Université Mohammed V de Rabat
Faculté des Sciences Juridiques Economiques et Sociales
- Agdal -

Thèse de Doctorat en sciences juridiques sur le sujet

Une bonne gouvernance sanitaire pour un meilleur accès aux soins au Maroc

Préparée par

AIT YOUSSE ABDERRAZAK

DESS - UFR : Droit de la santé -

Sous la Direction du Professeur

FARID EL BACHA

Membres du Jury :

- **Pr. EL HILA Abdelaziz : Président du jury**
- **Pr. NAJI Rajae : Chef de l'UFR Droit de la santé**
- **Pr. AMI Ali : Suffragant**

Année universitaire 2016-2017

Remerciements

- ***Remerciements à mes parents « Mahmoud et Jmiaa » pour tout.***

- ***Remerciements à mon Professeur Monsieur Farid El Bacha qui a bien voulu encadrer cette Thèse de Doctorat.***

- ***Remerciements à mon Professeur Mme Rajae Naji (Chef de L'UFR Droit de la santé).***

- ***Je dois aussi de vifs remerciements aux éminents professeurs, membres de jury, qui ont accepté de bonne grâce de lire ce travail pour en faire l'évaluation et enrichir la soutenance par leurs observations.***

- ***Remerciements à Mme Aïcha, bibliothécaire de la DHSA (Ministère de la santé).***

- ***Remerciements à tous les amis qui m'ont soutenu.***

Liste des acronymes

- **SNS : Système national de santé**
- **OMS : Organisation mondial de santé**
- **CNOPS : Caisse national des organismes de prévoyance sociale**
- **CNSS : Caisse national de sécurité sociale**
- **ANAM : Agence national d'assurance maladie**
- **AMO : Assurance maladie obligatoire**
- **RAMED : Régime d'assistance médicale**
- **RSI : Règlement sanitaire international**
- **RESSP : Réseau des établissements de soins de santé primaire**
- **RH : Réseau hospitalier**
- **RISUM : Réseau intégré des soins d'urgence médicale**
- **REMS : Réseau des établissements médico-sociaux**
- **CS : Carte sanitaire**
- **SROS : Schéma régionale de l'offre de soins**
- **PEH : Projet d'établissement hospitalier**
- **CHU : Centre hospitalier et universitaire**
- **PPP : Partenariat public privé**
- **INDH : L'initiative National pour le développement Humain**
- **SEGMA : Services d'Etat Gérés de Manière Autonome**
- **EPH : Etablissement public hospitalier**
- **RIH : Règlement intérieur des hôpitaux**

Sommaire du plan

Une bonne gouvernance sanitaire pour un meilleur accès aux soins au Maroc

1ère partie : Les insuffisances de l'accès aux soins et la gouvernance sanitaire au Maroc

Titre I : L'accès aux soins et la gouvernance sanitaire : Des concepts à définir

- **CH I : L'accès aux soins : Un concept multidisciplinaire et c'est un droit cadré par le droit à la santé**
- **CH II : La gouvernance : Un concept mondial et un concept constitutionnel au Maroc**
- **CH III : Définition de la gouvernance sanitaire : La fonction de direction ou administration générale**

Titre II : Les insuffisances de l'accès aux soins à travers le Système National de Santé

- **CH I : Le système National de Santé Marocain (SNS)**
- **CH II : Un accès aux soins géographiquement déséquilibré**
- **CH III : Un accès aux soins fonctionnellement malade**
- **CH IV : Un accès aux soins économiquement difficile**

Titre III : Les insuffisances de la gouvernance sanitaire

- **CH I : Un déficit de la gouvernance sanitaire institutionnelle**
- **CH II : Faiblesse de la gouvernance au niveau des structures de soins, de protection et de prévoyance sociale**
- **CH III : Des constats négatifs sur les patients et certains professionnels de santé**

Conclusion de la 1ère partie

2ème partie : Pour une gouvernance sanitaire plus efficiente

Titre I : Une administration sanitaire déconcentrée, démocratisée et moralisée au service d'une stratégie sanitaire cadrée

- **CH I : Un cadrage logique et juridique de l'action de l'Etat dans le domaine de la santé**
- **CH II : La régionalisation sanitaire : Outil pour une bonne gouvernance locale du système de santé**
- **CH III : La Moralisation et la démocratisation de l'administration sanitaire**

Titre II : Nouveaux outils de régulation pour un accès aux soins pour tous

- **CH I : Une régulation pour un accès géographique aux soins pour tous**
- **CH II : Une régulation pour un accès économique aux soins pour tous**
- **CH III : Une régulation pour un système d'information sanitaire et des soins de qualité pour tous**

Titre III : Une bonne réglementation sanitaire bien appliquée et une coopération bien cadrée

- **CH I : Coordonner la coopération des divers acteurs à missions sanitaires**
- **CH II : Une bonne réglementation sanitaire**
- **CH III : Contrôler, auditer et sanctionner les dérives**

Conclusion

Annexes

Bibliographie

Introduction

Tous les Etats du Nord au Sud, ont eu besoin à un moment de leurs histoires de renforcer leur légitimité, et de constituer ou de reconstituer une cohésion sociale indispensable pour construire une nation. Pour réussir ce pari, l'Etat a concentré ses efforts sur un des domaines les plus producteurs de solidarité à savoir la santé, le bien le plus précieux du genre humain. Cette dernière est au cœur de la vie des gens et doit faire l'objet de politiques et d'actions efficaces.

Longtemps éclipsée par des préoccupations d'ordre macroéconomiques et financières, la santé revient au cœur des politiques de développement, dans le double sillage de la lutte contre la pauvreté ,et de la montée de préoccupations sanitaires globales qui en font un Bien Public Mondial. La santé en tant que secteur social stratégique et essentiel à la réalisation du développement économique et du bien-être social de la population, requiert, dans tous les domaines, des efforts coordonnés, synergiques et concomitants de plusieurs acteurs et intervenants.

La santé fait partie des sujets récurrents des discussions interétatiques, sa position centrale actuelle résulte d'un long processus d'internationalisation des politiques sanitaires accentué par la mondialisation. Le domaine de la santé bénéficie depuis quelques années d'un intérêt plus marqué, cet intérêt n'est pas strictement d'ordre sanitaire. En effet, le sida, les problèmes environnementaux et notamment la recherche de politiques favorables au développement, contribuent à cette élévation de la santé au rang des priorités affichées, car santé et développement sont indissociables, dans la mesure où un bon état de santé permet aux individus de mener une vie productive, sur le plan social et économique, il est à la fois une voie essentiel vers le développement et le produit final de celui-ci.

En ce sens que le développement, n'est plus une simple notion quantitative de croissance économique sur la base du produit national brut (PNB), mais il est également une notion qualitative, qui vise une amélioration du niveau et des conditions de vie de la population au moins dans les domaines de l'alimentation, du logement, de l'emploi et de la santé et autres. Le développement est ainsi un phénomène globale, embrassant des domaines aussi variés que le culturel, le politique et le social, en somme il s'agit de l'épanouissement de la population d'une société donnée.

La santé est importante pour le bien-être des individus et de la société, aussi une population en bonne santé est également une condition préalable à la

productivité et à la prospérité économiques. Actuellement le nombre d'années de vie en bonne santé a été introduit comme indicateur structurel afin de souligner que l'espérance de vie en bonne santé, et pas uniquement la durée de vie de la population, était un facteur de croissance économique essentiel. En ce sens que le développement a pour finalité de rendre les gens capables de mener une vie économiquement productive et socialement satisfaisante, ainsi le développement sanitaire est une condition essentielle au développement socio-économique.

A cet égard, la réflexion mondiale actuelle sur la problématique du développement durant ce nouveau siècle, s'est couronnée par un pacte pour réaliser des objectifs millénaires pour le développement (OMD), dont la santé occupe une place centrale, puisque trois objectifs sur les huit déclarés concernent directement la santé les trois restants la concernent indirectement.

Dans ce cadre au Maroc, la vision du développement humain à l'horizon 2025 conçoit : « un Marocain développé sur le plan sanitaire, c'est à dire concevant la santé dans son acception moderne, et recherchant le bien-être physique, mental, familial, professionnel et social, vivant dans un environnement sain ; non victime des maladies transmissibles et non transmissibles ; conscient de son droit à la santé (équité, justice et liberté) , et de son devoir de santé (capacité de production) ; ayant la culture et l'éducation d'un homme sain (hygiène de vie) ; prenant en charge sa santé individuelle, conscient de la responsabilité de son comportement sur sa famille, sur la société, sur le coût économique de la santé et sur la préservation de l'environnement[1]».

Aussi, la santé se situe au carrefour des problèmes du monde. Il existe en effet un décalage parfois important entre les problèmes de santé, les réponses qui leurs sont apportées, et le cadre dans lequel elles doivent s'inscrire. Compte tenu de l'urgence de certaines interventions sanitaires, la perpétuation de ces décalages peut conduire à des situations de tension, dont les effets se feraient sentir au-delà de la santé : Instabilité des Etat et zones régionales, frein au développement économique. Pour ces raisons la santé est devenue un enjeu de gouvernance mondiale, qui se situe d'avantage au niveau des moyens disponibles pour lutter contre les maladies et les effets de celle-ci, c'est précisément l'accès aux soins et aux médicaments qui séparent les populations, l'objectif mondial est donc de corriger ces disparités et ces inégalités de plus en plus prononcés pour la santé de la population ce qui appellent une nouvelle approche stratégique.

[1] 50 ans de développement humain & perspectives 2025.Rapport thématique : système de santé et qualité de vie.

La santé est de plus en plus considérée comme un aspect fondamental de la sécurité humaine, et occupe une place importante dans les débats sur les priorités du développement, en ce sens que, les sociétés développées font de la réduction des inégalités un souci permanent. Dans le cadre particulier de la santé, et plus particulièrement de l'accès et de l'accessibilité aux services sanitaires, l'accessibilité aux soins de santé est une question qui a suscité beaucoup de réactions au fil des années, la préoccupation majeure étant de rendre ces soins disponibles à toutes les personnes, quelle que soit la catégorie sociale à laquelle elles appartiennent et quels que soit leurs revenus.

Cette préoccupation mondiale, pour le droit à la santé et son corolaire le droit aux soins, donne au sujet que nous avons choisi son intérêt et son actualité. Cette préoccupation, à laquelle on peut ajouter celle de toute la communauté Marocaine, ayant pour but l'amélioration de l'état de santé , visant à garantir la participation des citoyens au développement durable du pays, préoccupation qui s'inscrit dans une politique de développement social , prôné pour le Maroc sous les hautes directives Royales, reposant fondamentalement sur la solidarité , la cohésion et le développement humain, politique illustrée par l'initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH), et par la priorité donner au domaine social dans les discours royaux et consacrée dans le programme gouvernemental actuel, d'où l'intérêt particulier que nous portons pour l'accès aux soins.

Le droit à la santé en tant que principe fondamentale du XXIe siècle, fait ainsi l'objet d'une attention soutenue au Maroc, représentant une priorité de l'Etat. Ce droit fondamental, universellement reconnu à tout être humain, comme la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre ,constitue la base légale d'un autre droit beaucoup plus concret , à savoir le droit aux soins pour tous , et c'est sans doute le droit le plus revendiqué par les citoyens. Ce droit à l'accès aux soins, avec toutes les dimensions qu'il implique, constitue le premier concept central de cette recherche que nous allons longuement l'expliciter,

La problématique de l'accès aux soins, est liée à la question éthique et politique du traitement des citoyens en général, et les pauvres et les plus démunis en particulier par l'Etat. Depuis plusieurs années, on commence à comprendre que la santé est au cœur de la précarité, elle est à la fois la cause et la conséquence du processus menant à l'exclusion. Permettre un accès aux soins pour tous sans discrimination, et de façon adaptée aux besoins serait déjà un grand pas vers une plus grande égalité et une justice sociale. A cet égard, l'OMS a défini un "Droit à la santé" pour tous, avec, pour corollaire, un égal "accès aux soins" pour tous.

Cet accès aux soins a été consacré depuis le milieu du 20ème siècle, comme un droit fondamental de l'homme dans de nombreux instruments juridiques nationaux et internationaux, aussi par la nouvelle constitution de 2011 au Maroc, en l'occurrence , l'article 31 qui a consacré solennellement , entre autres, le droit aux soins de santé, accompagné par le droit à la protection sociale et à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat. Car l'exercice des droits et libertés est tributaire de la santé des citoyens concrétisé par l'accès aux soins.

Afin de mieux cerner le sujet, il paraît indispensable de définir les mots constituants le titre de cette thèse, et d'en approfondir le sens. A ce propos, le droit aux soins, ne peut exister sans la possibilité d'un accès aux soins, par sa définition, le terme « accès » introduit la notion de « facilité plus ou moins grande d'accéder »[2]qui est au centre de ce travail. Cet accès pour la personne, se fait nécessairement à partir d'un milieu, défini par « l'ensemble des conditions extérieures dans les quelles vit et se développe un individu humain »[3].La littératures s'attachant à définir ce concept est fort abondante, il faut y voir la preuve d'une part, de la position centrale qu'occupe ce concept pour les sciences humaines, sociales, et médicales qui traitent des soins et services de santé, et d'autre part, de la controverse qui entoure sa définition.

L'accès aux soins de santé est un concept multidimensionnel, qui implique l'équilibre de divers facteurs à l'intérieur des limites pratiques, inhérentes aux ressources et aux capacités d'un pays donné. Ces facteurs comprennent les ressources humaines, le financement, le transport, la liberté de choix, l'éducation publique, la qualité et l'allocation de moyens technologiques, en somme, le concept de l'accès aux soins incarne, les principes d'égalité et de la justice sociale. Sur l'accessibilité, l'OMS précise que les installations, biens et services en matière de santé, doivent être accessibles à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie (membre de l'OMS). Cette accessibilité suppose la non-discrimination et comporte des dimensions qui se recoupent mutuellement, à savoir l'accessibilité physique, accessibilité économique, accessibilité à l'information.

Malgré les politiques gouvernementales pour la promotion de la santé depuis l'indépendance, la demande de soins ne cesse d'augmenter à cause des évolutions contemporaines que connaît le Maroc, notamment la transition

[2] Dictionnaire de L'Académie française, 8th Edition (1932-5) : « accès. n. m. Facilité plus ou moins grande d'accéder dans un lieu ».
[3] Dictionnaire Le Robert.

démographique[4] et épidémiologique[5], l'urbanisation rapide, la détérioration de l'environnement ainsi que l'essor extraordinaire de la technologie médicale accompagné de la cherté des soins. Par ailleurs, le contexte économique international et régional est marqué par une crise économique à l'échelle mondiale. Les budgets publics et sociaux sont revus drastiquement à la baisse, dans le cadre de plans d'austérité et les perspectives de croissance sont revues à la baisse dans plusieurs pays. Les systèmes de santé ne sont pas épargnés par le rythme rapide des changements et transformations qui constituent un élément essentiel de la mondialisation actuelle. Ces constats représentent les principales préoccupations des décideurs marocains pour garantir l'équité en matière d'accès aux soins et l'instauration d'une couverture sanitaire universelle pour atteindre les objectifs du millénaire.

Après avoir défini notre système national de santé, comme étant « constitué de l'ensemble des institutions, des ressources et des actions organisées pour la réalisation des objectifs fondamentaux de santé ». Et en reprenant chacune des dimensions de l'accès aux soins, nous allons constater, après l'examen de ces données officielles, qu'il existe un véritable fossé entre les régions , et entre le milieu urbain et rural des mêmes régions, et des dysfonctionnements dans les structures de soins ,de protection et de prévoyance sociale au Maroc.

A titre d'exemple, une étude réalisée par le Ministère de la santé en octobre 2003 conclut que 25% de la population rurale se trouvait toujours à plus de 10 km d'un établissement de soins[6]. Malgré tous les efforts consentis, le Maroc reste toujours parmi les pays qui souffrent d'un déficit aigu en ressources humaines de santé aussi bien au niveau quantitatif que qualitatif. En effet, en 2007, la densité médicale et paramédicale ne dépassait guère 1,64 pour 1000 habitants alors que le seuil critique[7], fixé par l'OMS s'élève à 2,5[8] personnels soignants pour 1000 habitants. A ce sujet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) situe le Maroc parmi les 57 pays du Monde souffrant d'une carence

[4] Transition avec une diminution continue de la fécondité, un allongement de l'espérance de vie et un vieillissement rapidement progressif de la population.

[5] Le Maroc vie une transition épidémiologique dite de la « double charge », c'est à dire, le groupe tout entier des maladies non transmissibles (MNT), dont les facteurs de risque sont communs, vient s'ajouter aux maladies transmissibles qui continuent de sévir. Par conséquent, le système de santé doit désormais être capable de faire face simultanément à toutes les maladies courantes, quel que soit leurs origines.

[6] Ministère de la santé Le plan d'action 2008-2012 « réconcilier le citoyen avec son système de santé »

[7] Seuil nécessaire pour atteindre une couverture importante pour les interventions essentielles, notamment celles qui sont liées à la réalisation des OMD

[8] Ce taux est calculé pour permettre d'assurer une couverture vaccinale de 80%, garantir des accouchements assistés pour 80 % des femmes enceintes et assurer une amélioration durable des indicateurs de santé pour l'ensemble de la population (Joint Learning Initiative, 2004, OMS, 2006 : Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge : Harvard University Press; OMS. 2006. Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – « Travailler ensemble pour la santé». Genève : OMS).

aigue en personnel soignant[9].De même que la couverture médicale avant 2005[10] est insuffisante, si on exclue les personnes couvertes par la CNSS[11] ,qui ne comprenait pas un régime d'assurance maladie, la couverture par une vraie assurance maladie en 2003, ne couvre que 16.4% des Marocains dont l'écrasante majorité est des citadins. De ce fait, le recours à la gouvernance (partenariat, pilotage …), reste une solution incontournable pour pallier aux insuffisances des ressources au Maroc, cette situation exige de la part de tous les intervenants, un engagement solidaire et responsable.

Face à ces tendances lourdes, l'adaptation du Système National de Santé (SNS) s'avère impérative. A cette fin le Ministère de la santé et ses partenaires ont élaborés une nouvelle vision de la santé à l'horizon 2020, consacrée par les stratégies sanitaires actuelles visant la réconcilier du citoyen avec son système de santé. Aussi la santé a fait l'objet d'une 2ème conférence nationale historique dont l'objectif est d'élaborer une charte de la santé. Ce cadrage logique de l'action de l'Etat s'inscrit dans la récente loi cadre 34-09 relatif au système de santé et à l'offre de soins, le but est d'offrir des services de santé de qualité, sécurisés, efficaces et accès sur les patients, ces citoyens malades devront avoir un accès aux soins au moment opportun, selon leurs besoins et non leurs capacités de paiement. Pour cela la stratégie se fond sur les valeurs de l'équité, solidarité, participation et responsabilisation à travers la réforme de tout le système national de santé, en se basant sur plusieurs axes parmi lesquels se trouve l'amélioration de la gouvernance du système de santé ,que nous avons choisi comme solution pour améliorer l'accès aux soins, **cette thèse est ainsi intitulée « Une bonne gouvernance sanitaire pour un meilleur accès aux soins au Maroc ».**

Au fond, notre choix est justifié, d'abord par l'importance et l'actualité du concept de la bonne gouvernance au niveau international et national. Le concept a été admis par la communauté internationale, comme l'outil par excellence pour dépasser les dysfonctionnements qui entravent les modèles de développement. En effet, la notion de gouvernance qui viens du mot gouverner, et qui signifie « diriger un navire », va être lancé pour la première fois par la banque mondiale en 1989, et reprise 1992 comme concept qui va désigner un mode de gestion des affaires publiques. La gouvernance est une notion controversée, car définie et entendue de manière diverse et parfois contradictoire, C'est un concept à caractère hétérogène interactif , voire même

[9] MS. Démographie médicale et para médicale à l'horizon 2025. (3ème étude du MS après ceux de 1995 et 2003)

[10] 2005 : Année de l'entrée en vigueur du code de couverture médicale de base.

[11] La Caisse nationale de sécurité social est un régime commutatif et non distributif car il est fondé sur une activité professionnel de façon exclusive de ce fait il utilise les techniques de" l'assurance social " et non celle de la sécurité sociale.

pluriel ,vu son insertion dans tous les domaines et la diversité des acteurs qui en font usage, mais nous pouvons avancer synthétiquement que la bonne gouvernance ,est tout simplement une gestion saine, efficace et transparente , cadré par une vision et une stratégie , et qui suppose un régime politique fondé sur la démocratie et l'Etat de Droit.

Transposer dans le domaine sanitaire, il s'agit de la bonne gouvernance sanitaire, c'est-à-dire une bonne gouvernance du système national de santé, cadrée par une vision stratégique, sur la base de la démocratie sanitaire, de l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins, d'une gestion transparente et efficace , des activités et des fonds de financement communautaire. A cet égard l'OMS précise, que la gouvernance dans le domaine de la santé correspond à la fonction de la direction ou l'administration générale.

Ensuite, l'intérêt que nous portons à la bonne gouvernance, découle du fait que ce concept fait partie des hautes directives Royales, est énoncée dans le programme du gouvernement au niveau national en général. Aussi, la gouvernance a pris une place essentielle dans les discours politiques, économique et social et dans la vie courante de notre pays, et se trouve notamment, consacré par la Constitution actuelle parmi les fondements du régime constitutionnel Marocain. En ce sens, le préambule de la nouvelle Constitution affirme que « fidèle à son choix irréversible de construire un Etat de droit démocratique, le Royaume du Maroc poursuit résolument le processus de consolidation et de renforcement des institutions d'un Etat moderne, ayant pour fondement des principes de participation, de pluralisme et **de bonne gouvernance** … ». Ensuite l'article premier de la constitution de 2011 dispose que « le Maroc est une monarchie constitutionnel, démocratique, parlementaire et sociale. Le régime constitutionnel du royaume et fondé sur la séparation, l'équilibre et la collaboration des pouvoirs. Ainsi que sur la démocratie citoyenne et participative, et **les principes de bonne gouvernance** et de la corrélation entre la responsabilité et la reddition des comptes… ».et enfin la constitution de 2011 a consacré à la gouvernance 17 articles, rangés dans son XIIème titre appelé « **De la bonne gouvernance** », ces articles concernent les principes généraux et les institutions et instances chargées de la bonne gouvernance.

Un tel choix est justifié aussi, car « la refonte de la gouvernance de la politique publique en matière sociale s'avère nécessaire pour plusieurs raisons. D'abord parce que les déficits sociaux sont encore importants, malgré les efforts consentis par la collectivité nationale, ensuite parce que la demande sociale, déjà importante, diversifiée et exigeante continue de croître exerçant une pression constante sur les grands équilibres économiques et financiers, tout en déstabilisant les réseaux de solidarité traditionnels ,et enfin parce que les

pouvoirs publics sont devant une incapacité objective d'assurer à une échelle centralisée le financement simultanée de tous les déficits sociaux accumulés »[12].

Ainsi, il existe actuellement au Maroc. Une volonté politique pour consolider le processus démocratique, renforcer la décentralisation et son corollaire la déconcentration, moraliser l'administration et moderniser la gestion des affaires publiques, dans le cadre du nouveau concept d'autorité et le pacte de bonne gestion. Le Ministère de la Santé n'a pas échappé à cette mouvance, et connaît de multiples changements sous forme de réformes guidées par la nouvelle gouvernance sanitaire.

Ce concept de bonne gouvernance sanitaire, va être le deuxième concept de base de cette recherche, tout autant que ce concept va nous permettre de toucher, plusieurs aspects des dysfonctionnements de notre système national de santé, à savoir des dysfonctionnements d'ordre institutionnel, financier, humain et de gestion. Car, l'accès aux soins est tributaire, d'une grande partie, de la bonne gouvernance de notre système de santé, à cet égard nous avons constaté un déficit de l'administration sanitaire au niveau institutionnel ,et un déficit au niveau du fonctionnement des structures de soins, de protection et de prévoyance social, ainsi que des pratiques et des comportement négatives, aussi bien de certains professionnels de santé que des patients , l'exemple de l'existence des phénomènes d'absentéisme et de la corruption. Et c'est à juste raison que nous croyons humblement, que le renforcement et l'amélioration de la gouvernance sanitaire, que nous avons qualifiés de « Bonne », pourrai améliorer l'accès aux soins aux citoyens malades.

En somme, il s'agit d'apporter des éléments de réponse à la problématique qui motive cette thèse, à savoir **« Comment une bonne gouvernance sanitaire peut améliorer l'accès aux soins au Maroc ? »** Autrement dit, comment cette gouvernance peut remédier, à un accès aux soins géographiquement déséquilibré, financièrement difficile et fonctionnellement malade ? A cette question centrale s'ajoute d'autres questions préalables plus précises :

- Comment les règles et les principes de bonne gouvernance institutionnelle sont appliqués au niveau du Ministère de la santé, et quel est le rôle de la déconcentration et la décentralisation à cet égard ?
- Comment se fait la prise de décision au niveau des structures de soins, et peut-on parler d'une démocratie sanitaire au Maroc ?

[12] DRISS GUERRAOUI : Cinquante ans de politique sociale au Maroc *Enseignements pour l'avenir*. Page 189.

- Quels sont les facteurs qui entravent l'implication et la responsabilisation effective de la communauté, à la gestion transparente des structures de soins ?
- Comment moraliser l'administration sanitaire et combattre la corruption en particulier ?
- Comment rétablir la relation entre les dimensions de bonne gouvernance et la qualité des soins ?
- Comment la réforme hospitalière pourra corriger les dysfonctionnements actuels ?
- Quel est l'apport du code de couverture médical de base actuel (AMO/RAMED) dans l'accès économique aux soins pour tous ?
- Comment une bonne gouvernance des structures de sécurité et de prévoyance sociale, peut concrétiser l'accès aux soins pour les assurés ?
- Comment la démarche contractuelle contribue à la régulation du système national de santé ?
- Comment le cadrage de la coopération des divers acteurs dont l'INDH, peut contribuer à un accès aux soins pour tous ?
- Comment la communauté peut exercer ses droits sur la qualité des soins, la gestion transparente des activités et les fonds de santé ?

Pour répondre à ces questions, l'étude entend constituer un fil conducteur qui transite à travers l'ensemble des développements, permettant d'apprécier les différents aspects de l'accès aux soins, et de localiser les lacunes et les insuffisances, afin de les corrigés par les principes de la bonne gouvernance sanitaire, tels quels sont consacrés par les stratégies actuelles du Ministère de la santé. La recherche se place à cet égard dans une optique critique, à la lumière des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), concernant l'accès aux soins et la bonne gouvernance sanitaire, et sous l'éclairage des solutions apportées par les systèmes de santé étrangers.

Pour cela, nous avons choisi en premier lieux d'éclaircir les deux concepts de base de notre recherche à savoir, le concept de l'accès aux soins et le concept de la gouvernance sanitaire, suivi de leurs état des lieux respectifs, situation marquée par des insuffisances et des dysfonctionnements, ce qui nous conduit, en deuxième lieux, à examiner la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance sanitaire et son impact sur l'accès géographique, économique et fonctionnel aux soins.

Ainsi, notre recherche est divisée en deux parties : **La première** concerne, les insuffisances de l'accès aux soins et de gouvernance sanitaire, **la deuxième** partie traite les éléments clef pour une gouvernance sanitaire plus efficiente.

1ère partie : Les insuffisances de l'accès aux soins et la gouvernance sanitaire au Maroc

L'accès aux soins et la gouvernance sanitaire, sont les deux concepts majeurs de notre recherche qu'il importe de les mettre sous l'éclairage aussi bien sur le plan théorique que pratique, pour cela nous avons choisie de répartir cette première partie de la recherche en trois titres :

Titre I : L'accès aux soins et la gouvernance sanitaire : Des concepts à définir

Titre II : Les insuffisances de l'accès aux soins à travers le Système National de Santé

Titre III : Les insuffisances de la gouvernance sanitaire

Titre I : L'accès aux soins et la gouvernance sanitaire : Des concepts à définir

Avant de toucher les insuffisances de l'accès aux soins et la gouvernance sanitaire, à travers notre Système National de Santé, il nous parait très utile de définir d'abord ces deux concepts majeurs de cette recherche, pour cela nous avons réparti ce titre en trois chapitres à savoir :

CH I : L'accès aux soins : Un concept multidisciplinaire et c'est un droit cadré par le Droit à la santé

CH II : La gouvernance : Un concept mondial et un concept constitutionnel au Maroc

CH III : Définition de la gouvernance sanitaire : La fonction de direction ou administration générale

CH I : L'accès aux soins : Un concept multidisciplinaire et c'est un droit cadré par le droit à la santé

L'accès aux soins a des enjeux et des acceptions diverses. Mais avant, il faut situer l'accès aux soins, comme étant un élément fondamental du droit à la santé.

Sect. 1 : L'accès aux soins : Elément fondamental du Droit à la santé

Avant d'examiner le droit à la santé au Maroc (**§1**), il convient tout d'abord de présenter ce droit en général (**§1**).

§1 - Droit à la santé : Un concept universel et complexe

Le droit à la santé est un droit universel concernant la santé qui est une notion imprécise, c'est un droit à double nature il est à la fois individuel et collectif.

I- Droit à la santé : Un droit universel

Le Droit à la santé est un droit universel et un concept complexe.

A- Consécration internationale, régionale et constitutionnelle

La notion de droit à la santé est un concept très ancien, au fur et à mesure que l'homme a pris conscience de sa personnalité, et il a éprouvé le besoin de le protéger et de préserver l'intégrité de son corps et de la santé, et donc de sa vie. Ce droit à la santé d'abord « moral » va devenir un droit légal, annoncé, exprimé et enfin protégé par la loi[13].

Les premières lois à contenir des dispositions relatives à la santé remontent à l'ère industrielle. The Moral Apprenties Act (L'acte moral des apprentis) (1802) et le Public Health Act (L'acte de santé publique) (1848), furent adoptés en Grande Bretagne en tant que moyens propres à contenir une pression sociale, suscitée par les mauvaises conditions de travail des pauvres. Aussi, le droit à la santé et reconnu à l'échelon international, régional et constitutionnel.

1- Consécration internationale

Le droit à la santé est actuellement un droit universel[14], consacré par les instruments internationaux et l'OMS[15].

En effet l'article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, dispose que : « 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… ». Alors que l'article 12 du pacte

[13] Ahmed Driouach : "la responsabilité civile des médecins au Maroc" ,1989.
[14] Séminaire sur l'accès aux soins, Casa le 20-21-22 Mai 1988.
[15] OMS : Organisation mondiale de la santé crée en 1948, avec environ 200 Etat, l'OMS est basé à Genève est subdivisée en six bureaux régionaux c'est une des plus importantes agence du système des nations- unis.

international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 affirme que : « … Les Etats parties au présent pacte reconnaissant le droit qu'à toute personne, de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre… ».

Aussi, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, Adoptée le 21 décembre 1965, précise dans son article 5 que : « les Etats parties s'engagent (…) à garantir le droit de chacun, (…) à la jouissance du droit (…) à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux ».

Adoptée le 18 décembre 1979, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, affirme dans son article 11 que : « Les Etats parties s'engagent à prendre toutes le mesures appropriées (…) afin d'assurer, sur la base de l'égalité (…) le droit à la protection de la santé (…) ».

Adoptée le 20 novembre 1989, La Convention relative aux droits de l'enfant précise, entre autres, dans son article 24 que : « Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant, de jouir du meilleur état de santé possible, et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services ».

La déclaration islamique universelle des droits de l'homme, a proclamée depuis le 19 Septembre 1981 à Paris que : « toute personne a droit à la nourriture, au logement, à l'habillement, à l'enseignement et aux soins médicaux en fonction des ressources de la communauté ».

Concernant le droit à la santé des handicapés, l'Assemblée générale de l'ONU a adopté quatre textes concernant spécifiquement les droits des personnes handicapées. Il s'agit de : 1) la déclaration des droits du déficient mental ; 2) la déclaration des droits des personnes handicapées ; 3) les principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale, et pour l'amélioration des soins de santé mentale ; 4) les règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées.

L'universalité du droit à la santé, découle aussi et surtout du préambule de la constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS), qui proclame 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, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Aussi, la conférence internationale réunie sous l'égide de l'OMS, en 1978 à Alma-Ata « réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique mental et social ,et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain et que l'accession à un niveau de santé le plus élevé possible , est un objectif social

extrêmement important qui intéresse le monde entier ,et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques, autres que celui de la santé ».

Cette Déclaration, développe les bases de mise en place de systèmes de soins de santé primaires, directement liés au respect du droit. Bien que cet instrument juridique n'est pas rendu obligatoire, il représente un engagement supplémentaire de la part des États relatif au droit à la santé, et met en place le cadre d'une politique intégrée, qui a pour objectif d'assurer sa jouissance.

2- Consécration régionale

A côté des instruments juridiques internationaux, le droit à la santé est consacré par des instruments juridiques régionaux à savoir, le pacte social européen, qui affirme dans ses articles de 11 à 15 que le droit à la santé, et le droit à la sécurité sociale et les soins médicaux, de même que le droit des handicapés à la réinsertion professionnelle et sociale sont garanties.

Par ailleurs, la charte africaine proclame dans son article 16 que : « 1- Tout personne a le droit de jouir, du meilleurs état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre, 2- Les Etats parties de la présente charte, s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leur population, et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie… ». Dans le même sens, la charte de développement sanitaire de la région africaine d'ici à l'an 2000, affirme dans son préambule que « les Etats membres de la région africaine de l'organisation mondiale de la santé (OMS), réaffirment solennellement leur détermination de faire accéder, à tous les peuples de la région d'ici l'an 2000, à un niveau de santé qui leur permettre, de mener une vie socialement et économiquement productive… ».

L'article XI de la Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme, instaure le droit à la préservation de la santé grâce à des mesures sanitaires et sociales (nourriture, habillement et soins médicaux), tandis qu'elle conditionne sa mise en œuvre au niveau des ressources publiques et de la communauté.

L'article 34 dans la Charte de l'Organisation des États américains, stipule parmi les objectifs qui contribuent au développement intégral de la personne, l'accès à la connaissance de la science médicale moderne et à des conditions convenables de vie en ville. La convention américaine relative aux droits de l'homme, fait indirectement allusion au droit à la santé, alors que l'article 26 se réfère à l'engagement des Etats parties, à prendre des mesures pour garantir « la pleine jouissance des droits qui découlent des normes économiques et sociales et de celles relatives à l'éducation, la science et la culture, énoncées dans la Charte de l'Organisation des Etats américains ».

3- Consécration constitutionnelle

Le droit à la santé a été graduellement incorporé aux constitutions nationales dans la première moitié du vingtième siècle. Par exemple, la

Constitution chilienne de 1925 garantit explicitement le droit à la santé, faisant la distinction entre les garanties du bien-être de l'individu et la mission de santé publique. À ce jour, un nombre important des États dont les systèmes de droit civil, ont inclus le droit à la santé dans leurs constitutions, a souvent assimilé ce droit à la protection de la santé des personnes, ou établi un rôle clair de l'État en matière de politique de santé. Dans le cas d'Haïti, le droit à la santé est directement lié au droit à la vie, dans l'article 19 de la Constitution haïtienne : « L'Etat a l'impérieuse obligation de garantir le droit à la vie, à la santé, au respect de la personne humaine ». De surcroît, l'article 23 établit l'obligation de garantir à la population entière les ressources nécessaires pour recouvrer leur santé grâce à un service de soins médicaux appropriés.

Bien que ce ne soit pas commun, certains pays donnent une valeur constitutionnelle à une série de mesures, qui ont pour but la protection de la santé. Dans la constitution du Panama, par exemple, l'article 105 contient le droit à la santé et la responsabilité de l'État de le protéger, tandis que l'article 106 fait référence au droit à la nourriture, à l'éducation à la santé, et aux soins de la mère et de l'enfant, entre autres. L'article 70 de la constitution de la Hongrie dans son premier paragraphe, met en avant le droit à la santé physique et mentale au plus haut niveau possible, tandis que le deuxième paragraphe énumère quatre domaines de responsabilité. L'article 27 de la Constitution de l'Afrique du Sud contient le droit aux soins médicaux, à la nourriture, à l'eau et à la sécurité sociale. Elle met en avant le droit à avoir accès aux services de santé, incluant le suivi gynécologique et interdit le refus de secours d'urgence.

Des pays dont les dispositifs légaux sont basés sur le droit commun, ne prévoient pas dans leur constitution de garanties du droit à la santé, bien que l'on puisse trouver des références implicites à des responsabilités publiques, en matière de santé dans les préambules de nombreuses constitutions, et dans quelques-uns, des textes qui font référence à la politique sociale. Dans ces pays, il faut souvent rechercher la reconnaissance légale du droit à la santé dans les décisions des tribunaux, qui peuvent interpréter le droit d'une façon ou d'une autre, étant donné qu'il est essentiellement fondé sur la jurisprudence. Les États-Unis, par exemple, ne font aucune référence à la santé dans leur Constitution. Pourtant on peut trouver des décisions de justice concernant la responsabilité de l'État, à réguler la santé et son devoir d'assurer un accès égal aux bénéficiaires du système de santé et d'aide sociale. Dans d'autres pays, la référence à la santé est développée en termes négatifs, quand les constitutions ou les lois dressent la liste des restrictions, que l'on peut appliquer à certains droits civils et politiques pour des raisons de santé publique, tandis qu'elle attire l'attention sur la compétence, pour ne pas dire l'obligation de l'État à l'égard de tout ce qui touche à la santé.

Dans le même temps ,pratiquement tous les pays qui ont des constitutions socialistes ,ont inclus le droit à la santé comme droit fondamental au même titre que les autres droits économiques sociaux et culturels. Dans la Constitution de

Cuba, l'article 49 met en avant le droit aux soins et à la protection de la santé, et établit l'obligation de l'État de maintenir et de pourvoir un système de santé publique, libre et universel au travers de programmes d'éducation et de prévention.

B- Droit à la santé : Un concept complexe

La santé est une notion imprécise, définir la santé constitue la premier difficulté que suscite la formule « droit à la santé », en ce sens que c'est une notion complexe aux limites imprécises, aussi bien pour le juriste que pour le médecin. Les nombreuses définitions proposées se ramènent à deux conceptions[16] : la santé « absence de maladie … », la santé « capacité de résistance à la maladie ».

On peut citer la définition donnée par R. Derviche qui dit que : « la santé c'est la vie dans le silence des organes»[17]. Alors le Dr Knock[18] estime que « la santé est un état provisoire qui ne laisse rien présager de bon ».

Par ailleurs, la médecine indienne définit la santé comme « la science de la vie », en ce sens qu'elle met l'accent sur la santé positive et non l'absence de maladie. Mais la définition généralement retenu, est celle donnée par le préambule de la constitution de l'OMS d'après lequel : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Cette dernière définition de la santé a fait l'objet de multiples débats , certains auteurs[19] pensent que cette définition est volontariste, en ce sens que la santé n'est plus considérée comme l'absence de maladie ou d'infirmité , mais un état de complet bien-être physique mental et social ,qui dépasse la constitution biologique stable du corps humain[20], de ce fait on est passé d'une définition négative à une définition positive de la santé, de même cette définition est jugée utopique et irréaliste car, d'une part, on ne peut arriver à un état de complet bien être, d'autre part, le droit à la santé et le droit au développement ,sont deux droits intrinsèque et qui se supposent des moyens humains matérielles et financiers considérables, or selon l'OMS ,les systèmes nationaux de santé tolèrent une espèce de discrimination ,sur la base des moyens financiers aussi bien sur le plan national qu'international ,ce qu'est inadmissible politiquement, sociologiquement et économiquement. Mais généralement cette définition de la santé donnée par l'OMS, même si elle est utopique, c'est une définition perfectionniste et constructive, dans la mesure où l'irréalisme de cette définition est positive dans le domaine de la santé, puis

[16] G.Lararthes : sciences humaines et société d'hommes société et médecine.
[17] R.Lerich : base de la chirurgie physiologique, Massers, Paris 1955.
[18] Jeuler Romain Knock. Acte III scène III.
[19] Pr A.Touhami : droit à la santé : droit de l'homme (Cours, 3éme cycle, option »droit de la santé »2005).
[20] Claud Bernar : La condition de la vie libre des organismes évolués.

qu'on plaçant la barre plus haute, l'OMS invite les Etats à tenter d'arriver le plus que possible à cet état de complet bien être.

La deuxième difficulté ,c'est de considérer la santé en tant que droit , dans ce cadre on peut dire que malgré les formulations utilisées ,aussi bien par les instruments internationaux susmentionné ,que par la constitution de l'OMS et ses déclarations dont la déclaration d'Alma- Ata, affirmant que la santé est un droit , il existe cependant qui estime que « la santé n'est pas un droit[21]» comme Rogers qui avance ,que si on dit que la santé est un droit, cela suppose que c'est une chose, un service ou un statut social accessible et facile à avoir. Or, la santé ne répond pas à ses critères, dire que la santé est un droit c'est annuler la maladie par une simple décision selon lui. D'autre auteur considèrent que l'appellation « Droit à la santé » ne signifie rien sur le plan linguistique, se basant sur le fait que la santé et un don de dieu et non un droit qu'en peut exiger, d'autant plus que la justice peut ordonner des mesures mais elle n'a pas le pouvoir de guérir[22].

Dès Lors, ne vaut-il pas mieux parler de « droit de santé » ou de « droit aux soins médicaux [23]» selon la technique des conventions de l'OTI[24] par exemple, car différentes composantes du droit à la santé peuvent êtres appréhender de façon concrète et faire l'objet d'obligations précises.

II – Le contenu du droit à la santé

Le droit à la santé et un droit à double nature, et dont le contenu a été récemment fixé.

A- La double nature Droit à la santé : Individuel et collectif

Le droit à la santé a une double dimension, il est à la fois individuel et collective.

1- Droit à la santé : Un droit individuel

Le Doyen Jean Marie Auby écrit : « … la santé est en elle-même une situation individuelle, cependant par les facteurs qui la conditionnent elle apparaît aussi comme un phénomène social, d'autant plus que l'état sanitaire entendu statiquement d'une société constitue un élément essentiel des caractères de cette société… »[25]. Le droit à la santé en tant que droit individuel , implique un devoir d'abstention : ne pas porter atteinte à la vie, à la dignité et à l'intégrité physique morale ou mentale, ne pas faire d'actes susceptibles de nuire à la santé, ce devoir d'absentions trouve son fondement dans une exigence de liberté[26] ,en ce sens que la relation médecin patient est une relation interindividuelle basée sur la liberté , qu'elle concerne le choix du médecin par

[21] Roger : « La santé n'est pas un droit » ,1982 Genève P208.
[22] Michel Both : Les concepts du droit à la santé : le point de vue juridique (colloque du 27-28Juillet1978).
[23] Maurice Torreli : Le médecin et droit de l'homme 1983 P 65.
[24] Organisation internationale du travail.
[25] Maurice Torrelli : Médecin et droit de l'homme, 1983.
[26] Idem.

le patient ou la liberté de prescription pour le médecin, ou la liberté du patient de refuser les soins .

En somme, la liberté est la base du contrat entre le médecin et le patient, ce contrat est couvert par le principe du secret médicale, est garanti par la nécessité du consentement, qui seul peut permettre de ne pas porter atteinte à ce devoir d'abstention, le rôle de l'Etat dans ce cadre se limite à veiller au respect de la règle du jeu. En somme les droits individuels du patient sont notamment, le droit à la non-discrimination dans l'accès aux soins, ainsi qu'un droit général à l'information et au consentement à l'acte médicale[27].

2- Droit à la santé : Un droit collectif

Le droit à la santé en tant que droit collectif est un droit social, qui selon Maurice Torrelli « implique pour la société et pour l'Etat des obligations d'agir dans l'intérêt de chacun et de tous au nom d'une exigence d'égalité ». En effet, pour la santé au nom de tous, nous explique le même auteur que « l'Etat est alors en droit et à même le devoir d'imposer « la santé obligatoire », il peut ainsi imposer l'isolement en quarantaine, la vaccination obligatoire, l'internement de l'aliéné, de l'alcoolique ou du toxicomane dangereux ». Quant à la santé pour tous l'auteur poursuit « c'est la justice sociale, elle se traduit d'abord par un droit d'accéder aux soins ».

En matière de santé, la justice sociale selon M.Torreli « Est le droit de participer aux décisions, la transposition des règles de la démocratie politique à la démocratie économique et social, en donnant à tous le contrôle de la décision qui doit assurer la liberté de chacun ».

La conférence d'Alma- Ata proclame dans ce cadre que : « Tout être humain à le droit et le devoir de participer individuellement, collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ».

Les Etats assument donc, la responsabilité première en matière de la mise en œuvre du droit à la santé ,qui reste un droit conditionné par la disponibilité des moyens, sachant bien la problématique actuelle des coûts de la santé ,et la faiblesse des moyens dans la plupart des pays , notamment les pays en voie de développement, ce qui engendre des inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, pour cela une solidarité internationale s'impose sur la base d'une auto responsabilité nationale. Qu'en est-il du contenu de ce droit social ?

B- Principaux éléments du doit à la santé

Le contenu du droit à la santé a été précisé par l'OMS, et récemment par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, qui surveille l'application de la Convention de 1966.

[27] Patrice Jour, Anne Loude, Jean Pennau, Stéphane Parctysimar : le nouveau droit des malades, 2002.P4.

1– Les éléments du droit à la santé selon l'OMS

Si le préambule de la constitution de l'OMS à donner une conception large au droit à la santé, les recommandations issus de cet organisation ont clarifié les éléments les plus importants de ce droit, et les grands principes sur lesquelles doivent se basés tous système national de santé[28]. En effet, selon la déclaration d'Alma- Ata « tous les gouvernements se doivent d'élaborer… des stratégies… visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaire[29], dans un système national de santé complet et à les coordonnées avec l'action des autres secteurs ».

De par ces considérations, le droit à la santé affirmé ou pas sur le plan constitutionnel doit être suivi par des mesures législatifs et réglementaire visant les soins aussi bien curatifs que préventif, c'est plutôt un droit de la protection de la santé ou un droit à l'accès aux soins qu'un droit à la santé proprement dit[30], dans le même sens Mourice Torreli[31] ajoute que « le concept droit à la santé doit être maintenu dans sa généralité car il va au-delà d'un simple droit à des présentations médicales, c'est un concept intégrateur qu'incorpore et éventuellement transforme la portée des différents droits de l'homme ».

2 – Le droit à la santé selon le pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels

L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 stipule que, les mesures à prendre pour assurer le plein exercice du droit à la santé, doivent assurer :

- La diminution de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;
- L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ;
- La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;
- La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux.

En 2000, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, qui surveille l'application de la Convention, a adopté une observation générale sur le droit à la santé. Cette observation générale, a précisé que le champ du droit à la santé couvre , non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à l'assainissement, l'accès à une

[28] Voir. Infra.
[29] Voir infra sur la description de l'offre de soins.
[30] V A.Driouach, idem
[31] Maurice Torrelli : Médecin et droits de l'homme, 1983.

quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique.

Ainsi, les éléments composant le droit à la santé selon cette observation générale sont à l'ordre de quatre :

1. Disponibilité : Il doit exister suffisamment d' installations, de biens et de services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé.
2. Accessibilité : Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement :
    - Non-discrimination
    - Accessibilité physique
    - Accessibilité économique (abordabilité)
    - Accessibilité de l'information.
3. Acceptabilité : Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale, appropriés sur le plan culturel et réceptif aux exigences spécifiques liées au sexe et aux différents stades de la vie.
4. Qualité : Les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

Trois sortes d'obligations sont imposées aux Etats Parties à la convention susmentionnée, à savoir :

- Respecter : Ne pas entraver l'exercice du droit à la santé.
- Protéger : Veiller à ce que des tiers (autres que l'Etat) n'entravent pas l'exercice du droit à la santé.
- Satisfaire : Prendre des mesures pour que puisse s'exercer le droit à la santé.

D'après cette observation générale, le droit à la santé impose une obligation fondamentale : la satisfaction de l'essentiel du droit. L'essentiel du droit ne peut être déterminé de façon abstraite, car c'est à chaque pays qu'il appartient de le faire, mais ses principaux éléments sont énoncés pour orienter l'établissement de priorités. Soins de santé primaires essentiels, alimentation essentielle minimale sûre au plan nutritionnel, assainissement, eau salubre et potable et médicaments essentiels font partie de l'essentiel du droit.

Autre obligation fondamentale : Adopter et mettre en œuvre au niveau national, **une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique** ,qui répondent aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé ; que ces politiques soient mises au point et périodiquement examinées dans le cadre d'un processus participatif et transparent. Elles doivent s'appuyer sur des indicateurs et des critères permettant de surveiller de près les progrès accomplis, et accorder une attention particulière à tous les groupes vulnérables ou marginalisés.

Les Etats Parties doivent prendre des mesures conformes au principe de réalisation progressive, ils ont pour obligation d'œuvrer en ce sens aussi rapidement et aussi efficacement que possible, individuellement et dans le cadre de l'assistance et de la coopération internationales, au maximum des ressources dont ils disposent. Il importe à cet égard d'établir chez l'État partie qui ne s'acquitte pas des obligations lui incombant au titre du droit à la santé, une distinction entre l'incapacité et le manque de volonté[32]. Qu'en est-il du droit à la santé au Maroc ?

§2. La consécration juridique du Droit à la santé au Maroc

La consécration du droit à la santé au Maroc peut être vérifiée dans la constitution, les législations et les décisions judicaires (II), mais avant il faut présenter l'engagement monarchique et gouvernemental en la matière (1).

I- Engagement Monarchique et gouvernemental en matière de santé

L'engagement du Roi et du gouvernement en matière de santé, constituent des indices et des repères pour la consécration du droit à la santé au Maroc.

A- Un ferme engagement Monarchique

Le discours royal est une source majeure du droit constitutionnel au Maroc, le Roi est à la fois autorité temporelle et spirituelle. Selon le contenu et le contexte du discours royal, ce dernier peut traiter des sujets très divers ou porter sur l'affirmation de certains principes ou la prise de certains engagements[33]. La valeur juridique du discours a été même reconnu par les tribunaux nationaux[34], ceci dit voici quelque discours Royaux qui touche le domaine de la santé.

En générale les droits de l'homme ont trouvé un ferme engagement de la part de la famille royale on peut citer, à titre d'exemple, que le feu Sa Majesté Mohamed V posait dès le 18 Avril 1959 , lors de la première conférence nationale de la santé, les éléments politiques d'une dynamique de la santé en déclarant : « pour notre pays qui est en plein expansion, la préservation de la

[32] Observation générale sur le droit à la santé adopté en 2000 par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, qui surveille l'application de la Convention de 1966.
[33] A.Boudahrain.: Elément de droit public marocain 1994.
[34] Arrêt du 10 Février 1960.

santé des habitants est une nécessité vitale, car il ne peut progresser, prospérer, réaliser ses aspirations que si son niveau sanitaire est élevé ,et que tous ses fils jouissent d'une bonne santé leur permettant de résonner sainement, de bien travailler pour mieux produire et assurer notre renaissance ». Dans la même conférence le Roi affirme que « la santé de la notion incombe à l'Etat ».

En 1963, lors du discours du trône du feu roi Hassan II « avec la même résolution qui nous anime à l'égard de l'épanouissement des cadres, nous poursuivons notre action dans le domaine de santé publique, persuadé que la renaissance nationale ne peut se concevoir que par l'action des hommes sains et forts moralement et physiquement ».

Aussi le Feu Roi Hassan II a écrit dans son ouvrage « le Défi » : « le bien le plus précieux d'une nation ,n'est cependant pas sa resserve d'or pour considérable qu'elle soit, ce n'est pas l'avantage de la richesse de son sous-sol ou la puissance de son industrie, c'est la santé de son peuple ».

De nos jour, le Roi Mohamed V à affirmer dans l'un de ces discours : « qu'il importe dans un premier temps d'œuvrer pour combler le déficit social et enrayer le phénomène de marginalisation et d'exclusion sous toutes ses formes, et ce, en élargissant l'accès aux infrastructures et aux services sociaux de base dans les secteurs de la santé, de l'enseignement et de l'alphabétisation, outre l'alimentation en eau potable, l'électrification rurale, le désenclavement des zones éloignées et difficiles d'accès et la lutte contre la désertification ».

Aussi : « Il appartient donc à chacun de s'employer à réaliser ce qui importe le plus pour le citoyen, à savoir, tout simplement, son aspiration à une vie libre et digne, dans un cadre dont les principaux atouts sont : … une couverture médicale fiable, une administration efficiente…[35]».

De même « …Outre la préservation de la cohésion sociale et la réduction des disparités entre les régions, l'Initiative permettra de résorber le déficit social que connaissent les quartiers urbains pauvres et les communes rurales les plus démunies, en leur assurant un meilleur accès aux services, prestations et équipements sociaux de base, parallèlement à l'emploi et à l'insertion des personnes à besoins spécifiques… ».[36]

B- Engagement gouvernemental

A travers leurs déclarations, l'engagement des gouvernements successifs et le gouvernement actuel, constituent un indice sur la consécration théorique du droit à la santé au Maroc.

On peut citer à cet égard, la déclaration du gouvernement du 7 Avril 1998 sur les soins, couverture et prévoyance : « en matière de santé, le gouvernement

[35] Discours de SM le Roi Mohammed VI prononcé le vendredi 12/10/07 à l'ouverture de la première session de la première année législative de la huitième législature.

[36] Extrait du message adressé par SM le Roi aux Participants à la première conférence Africaine sur le développement humain Rabat, 06/04/2007.

renforcera d'avantage les efforts consentis afin d'améliorer l'accès aux soins de santé, grâce à la consolidation des infrastructures existants, la mise en place d'un système de financement, prodiguer aux populations démunis le développement de l'assurance maladie, et l'application d'une politique des médicaments socialement efficiente , la forme de la gestion hospitalière sera quant à elle , un des vecteurs de la politique de mobilisation et de rationalisation des ressources de maîtrise des coûts et d'une plus grande motivation personnel, le gouvernement entend promouvoir la solidarité par le développement et le renforcement de la protection social et assurer d'une part, l'amélioration de la coordination de la gestion des organismes de prévoyance social, et l'amélioration de la qualité des services qu'ils rendent… ».

Le gouvernement 2007 a déclaré que : « Partant des indices que connaît le secteur de la santé de manière générale et de la nécessité de les améliorer, le gouvernement mettra à disposition tous les moyens matériels et humains susceptibles de développer le système sanitaire, et ce à travers l'élaboration d'une stratégie claire assurant à tout citoyen des prestations de qualité un meilleur accueil. Le gouvernement veillera à l'élaboration d'une carte sanitaire nationale visant la réduction des disparités entre les régions, la prise en considération des spécificités et besoins de chaque région et la correction des dysfonctionnements en matière d'organisation et de coordination.

Le programme gouvernemental vise aussi la qualification des ressources humaines, à travers la formation et la formation continue en vue de développer la gestion de ce secteur, et de promouvoir et moderniser les prestations sanitaires, pour leur permettre de répondre au mieux aux demandes toujours croissantes des citoyens, il vise aussi encourager le secteur privé. Pour l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires, le gouvernement œuvrera aussi à la mise en œuvre d'une nouvelle politique dans le domaine de la distribution des médicaments, à travers la promotion des médicaments génériques et la subvention des médicaments prescrits pour des maladies chroniques ou dangereuses.

Le gouvernement s'attellera aussi à développer les équipements des hôpitaux provinciaux, en vue d'alléger la pression exercée sur les centres hospitaliers et universitaires et à renforcer la gestion du système ».

Alors que le programme gouvernemental actuel de 2011, table sur une réduction drastique des taux de mortalité infantile et maternelle, pour atteindre les Objectifs du millénaire du développement en la matière à l'horizon 2016.

Ces objectifs, sont réalisables à l'horizon 2016 à la faveur de l'amélioration des prestations et l'accès équitable aux services élémentaires, particulièrement aux accouchements et aux urgences, et la mise à la disposition des médicaments essentiels au profit des couches à revenus limités, à travers la révision de

l'acquisition des médicaments et des équipements médicaux et l'amélioration de leur gestion dans les hôpitaux publics.

A ce chapitre, figurent l'encadrement et le soutien du système de santé, à travers une carte sanitaire préconisant la répartition équitable entre les régions, l'augmentation du nombre des professionnels de la santé, la mise en place de mesures incitatives favorables à l'implication des médecins privés, pour combler le déficit enregistré dans certaines régions ,et la publication d'une loi organisant le partenariat stratégique entre le secteur libéral et le ministère de tutelle.

Le gouvernement prévoit de mettre sur pied un système de veille sanitaire contre les épidémies, prendre soin des malades chroniques et des catégories sociales à besoins spécifiques, moderniser et développer l'offre et les prestations, particulièrement au niveau des urgences, soutenir l'autonomie des établissements de santé et leur mise à niveau, assurer la formation en effectifs suffisants des professionnels et examiner la création de nouveaux centres hospitaliers. Qu'en est-il de la consécration juridique du droit à la santé au Maroc ?

II - La consécration juridique du droit à la santé

La consécration juridique du droit à la santé au Maroc, se vérifie tout d'abord dans la constitution, ensuite dans la législation et la jurisprudence.

A- La consécration constitutionnelle

La constitution est considérée comme la loi fondamental du pays, la vérification du texte de la constitution marocain de 1996[37] ,notamment le titre premier relatif aux « principes fondamentaux » ,réveil l'absence d'une disposition solennel de l'expression « droit à la santé », contrairement à d'autres pays[38], et contrairement au droit du travail et à l'éducation ,qui sont consacré dans l'art 13 de la constitution qui dispose : « Tous les citoyens ont également le droit à l'éducation et au travail », il est vrai que ces droits sociaux ne constituent nullement des obligations contraignantes, cependant leurs consécration constitutionnelle met l'accent sur les responsabilité publique et sociale de l'Etat à l'égard de sa population[39].

Quant à La nouvelle constitution, elle repose sur le cadre référentiel avancé du Discours historique du Roi du 9 mars 2011, qui a recueilli l'adhésion unanime de la nation. Il s'appuie également sur les propositions pertinentes avancées par les instances politiques, syndicales, associatives et de jeunesse,

[37] Comme d'ailleurs les constitutions précédentes de 1962, 1972 et 1992.
[38] Le droit à la santé est consacré par la majorité des constitutions mondiales à titre d'exemple l'art 67 de la constitution de la Libye et le préambule de la constitution de la Tunisie.
[39] Pr A.Boudahrain : les droits économiques sociaux et culturels en équation au Maroc, 1999.

ainsi que sur le travail novateur accompli par la Commission consultative durant 3 mois.

Promulgué par le dahir n° 1-11-91 du 29 juillet 2011, la 6ème constitution du royaume du Maroc est qualifiée de moderniste, cependant ni son préambule ni les 180 articles quelle recel, ne dispose d'une consécration solennelle de l'expression « Droit à la santé ». Le droit à la santé se trouve alors consacré implicitement et indirectement, comme pour la précédente constitution, dans le préambule de la constitution par référence aux textes des droits de l'homme ratifiés par le Maroc[40]. Le Maroc à ratifier dans ce cadre : La charte international de 1948 dont l'art 25[41], le pacte international des droits économiques sociaux et culturels de 1966[42] dont l'art 12. Par ailleurs, l'existence du droit à la santé est incontournable sur le plan juridique, ne serait-ce qu'en vertu de la ratification par les Etats de la constitution de l'OMS et le règlement international de santé[43], est le Maroc en fait partie.

Avec la différence, que le préambule de la nouvelle constitution fait partie intégrante de la constitution. Seul le droit à l'accès aux soins de santé, qui a été consacré solennellement par l'article 31 de la constitution de 2011. Or, l'accès aux soins bien qu'il constitue un élément fondamental du droit à la santé, il reste un élément parmi d'autres sur lesquelles il faut agir, pour tenter d'arriver à la santé tell qu'elle est définit par l'OMS (un état de complet bien être …).

Toutefois, on peut enregistrer positivement qu'à côté des droits sociaux comme le logement, le travail, l'éducation et la formation et autres, le droit à l'accès aux soins de santé a été est accompagné, selon l'article 31, du droit à la protection social, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat. A cet égard, l'Etat s'engage à la mobilisation de tous les moyens disponibles pour faciliter l'égal accès à la jouissance de l'ensemble de ces droits.

Outre le droit à l'accès aux soins de santé, la nouvelle constitution a consacré des droits fondamentaux liés à la santé à savoir : Le droit à la vie qui inclue la lutte contre les mortalités évitables, le droit à la sécurité et à la protection de la santé, le droit à un environnement sain, le droit à la santé des personnes et des catégories à besoins spécifiques, et le droit d'accès à des soins de qualité.

B- La consécration législative et judicaire

1 - Consécration législative

[40] Voir infra.
[41] Voir .supra.
[42] Ratifié en 1977.
[43] Dahir n° 1.72.234 DU 14 Mai 1973 portant publication du règlement sanitaire internationale adopté par la 22éme assemblée mondiale de la santé le 25 /7 /1967 à Boston.

Bien que la constitution ne prévoie pas expressément "le droit à la santé ", nous pouvons constater que la majorité de notre support législatif et réglementaire, comprend des dispositions ayant trait soit à la prévention, soit à la répression pour les crimes de santé publique, des mesures de protection contre les actes pouvant mettre en jeu la santé. Mais la consécration législative proprement dite du droit à la santé au Maroc, peut-être tirée de deux lois à savoir :

La première ,est la loi N ° 65-00[44]promulgué en 2002 portant code de la couverture médicale de base. En effet le préambule de cette loi dispose : «… la protection de la santé implique pour l'Etat, l'engagement d'assurer gratuitement les prestations de santé préventive à l'ensemble des citoyens à titre individuel et collectif, l'organisation d'une offre de soins de qualité répartie harmonieusement sur le territoire ,et de garantir l'accès aux soins à tous les couches sociale de la population , grâce à la prise en charge collective et solidaire des dépenses de santé. Afin de concrétiser **l'engagement de l'Etat qui consacre le principe du droit à la santé tel que prévu par les conventions internationales,** la présente loi constitue le parachèvement de l'expérience du Maroc en matière de couverture médicale ,et consolide les droits acquis par les citoyens marocains bénéficiant d'une assurance maladie… ».

La deuxième loi, est la loi cadre N°34-09[45] promulguée en 2011 relative au système de santé et à l'offre de soins, qui dispose dans son premier article : « conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 45 de la constitution, **et considérant que le droit à la santé est un des droits fondamentaux**, et en application des engagements relatifs à la santé ,souscrit par le royaume du Maroc dans le cadre des conventions internationaux, notamment le pacte relatif aux les droits économiques , et sociaux et culturels et de la constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS) . La présente loi cadre a pour objet de fixer les principes et les objectifs fondamentaux de l'action de l'Etat en matière de santé ainsi que l'organisation du système de santé .Le droit à la protection de la santé est une responsabilité de l'Etat et de la société ».

2 - **Consécration judicaire**

La justiciabilité du droit à la santé, au même titre que les autres droits sociaux ,est une problématique qui connaît des débats, en ce sens qu'il y a des opinions[46] qui considère que l'affirmation d'un ensemble de droit sociaux n'est qu'une simple déclaration d'objectif à atteindre ,et non une obligation que les citoyens peuvent revendiquer, mais il y a d'autres opinions qui estiment qu'il faut distinguer, entre les éléments ou les constituants du droit à la santé ainsi

[44] B.O.N°5058 Ramadan 1423 (21.11.2002) P.13.34.
[45] Voir infra.
[46] A.DRIOUCH : « la responsabilité civile du médecin au Maroc » .1989.

pour le droit à la vie et à l'intégrité physique ,sont des droits qui touche l'ordre public sanitaire et constituent donc des obligations, alors que pour les autres droits il y a un débat.

Du point de vue de Rojers ,l'individu est responsable avant la société ,en ce sens que le droit à la santé veut dire l'obligation qui pèse sur la personne de protéger sa santé qui est un devoir général, c'est là une consécration de l'idéologie libérale qui ne dissocie pas le droit de la responsabilité personnelle.

Pour Both, il traite la question de la justiciabilité du droit à la santé ,dans le cadre de la justiciabilité de la constitution en général, pour lui la possibilité de recourir à la justice pour revendiquer les droits constitutionnels, n'existe pas au même niveau et ne se passe que s'il y a un système développé de contrôle judiciaire sur l'application de la constitution, il y a deux tendance, soit activer le rôle judiciaire (l'exemple de l'Italie), soit adopter des formules constitutionnelles vagues ,pour délimiter le recours à la justice pour les questions de droits sociaux.

Dans le même cadre, J.Foyer distingue deux obligations de l'Etat, les premiers sont des obligations de police sanitaire comme l'éducation et la prévention, les secondes sont des obligations de services particuliers aux personnes, et qui sont des obligations de moyen. Foyer estime que la consécration constitutionnelle du droit à la santé, oblige l'Etat à suivre des programmes et instaurer des institutions et des lois, dans ce cas on peut revendiquer le droit à la santé judiciairement, non pas sur la base de la constitution, mais sur la base du droit commun après l'intervention du législateur.

Au Maroc, on peut prendre en considération une décision du tribunal administratif d'Agadir[47] ,qui affirme que le service public sanitaire ,a mis en œuvre les circonstances convenables aux soins ,et à la réception des malades et à la dispensation des soins médicaux ,et les compétences requises selon les cas, et que tout négligence est assumé par l'Etat, considéré comme la première responsable de la santé du citoyen. En somme par cet arrêt, le tribunal reconnaît le droit de recevoir des soins médicaux, qui constitue un élément important du droit à la santé, est une obligation juridique qualifier d'obligation de moyen et non de résultat.

Il ressort de cette section, que le droit à la santé est un droit universellement reconnue, c'est plus un droit à la protection de la santé ou un droit à l'accès aux soins qu'un droit à la santé, et enfin c'est un droit reconnu implicitement par la constitution Marocain, est expressément pas la loi 65.00 et la loi-cadre 34-09, qu'en est-il du concept de l'accès aux soins proprement dit ?

[47] TA Agadir décision n° 88/85 du 19/02/1998, dossier n°25/18.

Sect. 2 : Les diverses acceptions et enjeux du concept d'accessibilité aux soins

Avant de définir le concept l'accès aux soins, il convient tout d'abord de présenter les diverses acceptions de l'accessibilité et ses enjeux.

§1- La conception de l'accessibilité selon certaines disciplines

La littérature s'attachant à définir l'accessibilité est fort abondante ,ce qui marque la position central qu'occupe ce concept dans les sciences humaines, nous allons essayer de présenter brièvement quelques acceptions de ce concept et ses enjeux.

I- L'accessibilité aux soins en géographie et en sociologie

L'accès aux soins est en relation avec l'économie, la sociologie et la géographie.

A- Accessibilité aux soins en sociologie

Selon Grawitz M, la géographie sociale[48], en matière de santé est considérée comme une étude des inégalités et transformations du monde vers plus de justice, c'est une des conditions de l'accès et du recours [49] , elle est aussi un outil des politiques d'aménagement dans la mesure où l'objectif à atteindre est la réduction des inégalités d'accès aux ressources sanitaires pour servir en fin de compte la réduction des inégalités de santé (populations).

B- Accessibilité aux soins en géographie de la santé

Selon Picheral[50], l'accessibilité aux soins : « est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte).Surtout fonction du couple distance / temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est à dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale), ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque ».

---

[48] Grawitz M., *Méthodes des sciences sociales.* 9° ed. 1993, Paris : Dalloz. 843 p.

[49] D'Houtaux A., *La Santé à travers les sciences humaines et sociales. Approche linguistique et sociologique.* 1999, Paris : Masson. 132 p.

[50] Picheral H., *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé.* GEOS, Atelier Géographie de la santé éd. 2001, Montpellier : Université Montpellier 3 - Paul Valery. P 307.

C- Accessibilité aux soins en économie de la santé

Pour Lambert[51], l'accessibilité est : « les conditions d'accessibilité aux équipements collectifs sont toujours contrastées dans les grandes Nations, où persistent des inégalités régionales et des régions de peuplement dispersé (zones de montagne, régions sous peuplées ou dépeuplées). Des enquêtes d'économie de la santé permettront d'identifier, sur l'espace sanitaire, les principaux déséquilibres entre offre et demande de soins. La progression du taux d'utilisation des services existants (consultation, hospitalisation) accompagne la diminution des barrières d'accès aux soins (fréquence et commodité des transports, prise en charge des dépenses par les assurances). La concentration des médecins et celles des équipements hospitaliers accentue les déséquilibres de la carte sanitaire. Les zones d'attraction et de rayonnement des grands hôpitaux spécialisés (CHU) se sont souvent étendues au détriment de filières de soins moins coûteuses. De même l'implantation des médecins libéraux, celle des pharmacies ou laboratoires d'analyses révèle des déséquilibres d'implantations.

Par voie de conséquence les populations peu médicalisées et éloignées de centres de soins, seront transportées à des coûts élevés (hospitalisation de personnes âgées), ou connaîtront une morbidité associée à une faible consommation de soins. A l'opposé, les populations de régions suréquipées révéleront de forts taux d'utilisation, mais on observera une duplication des services médicaux. Peu de pays sont parvenus à construire une carte sanitaire optimale. La planification sanitaire peut favoriser un rationnement des ressources et l'unification qu'elle impose s'accompagne des effets pervers de la bureaucratie. Les inégalités spatiales d'accès aux soins persistent dans tous les pays occidentaux, elles ne semblent pas avoir disparu en Union Soviétique ».

II- La mesure et les aspects éthiques du concept de l'accessibilité aux soins

Les services de santé mis en place ne peuvent jouer un rôle, que s'ils sont potentiellement accessibles et surtout effectivement utilisés.

A- Les aspects éthiques de l'accès aux soins

La problématique de l'accès aux soins, est liée à la question éthique et politique du traitement des citoyens en général, et les pauvres et les plus démunis par l'Etat. Depuis plusieurs années, on commence à comprendre que la santé est au cœur de la précarité, elle est à la fois la cause et la conséquence du processus menant à l'exclusion. Permettre un accès aux soins pour tous sans discrimination et de façon adaptée , aux besoins serait déjà un grand pas vers une plus grande égalité et une justice sociale. A cet égard l'OMS a défini un "Droit à la santé" pour tous, avec pour corollaire, un égal "accès aux soins" pour tous.

[51] Lambert D.C., *Lexique d'Economie de la Santé.* 1985, Paris : Economica.129 p.

La santé est un enjeu majeur du développement, les inégalités en matière d'accès aux soins sont tout aussi marquées qu'en matière du développement économique. La pauvreté des pays du Sud les maintiennent dans une situation sanitaire qui favorise les grandes pandémies. Au Nord ce sont les pathologies du bien-être qui sont la principale cause de mortalité.

La santé est une préoccupation centrale de nos sociétés, et l'accès aux soins a été consacré depuis le milieu du 20ème siècle, comme un droit fondamental de l'homme, dans de nombreux instruments juridiques nationaux et internationaux, car l'exercer des droits et libertés est tributaire de la santé des citoyens concrétisé par l'accès aux soins.

En 1998, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lance la « Santé pour tous au XXIème siècle », dont un des fondements éthiques repose sur « l'équité en matière de santé et une solidarité agissante entre les pays, entre des groupes de population dans les pays et entre les sexes ».[52] La recherche de l'équité d'accès aux soins, pour tous et partout[53], est un devoir éthique pour chacun et particulièrement pour les soignants, dont la mission de soins implique de faire respecter ce droit aux soins inaliénable des personnes.

Dans le domaine de la santé, « équité » a trait à la répartition juste et équitable des ressources, le principe d'équité n'est pas apparenté à l'égalité ; effectivement, on mesure l'équité non pas selon que tous les citoyens reçoivent le même service, ou le même nombre de services, mais que le service soit dispensé en fonction des besoins. Selon l'OMS ,l'équité en santé est définie comme « l'absence d'écarts injustes et évitables, ou qui peuvent être corrigés, en ce qui a trait à la santé parmi les populations ou les groupes définis sur le plan social, économique, démographique ou géographique »[54] .

De même, « Les principes du service public que sont l'égalité, la continuité et l'adaptabilité ne sont pas univoques et doivent être appliqués en adéquation avec la réalité du terrain. L'exigence d'universalité, par exemple, implique l'assurance d'un égal accès aux soins sans se soucier des critères géographiques et sociaux. Aucun malade, sous prétexte que sa pathologie soit rare ou, au contraire, trop banale, ne doit être victime de discrimination quant au traitement proposé, aux soins prodigués et aux recherches menées. Mais est-il juste d'appliquer une stricte égalité des patients lorsque ceux-ci ont des caractéristiques, des conditions de vie et des besoins inégaux ? .Les politiques sanitaires et les acteurs de terrain, devraient valoriser l'équité plus que l'égalité dans l'organisation générale des soins. En matière de soins curatifs, il semble évident d'adapter la réponse médicale aux besoins du patient et il serait absurde de viser ici une stricte égalité. Par contre, tous les citoyens français doivent être égaux devant les politiques de prévention et d'éducation à la santé. Or cette

[52] OMS, Santé 21, la politique-cadre de la Santé pour tous. 1999.
[53] Lebas, J., *Ethique et accès aux soins.* Institut de l'Humanitaire, Paris.
[54] *WHO Commission on SDH,* 2005a, p. 5

égalité finale ne peut être atteinte qu'en appliquant des moyens différenciées. Les campagnes télévisées ne peuvent pas atteindre ceux qui vivent dans la rue et les messages publicitaires sont inefficaces pour les personnes illettrées. Il s'agit donc de déployer des moyens spécifiques et renforcés pour toucher ces groupes ayant souvent des comportements plus à risque que la population moyenne. C'est en quelque sorte une politique de « discrimination positive » qui doit être mise en place afin de réintégrer certains groupes particulièrement vulnérables physiquement ou socialement pour que l'objectif d'un égal accès aux soins soit réellement atteint »[55].

Car les valeurs du service public ne doivent pas rester statiques, c'est l'éthique en mouvement basée sur la réalité des besoins sanitaires qui se joue à l'hôpital et dans les sphères de décisions politiques. La nouvelle discipline qu'est la santé publique permet de détecter les besoins de la population pour que l'hôpital moderne s'y adapte. Dans un contexte de mondialisation et de libéralisation des marchés, l'hôpital public ne doit pas perdre de vue ses objectifs de terrain. Aujourd'hui les inégalités sociales de santé sont une menace rampante pour le développement de nos sociétés et y répondre de façon adéquate doit être une priorité politique[56].

La réflexion éthique sur l'accès aux soins repose, essentiellement, sur la prise en compte de trois paramètres principaux :

• La demande, désormais universelle, immédiate, exigeante et sans limites

• L'offre, liée, trop souvent, à des critères de rentabilité plutôt que d'aide à la santé ;

• La pratique, avec ses réglementations, ses contraintes et ses dérives, dans le cadre d'une recherche permanente d'équilibre et d'harmonisation de la relation médecin / patient.

B- La mesure de l'accès aux soins

La mesure de l'accès aux soins **,** offre un cadre qui permet de catégoriser les différents types de difficultés éprouvées par les populations insuffisamment servies, qui désirent accéder aux services de santé. Ces difficultés tombent dans les catégories suivantes : disponibilité des services ; obstacles financiers, obstacles non financiers à la présentation du besoin et qualité équitable des soins.

Aussi nous pouvons avancer certains indicateurs d'accessibilité :

« - Le choix du point de vue : Les indicateurs d'accessibilité peuvent être calculés selon plusieurs points de vue (client, offreur) : La priorité peut être donnée au point de vue, soit de l'offreur (le service hospitalier) qui établit son aire d'influence vis à vis de la population résidente à moins de X=10 km de son lieu d'implantation, soit des demandeurs (dans un territoire). La perspective est

[55] FASSIN Dider, « Politiques hospitalières et pratiques inhospitalières », *in Espace éthique,* La lettre n° 12-13-14, Eté automne 2000, pp 27-28.

[56] FASSIN D., GRANJEAN H., KAMINSKI M., LANG T., LECLERC A. (dir.), *Les inégalités sociales de santé,* La découverte, 2000.

alors par exemple de déterminer la distance au service le plus proche, le nombre de services en deçà d'une certaine distance, le degré d'intégration du lieu de résidence vis à vis de nombreux services économiques et sociaux (vision plus globale). Le point de vue potentiel du patient intéresse aussi car il permet éventuellement de reproduire (modéliser), son arbitrage dans le choix de son lieu de service, ou de son lieu d'habitation (étant donnée une situation d'offre de soins comme attribut des aménités du lieu), pour statuer sur l'existence d'inégalités d'accès aux soins dans différents territoire de vie (bassins de vie) et pour un contexte de comportement donné.

- La desserte est une mesure (Picheral H. 2001) de la répartition spatiale (mesurée dans un territoire donné), du corps médical (offre) par rapport à une demande potentielle. C'est un indicateur qui intègre la notion d'accessibilité, dans la mesure où l'on y associe l'offre et la demande dans une zone donnée (une unité d'offre par quantité de population à servir, par exemple un médecin pour 500 habitants). On trouve ainsi des cartes de desserte qui expriment les équilibres (et donc aussi les inégalités), entre les ressources sanitaires qui encadrent une population à servir, et ce dans une région découpée en territoires que l'on compare. On peut l'associer à la notion de couverture qui évalue la partie de la population, qui profite de l'existence d'un service (% d'une population desservie par une ressource sanitaire, % de communes équipées d'un service).
- La densité médicale : (taux de médecins d'une certaine spécialité par rapport à la population susceptible de l'utiliser)
- La concentration spatiale des ressources sanitaires (N médecins par km2 = ressources par unité de surface)
- Indicateur E d'équité géographique : il s'agit de la distance (ou du coût de transport), vers le service le plus proche j qui est considérée comme un indicateur d'équité.
- Indicateur C de couverture géographique : il s'agit de la valeur totale des réalisations d'une variable quantitative ,décrivant un lieu (un attribut caractéristique des ressources sanitaires), et sommée sur plusieurs sites de services (n) cibles ,considérés s'ils sont situés dans des limites géographiques données à priori (valeur d'un seuil kilométrique ou temps par exemple).
- Indicateur T de coût (temps) moyen de transport : il s'agit de la distance-temps moyenne entre le point considéré (patient), et toutes ou partie des destinations cibles possibles (k considérées), pour un service donné (urgence en cardiologie par exemple) dans une région
- Indicateur d'accessibilité potentielle, Il s'agit d'une mesure d'accessibilité générale où on cherche aussi à montrer, les interactions entre agents (patients) qui s'informent et s'échangent des informations »[57].

§2 : Des définitions de l'accès aux soins

[57] Paul Valéry Dossier de DEA GEOS, Université Montpellier 3 Pascal BONNET © 2002.

Avant de présenter la définition officielle de l'accès aux soins, donnée par l'OMS, nous allons examiner une nuance entre l'accès et l'accessibilité, quoique nous allons considérer toute au long de cette thèse l'accès de manière générale englobant aussi l'accessibilité.

I- Distinction entre l'accès et l'accessibilité aux soins

L'accès et l'accessibilité sont intimement liés, mais les deux notions ne signifient pas la même chose. Car l'accès et considéré comme une réalité mesurable par la fréquentation ,c'est un usage du système de soin, une condition de l'équité, tandis que l'accessibilité définira plutôt le potentiel d'accès au service, c'est le recours effective aux soins.

A- Définition de l'accès aux soins

1 - Selon certains auteurs

L'accès est un concept qui a été interprété de différentes façons par les décideurs, les chercheurs et le grand public (Birch et Abelson, 1993). Depuis les années 60, plusieurs géographes anglo-saxons se sont appliqués à définir ce concept clé pour améliorer la performance de tout système de santé[58]. Pour L. A. Aday et R. M. Andersen[59], le concept d'accès se définit comme le rapport entre, les besoins en soins d'une population (caractéristiques sociodémographiques), et l'utilisation du système de soins (prise en charge effective des patients). Pour R. Penchansky et J. W. Thomas[60], l'accès correspond à l'adéquation entre les caractéristiques des professionnels de santé et les attentes des patients évaluées à travers leur satisfaction.

L'accès est défini soit comme « La disponibilité des services », soit comme « l'utilisation des services de santé par les personnes ayant besoin de soins », ou « l'égalité quant à la qualité des soins reçus » (Waters, 2000). D'autres estiment qu'il peut s'agir d'obstacles à l'accès de la clientèle (mesure dans laquelle les particuliers peuvent se prévaloir des services nécessaires), ou à l'accès organisationnel (mesure dans laquelle les consommateurs sont représentés ou participent à la planification, à l'élaboration, à la prestation et à l'administration des services) (Doyle et Visano, 1987).

Le concept d'« accès », s'applique habituellement à la présence ou à l'absence d'obstacles matériels ou économiques, auxquels les populations peuvent se heurter pour l'utilisation des services de santé. Les obstacles matériels sont habituellement perçus comme ayant trait à l'offre, et à la disponibilité des services de santé en général, et la distance par rapport aux établissements de santé. Les obstacles économiques sont habituellement perçus

[58] RICKETTS T. C., GOLDSMITH L. J. (2005), "Access in health services research: The battle of the frameworks", Nursing Outlook, Vol. 53, n°6, p. 274-280.

[59] ADAY L.A., ANDERSEN R.M. (1974), "A framework for the study of access to medical care", Health Services Research, vol. 9, p. 208-220.

[60] PENCHANSKY R., THOMAS J. W. (1981), "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction", Medical Care, Vol. 22, n°6, p. 127-140.

comme ayant trait au coût de la recherche et de l'obtention de soins de santé, par rapport au revenu du patient ou du ménage[61].

2 -Les conditions de l'accès aux soins selon l'assemblée médicale mondiale

Selon l'assemblée médicale mondiale (AMM)[62], L'accès aux soins de santé est maximisé lorsque les conditions suivantes sont remplies :

a. Chaque individu, quels que soient ses moyens financiers, dispose de soins de santé corrects.
b. Il existe une liberté maximale de choix au niveau des prestataires de soins et des systèmes de paiement, pour répondre aux divers besoins de la population.
c. L'intégralité de la population a un accès facile à des informations pertinentes et complètes sur les prestataires de soins.
d. Il existe des possibilités de participation active de toutes les parties dans l'élaboration de ces systèmes de soins et dans leur administration.
e. Les médecins disposent de critères transparents et éthiques pour travailler dans des structures sanitaires.
f. Les associations médicales encouragent l'accès égalitaire aux soins de santé, à la fois sur le plan local et national, par le dialogue et une coopération avec les autorités sanitaires.

B- Définition de l'accessibilité aux soins

Étymologiquement l'origine du mot accessibilité est « ac-cedere » : c'est à dire parvenir, c'est la capacité de la population ou d'un segment de la population d'obtenir des services de santé disponibles. Cette capacité est déterminée par des facteurs économiques, temporels, de localisations, architecturales, culturelles, organisationnelles et informationnelles, qui peuvent être des barrières ou des facilitateurs à l'obtention des services[63].

Alors que le dictionnaire Robert définit accessibilité par « possibilité d'accéder, d'arriver à », et accessible par « ouvert, sensible à », ce qui en dit plus long que la simple notion de disponibilité des services. Il est présumé que les services sont dispensés de manière à satisfaire aux besoins des utilisateurs, et à permettre aux groupes insuffisamment servis de participer à la planification des services.

Par accessibilité, nous devons entendre la possibilité d'obtenir quelque objet désiré, en quantité et en qualité suffisantes au moment indiqué. Appliquée aux

---

[61] PHR, J.C. Knowles, C. Leighton, W. Stinson, University Research Corporation. La mesure des résultats de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système : manuel des indicateurs, Maryland, 1997.

[62] Adopté par la 40éme Assemblée médicale mondiale (AMM) vienne septembre1998, révisé par l'assemblé général de l'AMM, Pilanesberg 2006.

[63] PHR, J.C. Knowles, C. Leighton, W. Stinson, University Research Corporation. La mesure des résultats de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système : manuel des indicateurs, Maryland, 1997.

soins de santé, l'accessibilité peut être entendue comme la possibilité pour chacun ,d'être soigné de manière adéquate quand cela s'impose pour son bien-être soit physique ou psychique.

II- La définition officielle de l'Accès aux soins

A- Définition à retenir

Selon le Comité régional de l'Europe[64], l'accès est « L'évaluation de la mesure dans laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles ou autres lors de l'utilisation de ces services ».

Selon l'OMS[65] , l'accessibilité est d'abord l'une des quatre éléments qui compose le droit à la santé à savoir : La disponibilité, l'acceptabilité, et la qualité. Ensuite sur l'accessibilité l'OMS précise que Les installations, biens et services en matière de santé, doivent être accessibles à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie (membre de l'OMS). Cette accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement :

- Non-discrimination
- Accessibilité physique
- Accessibilité économique (abordabilité)
- Accessibilité de l'information

B- Les quatre dimensions de l'accessibilité

1- Accessibilité à l'information et la non-discrimination

D'après l'observation générale N° 14 sur le droit à la santé[66], Adoptée le 11 mai 2000 par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, la non-discrimination est l'une des quatre dimensions de l'accessibilité , et qui veut dire que les installations, biens et services en matière de santé ,doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits.

Aussi l'accessibilité recèle une autre dimension à savoir, l'accessibilité à l'information, c'est à dire le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé. Toutefois, l'accessibilité à l'information ne doit pas porter atteinte au droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel.

2- Accessibilité physique et accessibilité économique

Accessibilité physique veut dire selon l'observation que les installations, biens et services en matière de santé, doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, en particulier les groupes

---

[64] Cinquante-huitième session Tbilissi (Géorgie), 15-18 septembre 2008.Bureaux régional de l'Europe. OMS

[65] Le site officiel de l'OMS

[66] Observation générale N0 14 sur le droit à la santé, Adoptée le 11 mai 2000 par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Dans le cadre de l'art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

vulnérables ou marginalisés, tels que les minorités ethniques et les populations autochtones, les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes du VIH/sida.

L'accessibilité physique signifie également, que les services médicaux et les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'eau salubre et potable et les installations d'assainissement appropriées, soient physiquement accessibles sans danger, y compris dans les zones rurales ; L'accessibilité comprend en outre l'accès approprié aux bâtiments pour les personnes handicapées.

Accessibilité économique (abordabilité) veut dire, selon l'observation, que les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé, ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé, doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres, ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés.

Ceci dit, nous avons apporté brièvement des précisions théoriques sur le concept de l'accès aux soins en générale, mais qu'en est-il du concept de la gouvernance sanitaire.

CH II : La gouvernance : Un concept mondial et un concept constitutionnel au Maroc

Avant de voir la gouvernance en général au Maroc, une définition du concept de la gouvernance et sa genèse s'impose**.**

Sect. 1 : Etymologie, genèse et définition du concept de la gouvernance

La gouvernance est une notion qui a une histoire, c'est aussi un concept à définitions multiples.

§1- Le concept de la gouvernance

I- Etymologie et historique du mot gouvernance

A - Etymologie

Le terme gouvernance vient du grec, *kubernân,* qui se réfère au pilotage d'un navire ou d'un char ,mais que Platon utilisait déjà en guise de métaphore pour désigner les hommes[67]. Il a donné naissance au verbe latin gubernare, qui revêtait les mêmes significations et qui, par le biais de ses dérivés, dont gubernantia, a lui-même engendré de nombreux termes dans plusieurs langues :

- Français : gouverner, gouvernement, gouvernance, etc.
- Anglais: Govern government, governance, etc.
- Espagnol : gobernar, gobierno, gobernanza, etc.
- Portugais: governar, governo, governação, governança, etc.
- Italien: governare, governo, governamento, etc.

En ancien français, "gouvernance" a d'abord été utilisé au 13e siècle comme équivalent de "gouvernement" (art ou manière de gouverner) puis, à partir de 1478, pour désigner des territoires dotés d'un statut administratif particulier, puis la charge de gouvernante (1679). Il est passé au 14e siècle dans la langue anglaise, donnant naissance au terme governance (action ou manière de gouverner). Le portugais governança dérive également du mot français et a revêtu des acceptions très similaires dans les sphères politico administrative et domestique. L'espagnol gobernanza daterait à peu près de la même époque, mais il aurait surtout été employé au sens de "gouvernement". Tous ces termes sont ensuite plus ou moins tombés en désuétude, dans certains cas (France, Portugal) parce qu'ils étaient associés à l'Ancien régime.

B – Historique du mot gouvernance

Le terme de governance a commencé à être utilisé par les économistes dans les années 1930, pour fonder une analyse stratégique de la gestion des grandes sociétés industrielles et commerciales. Il apparaît ainsi en 1937 dans un célèbre article (« The Nature of the Firm »), écrit par l'économiste américain Ronald Coase. La « gouvernance d'entreprise » (corporate governance). A la fin des années 1960, l'interrogation sur la « gouvernabilité » des sociétés

[67]D'Oliveira Barata (M.), Étymologie du terme «gouvernance», http://ec.europa.eu/governance/docs/doc5_en.pdf (consulté le 1er septembre 2003).

démocratiques suscite des travaux significatifs, comme ceux de Karl Deutsch, Robert Dahl ou David Easton.

Au début des années 1970, les théoriciens de la Trilatérale, au premier rang desquels figure Samuel Huntington (l'actuel doctrinaire du « choc des civilisations »), s'interrogent sur la difficulté de gérer des sociétés dont les membres se comportent de manière « irrationnelle » et, en tout état de cause, imprévisible. Après le choc pétrolier de 1973, La science administrative anglo-saxonne donne des débats sur la « bonne gouvernance ». Dans les années 1980, le principe de la « gouvernance municipale » (ou « gouvernance urbaine ») est adopté par les conservateurs dans l'Angleterre de Margaret Thatcher : pour suppléer aux carences de l'action publique, permettre à l'Etat de se « désengager » et parvenir à un meilleur niveau de rentabilité, de nombreux services communaux sont transférés au secteur privé.

Un tournant se produit dans les années 1990, après l'échec des politiques de désétatisation engagées par les gouvernements les plus libéraux. On assiste alors à l'émergence d'un nouveau paradigme néo institutionnaliste, qui ne cherche plus tant à obtenir le « désengagement » de l'Etat qu'à lui attribuer la tâche de créer, grâce aux moyens dont il dispose, un environnement favorable à l'investissement privé. La « bonne gouvernance » désigne alors l'ensemble des mesures que l'Etat est susceptible de prendre pour instaurer de véritables sociétés de marché[68].

II - Genèse de la gouvernance comme concept mondial

La genèse la gouvernance comme concept mondial est le résultat de la mondialisation, les grandes institutions financières internationales, des Organisations non gouvernementales (ONG) et les grandes firmes transnationales ou multinationales.

A – L'internationalisation du concept gouvernance

La mondialisation, va donner une dimension internationale à pratiquement tous les actes de la vie publique, qui va permettre aux thèses sur la gouvernance d'acquérir une audience véritablement planétaire. A partir du moment où la globalisation s'est imposée, un certain nombre de cercles de pouvoir ont en effet estimé qu'il était plus que jamais nécessaire de mettre au point des « règles du jeu »[69]. Le problème est évidemment qu'en démocratie, les règles du jeu sont arrêtées par des dirigeants politiques élus. Dans la perspective de la gouvernance, il n'y a plus rien de tel. Non seulement les élus sont d'entrée exclus du jeu, mais les Etats, limités territorialement et portés à défendre de manière trop exclusive leurs intérêts nationaux, sont eux-

[68] Wikipedia.

[69] Cf. Lee-Anne Broadhead, « Commissioning Consent: Globalization and Global Governance », in International Journal, 1996, 4, pp. 651-668 ; Conseil d'analyse économique, La gouvernance mondiale, Documentation française, Paris 2002 ; J. Laroche (éd.), Mondialisation et gouvernance mondiale, PUF, Paris 2003 ; Jean-Christophe Graz, La gouvernance de la mondialisation, Découverte, Paris 2004.

mêmes tenus pour suspects, au motif que leurs administrations bureaucratiques n'ont pas compétence à l'échelon mondial. C'est dans ce contexte que l'on va voir émerger des acteurs multilatéraux non étatiques qui vont s'octroyer des pouvoirs de plus en plus étendus.

B – L'apport des institutions et firmes internationales

La doctrine de la gouvernance va d'abord s'élaborer dans le milieu des organisations internationales, ces organisations sont de diverse nature. Il y a en premier lieu les grandes institutions internationales, comme la Banque mondiale, le Fonds monétaire international (FMI), l'OMC, l'OCDE, etc. Dès la fin des années 1980, les économistes de la Banque mondiale et du FMI utilisent le terme de « gouvernance globale » pour désigner toute formule politique suivant les normes du marché. La « bonne gouvernance » devient alors synonyme de bonne « gestion du développement ». L'expression est employée systématiquement dans les rapports consacrés aux politiques à mettre en œuvre dans les pays du Tiers-monde, désireux d'adopter des stratégies de lutte contre la pauvreté ou la corruption. L'aide apportée à ces pays est placée sous condition d'adopter des principes de « bonne gouvernance », ceux-ci étant officiellement définis comme la capacité des gouvernements à gérer « efficacement » leurs ressources, à mettre en œuvre des politiques « pertinentes » et à procéder aux « ajustements structurels » nécessaires. Il s'agit en fait d'inciter les Etats et les gouvernements à respecter les principes macro-économiques libéraux, recommandés par les institutions de Bretton Woods, en adoptant une logique entrepreneuriale classique : privatisation des services publics, amaigrissement de l'Etat-providence, dérégulation du marché du travail, réduction des budgets sociaux, prise en compte des exigences du « développement durable », etc.

Viennent ensuite les puissantes Organisations non gouvernementales (ONG), qu'elles soient publiques ou privées, lesquelles ne constituent que la partie la plus visible des milliers de mouvements prétendant représenter la société civile indépendamment des institutions politiques classique, et enfin les grandes firmes transnationales ou multinationales. Toutes ces différentes instances, au pouvoir de plus en plus étendu, n'ont bien entendu aucune légitimité démocratique.

§2- Des définitions choisies de La gouvernance

La polysémie du terme, jointe au flou qui l'entoure, rend problématique toute réponse univoque[70] sur la définition de la gouvernance, c'est pourquoi nous

[70] Selon le politologue Roderick Rhodes, la notion de gouvernance est aujourd'hui utilisée dans les sciences sociales avec au moins six significations différentes : Etat minimal, gouvernance d'entreprise, nouvelle gestion publique, « bonne gouvernance », réseaux auto-organisés, systèmes socio-cybernétiques, etc. Cf. aussi Philippe Schmitter, « Réflexion liminaire à propos du concept de gouvernance », in Corine Gobin et Benoît Rihoux (éd.), La démocratie dans tous ses Etats. Systèmes politiques entre crise et renouveau, Bruylant, Bruxelles 2006, pp.51-59 ; et Daniel Louis Seile, « La gouvernance : mirage de la théorie normative en science politique ? », ibid., pp. 61-64.

allons sommairement présenter diverses définitions de la gouvernance selon la doctrine, et selon certaines instances internationales.

I -La gouvernance selon la doctrine

La gouvernance un concept à définitions multiples, mais il n'est pas inutile de présenter certains définitions émanant de certains auteurs.

A- la gouvernance un concept à définitions multiples

La gouvernance est une notion parfois controversée, car définie et entendue de manière diverse et parfois contradictoire. Cependant, malgré la multiplicité des usages du mot, il semble recouvrir des thèmes proches du « bien gouverner ». Chez la plupart de ceux qui, dans le secteur public ou privé, emploient ce mot, il désigne avant tout un mouvement de « décentrement » de la réflexion, de la prise de décision, et de l'évaluation, avec une multiplication des lieux et acteurs impliqués dans la décision ou la co-construction d'un projet. Il renvoie à la mise en place de nouveaux modes de pilotage ou de régulation plus souples et éthiques, fondés sur un partenariat ouvert et éclairé entre différents acteurs et parties prenantes, tant aux échelles locales que globales et nord-sud[71].

Il est difficile de présenter une seule définition de la gouvernance. C'est un concept à caractère hétérogène interactif voire même pluriel, vu son insertion dans tous les domaines et la diversité des acteurs qui en font usage. Ainsi, on assiste à la prolifération de plusieurs types de gouvernance : politique, économique, sociale et culturelle :

- Pour ce qui est de la gouvernance politique, elle est définie en tant que système de gouvernement qui suggère l'intervention et la participation de plusieurs acteurs dans la prise de la décision notamment, les institutions publiques, le secteur privé et la société civile.

- La gouvernance économique, prend un autre sens comme l'ensemble des dispositifs mis en œuvre par une firme qui lui permettent de mener une coordination plus efficace que celle du marché, et relevant soit de la hiérarchie, soit des normes et contrats.

- Concernant la gouvernance sociale, elle articule et associe les institutions, les organisations privées ainsi que les acteurs sociaux dans des processus d'élaboration et de mise en œuvre des choix collectifs générant l'adhésion active des citoyens. Ce type de gouvernance suppose l'inclusion sociale qui doit réunir

[71] Daniel Kaufmann, Aart Kraay, Pablo Zoido,, Aggregating Governance Indicators October 1999, World Bank Policy Research Working Paper No. 2195, PDF, 42 page (Résumé [archive], en anglais).

deux conditions, la participation communautaire et l'accès aux services et infrastructures de base.

Au-delà de la connotation idéologique que l'on peut lui attribuer, la bonne gouvernance, conserve indéniablement un noyau dur irréductible. En ce sens qu'elle peut être reconnaissable parmi nombre de concepts plus ou moins proches[72].

B – La gouvernance selon certains auteurs

En effet, Il n'existe pas de définition unique de la gouvernance qui fasse l'objet d'un consensus chez la doctrine, à titre d'exemple :

Pour Karl Deutsch, la gouvernance s'apparente essentiellement à un ensemble de régulations qui permettent au système politique de s'adapter à son environnement et font intervenir de manière centrale la capacité à diffuser, échanger, recevoir de l'information[73] .

Selon le politologue Roderick Rhodes, la notion de gouvernance est couramment utilisée dans les sciences sociales actuelles avec, au moins, six significations différentes : L'Etat minimal, la gouvernance d'entreprise, la nouvelle gestion publique, la bonne gouvernance, les systèmes socio-cybernétiques et les réseaux auto organisés[74]**.** Pour Marc Hufty[75], la gouvernance est synonyme de gouvernement ou comme un cadre normatif voir un cadre analytique pour les systèmes de coordination non-hiérarchique. Alors que Jean-François Chantaraud présente la gouvernance comme l'ensemble des règles et méthodes organisant la réflexion, la décision et le contrôle de l'application des décisions au sein d'un corps social[76] .

Selon un avis de la Commission générale de terminologie et de néologie relatif au Vocabulaire général[77] ,le mot de gouvernance, dont l'équivalent étranger (issu de la langue anglaise) est « governance », est un nom de genre féminin (n.f.).En « tous domaines », la définition qui doit en être retenue par les institutions publiques et les entreprises chargées de missions de service public se simplifie singulièrement : « Manière de concevoir et d'exercer l'autorité à la tête d'une entreprise, d'une organisation, d'un État ».Il est toutefois précisé en note que « la gouvernance s'apprécie non seulement en tenant compte du degré d'organisation et d'efficience, mais aussi et surtout

---

[72] Wikipedia.

[73] Karl Deutsch, the Nerves of Government, New York, Free Press, 1963. Comme l'indique le titre même d'un de ses livres majeurs, ce qui compte dans le système politique, ce ne sont pas « les muscles ou les os » (c'est à dire les « rapports de force ») mais « les nerfs ».

[74] R. Rhodes, "The new governance: governing without government" (1996), in Political Studies, Vol. 44, page 652.

[75] Marc Hufty, «La gouvernance est-elle un concept opérationnel ?», *Fédéralisme Régionalisme*, Volume 7 : 2007 Numéro 2 - Société civile, globalisation, gouvernance : aux origines d'un nouvel ordre politique ?

[76] Source : Définition de la gouvernance dans le glossaire de l'Odis.

[77] Publié au Journal officiel de la république Française du 22 avril 2009.

d'après des critères tels que la transparence, la participation, et le partage des responsabilités ».

Une définition large de la gouvernance désigne l'ensemble des techniques de gestion efficace et transparente des ressources humaines, économiques et environnementales. La gouvernance serait " la capacité des sociétés humaines à se doter de systèmes de représentation, d'institutions, de processus, de corps sociaux, pour se gérer elles-mêmes dans un mouvement volontaire. Cette capacité de conscience (le mouvement volontaire), d'organisation (les institutions, les corps sociaux), de conceptualisation (les systèmes de représentation), d'adaptation à de nouvelles situations est une caractéristique des sociétés humaines[78].

D'autres auteurs comme Ahmet Insel ,Critique le concept de gouvernance et avance qu' avec la primauté du droit, la "bonne gouvernance" devient une conditionnalité de premier rang ,imposée par les pays riches pour venir en aide aux pays pauvres. L'introduction des ONG dans la gestion publique ,devient le gage de la bonne gouvernance en raison de leur caractère prétendument apolitique, non bureaucratique et surtout purement désintéressé. On retrouve leur équivalent dans la démocratie de marché sous la forme d'autorités de marché et d'autorités sectorielles de régulation indépendantes de l'Etat. Ainsi la gouvernance participe à l'affaiblissement de la hiérarchie entre ce qui est public et ce qui relève du privé, et crée les conditions favorables à la privatisation de la démocratie libérale[79].

II - La gouvernance selon certaines instances internationales

La Commission sur la gouvernance mondiale, créée en 1992, définit celle-ci comme : « la somme des différentes façons dont les individus et les institutions, publiques et privés, gèrent leurs affaires communes ». La gouvernance mondiale est utilisée pour désigner l'ensemble de règles d'organisation des sociétés humaines à l'échelle de la planète[80]. Un Indice de gouvernance mondiale (IGM), développé en 2008, définit cinq champs clé à analyser pour déterminer dans quelle mesure un pays donné respecte les principes d'une « bonne gouvernance mondiale » : Paix / Sécurité ; Démocratie / État de droit ; Droits de l'homme / Participation ; Développement durable ; et Développement humain. Ceci dit nous allons présenter certaines définitions émanant de certaines instances internationales.

---

[78] Pierre Calame et André Talmant, l'Etat au cœur, le mécano de la gouvernance, Descellée de Brouwer, Paris, 1997, p. 19.

[79] Ahmet Insel, « La post démocratie. Entre gouvernance et caudillisme », in La Revue du MAUSS, 2e sem.2005, p.129.

[80] Forum pour une nouvelle gouvernance mondiale (FNGM), "Pourquoi un forum pour une nouvelle gouvernance mondiale ?" [Archive], 2008.

A – La gouvernance selon les bailleurs de fonds

1- La gouvernance selon la Banque Mondiale

Vers la fin des années 80, la gouvernance intègre la boîte à outils de la Banque mondiale. Au départ, elle est utilisée comme un outil méthodologique destiné à identifier les lieux de pouvoir effectifs[81] : «*Governance is the manner in which power is exercised in the management of a country's economic and social resources for development*»[82]. Rapidement, la Banque élabore une série de critères de qualité de la gouvernance ,destinés à évaluer les normes et les pratiques de gouvernements et d'organisation ,et à être appliqués pour orienter les objectifs des programmes de la Banque ou évaluer certaines demandes de financement. Bien qu'il n'existe pas de liste définitive et homogène dans les organisations qui prônent la bonne gouvernance, l'Institut de la Banque mondiale fournit un exemple de ces critères : 1) écoute et imputabilité ; 2) stabilité politique et absence de violence ; 3) efficacité du gouvernement ; 4) qualité de la réglementation ; 5) État de droit ; 6) maîtrise de la corruption[83].

À partir de 1986, la Banque mondiale cherche à comprendre les causes de la plus ou moins grande réussite, des plans d'ajustement structurel qu'elle met en œuvre. Pour la Banque mondiale, la gouvernance recouvre les normes, traditions et institutions à travers lesquelles un pays exerce son autorité sur le bien commun. Le niveau de capital social d'un pays peut aider à la réussite des plans de développement économique comme au développement de la démocratie[84].La bonne gouvernance recouvre aussi bien la capacité du gouvernement à gérer efficacement ses ressources, à mettre en œuvre des politiques pertinentes, que le respect des citoyens et de l'État pour les institutions, ainsi que l'existence d'un contrôle démocratique sur les agents chargés de l'autorité (Banque mondiale, 1999).

Pour la Banque Mondiale, c'est l'exercice du pouvoir politique, ainsi que d'un contrôle dans le cadre de l'administration des ressources de la société aux fins du développement économique et social[85]. En 2007, dans le cadre de sa stratégie 2007 pour la gouvernance et contre la corruption, la Banque mondiale a défini la gouvernance comme : « la manière dont les institutions et les responsables publics obtiennent et exercent le pouvoir de définir les politiques

---

[81] Smouts (M.-C.), «Du bon usage de la gouvernance en relations internationales», *Revue internationale des sciences sociales*, n° 155, 1998, p. 85-94.

[82] World Bank, *Governance and Development*, Washington, IBRD, 1992. Si on a la curiosité de consulter ce rapport, cette définition est suivie d'une note de bas de page qui en indique la source : *Webster's New Universal Unabridged Dictionary*, Londres, Dorset & Baber, 1979. La définition de la Banque est celle d'un dictionnaire !

83 http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/WBI/EXTWBIGOVANTCOR/0,contentMDK:207

[84] The Social Capital Foundation, Patrick Hunout

85 World Bank « Managing Développement -The gouvernance dimension », Washington DC, USA, 1994

publiques et fournissent des biens et des services[86] ».Son objectif est de mettre en cause les échecs des pays en développement, dans leurs programmes de réformes dus essentiellement aux anomalies de leurs institutions.

2 - Fonds monétaire international (FMI)

Le FMI associe la bonne gouvernance à la lutte contre la corruption, notamment dans son « Guide de 1997 sur l'approche du FMI concernant la bonne gouvernance et la lutte contre la corruption », et donne à ce terme un sens purement économique. La bonne gouvernance inclut la transparence et la responsabilité en matière de gestion des ressources publiques ,et s'applique aussi au secteur financier[87].

3 - La Banque africaine de développement (BAfD)

La BAfD établit actuellement une politique institutionnelle relative à la bonne gouvernance. Le projet de document directif en date d'avril 1999 définit la gouvernance comme étant la manière dont le pouvoir est exercé eu égard à la gestion des affaires publiques d'un pays. Dans son document d'orientation de mars 2001 sur la bonne gouvernance, la Banque africaine de développement recense cinq aspects de la bonne gouvernance : la responsabilité, la transparence, la lutte contre la corruption, la participation et la réforme législative et judiciaire. La Banque déclare que « la bonne gouvernance est une condition nécessaire au succès de ses principales interventions pour promouvoir le développement économique et social dans ses pays membres régionaux[88]».

B - La gouvernance selon certaines institutions internationales

1– Selon les Nations Unis

Les Nations Unies porte le concept de gouvernance mondiale de plusieurs manières : via une conception de la paix , de la démocratie participative, et de la protection de l'environnement[89] .Plus directement le programme des Nations Unies pour le développement **(PNUD)** définit la gouvernance comme « l'exercice de l'autorité politique, économique et administrative dans le cadre de la gestion des affaires d'un pays à tous les niveaux». Cette définition comprend le gouvernement central, régional et local, le parlement, la société civile ainsi que le secteur privé dans la mesure où ils participent activement, et influencent la conception de la politique qui affecte tout le peuple. En conséquence, la gouvernance selon les Nations Unies recouvre un sens plus

---

[86] Indicateurs de gouvernance : où sommes-nous, où devrions-nous aller ? Document de travail 4730 consacré à la recherche sur les politiques, Daniel Kaufmann, Aart Kraay, p. 4.

[87] Le FMI et la bonne gouvernance – fiche technique (mai 2008).

[88] Banque africaine de développement, Lignes directrices opérationnelles pour la politique du groupe de la Banque en matière de bonne gouvernance, II., 2.1, mars 2001.

[89] Le premier texte associant gouvernance et nécessaire protection transversale de la nature est la charte mondiale de la nature, proclamée par les nations unies en 1982. Les sommets de la terre, dix et vingt ans plus tard (Sommet de la Terre 1992 à Rio puis Sommet de la Terre 2002 à Johannesburg en seront deux des nombreuses suites.

large de l'autorité, à côté de l'autorité de l'Etat, il y a celle de la société à travers ses différentes composantes.

Aussi, La Déclaration du Millénaire qui a été adoptée par l'Assemblée générale en 2000 afin de réaffirmer le rôle de l'organisation dans le nouveau millénaire. Elle mentionne la bonne gouvernance en lien avec l'élimination de la pauvreté, soulignant que la réalisation de cet objectif suppose une bonne gouvernance au niveau national et international[90], la bonne gouvernance est également mentionnée dans le titre de la Partie V « Droits de l'homme, démocratie et bonne gouvernance ». Adoptée en mai 2001, la « Déclaration de Bruxelles » affirme que la bonne gouvernance aux niveaux national et international est un moyen d'éliminer la pauvreté, de même que la primauté du droit, le respect des droits de l'homme et la promotion de la démocratie[91]. Cette conviction est également affirmée dans le « Programme d'action de Bruxelles en faveur des pays les moins avancés », adopté le dernier jour de la conférence[92].

2 – Selon l'union européenne

La Résolution 1060(1995) de l'Assemblée parlementaire européenne, décrit la bonne gouvernance comme incluant :« le respect de la démocratie et des droits de l'homme, l'absence de corruption, des réformes sociales engagées dans l'intérêt des défavorisés, une réforme économique allant dans le sens des principes du marché, une protection suffisante de l'environnement et une plus grande ouverture des échanges, y compris avec d'autres pays en voie de développement[93] ».

Ceci dit, qu'en est-il à présent de la conception marocaine de la gouvernance ?

Sect. 2 : Le concept de la gouvernance au Maroc

Avant de voir dans le 3ème chapitre de cette thèse, la gouvernance sanitaire proprement dite, il convient tout d'abord d'avoir une idée sur le concept de la gouvernance en générale au Maroc, à commencer par la gouvernance selon les directives Royales, les récentes déclarations gouvernementales et puis par la conception constitutionnelle de la gouvernance.

§1- La gouvernance selon les directives Royales et les récentes déclarations gouvernementales

---

[90] Déclaration du Millénaire des Nations Unies, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 18 septembre 2000, A/RES/55/2, paragraphe 13.

[91] Déclaration de Bruxelles, adoptée lors de la Troisième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés, A/CONF.191/12, point 2.

[92] Programme d'action en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001–2010, A/CONF.191/11, paragraphe 25.

[93] Résolution 1060(1995) de l'Assemblée parlementaire relative aux politiques de coopération au développement, point 8.

I - La gouvernance selon les directives Royales

A - Extrait de discours royal sur la gouvernance

« Eu égard à l'intérêt particulier que Nous attachons à voir les partis politiques s'investir dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une bonne gouvernance constitutionnelle, nous avons jugé que leur rôle le ne devrait pas se limiter à présenter des conceptions devant votre honorable commission, mais ils devraient plutôt s'impliquer en permanence dans cette réforme structurelle, et ce, du début jusqu'à la fin.»[94]

Dans son discours SM le Roi, à l'occasion du 58ème anniversaire de la Révolution du Roi et du peuple, précise que : « Cette constitution pose, de surcroît, les fondements d'une régionalisation élargie, à la faveur d'une mutation historique visant à assurer la modernisation et la rationalisation des structures de l'Etat. Cet objectif passe par l'adoption de réformes substantielles axées sur une bonne gouvernance territoriale et vouées à la promotion du développement intégré [95]».

B - Le discours royal sur la constitution

Parmi les sept fondements majeurs de la réforme constitutionnelle de 2011, SM le Roi affirme que : « La consolidation des mécanismes de moralisation de la vie publique et la nécessité de lier l'exercice de l'autorité ,et de toute responsabilité ou mandat publics aux impératifs de contrôle et de reddition des comptes, constitue le 6ème fondement » ,dans le même sens le 7ème fondement concerne « La constitutionnalisation des instances en charge de la bonne gouvernance, des droits de l'Homme et de la protection des libertés », à cet égard le Roi en est le Garant « Nous nous y emploierons en veillant à ce que toutes les institutions et les instances ,remplissent au mieux le rôle qui leur incombe respectivement, et en demeurant attaché à la bonne gouvernance, à la justice sociale renforcée et à la consolidation des attributs d'une citoyenneté digne[96]».

II- La gouvernance selon les récentes déclarations gouvernementales

A – Selon le gouvernement de 2007

Dans sa déclaration de 2007, le gouvernement s'attachera à initier des réformes de fond en matière de bonne gouvernance, de gestion idoine des divers pouvoirs, de l'administration publique et des structures locales et régionales, outre la moralisation de la vie publique, en particulier la lutte contre la corruption dans les rouages de l'Etat et des institutions en charge de la gestion des affaires publiques .A cet égard le gouvernement de 2007 a déclaré que : « Pour renforcer le cadre institutionnel de lutte contre la corruption ,et la

[94] Texte intégral du discours de SM le Roi à l'occasion de la cérémonie d'installation de la Commission consultative de révision de la Constitution

[95] Discours SM le Roi à l'occasion du 58ème anniversaire de la Révolution du Roi et du peuple a Marrakech le 20/08/2011.

[96] Discours adressé par SM le Roi Mohammed VI à la Nation le, mercredi 09/03/2011.

promotion du système national d'honnêteté et d'éthique, le gouvernement œuvrera à l'accélération de la mise en place des mécanismes juridiques relatifs à la nouvelle législation sur la déclaration du patrimoine, l'activation de 1'instance centrale de lutte contre la corruption, qui est un organisme national composé de représentants de l'administration, des associations de la société civile et des syndicats. Cette instance est chargée de mener une réflexion collective sur les solutions adéquates, bénéficiant de l'unanimité nationale pour la lutte contre la corruption et ses répercussions néfastes. Nous sommes également déterminés à mettre en place les dispositions juridiques relatives aux garanties de transparence, d'honnêteté et de compétitivité dans la conclusion et l'octroi des marchés de l'Etat, la gestion déléguée des services publics, la lutte contre l'enrichissement illicite, le blanchiment d'argent et les fléaux qu'ils engendrent ».

B – Selon le gouvernement de 2012

Pour le gouvernement de 2012 sur la bonne gouvernance, le programme gouvernemental prévoit l'élaboration d'une charte pour les institutions publiques, fixant les obligations et règles de fonctionnement et de gestion des administrations, les engagements des fonctionnaires et la relation avec les administrés, outre les modalités et périodicité des audits et les évaluations de rendement et de qualité.

Dans le domaine de la lutte contre la corruption, qualifiée d'axe de première importance dans l'approche et l'action du nouveau gouvernement, celui-ci s'engage à renforcer les institutions de contrôle, notamment l'inspection générale des finances et les inspections des Ministères, à en garantir l'indépendance, parallèlement à une mise en œuvre des recommandations qui en sont issues, et à moderniser le cadre juridique qui les régit.

§2- La conception constitutionnelle de la gouvernance

I- La place de la gouvernance selon la nouvelle constitution

Outre son préambule et son article premier, la nouvelle constitution de 2011 a consacré à la gouvernance 17 articles, rangés dans son XIIème titre appelé « De la bonne gouvernance », ces articles concernent les principes généraux et les institutions et instances chargées de la bonne gouvernance.

A – La gouvernance et parmi les fondements du régime constitutionnel Marocain

Dans son préambule, la Constitution de 2011 affirme que « fidèle à son choix irréversible de construire un Etat de droit démocratique, le Royaume du Maroc poursuit résolument le processus de consolidation et de renforcement des institutions d'un Etat moderne, ayant pour fondement des principes de participation, de pluralisme et de bonne gouvernance … »

Aussi l'article premier de la constitution de 2011 dispose que « le Maroc est une monarchie constitutionnel, démocratique, parlementaire et sociale. Le régime constitutionnel du royaume et fondé sur la séparation, l'équilibre et la collaboration des pouvoirs. Ainsi que sur la démocratie citoyenne et

participative, et les principes de bonne gouvernance et de la corrélation entre la responsabilité et la reddition des comptes… ».

B – Les principes constitutionnels de la bonne gouvernance

Dans le cadre des principes généraux de la bonne gouvernance, l'article 154 de la constitution 2011 nous renseigne que « Les services publics sont organisés sur la base de l'égale accès des citoyens, de la couverture équitable du territoire nationale et de la continuité des services des prestations rendus. Ils sont soumis aux normes de qualité, de transparence, de réédition des comptes et de responsabilité, et sont régis par les principes et les valeurs démocratiques consacrés par la constitution », aussi ces services publique, conformément à l'article 156 « Sont à l'écoute de leurs usagers et assurent le suivi de leurs observations, propositions et doléances. Ils rendent compte de la gestion des deniers publics conformément à la législation en vigueur et sont soumis, à cet égard, aux obligations de contrôle et d'évaluation ».Dans ce cadre l'article 157 dispose « Qu'une charte des services publics fixe l'ensembles des règles de bonne gouvernance relatives aux fonctionnement des administrations publiques, des régions et autres collectivités territoriales et des organismes publics ».

Quant aux agents des services publics, l'article155 précise qu'ils « Exercent leurs fonctions selon les principes de respect de la loi, de neutralité, de transparence, de probité et d'intérêt général » .Aussi, et selon l'article 158 ,« Toute personne, élue ou désigné, assumant une charge publique doit faire, conformément aux modalités fixées par la loi, une déclaration écrite des biens et actifs détenus par elle ,directement ou indirectement, dès la prise de fonctions, en cours d'activité ou à la cessation de celle-ci » .

II - Les institutions et instances de la bonne gouvernance

Dans le cadre de la bonne gouvernance ,la nouvelle constitution a prévu des institutions et instances, les un concernent la protection des droits et libertés, le développement durable et humain et la démocratie participative, les autres concernent la bonne gouvernance et de la régulation.et enfin des Instances de promotion et de développement humain et durable et de la démocratie participative. Ces institutions et instances sont indépendantes et doivent présentés obligatoirement, au moins une fois par an, un rapport sur leurs activités, ces rapports sont débattus au parlement. Nous allons sommairement présenter ces instances.

A -Instances de la protection des droits et libertés, du développement durable et humain et la démocratie participative

- Le conseil national des droits de l'homme (CNDH) : La constitution prévoie dans son article 161, la création d'un conseil national des droits de l'homme, c'est une institution nationale pluraliste et indépendante

chargé de connaître de tous les questions relatives à la défense et à la protection des droits de l'homme et des libertés.
- Le médiateur.
- Le conseil de la communauté marocaine à l'étranger.
- L'autorité chargée de la parité et de la lutte contre toutes formes de discrimination.

B – Instances de la bonne gouvernance et de la régulation

- La haute autorité de la communication audiovisuelle (HACA)
- Le conseil de la concurrence
- L'instance nationale de la probité de la prévention et de la lutte contre la corruption

C – Instances de promotion et de développement humain et durable et de la démocratie participative

- Un conseil supérieur de l'éducation, de la formation et de la recherche scientifique
- Un conseil consultatif de la famille et de l'enfance
- Un conseil consultatif de la jeunesse et de l'action associative

Ce chapitre sur le concept de la gouvernance en général, qu'on peut qualifier de la gouvernance mère, a pour objectif de situé le lecteur dans le contexte général de la gouvernance, il import dans le chapitre suivant d'examiner le concept proprement dit de la gouvernance sanitaire : « La fonction de direction ou administration générale ».

CH III : Le concept de la gouvernance sanitaire : « La fonction de direction ou administration générale »

Avant d'attaquer le vif du sujet à savoir la gouvernance sanitaire, c'est à dire « La fonction de direction ou administration générale », un aperçue sur la gouvernance sanitaire mondiale, assurée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) est nécessaire.

Sect. 1 : La gouvernance sanitaire mondiale

La gouvernance sanitaire mondiale a des enjeux, cette gouvernance est assurée par de l'organisation mondiale de la santé (OMS).

§1 : Les enjeux de la gouvernance sanitaire mondiale

La relation de la santé et la problématique du développement est indéniable, alors que de l'absence de la gouvernance sanitaire porte de gros risques à caractère mondial.

I- La santé et la problématique du développement

A- Santé et développement

Le développement est un souci national mais aussi international, la réflexion mondiale à cet égard insiste non seulement sur l'aspect quantitatif, mais aussi sur l'aspect qualitatif du développement.

1– Développement : Aspect quantitatif

En effet, le premier aspect du développement et quantitatif relatif à la richesse économique d'un pays, en terme du produit intérieur brut (PNB), en ce sens l'OMS précise que « Le développement implique une amélioration progressive des conditions d'existence, et de la qualité de vie de la société et de ses membres.il s'agit d'un processus continu à l'œuvre dans tous les sociétés, peu de sociétés auraient la prétention d'avoir parachevé leur développement[97] ».

Cette notion plus complexe de la pauvreté et du développement, tient compte de processus interactifs indispensables à la dynamique sociale de l'amélioration de la santé. C'est ainsi que les potentialités économiques influence sur la santé, car un faible revenu limite l'accès aux soins ainsi que les occasions de promouvoir la santé. Inversement, une mauvaise santé limite la capacité de gain et contribue à la pauvreté. La relation de cause à effet bilatérale entre le développement économique et la santé, a été mise en évidence par la Commission Macroéconomie et Santé pour souligner le rôle essentiel de la santé dans la croissance économique[98].

2 - Développement : Aspect qualitatif

Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2003 , depuis le début des années 90, les conceptions de la pauvreté et du développement ont évolué , en ce sens que l'on a cessé de mettre exclusivement l'accent sur le revenu , pour parvenir à la notion plus complète du bien-être humain, reflétées par l'Indice du développement humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le Développement, et par les autres indices plurifactoriels qui remplacent le produit intérieur brut par habitant (PIB) pour mesurer le développement .Dans cette nouvelle conception, la pauvreté ne résulte pas seulement d'un faible revenu, mais aussi de l'altération de toute une série de potentialités de l'être humain, notamment la santé.

L'expression pauvreté humaine désigne, la privation des moyens de réaliser ces potentialités, (par exemple les moyens physiques d'accéder aux soins de santé), et des facteurs de « conversion » de base qui facilitent cette réalisation, (par exemple les moyens sociaux d'accéder aux soins de santé). Le développement humain désigne, des processus qui élargissent l'éventail des options offertes aux gens pour réaliser leurs potentialités (par exemple la liberté de choisir un mode de vie sain)[99] .

Selon l'OMS ,les pays doivent absolument placer la santé au cœur leurs politiques économiques et de développement. D'autre part, les initiatives

---

[97] Déclaration d'alma Ata de 1978.OMS.

98 Commission Macroéconomie et Santé. Macroéconomie et Santé : Investir Dans La Santé Pour le Développement Economique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

99 OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2003.

sociales, politiques et économiques, si elles font des systèmes de santé une priorité, peuvent améliorer leur fonctionnement. Car pour lutter contre la pauvreté et favoriser le développement, il faut absolument renforcer les systèmes de santé et les rendre plus équitables. La santé peut avoir des conséquences économiques car d'abord une meilleure santé, contribue à accroitre le taux de croissance, et les investissements consacrés à la santé peuvent devenir un instrument de politique macroéconomique. Ensuite investir durablement dans la santé des pauvres, permettrai de disposer d'un levier politique pour alléger la misère persistance.

Les analyses macro-économiques comparant les performances des pays, montrent que les améliorations de la santé, influencent aussi la croissance économique par leur impact sur la démographie (espérance vie).Aussi les analyses microéconomiques, étudient le lien entre la santé et le revenu des ménages et des individus, jusqu'à une époque récente une grande partie de littérature microéconomiques, traitait l'impact de l'éducation et de l'information professionnel sur les résultats de travail. Toutefois des récentes études portant sur des individus et des ménages, s'intéressent d'avantage à la santé (notamment à ses aspects nutritionnels) et donnent des résultats cohérents.

La santé a des incidences multiples sur l'économie, car une meilleur santé des adultes dépend en partie abaissera le taux de dépendance économique, en réduisant le taux de mortalité chez les personnes économiquement actives, ainsi que le nombre de départs à la retraite prématuré du fait de la maladie, et ce taux évolue en raison de la transition démographique, aussi une meilleur santé influence la productivité en augmentant le rendement du travail et en réduisant l'absentéisme[100].

Le Développement économique et le développement social ne sauraient plus être dissociés, car les objectifs de l'un et tributaire des objectifs de l'autre. En ce sens que, le développement a pour finalité de rendre les gens capables de mener une vie économiquement productive et socialement satisfaisante, à cet égard le développement sanitaire est une condition essentielle au développement socioéconomique.

B- Santé et les objectifs millénaires pour le développement

La santé a une place importante parmi les objectifs millénaires pour le développement (OMD).

1- Les objectifs millénaires pour le développement (OMD)

En septembre 2000, les représentants de 189 pays comprenant 147 chefs d'Etat, se sont réunis à l'occasion du Sommet du Millénaire à New York pour adopter la Déclaration du Millénaire[101]. Cette Déclaration énonce les principes et les valeurs qui devraient sous-tendre les relations internationales au XXIe

[100] OMS. Rapport sur la santé dans le monde 1999 « pour un réel changement ».

[101] Déclaration du Millénaire. New York, N.Y., Nations Unies, 2000 (résolution 55/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies) ; http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm, consulté le 22 septembre 2003).

siècle, et dégage sept domaines dans lesquels les dirigeants nationaux devraient prendre une série d'engagements particuliers : Paix, sécurité et désarmement; développement et élimination de la pauvreté; protection de notre environnement commun; droits de l'homme, démocratie et bonne gouvernance; protection des groupes vulnérables; mesures visant à répondre aux besoins particuliers de l'Afrique; et enfin, renforcement de l'Organisation des Nations Unies.

La feuille de route [102] préparée à l'issue du Sommet, énonce les objectifs et les cibles devant être atteints d'ici 2015 dans chacun de ces sept domaines. Les objectifs de la section III – développement et élimination de la pauvreté – sont maintenant, largement désignés sous le nom d'objectifs du Millénaire pour le développement, ils représentent l'engagement des gouvernements du monde entier à faire davantage, pour réduire la pauvreté et la faim et pour lutter contre la mauvaise santé, les inégalités entre les sexes, le manque d'instruction, le défaut d'accès à une eau potable et la dégradation de l'environnement. Ils indiquent aussi leur volonté de réduire la dette, d'augmenter les transferts de technologie et de mettre en place des partenariats pour le développement[103] .

Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) établis par les Nations Unies, sont huit objectifs de développement international que les 192 membres de l'ONU, et un certain nombre d'organisations internationales, sont convenus d'atteindre d'ici à 2015 afin de mettre un terme à la pauvreté. Il s'agit notamment de la diminution de l'extrême pauvreté, de la réduction des taux de mortalité infantile, de la lutte contre les épidémies telles que le VIH/SIDA, et de la mise en place d'un partenariat mondial pour le développement.

2 - La place de la santé dans les OMD

La place de la santé dans un modèle pluridimensionnel de développement humain durable, est aussi l'un des messages clés des OMD. Les améliorations de la situation sanitaire sont importantes en soi, mais une meilleure santé est aussi la condition sine qua non, et un élément essentiel de la croissance économique et de la cohésion sociale. Inversement, l'amélioration de l'accès à la technologie sanitaire est un bon indicateur du succès d'autres processus de développement. Toutes ces relations apparaissent clairement dans les OMD. Ainsi, 3 des 8 objectifs, 8 des 18 cibles fixées pour les atteindre et 18 des 48 indicateurs des progrès sont en rapport avec la santé[104] . Il s'agit, concernant la santé des objectifs suivants :

- Objectif 4 : Réduire la mortalité de l'enfant.
    - Cible 5 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.
- Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle.

---

[102] Plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire. New York, N.Y., Nations Unies, 2002 (document A56/326 de l'Assemblée générale des Nations Unies).
[103] OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2003 « pour un réel changement».
[104] Voir Tableau 2.1 du RSM 2003.

- Cible 6 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

- Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.
  - Cible 7 : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle.
  - Cible 8 : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.
- Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.
  - Cible 17 : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement[105].

II- Les risques de l'absence de la gouvernance sanitaire

La santé, la paix et la sécurité sanitaire mondiale sont des préoccupations à la fois nationales et internationales, qui demandent des réponses communes contre les menaces, d'où les risques de l'absence de la gouvernance sanitaire.

A- La santé et la paix dans le monde

1 – Une préoccupation internationale

Objet ancien de préoccupations internationales, le domaine de la santé bénéficie depuis quelques années, d'un intérêt plus marqué de la part des acteurs de la gouvernance mondiale. La nature des problèmes de santé change, Le vieillissement et les effets d'une urbanisation et d'une mondialisation mal gérées, accélèrent la transmission mondiale des maladies contagieuses et accroissent la charge de maladies chroniques et non transmissibles. Il existe en effet un décalage parfois important entre les problèmes de santé, les réponses qui leur sont apportées, et le cadre dans lequel elles doivent s'inscrire. Compte tenu de l'urgence de certaines interventions sanitaires, la perpétuation de ces décalages peut conduire à des situations de tension , dont les effets se feraient ressentir au-delà de la santé : Instabilité des Etats et de zones régionales, frein au développement économique et heurts dans les négociations commerciales. Pour cette raison, la santé est devenue un enjeu de la gouvernance mondiale, ce qui suppose de la part des acteurs d'adapter leurs pratiques à ce nouvel environnement.

---

[105] Sources : « Application de la Déclaration du Millénaire adoptée par l'Organisation des Nations Unies », rapport du Secrétaire général, A/57/270 (31 juillet 2002). Premier rapport annuel fondé sur le « plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire », rapport du Secrétaire général, A/56/326 (6 septembre 2001) ; Division des statistiques de l'Organisation des Nations Unies, base de données sur les indicateurs du Millénaire, vérifiée en juillet 2004 ; Organisation mondiale de la Santé, Département OMD, Santé et politique de développement (HDP). www.who.int/mdg.

La décolonisation a contribué à réorienter l'action internationale, et l'OMS a fait l'objet de tentatives d'instrumentalisation dans le cadre de la guerre froide ou du conflit israélo-arabe[106].

La santé est le fondement même de la productivité et de la prospérité. Le bon état de santé d'une population contribue à la cohésion et à la stabilité sociales, et la prospérité et la stabilité d'une population sont des atouts pour tous les pays[107]. Aussi l'OMS précise que « La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats[108] ».

2 – Ensemble contre les menaces

Les divers exemples et catégories énumérés ci-dessous, mettent en lumière la diversité et l'ampleur des menaces pour la santé publique, auxquelles la population est confrontée aujourd'hui, et suppose des réponses collectifs :

- Maladies à tendance épidémique : Le choléra, la fièvre jaune et les infections épidémiques à méningocoques, ont réapparu au cours du dernier quart du XXe siècle et exigent un nouvel effort en matière de surveillance, de prévention et de lutte. Les cas humains de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et de grippe aviaire, et actuellement la maladie à virus Ebola sont devenus un motif majeur de préoccupation au niveau international.
- Maladies d'origine alimentaire : La chaîne alimentaire connaît depuis une cinquantaine d'années une évolution aussi rapide que profonde, avec une tendance à la complexification et à l'internationalisation. Si, dans l'ensemble, la sécurité sanitaire des aliments a fait des progrès spectaculaires, l'amélioration est inégale et des flambées de maladies d'origine alimentaires, dues à une contamination par des micro-organismes, des substances chimiques ou des toxines, sont courantes dans de nombreux pays. Si des denrées contaminées font l'objet d'échanges commerciaux entre plusieurs pays, le risque d'une propagation de ces flambées en sera accru. Par ailleurs, l'apparition de nouvelles maladies d'origine alimentaire suscite une grande inquiétude, comme cela a été le cas lorsqu'on a découvert que la maladie de Creutzfeldt-Jakob était liée à l'encéphalite spongiforme bovine (ESB).
- Flambées accidentelles ou intentionnelles : Le regain d'activité lié à la surveillance des maladies infectieuses et aux recherches en laboratoire, que l'on observe ces dernières années accroît également le risque de flambées, dues à la libération accidentelle d'agents infectieux. Une violation des règles de sécurité biologique est souvent à l'origine de ce type d'accident. Par ailleurs, la propagation malveillante d'agents pathogènes dangereux, naguère impensable,

---

[106] J. Siddiqi, World Health and World Politics: the World Health Organization and the UN System, Londres, Hurst & Company, 1995, p. 195. Certains programmes font l'objet de relances à l'occasion de pics épidémiques, comme c'est le cas en 2003 pour la poliomyélite, en voie d'éradication elle aussi.

[107] OMS. Rapport sur la santé dans le monde2008.Message du directeur.

[108] Préambule de la constitution de l'OMS.

est désormais une réalité, comme on l'a vu en 2001 aux Etats-Unis d'Amérique, lors de l'affaire du courrier volontairement contaminé par des bacilles charbonneux.

En outre, les événements sanitaires inquiétants qui se sont produits dans un passé récent à la suite d'accidents de nature chimique ou radionucléaire, ou encore de modifications soudaines de l'environnement ont causé une grande inquiétude dans de nombreuses régions du monde.

B- La santé et sécurité sanitaire mondiale

1 –Définition de la sécurité sanitaire mondiale

Ce concept a été défini par l'OMS comme suite : « La notion de la « sécurité sanitaire mondiale » recouvre l'ensemble des activités, tant préventives que correctives, mises en œuvre pour réduire au minimum la vulnérabilité à des événements sanitaires graves menaçant l'état de santé collectif des populations, quelles que soient les régions géographiques ou les frontières qui les séparent [109]».

2 – Les enjeux de la sécurité sanitaire mondiale

Depuis cette époque, des changements profonds sont survenus dans l'occupation de la planète par l'espèce humaine. En ce qui concerne les maladies, la situation n'a plus rien de stable. L'accroissement démographique, le peuplement de territoires jusque-là inhabités, l'urbanisation rapide, l'agriculture intensive, la dégradation de l'environnement et l'utilisation malencontreuse des anti-infectieux ont bouleversé l'équilibre du monde microbien. Chaque année, une nouvelle maladie fait son apparition, ce qui ne s'était jamais vu dans l'histoire. Avec plus de 2 milliards de passagers transportés chaque année par les compagnies aériennes, les possibilités de dissémination internationale rapide des agents infectieux et de leurs vecteurs sont beaucoup plus importantes.

On est devenu beaucoup plus tributaire des produits chimiques, tout en se rendant compte des dangers qu'ils représentent pour la santé et pour l'environnement. L'industrialisation de la production et de la transformation des aliments, de même que la mondialisation de leur commercialisation et de leur distribution ont pour conséquence qu'un seul ingrédient avarié peut conduire au rappel d'une très grande quantité de produits dans une multitude de pays. Une autre tendance est particulièrement inquiétante, à savoir que les principaux anti-infectieux sont en train de perdre leur efficacité beaucoup plus vite que l'on ne parvient à en mettre au point de nouveaux.

L'ampleur de ces menaces est beaucoup plus grande dans un monde caractérisé par une forte mobilité, l'interdépendance économique et l'interconnexion électronique. Les moyens de défense classiques aux frontières ne peuvent plus protéger d'une invasion par une maladie ou un vecteur. Avec la diffusion des nouvelles en temps réel, la panique peut gagner les populations tout aussi facilement. L'activité économique et commerciale subit les contrecoups des

[109] OMS. Rapport sur la santé dans le monde2007« La sécurité sanitaire mondiale».

désastres sanitaires bien au-delà des lieux où ils se produisent. La vulnérabilité est universelle[110].

Si le Rapport sur la santé dans le monde 2007 a porté sur la sécurité sanitaire mondiale, celui de 2008 a touché la sécurité sanitaire individuelle, et plus spécifiquement sur le rôle que les soins de santé primaires, et l'action humanitaire ont à jouer pour que les conditions essentielles de la santé soient assurées.

§2 : La gouvernance de l'organisation mondiale de la santé

Avant de voir un aperçu sur la gouvernance au sein de l'OMS, une présentation sommaire de cette organisation s'impose.

I - L'organisation Mondiale de la santé

A- OMS : Historique et fonctions

1- Aperçue historique sur l'OMS

La santé fait partie des sujets récurrents des discussions interétatiques. Sa position centrale actuelle résulte d'un long processus d'internationalisation des politiques sanitaires accentué par la mondialisation. Les premières organisations interétatiques en charge de la santé ont été créées au XIXe siècle, pour servir aussi bien à la surveillance des épidémies qu'au contrôle des flux commerciaux. Parallèlement, plusieurs organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé ont vu le jour, comme la Croix-Rouge ou Save the Children International Union. Des organisations caritatives ont également développé leurs activités dans ce secteur, comme la Fondation Rockefeller qui a joué un rôle majeur dans la mise en place de la League of Nations Health Organization13. Depuis lors, les fondations Ford ou Rockefeller n'ont cessé de contribuer à l'amélioration de la santé publique.

On peut avancer des dattes clef l'OMS[111] :

-1830 : le choléra envahi l'Europe

-1851 : La première conférence sanitaire internationale se tient à paris, pour élaborer une convention sanitaire internationale, mais elle échoue.

- 1892 : Adoption de la convention sanitaire internationale, limité au choléra.
- 1897 : Adoption d'une autre convention sanitaire internationale traitant des mesures de prévention contre la peste.
- 1902 : Le bureau sanitaire international, rebaptisé ensuite bureau sanitaire panaméricain et ultérieurement Organisation panaméricaine de la santé, est créé à Washington D.C.
- 1907 : Création à Paris de l'Office international d'hygiène publique (OIHP).
- 1919 : Naissance de la société des Nations qui est chargé, entre autres fonctions, de prendre des mesures d'ordre international pour prévenir et

[110] OMS. Rapport sur la santé dans le monde2007« La sécurité sanitaire mondiale» .Message du directeur général.

[111] OMS .rapport sur la santé dans le monde 1998.

combattre les maladies. L'organisation d'hygiène de la santé des Nations se met en place à Genève parallèlement à l'OIHP.

- 1926 : Révision de la convention sanitaire internationale dont l'application est étendue à la variole et au *typhus.*
- 1935 : Entrée en vigueur de la convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne.
- 1945 : Une conférence des Nations Unies tenue à San Francisco approuve à l'unanimité la création d'une nouvelle organisation internationale autonome de la santé.
- 1946 : la conférence sanitaire internationale à New York approuve la constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS)[112] en tant qu'institution spécialisée des Nations Unies (ONU) dans le domaine de la santé.
- 1948 : Entrée en vigueur de la constitution de l'OMS le 7 avril (date retenu pour célébrer chaque année la journée mondiale de la santé).

2- Les fonctions de l'OMS

L'objectif principal de l'OMS, est l'atteinte du niveau de santé le plus élevé possible pour tous[113] (article 1 de la Constitution de l'OMS), pour atteindre son but, cette Organisation exerce les fonctions suivantes[114] :

« A) agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international ;

b) établir et maintenir une collaboration effective avec les Nations Unies, les institutions spécialisées, les administrations gouvernementales de la santé, les groupes professionnels, ainsi que telles autres organisations qui paraîtraient indiquées ;

c) aider les gouvernements, sur leur demande, à renforcer leurs services de santé ;

d) fournir l'assistance technique appropriée et, dans les cas d'urgence, l'aide nécessaire, à la requête des gouvernements ou sur leur acceptation ;

e) fournir ou aider à fournir, à la requête des Nations Unies, des services sanitaires et des secours à des groupements spéciaux tels que les populations des territoires sous tutelle ;

f) établir et entretenir tels services administratifs et techniques jugés nécessaires, y compris des services d'épidémiologie et de statistique ;

g) stimuler et faire progresser l'action tendant à la suppression des maladies épidémiques, endémiques et autres ;

h) stimuler, en coopérant au besoin avec d'autres institutions spécialisées, l'adoption de mesures propres à prévenir les dommages dus aux accidents ;

---

[112] La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946 (*Actes off. Org. Monde. Santé*, **2**, 100) et est entrée en vigueur le 7 avril 1948.

[113] Article 1 de la Constitution de l'OMS.

[114] Article 2 de la Constitution de l'OMS.

i) favoriser, en coopérant au besoin avec d'autres institutions spécialisées, l'amélioration de la nutrition, du logement, de l'assainissement, des loisirs, des conditions économiques et de travail, ainsi que de tous autres facteurs de l'hygiène du milieu ;
j) favoriser la coopération entre les groupes scientifiques et professionnels qui contribuent au progrès de la santé ;
k) proposer des conventions, accords et règlements, faire des recommandations concernant les questions internationales de santé et exécuter telles tâches pouvant être assignées de ce fait à l'Organisation et répondant à son but ;
l) faire progresser l'action en faveur de la santé et du bien-être de la mère et de l'enfant et favoriser leur aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation ;
m) favoriser toutes activités dans le domaine de l'hygiène mentale, notamment celles se rapportant à l'établissement de relations harmonieuses entre les hommes ;
n) stimuler et guider la recherche dans le domaine de la santé ;
o) favoriser l'amélioration des normes de l'enseignement et de celles de la formation du personnel sanitaire, médical et apparenté ;
p) étudier et faire connaître, en coopération au besoin avec d'autres institutions spécialisées, les techniques administratives et sociales concernant l'hygiène publique et les soins médicaux préventifs et curatifs, y compris les services hospitaliers et la sécurité sociale ;
q) fournir toutes informations, donner tous conseils et toute assistance dans le domaine de la santé ;
r) aider à former, parmi les peuples, une opinion publique éclairée en ce qui concerne la santé ;
s) établir et réviser, selon les besoins, la nomenclature internationale des maladies, des causes de décès et des méthodes d'hygiène publique ;
t) standardiser, dans la mesure où cela est nécessaire, les méthodes de diagnostic ;
u) développer, établir et encourager l'adoption de normes internationales en ce qui concerne les aliments, les produits biologiques, pharmaceutiques et similaires ;
v) d'une manière générale, prendre toute mesure nécessaire pour atteindre le but assigné à l'Organisation »**.**

B- La gouvernance au sein de l'OMS

La gouvernance au sein de l'OMS, au niveau mondial et au niveau régional.

1 - Au niveau mondial

D'après l'article 9 de la constitution de l'OMS, Le fonctionnement de cette Organisation est assuré par :1) l'Assemblée mondiale de la Santé, 2) le Conseil exécutif, 3) le Secrétariat.

1) L'Assemblée mondiale de la Santé : Est l'organe décisionnel suprême de l'OMS. Elle se réunit généralement à Genève en mai chaque année, est composée

de délégués représentant 193 Etats Membres, Chaque Etat Membre est représenté par trois délégués au plus, l'un d'eux étant désigné par l'Etat Membre comme chef de délégation. Ces délégués devraient être choisis parmi les personnalités les plus qualifiées par leur compétence technique dans le domaine de la santé et qui, de préférence, représenteraient l'administration nationale de la santé de l'Etat Membre[115].

Les principales fonctions de l'Assemblée de la Santé consiste à : arrêter la politique de l'Organisation, nommer le Directeur général, contrôler la politique financière de l'Organisation, examiner et approuver le projet de budget programme, étudie également les rapports du Conseil exécutif. L'Assemblée de la Santé adopte des conventions ou accords se rapportant à toute question entrant dans la compétence de l'Organisation, aussi elle aura autorité pour adopter les règlements concernant[116] :

a) Telle mesure sanitaire et de quarantaine ou toute autre procédure destinée à empêcher la propagation des maladies d'un pays à l'autre ;

b) La nomenclature concernant les maladies, les causes de décès et les méthodes d'hygiène publique ;

c) Des standards sur les méthodes de diagnostic applicables dans le cadre international ;

d) Des normes relatives à l'innocuité, la pureté et l'activité des produits biologiques, pharmaceutiques et similaires qui se trouvent dans le commerce international ;

e) Des conditions relatives à la publicité et à la désignation des produits biologiques, pharmaceutiques et similaires qui se trouvent dans le commerce international.

2) Le Conseil exécutif : Est composé de 34 membres techniquement qualifiés dans le domaine de la santé. Les membres sont élus pour trois ans. La principale réunion du Conseil, qui décide de l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé suivante et qui adopte des résolutions à transmettre à l'Assemblée de la Santé, se tient en janvier, avec une deuxième réunion plus courte en mai, immédiatement après l'Assemblée de la Santé, concernant des questions plus administratives. Les principales fonctions du Conseil sont d'appliquer les décisions et les directives de l'Assemblée de la Santé, de lui donner des consultations et, en général, de lui faciliter le travail.

3) Le Secrétariat de l'OMS : Comprend le Directeur général, qui est nommé par l'Assemblée de la Santé sur proposition du Conseil exécutif. et comprend aussi le personnel technique et administratif nécessaire à l'Organisation ,comprend environ 8000 professionnels de la santé et autres spécialistes et

[115] Article 11 de la constitution de l'OMS
[116] Article 21 de la constitution de l'OMS

personnels d'appui titulaires d'engagements à durée déterminée, qui travaillent au Siège, dans les six bureaux régionaux et dans les pays.

2 – Au niveau régional

Au niveau régional et d'après l'article 44 de la constitution de l'OMS : « *a*) L'Assemblée de la Santé, de temps en temps, détermine les Régions géographiques où il est désirable d'établir une organisation régionale *b*) L'Assemblée de la Santé peut, avec le consentement de la majorité des Etats Membres situés dans chaque Région ainsi déterminée, établir une organisation régionale pour répondre aux besoins particuliers de cette Région. Il ne pourra y avoir plus d'une organisation régionale dans chaque Région ».

Aussi Chacune des organisations régionales sera partie intégrante de l'Organisation, et comportera un comité régional et un bureau régional. Ces comités régionaux sont composés de représentants des Etats Membres et des Membres associés de la Région en question. Les territoires ou groupes de territoires d'une Région, n'ayant pas la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales, et qui ne sont pas des Membres associés ont le droit d'être représentés à ces comités régionaux et d'y participer. La nature et l'étendue des droits et des obligations de ces territoires ou groupes de territoires, vis-à-vis des comités régionaux seront fixées par l'Assemblée de la Santé, en consultation avec l'Etat Membre ou toute autre autorité, ayant la responsabilité de la conduite des relations internationales de ces territoires et avec les Etats Membres de la Région[117].

II- L'action de l'OMS

Un nouveau Règlement Sanitaire International (RSI), un programme et des objectifs stratégiques.

A- Programme et objectifs stratégiques

1 - Programme mondial d'action sanitaire 2006-2015

L'OMS a adopté son onzième programme général de travail, par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2006 sous le titre « S'engager pour la santé ».Ce programme couvre la période de dix ans qui s'étend de 2006 à 2015 et qui correspond au délai restant pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Ce programme définit un cadre stratégique et des orientations qui guideront l'action de l'OMS, à la fois celle des Etats Membres et celle du Secrétariat, et il offre des possibilités de dialogue avec les partenaires du secteur de la santé au niveau mondial.

Tout progrès important dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé nécessitera l'intervention de nombreux secteurs à tous les niveaux : individuel, communautaire, national, régional et mondial.

Pour influer sur certains des déterminants sous-jacents de la santé, il faut un cadre mondial dans lequel inscrire une stratégie de promotion de la santé. Le

[117] Articles 45, 46,47 de la constitution de l'OMS.

programme d'action exposé ici est destiné à toutes les parties intéressées, pas seulement à l'OMS. Il met en évidence sept domaines prioritaires :

1. Investir dans la santé pour réduire la pauvreté ;
2. Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
3. Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé ;
4. Influer sur les déterminants de la santé ;
5. Renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable ;
6. Exploiter le savoir, la science et la technologie ;
7. Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité[118]

La mise en œuvre Mise en œuvre du onzième programme général de travail de l'OMS s'effectuera de concert avec les Etats Membres, selon un plan stratégique à moyen terme s'étendant sur la période de six ans 2008 – 2013, et selon les budgets programmes biennaux approuvés par les organes directeurs.

2- La gouvernance et parmi les objectifs stratégiques de l'OMS

Le programme général de travail fixe les grandes orientations de l'action de l'OMS, en tant qu'institution mondiale chargée des questions de santé. Les priorités sont définies dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, sous la forme d'objectifs stratégiques, nous avons distingué à cet égard des objectifs généraux et des objectifs liés à la gouvernance

Parmi les 13 objectifs stratégiques de l'OMS on peut relever : La Réduction de la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles et Combattre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme **;** Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques ;Promouvoir la santé et le développement ; Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques , dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.

Alors que pour Objectifs liés à la gouvernance , l'OMS se veut d'Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles, aussi de jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail ,et finalement de faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat[119].

[118] OMS. Programme mondial d'action sanitaire 2006-2015 « s'engager pour la santé ».
[119] OMS. Plan stratégique à moyen terme 2008-2013.

B- Un nouveau Règlement Sanitaire International (RSI)

Avant de porter un regard sur le contenu du nouveau Règlement Sanitaire International (RSI), un bref rappel de la réglementation sanitaire mondiale s'impose.

1 - Bref historique de la réglementation sanitaire mondiale

Les premières mesures qui ont conduit à l'établissement du RSI (1969) , coïncident avec les événements marquants dans le domaine de la santé publique avec. En premier lieu, l'institution de la quarantaine, un terme qui remonte au XIVe siècle, et qui désignait une mesure ayant pour but de se prémunir contre des maladies « d'origine étrangère » comme la peste. Puis les diverses améliorations apportées en matière d'assainissement qui, au XIXe siècle, ont permis de juguler les épidémies de choléra .Et enfin, l'avènement de la vaccination dont l'aboutissement a été, au XXe siècle, l'éradication de la variole et la prévention de beaucoup d'autres maladies infectieuses. Pour bien mesurer l'intérêt nouveau et les potentialités de la coopération sanitaire internationale, il est capital d'en comprendre le déroulement historique.

Les nombreuses conférences internationales sur la lutte contre les maladies, organisées à la fin du XIXe et au début du XXe siècle, ont abouti en 1948 à la création de l'OMS.

En 1951, les Etats Membres de l'OMS ont adopté le Règlement sanitaire international, remplacé en 1969 par un nouveau texte. A partir de 1995, un processus intergouvernemental de révision du Règlement ,a permis de prendre en compte les nouveaux savoirs ainsi que l'expérience acquise dans le domaine épidémiologique, tout en réagissant à l'évolution du monde et aux menaces accrues qu'elle fait peser sur la sécurité sanitaire mondiale. On a convenu de la nécessité d'établir un code de conduite qui permettrait non seulement de prévenir et d'écarter ces menaces, mais qui constituerait également un moyen d'y faire face par le canal d'une action de santé publique, tout en évitant de perturber inutilement les échanges et les voyages internationaux. Le processus de révision s'est achevé en 2005 et le nouveau Règlement est désormais désigné sous le nom de « RSI (2005) [120]».

2 – L'importance du nouveau règlement sanitaire international

Le Règlement sanitaire international révisé (2005) ou RSI (2005), est un instrument juridique international, qui a pour objet d'assurer une sécurité maximale eu égard à la propagation internationale des maladies, il vise également à réduire les répercussions internationales des urgences de santé publique.

Avec le RSI (2005), on étend la portée de la défense collective jusqu'ici axée sur quelques maladies « quarantenaires » seulement ,à tous les types d'urgence pouvant avoir des répercussions sanitaires internationales, notamment les flambées de pathologies émergentes, de maladies à tendance épidémique, de

[120] OMS. Rapport sur la santé dans le monde2007 « La sécurité sanitaire mondiale»

maladies d'origine alimentaire ou encore les événements de nature chimique ou radionucléaire, qu'ils soient accidentels ou provoqués délibérément.

S'écartant sensiblement de la politique suivie par le passé, le RSI (2005) renonce à privilégier la mise en place de barrières passives aux frontières, ainsi que dans les aéroports et ports au profit d'une gestion préventive du risque. Cette stratégie vise à la détection précoce des événements et à leur maîtrise à la source avant qu'ils ne constituent une menace de portée internationale.

Compte tenu de ce qu'aujourd'hui la vulnérabilité à ces menaces est universelle, l'amélioration de la sécurité sanitaire exige une solidarité mondiale. La sécurité sanitaire mondiale est une aspiration collective tout autant qu'une responsabilité mutuelle. Les tenants et aboutissants des urgences sanitaires sont désormais plus nombreux, entraînant la diversification des parties prenantes à l'agenda sécuritaire. Diplomatie, coopération, transparence et préparation sont les nouveaux maîtres mots. Les responsables politiques et les chefs de file du monde des affaires ont, tout autant que les secteurs de la santé, du commerce et du tourisme, intérêt à ce que le RSI (2005) soit mis en œuvre avec succès[121].

Ce Règlement est plus exigeant et d'une portée plus vaste que celui qu'il remplace ; il insiste beaucoup plus sur le fait qu'il incombe à tous les pays de mettre en place, d'ici 2012, des systèmes de détection et de maîtrise des risques pour la santé publique. L'OMS a élaboré un plan stratégique pour aider les pays à remplir cette obligation et à surmonter les difficultés qu'ils pourraient rencontrer à cet égard[122] .

La mondialisation dicte l'intégration économique, technologique, politique et culturelle du monde. Actuellement, le commerce mondial des marchandises est favorisé par l'OMC, qui encourage la réduction des barrières commerciales et la disparition des frontières. Par conséquent les marchandises sont libres de circuler entre États, ce qui accroît les possibilités que se produise une urgence de santé publique de portée internationale. La flambée de SRAS (actuellement Ebola), est l'exemple parfait de la contribution qu'apporte la mondialisation à la propagation des maladies.

Une gouvernance mondiale est créée lorsqu'États, organismes internationaux, organisations intergouvernementales, organisations non gouvernementales publiques et privées, en somme, tous les acteurs pertinents au niveau international, travaillent ensemble pour atteindre un but commun. Le RSI est la plateforme de gouvernance mondiale en matière de santé pour la préservation de voies commerciales plus saines et stables au 21esiècle. À la différence du RSI précédent, le nouveau RSI fournit une approche fédératrice englobant qui prévoit l'intégration des secteurs auxquels une sûreté accrue du trafic et du commerce internationaux est bénéfique. Le RSI intègre la santé

[121] OMS. Rapport sur la santé dans le monde2007 « La sécurité sanitaire mondiale ».
[122] Idem.

publique dans de multiples domaines de politique mondiale tels que le commerce, la sécurité et les droits de l'homme[123].

Les articles 14 et 44 du RSI 2005 sont les piliers de la plateforme, pour une gouvernance mondiale en matière de santé, en ce sens que l'article 14 demande à l'OMS de travailler en étroite collaboration avec des organisations intergouvernementales et des organismes internationaux, pour la mise en œuvre du Règlement sanitaire international, notamment par des accords et arrangements similaires. En outre l'article 44 qui s'intitule « Collaboration et assistance », demande aux États de travailler ensemble à mobiliser des ressources financières, pour faciliter l'application de leurs obligations au titre du Règlement. Qu'en est-il de la gouvernance des systèmes nationaux de santé ou La fonction de direction / administration générale ?.

Sect. 2 : La gouvernance des systèmes nationaux de santé : La fonction de direction ou administration générale

La gouvernance sanitaire c'est-à-dire la gouvernance des systèmes nationaux de santé , constitue la base conceptuelle de cette thèse, à la lumière de laquelle nous allons traiter la mise en œuvre de la bonne gouvernance du système de santé Marocain (2ème parie) .C'est pour cela que nous allons d'abord examiner le concept du système de santé, son fondement, son intérêt et ces fonctions, avant d'éclaircir le concept de la gouvernance du système de santé (la fonction de direction ou administration générale).

§1 : Les systèmes nationaux de santé : Fondement, fonctions et objectifs

Il n'est pas inutile de présenter le fondement du système de santé, ses intérêts, fonctions et objectifs.

I - Intérêt, fonctions et objectifs des systèmes de santé

A- L'intérêt des systèmes de santé

1 - Répondre aux défis actuels de la santé

La mondialisation met à rude épreuve la cohésion sociale de nombreux pays, et les systèmes de santé sont des éléments clés de l'architecture des sociétés contemporaines. Ils sont indispensables à un développement sain des individus, des familles et des sociétés dans le monde entier. En ce sens les systèmes de santé exercent en permanence des responsabilités essentielles à l'égard de gens de tous âges, ainsi, la vie d'innombrables personnes dépend du système de santé, de la mise au monde dans des conditions de sécurité de bébés en bonne santé aux soins gériatriques dispensés à des personnes fragiles sans porter atteinte à leur dignité.

[123] OMS, Règlement sanitaire international 2005.

Dans ce cadre, l'OMS[124] précise que les systèmes de santé sont l'interface indispensable entre les interventions destinées à sauver des vies et à améliorer la qualité de vie et les personnes qui en ont besoin. Si les systèmes de santé sont inefficaces, l'effet de ces interventions sera faible, voire nul, tout initiative visant à améliorer la santé ou à mieux utiliser les ressources doit par conséquent accorder une priorité absolue aux systèmes de santé.

2- Les objectifs du système de santé

Selon le rapport sur la santé dans le monde 2000, les systèmes de santé nationaux doivent réaliser trois grands objectifs : Améliorer la santé, répondre aux attentes de la population et répartir équitablement la contribution financière.

- Améliorer la santé : Cet objectif est en fait double : il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible, ce qui suppose un système apte à bien répondre aux attentes de la population (*qualité*), et de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire assurer à chacun la même qualité de soins, sans discrimination (*équité*) . L'OMS va au-delà de ses préoccupations traditionnelles, à savoir le bien-être physique et mental des gens, pour mettre l'accent sur la qualité et l'équité.
- Répondre aux attentes de la population :
- Répartir équitablement la contribution financière :

Le RSM 2000 innove aussi en proposant pour la première fois un indice de la performance.

A- Définition et fonctions du système de santé

1 – Définition

Le système de santé est : « la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire s'entend de tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle [125].Dans le but de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé[126] ».

2 – Les quatre fonctions du système de santé

Le degré de réalisation des trois objectifs susmentionnés, dépend essentiellement de la mesure dans laquelle les systèmes parviennent à s'acquitter de quatre fonctions vitales :

1- La prestation de services,
2- La production de ressources,
3- Le financement,
4- L'administration générale.

---

[124] Rapport sur la santé 2000.OMS
[125] OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2000.
[126] Voir supra sur la définition du système de santé.

La fonction de financement, est de toute évidence la plus importante pour atteindre l'objectif de l'équité des contributions, mais la manière dont elle s'exerce à également des répercussions sur les résultats sanitaires et même quelques effets sur la réactivité. Aussi chaque système de santé est appelé à investir quelque peu dans la création de ressources. Alors La fonction prestation de services, représente la totalité du système de santé, elle se rapporte à ce que fait le système et non pas à ce qu'il est, elle influence le plus les résultats sanitaires, mais elle revêt également une grande importance pour la réactivité. Quant à l'administration générale, elle touche à tous les domaines et influence considérablement les trois autres fonctions (voir infra sur le concept de la gouvernance des systèmes de santé).

II- Les fondements du système de santé

Le système de santé est fondé sur le contrat social, et la responsabilité de l'Etat à améliorer la performance et réduire les risques de ces systèmes.

A- Responsabilité de l'Etat et contrat social

1 - Responsabilité de l'Etat

Sur la responsabilité de l'Etat, l'OMS[127] affirme que c'est à la puissance publique qu'il revient en dernière analyse, de donner sa forme définitive au système de santé. Cela ne veut pas dire que les pouvoirs publics devraient – ou même pourraient – réformer l'ensemble du secteur sanitaire à eux seuls. Des acteurs nombreux et divers ont un rôle à jouer : responsables politiques nationaux et administrations locales, professions de santé, communauté scientifique, secteur privé, organisations et associations de la société civile, sans oublier la communauté sanitaire mondiale.

Les intérêts respectifs de la puissance publique, du secteur sanitaire et de la population sont indissociables. De ce fait, l'ensemble des éléments de nature institutionnelle liés aux soins médicaux tels que la formation, l'accréditation, les systèmes de paiement, l'institution hospitalière, les droits divers, etc. font l'objet depuis des années d'un marchandage intensif sur le point de savoir comment définir, d'une façon générale, en quoi consiste l'Etat providence et les biens collectifs qui vont avec lui[128]. Cela signifie que les institutions publiques ou parapubliques doivent intervenir en tant que médiateurs dans la négociation du contrat social entre les instances de la médecine, de la santé et de la société[129].

L'Autorité sanitaire nationale est le gardien du bien public pour la santé, et son objectif fondamental est la protection et la promotion de la santé de la population. Elle représente le pouvoir de l'État, de s'acquitter de ses fonctions spécifiques et indépendantes, qui ne peuvent être déléguées de ses

---

[127] OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2008.

[128] Fox DM. The medical institutions and the state. In: Bynum WF, Porter R, eds. Companion encyclopedia of the history of medicine. Londres et New York, Routledge, 1993, 50:1204–1230.

[129] Frenk J, Donabedian A. State intervention in health care: type, trends and determinants. Health Policy and Planning, 1987, 2:17–31.

responsabilités et compétences, afin de suivre effectivement la santé comme un bien public. Il y a des différences structurelles dans la composition de l'Autorité sanitaire nationale, en fonction du caractère fédéral ou unitaire du pays et de l'organisation institutionnelle du secteur de la santé[130].En général, les Ministères de la Santé sont les principaux dépositaires publics de « l'autorité sanitaire nationale », et sont par conséquent les entités premières responsables d'exercer la gouvernance.

2 - Le contrat social

Depuis le début du XXe siècle, la protection de la santé et les soins de santé ont été peu à peu constitués, en tant que biens publics garantis par l'Etat, et qui sont au cœur du contrat social entre ce dernier et les citoyens. C'est au cours de la phase de reconstruction qui fait suite à un conflit ou à une catastrophe, que l'importance du système de santé, en tant qu'élément clé du contrat social dans les sociétés en voie de modernisation se manifeste avec le plus de force : La remise en marche des services de santé, constitue l'un des premiers signes tangibles du retour de la société à la normale[131].

Dans ce cadre, les pouvoirs publics ont, en matière de santé, des responsabilités fondées autant sur des principes politiques que sur des attentes largement partagées[132].

Sur le plan politique, la légitimité des gouvernements et le soutien qu'ils trouvent auprès de la population, sont conditionnés par leur aptitude à protéger leurs citoyens et à jouer le rôle de redistributeur qui est le leur. La gouvernance de la santé fait partie des instruments fondamentaux au service des politiques publiques, pour une protection et une redistribution institutionnalisées. Dans les états modernes, les pouvoirs publics sont censés protéger la santé, garantir l'accès aux soins et éviter à leurs administrés de s'appauvrir par suite de maladie. Ces responsabilités se sont progressivement élargies pour s'étendre à la correction des excès du marché qui caractérisent le secteur de la santé[133].

L'intervention de l'Etat n'est pas seulement légitimée par des considérations d'ordre social ou politique. Il y a également des acteurs économiques essentiels : Les équipementiers médicaux, l'industrie pharmaceutique et les professions libérales, qui ont intérêt à ce que l'Etat prenne en charge le secteur sanitaire afin d'assurer la viabilité du marché de la santé : Une économie moderne coûteuse ne peut perdurer sans partage des risques et mise en commun des ressources. D'ailleurs, les pays dont les dépenses de santé sont les plus

[130] OPS/OMS, Santé publique dans les Amériques: Conceptual Renewal, Performance Assessment, and Bases for Action (Washington D.C.: OPS/ OMS, 2002). See also: J.L. Correa, Proyecto de Autoridad Sanitaria. Comunidad Virtual de Gobernabilidad y Liderazgo.

[131] Waldman R. Health programming for rebuilding states: a briefing paper. Arlington, VA, Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), 2007.

[132] Porter D. Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times. Londres et New York, Routledge, 1999.

[133] Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant. Genève, OMS.

élevées sont également ceux où le secteur sanitaire fait le plus appel au financement public.

Les gens confient à la fois leur corps et leur argent au système de santé, qui est tenu de protéger le premier et d'utiliser judicieusement le second. L'Etat est particulièrement appelé à exercer cette fonction d'administration générale, car il dépense l'argent que les gens sont tenus de verser dans le cadre de l'impôt et de l'assurance sociale, et parce qu'il est l'auteur d'un grand nombre des règles applicables aux transactions privées et volontaires. En outre, il ne détient les installations qu'en vertu d'un mandat tacite des citoyens. Les assureurs et praticiens privés l'exercent aussi dans une mesure légèrement restreinte, et une partie de la tâche de l'Etat, en tant qu'administrateur ou intendant général du système, consiste à veiller à ce que l'action des organisations et intervenants privés soit également consciencieuse et avisée.

B- Améliorer la performance et réduire les risques

1 - Réduire les risques

Les systèmes de santé visent non seulement à améliorer la santé des gens, mais aussi à les prémunir contre le coût financier de la maladie[134]. Dans les pays à bas revenu, les gouvernements doivent réduire la part du système régressif des paiements directs, en étendant l'application des dispositifs de prépaiement qui répartissent le risque financier, et éloignent le spectre de dépenses de santé ruineuses.

Selon l'OMS, Le défaut du système de santé est à l'origine de très nombreux décès et incapacités évitables dans chaque pays, de souffrances inutiles, d'injustices, d'inégalités et du non-respect des droits fondamentaux de l'individu. Les effets sont indubitablement plus graves chez les pauvres, que l'absence de protection financière contre la mauvaise santé enfonce plus profondément dans la misère.

2 - La quête vers la performance

Les consultations régionales sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé, ont débattu du concept d'administration générale. En plus des déclarations sur l'importance de la notion d'administration générale, elles ont abordé de manière générale la nécessité d'une meilleure définition de l'ensemble des fonctions des systèmes de santé, de leurs interconnexions et de leur articulation par rapport aux résultats**.**

C'est le gouvernement qui, en dernier ressort, est responsable de la performance globale du système de santé d'un pays, pour élaborer une politique d'amélioration de la performance, il faut être informé des principaux facteurs qui déterminent cette dernière.

[134] Idem.

§2 : Le concept de la gouvernance d'un système de santé

Sur le concept de la gouvernance d'un système de santé, il y a une ambigüité qu'il faut éclaircir, ensuite présenter des définitions choisies en la matière, avant de dégager les principes et les instruments de ce concept.

I- S'agit-il de la gouvernance ou de la fonction de direction ou l'administration générale ?

D'abord il faut lever l'ambigüité sur le concept de la gouvernance dans la santé, et puis définir ce que la fonction de direction ou administration générale.

A- Lever l'ambigüité sur le concept

1- La gouvernance relative à la santé est la fonction de direction ou administration générale

Le débat le plus complet sur l'administration générale, s'est produit lors de la consultation internationale technique sur l'administration générale[135], en septembre 2001, au cours de laquelle les participants ont examiné la définition de ce terme et débattu de ses rapports à la gouvernance[136]. Ils ont également souligné la difficulté de préserver le concept lors de sa traduction dans d'autres langues.

Les experts considèrent que ce concept est correctement défini, ils ont considéré que ce concept n'était pas très différent de celui de gouvernance, et que le terme d'administration générale pouvait mieux refléter l'élément directeur d'un système de santé. Lors de la consultation technique, l'accent a été mis sur le fondement éthique de ce concept[137]. Un commentateur a fait remarquer que c'était l'aspect 'moral' de l'administration générale qui la différenciait le plus de la gouvernance, vue comme une notion plus procédurale. Une autre distinction a été faite entre l'administration générale comme fonction « intelligente », et la gouvernance comme fonction plus structurale – un ensemble d'activités qui doivent se produire.

Il faut reconnaître que le mot anglais correspondant (« stewardship ») est difficile à traduire. C'est ainsi qu'en allemand, le terme anglais est souvent conservé[138] . En conséquence, bien que la gouvernance et la fonction de direction ne soient pas deux notions identiques, dans le domaine de la santé, **ces deux termes sont souvent considérés comme des synonymes.**

2 – Commentaire et critiques

En dépit du nombre important de commentaires émis à titre individuel et par des groupes divers, sur différents aspects du rapport sur la santé dans le monde 2000, il n'y eut que très peu de publications sur l'administration générale. Nous n'avons relevé que deux articles. Saltman et Ferroussier-Davis (2000) abordent

---

[135] Rapport de la Réunion OMS d'experts de la fonction d'administration générale au sein des systèmes de santé.]Genève, OMS, 2001. (Document non publié HFS/FAR/STW/00.1).

[136] OMS 2001.

[137] OMS 2001.

[138] OMS, bureau régionale de d'Europe 2002.

le concept d'administration générale en matière de politique sanitaire, en continuité avec le Rapport sur la santé dans le monde 2000, et en concluent que ce concept « est très prometteur s'il est développé correctement et mis en œuvre de manière efficace. ». Un éditorial publié dans l'European Journal of Public Health (McKee 2001a) aborde également les éventuelles implications principales de ce concept "d'administration générale" des systèmes de santé, tant au niveau des pays que pour l'OMS, qui s'efforce d'asseoir son rôle de promoteur crédible de la santé dans le monde.

Les participants y ont fait référence de manière métaphorique à l'aide de trois éléments : « la 'colle' qui préserve l'unité du système de santé, 'l'huile' qui le fait fonctionner sans accroche et 'l'énergie' qui lui donne son orientation éthique et son impulsion ». Ils ont également dressé une liste des éventuelles tâches de l'administration générale, correspondant à la classification tripartite établie par le Rapport sur la santé dans le monde 2000 :

- Formulation d'une politique sanitaire ;
- Exercice d'une influence ;
- Collecte et utilisation de l'information.

Les participants ont admis l'utilité d'une définition descriptive des approches de l'administration générale, et se sont prononcés contre une mesure isolée de celle-ci. Ils ont insisté sur la nécessité d'une meilleure compréhension des articulations entre les différentes approches de l'administration générale, l'efficacité résultant de cette fonction et la performance des systèmes de santé.

Plusieurs commentateurs (McKee 2001) le considèrent comme une avancée importante. « L'OMS a clairement affirmé que les États devaient assumer la responsabilité de leur système de santé. L'administration générale demande un engagement beaucoup plus actif en faveur de la promotion de la santé que celui affiché jusqu'ici par la majorité des États ».

Un commentateur d'un des bureaux régionaux de l'OMS a souligné qu'elle prolonge les efforts antérieurs, visant à renforcer les ministères de la santé et leur rôle de 'leaders'. Un autre commentateur a souligné qu'il existait actuellement de nombreux exemples d'échecs du marché et de la politique résultant des carences de l'administration générale au sein des ministères de la santé.

Certains commentateurs ont demandé à l'OMS de leur fournir des exemples d'administration générale efficace lorsque les différents acteurs des secteurs privé et public servent des buts ou des intérêts contradictoires, afin d'illustrer plus concrètement la nature d'une administration générale de qualité (Saltman and Ferroussier-Davis 2000).

B- Définition de la fonction de direction ou administration générale

Dans ses rapports sur la santé dans le monde, l'OMS a présenté des définitions au concept de la gouvernance des systèmes de santé, qu'il faut présentées.

1– Sur la fonction de direction ou administration générale

L ’administration générale est la quatrième des quatre fonctions du système de santé, et peut être considérée comme la plus importante pour une raison essentielle : La responsabilité de la performance globale du système de santé d’un pays, doit toujours finalement incomber au gouvernement. L’administration générale non seulement influence les autres fonctions, mais permet aussi d’atteindre chacun des buts du système de santé, à savoir améliorer la santé, répondre aux attentes légitimes de la population et assurer l’équité des contributions. Le gouvernement doit s’impliquer à tous les niveaux du système de santé pour en maximiser les résultats.

L’OMS identifie trois grandes responsabilités qui sont essentielles à la gouvernance, ou à la fonction d’administration générale du secteur de la santé : (i) Apporter une vision et une direction au système de santé ; (ii) Collecter le savoir/les renseignements ; et (iii) Exercer l’autorité à travers la régulation et autres mécanismes.

« L’administration générale consiste en dernier ressort à superviser la totalité du système, en évitant de faire preuve de myopie, d’étroitesse de vue, voire de cécité devant les défaillances d’un système. Aussi Les organismes extérieurs, bien publics que non gouvernementaux, ont des responsabilités particulières dans l’administration générale L’accent est mise alors sur la coordination, la concertation et la communication basée sur des faits[139]».

2 – Des définitions choisies de la fonction de direction ou administration générale

Selon l’OMS, la Gouvernance est l’exercice de l’autorité politique, économique et administrative dans la gestion des affaires courantes d’un pays à tous les niveaux (OMS, 2000). Dans le domaine de la santé, le terme est parfois utilisé comme **synonyme** de fonction de direction, notamment lorsque le terme ou sa traduction posent problème. La Fonction de direction, administration générale ou « stewardship » (en anglais) est : « Le rôle des pouvoirs publics dans le domaine de la santé, et leurs relations avec les autres secteurs dont les activités ont un impact sur la santé ». Aussi elle est définie comme la : « Fonction d’un gouvernement responsable du bien-être de sa population et soucieux du bien-fondé et de la légitimité de ses activités aux yeux des citoyens »[140]. L’administration générale est considérée par l’OMS comme : « La gestion prudente et responsable du bien-être de la population, l’essence même de la bonne gouvernance ». C’est aussi la capacité de l’État à assumer la responsabilité de la santé, ainsi qu’à diriger le système de la santé dans son ensemble.

Ce qu’il faut retenir généralement, que le concept de la gouvernance sanitaire, dont le synonyme dans le domaine de la santé et « la fonction de

[139] OMS : rapport sur la santé dans le monde 2000 « Pour un système de santé plus performant ».

[140] Saltman RB, Ferrousier-Davis O. On the concept of stewardship in health policy. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (sous presse).

direction ou administration général », fait référence à la capacité de l'Etat (Ministère de la santé) , à concevoir le système de santé de façon à ce qu'il puisse s'adapter à une évolution des besoins ,de formuler une orientation stratégique, sur une base éthique et reposant sur des valeurs partagées, de garantir une bonne réglementation et la disponibilité des outils pour l'appliquer, de cadrer les actions des partenaires, et de fournir les informations utilisables nécessaires sur la performance du système de santé afin d'assurer responsabilité et transparence[141].

Alors qu'au Maroc, selon les interventions exprimées lors des audiences Intidarates Assiha[142], permettent de définir la gouvernance dans le domaine de la santé, comme étant le système par lequel la société organise et gère les affaires des différents segments et partenaires du secteur, afin d'atteindre les objectifs d'équité, de qualité et d'efficience.

II- Instruments et principes de la bonne gouvernance sanitaire

La bonne gouvernance sanitaire a des instruments et des principes clef, que nous allons essayer de ranger dans cette sous-section.

A-Principes clef de la bonne gouvernance sanitaire

1 - Une vision stratégique consensuelle et une bonne réglementation

- Vision stratégique : Les responsables ont une perspective générale et à long terme sur le développement sanitaire et humain, ainsi qu'un sens des orientations stratégiques nécessaires à cette fin. Les complexités historiques, culturelles et sociales sous-tendant cette perspective sont également prises en compte.

- Participation et consensus : Les hommes et les femmes doivent tous pouvoir exprimer leur avis dans la prise de décisions pour la santé, soit directement ou par le biais d'institutions médiatrices légitimes qui représentent leurs intérêts. Une telle collaboration au sens large s'inspire de la liberté d'association et d'expression, et repose sur les capacités de participation constructive. Une bonne gouvernance du système de santé tient compte des intérêts divergents afin d'aboutir à un consensus général le plus avantageux pour le groupe et, lorsque c'est possible, sur les politiques et les processus sanitaires.

- Primauté de la loi : Les cadres juridiques de la santé doivent être justes et appliqués en toute impartialité, notamment la législation relative aux droits humains en rapport avec la santé.

2 - Equité, efficacité, efficience et responsabilité

- Transparence : La transparence repose sur le flux libre d'informations dans tous les aspects de la santé. Les processus, les institutions et les informations doivent être directement accessibles aux personnes et entités concernées, et

[141] Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005.
[142] Voir infra en 2ème partie.

suffisamment de données doivent être disponibles pour comprendre et surveiller les questions d'ordre sanitaire.

- Réactivité (réponse aux attentes des populations) : Les institutions et les processus doivent tenter de servir toutes les parties prenantes, afin que les politiques et les programmes répondent aux besoins des bénéficiaires dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines.

- Équité et « inclusivité » : Les hommes et les femmes doivent tous pouvoir améliorer ou préserver leur santé et leur bienêtre.

- Efficacité et efficience : Les processus et les institutions doivent aboutir à des résultats répondant aux besoins des populations, et influençant les bilans sanitaires tout en faisant un usage optimal des ressources.

-Prise de responsabilités : Les décideurs des pouvoirs publics, du secteur privé et des organisations de la société civile impliqués dans la santé doivent rendre des comptes au public ainsi qu'aux intervenants institutionnels. Cette prise de responsabilités varie selon l'organisation ou selon la décision qui peut être interne ou externe à l'organisation en question.

- Données exploitables et informations : Les données exploitables « intelligence » et les informations sont essentielles pour bien comprendre le système de santé, sinon il n'est guère possible de fournir les bases factuelles nécessaires à la prise de décisions avisées, influant sur le comportement des différents groupes d'intérêts qui soutiennent la vision stratégique pour la santé ou, du moins, ne s'y opposent pas.

- Éthique : Les principes généralement acceptés de l'éthique des soins de santé concernent le respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice. L'éthique des soins de santé, qui inclut l'éthique de la recherche sanitaire, est importante pour sauvegarder les intérêts et les droits des patients.

B – Outils et techniques de la bonne gouvernance sanitaire

Nous présentant ici, sommairement, des outils et techniques la bonne gouvernance sanitaire sur lesquelles on va revenir plus loin.

1 – Dans le cadre de l'élaboration de la stratégie

Il conviendrait à ce niveau de :

- Réexaminer la planification stratégique et opérationnelle.
- Utiliser l'analyse épidémiologique.
- Utiliser l'analyse économique : Les cadres de dépenses à moyen terme, les comptes nationaux de la santé et les techniques de fixation de cibles et de priorités (telles que l'évaluation des technologies de santé ou WHO-CHOICE1) sont des outils utiles dans cette perspective Pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie,
- Des lois-cadres sur la santé.
- Des outils tels que des incitations ou des modes de rémunération en fonction des performances, permettent d'adapter ces dernières aux attentes énoncées dans la stratégie relative au système de santé.

2 – Autres outils

- Il est possible de soutenir la collaboration intersectorielle en recourant à des techniques, telles que l'évaluation d'impact sur la santé et l'évaluation des besoins sanitaires (Wright et al. 1998), ainsi que des démarches portant sur l'ensemble du secteur (OMS, 2000).
- Il est possible de renforcer la responsabilisation grâce à des contrats fondés sur des performances conclus avec des prestataires, ou à la diffusion d'informations sur les performances aux prestataires et à la population (comme cela a été fait au Royaume-Uni).
- Il est possible d'associer les citoyens à la prise de décisions publiques grâce à des mécanismes novateurs, tels que les conférences de consensus (Danemark, France, Royaume-Uni), ou des forums sanitaires nationaux (France, Royaume-Uni).
- Enfin, des techniques novatrices telles que la planification de scénarios de longue durée, ce qui accroît l'aptitude des responsables de la direction à anticiper les changements et à s'adapter à des besoins en évolution ».

Ceci dit, ce titre avait pour objectif de présenter une vision générale mais aussi particulière, sur les concepts de l'accès aux soins et la gouvernance sanitaire, une vision théorique très utile certes, mieux encore est d'examiner la portée pratique de ces deux concepts, c'est ce que nous allons voir dans les titres suivants de cette partie, concernant les insuffisances de l'accès aux soins à travers le Système National de Santé au Maroc, et les insuffisances de la gouvernance sanitaire.

Titre II : Les insuffisances de l'accès aux soins à travers le Système National de Santé

Après avoir examiné théoriquement, dans le titre précédents, le concept de l'accès aux soins et son cadre globale le Droit à la santé, nous allons voir pratiquement, dans ce deuxième titre, une idée précise sur la situation de l'accès aux soins au Maroc. Dans cette thèse, nous avons choisi de se focaliser sur les trois principaux types de l'accès aux soins à savoir : L'accès géographique, économique et fonctionnel, cet accès que nous avons jugé et qualifié d'insuffisant, suite à des statistiques et des analyses officielles de notre système de santé. (les chapitres 2.3.4). Mais avant, une présentation sommaire de notre système de santé s'impose (chapitre 1).

CH I : Le système National de Santé Marocain (SNS)

CH II : Un accès aux soins géographiquement déséquilibré

CH III : Un accès aux soins fonctionnellement malade

CH IV : Un accès aux soins économiquement difficile

CH I : Le système National de Santé Marocain (SNS)

Avant de décrire notre système de santé, il est nécessaire de le définir et présenter sa triple composition.

Sect.1- Définition et compositions du SNS

§1 - Définition du SNS

I-Selon l'OMS

Généralement un SNS est un ensemble d'intervenant et de moyens dont les relations sont, souvent institutionnalisées, plus au moins organisées peu cordonnées, l'objectif essentiel est la production de prestations sanitaires pour satisfaire la demande exprimée par la population ou considéré comme telle[143].

Selon André Lévy[144]: « Le système de santé peut être défini comme l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels et financiers), destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé. Il constitue un sous-système du système économique général (…), et se trouve donc en concurrence avec et dépendant des autres sous-systèmes en ce qui concerne l'affectation des ressources ».

Un système de santé décrit les moyens organisationnels et stratégiques mis en place par pays, par zones géographiques ou entités communautaires, afin d'assurer une continuité et une qualité des prestations de santé. Il réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de santé, et qui fournissent des soins formels (médecins, cliniques, hôpitaux et pharmacies), des soins informels (guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires) ainsi que d'autres services, comme la recherche.[145]

Selon l'OMS[146] « Un système de santé inclut toutes les activités [personnes et actions] dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. ». Aussi l'OMS précise Dans son rapport [147]que, « on entend par système de santé la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire s'entend de tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle ».

---

[143] Pr. Wajih Maazouzi : la planification sanitaire, cours 3éme cycle 2004. (UFR : Droit de la santé).
[144] Lévy, A., Santé Publique, Paris, Masson, 1994, p.7.
[145] Agence canadienne de développement international [archive] : Qu'est-ce qu'un système de santé ?
[146] O.M.S. Guide to Producing National Health Accounts: With Special Applications for Low-income and Middle-income Countries, W.H.O., Geneva, 2003.
[147] OMS : rapport sur la santé dans le monde 2000 « Pour un système de santé plus performant ».

II - Selon la loi au Maroc

La définition du système national de santé qui a été retenu généralement avant 2011 ,est celle donnée par la stratégie sectorielle de santé 1998[148] : « l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financiers ainsi que les institutions et les activités destinées à assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population » .

Le 2 juillet 2011, et pour la première fois au Maroc, une loi-cadre N° 34-09[149] a été promulguée, par le dahir N° 1-11-83 relative au système de santé et à l'offre de soins, cette loi défini dans son deuxièmes article le système de santé comme étant : **«** le système de santé est constitué de l'ensemble des institutions, des ressources et des actions organisées pour la réalisation des objectifs fondamentaux de santé sur la base des principes suivants :

- La solidarité et la responsabilisation de la population dans la prévention, la conservation et la restauration de la santé ;
- L'égalité d'accès aux soins et services de santé ;
- L'équité dans la répartition spatiale des ressources sanitaires ;
- La complémentarité intersectorielle ;
- L'adoption de l'approche genre en matière de services de santé.

La mise en œuvre de ces principes incombe principalement à l'Etat **»**

Dans le même ordre d'idées cette loi précise que l'offre de soins comporte en outre « les ressources humaines, l'ensemble des infrastructures sanitaires relevant du secteur public ou privé fixes ou mobiles, ainsi que les moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et de services en réponse aux besoins de santé des individus, des familles et des collectivités…[150]».

§1- Composition du SNS

Le Système National de Santé est organisé selon une certaine architecture qui comprend tous les données de l'offre de soin, il est organisé en trois secteurs[151] : Secteur public, secteur privé à but non lucratif et un secteur privé à but lucratif, à qui on peut ajouter la médecine traditionnelle et herboristerie.

I - Secteurs publique

Le secteur public de soins réuni les structures étatiques suivantes :

- Ministère de la santé :
  - Réseau des établissements de soins de santé de primaire (RESSP)
  - Réseau hospitalier
  - Les centres hospitaliers et universitaires (CHU)
  - Hôpitaux publics hors CHU

[148] Stratégie Sectorielle de santé 1981, ministère de la santé Royaume du Maroc P3.
[149] BO N° 5962 du 21 juillet 2011, Page 1856.
[150] Article 9 de la loi cadre N° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.
[151] La santé au Maroc stratégie et développement 1993 (Ministère de la santé).

- Instituts et laboratoires nationaux

- Ministère de la défense : Hôpitaux et autres services de santé des Forces Armées Royales.
- Ministère de l'éducation nationale : Services de médecine scolaire.
- Ministère de l'enseignement supérieur : Service de médecine universitaire.
- Collectivités locales : Bureaux municipaux d'hygiène (BMH) et autres.
- Autres départements :
  - Unités de préventions sanitaires collectives
  - Unités de transport sanitaire
  - Service de médecine pénitentiaire

II - Secteur privé à but lucratif

Le secteur privé à but lucratif (SPBL) comprend :

- Des cabinets médicaux de consultation générale
- Cabinets dentaires
- Cabinets de soins paramédicaux
- Les cliniques et les structures assimilés
- Laboratoires
- Opticiens
- Pharmaciens
- Fournisseurs de matériel et biens médicaux
- Etablissements de transport médical

III - Secteur privé à but non lucratif

Le secteur privé à but non lucratif (SPBNL) comprend :

- Structures des mutuelles et de la CNSS
- Etablissements du Croissant Rouge Marocain
- Etablissements des ligues et fondations

Sect.2- Description du SNS

Il a été admis que l'offre de soins publics dans le SNS, s'organise à travers deux réseaux : Le réseau de soins de santé de base (RSSB), et le réseau hospitalier (RH). Mais avec l'apparition du Décret n° 2-14-56[152] ,relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins. Outre les structures spécialisées d'appui ainsi que les installations de santé mobiles, l'offre publique de soins fixe va comprendre désormais quatre réseaux d'établissements de santé :

• Le réseau des établissements de soins de santé primaires (RESSP) ;
• Le réseau hospitalier (RH) ;

[152] Décret n° 2-14-56 du 7 chaoual 1436 (24 juillet 2015) pris pour l'application de la loi cadre N°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, en ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins, la carte sanitaire et les schémas d'organisation régionaux de l'offre de soins.(BO N° 6388 du 20 août 2015).

• Le réseau intégré des soins d'urgence médicale (RISUM) ;
• Le réseau des établissements médico-sociaux (REMS).

§1- Le réseau des établissements de soins de santé primaires (RESSP)

Le réseau de soins de santé de base ou les soins de santé primaire est la base opérationnelle de toute l'action sanitaire, c'est le 1ér contact entre la population et le système de soins, Le réseau de soins de santé primaire est définit comme [153] : « Soins essentiel, universellement accessible à tous les individus et à toute les familles de la communauté par des moyens qui leur sont accessible, avec leur pleine participation et à un coût abordable par la communauté et les pays et comporte 8 composantes : L'éducation pour la santé, la promotion de bonnes conditions alimentaires, l'approvisionnement en eau saine la protection de la santé de la mère et de l'enfant et la planification familiale, la vaccination, la prévention et contrôle des endémies locales, les traitement des maladies et lésions courantes, la fourniture des médicaments essentiels ».

Ceci dit, le réseau de soins de santé de base (RSSB) au Maroc, comprenait : Le dispensaire rural ; Le centre de santé communal ; L'hôpital local ; Le centre de santé urbain ; et les structures d'appui comme : - Le centre de diagnostic polyvalent ;- Le centre de référence pour la planification familiale ;- Le centre de diagnostic spécial de la tuberculose ; - Le laboratoire d'épidémiologie et d'hygiène de milieu. Mais Avec le nouveau décret n° 2-14 – 56, le réseau de soins de santé de base (RSSB) va être remplacée par l'appellation « le réseau des établissements de soins de santé primaires **(**RESSP) » et sera constitué désormais de :

• En milieu rural, par les centres de santé ruraux de premier niveau et les centres de santé ruraux de deuxième niveau ;
• En milieu urbain, par les centres de santé urbains de premier niveau et les centres de santé urbains de deuxième niveau.

Les établissements de soins de santé primaires, urbains et ruraux, sont appuyés par des structures spécialisées qui assurent les activités relevant des programmes sanitaires. Ces structures comprennent :

• Les centres de référence pour la santé reproductive (CRSR) ;
• Les centres de diagnostic et de traitement des maladies respiratoires (CDTMR) ;
• Les laboratoires de santé publique (laboratoires de diagnostic épidémiologique et d'hygiène du milieu).

I - Les centres de santé ruraux 1èr et 2ème niveau

A- Le centre de santé rural de premier niveau

Le centre de santé rural de premier niveau, est l'établissement de soins de santé primaires de premier contact en milieu rural. Il est placé sous la

[153] Définition arrêtée par la déclaration d'Alma-Ata en 1978.OMS

responsabilité d'un médecin généraliste assisté par un(e) infirmier(e) major. Il offre des prestations de santé préventives, curatives et promotionnelles qui comprennent, en plus de la surveillance épidémiologique, notamment :

• Les consultations de médecine générale ;
• Les prestations de soins infirmiers ;
• Le suivi de la santé de la mère et de l'enfant ;
• Le suivi des maladies chroniques ;
• Le suivi de la santé des jeunes et des adolescents y compris la santé scolaire ;
• Les prestations d'information et d'éducation pour la santé

B- Le centre de santé rural de deuxième niveau

Le centre de santé rural de deuxième niveau, est un centre de santé placé sous la responsabilité d'un médecin généraliste assisté par un(e) infirmier(e) major. Outre, les prestations fournies par le centre de santé rural de premier niveau, ledit centre assure notamment :

• Les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) ;
• Les analyses biologiques de base requises pour le suivi de la santé des femmes enceintes et des malades chroniques ;
• Les examens d'échographie obstétricale.

Lorsque le centre de santé rural de deuxième niveau est implanté dans le chef-lieu d'un cercle administratif ne disposant pas de structure hospitalière, le centre est doté d'un module d'accouchement de 4 à 8 lits et délivre en plus :

• Des prestations d'urgence médicale de proximité ;
• Des soins bucco-dentaires ;
• Des consultations de santé mentale

II - Les centres de santé urbains 1èr et 2ème niveau

A- Le centre de santé urbain de premier niveau

Le centre de santé urbain de premier niveau , est l'établissement de santé de premier contact en milieu urbain. Il est placé sous la responsabilité d'un médecin généraliste assisté par un(e) infirmier(e) major.

Il offre des prestations de santé préventives, curatives et promotionnelles qui comprennent, en plus de la surveillance épidémiologique, notamment :

• Les consultations de médecine générale ;
• Les prestations de soins infirmiers ;
• Le suivi de la santé de la mère et de l'enfant ;
• Le suivi des maladies chroniques ;
• Le suivi de la santé des jeunes et des adolescents y compris la santé scolaire
• Les prestations d'information et d'éducation pour la santé.

B- Le centre de santé urbain 2ème niveau

Le centre de santé urbain de deuxième niveau , est un centre de santé placé sous la responsabilité d'un médecin généraliste assisté par un(e) infirmier(e) major. Outre les prestations fournies par le centre de santé urbain de premier niveau, Le centre de santé urbain de deuxième niveau assure notamment les prestations suivantes :

• Les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB), y compris 4 à 8 lits d'accouchement au besoin ;
• Les analyses biologiques de base requises pour le suivi de la santé des femmes enceintes et des malades chroniques.
Lorsque le centre de santé urbain de deuxième niveau est implanté dans le chef-lieu de la commune de rattachement, ne disposant pas de structures hospitalières publiques, il offre en outre :
• Des prestations d'urgence médicale de proximité ;
• Les soins bucco-dentaires ;
• Les consultations de santé mentale.

§2-Le réseau hospitalier

Le nouveau décret susmentionné, a abrogé les articles de 2 à 8 du décret n° 2-06-656 du13 avril 2007[154] relatif à l'organisation hospitalière, et à donner une nouvelle définition et composition du réseau hospitalier.

I- Composition et organisation

A- Composition

Il ressort du nouveau décret que le réseau hospitalier est composé désormais des établissements suivants :
• Les Hôpitaux préfectoraux et provinciaux ;
• Les Hôpitaux régionaux ;
• Les Formations hospitalières relevant des centres hospitaliers érigés en établissements publics[155] ,ces derniers se trouvent au sommet de la pyramide des soins, constituent des établissements publics dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, ils sont à l'ordre de cinq au Maroc : "centre hospitalier Ibn-Sina", "centre hospitalier Ibn-Rochd", "centre hospitalier Mohammed VI", "centre hospitalier Hassan II "et le centre hospitalier universitaire "Mohammed VI d'Oujda". Ces hôpitaux forment avec d'autres structures ce qu'on appelle les Centres Hospitaliers et universitaires (CHU) ce sont des lieux de soins, de formation et de recherche, selon les textes juridiques[156].
• Les Hôpitaux psychiatriques ;
• Les Centres régionaux d'oncologie ;
• Les Centres d'hémodialyse.

Lorsque la superficie d'une province est étendue, son réseau hospitalier peut être renforcé par la création d'hôpitaux de proximité.

---

[154] B.O N°5526 du 25 rebii II 1428 (17/05/2007), page 653.

[155] Dahir n° 1.82.5 du 30 rebia i 1403 (15 janvier 1983) portant promulgation de la loi n° 37.80 relative aux centres hospitaliers tel qu'il a été modifié ou complété. (B.O N° 3668 DU 16 Février 1983 ; P 165).

[156]- Décret n° 2-04-776 du 14 kaada 1425 relatif aux centres hospitaliers et universitaires (B.O.n°5280 du 6 janvier 2005).
- Arrêté conjoint du Premier ministre, du ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de La formation des cadres et de la recherche scientifique et du ministre de la santé n° 2340-05 du 1er hija 1426 (2 janvier 2006) fixant la composition des centres hospitaliers et universitaires (B.O N° 5388 DU 18 HIJA 1426 (19/1/2006).

Lorsque la taille d'une préfecture est importante, son réseau hospitalier peut être renforcé par la création de cliniques de jour.

Le réseau hospitalier comprend en outre des structures spécialisées d'appui :

• Centre national et les centres régionaux de transfusion sanguine et d'hématologie ;

• Les laboratoires de l'institut national d'hygiène ;

• Le centre national antipoison et de pharmacovigilance.

B - Organisation

Les établissements relevant du réseau hospitalier font partie de la filière de soins. Ils constituent, à ce titre, des établissements de recours et d'appui pour le réseau des établissements de soins de santé primaires. Ils sont organisés selon les territoires de santé en :

• Centres hospitaliers provinciaux et préfectoraux : dispensent des prestations de soins hospitaliers de premier niveau. Ils sont composés de l'ensemble des établissements hospitaliers relevant du ministère de la santé implantés dans leurs ressorts territoriaux, y compris les hôpitaux de proximité ou les cliniques de jour.

• Centres hospitaliers régionaux : dispensent des prestations de soins hospitaliers de deuxième niveau. Ils sont composés de l'ensemble des établissements hospitaliers relevant du ministère de la santé implantés dans les chefs-lieux des régions. Ils peuvent comporter un ou plusieurs pôles d'excellence ou centres de référence à vocation interrégionale ou nationale dans des spécialités médicales ou chirurgicales.

• Centres hospitaliers interrégionaux : dispensent des prestations de soins hospitaliers de troisième niveau. Ils sont composés des établissements relevant des centres hospitaliers à vocation universitaire. Ils comportent un ou plusieurs pôles d'excellence ou centres de référence à vocation interrégionale ou nationale dans des spécialités médicales ou chirurgicales.

II- Missions du réseau Hospitalier

Les établissements relevant du réseau hospitalier sont des établissements de santé ayant pour mission de dispenser, avec ou sans hébergement des prestations de diagnostic, de soins et de services aux malades, blessés et parturientes.

Ils concourent aux actions :

• De médecine préventive et d'éducation pour la santé ;

• D'assistance médicale urgente, en partenariat avec les acteurs concernés ;

• De formation pratique des étudiants en médecine, en pharmacie et des élèves des instituts et écoles de formation professionnelle et de formation des cadres en rapport avec le domaine de la santé ;

• De formation continue des professionnels et des gestionnaires de santé.

Ils contribuent, directement ou en collaboration avec les établissements de formation, au développement et à la réalisation d'activités de recherche en matière de santé publique, d'économie de la santé ou d'administration sanitaire.

Les établissements relevant du réseau hospitalier peuvent, offrir des prestations dites « hôpital de jour ». C'est-à-dire des prestations de soins et services hospitaliers qui peuvent être rendues dans la journée, sans hébergement, si l'état de santé du patient le permet.

§3 - Le réseau intégré des soins d'urgence médicale (RISUM) et le réseau des établissements médico-sociaux (REMS).

Le réseau intégré des soins d'urgence médicale (RISUM) et le réseau des établissements médico-sociaux (REMS), sont deux nouveaux réseaux apportés par le nouveau décret n° 2-14 - 56 relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins.

I- Le réseau intégré des soins d'urgence médicale (RISUM)

Le réseau intégré des soins d'urgence médicale a pour mission de permettre aux malades, blessés, femmes enceintes et parturientes en état de détresse, une assistance médicale urgente, soit par le conseil, soit par l'orientation vers la structure sanitaire adaptée ou par la prise en charge médicale au moyen d'un vecteur adapté dans les meilleurs délais[157].

II - Le réseau des établissements médico-sociaux (REMS).

Le réseau des établissements de santé médico-sociaux est destiné à la prise en charge médicale avec un accompagnement social des personnes à besoins spécifiques. Les prestations de soins fournies par ce réseau peuvent être rendues avec ou sans hébergement. Aussi ce réseau est composé de la liste[158] suivante :

- Centres dits espaces « santé-jeunes » ;
- Centres de rééducation physique, d'orthoptie et d'orthophonie ;
- Centres d'appareillage orthopédique ;
- Centres d'addictologie ;
- Centres médico-universitaires ;
- Centres de soins palliatifs.

Les établissements médico-sociaux sont créés dans le cadre des schémas régionaux de l'offre de soins, soit par le ministère de la santé, soit en partenariat avec d'autres acteurs publics ou privés[159].

Ceux-ci dit, cette section nous a donné une vision globale sur notre système de santé, qu'en est-il maintenant de la portée de l'accès aux soins dans ce système ?

CH II - Un accès aux soins géographiquement déséquilibré

Les indicateurs concernant l'offre de soins dans le réseau des établissements de santé primaire, et le réseau hospitalier montrent en général une insuffisance quantitative, une répartition déséquilibrée à travers le territoire et des écarts

[157] Voir la suite en 2ème partie sur la régulation des soins d'urgence.
[158] Cette liste peut être modifiée ou complétée par arrêté du ministre de la santé.
[159] Nous allons revenir plus loin sur schémas régionaux de l'offre et le partenariat dans la 2ème partie.

relativement importants entre milieux urbain et rural, entre régions et entre provinces au sein d'une même région.

Sect. 1- Disparité dans l'offre de soins et difficulté dans l'accès aux soins

L'analyse montre une grande disparité dans l'offre, ainsi que des difficultés dans l'accès dans les deux réseaux : Hospitalier et ambulatoire.

§1- Au niveau du réseau hospitalier

I- L'offre du réseau hospitalier public

A- L'offre du réseau hospitalier

Le réseau hospitalier est constitué actuellement de 143[160] établissements, (hôpitaux spécialisés et hôpitaux généraux) avec une capacité litière de 27 744 lits fonctionnels, il présente une offre de soins très inégalement répartie, le ratio varie entre 2049 habitants par lit et 505 habitants par lit, il faut signaler que 8 régions ont un ratio supérieur à la médiane qui est de 1143 habitant par lit.

B- Les disparités du réseau hospitalier

S'agissant de l'accès à l'hôpital, les femmes utilisatrices des services hospitaliers mettent en moyenne 49.5 minutes pour arriver à l'établissement hospitalier contre 89.6 minutes pour les hommes. Lorsqu'on regarde les moyens de transport utilisés, parmi les femmes utilisatrices, 29.1% ont utilisé un moyen de transport privé contre seulement 17% parmi les hommes .Les utilisateurs résidants en milieu rural semblent être défavorisés en terme d'accès aux soins hospitalier. Ils mettent en moyenne 90.3 min pour atteindre l'hôpital contre 53 min pour les urbains. Dans les 2 cas, 24 à 27% des patients hospitalisés ont utilisé un moyen de transport privé. Selon le niveau de revenu, les patients hospitalisés mettent en moyenne 104.5 min pour atteindre l'hôpital contre 54.6 min dans le groupe à haut revenu. L'utilisation d'un moyen de transport privé suit également la même distribution. Le facteur revenu est ici très discriminatoire[161].

II- Au niveau de l'offre du secteur privé

A- Une offre de soins concentrée dans les grandes villes

Les structures privés sont concentrées dans les grandes villes, notamment le triangle Rabat Casa Blanca Kenitra, l'analyse montre aussi une sous-utilisation des lits, la médiane est 49%[162].

B- Un déséquilibre dans l'offre des cabinets privés

Les cabinets privés de consultations et de diagnostic clinique, sont passés de 2.552 en 1991 à 5.800 en 2006. La desserte de la population par cabinet de médecin privé est passée de un cabinet de consultation pour 9.800 habitant en 1991 à un pour 5.260 en 2006. La répartition de l'offre de soins privée sur l'ensemble du territoire accuse un important déséquilibre entre milieu rural et urbain et entre les régions. En 2005, on observe un ratio de un cabinet médical

[160] Santé en chiffre 2012, édition 2013.Ministère de la Santé. Maroc. (Dernière édition).
[161] MS. Enquête réactivité 2003.
[162] Ministère de la santé Le plan d'action 2008-2012 « réconcilier le citoyen avec son système de santé ».

pour 3.047 habitants en milieu urbain contre un cabinet pour 59.561 habitants en milieu rural. De plus, cette offre se trouve concentrée dans les grandes agglomérations urbaines. En effet, 52% des cliniques se trouvent dans les grandes villes avec plus de 48% de la capacité litière totale des cliniques.

L'accès aux services de chirurgie dentaire est très limité. Suivant les meilleures estimations, la population marocaine ne pouvait compter en 2006 que sur un ratio d'un dentiste pour 8.134 habitants et ces professionnels qui exercent essentiellement dans le secteur privé libéral sont concentrés dans les zones métropolitaines[163].

Ce manque d'encadrement médical de la population par les cabinets privés, participe au déséquilibre entre les deux milieux urbain et rural. S'ajoute à cela le problème de l'accès aux médicaments vu l'insuffisance quantitative des pharmacies en milieu rural[164].

§1- Au niveau du réseau des établissements de soins de santé primaires (RESSP)

I- L'offre du RESSP

L'offre de soins dans le réseau des établissements de soins de santé primaires (RESSP), est caractérisée par de grandes disparités au niveau urbain entre les régions mais aussi à l'intérieur des régions, le nombre d'établissement de soin de santé de base (ESSB) est passé de 2578 en 2006 à 2759 établissements en 2012[165], réparties comme suit :

- En milieu urbain : 775
  - Centre de Santé Urbain avec lits 131
  - Centre de Santé Urbain 644
- En milieu rural : 1984
  - Centre de Santé Communal 397
  - Centre de Santé Communal avec module accouchement 849
  - Dispensaire Rural 738

II- Les disparités du RESSP

Le nombre du réseau des établissements de soins de santé de base (RESSB), est passé de 1653 en 1990 à 2578 en 2006, soit une progression de 56%, tandis qu'en milieu rural leur nombre atteint 1887 en 2006 soit 74% des ESSB existants. La desserte globale est passée d'un établissement pour 14 600 habitants en 1990 à 12 000 en 2006, enregistrant une amélioration de 18%. La desserte en milieu rural est passée quant à elle d'un établissement pour 10 100 habitants en 1990 à 7 200 en 2006, soit une amélioration de 28,6%. Des

[163] Santé : Vision 2020.Ministère de la santé. Maroc.
[164] 50 ans de développement humain & perspectives 2025.Rapport thématique : système de santé et qualité de vie.
[165] Ministère de la santé. Santé en chiffres 2012, édition 2013.

inégalités persistent dans un certain nombre de régions, où l'écart avec le ratio national de desserte en milieu rural reste relativement élevé[166].

Le ratio habitants par ESSB varie entre 1 ESSB pour 4930 habitants, à 1 ESSB pour 36000 dans le secteur public, dans le secteur privé, ce ratio varie entre 1 cabinet de consultation privé (CCP) pour 1700 habitants à 1CCP pour 2400 habitants. L'analyse de l'offre globale publique et privée n'a pas permis de rétablir l'équilibre entre les différentes régions, et encore moins entre les différentes provinces en matière de services de santé de base.

Cependant, L'analyse démographique apporte un autre élément important, lié à la forte urbanisation qui engendre le développement de nouveau milieu comme le per-urbain , ayant des caractéristiques socio sanitaires propres, les quartiers de ce milieu se sont trouver défavorisée en terme de couverture par les ESSB, vu les critères de la programmation du milieu urbain.

Quant à la durée moyenne pour atteindre un établissement de santé, elle est estimée non satisfaisante par 50% des femmes et 49.5% des hommes. Elle est jugée comme tel par près de 39% des répondants du milieu urbain et par 71% des répondants dans le rural. Selon l'âge des répondants, la durée moyenne de déplacement est jugée mauvaise par les personnes âgées de 70 années et plus, avec près de 56% de réponses. Ce constat est vrai parmi les populations les plus vulnérables[167].

Malgré l'effort soutenu d'implantation des ESSB en milieu rural, la population demeure encore mal desservie en raison de la distance assez longue, qui la sépare de l'établissement de soins le plus proche. Une étude réalisée par le Ministère de la santé en octobre 2003, conclut que 25% de la population rurale se trouvait toujours à plus de 10 km d'un établissement de soins. L'accès géographique aux soins en milieu rural reste difficile, et constitue une insuffisance majeure du système ,car il les zones montagneuses qui couvrent 26% du territoire, reste l'espace le plus marginalisé en terme d'inégalité de développement de l'infrastructure de base et de l'enclavement, ces zones regroupent 30% de la population répartie dans 46% des communes (714 communes), Mais en général, l'insuffisance de moyens de déplacement, les mauvaises conditions du travail, le dysfonctionnement de l'organisation et la gestion reste en vigueur[168].

Des inégalités persistent encore, selon la stratégie sectorielle de santé 2012-2016, dans un certain nombre de régions où l'écart avec le ratio national de desserte en milieu rural reste relativement élevé.

Sect. 2- Faiblesse au niveau des Ressources humaines

§1- Les ressources humaines du système de santé

[166] Ministère de la santé Le plan d'action 2008-2012 « réconcilier le citoyen avec son système de santé »
[167] MS. Enquête réactivité 2003.
[168] Ministère de la santé Le plan d'action 2008-2012 « réconcilier le citoyen avec son système de santé»

Avant de d'examiner les données du personnel de santé au Maroc, il n'est pas inutile de définir ce personnel selon l'OMS.

I- Le personnel de santé selon l'OMS

Le personnel de santé est défini comme l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel et d'améliorer la santé[169]. Cette définition s'inscrit dans le prolongement de celle que l'OMS donne d'un système de santé, à savoir l'ensemble des activités dont l'objet principal est l'amélioration de la santé. Dans son rapport sur la santé dans le monde de 2006, l'OMS a classé le personnel de santé en deux groupes :

• Les prestataires[170] de services de santé : Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, cadres infirmiers et sages-femmes, professions intermédiaires de la médecine moderne (à l'exception du personnel infirmier), personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire), tradipraticiens et guérisseurs ;

• Le personnel administratif et d'appui (personnel cadre, personnel de niveau intermédiaire, personnel d'appui, ouvriers).

II- Les données du personnel de santé au Maroc

Au Maroc, La création d'une faculté de médecine à Rabat en 1962 témoignait de l'intérêt qu'accordaient les pouvoirs publier à la santé, cette première expérience a permis de sortir dès 1969 les 1éres promotions de médecins, à partir de 1975 ,une deuxième faculté a été créé à Casablanca, et récemment il y a les facultés de Fès, Marrakech crée en 1999 et Oujda en 2008. Et en 1989, le Maroc a vu la création de l'institut national d'administration sanitaire (INAS), et en 1993 les Instituts de Formation aux Carrières de Santé (IFCS), en 2015 création de l'université des sciences de santé.

Ceci dit, les données de l'année 2012, selon les statistiques officielles[171], révèlent des chiffres concernant le personnel médical, para médical, et administratif :

- ❖ Le personnel médical :
  - ✓ Médecins du secteur public : médecins du secteur public (hors CHU) par spécialité : 8156
  - ✓ Médecins du secteur public (hors CHU) exerçant dans le Réseau Hospitalier : 3833
  - ✓ Personnel médical du Réseau de Soins de Santé de Base 3517
    - Médecins généralistes : 3105
    - Médecins spécialistes : 412
  - ✓ Médecins du secteur privé : 8965
  - ✓ Les Pharmaciens du secteur public (hors CHU) : 234

[169] OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2006, p.1 et 2.

[170] Dans le rapport annuel sur la santé dans le monde 2006, le terme utilisé est « prestateur » au lieu de prestataire.

[171] Santé en chiffre 2012.édition 2013. Ministère de la santé. Maroc.

- ✓ Les Pharmaciens du secteur privé : 8273
- ✓ Les Chirurgiens-dentistes publics (hors CHU) : 326
- ✓ Les Chirurgiens-dentistes privés : 4122

❖ Personnel para médical Public :

- ✓ Personnel para médical du Ministère de la santé (hors CHU) : 24609
  - Infirmiers diplômés d'Etat : 18299
  - Adjoint de santé breveté : 6310
- ✓ Réseau de soins de santé de base : 9905
  - En milieu urbain : 5843
    - Infirmiers diplômés d'Etat : 3503
    - Adjoint de santé breveté : 2340
  - En milieu rural : 4062
    - Infirmiers diplômés d'Etat : 3168
    - Adjoint de santé breveté : 894
- ✓ Réseau hospitalier : (hors CHU) : 12202
  - Infirmiers diplômés d'Etat : 9543
  - Adjoint de santé breveté : 2659

- ✓ Les 4 centres hospitalier et universitaire (CHU)172 : 4882
  - Infirmiers diplômés d'Etat plus Adjoints de santé diplômé d'Etat : 3801
  - Adjoint de santé breveté : 1081

❖ Personnel administratif tout catégorie confondu : 10054[173]

§2- Un déficit en personnel de santé au Maroc : Un manque très ressenti

I- Au niveau du personnel médical

Malgré tous les efforts consentis, le Maroc reste toujours parmi les pays qui souffrent d'un déficit aigu en ressources humaines de santé, aussi bien au niveau quantitatif que qualitatif. En effet, en 2007, la densité médicale et paramédicale ne dépassait guère 1,64 pour 1000 habitants alors que le seuil critique[174] fixé par l'OMS s'élève à 2,5[175] personnels soignants pour 1000 habitants. A ce sujet, l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) situe le Maroc

[172] Les chiffres concernant les 4 CHU : Ibn Sina ; Ibn Rochd ; Hassan II ; et Mohammed V Sont les chiffres de Sante en chiffres 2011, édition 2012.Alors que les données sur les paramédicaux du nouveau CHU "Mohammed VI" d'Oujda récemment inauguré par SM le Roi, n'est pas encore disponible.

[173] Pour le Personnel administratif tout catégorie confondu le chiffre est de 2001.

[174] Seuil nécessaire pour atteindre une couverture importante pour les interventions essentielles, notamment celles qui sont liées à la réalisation des OMD.

[175] Ce taux est calculé pour permettre d'assurer une couverture vaccinale de 80%, garantir des accouchements assistés pour 80 % des femmes enceintes et assurer une amélioration durable des indicateurs de santé pour l'ensemble de la population (Joint Learning Initiative, 2004, OMS, 2006 : Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge : Harvard University Press ; OMS. 2006. Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 – « Travailler ensemble pour la santé». Genève : OMS).

parmi les 57 pays du Monde souffrant d'une carence aigue en personnel soignant[176].

En effet, l'offre régionale connait des disparités flagrantes, La comparaison entre régions du ratio du nombre d'habitants par médecin, varie de 4201 habitants pour un seul médecin dans la région de Taza-Al Hoceima-Taounate, à 1036 habitants par médecin dans la région de Grand Casablanca.

L'analyse[177] montre aussi qu'à l'inverse des autres provinces du Royaume, les provinces du sud sont les moins dotées en médecins privés. Cette situation s'expliquerait par l'éloignement, le bas niveau économique et les tailles des agglomérations qui sont relativement petites. Les médecins privés préfèrent s'installer dans de grandes agglomérations où ils peuvent bénéficier d'une meilleure qualité de vie, et où ils espèrent de meilleurs profits. En effet, 50% des médecins privés sont installés dans les villes situées dans l'axe Rabat-Casablanca. Aussi, les médecins spécialistes (hors CHUs) sont très concentrés dans les régions de Rabat-Salé-Zemmour-Zaer et du Grand Casablanca, soit une part de 48% (63% si on tient compte des CHUs), par contre les provinces du sud sont très pauvres en médecins spécialistes. En effet, les trois régions de l'extrême sud ne disposent que de 2% des médecins spécialistes dont la majorité exerce dans le secteur public[178].

II- Au niveau du personnel paramédical

A l'instar du personnel médical, on constate une très grande hétérogénéité régionale quant à la desserte de la population en personnel paramédical du Ministère de la Santé. En effet, le nombre d'habitants par infirmier varie dans une fourchette allant d'un seul infirmier pour 2147 habitants dans la région du Grand Casa à un infirmier pour 571 habitants dans la région de Laâyoune-Boujdour-Sakia El Hamra. Toutefois, si on tient compte du corps paramédical exerçant aux CHUs, le grand Casablanca se trouve avec un nombre d'habitants par infirmier de l'ordre de 1331 lui permettant d'occuper une place intermédiaire parmi l'ensemble des régions du Maroc. Ce constat reste valable pour les trois autres régions avec CHUs ; à savoir : Rabat-Salé-Zemour-Zair, Fès-boulemane et Marrakech-Tensift-Alhaouz[179].

Cette mauvaise répartition dont résulte l'iniquité dans l'offre de soins en termes de ressources humaines est due essentiellement au manque de la carte sanitaire[180], outil susceptible de réguler cette offre entre différentes régions du Royaume et à l'intérieur de la même région.

---

[176] MS. Démographie médicale et para médicale à l'horizon 2025. (3ème étude du MS après ceux de 1995 et 2003).

[177] MS. Démographie médicale et para médicale à l'horizon 2025. (3ème étude du MS après ceux de 1995 et 2003).

[178] MS. Démographie médicale et para médicale à l'horizon 2025. (3ème étude du MS après ceux de 1995 et 2003.

[179] Idem.

[180] Voir infra en 2ème partie sur la carte sanitaire.

CH III - Un accès aux soins fonctionnellement malade

L'accès aux soins fonctionnel (c'est-à-dire le fonctionnement des structures de soins), est marqué par des dysfonctionnements aussi bien au niveau du réseau de soins ordinaires, qu'au niveau du réseau de soins en cas d'urgence.

Sect.1- Dysfonctionnement dans les réseaux de soins ordinaires

Des dysfonctionnements au niveau du réseau des hôpitaux, et une faiblesse dans l'utilisation du réseau des établissent de soin de santé primaire (RESSP) et du réseau des laboratoires.

§1-Au niveau des hôpitaux

I- Caractéristiques négatives du réseau hospitalier

A- Un vieillissement du parc hospitalier et un classement non adapté

Le vieillissement, est une caractéristique majeure, puisque 47% des établissements, en l'absence d'un suivi rigoureux et d'une politique de maintenance et de réhabilitation et le non maîtrise des opérations ponctuelles d'aménagement, ont défiguré l'établissement hospitalier.

Par ailleurs, l'analyse[181] du paquet d'activité disponible dans les régions et dans les provinces, montre des lacunes en termes de spécialités requises. En effet, l'ensemble des centres hospitaliers provinciaux possèdent les disciplines de base, mais aucun centre hospitalière régional ou provincial ne répond parfaitement à sa vacation, le niveau de classement d'une structure hospitalière n'est pas adapté aux besoins de la population : certains hôpitaux sont classés provinciaux de par leur implantation dans le chef-lieu de la province, alors qu'ils ne peuvent jouer que le rôle d'une polyclinique de santé publique l'exemple d'hôpital de Chichauoua.

Aussi, l'hôpital connaît un dysfonctionnement aigu lié à « Des insuffisances à plusieurs niveaux : statut et rôle ; cadre juridique et réglementaire ; financement ; structures organisationnelles ; méthodes de travail et procédures ; formation du personnel. Il faut souligner que ces dysfonctionnements affectent directement ses performances et la qualité des soins délivrés aux patients, démobilisent les énergies potentielles et contribuent à une dégradation progressive de l'institution hospitalière[182] ».

B- Accès difficile et des rendez-vous trop éloignés

Quant à la prise de rendez-vous hospitalier, une différence existe quant aux délais d'hospitalisation entre patients femmes et hommes. Ainsi, parmi les hospitalisés 7% des hommes contre seulement 1.9% des femmes ont attendu plus d'un mois pour être admis dans un service hospitalier. Parmi ces

[181] Document de la stratégie sanitaire.MS Maroc.
[182] Politique de santé de l'enfant 2005, Ministère de la santé .Maroc.

répondants utilisateurs des hôpitaux, 5.7% provenant du rural contre seulement 2.8% parmi les patients provenant du milieu urbain, avaient attendu plus d'un mois avant de bénéficier d'une hospitalisation. Les répondants des groupes d'âges supérieurs (60 années et plus) sont les plus concernés par les délais d'hospitalisation de plus d'un mois (jusqu'à 9.3% des répondants contre seulement 1% des 18-29 ans). Et les motifs d'hospitalisation ne semblent pas affectés les délais d'hospitalisation[183].

Entre secteurs hospitaliers, 0.2% seulement des patients admis en hospitalisation privée auraient attendu leur admission plus d'un mois contre 4.2% des patients en hospitalisation publique.

Difficultés d'accès aux soins, malgré les efforts déployés par le Ministère de la santé en matière d'extension des infrastructures, les documents officielles[184] dévoilent que « les maternités de première ligne ne sont disponibles que dans les chefs lieu de Caïdats, leur implantation est souvent excentrique par rapport à la population. Quant aux maternités hospitalières, elles sont utilisées à plus de 50 % par les trois communes limitrophes des hôpitaux. Cette difficulté d'accès aux soins se traduit également à travers l'insuffisance et l'inadéquation des moyens d'évacuation vers les maternités hospitalières. Le manque de transport représente à lui seul 46.2 % des raisons de non recours aux services de prise en charge de l'accouchement[185]. L'enquête EPSF 2003-04 rapporte que 85 % des femmes sont confrontées à des problèmes d'accès aux soins qu'ils soient d'ordre financier (74 %), physique/distance (60 %) ou culturel (31 %) ».

Quant au niveau de production des hôpitaux publics : «Trois paramètres permettent d'apprécier l'activité médicale des hôpitaux : le passage des malades ou blessés aux urgences, l'admission à l'hospitalisation et la consultation médicale spécialisée à titre externe. Le volume de ces activités est estimé à plus de 5 354 704, soit une fréquentation hospitalière de 17.4% (0.2 contact médical par habitant et par an[186] ».

II- Le cadre réglementaire et le management hospitalier laisse à désirer

A-Absence d'un cadre réglementaire organisant le fonctionnement des hôpitaux

Actuellement, le système hospitalier public rencontre plusieurs difficultés, sources d'un profond malais chez les professionnels de santé et une insatisfaction chez la population. Ces difficultés portent sur la gouvernance[187], l'organisation, le fonctionnement, la gestion, la pénurie des ressources humaines, les déficits du système d'information, la surcharge des urgences[188].

---

[183] MS. Enquête réactivé 2003.
[184] Ministère de la Santé. Plan d'action 2008-2012 « réconcilier le citoyen avec son système de santé ».
[185] Enquête PAPCHILD 1997.
[186] Ministère de la Santé. Plan d'action 2008-2012 « réconcilier le citoyen avec son système de santé ».
[187] Sur quoi en va revenir plus loin.
[188] Ministère de la Santé. Plan d'action 2008-2012 « réconcilier le citoyen avec son système de santé ».

Jusqu'en 2007, L'hôpital public, qui occupe une place importante dans le système de soins, ne disposait pas de cadre réglementaire organisant son fonctionnement. Ce n'est qu'à cette année que fut adopté et mis en œuvre le décret relatif à l'organisation hospitalière[189]. Ce texte officialise pour la 1ère fois la mission dévouée à l'hôpital public, son mode d'organisation, les différentes spécialités qu'il offre selon sa vocation et définit clairement les responsabilités de son administration.

B- Un management hospitalier essentiellement directif

Selon les acteurs sur le terrain[190] « l'organisation des hôpitaux s'exerce encore dans un système quelque peu fermé, ne tenant pas compte ou très peu de l'environnement dans lequel ces établissements évoluent. Le type de management est essentiellement directif, n'autorisant que très faiblement les délégations des pouvoirs. La rétention de l'information est encore chose courante. Les fonctions administratives, les tâches et les procédures, même lorsqu'elles sont bien décrites et standardisées, sont mal assimilées et donc mal appliquées. Les organigrammes des établissements sanitaires, encore très centralisés, ont très peu évolué. La composante médicale dans la décision est prépondérante et le côté technique gouverne largement les choix organisationnels. L'évaluation des performances et de la productivité se fait encore par la «notation» obéissant ainsi à l'approche taylorienne qui est une approche plus administrative que managériale.

La hiérarchie pyramidale de direction obéit certes au principe de l'unité de commandement, mais laisse très peu d'opportunités aux différentes équipes de pouvoir prendre des décisions comme cela se passe dans une organisation déconcentrée ».

Au Maroc, des facultés de médecine et des écoles d'infirmiers existent depuis de nombreuses décennies, mais aucune filière particulière destinée à la formation de gestionnaires d'hôpitaux, ni d'ailleurs à la formation d'ingénieurs biomédicaux ou de spécialistes en informatique médicale, n'a vu le jour. Certes, les lauréats de l'Institut National d'Administration Sanitaire (I.N.A.S.), qui exercent actuellement dans différentes structures de la santé, contribuent à l'amélioration de la gestion de ces structures et à l'optimisation de leurs faibles moyens. Mais d'une part, leur nombre très limité, ne répond pas aux besoins

---

189- Décret n° 2.06.656. Du 24 Rabii I 1428, relatif à l'organisation hospitalière, BO n 5526 du 29 Rabii II 1428 (17 mai 2007).
- Décret n° 2.06.623 du 24 Rabii I 1428, relatif aux indemnités de gardes et d'astreintes BO n 5524 du 22 Rabii II 1428 (10 mai 2007).

190 Omar cherkaoui : Professeur en Médecine et Directeur de l'hôpital Avicenne de Rabat : « La réforme de la gestion des structures de soins : Elément fondamental de toute réforme du système de santé ».

des structures sanitaires du pays et d'autre part, le cursus de formation appliqué à l'I.N.A.S, ne prévoit pas de modules spécifiques à la gestion hospitalière.

Le temps est bien révolu de l'hôpital administré par un médecin-chef, un surveillant général et un administrateur économe, tous n'ayant reçu aucune formation de base en gestion hospitalière. Toute réforme de système de santé doit comporter impérativement la création de modules de formation en gestion hospitalière. La planification stratégique, la contractualisation, la comptabilité-finance, les appels à la concurrence, l'exécution des marchés, le suivi des approvisionnements, la maintenance hospitalière, la gestion des ressources humaines, la formation continue, les systèmes d'information et de communication, l'informatique médicale, les méthodes d'évaluation, de contrôle et d'audit…

La gestion hospitalière est tributaire de l'autonomie des hôpitaux et la compétence de leurs gestionnaires.

§2-Au niveau du réseau des établissent de soin de santé primaire (RESSP) et des laboratoires

Le réseau des établissent de soin de santé primaire (RESSP)[191], et le réseau des laboratoires soufrent des points suivants :

I- Faiblesse dans l'utilisation du RESSP

A-Caractéristiques négatives du REESP

La réparation des taches et des moyens entre les niveaux n'est pas claire, la vision du système de santé intègre et complémentaire fait défaut, puisqu'il existe une dichotomie entre le 1ér niveau de soins et le niveau de référence qui n'est pas structuré, la consultation externe spécialisé de l'hôpital est non organisée, non individualisé et ne disposant pas de plateau technique propre, ne joue pas son rôle véritable, la non intégration des soins curatifs et préventifs ne contribue pas à offrir des soins globaux, continus et intégrer à une population bien définie.

Aussi sur les délais d'attente au niveau RSSB, Les données recueillies auprès des répondants montrent un délai d'attente plus long pour les femmes (56% de réponses défavorables) que les hommes (46%). Ce délai d'attente semble être jugé de manière semblable selon les âges des répondants[192].

Cette situation à des conséquences graves en terme de dysfonctionnement du système de soins dans son ensemble, concrétisé par la perte de crédibilité dans le RESSP et donc une faible utilisation de ce réseau, puisque en dehors de certains programmes sanitaires la consultation médicale reste très faible (la médiane est 0.4 contact par habitant et par an, alors que en Tunisie est de 0.02

[191] Appelé avant le récent décret 2-14-562 du 24 juillet 2015 « réseau d'établissements de soins de santé de base (RESSB) ».

[192] MS. Enquête réactivité 2003.

et en France 5). Malgré les efforts déployés par le MS en matière d'extension des infrastructures, 43 % [193]de la population marocaine reste située à plus de 6 Km de l'établissement de santé de base le plus proche.

B- Dysfonctionnements au niveau de la couverture sanitaire mobile

Selon le Ministère de la santé : « Le mode de couverture sanitaire mobile, qui constitue une alternative de couverture des populations éloignées, connaît des dysfonctionnements qui entravent sa performance (diminution de l'effectif des infirmiers itinérants, insuffisance des moyens de locomotion, charge importante du paquet d'activité, perception négative de l'itinérance sanitaire). L'utilisation des services de santé de base reste très limitée en dehors de certains programmes prioritaires. Le recours à la consultation médicale au niveau des ESSB est très faible et a peu évolué durant les cinq dernières années puisque le nombre moyen des consultations médicales par habitant et par an n'a augmenté que de 0,1 point durant la période allant de 2000 à 2005 pour atteindre 0,5 contact en 2005[194] ».

II - Faiblesse dans l'utilisation du Réseau des laboratoires

A- Secteur public

Selon un document officiel[195], « Il existe au Maroc 78 laboratoires de santé publique, 41% de ces laboratoires sont situés dans les régions de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër et du Grand Casablanca. Quant aux laboratoires d'Hygiène du milieu et d'Epidémiologie, certaines régions en sont encore dépourvues.

La nomenclature définissant la gamme des analyses de biologie médicale par niveau de laboratoires, a été établie en 1996 puis révisée en 2000. Mais la gamme d'analyses effectuée dans les laboratoires de biologie clinique reste très limitée par rapport au niveau du laboratoire. Les activités développées par les laboratoires restent très insuffisantes : l'hématologie n'est réalisée qu'à 15%, la biochimie à 10%, l'immuno-sérologie à 15%, la microbiologie à 20% et la parasitologie à 12%. Pour les laboratoires d'épidémiologie et hygiène du milieu, l'analyse des eaux de boisson représente 68% de l'activité totale, l'hygiène alimentaire 29% alors que l'hygiène du milieu ne représente que 3%. Au niveau du réseau de soins de santé de base, la plupart des laboratoires sont non fonctionnels. L'étude menée sur 39 hôpitaux locaux a montré que 24 laboratoires ne sont pas fonctionnels par manque de techniciens et de réactifs alors que 15 d'entre eux fonctionnent avec une gamme incomplète d'examens ».

En 2010, le nombre des examens pratiqués dans les laboratoires publics est de 9 027 243 avec 1 403 908 prélèvements effectués[196]. En 2012, le totale des examens s'est élevé à 10176347, répartis comme suit : 188479 en

[193] Plan 2008-20112, Santé. Maroc.
[194] Santé « vision 2020 » Ministère de la santé Maroc.
[195] Politique de santé de l'enfant, Ministère de la santé .Maroc.
[196] Santé en chiffre 2010.

Bactériologie ; 52550 Parasitologie ; 577 709 en Immuno-sérologie ; 3 401036 en Hématologie et transfusion ; 5 956 424 en Chimie biologie (Biochimie)[197].

B- Secteur Privé

Il existe en 2000, 78 laboratoires de santé publique et 256 laboratoires privés, dont 49% sont situés dans les régions de Rabat-SaléZemmour-Zaër et du Grand Casablanca[198].

Sect.2– Dysfonctionnement dans les réseaux de soins en cas d'urgence

La prise en charge des urgences dans les établissements hospitaliers, constituent une priorité de santé publique à l'échelle internationale. Alors que le niveau d'organisation du service des urgences reflète l'image de l'hôpital[199] , de même le taux d'hospitalisation ou un nombre de passages aux urgences plus élevés, signent une performance moindre d'un système de santé dans un pays[200].

La situation de l'urgence peut être définis[201]comme : « une situation nécessitant des secours essentiellement médicaux, dans laquelle l'intégrité d'une partie du corps ou d'une fonction ou la vie d'une personne est menacée immédiatement ou dans un délai inférieur à quelques jours ». Au Maroc L'urgence connait des dysfonctionnements au niveau du secteur public et privé, et une faiblesse au niveau de l'organisation des secours et la gestion des risques sanitaires.

§1 – Faiblesses au niveau de l'organisation des urgences normale

Faiblesses dans l'utilisation des services des urgences et carence de la réglementation.

I- L'utilisation des services des urgences

L'utilisation des services des urgences est faible, que ce soit dans le public ou le privé.

A- Au niveau du secteur public

Il n'y a pas plus révélateur que le témoignage du Pr. Houcine Laourdi[202] qui a relevé en 2000 : « l'enchevêtrement qui existe entre différentes composantes du réseau de soins d'urgence (RSU) et le reste du système de soins. Le segment urgent de l'épisode de soins s'intégrant au continuum de service de soins, qui comprend également les soins distribués en amont ou en aval par d'autres instances cliniques du réseau. C'est dire que les limites de "l'urgence" sont

[197] Santé en chiffre 2012, édition 2013.
[198] Politique de santé de l'enfant, Ministère de la santé .Maroc.
[199] SAMU-URGENCES DE FRANCE Ressources médicales et non médicales des structures d'urgence – Novembre 2011.
[200] Dominique Baubeau et Céline Pereira, Présentation au 10ième Colloque de Comptabilité Nationale, Paris : 22 janvier 2004 : mesure de la performance dans le domaine de la sante, 16 p.
[201] M.Dublouloz : gestion des situations d'urgence, n°642Janvier 2000.
[202] Pr. Houcine Laourdi : ex chef du service d'accueil des urgences CHU Ibn Sina de Rabat-Salé, actuellement le Ministre de la santé au Maroc depuis 2012.

rarement nettement tracées, et que plusieurs intervenants, rarement "suspectés" d'avoir un rapport avec cette pratique, y interviennent et interagissent positivement ou négativement. Toute entreprise de promotion ne peut donc que déborder les limites des intervenants spécifiques et traditionnels dans "l'urgence" pour atteindre d'autres secteurs du système de santé en général ».

En effet, la prise en charge des urgences par les ESSP, se caractérise par une insuffisance en qualification du personnel en matière de 1ér soins d'urgence, aussi il y a une insuffisance des moyens techniques, et de moyens de transport sanitaire et de communication[203].

Par ailleurs, la prise en charge des urgences par les hôpitaux connaissent des dysfonctionnement en raison : D'une forte pression de la demande parallèle à des contraintes structurelles (superficie, structures d'accueil, accès aux services…) et des contraintes lié à l'insuffisance des ressources humaines quantitativement et qualitativement , puisque la médecine d'urgence n'est pas reconnus officiellement comme spécialité dans l'enseignement et la pratique de la médecine, l'urgentologie est fragmentaire et dispersée dans les autres spécialités[204], alors que la douleurs en situation d'urgence et souvent intense et mal connue et mal traité, les soignant doivent être sensibiliser et former pour le traitement de la douleur des patients[205]. Enfin, il y a une insuffisance de ressources matérielles équipement, médicaments, transport sanitaire et informationnelle et une défaillance du système de coordination et de régulation[206].

Cette absence a un impact négatif sur la qualité de la prise en charge des urgences : Délais d'arrivée des secours trop longs, médiocre qualité de mise en condition des patients et absence de coordination avec les structures hospitalières dont les équipes ne sont pas toujours averties, donc non préparées à l'accueil, ceci est d'autant plus grave qu'il s'agit d'afflux massifs des victimes[207].

L'analyse des études plus récentes portées sur l'utilisation des services d'urgences, montre que 13% de la population utilisent le système médical d'urgence (2868953 passages) dont 60% des cas sont ce que l'on appelle communément « fausse urgence », alors que 45% des cas peuvent être pris en charge par les établissements de soins de santé primaire (ESSP). Sur les 133 hôpitaux publics fonctionnels, 105 assurent la permanence au niveau du service

[203] Santé : état actuel tendance et orientations stratégique 20/03/2003 MS.

[204] Pr. Laourdi : enseignement de médecin d'urgence et de catastrophe ,1er congrès national de médecine d'urgence et de catastrophe (CNMUL) Agadir Février 2000.

[205] Pr. Barrou Prise en charge de la douleur aiguë au service d'accueil des urgences (CNMUL).revue espérance médicale, juin 2001, tom 8, No 37.p 322

[206] 4 Dr. RN. Berrado les transports sanitaires au Maroc (1er congrès national de médecin d'urgence et de catastrophe Agadir 2001

[207] Politique de santé des enfants. Ministère de la santé Maroc.

des urgences, soit un taux de couverture de la population de un (01) service des urgences pour 291 930 habitants[208].

B- Au niveau du secteur privé

Quant au secteur privé, au niveau ambulatoire ce secteur est organisé autour de SOS médecin, mais il n'y a pas des données disponibles pour procéder à l'analyse, le médecin privé est rarement confronté à la prise en charge des urgences, son rôle se limite à la référence vers les hôpitaux publics les plus proches. Mais en peut signaler la prolifération de « SAMU » et « SAMUR » privés et le croissant rouge Marocain, avec un manque de coordination entre eux.

II- Carence de la réglementation de l'urgence

Un vide juridique touche particulièrement : La médecine d'urgence, et l'organisation des transports sanitaires.

A- La médecine d'urgence : Une spécialité à affirmer

D'après Pr. Houcine Laourdi [209]: « Les secours, les premiers soins, la médecine d'urgence et la gestion des risques sanitaires constituent, partout dans le monde, un sujet d'actualité placé au centre de l'intérêt porté à la médecine. En médecine d'urgence : Il est admis aujourd'hui qu'un médecin "urgentiste" est tenu de maîtriser à peu près 200 diagnostics, du diagnostic positif à la démarche thérapeutique en urgence. Il doit également maîtriser des gestes invasifs, le maniement de drogues d'urgence et d'anesthésie etc...
C'est dire qu'il y a pour le médecin "urgentiste" un certain nombre de compétences à acquérir, et qui actuellement sont laissées à un apprentissage par "saupoudrage" et "imbibition", sans réelle évaluation et certification :

- Compétence décisionnelle, nécessitant un pré requis
- Compétence relationnelle : Patient, famille, paramédicaux, autres médecins nécessite un savoir-faire, un savoir être et une capacité à mener des équipes
- Compétence organisationnelle, de gestion
- Compétence technique, avec un savoir-faire.

Il faut donc affirmer d'emblée ici que le médecin "urgentiste" ne doit pas être un médecin trieur ou "rédacteur d'ordonnances ou de lettres de transferts", mais un médecin investi d'un champ de compétences, qui doivent nous indiquer les axes de formation à suivre ».

Au Maroc, l'intérêt pour cette discipline s'est concrétisé dès la fin des années 90 par la promotion des salles "d'observation" des hôpitaux en Services d'Urgences et/ou en salles de "déchocage". Dans le domaine de la médecine

[208] Ministère de la Santé. Plan d'action 2008-2012 « réconcilier le citoyen avec son système de santé ».
[209] Pr. Houcine Laourdi : ex chef du service d'accueil des urgences CHU Ibn Sina de Rabat-Salé, actuellement le Ministre de la santé au Maroc depuis 2012.

d'urgences, l'absence de loi cadre et de référentiel national définissant la mission, les responsabilités, les rôles, les attributions et les moyens à mettre en œuvre ; organisant les activités, les relations de coopération et de partenariat ; et réglementant le fonctionnement des différents intervenants dans l'urgence, a abouti au développement anarchique de structures et de sociétés entraînant inefficacité, chevauchement et manque de professionnalisme.
Ainsi, en matière d'organisation, de restructuration, d'amélioration de la prise en charge des urgences et de gestion des risques sanitaires, nous pouvons dire qu'au Maroc, nous avons certains moyens, mais nous n'avons pas de système.

Dans ce cadre , il est nécessaire de proposer une vision concernant le développement et l'orientation des réformes qu'exige la pratique d'une médecine d'urgence moderne et adaptée aux besoins de notre population. Une médecine de réseau par excellence, où tout est mis en œuvre pour offrir au "malade urgent" une réponse à sa plainte, par le moyen le plus rapide, mais aussi le plus adapté à son état et à son emplacement géographique.

B- Un vide juridique au niveau du transport sanitaire

Le transport sanitaire privé, a été quadruplé entre 1970 et 2000 avec une concentration à Casa (65% des sociétés), cependant, il faut signaler que certains société de transport qui sont non médicalisés, assurent comme même des activités médicales comme le conseil médical, consultation à domicile, évacuation sanitaire… car cette profession n'est pas réglementée au Maroc. A cause du vide juridique, la profession d'ambulancier est anarchique et 90% des ambulanciers n'ont aucune notion de secours[210].

Ce transport sanitaire privé c'est développé sans respect des normes requises ,en l'absence d'une réglementation précisant le profil et la qualité du personnel, le niveau et les normes des équipements, les obligations et les responsabilités des différents intervenants dans le domaine des secours.

§2 – Faiblesses au niveau de l'organisation des secours et la gestion des risques sanitaires

Les catastrophes naturelles traînent derrière elle une multitude de dégâts, de pertes humaines, et de répercussions socioéconomiques importantes qui mettent en jeu le développement de la zone sinistrée. Certes, on ne peut pas arrêter un séisme, mais on peut le prévoir, s'y préparer et donc faire en sorte que les dégâts soient limités.

L'organisation des secours en général au Maroc en cas d'urgence majeure, accuse des faiblesses en l'absence d'une stratégie nationale, régionale et provinciale d'intervention coordonnées[211].

---

[210] Pr. Houcine Laourdi (chef du service d'accueil des urgences CHU Ibn Sina de Rabat-Salé : la gestion des catastrophes et des risques sanitaires majeurs au Maroc Tactique et logistique .v journal Al Baian du Mardi 11-3-2003.

[211] Idem.

I- Exemples récents de catastrophe au Maroc

A - Des séismes marquants au Maroc

1. Séisme d'agadir du 29 février 1960. Destruction de 70% des constructions mort de plus de 12 000 personnes ;

2. Séisme du 28 février 1969, mort de six personnes et a causé des dégâts matériels (AID AL ADHA) ;

3. Séismes de missour DU 26/02/1985 AU 15/03/1985 ;

4. Séisme de moulay idriss DU 31/07/1987 ;

5 Séismes d'essaouira: 9 avrilet 21novembre 1988 dégâts

5. Séismes dessaouira : 9 avril et 21 novembre 1988. Dégâts matériels modérés

6. Séismes de rissani: les 23 et 30 octobre 1992 un mort et des dégâts matériels notables.

7. Séisme d'al hoceima du jeudi 26 mai 1994 Mort de deux personnes personnes,

8. Séisme de rabat-kenitra le 28 juin 2001

9. Séisme la province d'Al Hoceima le 24 février 628 morts, 926 blessés, 2539 maisons effondrées et 15230 personnes sans-abris. Ce séisme a remis en question au niveau national et local les stratégies de gestion des risques liés aux catastrophes.

B- Des catastrophes marquantes au Maroc

1. Le 25/9/1950 la ville de Sefrou a été inondée avec une lamed'eaude6mdehautfaisantunecentainede lame d'eau de 6m de haut faisant une centaine de victimes ;

2. Le 5/11/1965 inondation de la Vallée du Ziz laissant 25000 habitants sans abri ceci à permet l'accélération de la réalisation du Barrage Hassan Addakhil.

3. Le 23 mai 1963 inondation de la Moulouya :

4. Les violentes crues du Sebou et qui mettaient à l'épreuve le Gharb une année sur deux le Gharb une année sur deux.

5. Les crues de l'Ourika en 1995, d'El Hajeb en 1997,

6. Settat et Mohammedia en 2002

7. Tan Tan, Nador, Al Hoceima et Khénifra en 2003.

8. Tanger, Missour, Nador, Oujda, Errachidia…en 2008

9. Nordd Gharb 2009.

II- Absence d'une stratégie nationale de gestion des risques

A- Une multiplicité d'intervenants sans coordination

L'organisation des secours et la gestion des risques sanitaires au Maroc, accusent des faiblesses en l'absence d'une stratégie nationale, régionale et provinciale, d'intervention coordonnée pour la réaction devant les situations d'urgence.

La multiplicité des intervenants dans ce domaine (Ministère de la Santé, Protection Civile, Croissant Rouge Marocain, secteur privé, Collectivités Locales…) sans coordination, ni collaboration intersectorielle, ni définition claire des rôles, des attributions et du niveau de responsabilité de chaque intervenant, rend l'action dans ce domaine inefficace et pratiquement cloisonnée.

B- Les limites de l'organisation des secours et la gestion des risques sanitaires au Maroc

« D'après Pr. Laourdi, L'organisation actuelle des secours en situation de catastrophe et de gestion des risques sanitaires se caractérise par : «

- L'absence d'une stratégie nationale, régionale et provinciale d'intervention coordonnée.
- L'insuffisance de préparation des structures du ministère de la santé à réagir rapidement et efficacement par absence de plans hospitaliers, sectoriels et intersectoriels, opérationnels, compatibles, complémentaires et intégrés au plan ORSEC (stratégie d'urgence préventive et non réactive).
- L'inadéquation de la formation de base, de la formation continue, et de la formation post-universitaire pour répondre aux exigences de l'urgence majeure.
- Une coordination et une collaboration intersectorielle cloisonnée sans définition claire des rôles, attributions et responsabilités de chaque intervenant, engendrant des chevauchements.

Ces éléments ont pour conséquences directes :

- Une anarchie des interventions n'obéissant à aucun plan pré établi,
- Un temps d'attente relativement long avant l'arrivée des premiers secours,
- L'intervention de tiers inexpérimentés,
- Le ramassage des blessés en "sac de sable" et leur transfert en "transport taxi"

Ces éléments contribuent également à l'augmentation du nombre de décès, à l'alourdissement du pronostic fonctionnel des blessés et à l'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation[212]».

[212] Pr. Laourdi : enseignement de médecin d'urgence et de catastrophe ,1er congrès national de médecine d'urgence et de catastrophe (CNMUL) Agadir Février 2000.

CH IV - Un accès aux soins économiquement difficile

L'accès aux soins est économiquement difficile, si on constate le sous financement du système de santé, marqué par le paiement direct des ménages et la faible couverture médicale avant 2005[213]. Aussi, des insuffisances marquent l'accès aux Médicaments, vu leurs prix élevé et certains contraintes au niveau de l'approvisionnement.

Sect.1- Un sous financement du système de santé et une faible couverture médicale

§1- Un sous financement du système de santé

I- La dépense globale de santé

A – Les sources du financement

Au Maroc, le système de santé fait intervenir le secteur public et le secteur privé au niveau des sources de financement. Les sources publiques de financement des services de santé proviennent généralement d'allocations budgétaires au titre des recettes générales, tandis que le financement privé comprend les paiements des ménages, les employeurs (entreprises privées, collectivités locales, Etat et Offices).[214]

Selon le dernier document statistique sus les comptes nationaux de la santé[215], la dépense globale de santé a atteint environ 47,8 milliards de Dirhams en 2010. C'est-à-dire près de 1498 Dirhams par habitant. Elle représente à peine 6,2% du PIB contre 5,3% en 2006. Sur cette dépense, environ 89% est consacré à la consommation médicale. Soit l'équivalent de 1337 Dirhams par habitant.

La dépense globale de santé a enregistré une évolution annuelle de 11,8% entre 2006 et 2010 contre 10,1% entre 2001 et 2006. Rapportée à la population, cette dernière, n'a évolué que de 10,6% entre 2006 et 2010.

B- La structure du financement

Depuis 1997/98, date de première étude sur les comptes nationaux de santé, la structure du financement demeure relativement inchangée configuration du système de santé au Maroc n'a pas connu un grand changement. En ce sens que La part de la dépense totale de santé financée par les ménages est toujours prépondérante. En effet, la dépense globale de santé en 2010[216] au Maroc est financée par :

- Le paiement direct des ménages : 53,6%
- Les ressources fiscales : 25,2%
- Couverture médicale : 18,8%
- Coopération internationale : 1,1%

---

[213] 2005 : Année de l'entrée en vigueur du code de couverture médicale de base (Voir infra en 2ème partie).
[214] Comptes nationaux de la santé 2006.Ministère de la santé. Maroc.
[215] Comptes nationaux de la santé 2010.Ministère de la santé. Maroc.
[216] Idem

- Employeurs : 0,9%
- Autres : 0,4%.

II - Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires

A – Médicaments, soins et financement du Ministère de la santé

D'après le document statistique officiel « Comptes nationaux de la santé (CNS) 2010 » : « Les ressources mobilisées par le système national de santé sont consacrées, pour une bonne part, aux médicaments. En effet, le système national de santé consacre en 2010 plus de 31,7% à l'achat de médicaments et biens médicaux en tant que bien de consommation finale par le patient.

Le poids, assez faible, des soins ambulatoires, qui représente 29,4% des dépenses du système national de santé, suivi des soins hospitalier qui couvre 25,4% des dépenses, à noter aussi la faiblesse des fonds alloués à la prévention sanitaire collective (Contrôle de la qualité de l'eau potable, Information, éducation et communication, …). Les dépenses de cette dernière atteignent à peine 2,1% de la dépense globale de santé.

Le financement public du secteur assuré par le Ministère de la santé , analysé selon les dotations budgétaires annuelles, laisse apparaître, qu'en l'espace de 40 ans, la part de ce financement dans le budget de l'Etat, après avoir été de plus 7% dans les années 60, a oscillé entre 4 et 5,5% pendant la période allant de 1977 à 2007[217]. Il en est de même avec le PIB où la part du Budget du MS n'a jamais pu dépasser 1,7%, se maintenant à un peu plus de 1% [218].Aussi, le Ministère de la Santé, qui constitue le premier prestataire de soins, puisqu'il dispose de 77% de la capacité litière du pays, ne bénéficie que d'environ 27,9% du financement du système national de santé. 48% profitent aux hôpitaux contre 34% au réseau de soins de santé de base (RSSB). Les Instituts et Laboratoires Nationaux, qui représentent essentiellement des activités de soutien au réseau de soins de santé de base et à la formation, ne bénéficient que de 5% de ces allocations, beaucoup moins que l'Administration Centrale et Locale (13%).

Cependant, les hôpitaux publics bénéficient à peine de 7,1% de l'ensemble des paiements directs des organismes gestionnaires des divers régimes d'assurance maladie. La part des cabinets et cliniques privées privés est assez importante (59%) ainsi que celle des cliniques privées (34,9%)[219].

B – La part des paiements directs des ménages

La part des paiements directs des ménages (net de remboursements des assurances et mutuelles), a connu une augmentation en passant de 57,3% en 2006 à 53,6% en 2010. Alors que le financement collectif (fiscal et contributif) est passé de 40% à 44% sur la même période ; ceci étant dû essentiellement à

---

[217] Ministère de la Santé. Plan d'action 2008-2012 é « Réconcilier le citoyens avec son système de santé».

[218] En 2000, 53 chefs d'Etat Africain se sont engagés à allouer 15% de leur budget national à la santé, engagement confirmé dans la déclaration de Gaborone.

[219] Comptes nationaux de la santé (CNS) 2010.

l'augmentation du budget alloué au Ministère de la Santé et l'évolution importante des dépenses des organismes gestionnaires des divers régimes.[220]

Ces paiements directs constituent, d'après le livre blanc de la santé[221], « Une barrière importante à l'accès et exposent les ménages à un risque élevé de dépenses catastrophiques et d'appauvrissement. Ils creusent les inégalités. Ils contribuent pour une part importante à l'inefficience du système de santé marocain ».

§2- Une faible couverture médicale avant 2005

La couverture médicale avant 2005[222]est faible, que ce soit pour la population assurée ou la population indigente.

I - L'assurance maladie avant 2005

L'OMS est claire sur la lutte contre les paiements directs pour les soins, alors que la couverture médicale au Maroc était facultative et arbitraire.

A – L'OMS sur les paiements directs

La résolution 58.33 de l'Assemblée mondiale de la santé de 2005, déclare que tout individu doit pouvoir accéder aux services de santé sans être confronté à des difficultés financières. Des millions de personnes souffrent et décèdent parce qu'elles ne peuvent se permettre des soins de santé. D'autres souffrent parce qu'elles doivent justement les payer : chaque année, des millions de personnes sombrent dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer directement leurs soins de santé[223]. A cet égard l'OMS a déclaré dans son dernier rapport [224]que « La conclusion la plus importante est que, globalement, il y a une trop grande dépendance des paiements directs en tant que source intérieure de revenus pour la santé. L'obligation de payer directement pour les services de santé au moment où l'on en a besoin – que ces paiements soient officiels ou non – empêche des millions de personnes de recevoir des soins médicaux au moment opportun. Et pour ceux qui ont besoin de ces soins, cette situation peut entraîner des difficultés financières, voire l'appauvrissement ».

B – Une couverture médicale facultative et arbitraire

---

[220] Comptes nationaux de la santé (CNS) 2010.

[221] Le livre blanc de la santé : document élaborer à l'issu de la 2ème conférence national de la santé en 2013.

[222] 2005 : Année de l'entrée en vigueur du code de couverture médicale de base (Voir infra en 2ème partie).

[223] Dans certains pays de l'OCDE, les versements nets des ménages en 2005 sont de l'ordre de : Grèce (57%), Mexique (51%), Corée (38%), Suisse (31%), Pologne (26%), Espagne (22%), Hongrie (24%), Italie (20%), France (7%). La moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE est de 20%. (Source Ecosanté -OCDE, 2007).

[224] OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2010 « Le financement des systèmes de Santé : Le chemin vers la couverture universelle ».

Au Maroc, la couverture médicale avant 2005[225] est insuffisante, si on exclue les personnes couvertes par la CNSS[226] qui ne comprenait pas un régime d'assurance maladie, la couverture par une vrai assurance maladie en 2003, ne couvre que 16.4% des Marocains dont l'écrasante majorité sont des citadins (1.3% dans les zones rurales des provinces BAJ[227], 25% dans les zones urbaines dont 27% à Casa) ,en plus cette couverture médicale est facultative et touche notamment que les agents de l'Etat ou assimilés ainsi que leurs ayants droit.

Selon les comptes nationaux de la santé (CNS) 97/98 la mutualité[228] été assurée par 4 institutions :

Les mutuelle des agents publics et assimilés qui sont au nombre de 9 (Forces agrées Royales, poste, enseignement, administrations centrales, collectivités locales, forces auxiliaire, police, office d'exploitation des portes, douanes) chapeautés par la caisse nationale de prévoyance social (CNOPS), il y a aussi des mutuelles internes (OCP, ONCF…), la caisse mutualiste interprofessionnelle marocaine (CMIM) (256 entreprises, banques…). et enfin les compagnies d'assurances privé (plus de 300 entreprise privée).

L'analyse révèle que la situation financière de ces institutions est difficile. En effet, hormis la CMIM dont les ressources par bénéficiaire atteignent 1732 DH par an en 1998, tous les autres régimes sont déficitaires, l'équilibre financier de la CNOPS et seulement artificiel, elle est déficitaire et endetté, les régimes internes connaissent un décalage entre les ressources et les dépenses, alors que les compagnies d'assurances connaissent des pertes sur le produit assurance maladie mais compense par d'autres produits (assurance dommages…)[229]. Qu'en est- il des démunies et indigents ?

II - Le système d'assistance médicale avant 2005

Les indigents soufrent du non accès aux soins, alors que le certificat d'indigence est non institutionnalisé.

A- Les indigents soufrent du non accès aux soins

Selon l'enquête nationale du niveau de vie (ENNVM) faite par la Direction de la Statistique du Ministère du Plan (1998/99), plus de 33% de la population s'abstient de recourir aux soins de santé. La proportion des demandes de soins non satisfaites sont près de 2,5 fois plus élevées chez la population la plus pauvre que chez la plus riche. A ceci s'ajoutent les iniquités entre les

---

[225] 2005 : Année de l'entrée en vigueur du code de couverture médicale de base (Voir infra en 2ème partie).

[226] La Caisse nationale de sécurité social est un régime commutatif et non distributif car il est fondé sur une activité professionnel de façon exclusive de ce fait il utilise les techniques de" l'assurance social " et non celle de la sécurité sociale.

[227] BAJ: (en Arabe: Barnanag Al aoualouyat Al Ijtimaia); (En francais: Programme des priorités sociales)

[228] La mutualité au Maroc est régie par le dahir du 12 Novembre 1963 modifie par le dahir 15 Février 1977.

[229] Les Comptes nationaux de la santé97/98, My Driss Zine Eddine El Idrissi : les vices de l'économie sanitaire (DPRF, ministère de la santé Maroc).

populations urbaine et rurale. La proportion de la population qui ne peut pas recourir aux soins est de 44,0% en milieu rural et de 28,6% en milieu urbain. Des iniquités importantes existent même pour l'accès aux soins gratuits dans les structures du Ministère de la Santé. C'est ainsi que moins de 5% de la population la plus pauvre non couverte par une assurance maladie (les 20% les plus pauvres) bénéficient gratuitement des soins dans les hôpitaux publics contre 67% de la population la plus riche[230].

B- Un certificat d'indigence non institutionnalisé

Pour les économiquement faible ou les indigents, qui constituent 75 pour cent des usagers des hôpitaux publics[231], aucune couverture médical n'est disponible, toutefois cette catégorie est prise en charge quasi gratuitement dans les structures de soins publiques par le biais du certificat d'indigence. Cependant cette assistance n'est pas institutionnalisée, n'est pas réglementée et son financement est noyé dans le budget du Ministère de la santé, et souffre de plusieurs insuffisances liée à l'absence de critères objectifs et standardisés d'éligibilité et à l'accès aux services de soins public. (La classe moyenne bénéficie aussi des certificats d'indigence !).

Sect.2 Les insuffisances dans l'accès aux Médicaments

Un prix élevé des médicaments portant atteinte à l'accès aux soins, et Des contraintes au niveau de la réglementation, de l'approvisionnement et de l'utilisation des médicaments.

§1- Un prix élevé des médicaments portant atteinte à l'accès aux soins

I- Le secteur pharmaceutique au Maroc

A- Présentation sommaire

Le médicament n'est pas comme n'importe quel produit industriel ordinaire, il touche directement la santé publique. Le droit à la santé voir le droit à la vie passe souvent par l'accès aux soins et aux médicaments. Les notions de liberté de choix, de concurrence, de marketing… ne peuvent pas s'appliquer au médicament comme elles s'appliquent à n'importe quel autre produit industriel.

Ceci dit, La pharmacie est un secteur essentiel du système de santé elle comprend :

Au niveau du secteur privé, il est constitué des : Etablissements pharmaceutiques industriels, établissements pharmaceutiques grossistes-répartiteurs, officines de pharmacie, et enfin la parapharmacie formé de sociétés de fabrication, d'importation, de conditionnement et de distribution ainsi que de points de vente.

Au niveau du secteur public c'est le Ministère de la santé qui est responsable, précisément il s'agit de :

[230] Politique De santé de l'enfant, ministère de la santé .Maroc.
[231] Etude récente sur la santé réalisée au sein des hôpitaux publics.

- La Direction du Médicament et de la Pharmacie : qui s'occupe des aspects organisationnels, législatifs, de contrôle et d'inspection.

Elle a entamé sa réforme depuis quelques années. Elle a été créée dans l'organigramme de fin décembre 1994 mais sa naissance effective date d'avril 1996 à la nomination d'un directeur. Elle est formée de deux divisions : La division de la pharmacie, et le laboratoire national de contrôle des médicaments

- La Division de l'Approvisionnement et les services qui en relèvent.

B- Les acquis du domaine pharmaceutique

Depuis l'indépendance, le domaine pharmaceutique a enregistré des réalisations incontestables ce qui a permis d'assurer une bonne couverture, en effet, l'industrie pharmaceutique marocaine met à la disposition du consommateur près de 5 000 produits dont 70% sont fabriqués localement. La production nationale est absorbée à 80% par le marché privé, 10% par le public et 10% pour l'exportation[232].

Le secteur de l'industrie pharmaceutique marocaine est performant et bien organisé. Il fabrique une large gamme de produits obéissant aux standards internationaux. Cependant, la consommation des médicaments par habitant, quoique encore faible et variable en fonction du niveau socio-économique des patients, a évolué dans le sens de l'amélioration de l'accessibilité à ces produits. Le secteur de la distribution et le réseau de la dispensation des produits pharmaceutiques (officines) est performant et couvre l'ensemble du territoire national y compris les zones rurales[233].

II- Des prix élevés des médicaments au Maroc

A –Une réglementation des prix des médicaments dépassée

Les documents officiels[234]dénotent, une absence de clarté des procédures actuelles de fixation des prix et des pourcentages de remboursement, ces prix sont élevés en comparaison avec les prix en cours dans des pays similaires, à qui on ajoute l'impossibilité légale pour le pharmacien de la possibilité de procéder à la substitution[235] des produits prescrits par le médecin.

En effet, la réglementation des prix des médicaments date de la fin des années 60. Cette réglementation a introduit une distinction dans les modes de fixation des prix des médicaments fabriqués localement et ceux importés. Le système du cadre de prix est dépassé et n'est pas appliqué par l'administration. Le prix des produits importés est établi à partir du prix dans le pays d'origine, de ce fait le prix sera dépendant du choix du pays d'origine laissé aux bons soins de l'importateur. Le système de révision des prix, souple pour les médicaments

[232] Plan 2008-2012.Santé, Maroc3

[233] Santé vision 2020, Ministère de la santé. Maroc.

[234] Plan 2008-2012.Santé, Maroc.

[235] Le droit de substitution c'est le droit accordé au pharmacien de remplacer un médicament prescrit par un autre de la même famille et de la même classe thérapeutique sans recourir à l'autorisation de médecin prescripteur.

importés et plus complexe et aléatoire pour les médicaments fabriqués. Pour ce dernier, le système de fixation des prix des produits fabriqués maintient une grande différence entre les médicaments anciens et les médicaments récents, dont les prix sont plus élevés. Ceci conduit à l'abandon des premiers au profit des seconds. Depuis le milieu des années 90 on assiste à une augmentation du pourcentage des produits importés.

Selon les données officiels [236] « L'analyse des prix du générique le plus vendu fabriqué localement, montre qu'il représente 3,4 fois le prix de référence international pour le secteur privé et 3,3 fois pour le secteur public, que les marges cumulées entre prix fabriquant et prix final sont de 22,7% dans le secteur public et de 110,4% dans le secteur privé[237]. Il ressort qu'à côté des prix élevés des fabricants ce sont les droits d'importation et la TVA (7%) qui contribuent à l'augmentation du prix auquel s'ajoutent les marges de distribution du grossiste (10%) et du détaillant (30%). En comparant au pouvoir d'achat, les médicaments au Maroc restent plus chers qu'au niveau de la majorité des autres pays ».

A cet égard, il est important de rappeler les trois Principales conclusions du rapport parlementaire sur les prix des médicaments en 2009[238] « :

• Le prix des médicaments au Maroc sont anormalement élevés, quel que soit le critère de comparaison choisi et la catégorie de médicament. A titre d'exemple :

- Les prix au Maroc des médicaments de marque par rapport à d'autres pays sont généralement plus élevés (30 à 189% par rapport à la Tunisie pour les médicaments de marque et 20 à70% par rapport à la France)
- Les différences de prix au Maroc d'un même médicament sous différentes marques peuvent atteindre 600%
- Les différences de prix d'un même médicament et de la même marque peuvent dépasser 300% selon l'endroit où le médicament est acheté

Seuls quelques médicaments génériques arrivent à avoir des prix comparables ou inférieurs à ceux des pays de référence de l'étude

• La responsabilité principale incombe à une partie de l'industrie pharmaceutique ainsi qu'aux procédures définies par l'Administration pour la fixation des prix des médicaments et de leur remboursement par l'Assurance Maladie

• Il est possible de baisser rapidement et de manière significative les prix des médicaments au Maroc et leur coût pour la collectivité nationale en appliquant un ensemble de mesures qui dépendent essentiellement des Autorités Publiques ».

---

[236] Plan 2008-2012.Santé, Maroc.

[237] Document de base du thème 4 : médicament et pharmacie préparé pour le rapport « Santé : vision 2020 ».

[238] Royaume du Maroc .Chambre des Représentants, Commission des Finances et du Développement Economique « Rapport parlementaire sur les prix des médicaments » le 3 Novembre 2009.page 4.

En 2013, de par les témoignages des patients[239], le prix des médicaments demeure encore très élevé ce qui constitue un fardeau pour eux.

B-Faible prescription et utilisation des médicaments génériques

Le médicament générique est la copie conforme d'un médicament déjà existant, et dont la commercialisation a été rendue possible par l'échéance ou l'absence du brevet de protection du médicament original (spécialité princeps). Au Maroc, la prescription et l'utilisation des médicaments génériques ne sont pas de nature à favoriser leur usage en quantité suffisante, car la production du médicament générique est faible [240],pour le Ministère de la santé, en 2001, les génériques ont représenté 91% du volume et 77% en valeur des appels d'offres). En 2002, en volume, les génériques représentent 49,9 Millions d'unités (boîtes) soit 24,6% en volume du marché pharmaceutique privé. En valeur, ils représentent 1,3 Milliards de Dhs (2,7 Milliards de Dhs en dépenses) soit 24,4% du marché. En 2006, les génériques ont représenté en nombre de boites 24,6% et en valeur 24,4%[241].

§2- Des contraintes au niveau de la réglementation, de l'approvisionnement et de l'utilisation rationnelle des médicaments

I- Des contraintes institutionnels et organisationnelles

A- Sur le plan institutionnel

Sur le plan institutionnel : L'approvisionnement pour les programmes de santé est assuré par la direction de la population ,et la direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies ,tandis que celui du réseau des hôpitaux (RH) et du réseau des établissements de soins de santé primaire (RESSP[242]) ,est assuré par la division de l'approvisionnement.

B- Sur le plan organisationnel

Sur le plan organisationnel, l'approvisionnement du réseau des hôpitaux RH et du réseau des du réseau des établissements de soins de santé primaire RESSP se fait, depuis 2001, par des achats groupé [243]».Alors que la gestion des médicaments pâtit de l'absence de missions claires, de procédures rigoureuses

[239] Programme de communication Intidarat a Siha « les attentes de santé » (2ème conférence national sur la santé en 2013).page 36.

[240] Selon le plan 2008-2012 .Ministère de la santé. Maroc.

[241] En 2005, les médicaments délivrés aux USA, le plus grand marché pharmaceutique dans le monde, étaient des médicaments génériques. Pourtant, la valeur de ces génériques n'était que de USD 22,3 milliards alors que le marché pharmaceutique total aux Etats-Unis d'Amérique s'élevait à USD 252 milliards la même année. En d'autres mots, 63% du volume total des médicaments aux Etats-Unis d'Amérique représentaient seulement 9% de la valeur totale du marché pharmaceutique constituant 37% du volume (à savoir les médicaments de marque). Extrait de « Prix et accessibilité des médicaments dans la région de la Méditerranée Orientale », Organisation Mondiale de la Santé, Ross-degnan D, Waning B., Discussions techniques, document EM/RC54/Tech.Disc.1, octobre 2007.

[242] Appelé avant le récent décret de 2015 « réseau des établissements de soins de santé de base (RESSB) »

[243] Idem.

standardisées, de normes d'entreposage et de gestion des stocks et de mesures de suivi des médicaments après leur sortie des pharmacies[244] ».

II-Des contraintes réglementaires et utilisation non rationnelle des médicaments

A – Une rigidité des textes réglementaires

Les dispositions réglementaires sont rigides et inadaptées, voir obsolète comme le Dahir de 1922 régissant les substances vénéneuses ,ou le dahir du 19 février 1960 qui régit la profession pharmaceutique ,avec ses différentes composantes (officine, industrie- grossiste répartition) et le médicament, c'est texte très peu révisé et les textes pris pour son application n'ont subi que des modifications partielles. Aussi il est difficile d'appliquer aux médicaments et consommables médicaux, les dispositions récentes du décret fixant les conditions de passation des marchés, notamment celles relatives à l'allotissement des actes d'engagement par lot, la procédure d'octroi de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) limite la concurrence internationale, l'enregistrement et la profession des consommables médicaux ne sont pas réglementés.

B - Utilisation non rationnelle des médicaments

Pour ce qui est de l'utilisation rationnelle des médicaments, des pratiques de prescriptions médicalement inopérants, nuisibles et/ou économiquement inefficaces se rencontrent dans de nombreuses structures de soins. Une mauvaise utilisation des médicaments, compromet la qualité du traitement appliqué aux patients, et constitue un gaspillage de ressources disponibles pour les produits pharmaceutiques. Les guides et manuels édités par le Ministère de la santé à cet effet ne sont plus utilisés et parfois même méconnus des praticiens au niveau des établissements de soins[245].

Des défis restent à relever notamment l'amélioration de l'accès des populations au médicament, tant sur le plan géographique qu'économique, le renforcement du contrôle de la qualité et de l'utilisation et la mise en place d'institutions de surveillance et de vigilance.

•••

Ceci dit, l'accès aux soins au Maroc, de part ces données et analyses officielles, est marqué par la faiblesse de la couverture sanitaire et médicale, et le mal fonctionnement des structures de soins combiné par la faiblesse des revenues primaires, ce qui constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins pour

[244] Santé vision 2020, Ministère de la santé. Maroc.
[245] Plan d'action 2008-2012.

les patients. Ce qui nous invite à poser la question centrale : Quelle est l'état des lieux de la gouvernance sanitaire qui a permis de tels constats négatifs ? (Titre III).

Titre III : Les insuffisances de la gouvernance sanitaire

Après avoir examiné théoriquement le concept de la gouvernance sanitaire dans le 1èr titre, un état des lieux de la gouvernance de notre système de santé s'impose, pour cela nous avons choisi de ciblé d'abord la gouvernance institutionnelle, suivi de la gouvernance des structures de soins, de protection et de prévoyance sociale, et en fin de dégager certains constats jugés nuisibles à la gouvernance, concernant aussi bien certains professionnels de santé que certains patients.

CH I : Un déficit de la gouvernance sanitaire institutionnelle

CH II : Une faiblesse dans la gouvernance des structures de soins, de protection et de prévoyance sociale

CH III : Des constats négatifs sur les patients et certains personnel de santé

CH I : Un déficit de La gouvernance sanitaire institutionnelle

Avant d'examiner les constats sur la gouvernance institutionnelle, il importe de décrire l'administration publique de la santé assurée par le Ministère de la santé.

Sect. 1 : L'administration publique de la santé

Dans le cadre de la description de l'administration publique de la santé, nous allons présenter l'administration sanitaire centrale suivie de l'administration sanitaire locale.

§1 - L'administration sanitaire centrale

L'administration sanitaire centrale à un rôle et une structure organisationnelle.

I- Le rôle du Ministère de la santé

Le Ministère de la Santé et acteur dans le système national de santé, mais il est aussi le représentant de l'autorité publique il a de larges attributions.

A- Le Ministère de la Santé : Représentant de l'autorité publique et acteur dans le système national de santé

A travers les conventions internationales, la constitution au Maroc reconnait le droit à la santé d'où la responsabilité de l'Etat marocain vis à vis de la santé de ses citoyens. Dans ce cadre le rôle du Ministère de la Santé a deux perspectives différentes : en sa qualité de représentant de l'autorité publique dans le secteur de la santé, donc du gouvernement, et en sa qualité d'acteur dans le système national de santé. Dans le premier cas il est « arbitre » et dans le second, il est « joueur »[246].

La gouvernance du système national de santé se réfère également à la distribution de pouvoirs entre acteurs. Dans ce cadre, l'Etat a intérêt à intervenir au niveau de toutes les fonctions du système, pour être en mesure d'influencer et d'arbitrer cette distribution de pouvoir. Son intervention doit être, toutefois complémentaire et non compétitive des autres acteurs du système. Il doit veiller notamment au respect des principes fondamentaux du système national de santé (équité, solidarité, universalité) et au contrôle des externalités.

B- Les attributions du Ministère de la santé

Les attributions et l'organisation du Ministère de la santé, sont régies actuellement par le décret 2-94-285 du 17 joumada II 1415 (21 novembre 1994), L'article premier de ce décret précise que : « Le Ministère est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé de la population. Il agit en liaison avec les départements concernés, en vue de promouvoir le bien-être physique, mental et social des habitants. Il harmonise les orientations et coordonne les objectifs et les actions ou mesures qui concourent à l'élévation du niveau de santé dans le pays et intervient afin

[246] La vision « développement humain 2025 : Système de santé et qualité de vie.

d'assurer, au niveau national, une meilleure allocation des ressources, en matière de prévention, de soins curatifs ou d'assistance. Il est chargé d'élaborer et de mettre en œuvre la politique nationale en matière de médicaments et de produits pharmaceutiques sur les plans technique et réglementaire. Il suit la politique sanitaire internationale à laquelle le Maroc contribue, définit en concertation avec les départements concernés, les options de coopération dans le domaine de la santé, assure la mise en application et le suivi de réalisation des programmes convenus. Il assure, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le contrôle de l'exercice des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques. »

En outre, l'article 2 précise « En application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le ministre de la santé publique assure la tutelle sur les établissements publics qui lui sont rattachés ».

II- L'organigramme du Ministère de la santé

A – La structure

Le décret susmentionné précis que le Ministère de la santé, comprend outre le cabinet du ministre, des services extérieurs et une administration centrale, cette dernière comprend :

- Le secrétariat général ;
- L'inspection générale ;
- La direction de la population ;
- La direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies ;
- La direction des hôpitaux et des soins ambulatoires ;
- La direction du médicament et de la pharmacie ;
- La direction des équipements et de la maintenance ;
- La direction des ressources humaines ;
- La direction de la réglementation et du contentieux ;
- La direction de la planification et des ressources financières ;
- La division de l'approvisionnement ;
- La division du parc-auto ;
- La division de l'informatique et des méthodes ;
- L'Institut national d'administration sanitaire.

B – Les attributions des services centraux

Sommairement les attributions de ces services centraux sont :

- Formulation des politiques de santé applicables aux activités inter et intra sectorielles et fixation des priorités.
- Elaboration des plans nationaux sanitaires.
- Allocation des ressources.
- Surveillance et évaluation de l'efficacité et efficience du système.
- Appui technique aux régions.
- Contrôle des qualités des produits pharmaceutiques.
- Réglementation du développement du personnel y compris la formation.
- Réglementation des organismes prestataires de soins secteur privé.

- Encadrement/coordination des établissements de soins nationaux et instituts d'enseignement et de recherche.
- Développement de la coopération bi et multilatérale.
- Coordination des diverses sources de financement.
- Répartition rationnelle et équitable des fonds et subventions entre régions/provinces.

§2- L'administration sanitaire locale

I - Les services déconcentrés du Ministère de la santé

Le décret du 1994 nous indique toujours que l'organisation interne, les attributions et la compétence territoriale des services extérieurs du Ministère de la santé publique, sont fixées par arrêté du ministre de la santé publique ,visé par le ministre délégué auprès du Premier ministre chargé des affaires administratives ,et par le ministre des finances et des investissements.

A- L'arrêté de 1994 abrogé

Vu cet arrêté abrogé, chacune des délégations préfectorales et provinciales est chargée dans la limite de sa circonscription territoriale, qui correspond à la division administrative du Royaume, de l'animation, du contrôle et de la coordination des activités des services qui la composent. Aussi, **c**hacune des délégations préfectorales ou provinciales groupe les services suivants :

- Le service administratif et économique ;
- Le service du réseau d'infrastructure et d'actions ambulatoires provincial ou préfectoral.

Enfin, ces délégations préfectorales et provinciales sont assimilées en ce qui concerne l'octroi de l'indemnité de fonction à des divisions de l'administration centrale, les services les composant à des services de l'administration centrale.

B- Selon l'arrêté de 2011 en vigueur

Vu l'arrêté N°1363-11du 16 mai 2011 actuellement en vigueur[247]**,** les services déconcentrés du ministère de la santé publique ,sont constitués des directions régionales de la santé[248] et délégations préfectorales et provinciales, instituées respectivement dans les ressorts territoriaux des wilayas des régions, et des préfectures, préfectures d'agrandissements ou des provinces, tel qu'elles sont déterminés par le Dahir de 1959 relatif à la division administrative du royaume[249].

II- Attributions, organisation et fonctionnement des délégations préfectorales et provinciales

A- Attributions

[247] Arrêté de Madame la Ministre N°1363-11 du 12 joumada II 1432 (16 mai 2011) relatif aux attributions et à l'organisation des services déconcentrés du Ministère de la santé.

[248] Nous allons revenir plus loin sur les directions régionales de la santé dans le cadre de la régionalisation en 2e partie.

[249] Ce Dahir a été récemment modifié par le décret n° 2-15-716 du 23 septembre 2015 (B.O n°6399 du 28 septembre 2015, page 7839).il en ressort que le royaume est divisé désormais en 12 wilaya région comprenant 62 préfecture, 13 provinces et 8 provinces d'arrondissements.

Selon cet arrêté les délégations sont chargées, dans la limite de leurs compétences territoriales de réaliser les missions suivantes :

- La supervision, la coordination, le contrôle et l'évaluation des actions de prévention et soins entreprises par les établissement des soins de santé de base (ESSB), et centres hospitalier préfectoraux, préfectoraux ou régionaux relevant de la délégation ;
- La gestion des crédits de fonctionnement nécessaire à la réalisation des actions précités, à l'exception des crédits affectés aux institutions sanitaire érigée en SEGMA[250] ;
- La contribution à la mise en œuvre, et au suivi d'exécution des crédits d'investissements régionaux au niveau de la province ou de la préfecture ;
- La collecte et l'exploitation des informations sanitaire au niveau de la délégation, en vue d'améliorer les prestations des établissements de santé qui lui sont rattachés ,de préparer les plan d'actions de la délégation et de la direction régionale de la santé et de constituer base de données informationnelle au sujet de la situation sanitaire au niveau de la province ou de la préfecture ;
- La gestion des ressources humaines de la délégation, dans la limite des actes des délégués aux délégués provinciaux et préfectoraux ;
- La contribution à l'élaboration des plans d'actions de formation continue de ces ressources et veiller au suivi et à l'évaluation de l'exécution de ces plan ;
- La promotion des relations de coopération avec les intervenants dans le domaine de la santé au niveau de la provincial ou préfectoral, toute en veillons à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions entreprises dans ce domaine.

B- Organisation et fonctionnement

Quant à l'organisation et le fonctionnement de ces délégations préfectorales et provinciales, chaque délégation comprend les services suivants :

- Le service administratif et économique chargé de facilité l'organisation, l'exécution et l'évaluation de toute les taches d'ordre administratifs ou financier ;
- Le service du réseau d'infrastructure et d'actions ambulatoires provincial ou préfectoral, chargé d'élaborer les plans d'actions des établissements de soins de santé de base (ESSB) en matière de prévention et de soins et de veiller à l'encadrement ,au suivi et à l'évaluation de leurs exécution ;
- Chaque délégation est placée sous l'autorité d'un délégué nommé par le ministre de la santé, parmi les médecins du Ministère de la santé.

Ce délégué est le supérieur hiérarchique de l'ensemble du personnel en fonction à délégation, dans les services hospitaliers et les établissements de soins de santé de base. Il est chargé de la mise en œuvre des attributions susmentionnées et représente de ce fait, le ministre de la santé au niveau de la province ou de la préfecture d'affectation.

L'arrêté précise que pour bénéficier des indemnités liées à la fonction :

[250] Service d'Etat géré de manière autonome.

- Les délégués sont assimilés à des chefs des divisions de l'administration centrale
- Les chefs des services composant les délégations, sont assimilées à des chefs des services de l'administration centrale.

Sect. 2 : Les constats sur la gouvernance institutionnelle

La gouvernance institutionnelle de la santé par le Ministère de la santé au Maroc, est marquée par l'absence d'une politique sanitaire claire, et des difficultés au niveau de la gouvernance et du pilotage.

§1-Absence d'une politique sanitaire claire

I- Un manque de visibilité dans l'action

A – Faiblesse de la politique sanitaire

Une politique sanitaire clairement définie permet d'atteindre plusieurs objectifs : Elle expose une vision de l'avenir qui, à son tour, aide à fixer des repères à court et moyen termes. Elle énonce les priorités et les rôles assignés aux différents groupes. Elle établit un consensus et informe les gens, ce qui lui permet de jouer un rôle important dans la gestion des affaires publiques. La formulation et l'exécution de cette politique sanitaire incombent manifestement au ministère de la santé. Il semble que certains pays n'aient publié aucune déclaration nationale de politique sanitaire au cours de ces dix dernières années. Dans d'autres, une telle politique existe mais les documents qui la contiennent dorment sur les étagères et ne sont jamais consultés.

Dans le cadre de la politique sanitaire au Maroc, il est reconnu depuis la première conférence nationale sur la santé organisée en 1959, sous la présidence effective de feu S.M. Mohamed V qui a énoncé les principes qui constituent les pierres angulaires de la politique sanitaire au Maroc depuis plus de 40 ans. Deux déclarations de cette conférence illustrent l'orientation générale de cette politique :"La santé de la nation incombe à l'Etat" et que "Le Ministère de la santé publique doit en assurer la conception et la réalisation". Ces déclarations traduisent la responsabilité de l'Etat sur la santé et le choix d'une politique de santé publique.

L'évolution de la politique sanitaire a été ponctuée par des manifestations nationales, soit pour exposer et débattre un souci majeur lié à la santé, c'est le cas du colloque de Casablanca et de Mohammedia, soit pour présenter des options et des choix de politique sanitaire (marketing), c'est le cas du colloque d'Ouarzazate (1992). Tout récemment (2002), on a fait la promotion d'un débat national sur une éventuelle charte national de la santé, ce qui traduit une autre forme de débat social sur la santé. Quel que soit leur motif, ces manifestations semblent être des moments forts de consensus national sur les grandes questions de la santé au Maroc. Elles constituent un instrument de politique

sanitaire qui a, ou qui peut avoir, une influence sur la dynamique et le pilotage global du système de santé[251] .

Certains estiment qu'il a une absence d'une politique sanitaire de proximité, et absence de coordination et de concertation entre tous les professionnels de santé et des experts en gouvernance sanitaire, d'où la difficulté de définir une politique de santé et une planification ,en fonction des données de transition épidémiologique, démographique, et de l'espérance de vie croissante que connaissent les pays de la région[252].

Dans le cadre de la coopération entre l'OMS et le Ministère de la Santé, et parmi les objectifs soulignés, la Politique de planification sanitaire occupe une place importante, à cet égard l'OMS précise que pour améliorer les niveaux de santé il faut améliorer la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles .Aussi, et Parmi les axes du cadre stratégique de coopération OMS/ Royaume du Maroc 2008-2013, se trouve le renforcement des capacités et de la performance du système de santé en particulier les fonctions de gouvernance et de ressources humaines .

B – Faiblesse de la planification sanitaire

Selon le Ministère de la santé, nous pouvons ranger la planification dans le domaine de la santé dans les périodes suivantes :

- Première période (1959-1981) : Mise en place et développement du système national de santé. Cinq plans de développement sont venus mettre en œuvre cette orientation avec comme grands soucis : Nationaliser et développer l'offre de soins et lutter contre les grands fléaux épidémiques. C'est ainsi que le système de santé a connu d'une part la fondation des premières facultés de médecines, des écoles de formation professionnelle et d'autre part le développement des premières stratégies de couvertures sanitaires (Groupes sanitaires mobiles ; SPU/SPR, SIAAP.

- Deuxième période (1981-1995) : Développement de l'offre et des programmes sanitaires. Cette période vient après la souscription du Maroc à la déclaration d'Alma-Ata en 1978, qui est considérée comme la deuxième grande réalisation de l'OMS après l'éradication de la variole. L'engagement du Maroc en faveur de cette déclaration et de la politique des soins de santé primaires fût décliné à travers le plan quinquennal 1981-1985. Durant cette période on assiste à un grand renforcement des structures sanitaires de base et au développement des programmes sanitaires. En 1989, a été réalisée la première étude sur le

[251] Ministère de la santé « Stratégies de capacity building en stewardship au Maroc » : Rapport final de recherche préparé dans le cadre du programma « AIDS IMPULSE ».Décembre 2002.

[252] Selon le mot du Président du congrès lors du 42ème Congrès Médical Maghrébin organisé par Société Marocaine des Sciences Médicales (SMSM) sur le thème principal « l'accès aux soins et place de la couverture médicale ».

financement des soins, ce qui annonce le souci des autorités sanitaires marocaines pour le financement des soins.

- Troisième période (1995-2000) : Quête de changement et annonce de la réforme. Bien que le débat sur la réforme de santé au Maroc ait commencé en 1993, sa première concrétisation n'a vu le jour que vers l'année 1995 avec la restructuration des services centraux du Ministère de la santé. Bien qu'elle ne soit pas la première en son genre, cette restructuration est particulière parce qu'elle traduit une tendance annonciatrice de la réforme.

- Quatrième période (2000-2004) : Cadrage politique et budgétaire de la réforme du Système de Santé. Dans le cadre du plan de développement économique et social 2000-2004, le Ministère de la santé a élaboré une stratégie sectorielle qui repose sur des axes prioritaires, Cette réforme est appuyée par deux projets sectoriels : le PFGSS qui est financé par un prêt de la BIRD et le PAGSS qui correspond à un don de la Commission Européenne. Elle repose sur quatre composantes essentielles :

- La réforme du financement : qui vise l'amélioration du financement de la santé par la mise en place de deux nouveaux mécanismes de financement, l'assurance maladie obligatoire (AMO) et le régime d'assistance médicale (RAMED) ;
- La réforme hospitalière : qui est un préalable à la réforme du financement et qui vise la modernisation des hôpitaux publics (non CHU) et le renforcement de leur autonomie de gestion.
- Le renforcement institutionnel : Il vise à assurer le succès des deux réformes précédentes par le renforcement de la capacitation du Ministère de la Santé dans la formulation des politiques et l'encadrement juridique du système de santé.
- L'organisation de l'offre et l'équilibrage de la filière de soins : Cet axe, mis en œuvre essentiellement dans le cadre du projet PAGSS, vise l'amélioration de la régulation de l'offre à travers la mise en place et le développement de critères d'allocation de ressources et d'outils de planification de l'offre de soins ».

A ces périodes annoncées par le Ministère de la santé, nous ajoutons d'autre plus actuelle :

- La dernière période 2007-2016 : Marquée par la stratégie 2008-2012 et la stratégie 2012-2016, qui se donne comme objectif la réconciliation du citoyen avec son système de santé par la mise en œuvre des réformes annoncées[253].

II- Des projets isolés et manque de coordination institutionnel

L'état des lieux révèle des projets isolés et un manque de coordination institutionnel.

A – Les principaux projets du Ministère de la santé

[253] Voir infra.

Le développement de projets sectoriels a marqué l'évolution du système de santé marocain, et sa capacité de répondre aux besoins des populations. En effet, la dynamique de préparation et de mise en œuvre de ces projets prend beaucoup de temps (5 à 10 ans) et implique l'intervention de plusieurs acteurs à différents niveaux de décision. Les projets sectoriels constituent un des moyens importants de mise en œuvre des politiques sanitaires formulées dans les plans de développement économique et social. Ils injectent dans le système de nouvelles ressources, initient des stratégies et développent de nouveaux modes d'organisation des services, de nouveaux outils de gestion.

De par l'importance de leur investissement, les projets sectoriels offrent également un objet de débats politiques et de mobilisation professionnelle et sociale autour des questions de santé. Cette stratégie a été retenue, également, parce qu'elle a permis de grandes avancées en matière d'offre de soins et de renforcement des compétences des professionnels de la santé.

Les projets sectoriels qui ont marqué l'évolution du système de santé marocain dans ce sens sont représentés par : le PDSS (projet de développement du secteur de la santé), le PRISS (projet d'investissement dans le secteur de la santé), le BAJ (projet des priorités sociales), le PFGSS (projet de financement et de gestion des services du secteur de la santé) , le PAGSS (projet d'appui à la gestion du secteur de la santé)».et le projet « Santé Maroc III. »

Aussi, Parmi les grands projets d'appui actuel, le programme « REDRESS » : Programme d'appui à la Régionalisation, la Déconcentration et le Renforcement des Soins de Santé de base, mis en œuvre depuis 2004, ce programme a pour but pour la période (2013-2015) de :
Assistance au ministère de la Santé pour (1) ,Consolider le processus de décentralisation, (2) Améliorer l'accessibilité à une offre de soins de qualité, (3) Améliorer la prise en charge des maladies chroniques, de la santé maternelle et infantile dans les services de santé de base, (4) Développer la collaboration entre les secteurs public et privé, (5) Mettre en place des mécanismes de coordination en appui à la stratégie sectorielle, (6) Accompagner le ministère de la Santé dans la mise en œuvre et le suivi de la politique sectorielle[254].

B - Un manque de coordination institutionnel

Le Ministère attache peu d'attention aux relations entre les institutions, elles se développent selon une logique individualiste, chacune apporte sa part sans se préoccuper de l'autre. Pourtant, en se multipliant, ces recompositions institutionnelles successives vont progressivement imposer aux acteurs du système d'entrer en relation. En plus, il n'y a pas de lien structurel efficace entre le Ministère et les autres intervenants dans le domaine des soins de santé. Il n'y a notamment pas de coordination entre les secteurs public et privé. Il n'y a pas non plus de coordination structurelle efficace entre les différents départements et administrations intervenant dans le domaine de santé. Ceci peut être en parie

[254] Ministère de santé

dû au fait que le cadre organisationnel du Ministère ne lui permet pas de jouer pleinement son rôle de coordination et d'harmonisation des orientations et objectifs en matière de politique santé. Les éventuelles limites juridiques ne peuvent cependant expliquer à elles seules les insuffisances constatées. Notons aussi que l'action du Ministère de la santé souffre beaucoup d'une quasi-absence de concertation avec les différents intervenants dans le domaine de la santé et de l'absence d'un cadre structurel pour une réflexion national permanente sur les problèmes de santé.

Le Ministère est organisé en directions, divisions, services centraux, instituts, centres et laboratoires nationaux, et services extérieurs. Cette organisation est consistante, couvre les différents axes d'activité du ministère et offre un cadre juridique assez satisfaisant. Elle permet théoriquement de gérer l'essentiel de l'activité du secteur médical public. Un certain nombre de problèmes sont cependant à relever, qui seront cités brièvement. La centralisation du Ministère et de ses services est excessive et les échelons locaux ne sont pas bien développés. Les différentes directions et divisions et les différents services centraux et extérieurs souffrent d'une insuffisance de personnel notamment pour les cadres techniques, économiques et juridiques. Il est important de noter notamment que les compétences en matière de gestion font défaut à tous les niveaux du système

La gestion de la plupart des instituts, centres et laboratoires nationaux est insuffisante. Par ailleurs, si certains aspects fondamentaux de la politique de santé (notamment la prévention collective, les vaccinations, les soins de santé de base et la lutte contre les maladies transmissibles) ,ont le cadre organisationnel nécessaire pour être clairement définis et ont pu avoir des résultats satisfaisants, d'autres n'ont pas encore été suffisamment précisés (ou exprimés) ou n'ont pas encore abouti à la proposition de solutions claires et encore moins à des résultats tangibles sur le terrain. C'est le cas notamment de la politique de soins curatifs, de l'accessibilité et de l'admission dans le système de soins, et du financement des soins de santé[255].

§2- Difficulté de pilotage du système de santé

Le pilotage du système de santé est marqué par une insuffisance et par la confusion dans le rôle de l'Etat, et souffre d'un manque de gouvernance.

I-Confusion dans le rôle de l'Etat

Insuffisance et confusion dans du rôle de l'Etat nécessitant une séparation des fonctions.

A- La nécessité de la séparation des fonctions

[255] Politique de santé de l'enfant 2005, Ministère de la santé. Maroc.

Alors que, par le passé, un acteur de la santé occupait simultanément tous les rôles, l'organisation actuelle des systèmes de santé devra aller vers une plus grande spécialisation.

- **La séparation entre la prestation et le financement des services de santé:** Ces deux fonctions essentielles ont longtemps été tenues simultanément par les acteurs de la santé, la séparation de la prestation et du financement se met en place avec l'émergence d'entités spécifiques chargées de gérer les financements publics.

- **La séparation entre la possession du capital et la fonction managériale:** Dans les formes les plus habituelles d'organisation, le propriétaire exerce également la fonction de management; il est le directeur de l'établissement puisqu'il en est le propriétaire. Avec l'émergence des statuts conférant la personnalité morale à des établissements relevant du secteur public, apparaît la notion de Conseil d'administration, avec une double implication. Tout d'abord, au sein de l'établissement sanitaire naît une entité qui est chargée de définir les orientations politiques de l'établissement, d'approuver la gestion et de déterminer les actions à mener. D'autre part, cette entité dont les membres qui la composent peuvent venir d'horizons très divers (associations d'usagers, population, municipalités, personnel de l'établissement) n'assure pas la gestion quotidienne de l'établissement sanitaire qui est confiée à une direction exécutive.

- **La mise en évidence du pouvoir de l'État de réglementer, et réguler les relations entre les autres acteurs du système de santé:** A titre d'exemple à travers un système d'accréditation et l'approche contractuelle.

A travers l'analyse des missions confiées au Ministère de la Santé, l'Etat intervient aussi bien au niveau politique, stratégique qu'opérationnel, en ce sens que le Ministère intervient directement dans toute la chaîne du système de santé, allant du rôle de prestataire de service à celui de pourvoyeur de financement, ou encore de régulateur et planificateur. Il en découle de ce cumul de rôles une incapacité d'assurer une bonne gouvernance du système national de santé.

B – Insuffisance du rôle de l'Etat

Le rôle du Ministère de la Santé et de ses services extérieurs dans la gouverne du système national de santé est à préciser. A l'instar du rôle constitutionnel de l'Etat dans les domaines de la sécurité au travail et de l'enseignement. L'inventaire des rôles assurés actuellement par le Ministère de la Santé, tant au plan formel qu'informel, montre que les services centraux du Ministère s'occupent des activités opérationnelles au détriment des activités stratégiques. De plus, les activités stratégiques et les politiques sanitaires ne sont pas évaluées faute, entre autres, d'un système national d'information probant, fiable et valide. Les attributions dévolues au Ministère de la Santé

peuvent mettre l'accent sur la fonction d'élaboration des politiques et des stratégies sanitaires nationales, tout en le déchargeant progressivement des activités opérationnelles au profit des structures régionales et locales, ainsi que sur la promotion d'une culture d'évaluation des performances de l'ensemble des composantes du système national de santé[256].

En effet, Le rôle du MS avec sa double fonction de producteur et de régulateur, ainsi que le caractère plutôt formel de sa tutelle sur le secteur privé, constituent une source d'ambiguïté et autant de facteurs de confusion supplémentaires. Le centralisme excessif de l'administration sanitaire et le faible développement des services locaux, le secteur de la santé reste encore l'un des secteurs publics les plus centralisés au Maroc.

Les différents rapports d'analyse du système de santé, ont permis d'identifier un nombre important de dysfonctionnements dont les principaux sont en relation avec :

- L'absence d'un cadre légal et réglementaire pour la planification et la régulation de l'offre de soins (voir la loi-cadre sur le système de santé et l'offre de soins en 2ème partie) ;
- Les rigidités des statuts du personnel ne sont pas favorables à une gestion des ressources humaines performante ;
- La faiblesse des outils de pilotage et de suivi : les systèmes d'information sanitaire et de gestion du MS ne concernent que les structures publiques ;
-L'insuffisance de la déconcentration ;
- L'insuffisance de la participation des organisations professionnelles et des usagers à l'élaboration de la politique de santé, son suivi et son évaluation ;
- Le cloisonnement entre les différents systèmes, notamment public et libéral ».

II- Un manque dans la gouvernance du système de santé

La faiblesse de gouvernance du système de santé a appelé des recommandations au niveau l'OMS.

A – Faiblesse de la gouvernance du Ministère de la santé

La structure de la gouvernance du système de santé se compose de différents acteurs dont le Ministère de la Santé, les collectivités locales, le secteur privé et la société civile. Mais l'analyse de cette gouvernance montre que les attributs retenus pour une bonne gouvernance, à savoir la participation, l'imputabilité, la subsidiarité et la transparence ne sont pas appliquées. Les observations faites concernant la gouvernance du système national de santé, permettent de conclure à l'absence de mécanismes de transparence, et de communication au niveau des principales fonctions stratégiques du système, les composantes du système national de santé fonctionnement en «silos». Chaque sous système à sa propre logique de fonctionnement sans mécanismes de communication et d'intégration avec les autres sous-systèmes[257].

[256] La vision « développement humain 2025 : Système de santé et qualité de vie.
[257] La vision « développement humain 2025 : Système de santé et qualité de vie.

L'examen de la structure de la gouvernance actuelle du système national de santé, fait ressortir plusieurs insuffisances en rapport avec la fonction régulation du système, comme l'insuffisance de coordination intersectorielle (partenariat, contractualisation, globalisation), et le défaut des mécanismes de régulation des intervenants dans le Système National de Santé.

Aussi, l'amélioration de l'équité dans l'offre des soins exige la correction des insuffisances actuelles, dans le domaine de la hiérarchisation des soins et de la complémentarité entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Aussi, une réflexion approfondie devrait-elle être menée à partir du point d'entrée du malade dans le système, au niveau de son itinéraire thérapeutique, avec la mise en place d'une codification plus élaborée de l'accès aux soins de haute technicité. Ce qui pose la question de la gouvernance de l'ensemble des composantes du système national de santé, et de l'amélioration de son encadrement humain, technologique et gestionnaire par les différents profils de professionnels de santé.

D'après l'OMS, L'administration générale du système de soins public au Maroc (c'est-à-dire la gouvernance), est caractérisée par une forte centralisation qui contraste avec une faible capacité de régulation de l'offre, et de coordination de l'action des différents acteurs du système de santé (partenariat et collaboration intersectorielle). L'encadrement réglementaire du système de santé reste très insuffisant eu égard au souci d'institutionnalisation et de pérennisation des interventions politiques.

B – Des recommandations de réforme

Les manquements susmentionnés sont d'autant plus sensibles que la politique sanitaire s'achemine de plus en plus, vers la régionalisation, la préservation de l'Etat de droit, la protection des affaires locales, la prise en considération des problèmes du citoyen, la globalité et la complémentarité des composantes de la société, ainsi que le respect de l'ordre et des libertés. En définitive, le citoyen doit rester au cœur des politiques et des stratégies sanitaires, de même que les professionnels de santé, toutes catégories confondues, doivent être impliqués dans la formulation de cette politique. Il serait ainsi judicieux, de définir une véritable politique nationale de santé et non des programmes, et des plans d'action sur des périodes de temps limitées ou au gré des changements de titulaires.

Les interventions exprimées, lors des audiences du programme de communication Intidarat Asiha[258], permettent de définir la gouvernance dans le domaine de la santé comme étant : « le système par lequel la société organise et gère les affaires des différents segments et partenaires du secteur afin d'atteindre les objectifs d'équité, de qualité et d'efficience ». Globalement, les intervenants exigent la reconstruction du leadership du Ministère de la Santé, sur le système de santé en termes d'élaboration des politiques de santé, fixant

[258] Voir infra en 2e partie.

les choix et les priorités stratégiques et la répartition des rôles entre acteurs. En tant que régulateur, le ministère de la santé doit, par ailleurs, reposer son action sur des indicateurs déclinés par territoire, par catégorie socioprofessionnelle, par genre pour apprécier réellement les inégalités sociales de santé afin d'aller vers la réalité des besoins par rapport au risque de morbidité et autre risques de comportement auxquels est explosée la population.

Aussi, Il ressort des consultations préliminaires menées par la représentation de l'OMS ,auprès de ses différents partenaires marocains ainsi que des discussions menées avec les responsables du Ministère de la Santé, que les partenaires nationaux et internationaux de l'OMS au Maroc, attendent de celle-ci de développer ses activités autour des 7 domaines prioritaires suivants[259] :

1. La formulation et la mise en œuvre de la politique sanitaire ; particulièrement le développement d'outils de planification et d'aide à la décision ;
2. La surveillance épidémiologique et la prise en charge des morbidités prévalentes ;
3. Le renforcement de la sécurité sanitaire et des vigilances ;
4. Le développement des compétences et des capacités de gestion des ressources humaines ;
5. L'administration générale du système de santé ;
6. Le développement du système d'information sanitaire ;
7. Le développement de la recherche de façon ciblée et concertée.

Ceci dit pour la gouvernance institutionnelle, qu'en est-il de la gouvernance des structures de soins, de protection et de prévoyance sociale ?

CH II : Insuffisances dans la gouvernance des structures de soins, de protection et de prévoyance sociale

Dans ce chapitre, nous allons essayer de relever certains aspects de la gouvernance, commençant par les structures de soins (Sect. 1), suivie des structures de la prévoyance et la protection sociale (Sect. 2).

Sect. 1 : La gouvernance des structures de soins

Les structures de soins au Maroc peuvent relever du secteur public, ou du secteur privés (à but lucratif et à but non lucratif).

§1 - La gouvernance des structures de soins privées

Il est à rappeler que le secteur privé à but non lucratif (SPBNL) comprend : les établissements du Croissant Rouge Marocain (CRM) et les ligues et fondations, et aussi les structures des mutuelles et de la CNSS[260] sur lesquelles nous allons revenir dans la 2ème section. Alors que le secteur privé à but lucratif (SPBL) comprend : Des cabinets médicaux de consultation générale, cabinets

[259] Document Coopération OMS Maroc.
[260] Les unités médicales de la CNSS.

dentaires, cabinets de soins paramédicaux, opticiens, pharmaciens, fournisseurs de matériel et biens médicaux, établissements de transport médical et les laboratoires[261], et surtout les cliniques et les établissements assimilés que nous allons prendre comme exemple vu leur importance et le débat qui tourne autour.

I- L'exemple des cliniques et les établissements assimilés

A- Administration

Les professionnels de la santé sont organisés dans des syndicats et des associations professionnelles, dont certaines sont très influentes dans l'organisation générale du système de santé. Aussi ces professionnels de la santé sont regroupés dans des ordres professionnels[262], et doivent respecter leurs codes de déontologie spécifiques. Alors que la réglementation et l'exercice des professions de santé est régi par des lois et des règlements concernant l'exercice public et privé de ces professions.

Dans ce cadre, On entend par clinique, au sens de la nouvelle loi n° 131-13[263] relative à l'exercice de la médecine, cette loi qui a abrogé l'ancienne loi n° 10-94[264] . Toutefois, demeurent en vigueur, les textes pris pour l'application de cette loi jusqu'à la publication des textes pris pour l'application de la nouvelle loi, dans un délai ne dépassant pas deux ans : « quelle que soit sa dénomination ou le but qu'elle poursuit, lucratif ou non, tout établissement de santé privé ayant pour objet d'assurer des prestations de diagnostic et de soins des malades, blessés et des femmes enceintes ou parturientes ,dans le cadre de l'hospitalisation pour la période que nécessite leur état de santé, et/ou leur dispenser des prestations de réhabilitation...

Sont notamment assimilés, pour l'application de la loi et de ses textes d'application, à une clinique , Les centres d'hémodialyse, Les centres d'hématologie clinique, Les centres de radiothérapie, Les centres de curiethérapie, Les centres de chimiothérapie, Les centres de cathétérisme, Les centres de convalescence ou de réhabilitation, Les centres de cure . Ainsi que les dispositifs mobiles de diagnostic et de soins ,et tout autre établissement privé de santé qui reçoit des patients pour l'hospitalisation, tous désignés dans

---

[261] Voir supra.

[262] - L'Ordre national des médecin : régi par le dahir portant loi n° 1-84-44 du 17 joumada II 1404 (21 mars 1984) modifié et complété par la loi n° 11-94 promulguée par le dahir n°1-96-12 du 21 rabia I 1417 (7 août 1996).

- L'Ordre des chirurgiens-dentistes : régi par le dahir portant loi n°1-75-451 du 25 safar 1397 (15 février 1977) qui a abrogé et remplacé le premier dahir concernant cet ordre de 1951.
- L'Ordre des pharmaciens : régi par le dahir portant loi n°1-75-453 du 25 hija 1396 (17 décembre 1976) qui a abrogé et remplacé les dispositions antérieures sur l'organisation de la profession.

[263] Dahir n° 1-15-26 du 29 rabii II 1436 (19 février 2015 août 1996) portant promulgation de la loi n° 131-13 relative à l'exercice de la médecin (B.O n° 6344 du 28 joumada 1436 (19/3/2015) page 1047). (Nous allons revenir plus loin sur les apports de cette nouvelle loi en 2ème partie).

[264] Dahir n° 1-96-123 du 5 rabii II 1417 (21 août 1996) portant promulgation de la loi n° 10-94 relative à l'exercice de la médecin (B.O n° 4432 du 9 rejeb 1417 (21/11/96)).

la suite de la présente loi par clinique. La liste de l'ensemble des établissements assimilés est fixée par voie réglementaire après avis du conseil national ».

Aussi, en application des dispositions de la nouvelle loi n°131-13, la création de toute clinique est soumise, avant le commencement des travaux de sa réalisation, à une autorisation préalable délivrée par l'autorité gouvernementale compétente après consultation du conseil national.

La gestion des affaires non médicales de la clinique doit être assurée par un gestionnaire administratif et financier .Aussi, il est interdit aux propriétaires d'une clinique et au gestionnaire de s'immiscer dans les fonctions du directeur médical ou de lui ordonner des actes limitant ou affectant l'exercice de ses fonctions. Ce directeur médical doit constituer un comité dit «comité médical d'établissement (CME) », composé de membres choisis par et parmi les médecins exerçant au sein de la clinique. Aussi il doit créer un comité d'aide à la décision médicale dit « comité d'éthique », ayant pour objet de débattre de toute question d'ordre éthique.

En général, selon la nouvelle loi sur laquelle nous allons revenir plus loin, le directeur médical de la clinique assume des missions se rapportant à l'organisation des soins, au bon fonctionnement du service hospitalier et aux relations avec les patients et leurs familles. A cet effet, il est notamment tenu, de :

- Veiller au bon fonctionnement des services de soins, à la gestion des lits d'hospitalisation et des dispositifs médicaux de l'établissement, au maintien de la discipline, de la sécurité et de la tranquillité ;
- Veiller en permanence à l'hygiène et à la salubrité ;
- Veiller au bon comportement des employés et à la bonne tenue du personnel soignant ;
- Contrôler la bonne qualité des prestations relatives à l'accueil et à l'hébergement ;
- s'assurer de la qualité des soins dispensés par les infirmiers et autre personnel paramédical exerçant au sein de l'établissement ;
- S'assurer de la disponibilité des médicaments et du sang et de veiller à la qualité et à la maintenance des dispositifs médicaux existant dans l'établissement ;
- Assurer la gestion de l'information sanitaire ;
- S'assurer de la bonne gestion des déchets médicaux.

Le directeur médical préside le comité médical d'établissement ,et tout autre comité ou groupe de travail à caractère médical qu'il crée, notamment le comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Le directeur médicale procède à la sélection des médecins, du pharmacien, des spécialistes en psychologie et des infirmiers et autres cadres paramédicaux, après avis du comité médical d'établissement.

B – Contrôle des cliniques et constats

Selon la décision la Ministre de santé N° 2 DRC/00 du 19 septembre 2008, relative aux inspections des cliniques et établissements assimilés, les inspections seront effectuées, sans préavis, par les représentants du Ministère de la santé, du conseil régional de l'ordre des médecins, et du bureau municipal d'hygiène, pour vérifier le respect des conditions légales et réglementaires applicables auxdits établissements, et l'observance par eux des règles professionnelles.

Dans ce cadre, il est constitué au sein du Ministère de la santé 2 équipes permanentes dédiées à cette mission, composées de cadres désignés intuitu personae et assermentés, relevant de l'inspection générale, de la direction de la réglementation et du contentieux, de la direction de l'équipement et de la maintenance, de la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires , du centre national de radioprotection, en présence du directeur régionale du Ministère de santé dans le ressort duquel se trouve l'établissement concerné, ce directeur peut se faire remplacer par le délégué du Ministère de la santé à la province ou à la préfecture siège de l'établissement.

Chaque équipe est constituée par :

- Deux cadres de l'inspection générale dont au moins un médecin.
- Un cadre de la direction de la réglementation et du contentieux, juriste.
- Un ingénieur en génie civil et un ingénieur biomédical de la direction de l'équipement et de la maintenance.
- Un médecin représentant la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires.
- Deux ingénieurs du centre national de radioprotection.

A ces équipes du Ministère doivent s'adjoindre, à chaque mission d'inspection, les représentants du conseil régional de l'ordre des médecins, et du bureau municipal d'hygiène concerné. Aussi, c'est l'inspection générale qui assure le pilotage et la coordination.

Récemment selon la nouvelle loi 13-13, les cliniques seront désormais soumises à des inspections périodiques sans préavis, effectuées chaque fois que nécessaire et au moins une fois par an, par une commission composée de représentants de l'autorité gouvernementale compétente, assermentés conformément à la législation en vigueur et porteurs d'une lettre de mission délivrée à cet effet par ladite autorité, et d'un représentent du conseil régional de l'Ordre concerné.

Cette inspection a pour objet de vérifier que les conditions législatives et réglementaires en vigueur applicables à l'exploitation de la clinique sont respectées et de s'assurer de la bonne application des règles professionnelles en vigueur par l'établissement.

Dans la pratique ce contrôle a révélé avant 2009, que sur les 148 cliniques inspectées par le ministère de la Santé, 13 ont été déclarées en infraction, seules deux cliniques ont été fermées et la 3e, située à Oujda et spécialisée en ophtalmologie, a changé de statut en cabinet. Aussi selon les années on a effectué 5 inspections en 2009, 64 en 2010, 107 en 2011, 5 en 2012 et 214 en 2013.

II- La problématique du statut juridique de la clinique privée

La problématique du statut juridique de la clinique privée, a donné lieux à des débats pour la libéralisation du capital de cette structure de soins.

A- La clinique privée : Société civile ou commerciale ?

La société et le cadre juridique l'entreprise, elle est définit par le droit commun comme étant : « Un contrat par lequel deux ou plusieurs personne mettent en communs leurs biens ou leurs travail, ou tous les deux à la fois, en vue de partager le bénéfice qui pourra en résulté[265] », aussi la société peut être civile ou commercial.

Cette problématique de la distinction entre société civile et société commerciale ,émane de la distinction entre le droit civil et le droit commercial ,cette distinction est sans doute une distinction plus pédagogique que réelle, expliquée en bonne partie par des considérations historiques, ce que confirme l'examen du droit comparé, qui traite parfois les deux matières dans le même Code, l'exemple de Code civil italien de 1942 ou encore du nouveau code civil russe depuis 1995 , il n'y a pas non plus de droit commercial autonome dans les pays scandinaves, en Suisse depuis 1881, en Italie depuis 1942, aux Pays-Bas depuis 1976 et au Québec depuis 1992. En revanche, l'Allemagne, l'Espagne et la Belgique connaissent un régime dualiste, comparable à celui du droit français, et le Maroc fait partie de cette dernière catégorie.

Il se trouve que la médecine au Maroc, est classée depuis le protectorat parmi les activités civiles au même titre que les autres professions libérales (avocats, architectes…), ce type d'activité ne peut être exercé dans le secteur privé que dans un cadre civile ,soit personnel (cabinet ou cabinet de groupe sous forme de contrat d'association) ,soit dans le cadre de sociétés civiles (clinique).Or, le statut juridique des cliniques n'est toujours pas clarifié dans la mesure ,où le statut commercial (société commercial) est interdit sans pour autant que le cadre légal ait été précisé, car selon l'article 2 de la nouvelle loi 131-13 relative l'exercice de la médecine : « La médecine est une profession qui ne doit en aucun cas ni d'aucune façon être pratiquée comme un commerce. Le médecin l'exerce loin de toute influence ; ses seules motivations étant sa science, son savoir, sa conscience et son éthique professionnelle… ».

[265]Article 982 du DOC (Dahir formant code des obligations et des contrats de 1913 tél qui est modifié ou complété).

Vu cette situation juridique des structures de soin privées et les constats négatifs sur l'accès aux soins déjà signalés, un débat controversé pour la libéralisation du capitale la clinique privée est déclenché.

En France par exemple, il y a des sociétés d'exercice libéral (SEL) qui sont des sociétés de professionnels libéraux ,correspondants à un ensemble de formes juridiques créées pour permettre aux membres des professions libérales françaises, d'exercer leur activité sous forme de sociétés de capitaux. Il ne s'agit pas d'une nouvelle structure juridique, mais d'un mode nouveau d'exercice d'une activité libérale à travers des structures juridiques existantes :

- SELARL : société d'exercice libéral à responsabilité limitée ;
- SELAFA : société d'exercice libéral à forme anonyme ;
- SELAS : société d'exercice libéral par actions simplifiée ;
- SELCA ou SELACA : société d'exercice libéral en commandite par actions.

Généralement ces sociétés, ne peuvent être détenues majoritairement que par des professionnels en exercice dans lesdites sociétés. Cette particularité a pour but, notamment pour les professions du droit ou de la santé, de garantir l'indépendance des professionnels vis à vis de groupes financiers qui pourraient influencer et donc entraver l'exercice correct de leur métier.

B- Un débat pour la libéralisation du capitale de la clinique privée au Maroc

La libéralisation des capitaux des cliniques privées aux investisseurs non médecins, s'inscrit dans un contexte de réforme du dispositif juridique qui a régi l'exercice de la médecine, en l'occurrence la loi 10-94[266].

Cette possibilité a fait l'objet des débats dans des séminaires et des ateliers et des rencontres organisés, exemple de la « Rencontre nationale sur le droit des cliniques privées et ses perspectives»[267],qui a été inauguré par le discours d'ouverture de notre professeur Mr Farid El Bacha, président du Centre marocain des études juridiques[268], en rappelant diplomatiquement les règles du jeu , l'objectif étant de débattre la question de l'investissement dans les établissements d'hospitalisation privés, approfondir la concertation avec les médecins concernant la diversification des modes de détention du capital des cliniques et établissements assimilés, présenter un aperçu sur les expériences étrangères, analyser les forces et faiblesses de la libéralisation du capital, et recueillir les avis et recommandations des professionnels sur le sujet.

---

[266] Il est à rappeler que c'est la nouvelle loi 131-13 qui est actuellement en vigueur tout en gardant les textes d'application de l'ancienne loi 10-94 pour une durée qui ne peut dépasser 2 ans.

[267] « Rencontre nationale sur le droit des cliniques privées et ses perspectives», organisée le 19 novembre 2011 à Rabat en partenariat avec L'Economiste.

[268] Pr Farid El Bacha est également le directeur de cette recherche que nous avons la chance et l'honneur d'avoir comme encadrant.

Dans ce cadre, le Syndicat national des médecins du secteur libéral, notamment, s'oppose farouchement à l'ouverture du capital des cliniques aux investisseurs par la crainte de la concurrence, Il avance l'argument de « la marchandisation de la santé». Mais en réalité, la séparation de la propriété du capital de l'exploitation technique ne peut qu'attirer des investisseurs dans le secteur et tirer vers le haut la qualité des prestations. Les réticences de la profession sont motivées par la crainte de la concurrence.

Alors que le président du Conseil national de l'ordre des médecins, revendique la nécessité d'abord de clarifier les responsabilités, particulièrement celles du secteur libéral, ensuite la nécessité la régulation et l'adoption d'une loi-cadre sur le système de santé. Et enfin avoir un esprit de «cohésion entre les systèmes de santé public et privé.

Les opposants au projet de loi, qui se sont récemment regroupés au sein du Front national pour la défense de la santé (FNDS)[269], estiment, que ce projet porte atteinte à l'équité et au droit de santé pour tous. Considérant que la majorité des patients qui n'ont de couverture médicale ne pourra pas accéder à ces sociétés qui vont devenir commerciale, Ils craignent aussi de voir les structures publiques se vider de leur personnel vers ces structures privées.

Pour sa part le Ministère de la santé, avance que l'ouverture des capitaux des cliniques privées aux investisseurs non médecins du capital ,ne peut s'effectuer que dans un cadre précis avec des règles juridiques claires et des outils transparents ,qui garantissent et protégeant l'indépendance professionnelle du médecin, estimant que la diversification du mode de détention du capital dans les cliniques privées est un moyen de financiarisation de la santé qui améliorera l'attractivité du Maroc, drainera des investisseurs étrangers, créera des emplois, stimulera la concurrence entre les cliniques pour tirer la qualité vers le haut, C'est un moyen aussi pour régionaliser l'offre de soins.

Ce débat est désormais clos puisque la nouvelle loi 131-13 est belle est bien promulgué, affirmant l'ouverture des capitaux des cliniques privées aux investisseurs non médecins, et d'autres apports sur lesquelles nous allons revenir en 2ème partie de cette thèse.

§2 - La gouvernance des structures de soins publiques

La gouvernance des structures de soins publiques comprend les structures hospitalières et les structures ambulatoires et d'appui, à savoir le réseau d'établissement de soins de santé de primaire (RESSP) et les laboratoires.

I- Les structures hospitalières

Avant de constater que la réforme hospitalière est restée très lente dans sa mise en œuvre, laissant l'hôpital public en prise avec ses multiples problèmes de management, de qualité et de moyens, il convient de présenter

[269] Créé en 2010, cette coalition compte des ONG de défense des consommateurs, des associations des droits de l'homme (AMDH, OMDH, FVJ, Adala, OLIE, LMDDH), des syndicats des commerçants et des professions libérales (avocats, architectes, artistes, réalisateurs, etc…) et des syndicats du secteur de la santé public et privé.

sommairement l'administration des hôpitaux notamment les établissements publics hospitaliers.

A- Administration

Selon le décret de 1994[270] relative à l'organisation du Ministère de la santé, c'est la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA) qui est chargée :

- D'assurer la coordination des actions du département en milieu hospitalier et, suivre de façon permanente l'activité des hôpitaux, tant sur le plan de la gestion technique que de la gestion administrative et comptable et de la qualité des soins ;
- De synthétiser l'information et les bilans d'activité des hôpitaux à travers un système de tableaux de bord

Ceci dit, selon le statut ou mode de gestion, il existe trois types d'hôpitaux publics :

• Des hôpitaux gérés en régie qui n'ont ni personnalité morale ni autonomie financière

• Des hôpitaux SEGMA (services d'état gérés de manière autonome), qui n'ont pas de personnalité morale mais disposent d'une certaine autonomie financière. Ils ont un contrôle sur les recettes mais pas sur le personnel et continuent à bénéficier de subventions de l'état

• Et enfin, des établissements publics autonomes qui ont une personnalité morale et une autonomie financière, ils correspondent aux centres hospitaliers.

Les centres hospitaliers au Maroc sont cinq, en attendant l'approbation de la nouvelle loi 70-13 portant sur les « centre hospitalo-universitaire », les centres hospitaliers demeure régis par la loi N° 37. 80[271], ils constituent des établissements publics dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, est sont soumis à la tutelle est au contrôle financier de l'Etat.

Chaque centre hospitalier est administré par un conseil d'administration, investi de tous les pouvoirs et attributions nécessaires à l'administration du centre. Le conseil d'administration peut déléguer une partie de ses pouvoirs à un conseil de gestion qui, dans l'intervalle des réunions du conseil d'administration, est chargé de suivre et de veiller à l'exécution des décisions de ce dernier. Le centre hospitalier est géré par un directeur, ce dernier, détient tous les pouvoirs et attributions nécessaires à la gestion du centre. Dans ce cadre le directeur est chargé de la gestion technique, administrative et financière. Il exécute les décisions du conseil d'administration et, le cas échéant, du conseil de gestion. Il établit, chaque année, un rapport d'activité technique, administrative et financière de l'année écoulée et un projet de programme d'activité pour l'année suivante. Il peut recevoir délégation du conseil

[270] Décret n° 2-94-285 du 17 joumada Il 1415 (21 novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique (B.O N° 4286 - 18 rejeb 1415 (21-12-94).

[271] Dahir n° 1.82.5 du 30 rebia i 1403 (15 janvier 1983) portant promulgation de la loi n° 37. 80 relatives aux centres hospitaliers. (B.O N° 3668 DU 16 Février 1983 ; P 165).

d'administration ou du conseil de gestion pour le règlement d'affaires déterminées. Il peut après délibération du conseil d'administration, déléguer une partie de ses pouvoirs et attributions au personnel de direction du centre et aux chefs de formations hospitalières qui en dépendent.

Aussi, le directeur est assisté dans l'accomplissement de ces missions par des instances de concertation et d'appui à savoir : Le comité d'établissement(CE), le comité de suivi et d'évaluation (CSE), le conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP), le conseil des infirmiers et des infirmières (CII).

L'administration de l'hôpital et de chaque hôpital le composant est organisé en trois pôles de gestion : Le pôle des affaires médicales ; Le pôle des soins infirmiers ; Le pôle des affaires administratives.

B –Constats

L'hôpital public, qui occupe une place importante dans le système de soins, ne disposait pas de cadre réglementaire organisant son fonctionnement. Ce n'est qu'on 2007 que fut adopté et mis en œuvre le décret relatif à l'organisation hospitalière[272]. Actuellement, le système hospitalier public rencontre plusieurs difficultés, sources d'un profond malais chez les professionnels de santé et une insatisfaction chez la population. Ces difficultés portent sur l'organisation, le fonctionnement, la gestion, la pénurie des ressources humaines, les déficits du système d'information, la surcharge des urgences, etc.

En effet , vue les diagnostiques faites avant ou qui ont accompagnés la mise en œuvre de la réforme hospitalière, la gestion des hôpitaux publics et non satisfaisante et souffrent d'un ensemble de carences, dont notamment une gestion centralisée et administrative, un manque d'autonomie, un manque d'organisation, une absence d'organigramme et de règlement intérieur , manque de coordination avec les centres de soins de santé de base à l'échelle territoriale, aucune utilisation des outils modernes de gestion et de contrôle, manque de compétences managériales pour les directeurs d'hôpitaux, une gestion traditionnelle des médicaments encourageant leur déperdition, mauvaise qualité d'accueil et de prise en charge, une inadéquation entre le plateau technique et les ressources humaines nécessaires pour les faire fonctionner .

A titre d'exemple le centre hospitalier régional Gharb-Chrarda-Beni H'ssen, ,selon le rapport de la cours des comptes[273] ,montre que les Organes de planification sont non fonctionnels , car Conformément aux dispositions de l'article 13 du décret 2-06-656 (13 avril 2007) relatif à l'organisation hospitalière , le directeur de l'hôpital doit être assisté par des instances de concertation et d'appui essentiellement le Comité d'Etablissement et le Comité de Suivi et d'Evaluation. Ces organes sont constitués mais ne sont pas fonctionnels (Ils ne se sont jamais réunis), ce qui se traduit par l'absence de plans d'actions stratégiques, et par la défaillance du système de planification

[272] Décret n° 2-06-656 du 24 rabii I 1428 (13 avril 2007) relatif à l'organisation hospitalière. (B.O N° 5526 du 29 Rebii II 1428 (17/5/2007).

[273] Rapport de la cours des comptes 2009, page 484.

annuel. Il est recommandé d'activer le comité d'établissement et le comité de suivi et d'évaluation.

Aussi l'organisation des hôpitaux dans notre système ,reste quelque peu fermé ne tenant pas compte ou très peu de l'environnement dans lequel ces établissements évoluent. En ce sens que le type de management est essentiellement directif, n'autorisant que très faiblement les délégations des pouvoirs. La rétention de l'information est encore chose courante. Les fonctions administratives, les tâches et les procédures, même lorsqu'elles sont bien décrites et standardisées, sont mal assimilées et donc mal appliquées. Les organigrammes des établissements sanitaires, encore très centralisés, ont très peu évolué. La composante médicale dans la décision est prépondérante et le côté technique gouverne largement les choix organisationnels. L'évaluation des performances et de la productivité se fait encore par la « notation » obéissant ainsi à l'approche taylorienne qui est une approche plus administrative que managériale.

Le temps est bien révolu de l'hôpital administré par un médecin-chef, un surveillant général et un administrateur économe, tous n'ayant reçu aucune formation de base en gestion hospitalière. Toute réforme de système de santé doit comporter impérativement la création de modules de formation spécialisés en gestion hospitalière. Le changement ne peut donc se produire qu'en mettant progressivement dans les circuits de la gestion hospitalière, de vrais gestionnaires ayant reçu une formation diplômante adéquate, ou ayant acquis une solide expérience professionnelle dans les structures de santé, accompagnée d'une formation continue en gestion.

II- Les structures ambulatoires et d'appui : RESSP et laboratoires

Le constat réveil des dysfonctionnements du réseau d'établissement de soins de santé primaire (RESSP), et du réseau des laboratoires.

A – Le réseau des établissements de soins de santé primaire

A-1 : Administration

Selon le décret de 1994 relative à l'organisation du Ministère de la santé, c'est la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires(DHSA) qui est chargée de :

- Contribuer à l'élaboration d'une stratégie du département en matière de soins ambulatoires et coordonner les différentes activités ambulatoires ;
- Mener une action continue d'évaluation du réseau ambulatoire sur le plan de la qualité et de l'accessibilité des prestations ainsi que sur le plan de la gestion.

A-2 : Constats

Au niveau des établissements de soins de santé de base , selon la stratégie 2012-2016 , l'organisation hiérarchisée et pyramidale de la prise en charge des patients connaît des dysfonctionnements et des insuffisances dus principalement à l'inadéquation entre l'offre et la demande, au manque de liens fonctionnels et de coordination entre les différents niveaux et également au

non-respect de la filière de soins , ce qui aboutit à une utilisation irrationnelle des ressources disponibles et une altération de la qualité de prise en charge .

B- Le réseau des laboratoires

B-1 : Administration

Au niveau des laboratoires publics, on trouve Au niveau provincial des structures comme le labo de diagnostic épidémiologique et hygiène du milieu et le labo de lutte anti tuberculeuse. Alors qu'au niveau national, on trouve des structures comme l'institut pasteur du Maroc ; le laboratoire de virologie ; le labo national de contrôle des médicaments et de vigilance ; Le centre national de la transfusion sanguine et d'hématologie ; et l'institut national d'hygiène (INH **)**,ce dernier est un service d'Etat géré de manière autonome (SEGMA) sous la tutelle du Ministère de la Santé, œuvre depuis 1930 à garantir une prise en charge des problèmes d'hygiène et d'épidémiologie au Maroc. Cette grande structure a été chargée de coordonner le programme de mise à niveau des laboratoires Santé Publique qui a été retenu dans le plan d'action 2008 – 2012 du Ministère de la Santé.

Quant aux laboratoires privés, selon La loi N° 12-01[274], un laboratoire privé d'analyse de biologie médicale, et tout établissement de santé privé ou sont effectuées des analyses de biologie médicale et les examens de laboratoire, destinées à faciliter le diagnostic médicale, le traitement ou la prophylaxie des maladies humaines à l'exception des actes d'anatomopathologie. Ces analyses de biologie médicales ne peuvent être effectuées, que sur prescription établie par un docteur en médecine, ou par un docteur en médecine dentaire dans le domaine de sa compétence, sauf s'il s'agit d'analyses périodiques prescrites à l'origine par un médecin.

L'ouverture, la réouverture ou l'exploitation d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale par l'exploitant remplissant les conditions prévue par la loi (Diplôme, nationalité…), passe par une autorisation administrative préalable délivrée par le Secrétariat Général du Gouvernement après avoir recueilli l'avis de l'Ordre National de l'Ordre professionnel dont relève le biologiste concerné et du Ministère de la Santé.

Le praticien directeur du laboratoire, est responsable du fonctionnement et de l'organisation du laboratoire d'analyses de biologie médicale. De ce fait il doit diriger personnellement et en permanence le laboratoire d'analyses de biologie médicale, il ne peut exercer ses fonctions dans aucuns laboratoire. En cas d'absence ou d'empêchement du directeur, ce dernier peut se faire replacé par un autre praticien dans les conditions prévues par la loi.

B- Constats

---

274 La loi N° 12-01 relative aux laboratoires privés d'analyse de biologie médicale promulguée par le dahir n° 1-02-252 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002) et son décret d'application n° 2-05-752 du 6 joumada Il 1426 (13 juillet 2005).

Au niveau des laboratoires au Maroc, Il existe 78 laboratoires de santé publique et 256 laboratoires privés, mais qui sont concentré dans les régions de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër et du Grand Casablanca. Il faut dire encore que la plupart des laboratoires sont non fonctionnels, une étude menée sur 39 hôpital local à montrer que 24 laboratoire ne sont pas fonctionnel par manque de techniciens et de réactifs, alors que 15 fonctionnement avec une gamme d'examens incomplète. En 2011 le nombre de prélèvements effectués au laboratoire est de 1 322 229.Quant aux laboratoires d'Hygiène du milieu et d'Epidémiologie, certaines régions en sont encore dépourvues.

Dans le secteur public, le diagnostic révèle qu'il faut renforcer et mettre à niveau la plateforme technique des bâtiments des différents instituts et laboratoires d'appui, et restructurer et réorganiser le réseau des laboratoires. On donnant à l'INH le statut d'établissement public au lieu du SEGMA clarifiant sa responsabilité sur le réseau des laboratoires. Alors que dans le secteur privé, il y a peu de rapports officielles sur la question, mais nous remarquons qu'il y a peu ou absence de communication entre le patient et le responsable du laboratoire, leurs rapports se résume à donner la lettre du médecin prescripteur à la secrétaire et revenir plus tard pour payer.

Sect. 2 : La gouvernance de la prévoyance et la protection sociale

Au Maroc, la prévoyance sociale est assuré par les mutuelles et leur fédérations (notamment la CNOPS), alors que la sécurité sociale est assurée par la caisse nationale de de la sécurité social (CNSS).

§1- La gouvernance de la prévoyance social

Avant de dégager certains constats négatifs sur la gouvernance des mutuelles, il importe de décrire l'administration de ces structures.

I – CNOPS et mutuelles

Au Maroc on relève qu'il y a 25 mutuelles, créées dans le cadre des dispositions du dahir n° 1.57.187 du 12 novembre 1963[275] (plus de 1,5 millions d'adhérents), à savoir :

- 9 mutuelles dans le secteur public dont 8 composent la CNOPS (environ 1,2 millions d'adhérents – 3,2 millions de bénéficiaires)
- 14 Mutuelles créées au sein d'établissements publics ou bancaires
- 1 Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM)
- 1 mutuelle créée par une profession libérale (MUGEPHAR-PS)

A - Définition et statuts

Selon l'article premier du dahir du 12 novembre 1963 portant statut de la mutualité : « Les sociétés mutualistes sont des groupements à but non lucratif,

[275] Dahir n° 1-57-187 du 24 joumada II 1383 (12 novembre 1963) portant statut de la mutualité (B.O. n° 2666, du 29 novembre 1963, page 1842). (En attendant la nouvelle loi portant sur les mutuelles de santé).

qui, au moyen de cotisation de leurs membres, se proposent de mener dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide tendant à la couverture des risques pouvant atteindre la personne humaine ».

Les statuts des mutuelles, d'après le dahir de 1963, sont adoptés par l'assemblée constitutive et doivent être déposés, contre récépissé, au ministère du travail et des affaires sociales et au ministère des finances, accompagnés d'un plan financier, de trois ans. L'approbation ou le refus d'approbation fait l'objet d'un arrêté conjoint de ces deux ministères, cet arrêté doit intervenir dans le délai de trois mois à compter de la date du dépôt des statuts. Toutefois, les statuts sont considérés comme approuvés si, à l'expiration d'un délai de trois mois 'à compter du dépôt, l'approbation n'a pas été expressément refusée.

Les statuts déterminent des mentions obligatoires (siège social, objet de la société…), qui ne peuvent être au-dessous des dispositions obligatoires du statut type arrêté par les deux ministères de tutelle, dans ce cadre aucune société mutualiste ne peut fonctionner avant que ses statuts aient été approuvés.

B – Administration des mutuelles

Nous allons voir rapidement l'administration des mutuelles dans le secteur public et leurs union « La CNOPS ».

1 –Les mutuelles

Les mutuelles, sont des sociétés qui ont un Organe d'orientation à savoir le Conseil supérieur de la mutualité, qui est un conseil créé auprès du ministre délégué au travail et aux affaires sociales, la composition et les attributions de cet organisme sont fixées par décret. Aussi les mutuelles, sont soumises à la tutelle du Ministère chargé de l'emploi et du Ministère chargé des Finances, cette tutelle est exercée au niveau de :

- L'approbation et le retrait d'approbation des statuts
- Les autorisations préalables (acquisitions et ventes de biens immobiliers, créations de nouvelles œuvres sociales ou caisses autonomes….)
- Contrôle sur place et sur pièces (livres, registres, procès-verbaux et pièces comptables de toute nature).

Quant aux organes d'administration des mutuelles, ils sont de trois types : Organe de décision : Assemblée générale ; Organe de gestion : Conseil d'administration ; Organe de surveillance : Commissions de contrôle.

S'agissant de l'assemblée générale, Les sociétés mutualistes peuvent être composées de membres participants et de membres honoraires, ces membres se réunissent en assemblée générale au moins une fois par an, à l'effet, notamment, de se prononcer sur le compte rendu de la gestion morale et financière du conseil d'administration ,et de procéder à l'élection au bulletin secret, des administrateurs et des membres de la commission de contrôle. Aussi, l'assemblée générale est obligatoirement appelée à se prononcer sur les modifications aux statuts, sur la dissolution de la société, ainsi que sur la fusion

avec une autre société. Le droit de vote appartient à chacun des membres de la société, âgés de 18 ans au moins.

Les sociétés mutualistes qui, en raison de leur effectif ou de l'étendue de leur circonscription, n'ont pas la possibilité de réunir tous leurs membres en assemblée générale, peuvent organiser des sections locales de vote. Dans ce cas, l'assemblée est composée des délégués élus par ces sections.

Alors que pour le conseil d'administration, l'administration d'une société mutualiste ne peut être confiée qu'à des Marocains âgés de 21 ans au moins, non déchus de leurs droits civils et civiques. Les administrateurs ne peuvent être élus que parmi les membres participants ou honoraires. Le conseil d'administration doit être composé, pour les deux tiers au moins, de membres participants. Il est renouvelé par fractions, dans un délai maximum de six ans, dans les conditions fixées par les statuts. Ce conseil peut déléguer sous sa responsabilité, partie de ses pouvoirs, soit au président, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion, dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

Le ministre délégué au travail et aux affaires sociales et le ministre des finances peuvent, en cas d'irrégularité grave constatée dans le fonctionnement d'une société mutualiste, confier, par arrêté conjoint motivé, les pouvoirs dévolus au conseil d'administration, à un ou plusieurs administrateurs provisoires qui doivent provoquer de nouvelles élections dans un délai de trois mois.

Quant au 3e Organe, il s'agit de la commission de contrôle, cette dernière est composée au moins de trois membres de la société non administrateurs, est élue, chaque année, en assemblée générale, au bulletin secret. Elle soumet un rapport sur la gestion comptable de la société, à l'assemblée générale suivante. L'assemblée générale peut adjoindre à cette commission, un ou plusieurs commissaires aux comptes, non administrateurs, qui peuvent être choisis en dehors des membres de la société. En outre, la commission de contrôle des sociétés mutualistes créées par les agents des administrations publiques et des services publics concédés, doit comprendre obligatoirement un représentant de l'Etat désigné par le ministre des finances.

2 - La caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS)

Les sociétés mutualistes peuvent constituer entre elles des unions qui ont, notamment, pour objet d'organiser des œuvres sociales ou des services de réassurance communs à l'ensemble des sociétés adhérentes. Ces unions peuvent se grouper en fédérations d'unions de sociétés mutualistes en vue de poursuivre les mêmes buts. Les unions et fédérations ne peuvent s'immiscer dans le fonctionnement interne des sociétés adhérentes.

L'assemblée générale des unions et fédérations est composé des délégués des sociétés adhérentes, élus dans les conditions déterminées par les statuts. Les

décisions régulièrement prises par l'assemblée générale sont obligatoires pour les sociétés adhérentes. Trois unions de sociétés mutualistes :

- CNOPS : La caisse nationale des organismes de prévoyance sociale, union des sociétés mutuelle du secteur public (à l'exception de la mutuelle FAR)
- USM : union des sociétés mutualistes (OMFAM-MGEN-MDII- MFA-fraternelle de la sureté nationale)
- UMS : union des mutuelles de salariés (CMCAS/ONE-MAS/CNSS-CMIM).

Créée en 1950, la CNOPS est une union de huit Mutuelles du secteur public soumise aux dispositions du Dahir de 1963 portant code de la Mutualité. Depuis le 18 août 2005, la CNOPS est régie par les dispositions de la loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base. Les 8 Mutuelles qui composent la CNOPS sont :

- La Mutuelle de Police créée en 1919,
- La Mutuelle de Douanes et Impôts indirects, créée en 1928,
- Les Œuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents assimilés du Maroc (OMFAM), Mutuelle créée en 1929,
- La Mutuelle des Postes et Télécommunications, créée en 1946,
- La Mutuelle Générale du Personnel des Administrations Publiques du Maroc (MGPAPM), créée en 1946,
- La Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), créée en 1963,
- La Mutuelle des Forces Auxiliaires (MFA), créée en 1976,
- La Mutuelle du Personnel de l'Office d'Exploitation des Ports (MODEP), créée en 1996.

D'après la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, La CNOPS est administrée par un conseil d'administration composé, pour moitié, des représentants de l'Etat, dont le représentant de l'Agence nationale de l'assurance maladie et pour moitié, des représentants des sociétés mutualistes la composant, ainsi que des représentants des centrales syndicales les plus représentatives.

Le président du conseil d'administration est élu par et parmi les représentants des sociétés mutualistes précitées.

Le conseil d'administration est investi de tous les pouvoirs et attributions nécessaires à l'administration de la caisse, il peut décider de la création de tout comité ou commission spécialisé, dont il fixe la composition et les modalités de fonctionnement et auquel il peut déléguer partie de ses pouvoirs et attributions.

La CNOPS est gérée par un directeur nommé par décret parmi trois candidats proposés par le conseil d'administration. Ces candidats sont choisis, après appel ouvert aux candidatures parmi ceux remplissant les conditions

fixées par le conseil d'administration, ces candidatures sont examinées et classées par un comité désigné par ledit conseil. Le directeur de la CNOPS détient tous les pouvoirs et attributions nécessaires à la gestion de la caisse.

II- Constats sur la gouvernance des mutuelles

Avant 2005 (année de l'entrer en vigueur du nouveau code de la couverture médicale de base), le diagnostic a révélé un déficit de gouvernance financière, et une insuffisance dans la gestion et non respects des normes législatives et réglementaires.

A - Insuffisances dans la gestion et non respects des normes législatives et réglementaires

Parmi les insuffisances il y a :

- Non-respect des dispositions législatives et réglementaires du dahir de 1963 ;
- Difficultés dans l'exercice du contrôle du secteur et centralisation accrue de la gestion des affaires administratives des mutuelles ;
- Absence de règles comptables relatives à la gestion des sociétés mutualistes.
- Dispersion des mutuelles sur plusieurs activités nécessitant des techniques et des compétences différentes : Gestion des risques (maladie, décès, vieillesse, invalidité), gestion des œuvres sociales. Aussi la gestion des unités mutualistes de production de services et soins (cabinets dentaires, cliniques, laboratoire etc. ...) est une logique administrative pure et simple.
- Retard de remboursement par les mutuelles des soins dont bénéficient leurs adhérents ;
- Contrôle médical inapproprié voire inexistant.
- Mise en place de systèmes d'informations ne facilitant pas l'intégration.

A titre d'exemple, le Ministre de l'emploi et de la formation professionnelle, dans sa réponse devant la chambre des conseillers , a affirmé que la Mutuelle Générale du Personnel des Administrations Publiques du Maroc(MGPAPM) , dans Sa gestion administrative et financière, n'a pas observé certaines dispositions légale du Dahir de 1963 réglementant le statut des mutuelle au Maroc, en effet Le ministre affirme que :

- La MGPAPM n'a pas renouvelé ses organes gestionnaires dans les délais légaux
- Des élections non légale et non approuvé par les Ministères de tutelle
- Achat d'immeubles et leurs équipements sans autorisation des Ministères de tutelle
- L'inspection générale des finances a relevé plusieurs infractions à la loi (incompatibilité, détournement de fond…).

B – Un déficit de la gouvernance financière

L'équilibre enregistré par la CNOPS et les mutuelles qui la composent est artificiel, en raison des difficultés à déterminer les dépenses effectives de ces organismes. C'est ainsi qu'il a été estimé que les remboursements des dossiers par ces entités se font en fonction des recettes recouvrées. En réalité, ces organismes connaissent un déficit chronique qui les empêche d'honorer leurs engagements dans des délais raisonnables, vis-à-vis aussi bien des prestataires de soins publics et privés que des adhérents. Au 31 juillet 2003, le total restant dû par la CNOPS aux producteurs de soins s'élevait à 430 millions de Dirhams, dont 43% au titre de l'année 2001. Dans le cadre de la réorganisation et la mise à niveau de la CNOPS, le déficit s'est fortement amélioré grâce à l'intervention de l'Etat, qui a permis d'apurer une partie des arriérés vis-à-vis des producteurs de soins. On peut également noter que le Ministère des Finances et de la Privatisation a apuré les dettes à l'égard de la CNOPS dues au titre des cotisations patronales impayées[276].

Aussi la dépendance totale des mutuelles à l'égard des adhérents, des médecins et des pharmaciens, ce qui les empêchent de maîtriser les coûts et les dépenses du secteur. Cette situation de faiblesse s'aggrave davantage avec l'absence de toute politique visant la lutte contre la fraude, sachant qu'une grande partie de la population marocaine ne bénéficie pas de couverture sociale.

De même l'insuffisance des mécanismes mis en place avec les producteurs de soins en raison de l'absence d'indicateurs de qualité, le non-respect des tarifs fixés par la convention collective, et les règles du code de déontologie des médecins par certains d'entre eux. Et faute de moyens de contrôle, la C.N.O.P.S. n'a qu'à gérer la pression des adhérents et des producteurs de soins.

§2 : La gouvernance de la protection sociale

La protection sociale au Maroc est assurée par la Caisse National de la Sécurité Sociale (CNSS), qu'elle convient tout d'abord de présenter avant de dégager certains constats sur sa gouvernance.

I - La Caisse National de la Sécurité Sociale (CNSS)

Statut et administration de la CNSS.

A - Statut de la CNSS

Selon la loi n°1.72.184 du 27 juillet 1972 relatif au régime de sécurité sociale[277], La gestion de la sécurité sociale est assurée par la Caisse nationale de la sécurité sociale, qui constitue un établissement public placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de l'emploi.

Cette Caisse est chargée de servir :

I - Les allocations familiales ;

II - Les prestations à court terme suivantes :

[276] Comptes nationaux de la santé 2001.édition 2005.

[277] Dahir portant loi n°1.72.184 du 27 juillet 1972 relatif au régime de sécurité sociale. Tel qu'il a été modifié et complété.

a) Indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident non régis par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
b) Indemnités journalières en cas de maternité ;
c) Allocation en cas de décès.

III - Les prestations à long terme suivantes :
a) Pension d'invalidité ;
b) Pension de vieillesse ;
c) Pension de survivants.

Le nombre de salariés déclarés à la CNSS est passé de 1,90 millions en 2007 à 2,7 millions en 2012[278].

B – Administration

La Caisse nationale de sécurité sociale est dotée de la personnalité civile et de l'autonomie financière, il est administré par un Conseil d'Administration investi de tous les pouvoirs et attributions nécessaires à l'administration de la Caisse nationale de sécurité sociale. Ce conseil est composé de vingt-quatre membres titulaires dont huit représentants de l'Etat, huit représentants des travailleurs et huit représentants des employeurs. Les membres représentant l'Etat sont nommés pour trois ans par décret sur proposition des autorités gouvernementales intéressées.

Le président du conseil d'administration est désigné parmi les administrateurs par Le ministre chargé de l'emploi, alors que deux vice-présidents sont choisis respectivement parmi les représentants des travailleurs et parmi les représentants des employeurs.

La Caisse nationale de sécurité sociale est gérée par un directeur général, nommé dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur. Dans ce cadre Le directeur général de la Caisse nationale de sécurité sociale exécute les décisions du conseil d'administration, assure la gestion de l'ensemble des services de la Caisse nationale de sécurité sociale et coordonne leur activité. Enfin, Il représente la Caisse nationale de sécurité sociale en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Le conseil d'administration se réunit sur convocation de son président et délibère à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante. Le conseil se réunit aussi souvent que les besoins de la caisse l'exigent et au moins deux fois par an : avant le 30 juin pour arrêter les comptes de l'exercice écoulé, avant le 31 décembre pour examiner et arrêter le budget de l'exercice suivant.

Un comité de gestion et d'études est chargé dans l'intervalle des réunions du conseil d'administration, de suivre la gestion de la caisse et éventuellement de régler toutes les questions pour lesquelles il reçoit délégation du conseil.

[278] Bilan social 2012.Ministère de l'emploi et de la formation professionnelle.

La Caisse nationale de sécurité sociale est soumise à la tutelle des deux ministères : Le ministre chargé de l'emploi et de formation professionnelle et le Ministère des finances.

II- Les constats sur la gouvernance de la CNSS

La Cour des comptes[279] a procédé au contrôle de la gestion de la CNSS, et a relevé des observations et recommandations concernant des problèmes d'administration et de gestion des unités médicales de la CNSS.

A – Problèmes d'administration

Il ressort du rapport de la cour des comptes des problèmes d'administration touchant les points suivants :

1. Système d'information de la CNSS : La CNSS dispose de plans d'action triennaux déclinés en plans d'action annuels. Seulement, ces différents plans ne s'élèvent pas au rang d'une stratégie globale en termes de système d'information. En effet, malgré les différentes études stratégiques, organisationnelles et fonctionnelles, la CNSS n'a pas pu développer un plan stratégique adapté à la taille de son système d'information.

2. La gestion de la commande publique : L'examen par échantillonnage des dépenses effectuées par la CNSS, au cours de la période 2003-2009 ,par voie de marchés publics, de bons de commande ou de contrats de droit commun, a permis de relever les principales observations suivantes :

- Le non recours à l'audit des marchés
- Retards significatifs dans l'exécution des marchés
- Retard dans le paiement des prestataires
- Un nombre élevé d'appels d'offres annulés
- Des commandes passées sans recours à la concurrence
- Des acquisitions et des études insuffisamment exploitées

3. La gestion des ressources humaines : Le personnel de la CNSS est régi par une convention qui date d'octobre 1992, signée par le Directeur Général de la Caisse, approuvée par le ministre de l'emploi et visée par le ministre des finances. Mais le décret fixant le statut du personnel légalement prévue par la loi n'est pas encore vu le jour. Par ailleurs, cette convention n'est pas respectée, car plusieurs décisions de la Direction générale ont eu pour objet l'institution de nouvelles indemnités, ou primes ou la modification de celles déjà existantes sans respecter le deuxième paragraphe de l'article 48 de ladite convention.

B – La gestion des unités médicales de la CNSS

Durant les années 70 et 80, la CNSS a opté pour la mise en place de la filière de production des soins. Elle a ainsi lancé la construction de treize polycliniques, dites unités médicales (UM), au niveau de neuf villes du Royaume dont cinq à Casablanca. Ces unités ont été construites sur une superficie totale de 204.518m² avec un plancher couvert de 90.130m². Leur

[279] Cour des comptes, rapport 2010.

capacité litière théorique est de 1048 lits avec une capacité fonctionnelle de 972 lits.

Pour apprécier la gestion de ces unités, le contrôle a porté sur le pôle des unités médicales (PUM) en plus d'un échantillon de trois polycliniques : La polyclinique de Derb Ghallef (PDG), la polyclinique d'Al Inara (PI) et la polyclinique de Settat (PS). La vérification de ces aspects a permis d'observer que la gestion dans ces unités médicale est une gestion d'un état de fait, marquée par l'absence de visibilité vu les conditions particulières de leurs création qui n'a pas été autorisé par le secrétariat général du gouvernement.

En effet, le dahir portant loi n°1.72.184 du 27 juillet 1972 relatif au régime de sécurité sociale, n'attribue pas à la CNSS la mission d'offre de soins. A défaut d'une création et d'un statut légaux, les unités médicales constituent un état de fait. Leur gestion est caractérisée par un tâtonnement avec l'adoption d'un mélange de règles de droit public, de formes et d'usages du privé, de pratiques et de " règles internes" issues de décisions prises au niveau de la direction générale. Les unités médicales sont prises dans un cercle vicieux issu d'une démarche qui se limite à assurer leur subsistance dans l'attente de déterminer leur sort. En effet, depuis 2005, la préparation de la mise en gestion déléguée des unités médicales est fondée sur la réduction des charges sans tenir compte des conditions d'offre des soins. Ces unités sont, de ce fait, actuellement dans une situation de blocage et d'attente.

Alors que La gestion des Ressources Humaines dans ces unités est marquée par : Recrutements sans concours, recours excessif aux vacataires, évolution des charges de vacations, Des recrutements de "complaisance", recrutement de fonctionnaires publics, recrutement des bénéficiaires du départ volontaire et de retraités en qualité de vacataires

A cet égard la Cour des comptes recommande à la CNSS, de mettre en application les dispositions de l'article 84 de la loi 65-00 relative au code de couverture médicale de base, avec célérité, soit en déléguant la gestion des unités médicales à un autre organisme, soit en optant pour un autre mode approprié de gestion.

Ceci dit, pour La gouvernance des structures de soins, de protection et de prévoyance sociale, qu'en est-il des constats négatifs sur les patients et certains personnels de santé ?

CH III : Des constats négatifs sur les patients et certains personnels de santé

Le patient et le noyau dur de tout système de santé autour duquel gravitent les autres éléments, alors qu'il n'y aura pas de soins sans les prestataires de

soins, d'où l'importance de la relation du professionnel de santé avec les patients qui est une relation singulière et particulière fondé avant tout sur la confiance et la science. Quels sont donc les constats au niveau de ces deux acteurs majeur du système de santé ?

Sect. 1 : Les constats sur Le personnel de santé

L'objectif des soins de santé pour tout passe nécessairement par un personnel de santé pour tous .Or, des constats d'ordre administratifs, éthiques et déontologiques, nous pousse à avancer que cet objectif idéal et loin d'être réalisé.

§1- Des ressources humaines pour des soins pour tous !

Le diagnostic sur le personnel de santé, dégage une faiblesse au niveau de la de la motivation, des Difficultés liées à l'insuffisance quantitative et qualitative, accentué par l'absentéisme et un cumul d'emplois non réglementaire.

I - Difficultés liées aux ressources humaines

A - Insuffisance en personnel de santé accentué par l'absentéisme

Le personnel de santé est défini, comme l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé[280]. « Pour les trois catégories de personnel (médecins, infirmiers, administratif), il y a une insuffisance notoire mais plus prononcée pour les cadres administratifs intermédiaires, nécessaires au fonctionnement normal des services administratifs et économiques, et en techniciens biomédicaux et d'informatique [281]». Insuffisance, qui peut être expliquée pour faire face à l'augmentation de la demande de soins, aux départs à la retraite et à l'extension des infrastructures hospitalières notamment avec la création de nouveaux CHU.

Cette situation de pénurie du personnel de santé ressources est aggravée par le phénomène d'absentéisme, selon l'Encyclopédie Universalis, l'absentéisme est le fait de ne pas se présenter au travail lorsqu'on est censé le faire. Et selon le Robert, c'est l'absence d'un salarié de son lieu de travail, non justifiée par un motif légal. Plusieurs auteurs se sont exprimés sur ce phénomène dans différents contextes et suivant différentes approches : « L'absentéisme est également un défaut de qualité de présence : l'absentéisme des présents » (Thériault et Al 1981). Aussi « L'absentéisme, est le plus souvent synonyme d'absence au poste de travail » (Benraiss 1999 : 3). De même que « Les organisations modernes sont de plus en plus complexes et tendues en termes d'effectifs : la moindre absence peut avoir des répercussions importantes sur l'organisation[282]». Ce constat s'applique à nos structures de santé et montre l'importance de lutter contre l'absentéisme.

---

[280] Cette définition s'inscrit dans le prolongement que l'OMS donne d'un système de santé, à savoir l'ensemble des activités dont l'objet principal est l'amélioration de la santé. (Extrait du rapport sur la santé dans le monde 2006, p. 1).

[281] Plan d'action 2008-2012, Ministère de la santé .Maroc .

[282] « L'absentéisme, des solutions à bâtir ensemble (dossier) »n°300,01/2005, Ministère de la santé. Maroc.

L'absence peut être nécessaire et justifiée, en ce sens qu'un professionnel de santé malade ou fatigué sera présent physiquement mais pas moralement ni mentalement, la population ne va pas en profiter pleinement, et la qualité du travail s'en ressentira. Un certain niveau d'absence est donc souhaitable pour préserver la santé des professionnels de santé et assurer une meilleure qualité des soins. Cependant, l'absence d'un agent a un impact négatif sur la population et aussi sur les autres professionnels de santé qui se voient obligés d'assumer le travail de leurs collègues absents, ce qui peut entrainer une certaine fatigue et démotivation de ceux qui restent. L'absentéisme a un impact sur le fonctionnement de l'hôpital, il engendre des coûts et des perturbations considérables, et il doit être considéré et apprécié comme étant un signe de démotivation et/ou de malaise des professionnels de santé, voire d'épuisement des agents de santé

Au Maroc, L'absentéisme est souvent rapporté comme important dans les établissements de soins du Ministère de la santé. Cependant, aucune information n'est disponible pour en apprécier l'importance en terme de journées de travail perdues ainsi qu'en terme d'impact sur la productivité des établissements de soins[283] .

B - Un cumul d'emplois non réglementaire

Selon le Ministère de la santé, le personnel de santé du secteur public use d'un cumul d'emplois non réglementaire, et l'utilisation non conforme du temps plein aménagé par certains professionnels :

1. Un cumul d'emplois en faveur du secteur privé au détriment du secteur public

L'évaluation de la situation montre, que les ressources humaines du secteur public sont employées par le secteur privé hors d'un cadre réglementaire établi, ces cumuls d'emplois concernant les médecins et les infirmiers employés par le secteur public, et qui travaillent en même temps dans le secteur libéral, a été tentée en 2000. Il n'a pas été possible de les dénombrer, mais certaines estimations vont jusqu'à mentionner qu'environ 50% du personnel des cliniques privées proviennent des hôpitaux (qui y travaillent quelques fois en dehors de leur horaire régulier de travail à l'hôpital, pendant les jours de récupération, parfois à plein temps quand la personne travaille la nuit à l'hôpital).Dans tous les cas, le personnel employé de la fonction publique n'est pas légalement autorisé à bénéficier de ce cumul d'emploi.

Car, Pour les médecins, ce cumul d'activité, est en plus en marge de la réglementation régissant l'exercice de la médecin, en l'occurrence l'article 55 de la loi n° 10.94[284] relative à l'exercice de médecine disposant « qu'il est interdit à tout médecin inscrit au tableau de l'ordre, en qualité de médecin fonctionnaire, d'accomplir aucun acte de sa profession en dehors du service

[283] Plan d'action 2008-2012, Ministère de la santé .Maroc

[284] Dahir n° 1-96-123 du 5 rabii II 1417 (21 août 1996) portant promulgation de la loi n° 10-94 relative à l'exercice ce de médecine tel qu'il est modifié ou complété (B.O n° 4432 du 9 rejeb 1417 (21/11/96).

public auprès duquel il est régulièrement affecté, hormis le cas où il doit porter secours et assistance à personne en danger, et sous réserve des autorisations exceptionnelles prévues par l'article 15 du Dahir n° 1.58.008 du 24 février 1958 portant statut général de la fonction publique[285] ». Dans ce cadre l'article 32 de la loi n° 10.94 dispose que « les médecins fonctionnaires peuvent exercer à titre privé à l'occasion de remplacement. A cette fin, il leur est délivré une licence de remplacement au vu de la décision leur accordant un congé administratif. La licence de remplacement n'est valable que pendant la durée du congé administratif. Lorsqu'ils effectuent un remplacement, les médecins fonctionnaires sont assujettis à la législation et à la réglementation relative à l'exercice à titre privé de la profession médicale ».

Quoiqu'il existe, ce phénomène du cumul d'emplois n'a jamais été bien documenté pour en apprécier l'importance, et ses répercussions sur le fonctionnement des hôpitaux[286].

2. Utilisation non conforme du temps plein aménagé par certains enseignants des CHU et contrôle défaillant de cette pratique

Le temps plein aménagé (TPA), est régi par article 56 de la loi n° 10.94 relative à l'exercice de médecine, qui autorise les enseignants chercheurs : Médecins, chirurgiens, biologistes, pharmaciens et chirurgiens-dentistes des hôpitaux à exercer la médecine de manière libérale dans des cliniques dénommées « cliniques universitaires ». En attendant la création de ces cliniques, l'article 57 autorise, pendant une période transitoire de cinq ans, l'exercice de manière libérale dans les cliniques, qui ont conclu à cet effet avec l'administration, une convention déterminant l'étendue des obligations de la clinique vis-à-vis de l'administration d'une part et vis-à-vis desdits médecins d'autres part. La période légale de cinq a pris fin depuis le 20 novembre 2001, mais la pratique du TPA continue à se faire sans couverture légale. L'impact de cette pratique sur la formation médicale est, semble-t-il, très négatif[287].

II- Carence de la Formation et de la motivation

A –Faiblesse de la formation et formation continue

Les problèmes qui se posent à la formation médicale de base, se situent essentiellement au niveau du cursus ainsi que des méthodes d'enseignement. Quant à la formation des médecins spécialistes, elle souffre également d'un certain nombre de problèmes liés aux effectifs formés, aux spécialités prioritaires, à la durée de formation, etc. Concernant le processus de sélection des étudiants, les critères en place ne favorisent pas l'égalité des chances et ne répondent pas aux exigences de sélection du futur médecin.

Alors que la formation en pharmacie et chirurgie dentaire, La majorité des dysfonctionnements et des observations en rapport avec la formation médicale,

[285] Dahir n° 1-58-008 du 4 chaâbane 1377 (24 février 1958) portant statut général de la fonction publique (BO n° 2372 du 11 avril 1958. p 631).
[286] Plan d'action 2008-2012, Ministère de la santé .Maroc.
[287] Plan d'action 2008-2012, Ministère de la santé .Maroc.

s'appliquent à la formation des pharmaciens ,puisqu'il s'agit de la même faculté (Rabat), voire aux facultés de médecine dentaire, avec cependant un certain nombre de spécificités à certaines facultés.

Aussi sur la formations paramédicales ,les principaux problèmes qui se posent à ce niveau sont l'absence d'une planification de la formation, l'inadéquation du mode de gestion des structures de formation, la vétusté et inadaptation des locaux d'enseignement ,et l'absence de mécanismes de coordination avec le secteur de l'enseignement paramédical privé[288].

Certains estiment que la formation médicale et déficitaire du fait d'un encadrement de plus en plus réduit ,et de la non prise en compte des programmes de santé dans le cursus, en raison d'une absence de coordination entre les facultés et les autorités sanitaires. Cette formation ne peut se concevoir que par des Nationaux plus à même de tenir compte des réalités épidémiologiques et des moyens réduits dont disposent les praticiens[289].

Ainsi, la moyenne annuelle de formation des médecins généralistes par les 4 facultés de médecine et de pharmacie du pays, s'établit à 800 diplômés. Les ratios personnel enseignant/étudiants calculés à partir des données du Ministère de l'Enseignement Supérieur, dénotent des inégalités importantes entre les facultés : un enseignant pour 4 étudiants à Rabat, un pour 8 à Casablanca, un pour 25 à Fès et un pour 24 à Marrakech. La moyenne annuelle de formation des médecins spécialistes est de 500 depuis 2002, ce qui ne permettra que de maintenir, à peine, l'offre actuelle en médecins spécialistes pour les 10 prochaines années. Mais cette offre est en baisse progressive, en raison de l'évolution soutenue des pathologies chroniques et dégénératives consommatrices d'actes spécialisés[290] .

Alors que sur la formation continue, qui est st une composante de la gestion des ressources humaines. Il ressort du constat de la situation actuelle que les principaux dysfonctionnements et contraintes peuvent se résumer comme suit :

- Absence d'outils réglementaires, la formation continue n'est pas encore institutionnalisée ;
- Faiblesse des structures chargées de la formation continue ;
- Insuffisance des ressources humaines et financières allouées à la formation continue
- Inadaptation des approches, méthodes de formation ;
- Insuffisance de la documentation et des revues spécialisées ;
- Limitation de l'accès aux technologies de l'information ;
- Absence de motivation ;
- Absence d'organisation de formation diplômante ;

[288] Ministère de la santé. Plan d'action 2008-2012. Maroc.

[289] Selon le mot du Président du congrès lors du 42ème Congrès Médical Maghrébin organisé par Société Marocaine des Sciences Médicales (SMSM) sur le thème principal « l'accès aux soins et place de la couverture médicale ».

[290] Stratégie 2012-2016 Les capacités de formation des professionnels de santé p 18.

- L'offre de formation est insuffisante, peu accessible et peu adaptée par rapport aux nouveaux besoins de formation[291].

B – Faiblesse de la motivation

Le développement du secteur de la santé est tributaire de l'amélioration des conditions professionnelles, et au niveau des services sociaux pour les travailleurs de ce secteur, Au niveau de la motivation le personnel de santé, souffre d'absence d'avantages pécuniaires pour l'exercice dans certaines régions. Aussi, il y a une Faiblesse des moyens de motivation du personnel notamment les programmes sociaux, Mis à part les quelques actions menées par l'Association des œuvres sociales du personnel de l'administration centrale, et des rares initiatives au niveau des associations provinciales, il n'y a jamais eu de programmes sociaux élaborés au profit du personnel de la santé[292]. Dans ce cadre les professionnels de santé demandent, que la fondation Hassan II pour la promotion de l'action sociale des professionnels de santé, se penche sur ce volet le plutôt possible.

§2- Constats d'ordre éthique et déontologique

Outre les lois et règlements, les professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de pharmacien sont organisées aussi dans le cadre leurs ordres professionnels, et par les dispositions de codes de déontologie spécifiques. Nous allons prendre l'exemple le plus important : La déontologie médicale et son ordre.

I – Constats sur la déontologie médicale

A – La déontologie médicale

Le dictionnaire Littré de la langue française définit la déontologie comme étant ,la science des devoirs et l'on ajoute généralement que ces devoirs sont ceux du professionnel dans l'exercice de son ministère, la déontologie médicale traite des devoirs professionnels des médecins, le père serait Hippocrate et son serment, la référence ultime au moyen âge ,la déontologie suit les préceptes anciens, à la renaissance elle reflète les aspirations humanistes de l'époque. Au siècle des lumières l'accent est mis sur les droits de l'individu à la fin du siècle la déontologie devient officiel par la charte médicale de 1920 en France.

Le manquement à la déontologie médicale et sanctionné par l'ordre des médecines, pour protéger la profession et à amandé le comportement de ses membres qui s'écartent de son code de bonne conduite[293].

Au Maroc, la déontologie médicale est consacrée par l'arrêté résidentiel du 8 Juin 1953[294] relatif à la déontologie des médecines, ce dernier comprend les devoirs des médecins envers le malade, la collectivité et envers les membres des professions paramédicale et les auxiliaires médicaux, les dispositions de ce

[291] Ministère de la santé. Plan d'action 2008-2012. Maroc.
[292] Ministère de la santé .Stratégie 2008-2012. Page 4.
[293] Gerard Meni : Cours de doit médical, 2001.
[294] B.O du19 Juin 1953 p, 828.

code s'impose à tout médecin , qui doivent être inscrit obligatoirement à l'ordre national des médecins qui est institué par le dahir partant loi n° 1-84-44 du 21 Mars 1984[295].Cet ordre est doté de la personnalité morale, il a pour objet entre autres de veiller au respect par ces membres des lois, règlements et usages qui régisse l'exercice de la médecine, pour cela l'ordre dispose d'un pouvoir disciplinaire sur les médecins.

B - Déontologie vétuste et peu respectée

Selon les syndicats, les médecins avancent qu'il y avait un long bras de fer avec les responsables de l'ancien Conseil national de l'Ordre. Ils dénonçaient l'inertie de l'ancien Ordre à qui ils amputaient l'état déplorable de la profession et la détérioration du secteur : Fermeture de cabinets, migration de médecins marocains à l'étranger, et pire encore l'exercice illégal de la médecine sous toutes ses formes au su et au vu de l'Ordre, censé veiller sur la santé des citoyens, contrôler et empêcher les conventions illégales, entre des médecins et certaines sociétés. Les syndicats ont toujours demandé la refonte immédiate de la loi 11-94 régissant le Conseil national de l'Ordre des médecins en vue de moderniser et de démocratiser le fonctionnement de toutes les instances du conseil de l'Ordre, par une élection démocratique de tous ses membres, y compris le président du conseil national. Ils demandent que l'Ordre des médecins soit un organe doté de tous les moyens matériels et juridiques nécessaires pour faire respecter l'éthique, la déontologie et les lois régissant l'exercice de la médecine dans notre pays par tous les médecins, de la même façon peu importe les lieux où ils exercent.

Quant aux revendications les médecins réclament les points suivants :

1- Démocratiser les instances ordinales en adoptant le principe de l'élection de tous ses membres, y compris le président national, et ce, en vue d'assurer une véritable responsabilité devant les électeurs.

2- Moderniser et démocratiser le fonctionnement des instances ordinales en attribuant les principales prérogatives aux conseils de l'ordre, et non aux présidents dans le but d'une gestion concertée et transparente.

3- Orienter la vocation de l'Ordre au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous ses membres des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie, et lui éviter les aspects d'intérêt matériel incompatibles avec la mission d'un ordre unifié.

4- Doter les instances ordinales de tous les moyens matériels et juridiques nécessaires pour leur permettre de faire respecter l'éthique, la déontologie et les lois régissant l'exercice de la médecine dans notre pays, par tous les médecins, de la même façon et quel que soit le secteur où ils exercent, et pour défendre la santé des citoyens et les intérêts moraux de la profession .

[295] B.O n° 3725 du 21/3/1984 p, 111 (ce dahir a abrogé celui de 1941 et 1949).

II - La corruption dans le système de santé !

La corruption en général est un fléau aussi bien pour la société que pour son économie voir pour sa stabilité institutionnelle, aussi on ne peut accepter la corruption dans le domaine de la santé.

A – La corruption en général

Selon le rapport du cinquantenaire : « L'absence d'application systématique de la loi est un terrain fertile pour la corruption. Est-il utile d'avoir de bonnes lois si on ne les applique pas ? Tant que la loi, rien que la loi, toute la loi ne sera pas appliquée à tous, la corruption risque de rester un mal endémique dans notre pays. Elle retarde son développement, car elle fausse les règles du jeu et favorise ceux qui savent et peuvent corrompre au détriment des autres[296] ».

B – La corruption dans la santé

Sur la Pratique de la corruption dans les établissements de soins ,Transparency Maroc a récemment publié une synthèse des résultats d'une enquête nationale sur l'intégrité : Etude auprès des ménages[297], menée au Maroc en novembre 2001 sur la base d'un échantillon de 1000 unités (des chefs de ménages : 79% sont des hommes et 21% des femmes) ,réparties dans 13 grandes villes et localités rurales avoisinantes qui ont été longuement interrogées et, surtout, invitées à donner leur perception sur le phénomène de la corruption.

Parmi les problèmes socio-économiques perçus par les ménages comme très importants, le système de santé vient en 5ème position avec 88% après le chômage (98%), le coût de la vie (92%), les déchets/propreté/pollution (91%) et la corruption dans le public (88%).

En ce qui concerne la corruption dans le système de santé, 80% des ménages disent qu'elle est très courante. 40% des répondants ayant été en contact avec le personnel de santé affirment avoir fait un versement illicite, soit 23% de l'ensemble des répondants. Parmi les motifs de versement, 56% disent pour accéder à un service public. Pour les montants des versements, 50% des ménages les situent entre 20 et 100 Dh, 8% affirme avoir versé entre 100 et 500 Dh et 4% plus de 500 Dh. Quant à la fréquence des versements, 29% affirment le faire toujours, 35% fréquemment et 30% rarement. Le profil de la personne ayant reçu le versement, 2% des ménages disent l'avoir versé à des administrateurs, 4% pour des secrétaires et réceptionnistes, 7% pour des sages-femmes, 7% pour des médecins, 17% pour des infirmiers major et 74% pour des infirmiers[298].

Aussi, selon la cours des comptes, sur les recettes des certificats médicaux légaux des accidents de travail ; il a été constaté, qu'aucun système de contrôle de cette activité n'a été mis en place pour que les recettes passent à la caisse de

---

[296] Rapport du cinquantenaire, « Le Maroc possible : une offre de débat pour une ambition collective ». Cinquante ans de développement humain, perspectives pour 2025, comité directeur, 2006, p.89.

[297] Enquête réalisée par LMS Marketing pour le compte de Transparency Maroc.

[298] Ministère de la santé. Plan d'action 2008-2012.Maroc.

l'hôpital. En effet, quelques chirurgiens, parmi ceux qui assurent la garde dans les services hospitaliers délivrent, toutes sortes des certificats médicaux légaux sur un papier non formalisé et non contrôlé, et les droits perçus sont directement partagées entre les chirurgiens sous forme d'indemnité de garde. Or, aucun texte n'autorise cette pratique[299].

Sect. 2 : Les constats sur Les patients

Si le droit à la santé est indirectement consacré par la constitution par référence aux droits de l'homme[300], il reste qu'au niveau législatif, les droits du patient sont peu consacrés aussi bien dans ses relations avec le système de santé, l'hôpital et les médecins, que dans sa relation avec le système judicaire en cas d'accident médical.

§1- Le droit du patient dans sa relation avec le système de santé

Les patients au Maroc revendiquent un cadre juridique global qui les protègent, (I) et plus d'encadrement et de représentativité (II).

I- Le statut du patient

La situation que fait le droit positif Marocain au patient, est marquée par une carence législative et réglementaire (A), malgré l'existence de certains textes particuliers (B).

A – Carence législative et réglementaire

Examiner les droits du patient, c'est poser d'aborder la question fondamental de son statut juridique. Or, le patient ne jouir pas dans la législation Marocaine de disposition protection spécifique, ceci peut être dû au pouvoir médical et la relation médecin malade fondée sur un modèle paternaliste. Mais on peut relever toutefois, des mécanismes qui pourraient servir de base à la protection des droits des patients. En attendant la mise en place d'un dispositif global et adéquat, le patient se trouve donc protégé par les règles régissant la responsabilité médicale dans sa relation avec les médecins[301].

En effet, il s'agit du code de déontologie médicale qui prévoit dans son titre premier « les devoirs généraux des médecins » et dans son titre deuxième « les devoirs des médecins envers les malades ». Cependant, l'ensemble de ces droits du patient qui découlent pas ricochet des obligations et devoirs des médecins, ne sont pas directement opposables aux malades eux même, puisque la déontologie médicale est un texte professionnel qui régit l'exercice de la médecine par des patriciens, et non des droits et obligations des patients[302] .

---

[299] Selon le rapport de la cours des comptes 2010 sur le CHU Ibn Sina.
[300] Voir supra sur le droit à la santé (chapitre I du titre I de la 1ere partie).
[301] Ben Sahir :"responsabilité médicale et droit du patient". RMDED No 32,1994.
[302] Fréderic-Jerome :" le médecin, le patient et le droit".1999 .

D'autant plus que le code de déontologie médicale en vigueur et un texte très ancien et dépassé, et ne répond plus aux exigences actuelles puisqu'il s'agit d'un arrêté résidentiel relatif au code de déontologie des médecins qui date de 8 juin 1953[303].

Le patient est le cœur de tout système de santé, voir même sa raison d'être, cependant le législateur Marocain n'a pas encore décider de légiférer globalement dans le domaine des droits du patient, ni dans le SNS actuel ni même dans les propositions concernant la réforme du SNS.

Mais, nous pouvons relever des dispositions nouvelles apportées par des textes récents, à savoir la loi cadre N° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, dans son chapitre II intitulé « Les droits et les devoirs de la population et des usagers des établissements de santé », et la nouvelle loi N°131-13 sur l'exercice de la médecine qui a consacré certains droits du patient, sur lesquels nous allons revenir plus loin.

B – D'autres textes éparpillés traitant certains droits du patient

L'absence d'un texte globale portant sur les droits du patient, ne signifie pas pour autant que le patient est délaissé totalement par le législateur, puisqu'on constate qu'il y a d'autres textes éparpillés qui traitent certaines questions particulières relatives aux droits du patient, nous pouvons citer :

- Le Dahir N° 1-58-295 du 30 avril 1959, relatif à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux[304].

- Dahir N° 1-92-30 du 10 septembre 1993 portant promulgation de la loi N° 07-92 relative à la protection sociale des personnes handicapés.

- Dahir N° 1-92-245 du 25 Août 1999 portant promulgation de la loi N° 05-81 du 6 mai 1982 relative à la protection sociale des aveugles et des déficients visuels.

- Dahir N° 1-99-208 du 25 Août 1999 portant promulgation de la loi N° 16-98 relative au don, prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humain[305].

- Dahir N° 1-95- 133 du 18 juillet 1995 (portant promulgation de la loi 03-947 relative au don, au prélèvement et l'utilisation du sang humain[306].

- La loi N° 65-00 du 21-11-2202 portant code de couverture médicale de base[307].

---

303 B.O 19 juin 1953. P 28.
304 B.O 1959 p 804.
305 B.O N° 4726-5 joumada 11 1420 (16-9-99).
306 B.O N° 4323 10 Rabii 11 1416 (6-9-95).
307 B.O N° 5058 –16 Ramadan 1423 (21-11-2002).

- La loi n°31-08 du 18 février 2011 édictant des mesures de protection du consommateur[308].

Par ailleurs, on peut citer aussi le règlement intérieur des hôpitaux public de 2010[309], même si ce dernier ne renferme pas des droits du patient mais des dispositions relatives aux malades sur lesquelles en va revenir plus loin. Mais on peut citer des efforts qui méritent des encouragements, comme l'élaboration d'un livret d'accueil par le CHU Ibn Sina de Raba-Salé en juillet 1996. Ce dernier comporte une charte du malade qui précise les droits et obligations des usagers du CHU.

Quant aux cliniques privées, nous avons constaté qu'il n'y a pas un règlement intérieur standard ou un modèle unifié pour toutes les cliniques[310]. Chaque clinique a son propre règlement intérieur d'où la difficulté d'examiner s'il y des dispositions concernant les malades.

Ces textes et d'autres malgré leur diversité, ont le point commun de toucher les droits du patient, c'est pourquoi qu'il faut penser à les actualisés et les englober dans un code de la santé publique, ce dernier devrait renfermer par exemple des lois hospitaliers, des chartes, des lois qui traite les droits du patient. Ceci dit, l'absence d'un code de protection des patients, dénote une carence législative dans ce domaine. Nous souhaitons que le droit positif contribue à la construction des droits du patient au Maroc, parce que c'est une culture à enseigner aussi bien aux patients qu'aux praticiens.

II- Faiblesse de l'encadrement et de la représentativité du patient

Le patient dans le SNS actuel souffre d'une absence d'institution qui le protège (A), et d'une faiblesse de l'encadrement associatif (B).

A- Absence d'institution spécifique protégeant le patient

La participation des citoyens est une valeur fondamentale. La protection de la santé devient de plus en plus axée sur le patient et individualisée, et le patient devient un sujet actif plutôt qu'un simple objet recevant des soins de santé. Sur la base des actions figurant dans l'agenda des citoyens, la politique communautaire de la santé doit prendre comme point de départ les droits des citoyens et des patients. Cet aspect englobe la participation à la prise de décision

[308] Dahir n°1-11-03 du 14 Rabii I 1432 (18 février 2011) portant promulgation de la loi n°31-08 édictant des mesures de protection du consommateur. (BO. n° 5932 du 7-4-2011 page 347).

[309] Arrêté du Ministère de la Santé N° 456-11 du 2 Rajeb 1431 (6 juillet 2010) portant règlement Intérieur des hôpitaux ; publié au Bulletin Officiel N° 5926 du 12 rabii II 1432 (17 Mars 2011). Et qui a abrogé le règlement intérieur de 1993.

[310] Suite à des visites des lieux, les cliniques sont réticentes à donner leur règlement intérieur.

et l'influence sur ce processus, ainsi que les compétences nécessaires au bien-être, notamment les connaissances en matière de santé[311].

Abstraction faite de recourir à la justice, le patient ne bénéficie pas officiellement d'institution qui le protège, si ce n'est l'assistance sociale prévue par le ministère de la santé. Encore faut –il qu'elle fonctionne réellement. En effet, le rôle du service de l'assistance sociale est faible malgré son rôle qui consiste à : « gérer l'action du département en matière d'assistance sociale et contribuer, dans la limite de la compétence du ministère de la santé publique, à la gestion de l'assistance médicale gratuite au profit des indigents… »[312]. Alors que dans les hôpitaux publics ,l'exemple du CHU de Rabat Salé, les activités de l'assistance sociale consiste à faciliter la prise de rendez-vous pour certains malades, organiser et faciliter le transport pour d'autres rechercher des sources de financement pour l'achat des médicaments, et assurer une présence aux tribunaux pour les cas complexes. Mais il faut dire que l'assistance sociale relève du médecin chef et toute correspondance doit recevoir le trompons de ce dernier, le dossier social n'est disponible que dans le seul cas où une demande de subvention a été sollicité, il n'existe pas de rapport d'activités, les activités de la travailleuse sociale sont restreintes et difficiles[313], donnant priorité à l'évolution des enquêtes sociales. Toutefois, il faut dire qu'il y a des rencontres régionales des assistantes sociales de Rabat Salé et des préfectures qui méritent d'être encouragé[314]. Il faut signaler enfin que les dispositions sur l'assistance sociale sont absentes dans l'actuel règlement intérieur de 2010.

Ceci dit, le législateur Marocain devrait penser à mettre en place des institutions officiels protégeant le patient, à savoir par exemple un observatoire national de vigilance sur le respect des droits du patient, des institutions locales et régionales qui auront le rôle de favoriser le débat sur les problèmes de santé…

B - Faiblesse de l'encadrement associatif

Proches de la population, elles sont en mesure de mobiliser la population en faveur de l'enfant. L'approche participative est un remède efficace contre la léthargie, elle libère la capacité d'expression et motive les individus, elle optimise les compétences des ressources humaines. L'association permet de construire une action collective à partir de préoccupation personnelle, dont le bénéfice peut éventuellement être bénéfique à tous. Les associations dans le monde de la santé peuvent intervenir à trois niveaux :

---

[311] Capacité de lire, filtrer et comprendre les informations relatives à la santé afin de prendre des décisions avisées

[312] Article 9 du décret N° 2-94-285 du 21 novembre relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé BO N° 4286 du 21/12/1994 P.611.

[313] Pas de téléphone dans le bureau, l'ambulance sert de transport pour les enquêtes sociales

[314] Audi des soins et des services. Rapport final le 22 novembre 1994 du CHU Ibn Sina de Rabat Salé ministère de la santé publique Maroc.

- Médical : information, prévention, recherche
- Social : modification de l'image de la maladie
- Pouvoir publics : législation en faveur des malades[315]

Sur le plan mondial, le conseil de l'Europe invite les Etats membres à soutenir, en autre, les associations des malades et les associations de santé[316]. Au Maroc, les associations[317] de malades se constituent le plus souvent autour d'une pathologie grave comme le cancer, l'insuffisance rénale, le sida…

Dans ce cadre, l'article 86 du règlement intérieur des hôpitaux (RIH) de 2010 précise que : « les associations et organisations à but non lucratif ne peuvent contribuer aux activités de l'hôpital qu'en vertu de conventions régulièrement établies. Ces conventions doivent être conformes aux modèles types élaborés, le cas échéant, par l'administration centrale du ministère. Les conventions de partenariat doivent être soumises, dans tous les cas, à l'approbation préalable du Ministre de la Santé ou de la personne déléguée par lui à cet effet, avant leur application. Les institutions précitées doivent s'engager, dans les conventions, à respecter les dispositions du règlement intérieur ».

A titre d'exemple, on peut citer l'association Marocaine de la lutte contre le Sida (AMLES), qui récemment a fait un partenariat avec la chaîne 2M pour organiser une soirée[318] de collecte de don et de sensibilisation sur le Sida, il y a aussi des associations transversales comme l'association Marocaine de prévention et d'éducation pour la santé (AMPES). Il faut dire que ces associations joue un rôle très important pour le patient, mais elles peuvent faire plus, en ce sens que les associations faibles et éparses ont peu de chance de faire valoir leur point de vue, aussi pour accroître leur influence, elles devraient se groupé à l'instar des associations Française, dans le cadre d'un collectif inter associatif sur la santé ou encore une alliance des maladies rares. Ensuite il faut penser à des mécanismes institutionnels pour représenter les patients notamment dans les hôpitaux publics. En ce sens que les usagers de ces hôpitaux, peuvent avoir des représentants dans les conseils d'administrations avec une voix consultative. Ainsi les associations pourront devenir l'interlocuteur des pouvoirs publics et avoir un poids et une place dans le SNS.

§2- Les droits du patient dans ses relations avec le médecin et l'hôpital et son droit au recours judiciaire

Nous allons essayer de relever les droits du patient dans ses relations avec le médecin et l'hôpital et son droit au recours judiciaire.

[315] Jean Patrik Débérbit:" Etudiants et professionnels des secteurs paramédical et social santé publique",2001.
[316] Recommandation R (80 4 adopté le 30 avril 1980.
[317] Dahir N° 1.58.373 du 15/11/1958.
[318] On a pu collecter 20.416.52035 DH.

I- Les droits du patient dans ses relations avec le médecin et l'hôpital

L'absence d'un texte spécifique qui indique les droits du patient, nous invite à chercher ces droits d'une part dans la relation de soins qui lie le patient au médecin (A). Et d'autre part dans la relation d'hospitalisation qui le lie à l'hôpital (B).

A- Les droits du patient dans sa relation avec le médecin

Les principaux droits du patient concernent, l'intégrité, la dignité et l'intimité de ses patients, la non-discrimination, le libre choix, l'information, le secret médical et enfin le consentement :

- Selon la nouvelle loi 131-13 sur l'exercice de la médecine, le médecin doit respecter l'intégrité, la dignité et l'intimité de ses patients.

- La non-discrimination : Selon la nouvelle loi 131-13 sur l'exercice de la médecine, le médecin doit exercer en toutes circonstances dans le respect de la moralité, loin de toute discrimination de quelque nature qu'elle soit, notamment due à l'âge, au genre, à la couleur, aux croyances, à la culture, à l'appartenance sociale, à la langue, à l'handicap , ou à quelque situation personnelle que ce soit.

- Le libre choix : Le patient dans le secteur public ne possède pas le droit de choisir son médecin, cette limitation résulte de la situation statutaire dans laquelle se trouvent à la fois, le patient usager du service public et le médecin fonctionnaire. Le patient ne peut donc opérer un choix que dans le secteur privé où le libre choix constitue (la pierre angulaire)[319] de la médecine libérale. Au Maroc, le principe est consacré par l'art 5 du code de la déontologie médicale qui affirme que : « les principes ci-après énoncés qui sont ceux de la médecine traditionnelle, s'imposent à tout médecin ces principes sont : Le libre choix du médecin... ».Aussi, ce droit du libre choix pour le patient de son médecin traitant est récemment consacré par la nouvelle loi 131-13 sur l'exercice de la médecine. En vertu de ce principe le patient a théoriquement la possibilité de choisir son médecin et son établissement de soins, mais dans la réalité ce principe est difficilement praticable, vu l'inégalité de l'offre de soins dans le SNS.

- Le droit du patient à l'information fait partie des droits de la personne aux soins de santé, c'est un droit individuel et subjectif. Sur le plan philosophique ce droit se fond sur la considération de la personne humaine dans sa totalité libre et responsable .La nature de l'information est diverse, en effet, elle peut concerner l'environnement du malade est l'hôpital, ses services, son fonctionnement, le personnel qui y travail mais l'information la plus

[319] J.Savatier

importante, c'est celle qui concerne le diagnostic, le traitement et l'évolution de la maladie[320].

Au Maroc le droit à l'information a été récemment consacré, en général, par la constitution de 2011, et par le préambule de la loi n°31-08 de 2011 édictant des mesures de protection du consommateur, alors que dans le domaine sanitaire ce droit est consacré par le chapitre 2 de la loi-cadre N° 34-09 sur les droits et les devoirs de la population et des usagers des établissements de santé, ce droit à l'information est aussi une obligation prévue par la section 3 du règlement intérieur des hôpitaux publics de 2010.Et c'est un droit récemment consacré par la nouvelle loi 131-13 sur l'exercice de la médecine qui a précis é que le patient, le cas échéant, de son tuteur ou représentant légal, a droit à l'information relative au diagnostic de sa maladie, sur les options des thérapeutiques possibles ainsi que le traitement prescrit et ses effets éventuels prévisibles et les conséquences du refus de soins, sous réserve que les informations précitées soient enregistrées dans le dossier médical du patient dont une copie peut être obtenue par ce dernier, par son représentant légal ou par ses ayants droit s'il décède.

Dans ce cadre, l'enquête[321] a révélé que la prise en considération de l'avis du patient et son implication dans son traitement est aussi mieux perçue dans le secteur privé avec 18% et 17% seulement d'insatisfaits ,contre 35% et 38% parmi les répondants utilisateurs du secteur public.

- Secret médicale : Par secret, il faut comprendre discrétion, confidentialité, silence, dépôt inviolable et retenue[322]. La confidentialité doit être assurée à propos de toute donnée en liaison directe ou indirecte avec la santé d'une personne[323].Au Maroc, ce droit est consacré par le code pénal, le règlement intérieur des hôpitaux, et la déontologie médicale. Le principe du secret reste une valeur forte, mais la pratique révèle qu'il y a des insuffisances en ce sens que les dossiers médicaux sont examinés par beaucoup ,les dossiers radiologues suggèrent les affections et sont transportés par les patients, quant aux feuilles d'assurance, elles porte la mention de la nature de la maladie à remplir par le médecin, le partage du secret avec plusieurs personnes qui ne sont pas forcément des professionnels de santé et très fréquent, et ces problèmes risquent de s'aggraver avec la généralisation de l'assurance maladie[324].

- Le droit de consentir à l'acte médical : Le consentement est un principe fondamental dans la relation médecin malade, c'est une réaction face au

[320] J.Massion :" le droit du malade à l'information" 1983.
[321] Enquête sur la réactivité du système de soin 2003.Ministère de la santé.
[322] Fréderic-Jerom pansier et Alain Gary. Le médecin, le patient et le droit 1999.
[323] C Espér, les particularités du secret médical en établissement public de santé traité de méd et hosp, citec, fasc 14.
[324] Mohamed Ghoati : La médecine à laquelle nous avons droit, 2002.

paternalisme médicale combattue par des auteurs comme R Savatier et Robert Mayrand, à cet égard Ademichel parlait « du vieux principe normatif qui soit en la matière[325] ». Le véritable fondement de l'exercice du consentement est dans l'intangibilité de l'intégrité corporelle, premier attribut de la personne humaine[326], en ce sens que le consentement érige tout le droit médical, son absence fait disparaître la justification de l'acte médical, qui quitte le domaine contractuel de l'échange des consentements, pour tomber dans les pratiques illégales qui tombent sous le coup de la loi pénale (exemple coup et blessures).

Au Maroc, le droit de consentir à l'acte médicale n'est pas consacré par un texte législatif, mais il est communément admis que l'acte médical est conditionné par trois principes : Le premier est relative à la raison thérapeutique de l'acte médical, le deuxième concerne l'autorisation de la loi, en l'occurrence l'art 124 du code pénal « Il n'y a ni crime, ni débit, ni contravention, lors que le fait a était ordonné par la loi et commandé par l'autorité légitime ». Alors que le troisième élément concerne le consentement du patient aux soins qui est un élément fondamental pour tout acte juridique.

Ceci dit, le consentement n'est pas prévu le code de déontologie, si ce n'est le consentement en cas d'avortement thérapeutique hors état d'urgence. Par ailleurs, le consentement est prévue dans les cas de soins extraordinaires par textes particuliers comme, les dons d'organes et tissues humaines et les expérimentations.

Aussi il faut saluer la consécration récente du consentement préalable aux soins par le règlement intérieur des hôpitaux publics de 2010 qui précise dans sa section 3 que : « Sauf disposition légale spécifique et quel que soit le mode d'admission, un formulaire de consentement doit être signé par le patient ou son représentant légal pour les actes de diagnostic, de soins ou de services qui lui seront prodigués au cours de son séjour à l'hôpital », aussi d'autres dispositions concernant le consentement du patient mineur sont prévues.

B- Les droits du patient dans sa relation avec l'hôpital

Dans une structure de soins, l'hospitalisation doit être de qualité, toute en respectant les droits des malades dans le cadre de l'humanisme. Dans le secteur privé le manque d'information et d'indicateurs, ne permet pas d'analyser la qualité des soins[327]. Mais dans le secteur public, l'analyse de la qualité des soins , à travers des indicateurs quantitatifs, montre qu'un taux de prévalence de l'infection nosocomiale[328] en 2001 est de 5% dans les hôpitaux provinciaux ,10% dans les hôpitaux régionaux et de plus de 11% dans les CHU, la prévalence des pannes est estimée à 15%. Quant aux études portant sur la

[325] Médecine et droit : le bilan provisoire d'une cohabitation problématique 1992.
[326] Lin Daubech : le malade à l'hôpital, 1985.
[327] Dossier thématique N° 3. Offre de soins du 22/02/2002 Ms Maroc
[328] Infection nosocomiale : infections contractées pendant le séjour dans un établissement de soins.

qualité des soins et services et la perception de la qualité des services offerts par la population montre une image négative des structures de santé de base (attente, médicament, communication...).Alors que les droits du malade hospitalisé sont prévues par règlement intérieur des hôpitaux (admissions, règles de conduite, sortie, décès, les devoirs du médecin quant à la personne du malade).

Dans ce cadre l'enquête sur la réactivité du système 2003 a révélé que le respect de la dignité des usagers, est appréciée à travers deux critères : Parler respectueusement et respecter l'intimité, ces deux critères semblent être peu appréciés par les femmes (respectivement 24% et 15%) que par les hommes (19% et 13%). Entre milieux de résidence, les répondants en milieu rural apprécieraient moins le comportement des prestataires vis-à-vis des deux critères énoncés (23% et 16% d'insatisfaits contre 21% et 13% en milieu urbain).Aussi Le niveau de revenu pourrait avoir un effet discriminatoire relativement à l'aspect mesuré.

II- Droit du patient au recours judiciaire

En cas d'accident médical, le patient peut recourir à la justice soit pour obtenir réparation ou une protection.

A- Droit à la réparation

À défaut d'un texte d'ensemble qui traite la responsabilité médicale dans le droit positif marocain, cette responsabilité se trouve régie par les règles de droit commun. Dans ce cadre le patient peut invoquer, soit la responsabilité civile du médecin du secteur privé, ou la responsabilité administrative du médecin fonctionnaire dans les hôpitaux public.

Dans le cadre de la relation contractuelle entre le patient et le médecin ,ce dernier à une obligation de moyen et non de résultat ,en cas d'un litige avec son malade se denier doit prouver la faute du médecin, le dommage et le lien de cause à effet entre les deux et c'est très délicat, dans ce contexte le juge pour se faire une intime conviction, peut recourir à l'expertise et parfois au dossier et certificat médicaux du patient, en somme, c'est un système qui n'est pas très favorable au patient .

B- Droit à la protection

Le patient a besoin d'être protégé de certain comportement ou scandales médicaux commis par certains médecins, dans ce cadre le patient peut être victime d'infractions divers, exemple : La délivrance d'un certificat de complaisance, le nom assistance à personne en danger, l'homicide et les coupes et blessures involontaire, commis par maladresse inattention négligence ou inobservation des règlements, la corruption, la violation du secret professionnel, l'avortement, l'escroquerie. Pour cela il peut invoquer la responsabilité pénale et ou la responsabilité disciplinaire de ces médecins auteurs de ces infractions.

En générale, le rapport du cinquantenaire dévoile qu'il existe un retard considérable en matière juridique, comparativement avec le développement qu'a connu le système de santé. L'arsenal juridique n'a pas accompagné l'évolution et les progrès enregistrés par le secteur de la santé, l'exercice des professions et les activités liées à la production de services médicaux, et aussi pour ce qui concerne l'éthique, le respect des droits de l'homme et la protection de la personne humaine[329].

•••

Conclusion de la 1ère partie

Dans cette première partie, nous avons essayé d'éclaircir la problématique de l'accès aux soins et d'introduire la nécessité de la bonne gouvernance sanitaire, pour cela nous avons essayé de donner à cette recherche une base conceptuelle claire ,s'articulant sur deux concepts majeurs à savoir le concept de l'accès aux soins et le concept de la gouvernance sanitaire, aussi nous avons examiné ces deux concept dans la pratique ,en dévoilant un état des lieux des principaux facettes de l'accès aux soins (géographiques ,économique et fonctionnel) ,à travers notre système national de santé , cet accès que nous avons qualifié de faible à la lumière des rapports, chiffres et analyses officielles que nous avons consultés, situation qui questionne l'état des lieux de la gouvernance de notre système de santé, c'est-à-dire sa direction ,qui a permis un tel constat négatif. Cet examen nous révèle aussi une faiblesse au niveau de l'administration générale de notre système de santé, dans toutes ses composantes, ce qui donne à la bonne gouvernance sanitaire tout son utilité et son intérêt lorsqu'elle est mise en œuvre. C'est ce qu'on va essayer de démontrer dans la 2ème partie de cette thèse.

[329] 50 ans de développement humain & perspectives 2025.Rapport thématique : Système de santé et qualité de vie.

2ème partie : Pour une gouvernance sanitaire plus efficiente

L'accès aux soins au Maroc, à notre humble avis, est tributaire de la mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire, cette dernière suppose des éléments clés qu'on a rangés dans trois titres :

Titre I : Une administration sanitaire déconcentrée, démocratisée et moralisée au service d'une stratégie sanitaire cadrée

Titre II : Des nouveaux outils de régulation pour un accès aux soins pour tous

Titre III : Une bonne réglementation bien appliquée et une coopération des acteurs bien cadrée dans le domaine de la santé

Titre I : Une administration sanitaire déconcentrée, démocratisée et moralisée au service d'une stratégie sanitaire cadrée

La bonne gouvernance sanitaire nécessite avant tout chose une stratégie cadrée juridiquement et panifiée, au service de laquelle l'administration sanitaire actuelle devra être plus déconcentrée, plus démocratisée et surtout plus moralisée. Nous allons essayer de traiter ces éléments à travers les chapitres suivants :

CH I : Un cadrage logique et juridique de l'action de l'Etat dans le domaine de la santé

CH II : La régionalisation sanitaire : Outil pour une bonne gouvernance locale du système de santé

CH III : La Moralisation et la démocratisation de l'administration sanitaire

CH I : Un cadrage logique et juridique de l'action de l'Etat dans le domaine de la santé

La planification de la santé connait de multiples définitions, variables selon les acteurs qui y sont impliqués, ils peuvent bien signifier un processus d'action en santé publique, qu'une méthode de résolution de problèmes, ou qu'un moyen de régulation ou de maîtrise des dépenses. C'est un processus d'aide à la décision qui vise, par concertation des acteurs concernés, à prévoir des ressources et des services requis pour atteindre des objectifs déterminés, selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix d'une solution préférable parmi plusieurs alternative, et c'est aussi un processus de concentration sociale qui implique la reconnaissance des acteurs clés, de leur(s) intérêt(s) respectif(s) puis l'organisation d'un débat démocratique à la recherche de consensus sur les objectifs, les priorités, les actions[330] .

Ceci dit, pour la première fois au Maroc nous avons, une loi-cadre relative au système de santé et à l'offre de soins, celle-ci devrais cadrer la vision planifiée et programmée de l'Etat et aboutir à une charte de la santé.

Sect. 1 : Une loi-cadre relative au système de santé et à l'offre de soins

Selon la constitution[331] : « Les lois cadres sont des lois qui concernent les objectifs fondamentaux de l'activité économique, sociale, environnementale et culturelle de l'Etat ». Dans le domaine de la santé et pour la première fois, une loi-cadre a été promulguée relative au système de santé et à l'offre de soins, nous allons présenter brièvement d'une part son objet, les principes et responsabilités apportés, et d'autre part les bases de la carte sanitaire, le système d'information et des nouveaux instances de concertation en matière de santé.

§1- Objet, principes et responsabilités selon la loi-cadre 34-09

La nouvelle loi-cadre a fixé des responsabilités et a consacré de nouveaux principes.

I- Objet et principes de la loi cadre N°34-09

A – Bases et objet de la loi cadre

En application de ses engagements relatifs à la santé souscrites par le Maroc, dans le cadre des instruments internationaux notamment, le pacte relatif aux droits économiques sociaux et culturelles et la constitution de l'OMS, et conformément au préambule de la constitution de 2011, et à son article 31 qui dispose que L'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles, pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir du droit : aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à

[330] Ce qui ressort du mot du Président du La Société Marocaine des Sciences Médicales (SMSM) lors du 31ème Congrès Médical National, organisé les 26 et 27 Septembre 2014 à Casablanca sous le haut patronage de sa Majesté le Roi, sur le thème « la carte sanitaire et l'accès aux soins ».

[331] Dernier aligna de l'article 71 de la constitution de 2011.

la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat. Au Maroc, et pour la première fois, le 2 juillet 2011, une loi-cadre N° 34-09[332] relative au système de santé et à l'offre de soins a été promulguée.

La loi cadre N° 34-09 a pour objet ,de fixer les principes et les objectifs fondamentaux de l'action de l'Etat en matière de santé ,ainsi que l'organisation du système de santé, aussi cette loi-cadre a le mérite de consacrer solennellement le droit à la santé comme un des droits humains fondamentaux, et que le droit à la protection de la santé est une responsabilité de l'Etat et de la société.

B- Les principes relatifs au système de santé et à l'offre de soins

La loi cadre N° 34-09 défini dans son deuxièmes article le système de santé comme étant : « constitué de l'ensemble des institutions, des ressources et des actions organisées pour la réalisation des objectifs fondamentaux de santé sur la base des principes suivants :

- La solidarité et la responsabilisation de la population dans la prévention, la conservation et la restauration de la santé ;
- L'égalité d'accès aux soins et services de santé ;
- L'équité dans la répartition spatiale des ressources sanitaires ;
- La complémentarité intersectorielle ;
- L'adoption de l'approche genre en matière de services de santé.

La mise en œuvre de ces principes incombe principalement à l'Etat »

II- Les responsabilités selon la loi cadre 34-09

A – Les responsabilités de l'Etat

Après avoir consacrer le droit à la santé , et affirmer que le droit à la protection de la santé est une responsabilité de l'Etat et de la société, et que la mise en œuvre des principes du système de santé incombe principalement à l'Etat , la loi-cadre 34-09 précise que les objectifs fondamentaux de l'action de l'Etat en matière de santé porte sur : Les domaines de prévention contre les risques menaçant la santé , d'éducation pour la santé, de promotion de modes de vie sains, de contrôle sanitaire et prestation de soins préventifs ,curatifs ou palliatif ou de réhabilitation . Ces actions peuvent concernées des individus ou des groupes d'individus et peuvent être sectorielles ou intersectorielles. Dans ce cadre l'Etat conduit une politique intersectoriel complémentaire et intégré de prévention, en coordination avec les organisations professionnelles le cas échéant.

Aussi, l'Etat a la responsabilité de la disponibilité du sang et des produits sanguins labiles, il en assure la sécurité et la qualité, l'Etat garantie la disponibilité et la qualité des médicaments et des produits pharmaceutiques essentiels ,sur l'ensemble du territoire national et œuvre pour y facilité l'accès. Pour les produit pharmaceutiques non médicamenteux et les dispositifs

[332] Dahir N° 1-11-83 du 29 rejeb 1432 (2 juillet 2011) portant promulgation de la loi-cadre N° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins (BO N° 5962 du 21 juillet 2011, Page 1856).

médicaux, l'Etat défini les conditions de sécurité et de qualité et veille à leurs respect, de même l'Etat encourage et développe la recherche dans le domaine des médicaments et des sciences médicales et sanitaires.

En outre, l'Etat a la responsabilité d'assurer la formation et la formation continue des ressources humaines, la disponibilité des infrastructures, des équipements et des services de soins de base. Il prend également toutes les mesures nécessaires pour permettre au secteur privé de contribué aux missions précitées.

B- Les droits des patients et les responsabilités des collectivités locales, organisations professionnelle et les associations

Loi-cadre N° 34-09, a consacré dans son chapitre II « Les droits et les devoirs de la population et des usagers des établissements de santé » sur lesquels nous allons revenir plus loin[333], alors que l'article 5 de cette loi cadre, précise que les collectivités locales, les organisations professionnelles et les associations œuvrant dans le domaine de la santé et la préservation de l'environnement, contribuent avec l'Etat à la réalisation des objectifs et des actions de santé. Nous allons traiter la coopération et le rôle de ces acteurs auxquels nous allons joindre les ONG et l'INDH dans le chapitre III du troisième titre de cette partie.

§2- Carte sanitaire, système d'information et instances de concertation

Une carte sanitaire sur de nouvelles bases de l'Offre de soins, Un système d'information sanitaire et de nouvelles instances de concertation dans le domaine de la santé.

I - Offre de soins et carte sanitaire

A – Les bases de l'Offre de soins

La loi cadre précise que l'offre de soins comporte ,outre les ressources humaines, l'ensemble des infrastructures sanitaires relevant du secteur public ou privé fixes ou mobiles ,ainsi que les moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et de services en réponse aux besoins de santé des individus, des familles et des collectivités. Cette offre de soins doit être répartie sur l'ensemble du territoire national, d'une manière équilibré et équitable, et dans le respect des principes du système de santé susmentionnés, et conformément aux dispositions de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins. Dans ce cadre, le secteur public et le secteur privé, qu'il soit à but lucratif ou non, doivent être organisés de manière synergique afin de répondre de manière efficiente aux besoins de santé par une offre de soins et de services complémentaires , intégrés et coordonnés.

B – Une carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins

[333] Voir le chapitre I du titre I de la 2ème partie sur la bonne réglementation.

La carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins, ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins public et privé, en vue de satisfaire de manière optimale les besoins en soins et services de santé de la population, de réaliser l'harmonie et l'équité dans la répartition spatial des ressources matérielles et humaines, de corriger les déséquilibres régionaux et intra régionaux et maitriser la croissance de l'offre. Ceci dit, nous allons revenir plus loin sur la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins, dans le titre deux relatifs la régulation de la couverture sanitaire.

II- Un système d'information sanitaire et des instances de concertation

A – Un système d'information sanitaire et de l'évaluation de la qualité des soins

Selon la loi cadre N° 34-09, il sera institué un système d'information sanitaire qui collecte, traite et exploite les informations essentielles relatives aux établissements de santé publics et privés, à leurs activités, à leurs ressources et à l'évaluation de la dimension et de la qualité des soins[334].

B - Nouveau instances pour mieux gouverner le système de soins

D'après la loi cadre N° 34-09, nouveaux instances de concertation en matière de santé seront instituées, pour assurer la cohérence des actions du système de santé, améliorer sa gouvernance et permettre la participation active des différents partenaires, ces instances sont :

- Un conseil national consultatif de la santé
- Un conseil national d'éthique
- Une commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et le secteur privé
- Une commission nationale et des commissions régionales de l'offre de soins
- Un comité national de veille et de sécurité sanitaire
- Un comité national d'évaluation et d'accréditation

Sect. 2 : Vision, planification et un large processus de consultation pour une première charte de la santé la base d'une véritable politique sanitaire au Maroc

Après un cadrage juridique de l'action de l'Etat dans le domaine sanitaire, à savoir la loi-cadre 34-09, un cadrage logique s'impose en l'occurrence une vision globale suivi d'une stratégie et d'un plan d'action, renforcée par un large processus de consultation, dont une 2ème conférence nationale de santé pour l'adoption d'une première charte de la santé, tant attendue, qui sera la base d'une véritable politique sanitaire au Maroc.

§1 - Une vision stratégique et une 2ème conférence nationale de santé

[334] Voir le chapitre 3 du titre 2 de la 2ème partie.

La vision stratégique du Ministère de la santé est marquée par deux événements à savoir : La vision 2020 en 2007, et la 2ème conférence nationale de santé en juillet 2013.

I – Santé vision 2020 : Un engagement pour un système de sante performant

Nous allons brièvement présenter le fondement et les axes de cette vision, mais avant il est très utile d'en savoir le contexte et la démarche.

A – Contexte et démarche de la « santé, vision 2020 »

En 2007, Le Ministère de la Santé a piloté un processus de réflexion et d'élaboration d'une « vision » du secteur de la santé à l'horizon 2020, avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et la collaboration précieuse de tous les acteurs du système de santé marocain.

La démarche utilisée pour aboutir à la détermination de la « santé, vision 2020 » a été organisée en trois étapes :

• Une étape de consultation auprès d'experts nationaux et internationaux ;

• Une étape de concertation à travers des ateliers thématiques, qui ont connu une large participation des acteurs et partenaires représentants, aussi bien les ordres des professionnels de santé, les départements ministériels, les syndicats, les organisations non gouvernementales, les partenaires de la coopération et organismes des nations unies et les organismes gestionnaires de la Couverture Médicale de Base (CNOPS et CNSS) ;

• Une étape de formulation de la vision par une commission ad hoc [335]».

Aussi, cette vision a tenu compte des recommandations du onzième programme mondial de la santé de l'OMS 2006-2015, et les conclusions du rapport « 50 ans de développement humain au Maroc », qui a mis en exergue les grandes tendances de l'évolution de la santé de la population marocaine durant les cinquante dernières années, et qui a identifié la santé comme l'un des cinq nœuds du développement humain dans le futur[336].

B – Fondement et axes de la « santé, vision 2020 »

Selon le document « santé, vision 2020 » cette vision se fonde sur les valeurs de :

• Équité : Le système de santé doit s'organiser de telle sorte à réduire les inégalités d'accès aux soins notamment entre les régions, les milieux (rural et urbain) et entre groupes sociaux. Ce qui devrait permettre à chaque citoyen de réaliser pleinement son potentiel de santé.

• Solidarité : Les réformes du système de santé devront être menées en s'appuyant sur un système plus solidaire pour garantir l'accessibilité aux soins à tous les citoyens et particulièrement les plus démunis.

• Participation et responsabilisation : La santé étant une valeur commune, sa préservation, engage la participation et la responsabilisation aussi bien du

[335] « Santé, vision 2020 ».Ministère de la santé. Maroc.
[336] « 50 ans de développement humain au Maroc ».

citoyen, du prestataire de service que des pouvoirs publics. Les soins de santé sont devenus coûteux en raison de la forte demande et des coûts des technologies utilisées. Cette situation exige de la part des pouvoirs publics, du prestataire et du citoyen un engagement solidaire et responsable.

Aussi, « la santé : vision 2020 » est bâtie autour des axes stratégiques suivants :

1. Renforcement des actions de prévention, consolidation des programmes de lutte contre les maladies transmissibles ,et développement des actions de lutte contre les maladies non transmissibles (maladies chroniques et dégénératives);
2. Amélioration de l'accès aux soins par la promotion de l'équité dans la répartition des ressources allouées et la réduction des écarts ;
3. Résorption du déficit des effectifs du personnel de soins, faire face à la demande croissante et revalorisation du rôle des ressources humaines dans le secteur de la santé ;
4. Pérennisation des acquis de la couverture médicale de base et élargissement du financement du secteur de la santé par le développement de mécanismes collectifs et solidaires de partage du risque maladie ;
5. Amélioration de la gouvernance du système de santé[337].
6. Généralisation de la réforme hospitalière et pérennisation de ses acquis notamment les outils de l'assurance qualité ;
7. Garantie de l'accessibilité, de la disponibilité et de la sécurité du médicament ;
8. Développement de la recherche en santé.

II – Enfin une 2ème conférence nationale de santé pour une future première charte de la santé

A : Un appui Royal

L'année 1959 est l'année de la première conférence nationale de la santé, sous la présidence effective de feu Sa Majesté le Roi Mohammed V, et qui a permis la définition des grands principes, qui ont régi la dynamique de développement de notre système de santé depuis l'indépendance. Les défis, les revendications et les attentes actuelles, ont poussé le Maroc, en juillet 2013, à procéder à une 2ème conférence nationale sur la santé sous la présidence effective de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, qui dans son message[338], après avoir rappelé les acquis de la 1ère conférence de1959 touchant : L'offre de soin, les programmes de santé, la couverture médicale, la formation, l'appui de l'INDH, et l'encadrement juridique du système de santé. Le roi a réaffirmé que :
- La promotion de secteur de la santé et parmi les grands chantiers essentiel du pays.

[337] « Santé, vision 2020 ».Ministère de la santé. Maroc.
[338] Message de SM Mohammed le Roi Mohammed VI aux participants de 2ème conférence nationale sur la santé .Marrakech 1-3 juillet 2013.

- La pertinence de l'approche participative pour toutes les questions vitales du pays, en l'occurrence une charte de la santé applicable et réaliste.
- La réflexion constructive de cette 2ème conférence, sera à même d'aider à créer large consensus autour des défis majeurs et des principales priorités sanitaire à définir, comme l'adoption d'une bonne gouvernance sanitaire.
- La nécessité d'intégrer la dimension sanitaire dans différentes politiques publiques, dans le cadre de la politique de proximité et la régionalisation avancée.
- La clef de voûte pour une mise en œuvre optimale de la charte nationale de la santé souhaitée, demeure l'adhésion active et constructive de tous les intervenants pour renforcer la confiance des citoyens dans le système de santé.
- Qu'il faut entourer la question des ressources humaines de toute l'attention qu'elle mérite.

B – La 2ème conférence de santé : 4ème station dans le processus de consultation

En plus de la présidence effective de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, la 2ème conférence nationale sur la santé a engagé une nouvelle démarche de consultation et de participation, en vue de l'élaboration d'une politique de santé profitant de l'avis et des contributions de l'ensemble des intervenants, et bénéficiant d'un large consensus garant de la réussite des actions qui seront préconisées.

En effet, conscient de cette opportunité, et vu l'importance de la mobilisation de toutes les parties prenantes pour le développement du système de santé, le Ministère de la Santé a initié un large processus de consultation sur la santé ,à la recherche de plus de convergence sur les problématiques posées et de plus de consensus sur les politiques et les actions à mener. Ce processus de consultation a d'abord pris la forme d'un programme de communication avec les citoyens, les organisations de la société civile, les associations professionnelles et les académiciens appelé « Intidarat asihha » (attentes de la santé) à travers différents médias, réseaux sociaux et rencontres d'audiences publiques. Ce programme a été lancé du 05 avril au 26 juin 2012, et il a fait l'objet d'un rapport déclinant les attentes et les propositions de la population, des associations et des experts.

Durant le mois de juillet, le Ministre de la santé a présidé deux grandes rencontres consultatives sur la préparation de la 2e conférence nationale de la santé (le 16 et le 25 juillet 2012) qui ont regroupé les responsables du Ministère de la Santé, des responsables des autres départements ministériels, les partenaires sociaux du secteur public et privé, les représentants des organismes de gestion et de régulation de l'AMO et d'autres intervenants dans le domaine de la santé. Lors de ces rencontres ont été arrêtés les objectifs de la conférence et les principales thématiques proposées pour ses débats.

L'étape suivante a consisté en l'élaboration d'un livre blanc sur la santé au Maroc, pour ressortir les principaux constats caractérisant la dynamique du

secteur de la santé au Maroc et proposer des perspectives de réformes au regard du contexte national et international. L'élaboration du livre blanc était également une occasion pour engager une consultation internationale sur la santé au Maroc, avec l'appui des partenaires techniques et financiers de la coopération internationale multilatérale et bilatérale. Plusieurs experts internationaux ont été mis à profit dans ce processus.

La 2e conférence nationale de la santé constitue, dans cette démarche, la 4e station de consultation qui mobilise les pouvoirs publics, les élus, les représentants des différentes institutions et organisations ou associations agissant dans le domaine de la santé. Ses recommandations seront à la base de l'élaboration d'un projet de charte nationale de la santé, qui fera l'objet d'un autre processus d'approbation avec les partenaires sociaux et les départements ministériels du gouvernement, avant de le soumettre au parlement.

C : Vers une première charte de la santé la base d'une véritable politique sanitaire au Maroc

D'après sa note de présentation officielle[339], la 2e conférence de la santé a des objectifs généraux à savoir : Engager un débat national sur la santé dans le contexte de la nouvelle constitution qui consacre le droit d'accès aux soins et le droit à la participation comme des droits fondamentaux, de même, accompagner les évolutions politiques, économiques, sociales et sanitaires que vit le Maroc et anticiper la réponse aux nouveaux défis mondiaux liés à la santé.

Aussi cette 2e conférence a des objectifs spécifiques : Il s'agit d'abord de s'accorder sur un contenu normatif du droit d'accès aux soins et de la démocratie sanitaire annoncés par la nouvelle constitution et ses implications pour l'action des pouvoirs publics. Ensuite de développer la visibilité en matière de financement de la santé, aussi il s'agit d'initier une démarche collective pour intégrer le souci de la santé dans toutes les politiques publiques à travers une réflexion sur les déterminants sociaux de la santé tel que annoncé dans le programme du gouvernement. Enfin, rechercher un consensus national sur les grands défis et les principales priorités d'action en matière de santé.

En somme, il s'agit, avec l'appui de l'OMS, d'aboutir à l'adoption d'une Charte Nationale de la Santé qui fixe les choix fondamentaux de la politique de santé au Maroc[340].

§2 –Planification et programmation sanitaire

Nous avons choisi à cet égard, deux périodes de planification (2008-2012) et (2012-2016), vu qu'elles coïncident avec l'écriture de ce travail, et vue leurs importance en terme de contenue et surtout d'approche de bonne gouvernance, qui est basée sur la concertation, la participation et les droits de l'homme.

I : L'approche et les Bases de la stratégie sanitaire

A : Bases et approche de la stratégie sectorielle 2008-2012

[339] Voir le site du Ministère de la santé.www.santé.gov.ma
[340] OMS Maroc stratégie coopération 2004-2007.

Pour l'élaboration du plan d'action 2008-2012, une démarche basée sur la concertation et la participation de tous les partenaires a été adoptée par le Ministère de la Santé. Ainsi, dès la formulation de la stratégie sanitaire 2008-2012, il y a eu constitution de 18 commissions qui ont travaillé sur des thèmes jugés importants et prioritaires par le département à savoir : 1) les aspects juridiques, 2) l'amélioration des services des hôpitaux, 3) l'approvisionnement en médicaments, 4) la mortalité maternelle, 5) la prévention et la sensibilisation, 6) le plan national de lutte contre le diabète, 7) le plan national d'hémodialyse, 8) le partenariat avec le secteur privé, 9) le partenariat avec les ONG, 10) le développement des CHUs, 11) le plan national de la santé mentale, 12) le plan de la santé rurale, 13) le plan national des maladies cardiovasculaires, 14) le plan national de lutte contre la tuberculose, 15) la moralisation, la transparence et la gouvernance du secteur de la santé, 16) la politique des médicaments, et 17) la veille et la sécurité sanitaire.

Les résultats des travaux de ces commissions ont été enrichis par les recommandations issues des travaux du colloque organisé en février 2008, par le MS, sous le thème « ensemble pour le droit à la santé ». La concertation autour des thèmes suscités a été élargie aux ONG, CHU et autres acteurs dans le domaine de la santé.

Ce plan d'action sur le plan de la forme est scindé en deux parties, la première concerne les actions retenues comme prioritaires sur lesquelles se focaliseront toutes les énergies, et la seconde focalise sur les actions déjà engagées qu'il faudrait obligatoirement consolider[341] .

B : L'approche et les Bases de la stratégie sectorielle 2012- 2016

La planification sectorielle de santé pour la période 2012-2016 a été conçue et définie sur la base de l'analyse de la situation sanitaire au Maroc, et sous la lumière des dispositions de la nouvelle constitution, et conformément aux orientations du programme gouvernemental pour la même période.

Aussi, le Ministère de la santé à intégrer deux nouvelles approches dans la formulation de la stratégie 2012-2016 : Une approche de droits humains et une approche de démocratie sanitaire ; et ce en plus de l'approche organisationnelle :

- L'approche basée sur les droits de l'homme, qui vise à intégrer toutes les dispositions constitutionnelles concernant le droit au traitement et aux soins de santé, ainsi que les traités et les conventions internationales.

-L'approche participative, qui assure la démocratie sanitaire à travers l'implication de tous les acteurs dans les ateliers de réforme ,dans un cadre de responsabilité et de transparence.

-L'approche organisationnelle, est une approche de renforcement des systèmes de santé préconisée par l'OMS qui se base sur la cohérence et l'harmonie entre

[341] Plan d'action 2008-2012

toutes les parties prenantes dans le secteur de la santé, en vue d'améliorer la qualité des services de santé.

II : Les actions et les axes de la stratégie sanitaire

A : Les axes et actions la stratégie sectorielle 2008-2012 : Un engagement pour la réconciliation avec les citoyens

La stratégie sectorielle 2008-2012 a décrit la situation sanitaire actuelle, définit les enjeux auxquels le système doit faire face, fait ressortir les inégalités persistantes qu'il faudrait corriger ,et détaille le contenu du programme d'action envisagé par le MS durant la période 2008-2012 ,ainsi que les ressources budgétaires nécessaires à son financement, les mesures d'accompagnement de sa réalisation et les outils pour le suivi de son exécution. L'ensemble des interventions et mesures contenues dans ce programme d'action rechercheront davantage à créer et à renforcer les conditions, qui assurent une bonne santé sur une base d'égalité pour l'ensemble de la population, et veilleront aussi et surtout à « réconcilier le citoyen avec son système de santé**.**

En effet, Après avoir présenté les principaux acquis du système de santé Marocain et les dysfonctionnements majeurs dont il souffre, la stratégie 2008-2012 a énoncée 10 objectifs basés sur 4 axes et programmés sous forme de 253 actions et mesures couvrant un ensemble de composantes du système :

Selon la stratégie 2008-2012, Les objectifs suivants doivent être atteints :

1- Moraliser le secteur de la santé.

2- Réduire le taux de mortalité maternel (TMM) à 50 décès pour 100.000 à l'horizon 2012, et Réduire le taux de mortalité infantile (TMI) à 15 Décès pour 1.000 à l'horizon 2012.

3- Assurer l'équité de l'offre de soins entre régions et entre le milieu rural et urbain.

4- Faciliter l'accès aux soins pour les plus démunis et surtout pour la population rurale.

5- Disposer d'un service public de santé compétitif et performant (taux d'hospitalisation à 5% de la population à l'horizon 2012).

6- Rendre au citoyen la confiance dans le système de santé par l'amélioration de l'accueil, l'information, les urgences, la propreté, l'équité, la disponibilité des médicaments

7- Réduire le coût des soins de santé et des médicaments

8- Renforcer la veille et la sécurité sanitaire.

9- Réduire la part supportée par les ménages dans le financement de la santé à moins de 25% à l'horizon 2015.

10- Prendre totalement en charge les affections de longue durée (ALD).

Aussi, Cette stratégie s'articule autour des axes suivants sur lesquels nous allons revenir plus loin :

Axe 1 : Repositionnement stratégique des différents intervenants dans le système de Santé au Maroc ;

Axe 2 : Mettre à la disposition du citoyen une offre de soins accessible, suffisante en quantité, de qualité et équitablement répartie sur l'ensemble du territoire.

Axe 3 : L'introduction de la planification stratégique à moyen et long termes par la mise en place de plans nationaux spécifiques et ciblés

Axe 4 : la prévention, la sécurité et la veille sanitaire

B : Les axes et les actions de la stratégie sectorielle 2012-2016

Dans le cadre la stratégie 2012-2016, sept axes d'intervention seront déclinés en 28 plans d'actions spécifiques, totalisant 168 actions à mettre en œuvre.

Ainsi, les principales actions de nature sanitaire retenues ont trait à la restructuration des urgences médicales, à l'amélioration de l'accueil, et de la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles notamment la santé mentale et les cancers, à la consolidation de la santé rurale et de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, en plus de la généralisation du RAMED, de l'amélioration de la gestion des ressources humaines et de la mise à niveau des hôpitaux. Le développement d'une politique pharmaceutique nationale et la révision des prix des médicaments figurent également parmi les priorités de cette stratégie sectorielle.

Quant aux actions qui ont trait à la bonne gouvernance, elles comprennent la mise en place d'un processus de consultation et de participation appelé « INTIDARAT » qui vise l'initiation d'une nouvelle culture de démocratie sanitaire comme stipulée dans la nouvelle constitution et qui devrait déboucher vers l'élaboration d'une charte nationale de la santé. Elles comprennent également le renforcement de la régionalisation et le partenariat public-privé.

Aussi, La stratégie sectorielle pour la période 2012-2016 comprend sept axes stratégiques : (1) L'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services, (2) Le renforcement de la santé de la mère et de l'enfant, (3) La promotion de la santé des populations à besoins spécifiques, (4) Le renforcement de la surveillance épidémiologique et développement des vigilances sanitaires, (5) Le développement du contrôle des maladies non transmissibles, (6) Le développement et maitrise des ressources stratégiques de la santé et (7) L'amélioration de la gouvernance du système de santé.

La mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire ,suppose un cadrage logique et juridique de l'action de l'Etat dans le domaine de la santé :

- Pour le cadrage logique, une vision stratégique a été adoptée suivi d'une stratégie et d'un plan d'action, renforcée par un large processus de consultation, dont une 2ème conférence nationale de santé visant l'adoption d'une première charte de la santé tant attendu qui sera la base d'une véritable politique sanitaire au Maroc.

- Alors que pour le cadrage juridique ,une loi-cadre N°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, a été promulgué en 2011, cette loi-cadre a défini le système de santé Marocain et a annoncé les principes de base sur lesquelles le système doit être fondé, aussi elle a précisé les droits et les responsabilités aussi bien du patient que de l'Etat, des collectivités locales, organisations professionnelles et les associations. C'est un texte qui consacré pour la première fois l'obligation d'instaurer, une carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins, un système d'information sanitaire et de l'évaluation de la qualité des soins, et enfin, la loi-cadre 34-09 a consacrer de nouvelles instances de concertation en matière de santé qui seront instituées pour assurer la cohérence des actions du système de santé, améliorer sa gouvernance et permettre la participation active des différents partenaires.

Ceci dit, qu'en est-il de la régionalisation sanitaire ? Sera-t-elle un outil pour une bonne gouvernance locale du système de santé ?

CH II : La régionalisation sanitaire : Outil pour une bonne gouvernance locale du système de santé

La déconcentration de l'administration sanitaire, en l'occurrence la régionalisation, fait partie des éléments clés de la bonne gouvernance sanitaire. Dans ce cadre nous allons aborder, le processus de la décentralisation de la région vers une régionalisation avancée (Sect. 1), puis la restructuration régionale du Ministère de la santé dans le cadre la régionalisation sanitaire (Sect. 2).

Sect. 1 : De la décentralisation régionale à la régionalisation avancée

La régionalisation avancée, a traversé des étapes avant d'être une collectivité territoriale, consacrée constitutionnellement comme fondement de l'organisation territoriale décentralisée du Maroc. A commencer par le Discours Royal historique du 9 mars 2011, puis de la commission consultative chargé de la question, et enfin par l'adoption d'une nouvelle loi organique 111-14 sur la région.

§1 – Le Discours Royal historique du 30 juillet 2010 sur la perspective de la régionalisation avancée

Avec le Discours Royal historique du 9 mars 2011, le Maroc entre de plein pied dans la deuxième phase du processus d'instauration du système de régionalisation avancée. La première phase avait été entamée avec l'annonce de Sa Majesté le Roi, dans son Discours adressé à la nation le 30 juillet 2010, à l'occasion du 10ème anniversaire de son règne, de la mise en place d'une commission consultative chargée de la question.

I- La Vision royale et grandes orientations sur la régionalisation avancée

Le Discours Royal historique apporte une nouvelle vision à la régionalisation élargie et en fixe les grandes orientations et les préalables.

A : Le regard royal sur la régionalisation avancée

Pour Sa Majesté le Roi, il ne s'agit pas d'un « simple aménagement technique ou administratif », mais « plutôt, une option résolue pour la rénovation et la modernisation des structures de l'Etat, et pour la consolidation du développement intégré ». Elle ne se réduira pas non plus « à une simple redistribution des compétences entre le centre et les régions ». De même, cette régionalisation « constitue un tournant majeur dans les modes de gouvernance territoriale », et ce, en prélude à une « nouvelle dynamique de réforme institutionnelle profonde », a souligné le Souverain. La consécration constitutionnelle de la régionalisation à travers un referendum sera un gage de l'adhésion et du soutien populaire à ce nouveau mode de gouvernance.

Le projet de nouvelle régionalisation au Maroc, constitue un bouleversement par rapport à toutes les conceptions antérieures de la décentralisation. Il s'agit d'une nouvelle architecture qui rompt complètement avec le passé, aussi bien dans sa conception, dans ses buts, ses attentes, que par ses objectifs. C'est une étape d'un processus ininterrompu de démocratisation de la vie politique et sociale

La logique de cette démarche s'explique notamment par le choix de la voie de la régionalisation depuis de nombreuses années, en vue d'enraciner la démocratie territoriale au Maroc et d'éviter, également, la création d'une grande disparité entre l'ensemble des régions du Royaume, notamment les Provinces du Sud.

D'essence démocratique, cette régionalisation a comme objectif le renforcement du rôle de la région au Maroc, ce qui implique des changements majeurs dans la répartition des pouvoirs entre Etat central et acteurs locaux. C'est le transfert des pouvoirs du centre vers la périphérie et une volonté de multiplier les centres de décision et de les rapprocher des populations. Dans ce sens, les principes de l'autonomie de décision et de l'autonomie financière seront un important pas en avant dans la voie de la consécration des pouvoirs effectifs de la région.

B : Les grandes orientations et les préalables à une régionalisation élargie

Le Discours de Sa Majesté le Roi, a donné les grandes orientations devant permettre de garantir la consécration d'une régionalisation, conforme aux attentes et aux besoins du peuple marocain. Il s'agit notamment de mesures visant à renforcer le rôle et la région en tant que collectivité territoriale, à promouvoir le jeu démocratique par l'élection des conseils régionaux au suffrage universel direct, et par l'attribution aux présidents des conseils régionaux, du pouvoir d'exécution des délibérations desdits conseils, en lieu et place des gouverneurs et des walis. Il s'agit également de veiller, comme l'a souligné le Souverain, au renforcement de la participation de la femme à la

gestion des affaires régionales et, d'une manière générale, à l'exercice des droits politiques, notamment à travers l'égal accès des hommes et des femmes aux fonctions électives.

Aussi, les préalables à une régionalisation élargie sont quatre fondamentaux, sur lesquels doit s'appuyer la conception générale du projet marocain de régionalisation : « l'attachement aux sacralités et aux constantes de la nation…, La consécration du principe de solidarité…, la recherche de l'harmonisation et de l'équilibre, pour ce qui concerne les compétences et les moyens…, l'adoption d'une large déconcentration… ».

II : Vers un modèle marocain de régionalisation avancée

Comme il a été signalé plus haut, SM le Roi a mis en place une Commission Consultative chargée de l'élaboration d'un modèle marocain de régionalisation avancée, nous allons voir sommairement sa constitution et les conclusions de son rapport présenté à SM.

A : Une commission consultative sur la régionalisation

« … Nous invitons la commission à s'attacher à mettre au point un modèle Maroc-marocain de régionalisation issue des spécificités de notre pays[342]. »

En effet, une Commission Consultative de la Régionalisation (CCR), a été mise en place par Sa Majesté le Roi le 3 janvier 2010, chargée d'élaborer un modèle de régionalisation avancée, capable d'accompagner le vaste programme de réformes initié par le Souverain. Cette Commission Consultative comprend 21 membres, choisis pour leur compétence et leur expérience.

B : Rapport de la commission consultative sur la régionalisation

Après plus d'un an de travail, de réflexion et de concertation, la Commission consultative sur la régionalisation, a présenté à Sa Majesté le Roi Mohammed VI, l'intégralité des documents et actes relatifs à l'élaboration de la vision globale de la régionalisation avancée. Les conclusions de ce rapport, doivent maintenant être soumises à un débat constructif au niveau national visant à faire mûrir cette conception générale, en une application concrète et concertée.

Le Discours Royal a salué le contenu du rapport qui doit représenter une vision d'un « modèle marocain de régionalisation avancée » et rendu hommage à l'aspect participatif qu'a revêtue la préparation de ce rapport, ayant impliqué « les organisations politiques, syndicales et associatives ».

Pour atteindre les objectifs de la régionalisation, le plan prévoit d'étendre les pouvoirs des présidents des conseils régionaux qui vont posséder un pouvoir exécutif. Ils ne dépendront plus des gouverneurs et des walis. Il leur sera attribué la gestion totale des budgets des assemblées communales et seront responsables devant la population et la loi. Dans cet ordre d'idées, la consécration constitutionnelle de l'autonomie de gestion et de l'autonomie

[342] Extrait du Discours de Sa Majesté le Roi à l'occasion de l'installation de la Commission Consultative de la régionalisation le 3 janvier 2010.

administrative, contribuent à consacrer le principe de la séparation des pouvoirs et de leur répartition entre le centre et les collectivités locales.

Ce projet de régionalisation concerne de façon particulière les provinces sud du Royaume qui bénéficieront de droits et prérogatives, dans le cadre d'une bonne gouvernance permettant une nouvelle répartition équitable, non seulement des attributions, mais aussi des moyens, entre le centre et les régions, concernant la question du Sahara, la régionalisation représente également la perception marocaine d'une solution au différend. En effet, M. Omar Azziman, Président de la CCR, a assuré que la régionalisation avancée du Maroc, prévue dans la réforme constitutionnelle, est une « étape transitoire » vers l'autonomie du Sahara. La mise en œuvre de la régionalisation avancée au Maroc constitue le complément jumelé de l'offre marocaine dynamique et durable au conflit du Sahara.

§2- La régionalisation avancée : Désormais fondement de l'organisation territoriale décentralisé

Avant de présenter la nouvelle la loi organique N°111-14[343] sur la région et ses attributions en relation avec la santé, il convient d'abord d'évoquer le processus de la régionalisation.

I : La région : collectivité territorial décentralisée

A : Historique

La notion de région ou de régionalisation était présente dans l'esprit des pouvoirs publics marocains depuis les 1ères années de l'indépendance, mais ce n'est qu'en 1971 que vont apparaître les régions économiques (Dahir du 16/6/71), qui a fait de la région, un cadre de déconcentration et une instance de consultation, sans aucun pouvoir de décision.

La volonté de repenser la région s'est progressivement installée depuis le Discours Royal du 24 Octobre 1984 à Fès, concernant le plan d'orientation 1988-1992, soulignant la nécessité de réviser le découpage et les textes sur les régions.

La constitution de 1992, dans son art 94, et celle de 1996, dans son art 100, ont consolidé la consécration de la région comme collectivité locale à part entière, et le texte de La loi 47/96[344] sur la régionalisation a été voté à l'unanimité par le parlement le 27 Mars 1997.

B : L'organisation territoriale du royaume est décentralisée et fondée sur une régionalisation avancée

En 2011, la région a été consacrée par la nouvelle constitution de 2011 non seulement comme collectivité territoriale[345] ,comme les préfectures, les

[343] Loi organique No 111-14 relative aux régions, promulgué par le Dahir No 1-15-84 du 7 juin 2015 (BO No 6380 du 23 juin 2015, page 6585 en arabe).

344 La loi 47/96 promulgué par le Dahir N° 01.97.84, du 02 Avril 1997.

[345] Article 135 de la constitution de 2011.

provinces[346] et les communes[347], qui constituent des personnes morales de droit public qui gèrent démocratiquement leurs affaires, mais en plus, la régionalisation avancée constitue désormais le fondement de l'organisation territoriale décentralisé du Royaume. En ces termes « …l'organisation territoriale du Royaume est décentralisé, elle est fondée sur une régionalisation avancée [348]».

II- La région selon sa nouvelle loi organique N°111-14

Avant de voir les attributions de la région en relation avec la santé, il convient d'abord de présenter les apports de nouvelle loi organique N°111-14.

A : Les apports nouvelle loi organique N°111-14

La nouvelle loi organique N°111-14 relative à la région, s'inscrit dans les grandes orientations royales ,et se base sur les conclusions du rapport de la commission consultative chargée de la régionalisation susmentionnées, aussi et conformément à la constitution, la région constitue une personne morale de droit public , dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière, est constitue l'un des échelles de l'organisations territoriale du royaume ,basé sur la décentralisation fondée sur la régionalisation avancée , l'organisation régionale et territorial ,dans ce cadre , repose sur les principes de libre administration, de coopération et de solidarité. Elle assure la participation des populations concernées à la gestion de leurs affaires et favorise leurs contribution au développement humain intégré et durable.

Sur cette base, la nouvelle loi organique 111-14 relative à la région, qui a abrogé l'ancienne loi 47/96, a apporté les éléments suivants :

- Au niveau des organes d'administration et de gestion de la région : Le nouveau texte a consacré le vote public comme règle pour l'élection des organes d'administration (conseil régional, le bureau, le président, les commissions permanentes…) et pour la prise des décisions, mais aussi , la libre administration des affaires de la région , en ayant le pouvoir de délibération et le pouvoir d'exécution de ces délibérations et décisions en la personne de son président ,et enfin la consécration de la participation de la femme.
- Au niveau des compétences de la région : La région à des compétences propres, des compétences communes, et d'autres qui lui sont transférées par l'Etat sur la base de la contractualisation.
- Au niveau du contrôle administratif : Ce contrôle concerne plus la légalité des délibérations et décisions, la nouvelle loi organique adopte plus le contrôle à postériori, à l'exception des visas préalables concernant le domaine financier, alors que la révocation des présidents des conseils régionaux ou l'un de ses

[346] Loi organique No 112-14 relative aux préfectures et provinces, promulgué par le Dahir No 1-15-84 du 7 juin 2015 (BO No 6380 du 23 juin 2015, page 6625 en arabe).
[347] Loi organique No 113-14 relative aux communes, promulguée par le Dahir No 1-15-84 du 7 juin 2015 (BO No 6380 du 23 juin 2015, page 6660 en arabe).
[348] Dernier alinéa du 1er article de la constitution de 2011.

membres, ou l'annulation des décisions de ces conseils ou leur dissolution, est de la compétence exclusive de la justice.

- Au niveau des ressources financières : Ces ressources sont constituées par 5% au minimum des recettes de l'impôt sur les sociétés, et 5% des recettes de l'impôt sur le revenus, et 4% des recettes de la taxes sur la valeur ajouter, en plus de 50% au minimum des recettes des contrats d'assurances, droits d'enregistrement et de timbre, et les recettes des impôts annuelles sur les voitures, aussi, la loi a prévu que le transfert de compétences doit être accompagné par les ressources financières correspondantes , et enfin la nouvelle loi organique prévoit la création , conformément à la constitution , d'un fond de mise à niveau sociale destiné à la résorption des déficits en matière de développement humain , d'infrastructures et d'équipements. Et la création en outre d'un fond de solidarité interrégionale, visant une réparation équitable des ressources, en vue de réduire les disparités entre les régions.
- Au niveau de la direction de la région et les mécanismes d'association et de coopération : Ayant pour but l'efficacité et l'efficience, la nouvelle loi organique 111-14 a prévue pour conforter la direction de chaque région par :

- Une direction générale des affaires
- Une direction des affaires de la présidence et du conseil
- Une agence régionale d'exécution des projets
- Possibilité de constituer des groupements entre régions et avec d'autres collectivités territoriales
- Possibilité de constituer des sociétés régionale de développement

- La nouvelle loi organique 111-14 a fixé, conformément à l'article 139 de la constitution, les conditions d'exercice du droit de pétition par les citoyens et citoyenne et les associations en vue de demander l'inscription à l'ordre du jour du conseil régionale une question relevant de sa compétence.

Et enfin, la nouvelle loi organique 111-14, a consacré les règles de bonne gouvernance concernant le respect du principe de la libre gestion des affaires de la région, le contrôle de la gestion des fonds et les programmes, et l'évaluation des activités et procédures de comptabilité.

B : Attributions en relation avec la santé

La loi organique No 111-14 sur la région, a fixé les compétences et les ressources du conseil régional dont la mission principale et de contribuer au développement économique, social et culturel de la collectivité régionale. Le conseil régional exerce des compétences propres, des compétences communes et d'autres qui lui sont transférées par l'Etat parmi lesquelles figure, à l'article 94, l'équipement et la réalisation des infrastructures de portée régionale dans le domaine de la santé.

Aussi, et vu que la santé ne se résume pas qu'aux soins, puis quelle est définit comme étant un état de complet bien être[349], le conseil régional est chargé de plusieurs attributions susceptibles de concerner la santé, à savoir :

- L'élaboration du plan de développement économique et social de la région.
- L'élaboration du plan d'aménagement régional du territoire.
- L'adoption de toute mesure tendant à la protection de l'environnement.
- L'adoption de mesures visant à rationaliser la gestion des ressources hydrauliques.
- Le développement social et la promotion et le soutien à toute action de solidarité sociale ou à caractère caritatif.

Sect. 2 - La régionalisation sanitaire et ses atouts

Dans le cadre la nouvelle régionalisation, les administrations publiques en général ont été appelées à se pencher sur la question de leurs représentations régionales, ce qui implique un renforcement de la déconcentration pour conforter la décentralisation.

Dans le domaine de la santé, la région sanitaire en tant que collectivité déconcentrée a beaucoup d'atouts et d'intérêt à plus d'un titre, aussi, le Ministère de la santé a procédé à une restructuration régionale de son administration. En l'occurrence des directions régionales de santé et un nouveau découpage sanitaire au Maroc.

§1 -La région sanitaire : Collectivité déconcentrée

Vu les atouts de la régionalisation sanitaire, son institutionnalisation au niveau du Ministère de la santé a connu tout un processus.

I – Les atouts et l'intérêt de la régionalisation sanitaire

Les atouts et l'intérêt de la régionalisation sanitaire sont indéniables.

A : Intérêt de la régionalisation

La régionalisation du secteur de la santé est plus qu'une mesure de politique sectorielle, c'est une vision d'avenir pour le développement de ce secteur. C'est aussi une voie de concrétisation des réformes engagées et un moyen de mobilisation et de responsabilisation des acteurs et des décideurs sur le terrain.

En effet, la région sanitaire est la forme d'organisation qui offre aux décideurs locaux, le plus de flexibilité et d'adaptabilité dans la prise de décisions relatives aux choix sanitaires à opérer. Elle répond mieux de ce fait au besoin d'amélioration de l'accès des citoyens aux soins et de renforcement de la réactivité des systèmes de santé aux besoins spécifiques et aux réalités locales.

La régionalisation associée au processus de déconcentration contribue à une meilleure connaissance du terrain et des besoins sanitaires, à une plus grande

[349] Voir supra en 1ère partie sur le droit à la santé.

réactivité de la part des agents publics, voir à une meilleure rationalisation des besoins et des moyens et à une amélioration significative de l'attention accordée au patient par ses effets de proximité.

B : Les atouts de la région sanitaire

La régionalisation constitue le premier choix stratégique, c'est une opportunité pour dynamiser le système de santé. En effet, comme forme de décentralisation, la régionalisation répond à une double exigence de démocratisation et de rationalisation administrative, c'est à dire qu'elle permet plus de responsabilisation des niveaux locaux qui sont les plus concernés par les problèmes de santé. Elle est également un instrument politique pour mobiliser la participation des collectivités locales dans la planification et le financement des soins et un moyen de redistribution des ressources humaines et financières[350].

La régionalisation du secteur de la santé apparaît également comme étant la voie incontournable pour la concrétisation de la politique de proximité ,et l'amélioration des conditions d'accès des citoyens aux soins. Elle conditionne l'accès équitable à des prestations de services de qualité, sécurisées et humanisées, par la rationalisation de l'offre de soins, la réduction des inégalités territoriales, la coordination des intervenants en matière de santé, la mise à la disposition des gestionnaires et des décideurs ,les outils d'une gouvernance locale du système de santé, dans un cadre de responsabilisation et de transparence.

II - Institutionnalisation de la région sanitaire

L'Institutionnalisation de la région sanitaire est un processus qui a été soutenue.

A : Le processus de l'Institutionnalisation de la région sanitaire

Dans le domaine de la santé les points de départ de l'Institutionnalisation de la région sanitaire commencent, par sa consécration dans le plan sectoriel 2000-2004 qui a énoncé le renforcement de la déconcentration, et de la décentralisation par la mise en place des structures sanitaire sur le plan de la région. Ensuite, le Ministère de la Santé s'est fixé comme orientation stratégique de son plan d'action 2005-2007 : « L'instauration de la région sanitaire comme base de restructuration du système de santé ,dans le contexte de déconcentration et de décentralisation et la promotion de l'imputabilité et de la reddition des comptes ». Dans ce cadre le Ministère de la Santé avait pour objectif de :

- Finaliser l'audit technique et organisationnel
- Elaborer le schéma directeur de la déconcentration

[350] La réforme de santé au Maroc, pertinence et opportunités A. BELGHITI ALAOUI, ex Responsable de l'unité de mise en œuvre de la réforme de santé (UMER), puis Directeur des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA), actuellement secrétaire générale du Ministère de la santé, Maroc.

- Adopter le décret et le texte d'application relatifs au nouvel organigramme du ministère de la santé ;
- Mettre en place la nouvelle structure régionale ;
- Elaborer les manuels relatifs à la nouvelle organisation ;
- Instaurer la contractualisation entre le niveau central et le niveau régional

En 2007, la vision 2020 opte pour la régionalisation pour une bonne gouvernance du système de santé, cette vision est concrétisé par le plan d'action 2008-2012,qui a planifié dans le cadre de son action N°1, la nécessité de l'accélération de la mise en œuvre du processus de régionalisation pour permettre aux régions sanitaires de disposer de l'autonomie et des moyens d'action nécessaires, en s'appuyant notamment sur la contractualisation, dans le but est le recentrage du rôle du Ministère de la santé sur le financement, la régulation, la planification, le contrôle et la sécurité sanitaire. Aussi d'autres actions ont été progressivement entreprises pour préparer la mise en place de la région sanitaire et déconcentrer les activités vers la région :

- Attribution de la fonction de coordonnateur régional aux délégués du Ministère de la Santé aux chefs-lieux des régions administratives.
- Création des structures et organes à vocation régionale : Les IFCS et les Centres Hospitaliers Régionaux ; Les observatoires Régionaux d'Epidémiologie ; Les Commissions Administratives Paritaires ; Les unités régionales de la maintenance biomédicale ; Les cellules régionales de coordination des marchés ; Le comité régional de la formation continue.

Aussi, l'institutionnalisation des Directions Régionales de Santé, comme entités administratives déconcentrées, dotées de plus de pouvoir de planification et de prise de décision, a connu les étapes suivantes : En 2005, création de la première Direction Régionale de la Santé au niveau de la région de l'Oriental. En 2006 deux autres directions régionales ont vu le jour, il s'agit de la région du Grand Casablanca et celle de Taza Al-Hoceima Taounate, avant que cette organisation ne soit généralisée à l'ensemble des régions. Le cadrage réglementaire a également été assuré.

En fin, Le plan d'action actuelle 2012-2016 est, selon le Ministère de la santé, une occasion pour lancer un investissement réel dans le renforcement des capacités des directions régionales de santé, qui constituent un relais stratégique de toute politique sanitaire. Pour cela Le Ministère prévoie parmi ses actions :

- le renforcement des capacités des directions régionales de santé
- La Mise en place des budgets-programmes régionaux et mise en place de mécanismes d'incitations à la performance régionale

- L'élargissement du pouvoir du DRS à travers la déconcentration, au niveau régional, de nouveaux actes administratifs
- L'introduction de nouveaux mécanismes de renforcement de la coordination entre les régions et l'administration centrale

B : Appui à la régionalisation sanitaire

La Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires du Ministère de la santé, apporte un appui au processus de régionalisation au niveau des 10 Régions, ceci à travers :

- L'accompagnement des équipes régionales qui pilotent la mise en place des structures de la région sanitaire
- Le renforcement des compétences des équipes régionales notamment en planification stratégique (10 régions)
- L'élaboration du Plan Stratégique Régional (Finalisé au niveau des Régions de Fès, Tadla Azilal et de Marrakech Tensift Elhaouz).
- L'élaboration du Schéma Régional de l'Offre de Soins dans les 10 régions (en cours de finalisation dans Fès et Tadla Azilal)

Au niveau de l'organisation des services, il est prévu de renforcer le processus de déconcentration dans le cadre de la région. En effet, depuis la promulgation en 1996 de la loi qui régit la région, et qui s'est traduite par la création d'une collectivité locale dans la région (conseil régional), le secteur de la santé a initié un certain nombre d'activités et de projets visant la mise en œuvre de la régionalisation.

C'est le cas du PROGRESS[351], financé par l'USAID, qui vise à consolider les programmes sanitaires au niveau de deux régions : Sous- Massa-Draa et Tanger-Tétouan. C'est le cas également du PAGSS[352] au niveau de la région orientale qui est financé par la Commission Européenne. C'est un projet qui a pour objet le renforcement du processus de régionalisation en intervenant au niveau de toute la filière de soins et de mise à niveau des diverses structures administratives et sanitaires, il est identifié en parallèle avec le Projet de Financement et de Gestion du Secteur de la Santé (PFGSS).

L'appui à la gestion décentralisée du système de soins, est Parmi les trois Composantes du cadre stratégique de coopération entre l'OMS et le Maroc 2004-2007 à cet égard l'action a été mise sur le renforcement de la déconcentration est un choix de politique générale au Maroc. Il a connu vers la fin des années 1990 un regain d'intérêt avec l'avènement de la loi sur la régionalisation. Pour consolider cette orientation nationale, il est proposé que l'action de l'OMS s'inscrive de façon pragmatique dans la stratégie de gestion

[351] PROGRESS : Projet de gestion régionale des services de santé
[352] PAGSS : Projet d'appui à la gestion du secteur de la santé

décentralisée des systèmes de soins. Les programmes intégrés tels que l'accès aux soins, l'organisation des services, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, seront traités essentiellement dans le cadre décentralisé.

§2 - Les directions régionales de santé et le nouveau découpage sanitaire

Après s'être instituée et appuyés, les directions régionales de santé auront un rôle très important à jouer dans le nouveau découpage sanitaire.

I - La région sanitaire parmi les nouveaux territoires de santé

En vertu du nouveau décret n°2-14-562[353], relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins, le territoire national est découpé en territoires de santé, qui constituent des bassins de desserte de la population desservis par un ou plusieurs établissements ou installations de santé. La délimitation de ces territoires qui se base sur la division administrative du royaume, peut être complétée le cas échéant par un découpage spécifique fixé par le ministre de la santé en vue d'arrêter les territoires les plus pertinents pour l'action sanitaire. Ces territoires de santé sont :

- Les circonscriptions sanitaires ;
- Les préfectures et provinces sanitaires ;
- Les régions sanitaires ;
- Les territoires de santé inter-régionaux.

A : Les régions sanitaires et les territoires de santé inter-régionaux

Les régions sanitaires correspondent au ressort territorial des régions, tel que défini par la réglementation en vigueur relative à la division administrative du Royaume[354]. Dans ce cadre, chaque région sanitaire est composée de deux ou plusieurs préfectures et provinces sanitaires, et l'offre de soins au niveau d'une région sanitaire comporte, en plus des prestations de soins du niveau provincial et préfectoral, les prestations hospitalières du deuxième niveau[355].

La région sanitaire peut abriter des ressources, des installations, des équipements ou des établissements de santé à vocation interrégionale. Elle constitue le champ d'intervention de la direction régionale de la santé relevant du ministère de la santé, cette dernière assure la coordination entre les établissements de santé publics et privés implantés dans son ressort territorial, notamment dans le cadre de partenariat.

Alors que le territoire de santé inter-régional correspond au bassin de desserte d'une infrastructure, d'un équipement, d'une installation de santé ou d'une installation de haute technologie rendant des prestations à caractère

[353] Décret 2-14-562 du 7 choual 1436 (24 juillet 2015) pris pour l'application de la loi cadre n°34-09 relative au système de santé e à l'offre d soins, en ce qui concerne l'organisation de l'offre d soins, la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins. (BO No 6388 du 20-8-2015, page 3363).

[354] Actuellement il y a un projet de texte sur la division administrative du Royaume

[355] Voir en annexe le Panier des prestations hospitalières par niveaux d'intervention

suprarégional, notamment les prestations hospitalières du troisième niveau et les prestations fournies par les centres d'excellence ou de référence interrégionale[356].

B : Les préfectures et provinces sanitaires et les circonscriptions sanitaires

Les préfectures, provinces et régions sanitaires correspondent respectivement aux ressorts territoriaux des préfectures, des provinces et des régions définis par la réglementation en vigueur relative à la division administrative du Royaume. Chaque préfecture ou province sanitaire est découpée en deux ou plusieurs circonscriptions sanitaires. Alors que L'offre de soins au niveau d'une préfecture ou province sanitaire comprend, en plus des prestations de soins de santé primaires, des prestations de réhabilitation et des prestations hospitalières de premier niveau[357].

La préfecture ou la province sanitaire, constitue le champ d'intervention d'une délégation préfectorale ou provinciale relevant du ministère de la santé. Outre les missions qui lui sont confiées par arrêté du ministre de la santé, la délégation préfectorale ou provinciale contribue à l'élaboration du schéma régional de l'offre de soins et assure la coordination entre les établissements de santé publics et privés implantés dans son ressort territorial, notamment dans le cadre de partenariat.

Quant aux circonscriptions sanitaires, composant les préfectures ou provinces sanitaires, elles représentent le territoire de base dans le découpage sanitaire pour la planification de l'offre de soins et la mise en couvre des stratégies, des programmes et plans d'actions sanitaires. La circonscription sanitaire est l'aire géographique où l'ensemble des prestations de soins de santé primaires doit être disponible. Ces prestations comprennent les activités requises de prévention, de promotion de la santé et des modes de vie sains, ainsi que les soins liés à l'accouchement, aux urgences de proximité et à la médecine générale.

La circonscription sanitaire peut être rurale ou urbaine, La circonscription sanitaire rurale correspond au territoire d'une caïdat. La circonscription sanitaire urbaine correspond au territoire d'un arrondissement dans les communes urbaines découpées en arrondissements ; ou au territoire de l'ensemble de la commune urbaine, lorsque celle-ci n'est pas découpée en arrondissements. Chaque circonscription sanitaire est découpée en deux ou

[356] Idem.
[357] Idem

plusieurs secteurs sanitaires. Le secteur sanitaire correspond à l'aire de desserte d'un centre de santé.

II- Des directions régionales de santé

Le Ministère de la santé a prévu la Mise en place d'une nouvelle structuration du Ministère de la Santé ,pour donner une place privilégiée à la région, par le renforcement de la déconcentration à travers un nouveau partage des attributions entre les niveaux central, régional et local par le rehaussement des responsabilités de ce dernier pour en faire un partenaire efficace dans la planification et la mise en œuvre des programmes locaux de développement. Aussi, le Ministère a prévu la Mise en place des directions régionales de la santé et la réadaptation de l'organisation centrale du Ministère de la santé En effet, en 2011, un arrêté[358] va fixer les attributions et l'organisation des services déconcentrés du Ministère de la santé à savoir : les délégations préfectorales et provinciales[359], et les directions régionales de santé que nous allons voir brièvement leurs organisation et attributions.

A : Attribution

L'arrêté de 2011,précise que les directions régionales de santé ont pour mission, la mise en œuvre de la politique national de santé, au niveau des régions, en tenant compte des spécificités de celle-ci dans la limite de leurs ressort territoriaux et des attributions qui leur sont délégué par le Ministère de la santé , les directions régionales de santé ont notamment pour missions :

- La protection de la santé publique et la veille sanitaire ;
- La planification stratégique ;
- Le financement et la gestion financière ;
- La gestion des ressources humaines ;
- Le pilotage et la coordination des actions des établissements de santé ;
- La garanti de la disponibilité, de la qualité et de l'accessibilité des médicaments et produits pharmaceutiques non médicamenteux.

Les directions régionales de santé sont chargées, en outre, de l'animation et la coordination des actions de santé au niveau régional en partenariat, le cas échéant, avec d'autres intervenants régionaux ,notamment les administrations publiques ,les collectivités locales, le secteur privé et la société civile.

B : Organisation

[358] Arrêté du Ministère de la santé N°1363-11 du 12 joumada II 1432 (16 mai 2011) relatif aux attributions et à l'organisation des services déconcentrés du Ministère de la santé (BO N° 5958 du 7-7-2011.p 1850).(mais il y a un autre arrêté de 2016 en cours de gestation).

[359] Voir supra pour les délégations préfectorales et provinciales (chapitre I du titre III de la 1ère partie).

Selon l'arrêté susmentionné, outre les délégations du Ministère de la santé chaque direction régionale de santé est composée de 3 ou 4 services, selon la préparation fixée par le tableau annexé à cet arrêté, ces services sont :
- Le service de la santé public et de surveillance épidémiologique
- Le service de programmation de l'offre et des ressources financière
- Le service des approvisionnements, des bâtiments, des équipements, et de la maintenance.
- Le service des ressources humaines.

Chaque direction régionale est gérée par directeur nommé par le Ministre de la santé, ce directeur régional est le supérieur hiérarchique supérieur de l'ensemble du personnel des délégations du Ministère aux préfectures et provinces de la région, il est notamment charger de :
- La mise en œuvre des attributions dévolues à direction régionale de santé
- La représentation du Ministère au niveau de la région.

Selon le Ministère de la santé, les Directions Régionales de Santé actuelles sont au nombre de dix à savoir : Oued Eddahab Lagouira ; Laayoune Boujdour Sakia Lhamra ; Guelmim - Es Smara ; Souss Massa Daraa ; Gharb - Chrarda - Bni Sssen ; Chaouia - Ouardigha ; Marrakech - Tensift -Al AHouz ; Région de l'Orientel ;Grand Casablanca ; Rabat - Salé - Zemmour - Zaers ; Doukkala - Abda ;Tadla - Azilal ;Meknès-Tafilelt ;Fès -Boulemane ;Taza -Al Hoceima - Taounate ;Tanger – Tetouan.

La mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire, suppose aussi la mise en œuvre d'une régionalisation dite sanitaire, cette dernière s'inscrit dans un processus général de la régionalisation avancée au Maroc, vue l'intérêt et les atouts de la régionalisation sanitaire, nous estimons modestement qu'elle constitue un outil précieux pour une bonne gouvernance locale du système de santé, permettant de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins au Maroc. Ce qu'il faut maintenant c'est une administration démocratisée et moralisée.

CH III : La Moralisation et la démocratisation de l'administration sanitaire

La Moralisation (Sect. 1) et la démocratisation (Sect. 2) de l'administration sanitaire, font partie également des principes de la bonne gouvernance sanitaire.

Sect. 1 : La Moralisation de l'administration sanitaire

Avant de voir la moralisation de l'administration sanitaire, une vue générale sur la moralisation de l'administration publique s'impose.

§1 - La Moralisation de l'administration en général

La réaction Royale et gouvernementale contre la corruption ,est concrétisée par des mesures législatives pour la moralisation et la transparence.

I- La réaction Royale et gouvernementale contre la corruption

La Moralisation de la vie publique est un impératif moral, économique et social, car outre la dimension spirituelle émanant du le texte Sacré du Coran et les Hadith rapportant les paroles du Prophète, la moralisation de la vie publique procède d'un impératif économique et social[360], d'où l'importance de la réaction Royale et gouvernementale à cet égard.

A : La réaction Royal contre la corruption

Les Hautes Directives Royales en 1999 sur « la Promotion de l'Ethique dans le Service public », ont constitué un point de départ et la référence de base pour les différentes réformes sur le renforcement du système national de l'intégrité, la transparence et la lutte contre la corruption**.** Dans son discours du trône de 2001 le roi Mohammed VI a affirmé que : « Nous avons le souci de voir préserver la culture et l'éthique du service public, par une élite administrative imprégnée des valeurs de compétence, de probité, de mérite et dévouement à la chose publique, une élite qui soit à l'abri de toute sorte de pressions, et des réseaux de favoritisme, de népotisme, de corruption et d'abus de pouvoir. Par conséquent, nous ne saurions admettre qu'une position politique ou administrative soit mise à profit pour obtenir des avantages pour soi-même ou pour les siens. Nous attendons des pouvoirs publics qu'ils fassent preuve de fermeté à cet égard, en adoptant, outre les moyens de contrôle administratif et judiciaire dont ils disposent, de nouveaux instruments et organes d'évaluation des politiques publiques et en associant, parallèlement, le secteur privé, la société civile et les élus, à l'élaboration et la mise en œuvre des projets ».

B : La réaction gouvernementale contre la corruption

Partant des hautes directives royales, les gouvernements qui se sont succédé ont confirmé, par le biais de leurs Déclarations au Parlement, l'engagement réel à prendre des mesures pratiques et fermes en matière de lutte contre la corruption, et à œuvrer à mettre en place une nouvelle culture administrative au service des intérêts du Citoyen.

En 1999, création de la Commission Nationale de Moralisation de la Vie Publique ,en tant que cadre de concertation et de sensibilisation visant à créer le maximum de synergies entre les administrations, les entreprises et la société civile pour une action collective et une mobilisation la plus large pour la moralisation de la vie publique .

En 2002, le programme gouvernemental a fait de la moralisation de la vie publique ,et de la lutte contre le phénomène de la corruption, en particulier, des objectifs clés du projet de réforme, en soulignant que ces objectifs ne se réaliseront pas par la levée des slogans et l'appel à l'accrochement aux valeurs morales, mais par la prise de mesures pratiques et fermes et la dynamisation des mécanismes juridiques et administratifs et l'information du citoyen de ses droits et devoirs.

---

[360] Selon la commission Nationale de Moralisation de la Vie Publique de 2002.

En 2005, Le gouvernement a veillé à traduire ces engagements concrètement, en faisant de la question de la lutte contre la corruption une priorité à travers le développement d'un programme d'action global qui a été concrétisé en coordination avec les services ministériels concernés et soumis pour la consultation avec les acteurs sociaux.

En 2007, ratification de la convention des Nations Unies pour la lutte contre la corruption[361] , aussi le programme gouvernemental a consacré la même orientation en appelant à adoption des dispositions juridiques relatives aux garanties de transparence, d'équité et de compétitivité, Renforcer le cadre institutionnel, et l'activation de l'instance centrale de la lutte contre la corruption[362]; qui est un organisme national composé des représentants des administrations et des organismes sociaux et syndicaux, dont le rôle est de réfléchir de manière collective et participative sur les solutions appropriées, qui bénéficient d'un consensus national pour la prévention de la corruption et la réduction de ses graves répercussions.

En 2011,une nouvelle Constitution qui a consacré tout un titre sur la bonne gouvernance[363], et l'instance centrale susmentionnée a été rehausser en institution constitutionnel appelée « l'instance national de la probité, de la prévention et de la lutte contre la corruption »[364] Cette instance, a pour mission notamment d'initier, de coordonner, de superviser et d'assurer le suivi de la mise en œuvre des politique de prévention et de lutte contre la corruption, de recueillir et de diffuser les informations dans ce domaine de contribuer à la moralisation de la vie publique et de consolider les principes de bonne gouvernance, la culture du service publique et les valeurs de la citoyenneté responsable.

II – Des mesures législatives pour la moralisation et la transparence

Pour la moralisation, des lois relatives aux déclarations obligatoires de patrimoine ont été adoptées, de même que d'autres règles de la transparence et des principes éthiques dans le domaine public.

A : L'adoption de règles de transparence et des principes éthiques dans le domaine public

En plus des principes généraux du service public prévus dans les Textes législatifs, tels que l'égalité, l'impartialité, la légitimité et la continuité, le Maroc a procédé à l'adoption d'un ensemble de règles et de principes juridiques ,visant à renforcer la transparence, l'intégrité et l'éthique dans le service public pour former la base de la gestion de la chose publique et des relations entre l'administration et les citoyens, comme : La justification des décisions

[361] Signée le 09 décembre 2003, et approuvée par le Conseil du Gouvernement le 2 mars 2006.et ratifiée le 09 mai 2007 (BO : 5596 du 17-01-2008).

[362] Décret n° 2-05-1228 du 13 mars 2007. Publié au B.O n° 5513 du 2 avril 2007

[363] Voir supra sur la gouvernance selon la constitution.

[364] La loi 113-12 relative à l'instance nationale de la probité, de la prévention et de la lutte contre la corruption. Promulguée par le Dahir n° 1-15-65 du 9 juin 2015 (BO n° 6388 du 20-8-2015, page 3357)

administratives, la libre concurrence visant à soutenir la compétitivité dans la gestion de la chose publique , la révision des comptes , prévenir les conflits d'intérêt, l'interdiction de la combinaison entre les fonctions, la définition des responsabilités dans la gestion des dépenses publiques.

Aussi pour la transparence de la vie politique et la moralisation de la chose Partisane, Le code électoral et la loi des partis ont été promulgués, de même l'adoption d'un système global pour le contrôle des fonds publics, nécessite le renforcement du le contrôle politique par le parlement, le contrôle judiciaire par la cours des comptes et le contrôle financier de l'Etat. Il est très important aussi de renforcer le cadre institutionnel de protection des intérêts et droits des citoyens par la création de l'institution Diwan Al Madalim, et réforme profonde de la justice sur laquelle un pacte national a été récemment bâtie après de longue consultation.

Et enfin, le soutien des mécanismes de partenariat avec les acteurs économiques et sociaux et la société civile, Les partenariats qui peuvent être relatifs aux conseils consultatifs que ce soit en matière de droit de l'homme (Conseil consultatif des droits de l'homme, Instance Equité et Réconciliation), ou des médias (la Haute Autorité Audiovisuelle) ou de fonction publique (le Conseil supérieur de la fonction publique),le partenariat relatif au dialogue social, le partenariat pour la gestion des affaires locales qui ressort de la charte communale de 2002, partenariat concernant la création des groupes d'utilité économique.

B : Des lois relatives aux déclarations obligatoires de patrimoine

Les lois relatives aux déclarations de patrimoine ,notamment la loi N°54-06[365], vise à surmonter les déséquilibres et les lacunes qui affectent les lois actuelles, en exigeant des membres du gouvernement, des parlementaires, des élus, des juges, des agents d'autorité et des hauts fonctionnaires de procéder à la déclaration de leurs biens, ainsi que d'arrêter la liste des fonctionnaires contraints à faire cette déclaration quand ces derniers occupent des postes sensibles, gèrent les biens publics, ou sont vulnérables à la tentation. Elle vise, également, à fixer les biens soumis à la déclaration, à mandater la cour suprême des comptes en matière de suivi, de réception et de contrôle des déclarations, en plus de la détermination des peines en cas de défaut de déclaration ou de fausse déclaration. Sans oublier que cette loi a aussi prévu d'inclure le principe de la déclaration, dans tous les textes régissant chacun des organes contraints à déposer la déclaration des biens.

§2- Une administration sanitaire pour la transparence et contre la corruption

L'administration sanitaire doit lutter contre la corruption et les mauvaises pratiques.

I - Lutter contre les mauvaises pratiques

[365] Voir le B.O n° 5679 du 3 Novembre 2008 en arabe.

Parmi les actions contre les mauvaises pratiques, le Ministère de la santé procède à la déclaration obligatoire du patrimoine et vise une gestion transparence des ressources humaine.

A : Déclaration obligatoire du patrimoine au niveau du Ministère de la santé

On application de la loi N°54-06 relative à la déclaration obligatoire de patrimoine, le Ministère de la santé, et par une circulaire de 2010, à inviter les fonctionnaires concernés à déclarer leurs patrimoines, cette circulaire a précisé la qualité de ces fonctionnaire, entre autres, le secrétaire général, l'inspecteur général, les directeurs des administrations centrales…conformément à cette la loi , la circulaire précise le patrimoine obligatoirement déclarable, et spécifie comment cette déclaration doit être faite , tout en respectant un modèle –type fixer par le décret N° 2.09.207[366].

B : Une gestion transparence des ressources humaines

En 2011, l'effectif total du personnel du Ministère est de 47 494 fonctionnaires avec 8 869 médecins, 26 497 infirmiers et 10 757 administratif et autres. L'extension de l'offre de soins notamment hospitalière aggrave davantage le déficit qui est estimé actuellement à plus de 6000 médecins et plus de 9000 infirmiers[367], c'est pourquoi le Ministère de la santé vise par sa stratégie 2012-2016 à Améliorer la Formation de Base et de la Formation Continue du personnel Médical, paramédical et Gestionnaire.

Aussi, parmi les actions du Ministère pour la Modernisation de la Gestion des Ressources Humaines le plan prévoie : L'Elaboration et mise en œuvre d'un plan de gestion intégrée des ressources humaines ; Elaboration du Référentiel des Emplois et des Compétences (REC) ; Mise en place la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) **;**

A côté de ces outils qui vise la compétence et la transparence , le Ministère, et pour le renforcement de la situation du personnel contre les mauvaises pratiques , prévoit la mise en application de l'accord du dialogue social du 5 juillet 2011, à savoir entre autre : La Mise en place du dispositif administratif de la Fondation Hassan II au profit des fonctionnaires du Ministère de la Santé ; Attribution d'une prime de rendement ; Revalorisation de l'indemnité de la garde et l'astreinte ; Indemnisation du personnel lors des couvertures médicales dans les manifestations ; - Indemnisation du personnel exerçant dans les zones enclavées et difficiles ; Révision de la grille indiciaire relative au corps médical, de telle sorte que le recrutement des médecins en premier grade commence par l'indice 509 **.**

II - Mécanismes de luttes contre la corruption

A : Des actions contre la corruption

[366] Voir le modèle- type de la déclaration obligatoire du patrimoine en annexe.
[367] Données officielles .source : Stratégie du Ministère de la santé 2012-2016.p85.

Le Ministre est déterminée à aller jusqu'au bout pour rendre aux citoyens la confiance dans les hôpitaux, Dans ce cadre le 5ième axe de la « Santé vision 2020 » ,concernant l'amélioration de la gouvernance du système de santé, le Ministère a prévu de renforcer la transparence, veiller à la moralisation des pratiques professionnelles et de mettre en place des procédés d'écoute des doléances et plaintes des patients .Aussi la stratégie de 2008 du Ministère de la santé reconnait l'existence du phénomène d'absentéisme et de corruption et manque de sens des responsabilités chez certains professionnels de santé, dans ce cadre, la moralisation du secteur de la santé constitue le premier objectif de cette stratégie .

Ainsi donc , le plan d'action 2008-2012, et dans le cadre de la moralisation du secteur et lutte contre la corruption dans les établissements de soins, le Ministère de la santé a prévu de mener un certain nombre d'actions pour mieux informer les usagers des établissements de soins sur leurs droits et obligations et mettra en parallèle un programme de lutte contre la corruption à savoir :

- Création d'un numéro vert pour que les citoyens puissent dénoncer et signaler les tentatives de corruption en milieu hospitalier ;
- Introduction de l'outil informatique dans la gestion des prises en charge au niveau des hôpitaux (rendez-vous, hospitalisation, facturation,…) ;
- Création de guichets spéciaux au niveau des hôpitaux pour recevoir les doléances et plaintes des citoyens ;
- Organisation de journées portes ouvertes dans le cadre d'une journée national des hôpitaux ;
- Création des comités locaux de transparence au sein des hôpitaux ;
- Incitation des opérateurs privés à afficher leur tarifs et nom des médecins exerçants au sein de ces établissements de soins ;
- Conception et mise en place d'un circuit pour les patients au sein de l'hôpital ;
- Renforcement de la transparence, de la moralisation des pratiques professionnelles et mise en place des procédés d'écoute des doléances et plaintes des usagers des établissements de soins ;
- Réalisation de campagnes de sensibilisation du grand public sur les droits et les obligations du citoyen à l'égard des établissements de soins.
- Affichage des tarifs,
- Fonctionnement des équipements particuliers,
- Liste des personnes responsables et de garde.

B : Propositions

Selon le programme de communication Intidarates assiha (attentes de la santé), La lutte contre la corruption est l'une des doléances relevées au sein des établissements de santé. Les citoyens ayant notamment participés aux audiences radiophoniques se sont plaints de ne pas pouvoir bénéficier de la médication et de l'hospitalisation sans donner une contrepartie, souvent monétaire, hors du circuit de payement réglementaire.

On ne peut pas bénéficier du minimum de droit sanitaire sans payer des sommes d'argent au profit des infirmiers (rapporte un citoyen lors d'une audience radiophonique). Dans le même contexte, « nous constatons que certains médecins essaient de pousser les patients à être hospitalisés au sein des cliniques privées, pour en tirer le maximum de profit » déclare un citoyen sur les ondes d'une radio.

Sur la page Facebook « Intidarat », les participants ont suggéré de renforcer les fonctions de l'inspection générale du ministère, ainsi que d'établir un système administratif de vérification pour contrôler la gestion des établissements sanitaires, à condition qu'il soit effectué par des experts indépendants, qui ne font pas partie du système de santé public et qui réaliseront des rapports pour prendre les dispositions qui s'imposent contre ces mauvaises pratiques.

Aussi, parmi les propositions qui ciblent la moralisation des pratiques des professionnels de santé, les participants proposent l'élargissement des actions d'inspection et de la surveillance générale de la santé, ainsi que l'obligation du médecin d'enregistrer les certificats médicaux sur les documents originaux numérotés et qui portent l'identifiant professionnels.

Sect. 2 : La Démocratisation de l'administration sanitaire

La Démocratisation de l'administration sanitaire ou la démocratie sanitaire, est un concept nouveau au Maroc (**§2)**, c'est pourquoi il convient tout d'abord de le définir et de donner un bref aperçue de l'expérience française dans ce cadre (**§1).**

§1-Le concept de la démocratie sanitaire

I-Définition

A : La démocratie en bref

La démocratie est le droit que possèdent les citoyens de se prononcer sur le choix de leurs représentants, mais aussi celui de participer aux décisions qui les concernent .cette participation de la population aux décisions d'intérêt collectif constitue l'un des fondements de la démocratie, De nombreux systèmes publics cherchent aujourd'hui à renforcer la capacité des citoyens d'influencer directement les organisations qui leur offrent des services.

Trois fonctions de la participation publique :

1) La participation permet de recueillir de l'information sur les valeurs et les préférences des publics sollicités.

2) La participation permet la conciliation entre les différents intérêts en facilitant le dialogue et la compréhension mutuelle.

3) La participation facilite l'appropriation par la population des services publics qui lui sont destinés et qu'elle finance de ses impôts.

B : Définition de la démocratie sanitaire

Les enquêtes montrent que, à mesure que les sociétés se modernisent, les populations souhaitent de plus en plus d'avoir « leur mot à dire » dans les décisions importantes qui touchent leur vie, et qui portent notamment sur des questions telles que l'affectation des ressources ainsi que l'organisation et la réglementation des soins[368]. La meilleure réponse que l'on puisse donner à l'aspiration de la population à se faire mieux entendre en matière de politique sanitaire serait de lui apporter la preuve qu'il existe un système structuré et fonctionnel de freins et de contrepoids. Cela impliquerait toutes les parties concernées et garantirait l'absence de mainmise de la part de tel ou tel groupe d'intérêt sur les grandes orientations[369].C'est un nouveau pas dans la construction de l'État moderne comme État sanitaire global, État gestionnaire de risques[370].

Les dispositifs instaurés par la démocratie sanitaire permettraient une régulation politique plus adaptée aux réalités des usagers du système de santé, en activant l'engagement citoyen, La démocratie sanitaire pourrait élargir un espace dans lequel les besoins spécifiques des populations se feraient entendre.

Le terme apparaît « pour désigner la mise en place d'une politique de la santé et d'organisation de soins, qui garantisse à chacun l'accès aux meilleurs soins possibles pour le problème de santé qu'il rencontre[371].

La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Il s'agit de reconnaître des droits individuels et des droits collectifs aux usagers du système de santé ainsi qu'à rendre les procédures de décision en santé plus contradictoire.

II- L'expérience de la démocratie sanitaire en France

L'instauration de la démocratie sanitaire en France a connu des étapes, la plus importante et la consécration juridique de ce concept par la loi de 4 mars 2002.

A : Le contexte de l'instauration de démocratie sanitaire en France

La notion de « démocratie sanitaire » en tant qu'elle émerge dans le langage administratif français, apparait explicitement dans le champ politique français avec les États généraux de la santé de 1999, elle est légitimée administrativement dans les années 2000, elle est enfin formalisée par une

---

[368]- Inglehart R, Welzel C. Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.

- Changing values and beliefs in 85 countries. Trends from the values surveys from 1981 to 2004. Leiden and Boston, Brill, 2008 (European values studies 11; http://www.worldvaluessurvey.org/, consulté le 2 juillet 2008).

[369] .Martin D. Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers. Health Policy, 2002, 61:279–290.

[370] EWALD, F. 2001. «Vers un État sanitaire global», Les Échos, no 18485, 11 septembre.

[371] FROGER Y. (2007), « La clinique à l'épreuve de la démocratie sanitaire », Journal français de psychiatrie, vol. 3, n° 30, p. 39.

première loi, celle de 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, qui sera suivie d'autres lois en 2005, 2009, 2011[372].

La loi du 21 juillet 2009 vise à préciser les pouvoirs des Conférences régionales de santé. Puis, en cohérence avec la réforme de l'administration territoriale de l'État, la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoire (HPST) de 2011 consacre l'échelon régional pour la réorganisation territoriale de l'État et l'implémentation de la politique. Elle crée les ARS (Agences régionales de santé), après avoir précédemment crée les ARH (Agences régionales de l'hospitalisation) en même temps que disparaissent, ou fusionnent, des services déconcentrés de l'État et d'une partie de l'Assurance maladie. Le pilotage par agences correspondrait à un besoin de renouvellement des outils de l'État pour le rendre plus efficace.

Plusieurs facteurs ont favorisé la consécration de cette notion dans l'administration publique française parmi lesquels, les dispositions de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne « droits des malades » de 2012, en ce sens La Charte proclame également trois droits de citoyenneté active, qui reconnaissent à tous les individus et groupes de citoyens organisés la possibilité de promouvoir et de vérifier le respect des droits des patients. Ils sont en tant que tel le corollaire nécessaire des quatorze droits de la Charte. D'abord le droit d'accomplir des activités d'intérêt général, ensuite le droit d'accomplir des activités visant à la défense des droits et en fin, le Droit de participer à l'élaboration des politiques dans le secteur de la santé.

B : La démocratie sanitaire en France

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé adoptée le 4 mars 2002, est la première loi qui a formalisée la démocratie sanitaire, ceci s'inscrit dans la politique de santé tendant à la démocratisation du fonctionnement du système de santé et à l'amélioration de sa qualité. Elle est riche de 126 articles repartis en cinq titres «Solidarité envers les personnes handicapées», « Qualité du système de santé », « Réparation des conséquences des risques sanitaires », « Dispositions relatives à l'outre-mer » et «Démocratie sanitaire »,

Son titre II, intitulé "démocratie sanitaire", précise et explicite les droits des malades en qualité de "personnes" : ils ont droit à la dignité, à la non-discrimination, et au secret médical ; en leur qualité d' "usagers", ils doivent devenir partie prenante de manière active au système de santé : l'information a priori et a posteriori (notamment avec la liberté d'accès au dossier médical) et le consentement en font de véritables partenaires de la décision médicale.

Généralement, la "démocratisation" du "pouvoir médical" a beaucoup progressé au cours des trois dernières décennies, et les "droits des malades" sont désormais reconnus et proclamés dans la "charte du patient hospitalisé" qui relève d'une circulaire n° 95-22 du 6 mai 1995. La loi du 4 mars 2002 n'est

[372] Collin, 2000 ; Routtelous, 2008.

pas révolutionnaire, mais elle systématise et synthétise l'évolution des mentalités et des comportements médicaux[373].

Pratiquement : Les professionnels de santé doivent identifier leurs nouvelles obligations et se doter d'un système de gestion de la preuve du respect des droits du patient. Le patient doit être en mesure, au plan opérationnel, d'exercer ses droits : consentement, information, accès aux données qui le concernent[374].

§2 - Pour une démocratie sanitaire au Maroc

La démocratie sanitaire au Maroc est un concept nouveau consacré par la nouvelle constitution, la récente loi-cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, ainsi que la 2ème conférence nationale sur la santé de 2013, c'est une approche bénéfique pour la réussite du système de santé dans ses objectifs.

I- Le concept de la démocratie sanitaire au Maroc

La démocratie sanitaire au Maroc à une base juridique est un rôle à jouer.

A : Les bases juridique à la démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire au Maroc est un concept qui tire sa légitimité de la nouvelle constitution du Royaume. En effet, Après avoir rappelé le choix irréversible de construire un Etat de droit démocratique, le préambule de la constitution ,et qui fait partie intégrante de la constitution ,place le principe de la participation parmi les trois fondements de l'Etat moderne marocaine .Aussi la constitution déclare solennellement dans son premier articles que le Maroc et une monarchie constitutionnel, démocratique, parlementaire et sociale, et que le régime constitutionnel du royaume est fondé sur la séparation, l'équilibre et la collaboration des pouvoirs, ainsi que sur **la démocratie participative et citoyenne,** et les principes de bonne gouvernance et de la corrélation entre la responsabilité et la reddition des comptes.

Dans ce cadre, l'article 13 de la constitution dispose que les pouvoirs publics œuvrent à la création d'instances de concertation, en vue d'associer les différents acteurs sociaux à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques. Aussi, l'article 31 prévoit que l'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyens aux conditions leur permettant de jouir de leurs droits comme le droit aux soins de santé et autres.

B : Ce que permet l'approche de la démocratie sanitaire

Selon le plan 2012-2016 du Ministère de la santé ,l'approche de démocratie sanitaire vise à construire le service aux citoyens sur une base de participation, de transparence et responsabilité qui sont par ailleurs des principes promus par la nouvelle constitution. C'est une approche complémentaire à l'approche fondée sur les droits puisque la « participation » fait partie du droit à la santé

[373] Yvonne Lambert-Faivre (Le Dalloz, 18 avril 2002).
374 Nathalie Beslay (Jurisprudence Santé et Biotech, n°1 avril 2002).

comme le précise la Déclaration d'Alma-Ata (1978)[375] dans son article IV qui stipule que : « Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification ,et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ».

Cette approche démocratique du développement du système de santé permet par la même occasion de :

. Crédibiliser le discours politique sur la démocratie participative ;

. Renforcer la transparence,

. S'ouvrir sur l'expérience d'usage (le vécu) des citoyens,

. Orienter les politiques de santé vers les soucis et attentes de la population,

. Rendre l'usager acteur dans la jouissance de ses droits et pas uniquement revendicateur[376].

Etant précisé que parmi les objectifs du plan d'action législatif et réglementaire du Ministère de la santé[377], l'instauration des bases d'une gestion participative et démocratique du système national de santé, et le développement de l'éthique dans la pratique médicale.

II- Vers l'instauration de la démocratie sanitaire au Maroc

L'instauration de la culture de la démocratie sanitaire au Maroc et un processus qui a besoin de temps, mais les prémices sont là, one peut que saluer la 2ème conférence nationale sur la santé, encadrée par le Message Royale, et l'idée du Programme de communication « Intidarat Assiha ».

A : La démocratie participative au cœur de la 2ème conférence nationale sur la santé

La démocratie participative, est l'une des orientations essentielles du message de SM le roi adressé aux participants de la 2ème conférence de la santé, en ce sens que le Roi précise que « la réunion de votre conférence aujourd'hui, qui consacre la pertinence de l'approche participative pour toutes les questions vitales de la nation, ne devrait pas être seulement l'occasion de faire le point des réalisations accomplis. Elle devrait être essentiellement un moment propice pour s'imprégner du sens des responsabilités et des valeurs de patriotisme. Car il s'agit de mettre au point une charte nationale réaliste et applicable, qui place le citoyen au cœur du système de santé et s'attache à préserver les réalisations, à redresser les dysfonctionnements, à travers les vois et moyens de dépasser les contraintes et à esquisser des perspectives d'avenir prometteuses ». Aussi, le Roi affirme que « La clé de voûte pour une mise en œuvre optimale de la charte nationale de santé souhaitée, demeure l'adhésion active et constructive de tous les intervenants pour renforcer la confiance des citoyens dans le système de santé ».

---

[375] OMS. Une conférence internationale sur les soins de santé primaire faite en 1978 à Alma-Ata (URSS).

[376] Plan 2012-2016 du Ministère de la santé

[377] Voir le plan d'action législatif et réglementaire du Ministère de la santé, dans le premier chapitre du troisième titre de cette partie.

Dans ce cadre, parmi les objectifs énoncés de la 2e conférence nationale sur la santé, la recherche d'un consensus national sur les grands défis et les principales priorités d'action en matière de santé, et l'engagement d'un débat national sur la santé dans le contexte de la nouvelle constitution qui consacre le droit d'accès aux soins et le droit à la participation comme des droits fondamentaux qui donneront naissance à la démocratie sanitaire.

Il faut rappeler à cet égard que la loi-cadre N° 34-09, prévoie de nouveaux instances de concertation en matière de santé qui seront instituées pour assurer la cohérence des actions du système de santé, améliorer sa gouvernance et permettre la participation active des différents partenaires, parmi ces instances « Un conseil national consultatif de la santé », qui aura notamment pour missions de donner son avis sur la politique nationale de santé et les priorités sanitaires .

B : Le Programme de communication « Intidarat Assiha »

« Intidarat assiha **»** ou attentes en matière de santé ,est un programme de communication qui s'est basé sur quatre outils de sondage d'attentes : des audiences radiophoniques ; des audiences publiques, une page Intidarat sur le réseau social « face book », et une analyse des articles de la presse, ce programme «Intidarat» cible l'ensemble des composantes de la société marocaine, à savoir les citoyens, les départements ministériels, les associations œuvrant pour les droits humains, la santé et le développement, les académiciens, les chercheurs, les experts, les Ordres professionnels et les syndicats des professionnels de santé des secteurs public et privé.

Le programme Intidarat assiha a pour objectifs de :

• Recueillir les attentes et les propositions des citoyens et des acteurs vis-à-vis du système de santé ;

• Activer le mécanisme de consultation et de participation des citoyens et des différents acteurs à l'élaboration des politiques publiques et à s'engager dans le développement du secteur de la santé ;

• Impliquer les citoyens et des acteurs du système de santé dans l'élaboration de la Charte nationale sur la santé[378] ;

En somme, le programme «Intidarat» vise à activer le mécanisme de consultation et de participation des citoyens et des différents acteurs sociaux, visant l'élaboration d'une charte nationale pour la santé, ce qui constitue à notre sens un début de démocratie sanitaire au Maroc.

La bonne gouvernance sanitaire pour un meilleur accès aux soins suppose, en complément de ce qui précède, la moralisation et la démocratisation de l'administration sanitaire, dans la mesure où un système de santé qui opte pour la démocratie sanitaire, la transparence, la lutte contre la corruption et les

[378]Rapport global du programme de communication **«** Intidarat assiha **»** Attentes en matière de santé .page 10.

mauvaises pratiques, ne peut que créer un environnement saint favorable à toute effort sanitaire visant une meilleure couverture bien réguler. Et c'est sur la régulation que va porter le titre suivant.

Titre II *:* Nouveaux outils de régulation pour un accès aux soins pour tous

La régulation, est une forme moderne de l'intervention de l'Etat dans un secteur économique, afin de préserver les intérêts supérieurs de la collectivité, et de remédier aux dérives qui pourraient affecter le fonctionnement harmonieux et équilibré du marché[379] . D'une manière générale, c'est l'ensemble des techniques qui permettent le maintien de la constance d'une fonction. Le terme de régulation est désormais régulièrement utilisé dans le champ de l'économie et des politiques publiques pour qualifier tout ce qui est fait pour apporter, par une action appropriée à la marge, une stabilité satisfaisante à un système économique ou même social[380].

Appliquée à la gouvernance du système national de santé, la régulation serait l'ensemble des mesures et mécanismes destinés à assurer l'équilibre et le bon fonctionnement du système de santé[381].

Aussi, nous avançons dans ce titre des nouveaux outils de régulation, que nous avons jugé nécessaire à la mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire, conduisant, nous semble-t-il, un accès aux soins pour tous, nous avons rangés ces nouveaux outils de régulation dans **trois** chapitres :

CH I : Une régulation pour un accès géographique aux soins pour tous

CH II : Une régulation pour un accès économique aux soins pour tous

CH III : Une régulation pour un système d'information sanitaire et des soins de qualité pour tous

---

[379] Une politique nationale de contractualisation, Guide pour son élaboration et son suivi, Jean Perrot, OMS, 2007.

[380] Guide sur la contractualisation autour des programmes de santé et de développement social, Mali, 2004.

[381] 50 ans de développement humain & perspectives 2025.Rapport thématique : système de santé et qualité de vie .p 44.

CH I : Une régulation pour un accès géographique aux soins pour tous

Dans son ouvrage, «Grandeur et décadence de la planification stratégique», Mintzberg (1994) définit la planification comme « une procédure formalisée qui a pour but de produire un résultat articulé sous la forme d'un système intégré de décisions». Selon le même auteur la planification est justifiée : 1. Pour s'assurer que le futur est pris en considération 2. Pour être rationnel 3. Pour développer la transparence 4. Pour contrôler l'incertitude de l'environnement 5. Pour coordonner les activités.

Ceci dit, Une bonne gouvernance sanitaire suppose aussi une bonne régulation de la couverture sanitaire, visant un accès géographique aux soins pour tous, dans ce cadre, nous estimons que la planification sanitaire ,une loi libéralisateur de l'investissement dans l'offre de soins privé, et l'adoption des plans pour une meilleur gouvernance de l'offre de soins public et des soins médicaux d'urgence **(Sect. 1**) mais aussi, la contractualisation sanitaire **(Sect. 2)**, sont des outils indispensables.

Sect. 1 : Une carte sanitaire et une nouvelle de loi pour le développement de l'offre de soins privé

Au Maroc, l'approche de planification a été introduite dans le domaine de la santé à partir des années soixante. Actuellement, des nouveau outils de planification stratégique et de régulation de l'offre de soins, se sont développés et consacrés juridiquement par la loi à savoir :

- La Carte sanitaire (CS), et le Schéma régional d'offre de soins (SROS),
- Des plans pour une meilleure gouvernance de l'offre de soins publics et des soins médicaux d'urgence, auxquels on peut adjoindre une loi libéralisateur de l'investissement dans l'offre de soins privé.
- La contractualisation : Le contrat -programme et le Projet d'établissement hospitalier (PEH).

§1- Une carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins

La carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins ,ont pour objet la planification et la régulation de l'offre de soins publique et privée sur l'ensemble du territoire national , Elle permet d'avoir une vision claire de la répartition géographique de l'offre de soins par région, ville, quartier et village en vue d'une meilleure accessibilité aux soins de santé.

Ces nouveaux outils de régulation sont consacrés par la loi cadre 34-09 et le récent décret n°2-14-562[382] relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins, ces outils offrent un nouveau découpage sanitaire établie par l'administration, après avis de la

[382] Décret n°2-14-562 pris pour l'application de la loi-cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins , en ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins ,la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins. (BO n° 6388 du 20-8-2015, page 3363).

commission nationale de l'offre de soins, toute en respectant de nouveau principes fondateurs de l'offre de soins au Maroc.

I - Une carte sanitaire basée sur de nouveaux principes

L'offre de soins au Maroc doit désormais respecter certains principes fondateurs, alors que la carte sanitaire doit remplir certaines fonctions.

A – Les principes fondateurs de l'offre de soins au Maroc

L'offre de soins publique et privée connaît un développement rapide. Ce dernier est caractérisé actuellement par une anarchie dans sa répartition ce qui a fait aboutir à une situation prédominée par des déséquilibres et des dysfonctionnements. Pour remédier à cette situation la loi cadre N° 34-09[383] relative au système de santé et à l'offre de soins, précise que d'ores et déjà que le système de santé, constitué de l'ensemble des institutions, des ressources et des actions organisées pour la réalisation des objectifs fondamentaux de santé, sera basé des principes suivants :

- La solidarité et la responsabilisation de la population dans la prévention, la conservation et la restauration de la santé ;
- L'égalité d'accès aux soins et services de santé ;
- L'équité dans la répartition spatiale des ressources sanitaires ;
- La complémentarité intersectorielle ;
- L'adoption de l'approche genre en matière de services de santé.

L'offre de soins, Conformément à la même loi-cadre, est composée des infrastructures et des installations de santé fixes ou mobiles, relevant du secteur public et du secteur privé, des ressources humaines qui leurs sont affectées, ainsi que des moyens mis en couvre pour produire des prestations de soins et de services en réponse aux besoins de santé des individus, des familles et des collectivités.

Alors qu'en vertu du nouveau décret n°2-14-562, relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins, pris pour l'application de la loi-cadre 34-09, le territoire national est découpé désormais en territoires de santé qui constituent des bassins de desserte de la population desservis par un ou plusieurs établissements ou installations de santé. La délimitation de ces territoires qui se base sur la division administrative du royaume, peut être complétée le cas échéant par un découpage spécifique fixé par le ministre de la santé en vue d'arrêter les territoires les plus pertinents pour l'action sanitaire. Dans ce cadre les territoires de santé sont : Les circonscriptions sanitaires ; Les préfectures et provinces sanitaires ; Les régions sanitaires ; Les territoires de santé inter-régionaux[384].

[383] Loi cadre N° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins .Promulguée par le dahir N° 1-11-83 (BO N° 5962 du 21 juillet 2011, Page 1856).

[384] Voir supra dans le cadre de la régionalisation sanitaire.

Aussi, selon ce nouveau décret, l'offre de soins est régie par le principe de gradation des niveaux de soins. Elle repose sur un système de référence et de contre référence, qui régule les parcours de soins des patients en dehors des situations d'urgence. Ce système peut être organisé à l'intérieur du même territoire de santé sous forme de réseaux coordonnés de soins[385], ou entre les territoires de santé sous forme de filières de soins[386].

De même, cet offre de soins au Maroc doit être répartie sur l'ensemble du territoire national d'une manière équilibré et équitable, et dans le respect des principes du système de santé susmentionnés et conformément aux dispositions de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins. Dans ce cadre, le secteur public et le secteur privé, qu'il soit à but lucratif ou non, doivent être organisés de manière synergique afin de répondre de manière efficiente aux besoins de santé par une offre de soins et de services complémentaires , intégrés et coordonnés .

Dans ce cadre, La carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins, ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins public et privé, en vue de satisfaire de manière optimale les besoins en soins et services de santé de la population, de réaliser l'harmonie et l'équité dans la répartition spatial des ressources matérielles et humaines, de corriger les déséquilibres régionaux et intra régionaux et maitriser la croissance de l'offre .

B – Les fonctions de la carte sanitaire

La carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins, constitue le cinquième titre de la loi cadre N° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.

La carte sanitaire est établie par l'administration, après avis de la commission nationale de l'offre de soins[387], pour une durée maximum de 10 ans. Elle doit être évaluée tous les 5 ans, et révisée le cas échant, conformément à la même procédure, en cas de changement majeur de données ayant servi à son élaboration.

Selon cette la loi-cadre la carte sanitaire définit aux niveaux national et régional, les composantes de l'offre et notamment :

- Les types d'infrastructure et des installations sanitaires ;
- Les normes et les modalités de leur implantation territoriale.

---

[385] Selon le décret n° 2-14-562, le **réseau coordonné de soins** est une organisation horizontale non hiérarchisée de la prise en charge des patients au sein du même territoire sanitaire. Il vise le renforcement de la coordination d'une prise en charge médicale multidisciplinaire.

[386] Selon le décret n° 2-14-562 , la **filière de soins** une organisation verticale hiérarchisée de la prise en charge des patients avec un premier contact d'accès aux soins, représenté par le Médecin Généraliste ou le Médecin Traitant, et des niveaux de recours aux soins organisés selon la nature de la morbidité et les protocoles thérapeutiques quand ils existent.

[387] Voir infra

La carte sanitaire et établie sur la base de l'analyse globale de l'offre de soins existante, des donnés géo-démographiques et épidémiologiques et en fonction du progrès technologique médical.

Aussi, la carte sanitaire fixe le découpage sanitaire du territoire national[388], en fonction du bassin de desserte de la population et de ses caractéristiques épidémiologiques, géographique, démographique, socio-économiques et administratives. De même, la carte sanitaire détermine au niveau national, interrégional et pour chaque régions :

- L'agrégat de l'infrastructure sanitaire existante ;
- L'importance, la nature et le bassin de desserte l'infrastructure sanitaire et des installations fixes et mobiles.
- La carte sanitaire détermine également les réseaux de prise en charge de problèmes et risques particuliers de santé ainsi que les ressources humaines selon les besoins et spécialités.

A cet effet, et selon le nouveau décret, La création et l'implantation des infrastructures et des installations de santé, ainsi que des équipements biomédicaux lourds sont décidées dans le cadre de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins ,selon des normes et des critères relatifs notamment au découpage sanitaire, à la taille de la population et à l'attractivité socio-économique. A cet égard la création et l'implantation des infrastructures et des installations publiques doivent répondre aux critères suivants :

- Pour le réseau des établissements de soins de santé primaires (RSSP) :

• Un centre de santé rural de premier niveau : pour une population minimale de desserte de 7.000 habitants.
• Un centre de santé rural de deuxième niveau : pour une population minimale de desserte de 25.000 habitants.
• Un centre de santé urbain de premier niveau : pour une population minimale de desserte de 25.000 habitants.
• Un centre de santé urbain de deuxième niveau : pour une population minimale de desserte de 50.000 habitants.

- Pour le réseau hospitalier :

• Le nombre de lits hospitaliers à prévoir est défini, au niveau régional, en fonction de la taille de la population conformément à une formule bien déterminée.
• La création et l'implantation d'un hôpital provincial ou préfectoral exige, en plus du respect de découpage sanitaire, une population minimale de 200 000 habitants. En dessous de cette taille, et selon les besoins de la population, un hôpital de proximité peut être créé si la population de desserte est de 70 000 habitants au moins.

[388] Voir les **territoires de santé** dans le cadre de régionalisation sanitaire.(Chapitre 2 du titre 1 de la 2ème partie)

• La création et l'implantation d'un centre hospitalier interrégional, doit desservir au moins deux régions sanitaires et couvrir une population de près de 3 Millions d'habitants.

Ce nouveau décret précise dans son annexe 1, que le panier des prestations hospitalières est fixé par trois niveaux d'intervention[389]. Alors que l'implantation de tout équipement biomédical lourd et l'implantation de toute installation de haute technologie par des établissements de santé publics ou privés[390], sont soumis à l'autorisation préalable du ministre de la santé selon les modalités fixées par arrêté dudit ministre.

II- Des schémas régionaux de l'offre de soins

Les fonctions et les modalités des schémas régionaux de l'offre de soins.

A – Les fonctions des schémas régionaux de l'offre de soins

Le schéma régional de l'offre de soins, d'après la loi-cadre, et un outil de planification et d'organisation de l'offre de soins au niveau régional .Il détermine par préfecture ou par province, eu égard à la carte sanitaire, en fonction du découpage sanitaire intra régional et sur la base de l'analyse des besoins :

- L'inventaire de l'infrastructure sanitaire existante
- La projection des établissements de santé, des lits et des places, des spécialités, des fixes et mobiles publiques et privées, et des équipements lourds ainsi que leurs répartition territoriale.
- La répartition territoriale et les projections des effectifs des ressources humaines.

Aussi, le schéma régional de l'offre de soins constitue la base pour l'organisation des liens fonctionnels entre les secteurs public et privé, entre régions et entre préfecture et provinces les composants, pour la coordination de leurs actions. Et en fonction des besoins, il peut porter sur un domaine sanitaire spécifique ou sur l'organisation des ressources rares.

B - Les modalités des schémas régionaux de l'offre de soins

D'après la loi-cadre, le schéma régional de l'offre de soins sera établi par la direction régionale de la santé concernée, pour une période de 5 ans, après avis de la commission régionale de l'offre de soins compétente. Il pourra être révisé par la même procédure, en cas de changement des normes ou des modalités d'implantation des infrastructures et des installations sanitaires dans la carte sanitaire ayant des effets sur le schéma régional.

Aussi, la création et l'implantation de tout établissement de santé public, des cliniques et établissements assimilés, des cabinets de radiologies et des laboratoires d'analyses de biologie médicale s'effectuent par référence aux orientations de la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins.

---

[389] Voir en annexe le Panier des prestations hospitalières par niveaux d'intervention.

[390] Voir en annexe, la liste des équipements biomédicaux lourds et installations de haute technologie, les équipements et installations. (Cette liste peut être modifiée ou complétée par arrêté du ministre de la santé).

Il sera délimité les zones géographiques où la création de certains établissements de santé privés n'est autorisée que compte tenue de la nature de ces établissements et des besoins de la population. De même, la loi-cadre soumis la création de toute installation de haute technologie, des équipements biomédicaux lourds ainsi que tout système de régulation des services d'assistance médicale urgente, au respect de la carte sanitaire et du schéma régional de l'offre de soins. A cet égard Il sera institué un régime d'autorisation de l'ensemble de ces dispositifs. Et l'exploitation commune de ces installations ou certains équipements par plusieurs établissements de santé peuvent être autorisés.

Pour l'implantation des officines de pharmacie, et sous réserve des dispositions législatives et réglementaire relatives à la distance entre les officines, il pourra être instauré, sur la base de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins, un numerus clausus.

Aussi, Peuvent bénéficier de mesures d'encouragement aux investissements dans le domaine de la santé, dans les conditions prévues dispositions législatives et réglementaire en vigueur, et sous réserve du respect du cahier de charge établie par l'administration :

- Les fondateurs des établissements de santé privés, à but non lucratif, qui acceptent de respecter la carte sanitaire ;
- Les médecins et les médecins dentistes qui acceptent de se soumettre à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre ;
- Les fondateurs des établissements privés qui acceptent de faire partie d'un réseau de soins d'utilité publique fixé par l'administration dans le cadre d'un projet de partenariat public-privé.

III - La commission nationale et régionales de l'offre de soins

En application de l'article 30 de la loi cadre n°34-09, Il est institué une commission nationale et des commissions régionales de l'offre de soins, dont les missions, la composition et les modalités de fonctionnement sont déterminées par le nouveau décret n°2-14-562.

A- La commission nationale de l'offre de soins

La commission nationale de l'offre de soins a pour mission, de donner son avis sur le projet de carte sanitaire et sur tout projet de révision de celle-ci. Elle est présidée par le Ministre de la Santé ou, en cas d'empêchement de ce dernier, par le secrétaire général du ministère de la santé. Outre son président, la commission comprend les membres suivants :

• Deux représentants de l'autorité gouvernementale chargée de l'Intérieur, dont le directeur général des collectivités locales ou son représentant ;

• Un représentant de l'autorité gouvernementale chargée de l'économie et des finances ;

• Un représentant de l'autorité gouvernementale chargée de l'aménagement du territoire ;

• Un représentant de l'autorité gouvernementale chargée de l'enseignement supérieur ;
• Un représentant de l'autorité gouvernementale chargée de l'équipement et de la logistique ;
• Un représentant du haut-commissariat au plan ;
• L'inspecteur du service de santé des Forces Armées Royales ou son représentant
• Le président du conseil national de l'ordre national des médecins ou son représentant ;
• Le président du conseil national de l'ordre des pharmaciens ou son représentant
• le président du Conseil National de l'Ordre des médecins dentistes ou son représentant ;
• Les directeurs des centres hospitaliers régis par la loi 37-80[391] ;
• Les directeurs de l'administration centrale du Ministère de la santé ;

La commission nationale de l'offre de soins peut s'adjoindre, à titre consultatif, toute autre personne dont la participation à ses travaux lui parait utile. Cette commission se réunit à l'initiative de son président et sur sa convocation, elle est tenue de se prononcer par avis sur les projets qui lui sont soumis dans un délai maximum de trente 60 jours à compter de la date de sa saisine. Aussi ses décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents et en cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante. Les travaux et avis de la commission nationale sont consignés dans des procès-verbaux signés par le président. Alors que le secrétariat de la commission nationale est assuré par la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires relevant du ministère de la santé.

B - Les commissions régionales de l'offre de soins

Chaque commission régionale de l'offre de soins, a pour mission de donner son avis sur le projet de schéma régional de l'offre de soins relatif à l'espace territorial de la région concernée et sur tout projet de révision de celui-ci, chaque commission régionale de l'offre de soins est présidée par le wali de la région concernée ou son représentant. Outre son président, chaque commission comprend les membres suivants :
• Les gouverneurs des préfectures et provinces de la région ou leurs représentants ;
• Le président du conseil de la région ou l'un des vice-présidents de ce conseil ;
• Un représentant de l'autorité gouvernementale chargée de l'aménagement du territoire au niveau de la région ;
• Le Président du conseil régional de l'ordre national des médecins ou son représentant ;

[391] Actuellement il y a projet de loi sur les centres hospitalier qui va remplacer la loi 37-80.

• Le Président du conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens d'officines ou son représentant ;
• Le Président du conseil régional de l'ordre des médecins dentistes ou son représentant ;
• Le directeur du Centre Hospitalier interrégional, dont le siège se trouve au niveau de la région ;
• Trois représentants des directions centrales relevant du Ministère de la santé désignés par le Ministre de la santé ;
• Le directeur régional de la santé ;
• Les délégués du ministère de la santé aux préfectures et provinces de la région.

Chaque commission régionale peut s'adjoindre, à titre consultatif, toute autre personne dont la participation à ses travaux lui parait utile.

Le secrétariat de la commission régionale de l'offre de soins est assuré par la direction régionale de la santé et se réunit à l'initiative de son président et sur sa convocation. Chaque commission régionale est tenue de donner son avis sur le projet qui lui est soumis dans un délai maximum de trente 60 jours à compter de sa saisine. Alors que ces décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents et en cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante. Les travaux et avis de la commission sont consignés dans des procès-verbaux, signés par son président, dont une copie est envoyée au président de la commission nationale de l'offre de soins.

§2- Une loi libéralisateur de l'investissement dans l'offre de soins privé et des plans pour une meilleur gouvernance de l'offre de soins public et des soins médicaux d'urgence

Planifier c'est tenir compte de l'avenir à travers un plan formel, c'est pourquoi la bonne gouvernance de l'offre de soins publics, qu'elle soit en temps normal ou en cas d'urgence sera basée sur des plans. Aussi, une nouvelle loi sur l'exercice de la médecine ,marquera le renouveau de l'offre de soins privé au Maroc.

I- La loi 131-13 sur l'exercice de la médecine

A- Le contexte de la loi 131-13

La nouvelle loi n°131-13[392] sur l'exercice de la médecine a abrogées les dispositions de la loi n° 10-94. Alors que le nouveau décret n°2-15-447[393] a abrogé les dispositions de l'ancien décret sur l'exercice de la médecine .Toutefois, demeurent en vigueur, l'arrêté du Ministre de la santé n°1693-00 de 2000 fixant les normes techniques des cliniques, et l'arrêté n°80-02 de 2003 fixant les normes techniques des centres d'hémodialyse.

Cette nouvelle loi se propose d'adapter l'ancien texte au progrès de la pratique médicale et aux profondes mutations du système de santé ,tout en tenant compte de l'évolution de l'environnement médical et économique

[392] La loi 131-13 relative à l'exercice de la médecine (BO n° 6344 28 joumada 1436 (19-3-2015) page 1047).
[393] Décret n°2-15-447 du 16 mars 2016 pris pour l'application de la loi n°131-13 relative à l'exercice de la médecine (BO n° 6454 du 28 joumada II 1437 (7- 4- 2016) page 467).

international ,pour rendre le système de santé plus attractif à l'investissement vu les opportunités qu'offre le développement du commerce des services de santé et de la biotechnologie médicale , ce qui va sans doute promouvoir le niveau de l'offre de soins et faciliter son accès d'une façon équitable.

Ceci passe nécessairement par la garantie du respect d'un certain nombre de principes et de règles juridiques, qui renforcent la protection de l'acte médical et l'indépendance professionnelle du médecin et régissent en toute transparence les relations entre le médical et le non médical dans un contexte d'ouverture du capital et ce, à l'instar de beaucoup de pays.

B- Les apports de la loi 131-13

La loi 131-13**,** actualise les dispositions relatives au cabinet médical en autorisant la création de cabinet de groupe, dont il définit les modalités de sa création et de son fonctionnement. Elle reconnaît pour la première fois la possibilité pour un médecin titulaire d'un cabinet médical, d'accepter la collaboration d'un confrère qui n'a pas d'adresse professionnelle, aussi de recourir pour une période déterminée à un médecin assistant en cas de maladie ,ou pour des besoins de santé publique notamment en cas d'affluence de la population pendant les périodes estivales, toute en garantissant l'indépendance professionnelle de tout médecin et protégeant la relation privilégiée médecin malade.

Et pour la première fois, la nouvelle loi introduit le contrôle continue de conformité des cabinets aux normes techniques, et la télémédecine comme un nouveau mode d'exercice de la médecine.

Quant aux cliniques, la loi 131-13 reprend la définition en y introduisant la notion de l'hôpital de jour, et annonce certains établissements assimilés à la clinique puis renvoie à la voie réglementaire la fixation de la liste des autres établissements qui pourraient, en raison de leurs fonctions, lui être assimilés. Il soumet la création de l'ensemble au respect de procédures particulières et de normes spécifiques aux cliniques et à chaque type d'établissements.

La nouveauté, est que la loi distingue entre l'investissement qui peut être non médical, et le monopole médical qui relève exclusivement du médecin. Alors le capital de la clinique ou l'établissement qui lui est assimilé ,peut selon la loi, appartenir soit à une personne physique, à la condition que celle-ci soit médecin et qu'elle en assure la direction médicale, soit à un groupe de médecins constitués en société civile professionnelle, en association ou en société commerciale, soit encore à une société commerciale constituée de non médecins ou de médecins et de non médecins, ou soit enfin à toute autre personne morale de droit privé poursuivant un but non lucratif, qu'elle soit instituée par un texte législatif (fondation) ,ou constituée conformément à la législation en vigueur relative aux associations.

Quant au fonctionnement et à l'organisation de la clinique, la loi 131-13 prévoit de nouvelles dispositions concernant : La fonction de directeur médical, chargé de l'organisation des soins dont il définit en détail les missions, aussi la

création par la clinique du comité médical d'établissement composé exclusivement des médecins praticiens au sein de la clinique, de même la loi prévoit l'institution par la clinique d'un comité d'éthique, et l'introduction de règles préservant l'indépendance professionnelle du médecin ,ensuite interdit le salariat et la création ou la gérance d'une clinique ou un établissement assimilé par un organisme d'assurance maladie. Outre l'inspection dont il clarifie les règles, la loi prévoit l'audit régulier des cliniques et établissements assimilés au moins une fois tous les 3 ans à la suite d'un préavis de 3 mois.

Qu'ils exercent en cabinet ou en clinique, tous les médecins seront désormais astreints à souscrire une assurance, couvrant leur responsabilité civile pour les actes médicaux dispensés par eux. Enfin, la nouvelle loi traite chacun des autres modes d'exercice (médecine du travail, de contrôle ou d'expertise).

II – Pour une bonne gouvernance de l'offre de soins

Le Ministère de la santé a prévu à cet égard, un plan d'extension de l'offre hospitalière et un plan pour la couverture sanitaire mobile.

A - Un plan d'extension de l'offre hospitalière

Le plan d'extension de l'offre hospitalière (PEOH) ,sera élaboré sur la base de 2 stratégies de couverture : Fixe et mobile et eu égard aux dispositions de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre (SROS).Vu le besoin, la stratégie du Ministère de la santé 2012-2016, a prévu le renforcement et la mise à niveau de l'offre de soins hospitalière par :

- L'achèvement des travaux de construction des Centres Hospitaliers Universitaires de Fès, Marrakech et Oujda ;
- Le lancement des travaux de construction des Centres Hospitaliers Universitaires de Tanger et d'Agadir ;
- La construction, réhabilitation de 26 hôpitaux dans le cadre du projet «SANTE-III» et du projet CORCAS ;
- Mise en service et mise à niveau de 22 hôpitaux locaux ;
- Construction de 3 nouveaux hôpitaux locaux (Tarfaya, Moulay Yaâcoub et Driouech) ;
- Achèvement de la mise à niveau des laboratoires cliniques

Aussi, le Ministère veut renforcer les prestations de soins et services hospitaliers par :

- L'organisation des caravanes médicales spécialisées ;
- L'acquisition de 2 hôpitaux mobiles ;
- Le renforcement des pôles régionaux en plateau technique (IRM et scanners) et le renforcement de la disponibilité des spécialistes dans les hôpitaux publics à travers un partenariat public-privé avec les représentants des médecins privés;
- L'achèvement de la mise à niveau des pharmacies hospitalières ;

- L'amélioration de l'accès de la population aux dispositifs médicaux coûteux (besoins estimés à 1% des admissions en hospitalisation)[394].

B –Un plan pour la couverture sanitaire mobile

Le Ministère de la santé a prévu l'élaboration d'un standard pour l'organisation de la couverture sanitaire mobile qui a pour objectif :

- Redynamisation de la structure centrale chargée du suivi et de l'évaluation de la stratégie mobile ;
- Organisation d'un atelier pour l'élaboration d'un standard pour l'organisation et le fonctionnement de l'équipe mobile ;
- Acquisition des moyens de mobilité et des équipements nécessaires ;
- Elaboration d'une convention cadre entre le Ministère de la Santé et les Collectivités Locales pour impliquer la communauté dans les activités de l'équipe mobile depuis la programmation jusqu'à l'exécution et l'évaluation des réalisations ;
- Facilitation de l'accès de la population aux examens biologiques, radiologiques et consultations spécialisées ;
- Organisation d'un atelier pour l'élaboration d'un standard pour l'organisation et le fonctionnement de l'équipe mobile[395].

II – Pour une meilleure gouvernance des soins médicaux d'urgence

Le nouveau décret n° 2-14-562[396] a consacré parmi les 4 réseaux du système de santé, un réseau intégré des soins d'urgence médicale, aussi les urgences sont l'objet d'un Plan National des Urgences Médicales 2012-2016.

A – Un Plan National des Urgences Médicales 2012-2016

Le plan national des urgences médicales, présenté à SM le Roi Mohammed VI le 5 mars en 2013 par le ministre de la santé, prévoit une profonde restructuration et réorganisation de la filière des urgences médicales, la mise en place de ce nouveau dispositif sera progressive, et concerne toutes les fonctions de l'urgence médicale depuis la permanence médicale jusqu'à la réanimation spécialisée. Le déploiement de ce plan se fera en collaboration avec tous les intervenants en situation d'urgence, notamment la protection civile, la gendarmerie royale, les Forces armées royales, le ministère de l'Intérieur, le ministère de l'Equipement et du Transport et le secteur privé .nous allons sommairement présenter les axes de ce plan.

A.1 Définition des niveaux de recours des urgences médicales

Selon le décret n° 2-14-562**,** le réseau intégré des soins d'urgence médicale est réguler est par des services d'assistance médicale urgente (SAMU). Ce réseau accomplit sa mission selon les trois modes correspondant aux trois niveaux de soins médicaux d'urgences définit par le plan National des Urgences Médicales à savoir :

---

[394] La stratégie du Ministère de la santé 2012-2016
[395] Plan d'action 2008-2012. Ministère de la santé .Maroc.
[396] Voir supra

- Le premier niveau : Les Urgences Médicales de Proximité (U.M.P), assurées par les centres de santé de deuxième niveau implantés dans les chefs-lieux de cercles. Il est programmé d'ici 2016, la création de 80 unités pour ces urgences médicales de proximité, dont 30 en 2013 ;
- Le deuxième niveau : Les Urgences Pré-hospitalières (UPH), assurées par les moyens de transport de secours de base, les services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) et les services médicaux héliportés (HELISMUR), concerne les soins médicaux d'urgence de base. Ils sont prodigués au niveau des Hôpitaux Locaux, Hôpitaux, Provinciaux et Préfectoraux, dans lesquels s'exercent les disciplines de base : la médecine générale, la chirurgie générale, la pédiatrie et l'obstétrique avec une activité minimale pour les urgences et la réanimation ;
- Le troisième niveau : Les Urgences médico-hospitalières, qui comprennent les urgences médico hospitalières de base assurées par les centres hospitaliers préfectoraux ou provinciaux, les urgences médico-hospitalières complètes assurées par les centres hospitaliers régionaux et les urgences médico-hospitalières spécialisées assurées par les centres hospitaliers interrégionaux.

La liste des fonctions d'urgences médicales assurées dans le cadre des trois modes précités est fixée à l'annexe 2 du décret n° 2-14-56[397].

A.2 Les autres axes du Plan National des Urgences Médicales

Le Renforcement des urgences pré hospitalières et l'un des axes du Plan National des Urgences Médicales 2012-2016,il faut rappeler ici que Le Ministère de la Santé a organisé, le 19 mars 2014, la 1ère Rencontre Nationale de ces Services « SAMU », qui s'inscrit dans le processus de mise en œuvre de ce Plan National. Dans ce cadre le plan a prévu la mise en place de 11 SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) ,ou Centres de Régulation des appels médicaux, c'est un dispositif assurant l'harmonisation indispensable au bon fonctionnement de la prise en charge des urgences, avec La mise en service du numéro national unique et gratuit des appels médicaux d'urgence "141",et l'opérationnalisation des 15 SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation) , rattachés aux SAMU fonctionnels et couvrant 13 Régions, et la création de 20 nouveaux SAMU obstétricaux ruraux. Ces SAMU seront cadrés par un Réseau Intégré des Urgences Médicales (RISUM), organisé par un comité de coordination sur la base de convention de partenariat définissant les modalités d'intervention des différents partenaires, ce qui va renforcer la collaboration intersectorielle et le Partenariat Public – Privé.

Aussi, parmi les éléments du Plan National des Urgences Médicales 2012-2016, l'entrée en vigueur progressive du transport sanitaire héliporté de 4 «

[397] Voir en annexe la liste des fonctions d'urgences médicales assurées dans le cadre des trois modes précités.

Héli-SMUR », ainsi que la rénovation et le renforcement du parc ambulancier, avec l'acquisition d'ambulances hautement équipées : 30 de type A, médicalisées et 18 de type B, équipées pour le transfert sanitaire.

Ce plan comporte également le développement des urgences médicales spécialisées par : La mise à niveau et renforcement des services de réanimation au niveau régional et universitaire ; le développement des pôles d'urgences médicales spécialisées dans les disciplines de néonatalogie, de psychiatrie, des brulés ; la création des Trauma-centres au niveau des Centre Hospitaliers Universitaires.

Alors que la prise en charge en urgence médicales sera améliorée selon ce plan en :

- Assurant la disponibilité, l'accessibilité et la traçabilité des médicaments et dispositifs médicaux vitaux au niveau des filières de soins urgences ;
- Développant du système d'information des urgences et encouragement de la recherche et de l'expertise en évaluation dans le domaine de la médecine d'urgence ;
- Misant en place des protocoles et des procédures de prise en charge des urgences médicales.

Enfin, au niveau des ressources humaines, le plan prévoit le renforcement des effectifs et la promotion de la formation continue des professionnels de santé des services des urgences[398].

B - Un plan national de veille et de préparation à la riposte contre la maladie à virus Ebola

La flambée épidémique de la maladie à virus Ebola qui sévit actuellement en Afrique de l'Ouest (Guinée, Liberia et Sierra Léone, Nigéria), continue d'évoluer de façon alarmante selon les dernières déclarations de l'OMS. Ainsi, au 07 septembre 2014, un cumul de 4390 cas dont 2266 décès (létalité de 51%) ont été rapportés à l'OMS. Au niveau des trois pays les plus affectés (Guinée, Liberia et Sierra Léone), 48% des cas et 51% des décès ont été enregistrés en l'espace de 21 jours (entre le 71 août et le 6 septembre 2014(. Ce qui témoigne de la rapidité avec laquelle l'épidémie évolue.

Depuis l'annonce par l'OMS de cette flambée épidémique au mois de mars 2014, un dispositif national de veille et de préparation à la riposte contre cette maladie mortelle a été mis en place au Maroc par le Ministère de la santé en collaboration avec ses partenaires nationaux et en coordination avec l'OMS. Ce dispositif a pour objet de prévenir le risque d'introduction et de propagation de la maladie dans notre pays. Il s'articule autour des quatre axes d'intervention suivants[399] :

---

[398] Voir le chapitre III du titre II de la 2ième partie sur la qualité des soins.

[399] Note synthétique sur le plan national de veille et de préparation à la riposte contre la maladie à virus Ebola. MS. Maroc.

1. Mesures visant la prévention de l'introduction du virus dans le territoire national : Comme le contrôle sanitaire aux points de sortie des pays touchés (Aéroports, ports, frontières terrestres) conformément aux exigences de l'OMS :

2. Mesures de veille visant la détection précoce des cas suspects : Comme la surveillance de l'état de santé des passagers à bord par les membres de l'équipage. Et le renforcement des services de contrôle sanitaire aux frontières en ressources humaines et en équipements de protection**.**

3. Instauration d'un dispositif de prise en charge et de diagnostic : Comme la mise en place de moyens pour le transport sécurisé des cas suspects, à savoir des ambulances du Ministère de la Santé et de la protection civile ; Et l'aménagement et préparation des unités d'isolement et de prise en charge des cas suspects au niveau des centres hospitaliers régionaux (CHR).

4. Communication et sensibilisation sur le risque : Par l'information de l'opinion publique sur la situation épidémiologique de la maladie et sur le dispositif national de veille et de préparation.

Sect. 2 : Gouvernance hospitalière basée sur la contractualisation sanitaire

La régulation de l'offre de soins suppose aussi une bonne Gouvernance hospitalière, basée sur la contractualisation sanitaire, celle-ci peut être interne ou externe, mais avant une vue rapide sur la contractualisation en générale s'impose.

§ 1- La Contractualisation sanitaire en générale

Nous allons voir sommairement dans cette sous-section, d'une part la définition et la typologie de la contractualisation sanitaire en générale, et d'autre part l'intérêt et les limites de cette dernière.

I- Définition et intérêt

La contractualisation, selon Larousse, et l'action de contractualiser quelque chose ou quelqu'un, nous allons voir sa définition et son intérêt dans le domaine de la santé.

A – Définition de la contractualisation

La contractualisation est une manière d'organiser les relations professionnelles entre divers acteurs, à travers des arrangements contractuels qui sont des alliances volontaires de partenaires indépendants ou autonomes, qui s'engagent avec des obligations réciproques, et qui attendent chacun des bénéfices de leurs relations. Elle a un rôle important dans l'amélioration de la santé de la population, à travers l'amélioration de la performance obtenue grâce à une meilleure organisation des systèmes de santé. Cet outil peut être utilisé par tous les acteurs qu'ils soient publics ou privés[400] .

La Politique contractuelle renvoie à un choix des pouvoirs publics, qui s'exprimera au mieux à travers un ensemble d'instruments juridiques

[400] La contractualisation dans les systèmes de santé- Jean Perrot et Eric de Roodenbeke- 2005.

(dispositions législatives et/ou réglementaires, documents d'orientation ou de politique générale) élaborés expressément dans le but d'autoriser et de favoriser le développement de l'approche contractuelle en santé[401].

La contractualisation est une nouvelle voie dans la gestion moderne, rationnelle et transparente et qui trouve sa place dans toute réforme de système de santé. Son intérêt réside dans le fait que, toute mise en œuvre d'un plan d'action, ne peut aboutir sans le soutien de la tutelle et ce dans le cadre d'un contrat négocié[402].

B - Typologie de la contractualisation

Nous proposons une typologie faite de trois grands types de contrats[403] :

- Contrat basé sur la délégation de responsabilité qui correspond aux situations où un acteur préfère déléguer, par contrat, sa responsabilité à un autre acteur qui agira en son nom et à sa place.
- Contrat basé sur l'achat de services qui correspond aux situations, où un détenteur de ressources financières préfère acheter la prestation de services plutôt que de produire lui-même ce service.
- Contrat basé sur la coopération qui correspond à des accords établis dans une perspective de long terme, impliquant une interaction entre des organisations indépendantes qui combinent ou mettent en commun leurs efforts pour atteindre des objectifs communs.

Dans ce dernier type de contractualisation est distingué deux grandes catégories selon le degré d'interpénétration organisationnelle[404] :

- Les accords à interpénétration organisationnelle faible, qui correspondent à des situations où les acteurs se mettent d'accord sur le cadre de coopération (objectifs et moyens) en laissant des marges d'autonomie concernant la mise en œuvre des activités ; c'est le cas de la franchise, la collaboration entre établissements de soins et associations de bénévoles et l'approche en terme de réseaux.
- Les accords à interpénétration organisationnelle forte, qui correspondent à des situations où les acteurs s'entendent sur un cadre de coopération (objectifs et moyens) et réalisent ensemble certaines activités, voire toutes les activités, permettant d'atteindre les objectifs du contrat ; c'est le cas de la cogestion et des alliances.

II – Intérêt et limites de la démarche contractuelle

---

401 L'approche contractuelle- Guide pour la conduite de la contractualisation- Tome 1- Guide méthodologique, MMI, CIDR et ASI.

402 A.JUPPE : Rôle du praticien dans la réforme de la gestion hospitalière. (Contribution à la réflexion sur la réforme hospitalière, Ministère de la santé .Maroc).

403 Le recours à la contractualisation dans les systèmes de santé –principaux messages, résumés techniques pour décideurs, n° 4, 2005, OMS.

404 La contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE, Discussion paper, N°4-2006-OMS.

A- Intérêt et de la démarche contractuelle

La démarche contractuelle est nouvelle dans les systèmes de santé, notamment dans les pays en développement. La multiplication et la diversification, mais aussi la spécialisation des acteurs travaillant dans le domaine de la santé, impliquent des relations entre eux qu'il faut organiser : La contractualisation le permet. Dans un mouvement accru en faveur de la déconcentration, les acteurs publics ne peuvent plus fonctionner en effet sur un mode hiérarchique alors que la gouvernance est au cœur des préoccupations. La contractualisation leur apporte des possibilités multiples, soit pour mieux collaborer entre eux, soit pour mieux exécuter leurs missions[405].

L'intérêt de l'instauration de mécanismes de régulation des arrangements contractuels peuvent être de plusieurs ordres :

- L'approche par les contrats types permet une harmonisation des pratiques mais ne peut porter que sur des domaines spécifiques. Il n'est pas possible d'avoir un contrat-type pour toutes les catégories de contrats.
- L'approche par des documents d'orientation sur des domaines spécifiques comme c'est le cas de la gestion déléguée, le Partenariat Public- Privé et l'externalisation. Il y aurait ici encore autant de documents que de types de contrat.
- L'approche par les conventions- cadre. Dans ce cas, un groupe d'acteurs se pose en interlocuteur (un groupe de prestataires, un réseau d'ONG), là encore, il y aura autant de conventions- cadre que de groupement d'intérêt.
- Une structure d'appui technique à la contractualisation avec pour objectif final d'appuyer et conseiller le niveau opérationnel. Il pourrait s'agir d'émettre un avis préalable sur les contrats, d'élaborer des guides, de faire des formations, de mener des évaluations et de donner conseil en matière des textes réglementaires.

Ces quatre outils cités ci-dessus vont permettre une certaine régulation, et une certaine harmonisation mais qui seront partielles et limités. Il est donc nécessaire de les inscrire dans la politique nationale de santé.

B –Les limites de la démarche contractuelle

La contractualisation ne se limite pas à un simple contrat, c'est un processus composé de plusieurs étapes qui se succèdent dans le temps, et qui nécessite au préalable une volonté politique et des compétences techniques des acteurs. Les arrangements contractuels spécifiques n'ont pas que des avantages, surtout quand ils sont faits en l'absence de toute politique nationale de contractualisation. La juxtaposition des arrangements contractuels spécifiques avec des approches non systématisées et en l'absence d'un rôle régulateur de l'Etat abouti à un faible impact sur le système de santé. De même qu'un développement de la contractualisation au gré des opportunités et sans stratégie

[405] BELGHITI A. A. Principes généraux de la planification à l'hôpital, Rabat, novembre 2001, édition 2005.

clairement définie peut entraîner des dérives et des dérapages puisqu'il n'y a pas de garde-fou et il y a manque de professionnalisme.

§2- La contractualisation au niveau du Ministère de la santé

Au Maroc, les pratiques contractuelles ou conventionnelles existent sous des formes variées, sollicitant à la fois des partenaires publics et privés. Elles revêtent des formes allant des contrats programmes sectoriels à des contrats entre l'Etat et les collectivités locales ou les entreprises publiques, aux mécanismes de financement conventionnel d'organismes non gouvernementaux, ou encore à des contrats de ville engageant à la fois l'Etat, les collectivités locales et les investisseurs privés[406].

Dans le domaine de la santé nous distinguant deux niveaux de la contractualisation qui se complètent, il s'agit d'une part de la contractualisation externe dite « contrat- programme », et d'autre part, la contractualisation interne dite « projet d'établissement hospitalier ».

I- La contractualisation externe : Le contrat- programme

A – La contractualisation externe

La contractualisation constitue un outil moderne de définition des règles de « vie en commun » entre les partenaires, de responsabilisation des acteurs aussi bien les élus, les représentants de l'Etat que les services déconcentrés, d'amélioration de la gestion publique et de simplification des procédures. Ainsi, la contractualisation répond à la fois à l'objectif de l'efficacité et de la crédibilité des actions publiques[407].

La contractualisation postule, une responsabilisation des différents porteurs de projets sur la base d'objectifs précis, et une évaluation objective des résultats , c'est une démarche qui permet le pilotage des projets dans de meilleures conditions, et facilite les recadrages nécessaires en temps opportun et avec une proactivité plus agissante .C'est pourquoi la contractualisation a été le sujet de la communauté internationale lors de la cinquante sixième assemblée mondiale de la santé tenue le 28 Mai 2003. Cette assemblée a invité les Etats membres à s'assurer que la contractualisation dans le secteur de santé suit des règles et des principes qui soient en harmonie avec la politique nationale de santé et à élaborer des politiques contractuelles afin de maximiser l'impact sur la performance de santé et d'harmoniser les pratiques des acteurs de manière transparente pour éviter les effets négatifs[408].

Aussi, selon la stratégie 2012-2016 du Ministère de la santé ,l'Amélioration de la gouvernance hospitalière nécessite la réforme des Centres Hospitaliers Universitaires, et le Renforcement de leur autonomie en mettant en place des

---

[406] CCR/Rapport sur la régionalisation avancée/Livre III : la régionalisation avancée au service du développement éco. & social. Page 138.

[407] CCR/Rapport sur la régionalisation avancée/Livre III : la régionalisation avancée au service du développement éco. & social. Page 138.

[408] Résolution des cinquante – sixième assemblées mondiales de la santé, sur le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé- OMS. Mai 2003.

groupements hospitaliers régionaux, de même il faut réviser les modalités d'allocations des ressources financières aux hôpitaux, et surtout mettre en place des mécanismes de gestion axée sur la performance par le biais d'un système d'incitation à la performance et de contractualisation. Dans ce cadre le Ministère prévoit de renouer avec la gestion axée sur les résultats, à travers la mise en place de contrats-programmes avec les directions régionales de santé et de mettre en place des mécanismes de supervision et de ciblage[409].

B – Le contrat- programme

La contractualisation et un mode de régulation économique intermédiaire entre la régulation par le marché et la régulation bureaucratique ,reposant essentiellement sur le pouvoir hiérarchique, vise le développement de la concurrence organisée qui est un des principes pour susciter une meilleure performance des établissements de production des soins aussi bien privés que publics . Cela veut dire que les régions sanitaires, les hôpitaux et la tutelle auront à établir des ententes de gestion ou des contrats programmes. Toutefois, les mécanismes d'incitation qui sont essentiels dans tout système d'obligation de résultats, ne sont pas encore définis pour supporter cette voie de contractualisation. Dans ce cadre, il est prévu également de développement un système d'accréditation pour créer une certaine compétition dans le domaine de l'assurance qualité[410].

La contractualisation dite externe, encore appelée contrat-programme, constitue un acte juridique, technique et financier qui permet d'articuler d'une manière directe les relations entre l'institution de tutelle et l'établissement concerné. Il a pour objet de définir les projets que la structure de soins, en tant qu'établissement autonome, s'engage à réaliser dans le cadre de son plan d'action et ce conformément aux orientations générales et stratégiques des pouvoirs publics en matière de santé. Il définit en deuxième lieu l'appui financier, matériel, législatif et réglementaire que l'institution de tutelle s'engage à fournir à l'établissement pour la réalisation de son plan[411].

Il s'agit donc d'un contrat d'objectifs et de moyens qui est en fait, un mode de régulation entre l'établissement et les autorités administratives et financières hiérarchiques. Il détermine les obligations, les droits et les apports des parties concernées. Dans le secteur public par exemple, l'Etat s'engagerait à accorder à l'hôpital, une dotation répartie selon un planning donné et couvrant toute la période du contrat. De son côté l'hôpital s'engage à réaliser les opérations prévues dans son plan d'action et ce dans des conditions techniques, économiques et financières optimales en mobilisant les moyens humains et matériels nécessaires. Il doit assurer les prestations de soins dans des conditions irréprochables et au moindre coût. La contractualisation externe s'avère donc

[409]Stratégie du Ministère de la santé 2012-2016.

[410] BELGHITI A. A. Principes généraux de la planification à l'hôpital, Rabat, novembre 2001, édition 2005

[411] A.JUPPE : Rôle du praticien dans la réforme de la gestion hospitalière. (Contribution à la réflexion sur la réforme hospitalière, Ministère de la santé .Maroc).

pour l'établissement et pour les pouvoirs de tutelle, une nouvelle voie en mesure de dynamiser les actions sanitaires dans la plus grande transparence. La réforme du système de santé aura tout à gagner en prenant en considération cette recommandation[412] .

II- Contractualisation interne : Le projet d'établissement hospitalier

Le terme projet vient du mot d'origine latine « projectus » qui signifie jeter en avant, Le terme établissement peut être défini comme une personne morale qui est chargée généralement d'assurer un service public. Les deux mots pris conjointement « projet d'établissement » tirent leur origine dans les entreprises où le nom usité est « projet d'entreprise ». Cette différence dans la dénomination est liée certainement au fait que dans l'administration publique l'objectif n'est pas la recherche de profit. A travers « projet d'établissement hospitalier » la notion de service public est mise en exergue.

A – La contractualisation interne

La contractualisation dite interne ou le projet d'établissement hospitalier , et un outil de la planification stratégique, c'est un puissant levier de mobilisation des ressources humaines et d'optimisation des moyens matériels et financiers, ce projet d'établissement hospitalier ,constitue lui aussi un contrat d'objectifs et de moyens, élaboré et mis en œuvre, d'une démarche participative ascendante par les chefs des différents centres de responsabilité en concertation étroite avec la direction de l'établissement. Elle suppose une organisation parfaite de ces centres de responsabilité, dont les objectifs auront été bien définis et clairement exprimés et les taches bien précisées dans un projet d'établissement à moyen terme et dans un plan d'action à court terme. Cela suppose également que les moyens de réalisation des projets soient disponibles.

Le projet d'établissement fait l'objet de plusieurs définitions et significations. On retrouve ainsi que le projet d'établissement est un : Outil de changement[413], car il nécessite pour son implantation, une réflexion et une mobilisation interne des acteurs et des partenaires des hôpitaux[414]. Or le changement est une réalité organisationnelle qui ne laisse personne indifférent, entraînant une interrogation continuelle des pratiques et des modes d'interaction des acteurs[415]. Il remet en question la nature même des ordres qui sont légitimés par l'organisation préexistante et ses formes de contrôle[416], c'est

---

[412] A.JUPPE : Rôle du praticien dans la réforme de la gestion hospitalière. (Contribution à la réflexion sur la réforme hospitalière, Ministère de la santé .Maroc).

[413]BELGHITI A. A. Principes généraux de la planification à l'hôpital, Rabat, novembre 2001, édition 2005

[414]DDASS/DRASS Rhône Alpes. Quelle lecture du projet d'établissement ? février 2004 http://aquitaine.sante.gouv.f

[415]SENAY C : Gestion des résistances au changement dans le processus de fusion MUNICIPALE : le cas de la ville de Longueuil, mémoire de maîtrise en communication, université du Québec à Montréal, Canada, 2006.

[416] SENAY C : Gestion des résistances au changement dans le processus de fusion MUNICIPALE : le cas de la ville de Longueuil, mémoire de maîtrise en communication, université du Québec à Montréal, Canada, 2006.

aussi un moyen de communication qui correspond à un processus d'échange et de concertation entre les différents acteurs de l'hôpital ,en vue de les mobiliser autour d'un projet commun ,Il est également un Outil de développement[417],car il facilite le développement d'une vision et l'engagement des professionnels et des gestionnaires autour d'objectifs communs. Et enfin c'est un outil de planification stratégique[418], car c'est un document qui définit la mission et les objectifs de l'hôpital, analyse sa situation, dessine sa stratégie et précise les modalités de la mise en œuvre de son développement à travers des plans d'action sur 3 à 5 ans.

En raison de cet intérêt, le PEH est à la fois une contrainte et une opportunité. Une contrainte puisqu'il suppose l'initiation d'une nouvelle culture de planification à l'hôpital, basée sur un management participatif et une responsabilisation des acteurs et parce qu'il conditionne tout investissement hospitalier par l'élaboration d'un plan stratégique. C'est également une opportunité pour assurer un développement harmonieux de l'hôpital, pour améliorer la performance de l'hôpital et pour réduire les dysfonctionnements et les conflits[419].

L'engagement dans un processus de planification stratégique à l'hôpital suppose également la réalisation de trois temps essentiels : Un temps de définition de mission et de développement du diagnostic, un temps de formulation stratégique et un temps de programmation[420].

B- Le projet d'établissement hospitalier : de l'implantation à l'obligation juridique

Au Maroc, l'implantation du projet d'établissement s'est faite dans un contexte de réforme hospitalière. Il a été l'aboutissement de plusieurs expériences. La réflexion sur le PEH comme méthode rationnelle de management hospitalier a été lancée pour la première fois, en 1996, lors d'une manifestation que le Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Rabat avait organisée. En 1997, le « livre blanc » a été rédigé. Il relatait la situation du CHU, Il proposait des actions susceptibles de résoudre les problèmes qui entravaient la bonne marche de ses (dix) établissements. En 1999, à l'issue d'un séminaire, le PEH a été adopté, comme nouvel outil de planification et de gestion du CHU de Rabat. En 2000, les onze premiers PEH ont été élaborés dans le CHU de Rabat. En 2001, avec le lancement de la « réforme hospitalière

[417] SENAY C : Gestion des résistances au changement dans le processus de fusion MUNICIPALE : le cas de la ville de Longueuil, mémoire de maîtrise en communication, université du Québec à Montréal, Canada, 2006.

[418] ACODESS : Guide en organisation hospitalière : Elaborer et mettre en œuvre un projet d'établissement hospitalier dans les pays en développement (coordonnateur Cyrille Callens), version corrigée 06/03/2010.

[419] BELGHITI A. A. Principes généraux de la planification à l'hôpital, Rabat, novembre 2001, édition 2005.

[420] Voir le schéma en annexe

», le Ministère de la Santé a prévu la mise en place du PEH dans cinq hôpitaux publics pilotes (Agadir, Béni Mellal, Meknès, Safi et Settat) au travers du projet de financement et de gestion du système de santé (PFGSS). Pour la réalisation des projets d'établissement au niveau des hôpitaux pilotes la même démarche est adoptée. Les hôpitaux pilotes ont été accompagnés et encadrés dans l'élaboration par l'équipe de l'Unité de Mise en Œuvre de la Réforme (UMER) de la DHSA et par des consultants Canadiens du C-UGC. Ces PEH ont été élaborés en 2002 pour une période de cinq ans (2003-2007).

Lors des journées portes ouvertes sur le thème « la réforme hospitalière : réalités, perspectives et défis », en 2005, une des recommandations sur le rôle de la planification dans la régulation hospitalière a été d'institutionnaliser le PEH.[421].

En 2007, le projet d'établissement hospitalier devient une obligation juridique imposée par décret de 2007 relatif à l'organisation hospitalière[422], de part ce décret, chaque centre hospitalier doit préparer un document dénommé « projet d'établissement hospitalier(PEH) » qui définit, pour une durée déterminée, les objectifs généraux de l'établissement, dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la formation, de la gestion et du système d'information.

Aussi, le projet d'établissement doit être compatible avec les objectifs du schéma régional de l'offre de soins (SROS), et déterminer les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'hôpital doit disposer pour réaliser ses objectifs. Ce projet d'établissement hospitalier est établi par le directeur du centre hospitalier, Il est approuvé et rendu applicable par décision du Ministre de la santé après avis de ses représentants locaux dans le ressort territorial d'implantation de l'hôpital ou du centre hospitalier.

Au niveau de l'allocation des ressources aux hôpitaux, cet opération s'effectue sur la base de budgets programmes établie pour une période pluriannuel définissant les objectifs, les moyens et les résultats attendus, ce budget programmes est établi par référence au projet d'établissement hospitalier dûment approuvé par le Ministère.

En générale il faut dire que le développement de nouvelles formes de contractualisation et de partenariats, fait partie des principales mesures de la stratégie du secteur de la Santé actuelle[423].

Une bonne gouvernance sanitaire pour un meilleur accès géographique aux soins, suppose la régulation, dans ce cadre la carte sanitaire et les schémas

[421] BELGHITI A. A. Principes généraux de la planification à l'hôpital, Rabat, novembre 2001, édition 2005.
[422] Articles, 8 et 9 du décret N°2-06-656 du13 avril 2007 relatif à l'organisation hospitalière (BO N° 5526 du 17- 05-2007.
[423] Selon le rapport sur les établissements publics accompagnant la loi de finance 2014.

régionaux de l'offre de soins prévus par la loi cadre N° 34-09[424], sont des précieux instruments. Aux qui on ajoute les plans actuelles qui touche l'offre de soins publique et l'adoption de la contractualisation en l'occurrence les contrats programmes, et les projets d'établissements .Aussi la volonté est claire pour la régulation et le développement de l'offre de soins privé, révélé par la loi 131-13 sur l'exercice de la médecine, qui a apporté du nouveau notamment la libéralisation du capital de la clinique, dans l'objectif est de rendre le système de santé plus attractif à l'investissement ,vu les opportunités qu'offre le développement du commerce des services de santé, ce qui va, à notre humble avis, dans le sens d'un meilleur accès géographique aux soins. Mais ce n'est pas suffisant car l'accès aux soins est conditionné aussi par le côté matériel économique, d'où l'importance de la régulation pour un accès économique aux soins pour tous, objet du chapitre suivant.

CH II : Une régulation pour un accès économique aux soins pour tous

La régulation de l'accès géographique aux soins est insignifiante ,si elle n'est pas garanties par un accès économique aux soins, d'où cette suite logique de la nécessité de la régulation aussi de notre système de financement, financement qui doit être équitable reposant sur : « l'intégration du concept d'équité à la répartition de la charge du financement sur la population , et sur le principe que la nécessité de payer les soins de santé ne doit pas appauvrir les familles[425]».

Qualifié, d'après l'OMS, de pays en marche pour la transition vers la couverture maladie universelle, Le Maroc s'est doté d'un nouveau code couverture médicale de base **(Sect. 1)**, suscitant une nouvelle gouvernance **(Sect. 2)**.

Sect. 1 : Un nouveau code de couverture médicale de base pour la transition vers une couverture maladie universelle

La couverture maladie universelle, est une composante essentielle du développement durable et de la lutte contre la pauvreté, et un élément clé de tout effort de réduction des inégalités sociales. Elle témoigne de l'engagement des pouvoirs publics à améliorer le bien-être des tous les citoyens. D'après l'OMS, La couverture maladie universelle est définie, comme l'accès de tous à des prestations essentielles liées à la promotion de la santé, à la prévention, au traitement et à la réadaptation, et cela à un coût abordable pour permettre d'instaurer l'équité d'accès et l'équité de financement**.**

[424] La loi-cadre N° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, promulguée par le dahir N° 1-11-83 (BO N° 5962 du 21 juillet 2011, Page 1856).
[425] OMS. Rapport sur la santé en Europe en 2002, Financement, p. 110.

Le Maroc, selon l'OMS, et l'un des pays en marche vers la couverture universelle, pays qui se sont engagés sur la voie d'un accès aux soins pour tous[426], et s'est inscrit à réformer son système de santé en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Cet engagement, est déjà annoncé par l'ONU comme un objectif de développement de l'après 2015.

Aussi, un nouveau code couverture médicale de base a vu le jour au Maroc, avec de nouvelles valeurs (**§1**) et un apport indéniable pour l'accès économique aux soins (**§2)**.

§1- Les apports du nouveau code couverture médicale de base

La loi 65-00 portant nouveau code de couverture médicale de base, constitue le fondement de la protection sociale en matière de santé au Maroc, elle a apporté des principes et des sanctions de bonne gouvernance.

I- Un nouveau code de couverture médicale de base : La loi 65-00

A – La loi 65-00 : Fondement de la protection sociale en matière de santé au Maroc

Promulgué en 2002 et entré en vigueur le 18 août 2005, La loi n° 65-00[427] portant code de la couverture médicale de base, est un grand pas pour réussir le défi de la transition vers une couverture maladie universelle, autrement dit de l'accès économique aux soins pour tous.

Ce code constitue le fondement de la protection sociale en matière de santé au Maroc, et l'illustration de la politique de développement sociale, reposant fondamentalement sur la solidarité et la cohésion sociale, c'est le parachèvement de l'expérience du Maroc en matière de couverture médicale, qui consolide les droits acquis par les citoyens marocains bénéficiant d'une assurance maladie, Cette assurance sera progressivement étendue à l'ensemble des citoyens, toutes catégories sociales confondues, conformément à l'article 31 de la nouvelle constitution, qui donne droit à l'accès aux soins de santé , à la protection sociale, et à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat .

Ce code représente aussi un instrument efficace de justice sociale et de lutte contre les inégalités, visant l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins et garantir ainsi la pleine participation des citoyens, au développement durable du pays.

Aussi, La consécration constitutionnelle du droit à la santé et l'obligation de la protection de la santé implique pour l'Etat, l'engagement d'assurer gratuitement les prestations de santé préventive à l'ensemble des citoyens ,à titre individuel et collectif, l'organisation d'une offre de soins de qualité répartie harmonieusement sur le territoire ,et de garantir l'accès aux soins à

[426] Dans le cadre de deux résolutions de l'organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2005 et 2011 (WHa58.33 et WHa64.9).

[427] Dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423, portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base (B.O N° 5058 du 16 Ramadan 1423 (21 novembre 2002) p .1333).

toutes les couches sociales de la population ,grâce à la prise en charge collective et solidaire des dépenses de santé[428].

B – Une loi portant code englobant deux régimes et des législations particulières

La loi n° 65-00, c'est une loi qualifiée de loi portant code de la couverture médicale de base (CMB), c'est une loi qui a institué deux régimes et qui ouvre la voie à des législations particulières, concernant certaines catégories de population, à savoir :

- Un régime d' assurance maladie obligatoire de base (**AMO**)[429] ,fondée sur les principes et les techniques de l'assurance sociale **,**basée sur le principe contributif et sur celui de la mutualisation des risques, au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants .Il faut signaler à cet égard, qu'à titre transitoire conformément à l'article 114 de la loi, et pendant une période de cinq ans renouvelable, les organismes publics ou privés qui assurent à leurs salariés une couverture médicale à titre facultatif, soit au moyen de contrats groupe auprès de compagnies d' assurances, soit auprès de mutuelles, soit dans le cadre de caisses internes, peuvent continuer à assurer cette couverture, sous réserve de fournir la preuve de l' existence de cette couverture à la CNSS ou à la CNOPS,
- Un régime d'assistance médicale (**RAMED**) ,fondée sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie.
- L'article 4 du code nous éclaire que, chaque catégorie ou groupe de catégorie d'assujettis, bénéficie d'un régime d'assurance maladie obligatoire de base propre. Aussi, le code précise que la loi 65-00 définit les règles générales communes à l' ensemble des régimes et les règles particulières au régime de l' assurance maladie obligatoire de base ,des salariés et des titulaires de pensions des secteurs public et privé, ainsi que les dispositions propres au régime d'assistance médicale. Alors que pour les étudiants, travailleurs indépendants, personnes exerçant une profession libérale et toutes autres activités non salariées, les anciens résistants et membres de l'armée de libération ,les règles régissant les régimes d'assurance maladie obligatoire de base propres à eux, seront définies par des législations particulières.

II- Des principes et des sanctions pour une bonne gouvernance

A – Des Principes fondamentaux

Le nouveau code de la couverture médicale de base (CMB), a consacré des valeurs et des principes fondamentaux que l'on peut qualifier de bonne gouvernance, à savoir :

---

[428] Ce qui ressort du préambule de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.
[429] Voir la liste des décrets sur l'AMO en annexe.

- La solidarité et de l'équité dans le financement des prestations de soins de santé.
- La non-discrimination entre les personnes assurées due à I' âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leur revenu, à leurs antécédents pathologiques ou à leurs zones de résidence.
- Le libre choix du praticien et de la structure de soins, et l'égalité entre les prestataires de soins par la garanti d'une tarification nationale de référence (TNR) sur la base de conventions nationales légalement conclus.
- Le non cumul des fonctions de la gestion de l'AMO et la gestion des soins.
- La coordination entre les organismes gestionnaires à savoir la CNOPS et la CNSS.
- Interdiction aux organismes gestionnaires (CNOPS et CNSS), de refuser l'affiliation d'un établissement ou l'immatriculation d'une personne assujettie à l'un des régimes qu'ils gèrent. Aussi est interdit à ces organismes gestionnaires de pratiquer la sélection des risques et des personnes et l'exclusion des assurés et bénéficiaires quel qu'en soit le motif.
- Les organismes gestionnaires sont soumis au contrôle technique financier de l'Etat prévu par la législation, et sont tenus de communiquer annuellement, aux administrations concernées (Ministère de l'emploi et le Ministère de l'économie et des finances), et à l'Agence nationale d'assurance maladie, les documents statistiques et les informations relatives à la consommation médicale des assurés, à leur gestion et à leur comptabilité dans les conditions fixées par voie réglementaire. Ils sont tenus de présenter annuellement à ladite agence leurs prévisions budgétaires dans les conditions fixées par voie réglementaire.
- Un contrôle médicale effectuer par la CNOPS ayant pour objet, notamment, de vérifier la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, de vérifier la validité des prestations au plan technique et médical et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

A cet effet, les organismes gestionnaires sont habilités à désigner des praticiens et des pharmaciens, en vue d'assurer le contrôle prévu par la loi .Aussi, les praticiens chargés du contrôle médical ne peuvent cumuler la fonction de soins et la fonction de contrôle pour le dossier objet du contrôle.

B - Des sanctions pour la bonne gouvernance de la couverture médicale de base

Pour la bonne gouvernance de la couverture médicale de base ,la loi 65-00 a prévu des sanctions pour les contrevenants qui peuvent êtres :

- Les employeurs : Amende de 5000 à 50 000 DH pour sa non affiliation à l'organisme gestionnaire dont il relève, d'une amende de 1.000 dirhams pour chaque salarié non immatriculation dans les délais réglementaires.

- Les organismes gestionnaires (CNSS et CNOPS) : Amende de 50 000 à 100 000 DH.
- Les prestataires de soins : Amende de 2000 à 10 000 DH.
- Les assurés : Amende de 1000 à 5000 DH.

Aussi, la loi 65-00 prévoit la mise hors convention et des sanctions ordinales pour non-respect ou violation des termes des conventions nationales légalement conclus.

§2 - Impacte de la couverture médicale sur l'accès économique aux soins

Les prestations garanties par la couverture médicale de base, et l'extension des personnes assurés et bénéficiaires de cette couverture, renforce l'accès aux soins au Maroc, malgré l'effort qu'il faut encore déployer.

I- Extension des personnes assurés et bénéficiaires de la couverture médicale

Les personne assurés et bénéficiaires ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agisse de l'AMO ou du RAMED.

A - Assurés et bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire (AMO)

L'assurance maladie obligatoire (AMO) a des assurés mais aussi des bénéficiaires :

Au niveau des assurés, selon l'article 2 de la loi n° 65-00, L'assurance maladie obligatoire de base s'applique :

- ✓ Aux fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public ;
- ✓ Aux personnes assujetties au régime de sécurité sociale en vigueur dans le secteur privé ;
- ✓ Aux titulaires de pension des deux secteurs public et privé ;
- ✓ Aux travailleurs indépendants, aux personnes exerçant une profession libérale et à toutes autres personnes exerçant une activité non salariée.

L'assurance maladie obligatoire de base s'applique également, aux anciens résistants et membres de l'armée de libération et aux étudiants de l'enseignement supérieur public et privé.

Au niveau des Bénéficiaires, il ressort de l'article 5 de la loi 65-00 que, outre la personne assujettie à l'obligation d'assurance maladie de base au titre du régime dont elle relève, l'assurance maladie obligatoire de base couvre les membres de sa famille qui sont à sa charge, à condition qu'ils ne soient pas bénéficiaires à titre personnel d'une assurance de même nature. Sont considérés comme membres de la famille à charge :

- ✓ le (s) conjoint (s) de l'assuré ;

- ✓ les enfants à la charge de l'assuré, âgés de 21 ans au plus ;
- ✓ les enfants pris en charge conformément à la législation en vigueur.

Toutefois, cette limite d'âge est prorogée jusqu' à 26 ans, pour les enfants non mariés poursuivant des études supérieures, à condition d'en apporter la justification. Sont considérés comme personnes à charge sans limite d'âge, les enfants de l'assuré atteint d'un handicap physique ou mental et les enfants pris en charge et qui sont dans l'impossibilité totale, permanente et définitive de se livrer à une activité rémunérée.

Aussi, L'assuré peut demander l'extension du bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire de base dont il relève, à son père et à sa mère, à condition de prendre en charge la cotisation les concernant. La cotisation des parents est fixée par décret.

B – Les bénéficiaires du régime d'assistance médicale (RAMED)

Le régime d'assistance médicale (RAMED**),** est ouvert selon la loi, aux bénéficiaires qui sont des personnes économiquement faibles ,qui ne sont assujetties à aucun des régimes d'assurance maladie obligatoire de base institués par la loi 65-00[430]. L'octroi de cette qualité donne droit à la prise en charge totale ou partielle des frais inhérents aux prestations prévues. La contribution partielle annuelle des bénéficiaires, ainsi que ses modalités d'application sont fixées par le décret n° 2-08-177 du 29 septembre 2008[431].

Aussi, le code distingue parmi les bénéficiaires ou les ramidistes (population éligible au RAMED) : Les ramidistes par la loi, les ramidistes admis de droit, et les ramidistes en vertu d'une législation particulière :

S'agissant des ramidistes par la loi, la loi précise que la qualité de bénéficiaire du régime d'assistance médicale ,est prononcée à la demande de l'intéressé par l'administration dans les conditions et selon les modalités fixées par le décret susmentionné, à savoir , attester dans un formulaire fixer par la loi[432],qu'elles ne sont assujetties à aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base, soit en qualité d'assurés, soit en qualité d'ayants droit, et ne disposant pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales, sur la base des critères d'éligibilité[433].

Le postulant au bénéfice des prestations du régime d'assistance médicale, doit déposer sa demande auprès de l'autorité administrative locale compétente

[430] Voir la liste des textes du RAMED en annexe.

[431] Décret n° 2-08-177 du 28 ramadan 1429 (29 septembre 2008) tel qu'il a été modifié et complété. Portant application des dispositions du livre III de la loi n° 65-00 relatives au régime d'assistance médicale. (BO N° 5674 – 16 chaoual 1429 (16-10-2008). page703).

[432] Voir l'article 9 du décret susmentionné.

[433] critères d'éligibilité cités dans l'article 3 du décret n° 2-08-177 du 28 ramadan 1429 (29 septembre 2008) tel qu'il a été modifié et complété.

à raison du lieu de sa résidence, établie sur un formulaire accompagné des documents justificatifs[434].

Aussi, les personnes reconnues éligibles sont classées, en fonction du revenu ou du patrimoine pondérés[435] , en deux catégories : Les personnes en situation de pauvreté ; et les personnes en situation de vulnérabilité.

Les bénéficiaires du RAMED sont aussi, leurs ayants droit suivants :

- ✓ Leur (s) conjoint (s) ;
- ✓ Leurs enfants à charge, non-salariés, âgés de 21 ans au plus et non couverts par une assurance maladie obligatoire de base. Cette limite d'âge peut être prorogée jusqu' à 26 ans en cas de poursuite des études dûment justifiée ;
- ✓ Leurs enfants handicapés quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et permanente de se livrer à une activité rémunérée par suite d'incapacité physique ou mentale.
- ✓ Les enfants qui vivent sous le même toit que les personnes bénéficiaires, et qui se trouvent à leur charge effective, totale et permanente, sont, à condition d'en apporter la preuve, admis au bénéfice des prestations garanties au titre de l'assistance médicale.

S'agissant des ramidistes admis de droit au bénéfice de l'assistance médicale totale, ils sont :

- ✓ 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
- ✓ Les personnes sans domicile fixe .

Et enfin, les ramidistes en vertu d'une législation particulière, qui bénéficient de la gratuité, en vertu d'une législation particulière, pour la prise en charge d'une ou de plusieurs pathologies.

C- Etat des lieux et perspectives

Au niveau de L'AMO et au niveau du RAMED

1) Au niveau de L'AMO

- Etat des lieux :

[434] Le modèle du formulaire de demande et la liste des documents l'accompagnant sont définis par 2 arrêtés conjoints des autorités gouvernementales chargées de l'intérieur, des finances, de l'agriculture et de la santé. Le 1er arrêté n° 836-08 du 29 septembre 2008.le 2ème n° 837-08 du 29 septembre 2008)

[435] Voir l'article 25 et 26 du même décret.

D'après les statistiques officielles, la Population de l'AMO est de 7,6 Millions de bénéficiaires (4,7 Millions de bénéficiaires au secteur privé et 2,9 Millions de bénéficiaires au secteur public)[436], aussi ce régime d'assurance maladie obligatoire couvre à peu près 36%[437] de la population depuis son entrée en vigueur le 18 août 2005.

Selon l'ANAM, seuls deux régimes AMO sur cinq sont mis en place à partir de 2005 à savoir le régime des employés et titulaires de pension du secteur public, géré par la Caisse Nationale des organismes de la prévoyance Sociale (CNOPS) et le régime des salariés et retraités du secteur privé, géré par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS).

Quant aux autres régimes de l'AMO, sont au stade de la gestation : Le régime des étudiants[438] qui devrait couvrir plus de 500 mille personnes n'est pas encore entré en vigueur quoique sa conception soit avancée. Celui des indépendants et professions libérales (environ 10 millions de bénéficiaires, ciblés a fait l'objet d'études générale et actuarielle d'envergure), qui ont permis d'identifier des scénarios de couverture. S'agissant du régime des anciens résistants et membres de l'armée de libération, il est intégré à la mutuelle des FAR, dont le régime est fixé par une réglementation particulière. Quant aux bénéficiaires de la couverture médicale à titre facultatif prévu à titre transitoire à l'article 114 (1,5 millions), ils n'ont pas encore basculé à l'AMO malgré l'expiration du délai de cinq ans renouvelable, mais on assiste surtout à la prolifération de régimes particuliers, gérés par l'assurance privée, en marge de la loi (les IMAMS, les Mockadmines, les artistes, INAYA, victimes des violations des droits de l'homme, etc.)[439].

- Perspectives :

Les Perspectives de l'AMO selon la stratégie 2012-2016 ,est la révision de la loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base ,et la révision de la tarification nationale des références adoptées dans le cadre des conventions nationales signées entre les organismes gestionnaires et les prestataires de soins[440] .

Les Perspectives vont aussi dans le sens de la généralisation de la couverture AMO, par la mise en place d'une couverture maladie au profit des étudiants de l'enseignement supérieur public et privé[441] et aux travailleurs indépendants, aux personnes exerçant une profession libérale et à toutes autres personnes exerçant une activité non salariée sur la base du principe de la progressivité. Dans ce cadre, le ministère de la santé et en train, en concertation avec d'autres

[436] Rapport annuel global de l'AMO de 2012. ANAM. Maroc
[437] Selon la stratégie sectorielle 2012-2016.
[438] Voir infra dans les perspectives
[439] Feuille de route 2014-2018 ANAM. Maroc.
[440] Voir la liste des conventions en annexe.
[441] Récemment, une loi 116-12 relative à l'assurance maladie obligatoire de base concernant les étudiants a été promulguée par le Dahir 1-15-105 du 4 août 2015 (BO n° 6384 du 6 août 2015, p 6902 en arabe).Ce régime va être géré par la CNOPS et nous attendant sa mise en œuvre à la rentrée 2015-2016.

ministères et organismes, d'étudier les scénarios possibles pour couvrir cette population active en respectant l'esprit et le cadre général de la loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base.

De même, parmi les attentes exprimées lors du programme de communication intidarat Asiha : La création d'une caisse AMO unique, l'application du principe du Pollueur Payeur en faveur de la promotion et de la protection de la santé publique, tout en instaurant un cadre réglementaire commun permettant de bien utiliser les ressources des conseils régionaux destinés au financement des systèmes régionaux de santé.

2) Au niveau du RAMED

- Etat des lieux : Le régime d'assistance médicale est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale, au profit de la population démunie, financé notamment par l'Etat 75% puis par la contribution des bénéficiaires 19% (120 DH versé annuellement par bénéficiaire, à ne pas dépasser 600 DH le ménage quel que soit le nombre de la famille),et enfin par la contribution des collectivité territoriales à raison de 6% (dans la limite 40 DH annuellement pour chaque ramidiste en situation de pauvreté) . Ceci dit, le RAMED a été lancé en 2008 par Sa Majesté le Roi Mohammed VI sous forme d'une phase pilote, au niveau la région de Tadla Azilal et dont l'évaluation a soulevé une multitude de contraintes. Il ciblera, une fois généralisé, environ **8,5 millions**[442] de citoyens en situation de pauvreté ou de vulnérabilité, la population immatriculée a atteint 5,6 millions à fin octobre 2013, soit 69% de la population cible[443].

- Perspectives :

Le défi de généralisation de ce régime devra faire face à des contraintes de : financement, de ressources humaines, d'adéquation du processus d'éligibilité et de respect de la filière de soins par les futurs assurés RAMED. Aussi, l'année 2015 sera marquée selon le gouvernement par la poursuite de la mise en œuvre des actions et programmes prévus par la stratégie 2012-2016, dans le cadre de l'amélioration de la protection sociale et l'équité dans l'accès aux soins par l'extension de la couverture médicale de base au niveau du RAMED, à travers le renforcement des activités des établissement de soins de santé de base ,et la prise en charge des besoins induits par la généralisation du RAMED, la consolidation des actions menées pour assurer une meilleure prise en charge des ramédistes et l'appui au management hospitalier[444].

En prenant en compte l'ensemble des régimes en vigueur au Maroc, (AMO-CNOPS, AMO-CNSS, RAMED, AMO-114 privé et public, autre régimes), la

[442] Selon la stratégie sectorielle 2012-2016.
[443] Feuille de route 2014-2018 ANAM. Maroc.
[444] Amélioration de la protection sociale et équité dans l'accès aux soins selon le projet de loi de finance 2015. P 106.

population totale couverte est d'environ 17,5 millions, **soit 53%** de la population marocaine[445].

II- Extension des prestations garanties par la couverture médicale de base

Les deux grands régimes consacrés par le nouveau code de couverture médicale de base à savoir : L'AMO et le RAMED, garantissent les mêmes prestations avec une petite nuance, mais il y a encore du travail à faire.

A- Prestations garanties par l'assurance maladie obligatoire (AMO)

Selon l'article 7 de loi n° 65-00, l'assurance maladie obligatoire de base garantit pour les assurés et les membres de leur famille à charge, quel que soit le régime dont ils relèvent, la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle. Alors que les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles demeurent régis par la législation et la réglementation les concernant.

Aussi, l'assurance maladie obligatoire de base donne droit, dans les conditions et selon les modalités fixées par voie réglementaire, au remboursement et éventuellement à la prise en charge directe des frais de soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement requis par l' état de santé du bénéficiaire et afférents aux prestations suivantes :

- ✓ Soins préventifs et curatifs liés aux programmes prioritaires entrant dans le cadre de la politique sanitaire de l'Etat ;
- ✓ Actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- ✓ Soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites ;
- ✓ Soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les actes de chirurgie réparatrice ;
- ✓ Analyses de biologie médicale ;
- ✓ Radiologie et imagerie médicale ;
- ✓ Explorations fonctionnelles ;
- ✓ Médicaments admis au remboursement ;
- ✓ Poches de sang humain et dérivés sanguins ;
- ✓ Dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents actes médicaux et chirurgicaux compte tenu de la nature de la maladie ou de l'accident et du type de dispositifs ou d'implants ;

[445] Feuille de route 2014-2018 ANAM. Maroc.

- ✓ Appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ;
- ✓ Lunetterie médicale ;
- ✓ Soins bucco-dentaires ;
- ✓ Orthodontie pour les enfants ;
- ✓ Actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- ✓ Actes paramédicaux.

En revanche l'article 8 de la même loi, exclue du champ des prestations garanties par l'assurance maladie obligatoire de base, les interventions de chirurgie esthétique, les cures thermales, l'acupuncture, la mésothérapie, la thalassothérapie, l'homéopathie et les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce.

B – Prestations garanties par le régime d'assistance médicale (RAMED)

Les prestations garanties par le régime d'assistance médicale (RAMED), sont les mêmes que les Prestations garanties par l'assurance maladie obligatoire (AMO)[446], sauf que le RAMED ne prend en charge que les frais de soins qui sont dispensés dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat ,en respectant la filière de soins qui commence par le centre de santé de rattachement et éventuellement fini par le CHU. Aussi, La prise en charge totale ou partielle des prestations, ne peut intervenir que si celles-ci sont prescrites et administrées à l'intérieur du territoire national.

C- Etat des lieux et perspectives

Au niveau de l'AMO et au niveau du RAMED

1) Au niveau de l'AMO

- **Etat des lieux**

Selon l'ANAM [447],53 % de marocains environ, sont aujourd'hui assurés contre le risque maladie. Sur les 7.632 millions d'éligible à l'AMO, 1.943 millions ont bénéficié en 2012, de prestations de soins ; dont 698.389 à la CNSS et 1.244.713 à la CNOPS.

L'ANAM précise que la cherté des traitements des affections longue durée (ALD) et des affections longues et couteuses (ALC), dû notamment à la cherté des prix des médicaments, constitue un frein à l'accès aux soins pour la population marocaine. Un peu plus de 3% des assurés AMO atteints d'ALD, s'accaparent plus de 50% de la consommation totale. En 2012, plus de 209 milles assurés AMO, atteints d'ALD et d'ALC, ont bénéficié de soins médicaux, pour leur permettre un accès aisé à ces soins onéreux, les assurés

[446] Voir supra.
[447] Feuille de route 2014-2018 ANAM. Maroc

porteurs d'ALD, sont pris en charge par l'AMO sur la base d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur.

En ce qui concerne l'accès des assurés aux médicaments, l'ANAM a signalé la part très importante qu'occupe ce poste dans la dépense de l'AMO (33%) soit le tiers, sachant que l'extension de la liste des médicaments remboursables est en permanence en progression, passant de 1000 à 3.376 médicaments, entre 2006 et 2012[448].

- **Perspectives**

Au niveau des perspectives le Ministère de la santé a prévu les actions suivantes [449]:

- L'élargissement du panier de soins de l'AMO.
- Renforcement de la maitrise médicalisée des dépenses de l'AMO par :
- Elaboration et promotion des référentiels de prise en charge des maladies ;
- Contribuer à la mise à jour et à la refonte de la nomenclature des actes médicaux ;
- Mise en place du suivi médicale coordonné ;
- Renforcer la pénétration du générique dans les prescriptions médicales.

2) Au niveau du RAMED

- **Etat des lieux**

Le premier bilan de la généralisation de RAMED qui a donné la priorité aux maladies chronique (ALD ET ALC) a montré, entre autres que[450] :

- 485 000 prises en charge des diabétiques. Et 320 000 atteins de la tension artériel.
- 7 794 opérations sur la cataracte
- Organisation de 83 caravanes médicales fournissant 66 767 prestations dont 36909 concernent le RAMED.
- 423.364 est le nombre des prestations sanitaires

- **Perspectives**

Au niveau des perspectives le Ministère de la santé a prévu les actions suivantes[451] :

- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des prestations RAMED par le renforcement des actes de médecine générale et des soins médicaux d'urgence et évacuation sanitaire, aussi l'amélioration des prestations de consultations spécialisées externes, de même l'amélioration de l'accès à l'hospitalisation et aux prestations de diagnostic et de prise en charge, et enfin le renforcement de l'accessibilité des dispositifs & matériels médicaux, implants, prothèses et orthèses.

[448] Feuille de route 2014-2018 ANAM .Maroc.
[449] Stratégie du Ministère de la santé 2012-2016.
[450].Rapport 2013 sur le RAMED. ANAM .Maroc.
[451] Idem.

- Amélioration de la prise en charge des ALD / ALC dans le cadre du RAMED.
- Amélioration de l'organisation de l'accueil et du circuit des patients RAMEDistes :
  - Formalisation de la filière générale avec passage obligé par le centre de santé ;
  - Mise en place de filières spécifiques aux urgences et aux principales affections longues durée (Diabète, HTA…) ;
  - Généralisation des guichets RAMED et implantation des unités d'assistance sociale ;
  - Elaboration et diffusion de la « Charte du Patient Hospitalisé ».

Sect. 2 : La régulation de la nouvelle couverture médicale de base

La réussite de la couverture médicale de base et donc de l'accès économique aux soins, et tributaire de la bonne gouvernance de l'organisme régulateur de couverture médicale de base (ANAM), des organismes gestionnaires de l'AMO (CNOPS et CNSS), et des autres intervenants dans le RAMED, à savoir le Ministère de l'intérieur et le Ministère de la santé.

§1- La gouvernance du régime d'assistance médicale (RAMED)

La gestion des ressources affectées au RAMED est confiée, selon la loi, à l'Agence National de l'Assurance maladie(ANAM), aussi il y a d'autres intervenants comme le Ministère de l'intérieur et Ministère de la santé.

I- Les intervenants dans la gestion du RAMED

Le Ministère de l'intérieur et le Ministère de la santé, sont deux acteurs qui interviennent dans l'opérationnalisation du RAMED.

A – Au niveau du Ministère de l'intérieur

C'est au Ministère de l'intérieur que reviens la fixation de la liste des personnes éligibles pour bénéficier du RAMED[452], trois niveaux sont concernés dans ce processus : Niveau central, préfectoral et local**.**

. Au niveau central : le Ministère a instituée une Commission de la gouvernance et de suivi de la bonne marche du RAMED présidée par le Ministère de l'intérieur,

. Au niveau local : le Ministère de l'intérieur a mis en place une commission permanente locale (CPL), présidée par l'autorité administrative locale compétente, cette commission et composer de :

- Des représentants locaux des finances, de la santé et de l'agriculture ;
- Du représentant de l'entraide nationale ;
- Du représentant du Conseil communal concerné ou son représentant ;

[452] Conformément à la loi 65-00 et son décret d'application relatives au régime d'assistance médicale n° 2-08-177 du 29 septembre 2008 tel qu'il a été modifié et complété.

- Le président de la CPL peut faire appel, à titre consultatif, à toute personne dont la contribution lui parait utile.

Le rôle de cette commission permanente locale est de :

•Vérifier l'exhaustivité des informations contenues dans les dossiers et des documents les accompagnants,

•S'assurer de la cohérence des informations fournies,

•Ecarter les demandes des postulants qui bénéficient d'un régime de couverture médicale, soit en qualité d'assurés, soit en qualité d'ayants droit,

•Statuer sur les dossiers de demande,

•Etablir la liste des personnes reconnues éligibles en précisant leurs catégories d'appartenance,

•Etablir la liste des personnes non éligibles au RAMED

• Transmettre les deux listes, accompagnées du PV, paraphé et signé par le président et chacun des membres présents, à l'autorité locale aux fins d'affichage et d'envoi à la Commission permanente préfecture (CPP).

. Au niveau préfectoral : La Commission permanente préfectorale ou provinciale (CPP), mise en place par le Ministère de l'intérieur, cette commission est présidée par le Wali ou le gouverneur concerné ou son représentant, cette commission est composée de :

- Les représentants à l'échelon de la préfecture ou de la province des autorités gouvernementales chargées des finances, de la santé et de l'agriculture ;
- Un représentant de l'entraide nationale ;
- Le président de l'assemblée préfectoral ou provinciale ou son représentant ;
- Le président de la CPP peut faire appel, à titre consultatif, à toute personne dont la contribution lui parait utile

Le rôle de la Commission permanente préfecture (CPP) est de :

•Assurer la coordination et le suivi des CPL ;

•Diligenter, en cas de contestation, des enquêtes administratives ou sociales ;

•Statuer, dans un délai maximum de 60 jours, sur les recours présentés contre les décisions des CPL et transmettre ses conclusions à l'autorité locale concernée qui procède à leur affichage et en informe la CPL intéressée ;

•Etablir, dans un délai maximum de 15 jours, conformément au modèle défini par l'ANAM, la liste globale définitive des personnes éligibles au RAMED au niveau de la préfecture ou de la province concernée, y compris celles retenues suite à un recours administratif,

•Adresser la liste globale définitive, accompagnée du PV de réunion, paraphés et signés par le président et chacun des membres présents, au wali ou gouverneur de la préfecture ou de la province compétent.

•Le wali ou gouverneur compétent transmet ladite liste et le PV, aux services centraux des : Ministère de l'intérieur, Ministère de la santé et à l'agence national d'assurance maladie.

B -Au niveau du Ministère de la santé

Au niveau du Ministère de la santé, il a été institué une commission chargée de fixer les mécanismes d'accès aux services de santé, présidée par le Ministère de la santé, aussi le Ministère a mis en place une division chargée du suivi et l'activation du RAMED.

De même, Le Ministre de la santé a mis en place un Observatoire national de la collecte des données sur le RAMED, et au niveau de chaque direction régionale de santé on a mis un observatoire régionale, spécialisé dans la collecte des informations relatives au régime, et un coordinateur régional du régime, aux quel on ajoute des unités provinciale chargées de la collecte et l'analyse des données du régime en collaboration avec les observatoires régionaux.

II- L'Agence National de l'Assurance Maladie : Gestionnaire du RAMED

Avant de voir le rôle de l'Agence National de l'Assurance Maladie **(**ANAM) au niveau du RAMED, une rapide présentation de cette agence s'impose.

A- L'Agence National de l'Assurance maladie (ANAM)

Selon la loi 65-00, l'Agence nationale de l'assurance maladie **(**ANAM), est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Elle est soumise à la tutelle de l'Etat[453], et au contrôle financier de l'Etat applicable aux établissements publics.

L'agence est administrée par un conseil d'administration à représentation tripartite avec des voix délibérative présidé par le Premier ministre ou l'autorité gouvernementale déléguée par lui à cet effet. Il comprend :

- Des représentants de l'administration ;
- Des représentants des employeurs ;
- Des représentants des assurés des secteurs public et privé désignés par les centrales syndicales les plus représentatives ;
- Des représentants des organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire de base.

Siègent également au conseil d'administration de l'agence, avec voix consultative, des représentants des prestataires de soins ainsi que des personnalités désignées pour leur compétence dans le domaine de l'assurance maladie.

Le conseil d'administration est investi de tous les pouvoirs et attributions nécessaires à l'administration de l'agence et à cet effet, règle par ses délibérations les questions générales relevant des missions de celle-ci. Le

[453] En l'occurrence, la tutelle du Ministère de la santé d'après le décret No 2.03.402 du 17 septembre 2003.

conseil peut confier à des commissions spécialisées des tâches déterminées relevant de ses attributions.

L'agence est gérée par un directeur nommé conformément à la législation en vigueur. Ce directeur détient tous les pouvoirs et attributions nécessaires à la gestion de l'agence**.**

Le conseil d'administration se réunit sur convocation de son président de sa propre initiative ou à la demande des deux tiers de ses membres, aussi souvent que les besoins de l'agence l'exigent et au moins deux fois par an.

B- Le rôle de L'Agence nationale de l'assurance maladie au niveau du RAMED

L'Agence nationale de l'assurance maladie **(**ANAM), est le Gestionnaire du régime d'assistance médical aux économiquement démunis (RAMED), à cet égard l'ANAM est chargée de la gestion des ressources affectées au régime d'assistance médicale dans les conditions fixées par loi 65-00 et les textes pris pour son application. A ce titre, l'agence est soumise au contrôle financier, comptable et technique prévu par la loi.

Dans ce cadre, l'ANAM préside une commission chargée de la gestion, la gouvernance et le financement du RAMED, et procède à l'immatriculation et attributions de cartes RAMED.

§2- La gouvernance de l'assurance maladie obligatoire (AMO)

La régulation et l'encadrement technique de l'AMO est de l'apanage de l'ANAM, alors que la CNOPS et la CNSS en sont les organismes gestionnaires. Dans ce cadre il y a des contraintes mais aussi des perspectives à la bonne gouvernance de cette nouvelle couverture médicale de base.

I- CNOPS et CNSS : Organismes gestionnaires de l'AMO

De par leurs expériences en matière d'assurance maladie, la loi 65-00 n'a pas hésité en habilitant la CNOPS et la CNSS, à avoir la qualité d'orgiasmes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire. Quelles sont donc les conséquences de cette responsabilité sur la gouvernance de ces organismes ?

A – Une nouvelle gouvernance au sein de la caisse National de la sécurité Social (CNSS)

En vertu de l'article 73 de la loi 65-00, la caisse National de la sécurité Social (CNSS) et l'un des deux organismes de gestion de l'AMO. Aussi la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire de base par la CNSS, est autonome par rapport à celle des autres prestations assurées par ladite caisse. A cet effet, les opérations financières et comptables y afférentes font l'objet d'un budget autonome, alors que les questions relatives à la gestion de l'AMO et les affaires s'y rapportant, sont traitées dans le cadre de réunions particulières par le conseil d'administration de la CNSS[454].

[454] Ce qui ressort des articles 73-75 et76 de la loi 65-00.

La Mise en service du régime de l'assurance maladie obligatoire (AMO), a été en 2005, Date historique, qui va marquer le début de la mise en service de nombreux réformes touchant tous les aspects d'intervention de la CNSS : gouvernance, les ressources humaines, le métier inspection et contrôle, la dématérialisation, l'amélioration des prestations servies, la gestion financière, le pilotage, la communication[455].

Ainsi, Selon la CNSS[456], La mise en gestion déléguée est un chantier important qui permettra notamment de garantir un meilleur accès au traitement médical, de remédier aux dysfonctionnements dans la gestion des polycliniques et d'accompagner l'AMO.

De même, la Caisse est soucieuse de répondre aux impératifs de bonne gouvernance et vise une meilleure transparence de son action, une plus grande visibilité et une parfaite maîtrise du processus d'inspection. Pour cela, elle a décidé la refonte de son système de contrôle. Cette réorganisation a principalement porté sur :

- La séparation de la fonction contrôle de l'animation, avec l'implication et le pilotage du siège à travers la supervision de la Direction de Contrôle et de l'Inspection ;
- La mise en place d'un centre d'appels dédié aux Affiliés pour la vérification de l'identité de l'inspecteur, l'authenticité de l'ordre de mission et les éventuels recours ;
- Les interventions collégiales, entraînant une responsabilité croisée des inspecteurs et contrôleurs ;
- Des missions tracées et documentées, à l'instar des méthodes et techniques utilisées par les auditeurs selon des canevas bien définis ; les documents remis étant susceptibles de faire l'objet d'un regard particulier d'une entité indépendante : l'Inspection Générale ;
- L'expertise et la transparence : la CNSS s'investit dans la motivation et la formation de son personnel pour veiller au respect de l'éthique ;
- La déclaration de patrimoine de l'ensemble des inspecteurs et contrôleurs.et Apurement des comptes.
- Mise à niveau et parachèvement de la mise à niveau du système d'information.

Aussi, les Axes stratégiques de la CNSS pour la période 2009-2011, ont portés sur : Le renforcement du pilotage, l'amélioration de la qualité de services aux assurés AMO, la modernisation des outils de gestion, et Le développement de l'Assurance Maladie Obligatoire[457].A cet égard, le nombre des bénéficiaires AMO de la CNSS est de 327183 soit un taux de 46% de l'ensemble des bénéficiaires[458].

---

[455] 50ème anniversaire CNSS. Sécurité social du monde du travail : Bilan et perspectives.9 Novembre 2009.
[456] CNSS. Rapport 2006.
[457] CNSS. Bilan 2009.
[458] Bilan social 2012.Ministère d l'emploi et d la formation professionnelle.

B - Une nouvelle gouvernance au sein la Caisse National des Organismes de Prévoyance Social (CNOPS)

En vertu de l'article 73 de la loi 65-00, la Caisse National des Organismes de Prévoyance Social (CNOPS), et l'un des deux organismes de gestion de l'AMO[459]. Dans ce cadre, la CNOPS et les sociétés mutualistes la composant ,doivent mettre en conformité leurs statuts et règlements avec les dispositions de la loi 65-00 la présente loi et des textes pris pour son application ,dans un délai n' excédant pas 6 mois à compter de la date de publication desdits textes[460].

Aussi, la CNOPS est chargée en matière d'assurance maladie obligatoire de base de[461] :

- ✓ Instruire, en coordination avec les sociétés mutualistes la composant, les demandes d'affiliation des employeurs et d'immatriculation des personnes relevant de son ressort
- ✓ Assurer le recouvrement des cotisations salariales et contributions patronales ;
- ✓ Rembourser ou prendre en charge directement les prestations garanties par la présente loi ;
- ✓ Conclure les conventions nationales avec les prestataires de soins dans les conditions fixées par la présente loi ;
- ✓ Etablir les comptes relatifs à la gestion de l'assurance maladie obligatoire de base ;
- ✓ Assurer, en coordination avec les sociétés mutualistes concernées, le contrôle médical.

Alors que les sociétés mutualistes composant la CNOPS[462], peuvent être chargées, sous la responsabilité de la CNOPS, d' assurer une partie ou la quasi-totalité des missions qui lui sont dévolues par la loi, dans les conditions fixées par une convention[463] approuvée par le conseil d' administration, indiquant notamment la nature des prestations, les délais de remboursement, l' organisation administrative et financière, l' implantation territoriale, les frais de gestion, ainsi que les informations et les statistiques concernant les activités de la société mutualiste concerné[464].

---

[459] Article 73 de la loi 65-00.
[460] Article 95 de la loi 65-00.
[461] Article 82 de la loi 65-00.
[462] Voir supra pour la CNOPS et les mutuelles (chapitre 2 du titre III de la 1ère partie de la thèse).
[463] En vertu la convention pluriannuelle de gestion déléguée conclue en 2006 entre la CNOPS et les mutuelles ces dernières continuent de gérer le régime complémentaire. (Soins ambulatoires : consultations, analyses, radiologies, explorations…).
[464] Article 83 de la loi 65-00.

Il faut préciser ici qu'il est interdit selon ,l'article 44[465] ,à un organisme gestionnaire d' un ou de plusieurs régimes d' assurance maladie obligatoire de base ,de cumuler la gestion de l' assurance maladie avec la gestion d' 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, les organismes qui, à l'entrée en vigueur de la loi 65-00, disposent de l'un desdits établissements, doivent se conformer aux dispositions susmentionnées, dans un délai expirant le 31 décembre 2012, soit en déléguant la gestion à un autre organisme, soit en optant pour un autre mode jugé approprié par les organes délibérants des organismes gestionnaires concernés, sous réserve du respect de la législation et de la réglementation en vigueur en matière de dispensation des soins.

Ceci dit, la mise en œuvre du nouveau code, marqué par l'entrer en vigueur de la loi 65-00 en 2005, fait que la CNOPS et désormais un organisme de gestion de l'AMO, ce nouveau rôle a suscité des impacts sur la CNOPS et les mutuelles qui la composent :

- Nouvelle composition du Conseil d'Administration ;
- Séparation entre les missions d'orientation du Conseil d'Administration et les attributions exécutives et de gestion de la CNOPS (nomination du Directeur par Décret) ;
- Le contrôle financier et technique de l'Etat sur la CNOPS et les mutuelles (régime de base) ;
- L'audit externe annuel des comptes de la CNOPS (régime de base);
- Nouvelles règles prudentielles du régime permettant d'assurer son équilibre financier ;
- Modernisation des outils de gestion ;
- Plan comptable des sociétés mutualistes (PCSM)
- Dynamisation et activation du rôle Conseil Supérieur de la Mutualité
- L'adoption de la gestion axée sur les résultats : Il s'agit d'un processus participatif de planification stratégique mobilisant les moyens au service d'objectifs de qualité telle que la réduction des délais de prise en charge, d'immatriculation, de remboursement, de paiement des prestations, d'attente. Cette approche est suivie par un Comité de pilotage et également par les membres du Conseil d'Administration.

[465] Article 44 de la loi 65-00. Tel qu'il été modifié par la loi 19-11 promulguée par le Dahir No 1-11-46 du 2 juin 2011.

- L'adoption de nouveaux projets tels que retenus dans le Plan d'Action Stratégique intégré 2010-2014, le schéma directeur du système d'information, la réalisation d'une étude actuarielle, l'amélioration de la gestion des ressources humaines. Ces nouveaux projets impacteront positivement la CNOPS et les Mutuelles à court et moyen terme.

Au niveau des perspectives, le nouveau code de couverture médicale de base a engendré la préparation d'un nouveau cadre juridique de la mutualité, qui va remplacer le Dahir de 1963[466] actuellement en vigueur.

Ce projet de code de la mutualité ,vise la réparation des anomalies administratives et financières, et prévoit la mise en place de règles de bonne gouvernance et de règles prudentielles visant la garantie de la viabilité et de la pérennité des mutuelles, le projet de texte prévoit que la mutuelle devient une personne morale de droit privé avec une nouvelle appellation : « la Mutuelle de la prévoyance sociale », ce projet de code comprend 189 articles, et s'articule autour de six axes :

1- La définition du rôle des mutuelles dans la couverture de certains risques :
- la couverture des risques liés à : maladie-maternité-accidents-vieillesse-décès -assistance médicale ;
- l'octroi d'aides et secours ;
- la gestion des œuvres sociales

2- La fixation des conditions de création des mutuelles,

3- La mise en place de règles d'une nouvelle gouvernance déterminant les rôles et les responsabilités des diverses instances des mutuelles,

4- La détermination du contrôle de l'Etat : En simplifiant la procédure du contrôle à priori, et en renforçant le contrôle à postériori, et en instituant des audits externes réguliers.

5 - La fixation des règles et des garanties techniques et financières permettant la réalisation des objectifs des mutuelles ainsi que l'obligation de soumettre les comptes des mutuelles à un audit externe.

6- Instaurer une nouvelle gouvernance au sein des mutuelles visant la séparation des pouvoirs entre les organes de décision et les organes de gestion :
- Expliciter les attributions d'une assemblée générale et celles du conseil d'administration ;
- Mettre en place un directoire autonome composé de 3 membres désignés par le conseil de surveillance pour une période allant de 2 à 6 ans. Chargé notamment :
  - ✓ d'exécuter les décisions de l'AG et du conseil d'administration ;

[466] Dahir n° 1-57-187 du 24 joumada II 1383 (12 novembre 1963) portant statut de la mutualité (B.O. n° 2666, du 29 novembre 1963, page 1842).

- ✓ d'assurer la gestion de l'ensemble des services de la mutuelle ;
- ✓ soumettre les rapports de la gestion morale et financière au conseil d'administration ;

- La mise en place d'un conseil de surveillance. Composé de 3 à 12 membres, ce conseil de surveillance disposera d'un mandat de six ans renouvelable une fois. Il aura pour mission le contrôle continu de la gestion de la mutuelle, la convocation de l'assemblée générale et la détermination de son plan d'action.

II- ANAM : Régulation et encadrement technique de l'AMO

A – ANAM : Régulation de l'AMO

L'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) a pour mission ,selon la loi 65-00, d'assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base (AMO) ,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. A ce titre, elle est chargée d'accomplir les dix missions suivantes :

1- S'assurer, de concert avec l'administration, de l'adéquation entre le fonctionnement de l'assurance maladie obligatoire de base et les objectifs de l'Etat en matière de santé ;

2- Conduire, dans les conditions fixées par voie réglementaire, les négociations relatives à l'établissement des conventions nationales entre les organismes gestionnaires d' une part, les prestataires de soins et les fournisseurs de biens et de services médicaux d' autre part[467] ;

3- Proposer à l'administration les mesures nécessaires à la régulation du système d'assurance maladie obligatoire de base et, en particulier, les mécanismes appropriés de maîtrise des coûts de l'assurance maladie obligatoire de base et veiller à leur respect ;

4- Emettre son avis sur les projets de textes législatifs et réglementaires relatifs à l' assurance maladie obligatoire de base dont elle est saisie par l' administration, ainsi que sur toutes autres questions relatives au même objet ;

5- Veiller à l'équilibre global entre les ressources et les dépenses pour chaque régime d'assurance maladie obligatoire de base ;

6- Apporter l'appui technique aux organismes gestionnaires pour la mise en place d'un dispositif permanent d'évaluation des soins dispensés aux

[467] Voir infra.

bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire de base dans les conditions et selon les formes édictées par l'administration ;

7- Assurer l'arbitrage en cas de litiges entre les différents intervenants dans l'assurance maladie , selon l'ANAM c'est la seule mission partiellement accomplie car l'agence a le champ libre grâce au comité de suivi des conventions nationales[468].

8- Assurer la normalisation des outils de gestion et documents relatifs à l'assurance maladie obligatoire de base ;

9- Tenir les informations statistiques consolidées de l'assurance maladie obligatoire de base sur la base des rapports annuels qui lui sont adressés par chacun des organismes gestionnaires ;

10-Elaborer et diffuser annuellement un rapport global relatant les ressources, les dépenses et les données relatives à la consommation médicale des différents régimes d'assurance maladie obligatoire de base.

B- ANAM : Cadrage conventionnel des rapports entre les organismes gestionnaires et les prestataires de soins médicaux

Les conventions nationales ,sont l'instrument privilégié du dialogue entre les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire, les médecins et les établissements de soins du secteur privé, en vue de permettre à la population assurée l'accès à des soins reconnus de qualité et médicalement requis

Selon la loi 65-00, les rapports entre les organismes gestionnaires et les prestataires de soins médicaux publics ou privés, notamment en ce qui concerne les tarifs nationaux de référence (TNR) pour le remboursement ou la prise en charge, sont définis dans le cadre de conventions nationales conclues conformément aux dispositions de la loi 65-00 à l'initiative et sous la conduite de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

En ce qui concerne les prestations de soins rendues par le secteur privé, les conventions nationales sont conclues entre, d'une part, l'ensemble des organismes gestionnaires et, d' autre part, les conseils nationaux des ordres professionnels concernés avec le concours d'une ou de plusieurs organisations syndicales des prestataires de soins à vocation nationale.

En cas d'inexistence d'un ordre professionnel, les conventions nationales sont conclues entre, d' une part, l'ensemble des organismes gestionnaires et, d'autre part, la ou les associations professionnelles à vocation nationale les plus représentatives des différentes catégories de professionnels de la santé concernées, y compris les établissements de soins ou d'hospitalisation privés.

[468] Selon la feuille de route de l'ANAM 2014-2018.

Pour les établissements de soins et d'hospitalisation relevant de l'Etat, la convention nationale est conclue entre les organismes gestionnaires et l'administration.

Pour les établissements publics de soins et d'hospitalisation, la convention nationale est conclue, sous l'égide de l'administration, entre ceux-ci et les organismes gestionnaires.

Dans les deux derniers cas, les tarifs conventionnels ne peuvent être inférieurs à ceux fixés par voie réglementaire.

La loi précise que pour chaque convention nationale, un cadre conventionnel type est établi par voie réglementaire sur proposition de l'Agence nationale de l'assurance maladie, après consultation des représentants des organisations professionnelles prestataires de services médicaux, avant de les soumettre à l'approbation de l'administration.

Alors que les délais et les modalités de conclusion des conventions nationales sont fixés par voie réglementaire. Ces conventions doivent être préalablement à leur mise en œuvre approuvées par l'administration. A défaut d'accord sur les termes des conventions nationales, l'administration reconduit d'office la convention précédente, lorsqu' elle existe, conclue en vertu de la loi ou, le cas échéant, édicte un règlement tarifaire après consultation de l'Agence nationale de l'assurance maladie[469].

Au niveau pratique plusieurs conventions, sous l'égide de l'ANAM, ont été contractées[470], mais ce conventionnement peine à se mettre en place. L'ANAM n'est pas une partie négociante mais conduit les négociations sans arriver à les faire renouveler. Depuis lors, les prestataires de soins libéraux pratiquent la liberté des prix sur le marché au détriment des assurés qui ne sont remboursés que sur la base de la tarification nationale de référence[471].

C-ANAM : Etat des lieux et perspectives de la gouvernance

1- Etat des lieux de la gouvernance de l'ANAM

Huit ans après la mise en œuvre de l'AMO, trois contraintes ont été relevés par l'ANAM[472] : Au niveau de la fonction de la régulation, des équilibres financiers, et les objectifs de la couverture médicale de base qui se résume à garantir un accès économique aux soins :

D'abord sur la fonction régulation, Selon une étude effectuée par l'ANAM[473] , a montré que l'agence n'est pas considérée comme une autorité correspondant à la fonction de régulation, comme les autres institutions de régulation (ANRT

[469] Ce qui ressort des articles de la loi 65-00 concernant l'ANAM.
[470] Voir la liste des conventions nationales en annexe.
[471] Selon la feuille de route de l'ANAM 2014-2018.
[472] Selon la feuille de route de l'ANAM 2014-2018
[473] Un benchmark des missions, de régulation auprès de quatre institutions de régulation au Maroc a été effectué : il s'agit de :
•l'autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale (ACAPS)
•l'autorité marocaine du marché des capitaux (AMMC)
•la haute autorité de la communication audiovisuelle (HACA)
•l'agence nationale de réglementation des télécommunications (ANRT).

par exemple) l'agence a été conçue comme une zone tampon entre l'administration et les acteurs du terrain, certains la considèrent comme un bureau d'études, un observatoire, une force de proposition, aussi l'ANAM n'a pas d'autorité sur les acteurs de son environnement (sauf exception) ,et ne dispose pas de moyens pour faire appliquer ses directives, ni de pouvoir d'enquêtes et de sanctions à l'égard du non-respect des dispositions légales et réglementaires de la CMB.

Ensuite ,Sur les équilibres financiers et comme l'a montré l'étude sur les comptes nationaux de la santé de 2010, les équilibres financiers des deux régimes sont difficiles à maintenir à terme, en raison de la consommation sans cesse croissante (12% par an), du poids des dépenses des affections longue durées (ALD)[474], et des affections longues et coûteuses (ALC) et des médicaments, et aussi en raison de la multiplicité des régimes et surtout leur cloisonnement ,ce dernier considéré comme la principale contrainte, car cette fragmentation, si elle est accentuée, elle pourrait être à l'origine de déficits financiers, étant donné qu'elle transgresse les principes fondamentaux de l'assurance sociale, en l'occurrence, la solidarité et la mutualisation des risques. Elle pourrait aussi mettre en difficulté tous les régimes notamment celui des indépendants dont les mécanismes de recouvrement des cotisations ont toujours posé des problèmes même aux pays développés.

Enfin, au niveau des objectifs de la couverture médicale de base, l'ANAM estime que les objectifs liés au droit à la santé et à l'accès financier aux soins ne peuvent-ils être réalisés en raison de la faiblesse de la couverture et des iniquités présentées précédemment[475].

2- Les perspectives de la gouvernance de l'ANAM

Vu ces constats, L'ANAM dévoile une nouvelle vision permettant de la repositionner de manière stratégique, sur l'échiquier de la couverture médicale de base. Cette vision portée par une feuille de route pour la période 2014-2018, déclinée en plan d'actions, s'appuie sur **cinq axes stratégiques à savoir**[476] :

1 - Accompagnement des réformes de santé : Réforme du financement, La réforme hospitalière, par un appui au management des hôpitaux et des cliniques privées, et politique du médicament, en vue de rendre les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux accessibles à la population assurée. Et enfin une meilleur contribution dans à la politique de préventions.

2- Harmonisation des régimes : Converger vers un même panier de soins essentiels ; mêmes taux de cotisation et de couverture et à des modalités de rémunération des prestations normalisées et équitables. Débloquer les négociations sur la tarification nationale de référence (TNR), Aussi, et pour

[474] Les affections de longue durée sont définies comme des maladies chroniques, comportant une thérapeutique coûteuse pour laquelle l'Assurance Maladie Obligatoire assure une prise en charge pour tous les traitements nécessaires.

[475] Selon la feuille de route de l'ANAM 2014-2018.

[476] Idem.

plus de transparence, est-il nécessaire de formaliser le ticket modérateur et les frais liés au confort, et, ce en vue de lutter contre le noir et la pratique des chèques de garantie. Enfin, le rôle des régimes transitoires est à clarifier : gestion déléguée de l'AMO de certaines catégories et/ou couverture complémentaire.

3- Accélération de l'extension de l'AMO aux autres catégories : étendre l'AMO aux indépendants, aux étudiants[477] et aux ascendants.

4- Réforme de la gouvernance de la couverture médicale de base (CMB) et de l'ANAM : parmi les mesures proposées :

• La création d'une commission de gouvernance des régimes ;

• L'amélioration de l'efficience de la CMB : possibilité de convergence vers deux pôles ;

• Normaliser la gestion des ressources de la CMB par la mise en place du Système National intégré d'information et de gestion basé sur la dématérialisation des actes et des flux ;

• La mise en place d'un système intégré de gestion et d'information de la CMB avec dématérialisation des actes et flux ;

• L'accélération de la séparation entre les organismes gestionnaires de l'AMO de leurs services de soins ;

• renforcer le dispositif de régulation, veiller à son application et à son évaluation (protocoles thérapeutique, nomenclature, liste des médicaments et dispositifs médicaux remboursables, démarche coût etc...)

• développer une stratégie de communication de l'ANAM pour améliorer les relations avec la presse et renforcer la concertation avec les différents acteurs de la CMB en vue de rapprocher l'ANAM de ses partenaires, notamment du Ministère de la Santé.

• réaliser un audit institutionnel organisationnel et de gestion de l'ANAM, Institutionnaliser la formation continue, développer les actions des œuvres sociales de l'ANAM (adhésion à la Fondation Hassan II).

5- Refonte du dispositif juridique : l'actualisation de l'arsenal juridique touchant quatre principaux domaines : la correction des incohérences dans le dispositif juridique ; la gouvernance de la CMB ; la gestion des régimes ; la gouvernance de l'ANAM.

Et enfin selon l'ANAM, pour pérenniser le régime RAMED en termes de financement, de gestion et de contrôle, il est impératif d'assurer sa gestion par un organisme gestionnaire (nouveau ou existant) selon les normes et standards de l'assurance sociale et indépendant du ministère de la santé et de l'ANAM[478].

[477] Pour les étudiants une loi 116-12, viens d'être promulguée (voir supra).
[478] Feuille de route de l'ANAM 2014-2018.

La mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire, pour un meilleur un accès économique aux soins pour tous, suppose une transition vers la couverture maladie universelle telle qu'elle est préconisée par l'OMS, Pour cela le Maroc a adopté un nouveau code de couverture médicale de base, à savoir la loi 65-00, un code constituant le fondement de la protection sociale en matière de santé au Maroc, englobant deux régimes(AMO/RAMED) et des législations particulières, cette loi a apportée des principes et des sanctions de bonne gouvernance ,ce qui a impliquer un processus de mise à niveau de la gouvernance des structures concernées par la couverture médicale (CNOPS/CNSS/ANAM) . En prenant en compte l'ensemble des régimes en vigueur au Maroc, la population totale couverte est d'environ 17,5 millions, **soit 53%** de la population marocaine[479].ce qui veut dire que malgré les efforts déployés, nous sommes encore loin de la couverture maladie universelle ,et donc de l'accès économique aux soins pour tous. Mais nous pensons que ce pourcentage va s'améliorer sensiblement dans les prochaines années. Qu'en est-il à présent de notre système national d'information sanitaire, et notre un système d'évaluation de la qualité des soins ?

CH III : Une régulation pour un système d'information sanitaire et des soins de qualité pour tous

La bonne gouvernance sanitaire suppose aussi, la régulation de notre système d'information sanitaire et l'évaluation de la qualité des soins. L'état des lieux montre un manque à ce niveau, alors que l'OMS n'a cessé de rappeler l'importance de cette régulation. Et c'est à juste raison que la loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, a prévue dans son chapitre II : Un système d'information sanitaire et l'évaluation de la qualité des soins.

Sect. 1 : Un système national d'information sanitaire

Consacré par les recommandations de l'OMS, informer devient une nouvelle exigence en matière de santé, aussi le Ministre de la santé au Maroc prévoit la mise en place d'un système national d'information sanitaire.

§1 – Importance du système d'information sanitaire

Un système d'information sanitaire est nécessaire à plus d'un titre.

I – Le système national d'information sanitaire selon l'OMS

Un système d'information sanitaire et parmi les éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé, aussi il vise la couverture sanitaire universelle.

A – Un système d'information sanitaire et parmi les éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé

[479] Chiffres de la feuille de route 2014-2018 ANAM. Maroc .

Une bonne gouvernance n'est possible que si l'on dispose d'informations de qualité sur les problèmes de santé, sur le contexte dans lequel le système de santé fonctionne et sur l'efficacité de ce dernier. Il faut notamment disposer, en temps voulu, d'informations :

- Sur les progrès accomplis dans la résolution des problèmes de santé et l'atteinte des objectifs sociaux (en particulier l'équité), que l'on obtiendra notamment, mais pas seulement, par le biais d'enquêtes auprès des ménages, de l'état civil et de la surveillance épidémiologique ;
- Sur le financement de la santé, que l'on obtiendra notamment par le biais des comptes nationaux de la santé et d'une analyse des dépenses catastrophiques et des obstacles financiers et autres à l'accès des pauvres et des personnes vulnérables aux services de santé ;
- Sur les besoins en ressources humaines pour la santé et leur évolution ; sur la consommation de produits pharmaceutiques et l'accès à ces produits ; sur l'intérêt et le coût des technologies ; sur la répartition et la pertinence des infrastructures ;
- Sur l'accès aux soins et la qualité des services fournis.

Plusieurs mécanismes institutionnels sont nécessaires pour y parvenir :

- Un plan national de suivi et d'évaluation comportant des indicateurs de base (et des cibles) ainsi que des dispositions concernant le recueil, la gestion, l'analyse, la communication et l'utilisation des données
- Un système rendant les informations accessibles à toutes les parties prenantes, y compris les communautés, la société civile, les professionnels de la santé et les hommes politiques.

B –Un système national d'information sanitaire pour une couverture sanitaire universelle

Selon l'OMS, pour évaluer les progrès réalisés vers la couverture sanitaire universelle, il faudra des systèmes d'information sanitaire nationaux solides qui puissent fournir des données de bonne qualité. Aussi, il est important de rassembler les données empiriques et les estimations liées à la santé – telles que la mortalité, la morbidité, les facteurs de risque, la couverture des services sanitaires – et aux systèmes de santé. L'OMS travaille donc avec les pays pour améliorer les outils et les normes permettant de recueillir, d'analyser et d'utiliser les données sanitaires dans le cadre du renforcement des systèmes d'information sanitaire nationaux.

II- Une gouvernance basée sur un dispositif d'échanges de données informatisées entre les acteurs en respectant la personne

A – Informatiser l'information sanitaire entre les acteurs

La modernisation de la gestion du système de santé, implique la mise en place de dispositifs d'échanges de données informatisées entre les acteurs,

professionnelles et établissement de santé , usagers et organismes d'assurance maladie obligatoire. Cette mise en place relève de finalités multiples : Gain de productivité, amélioration de l'efficacité de la gestion du risque maladie, amélioration de la qualité des pratiques médicales et de la coordination des soins.

On dit souvent qu'on n'a de prise que sur ce qu'on peut mesurer. Les faits montrent que l'information aide les agents de santé à mieux travailler à condition qu'elle intéresse leur travail, qu'ils en aient connaissance au moment voulu, qu'ils soient sûrs de sa qualité et qu'ils comprennent sa teneur[480]. Selon le niveau auquel ils exercent, les agents de santé ont besoin de différentes sortes d'informations provenant de nombreuses sources : dossiers médicaux, rapports d'activité des établissements, comptes financiers, inventaires et état des traitements du personnel de santé, données d'enquêtes en population et littérature scientifique, pour n'en citer que quelques-unes. Un système national d'information qui fonctionne bien est indispensable pour améliorer la performance du personnel[481] .

Une information sanitaire exacte et disponible en temps utile, est une base de départ essentielle pour l'élaboration des politiques ainsi que pour la planification, l'exécution et l'évaluation de tous les programmes de santé. Les investissements et innovations nécessaires dans le domaine de l'information sanitaire contribueront au renforcement et à la réforme des systèmes d'informations sanitaires dans les pays, tâches auxquelles l'OMS s'est attelée, notamment dans le cadre du réseau de métrologie sanitaire[482]. L'OMS va aussi rattacher la composante information sanitaire aux activités ,en rapport avec le renforcement de la capacité des institutions nationales de recherche en santé, à l'alignement des résultats de la recherche en santé dans les pays, à l'échange de connaissances et à leurs applications et à d'autres activités dans les pays[483].

B – Système d'information et respect des données personnelles

Afin de suivre les demandes d'évolution de la société, de répondre aux nouveaux droits des patients, de favoriser la coordination des soins et d'encourager l'émergence de nouvelles modalités d'exercice pour les professionnels de santé, il est nécessaire de mettre en place des systèmes d'information de santé adaptés. Ces nouvelles modalités doivent concourir à une plus grande responsabilisation des médecins et des patients, devenus davantage acteurs dans des situations touchant à leur santé.

---

[480] - Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain highquality performance of health workers in low-resource settings? Lancet, 2005, 366:1026– 1035.
- Global health partnerships: assessing country consequences. Fondation Bill et Melinda Gates, McKinsey & Company, 2005.

[481] Rapport sur la santé dans le monde 2006, p 80.

[482] Health Metrics Network: an update after 50 days. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http : //www.who.int/mip/2003/other_documents/en/health_metricsboerma.pdf, consulté le 16 février 2004).

[483] Rapport sur la santé dans le monde 2004, P71.

Ces évolutions exigent une mise en commun d'informations, entre tous les acteurs du système de santé et le patient afin d'améliorer sa prise en charge, la coordination et la continuité des soins. Le développement récent des technologies de l'information et de la communication (TIC) permet aujourd'hui de tels échanges. La mise en place de systèmes robustes et pérennes pour le partage de ces informations est techniquement possible. Ces systèmes reposent avec une acuité renouvelée les questions sur le respect de la personne, la confidentialité des données médicales et la sécurité des systèmes d'information. La mise en œuvre maîtrisée de systèmes d'information adaptés est une condition nécessaire à la coordination des soins.

§2 -Vers un système national d'information sanitaire au Maroc

I- Etat des lieux

A –Faiblesse du système d'information et de communication

Selon l'OMS, il reste de nombreux obstacles organisationnels, juridiques, infrastructurels, sociaux et financiers à l'usage généralisé des techniques modernes d'information et de communication, surtout dans les pays à bas revenu[484].

Au Maroc, Une étude du ministère de la santé en 2005, a montré que le système national d'information sanitaire est composé de trois principales composantes[485] :

- Le sous-système d'information sanitaire en monitoring.
- Les informations contenues dans le sous-système en monitoring ne concernent qu'une partie de la population, ayant reçu une prestation au niveau des établissements de santé. Les enquêtes auprès des ménages permettent de combler cette lacune en rendant disponible des indicateurs sur l'état de santé de toute la population.
- Le sous-système d'information extra santé est complémentaire au sous-système d'information de santé, puisqu'il permet de disposer des données extra santé : Démographie, socio économie, nutrition, agriculture, environnement, etc.

A cet égard, les dysfonctionnements relevés dans l'actuel système d'information sanitaire peuvent se résumer dans ce qui suit :

- Redondance de l'information et de son mode d'acheminement ;
- La dispersion et le non optimisation des compétences locales : La collecte et le traitement de l'information sanitaire spécifique à chaque programme requièrent la mobilisation de différentes équipes.
- Faible performance du système : L'exploitation des informations collectées pour l'évaluation des activités et des performances du système de santé, est très

[484] Tanriverdi H, Iacono CS. Diffusion of telemedicine: a knowledge barrier perspective. Télémédecine Journal, 1999, 5:223–244.

[485] Document politique de santé de l'enfant 2005 : Sur le système national d'information sanitaire. Ministère de la santé .Maroc.

lente rendant la rétro-information inutile. La pertinence des indicateurs recueillis est aussi à revoir.
- Le Système National d'Information Sanitaire demeure incomplet en l'absence d'information sur les autres secteurs.

B – Exemples

Le système d'information sanitaire du Maroc n'est pas suffisamment développé, et certaines données peuvent ne pas être totalement fiables. Ces données permettent cependant de faire une première analyse des points forts et des points faibles du système de santé au Maroc[486] .

Aussi, Selon la cours des comptes[487] **,** il est Impossible d'apprécier les réalisations du Centre hospitalier universitaire de Marrakech, à cause de la défaillance du système d'information marqué par l'indisponibilité de données fiables et des nombreuses discordances constatées. En effet, les anomalies relevées ont concerné les indicateurs relatifs aux consultations, aux hospitalisations, aux admissions, aux accouchements, aux examens de radiologie et au nombre de décès. Avec ces carences et contradictions, le système d'information du Centre hospitalier universitaire de Marrakech, ne peut pas servir de base au suivi et au contrôle des activités et par conséquent, à la prise de décision. Ainsi, toute analyse visant l'appréciation des résultats demeure infructueuse.

II- Un système national d'information sanitaire

Dans son Chapitre II, la loi-cadre N° 34-09[488] relative au système de santé et à l'offre de soins, prévoit un système d'information sanitaire et l'évaluation de la qualité des soins[489], que nous allons présenter sommairement avec le plan de communication du Ministère de la santé.

A– Présentation du système national d'information sanitaire

Selon l'Article 17 de la loi-cadre 34-09, il sera institué un système national d'information sanitaire qui collecte, traite et exploite les informations essentielles relatives aux établissements de santé publics et privés, à leurs activités, à leurs ressources et à l'évaluation de la dimension et de la qualité des soins[490].

La collecte des données nécessaires au système national d'information sanitaire et leur exploitation, devront s'effectuer dans le respect de la

[486] Abdelkrim BENNIS : Le système de soins de santé au Maroc, quelques éléments d'analyse de ses atouts et faiblesses.
[487] Rapport de la cours des comptes 2009 : page 326 sur les CHU de Fès et Marrakech**.**
[488] La loi-cadre N° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins. Promulguée par dahir N° 1-11-83 (BO N°5962 du 21 juillet 2011, Page 1856).
[489] L'évaluation de la qualité des soins est présentée dans la 2ème section de ce chapitre.
[490] Idem.

législation relative à la protection des données physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel, en l'occurrence la loi 09-08[491].

Aussi la Stratégie du ministère de la santé 2012-2016 , a prévu des actions dans ce cadre ,parmi lesquels :

- La mise en œuvre d'un plan d'information, éducation et communication en faveur de la nutrition au niveau national, régional et local.
- Le développement du système d'information et évaluation des activités des Enfants et femmes victimes de violence.
- L'informatisation des supports d'information communs aux maladies non transmissibles (dossier médical…). Intégration des systèmes d'information existants.
- Le développement un système d'information intégré, sécurisé et transparent sur les médicaments et les dispositifs médicaux.

B – Un plan d'information et de communication

Selon le Ministère de la santé[492], les actions de communication et de sensibilisation de la population, permettent de renforcer et de soutenir les services et prestations sanitaires offertes dans le cadre des programmes et interventions prioritaires du Ministère de la santé, par les différentes stratégies de couverture (établissements de soins hospitaliers et de santé de base, équipes mobiles, itinérance, approche communautaire, personnes relais etc.).Aussi, le ministre a prévu depuis 2008 ,la mise en œuvre d'un plan d'information et de communication en matière de santé ,devant être déclinés «dans la mesure du possible » ,à l'échelle régionale et provinciale pour prendre en considération les spécificités locales, ce plan vise à :

- Améliorer l'accès à l'information relative aux prestations et aux soins (préventifs et curatifs) offerts par le Ministère de la santé ;
- Renforcer les capacités des professionnels de santé, des partenaires et agents de développement dans les domaines de l'IEC en matière de santé et
- Susciter l'engagement et la mobilisation des professionnels de santé et des partenaires vis-à-vis des programmes et interventions prioritaires du ministère.

Parmi les actions prévues selon le plan d'action de communication :

- Consolidation des acquis des programmes sanitaires ayant développés des Stratégies IEC et plans de communication performants.
- Formulation d'une stratégie de communication du MS axée sur les priorités et les nouvelles orientations du département.
- Présence optimale des actions IEC dans les médias.

---

[491] La loi 09-08 relative à la protection des données physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Promulguée par le dahir N°1-09-19 du 22 safar 1430 (18 février 2009). (BO N° 5714 du 5-3-2009).

[492] Plan d'action du Ministère de la santé 2008-2012.

-Amélioration de la qualité des prestations IEC.
- Implication des partenaires institutionnels, du secteur privé et de la société civile (ONG) dans les actions de communication et de promotion de la santé :
- Renforcement et repositionnement des structures et unités ayant en charge la gestion des activités IEC au niveau national, régional et provincial pour être en mesure de répondre aux besoins de formation, d'accompagnement et de dotation en supports éducatifs et didactiques.
- Renforcement de la capacité et l'autonomie des services régionaux en matière de recherche action, de planification stratégique et d'exécution des activités d'IEC.
- Mise à niveau du système national d'information, comme la Révision de l'application de la santé de la mère et de l'enfant et soins curatifs (SMI/PF), et la généralisation de l'application sur les causes de mortalité au niveau des bureaux municipaux d'hygiène ;
- Réalisation de la 4ème étude sur les comptes nationaux de la santé[493].

Sect. 2 : Un système d'évaluation de la qualité des soins

La bonne gouvernance sanitaire suppose une qualité des soins prodigués par des professionnels de santé compétents, et c'est à juste raison que la loi-cadre 34-09 ,a consacré dans son article 18 un système d'évaluation de la qualité des soins qu'il importe de présenter , mais avant, un rapide état des lieux sur la qualité des soins s'impose avec une petite précision concernant le concept utilisé.

§1- Etat des lieux de la qualité des soins

I- Le concept de la démarche qualité des soins

A- La qualité des soins

Selon Wikipédia, Au sens large, la qualité est la « manière d'être », bonne ou mauvaise, de quelque chose[494]. Dans le langage courant, la qualité tend à désigner ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne[495]. Par extension, la qualité définit également le bien ou le service qui convient bien[496]. L'ISO 9000 la défini ainsi comme l'« aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences ».

Le mot « qualité » vient du latin qualitas qui signifie « manière d'être »[497]. Qualitas est un terme créé par Cicéron sur le modèle du grec qualis, « quel »[498].Son sens est relatif à la manière d'être, fait de ce qu'on est pour, en quelque

[493] Les comptes nationaux de la santé réalisés sont ceux des années : 1997/1998 – 2001 - 2006 – 2010.
[494] Larousse.
[495] Christian Douce, La Qualité, 2010, Presses Universitaires de France, p. 5
[496] Christian Douce, La Qualité, 2010, Presses Universitaires de France, p. 5
[497] CNRTL.
[498] Pierre Chantraine, Survivance du grec dans le vocabulaire français, Bulletin de l'Association Guillaume Budé, Lettres d'humanité, n°31, décembre 1972, pp. 490-491.

sorte, opposer l'être et l'avoir[499]. La qualité est opposée à la quantité[500]. Cependant, au niveau dialectique, la quantité et la qualité ne s'opposent pas forcément et, selon Hegel, il existe des passages incessants de la quantité à la qualité et de celle-ci à celle-là[501].

La qualité est définie d'après la norme ISO NF X 50-120[502] comme : « L'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites. »

La qualité est définit comme : « l'exécution correcte conforme aux normes d'intervention que l'on soit sûr, et qui sont abordable pour la société en question et qui ont le pouvoir d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et la malnutrition en fonction des besoins du client [503]».

La littérature est très riche en définitions du concept « qualité des soins», ainsi Donabedian[504] définit un soin de qualité comme « un soin qui assure le mieux possible le bien être du patient, après que celui-ci a pu juger les relations entre les gains espérés et les risques inhérents au soin lui-même ».

Ainsi si on se réfère à la définition de l'organisation mondiale de la santé[505] qui décrit la qualité dans les établissements de santé comme : « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques ,qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicales ,au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa grande satisfaction ,en termes de procédures, de résultats et de contact humain à l'intérieur du système de soins ».

B - La démarche qualité des soins

Alors que la notion de démarche qualité a un sens très large, c'est est une « façon d'agir » dans le domaine de la qualité. Selon l'AFNOR[506], une démarche qualité est «l'ensemble des méthodes, des techniques et des actions managériales que mène l'établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations dans le but de satisfaire ses clients, d'assurer sa pérennité et de se développer».

Il existe plusieurs approches possibles en matière de démarche qualité :

---

[499] Alain Rey, Marianne Tomi, Tristan Hordé, Chantal Tanet : Dictionnaire historique de la langue

[500] Patrice Jean Ake, La qualité, notion philosophique et principe de management [archive], La Palabre, (page consultée le 5 décembre 2014).

[501] Bernard Gilson, L'essor de la dialectique moderne et la philosophie du droit, 1991, p. 499-500

[502] AFNOR. Les projets de la norme ISO 9000.Editions AFNOR, Paris 2002,269 p

[503] MIR ocmer et C. Mentaya Aguillar, OMS, 1988.

[504] Donabedian Avedis .Seminary on quality assurance by monitoring clinical performance. Health Administration Press, Melrose Park 1994.

[505] OMS. Quality and accreditation in health cure services, A global review. MS, Genéve 2003, 209 p.

[506] Jacqueyrie A. « Les obstacles à la qualité : barrières visibles et invisibles » ; actualité et dossier en santé publique ; N° 35 ; Juin 2001 ; pp : 42-43.

- La première est le contrôle qualité. Il consiste en «des activités telles que mesurer, examiner, essayer ou passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité et comparer les résultats aux exigences spécifiées en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune de ces caractéristiques[507] ».

- L'assurance qualité est « l'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences relatives à la qualité[508] ».

- L'amélioration continue de la qualité[509]repose sur l'idée que la qualité peut être continûment améliorée, en utilisant des techniques fiables pour étudier et perfectionner un processus. Cela suppose que la qualité ne s'obtient pas uniquement par l'inspection et l'élimination des problèmes.

- Enfin, le management total par la qualité est un « mode de management de l'ensemble d'une structure centré sur la qualité, et qui recherche la qualité à long terme par la satisfaction du client, des membres de la structure et de la société[510]».

II- Etat des lieux de la qualité des soins

A – La qualité des soins dans les cliniques

Les cliniques au Maroc doivent être conforme aux normes techniques prévus par l'arrêté du Ministre de la santé N°1693-00 du 2 novembre 2000[511], ce dernier prévoit des normes relatives au nombre et à la qualité du personnel , des normes relatives aux équipements des unités médico- techniques , des normes se rapportant à l'unité de consultation . Mais ce qui nous importe le plus se sont les normes se rapportant aux unités d'hospitalisation, l'art 15 de l'arrêté prévoit à ce propos que : « l'hospitalisation doit permettre l'hébergement des malades dans des conditions de confort convenables en vue de leurs administrer des soins au lit. A cet effet, les locaux d'hospitalisation doivent répondre aux conditions et normes prévues». Enfin, toute clinique doit observer les normes de construction d'installation et de sécurité. En ce sens que la clinique doit être implantée sur un site indépendant, à l'écart des bruits, doit permettre un entretien facile contre l'humidité et les infiltrations, toute clinique doit comporter des unités distinctes concernant l'hébergement, le bloc médico-technique, la consultation, L'accueil et l'administration, les services généraux

[507] Leclet H., Vilcot C. « Construire le système qualité d'un établissement de santé » ; Paris : AFNOR, 2000, pp3, fascicule de documentation FD S 99-130 inclus.
[508] Idem
[509] Agence Nationale D'accréditation Et D'évaluation En Santé. « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé » ; Paris ; 2002 ; 77 p.
[510] Agence Nationale D'accréditation Et D'évaluation En Santé. « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé » ; Paris ; 2002 ; 77 p
[511] B.O N° 4862 du 4/1/2001.

comme l'alimentation, le nettoyage, l'entretien et le traitement des déchets hospitaliers.

Ceci dit, le manque d'information et d'indicateurs, ne permet pas d'analyser la qualité des soins dans le secteur privé[512]. Mais on peut noter des critiques de la part des médias notamment sur le plan déontologique.

B- La qualité des soins dans les hôpitaux publics

L'analyse de la qualité des soins dans le secteur public à travers des indicateurs quantitatifs ,montre qu'un taux de prévalence de l'infection nosocomiale[513] en 2001 est 5% dans les hôpitaux provinciaux ,10% dans les hôpitaux régionaux et de plus de 11% dans les CHU, la prévalence des pannes est estimée à 15%. Quant aux études portant sur la qualité des soins et services et la perception de la qualité des services offerts par la population ,montre une image négative des structures de santé de base (attente, médicament, communication..) ,alors que le réseau hospitalier présente des lacunes importantes sur le plan de la qualité, ces lacunes sont très peu documentés et quantifiés sauf dans certaines études de cas ou pour certains domaines particuliers[514].

Par exemple, selon l'audit des soins et services du centre hospitalier universitaire Ibn Sina de 1995 concernant la qualité des soins, il y a une absence de toute philosophie ou de programmes d'appréciation de la qualité des soins. Aussi, selon l'enquête de satisfaction des usagers réalisée par le CHIS en Avril 2010, sur un échantillon de 1.250 patients hospitalisés au niveau des hôpitaux du CHIS, a révélé un taux de non satisfaction au sujet des dysfonctionnements identifiés : 17,7%, sur le délai d'attente pour la réalisation des examens complémentaires ou d'une intervention, 5,5% sur l'environnement social de l'hôpital, 17,4% sur la complexité des formalités administratives, 38,5% sur la qualité de l'alimentation, 11,5% sur l'accueil au niveau du bureau d'admissions et de facturation, 18,5% sur la prise en charge lorsqu'il y a des douleurs, 16,5% sur la propreté de la chambre d'hospitalisation, sur l'hygiène insuffisante des locaux des hôpitaux[515].

Un autre exemple, selon le Ministère de la santé, même lorsque la femme surmonte la barrière géographique et financière, elle ne bénéficie pas nécessairement de soins de qualité. D'où la nécessité de reconsidérer l'organisation des soins dans les maternités hospitalières ,et de mobiliser les professionnels de la santé pour leur engagement vis-à-vis de la mise en œuvre

[512] Dossier thématique N° 3. Offre de soins du 22/02/2002. MS. Maroc.
[513] Infection nosocomiale : infections contractées pendant le séjour dans un établissement de soins.
[514] Dossier thématique N° 3 offre de soins de 22/02/2002 Ms Maroc.
[515] Selon le rapport de la cours des comptes 2010 page 450 sur le CHU Ibn Sina.

des recommandations des bonnes pratiques des soins obstétricaux, classiquement développées dans le cadre des audits[516].

C'est pourquoi l'amélioration de l'image de marque de l'hôpital public, nécessite de grands efforts d'amélioration des conditions d'accueils et d'hébergements des patients, l'amélioration d'un certain nombre de service tel que la restauration, le bandage ou le nettoyage ne pourrait être atteinte qu'à travers la sous-traitance de ces services au niveau du secteur privé[517].

§2- Vers un système d'évaluation de la qualité des soins

Le Maroc opte pour un système d'évaluation et d'accréditation et des actions pour des soins de qualité, à la lumière de l'expérience française concernant la Haute Autorité de Santé.

I- L'expérience française : La Haute Autorité de Santé

La Haute Autorité de Santé (HAS), est Dotée d'une mission générale de contribution à la régulation du système de santé par l'amélioration de la qualité en santé, Ces missions peuvent être regroupées en deux activités principales[518] : Évaluation et recommandation / Accréditation et certification.

A – La HAS : Evaluation et recommandation

Dans sa mission d'évaluation et recommandation, La Haute Autorité de Santé (HAS) évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur remboursement. Elle définit des recommandations de bonne pratique clinique, des recommandations de santé publique, des études médico-économiques, des guides de prise en charge, à destination des professionnels et des patients. Elle rend également des avis dans le cadre de sa mission d'aide à la décision des pouvoirs publics.

B – La HAS : Accréditation et certification

Dans sa mission d'accréditation et certification, la Haute autorité de Santé (HAS) certifie les établissements de santé, elle accrédite les praticiens de certaines disciplines médicales sur la base du volontariat. Elle participe également à l'amélioration de la qualité de l'information médicale sur internet et dans la presse, elle certifie la visite médicale, ainsi que les logiciels d'aide à la prescription.

La HAS conçoit et met également à disposition des acteurs de santé des outils, guides et méthodes afin d'améliorer leur prise en charge ou la mise en œuvre de leurs projets.

II- Un système d'évaluation et d'accréditation et des actions pour des soins de qualité au Maroc

A – Un comité national d'évaluation et d'accréditation

---

[516] Plan d'action 2008-2012 du Ministère de la santé. Page 16.

[517] Pôle B de la composante I du projet de financement et de gestion des services de santé (PFGSS) ministère de la santé Maroc 2003.

[518] D'après le site officiel de la HAS.

Il faut noter que dans le cadre de la réforme hospitalière, un programme national d'assurance qualité a été élaboré en 1999 (PNAQ), suivi d'un autre programme dénommé amélioration continu de la qualité (ACQ), aussi il faut saluer les efforts fournis pour élaborer une méthodologie pour développer un système d'accréditation qui s'appliquera aussi bien dans le secteur public que dans secteur privé[519].

Aujourd'hui , un comité national d'évaluation et d'accréditation est prévu, il est parmi les nouveaux instances de concertation en matière de santé, instituées par la loi cadre N° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, pour assurer la cohérence des actions du système de santé, améliorer sa gouvernance et permettre la participation active des différents partenaires. Cette instance a la mission d'élaborer des indicateurs, des critères et des référentiels nationaux ,qui seront la base d'une procédure d'évaluation des établissements de santé, publics et privés dites « accréditation » visant l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins par l'appréciation indépendante de la qualité des établissements de santé ou, le cas échéant, d'un ou de plusieurs de leurs services.

Aussi le Ministère prévoit dans sa stratégie actuelle d'une part , d'élaborer des textes réglementaires relatifs à la procédure d'évaluation et d'accréditation , et d'autre part, d'instaurer une procédure d'évaluation et d'accréditation des établissements de santé prévu par la loi par vagues successives : Hôpitaux Généraux, Psychiatriques et d'Oncologie.

B – Des actions pour des soins de qualité et sécurisés dispensés par un personnel bien formé

1- Des actions pour des soins de qualité et sécurisés

A cet égard le Ministère prévoie d'une part, le renforcement des prestations de soins primaires, pré-hospitaliers et hospitaliers. A ce propos, il est prévu de poursuivre les actions pour la mise en œuvre du plan national de prise en charge des urgences médicales, la mise à niveau des hôpitaux prévus dans le cadre du Projet santé Maroc III, la gestion de la qualité et sécurité des soins, la poursuite des travaux pour l'équipement des CHU de Marrakech et d'Oujda et les projets de construction des nouveaux CHU de Tanger et Agadir et la reconstruction de l'hôpital Ibn Sina, ainsi que le développement de la santé en milieu rural[520] .

Aussi, parmi les actions prévues dans la stratégie actuelle du Ministère, pour l'amélioration de la qualité de prise en charge et de la sécurité des patients :

- Développement de la stratégie globale de prévention des effets indésirables évitables et des infections nosocomiales ;

[519] Pôle B de la composante I du projet de financement et de gestion des services de santé (PFGSS), Ministère de la santé, Maroc 2003.

[520] Amélioration de la protection sociale et équité dans l'accès aux soins selon la loi de finance 2015. P 106.

- Elaboration, diffusion et mise en place des recommandations de bonnes pratiques médicales, pour les morbidités dominantes et les services vitaux des hôpitaux.

D'autre part, il faut saluer l'idée de l'organisation du Concours Qualité d'envergure nationale organisée depuis 2007, couronné par un prix décerné aux structures de soins ayant fourni les meilleurs efforts d'amélioration de la qualité de leurs processus de gestion et de leurs services.

Après chaque édition, la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires du Ministère de la santé (DHSA) ,produit des rapports décrivant les résultats obtenus pour chaque catégorie de structures. Cette approche constitue une innovation dans le secteur public, de part, la compétition positive qu'elle suscite et la dynamique qu'elle crée. En ce sens qu' elle permet d'assurer la diffusion la plus large possible de la culture qualité auprès de tous les professionnels de santé, et de relancer la dynamique de coordination et de concertation au niveau régional.

Aussi, et dans le cadre de l'amélioration de la qualité de soins et de la sécurité de prise en charge des patients, au niveau des établissements hospitaliers, et conformément à la résolution WHA55.18 de l'Organisation Mondiale de la Santé , adopté lors de sa 55ème assemblée mondiale qui invite les pays membres à établir un système de contrôle et d'amélioration de la sécurité des patients, le Ministère de la Santé s'est engagé, en collaboration avec l'OMS, dans la mise en place d'un programme d'accréditation des établissements hospitaliers. A ce titre, de nombreuses activités ont été réalisées, depuis et jusqu'à l'heure actuelle, avec l'appui technique de consultants nationaux et internationaux, notamment :

- La réalisation d'un diagnostic de l'état des lieux concernant la qualité des soins
- L'élaboration d'un manuel de standards et de référentiels d'accréditation hospitalière ;
- L'élaboration d'un guide d'accréditation hospitalière ;
- L'organisation d'une conférence nationale sur la politique d'accréditation hospitalière au Maroc ;
- La constitution de la cellule Technique d'Accréditation Hospitalière ;
- L'expérimentation de la procédure d'accréditation au niveau de 4 centres hospitaliers de catégorie différente (CHU, Centre Hospitalier Régional, Centre Hospitalier provincial et Hôpital local) ;
- La formation des responsables hospitaliers et l'accompagnement des équipes hospitalières en matière d'accréditation ;
- La formation de 70 experts visiteurs ;
- L'édition du guide des experts visiteurs et d'aide à la cotation ;
- L'édition du manuel des référentiels et des standards d'accréditation hospitalière
- L'édition du guide d'accréditation hospitalière ;

- Le lancement du programme d'accréditation hospitalière au niveau de 20 Centres Hospitaliers Régionaux ;
- L'accompagnement sur le terrain des responsables hospitaliers des 20 établissements hospitaliers dans la réalisation des travaux d'auto-évaluation ;
- L'analyse et la proclamation des résultats de l'accréditation hospitalière (étude réalisée pour 13 établissements et en cours pour les 7 autres sur les 20 établissements accrédités).

Et enfin, un programme d'accréditation des structures hospitalières d'oncologie a été lancé en 2012 avec l'appui de l'OMS. À ce jour, un référentiel d'accréditation spécifique est en cours de validation, et un calendrier prévisionnel de mise en place de la démarche sera proposé à l'OMS pour la Biennale 2014-2015[521].

2- Des actions pour la formation et la formation continue des professionnels de santé

Selon le gouvernement actuelle, le Ministère de la santé vise l'amélioration de la gestion des ressources humaines ,et le renforcement des compétences à travers notamment, l'octroi au titre des années 2012 et 2013 de 6.663 postes budgétaires au ministère de la santé et aux CHU. Par ailleurs, le renforcement de la capacité de formation des instituts supérieurs des professions d'infirmiers et un plan national de la formation continue pour les professionnels de santé ont été mis en œuvre[522] .

Aussi, la Stratégie actuelle[523] vise à développer les capacités de formation des professionnels de santé :

D'abord sur la formation des médecins, le défi sera d'accroitre les effectifs des médecins en formation, à travers la relance de l'initiative 3.300 médecins par an à l'horizon 2020, pour faire passer, au terme de cette échéance, le nombre de médecins de 5,1 à 10 pour 10.000 habitants. Le ministère prévoit dans ce cadre :
- La révision du système de résidanat en coordination avec le Ministère de l'enseignement supérieur et les parties concernées dans le cadre de la réforme des études médicales ;
- L'élaboration du plan national de formation continue pour le personnel Médical.
- Le renforcement des effectifs et promotion de la formation continue des professionnels de santé des services des urgences par : La réglementation des actes de médecine d'urgence pré-hospitalière ; la Création d'une filière de « Permanencier Aide à la Régulation Médicale » (PARM).le Développement des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgences (CESU) ; Création d'une filière de techniciens ambulanciers à Marrakech, Fès, Rabat et Oujda ; Création d'une

[521] Ministère de la santé.
[522] Amélioration de la protection sociale et équité dans l'accès aux soins selon le projet de loi de finance 2015. P 106.
[523] La stratégie sectorielle 2012-2016.Ministère de la santé, Maroc.

filière paramédicale en soins d'urgence (Rabat) ; et la mise en place d'un Centre d'Expertise en Evaluation des Urgences (Fès).

Concernant la formation de base des infirmiers, la capacité de formation des Instituts de Formation aux Carrières de Santé (IFCS) a connu un développement remarquable ,à travers la création d'un ensemble d'IFCS dont le nombre global atteint actuellement 23.Aussi parmi les actions prévue à cet égard :

- Elaboration du Plan National de Formation Continue pour le personnel paramédical.
- Révision des textes réglementant les IFCS en les adaptant aux textes des Etablissements de l'Enseignement Supérieur Non Universitaires (EESNU).
- Augmentation des effectifs et des professionnels de Santé et création de la filière « Infirmier en soins d'urgences et soins intensifs» dans l'IFCS de Rabat;
- Ouverture d'Institut de Formation des Techniciens Ambulanciers à Oujda, Rabat, Marrakech et Fès.
- Mise à niveau des infrastructures des IFCS.

En ce qui concerne le personnel gestionnaire et administratif, 232 lauréats ont été formés à l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS), dont 58% sont issus du cadre médical, et pharmaceutique, 35% du cadre infirmier et 7% de celui des administrateurs. 98% de ces lauréats exercent actuellement des fonctions de gestion au niveau central et local. La production des effectifs formés est faible et ne suffit pas à percevoir un impact sur le système de santé[524]. C'est pourquoi, le Ministère a prévu dans sa stratégie actuelle les actions suivantes : Révision du statut juridique de l'INAS ; Restructuration de l'architecture pédagogique des programmes de formation de l'INAS (LMD) ; Elaboration du plan national de formation continue en matière de management. Ceci pour la régulation du système d'information sanitaire et des soins de qualité pour tous.

•••

Pour la mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire, nous avons rangé dans ce titre de nouveaux outils de régulation, visant à la fois l'accès géographique et économique aux soins, et à l'information sanitaire et des soins de qualité pour tous. Les mécanismes et outils de cette régulation présentés dans les trois chapitres de ce titre pourrons contribués, à notre humble avis, à la réalisation de l'objectif de l'accès aux soins pour tous. Du reste, une bonne réglementation bien appliquée et une coopération bien cadrée, titre 3ème de ce travail, sont des éléments nécessaires qui vont compléter et conclure notre fil-conducteur.

[524] Stratégie 2012-2016 .Les capacités de formation des professionnels de santé, p 18.

Titre III : Une bonne réglementation bien appliquée et une coopération bien cadrée dans le domaine de la santé

A côté des éléments de bonne gouvernance sanitaire, présentés précédemment dans le premier et deuxième titre de cette partie, ce troisième et dernier titre traite d'autres éléments, que nous estimons nécessaire à la mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire, ces éléments sont regroupés dans trois chapitres, à savoir :

CH I : Coordonner la coopération des divers acteurs à missions sanitaires

CH II : Une bonne réglementation sanitaire

CH III : Contrôler, auditer et sanctionner les dérives

CH I : Coordonner la coopération des divers acteurs à mission sanitaire

Les réformes du système de santé en cours, notamment celles relatives à la couverture médicale de base, la réforme hospitalière et à la régionalisation sanitaire et autres, revêtent une grande importance et nécessitent l'implication de toutes les composantes du système de soins, et l'intégration de l'ensemble de ces ressources. C'est pourquoi, nous estimons que la coordination de la coopération des divers acteurs à mission sanitaire, et essentielle à la mise en œuvre de la bonne gouvernance, en l'occurrence le cadrage du partenariat public/ privé (PPP), le cadrage de l'action des associations et des ONG (Sect. 1), et aussi le cadrage de l'initiative National pour le développement Humain, et de l'action des collectivités territoriales dans le domaine sanitaire (Sect. 2).

Sect. 1 : Le cadrage de la coopération

La coopération est un accord établi dans une perspective à long terme, impliquant une interaction entre les membres d'organisations indépendantes, qui combinent ou mettent en commun leurs moyens. La coopération est l'action de coopérer, de participer à une œuvre ou à un projet commun. C'est la capacité de collaborer à cette action commune, ainsi que les liens qui se tissent pour la réaliser. La coopération est un mode d'organisation sociale qui permet à des individus ayant des intérêts communs de travailler ensemble avec le souci de réaliser l'objectif général. Elle nécessite un certain degré de confiance et de compréhension[525].

Aussi, l'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé, a besoin aujourd'hui d'une forte coordination entre les différents intervenants, institutionnels et non institutionnels, en vue de mettre en place un cadre opérationnel favorisant la concertation, la prise de décision et l'efficacité de l'action. La perspective de la régionalisation avancée est une autre motivation pour déployer au niveau territorial, ce type d'instrument de concertation et d'action[526].Nous pensons, à cet égard, que le cadrage de l'action des associations et des ONG œuvrant dans le domaine sanitaire de même que le cadrage du partenariat public/ privé, peut contribuer à système de santé coordonné et un offre de soins cohérent.

§1 - Le cadrage du partenariat public/ privé pour un offre de soins cohérent

La bonne gouvernance du système de santé, la réorganisation de son offre de soins pour une meilleure complémentarité et le bon usage de ses ressources disponibles et mobilisables, imposent une réelle synergie entre l'ensemble les composantes du système[527] .A ce propos la réforme annonce, en général la

[525] Le dictionnaire de la politique ; Toupictionnaire

[526] 2ème conférence de la santé, Marrakech 2013.Note de présentation, P1.

[527] Santé, vision 2020.Ministère de la santé. Maroc. 2008, P 33 et 34.

promulgation la loi n°86-12[528] relative aux contrats de partenariat public-privé, et en particulier dans le domaine de la santé ,par la mise en place d'un cadre concerté de partenariat public-privé vu la faiblesse en la matière.

I- La faiblesse du partenariat public-privé et l'annonce de la réforme

Le manque de complémentarité a annoncé la réforme pour une réelle politique de partenariat.

A – Un manque de complémentarité

Malgré les efforts déployés par la Ministère de la Santé, visant le développement d'une collaboration fructueuse entre les deux secteurs public et privé, et le volontarisme de certains professionnels du secteur privé, la complémentarité entre le public et le privé est encore un souhait. Car le secteur privé travaille en marge du système de santé, et sa participation aux priorités de santé publique, notamment celles en relations avec les programmes de lutte et de prévention est insignifiante[529]. L'exemple du réseau des établissements de soins de santé de base (ESSB)[530], « qui dans sa conception, sa planification et son monitorage, ne comprend pas le secteur privé qui regroupe près de 5800 cabinets de médecine libérale. Ceci traduit le manque de complémentarité qui existe entre ces deux secteurs »[531].

Dans son organisation actuelle, le Ministère de la santé comprend six services répartis sur cinq directions, devant assurer des missions de coordination et collaboration intersectorielle, avec les organisations non gouvernementales et les collectivités locales, ces services sont les suivants[532] :

Direction de la Population (service de la coordination et de la collaboration intersectorielle), Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies (Service de l'action intersectorielle), Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires (Service de la coordination intersectorielle), Direction de la réglementation et du contentieux (Services des conventions et des relations avec les associations à vocation sanitaire), Direction de la planification et des ressources financières (Service des organisations non gouvernementales et service des collectivités locales). Malgré cette multitude de services, et la signature d'un nombre relativement important de conventions, l'on relève l'absence d'une véritable politique de partenariat avec la société civile[533].

---

[528]- La loi n°86-12 relative aux contrats de partenariat public-privé, promulguée par le Dahir n° 1-14-192 du 24 décembre 2014 (BO n° 6332 du 5-2-2015.page 682).
- Décret n°2-15-45 du 13 mai 2015, pris pour l'application de la loi n°86-12 relative aux contrats de partenariat public-privé (BO n°6366 du 4-6-2015, page 3062).

[529] Santé, vision 2020.Ministère de la santé. Maroc.

[530] Actuellement dénommé « réseau des établissements de soins de santé primaire (RESSP) »

[531] Stratégie de coopération OMS Maroc 2008-2013 **.**P 14.

[532] Voir le Décret n° 2-94-985 du 21 novembre 1994 relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère de la Santé.

[533] Plan d'action 2008-2012, Ministère de la santé .Maroc.

B – Une réforme pour une réelle politique de partenariat

Le Partenariat Public–Privé, va répondre au mieux aux attentes des citoyens et des opérateurs économiques en infrastructures et services publics de qualité, contribuant ainsi à améliorer les conditions de vie des populations et à développer la compétitivité de l'économie nationale. Car le recours à ce partenariat permet de bénéficier des capacités d'innovation du secteur privé, et de garantir contractuellement l'effectivité des services .C'est pourquoi le gouvernement opte en général, au développement des contrats de Partenariat Public–Privé, par l'adoption de la loi 86-12[534]. Cette loi définit ces contrats comme étant : « un contrat de durée déterminée par lequel une personne publique confie à un partenaire privé ,la responsabilité de réaliser une mission globale de conception, de financement de tout ou partie, de construction ou de réhabilitation, de maintenance et/ou d'exploitation d'un ouvrage ou infrastructure ou de prestation de services nécessaire à la fourniture d'un service public ».

Dans le domaine de la santé , le Ministère de la Santé s'est engagé dans une nouvelle réforme ,dont l'objectif est d'asseoir une véritable politique de partenariat pérenne, entre les deux secteurs public et privé en matière de prestations de soins et de services. Les résultats attendus étant « :

• Une approche méthodologique globale pour le développement d'un cadre partenarial prenant en considération les besoins de la carte sanitaire, la démographie médicale et les moyens disponibles des deux secteurs ;
• La mise en place de domaines précis et des formes innovantes de partenariat;
• Des modes de délégation de la gestion du service public sanitaire et des prestations des services et des soins adaptés au système de santé ;
• Des formes d'encouragement et d'incitation des prestataires du secteur privé ;
• Des outils d'information, de concertation et de coordination ;
• Des outils d'évaluation, de suivi et de contrôle[535]».

Aussi dans son Chantier 7, le livre blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé[536], consacre la contractualisation de la complémentarité public-privé par trois biais :

1 - Changer le mode d'exercice de l'autorité, passer d'un mode d'exercice de l'autorité sanitaire commandé et contrôlé par le haut « command and control », vers un mode de régulation et de négociation « steer and negotiate ». Cela signifie un changement dans la façon de travailler et surtout le fait d'investir dans la concertation avec une multitude de partenaires.

2 - Constituer une masse critique de ressources humaines avec capacités de pilotage, de négociation et de contractualisation.

---

[534] Voir supra.
[535] Ministère de la Santé « Santé, vision 2020 ».
[536] La 2e conférence nationale sur la santé. Marrakech 2013.page 49.

3 - Redessiner l'architecture de la gouvernance, en arrêtant une série de décisions sur des options de structure qui affecteront l'ensemble du fonctionnement du système de santé marocain.

II - Mise en place d'un cadre concerté de partenariat dans le domaine de la santé

Une commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et secteur privé, et une nouvelle politique de Partenariat public privé (PPP).

A – Une commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et secteur privé

La commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et secteur privé, est l'une Des six instances de concertation en matière de santé, prévue par le Titre IV de la loi cadre N° 34-09[537] relative au système de santé et à l'offre de soins, ces instances ont pour mission d'assurer la cohérence du système de santé, améliorer sa gouvernance et permettre la participation active des différents partenaires au système de santé national.

Cette commission nouvelle n'pas encore vu le jour, mais selon le Ministère de la santé, il y a des propositions des domaines prioritaires de partenariat avec le secteur privé, soumis à l'examen de la commission consultative du partenariat avec les professionnels et établissements de santé privés à savoir :

- Approbation et diffusion des domaines retenus,
- Ediction des conditions et modalités du partenariat dans ces domaines,
- Fixation des règles d'organisation d'activités ou de campagnes avec les associations des professionnels de santé
- Elaboration et diffusion des outils de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.
- Définition de l'architecture de la base de données et des informations qu'elle doit contenir ;
- Elaboration du support d'information et de communication des données.
- Institutionnalisation de la journée de partenariat avec les professionnels et les établissements privés ;
- Elaboration et diffusion d'un rapport des actions de partenariat avec les professionnels et établissements de santé privés.
- Définition des domaines éligibles aux réseaux de soins ;
- Elaboration et mise en œuvre des supports nécessaires à la création et au fonctionnement de ces réseaux ;
- Création de la commission consultative de partenariat avec les professionnels et les établissements de santé et définition de son mandat ;
- Définition des modalités de fonctionnement de la commission[538] .

B – De la sous-traitance au Partenariat Public Privé (PPP)

[537] BO N° 5962 du 21 juillet 2011, Page 1856.
[538] Plan d'action 2008-2012, Ministère de la santé .Maroc.

Comme dans tous les pays, le Maroc a su initier le partenariat avec le privé, d'abord, dans le cadre de la sous-traitance des services généraux et logistiques ; par la suite, cette forme d'externalisation a été étendue à la gestion des déchets hospitaliers et à la mise à disposition de ressources. Depuis quelques années, le Ministère de la santé a engagé une autre forme de partenariat avec le secteur privé relative à l'achat de service de dialyse, ce qui a permis de prendre en charge plus de 1000 malades insuffisants rénaux chroniques terminaux.

Cette nouvelle politique de Partenariat public –privé avec les professionnels et les établissements de santé du secteur privé ,vise à assurer une cohérence dans l'offre de soins et la complémentarité entre les deux secteurs, public et privé et à améliorer l'équité, la disponibilité et la qualité de l'offre de soins. Dans ce cadre, et selon le plan sectoriel 2012-2016, le Ministère engagera les actions suivant :

- Consolidation des expériences d'externalisation des services généraux et de la logistique
- Réalisation d'une évaluation des activités de sous-traitance dans les centres hospitaliers en vue de maitriser leur coût et de réguler leur développement
- Renforcement du 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 médicales ;
- Elaboration d'un texte règlementaire pour l'encadrement de la pratique médicale dans les établissements publics de santé et ce, pour pallier à la grande pénurie en ressources humaines de santé que connaît le Maroc.
- Développement 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 (partenariat public privé)[539].

Aussi, le Ministère de la santé a prévu dans le cadre du renforcement du partenariat du CHU avec ses parties prenantes : De renforcer le partenariat avec les facultés de médecine à travers l'élaboration d'un arrêté conjoint, et l'engagement sur des programmes communs, et création d'un organe de coordination surnommé « Commission hospitalo-universitaire » ; et enfin la création d'une université des sciences de la santé[540].

§2 - Le cadrage de l'action des associations et des ONG œuvrant dans le domaine sanitaire

Les associations au Maroc sont régies par le Dahir du 15 novembre 1958 tél qu'il été modifié et complété, les expériences menées avec les associations se

[539] Plan d'action 2012-2016 Ministère de la santé .Maroc.
[540] Récemment inaugurée par SM le Roi.

sont révélées encourageantes, et ont montré que le mouvement associatif fait preuve d'une vitalité et d'un dynamisme avérés, et couvre efficacement un large spectre dans le champ social, voire économique. C'est pour cela, leur cadrage et leur gouvernance est primordial afin d'assumer leur rôle efficacement, sans oublier le cadrage des organisations non gouvernementales (ONG).

I – La gouvernance de l'action sanitaire des associations

La bonne gouvernance implique le cadrage de l'action sanitaire des associations, mais aussi, dresser leurs Bilans pour en assurer le suivi, l'évaluation et la reddition des comptes.

A – Le cadre du partenariat entre l'Etat et les associations

« L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices »[541].

La nouvelle politique de partenariat avec les associations est cadrée par les directives royales, et conformément aux dispositions de la circulaire du Premier Ministre N0 7/2003 du 27 juin 2003, relative au partenariat entre les services de l'Etat et les Associations, et dans le cadre des orientations et objectifs stratégiques du Ministère de la Santé pour la période 2012-2016.

Dans la lettre royale adressée au forum du mouvement associatif au Maroc, à l'occasion des journées d'étude portant sur le management associatif organisées à Rabat le 14 février 2002 ,SM le Roi affirme que : « Nous ne pouvons que nous réjouir de la véritable richesse nationale que constituent désormais les associations marocaines, ainsi que de la variété de leurs domaines d'action et de la force de proposition qu'elles représentent, et qui en font des partenaires incontournables à la réalisation du progrès et de la modernisation que nous souhaitons pour notre pays ». Fin citation SM.

Quant à la circulaire du Premier Ministre N0 7/2003 du 27 juin 2003, elle constitue un nouveau cadre de partenariat entre les services de l'Etat et les Associations , cette circulaire a pour objet de baliser la voie vers la définition d'une nouvelle politique du partenariat, entendu comme l'ensemble des relations d'association, de participation et de mise en commun de ressources humaines, matérielles ou financières, en vue de l'exécution de prestations sociales, de la réalisation de projets de développement ou de la prise en charge de services d'intérêt collectif.

Cette circulaire traduit la volonté du Gouvernement de faire du partenariat avec les associations, l'un des instruments privilégiés permettant de concrétiser la nouvelle politique de proximité, qui vise à lutter contre la pauvreté et à améliorer les conditions de vie des citoyens en situation de précarité ou de difficulté, à travers la satisfaction de leurs besoins prioritaires, moyennant un ciblage pertinent des projets et des bénéficiaires.

[541] Article premier du Dahir No 1-58-376 du 15 novembre 1958 réglementant le droit d'association tél qu'il a été modifié et complété.

Ceci dit, le Ministère de la santé a fixé pour l'année 2013, des conditions pour accepter les dossiers de candidature des projets sollicitant l'appui financier du Ministère, ces dossiers doivent être conforme à l'avis[542] officiel lancé par le Ministère de la santé touchant la légalité des statuts de l'Association, Le montage financier et l'adéquation des objectifs énoncés de l'association avec les axes prioritaires du Ministère de la Santé , à savoir entre autre : Appui à l'approche « urgences de proximité », la santé en milieu rural, appui à la couverture sanitaire des populations ciblées par le RAMED, appui à la couverture sanitaire fixe et par les caravanes médicales, Contribution au renforcement des compétences des ressources humaines et à la bonne gouvernance du secteur de la santé et autres.

B –Bilan, Suivi, évaluation et reddition des comptes des associations

La bonne gouvernance de l'action associative, est parmi les directives royales : « Nous exhortons les pouvoirs publics et les collectivités locales à assumer pleinement les responsabilités qui leur incombent, pour faire en sorte que ces associations s'astreignent aux dispositions de la loi et aux règles énoncées dans leur statut. Nous les engageons à emprunter la voie de la concertation la plus large possible avec ces associations, à leur apporter un soutien ferme et à nouer avec elles divers types de partenariat, à travers des conventions fixons des objectifs, des moyens de financement et des modes d'évaluation bien définis, efficaces et transparents. » Fin citation SM.

A ce titre, il s'avère nécessaire d'améliorer le cadre juridique et de simplifier les procédures, en vue de mettre à profit les synergies entre. Les partenaires et de susciter la libération des énergies au service de l'intérêt général, il s'agit en l'occurrence de :

- Mettre en place un nouveau cadre de partenariat plus souple et conforme aux principes de bonne gouvernance ;
- Améliorer la coordination et le contrôle, à travers un cadre conventionnel gouverné par une logique de résultats.
- Promouvoir la territorialité des partenariats au titre du processus de consolidation de la déconcentration et de décentralisation.

Outre les contrôles légaux et réglementaires en vigueur en matière d'emploi des fonds publics ,et notamment ceux prévus par l'article 118 de la loi n° 62-99 formant code des juridictions financières, qui soumet au contrôle des cours régionales des comptes les financements publics perçus par les associations, il incombe également à l'ordonnateur de veiller à la bonne utilisation de la contribution allouée aux associations. .

A cet égard, et compte tenu des impératifs du respect des règles de bonne gouvernance, une attention particulière sur la nécessité de faire respecter les dispositions des articles 32 et 32 ter du dahir 1-58-376 du 15 Novembre1958

---

[542] Avis d'appel à projets aux associations opérant dans le domaine de la santé au titre de l'année 2013. (Voir le site www.santé.gov.ma).

réglementant le droit d'association, tel qu'il a été modifié et complété; qui font obligation aux associations, qui reçoivent périodiquement des subventions d'une collectivité publique ou d'un organisme public, de leur fournir leurs budgets et leurs comptes, établis conformément aux conditions d'organisation financière et comptable définies par l'arrêté du 31 Janvier 1959.

Aussi, et conformément aux dispositions de l'article 32 bis du dahir précité, les associations qui reçoivent des aides étrangères sont tenues d'en faire déclaration au Secrétariat Général du Gouvernement, en spécifiant le montant obtenu et son origine, dans un délai de 30 jours à compter de la date d'obtention de l'aide .Par ailleurs, le contrôle de la gestion financière des associations sera, renforcé par le recours à la certification de leurs comptes, lorsque le cumul des contributions publiques perçues au titre d'un ou de plusieurs projets dépasse 500.000 dirhams.

Jusqu'à présent, le Ministère de la santé a établi des relations de partenariat avec plus de 700 ONG nationales ,qui œuvrent dans tous les domaines qui concernent le développement : Plus de 600 Associations marocaines dont 59 Associations vouées aux actions et activités concernant la santé de l'enfant ; une soixantaine d'ONG étrangères ou internationales telles qu'Helen Keller International Incorporated, Terre des Hommes, la Goutte de Lait Allemande, Lion's Club International, Rotary Club International, Croix Rouge Internationale et une trentaine de sociétés savantes et d'associations de sciences médicales. Un partenariat très actif est opérationnel avec la Fondation Mohamed V pour la solidarité ,et l'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer. En plus de ce partenariat conventionnel, 32 conventions de partenariat entre les structures de l'Etat et les associations ont été conclues depuis 2004, date d'entrée en vigueur, d'un nouveau cadre de partenariat souple et amélioré. Ces conventions couvrent la majorité des actions de santé qu'elles soient ambulatoires ou hospitalières, dans le milieu urbain ou rural[543].

II - Les apports des organisations non gouvernementales

A – Financement de la santé par la coopération internationale

Selon les comptes nationaux de la santé (CNS) de 2010, Plusieurs pays donateurs et organisations internationales participent activement au financement des activités sanitaires et des travaux, connexes. Le montant global du financement de la santé par la coopération internationale a atteint presque 531 millions de Dirhams en 2010 contre 215 millions de Dirhams en 2006, soit une augmentation annuelle moyenne de 25% durant cette période. Néanmoins, cette augmentation ne se traduit pas par l'accroissement de la part du financement de la coopération internationale dans la dépense globale de santé. En effet, cette dernière est restée pratiquement constante en passant de 0,68% en 2001 à 0,7% en 2006, en revanche, elle a chuté à 1,1% en 2010.

[543] Les statistiques avancées sont officielles. Voir le plan d'action 2008-2012 .Ministère de la santé. Maroc.

Au niveau des Sources de financement, pour l'année 2010, les principaux donateurs représentent 77% de l'ensemble des aides internationales pour la santé, soit les trois quart de la contribution viennent de la coopération multilatérale dont les principaux pays sont l'Union Européenne avec 36% suivi de l'AFD avec 25% et BEI avec 11%. Le quart restant, vient de la coopération bilatérale soit 23% pour les autres pays donateurs tel que (France, Allemagne, Belgique, CCD USA, Chine).

Le financement de la coopération bilatérale et multilatérale au profit de la santé venant de l'OMS, FNUAP, UNICEF, a connu une baisse remarquable leurs contribution se focalise sur l'appui technique et renforcement des compétences. Afin de consolider les activités de coopération, le Ministère de la Santé a développé des relations de coopération avec d'autres organismes tels que la Ligue Arabe et la Banque Islamique. Cette forme de coopération permet de responsabiliser le Ministère de la Santé à travers sa contribution au financement des programmes de coopération.

Au niveau des Institutions et structures appuyées, le Ministère de la santé demeure en 2010 le principal bénéficiaire de ces aides. En effet, il profite de la plus grande partie des aides de la coopération internationale à hauteur de 88,4% de l'ensemble des contributions. Celles-ci permettent le financement de certaines activités des divers niveaux Cependant, c'est le réseau des soins hospitaliers et celui de soins de santé de base qui bénéficient de la part la plus importante de l'aide internationale, à savoir 19% pour le réseau hospitalier (0.19% pour les CHU et 18,85% pour les autres hôpitaux) et 45,15% pour le réseau ambulatoire. L'administration bénéficie de 24% (22,6% pour le niveau central et 1,3% pour le niveau local) et les aux Instituts et Laboratoires Nationaux, ne bénéficient que de 0,3%[544].

B - Développement et renforcement du partenariat avec les ONG

Dans le cadre de son action pour cadrer le partenariat, le Ministère de la santé a opté pour la fixation des principes du développement du partenariat avec les associations et édiction des conditions et modalités de ce partenariat :

- Définition des domaines prioritaires du recours au partenariat, en fonction de la politique gouvernementale en matière de santé, et mise en place des outils pour renforcer l'implication des associations dans les actions de promotion de la santé,
- Mise en place d'une base de données sur le partenariat avec les ONG ;
- Institutionnalisation d'une rencontre annuelle entre les associations œuvrant dans le domaine de la santé ;
- Accompagnement de l'action des associations par un appui matériel et technique ;
- Appui aux associations dans les démarches relatives aux procédures administratives auprès des autres départements ministériels.

[544] Comptes nationaux de la santé 2010.Ministère de la santé. Maroc

- Consolidation et renforcement des actions de coopération bilatérale et multilatérale, à travers la mise en place d'un mécanisme formalisé de coordination de l'ensemble des partenaires dans le secteur de la santé ; et l'organisation de réunions de coordination au moins une fois par an[545].

Sect. 2 : Le cadrage de l'initiative National pour le développement Humain et de l'action des Collectivités territoriales dans le domaine sanitaire

L'initiative National pour le développement Humain (INDH), et les collectivités territoriales, sont des acteurs qui jouent un rôle important dans le domaine de la santé, d'où l'intérêt du cadrage de leurs actions à but sanitaire.

§1- Les missions sanitaires des collectivités territoriales

L'action sanitaire des Collectivités territoriales a une base légale.

I- Le cadre de l'action des Collectivités territoriales

A- Les collectivités territoriales au Maroc

Selon la nouvelle constitution de 2011, Le Maroc est une monarchie constitutionnelle, démocratique, parlementaire et sociale, L'organisation territoriale du Royaume est décentralisée, elle est fondée sur une régionalisation avancée[546].Aussi les collectivités territoriales du Royaume sont les régions, les préfectures, les provinces et les communes, toute autre collectivité locale est créée par la loi. Elles constituent des personnes morales de droit public, qui gèrent démocratiquement leurs affaires. Les Conseils des régions et des communes sont élus au suffrage universel direct.

Aussi selon la nouvelle constitution, l'organisation régionale et territoriale repose sur les principes de libre administration, de coopération et de solidarité. Elle assure la participation des populations concernées à la gestion de leurs affaires, et favorise leur contribution au développement humain intégré et durable. Les régions et les autres collectivités territoriales participent à la mise en œuvre de la politique générale de l'Etat et à l'élaboration des politiques territoriales à travers leurs représentants à la Chambre des Conseillers.

La constitution dispose aussi que les présidents des Conseils des régions et les présidents des autres collectivités territoriales exécutent les délibérations et décisions de ces Conseils. Et sur la base du principe de subsidiarité, les collectivités territoriales ont des compétences propres, des compétences partagées avec l'Etat et celles qui leur sont transférables par ce dernier. Les régions et les autres collectivités territoriales disposent, dans leurs domaines de compétence respectifs et dans leur ressort territorial, d'un pouvoir réglementaire pour l'exercice de leurs attributions.

B – La base légale de la mission sanitaire des Collectivités territoriales

Les compétences des collectivités territoriales en matière de santé sont :

[545] Plan d'action 2008-2012, Ministère de la santé .Maroc.
[546] Article 1 de la constitution de 2011.

• Pour le conseil régional : selon l'article 91 de la loi organique relative à la région : Distribution de l'eau salubre et l'électricité, développement social et autres. Et parmi ses compétences transférées, selon l'article 94 : L'équipement et infrastructure relative entre autre au domaine de la santé.
• Pour le conseil préfectoral ou provincial : Selon l'article 79 de la loi organique relative à la préfecture et à la province : Le diagnostic des besoins dans les domaines, entre autres, de la santé et la salubrité. Parmi ses compétences partagés selon l'article 86, la mise à niveau du monde rural dans le domaine de la santé et autres, la contribution dans la distribution de l'eau salubre et l'électricité pour le monde rural, et la mise à niveau social dans le domaine la santé,
• Pour le conseil communal : Selon l'article 86 de la loi organique relative à la commune, parmi les compétences propres du conseil, la constitution et la gestion des services et équipements nécessaires aux services de proximité se rapportant ,entre autres, à la distribution de l'eau salubre et à l'électricité , l'assainissement et création de stations de purification, hygiène, salubrité et environnement, les abattoirs, le transport des malades, blessés et le transport les morts et leurs funérailles. Aussi parmi ses compétences partagées avec l'Etat, selon l'article 87, la maintenance des centres de santé du ressort de la commune.

Les mêmes textes juridiques habilitent les collectivités territoriales à engager toute action de coopération, d'association ou de partenariat, visant à promouvoir le développement économique, social et culturel de leur champ de compétences territoriales respectif.

Il faut rappeler à cet égard que la loi n°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins ,précise que les actions de l'Etat en matière de santé peuvent concerner des individus ou des groupes d'individus, et peuvent être sectorielles ou intersectorielles. Aussi, l'Etat conduit une politique intersectorielle complémentaire et intégrée de prévention, dans ce cadre, les collectivités locales, les organisations professionnelles et les associations œuvrant dans le domaine de la santé et de la préservation de l'environnement contribuent avec l'Etat à la réalisation des objectifs et des actions de santé.

Le développement du partenariat avec les Collectivités territoriales figure parmi les axes de la politique du Ministère de la Santé, prévus dans l'actuelle stratégie sectorielle. Ladite stratégie considère le Partenariat avec les Collectivités territoriales, comme un levier important dans le processus d'amélioration du niveau de santé de la population.

II– L'action sanitaire des Collectivités territoriales

Le partenariat Etat-Collectivités territoriales aux activités de santé, est concrétisé par des missions sanitaires.

A- Intérêts du partenariat Etat-Collectivités territoriales aux activités de santé

L'impératif du développement du système de santé du Maroc, impose aux décideurs d'associer davantage de partenaires pour l'élaboration et la mise en

œuvre de la politique sanitaire, parmi ces partenaires, il y'a notamment les collectivités territoriales dont la contribution ,permet à la fois de réduire l'impact des limites en ressources à laquelle fait face le système de santé, et aussi une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins localement exprimés ,ce qui permet d'assoir une bonne gouvernance sanitaire.

Il est devenu admis qu'il est quasiment difficile de gouverner, sans tenir compte des demandes sociales qui se font dans les collectivités locales. Celles-ci sont désormais appelées à établir de véritables rapports de partenariat, que la citoyenneté émerge à l'échelle de la ville et que la proximité devienne la règle générale[547].

Le thème à la mode de gouvernance sanitaire ,fait ainsi référence à la participation des usagers à la définition de la politique de santé. Même dans des pays ayant opté pour des formes très poussées de régionalisation, l'Etat conserve des prérogatives spécifiques, car il est le garant du droit d'accès aux soins et à la prévention de tous les citoyens. Du fait de leur présence étendue sur l'ensemble du territoire national, de l'importance du cadre législatif et réglementaire qui les régit et de l'éventail des compétences qui leurs sont dévolues, les collectivités territoriales occupent dans notre pays une position privilégiée dans le processus de développement socioéconomique.

La consécration du principe de proximité comme moyen de mener la gestion des affaires publiques, l'accélération du processus de décentralisation et l'élargissement des espaces décisionnels aux niveaux régional, provincial et local, place désormais les collectivités territoriales au centre de la dynamique du développement du secteur sanitaire.

L'enjeu est aujourd'hui de faire face à ces exigences grandissantes et de préserver les acquis des réformes antérieures ,tout en donnant aux structures locales les moyens réels d'intervenir dans l'élaboration d'une politique régionale de santé. L'absence d'unicité de pilotage de la politique de santé, problème posé de longue date au niveau national, devient criante au fur et à mesure de la prolifération des institutions régionales. Ceci explique que le débat sur le partenariat en matière de santé, soit centré sur les structures de décisions à créer au niveau régional.

Etant une valeur commune, la préservation de la santé, engage la participation et la responsabilisation aussi bien du citoyen, du prestataire de service que des pouvoirs publics. Les soins de santé sont devenus de plus en plus coûteux, en raison de la forte demande et des coûts des technologies utilisées. Cette situation exige de la part de tous les intervenants, un engagement solidaire et responsable pour que les collectivités locales à travers leurs organisations (conseil régional, conseil préfectoral, conseil communal), concourent à la préservation et au maintien des conditions de vie saine, par

[547] Ahmed BOUACHIK : « La gouvernance locale à la lumière de la nouvelle charte communale » REMALD. Série « Thèmes actuels » n° 46. 2004 p 3.

l'identification des problèmes et des besoins et par une collaboration à l'amélioration du système de santé.

B- La concrétisation de la mission sanitaire des collectivités territoriales

Les missions sanitaires des collectivités territoriales, peuvent être détectées au niveau des activités des Bureaux d'Hygiène et de la police administrative d'hygiène et de salubrité publique, qui ont trait essentiellement à la prévention sanitaire collective (PSC). Aujourd'hui, les collectivités territoriales sont invitées à jouer un rôle croissant dans le système sanitaire Marocain, en faisant partie de deux grands programmes au niveau national.

Le premier programme est le vaste chantier de la régionalisation .En effet, il constitue un choix stratégique et un instrument politique, pour mobiliser la participation des collectivités locales dans la planification et le financement des soins, en vue d'améliorer la qualité des prestations et de services par une gestion de proximité. Le deuxième programme, est la généralisation du RAMED dans lequel les collectivités locales sont amenées à apporter un soutien en ressources humaines et financières (la part des collectivités locales dans le financement du RAMED est estimée à 6%), ainsi qu'une aide dans l'identification de la population visée par le programme.

Du reste, au titre de l'année 2010, les collectivités locales ont dépensé 245 millions de Dirhams dans les institutions sanitaires. Le Réseau de Soins de Santé de Base bénéficie de la majorité des fonds (78%) avec 192 millions de Dirhams, suivie des ONG avec 21 millions de Dirhams, soit 9% ; Les hôpitaux publics, quant à eux, bénéficient de 16 millions de Dirhams, soit 7% des dépenses des Collectivités territoriales dans le cadre de la santé. S'agissant des fonds dont bénéficient les Collectivités territoriales, 74% proviennent du Ministère de la Santé et 26% proviennent des autres Ministères. Ces fonds sont destinés essentiellement à supporter la masse salariale du personnel qui contribue à des activités sanitaires dans les structures appartenant aux collectivités locales[548].

Aussi, le Ministère de la santé se veut de renforcer le partenariat des centres hospitaliers universitaires (CHU) avec ses parties prenantes, notamment leurs partenariat avec les régions sanitaires, et faciliter la mise en réseau et la coordination de l'offre de soins au niveau régional, sur la base de la carte sanitaire et le schéma régional de l'offre de soins (SROS).

§2- Le rôle de l'initiative National pour le développement Humain

L'accès aux soins et au cœur de l'Initiative national pour le développement humain**,** cette initiative royale a des repères et des axes.

I - L'initiative National pour le développement Humain (INDH)

A – Présentation

[548] Comptes nationaux de la santé 2010.Ministère de la santé. Maroc.

L'Initiative national pour le développement humain, est une initiative proclamée par le discours Royal du 18 mai 2005, Selon ce discours royal, l'INDH est une question qui se trouve au cœur du projet de société Marocain, et qui préoccupe et interpelle instamment la nation dans son ensemble, c'est une problématique sociale qui constitue le défi majeur à relever, pour la concrétisation de ce projet de société , s'inscrivant dans une vision d'ensemble ,dont le modèle bâti sur les principes de démocratie politique, d'efficacité économique, de cohésion sociale et de travail, mais aussi sur la possibilité donnée à tout un chacun de s'épanouir en déployant pleinement ses potentialités et ses aptitudes.

B – Les repères et principaux axes de l'INDH

L'INDH part d'une vision équilibrée et portée vers l'avenir, ayant quatre points de repère principaux, qui en constituent le bien-fondé et la philosophie d'action, à savoir : D'abord avoir des données objectives qui constituent les termes de la problématique sociale au Maroc. Ensuite, avoir la conscience qu'il ne s'agit pas de l'assistance ponctuelle, ou de l'action caritative spontanée ou encore d'un devoir éthique, mais d'une tâche complexe et de longue haleine, qui suppose en troisième lieux l'ouverture sur le monde, et que tous les Marocains sont appelés à y prendre part. Cette Initiative, en quatrième et dernier lieu, doit tirer des leçons de nos expériences passées et des modèles ayant fait leurs preuves dans certains pays.

Partant de ces référentiels, l'Initiative national pour le développement humain, lancée par le Roi doit se décliner sous le signe de la citoyenneté réelle et agissante, et procéder d'une démarche résolument novatrice et d'une méthodologie d'action qui allie ambition, réalisme et efficacité, et se traduise par des programmes pratiques, bien définis et intégrés. Trois axes principaux lui ont ainsi été fixés : S'attaquer au déficit social, promouvoir les activités génératrices de revenus stables et d'emplois et troisièmement, venir en aide aux personnes en grande vulnérabilité, ou à besoins spécifiques.

Ainsi, dans sa première étape de son lancement, l'Initiative a ciblé le renforcement de la mise à niveau sociale de 360 communes parmi les plus pauvres du monde rural, et de 250 quartiers pauvres.

L'INDH intègre un nouveau mode de gouvernance qui s'appuie sur une démarche territorialisée, ciblée, participative, contractuelle et axée sur les résultats. Elle s'appuie également sur la mise en convergence des programmes sectoriels.

II - L'accès aux soins au cœur de l'INDH

A – Appuie de l'INDH aux activités du Ministère de la Santé

Dans le cadre de ses activités, l'Initiative Nationale pour le Développement Humain contribue à la promotion des populations, notamment celles démunies, en améliorant leurs conditions de vie, par la mise en place des activités génératrices de revenus à travers des microcrédit, garantissant leur bien-être et en renforçant leurs potentialités et capacités. Ceci, par un engagement envers

l'équité et une participation communautaire et une collaboration intersectorielle.

L'INDH réalise des actions dans le cadre d'une stratégie de convergence avec le Ministère de la Santé, elle intervient par des actions de proximité dans le cadre d'une collaboration intersectorielle en appui aux objectifs du Ministère de la Santé. Selon le rapport d'activités de l'INDH de 2005-2010, la part de l'INDH dans le financement des activités de santé est de 609 millions de Dirhams durant cette période.

B -Appuie à la formation et aux structures de soins et ambulances

L'INDH a réalisé plusieurs projets au profit du secteur de la santé, dont l'objectif principal est d'améliorer la qualité et le niveau des prestations sanitaires des populations ciblées. Par conséquent, l'INDH a dépensé en 2010 un montant total de 84,2 millions de Dirhams pour appuyer les activités du Ministère de la Santé, soit 18,6 % des flux reçus par le Ministère de la Santé dans le cadre de partenariat contre 35,7% en 2006.

L'intervention de l'INDH a été constaté à plusieurs niveaux à savoir : 1) La construction ou la mise à niveau des maisons d'accueil pour parturientes, centres de santé, hôpitaux; 2) L'acquisition de matériel, de kits médicaux (hémodialyse, appareillage,…), L'achat d'ambulances et unités mobiles équipées, l'achat de médicaments; 3) Services de soins et caravanes médicales, actions de sensibilisation , de distribution de médicaments, de petites chirurgies…; 4) Le renforcement de capacités des acteurs paramédicaux ou travaillant dans le domaine associatif par des actions de formations, etc.

Aussi, l'intervention de l'INDH dans le soutien d'accès aux soins de santé de base, a été focalisée sur la santé de la femme et de l'enfant à travers la construction, l'aménagement et l'équipement des Dar Al Oumouma et salles d'accouchement, des centres d'hémodialyse, des centres de santé et des dispensaires. Figure également dans ce soutien l'acquisition des ambulances, des unités mobiles et l'organisation des caravanes médicales.

Par ailleurs, l'INDH a contribué à la formation des accoucheuses traditionnelles, et dans les campagnes de sensibilisation et d'information au profit de la population.

Les comptes nationaux de la santé 2010, montre que parmi les 84,2 millions de Dirhams dépensés par l'INDH dans le cadre de la santé, 83,8% sont dépensés dans le réseau ambulatoire, 15,9% au profit du réseau hospitalier et le reste représente les dépenses liées aux frais de gestion de l'administration. Ainsi, à partir de ces données, on peut constater que le réseau de soins de santé de base était prioritaire dans la stratégie de l'INDH par rapport à celui des hôpitaux.

Cette répartition s'inscrit dans les objectifs assignés par l'INDH, notamment l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires au profit des populations ciblées, et la facilitation de l'accès aux services de santé surtout en monde rural. Ainsi que le renforcement des infrastructures de santé, à travers la création des

centres de santé et des dispensaires, et l'amélioration du dépistage et du diagnostic précoce de certaines maladies à travers les caravanes médicales[549] .

Aussi, le renforcement des interactions et des coordinations avec l'INDH et l'ensemble des secteurs d'activités, agissant sur les déterminants de la santé, fait partie des principales mesures la stratégie du secteur de la Santé au Maroc[550]. …

Le manque de complémentarité et la faiblesse du partenariat public-privé, annonce la réforme pour un passage de la sous-traitance à une réelle politique de Partenariat Public Privé (PPP). Dans ce cadre, une nouvelle loi a été adopté sur les contrats concernant ce partenariat à savoir la loi 86-12[551] ,alors que pour la mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire , le Ministre de la santé a opté pour un cadrage du partenariat public/ privé visant un offre de soins cohérent, par la mise en place d'une commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et secteur privé, aussi par le cadrage de l'action des associations, des ONG , de l'initiative National pour le développement Humain (INDH),et de l'action des Collectivités territoriales œuvrant dans le domaine sanitaire , dans le sens du suivi, de l'évaluation et de la reddition des comptes, ce qui va rendre l'action de ces divers acteur à missions sanitaire transparente et efficace, et cela va contribuer sans doute à améliorer l'accès aux soins.

Qu'en est-il à présent de la bonne réglementation sanitaire ?

CH II : Une bonne réglementation sanitaire

La santé de la population doit demeurer une priorité nationale et le gouvernement en est le garant. La consécration juridique des droits des patients, la surveillance et la réglementation stricte des activités des prestataires et des assureurs du secteur privé, doivent figurer en tête des priorités pour la mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire.

Une grande partie de la bonne gouvernance sanitaire consiste à réglementer, encore faut-il que cette réglementation soit bonne, c'est à dire telle qu'elle est préconisée par l'OMS. Dans ce cadre, le Maroc a entamé un processus de réforme de son arsenal juridique en matière de santé, illustré par l'adoption pour la première fois d'un plan d'action législatif et réglementaire du Ministère de la santé, dans la perspective d'un code de la santé publique.

Sect. 1 : L'importance de la réglementation

[549] Les comptes nationaux de la santé 2010.Ministère de la santé.

[550] Selon le rapport sur les établissements publics accompagnant la loi de finance 2014.

[551] - Dahir No 1-14-192 du 24 décembre 2014 portant promulgation de la loi No 86-12 relative aux contrats de partenariats public-privé. (BO No 6362 du 5-2-2015 page 682).
- Décret No 2-15-45 du 13 mai 2015 pris pour l'application de la loi 86-12 relative aux contrats de partenariats public-privé. (BO No 6366 du 4-6-2015 page 3062).

La réglementation vise la stabilité et la sécurité juridique, alors qu'on ne peut parler du droit à la santé et donc de l'accès aux soins, sans parler du droit de la santé qui le met en œuvre.

§1- Le Droit de la santé et accès aux soins

Le droit doit être au service de la santé et pour l'accès aux soins, c'est pourquoi pour une bonne gouvernance sanitaire, il fait mieux légiférer**.**

I - Le Droit de la santé

A – Le rapport : Droit de la santé / accès aux soins

Il est a rappelé que le droit à l'accès aux soins est un élément fondamental du droit à la santé, lequel est, selon l'OMS, et l'un des droits fondamentaux de tout être humain, consistant à posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre quelles que soient sa race, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. Mais, ce principe général du droit à la santé doit être suivi par des mesures législatives et réglementaires, visant les soins aussi bien curatifs que préventif, c'est dire que le droit de la santé concrétise et met en œuvre le droit à la santé dont le droit à l'accès aux soins et un élément.

Aussi, selon le rapport du cinquantenaire[552], dans son volet « Système de Santé et Qualité de Vie », une législation sanitaire appropriée, fait partie des principaux moyens à déployer pour réussir la vision du développement humain sur le plan sanitaire 2025.

Ainsi, nous pouvons alors avancer que les règles du droit de la santé, peuvent permettre d'améliorer le système de santé, la qualité de l'offre de soins et contribuer à améliorer les droits du patient au Maroc.

B – Définition

Le droit de la santé est l'ensemble des règles juridiques ,qui s'appliquent à l'organisation et à la délivrance des actes de prévention et de soins donnés aux personnes[553] .

Le droit de la santé, selon Mourice Torreli[554] , est l'ensemble des règles juridiques applicables aux actions permettant de maintenir ou de rétablir la santé, il a un caractère vaste et composite qui dépasse la santé humaine pour englober la santé animale, Le droit de la santé comprend :

1- La réglementation des actions concernant les objectifs de la santé :
   - Interdiction
   - Incitation
   - Police administrative de la santé
2- L'organisation des services publics et les professions intervenant dans le domaine de santé (hôpitaux, CNOPS…)

---

552 « 50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025 ».

553 Wikipédia, l'encyclopédie libre.

554 Maurice Torrelli : Médecin et droit de l'homme, 1983.

3- Relations entre individus relatives à la santé (contrat médical, responsabilité…)
4- Une partie du droit de l'environnement et l'urbanisme (hygiène, précaution, prévention…)

II- Gouvernance sanitaire : Mieux légiférer

Un système bien réglementé et un système bien dirigé, cette réglementation est en principe du ressort des Ministères de la santé.

A – Un système bien réglementé et un système bien dirigé

La fonction de direction du système de santé, c'est à dire la gouvernance sanitaire, implique l'aptitude à concevoir une orientation stratégique de la politique, afin d'assurer une bonne réglementation et de mettre en place les outils requis pour la mettre en œuvre, et d'obtenir les informations utilisables nécessaires relatives aux performances des systèmes de santé en vue d'assurer la responsabilité et la transparence[555].

Aussi, la primauté de la loi, et parmi les principes de bonne gouvernance préconisé par l'OMS[556], dans ce cadre, Les cadres juridiques de la santé doivent être justes et appliqués en toute impartialité, notamment la législation relative aux droits humains en rapport avec la santé.

Pour cela, les responsables de la fonction de direction devraient aussi s'efforcer d'établir un équilibre approprié entre les instruments légaux, réglementaires et de politique qui sont nécessaires pour améliorer les performances des systèmes de santé. Cela consiste principalement [557] « :

- A veiller à ce que les dispositions législatives et réglementaires soient appliquées de façon équitable (de la même façon pour tous les acteurs du système de santé) ;
- A avoir le bon dosage de pouvoirs, incitations, principes directeurs, pratiques optimales et sanctions pour orienter les parties prenantes dans la direction choisie [558];
- Et à aligner les incitations du système de santé pour qu'elles soutiennent l'atteinte des buts de la politique poursuivie par le gouvernement.».

B – La réglementation est du ressort des Ministères de la santé

La réglementation est largement considérée comme du ressort des Ministères de la santé et, dans certains pays, des organismes de sécurité sociale. Elle concerne à la fois l'élaboration des règles régissant le comportement des acteurs du système de santé, et les mesures prises pour les mettre en œuvre. De même que l'élaboration des politiques et l'information, la réglementation doit englober toutes les actions et tous les intervenants ayant une incidence sur la

[555] Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005.
[556] Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2008
[557] Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005.
[558] Figueras, Saltman and Busse, 2002.

santé, et pas seulement ceux qui dépendent du ministère de la santé ou du secteur public[559] .

§2- La réglementation : La stabilité et la sécurité juridique

Selon l'OMS, la réglementation est un instrument de sécurité juridique, et son absence n'est pas sans conséquence sur l'accès aux soins.

I- La réglementation : Instrument de la sécurité juridique

A – Selon l'OMS

Selon l'OMS[560], La réglementation nécessite un dialogue, car le dialogue entre les dirigeants du secteur public ou les responsables de la réglementation et les acteurs du secteur privé, jouent un rôle critique dans l'efficacité des réglementations. Pour assurer une bonne administration générale, les gouvernements ne doivent pas seulement voir clairement, mais aussi écouter.

Aussi, pour l'élaboration de cadres réglementaires, l'OMS nous éclaire que :

• Ces cadres doivent être instaurés à l'aide d'incitations économiques avant toute expansion planifiée d'envergure, et énergiquement mis en œuvre dès que le marché privé commence à réagir à ces incitations.

• Les politiques de réglementation doivent être constamment revues, pour demeurer en phase avec l'évolution de la scène politique.

• Améliorer la qualité, élargir l'accès aux soins et promouvoir l'efficacité exigent chacun des outils de réglementation différents.

• Les responsables de la réglementation doivent établir un équilibre, entre l'élimination du risque de détournement des règles par des intérêts privés, et le maintien d'un dialogue fructueux avec ces intérêts pour veiller à ce que les cadres réglementaires demeurent réalistes.

• Lorsque les gouvernements décident de limiter les activités du secteur privé, ils doivent veiller à ce que le secteur public réponde efficacement aux besoins des consommateurs.

Enfin, les gouvernements doivent s'engager durablement à appliquer les règles et règlements, en faisant des investissements pour que les connaissances et compétences du personnel de réglementation suivent l'évolution du marché.

B – Les conséquences du non application du droit

Les règles trop rarement appliquées sont une incitation à la fraude. Dans de nombreux pays, le renforcement des contrôles et de la réglementation des prestataires et assureurs du secteur privé, est maintenant à l'ordre du jour. Malheureusement, les progrès sont lents, voire impossibles. Il en résulte que les pays doivent non seulement prendre en considération l'impact du secteur privé sur le secteur public ,et mettre au point un cadre réglementaire pour limiter les effets qu'ils jugent nocifs, mais aussi s'engager durablement à appliquer les règles qu'ils ont édictées en faisant des investissements, pour que le personnel chargé de la réglementation acquière les connaissances et compétences

[559] OMS. Rapport de la santé dans le monde 2000. Page 141
[560] Idem

nécessaires. Une étude organisée à Sri Lanka est parvenue à la conclusion suivante : « La lenteur des progrès réalisés dans les années 1980, complique la tâche des responsables de la réglementation dans les années 1990, le développement anarchique et incontrôlé du secteur privé a créé un marché plus vaste et plus complexe, où prestataires et usagers ont encore plus d'avantages acquis à défendre[561].

II- Stabilité de la norme : La codification

A – Une réglementation de qualité et une autoréglementation

Une meilleure qualité de la réglementation, ne signifie pas une déréglementation ni une simplification (qui est utile mais ne suffit pas si elle se limite à un aspect seulement quantitatif). Une réglementation de qualité est une réglementation adaptée aux besoins, pour obtenir cette qualité. Deux conditions doivent notamment être remplies : Une réglementation doit être applicable (question technique), mais elle doit aussi être acceptable et supportable (question plus politique).

La première question qu'il faut se poser est de savoir si de nouvelles règles sont nécessaires, et de voir si on ne peut pas parvenir aux mêmes objectifs avec des moyens alternatifs, aussi les méthodes d'analyse d'impact et les consultations apportent une vision et une évaluation préliminaire. Ensuite, il s'agit de simplifier la réglementation et la codifié pour la rendre accessible[562].

L'enjeu d'une bonne législation sanitaire, respectueuse des droits des patients et des autres acteurs du système de santé, est désormais complexe. Les citoyens d'aujourd'hui s'intéressent à la fois à l'efficacité des règles, la transparence, la clarté, et l'aptitude à se laisser mettre en cause. On peut ici parler d'une véritable exigence éthique.

La réglementation c'est le cadre légal où s'exerce la profession de santé, elle définit le rôle de chacun en fonction du diplôme, fixe le contenu des formations initiales, donne le cadre de l'exercice et la hiérarchie des intervenants.

Quant à l'autoréglementation professionnelle, qu'il faut distinguer de la défense d'intérêts corporatifs, favorise les bonnes pratiques. En mettant sur pied une organisation professionnelle, les agents de santé exercent plusieurs des fonctions essentielles de l'administration générale comme la désignation et certification des membres, le respect de la déontologie, échange d'expériences et, parfois, formation en cours d'emploi et autres.

B – La qualification, pierre angulaire de l'organisation juridique des professions de santé

[561] Russel S, Attanayake N. Sri Lanka: reforming the health sector. Does government have the capacity? Birmingham (Royaume-Uni), University of Birmingham, 1997.

[562] Conférence /débat de la gouvernance .Conseil européen de Lisbonne le 4 juin 2002.

Les professions de santé sont très encadrées sur le plan réglementaire. Cette organisation place les professions en deux catégories : Les professions médicales et auxiliaires médicaux(ou para médicaux).

L'intervention des professionnels de santé repose sur un système organisé en référence à la qualification, pierre angulaire de l'organisation juridique de santé, permet de fixer les bornes du licite et de l'illicite dans l'intervention de professionnels sur le corps d'autrui.

On principe, l'atteinte à l'intégrité physique constitue une infraction pénal sanctionnée selon la gravité de l'atteinte. Cependant ,pour les pratiques des professionnels de santé impliquant le corps humain, la loi organise les conditions d'une atteinte légitime à l'intégrité corporelle par la technique de « l'autorisation de la loi » et le « caractère thérapeutique de l'action des professionnels de santé » .On peut donc retenir, que seul la loi peut autoriser l'intervention des professionnels de santé sur le corps humain, se pose dès lors ,la question des critères légaux de la légitimité de ces interventions.

La loi défini de manière général les actes professionnels de santé, ceux-ci sont ensuite fixées, dans le cadre des règlements, cette fixation par les règlements permet une certaine souplesse dans l'évolution des actes possibles, dans le respect des définitions générales de la loi.

Au centre de la construction se trouve la profession médicale, les compétences des autres professions étant construites comme des dérogations au monopole médical, protégé par l'exercice illégal de la profession.

Sect. 2 : Un plan législatif et réglementaire du Ministère de la santé dans la perspective d'un code de la santé public

Le Ministère de la santé a cadré logiquement son action législative, par un plan législatif et réglementaire, dans la perspective d'un code de la santé public au Maroc.

§1- Un cadrage logique à l'action législative du Ministère de la santé

Dans ce cadre, Nous allons procéder sommairement à une présentation du plan législatif et réglementaire du Ministère de la santé et ses objectifs.

I- Les objectifs du plan législatif de la santé dans le cadre du plan législatif national

Le plan législatif et réglementaire du Ministère de la santé, fait partie pour la première fois d'un plan législatif national**.**

A – Un plan législatif national : Une première

Depuis l'adoption de la constitution en 2011, le Gouvernement a engagé un processus législatif et réglementaire visant à mettre en œuvre l'ensemble des dispositions de cette nouvelle loi fondamentale et notamment, la mise en place des différentes institutions constitutionnelles et l'adoption des lois organiques. Dans ce cadre, un plan législatif du Gouvernement a été adopté.

Ayant conscience de l'importance de la dimension législative, dans la réussite et l'accélération du processus des réformes et de la bonne gouvernance, et sachant que l'atteinte des objectifs soulignés sur le plan législatif, nécessite

une action fondé sur une approche basée sur la programmation et la rationalisation des procédures, la modernisation des outils de travail et la mise à niveau des services juridiques et les ressources humaines chargés d'élaborer les textes juridiques. Le gouvernement de 2011, a adopté pour la première fois un plan législatif gouvernemental.

Ce plan législatif a pour objectifs de :

- Rehausser le rythme de la production législative et la qualité des textes juridiques, et moderniser le système juridique du Royaume, considéré comme les piliers garantissant les droits et les libertés, et améliorer la compétitivité et l'attractivité de l'économie nationale.
- la concrétisation démocratique et participative des dispositions constitutionnelles, visant à :

1- Elaborer les lois organiques prévus à l'article 86, et les autres lois concernant la gouvernance.
2- L'harmonisation du système juridique national avec les dispositions de la nouvelle constitution.
3- Adopter les textes juridiques conformément aux obligations internationales du Maroc.

Dans ce cadre le gouvernement a prévue durant sa période d'élection, outre les 13 lois organiques et les autres lois prévue par la constitution, plus de 150 projets de loi et 140 décrets. Ce plan législatif sera quadrillée par un agenda et son exécution sera suivi et contrôlé[563].

B – Les objectifs du plan législatif et réglementaire du Ministère de la santé

L'encadrement juridique du système de santé et l'un des acquis du Maroc, rappelés par Sa Majesté le Roi Mohammed VI dans sa lettre adressée à la 2ème conférence nationale sur la santé[564].En ce sens, le Roi a rappeler que : « un certain nombre de textes législatifs et réglementaire ont été promulgués ,portant principalement sur la couverture médicale , le régime médicale et l'offre de soins, ils fixent les responsabilités de tous les intervenants dans le domaine médical , tel que l'Etat , les collectivité territoriales , les cliniques privés et les associations de la société civile. Ces textes cernent le concept de la carte médicale nationale et des plans régionaux de l'offre de soins, et des moyens de leur préparation ».

Selon l'OMS, la réforme juridique au Maroc a été engagée, d'une part pour assurer la mise en œuvre et la pérennisation des différents chantiers de réforme, et d'autre part pour veiller à l'encadrement et la régulation du système de santé

[563] Réponse de chef du gouvernement, devant la chambre des représentants, concernant la question sur l'exécution des obligations gouvernementales en matière du plan législatif. le14 mai 2012.

[564] Sous le Haut Patronage de Sa Majesté le Roi MOHAMMED VI, le Ministère de la Santé organise du 1er au 3 juillet 2013 à Marrakech, la Deuxième Conférence Nationale sur la Santé sous le thème : Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé.

dans sa globalité. Les cinq dernières années ont été très fructueuses en matière de réglementation sanitaire[565] .

En effet, selon Les mesures d'accompagnement législatives et réglementaires du Plan d'action 2008-2012 ,Le renforcement et l'actualisation du dispositif juridique national relatif au domaine de la santé ,constitue l'un des piliers de la stratégie sectorielle du ministère, pour assurer un meilleur encadrement du système de santé, plus de transparence dans les actions menées par le secteur public ,et une meilleure qualité de l'offre de soins dans le sillage de la politique globale de l'Etat. Aussi, et selon la stratégie sectorielle de la santé « 2012-2016, Pour renforcer la mise en œuvre du principe de l'égal accès des citoyens aux prestations de santé, tel que stipulé dans la Constitution et dans le programme gouvernemental, et permettre ainsi une jouissance effective des droits à la santé et à la vie, le Ministère de la santé a élaboré un plan d'action législatif et réglementaire, tendant d'une part à l'édiction de nouveaux textes et d'autre part à l'actualisation des dispositions de certains textes en vigueur, en vue d'atteindre les principaux objectifs suivants :

- Améliorer l'organisation de l'offre de soins publique et privée, à travers le territoire national ;
- Instaurer les bases d'une gestion participative et démocratique du système national de santé ;
- Fédérer et coordonner les actions sanitaires des secteurs public et privé ;
- Développement de l'éthique dans la pratique médicale ;
- Refonte et développement des textes réglementant l'exercice des professions de santé
- Renforcement de la veille et la sécurité sanitaires ;
- Réforme de certaines institutions publiques de santé ;
- Extension de la couverture médicale de base à d'autres catégories de citoyens ne bénéficiant pas de l'AMO ;
- Amélioration de la situation statutaire et matérielle des fonctionnaires du secteur public de santé, dans le cadre de la mise en œuvre des accords conclus en 2011, entre le gouvernement précédent et les syndicats.

II- Présentation du plan législatif et réglementaire du Ministère de la santé

Le plan d'action législatif et réglementaire du Ministère de la santé, vise le renforcement de l'encadrement législatif et règlementaire du secteur. Ce plan a déterminé les principaux textes juridiques, nous avons choisi de les regroupés comme suite :

A – Textes législatifs relatifs à l'encadrement des ressources Humaines et l'exercice des professions de santé et la protection des personnes en matière de santé

[565] Stratégie de coopération OMS Maroc 2008-2013.

- **Sur la Bioéthique :** L'objectif recherché vise à combler les lacunes par l'harmonisation et de l'actualisation du dispositif juridique sanitaire, en matière de protection des droits de personnes dans le domaine de la santé, et assurer une meilleure garantie des droits et de la sécurité des personnes, ainsi qu'une protection juridique de l'action des professionnels de santé. Il s'agit des textes suivant :

  - Loi relative à la protection des personnes participant aux recherches biomédicales ;
  - Loi relative à la procréation médicalement assistée ;
  - Loi relative aux analyses génétiques et à l'identification par empreintes génétiques ;
  - Loi relative à l'information du patient ;
  - Loi relative à la protection des malades mentaux (actualisation du Dahir de 1959) ;
  - Loi relative au comité national d'éthique

- **Sur l'encadrement de l'exercice des professions de santé dans le privé** : l'objectif est de garantir et sécuriser la prise en charge de la santé de la population dans le secteur privé, à travers la réglementation des professions non encore encadrées, l'actualisation les textes existants et la refonte de certains textes. Il s'agit des textes suivant :

  - Loi relative à l'Ordre National des Médecins (révision) ;
  - Loi relative à l'exercice des professions paramédicales (révision) ;
  - Loi relative à l'exercice de la médecine (révision) ;
  - Loi relative à l'exercice de la profession de médecins dentistes (révision) ;
  - Loi relative au code de déontologie des médecins (révision) ;
  - Loi relative à l'Ordre National des Pharmaciens (révision) ;
  - Loi relative à l'exercice d'autres professions de santé (psychologie, chiropraxie…).

- **Sur les ressources Humaines :** l'objectif vise l'amélioration de la performance des services sanitaires, Il s'agit des textes suivant :

  - Décret modificatif du statut du corps interministériel des médecins ;
  - Décret modificatif du statut des résidents et internes des CHU ;
  - Décret modificatif du CBR des enseignants chercheurs ;
  - Décret relatif à l'indemnité de responsabilité en faveur des responsables des ESSB ;
  - Décret modificatif du décret relatif aux indemnités de garde et d'astreinte;
  - Décret relatif à la régularisation de la situation des lauréats des écoles de formation des cadres paramédicaux ;

- Décret relatif à la régularisation de la situation des infirmiers titulaires de licences de l'enseignement supérieur ;
- Décret modificatif relatif aux instituts de formation aux carrières de santé;
- Décret relatif à la réforme du statut de l'INAS ;
- Décret relatif à la réforme du statut des IFCS ;
- Arrêté relatif à l'indemnité de fonction des résidents et des internes des CHU ;
- Arrêté relatif à l'implantation des instituts de formation aux carrières de santé (Guelmim et Dakhla) ;
- Arrêté modificatif relatif à la création des instituts de formation des techniciens ambulanciers (Rabat, Fès, Marrakech, et Oujda).

B – Textes législatifs relatifs à la sécurité sanitaire et aux médicaments et produits de santé

- **Sur les médicaments, produits pharmaceutiques non médicamenteux et autres produits de santé** : L'objectif vise à renforcer la sécurité sanitaire des produits de santé. Il s'agit de la publication rapide des textes relatifs à la mise en œuvre du code sur le médicament et la pharmacie. Il s'agit des textes suivant :

- Loi relative aux dispositifs médicaux ;
- Loi relative aux substances vénéneuses (révision) ;
- Loi relative aux agents pathogènes ;
- Loi relative à la commercialisation des substituts du lait maternel ;
- Décret relatif à la bioéquivalence des médicaments génériques ;
- Décret d'application de la loi n°11.08 relative aux réactifs à usage de diagnostic in vitro ;
- Décret relatif à l'inspection de la pharmacie ;
- Décret relatif à la mise sur le marché des médicaments ;
- Arrêté relatif aux bonnes pratiques officinales ;
- Arrêté relatif aux bonnes pratiques de distribution des médicaments ;
- Arrêté relatif aux bonnes pratiques de fabrication des médicaments ;
- Arrêté fixant la liste des analyses d'orientation clinique pouvant être pratiqués par la pharmacie d'officine ;
- Arrêté fixant la liste des réactifs à usage de diagnostic in vitro ;
- Arrêté fixant les normes techniques auxquelles doivent répondre les établissements pharmaceutiques fabriquant des gaz médicaux ;
- Arrêté fixant les règles de bonnes pratiques de fabrication, de conditionnement, de stockage, de conservation, de transport et de distribution des réactifs à usage de diagnostic in vitro ainsi que celles

relatives à l'évaluation technique de leur performance analytique et diagnostique.

- **Sur la sécurité sanitaire**, Il s'agit des textes suivant :
  - Loi relative à la santé publique, veille et sécurité sanitaire ;
  - Loi relative au comité national de veille et sécurité sanitaire ;
  - Décret relatif à la commission nationale de pharmacovigilance ;
  - Arrêté relatif au système de réactovigilance ;
  - Arrêté relatif aux règles d'hémovigilance ;
  - Arrêté relatif aux normes de qualité des eaux à usage alimentaire.

C - Textes législatifs relatifs à l'offre des soins et à la couverture médicale de base

- **Sur l'organisation de l'offre de soins** : Il s'agit essentiellement de mettre en place les outils réglementaires de la régulation et de la planification de l'offre de soins (carte sanitaire et schéma régional de planification de l'offre de soins)**,** pour garantir une coordination efficace entre l'ensemble des structures relevant du ministère de la santé et d'orienter l'offre de soins. Il s'agit des textes suivant :
  - Loi relative à la révision des missions et de la composition des conseils d'administration des centres hospitalo-universitaires ;
  - Loi relative au « Conseil National Consultatif de la Santé » ;
  - Loi relative au système national d'information sanitaire ;
  - Loi relative à la Carte Sanitaire et aux SROS ;
  - Loi relative à la commission nationale et aux commissions régionales de l'offre de soins ;
  - Loi relative à la commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et le secteur privé ;
  - Loi relative au partenariat entre le secteur public et le secteur privé ;
  - Loi relative au système d'accréditation des établissements de santé publics et privés de santé ;
  - Loi relative aux mesures d'encouragements des investissements dans le domaine de la santé ;
  - Loi relative au régime d'autorisation des installations de haute technologie et équipements biomédicaux lourds ;
  - Loi relative à l'agence nationale de santé publique ;
  - Loi relative à l'agence nationale de sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé ;
  - Loi relative à l'agence nationale de sécurité transfusionnelle ;
  - Loi relative au transport sanitaire ;

- Décret relatif au statut des médecins conventionnés du Ministère de la Santé
- Décret d'application de la loi relative à l'agence nationale de sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé ;
- Décret d'application de la loi relative à l'agence nationale de santé publique
- Décret d'application de la loi relative aux CHU ;
- Décret relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère de la Santé;
- Décret relatif à la Coordination nationale du RAMED ;
- Décret d'application de la loi relative au régime d'agrément et d'homologation des équipements biomédicaux lourds ;
- Arrêté relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère de la Santé.

- **Sur le financement** : l'objectif vise l'achèvement du processus juridique relatif à la généralisation de la couverture médicale de base, il s'agit de réviser la législation et de la réglementation relative à la couverture médicale de base pour l'étendre : Au secteur privé ; aux professions libérales ; aux artisans ; aux étudiants.

§2 - Pour un code de la santé publique Marocain dont la pierre angulaire les droits du patient

Il faut consacrer juridiquement les droits des patients par une loi autonome , et opter pour un code de santé au Maroc.

I- Consacrer juridiquement les droits des patients

Légiférer pour les droits des patients et instituer sa représentativité.

A – Légiférer pour les droits des patients

La législation dans le domaine de la santé doit codifier et renforcer les principes, les valeurs, les buts et les objectifs essentiels de la politique de santé, elle est indispensable pour garantir la dignité du patient et protéger ses droits fondamentaux.

A la fin des années 70, on a commencé à prendre lentement conscience de l'importance des droits des patients ,tels que le respect de leur dignité et de leur autonomie. Les progrès rapides de la médecine, des sciences de la santé et de la technologie ont rendu les patients plus exigeants : Mieux informés, ils se sont mis à revendiquer leurs droits lors de leurs contacts avec les professionnels. Ces droits font de plus en plus souvent l'objet de dispositions légales. Les pays ont adopté trois types de législation pour protéger les droits des patients. Certains ont promulgué une loi générale unique (Saint- Marin en 1989, la Finlande et l'Uruguay en 1992, les Pays-Bas en 1994, la Lituanie en 1996, l'Argentine et l'Islande en 1997, le Danemark en 1998 et la Norvège en 1999). D'autres ont incorporé les droits des patients dans la législation qui régit le système de santé ou dans plusieurs lois sur la santé (le Canada (Nouveau-Brunswick) et la Grèce en 1992, la France entre 1992 et 1994, l'Autriche en 1993, Hong Kong en 1995,

le Bélarus et le Canada (Ontario) en 1996, la Géorgie et la Guinée en 1997 et les Etats- Unis en 1999). Certains pays comme la France (1974-95), l'Irlande (1991), le Royaume-Uni (1991-95) et le Portugal (1997) ont adopté une charte des droits du patient[566], qui peut jouer plus ou moins le rôle d'une politique nationale ou qui, cas plus fréquent, est incorporée dans les règlements des établissements de santé, jugeant qu'elle était plus conforme à leur système juridique traditionnel [567].

B – Consacrer les droits du patient et instituer sa représentativité

La protection des droits du citoyen dans ses rapports avec l'administration est une action de longue haleine, dont le rythme et l'aboutissement dépendent surtout des traditions politico - administratives de chaque pays. Passer du stade de simple administré pour accéder au rang de citoyen dépositaire de nouveaux droits ,est un véritable saut qualificatif qui appelle un changement en profondeur des mentalités, tant du côté des fonctionnaires que des citoyens usagers eux-mêmes. Les uns doivent s'interdire de se réfugier dans les comportements régaliens, les seconds doivent sortir de leur attitude passive pour devenir des partenaires à part entière.

Au Maroc, en générale c'est la loi n° 31-08[568] qui est le texte législatif qui édicte des mesures prises pour la protection des droits des consommateurs, il s'agit de 206 articles réparties en 10 titres , son préambule dispose que « La présente loi constitue un cadre complémentaire du système juridique en matière de protection du consommateur, à travers laquelle sont renforcés ses droits fondamentaux, notamment : Le droit à l'information ; le droit à la protection de ses droits économiques ; le droit à la représentation ; le droit à la rétractation ; le droit au choix ; le droit à l'écoute ».

Aussi dans le domaine de la santé, Il ressort du chapitre II de la loi-cadre N° 34-09 intitulé « Les droits et les devoirs de la population et des usagers des établissements de santé », que l'Etat prend les mesures nécessaires à la mise en œuvre de ses engagements, pris sur le plan international en matière de santé, notamment pour la définition des stratégies relatives : A la protection de la santé et l'accès aux soins de santé appropriés disponibles, à l'information de la population ,et au respect du droit patient à l'information relative à sa maladie ,au respect de la personne, de son intégrité physique, de sa dignité et son intimité ,et à la protection contre toute forme de discrimination ou de stigmatisation à l'égard d'une personne en raison de sa maladie, de son handicap ou de ses caractéristiques génétiques. Aussi, toute personne est appelée à observer les règles de protection générale de la santé édictées par

[566] Voir en annexe : La charte européenne des droits du patient.
[567] OMS-Rapport sur la santé dans le monde 2000, page 149.
[568] Dahir n°1-11-03 du 14 Rabii I 1432 (18 février 2011) portant promulgation de la loi n°31-08 édictant des mesures de protection du consommateur. (BO. n° 5932 du 7-4-2011 page 347).

l'État, et à l'obligation de se soumettre aux mesures prophylactiques appropriées le cas échéant.

En revanche, le droit du patient à la représentation n'est pas consacré dans cette loi-cadre, bien que ce droit et énoncé par la loi n° 31-08 concernant la protection du consommateur, et c'est la raison pour laquelle l'administration Marocaine sera appelée à élaborer de véritables lois et chartes du citoyen patient définissant, à la lumière des recommandations de l'OMS, la nature des relations que doivent entretenir le système de santé avec les patients, et consacrant clairement ses droits.

II- La nécessité de la codification au Maroc

Au Maroc il faut codifier et harmoniser les textes juridiques, et suivre l'exemple du code de santé public Français.

A – Codifier et harmoniser les textes juridiques

Le code Hammourabi, est le premier code connu à « droit constant », regroupant les édits, c'est-à-dire les lois de son temps. Le code Justinien, à droit constant, date le système de découpage des codes en livres, titres, chapitres et articles. En droit, la codification consiste à regrouper des textes normatifs de natures diverses dans des recueils concernant une matière donnée. Chacun de ces groupes devient un code[569].

Par codification : il s'agit de regrouper les normes législatives et réglementaires en vigueur dans un code de la santé publique (CSP), document unique, structuré selon un plan ordonné et cohérent, se substituant à tous les textes antérieurs, cette codification a pour avantage :

- L'amélioration de l'accessibilité des textes : lesquels sont éparpillés dans de nombreux lois et décrets d'époques diverses
- La simplification et clarification du dispositif juridique : les textes d'origine étant abrogés et remplacés par les dispositions codifiées
- Une Meilleure lisibilité des textes : la codification permet d'éliminer les dispositions obsolètes et les redites inutiles
- Garantie accrue de sécurité juridique : les textes sont débarrassés de dispositions non conformes à l'évolution du droit.

Aussi, parmi les diverses attentes émanant des acteurs et des professionnels de la santé, lors du programme de communication Intidarates asiha (les attentes de la santé) sur la bonne gouvernance. Il s'agit :

- De l'adoption par voie législative d'un code de santé publique,
- De renforcer le cadre règlementaire encadrant la responsabilité sociale des institutions publiques et des entreprises privées, envers la protection et la promotion de la santé des employés et la mise en place des normes et standards de sécurité sanitaire en milieu professionnel

569 Wikipédia, l'encyclopédie libre.

- D’instituer une charte du patient, car les chartes sont généralement écrites dans un style plus pédagogique qu’un article codifié. Elles synthétisent, dans un même document, l’ensemble des droits qui peuvent être éparpillés dans de nombreux textes différents. Elles sont parfois complétées par des commentaires utiles pour comprendre les modalités de l’application de ces droits.

B – L’exemple du code de santé public Français

En France, La codification répond à l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi, rappelé par la décision n° 99-421 DC du Conseil constitutionnel en date du 16 décembre 1999. Aussi la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, dispose dans son article 3 que « La codification législative rassemble et classe dans des codes thématiques, l’ensemble des lois en vigueur à la date d’adoption de ces codes. Cette codification se fait à droit constant, sous réserve des modifications nécessaires pour améliorer la cohérence rédactionnelle des textes rassemblés, assurer le respect de la hiérarchie des normes et harmoniser l’état du droit. »

Dans le domaine de la santé, la refonte du code de la santé publique est un élément important du programme de codification des textes législatifs et réglementaires, mis en œuvre par le gouvernement français. La codification du droit de la santé publique, a pour finalité la clarification et l'accès aux règles juridiques que sont en droit d'attendre les citoyens en général et les professions de santé en particulier. En outre, la réunion des normes au sein d'un unique document en facilite la diffusion, notamment par le support des nouvelles technologies qui en permettent une consultation constamment mise à jour.

L'entreprise de codification du droit de la santé publique ,doit respecter la hiérarchie des normes et la cohérence rédactionnelle des textes .Les dispositions sont naturellement classées, selon le plan suivi pour la partie législative en parties, livres, titres, chapitres et le principe de numérotation est identique, le premier des quatre chiffres précédant le tiret correspondant à la partie le deuxième au livre, le troisième au titre et le quatrième au chapitre ; les autres chiffres placés après le tiret indiquent la place de l'article à l'intérieur du chapitre. Les textes réglementaires réunis à l'intérieur d'un chapitre ont ainsi leur fondement législatif dans les dispositions du chapitre correspondant. Au sein des chapitres, les dispositions réglementaires ont été divisées en sections, sous-sections et paragraphes pour des raisons de lisibilité.

C – Les services directement concernés par la veille et la réglementation sanitaire au Maroc

Les services directement concernés par la veille et la réglementation sanitaire au Maroc sont : Le secrétariat général du gouvernement (SGG), et la direction de la réglementation et du contentieux du Ministère de la santé (DRC).

1 - Le secrétariat général du gouvernement

Créé par Dahir en 1955[570], le Secrétariat Général du Gouvernement (SGG)) est dirigé par le Secrétaire Général du Gouvernement, membre du Gouvernement avec rang et prérogatives de Ministre[571].Sa mission essentielle est d'assurer le bon fonctionnement du travail gouvernemental en général, dans le domaine juridique, la direction des études législatives au sein de la SGG est chargée de coordonner la préparation et d'assurer la mise au point des projets de lois et règlements, aussi elle veille à la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière d'actualisation et de codification de la législation et de la réglementation.

A cet effet, elle a pour mission :

- De procéder, sur le plan juridique, à l'examen de tous les projets de lois et de règlements en vue de vérifier leur conformité avec les dispositions constitutionnelles et leur compatibilité avec la législation et la réglementation en vigueur ;
- De préparer, s'il y éché, les projets de textes législatifs et réglementaires qui ne relèvent pas de la compétence particulière d'un département déterminé ;
- D'instruire, sur le plan juridique, les consultations qui sont requises du secrétaire général du gouvernement par les administrations et les établissements publics.

Dans le domaine de la santé, c'est au secrétariat général du gouvernement que revient la mission de veiller à l'application des législations et réglementations, concernant certaines professions réglementées relevant de sa compétence à savoir : les professions médicales, professions paramédicales : les infirmiers, professions pharmaceutiques.

2- La direction de la réglementation et du contentieux du MS

La direction de la réglementation et du contentieux ,est l'une des directions du Ministère de la santé, elle est chargée :

- D'entreprendre les études juridiques et élaborer des projets de textes législatifs et réglementaires en matière de santé ;
- D'instruire les dossiers contentieux impliquant le ministère ;
- D'apporter son appui aux autres directions en matière juridique ;

[570] - Dahir du 25 rabii ii 1375 (10 décembre 1955) créant le secrétariat général du gouvernement (B.O 17 février 1956, P.174).
- Décret n° 2-83-365 du 7 joumada I 1405 (29 janvier 1985) relatif à l'organisation du secrétariat général du gouvernement.

[571] Décret royale No 856-66 du 24 octobre 1966 conférant au secrétaire général du gouvernement le rang et les prérogatives de Ministre (B.O. No 2817 du 26 octobre 1966. Page 1178).

- D’assurer le suivi administratif des relations du département avec les autres administrations, les collectivités locales et les associations nationales ;
- De participer au contrôle de l'exercice des professions réglementées conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur

Cette direction comprend :
- La division de la réglementation qui groupe :
    * le service des études juridiques et statuts ;
    * le service de la législation et de la réglementation sanitaires ;
    * le service des conventions et des relations avec des associations à vocation sanitaire.
- La division du contentieux et des affaires professionnelles qui groupe :
    * le service du contentieux ;
    * le service des installations des professions réglementées ;
    * le service des établissements de soin et des laboratoires[572].

Une bonne réglementation sanitaire fait partie de la bonne gouvernance sanitaire, dans ce cadre nous saluons le cadrage logique, pour la première fois, de l’action législatif du gouvernement en générale ,par l’adoption d’un plan législatif national ,et en particulier du Ministère de la santé par l’adoption de son plan législatif et réglementaire, ce cadrage va accélérer l’actualisation et l’adoption des textes juridique ,donnant à la réforme de la gouvernance sanitaire sa base légale et réglementaire, aussi nous souhaitons voir éditer un textes législatif claire sur les droits du patient, ces droits qui vont être, souhaitons-le, la pierre angulaire d’un code de santé publique marocain globale. Encore faut-il que cette réglementation sanitaire soit bien appliquée ? C’est pour cela qu’il faut contrôler, auditer les structures de soins et réformer la justice pour sanctionner les dérives du système de santé (3ème et dernier Chapitre).

CH III : Contrôler, auditer et sanctionner les dérives

Chaque organisme, direction ou service relevant de l’administration publique, devrait faire l’objet d’un questionnement systématique pour juger de sa pertinence, à la lumière d’un audit à l’échelle du système, dont l’objectif serait de vérifier dans quelle mesure un organisme donné répond toujours aux besoins des citoyens malades. Dans ce cadre il faut auditer et sanctionner les dérives du système de santé, par une justice indépendantes et une

[572] Décret n° 2-94-285 du 17 joumada Il 1415 (21 novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique (B.O N° 4286 - 18 rejeb 1415 (21-12-94)).

administration judicaire performante. Aussi, pour une bonne gouvernance, il faut assouplir les contrôles à priori et renforcer les contrôles à postériori.

Sect. 1 : Assouplir les contrôles à priori et renforcer les contrôles à postériori

La bonne gouvernance suppose aussi le contrôle, dans ce cadre il faut assouplir les contrôles à priori (contrôle administratif et financier), et renforcer les contrôles à postériori (contrôle juridictionnel, parlementaire et le contrôle par la société civile).

§1- Assouplir les contrôles à priori

Les contrôles à priori qu'il faut assouplir sont le contrôle administratif et contrôle financier.

I- Le contrôle administratif

La tutelle administrative du Ministère de la santé et son inspection générale

A- La tutelle administrative

D'après le décret[573] relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique, et conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, le Ministère assure le contrôle de l'exercice des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques. Aussi, le Ministère assure la tutelle sur les établissements publics qui lui sont rattachés.

Selon la loi n° 37-80[574] relative aux centres hospitaliers , chaque centre hospitalier, qui constitue un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, est soumis à la tutelle de l'Etat, laquelle a pour objet d'assurer le respect, par les organes compétents du centre, des dispositions de la présente loi, en particulier celles relatives aux missions imparties à cet établissement et, de manière générale, de veiller à l'application de la législation et de la réglementation concernant les établissements publics.

B- L'inspection générale du Ministère de la santé

Les inspections générales des Ministères, sont considérées parmi les mécanismes de contrôle et de suivi les plus importants dans l'administration publique. Etant donné ce rôle vital, leurs attributions ont été révisées pour les doter des moyens nécessaires à l'accomplissement des missions qui leur incombent, notamment en matière de la diffusion d'une nouvelle culture de reddition des comptes ,basée sur la transparence et la bonne gouvernance. Cette révision a concerné également : L'établissement de bases claires pour la mission d'inspection, englobant des tâches de contrôle, d'audit, d'évaluation des résultats ainsi que la coordination, le suivi et la communication avec l'institution de Médiateur, la collaboration avec la Cour des comptes, l'inspection générale des finances et l'instance nationale de prévention et de la lutte contre la corruption.

---

[573]Article 1 et 2 du décret n° 2-94-285 du 17 joumada Il 1415 (21 novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique (B.O N° 4286 - 18 rejeb 1415 (21-12-94).

[574] Dahir n° 1.82.5 du 30 rebia i 1403 (15 janvier 1983) portant promulgation de la loi n° 37. 80 relative aux centres hospitaliers. (B.O N° 3668 du 16 Février 1983 ; P 165).

S’agissant de l'inspection générale du Ministère de la santé , selon l’article 6 du décret de 1994 relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère de la santé : « L'inspection générale a pour rôle d'informer, régulièrement le ministre, auquel elle est directement rattachée, sur le fonctionnement des services, d'instruire toute requête qui lui est confiée et de procéder, sous l'autorité du ministre et sur ses instructions, au contrôle de l'utilisation des crédits et moyens humains et matériels mis à la disposition de l'administration centrale et des services extérieurs. Elle assure, sous l'autorité du ministre, l'inspection administrative et médicale dans les formations et établissements de santé et procède, à sa demande, à toute enquête et étude »[575].

Selon le dernier bilan de l’inspection générale du ministère de la Santé, le Ministère de la Santé a opéré 24 contrôles et inspections. 5 de ces missions concernaient des départements centraux relatifs à l’achat des vaccins et à la gestion financière et administrative. Les 19 autres étaient des missions d’inspection et d’évaluation des départements décentralisés. Du côté des plaintes reçues par les citoyens, l’inspection en a recensé 237. Elles concernent entre autres la négligence, le mauvais accueil, la corruption, les erreurs médicales ainsi que l’incitation des patients à se diriger vers le secteur privé. L’inspection a également étudié 33 plaintes reçues de l’institution du médiateur et en a réglé 14.

II- Le contrôle financier

Selon leurs statuts juridique, il existe trois types d’hôpitaux combinant trois modes d’organisation et de gestion, très différents : Les établissements publics hospitaliers, les services de l’Etat gérés de manière autonome (SEGMA), et les hôpitaux gérés en mode régie, ce dernier type de statut ne confère à l’hôpital ni personnalité morale ni autonomie financière, son budget n’est pas individualisé par rapport à celui de la délégation territoriale dont il relève. Nous allons donc présenter le contrôle financier sur les deux statuts restant.

A- Le contrôle financier des établissements publics hospitaliers

Les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH), sont représentés par les 5 centres hospitaliers universitaires (CHU), disposant d'un statut d’établissements publics, qui leur confère une personnalité morale (titulaire de droits et d'obligations et peut avoir un nom, un patrimoine et un siège sociale), et une autonomie financière. Ils sont répartis sur les villes de Rabat, Casablanca, Marrakech, Fès et Oujda.

Selon la loi 37-80[576] relative aux centres hospitaliers, chaque centre est également soumis au contrôle financier de l'Etat applicable aux établissements

[575] Article 6 du décret n° 2-94-285 du 17 joumada Il 1415 (21 novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique (B.O N° 4286 - 18 rejeb 1415 (21-12-94)).

[576] Dahir n° 1.82.5 du 30 rebia i 1403 (15 janvier 1983) portant promulgation de la loi n° 37. 80 relatives aux centres hospitaliers. (BO n° 3668 du 16 février 1983 ; p 165).

publics en vertu de la législation en vigueur, en l'occurrence, la loi N°69-00[577] relative au contrôle financier de l'Etat sur les entreprises publiques et autres organismes. Selon cette loi le contrôle financier de l'Etat est exercé sur les établissements publics, sociétés et entreprises, a priori ou a posteriori, selon leur forme juridique et les modalités de leur gestion et ce, dans les conditions prévues par la présente loi ainsi que sur les organismes soumis au contrôle financier de l'Etat en vertu d'une loi particulière.

Ce contrôle a pour objet, selon les cas :

- D'assurer le suivi régulier de la gestion des organismes soumis au contrôle financier ;
- De veiller à la régularité de leurs opérations économiques et financières au regard des dispositions légales, réglementaires et statutaires qui leur sont applicables ;
- D'apprécier la qualité de leur gestion, leurs performances économiques et financières ainsi que la conformité de leur gestion aux missions et aux objectifs qui leur sont assignés ;
- D'œuvrer à l'amélioration de leurs systèmes d'information et de gestion ;
- De centraliser et analyser les informations relatives au portefeuille de l'Etat et à ses performances économiques et financières.

Aussi, Les décisions du conseil d'administration ou de l'organe délibérant, portant sur certains actes comme les budgets et autres, ne sont définitives qu'après leur approbation par le ministre chargé des finances. Dans ce cadre, Les établissements publics sont soumis à un contrôle préalable qui est exercé par le ministre chargé des finances, un contrôleur d'Etat et un trésorier payeur :

C'est le Ministre chargé des finances fixe les modalités d'application de la présente loi, par établissement ou groupe d'établissements publics et arrête, à cette fin, les procédures de préparation, d'adoption et de visa des budgets et états prévisionnels pluriannuels, les modalités de tenue de la comptabilité de l'ordonnateur, qui est le directeur de l'établissement public ou la personne habilitée, les diligences devant être effectuées par le contrôleur d'Etat ,ainsi que les registres et autres supports devant être tenus par le trésorier payeur.

S'agissant du contrôleur d'Etat, il assiste avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration ou de l'organe délibérant ainsi qu'aux réunions des commissions ou comités constitués. Il dispose d'un droit de communication permanent, tant auprès de l'organisme que de ses filiales et participations, et peut effectuer, à tout moment, sur pièces et sur place, toutes vérifications et tous contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer toutes les pièces qu'il estime utiles à l'exercice de sa mission. Dans la limite des seuils fixés par le ministre chargé des finances, Le contrôleur d'Etat dispose

[577] Dahir n0 1-03-195 du 16 ramadan 1424 (11/11/2003) portant promulgation de la loi N°69-00 relative au contrôle financier de l'Etat sur les entreprises publiques et autres organismes. BO. N° 5170 du 18/12/2003.

d'un pouvoir de visa préalable sur les acquisitions immobilières, tous contrats ou conventions de travaux, de fournitures et de services ainsi que sur l'octroi de subventions et dons. Il exerce également un droit de visa préalable des actes de gestion du personnel dans les établissements publics ne disposant pas d'un statut du personnel approuvé

Le contrôleur d'Etat peut, également, donner son avis sur toute opération relative à la gestion de l'organisme, à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et qu'il fait connaître par écrit, selon le cas, au ministre chargé des finances, au président du conseil d'administration ou de l'organe délibérant ou à la direction. Il rend compte de sa mission dans un rapport annuel qu'il adresse au ministre chargé des finances et qui est soumis au conseil d'administration ou à l'organe délibérant.

Alors que pour le trésorier payeur, en tant que comptable public, il est responsable de la régularité des opérations de dépenses, tant au regard des dispositions légales et réglementaires, que des dispositions statutaires et budgétaires de l'organisme. Il doit s'assurer que les paiements sont faits au véritable créancier, sur un crédit disponible et sur présentation de pièces régulières établissant la réalité des droits du créancier et du service fait. Aussi, le trésorier payeur signe, conjointement avec le directeur ou la personne habilitée de l'organisme, les moyens de paiement tels que chèques, virements et effets de commerce. Et enfin, le trésorier payeur peut être habilité, par arrêté du ministre chargé des finances, à effectuer un contrôle des recettes.

B- Le contrôle financier des SEGMA

Les Services d'Etat Gérés de Manière Autonome (SEGMA) , est un mode de gestion de service public crées par les décrets Royaux de 1967 et 1968, dans le domaine de la santé les SEGMA concourent activement à la réalisation des objectifs du Gouvernement en matière de réforme du système de la santé, visant l'élargissement de l'accès à des soins de qualité à l'ensemble des citoyens et de renforcement des mesures sanitaires préventives contre les épidémies.

Ces SEGMA, sont les hôpitaux les plus nombreux. Ils n'ont pas de personnalité morale mais ont une autonomie financière, cela veut dire simplement qu'il peut utiliser toutes ses recettes. le cadre juridique régissant lesdits SEGMA prévoit des dispositions budgétaires spécifiques, notamment en matière de report automatique de l'excédent de recettes dégagé au titre de l'exercice antérieur, et de la possibilité de relèvement du plafond des charges chaque fois que les recettes propres dépassent les prévisions initiales contenues dans la loi de finances. Il s'agit là d'une déconcentration de la gestion comptable par l'affectation de comptables publics spéciaux qui assure le contrôle financier.

Les SEGMA visent essentiellement à :

- Assouplir les procédures budgétaires tout en engageant les gestionnaires concernés dans une logique de résultats, à travers l'optimisation de l'utilisation des moyens disponibles pour la satisfaction des besoins des populations ;

- Responsabiliser davantage les gestionnaires des services territoriaux, à travers le mécanisme de contractualisation des relations avec les administrations centrales et l'institution d'outils favorisant la coordination des acteurs, la cohérence et l'intégration des interventions des services déconcentrés ;
- Apporter une réponse de proximité aux besoins exprimés par la population, en favorisant les synergies entre les acteurs locaux et la mutualisation des moyens et des expertises pour renforcer les interventions relatives à la lutte contre la pauvreté et la mise à niveau sociale ;
- Améliorer les prestations fournies en faveur du public et de l'entreprise.

La Direction des SEGMA est appuyée par une administration, un conseil des médecins et un conseil des infirmiers. Le statut SEGMA a été initié pour la première fois en 1987 dans cinq hôpitaux. En 1998, il a connu une nouvelle organisation selon laquelle les hôpitaux SEGMA sont regroupés en Centres Hospitaliers Provinciaux, Préfectoraux (CHP) ou Régionaux (CHR).Actuellement ils sont au nombre 90 SEGMA fournissant des prestations de soins hospitaliers à travers : 77 centres hospitalier ; 6 hôpitaux et 2 centres médicaux chirurgicaux militaires ; 2 centres de transfusion sanguine ;institut national d'hygiène ; centre national e radioprotection ; direction du médicament et de la pharmacie. Ces SEGMA réussissent au fil des années à satisfaire une grande partie des dépenses par des ressources propres, dépassant largement les 50%[578].

Aussi, Les principales actions réalisées en 2013 ont porté sur l'implantation des outils de la gestion financière et comptable pour des raisons de planification et de reddition des comptes, dans le cadre du projet de Modernisation de la Gestion Hospitalière (MGH), selon le manuel développé initialement à l'hôpital d'Agadir dans le cadre du Projet de Financement et de Gestion du Secteur de la Santé (PFGSS), puis révisé et simplifié dans cinq hôpitaux ; à savoir : El Jadida, Kenitra, Taroudant, Salé et Tanger, et ce avant sa généralisation aux hôpitaux relevant du projet MGH et à l'ensemble des hôpitaux publics[579] .

§2- Renforcer les contrôles à postériori

Au niveau des contrôles à postériori, il s'agit du contrôle du Parlement et de la société civile et du contrôle juridictionnel effectué par la cours des comptes.

I- Le contrôle juridictionnel :

A- La cours des comptes

Après avoir été une institution de la Commission Nationale des comptes en 1960, la Cour des Comptes a été créée en 1979 en vertu de la loi n° 12-79 en tant qu'organe juridictionnel chargé d'assurer le contrôle supérieur de l'exécution des lois de finances .En 1996, de la Cour des Comptes a été élevée

[578] Ministère de la santé.
[579] Ministère de la santé.

au rang d'Institution constitutionnelle , et en 2002 un code des Juridictions financières a été promulgué par la Loi n°62-99 toujours en vigueur . Aussi, la cour des comptes est consacrée par le 10ème titre de la nouvelle constitution de 2011, qui dispose que la Cour des Comptes est l'institution supérieure de contrôle des finances publiques du Royaume. Son indépendance est garantie par la Constitution.

Aussi, la Cour des Comptes a pour mission la consolidation et la protection des principes et valeurs de bonne gouvernance, de transparence et de reddition de comptes de l'Etat et des organismes publics, elle est chargée d'assurer le contrôle supérieur de l'exécution des lois de finances. Elle s'assure de la régularité des opérations de recettes et de dépenses des organismes, soumis à son contrôle en vertu de la loi et en apprécie la gestion. Elle sanctionne, le cas échéant, les manquements aux règles qui régissent lesdites opérations.

Sommairement, on peut ramener les attributions de la cours des comptes à quatre missions : Des Attributions juridictionnelles ; le Contrôle de la gestion et de l'emploi des fonds ; l'assistance au Parlement et au Gouvernement ; et enfin la publication et la communication obligatoire de ses travaux notamment son rapport annuel.

Dans ce cadre, le dernier rapport de la cours des comptes[580], a révélée qu'en matière de vérification et de jugements des comptes, le Ministère public a établi ses conclusions sur l'ensemble des rapports qui lui ont été transmis par les chambres sectorielles et dont le nombre total s'élève à 78 rapports afférents à 213 comptes des services de l'Etat.

En matière de gestion de fait, le Ministère public n'a reçu aucun dossier. Alors qu'en matière de discipline budgétaire et financière, le procureur général du Roi près la Cour des comptes a été saisi par les chambres compétentes de quatre affaires de disciplines budgétaires et financières. Après étude et instruction, le Ministère public a décidé d'engager des poursuites à l'encontre de 13 personnes et a requis du Premier Président, la désignation de conseillers rapporteurs chargés d'enquêter sur les infractions susceptibles d'être attribuées personnes sus visés. Aussi, le Ministère public a décidé de classer une affaire pour absence de fondement juridique ou de faits pouvant justifier l'enclenchement de l'action publique.

Par ailleurs, sur 27 rapports établis par les conseillers chargés d'enquête au titre de l'année 2012, le Parquet général a rendu ses conclusions sur 14 rapports.

B- Les rapports de la cours des comptes en matière de contrôle de gestion des structures de santé

La Cour des comptes effectue chaque année des missions de contrôle de la gestion. Toutes ces missions ont abouti à des observations communiquées aux organismes audités, et ont fait l'objet de rapports particuliers transmis au chef

[580] Rapport de la cours des comptes de l'année 2012.

du gouvernement, au Ministre de l'économie et des finances et aux autorités gouvernementales concernées.

Dans le cadre du contrôle de gestion des structures en relation avec la santé, la cours des comptes a produit les rapports suivants :

- Dans son Rapport 2007 : Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) ; Clinique chirurgicale mutualiste ; Centre hospitalier Ibnou Rochd
- Dans son Rapport 2008 : Centres Hospitaliers Mohammed VI de Marrakech et Hassan II de Fès ; Centre Régional de Transfusion Sanguine de Casablanca.
- Dans son Rapport 2009 : Caisse Nationale De Sécurité Sociale (CNSS) ; Institut Pasteur du Maroc. ; Centre National de Transfusion Sanguine et d'Hématologie ; Centre Hospitalier Régional du Gharb-Chrarda-Beni H'ssen.
- Dans son Rapport 2010 : Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS): Sur les fonctions supports et sur les Unités médicales ; Centre hospitalier Ibn Sina
- Dans son rapport 2012 : Contrôle de gestion des produits pharmaceutiques.

II- Le Contrôle du Parlement et de la société civile

Le Contrôle effectué par le Parlement et la société civile est très important, dans la mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire, car les deux institutions vont permettre un regard critique sur le processus de réforme de notre système de santé.

A- Le rôle du Parlement

Selon la constitution de 2011, le Parlement est composé de deux Chambres, la Chambre des Représentants et la Chambre des Conseillers. Le Parlement exerce le pouvoir législatif, vote les lois, contrôle l'action du gouvernement et évalue les politiques publiques par les procédés suivantes :

• Les questions orales et écrites adressées aux différents départements ministériels

• Les questions se rapportant à la politique générale, adressées au Chef du gouvernement ;

• La motion de censure stipulé dans l'article 105 de la Constitution, en vertu de laquelle la Chambre des Représentants peut mettre en cause la responsabilité du gouvernement par le vote d'une motion de censure, signée par le 1/5èmeau moins des membres composant la chambre et approuvée par la Chambre des Représentants par un vote pris à la majorité absolue des membres qui la composent.

• L'exposé du bilan d'étape du travail gouvernemental devant la Chambre des Représentants ;

• L'organisation d'une séance plénière annuelle consacrée à l'examen de la politique publique et son évaluation.

• L'audition des responsables des administrations, des établissements et des entreprises publiques, en présence des ministres concernés et sous leurs responsabilités respectives, par les commissions concernées, conformément à l'article 102 de la Constitution ;

• L’examen du rapport annuel de la cour des comptes sur l’exécution des budgets des secteurs publics ;
• L’examen annuel des rapports des institutions et des organismes de la protection des libertés, de la bonne gouvernance, du développement humain et durable, de la démocratie participative et ceux de la protection des droits de l'homme et de sa promotion ;
• L’examen des rapports des commissions d’enquêtes constituées, soit à l'initiative de SM le Roi ou à la demande d'un tiers des membres de la Chambre des Représentants, tel que stipulé dans l’article 67 de la Constitution.

B- Le rôle de la société civile

La société civile est « le domaine de la vie sociale civile organisée qui est volontaire, largement autosuffisant et autonome de l'État »[581]. Une élection est un des événements principaux où la société civile se trouve mobilisée, notamment à travers l'éducation de l'électorat. C'est le corps social, par opposition à la classe politique.

En prenant pour exemple l'Education pour tous, l'UNESCO définit la société civile comme : « regroupant l'ensemble des associations à caractère non gouvernemental et à but non lucratif travaillant dans le domaine de l'éducation », c'est-à-dire comme l'auto-organisation de la société en dehors du cadre étatique ou du cadre commercial, donc un ensemble d'organisations ou de groupes constitués de façon plus ou moins formelle et qui n'appartiennent ni à la sphère gouvernementale ni à la sphère commerciale .

Aussi, selon le Livre Blanc de la gouvernance de l'Union européenne :« La société civile regroupe notamment les organisations syndicales et patronales (les « partenaires sociaux »), les organisations non gouvernementales (ONG), les associations professionnelles, les organisations caritatives, les organisations de base, les organisations qui impliquent les citoyens dans la vie locale et municipale, avec une contribution spécifique des Églises et communautés religieuses ».

Au Maroc, et selon la nouvelle constitution 2011, les associations intéressées à la chose publique et les organisations non gouvernementales, contribuent, dans le cadre de la démocratie participative, à l’élaboration, la mise en œuvre et l’évaluation des décisions et des projets des institutions élues et des pouvoirs publics. Ces institutions et pouvoirs doivent organiser cette contribution conformément aux conditions et modalités fixées par la loi.

Aussi, les associations de la société civile et les organisations non gouvernementales se constituent et exercent leurs activités en toute liberté, dans le respect de la Constitution et de la loi et conformément aux principes

[581] Wikipédia, Larry diamond.

démocratiques. Elles ne peuvent être dissoutes ou suspendues, par les pouvoirs publics, qu'en vertu d'une décision de justice.

De même , la constitution affirme que les pouvoirs publics œuvrent à la création d'instances de concertation, en vue d'associer les différents acteurs sociaux à l'élaboration, la mise en œuvre, l'exécution et l'évaluation des politiques publiques. Aussi, des mécanismes participatifs de dialogue et de concertation sont mis en place par les conseils régionaux et conseils des autres collectivités territoriales pour favoriser l'implication des citoyens et citoyennes et les associations dans l'élaboration et le suivi des programmes de développement.

Dans ce cadre , la nouvelle loi organique 111-14[582] relative à la région, a fixé dans ses articles de 118 à 122, et conformément à l'article 139 de la constitution, les conditions d'exercice du droit de pétition par les citoyens et citoyennes et les associations ,en vue de demander l'inscription à l'ordre du jour du conseil régionale une question relevant de sa compétence, à savoir :

- Pour le droit de présenter la pétition par les citoyens et citoyennes :

- Etre des habitants de la région concernée ou exerçants une activité économique, commerciale ou professionnelle ;
- Etre inscrits dans les listes électorales générales ;
- Avoir un intérêt direct et commun dans la présentation de la pétition ;
- Etre au minimum 600 signataires, réparties selon leurs résidences effectives dans les préfectures et provinces de la région, à condition d'avoir 5% au minimum du nombre demandé des signataires dans chaque préfecture et province de la région.

- Pour le droit de présenter la pétition par les associations :

- L'association doit être officiellement reconnue est constituée aux Maroc conformément à la législation en vigueur depuis 3 ans au moins, fonctionnant sur la base des principes démocratiques et respectant son statut ;

- L'association doit avoir une situation légale par rapport à la législation en vigueur ;

- Le siège de l'association ou l'une de ses succursales, doit être situé dans le ressort de la région objet de la pétition ;

- L'activité de l'association doit être en relation avec l'objet de la pétition.

Cette pétition doit être déposée auprès du président du conseil régional, jointe des pièces confirmant les conditions susmentionnés[583].

---

[582] Loi organique No 111-14 relative aux régions, promulgué par le Dahir No 1-15-84 du 7 juin 2015 (BO No 6380 du 23 juin 2015, page 6585 en arabe).

[583] Selon la loi organique, un texte règlementaire fixera la forme de la pétition, et les pièces jointes selon le cas.

Sect. 2 : Auditer les structures de soins et réformer la justice pour sanctionner les dérives du système de santé

L'audit est un détecteur des dysfonctionnements du système de santé contre les dérapages. Aussi, une bonne administration judicaire favorable au patient demandeur est nécessaire en cas de dérapages.

§1- L'audit : Détecteur des dysfonctionnements

Un bref aperçu sur les audits en générale s'impose avant de présenter quelques audits du Ministère de la santé .

I- Les audits en générale

A- Origine de l'audit

Le mot audit nous vient du latin par l'anglais, en latin : Audio - Audire signifie écouter - entendre et par extension, donner audience[584] . Ce n'est qu'à partir du 20ème siècle que l'audit commence réellement à prendre de l'importance. L'utilisation du mot «Audit» fut assimilée au contrôle et vérification. Il revêtait un caractère de nature comptable pour mettre en relief la fidélité des présentations comptables et financières. C'était ainsi qu'il était ressenti comme indispensable pour garantir la crédibilité des transactions.

Dans l'utilisation anglaise du mot, au 19ème siècle et dans le domaine de la comptabilité et de la gestion financière, c'était le sens de vérification et de contrôle par une observation attentive et minutieuse qui domine. L'auditeur est, dans ce cas est un « commissaire aux comptes» qui par des procédures adéquates, s'assure du caractère complet, sincère et régulier des comptes d'une entreprise, s'en porte garant auprès des divers partenaires intéressés par la firme et plus généralement porte un jugement sur la qualité et la rigueur de sa gestion[585]. L'audit a considérablement étendu son champ d'investigation pour enfin déborder le domaine comptable et financier pour couvrir pratiquement l'ensemble de l'activité de l'entreprise.

B- Définition des audits

Le dictionnaire Hachette a défini l'audit de l'état comme : « fonction destinée à contrôler au niveau de diverses instances de conceptions et d'exécutions d'une entreprise, la bonne gestion et la sauvegarde du patrimoine financier et l'application correcte des décisions ». Il en existe de nombreuses définitions, trois d'entre elles nous serviront de référence :

En premier lieu, celle de M. Gervais qui définit l'audit comme étant : « L'activité qui applique en toute indépendance des procédures cohérentes et des normes d'examen en vue d'évaluer l'adéquation, la pertinence, la sécurité et le

---

[584] - Renard J, théorie et pratique de l'audit interne, édition d'organisation, Paris 2000.
- Jean Charles B et Henri Bouquin, audit opérationnel, édition économica, Paris 2000.

[585] - Colin Bullough, Wendy Graham, l'audit clinique : comment tirer des enseignements d'études de cas systémique évalués sur la base de critère explicites, 2000.
- Batude Danielle, l'audit comptable et financier, édition Nathan, Paris 1997.

fonctionnement de tout ou en partie des actions menées dans une organisation par référence à des normes » [586].

En second lieu ,celle de l'institut français des auditeurs consultants internes et l'institut de l'audit social : « L'audit est une démarche d'investigation et d'évaluation des risques (latents et manifestes) et des éléments de contrôles internes qui s'opère à partir d'un référentiel, inclut un diagnostic et conduit à des recommandations, s'effectue de façon indépendante et sur un mandat, contribue à la maîtrise de l'organisation » [587].

Et en troisième lieu, celle de l'auteur J.M.Fessler et L.R.Geffroy : « L'audit est un ensemble de techniques permettant d'analyser et d'évaluer les méthodes de l'entreprise. Il permet à l'aide des critères prédéterminés, de comparer les pratiques et les résultats, en vue de mesurer leur qualité dans le but de les améliorer »[588].

Nous pouvons nous appuyer sur les énoncés dans ces diverses définitions, pour dégager une synthèse relatant les diverses caractéristiques de l'audit. L'audit est d'abord un acte et pour qualifier cet acte, quatre éléments réunis sont nécessaires : La démarche, l'indépendance, l'objet et la finalité.

♦ L'acte d'audit s'inscrit obligatoirement dans une démarche à trois étapes :
- La recherche et la mesure de l'écart par rapport un référentiel (la norme).
- La constitution des éléments de preuve.
- La proposition des voies de redressement.

♦ L'acte d'audit est un acte obligatoirement indépendant.

♦ L'audit doit permettre à l'auditeur d'apporter aide et conseils à la personne auditée tout en privilégiant un climat de confiance entre les parties. L'objet est clairement identifié. Il apprécie les systèmes de contrôle propres aux organisations et non les hommes[589].

♦ II ne doit jamais se transformer en contrôle au sens d'inspection. Donc l'acte de l'audit est obligatoirement au profit des autres. Il n'est jamais au profit de l'auditeur.

Malgré sa diversité conceptuelle et son champ d'action, l'audit reste à la fois un état d'esprit, un savoir-faire et un métier, mais aussi une fonction. Il permet d'acquérir des valeurs et des capacités aussi bien pour l'auditeur que pour l'audité. C'est ainsi qu'il crée une valeur ajoutée.

L'audit est bien une technique, une démarche, une mission, un diagnostic, un avis indépendant. C'est une recherche d'anomalie et dysfonctionnement dans le but de proposer des solutions et d'aider à la réalisation des objectifs.

---

[586] Jean Charles B et Henri Bouquin, audit opérationnel, édition économica, Paris 2000.

[587] Laraqui Houssiani Mohamed : l'audit interne : opérationnel et financier, fondement & technique, collection AUDITOR, 1999.

[588] Fessler Jean Marie et L R Geffroy, l'audit à l'hôpital, les éditions ESF, Paris 1988.

[589] Noseda Jacques, méthodologie de l'audit des gardes, gestion hospitalière, Janvier 1999.

A l'origine, l'audit est en effet de nature comptable. Cependant la notion d'audit s'est ensuite étendue à de nombreux aspects du fonctionnement de l'entreprise, et l'on parle aujourd'hui d'audit social, d'audit de la qualité, d'audit de procédures. Appliquée au champ de la santé, il s'agit d'un audit de conformité effectué sur un mode d'auto-évaluation au sens où les professionnels concernés participent à l'élaboration des référentiels.

II- Les audits dans le système de santé Marocain

L'analyse de la gouvernance du système national de santé, sous l'angle de l'imputabilité et de la responsabilité, fait ressortir plusieurs dysfonctionnements. Ainsi, les mandats des différents acteurs du système national de santé sont le plus souvent mal définis, les mécanismes d'imputabilité au niveau des différents paliers du système national de santé sont quasiment inexistants. Par ailleurs, le système national de santé n'intègre pas la fonction de contrôle et d'audit dans son processus administratif et gestionnaire. Aussi, il est important de noter que d'une façon générale les résultats de performance et de contreperformance, ne sont pas systématiquement suivis par des mesures incitatives ou coercitives[590].

Selon R. Morand[591], la typologie de l'audit se présente à travers quatre critères : La finalité de la mission ; le domaine d'intervention de l'auditeur (audit comptable/audit opérationnel) ; l'apport de l'auditeur (audit de régularité/audit d'efficacité/audit de diagnostic ; et enfin le positionnement par rapport à l'entreprise en distinguant l'audit interne / audit externe. Et c'est à partir de ce dernier critère qu'on va donner des exemples dans notre système de santé marocain.

A- Les audits internes

L'audit interne est, à l'intérieur d'une entreprise, une activité indépendante d'appréciation du contrôle des opérations, il est au service de la direction. C'est, dans ce domaine, un contrôle dont la fonction est d'estimer et d'évaluer l'efficacité des autres contrôles[592].Son objectif est d'assister les membres de l'entreprise dans l'exercice efficace de leur fonction. Dans ce cadre l'audit interne fournit des analyses, des appréciations et des recommandations concernant les activités examinées.

Au Maroc, dans le domaine de la santé, les premières expériences dans l'audit interne se sont menées sur trois recherches sur le terrain qui intéressent les soins obstétricaux et néonataux :

- L'audit des cas de « Near Miss2» au niveau Tétouan et Sidi Kacem, année 1998-2000, c'était un projet qui s'inscrivait dans le cadre d'une recherche internationale sur la problématique de la morbidité obstétricale maternelle ,dans

[590] La vision « développement humain 2025.
[591] Moudni Abdallah, analyse du processus d'implantation et de mise en œuvre de l'audit des soins obstétricaux, mémoire, INAS, Juillet 2001.
[592] Collins Lionel et gérad Valin, audit et contrôle interne, édition Dalloz 1992.

les pays en voie de développement. Il a été financé par l'union Européenne et coordonné par la London School of Hygiene and Tropical Medecine ,en collaboration avec l'INAS, l'IMT Anvers et l'instituto per l'infanzia Trieste. Ont pris part à cette recherche ; 4 pays : le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Mali et le Maroc[593].

L'audit des cas de near miss, présente l'avantage qu'il est considéré comme approche positive de fait que la femme a été sauvée au niveau de l'hôpital. Il n'y a pas de sentiment de culpabilisation chez le personnel. De plus on peut mener des enquêtes sociologiques auprès des femmes elles-mêmes après leur sortie de l'hôpital.

Ces audits des «near miss» ont pour objectifs de développer et de mettre en œuvre une nouvelle stratégie, pour améliorer les soins obstétricaux dans les hôpitaux, en utilisant la recherche des «échappées-belles» comme mécanisme d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité[594]

- En 1998, l'INAS et l'ULB avec le soutien du FNUAP ont piloté une étude sur la faisabilité d'un audit d'incidents critiques et son impact sur la qualité des soins obstétricaux, au niveau trois maternités hospitalières provinciales (Marrakech, Essaouira, El kalaa)[595].

- L'audit interne néonatal, année 1998-2000 C'était un projet qui a été financé par l'USAID au niveau de la région Souss Massa Draa. Ces deux derniers projets visaient plusieurs objectifs :

- La réduction de la mortalité néonatale et maternelle dans les services de pédiatrie et de maternité dans quelques hôpitaux de la région.
- L'amélioration du processus de soins de PEC des femmes et du nouveau-né.
- La dynamisation du processus de la régionalisation à travers la gestion de ce projet.

Aussi, Le Ministère de la santé a réalisé des audits au niveau des 20 établissements hospitaliers faisant l'objet de l'accréditation hospitalière[596].

B- Les audits externes

Dans les audits externes**,** les auditeurs externes interviennent dans l'entreprise, soit au titre d'une mission légale (commissaire aux comptes ou audit financier aux fins de certification) ; soit dans le cadre d'une mission contractuelle, conclue entre l'entreprise et l'auditeur, c'est le cas général d'exercice de l'audit opérationnel. L'audit externe a un objectif spécifique que n'a pas l'auditeur interne : Exprimer vis-à-vis des tiers une opinion motivée sur la régularité et la sincérité des comptes annuels de l'entreprise[597].

---

[593] MS, direction des hôpitaux et des soins ambulatoires, audit cliniques, édition 2005.
[594] MS, INAS, atelier de consensus sur les audits des soins obstétricaux, Rabat, Mars 2001.
[595] MS, INAS, atelier de consensus sur les audits des soins obstétricaux, Rabat, Mars 2001.
[596] Ministère de la santé.
[597] Collins L et Benjelluon, l'audit interne, les éditions Toubkal, Casablanca 1994.

Dans le domaine de la santé au Maroc, et en vertu de l'article 88 de la nouvelle loi n°131-13 relative à la médecine[598], les cliniques sont soumises à des visites d'audit effectuées par les représentants de l'autorité gouvernementale compétente ,et de deux représentants du conseil régional de l'Ordre concerné, au moins une fois tous les 3 ans, suivant un programme annuel défini par ladite autorité en coordination avec le conseil national, et chaque fois que le directeur médical d'une clinique le sollicite.

Dans le cadre des actions d'accompagnement des cliniques pour l'amélioration de la qualité des soins et des services , l'audit ,selon le même article , a pour objet de « procéder à des vérifications sur la base de référentiels techniques et juridiques, de révéler les écarts et dysfonctionnements ne constituant pas des infractions à la loi et de proposer les solutions adéquates pour les corriger. Trois mois avant la réalisation de l'audit, l'autorité gouvernementale compétente notifie par écrit au président du conseil régional de l'Ordre concerné et au directeur médical de la clinique la date prévue pour la visite d'audit[599] ».

Dans la pratique, Au Maroc en 1994, le ministère de la santé a engagé un cabinet d'audit externe en milieu hospitalier (Hôpital Ibn Sinaï – Hôpital .Ibn Rochd – Hôpital. du 20 août - Hôpital. d'enfants et du centre de consultations et de traitements dentaires). Le groupement ORSIA a mené son action sur plusieurs types d'audits entre autres : Audit de l'organisation générale de l'hôpital, audit des soins et des services, audit de la qualité des soins. Ce genre d'audit mené par un cabinet d'audit privé revient cher au Ministère de la Santé.

Aussi, il est à rappeler que les comptes et opérations des organismes gestionnaires de l'AMO à savoir la CNOPS et la CNSS, sont soumis annuellement à un audit comptable et financier externe diligenté par le conseil d'administration de l'organisme concerné. Cet audit est obligatoirement réalisé sous la responsabilité d'un ou de plusieurs experts comptables, inscrits à l'ordre des experts comptables, à l'effet de S'assurer que les états financiers donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et des résultats de l'organisme concerné. Toute mission d'audit doit faire l'objet d'un rapport communiqué, aux deux administrations concernées (Ministère de l'emploi et le Ministère de l'économie et des finances), et à l'agence nationale de l'assurance maladie.

Qu'il soit interne ou externe, l'audit apparaît de plus en plus comme un élément indispensable à la correction des dysfonctionnements des hôpitaux. L'appréciation indépendante du fonctionnement d'un établissement permet de s'assurer que celui-ci ″maîtrise ses activités en remplissant des critères de

[598] Dahir n° 1-15-26 du 29 rabii 11 1436 (19 février 2015) portant promulgation de la loi n° 131-13 relative à l'exercice de la médecine. (BO No 6344 28 joumada 11436 (19-3-2015) page 1047).

[599] Les modalités d'application de cet article 88 sont fixées par voie réglementaire.

conformité juridique, d'efficacité et d'efficience aptes à garantir la réalisation des objectifs et le contrôle des risques de l'institution[600]" .

§2- La bonne gouvernance nécessite une bonne administration judicaire favorable au patient demandeur

Dans le cadre de la mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire, nous espérons que la réforme de la justice actuelle devra avoir des impacts positifs sur le patient demandeur en justice.

I- La réforme de la justice

La justice a récemment dévoilé une charte globale de sa réforme, pour voir une idée, nous allons brièvement présenter ses axes.

A- Une nouvelle charte de la réforme du système judicaire

La charte de la justice est un document de 220 pages, retraçant l'effort de la nation pour obtenir finalement une charte de la réforme du système judicaire du royaume, en date du 13 juillet 2013.

Le processus a commencé déjà en 2008, à l'occasion du Discours du Trône de SM le roi, qui a appelé à un dialogue élargi permettant de mettre au point un plan rigoureux de réforme profonde de la justice. Puis dans son Discours à la Nation du 20 août 2009, SM le roi a fixé les axes principaux de cette réforme, le 9 mars 2011 , dans le Discours Royal, le Souverain a affirmé encore une fois la nécessité de réformer la Justice , et a annoncé l'entreprise d'une réforme constitutionnelle globale sur la base de sept fondements majeurs, dont celui : « d'ériger la Justice au rang de pouvoir indépendant et de renforcer les prérogatives du Conseil constitutionnel, le but étant de conforter la prééminence de la Constitution et de consolider la suprématie de la loi et l'égalité de tous devant elle ».

Le 8 mai 2012, le roi installe une haute instance du dialogue national sur la réforme de la Justice, dont la composition plurielle a englobé toutes les institutions démocratiques et les secteurs gouvernementaux et judiciaires, et a reflété une représentation conséquente de la société civile et des différentes organisations qualifiées, concernées par la réforme du système judiciaire.

B- Les axes de la nouvelle charte de la justice

Après avoir présenté les recommandations de la Haute Instance du dialogue National sur la Réforme du Système Judiciaire, la charte de la réforme est présenté en deux Partie, la première concerne les fondements généraux de la réforme basé sur un diagnostic de la situation actuelle et d' une vision générale ,la deuxième partie concerne les six grands objectifs stratégiques de la réforme à savoir : Consolider l'indépendance du Pouvoir judiciaire ; Moraliser le système judiciaire ; Renforcer la protection judiciaire des droits et libertés ; Accroître l'efficacité et l'efficience de la Justice ; Développer les capacités institutionnelles du système judiciaire ; Moderniser l'Administration judiciaire

[600] A.JUPPE : Rôle du praticien dans la réforme de la gestion hospitalière (au Maroc) « l'évaluation, l'audit et le contrôle ». 1996.

et renforcer sa gouvernance.il a noter que ses grands objectifs sont divisés en sous objectifs avec des Mécanismes d'exécution et des mesures concrètes.

II – Impactes souhaités sur le patient demandeur en justice

Vu certains difficultés dont souffre le patient demandeur en justice, nous avançons certaines propositions comme solutions

A -Certains difficultés dont souffre le patient demandeur en justice

Le patient demandeur en justice a droit à la réparation et/ou à la protection s'il y a lieux, il a droit à la réparation s'il est victime d'un accident médical, pour cela il peut invoquer soit la responsabilité civile du médecin, ou la responsabilité administrative du médecin fonctionnaire dans les hôpitaux public. Aussi, Le patient a droit à la protection contre certains comportements ou scandales médicaux commis par certains médecins, pour cela il peut invoquer la responsabilité pénale, et ou la responsabilité disciplinaire de ces médecins auteurs de ces infractions.

Pour obtenir gain de cause, non seulement l'administration judiciaire devrait être réformée à la lumière de la nouvelle charte, mais aussi, les mécanismes actuelle du régime de la responsabilité médicale, qui conditionnent les droits du patient demandeurs en justice, devrait être perfectionnés pour améliorer l'administration de la preuve.

Dans la relation contractuelle[601]par exemple, les obligations du médecin sont des obligations de moyen et non de résultat[602], c'est à dire simplement l'engagement de faire au mieux pour atteindre le résultat et non la contrainte d'atteindre l'objet promis, (hormis quelque cas précis comme la chirurgie esthétique).

Lorsque cette relation devient conflictuelle entre le médecin et le patient, le patient se trouve toujours dans une position défavorable. En ce sens que, si le patient arrive facilement à prouver le dommage, il lui est difficile par contre de prouver la faute du médecin et le lien de causalité entre la faute le dommage[603], dans ce cadre le recours à l'expertise et parfois au dossier et certificats médicaux du patient, est nécessaire pour éclairer des questions techniques que ni le juge ni le patient ne peuvent les connaître.

Or, les frais de l'expertise représentent souvent des charges sassez lourdes pour les patients plaideurs[604], les rapports d'expertise sont très courts et se résument à un chiffrage d'un taux d'IPT ou d'ITT sans aucun rapport avec le barème et sans motivation, une fois réalisée l'expertise est souvent formulée

[601] Décision de la cour d'appel de Rabat du 29 Janvier 1946.(GTM No 976 du 25-3-1946).
[602] Décision du tribunal de 1ére instance de Casa le 18 Avril 1945.
[603] Omar Aziman :" la profession libéral au Maroc" ; 1980
[604] A. Boudahrain : "l'expertise médicale en matière civile, le point de vu d'un juriste", RMDED, No32.1994.P 113.

d'une manière générale en terme imprécis, ce qui donne la possibilité aux adversaires du patient demandeur à contester la mission de l'expert et demandent parfois une contre-expertise[605]. Aussi, l'expertise malgré son importance dans le procès est souvent au détriment du droit du patient à la réparation, puisque le nombre des procès refusés et plus que le nombre des procès[606]dans lesquels le patient a eu gain de cause, alors que dans la réparation et parfois difficile à avoir à cause de la procédure complexe de dédommagement, cette somme d'argent qui ne peut en aucun cas réparer la souffrance physique et moral d'un patient victime d'un accident médical.

Le recours aux certificats et dossiers médicaux par le juge est le moyen pour alléger la charge de la preuve, supportée par le patient demandeur en justice, à condition que ces documents soient consistants et fiables. Cependant, Dans la pratique, les certificats demandés pose de graves problèmes, en ce sens que la complaisance, la négligence et l'exagération de l'estimation de l'incapacité risque ,de porter préjudice à des personnes parfois innocentes[607] .Par ailleurs se pose le problème central du libre accès du malade à son dossier médicale ,et la question de la propriété de ce dossier, sachant que le règlement intérieur de l'hôpital de 2010 précise dans sa section une que, le dossier d'hospitalisation est la propriété de l'hôpital qui en assure la conservation, le patient ne peut que le consulté ,le patient peut se faire communiquer, par l'intermédiaire de son médecin hospitalier traitant, une copie du dossier hospitalier et/ ou un compte rendu détaillé de sa prise en charge médicale, sur la base d'une demande présentée par le patient au directeur de l'hôpital, c'est dire qu'en cas de conflit le patient est défavorisé.

Dans la pratique, les enquêtes[608] ont révélées que le mode d'archivage des dossiers varie d'une formation hospitalière à l'autre, et souvent entre les services d'une même formation dans plusieurs milieux, la qualité de conservation des dossiers est médiocre.

B- Quelques propositions comme solutions

Quant aux Impactes de la réforme souhaités sur le patient demandeur en justice, nous pensons que, outre les axes de la réforme susmentionnés, certains mécanismes expérimentés en France ,pourront être très utile au Maroc, consistant à : Légiférer en matière de la responsabilité médicale, parallèlement à l'institution d'une assurance de responsabilité civile obligatoire, à cet égard

---

[605] I Belmallem, C.H.Laraqui, K.Harouat :" expertise médicale en matière civile au Maroc" REMALD n°32.1994.

[606] - TPI Casa 28 Décembre 1936 GTM n° 761 de 1937.
- cour d'appel de Rabat Dossier n° 2122-4/1/1940.
- RACAR 1940 p 422 et aussi GTM n° 852-1940 P72.
- CS n° 851412 Janvier 1963.

[607] Mohamed Ghaoti :"la médecine à laquelle nous avons droit" 2004.

[608] Audit des soins et des services, novembre1994 CHU IBN SINA de Rabat-Salé, MS

nous signalons que la nouvelle loi 131-13 sur l'exercice de la médecine au Maroc ,a prévu que tous les médecins seront désormais astreints à souscrire une assurance ,couvrant leur responsabilité civile pour les actes médicaux dispensés par eux. Aussi nous pensons, qu'il est important de mettre en place un guichet unique de réclamation, des commissions régionales d'indemnisation et de conciliations notamment dans la perspective actuelle de la régionalisation au Maroc.

•••

Contrôler, auditer et sanctionner les dérives, fait partie également, à notre humble avis, de la mise en œuvre de bonne gouvernance sanitaire, l'audit qu'il soit interne ou externe et un détecteur des dysfonctionnements, renforcé par les contrôles à postériori (cours des comptes, parlement et société civile) ,et par les contrôles à priori assouplis (contrôle administratif, contrôle financier).Aussi, une bonne administration judicaire ,pourrait être favorable au patient demandeur en justice ,notamment avec la mise en œuvre de la nouvelle charte de la réforme de la justice. Et c'est sur ces propositions touchant le patient demandeur en justice, que nous complétons les éléments de mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire, conduisant, nous semble-il, un meilleur accès aux soins au Maroc.

Conclusion

En guise de conclusion, de cette thèse intitulée « une bonne gouvernance sanitaire pour un meilleur accès aux soins au Maroc », nous avons essayés au tant que faire ce peu, de suivre notre fil conducteur annoncé au début de ce modeste travail, consistant à donner des éléments de réponse à la problématique principale de cette thèse à savoir : Est-ce que la bonne gouvernance sanitaire peut améliorer l'accès aux soins au Marocain ?

Après avoir présenté, dans la première partie, une vue théorique sur les deux concepts majeurs de cette thèse, à savoir l'accès aux soins et la gouvernance sanitaire ,suivi de leurs états des lieux respectifs, dévoilant des déficits et des faiblesses suite aux données officielles, nous avons essayé de présenter des éléments de réponse à la problématique de l'accès aux soins ,qui ne sont que les principes et les éléments de la bonne gouvernance, communément préconisés, aussi bien par l'OMS que par les experts nationaux. Ces éléments que nous avons rangés dans une deuxième partie, dans trois titres constituant les axes de la mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire, conduisant nous semble-t-il à un meilleur accès aux soins, autrement dit, des éléments pour une gouvernance sanitaire plus efficiente.

Dans cette quête, le premier axe annonce le préalable nécessaire à toute mise en œuvre d'une bonne gouvernance sanitaire, à savoir une administration déconcentrée, dans le sens de la régionalisation sanitaire, et démocratisée dans le sens du nouveau concept de la démocratie sanitaire, mais aussi une administration moralisée dans le sens de la transparence et la lutte contre la corruption et les mauvaises pratiques. Cette administration qualifiée de la sorte, doit être au service d'une stratégie cadrée, à ce propos nous saluons le cadrage logique et juridique de l'action de l'Etat dans le domaine de la santé, en l'occurrence la vision, stratégies et la 2ème conférence nationale de santé, visant l'adoption d'une première charte de la santé tant attendu qui sera la base d'une véritable politique sanitaire au Maroc. Dans le même sens, une loi-cadre N°34-09[609] relative au système de santé et à l'offre de soins, a été promulgué en 2011, cette loi-cadre a défini le système de santé Marocain, a annoncé les principes de base sur lesquelles le système doit être fondé, aussi elle a précisé les droits et les responsabilités ,et a consacré de nouvelles instances de concertation et de gouvernance en matière de santé.

[609] La loi-cadre N° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, promulguée par le dahir N° 1-11-83 (BO, N° 5962 du 21 juillet 2011, Page 1856).

Ensuite, nous avons insisté dans le titre II, sur des nouveaux outils de régulation, que nous estimons essentiels, pour un accès géographique, économique et fonctionnel aux soins de santé, que nous souhaitons pour tous.

Dans ce cadre nous saluant : L'adoption de la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins prévus par la loi cadre N° 34-09, les plans de l'offre de soins, la loi 131-13 relative à l'exercice de la médecine, touchant entre autres, l'investissement dans l'offre de soins privé. Par ailleurs, une loi 65-00 portant code de couverture médicale de base a été promulgué en 2002 et entrer en vigueur en 2005, ce qui a qualifié le Maroc , d'après l'OMS, d'un pays en marche vers la couverture maladie universelle (53% de la population couverte actuellement), c'est un code qui engobe deux régimes (AMO/RAMED) et des législations particulières, et qui consacre des principes et des sanctions de bonne gouvernance ,ce qui a impliqué un processus de mise à niveau de la gouvernance des structures concernées par la couverture médicale (CNOPS/CNSS/ANAM). Aussi, dans ce cadre de la régulation, un système national d'information sanitaire et d'évaluation de la qualité des soins, a été adopté et qui a pour objectif ,la collection, le traitement et l'exploitation des informations essentielles relatives aux établissements de santé publics et privés, à leurs activités, à leurs ressources et à l'évaluation de la dimension et de la qualité des soins.

Et enfin, dans le 3ème axe de cette recherche, nous estimons humblement, que la mise en œuvre de la bonne gouvernance sanitaire, suppose aussi une bonne réglementation qui soit bien appliquée, et une coopération des acteurs à mission sanitaire qui soit bien cadrée. Dans ce cadre, nous saluons le cadrage logique, pour la première fois, de l'action législatif du gouvernement en générale par l'adoption ,d'un plan législatif national et en particulier du Ministère de la santé, par l'adoption de son plan législatif et réglementaire, ce cadrage va accélérer l'actualisation et l'adoption des textes juridiques, donnant à la réforme de la gouvernance sanitaire sa base légale et réglementaire, aussi nous souhaitons voir éditer un textes législatif claire sur les droits du patient, ces droits qui vont être, souhaitons-le, la pierre angulaire d'un code de santé publique marocain globale.

Dans le même ordre d'idées, la mise en œuvre de bonne gouvernance sanitaire, nécessite la coordination de la coopération des divers acteurs à missions sanitaires, à commencer par le cadrage du partenariat public/ privé (PPP), pour un offre de soins cohérent, consacrer par la mise en place d'une commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et secteur privé. Mais aussi, le cadrage de l'action de l'initiative National pour le développement Humain (INDH), des Collectivités territoriales, des associations et des ONG œuvrant dans le domaine sanitaire. Il s'agit aussi et surtout, de contrôler, auditer et sanctionner les dérives, à ce propos, l'audit qu'il

soit interne ou externe et un détecteur des dysfonctionnements, renforcé par les contrôles à postériori (cours des comptes, parlement et société civile) ,et par les contrôles à priori qui devront être assouplis (contrôle administratif, contrôle financier).

Finalement, on ne peut parler de la bonne gouvernance sanitaire, en l'absence d'un système judiciaire digne et indépendant , qui va garantir les droits et obligations des diverses acteurs dans le domaine sanitaire, notamment le patient demandeur en justice qui est le maillon le plus faible, aussi nous estimons qu'une bonne administration judicaire et la consécration de nouvelles mécanismes d'indemnisation, pourrons être favorables au patient demandeur en justice, notamment avec la mise en œuvre de la nouvelle charte de la réforme de la justice.

Ceci dit pour cette thèse « Une bonne gouvernance sanitaire pour un meilleur accès aux soins au Maroc », constituant, humblement, notre premier pas dans la recherche, traçant le chemin pour d'autres recherches beaucoup plus profondes notamment dans le domaine de la santé.

La liste des annexes

Annexe 1 : La liste des textes d'application de l'AMO

Annexe 2 : La liste des textes d'application du RAMED

Annexe 3 : Formulaire du RAMED en arabe

Annexe 4 : La liste des conventions conclus sous l'égide de l'ANAM

Annexe 5 : Liste des équipements biomédicaux lourds et installations de haute technologie, les équipements et installations

Annexe 6 : Les fonctions d'urgences médicales

Annexe 7 : La charte européenne des droits du patient

Annexe 8 : Modèle –type relative à la déclaration obligatoire de patrimoine fixer par le décret N° 2.09.207

Annexe 9 : Un schéma de Projet d'établissement hospitalier (PEH)

- Annexe 1 -

Textes d'application de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base : AMO

- Le décret n° 2.09.299 portant l'extension du panier de soins des assurés AMO du secteur privé aux soins ambulatoires. (Bulletin officiel n° 5801 du 4 janvier 2010)
- Décret n° 2-08-177 du 28 ramadan 1429 (29 septembre 2008) portant application des dispositions du livre III de la loi n°65-00 relatives au régime d'assistance médicale (BO 5674 du 16/10/2008 Page 703)
- Décret n° 2-07-256 du 12 joumada II 1428 (28juin 2007) modifiant et complétant le décret n° 2-03-402 du 20 rejeb 1424 (17 septembre 2003) pris pour l'application des dispositions de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base en ce qui concerne l'Agence nationale de l'assurance maladie (BO 5548 du 02/08/2007 Page 986)
- Décret n° 2-07-233 du 12 joumada II 1428 (28 juin 2007) modifiant le décret n° 2-05-734 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant le taux de cotisation due à la Caisse nationale de sécurité sociale au titre du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire de base.(BO 5548 du 02/08/2007 Page 985)
- Décret 2-07-235 du 12 joumada II 1428 (28 juin 2007) portant revalorisation des pensions servies par la Caisse nationale de sécurité sociale. (BO 5548 du 02/08/2007 Page 985)
- Décret n° 2-05-741 fixant le taux des cotisations dues à la CNSS. (BO 5344 du 18/08/2005 Page 616)
- Décret n° 2-05-740 : Organisation financière de l'AMO (BO 5344 du 18/08/2005 Page 615)
- Décret n° 2-05-739 : Catégories des agents journaliers soumis au régime de l'AMO. (BO 5344 du 18/08/2005 Page 614)
- Décret n° 2-05-738 : Conditions d'affiliation et d'immatriculation (BO 5344 du 18/08/2005 Page 613)
- Décret n° 2-05-737 : Taux de couverture CNSS (BO 5344 du 18/08/2005 Page 612)
- Décret n° 2-05-736 : Taux de couverture CNOPS (BO 5344 du 18/08/2005 Page 611)
- Décret n° 2-05-735 : Taux de cotisation CNOPS (BO 5344 du 18/08/2005 Page 611)
-Décret n° 2-05-734 : Taux de cotisation CNSS (BO 5344 du 18/08/2005 Page 610)
- Décret n° 2-05-733 de portée générale (BO 5344 du 18/08/2005 Page 607)
- Décret n° 2-03-402 : Portant Constitution du Conseil d'Administration de l'A.N.A.M (BO 5152 du 16/10/2003 Page 1283)
-Décret n° 2-01-2723 fixant le taux des cotisations dues à la Caisse nationale de sécurité sociale. (BO 4988 du 21/03/2002 Page 159).

- Annexe 2 -

Textes d'application de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base : RAMED

- Le décret n° 2-11-199 du 7 chaoual 1432 (6 septembre 2011) modifiant et complétant le décret n° 2-08-177 du 28 ramadan 1429 (29 septembre 2008) portant application des dispositions du livre III de la loi n°65-00 relative au régime d'assistance médicale.

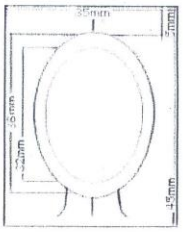
- Décret n° 2-08-177 du 28 ramadan 1429 (29 septembre 2008) portant application des dispositions du livre III de la loi n° 65-00 relatives au régime d'assistance médicale.

- Arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie et des finances et de la ministre de la santé n° 3349.10 du 14 moharrem 1432 (20 Décembre 2010) relatif à la généralisation du régime d'assistance médicale à toutes les régions du Royaume.

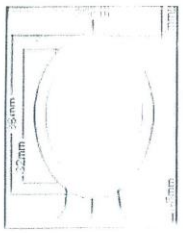
- Arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie et des finances, de la ministre de la santé et du ministre de l'agriculture et de la pêche maritime n° 836-08 du 28 ramadan 1429 (29 septembre 2008) fixant les variables liées aux conditions de vie, les coefficients de pondération du revenu déclaré, les indices de calcul du score patrimonial, les indices de calcul des scores des conditions socioéconomiques ainsi que la méthode de calcul desdits scores pour le bénéfice du régime d'assistance médicale.

- Arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie et des finances, de la ministre de la santé et du ministre de l'agriculture et de la pêche maritime n° 837-08 du 28 ramadan 1429 (29 septembre 2008) définissant le modèle du formulaire de demande du bénéfice du régime d'assistance médicale.

- Annexe 3 -
Formulaire du RAMED en arabe



صورة صاحب الطلب



صورة الزوج

- Annexe 3 -
Formulaire du RAMED en arabe

طلب جديد: ☐ تجديد الطلب: ☐

جهة	
عمالة أو إقليم	
باشوية ملحقة إدارية أو قيادة	
جماعة	

رقم الاستمارة: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

الرقم الشخصي للتغطية الصحية (ر.ش.ت.ص) *: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

1- معلومات حول صاحب(ة) الطلب

الإسم الشخصي		Prénom		
الإسم العائلي		Nom		
بطاقة التعريف الوطنية				
تاريخ الازدياد	.. / .. /	مكان الازدياد		العمالة أو الإقليم
المهنة		مكان مزاولة المهنة		
عنوان السكن				

صفة السكن: ملك ☐ كراء ☐ سكن مجاني ☐ سكن صفيحي ☐ سكن مبني ☐ آخر ☐

مصاريف السكن: (السومة الكرائية أو القسط الشهر) | عدد الغرف (باستثناء المطابخ والمراحيض)

الحالة العائلية: عازب(ة) ☐ متزوج(ة) ☐ مطلق(ة) ☐ أرمل(ة) ☐ زوجة مهجورة ☐ آخر ☐

عدد الزوجات**

2- معلومات حول الزوجة

الإسم الشخصي		الإسم العائلي	
بطاقة التعريف الوطنية		المهنة	
تاريخ الازدياد	.. / .. /	مكان الازدياد	
الإستفادة من نظام آخر للتغطية الصحية: نعم ☐ لا ☐		رقم (ش.ت.ص)	

عدد الأبناء : .....عدد الأبناء المتحمل نفقتهم***: ..... العدد الإجمالي لأفراد الأسرة (القاطنين تحت سقف واحد): .....

لائحة الأطفال المتكفل بهم (*من غير الأبناء: أقل من 21 سنة أو المتمدرسين ما بين 21 و 26 سنة*)

رقم بطاقة التعريف الوطنية	الإسم الشخصي	الإسم العائلي	تاريخ الازدياد ي / ش / س	مكان الازدياد: الجماعة	مكان الازدياد: الإقليم	صلة القرابة	الاستفادة من نظام آخر للتغطية الصحية (لا/ نعم)
			.. / .. /				
			.. / .. /				
			.. / .. /				
			.. / .. /				
			.. / .. /				
			.. / .. /				

* في حالة تجديد البطاقة
** في حالة تعدد الزوجات يقدم ملف لكل زوجة
*** أقل من 21 سنة أو المتمدرسين ما بين 21 و 26 سنة أو المعاقين العاجزين عن العمل

323

3- معلومات سوسيو إقتصادية (حضري - قروي)

الماء	عداد فردي ☐ عداد مشترك ☐ أخرى ☐ صنبور ☐ بئر ☐ مطفية ☐ سقاية عمومية ☐ صرف المياه قنوات الصرف ☐ حفر مرحاضية ☐ أخرى ☐ عدد نقط الماء حمام ..... دوش ..... مطبخ ..... مغسل (لافابو)	المتوسط الشهري لاستهلاك الماء (درهم)	.....
الكهرباء	عداد فردي ☐ عداد مشترك ☐ أخرى ☐ طاقة شمسية ☐ غاز ☐ أخرى ☐ بدون ☐	المتوسط الشهري لاستهلاك الكهرباء (درهم)	.....
الهاتف	محمول بدون اشتراك ☐ محمول باشتراك ☐ ثابت باشتراك ☐ بدون ☐	المتوسط الشهري لاستهلاك الهاتف (درهم)	.....
وسائل النقل الخاصة	سيارة ☐ دراجة هوائية ☐ دراجة نارية ☐ عربة ☐ بدون ☐	الاستفادة من امتيازات عينية أو مادية	- رخصة سيارة أجرة (كريما) ☐ - مأدونية النقل ☐ - امتيازات أخرى ☐ نوعها : .....

4- معلومات خاصة بالممتلكات بالوسط القروي

الأراضي الفلاحية المستغلة	مساحة الأراضي السقوية بالهكتار .. , ..	مساحة الأراضي البورية بالهكتار .. , ..					
الأشجار المثمرة	نوعها	مساحة الأراضي المشجرة بالهكتار .. , ..					
الماشية (عدد الرؤوس)	الأبقار	الإبل	الأغنام	الماعز			
الدواب (عدد الرؤوس)	الخيول	البغال	الحمير				
عدد الدواجـــن	أدوات فلاحية ووسائل نقل	سيارة شحن (بيكوب) ☐ جرار ☐ آلة حصاد ☐ بدون ☐					

5- تصريح بالدخل

متوسط الدخل الشهري لصاحب الطلب (الراتب الشهري أو (و) الدخل المهني أو (و) عقاري أو (و) تحويلات...) (درهم)	.....	متوسط الدخل الشهري لجميع أفراد الأسرة المتحمل نفقتهم (درهم)	.....

الوثائق الواجب الإدلاء بها من أجل طلب الاستفادة من نظام المساعدة الطبية

- ✓ نسخة من بطاقة التعريف الوطنية أو البطاقة الوطنية للتعريف الإلكترونية لصاحب (ة) الطلب؛
- ✓ نسخة من بطاقة التعريف الوطنية أو البطاقة الوطنية للتعريف الإلكترونية للأشخاص المتكفل بهم الراشدين؛
- ✓ صورتان فوتوغرافيتان للتعريف لصاحب(ة) الطلب؛
- ✓ صورتان فوتوغرافيتان للتعريف للزوجة؛
- ✓ شهادة تثبت الإصابة بإعاقة تمنع من مزاولة نشاط مدر للدخل لأحد أبناء صاحب الطلب مسلمة من طرف المصالح التابعة لوزارة الصحة؛
- ✓ شهادة متابعة الدراسة بالنسبة للأبناء أو الأطفال المتكفل بهم الذين تتراوح أعمارهم بين 21 و 26 سنة؛
- ✓ شهادة الحياة الجماعية في حالة تعدد المستفيدين؛
- ✓ شهادة تحمل للأطفال الذين يعيشون تحت سقف واحد مع صاحب الطلب والذين يوجدون تحت كفالته الفعلية التامة والدائمة؛
- ✓ شهادة الأجرة لكل فرد مأجور في الأسرة
- ✓ شهادة السكنى في حالة الإدلاء ببطاقة التعريف الوطنية أو بالوصل المسلم للحصول على البطاقة الوطنية للتعريف الالكترونية

تصريح بالشـرف

أنا الموقع أسفله، السيد (ة).....

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم :.....بتاريخ.....أشهد بصحة المعلومات المدلى بها بهذا الملف ، كما أصرح أني لا أستفيد من أي نظام للتغطية الصحية (سواء كمؤمن أو ذي حق) و لا أملك شيئا آخر غير ما صرحت به، وبأنني أعلم أن كل نقص في هذه المعلومات أو عدم صحتها يترتب عنه حرماني من الاستفادة من نظام المساعدة الطبية بالإضافة إلى المتابعة القضائية كما هو منصوص عليه في القانون رقم *65.00 يتعلق بمدونة التغطية الصحية الأساسية كما أني ألتزم بالتصريح بكل تغيير طرأ على المعلومات التي أدليت بها بالاستمارة.

حرر ب: ..... بتاريخ .....

إمضاء

*تنص المادة 142 من القانون المشار إليه أعلاه أن : كل غش أو تصريح كاذب أو تزييف لأجل الاستفادة من نظام المساعدة الطبية وعرض مرتكبه إلى العقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي المتعلق بهذه الأفعال، دون الإخلال بحق الإدارة في طلب إرجاع مصاريف الخدمات المقدمة الى المعني بالأمر بوسم المساعدة الطبية.

.....

خاص بالإدارة

قرار اللجنة المحلية

مقبول:☐ كفئة في وضعية فقر ☐ كفئة في وضعية هشاشة
مرفوض:☐

التعليل في حالة الرفض

.....

توقيعات أعضاء اللجنة المحلية .....

ب..... **بتاريخ**.....

قرار اللجنة الإقليمية في حالة الطعن الإداري

مقبول:☐ كفئة في وضعية فقر ☐ كفئة في وضعية هشاشة
مرفوض:☐

التعليل في حالة الرفض

.....

توقيعات أعضاء اللجنة الإقليمية .....

ب..... **بتاريخ**.....

تعيين المركز الصحي	
تاريخ إيداع الملف لدى السلطات المحلية	
تاريخ إرسال الملف للمعالجة المعلوماتية	
تاريخ التوصل بالملف للبث فيه من طرف اللجنة المحلية	
تاريخ التوصل بالملف للبث فيه من طرف اللجنة الإقليمية (في حالة الطعن)	

توصيل بالإيداع(*)

أشهد أنا الموقع أسفله السيد: .....أني توصلت من السيد (ة) :.....

الحامل (ة) لـ: ـ بطاقة التعريف الوطنية رقم.....بملف طلب الاستفادة من المساعدة الطبية تحت رقم: |__||__|__|__||__|__|__||__|__|

حرر ب: ..... بتاريخ.....

*لا يخول هذا الوصل صفة مؤهل لنظام المساعدة الطبية

إمضاء وخاتم السلطة المحلية

- Annexe 4 -
Liste des conventions conclus sous l'égide de l'ANAM

- Décembre 2006 : Convention nationale entre les Organismes Gestionnaires et les établissements de soins et d'hospitalisation relevant de l'Etat.
- Juillet 2006 : convention nationale entre les organismes gestionnaires et les chirurgiens-dentistes.
- Juillet 2006 : convention nationale avec le secteur privé.
- 4 août 2006 : Arrêté du ministre de la santé n° 1961-06 du 9 Rejeb 1427 (4/8/2006) portant approbation de la convention nationale conclue entre les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire et les médecins et les établissements de soin du secteur privé.
- Circulaire n 01 Du 4 avril 2007 : Adhésion à la convention nationale entre les organismes gestionnaires les médecins et les établissements de soins du secteur libéral.
- Mai 2007 : Convention Nationale entre les Organismes gestionnaires et les établissements publics de soins et d'hospitalisation
- 13 avril 2006 : convention nationale entre les Biologistes et les Organismes Gestionnaires.
- 8 janvier 2007 : Convention de partenariat entre le Ministère de la Santé L'Agence Nationale de l'assurance Maladie et la Société Marocaine des Sciences Médicales relative l'élaboration des référentiels de Prise en Charge des Maladies dans le cadre de l'assurance Maladie Obligatoire
- 3 Janvier 2008 : Accord du, relatif la ventilation du tarif forfaitisé des prestations médicales dans le cadre de l'AMO, entre le praticien et l'établissement de soins du secteur libéral.
- 3 janvier 2008 : Convention Nationale entre les Organismes Gestionnaires Et les Médecins et Etablissements de Soins du Secteur Libéral « Déclaration d'engagement pour le respect de l'application du tarif national de référence de la convention nationale »
- 9 février 2009 : Protocol d'adhésion à la convention national.
- 6 juillet 2012 : Convention Nationale entre les Organismes gestionnaires et les Pharmaciens d'Officine.
- Le 10 Septembre 2014 : cérémonie de signature de trois conventions relatives à la couverture médicale de base :

La première convention se rapporte à l'élaboration et la diffusion des protocoles thérapeutiques.

La deuxième convention est consacrée au partenariat entre le Ministère de la Santé, l'ANAM, et la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNOPS).

La troisième convention de partenariat porte sur la formation et la communication dans le domaine du RAMED.

- Annexe 5 -

Liste des équipements biomédicaux lourds et installations de haute technologie

Désignation	Niveau 1		Niveau 2	Niveau 3
	Hôpital de proximité	Hôpital provincial ou préfectoral	Hôpital régional	Centre hospitalier interrégonal
Instalation radiologique pour examen standard	*	*	*	*
Instalation radiologique télécommandé	*	*	*	*
Unité de radiologie panoramique	*	*	*	*
Unité de mammographie	*	*	*	*
Générateur d'hémodialise	*	*	*	*
scanographe			*	*
Arceau chirurgical mobile		*	*	*
Échodoppler 4D			*	*
Laveur-désinfecteur de grande capacité			*	*
Lithotripteur extracorporel			*	*
Appareil de circulation sanguine extracorporel			*	*
Lazaer			*	*
Stérilisateur à vapeur d'eau de grande capacité			*	*
Stérilisateur au peroxyde d'hydrogène vaporisé (Stérilisateur à basse température) grande capacité			*	*
Ostéodensitométrie			*	*
Automate d'analyse médicale haute cadence			*	*
TPS (système de planification et de traitement)			*	*

Stérilisateur à l'oxyde d'éthylène grande capacité			*	*
Stérilisateur au formaldéhyde grande capacité			*	*
Système d'angiographie			*	*
IRM (imagerie par résonnance magnétique			*	*
Unité médicale de traitement hyperbare			*	*
Laveur-désinfecteur de chariot (cabine de lavage)				*
Projecteur de source à haut débit de doze (HDR)				*
Machine de circulation extracorporel (CEC) machine cœur-poumon				*
Simulateur			*	*
Salle de cathétérisme				*
Accélérateur de linaire de particules			*	*
Cyberknife				*
Spectromètre RMN (résonnance magnétique nucléaire) pour usage médicale				*
Gamma knife				*
Tep-scan (tomographie à émission de positron couplé à un IRM)				*
Tep- IRM (tomographie à émission de positron couplé à un scanner)				*
Gamma caméra TEMPT tomographie à émission Mono-photonique) (SPECT)				*
Gamma caméra TEMPT-TDM (tomographie à émission Mono-photonique couplé à un scanner) (SPECT-CT)				*

- Annexe 6 -

La liste des fonctions d'urgences médicales

Les fonctions de soins d'urgence médicale sont définies selon le niveau de l'offre de soins existante, de l'absence de structure hospitalière, de la population desservie et de la distance vers l'hôpital de référence.

1. les urgences médicales de proximité (UMP)

Ce sont des soins d'urgences médicales prodigués dans les centres de santé ruraux et urbains du deuxième niveau implantées dans les chefs-lieux des circonscriptions sanitaires et distants des hôpitaux de référence. 7 fonctions de soins d'urgence sont préconisées à ce niveau (F1 à F7) :

F1 : Permanence 24/24h (Garde ou Astreinte) ;

F2 : Diagnostic clinique des détresses vitales ;

F3 : Gestes et manœuvres de premier secours : massage cardiaque, aspiration/libération des voies aériennes supérieures, Oxygène, pose d'une perfusion, pose d'un garrot compressif, sonde vésicale, administration parentérale de médicaments vitaux (antalgique, sédatif, antispasmodique, antibiotique, etc.), suture de plaie simple, mise en condition de l'urgent pour son transfert à un niveau supérieur ;

F4 : Contention provisoire et immobilisation de fractures par attelles (minerves, attelles)

F5 : Surveillance du patient (salle d'observation) ;

F6 : Examen biologique de base : 3 paramètres (Automate) : NFS, Glycémie, urée ; 3 paramètres (Bandelettes réactifs) albuminurie, glucoserie, acétonurie ;

F7 : Transfert sanitaire simple 24/24.

2. les urgences médico-hospitalières de base (UMHB)

Elles sont prodiguées au niveau des CHP (Hôpitaux Locaux, Hôpitaux Provinciaux et Préfectoraux). En plus des fonctions UMP on trouve 5 autres fonctions à ce niveau (F8 à F12).

F8 : Gestes de ressuscitation et de réanimation (F3 + Déchoquage cardio-vasculaire, sédation, intubation/ventilation, Sonde gastrique, monitorage)

F9 : Examen complémentaire de Base : (F6 + Echographie, ionogramme, bactériologie, immunologie);

F10 : Transfusion ;

F11 : Hospitalisation ;

F12 : Intervention chirurgicale (Bloc opératoire).

3. les urgences médico-hospitalières complètes (UMHC)

Elles sont prodiguées au niveau des CHR et CHU (Hôpitaux Régionaux et Centres Hospitaliers Universitaires). En plus des fonctions des UMHB on trouve les 4 autres fonctions suivantes à ce niveau (F13 à F16) :

F13 : Fonction de réanimation hospitalière polyvalente (prise en charge complète des défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital) ;
F14 : Examens complémentaires complets : (F11 + TDM/IRM, explorations fonctionnelles ou invasives, virologie, etc.) ;
F15 : Transfert SMUR en plus de F9 ;
F16 : Régulation des appels médicaux.

- Annexe 7 -

Charte européenne des droits du patient

1 Droit aux mesures de prévention Chaque personne a droit à un service de prévention de la maladie approprié.

2 Droit d'accès Chaque personne a le droit d'accéder aux services de santé que son état requiert. Les services de santé doivent garantir l'égalité d'accès à tous, sans discrimination sur la base des ressources financières, du lieu de résidence, de la catégorie de maladie ou des horaires d'accès aux services.

3 Droit à l'information Chaque personne a le droit d'accéder à toutes les informations concernant son état de santé, les services de santé, comment y avoir accès et à tout ce que la recherche scientifique et l'innovation technologique rendent disponibles.

4 Droit au consentement éclairé Chaque personne a le droit d'accéder à toute information qui pourrait lui permettre de participer activement aux décisions concernant sa santé ; cette information est un préalable à toute procédure ou traitement, y compris la participation à la recherche scientifique

5 Droit à la liberté de choix Chaque personne a le droit de choisir librement parmi les différentes procédures de traitement, structures de soin et personnels soignants, sur la base d'informations appropriées.

6 Droit à l'intimité et à la confidentialité Chaque personne a droit à la confidentialité des informations qui la concernent, y compris celles relatives à son état de santé et aux procédures diagnostiques ou thérapeutiques auxquelles elle pourrait être soumise. Elle a également droit au respect de son intimité durant les examens, les visites spécialisées et les traitements médicaux/chirurgicaux en général.

7 Droit au respect du temps des patients Chaque personne a le droit de recevoir le traitement dont elle a besoin dans un délai bref et déterminé à l'avance. Ce droit s'applique à chaque phase du traitement.

8 Droit au respect des normes de qualité Chaque personne a le droit d'accéder à des services de santé de haute qualité, sur la base du respect de normes précises et clairement définies.

9 Droit à la sécurité Chaque personne a le droit de ne pas être victime du mauvais fonctionnement des services de santé ou d'erreurs médicales ; elle a droit à des services de santé et des traitements qui répondent à des normes de sécurité élevées.

10 Droit à l'innovation Chaque personne a le droit d'avoir accès à des procédés innovants, y compris en matière de diagnostic, et ce conformément aux normes internationales et indépendamment des considérations économiques ou financières.

11 Droit de ne pas souffrir inutilement Chaque personne a le droit, dans la mesure du possible, de ne pas souffrir, quelle que soit la phase de sa maladie.

12 Droit au traitement personnalisé Chaque personne a droit à des parcours diagnostics ou thérapeutiques conçus, dans la mesure du possible, en fonction de ses besoins personnels.

13 Droit de réclamation Chaque personne a le droit de faire une réclamation toutes les fois qu'elle subit un dommage et a le droit de recevoir une réponse en retour.

14 Droit à être dédommagé Chaque personne a le droit de recevoir un dédommagement suffisant et dans des délais raisonnablement courts toutes les fois où elle subit un dommage physique, moral ou psychologique causé par un examen ou traitement médical.

⇛ Droits de citoyenneté active La Charte proclame également **3** droits de citoyenneté active, qui reconnaissent à tous les individus et groupes de citoyens organisés la possibilité de promouvoir et de vérifier le respect des droits des patients. Ils sont en tant que tel le corollaire nécessaire des 14 droits de la Charte.

- Droit d'accomplir des activités d'intérêt général
- Droit d'accomplir des activités visant à la défense des droits
- Droit de participer à l'élaboration des politiques dans le secteur de la santé

- Annexe 8 -

Modèle –type relative à la déclaration obligatoire de patrimoine fixer par le décret N° 2.09.207

ملحق I

نموذج التصريح أو التصريح التكميلي بالممتلكات

الظهير الشريف أو القانون..... 1

Etat civil — **الحالة المدنية:**

Nom et prénom : ..... — الاسم الشخصي والعائلي: .....

Date et lieu de naissance : ..... — تاريخ ومكان الازدياد: .....

Situation de famille : ..... — الوضعية العائلية : .....

Adresse .... — العنوان: .....

Numéro de la C.I.N ou de la C.I.E: ..... — رقم بطاقة التعريف الوطنية أو الالكترونية: .....

Enfants mineurs — **الأولاد القاصرون :**

Noms, prénoms et date de naissance : — **الأسماء العائلية والشخصية وتاريخ الازدياد:**

....

....

....

....

....

....

[1]- الإشارة إلى الظهير الشريف أو القانون الذي تم بموجبه القيام بهذا التصريح.

Activité professionnelle et/ou mandats électoraux :

.....

.....

.....

- Date de nomination et/ou de début des mandats :

.....

- Date de renouvellement de la nomination et/ou des mandats

.....

- Date de cessation des fonctions : .....

.....

الأنشطة المهنية و/أو المهام الانتخابية:

.....

.....

.....

- تاريخ التعيين و/أو بداية المهام: .....

.....

تاريخ تجديد التعيين و/أو المهام:.....

.....

تاريخ نهاية المهام: ....

.....

Situation administrative

Organisme employeur :.....

Lieu d'affectation :..... .....

Date d'affectation :.....

Numéro PPR (ex SOM) : .....

Grade : .....

Fonction : .....

الحالة الإدارية

الهيئة المشغلة : .....

مقر التعيين : .....

تاريخ التوظيف: .....

رقم التأجير: ....

الدرجة: .....

المهمة: .....

Liste 1 لائحة 1

Biens immeubles **العقارات**

	المرجع العقاري (الأملاك المحفظة أوغير المحفظة) Références foncières (biens immatriculés ou non immatriculés)	الحصة في الملكية Quote part dans la propriété	القيمة Valeur *	الموقع Situation	المحتوى Consistance	تاريخ التملك Date d'acquisition	طبيعة العقار وأصله Nature et origine du bien immeuble
المصرح Le déclarant الأولاد القاصرون Enfants mineurs							

(*) Valeur d'acquisition ou valeur déclarée en cas d'héritage

Passif

الخصوم

مبلغ القسط الشهري Montant des mensualités	المبلغ الباقي سداده Somme restant à rembourser	المبلغ الإجمالي للقرض Montant total de l'emprunt	طبيعة الدين وتاريخه وموضوعه Nature, date et objet de la dette	الهيئة المقرضة أو اسم وعنوان ماتح الدين Organisme préteur ou nom et prénom du créancier

Liste 2

لائحة 2

Biens meubles

الأموال المنقولة

	القيمة الشرائية Valeur d'acquisition	تاريخ التملك Date d'acquisition	وصف الأموال المنقولة (*) Description (*)
المصرح Le déclarant الأولاد القاصرون Enfants mineurs			

(*)

Catégorie des biens meubles

أصناف الأموال المنقولة

- les fonds de commerce
- les dépôts sur les comptes bancaires
- les titres
- les participations dans des sociétés
- les biens meubles reçus par voie d'héritage
- les véhicules automobiles
- les prêts
- les objets d'art et d'antiquité
- les parures et les bijoux
- autres valeurs mobilières

- الأصول التجارية
- الودائع في حسابات بنكية
- السندات
- المساهمات في الشركات
- الأموال المنقولة المتحصل عليها عن طريق الإرث
- العربات ذات محرك
- الاقتراضات
- التحف الفنية والأثرية
- الحلي والمجوهرات
- القيم المنقولة الأخرى

Liste 3

Revenus perçus, à quelque titre que se soit, pendant l'année précédant la nomination ou l'élection

لائحة 3

المداخيل المستلمة بأي صفة من الصفات خلال السنة السابقة للتعيين أو الانتخاب

	القيمة Valeur	تاريخ التسلم Date de perception	وصف المداخيل Description
المصرح Le déclarant			

Liste 4

لائحة 4

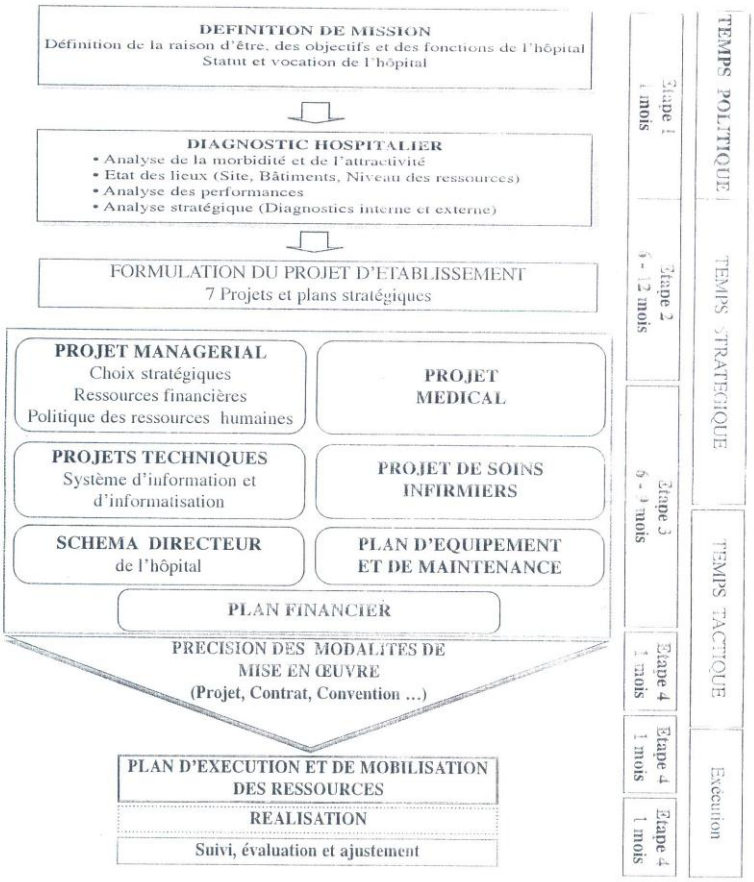
Biens en copropriété

الأموال المشتركة

	القيمة Valeur	تاريخ التملك أو التعيين كمدبر Date d'acquisition ou de désignation en tant que gestionnaire	وصف لأموال المشتركة Description des biens en copropriété
المصرح Le déclarant			

- Annexe 9 -
Schéma du Projet d'établissement hospitalier (PEH)

Annexe 9
Schéma du Projet d'établissement hospitalier (PEH)



339

Bibliographie

Cette Bibliographie est classée comme suite :

A – Ouvrages
B - Thèses et Mémoires
C- Etudes et enquêtes du Ministère de la Santé Maroc
D - Rapports mondiaux
E - Principaux lois, règlements et arrêtés
F - Sites internet

……..

A- Ouvrages :

- ABBADI D : Gouvernance participative locale au Maroc. Mohammedia, Imp.de Fédala, 2004.
- ABOUBACAR Yesilköy. Ismaël : Comment analyser la gouvernance ? : définir les indicateurs de bonne gouvernance .Paris : l'Harmattan, DL 2007.
- AUJOULAT louis-paul : Santé et développement en Afrique .Paris : librairie armond colin, 1969.
- AUDIBERT M. MATHONNAT J. ROODENBEKE de E : Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu. Paris, Karthala, 2003.
- Alignon A., Com-Ruelle L, and Raffy-Pihan N, Pourquoi et comment mesurer la satisfaction du patient hospitalisé à domicile ? 2000, CREDES journée de rencontre des professionnels de santé d'Ile de France : Paris.
- ALLENSON de Silva et al : Les obstacles à « la santé pour tous». Paris, ed.Syllepse, 2004.
- AUBY J.M : Législation sanitaire : Programmes et moyens de formation en Europe. paris, new York, Barcelone : Masson, 1985.
- ADNANE Abdelaziz : Réforme de l'assurance maladie obligatoire, le Maroc solidaire en marche .135-139 p.
- Archives nationales : Police sanitaire : XVIIe siècle-1923 : état numérique détaillé de la sous-série F8. Paris : Archives nationales ,2008.
- Rencontres Droit et Santé : De l'observance à la gouvernance de sa santé. Paris : Presses universitaires de France, impr. 2007.

- BOUDAHRAIN Abdellah : Le Droit de la consommation au Maroc, 1999.
- BOUDAHRAIN Abdellah : Les droits économiques, sociaux et culturels en équation au Maroc, 1999.édition Al Madaress.
- BOUDAHRAIN Abdellah : Le Droit à la santé au travail ,1998.
- BOUDAHRAIN Abdellah : La sécurité sociale au Maroc (étude comparative et perspective) Forum du livre, Casablanca.1989.262 P.
- BOUDAHRAIN Abdellah : Le Droit à la santé au Maroc ,1996. édition l'Harmattan.
- BOUZIANI L'Hassan : La santé au Maroc entre le service public et la profession libérale, RMALD, 2002.
- BANCEL F: La gouvernance des entreprises. : Paris, economica, 1997. 111 p.
- BENYAHYA M. BOUACHIK A : Gouvernance locale au Maghreb : actes du colloque international organisé par la faculté des sciences juridiques, économiques et sociales de Salé et la REMALD : les 9 et 10 Janvier 2004 à Marrakech. Rabat, REMALD, 2004.
- BASSETTI A.-l. & GROFF a : 8 clés pour une organisation performante. Paris, afnor, 2006.
- BALLEt J.et al : L'autre développement : Le développement socialement soutenable. Paris, l'harmattan, 2005.
- BOUTALEB A : Couverture médicale de base entre attentes et contraintes de mise en œuvre. Rabat, INAS, 2006.
- BENDRAOUI Abderrahim : La protection de la consommation au Maroc ,1ére édition 2002. REMALD.
- Baudelle G., Géographie du peuplement. Cursus Géographie. 2000 : Armand Colin.
- BARABEL M. Meier O : Manager : les meilleures pratiques du management. Paris, dunod, 2006.
- COHEN S : Handicapés : l'accueil depuis l'enfance. Paris, l'harmattan, 2007.
- CORREA Carlos : L'accès aux médicaments : entre le droit à la santé et les nouvelles règles de commerce international. L'Harmattan 2010.
- CROUZATIER Jean-Marie : Droit international de la santé. S.e. 1 volume. 2009.
- CHEIKH BIADILLAH Mohamed : La réforme des finances sociales : le cas de la santé .119-126 p.
- COMET P : L'hôpital public. Paris : berger-levrault, 1965.
- CABANES Arnaud : Titre Essai sur la gouvernance publique : un constant sans concession, quelques solutions sans idéologie Editeur/Copiste Paris :Gualino ,2004 .

- Colloque international Cours régionales des comptes et bonne gouvernance (VI ; 2005 ; Rabat) : Cours régionales des comptes et bonne gouvernance locale au Maroc : actes .Rabat : Publications de la Revue Marocaine d'Audit et de Développement ,2005.
- DOENGES M.E.MOORHOUSE M.FR : Diagnostics infirmiers : interventions et bases rationnelles. Montréal, éd. Renouveau pédagogique, 2001.
- DUJARDIN B : Politiques de santé et attentes des patients : Vers un dialogue constructif. Paris, Karthala, 2003.
- DJUKANOVIC V : Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement. Genève : organisation mondiale de la sante, 1975.
- Droits Economiques Sociaux et Culturels : le droit à la santé : panel n°3 novembre 2009.
- DUPONT. Marc : Droit hospitalier. Paris : Dalloz, impr. 2009.
- DJEFLAT A. HARAKAT M : La gouvernance dans tous ses états : économie de la connaissance, coopération. Rabat, El Maarif Al Jadida impr, 2004, 195 p.
- DEVELTERE Patrick : Economie sociale et développement : les coopératives, mutuelles et associations dans les pays en développement. De Boeck Université 1997.
- EL BARKI Thami : Les grands enjeux des finances sociales.
- FREDERIQUE gérome pansier, Alain Gary : Le médecin, le patient et le droit ,1999.
- France : Code de la santé publique. Paris : Dalloz, DL 2010.
- FERMAND Chaterine : les Hôpitaux et les cliniques : Architectures de la santé. Paris : Le Moniteur ,1999.
- FAINZANG S : Médicaments et société : Le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris, PUF, 2001.
- GHOTI M : la médecine à laquelle nous avons droit : La santé et la médecine face aux droits de l'homme. Casablanca, impr. idéale, 2004.
- GHOTI M : La réforme sanitaire qui se prépare. Casablanca, impr. annajah, 2007.
- GHOTI M : Le système de santé en question : L'assurance maladie à l'heure des choix et des hésitations. Casablanca, impr. idéale, 1999.
- GHOTI M. : Histoire de la médecine au Maroc : Le XXe siècle (1896-1994). Casablanca, impr.idéale, 1995.
- GARY Alain, PELLOU patrick : Urgences médecine et droit hospitalier. 2001.

- Haddad S., Utilisation des services de santé en pays en développement, in Institut d'analyse des systèmes biologiques et socio-économiques. 1992, Université de Lyon Claude Bernard. Lyon.
- HARAKAT M. Et Al : Gouvernance et nouvelle gestion publique au Maroc. Rabat, Impr.El Maârif Al Jadida, 2005. 162-46 p.
- HARAKAT M : Contrôle et bonne gouvernance de la privatisation, Rabat, Revue Marocaine d'Audit et de Développement, 2003, 168 p.
- HERZLICH C : Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale. Paris, ed.de l'école des hautes études en sciences sociales, 2005.
- HELLAL Mansour : La réforme de l'assurance maladie : (loi n° 2004-71 du 2 août 2004.
- HINTI S : Gouvernance économique et développement des territoires au Maroc. Rabat, Impr.El Maarif Al Jadida, 2005. 356 p.
- GAUDIN. Jean-Pierre : Pourquoi la gouvernance ? [Paris] : Presses de sciences po ,2002 .
- GBAGUIDI, Césaire : Titre Le rhume de la moralisation [Texte imprimé] : nouvelles / Césaire Gbaguidi . Paris Torino Budapest : l'Harmattan.
- Gouverner par les instruments. [Paris] : Presses de Sciences Po, impr. 2004.
- GUEDIRA. Najib : Problématique de l'accès aux soins Salé : Fondation Abderrahim Bouabid pour les Sciences et la Culture ,1999.
- GHOTI. Mohamed : Le Système de santé en question : l'assurance - maladie à l'heure des choix et des hésitations. [S.l.] ,1999.
- GUEDIRA Mohamed Najib : La Solvabilisation des populations démunies à travers la mise en œuvre de la solidarité nationale : recouvrement des coûts et accès aux soins dans les formations sanitaires publiques.19-23 p.
- TADILI Mohamed : La référence de la législation sociale au Maroc ,2004.
- Patrice Jourdain, Anne Loude, Jean Penneau, Stéphanie Prochy Simon : le nouveau droit des malades, 2002. Édition Litec.
- Paris, BERGER-levraut, 2002 : La sécurité sanitaire. Paris, berger-levraut, 2002.
- PHILIPE lecors, jean- bernard : santé publique du biopouvoir à la démocratie ,1999.
- Prost A : la santé publique : aspects internationaux : la coopération internationale en matière de santé : deuxième cours francophone d'ophtalmologie de santé publique : rabat, 5 mars- 6 avril 2007. Rabat, ms, 2007.
- JEAN- PATRICK deberdt : étudiants et professionnels des secteurs paramédical et social .2001.
- SAINSAULIEU Ivan : L'hôpital et ses acteurs : Appartenances et égalité Paris : Belin, DL 2007.

- SEDJARI A : Partenariat public-privé et gouvernance future. : Paris, Le Harmattan, 2005.
- SNOUSSI Boualur : la retraite. Casablanca : les éditions maghrébines, 1998.
- SIDY OULARE Balla : Infrastructure sanitaire publique de Conakry, approche socio-économique et spatiale me : D.E.S. Rabat : I.N.A.U., 1990.
- Sous la dir. de SEDJARI A : élites, gouvernance et gestion du changement, paris, l'harmattan, 2002, 332 p.
- Sous la dir. de SEDJARI A : Gouvernance et conduite de l'action publique au 21e siècle. Paris, l'harmattan, 2003. 423 p.
- Sous la dir.de KHAROUFI M : Gouvernance et société civiles : les mutations urbaines au Maghreb. Casablanca, Afrique orient, 2000. 206 P.
- Sous la dir. de CHIFFOLEAU S : Politiques de santé sous influence internationale : Afrique, Moyen-Orient. Paris, Seredit, 2005.
- Sous la dir.de BLUNDO G. de SARDAN, J.P.O : Pratiques de la description. Paris, éd.école des hautes études en sciences sociales, 2003.
- Sous la dir.DE BOURDIN A el al : La proximité : construction politique et expérience sociale. Paris, l'harmattan, 2005.
- Sous la dir.de MELYANI, M : Ingénierie du lien social : développement et associations. Paris, l'harmattan, 2006.
- Sous la dir. de HIRCH F. HIRSCH E : Ethique de la recherche et de soins dans les pays en développement. Paris, Vuibert, 2005.
- Sous la dir.de GERN, J.P : Les sciences sociales confrontées au développement. Paris, l'harmattan, 2006.
- Sous la dir. de LAMURE M. & RIGAUD-BULLY C : santé et biotechnologies : Aspects juridiques et économiques. Paris, hermès sciences publication, 2001.
- Sous la dir. de POMEY M-P : Santé publique : état des lieux, enjeux et perspectives. Paris, ellipses édition marketing, 2000.
- VOGLER E : Management stratégique des services : Du diagnostic à la mise en œuvre d'une stratégie de service. Paris, Dunod, 2004.
- PERROT J. ROODENBEKE E. de : La contractualisation dans les systèmes de santé : Pour une utilisation efficace et appropriée. Paris, Karthala, 2005.
- RAULT-DOUMAX. Philippe : L'assurance-maladie au risque de la mondialisation : La crise structurelle du système de santé. Paris : l'Harmattan, DL 2008.
- REMALD : Droit des associations. Rabat, REMALD, 2007.
- REMALD : La réforme administrative au Maroc à la lumière des expériences étrangères. Rabat, REMALD, 2008.
- RICHOZ Simon : Santé et développement territorial : enjeux et opportunités. Presses polytechniques et universitaires romandes 2010.

- RIDDE Valéry : Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso. Paris Budapest Kinshasa [etc.] : l'Harmattan ,DL 2007.
- MAAZOUZI Ahmed Wajih : Gouvernance sanitaire au Maroc.73-82 p.
- MATILLON Y. Maisonneuve H : L'évaluation en santé : de la pratique aux résultats. Paris, Flammarion, 2007.
- Ministère du développement social de la famille et de solidarité : initiative nationale pour le développement humain. Rabat, MDSFS, 2006.
- MONDOLFO PH : Conduire le développement social. 2° éd., paris, dunod, 2005.Sous la dir.de VALIN G. et al : controlor et auditor. Paris, dunod, 2006.
- MOREAU Defarges. Philippe : La gouvernance. Paris : Presses universitaires de France, impr. 2006.
- MOATTI J-P. Parent A. Tallon J-M : Santé et prévention. Paris, sciences po, 2004.
- PAPAY J : L'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social. Paris, Vuibert, 2007.
- PARIENTY Arnaud : Protection sociale : le défi. Paris : Gallimard : ["Le Monde"] ,impr. 2006.
- PERETTI Andre de : L'administration phénomène humain. Paris : berger-levrault, 1968.
- PESQUEUX. Yvon : Gouvernance et privatisation. Paris : Presses universitaires de France, impr. 2007.
- PICHERAL H. Territoires et valeurs d'usage de l'espace : éléments d'une géopolitique de la santé. in Allocation des ressources et géographie des soins. 1998. Paris : CREDES.
- PICHERAL H., Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé .éd. 2001, Montpellier : Université Montpellier 3 - Paul Valery.
- VERCOUSTRE Laurent : Faut-il supprimer les hôpitaux ? : L'hôpital au feu de Michel Foucault. L'Harmattan, 2009.
- Université de Moncton : La réforme administrative dans les pays francophones. Moncton, canada : Acadie, 1991.
- JOHNSON Romuald F : programme du médicament en Afrique : essai d'une approche globale. Brazzaville : bureau régional de l'Afrique, 1981.
- Royaume du Maroc : la gestion des ressources humaines dans l'administration publique : la pratique et les perspectives. Rabat : Ministère des affaires administratives, 1997.
- LAUDE. Anne : Droit de la santé. Paris : Presses universitaires de France, impr. Ahmed : Le Droit de la santé au travail. Casablanca : Ed. Maghrébines ,1997.

- Lucas V. and Tonnellier F., Géographie de l'Offre de soins : tendances et inégalités. Données Sociales, 1996. Credes N° 1117.
- LACHEZE-PASQUET, pierre : l'administration de l'hôpital.2eme édition paris : berger-levraut, 1968.
- LARBI MANSSOURI Ahmed : Le désordre sanitaire mondiale santé et sous-développement ,2002.
- Les nouveaux espaces de la régulation politique. Paris : L'Harmattan, DL 2008.
- Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu .Paris :Éd. Karthala ,2003.
- L'erreur médicale. Paris : PUF, impr. 2006.
- LYON-CAEN A. LOKIEC P : Droits fondamentaux et droit social. Paris, Dalloz, 2005.
- Vaincre l'inégalité : L'importance de la gouvernance .UNESCO .
- MENORET-CALLES Brigitte : L'accès aux soins des populations démunies. Paris Montréal : Éd. l'Harmattan ,1997.
- MAAZOUZI. Wajih : Les Eléments d'une nouvelle politique de santé au Maroc. Rabat :Okad ,1989.
- MARICE Torrilli : le médecin et droit de l'homme .1983.
- MARC Dupon, CLAUDINe Esper, CHISTIAN Paire : Droit hospitalier. 3éme édition 2001. Dalloz.
- MILLOT Roger : L'assurance de santé : Acteurs et garanties .Paris :"L'Argus», impr. 2006.
- MOQUET-ANGER. Marie-Laure : Droit hospitalier. Paris : LGDJ-l'extenso éd., DL 2010.
- Mérenne-Schoumaker B., La localisation des services. Géographie d'aujourd'hui, ed. P.J. R. 1996, Paris: Nathan Université.
- JEAN Perrot et ÉRIC de Roodenbeke : La contractualisation dans les systèmes de santé [Texte imprimé] : pour une utilisation efficace et appropriée / Jean Perrot et Éric de Roodenbeke, éds .Paris : Éd. Karthala.
- JOING Jean-Luc : La bonne gouvernance des associations .Paris : l'Harmattan , DL 2007.
- ZRIOULI M : Monde Arabe : Gouvernance démocratique et développement social durable. Rabat, impr. Des éditons Okad, 2003.
- ZINE EDDINE EL IDRISSI Driss : La couverture médicale au Maroc.

B- Thèses et Mémoires :

- ALAMI Najiba : Organisation et fonctionnement du système sanitaire au Maroc, Thèse : Droit : FSJES- Rabat 15/10/1977.

- AZIZ Y: Analyse du processus d'élaboration et de mise en œuvre du Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS): cas de la Région Orientale. Mémoire : Gestion : INAS .2004.
- AMAMOU Ahmed : La mutualité sociale dans le secteur public au Maroc : bilan et perspectives. Thèse : Droit : FSJES- Rabat 17/03/2001.
- BOUZIANE L'hassan : La formation des cadres au Ministère de la santé publique : Bilan et perspectives. Thèse : Droit : FSJES- Rabat 12/04/1993.
- BRACHMI Afifa: La retraite au Maroc. Thèse : Droit : FSJES- Rabat 19/07/1994.
- BENYAHYA Jalal : Le régime de retraite au Maroc. Thèse : Droit : FSJES- Rabat 28/06/1980
- BENSALAH Hassan : Le mouvement coopératif au Maroc : Handicaps et Espérance. Thèse : Droit : FSJES- Rabat 26/02/1991.
- CHADILI Youssef : La déconcentration dans la perspective de la modernisation de l'administration au Maroc. Mémoire, ENA 2002-2003.
- DRHIMEUR S.A : Contribution à l'élaboration d'une vision pour l'hôpital public marocain à l'horizon 2014. Mémoire INAS .2004.
- EL HILA Abdelaziz : La protection juridique du malade mental, Thèse : Droit : FSJES- Rabat. 1998-1999.
- EL KANDOUSSI Fatima : L'apport de l'audit à la gestion des entreprises publiques au Maroc. Thèse : Droit : FSJES- Rabat.10/09/1997.
- HAMDAOUI Ali : La régionalisation au Maroc. Thèse : Droit : FSJES- Rabat.27/10/1998.
- SELKANI Mohamed : Le développement local et régional : une action concertée, Thèse : Droit : FSJES- Rabat 12/07/1993
- OUASFI Bouchaib : Problématique du financement du système de santé marocaine. Thèse : Droit : FSJES- Rabat 19/07/1994.
- OULHAJ Houssain : La politique hospitalière publique au Maroc, Thèse : Droit : FSJES- Rabat 28/04/1995.
- Mohamed AMALIK Rachid : L'assurance maladie au Maroc. Thèse : Droit : FSJES- Rabat 24/07/1996.
- MAAZOUZI Ahmed Wajih : Le Croissant rouge marocain dans le mouvement de la croix rouge internationale. Thèse : Droit : FSJES- Rabat 29/01/1983.
- MAAZOUZI Ahmed Wajih : Les éléments d'une nouvelle politique de santé au Maroc. Thèse : Droit : FSJES- Rabat.28 /11/1988.
- ZEMRAG Meryem : Les cliniques privées au Maroc : aspects juridiques. Thèse : Droit : FSJES- Rabat, 05/11/1996.
- LAAZOUZI O : Le partenariat entre le ministère de la santé et les collectivités locales: cas de la province de Séfrou. Mémoire : Gestion : INAS .2004.

- LARJA Mohamed : Le statut des hôpitaux et leur mode de gestion : cas de l'hôpital principal de Khenifra (S.E.G.M.A), Thèse : Droit : FSJES- Rabat 23/09/1998.
- TALBI Nora : La gouvernance dans le secteur de la pêche. Thèse : Droit : FSJES- Rabat, 4-6-2005.
- KHALDI H : Quel SAMU pour le système national de santé marocain? Mémoire : Gestion : INAS .2004.

C - Etudes et enquêtes du Ministère de la Santé :

- Vision de la Santé à l'horizon 2020.
- Plan d'action 2008-2012, MS. Maroc
- Plan d'action 2012-2016, MS. Maroc
- La santé au Maroc, stratégie et développent 1993, MS. Maroc.
- Santé en chiffre 2012 (édition 2013) .Ministère de la santé. Maroc
- Les comptes nationaux de la santé de 1997, 2001, 2006 et de 2010 (actuelle).Ministère de la santé .Maroc.
- Santé état actuel Tendance et orientations stratégiques 2003. MS- Maroc.
- Dossier thématique n°3 sur l'offre de soins 2002, MS. Maroc.
- MS DHSA : Les hôpitaux publics au Maroc : Niveau de l'offre et bilan d'activité : 2004. Rabat, DHSA, 2006.
- MS DHSA : Manuel des protocoles thérapeutiques dans le réseau des soins de santé de base Rabat : UNICEF ,2004.
- MS DHSA : Stratégie nationale de gestion des urgences médicales et des risques sanitaires liés aux catastrophes : mars 2005. Rabat, MS, 2007.
- Enquête Nationale à Indicateurs Multiples et Santé des Jeunes 2007 (Rapport Préliminaire).
- Enquête de Panel sur la Population et la Santé 1995.
- Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc 2003.
- "Premier congrès national de médecine d'urgence et de catastrophe". Agadir, Février 2000.
- Politique de santé de l'enfant 2005.MS.
- Rapport coopération santé 2012-2013
- Audit sur la qualité des soins (CHU IBN SINA de Rabat- Salé de 1993), MS- Maroc.
- Audit comptable et financier du CHU IBN SINA de Rabat- Salé de 1993, MS- Maroc.

D - Rapports mondiaux :

- Les Rapports sur la santé dans le monde : OMS (de 1995 à 2013).
- Rapport sur le développement humain : PUND.2010.
- Rapport sur le développement dans le monde : Banque Mondiale.2010.
- Troisième édition de la World Policy Conference (WPC) ou la conférence internationale sur la gouvernance mondiale, tenu à Marrakech le 15,16 et 17 octobre 2010.
- La gouvernance en faveur du développement humain durable : PNUD. New York ,1997.
- Gouvernance et développement : Banque Mondiale. Washington DC, 1996.
- Organisation Mondiale de la Sante : l'économie sanitaire – Rapport d'un séminaire interrégional de l'OMS. N° 64. Genève : oms, 1976.
- Organisation Mondiale de la Sante : Méthodes à appliquer pour l'élaboration d'un programme d'action dans les zones rurales 2 rapport du comité d'experts de l'administration de la sante publique. Genève : OMS, 1954.
- Organisation Mondiale de la Sante : Application de l'analyse de systèmes a la gestion sanitaire rapport d'un comité d'experts de l'OMS. Genève : OMS, 1976.

E- Principaux lois et règlements :

- Le texte de la constitution, promulguée par le Dahir n°1-11-91 du 29 juillet 2011. (B.O n°5964 bis du 30 juillet 2011).
- La Loi-cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins. promulguée par le Dahir n° 1-11-83 du 2 juillet 2011. (B.O n°59-62 du 2-7-2011, page1856).
- Décret n° 2-14-56 du 24 juillet 2015 ,pris pour l'application de la loi-cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins ,en ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins, la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins.((B.O n°6388 du 20-8-2015.page 3363).
- Décret n° 2-94-285 de 1994 sur les attributions du Ministère de la santé. (BO. n° 4286 du 21/12/1994,p.611).
- Arrêté de Madame la Ministre N°1363-11 du 12 joumada II 1432 (16 mai 2011) relatif aux attributions et à l'organisation des services déconcentrés du Ministère de la santé.
- Décret royal N° 1178-66 du 2 février 1967 portant statut particulier du personnel du Ministère de la santé publique. (B.O N° 2832 DU 8/12/1967)
- Décret N° 2-06-656 du 13 avril 2007 relatif l'organisation Hospitalière. (B.O n°.5526 du 17/05/2007).
- Arrêté de Mme la Ministre de la santé sur la déclaration obligatoire du patrimoine.

- La loi n°13-13 sur l'exercice de la médecine, promulguée par le Dahir n° 1-15-26 du 29 rabii 11 1436 (19 février 2015). (B.O N° 6344 28 joumada 11436 (19-3-2015) page 1047).
- La loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base et ses décrets d'application. (B.O N° 5058 du 21-11-2002, p. 1333)
- Dahir n° 1-57-187 du 12 novembre 1963 portant statut de la mutualité (B.O. n°2666, du 29 novembre 1963, page 1842.)
- Le nouveau règlement sanitaire international de 2005, OMS.
- Loi organique n° 111-14 relative aux régions, promulgué par le Dahir No 1-15-84 du 7 juin 2015 (B.O. n°6380 du 23 juin 2015, page 6585 en arabe).
- Loi organique n° 112-14 relative aux préfectures et provinces, promulgué par le Dahir No 1-15-84 du 7 juin 2015 (B.O. n° 6380 du 23 juin 2015, page 6625 en arabe).
- Loi organique n° 113-14 relative aux communes, promulguée par le Dahir No 1-15-84 du 7 juin 2015 (B.O.n°6380 du 23 juin 2015, page 6660 en arabe).

F- Sites internet :

- www.sante.gov.ma (MS)
- www.who.int/fr/ (OMS)
- www.assurancemaladie.ma/anam.php (ANAM)
- www.cnops.org.ma/ (CNOPS)
- www.cnss.ma/ (CNSS)
- www.indh.gov.ma (INDH)
- www.undp.org/french/ (PNUD)
- www.unicef.fr/ (UNICEF)
- www.banquemondiale.org/ (Banque mondiale)

Plan détaillé

Remerciements…….....page 1
Liste des acronymes……..2
Sommaire de plan…….....3

Introduction……..5

1ère partie : Les insuffisances de l'accès aux soins et la gouvernance sanitaire au Maroc ……14

Titre I : L'accès aux soins et la gouvernance sanitaire : Des concepts à définir……...15

CH I : L'accès aux soins : Un concept multidisciplinaire et c'est un droit cadré par le droit à la santé……16

Sect. 1 : L'accès aux soins : Elément fondamentale du Droit à la santé……16
§1. Droit à la santé : Un concept universel et complexe……16
I- Droit à la santé : Un droit universel……..16
A- Consécration internationale régionale et constitutionnelle….16
B- Droit à la santé : Un concept complexe……20
II – Le contenu du droit à la santé……21
A- La double nature Droit à la santé : Individuel et collectif…….21
B- Principaux éléments du doit à la santé……22
§2. La consécration juridique du Droit à la santé au Maroc……25
I- Engagement monarchique et gouvernemental en matière de santé…… ……...25
A- Engagement monarchique ……25
B- Engagement gouvernemental ……26
II - La consécration juridique du droit à la santé……28
A- La consécration constitutionnelle……28
B- La consécration législative et judicaire……29
Sect. 2 : Les diverses acceptions et enjeux du concept d'accessibilité aux soins ……31
§1- La conception de l'accessibilité selon certaines disciplines……..32
I- L'accessibilité aux soins en géographie et en sociologie……..32

A- Accessibilité aux soins en sociologie……..32
B- Accessibilité aux soins en géographie de la santé……32
C- Accessibilité aux soins en économie de la santé…….32
II- La mesure et les aspects éthiques du concept de l'accessibilité aux soins……..33
A- Les aspects éthiques de l'accès aux soins……33
B- La mesure de l'accès aux soins……35
§2 : Des définitions de l'accès aux soins……..36
I- Distinction entre l'accès et l'accessibilité aux soins……36
A- Définition de l'accès aux soins……37
B- Définition de l'accessibilité aux soins……38
II- La définition officielle de l'accès aux soins……38
A- Définition à retenir……...38
B- Les quatre dimensions de l'accessibilité……...39

CH II : La gouvernance : Un concept mondial et un concept constitutionnel au Maroc…….....41
Sect. 1 : Etymologie, genèse et définition du concept de la gouvernance……41
§1- La conceptualisation du terme « Gouvernance »……41
I- Etymologie et historique……..41
A – Etymologie……41
B – Historique du mot gouvernance…….....41
II- La genèse de la gouvernance comme concept mondial……..42
A- L'internationalisation du concept gouvernance……..42
B- L'apport des institutions et firmes internationales……..43
§2- Des définitions choisies de La gouvernance……..43
I- La gouvernance selon la doctrine……44
A – La gouvernance : Un Concept à définition multiple……..44
B – La gouvernance selon certains auteurs……..45
II- La gouvernance selon certaines instances internationales……..46
A –Selon les bailleurs de fond……47
B – Selon certaines institutions……48
Sect. 2 : Le concept de la gouvernance au Maroc……49
§1- La gouvernance selon les directives Royales et les récentes déclarations gouvernementales……...49
I- La gouvernance selon les directives Royales……49
A - Extrait de discours royal sur la gouvernance……50
B - Le discours royal sur la constitution……..50
II- La gouvernance selon les récentes déclarations gouvernementales……..50
A – Selon le gouvernement 2007……..50
B - Selon le gouvernement 2012…….....51

§2- La conception constitutionnelle de la gouvernance……51
I- La place de la gouvernance dans la nouvelle constitution……51
A – La gouvernance et parmi les fondements du régime constitutionnel Marocain…… 51
B – Les principes constitutionnels de la gouvernance……52
II - Les institutions et instances de la bonne gouvernance……52
A- Instances de la protection des droits et libertés, du développement durable et humain et la démocratie participative……...52
B – Instances de la bonne gouvernance et de la régulation…….53
C – Instances de promotion et de développement humain et durable et de la démocratie participative……...53

CH III : Définition de la gouvernance sanitaire : La fonction de direction ou administration générale….53

Sect. 1 : La gouvernance sanitaire mondiale : OMS……53
§1 : Les enjeux de la gouvernance sanitaire mondiale……53
I- La santé et la problématique du développement……53
A-Santé et développement……...53
1-Développement : Aspect quantitatif……....54
2-Développement : Aspect qualitatif……...54
B- Santé et les objectifs millénaires du développement……..55
1-Les objectifs millénaires du développement (OMD)……..55
2-La place de la santé dans les OMD……56
II- Les risques de l'absence de la gouvernance sanitaire……57
A-La santé et la paix dans le monde……57
1 -Une préoccupation internationale……57
2 -Ensemble contre les menaces……...58
B- La santé et la sécurité sanitaire mondiale……59
1 – Définition de la sécurité sanitaire mondiale……59
2- Les enjeux de la sécurité sanitaire mondiale……..59
§1 : La gouvernance de l'organisation mondiale de la santé……60
I- L'organisation Mondiale de la santé (OMS)……60
A- OMS : Historique et fonctions……..60
1- Aperçue historique de l'OMS……..60
2- Les fonctions de l'OMS……61
B- La gouvernance au sein de l'OMS……...62
1 - Au niveau mondial……62
2 - Au niveau régional……....64
II- L'action de l'OMS……...64
A- Stratégies et programmes de l'OMS……...64

1- Programmes de l'OMS 2006-2015……64
2- La gouvernance et parmi les objectifs stratégiques de l'OMS……66
B- Le nouveau Règlement Sanitaire International ……..66
1- Bref historique de la réglementation sanitaire mondiale...66
2- L'importance du nouveau règlement sanitaire international 2005……66

Sect. 2 : La gouvernance des systèmes nationaux de santé : la fonction de direction ou administration générale……68
§1 : Les systèmes nationaux de santé : Fondement, fonctions et objectifs……....68
I- Intérêt, fonctions et objectifs des systèmes de santé……68
A- L'intérêt des systèmes de santé……68
1 – Répondre aux défis actuels de la santé……..68
2 – Les objectifs……69
B- Définition et fonctions du système de santé……69
1 – Définition……69
2 – Les quatre fonctions du SNS……69
II- Les fondements du système de santé……70
A- Responsabilité de l'Etat et contrat social……..70
1 - Responsabilité de l'Etat……70
2 - Le contrat social……71
B- Améliorer la performance et réduire les risques……..72
1 - Réduire les risques……....72
2 - La quête vers la performance……72
§2 : Le concept de la gouvernance des systèmes de santé……73
I - S'agit-il de la gouvernance ou de la fonction de direction ou l'administration générale ?.....73
A- Lever l'ambigüité sur le concept……73
1- La gouvernance dans le domaine sanitaire est la fonction de direction ou administration générale……...73
2– Commentaire et critique……73
B- Définition de la fonction de direction ou administration générale……...74
1 – Sur la fonction de direction ou administration générale…75
2 – Des définitions choisies de la fonction de direction ou administration générale……..75
II- Instruments et principes clef de la bonne gouvernance sanitaire..76
A- Les principes clef……....76
1 - Une vision stratégique consensuelle et une bonne réglementation……...76
2- Equité, efficacité, efficience et responsabilité……77

B- Les outils et mécanismes…….... 77
1 - Dans le cadre de l'élaboration de la stratégie……77
2 – Autres outils…….....78

Titre II : Les insuffisances de l'accès aux soins à travers le Système National de santé……79

CH I: Le système National de Santé Marocain (SNS)……80

Sect.1- Définition et compositions du SNS……80
§1 - Définition……..80
I - Selon l'OMS…….....80
II -Selon la loi au Maroc…….....81
§2 - Composition ……81
I- Secteurs publique……. 81
II- Secteur privé à but lucratif……..82
III- Secteur privé à but non lucratif……..82
Sect.2- Description du SNS……82
§1 - Le réseau des établissements de soins de santé primaire……..83
I- Les centres de santé ruraux 1èr et 2ème niveau……84
A- Le centre de santé rural de premier niveau……..84
B- Le centre de santé rural de deuxième niveau……84
II- Les centres de santé urbains 1èr et 2ème niveau……84
A- Le centre de santé urbain de premier niveau……..84
B- Le centre de santé urbain……85
§2 -Le réseau hospitalier……85
I- Composition et organisation ……..85
A- Composition……85
B - Organisation……...86
II- Mission du réseau hospitalier…….....86
§3 - Le réseau intégré des soins d'urgence médicale et le réseau……87
des établissements médico-sociaux……87
I- Le réseau intégré des soins d'urgence médicale (RISUM)……87
II- Le réseau des établissements médico-sociaux (REMS)……..87

CH II - Un accès aux soins géographiquement déséquilibré …..88

Sect.1 - Disparité dans l'offre de soins et difficulté dans l'accès aux soins.……88
§1- Offre concentrée du réseau hospitalier……88
I- Au niveau de l'offre réseau hospitalier public……..88

A- L'offre du réseau hospitalier……..88
B- Les disparités du réseau hospitalier……89
II- Au niveau de l'offre du secteur privé…….89
A- Une offre de soins concentrée dans les grandes villes……89
B- Un déséquilibre dans l'offre des cabinets privés……89
§2 - Au niveau du réseau des établissements de soins de santé Primaires……...89
I- L'offre du RESSP…….89
II- Les disparités du RESSP…….89
Sect.2 - **Faiblesse au niveau des ressources humaines**……91
§1- Les ressources humaines du système de santé……91
I- Le personnel de santé selon l'OMS……..91
II- Les données du personnel de santé au Maroc……91
§2- Le déficit en personnel de santé au Maroc…….. ……..92
I- Au niveau du personnel médical……..92
II -Au niveau du personnel paramédical……..93

CH III- Un accès aux soins fonctionnellement malade……94

Sect.1- Dysfonctionnement dans les réseaux de soins ordinaires ……94
§1-Au niveau du réseau des hôpitaux……94
I- Caractéristiques négatives du réseau hospitalier……..94
A-Un vieillissement du parc hospitalier et un classement non Adapté……94
B- Accès difficile et des rendez-vous trop long……95
II- Le cadre réglementaire et le management hospitalier laisse à désirer…….95
A- Absence d'un cadre réglementaire organisant le fonctionnement des hôpitaux……95
B- Un management hospitalier essentiellement directif ……. ….96
§2- Au niveau du réseau d'établissement de santé primaire (RESSP)..97 et le réseau des laboratoires……97
I- Au niveau du RESSP……97
A- Caractéristiques négatives du RESSP…….97
B-Dysfonctionnements au niveau de la couverture sanitaire mobil……...98
II- Au niveau des laboratoires……...98
A- Secteur public……..98
B- Secteur privé……99
Sect.2– Dysfonctionnement dans les réseaux de soins en cas d'urgence……99
§1 – Faiblesses au niveau de l'organisation des urgences normales…..99
I- L'utilisation des services des urgences ……99

A- Au niveau du secteur public……99
B- Au niveau du secteur privé……101
II- Carence de la réglementation de l'urgence……101
A- La médecine d'urgence : Une spécialité à affirmer……101
B- Un vide juridique au niveau du transport sanitaire…… ..102
§2 – Faiblesses au niveau de l'organisation des secours et la gestion des risques sanitaires……...102
I- Exemples récents de catastrophes au Maroc……..103
A- Des séismes……103
B- Des catastrophes……103
II- Absence d'une stratégie nationale de gestion des risques…….104
A- Une multiplicité d'intervenants sans coordination……104
B- Les limites de l'organisation des secours et la gestion des risques sanitaires au Maroc……104

CH IV - Un accès aux soins économiquement difficile……105

Sect.1- Un sous financement du système de santé et une faible couverture médicale ……...105
§1- Un sous financement du système de santé ……105
I- La dépense globale de santé……105
A- Les sources du financement……...105
B- La structure du financement……...105
II - Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires ….106
A – Médicaments, soins et financement du ministère de la santé……..106
B - La part des paiements directs des ménages……107
§2- Une faible couverture médicale avant 2005……...107
I- L'assurance maladie avant 2005……107
A- L'OMS sur les paiements directs……107
B- Une couverture médicale facultative et arbitraire……. …….108
II- Le système d'assistance médicale avant 2005……...109
A- Les indigents soufrent du non accès aux soins ……109
B – Un certificat d'indigence non institutionnalisé……109
Sect.2 Les insuffisances dans l'accès aux Médicaments……109
§1- Un prix élevé des médicaments portant atteinte à l'accès aux soins……..109
I- Le secteur pharmaceutique au Maroc……109
A- Présentation sommaire……...109
B- Les acquis du domaine pharmaceutique……110
II- Des prix élevés des médicaments au Maroc……..110
A –Une réglementation dépassée des prix des médicaments …110
B - Faible prescription et utilisation des médicaments

génériques …….....112
§2- Des contraintes au niveau de la réglementation,
de l'approvisionnement et de l'utilisation des médicaments……112
I- Des contraintes institutionnelles et organisationnelles……...112
A- Sur le plan institutionnel……112
B- Sur le plan organisationnel…….113
II- Des contraintes réglementaires et utilisation non rationnelle
des médicaments ……113
A - Une rigidité des textes réglementaires……..113
B - Utilisation non rationnelle des médicaments…….113

Titre III : Les insuffisances de la gouvernance sanitaire…….115

CH I : Un déficit dans la gouvernance sanitaire institutionnelle…….....116

Sect.1- L'administration publique de la santé……...116
§1-L'administration sanitaire centrale…….....116
I- Le rôle du Ministère de la santé…….116
A- Le Ministère de la Santé : Représentant de l'autorité
publique et acteur dans le système national de santé…….116
B - Les attributions du Ministère de la Santé…….116
II- L'organigramme du Ministère de la santé…….117
A- La structure……...117
B -Les attributions…….....117
§2- L'administration sanitaire locale…….118
I- Les services déconcentrés du Ministère de la santé……118
A – Selon l'arrêté de 1994 abrogé……..118
B – Selon l'arrêté de 2011en vigueur…….118
II- Attributions, organisation et fonctionnement des délégations
préfectorales et provinciales……118
A – Attributions…….118
B - Organisation et fonctionnement……...119
Sect. 2 : Les constats sur la gouvernance institutionnelle…….120
§1- Absence d'une politique sanitaire claire……..120
I- Un manque de visibilité dans l'action…….120
A – Faiblesse de la politique sanitaire……120
B – Faiblesse de la planification sanitaire……..121
II- Des projets isolés et manque de coordination institutionnelle…122
A- Les principaux projets du Ministère de la santé……123
B – Un manque de coordination institutionnelle……123
§2- Difficulté de pilotage du système de santé……...124

I- Confusion dans le rôle de l'Etat……..124
A – La séparation des fonctions de l'Etat……...124
B – Insuffisance du rôle de l'Etat……125
II- Un déficit de gouvernance du système de santé……126
A- Faiblesse de la gouvernance du Ministère de la santé……126
B – Les recommandations de réforme……127

CH II : Insuffisances dans la gouvernance des structures de soins, de protection et de prévoyance sociale……128

Sect. 1 : La gouvernance des structures de soins……..128
§1- La gouvernance des structures de soins privées……..128
I- L'exemple des cliniques et les établissements assimilés……...129
A- Administration……..129
B – Contrôle et Constats……131
II- La problématique du statut de la clinique privée……..132
A- La clinique privée : Société civile ou commerciale ?.....132
B- Un débat pour le changement du statut de la clinique privée……...133
§2- La gouvernance des structures de soins publiques……..134
I- Les structures hospitalières……134
A- Administration……..135
B – Constats……...136
II- Les structures ambulatoires et d'appuis……137
A –Le réseau des établissements soins de santé primaire…….137
A-1 : Administration……137
A-2 : Constats……..137
B – Le réseau des laboratoires……...138
B-1 : Administration……138
B-2 : Constats……..139
Sect. 2 : La gouvernance de la prévoyance et la protection sociale……139
§1- La gouvernance de la prévoyance social…….....139
I – CNOPS et mutuelles……139
A – Définition et statut……..140
B – Administration des mutuelles…….....140
II - Constats sur la gouvernance des mutuelles……143
A - Insuffisances dans la gestion et non respects des normes législatives et réglementaires……143
B – Un déficit de gouvernance financière…….....144
§2- La gouvernance de la protection sociale……144
I- La Caisse National de la Sécurité Sociale (CNSS)……144

A – Statut……...144
B – Administration……145
II - Constats sur la gouvernance de la CNSS……146
A - Problèmes d'administration……146
B - Problèmes de financement……...146

CH III : Des constats négatifs sur les patients et certains professionnels de santé ……147

Sect. 1 : Les constats sur Le personnel de santé……148

§1- Des ressources humaine pour des soins pour tous !**.....**148

I - Difficultés liées aux personnels de santé……...148
A- Insuffisance du personnel de santé accentuée par l'absentéisme……148
B -Un cumul d'emplois non réglementaire……149
II- Carence de la formation et de la motivation……**.**150
A- Faiblesse de la formation et formation continue……150
B- Faiblesse de la motivation……**.**152
§2- Constats d'ordre éthiques et déontologiques……152
I- Constats sur la déontologie médicale……152
A- La déontologie……..152
B- La déontologie médicale et son ordre……153
II- La corruption dans les réseaux de soins !**.....**154
A- La corruption en général……...154
B- La corruption dans le domaine de la santé……154

Sect. 2 : Les constats sur Les patients……155

§1- Le droit du patient dans sa relation avec le système de santé……155

I- Le statut du patient……..155
A- Carence législative et réglementaire……155
B- D'autres textes éparpillés traitant certains droits du patient..156
II- Faiblesse de l'encadrement et de la représentativité du patient.157
A- Absence d'institution spécifique protégeant le patient…….158
B- Faiblesse de l'encadrement associatif……...159
§2- Les droits du patient dans ses relations avec le médecin, l'hôpital et la justice……160
I- Les droits du patient dans ses relations avec le médecin……160
et l'hôpital……..160
A- Les droits du patient dans sa relation avec le médecin……..160
B- Les droits du patient dans sa relation avec l'hôpital……...162
II- Droit du patient au recours judiciaire……163

A- Droit à la protection……..163
B- Droit à la réparation……..163

Conclusion de la 1ère partie……..164

2ème partie : Pour une gouvernance sanitaire plus efficiente……..165

Titre I : Une administration sanitaire déconcentrée, démocratisée et moralisée au service d'une stratégie sanitaire cadrée…….....166

CH I : Un cadrage logique et juridique à l'action de l'Etat Dans le domaine de la santé……167

Sect. 1 : Une loi-cadre relative au système de santé et à l'offre de soins……....167
§1- Objet, principes et responsabilités selon la loi-cadre 34-09……167
I- Objet et principes de la loi-cadre 34-09……...167
A – Bases et objet de la loi-cadre 34-09……..167
B - Les principes relatifs au système de santé et à l'offre de soins……168
II- Les responsabilités selon la loi-cadre 34-09……..168
A – La responsabilité de l'Etat……168
B- Les droits des patients et les responsabilités des collectivités locales, organisations professionnelle et les associations……169
§2- Carte sanitaire, système d'information et instances de concertation……....169
I - Les bases de l'offre de soins pour une carte sanitaire nationale..169
A –Les bases de l'offre de soins…….169
B – Une carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins……169
II- Un système d'informations sanitaires et nouvelles instances de concertation……..170
A – Un système d'information sanitaire……..170
B - Nouvelles instances pour mieux gouverner le système de soins…….170
Sect. 2 : Vision, planification et un large processus de consultation

pour une première charte de la santé la base d'une véritable politique sanitaire au Maroc……..170
§1 - Une visions stratégique et un large processus de consultation, pour une première charte de la santé la base d'une véritable politique sanitaire au Maroc……170
I – La santé vision 2020 : Un engagement pour la réconciliation avec les citoyens……171
A – Contexte et démarche de la « Santé, vision 2020 »……..171
B – Fondement et axes de la « Santé, vision 2020 »…… .171
II – Enfin une 2ème conférence nationale de santé pour une future charte de la santé…….172
A : Un appui Royal……172
B : La 2ème conférence de santé : 4e station dans le processus de consultation……..173
C : Vers une première charte de la santé la base d'une véritable politique sanitaire au Maroc……..174
§2 –Planification et programmation sanitaire……174
I : L'approche et les bases de la stratégie sanitaire……174
A : Bases et approche de la stratégie sectorielle 2008-2012……175
B : Bases et approche de la stratégie sectorielle 2012-2016……...163
II : Les actions et les axes de la stratégie sanitaire……176
A : Les axes et actions la stratégie sectorielle 2008-2012…….176
B : Les axes et actions la stratégie sectorielle 2012-2016…….177

<u>CH II</u> : La régionalisation sanitaire : Outil pour une bonne gouvernance locale du système de santé…….178

Sect. 1 : De la décentralisation régionale à la régionalisation avancée…….178
§1 - Le Discours Royal historique du 9 mars 2011sur la perspective de la régionalisation avancée……..178
I- Une vision royale et des grandes orientations ……..178
A : Le regard royal sur la régionalisation……..179
B : Les grandes orientations et les préalables à une régionalisation élargie……..179
II : Une commission consultative pour un modèle marocain de régionalisation avancée……...180
A : Une commission consultative sur la régionalisation……180
B :Rapport de la commission consultative sur la régionalisation.180
§2- La régionalisation avancée : Désormais fondement de l'organisation territoriale décentralisée du royaume ……...181

I- La région : Collectivité territoriale décentralisée…….....181
A : Historique…….....181
B : L'organisation territoriale du royaume est décentralisée et fondée sur la régionalisation avancée ……181
II- La région selon la nouvelle loi organique N°111-14 …….182
A : Les apports de la nouvelle loi organique N°111-14……182
B : Attributions de la région en relation avec la santé…….183

Sect. 2 : La régionalisation sanitaire et ses atouts……..184

§1 -La région sanitaire : Collectivité déconcentrée……...184
I - Les atouts et l'intérêt de la régionalisation sanitaire……184
A : Intérêt de la régionalisation…….184
B : Les atouts de la régionalisation……185
II - Institutionnalisation de la région sanitaire……...185
A : Le processus de l'Institutionnalisation de la région sanitaire……185
B : Appui à la régionalisation sanitaire…….187
§2 - Les directions régionales de santé et le nouveau découpage sanitaire……...188
I - La région sanitaire parmi les nouveaux territoires de santé…..188
A : Les régions sanitaires et les territoires de santé inter-régionaux……..188
B : Les préfectures, provinces sanitaires et les circonscriptions sanitaires……..189
II - Des directions régionales de santé……...190
A : Organisation……190
B : Attribution……191

CH III : La Moralisation et la démocratisation de l'administration sanitaire…….....191

Sect. 1 : La Moralisation de l'administration sanitaire……191

§1 - La Moralisation de l'administration publique en général……192
I- La réaction Royale et gouvernementale contre la corruption…..192
A : La réaction Royale contre la corruption……192
B : La réaction gouvernementale contre la corruption……192
II- Des mesures législatives pour la moralisation et la transparence……..193
A : L'adoption de règles de la transparence et des principes éthiques dans le domaine public……..193
B : Des lois relatives aux déclarations obligatoires du patrimoine……...194
§2- Une administration sanitaire pour la transparence et contre

la corruption……194
I - Lutter contre les mauvaises pratiques……195
A : Déclaration obligatoire du patrimoine au niveau du Ministère de la santé……195
B : Une gestion transparence des ressources humaine……195
II - Mécanisme de luttes contre la corruption……196
A : Des actions contre la corruption ……196
B : Des propositions……...196

Sect. 2 : La Démocratisation de l'administration sanitaire……..197

§1-La démocratie sanitaire en générale……..197
I- Le concept de la démocratie sanitaire……197
A : La démocratie en bref……...197
B : Définition de la démocratie sanitaire……198
II- L'expérience de la démocratie sanitaire en France……198
A : Le contexte de l'instauration de la démocratie sanitaire en France……..198
B : La démocratie sanitaire en France……199
§2 - Pour une démocratie sanitaire au Maroc……200
I- Le concept de la démocratie sanitaire au Maroc……..200
A : Les bases juridiques à la démocratie sanitaire…….200
B : Ce que permet l'approche de la démocratie sanitaire……. 200
II- Vers l'instauration de la démocratie sanitaire au Maroc…… ..201
A : La démocratie participative au cœur de la 2ème conférence nationale sur la santé et la loi-cadre……201
B : Le Programme de communication Intidarat Assiha…… 202

Titre II : Nouveaux outils de régulation pour un accès aux soins pour tous……...204

CH I : : Une régulation pour un accès géographique aux soins pour tous……...205

Sect. 1 : Une carte sanitaire et une nouvelle loi pour le développement de l'offre de soins privée……..205
§1-Une carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins..205
I- Une carte sanitaire basée sur des nouveaux principes……206
A- Les principes fondateurs de l'offre de soins au Maroc……206
B - Les fonctions de la carte sanitaire……207
II- Des schémas régionaux de l'offre de soins……209
A- Les fonctions des schémas régionaux de l'offre de soins….209
B – Les modalités des schémas régionaux de l'offre de soins….209

III- Une commission nationale et des commissions régionales de l'offre de soins…….210
A- La commission nationale de l'offre de soins…….210
B - Les commissions régionales de l'offre de soins…….211
§2- Une loi libéralisateur de l'investissement dans l'offre de soins privée , et des plans pour une meilleure gouvernance de l'offre de soins publique et des soins médicaux d'urgences……212
I- La nouvelle loi N°131-13 sur l'exercice de la médecine……212
A- Le contexte de la loi 131-13…….212
B- Les apports de la loi 131-13……..213
II – Des plans pour une bonne gouvernance de l'offre de soins….214
A - Un plan d'extension de l'offre hospitalière…….214
B – Un plan pour la couverture sanitaire mobile……215
III – Pour une bonne gouvernance des soins médicaux d'urgences…215
A – Un plan national des urgences médicales……215
B - Un plan national de veille et de préparation à la riposte contre la maladie à virus Ebola……..217
Sect. 2 : Gouvernance hospitalière basée sur la contractualisation sanitaire…….218
§ 1- La contractualisation sanitaire……218
I- Définition et typologie de la contractualisation…….218
A – Définition……218
B – Typologie de la contractualisation……..219
II –Intérêt et limites de la démarche contractuelle…….220
A – Intérêt……..220
B – Limites……220
§2- La contractualisation au niveau du Ministère de la santé……221
I- Contractualisation externe : Le contrat- programme……221
A- La contractualisation externe……221
B - Le contrat- programme……222
II- Contractualisation interne : Le projet d'établissement hospitalier (PEH)…….223
A- La contractualisation interne……223
B- Le projet d'établissement hospitalier : De l'implantation à l'obligation juridique……..224

<u>CH II</u> : Une régulation pour un accès économique aux soins pour tous……...226

Sect. 1 : Un nouveau code de couverture médicale de base pour une transition vers la couverture maladie universelle…..226
§1- Les apports du nouveau code de couverture médicale de

base……227
I- Un nouveau code de couverture médicale de base :
La loi 65-00……..227
A – La loi 65-00 : Fondement de la protection sociale en matière de santé……..227
B – Une loi portant code englobant deux régimes et des législations particulières……228
II- Des principes et des sanctions pour la bonne gouvernance……228
A – Des principes de bonne gouvernance……..288
B - Des sanctions de bonne gouvernance……229
§2 - Impacte de la nouvelle couverture médicale sur l'accès économique aux soins……230
I- Extension des personnes assurés et bénéficiaires de la Couverture médicale de base……230
A - Assurés et bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire230
B - Assurés et bénéficiaires du régime d'assistance médicale…231
C- Etat des lieux et perspectives……232
1) Au niveau de l'AMO……..232
2) Au niveau du RAMED……234
II- Extension des prestations garanties par la couverture médicale de base……...235
A- Prestations garanties par l'assurance maladie obligatoire…235
B - Prestations garanties par le régime d'assistance médical….236
C- Etat des lieux et perspectives…….236
1) Au niveau de l'AMO……...236
2) Au niveau du RAMED……237
Sect. 2 : La gouvernance de la nouvelle couverture médicale de base……238
§1- La gouvernance du régime d'assistance médical (RAMED)……238
I- Les intervenants dans la gestion du RAMED……238
A – Au niveau du Ministère de l'intérieur……238
B – Au niveau du Ministère de la santé……240
II- ANAM : Gestionnaire du RAMED……...240
A- L'Agence National de l'Assurance maladie (ANAM)…….240
B- Le rôle de l'ANAM au niveau du RAMED……..241
§2- La gouvernance de l'assurance maladie obligatoire (AMO)……241
I- CNOPS et CNSS : Organismes gestionnaires de l'AMO……241
A - Une nouvelle gouvernance au sein la Caisse National des Organismes de Prévoyance Social (CNOPS)……..241
B – Une nouvelle gouvernance au sein la caisse National de la sécurité Social (CNSS)……243
II- ANAM : Régulation et encadrement technique de l'AMO……246
A-ANAM : Régulation de l'AMO……246

B-ANAM : Cadrage conventionnel des rapports entre les organismes gestionnaires et les prestataires de soins médicaux……247
C- ANAM : Etat des lieux et perspectives de la gouvernance….248
1- Etat des lieux de la gouvernance……248
2- Les perspectives de la gouvernance……..249

CH III : Une régulation pour un système d'information sanitaire et des soins de qualité pour tous……251

Sect. 1 : Un système national d'information sanitaire……..251

§1 - Importance du système national d'information sanitaire…….251
I - Le système national d'information sanitaire selon l'OMS……251
A - Un système d'information sanitaire et parmi les éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé…251
B - Un système national d'information sanitaire pour une la couverture sanitaire universelle……252
II- Une gouvernance basée sur un dispositif d'échanges de données informatisées entre les acteurs en respectant la personne.252
A – Informatiser l'information sanitaire entre les acteurs…….252
B – Système d'information et respect des données personnelles253
§2 - Vers un système national d'information sanitaire au Maroc…..254
I- Etat des lieux……..254
A – Faiblesse du système d'information et de communication..254
B – Exemples…….255
II- Un système national d'information sanitaire au Maroc……255
A – Présentation du système national d'information sanitaire…255
B - Un plan d'information et de communication……256
Sect. 2 : Un système d'évaluation de la qualité des soins……257
§1- Etat des lieux de la qualité des soins……257
I- Le concept de la démarche qualité des soins……..257
A- La qualité des soins……...257
B - La démarche qualité des soins……..258
II- Etat des lieux de la qualité des soins au Maroc……259
A – La qualité des soins dans les cliniques……259
B - La qualité des soins dans les hôpitaux publics…….260
§2- Vers un système d'évaluation de la qualité des soins……261
I- L'expérience française : La Haute Autorité de Santé……261
A – La HAS : Evaluation et recommandation……...261
B – La HAS : Accréditation et certification……...261
II- Un système d'évaluation et d'accréditation et des actions pour des soins de qualité au Maroc…….....261
A – Un comité national d'évaluation et d'accréditation……261

B – Des actions pour des soins de qualité et sécurisés……262

Titre III : Une bonne réglementation bien appliquée et une coopération bien cadrée…….....266

CH I : Coordonner la coopération des divers acteurs à missions sanitaires……...267

Sect. 1 : Le cadrage de la coopération…….267

§1 – Le cadrage du partenariat public/ privé pour un offre de soins cohérent……267

I- La faiblesse du partenariat public-privé et l'annonce de la réforme……..268

A –Un manque de complémentarité……..268

B - Une réforme pour une réelle politique de partenariat……269

II - Mise en place d'un cadre concerté de partenariat……270

A– Une commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et secteur privé…….270

B - De la sous-traitance au Partenariat Public Privé (PPP)……..271

§2 - Le cadrage de l'action des associations et des ONG œuvrant dans le domaine sanitaire……271

I – La gouvernance de l'action sanitaire des associations……..272

A – Le cadrage du partenariat entre l'Etat et les associations…272

B – Bilan**,** suivi, évaluation et reddition des comptes des associations……273

II - Les apports des ONG……274

A –Financement de la santé par la coopération internationale..274

B - Développement et renforcement du partenariat avec les ONG……275

Sect. 2 : Le cadrage de l'initiative National pour le développement Humain et de l'action des Collectivités territoriales dans le domaine sanitaire……276

§1- Les missions sanitaires des collectivités territoriales…….276

I- Le cadre de l'action des collectivités territoriales…….276

A – Les collectivités territoriales du Royaume. ……276

B – La base légale de la mission sanitaire des collectivités territoriales……...277

II – L'action sanitaire des collectivités territoriales……278

A- Intérêts du partenariat Etat-Collectivités territoriales aux activités de santé…….278

B- La concrétisation de la mission sanitaire des collectivités

territoriales…….....280
§2- Le rôle de l'initiative National pour le développement Humain..280
I -L'initiative National pour le développement Humain (INDH)..280
A – Présentation…….280
B – Les axes de L'INDH……280
II – L'accès aux soins au cœur de l'INDH…….281
A – Appui de l'INDH aux activités du Ministère de la Santé…281
B - Appui à la formation et aux structures de soins et ambulances……..281

CH II : Une bonne réglementation sanitaire……282

Sect. 1 : L'importance de la réglementation sanitaire……..283

§1- Le Droit de la santé et accès aux soins……283
I - Le Droit de la santé……283
A – Le rapport : Droit de la santé / accès aux soins……283
B - Droit de la santé : Définition……283
II- Gouvernance sanitaire : Mieux légiférer……...284
A – Un système bien réglementé et un système bien dirigé……284
B - La réglementation est du ressort des Ministères de la santé.284
§2- La réglementation : La stabilité et la sécurité juridique……285
I- La réglementation instrument de sécurité juridique ……...285
A – Selon l'OMS……285
B - Les conséquences du non application du droit…….285
II- Stabilité de la norme : La codification……..286
A – Une réglementation de qualité et une autoréglementation..286
B - La qualification, pierre angulaire de l'organisation juridique des professions de santé……...287
Sect. 2 : Un plan d'action législatif et réglementaire du Ministère de la santé dans la perspective d'un code de la santé publique…….287
§1 – Un cadrage logique à l'action législative du Ministère de la santé……...287
I- Les objectifs du plan législatif et réglementaire du Ministère de la santé dans le cadre du plan législatif national……287
A – Un plan législatif national : Une première……287
B – Les objectifs du plan législatif et réglementaire du Ministère de la santé……288
II- Présentation du plan législatif et réglementaire du Ministère de la santé……..289
A – Textes législatifs relatifs à l'encadrement des ressources Humaines, à l'exercice des professions de santé et

à la protection des personnes en matière de santé……290
B – Textes législatifs relatifs à la sécurité sanitaire et aux médicaments et produits de santé…….291
C – Textes législatifs relatifs à l'offre des soins et à la couverture médicale de base……...292
§2 - Pour un code de la santé publique Marocain dont la pierre angulaire les droits du patient……..293
I- Les droits des patients : Le cœur de toute législation sanitaire…293
A – Légiférer clairement pour les droits du patient…….293
B - Instituer la représentativité du patient……..294
II- Vers un code de la santé au Maroc……..95
A – Codifier et harmoniser les textes juridiques…….295
B – L'exemple du code de santé public Français……296
C – Les services directement concernés par la veille et la réglementation sanitaire……..296
1- Le secrétariat général du gouvernement……297
2- La direction de la réglementation et du contentieux……..297

CH III : Contrôler, auditer et réformer la justice pour sanctionner les dérives du système de santé….298

Sect. 1 : Assouplir les contrôles à priori et renforcer les contrôles à postériori…….299
§1- Assouplir les contrôles à priori……...299
I- Le contrôle administratif……299
A- La tutelle administratif……299
B - L'inspection générale du Ministère de la santé……299
II- Le contrôle financier……300
A- Le contrôle financier des établissements publics hospitaliers……300
B- Le contrôle financier des SEGMA……...302
§2- Renforcer les contrôles à postériori…….303
I- Le contrôle juridictionnel……...303
A- La cours des comptes……...303
B- Les rapports de la cours des comptes en matière de contrôle de gestion des structures de santé ……..304
II- Le contrôle du parlement et de la société civile……..305
A- le Parlement……..305
B- La société civile……306
Sect. 2 : Auditer les structures et réformer la justice pour sanctionner les dérives du système de santé…….307
§1- L'audit : Détecteur des dysfonctionnements……...308

I- Les audits en générale……308
A- Origine de l'audit……308
B- Définition l'audit……..308
II- Les audits dans le système de santé Marocain……310
A- Les audits internes……310
B- Les audits externes……...311
§2- La bonne gouvernance nécessite une bonne administration judicaire favorable au patient demandeur……313
I- La réforme de la justice……313
A- Le processus de la charte de la justice……..313
B- Les axes de la nouvelle charte de la justice……..313
II – Impactes souhaités sur le patient demandeur en justice……314
A - Certaines difficultés dont souffre le patient demandeur en justice……314
B- Quelques propositions comme solutions……..315

Conclusion……317

Liste des annexes……320

Bibliographie……... 340

Plan détaillé……..351