et le traitement des maladies professionnelles : pneumoconioses, maladies imputables à l'amiante, troubles psychiques et musculo-squelettiques.

La santé des travailleurs figure à l'agenda du gouvernement marocain : elle a été mentionnée dans la déclaration du Gouvernement et fait partie intégrante du plan d'action 2012-2016 du ministère de la Santé. Cependant, la situation actuelle de la santé au travail connaît plusieurs insuffisances, dont :

- l'exclusion de la couverture de la santé au travail de nombreuses catégories professionnelles : la fonction publique, les établissements de soins, les petites entreprises, une partie de l'agriculture, et le secteur informel. Un projet de loi-cadre sur la santé et la sécurité au travail qui prévoit l'extension de la santé au travail à la fonction publique est en cours d'élaboration ;

⁹³ Respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap. CESE, juillet 2012.

⁹⁴ Rapport de l'OIT, 2013.

⁹⁵ Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs. 60^{ème} assemblée mondiale de la santé. OMS, 2007.

- l'insuffisance de formation du personnel médical et paramédical dans le domaine de la santé et la sécurité au travail. Les besoins théoriques sont d'environ 2 500 médecins du travail pour un effectif actuel d'environ 900 professionnels, qui exercent pour la plupart dans le secteur public, mais pas toujours dans le domaine de la médecine du travail ;
- l'insuffisance de la couverture sanitaire des travailleurs : l'effectif couvert par la médecine du travail ne dépasse pas 350 000 travailleurs, soit à peine 3,5 % de la population active urbaine ;
- l'insuffisance des actions de prévention et de sécurité au travail destinées aux professionnels de santé, malgré la gravité de leur exposition aux risques professionnels ;
- les insuffisances dans l'application de la législation du travail, et la nécessité de mettre à jour cette législation ;
- l'absence de données fiables sur les problèmes de santé des travailleurs ;
- l'insuffisance de la collaboration intersectorielle en matière de promotion de la santé et sécurité au travail.

Les professionnels de santé sont exposés à des risques multiples notamment les maladies contractées dans l'exercice de leur profession. De ce fait, la santé et la sécurité du personnel de soins font partie intégrante de la performance et de la qualité des prestations fournies par les services de santé. Conscient de l'importance de ce sujet, et afin d'améliorer la santé au travail de son personnel, le ministère de la Santé a mis en place des structures de santé au travail, dénommées les unités de santé au travail, au niveau des délégations provinciales. La mise en place de ces unités au niveau de l'ensemble des structures sanitaires apparaît comme une nécessité pour assurer la prévention et le suivi médical au profit des professionnels de la santé.

4. Accessibilité des médicaments

Les médicaments occupent une place centrale dans l'économie des systèmes de santé et dans la réflexion sur l'organisation des systèmes de soins. Ils représentent entre 20% et 30% des dépenses mondiales de santé⁹⁶.

Au Maroc, les médicaments et biens médicaux représentent 32% des dépenses totales de santé⁹⁷. Néanmoins, le niveau de consommation des médicaments reste faible en comparaison avec d'autres pays⁹⁸, avec une dépense annuelle totale par habitant qui s'élève à 524 dirhams.

Il convient d'analyser la question de l'accès aux médicaments d'un point de vue général, avant d'envisager leur accessibilité au niveau des ESSB.

4.1 Des prix des médicaments anormalement élevés

En 2009, la commission des finances et du développement économique de la chambre des Représentants a publié un rapport sur la situation des prix des médicaments au Maroc,

⁹⁶ Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle. OMS, 2010.

⁹⁷ Comptes nationaux de la Santé 2010. Ministère de la Santé/OMS, Edition 2013.

⁹⁸ Source : Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM).

dénonçant leur prix anormalement élevé⁹⁹. Pour les auteurs du rapport, la responsabilité principale incombe à une partie de l'industrie pharmaceutique ainsi qu'aux procédures administratives de fixation des prix. Il serait possible de les baisser rapidement et de manière significative en appliquant un ensemble de mesures qui dépendent essentiellement du ministère de la Santé. Ce rapport, auquel l'Association marocaine de l'industrie pharmaceutique reproche un certain nombre d'erreurs méthodologiques, constitue une première au Maroc. Il a eu le mérite de placer au cœur du débat public un sujet d'importance.

Depuis, le ministère de la Santé a pris la décision de faire baisser les prix de certains médicaments, au nombre de 320, parfois jusqu'à 60% (audition par le CESE du ministre de la Santé). D'autres mesures sont programmées. Cependant, une baisse plus générale des prix des médicaments, nécessaire au succès de la couverture médicale de base, exige une réforme globale et en profondeur du système actuel, et en premier lieu la refonte totale de la réglementation des prix des médicaments. Celle-ci est obsolète, n'est appliquée que partiellement, et va à l'encontre de la politique de promotion du générique.

Réglementation des prix des médicaments au Maroc

Fixation des prix

L'arrêté n°465-69 du 18 septembre 1969 qui détermine les modalités de fixation des prix des médicaments fabriqués localement n'a jamais été réactualisé ni révisé. Cet arrêté est complètement obsolète de l'avis même du ministre de la Santé, auditionné par le CESE. La principale innovation a été l'adoption, en 1998, d'une procédure particulière de fixation des prix des génériques qui a permis d'arriver à des réductions des prix pouvant dépasser les 80 %. Selon cette procédure, le prix du premier générique qui arrive sur le marché subit une décote de 30% par rapport au prix du médicament *princeps* (marque originale) puis de 5% pour les suivants. Cette procédure comporte des insuffisances : la décote initiale de 30% apparaît insuffisante et pourrait être d'au moins 50%. Par ailleurs, la décote de 5% sur les génériques suivants favorise les laboratoires vendant à un prix plus élevé qui auront plus de moyens pour les campagnes de promotion, induisant des ventes plus importantes du produit le plus cher.

L'arrêté n°2365-93 de fixation des prix des médicaments importés est lui aussi inadapté et a contribué à faire en sorte que certains médicaments coûtent beaucoup plus cher au Maroc que dans des pays européens, et que la part des médicaments importés ne cesse d'augmenter par rapport à ceux fabriqués au Maroc¹⁰⁰.

Le secteur du médicament souffre de la capacité insuffisante du ministère de la Santé à élaborer des textes législatifs et réglementaires et à les appliquer. En France, à titre de comparaison, le code de la santé publique évolue de manière régulière pour s'adapter aux évolutions et aux contraintes rencontrées.

Marges de distribution

Les marges de distribution du médicament s'établissent à 30% du prix public Maroc (PPM) pour le pharmacien et à 7% pour le grossiste répartiteur. La marge de distribution représente donc *in fine* 37% du prix PPM qui correspond à 58,7% du prix à la sortie du laboratoire.

⁹⁹ Chambre des Représentants. Commission des Finances et du Développement Economique. « Rapport de la mission d'information sur le prix du médicament au Maroc ». Novembre 2009.

¹⁰⁰ Aspects concernant les prix des médicaments au Maroc. A Mahly, DMP, ministère de la Santé, 2004.

Alors qu'au Maroc cette marge est fixe, des pays comme la France ou la Tunisie, ont adopté un système de marges dégressives : plus le prix du médicament est élevé, plus la marge de distribution (en proportion) est réduite, pouvant être de 5% pour les médicaments les plus chers. Les marges fixes constituent une prime aux médicaments chers et n'incitent pas le pharmacien à délivrer le médicament le moins coûteux. Une grande partie des médicaments chers, prescrits à titre ambulatoire, ne sont pas assortis d'un PPM, afin que ce prix ne soit pas grevé par le prix de distribution. Ceci oblige les malades à se procurer les médicaments directement auprès des laboratoires pharmaceutiques, instaurant ainsi un circuit de distribution parallèle. La solution à ce problème consisterait à octroyer des marges de distribution réduites à ces produits pour qu'ils puissent être distribués en officine.

Influence des médicaments génériques sur les prix des médicaments

Au cours des trois dernières décennies, les médicaments génériques ont joué un rôle essentiel dans l'accès aux soins au Maroc. Les génériques ont facilité largement l'accès aux traitements et ont permis d'augmenter, dans des proportions très importantes, le nombre de patients traités. Ils ont également permis de réaliser de substantielles économies, dont ont bénéficié les patients, le ministère de la Santé et les assurances maladie¹⁰¹.

Pour les patients, le passage du princeps aux équivalents génériques plus abordables représente, en moyenne, une réduction de la dépense de 60%¹⁰², avec une qualité et une efficacité équivalentes. Or le taux de pénétration du médicament générique au Maroc n'est actuellement que de 34% en officine et de 42% toute consommation confondue, ce qui reste faible comparé par exemple au taux de 70% atteint aux Etats-Unis¹⁰³.

En plus de l'impact sur le prix des médicaments, un meilleur taux de pénétration du générique aurait comme conséquence la promotion de l'industrie pharmaceutique marocaine. Cette dernière est réputée être aux normes internationales, exporte vers un grand nombre de pays, y compris des pays européens, et participe à la création d'emplois. L'accréditation récente, par la Direction européenne de la qualité du médicament (DEQM) du Conseil de l'Europe, du Laboratoire national de contrôle des médicaments, a vocation à renforcer la politique des médicaments génériques au Maroc.

C'est dans le secteur privé que le taux de pénétration du générique est le plus faible. Comme le révèle un rapport du ministère de la Santé de 2004¹⁰⁴ : « En matière de consommation de médicament, la concurrence par le prix, vis à vis du consommateur, est limitée. Autrement dit, un patient peut payer un même médicament plus cher si ce médicament lui est prescrit par son médecin ou conseillé par son pharmacien. Aussi, et pour que le médicament générique puisse jouer son rôle dans la déflation des prix des médicaments à la consommation dans le secteur privé, il doit être soutenu par différentes mesures. L'une des mesures les plus efficaces consiste en l'indexation du remboursement des médicaments sur le prix de la spécialité générique lorsqu'elle existe ».

¹⁰¹ Secteur pharmaceutique Marocain: Réalités sur le prix des médicaments et intérêts du secteur. AMIP, 2010.

¹⁰² Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle. OMS, 2010.

¹⁰³ ANAM/IMS, 31 décembre 2012.

¹⁰⁴ Aspects concernant les prix des médicaments au Maroc. A Mahly, DMP, ministère de la Santé, 2004.

D'autres mesures ont prouvé leur efficacité en matière de promotion du générique dans de nombreux pays : il s'agit de l'indexation du remboursement des médicaments par l'assurance maladie sur le prix du générique, en application au Maroc, et l'octroi au pharmacien du droit de substitution d'un princeps par un générique, comme c'est le cas en France. Cette mesure, pour être appliquée, nécessite quelques préalables : d'une part, un système d'information généralisé, avec l'informatisation du traitement des ordonnances et la délivrance d'une carte électronique pour les patients, pour tracer les actes de substitution et éviter les fraudes ; d'autre part, un mécanisme de compensation du manque à gagner pour l'officiel qui va pratiquer la substitution, ce qui nécessite d'apporter des réponses à plusieurs questions d'ordre pratiques (Quelle forme prendra cette compensation ? Qui la financera ? Quelle entité en assurera la gestion ?).

La promotion du générique nécessite également l'information et la sensibilisation des professionnels de santé et des citoyens. La communication sur les génériques, par l'Etat, dans les médias grand public, est un moyen efficace de promotion du générique. La seule campagne institutionnelle dans ce sens a été réalisée par l'Agence nationale de l'assurance-maladie (ANAM), en 2008 et 2009. Selon l'évaluation dont elle a fait l'objet, elle a été perçue comme un appel aux patients à exiger des médecins et des pharmaciens la prescription et la délivrance de médicaments génériques. Toutefois, les participants à l'enquête d'évaluation ont précisé clairement qu'ils n'achèteront ce type de médicaments que si leurs médecins ou leurs pharmaciens approuvent leur efficacité¹⁰⁵. Ces campagnes grand public sont d'autant plus importantes que l'automédication représente plus de 40% de la consommation de médicaments.

Dans le secteur public, la situation est toute autre et la concurrence joue pleinement son rôle. Les génériques représentent entre 70% et 80% des médicaments achetés par le ministère de la Santé, par appel d'offres. Au niveau des marchés de l'Etat on peut assister à des baisses de prix d'une année sur l'autre, du fait de l'influence des génériques. A titre d'exemple, le ministère paye une boîte d'amoxicilline cinq dirhams, alors que le prix le plus bas en officine est de 37 dirhams, pour la même forme et la même présentation.

Propriété intellectuelle

Depuis 2005, en tant que membre de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), le Maroc a été obligé de mettre en application l'*Accord sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* (ADPIC). Si cet accord introduit désormais la protection des médicaments par des brevets d'invention pour une durée de vingt ans, il laisse cependant un certain nombre de flexibilités permettant d'outrepasser, la protection par les brevets dans des cas particuliers, tels que la protection de la santé publique, et l'amélioration de l'accès aux médicaments. Ces flexibilités ont été réaffirmées dans la Déclaration de Doha de l'OMC (2001) signée par tous les membres, y compris le Maroc¹⁰⁶. A ce jour, le Maroc n'a pas encore fait valoir ces droits, sur ce plan.

Par ailleurs, l'accès aux médicaments génériques est de plus en plus menacé par des pratiques qui tendent à maintenir l'exclusivité commerciale du médicament d'origine. Il en est ainsi de certains aménagements dans la composition des principes actifs du médicament d'origine, au moment où

¹⁰⁵ Etude d'impact de la campagne sur les médicaments génériques. ANAM, 2006.

¹⁰⁶ Implications de la déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique adoptée, Doha, OMS, N°12, 2002.

il tombe dans le domaine public, ce qui lui confère le caractère d'innovation et retarde du coup la possibilité de le dupliquer sous forme générique. Il en est de même de l'Accord commercial anti-contrefaçon (ACTA) qui, sous couvert de lutte contre la contrefaçon, interdit toute utilisation de la matière première par quiconque avant qu'elle ne tombe dans le domaine public, ce qui a pour conséquence de retarder la production des médicaments génériques.

Le Maroc a signé avec les Etats-Unis des accords de libre-échange (ALE) qui imposent des normes de protection qui vont au-delà des exigences requises par l'OMC (accords dits ADPIC+)¹⁰⁷. Ces accords, qui constituent une barrière majeure à l'accès aux médicaments à un prix abordable ont été vivement critiqués par les organisations internationales et onusiennes œuvrant dans les domaines de la santé et du développement¹⁰⁸, par les producteurs marocains de génériques et par la société civile. Pour Joseph E Stiglitz, prix Nobel d'économie, « l'industrie pharmaceutique américaine est parvenue à refiler à d'autres pays un régime de propriété intellectuelle déséquilibré qui, conçu pour lutter contre les médicaments génériques, accorde davantage de valeur au profit qu'aux vies qui attendent d'être sauvées »¹⁰⁹.

L'Accord commercial anti-contrefaçon (ACTA) a été signé par le Maroc. Il est en attente de ratification par le parlement. Plus récemment, de nouvelles menaces guettent l'accès aux médicaments génériques au Maroc : il s'agit de l'accord avec l'Union Européenne (ALECA), en cours de négociation.

La loi marocaine sur la protection de la propriété industrielle (loi 17-97 modifiée par la loi 31-05) est parmi les plus restrictives et les plus hostiles à l'accès aux médicaments génériques dans les pays en développement¹¹⁰. Elle renonce à plusieurs droits conférés par l'OMC pour protéger la santé publique. Une telle loi, calquée sur celles des pays développés, est en inadéquation complète avec le niveau de développement économique du Maroc, et les ressources dont il dispose pour faire face aux problèmes de santé¹¹¹. Elle va également à l'encontre des intérêts de l'industrie pharmaceutique nationale condamnée désormais à produire des versions génériques de molécules, existant déjà sous formes génériques, et ayant donc une moindre valeur ajoutée.

Une mise en cohérence de la politique du ministère de la Santé, favorable aux médicaments génériques, avec celle des ministères des Affaires Etrangères et de celui de l'Industrie, du Commerce et des Nouvelles Technologies ainsi qu'une réforme de l'Office marocain de la propriété industrielle et commerciale, s'imposent.

4.2 Un système de stockage et de distribution des médicaments inefficace

A l'échelle nationale

L'efficacité et l'efficience du système d'approvisionnement sont des facteurs clés de succès de la politique pharmaceutique nationale.

¹⁰⁷ G Krikorian. Evolutions récentes de la législation sur la propriété intellectuelle au Maroc et accès aux médicaments. KEStudies vol 1, 2007.

¹⁰⁸ The potential impact of free trade agreements on public health. ONUSIDA, PNUD, 2012.

¹⁰⁹ JE Stiglitz, article traduit et publié par L'Economiste du 10 juillet 2013.

¹¹⁰ G Krikorian, K Marhoum El Filali, H Himmich. L'accès aux médicaments sous le nouveau régime de protection des brevets : cas du sida au Maroc. KEStudies Vol 2, 2008.

¹¹¹ L. Birkes. "Lessons from Morocco", Middle East Times. Monterey Institute of International Studies, 2007.

Dans le secteur privé, le réseau des pharmacies d'officines, qui compte environ 11 000 entités, et celui des grossistes répartiteurs, sont bien organisés et déployés sur l'ensemble du territoire national.

Dans le secteur public, le stockage et la distribution des médicaments posent d'énormes problèmes comme en témoignent les grandes quantités de médicaments périmés, les retards de livraisons et les ruptures de stocks fréquentes. Les aires de stockage sont saturées et inadaptées et les moyens logistiques sont insuffisants, tant au niveau central qu'au niveau des entités locales¹¹². La distribution des médicaments souffre cruellement d'un manque de coordination au sein du réseau de distribution et de l'absence d'un système d'information intégré permettant le pilotage de l'activité d'approvisionnement des produits pharmaceutiques. Les moyens logistiques de distribution sont insuffisants pour un système entièrement centralisé, desservant des établissements très dispersés géographiquement.

Ce système a un coût qu'il conviendra de prendre en considération dans l'élaboration des réformes futures. Il est urgent de le réformer et de considérer la possibilité d'en déléguer la gestion au secteur privé.

Répercussion du système de distribution sur l'accessibilité des médicaments au niveau des ESSB

Globalement, les dotations des délégations provinciales ne couvrent qu'environ 30% des besoins des ESSB en produits pharmaceutiques¹¹³. Ces dernières années, les dotations ont connu une augmentation, mais sans pour autant parvenir à répondre aux besoins.

Dans le système actuel de gestion, chaque ESSB exprime annuellement ses besoins en médicaments conformément à la nomenclature nationale, pour l'année N+1 sur la base des consommations moyennes des années précédentes et non à partir des besoins réels et des prescriptions médicales. Les commandes sont alors consolidées au niveau provincial puis adressées à la Division de l'approvisionnement, qui se charge des achats groupés et de l'approvisionnement des pharmacies provinciales, lesquelles approvisionnent les ESSB. Par ailleurs, d'autres directions, comme la Direction de la Population, la Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies, procèdent également à l'achat de produits pharmaceutiques en quantités plus ou moins importantes, pour les programmes de santé publique.

La gestion manuelle de ce processus, caractérisé par la longueur du circuit, le nombre important d'intervenants, une traçabilité très limitée des produits pharmaceutiques, engendrent inéluctablement un ensemble de dysfonctionnements au niveau des ESSB, comme ont pu le constater les membres du groupe de travail, lors de leurs visites sur le terrain. Selon les mots d'un médecin chef d'un centre de santé : « Nous reprenons les mêmes commandes que les années précédentes (...) ; de toute façon nous ne recevons pas toujours ce que nous avons commandé (...) ; nous recevons des produits qui sont parfois proches de la date de péremption (...) ; nous souffrons de ruptures de stocks de produits essentiels tels que les hypertenseurs, l'ocytocine, les formulations pédiatriques des antibiotiques (...) ; nous sommes souvent obligés de délivrer des ordonnances aux patients ».

¹¹² Rapport de la Commission Consultative du Médicament et des Produits de Santé, 2012.

¹¹³ Santé Vision-2015. Ministère de la santé-OMS, 2007.

Cette gestion inefficace engendre des ruptures de stocks fréquentes, la désaffection et l'insatisfaction des malades, ainsi que la démotivation du personnel soignant. Elle engendre également des pertes financières significatives, liées à la péremption de quantités importantes de médicaments et une charge financière alourdie pour les malades, le plus souvent pauvres.

4.3 La prescription des médicaments au niveau des ESSB, une rationalisation indispensable à opérer

L'OMS estime que moins de la moitié des patients des pays à revenus faibles et moyens reçoivent des soins de santé primaires conformes aux directives cliniques et protocoles thérapeutiques en matière de maladies communes et que plus de la moitié de tous les médicaments sont globalement prescrits, délivrés ou vendus de façon inappropriée¹¹⁴. Une étude menée au niveau du réseau des ESSB de la Wilaya de Casablanca confirme ce constat¹¹⁵.

Le marketing des laboratoires pharmaceutiques, orienté vers la promotion des médicaments les plus récents et les plus chers, est un obstacle majeur à la rationalisation des prescriptions. A l'inverse, cet objectif peut être atteint grâce à la publication et la diffusion de protocoles thérapeutiques, élaborés par le ministère de la Santé, et qui concernent à l'heure actuelle principalement les programmes de santé publique.

Des recommandations de bonnes pratiques médicales, concernant la prise en charge des affections de longue durée (ALD), ont été élaborées dans le cadre d'une convention de partenariat entre le ministère de la Santé, la Société marocaine des sciences médicales et l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM). A ce jour, neuf de ces recommandations sont disponibles sur le site de l'ANAM et 25 autres sont en cours d'élaboration.

¹¹⁴ Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle. OMS, 2010.

¹¹⁵ Rationalisation des prescriptions des médicaments au niveau du réseau de soins de santé de base. A. Khalid. INAS, 2004.

Quatrième partie : Les dépenses de santé et leur financement

1. Les dépenses de santé

Les dépenses totales de santé au Maroc représentent à peine 6,2% du PIB¹¹⁶, soit un niveau inférieur à celui de la moyenne des 194 pays membres de l'OMS qui est de 6,5%, et en dessous du seuil de 6% considéré par l'OMS comme étant le minimum requis pour assurer des soins de santé de base. Elles sont aussi deux fois moindres qu'en Tunisie et six fois moindre qu'en Jordanie¹¹⁷.

De même, la dépense annuelle totale en santé par habitant, pour l'année 2012, était de l'ordre de 153 dollars américains au Maroc, alors qu'elle était de 302 dollars en moyenne dans les pays membres de l'OMS¹¹⁸. Les dépenses du ministère de la Santé représentaient 4,1% des dépenses du budget général de l'état en 2012 alors que l'OMS recommande un taux de 9%¹¹⁹. A titre de comparaison, la part budgétaire de la Santé à la même période était de 10,4% en Tunisie, 10,6% en Algérie, 11,6% au Sénégal, 12,8% en Turquie et 16,3% en Jordanie¹²⁰.

1.1 Les dépenses de santé prioritairement supportées par les ménages

Le financement des soins repose encore majoritairement sur le paiement direct par les ménages. La part des dépenses de santé directement prise en charge par les ménages s'élève à 53,6%, soit en moyenne 802 DH par an et par personne¹²¹. Ces dépenses seraient certainement plus élevées, si l'on y rajoute les frais cachés, liés au transport et à l'hébergement (coûts sociaux). Dans ce cadre, la contribution demandée par les ESSB aux familles, en milieu rural notamment, pour l'achat de médicaments et de petit matériel et les frais de transports constituent parfois des obstacles à l'accès aux soins.

Le financement direct de la santé par les ménages est le mode de financement que l'on retrouve généralement dans les pays pauvres ou à revenus intermédiaires. Or le paiement direct place souvent les ménages devant des dilemmes : payer pour des services de santé ou payer la nourriture ou l'éducation des enfants ? Pour l'OMS, « même s'il est relativement faible, tout type de paiement direct imposé aux particuliers peut les dissuader d'utiliser les

¹¹⁶ N Benali. Financement public de santé au Maroc entre les contraintes et les opportunités. 2^{ème} Conférence nationale de la santé. Marrakech, juillet 2013.

¹¹⁷ Etude sur l'équité en santé. INISAN, 2012.

¹¹⁸ Statistiques mondiales de l'OMS 2013.

¹¹⁹ <http://www.em-consulte.com/rmr/article/144443>

¹²⁰ NHA_ratios_and_pc_levels_fr_1995-2009. OMS.

¹²¹ Comptes Nationaux de la Santé 2010. Ministère de la Santé, OMS, Edition 2013.

services de santé ou pousser sous le seuil de pauvreté les personnes qui la côtoient déjà »¹²². Ce n'est que lorsque le recours aux paiements directs chute à 15-20% des dépenses totales de santé que l'incidence financière n'est plus significative pour les ménages et que le taux d'appauvrissement atteint des niveaux négligeables.

L'analyse des dépenses directes des ménages en matière de santé révèle que près de 48,6% de ces dépenses sont consacrées aux médicaments. Le paiement des cabinets médicaux et cliniques privés viennent en deuxième position avec 38,7% du montant global. Ces dépenses sont principalement effectuées auprès de cabinets privés. Les hôpitaux publics n'attirent que 4,4% des dépenses directes des ménages. Ces chiffres montrent que la majorité de la population solvable a recours aux structures de soins privées, réputées garantir une meilleure qualité des soins, de meilleures conditions d'accueil et d'hébergement, et plus grande disponibilité des équipements. Le recours au secteur privé s'explique fondamentalement par les difficultés auxquelles sont confrontées les structures publiques, sur ces différents volets.

1.2 Les dépenses de l'AMO

Le régime de l'AMO accorde une place importante aux affections de longue durée (ALD), définies comme étant les maladies chroniques affectant les personnes à vie, en règle générale, et qui sont très coûteuses. Plus de 300 maladies font l'objet de dispositions réglementaires particulières pour une prise en charge améliorée dans le cadre de ce régime, avec un taux de couverture qui peut atteindre 98%, le ticket modérateur restant à la charge de l'assuré.

Selon les données de l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM), les soins ambulatoires dans le secteur privé représentent 69% des dépenses totales engagées par l'AMO, et les deux tiers de l'ensemble sont consacrées aux ALD (cf. Annexe 3). Les dépenses liées aux ALD ont représenté 51% des dépenses globales de l'AMO, en 2012, bien que ne concernant que 3,3% des assurés. Les maladies chroniques représentent donc le défi majeur auquel est confronté le système de la couverture médicale de base. Ceci appelle une politique volontariste de lutte contre les facteurs de risque de ces maladies, notamment le tabagisme, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires. Ces chiffres traduisent également la faiblesse des taux de remboursement des soins préventifs, ce qui va à l'encontre des fondamentaux d'une véritable politique de santé qui devrait privilégier la prévention des maladies chroniques, en vue d'améliorer l'état sanitaire de la population, endiguer l'amplification des risques lourds, et maîtriser ainsi les dépenses de santé à moyen-long termes. Les prix très élevés des médicaments qui sont destinés aux ALD sont aussi à l'origine de l'augmentation de ces dépenses.

1.3 Les dépenses du ministère de la Santé en matière de soins de santé de base

Selon les Comptes nationaux de la santé, les hôpitaux (y compris les CHU) absorbent la part la plus importante des crédits alloués par le ministère de la Santé à ses structures, avec 46,9% du total, alors que les ESSB n'en représentent que 34%. Contrairement aux hôpitaux, les ESSB n'ont aucune autre source de financement. Le budget alloué aux médicaments est passé de 1,6 milliards de dirhams en 2012 à 2,2 milliards en 2013. Selon le ministre de la Santé, auditionné par le CESE, l'augmentation de ce budget est notamment destinée à augmenter la dotation des ESSB en médicaments, afin de couvrir les besoins des bénéficiaires du RAMED.

¹²² Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture médicale universelle. OMS, 2010.

Cependant, la gratuité indiscriminée des soins et des médicaments au niveau des ESSB, pour tous les patients, y compris ceux qui bénéficient d'une couverture médicale ou d'une situation matérielle satisfaisante, fait supporter à l'Etat une charge budgétaire excessive. Les modalités actuelles de paiement des prestations délivrées aux assurés RAMED font que les dépenses de ce régime ne suivent pas la prestation délivrée à ses bénéficiaires. Un fonds commun, constitué par un apport de l'Etat, des collectivités locales et des adhérents a été créé et des versements devraient être effectués aux hôpitaux selon leur facturation. Il est paradoxal que les ESSB, bien que constituant la porte d'accès obligatoire des bénéficiaires du RAMED au système de soins, ne bénéficient pas du financement du RAMED.

2. Financement de la santé

2.1 Principes du financement de la santé

La question du financement de la santé est cruciale pour tous les pays, en raison de ses enjeux politiques, économiques et sociaux. Le financement des soins de santé de base ne peut être dissocié de cette problématique générale. La couverture médicale universelle (CMU) constitue le mécanisme principal de financement d'un système de santé qui se veut équitable. L'OMS a identifié trois problèmes fondamentaux à résoudre pour progresser vers une CMU : la disponibilité des ressources, la dépendance excessive aux paiements directs par les ménages et l'utilisation inefficace et inéquitable des ressources.

Le financement approprié de la santé est lié à plusieurs facteurs :

- la structure de l'économie : les pays comme le Maroc, dans lesquels le niveau d'emplois informels est élevé, font face à la difficulté d'établir l'impôt sur le revenu, à celle de prélever des cotisations (salaires non déclarés d'une part, mais aussi salaires bas), et celle de prendre en considération leur répercussion sur le pouvoir d'achat ;
- la place faite à la solidarité : solidarité entre riches et pauvres et solidarité intergénérationnelle ;
- la mutualisation des risques entre les populations à risque élevé de maladie et celles à risque plus faible ;
- la responsabilisation des ordonnateurs de soins : fournisseurs et prestataires de soins ;
- la capacité à gérer de manière performante et pérenne l'assurance maladie obligatoire ;
- l'efficacité des structures et du système de santé.

Le financement d'un système de santé peut être assuré selon trois modalités, qui sont généralement conjuguées mais dans des proportions variables selon les pays :

- le financement direct par les ménages, privilégiant le principe de responsabilité individuelle ;
- le financement mutualisé, privilégiant le principe de la solidarité ;
- le financement par la fiscalité, privilégiant le principe du droit à la santé en tant que créance des citoyens sur l'Etat.

L'OMS estime que les pays peuvent accélérer leur progression vers une couverture universelle en réduisant le recours aux paiements directs. Cela nécessite l'introduction ou le renforcement de la mise en commun des ressources. Les pays qui se sont le plus rapprochés de la couverture universelle de la santé ont eu recours au financement par l'imposition et les cotisations d'assurance. Il est cependant important de relever qu'au dix-neuvième et vingtième siècle le temps qui s'est écoulé entre le vote de la première loi sur l'assurance maladie obligatoire et le vote pour la mise en œuvre de la couverture universelle s'est compté en décennies dans de nombreux pays¹²³. A contrario, le Mexique a récemment mis en œuvre un dispositif public d'assurance-maladie, le *Seguro Popular*, qui lui a permis de parvenir à la couverture sanitaire universelle en moins de 10 ans¹²⁴.

2.2 Le financement de la santé au Maroc

Les sources de financement de la santé

Malgré la mise en place de la couverture médicale de base, les ménages continuent de financer la part la plus importante de la dépense totale de santé (53,6%). Le tableau ci-dessous donne un aperçu des différentes sources de financement publiées dans les comptes nationaux de la santé, pour l'année 2010.

Sources de financement de la santé au Maroc

Source de financement	Part du financeur (en%)
Paiements directs des ménages	53,6
Recettes fiscales nationales et locales	25,2
Couverture médicale de base (AMO/RAMED)	18,8
Coopération internationale	1,1
Employeurs (hors AMO et RAMED)	0,9

Système de la Couverture médicale de base (CMB)

La loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base (CMB) qui a été promulguée en octobre 2002 (Dahir n°1-02-296 du 25 Rajab 1423), constitue le fondement de la protection sociale en matière de santé au Maroc. Elle matérialise l'engagement de l'Etat de garantir le droit à la santé. Le système de la CMB est un système de financement des prestations de soins de santé, fondé sur les principes de solidarité, d'équité et de progressivité, afin de garantir à l'ensemble de la population du Royaume l'accès aux soins. Il est constitué de deux régimes : le Régime de l'assurance maladie obligatoire de base (AMO) et le Régime d'assistance médicale (RAMED).

¹²³ Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture médicale universelle. OMS, 2010.

¹²⁴ Rapport sur la santé dans le monde. La recherche pour la couverture sanitaire universelle. OMS, 2013.

L'AMO

Le régime de l'AMO est fondé sur le principe de la mutualisation des risques et de la contribution financière des personnes éligibles, ainsi que l'application d'un taux de couverture laissant une partie des frais à la charge de l'assuré. Le régime AMO s'applique aux fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics, aux personnes morales de droit public, aux salariés du secteur privé, aux titulaires de pension des deux secteurs public et privé et aux anciens résistants et membres de l'armée de libération. Ce régime s'applique aussi aux étudiants, aux travailleurs indépendants, aux personnes exerçant une profession libérale et toutes autres personnes exerçant une activité non salariée. A ce jour, ces dernières catégories ne sont pas encore couvertes par l'AMO (Cf. Annexe 3). Ce régime est actuellement géré par la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) et par la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS). Au 31 décembre 2012, la CNOPS couvrait 2 940 071 fonctionnaires et leurs ayants droits ; la CNSS assurait la couverture de 4 692 348 salariés du secteur privé et leurs ayant droits, en vertu de la loi 65-00. La part de la population ainsi couverte s'élevait à 34% de la population totale, selon le directeur de l'ANAM, auditionné par le CESE.

Le RAMED

Le RAMED est fondé, quant à lui, sur le principe de la solidarité nationale au profit de la population démunie qui n'est pas assujettie à un régime d'assurance maladie. Le financement de ce régime est assuré, en majorité par l'Etat et les collectivités locales. Ce régime concerne environ 8,5 millions de personnes démunies et a mis fin à l'utilisation du certificat d'indigence en vigueur jusqu'alors dans les hôpitaux, certificat qui exonérait cette population des frais liés aux soins.

Depuis le lancement de sa généralisation par S.M. le Roi le 13 mars 2012, jusqu'à fin juillet 2013, le régime RAMED a compté plus de 5 millions de bénéficiaires auxquels il faut ajouter environ 1,5 millions de personnes qui ont déposé leur dossier et peuvent accéder aux soins en cas d'urgence contre la présentation du récépissé, ce qui porte la population bénéficiaire à 77% de la population cible.

Selon la loi 65-00 et exception faite des évacuations sanitaires inter-hospitalières prises en charge par le RAMED, les paniers de soins ambulatoires et hospitaliers de l'AMO et du RAMED sont identiques. Cependant, le décret d'application du RAMED a limité ce panier aux prestations disponibles dans les hôpitaux publics.

Les critères d'éligibilité sont fondés sur les revenus, le patrimoine et les conditions de vie des demandeurs et servent au calcul d'un score. L'éligibilité est prononcée par des commissions permanentes locales qui siègent dans 1 770 annexes administratives, caïdats et pachaliks.

Les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, hospices, ou des établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille ; les pensionnaires des établissements pénitentiaires et les personnes sans domicile fixe sont admis de droit au RAMED, en application de l'article 118 de la loi 65-00. Toutefois, les modalités d'application de ces dispositions n'étant toujours pas publiées, ces populations sont pour l'instant exclues du RAMED. S'ajoutent à toutes ces catégories, les personnes qui ne peuvent pas fournir un certificat de résidence et qui sont souvent très vulnérables sur le plan social.

Le RAMED est actuellement géré par le ministère de la Santé, alors que la loi 65-00 prévoit dans ses articles 60 et 127, que la gestion du RAMED, y compris ses ressources financières, est du ressort de l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM).

Après la décision du gouvernement de généraliser le RAMED, le comité technique interministériel a étudié le plan de généralisation du régime à toutes les régions du Royaume. Plusieurs constats préoccupants ont ainsi pu être établis :

- le régime apparaît insuffisamment piloté et sa gouvernance gagnerait à être revue dans le sens d'une plus grande clarification des rôles et d'une mise en conformité avec la loi ;
- le mode de financement du régime semble décorrélé de la réalité du terrain et appelle une nécessaire refonte : les ressources ne suivent pas les patients, elles sont allouées aux hôpitaux, ce qui conduit à un accès aux soins insatisfaisant ;
- les règles d'éligibilité du RAMED sont difficilement lisibles et la méthode de *scoring* mériterait d'être simplifiée et mieux adaptée sur la base du retour d'expérience accumulé lors de l'année écoulée ;
- le dispositif d'accès aux soins, bien qu'ayant été doté de moyens supplémentaires, peine à répondre aux besoins des bénéficiaires.

A ces constats, il faut ajouter la problématique spécifique de l'accès aux soins pour les migrants subsahariens qui sont pour le moment exclus du RAMED. De fait, toute personne n'ayant pas de certificat de résidence (les sans domicile fixe, notamment les usagers de drogues, les enfants vivants dans la rue, les personnes qui louent à plusieurs une chambre, au noir) ne peuvent être inscrits au RAMED alors qu'il s'agit des populations les plus vulnérables.

Le RAMED est financé par :

- un fonds d'appui à la cohésion sociale créé en 2012 et doté de deux milliards de Dirhams. Ce fonds est destiné à financer trois programmes : la mise en œuvre du RAMED ; l'assistance aux personnes à besoins spécifique ; la lutte contre l'abandon scolaire. Ainsi la dotation de ce fonds n'est pas spécifique au RAMED et ne permet pas de faire la distinction entre les dépenses destinées au paiement des prestations RAMED de celles destinées aux autres dépenses.
- la contribution des bénéficiaires ;
- la contribution des collectivités locales : 40 dirhams par personne en situation de pauvreté absolue.

Le régime *Inaya*

Le régime *Inaya* institué par la loi 03-07 relative à l'assurance maladie obligatoire de base pour certaines catégories de professionnels du secteur privé, modifiant et complétant la loi 17-99 portant code des assurances, concerne les indépendants, les personnes exerçant une profession libérale et les artisans. Le régime *Inaya* est aujourd'hui d'ores et déjà caduc et son échec est déclaré.

Les principales raisons à l'origine de cet échec sont les suivantes :

- la loi a été publiée après la loi 65-00 sans y faire référence et se trouve être en complète divergence avec les principes fondateurs de celle-ci et ses dispositions particulières ;
- l'obligation d'assurance ne s'applique pas aux personnes ne disposant pas, en raison de leurs faibles ressources, d'un revenu annuel leur permettant de disposer d'une telle assurance ;
- le niveau de la cotisation pour une famille moyenne, composée d'un couple et de trois enfants, s'élève à 198 dirhams par mois, contre 140 dirhams par mois pour un fonctionnaire (contribution salariale et patronale) qui bénéficie de modalités de couverture bien plus larges. Les familles ayant plusieurs enfants, généralement les plus pauvres, sont appelés à cotiser davantage. Cette disposition fait fi du principe de solidarité.

L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)

En vertu de la loi 65-00, l'ANAM a pour mission d'assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base et de veiller à la mise en place des outils de régulation du système dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant. L'article 60 de cette loi énonce que l'agence est chargée de la gestion des ressources affectées au RAMED dans les conditions fixées par la loi et les textes pris pour son application. Dans les faits, la loi n'est pas appliquée, et le RAMED est directement administré par le ministère de la Santé. A ce jour, les dispositions réglementaires relatives aux modalités de gestion financière du RAMED, confiées légalement à l'ANAM, ne sont pas publiées.

En 2010, l'ANAM a élaboré et proposé à l'administration, une feuille de route pour atteindre la couverture médicale universelle à horizon 2020, organisée autour de 4 axes :

- la généralisation de la couverture médicale en renforçant la solidarité du régime des salariés, en mettant en place la couverture des étudiants et des indépendants et en consolidant le RAMED ;
- l'harmonisation des modes de couverture des différents régimes, dans le but de leur convergence vers un régime unifié à terme ;
- la régulation du système AMO, en instaurant le suivi médical coordonné (parcours de soins coordonné), en développant des programmes d'accompagnement des patients en ALD, en renforçant le dispositif de conventionnement avec les prestataires de soins, en maîtrisant les dépenses des médicaments et en veillant à l'amélioration permanente de la qualité des soins à travers l'élaboration et la mise en application des recommandations de bonnes pratiques médicales ;
- l'adaptation de la gouvernance et de la réglementation de la couverture médicale de base aux nouveaux enjeux.

Cependant, aucune suite concrète n'a été donnée à cette feuille de route pertinente qui mériterait pourtant pleinement d'être prise en considération.

Selon les données de l'ANAM, le nombre des assurés et ayants droits soumis à l'obligation d'assurance médicale et couverts en vertu des dispositions de la loi 65-00 a atteint 10 901 541

au 31 décembre 2012. Parmi eux, 3 269 000 sont couverts par les mutuelles professionnelles, caisses internes et assureurs privés (cf. Annexe 3). Les bénéficiaires assujettis à l'obligation de l'assurance maladie de base représentent environ 34% de la population totale, et ceux du RAMED, 20%. La population couverte atteint ainsi environ 54% de la population totale. En d'autres termes, près de 46% de la population marocaine ne bénéficie pas encore d'une couverture médicale de base.

En conclusion, il apparaît que le financement de la santé au Maroc est fondé sur une couverture médicale de base en constante progression depuis sa mise en œuvre récente, mais qui reste insuffisante au regard du niveau encore élevé des dépenses des ménages en matière de santé. La mise en œuvre du RAMED, qui constitue une extension importante de la couverture médicale de base, repose sur un financement fondé principalement sur la fiscalité (Etat, collectivités locales). De par la loi la pérennité de ce financement incombe à l'Etat et aux collectivités locales.

Cependant, il apparaît clairement que les modalités de gestion du RAMED sont défailtantes et qu'il est nécessaire et urgent de prendre des mesures afin d'assurer une gestion optimale des ressources financières allouées au dispositif et de mettre en œuvre une stratégie permettant de développer la solidarité nationale autour de son financement. Parallèlement, il est tout aussi impératif de développer la capacité du système de santé afin qu'il puisse répondre à la demande croissante en soins, sous peine de voir naître des sentiments de frustration, si elle n'était pas suffisamment satisfaite.

Le financement du RAMED devrait cibler prioritairement les ESSB, de manière à contribuer à leur amélioration et à l'augmentation de leur fréquentation. L'amélioration de la qualité des services des ESSB permettrait également dans ce cadre de drainer les financements de l'AMO.

L'extension de la couverture médicale de base aux indépendants apparaît aujourd'hui nécessaire et incontournable, par souci d'équité d'une part, et pour consolider le financement du système de santé d'autre part, dans la mesure où une large portion de cette population est solvable. La CNSS, qui gère actuellement le secteur privé et auprès de laquelle sont inscrits les indépendants en tant qu'employeurs, semble actuellement la mieux à même de répondre à cet impératif.

A moyen et long terme, une caisse unique regroupant les organismes gestionnaires de l'AMO et du RAMED devrait être envisagée pour réduire et optimiser les frais de gestion du système, donner tout son sens au principe intangible d'équité et de solidarité et harmoniser les procédures d'accès aux soins, de contrôle et les modalités de remboursement.

Cinquième partie : Recommandations

L'accès équitable à des soins de santé de base de qualité, aussi bien en milieu urbain que rural, est un objectif difficile à atteindre en raison de la complexité du secteur et des nombreuses contraintes qui pèsent sur le système de santé dans son ensemble. Pour surmonter progressivement et efficacement ces difficultés, il est nécessaire de conduire une réforme en profondeur du système, servie par une forte volonté politique, et d'étendre progressivement la couverture médicale.

Pour l'OMS, il s'agit de rompre avec le système actuel dans lequel « l'État fournit les ressources nécessaires pour les services de santé, (...) décide comment ces ressources sont utilisées (allouées), (...) est le (seul) prestataire des services de santé, (...) les trois fonctions (...) étant sous la responsabilité d'une seule institution et (...) pas séparées au plan organisationnel (...) ce qui est considéré comme une des causes principales de l'inefficacité et de l'inertie des services publics de santé¹²⁵ ».

Le financement du système de santé, dont le financement des soins de santé de base ne peut être dissocié, devra être placé au cœur d'une politique nationale de développement humain.

Le Conseil Economique, Social et Environnemental fait des recommandations d'ordre général et propose par ailleurs cinq axes stratégiques d'amélioration des soins de santé de base, allant dans le sens des valeurs d'équité, de solidarité et de justice sociale, sur lesquels il conviendrait que le gouvernement agisse simultanément et rapidement, de manière coordonnée et convergente pour tendre vers la santé pour tous.

Recommandations d'ordre général

- Elaborer une politique nationale de santé s'inscrivant dans une politique nationale de développement humain, ciblant en priorité les régions défavorisées, le monde rural et les populations pauvres ou vulnérables, agissant sur les déterminants de la santé (éducation, accès à l'eau potable, etc.) dans le cadre d'une convergence des interventions sectorielles, intégrant les secteurs privés à but lucratif et non lucratif et s'appuyant sur des approches communautaires.
- Affirmer et rendre effective la régionalisation comme principe fondamental de planification, d'organisation et de gestion des services de santé, en transférant aux directeurs régionaux les compétences humaines et les moyens financiers nécessaires.
- Déconcentrer vers le niveau provincial et local toutes les fonctions liées à la gestion opérationnelle des ESSB, à savoir la gestion des ressources humaines, la gestion des médicaments et des biens médicaux, la maintenance et l'entretien de l'équipement,

¹²⁵ Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture médicale universelle. OMS, 2010.

l'élaboration et l'exécution des budgets, le suivi-évaluation, la communication et l'information.

- A partir de la politique nationale de santé, décliner une stratégie sectorielle de partenariat public-privé et mettre en place le cadre réglementaire et légal approprié, ainsi que les mécanismes de régulation et les outils de suivi et d'évaluation.
- Dédier au secteur privé une direction centrale au niveau du ministère de la Santé, qui serait chargée de définir une stratégie sectorielle du partenariat public-privé et son cadre réglementaire et légal, et d'élaborer les outils de régulation et de suivi-évaluation.

Améliorer l'accès aux soins de santé de base

Réorganiser le réseau de soins de santé de base

- Rendre effective la loi cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins et définir la carte sanitaire nationale et les schémas régionaux d'offre de soins.
- Renforcer la couverture sanitaire par une stratégie sanitaire mobile et l'adapter aux spécificités géographiques et au mode de vie des populations des zones rurales et enclavées.
- Regrouper, dans les grandes agglomérations urbaines et rurales, les ressources humaines des centres de santé peu fréquentés afin de créer des *Centres de santé intégrés* disposant de plus de soignants, de moyens de diagnostic et de traitement, et proposant des consultations spécialisées hebdomadaires. Ces centres contribueraient à l'optimisation des moyens, à l'amélioration des conditions de travail, au désengorgement des hôpitaux et surtout à une prise en charge adéquate des besoins des populations.
- Inscrire le réseau de soins de santé de base dans un schéma de complémentarité avec le réseau hospitalier, en rendant effective la filière de soins, en organisant le transport des malades et les circuits des examens biologiques et en donnant au délégué provincial la possibilité de l'adapter aux spécificités locales.
- Mettre en place une gestion opérationnelle efficiente des établissements de soins de santé de base, en responsabilisant et en formant les médecins-chefs des centres de santé, et en leur déléguant des pouvoirs décisionnels.
- Mettre en place à l'échelon provincial, et en collaboration avec les collectivités locales et le secteur privé, un réseau de transport et d'évacuation sanitaire avec un système de régulation centralisé.
- Inclure les services de rééducation et de réadaptation dans les ESSB.

Lutter contre les inégalités d'accès aux soins de santé de base

- Réduire de façon significative la mortalité maternelle et néonatale : en améliorant l'accès au suivi de la grossesse et à la prise en charge de l'accouchement ; en affectant aux ESSB un personnel qualifié en nombre suffisant ; en améliorant le cadre médico-légal de l'interruption de grossesse et en abrogeant l'article 20 du Code de la famille habilitant le juge à autoriser un mariage avant l'âge légal.

- Adopter une loi-cadre contre toutes les formes de violence à l'égard des femmes, y compris la violence conjugale.
- Assurer l'accès des personnes en situation de handicap aux soins de santé de base conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées ratifiée par le Maroc en 2009.
- Permettre l'accès des migrants en situation irrégulière aux soins de santé de base, en application des engagements internationaux du Maroc en matière de droits humains.

Mettre en place des stratégies intersectorielles de prévention

- Tenir compte de la nécessaire transversalité de la prévention des maladies non transmissibles, des déficiences et du handicap, en élaborant des stratégies intersectorielles de prévention faisant intervenir le ministère de la Santé, de nombreux départements ministériels, l'industrie agroalimentaire, les bureaux d'hygiène, les médias et des associations ; en élaborant un « Plan national santé environnement ».
- Mettre en application le Plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, adopté par le Maroc à l'Assemblée mondiale de la Santé de 2013, qui comprend un ensemble de mesures pour promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique.
- Accélérer le processus d'extension de la couverture sanitaire à l'ensemble des travailleurs ; renforcer les mesures de prévention et de sécurité au travail ; encourager la formation de médecins du travail.

Améliorer l'accès aux médicaments

- Activer l'élaboration et la mise en œuvre de la politique nationale du médicament en y associant tous les acteurs concernés.
- Adopter une politique globale de baisse du prix du médicament en actualisant l'arsenal juridique et réglementaire relatif à la fixation des prix ; instituer la dégressivité des marges de distribution ; faire de la promotion des médicaments génériques un axe central de la politique nationale du médicament ; réglementer les pratiques commerciales de l'industrie pharmaceutique en matière de promotion de leurs produits ; réviser la loi 17-97 (modifiée par la loi 31-05) en vue d'y inscrire toutes les flexibilités en matière d'Accord sur les Droits de Propriété Intellectuelle appliquée au Commerce (ADPIC).
- Réformer le système de distribution et de gestion des médicaments, afin de lutter contre les ruptures de stocks et les péremptions. Cette réforme pourrait se faire dans le cadre d'un partenariat avec le secteur privé de la distribution.
- Réglementer le marketing des laboratoires pharmaceutiques qui constitue un obstacle majeur à la réduction des dépenses en médicaments et à la rationalisation des prescriptions.
- Développer et diffuser des référentiels de bonnes pratiques médicales, notamment pour les affections de longue durée.

Investir massivement dans les ressources humaines

Régionaliser et augmenter les capacités de formation et de recrutement

- Décentraliser la formation des professionnels de santé en créant des Instituts de formation aux carrières de santé (IFCS) dans les régions qui n'en disposent pas et augmenter la capacité de formation des instituts existants afin de répondre aux besoins des secteurs public et privé, tout en garantissant la qualité de la formation.
- Instaurer un diplôme national des professions paramédicales avec un examen unique pour les élèves des IFCS et des écoles privées accréditées par le ministère de la Santé, et permettre à l'ensemble des lauréats de participer au concours de recrutement de la fonction publique.
- Augmenter la capacité de formation des facultés de médecine, en ayant recours, si nécessaire, aux services d'enseignants vacataires, et permettre aux étudiants en médecine d'effectuer leurs stages au sein des hôpitaux régionaux.
- Créer la spécialité de *médecin obstétricien*, sur la base d'une formation complémentaire de deux ou trois ans, ce qui permettrait de surmonter la pénurie de gynécologues obstétriciens et d'accélérer la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale.
- Créer chaque année des postes budgétaires, en nombre suffisant, pour répondre aux besoins en personnel de santé du secteur public.

Adapter les formations aux besoins des soins de santé de base

- Inclure dans les curricula de formation des personnels de santé des modules sur les déterminants de la santé, l'économie de la santé, les nouvelles technologies de l'information, l'éthique et la déontologie.
- Rendre obligatoire pour les étudiants en médecine en fin d'études, des stages de six mois dans des centres de santé.
- Institutionnaliser pour tous les médecins généralistes exerçant dans les ESSB une formation continue dans le domaine spécifique des soins de santé de base, sous la responsabilité du ministère de la Santé, en développant l'e-learning et la formation à distance.
- Mettre en place un cursus de formation pour les spécialités médicales et paramédicales dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation.

Motiver et retenir les personnels de santé

- Mettre en place des mesures incitatives pour assurer la disponibilité et la stabilité du personnel soignant dans les zones défavorisées : en mettant à disposition des logements ; en prenant en charge les frais de déplacements ; en revalorisant les primes d'éloignement et de zones ; et en assurant la sécurité du personnel. Les collectivités locales pourraient contribuer à la concrétisation de ces mesures.

- Décharger les médecins et les infirmiers des tâches administratives pour leur permettre de se consacrer aux activités de soins, de prévention et d'éducation sanitaire et ce, en recrutant des cadres intermédiaires parmi les lauréats des divers Instituts de techniques appliquées (ITA) et en les affectant, dans un premier temps, dans les centres de santé des grandes agglomérations urbaines et rurales.
- Affecter, pour une période d'un an, tous les médecins généralistes nouvellement recrutés par le ministère de la Santé dans les centres de santé des zones défavorisées.
- Elaborer une stratégie nationale de gestion des ressources humaines avec un référentiel des emplois et des compétences et réviser en profondeur le statut des médecins du secteur public afin de le rendre attrayant et de retenir les médecins généralistes dans les ESSB.

Prévenir et lutter contre la corruption

- Mettre en application effective la convention de partenariat signée entre le ministère de la Santé et l'Instance centrale de prévention de la corruption (ICPC) en impliquant les représentants syndicaux des professionnels de santé et les associations.
- Adopter une approche stratégique globale de prévention et de lutte contre la corruption, avec une vision, des objectifs, des plans d'action et un système de suivi-évaluation.
- Mettre en place une gestion fondée sur l'efficacité, le principe de reddition des comptes, la transparence et la traçabilité.
- Améliorer l'information des patients sur la nature et le coût des prestations disponibles, sur leurs droits et obligations et mettre en place des mécanismes de recours formalisés, au sein des structures de santé.

Consolider les mécanismes de financement

- Développer les capacités de financement des soins de santé de base en affectant principalement les ressources financières du RAMED à ces soins, et en facturant les soins à tous les assurés.
- Intégrer le financement des ESSB au dispositif de la couverture médicale de base (CMB), afin d'augmenter leurs capacités de développement.
- Appliquer la loi en plaçant l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) sous la tutelle du Chef du Gouvernement afin de lui permettre de jouer pleinement, et de manière autonome, son rôle de régulation et d'encadrement du système de couverture médicale de base.
- Mettre en place une structure de gestion du RAMED indépendante du ministère de la Santé, sous la supervision de l'ANAM, afin de garantir un pilotage performant en harmonie avec le régime AMO.
- Etendre l'AMO aux étudiants et aux Indépendants en les rattachant à un organisme gestionnaire indépendant qui ne soit pas une mutuelle professionnelle.

- Mettre en place les procédures d'application des dispositions de l'article 118 de la loi 65-00 concernant la population éligible de droit au RAMED : les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, hospices ou établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou des adultes sans famille ; les personnes des établissements pénitentiaires et les personnes sans domicile fixe. S'ajoutent à toutes ces catégories, les personnes dans l'impossibilité de fournir un certificat de résidence et qui sont souvent très vulnérables sur le plan social.
- Envisager à moyen terme la fusion des organismes gestionnaires de l'AMO dans une caisse unique, et y adjoindre à plus long terme le RAMED.

Annexes

Annexe 1 : Méthodologie de travail

Annexe 2 : Glossaire

Annexe 3 : Organisation et chiffres clés de la Couverture Médicale de Base

Annexe 4 : Liste des membres de la commission permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité et composition du groupe de travail ad hoc issu de la commission

Annexe 5 : Références bibliographiques

Annexe 1 :

Méthodologie de travail

Annexe 1 : Méthodologie de travail

La démarche adoptée pour l'élaboration du présent rapport s'appuie sur la méthodologie générale des travaux du Conseil. Elle consiste à établir un état des lieux du thème traité, en s'appuyant sur une large revue documentaire. La commission permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité a ainsi procédé à une revue des études et des rapports des organismes internationaux (OMS, Banque Mondiale, etc.) sur les soins de santé primaires, ainsi que des études et rapports nationaux publiés par divers organismes : ministère de la Santé, Haut Commissariat au Plan (HCP), Observatoire national du développement humain (ONDH), Instance centrale de prévention de la corruption (ICPC), ainsi que ceux élaborés par le Conseil Economique, Social et Environnemental sur des thèmes connexes.

La commission a organisé 17 séances d'auditions auprès de différents acteurs nationaux et certaines agences des Nations Unies, quatre ateliers et trois réunions de travail avec des personnes ressources.

Des membres du groupe de travail issu de la commission se sont rendus dans deux régions présentant des contextes, géographique, économique, social et culturel différents : Al Hoceima-Taza-Taounate et Souss-Massa-Draa. Dans ce cadre, ils ont visité des centres de santé et ont rencontré différentes parties prenantes : les autorités locales, les responsables du ministère de la Santé, le personnel soignant, des élus locaux, des consultants des centres de santé et des associations impliquées dans la santé et le développement.

Par ailleurs, le groupe de travail ad hoc issu de la Commission a effectué une visite au Centre de diagnostic de la Mutuelle générale du personnel des administrations publiques (MG PAP).

Annexe 2 : Glossaire

Annexe 2 : Glossaire

- **Acceptabilité des soins** : pour être acceptés par la population, les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel et réceptif des exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie.
- **Épidémiologie** : étude des rapports existant entre les maladies ou tout autre phénomène biologique et divers facteurs (modes de vie, milieu ambiant ou social, particularité individuelle) susceptibles d'exercer une influence sur leur fréquence, leur distribution et leur évolution.
- **Incidence** : nombre de nouveaux cas annuels d'une maladie. L'incidence s'exprime en proportion par rapport au nombre d'individus.
- **Indice synthétique de fécondité** : nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer à l'intérieur d'une population. Il réfère au nombre d'enfants qu'aurait hypothétiquement une femme au cours de sa vie reproductive.
- **Prévalence** : nombre total de maladies relevé chez une population, à un instant donné, indépendamment de l'ancienneté de la maladie. Autrement dit, c'est l'incidence de la maladie multipliée par la durée moyenne de la maladie.
- **Ratio** : rapport d'une quantité sur un effectif à un instant donné. Synonymes : rapport et quotient.
- **Taux de mortalité** : rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.
- **Taux de mortalité maternelle** : nombre de décès des femmes survenus au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par les soins motivés au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Ce taux mesure la fréquence des décès des femmes pendant la grossesse ou l'accouchement et dans les 42 jours qui le suivent. Il est exprimé pour 100 000 naissances vivantes durant une année.
- **Taux de mortalité infantile** : nombre de décès d'enfants de moins d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes. Ce taux mesure la fréquence des décès d'enfants de moins d'un an. Il est exprimé pour 1 000 naissances vivantes durant une année.
- **Taux de mortalité infanto-juvénile** : nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans rapporté au nombre de naissances vivantes. Ce taux mesure la fréquence des décès d'enfants de moins de 5 ans. Il est exprimé pour 1 000 naissances vivantes durant une année.

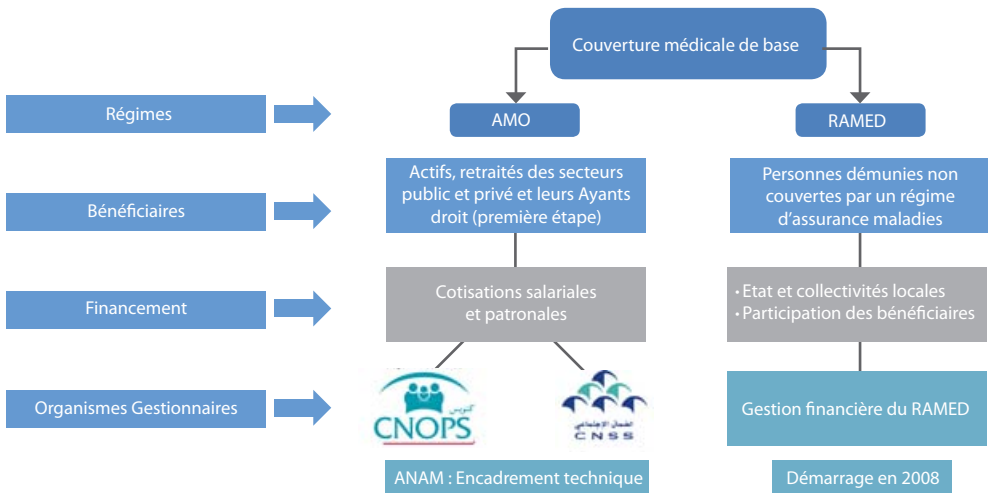
- **Taux de mortalité néonatale** : nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28e jour de vie. Son calcul se fait en comptant le nombre de décès d'enfants âgés de moins de 28 jours enregistrés durant une année donnée, pour 1 000 naissances vivantes. À distinguer de la mortalité périnatale qui concerne les mort-nés.
- **Taux de morbidité** : rapport entre le nombre de personnes atteintes d'une maladie durant une période donnée et la population totale exposée au risque d'infection.
- **Transition démographique** : passage d'un régime démographique traditionnel, où la fécondité et la mortalité sont élevées, à un régime où la fécondité et la mortalité sont beaucoup plus faibles.
- **Transition épidémiologique ou transition sanitaire** : période de baisse de la mortalité. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et d'une transformation des causes de décès ; les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents.

Annexe 3 :

Organisation et chiffres clés de la Couverture Médicale de Base

Annexe 3 : Organisation et chiffres clés de la Couverture Médicale de Base

1. Le système de la Couverture Médicale de Base



2. Chiffres clés de l'AMO¹²⁶

Tableau 1 : Évolution de la population couverte par l'AMO

	CNOPS				CNSS			
	Actifs	Pensionnés	Total	Evolution	Actifs	Pensionnés	Total	Evolution
2006	1 915 948	460 458	2 376 406	-	2 468 726	217 945	2 686 671	-
2011	2 093 891	625 831	2 719 722	↑14%	3 385 603	651 849	4 037 452	↑50%

¹²⁶ Bilan de l'Assurance Maladie Obligatoire-2011. ANAM, octobre 2012.

Tableau 2 : Nombre des assurés et ayants droits au 31-12-2012, soumis à l'obligation d'assurance médicale et couverts en vertu des dispositions de la loi 65-00

Organisme gestionnaire	Nombre d'assurés
CNSS	4 692 348
CNSS - 114 employeurs du secteur privé couverts par les mutuelles, caisses internes et assureurs privés	1 244 122
CNOPS	2 940 071
Mutuelles et caisses internes publiques (OCP, RAM, ONCF, CNSS, ONE, etc.)	550 000
MAFAR (Mutuelle du personnel des Forces armées royales)	1 200 000
Diverses populations (<i>Chioukh-Mokaddmines, Imams, Anciens résistants, etc.</i>)	275 000
Total des assurés et ayants droits au 31-12-2012 soumis à l'obligation d'assurance médicale et couverts en vertu des dispositions de la loi 65-00	10 901 541

Tableau 3 : Évolution de la part des dépenses relatives aux affections de longue durée (ALD)

		2006	2007	2008	2009	2010	2011
CNSS	Dépenses totales	74	209	415	673	956	1286
	Dépenses ALD	29	72	182	408	501	732
	La part des dépenses ALD	39%	34%	44%	61%	52%	57%
CNOPS	Dépenses totales	1651	2175	2431	2869	3245	3473
	Dépenses ALD	-	-	1060	1266	1521	1695
	La part des dépenses ALD			44%	44%	47%	49%
Total	Dépenses totales	1725	2384	2846	3542	4201	4759
	Dépenses ALD	-	-	1242	1674	2022	2427
	La part des dépenses ALD	-	-	44%	47%	48%	51%

3. Équilibre budgétaire des caisses de l'AMO

Tableau 4 : Évolution de l'excédent d'exploitation pour la CNSS (en milliers de dirhams)

	CNSS						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Recettes totales	505 920	1 783 492	2 315 281	2 588 545	2 827 450	3 181 681	4 334 766
Dépenses totales	260 751	729 667	855 898	907 826	1 072 037	1 302 761	1 894 978
Excédent	245 169	1 053 825	1 459 383	1 680 719	1 755 414	1 878 920	2 439 788
Excédent cumulé	245 169	1 298 994	2 758 377	4 439 096	6 194 509	8 073 429	10 513 217

*Données provisoires

Tableau 5 : Évolution de l'excédent d'exploitation pour la CNOPS (en milliers de dirhams)

	CNOPS						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Recettes totales	956 440	3 048 337	4 486 753	3 465 861	3 676 566	3 950 251	4 300 927
Dépenses totales	555 947	2 041 446	3 509 544	3 046 212	3 100 288	3 502 753	3 898 706
Excédent	400 493	1 006 981	977 209	419 649	576 278	447 498	402 221
Excédent cumulé	400 493	1 407 384	2 384 593	2 804 242	3 380 520	3 828 018	4 230 239

L'excédent d'exploitation augmente, en moyenne annuelle de 0,288 millions dirhams par an, ce qui porte l'excédent cumulé à 4,2 milliards de dirhams depuis l'avènement de l'AMO jusqu'à 2011.

Malgré la montée en charge du régime AMO géré par la CNSS, l'excédent annuel est 3,4 plus élevé à la CNSS qu'à la CNOPS, en moyenne, sur les trois dernières années.

À l'horizon 2017, les recettes prévisionnelles pour la CNSS atteindraient 6,13 milliards de dirhams et les dépenses 7,44 milliards. Pour la CNOPS, les recettes prévisionnelles seraient de 5,12 milliards de dirhams et les dépenses de 5,6 milliards¹²⁷.

Le premier déficit financier serait observé en 2016 pour le régime AMO géré par la CNSS et en 2015 pour le régime AMO géré par la CNOPS.

¹²⁷ Bilan de l'Assurance Maladie Obligatoire-2011. ANAM, octobre 2012.

Annexe 4 :

Liste des membres de la commission permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité

Annexe 4 : Liste des membres de la commission permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité

Catégorie des Experts

- Fouad Ben Seddik
- Hajbouha Zoubeir
- Hakima Himmich
- Amina Lamrani
- Abdelmaksoud Rachdi

Catégorie des représentants des syndicats

- Ahmed Baba Aabane
- Ahmed Bahanniss
- Ali Bouzaachane
- Nour-eddine Chahbouni
- Mostafa Chanaoui
- Mohammed Dahmani
- Lahcen Hansali
- Jamaâ El Moatassim
- Mohamed Abdessadek Essaïdi
- Mustapha Khlafa

Catégorie des Organisations et Associations Professionnelles

- Bouchaïb Benhamida
- Mohamed Hassan Bensalah
- Abdelhai Bessa
- Mohammed Boulahcen
- Mohammed Fikrat
- Ahmed Ouayach

Catégorie des Organisation et Associations œuvrant dans les domaines de l'économie sociale et de l'activité associative

- Abdelmoula Abdelmoumni
- Laila Berbich
- Jaouad Chouaib
- Mohammed Elkhadiri
- Wafia Lantry
- Zahra Zaoui

Catégorie des personnalités et qualité

- Rachid Benmokhtar Benabdellah
- Khalid Cheddadi
- Chakib Tazi Sidqui

Annexe 5 :

Liste des membres du groupe de travail
ad'hoc issu de la Commission

Annexe 5 : Liste des membres du groupe de travail ad'hoc issu de la Commission

- **Rapporteure principale** : Hakima Himmich
- **Corapporteur** : Jaouad Chouaïb

Membres du groupe de travail

- Ahmed Bahanniss
- Rachid Benmokhtar
- Mohammed Dahmani
- Mohammed Elkhadiri
- Wafia Lantry
- Chakib Tazi Sidqui
- Zahra Zaoui

Annexe 6 :

Liste des institutions, organismes
et associations auditionnés

Annexe 6 : Liste des institutions, organismes et associations auditionnés

Organismes et institutions	Acteurs auditionnés	Nombre
Départements ministériels et institutions	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Ministère de l'Intérieur (DGCL) • Ministère des Affaires Générales et de la Gouvernance • Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle • Ministère de l'Équipement et du Transport • Ministère de l'Économie et des Finances • Ministère de la Jeunesse et des Sports • Office national de l'électricité et de l'eau potable (ONEE) • Observatoire national du développement humain (ONDH) • Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) • Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) • Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) • Instance centrale de prévention de la corruption (ICPC) 	13
Organisations professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Conseil national de l'Ordre des médecins • Conseil national de l'Ordre des pharmaciens • Conseil national de l'Ordre des médecins dentistes du Maroc 	3
Agences des Nations Unies	<ul style="list-style-type: none"> • UNICEF • UNFPA 	2
Syndicats	<ul style="list-style-type: none"> • Union générale des travailleurs au Maroc (UGTM) • Union marocaine du Travail (UMT) • Fédération démocratique du Travail (FDT) • Confédération démocratique du Travail (CDT) • Union nationale du Travail au Maroc (UNTM) • Collège syndical national des médecins spécialistes du secteur privé • Syndicat national des médecins généralistes • Syndicat national des médecins du secteur libéral • Syndicat national des cliniques privées • Union nationale des professions libérales • Syndicat national des pharmaciens du Maroc • Collectif national des pharmaciens du Maroc • Fédération nationale des syndicats des médecins dentistes du secteur privé au Maroc • Syndicat professionnel national des opticiens du Maroc 	14

Associations	<ul style="list-style-type: none"> - Transparency Maroc - Association de lutte contre le sida (ALCS) - Ligue marocaine de protection de l'enfance (LMPE) - Association marocaine de planification familiale - Association nationale des sages-femmes au Maroc - Association nationale des sages-femmes au Maroc- Réseau libéral - Association marocaine des sciences infirmières et techniques sanitaires - Action Urgence - Ligue marocaine de lutte contre le diabète 	9
--------------	--	---

Réunions du groupe de travail ad hoc issu de la commission :

- Organisation mondiale de la santé (OMS)- Bureau de Rabat
- Agence de développement social (ADS)
- Direction du laboratoire national de contrôle des médicaments

Annexe 7 : Références bibliographiques

Annexe 7: Références bibliographiques

Ministère de la santé

- Projet amélioration de l'offre de soins en milieu rural. UNICEF/ ministère de la santé, 1997.
- Audit technique de l'organisation du ministère de la Santé dans la perspective de la mise en place des structures régionales de la santé, 2002.
- Enquête Nationale de Prévalence des Troubles Mentaux et Toxicomanies. Ministère de la Santé, 2003.
- Aspects concernant les prix des médicaments au Maroc. DMP, A. Mahly ministère de la Santé, 2004.
- La rationalisation des prescriptions des médicaments au niveau du réseau de soins de santé de base. A. Khalid. INAS, ministère de la Santé, 2004.
- Aspects concernant les prix des médicaments au Maroc. A Mahly, DMP, ministère de la Santé, 2004.
- L'Offre de soins au Maroc. Ministère de la Santé, 2007.
- Santé Vision-2015. Ministère de la santé, 2007.
- Santé-Vision 2020. Ministère de la Santé, 2007.
- L'approche des Besoins Essentiels de Développement : une approche communautaire pour mettre l'INDH au service de l'amélioration de la santé. Ministère de la Santé/OMS, 2007
- Plan d'action 2008-2012. Ministère de la Santé, 2008.
- Programme d'Appui à la Régionalisation, à la Déconcentration et au Renforcement des Soins de Santé de Base au Maroc. Ministère de la Santé/Conseil Santé, 2009.
- La démographie médicale et paramédicale. Ministère de la santé, 2010.
- La couverture par le RESSB : Evolution au rythme des changements. A.Zayyoun. INAS, ministère de la Santé, 2011.
- Proposition d'un modèle de santé communautaire au Maroc. Ministère de la Santé/ UNICEF, 2011.
- Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale. Ministère de la Santé, 2011.
- Stratégie sectorielle de santé 2012-2016. Ministère de la Santé, 2012.
- Santé en chiffres 2011. Ministère de la Santé, 2012.

- Rapport de la Commission Consultative du Médicament et des Produits de Santé. 2012.
- Etude sur l'équité en santé au Maroc. Ministère de la Santé/ INSAN, 2012.
- Comptes Nationaux de la Santé 2010. Ministère de la Santé/OMS, 2013.
- Regard sur les indicateurs sanitaires. Ministère de la santé, 2013.
- Rapport de l'Etude bio-comportementale auprès des usagers de drogues injectables à Tanger et Nador 2010-2011, DELM/Ministère de la Santé avec l'appui du Fonds Mondial et de l'ONUSIDA.
- Plan d'action 2012-2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ministère de la Santé.
- La valorisation de la médecine générale : nécessité d'une stratégie à plusieurs volets ! Forum National sur les Soins de Santé Primaires. B Millette. Ministère de la Santé, OMS. Rabat, 2009.
- Comptes Nationaux de la Santé 2010, ministère de la Santé/ OMS, 2013
- Livre blanc: pour une nouvelle gouvernance de la santé. 2^{ème} Conférence Nationale sur la santé. Ministère de la Santé, juillet, 2013.

Autres départements ministériels du Royaume du Maroc

- Etude sur les associations marocaines de développement : diagnostic, analyse et perspectives.
- Ministère du Développement social, de la Famille et de la Solidarité, 2005.
- Rapport de la Mission d'Information sur le Prix du Médicament au Maroc. Royaume du Maroc, Chambre des Représentants, Commission des Finances et du Développement Economique, Novembre 2009.
- Statistiques des activités des sections de la justice de la famille, 2011. Ministère de la Justice et des Libertés.
- Rapport des 1^{ères} assises de la gouvernance et de la synergie des stratégies et des programmes sectoriels. Ministère des Affaires Générales et de la Gouvernance, 12-13 février 2013.

Rapports du Conseil Economique, Social et Environnemental

- Pour une nouvelle charte sociale : des normes à respecter et des objectifs à contractualiser. CES, 2011.
- Promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie économique, sociale, culturelle et politique. CES, 2012.
- Respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap, CESE, 2012.
- Le système fiscal marocain : développement économique et cohésion sociale, CES, 2012
- La gouvernance des services publics. CESE, 2013.

- La gestion et le développement des compétences humaines : levier fondamental de réussite de la régionalisation avancée. CESE, 2013
- Initiative Nationale pour le développement humain : analyse et recommandations. CESE, 2013.

Organisation Mondiale de la Santé

- Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation. WHO, 1981.
- La violence à l'égard des femmes. Aide-mémoire, N 12, OMS, 1996.
- Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant. OMS, 2000.
- Implications de la déclaration sur les ADPIC et la santé publique, Doha, OMS, N°12, 2002.
- Les médecins et les prescriptions des génériques. OMS, 2002.
- Les systèmes de santé : des soins intégrés fondés sur des principes. OMS, 2003
- Investir dans la santé. Résumé des conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé. OMS, 2004.
- Rapport de la commission Macroéconomie et Santé. OMS, 2002, mis à jour en 2004.
- Rapport sur la santé dans le monde. Travailler ensemble pour la santé. OMS, 2006.
- Revue du développement de la stratégie des soins de santé primaires et de l'objectif « Santé Pour Tous d'ici l'an 2000 » au Maroc. M Laaziri. OMS, 2007.
- Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs. 60^{ème} assemblée mondiale de la santé. OMS, 2007
- Rapport sur la santé dans le monde. Les Soins de Santé Primaires. Maintenant plus que jamais. OMS, 2008.
- Rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. OMS, 2008.
- Droits de l'Homme et Santé. OMS, 2008.
- Droits sexuels et reproductifs et genre. Où en sommes-nous ? Commission Femmes et développement. OMS, 2008.
- Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture médicale universelle. OMS, 2010.
- La grossesse chez les adolescentes. OMS, mai 2012.
- Interventions for Preventing Unintended Pregnancies Among Adolescents. OMS, 2012.
- Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion. OMS, 2013.

- Rapport sur la santé dans le monde : la recherche vers la couverture sanitaire universelle. OMS, 2013
- Statistiques mondiales. OMS, 2013.

Autres agences des Nations Unies

- Rapport sur le développement humain. PNUD, 2003.
- Dar Al Oumouma, projet sur l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux en milieu rural. Programme de Coopération Maroc. UNICEF 2002-2006.
- Health policy note towards a more equitable and sustainable health care system - policy challenges and opportunities. World Bank. MENA. 2008.
- Appui à la protection et à la défense des Droits des Personnes vivant avec le VIH ». CNDH et ONUSIDA. 2010.
- The potential impact of free trade agreements on public health. ONUSIDA, PNUD, 2012.
- Rapport de l'OIT, 2013.

Enquêtes de l'Haut Commissariat au Plan

- Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes. HCP, 2009
- Table de mortalité au Maroc. HCP, 2010.
- Enquête Nationale sur l'Anthropométrie. HCP, 2011.

Enquêtes ICPC, ONDH, ANAM

- Etude d'impact de la campagne sur les médicaments génériques. ANAM, 2006.
- Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc. Etude de cas. ONDH, 2010.
- Rapport de l'ICPC, 2010-2011
- Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la sante. ICPC, 2011.
- Deuxième rapport annuel de l'ONDH. 2011.
- Bilan de l'Assurance Maladie Obligatoire-2011. ANAM, octobre 2012.

Rapports d'ONG internationales

- Rapport annuel des activités du centre d'appui juridique contre la corruption, Transparency Maroc, 2012. Baromètre mondial de la corruption. Transparency International, 2013.
- Rapport sur les Migrants Subsahariens en Situation Irrégulière au Maroc. MSF, mars 2013.

Communications

- D El Yazami. Le droit à la santé dans la nouvelle constitution. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.
- D Bettcher. Transition épidémiologique et nouvelle santé publique. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013
- G Dassault. Le développement des ressources humaines en santé, défis et expériences internationales. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.
- N Benali. Financement public de santé au Maroc entre les contraintes et les opportunités. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.
- R Mrabet. Réforme des études médicales et défi de la démographie. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.

Autres publications

- L Birkes. "Lessons from Morocco", Middle East Times. Monterey Institute of International Studies, 2007.
- G Krikorian : Evolutions récentes de la législation sur la propriété intellectuelle au Maroc et accès aux médicaments. KESTudies vol. 1, 2007.
- G Krikorian, K Marhoum El Filali, H Himmich. L'accès aux médicaments sous le nouveau régime de protection des brevets : cas du sida au Maroc. KESTudies Vol 2, 2008.
- L'éducation, un levier pour améliorer la santé et la cohésion sociale – © OCDE 2010.
- Association Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique AMIP: "Secteur pharmaceutique Marocain: Réalités sur le prix des médicaments et intérêts du secteur", Mars 2010.
- M Sajoux. Démographie, vulnérabilité socioéconomique et santé, in Éléments de comparaison entre milieu rural et milieu urbain au Maroc. Santé et vulnérabilités au Maroc. IRD, 2010.
- Etat des lieux des environnements favorables à la pratique des professionnels de la Santé au Maroc. AMSITS, 2010.
- Les enjeux de la prévention en matière de santé. Avis du CESE, France, 2011.
- Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger. IRDES, 2012.
- S Touzani. Estimation de l'impact sanitaire de l'hépatite C au Maroc (modélisation prévisionnelle). Thèse de doctorat en médecine, 2012.
- JE Stiglitz, article traduit et publié par L'Economiste du 10 juillet 2013.
- Atlas national de la démographie médicale de France. Conseil national de l'Ordre des médecins, 2013.