



Université Mohammed V- Rabat – Agdal
Faculté des sciences juridiques économiques
et sociales

Unité de Formation et de Recherche

Droit de la santé

Thèse pour l'obtention du doctorat national en droit privé

LES DROITS DU MALADE

Sous la direction du professeur

Abdelaziz Elhila

Présentée et soutenue publiquement par :

Imane Elmalki

Devant le jury

Président : Mr Abdelaziz Elhila; professeur de l'enseignement supérieur à la Faculté des sciences juridiques économiques et sociales de Rabat - Agdal

Suffragants:

Mme..Rajae NAJI

Mr...farid ELBACHE

Mr...Ghassan ELMALKI

Mr... Abdelaziz ELHILA

Année universitaire :

2012/2013

La faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire, ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

Je tiens à saluer ici les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la concrétisation de ce travail de thèse de doctorat.

Tout d'abord, mes remerciements s'adressent à la personne qui m'a proposé le sujet de thèse et qui m'a encadré tout au long de ces années de recherches: **Mr ABDELAZIZ ELHILA**. A travers nos discussions, il m'a apporté une compréhension approfondie des divers aspects du sujet. Je salue aussi sa souplesse et son ouverture d'esprit qui ont su me laisser une large marge de liberté pour mener à bien ce travail de recherche.

Je souhaite remercier **Mme RAJAE NAJI MEKKAOUI** pour sa confiance et son soutien inconditionnels durant mes années d'études à l'UFR « droit de la santé » et pour les réflexions, les questions et les conseils qu'elle m'a prodigués dans les occasions où nous nous sommes rencontrés au cours de l'élaboration de ce travail.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à **Mrs farid elbacha et Ghassan elmalki** Pour l'honneur qu'ils m'ont fait d'accepter d'être membres du jury de thèse de doctorat et pour l'intérêt et le soutien chaleureux qu'ils ont accordé à cette modeste recherche.

Je clos enfin ces remerciements en dédiant cette thèse de doctorat à toutes les personnes qui m'ont aidé et aux quelques amis que j'ai eu la chance d'avoir à mes côtés, qui m'ont soutenu tout au long de ces années de travail.

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

La mémoire de mon papa **Maître Elmalki layachi** qui nous
disait toujours que la réussite sociale se fait par des
études de Droit.

A Maman **Mme Haouach Atika**

A mon mari **Moulay SAID ECHATIBI**

A ma fille **Lalla RIMAZ ECHATIBI**

A mon fils **Sidi GHALI ECHATIBI**

A mes frères **ANASS Elmalki** et **ACHRAF Elmalki**

A ma grande famille

Sommaire

Introduction générale

Partie 1 : Le cadre juridique et institutionnel des droits des malades

Chapitre 1 : Le cadre juridique des droits du malade

Section 1 : Le dispositif juridique national

§ 1 - La Constitution

§ 2- les textes juridiques généraux

§3- les textes juridiques spéciaux

§ 4- Le code de la déontologie médicale

Section 2 : le cadre normatif international de reconnaissance des droits des malades

§1- les textes généraux

§2- les textes spéciaux

Conclusion du premier chapitre

Chapitre 2 : le cadre institutionnel des droits des malades

Section I : les acteurs nationaux

- § 1- Les structures publiques
- §2_ Les Structures Privées
- §3_ La médecine traditionnelle
- §4_ Le secteur pharmaceutique
- §5 : la Société Civile

Section 2 : L'apport des institutions Internationales

- §1- L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- §2- Le Programme des Nations unies pour le développement
- §3- Le Fonds des Nations Unies pour la population
- §4 - Le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF)
- §5- La Banque Mondiale

Conclusion du deuxième chapitre

Conclusion de la première partie

Partie II : La protection des droits du malade : réalité et perspectives

Chapitre 1 : Le contexte sanitaire marocain et la protection des droits du malade

Section 1 : les acquis en matière de protection des droits des malades

- §1- La maîtrise de l'accroissement démographique
- §2- La réduction de l'incidence des maladies transmissibles
- §3- Une bonne couverture dans le domaine de la transfusion sanguine
- §4 – L'amélioration notable de la production nationale des médicaments

§5- L'élargissement de la couverture solidaire du risque maladie

§6- L'acquisition des nouvelles technologies biomédicales et la veille sanitaire

Section 2 : les principaux dysfonctionnements et insuffisances du système de santé

§1_ Un centralisme institutionnel rigide

§2- La faiblesse des résultats du système de santé

§3- Un système de ressources humaines défaillant

§4- L'insuffisance du financement de la santé

§5- La négligence des principaux déterminants non médicaux de la santé et l'accentuation des facteurs de risque

Conclusion du chapitre

Chapitre 2 : les perspectives d'avenir et les recommandations

Section 1 : les reformes en cours du système de santé

§1- La réforme institutionnelle

§2- La réforme juridique : Les principaux points de réforme de la loi relative à l'exercice de la médecine

§3- La réforme hospitalière

Section 2 : Eléments d'appoint pour la promotion des droits de malades

§1- L'élaboration d'une charte des droits des malades

§2- La multiplication des plans d'action et de communication en matière de santé

§ 3- Le renforcement des dispositifs relatifs à la sécurité sanitaire

§4- l'éducation thérapeutique des patients

Conclusion du chapitre

Conclusion générale

Liste des abréviations et des sigles

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

AMSITS : Association Marocaine des Sciences Infirmières et des
Techniques de Soins

ANAM : Agence Nationale de l'Assurance Maladie

ARV : Anti rétroviraux

AVCI : Année de Vie Corrigée du Facteur Incapacité

BAF : Bureau des Admissions et de Facturation

BMH : Bureau municipal d'hygiène

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CC : Changement Climatique

CCMB : Code de la Couverture Médicale de Base

CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIN : Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales

CMDP : Comité des Médecins, Dentistes et Pharmaciens

CMG : Charge de Morbidité Globale
CNS : Comptes Nationaux de la Santé
CPE : Cellule Provincial d'Epidémiologie
CPN : Consultation Périnatale
CSI : Comité des Soins Infirmiers
DIU : Dispositif Intra Utérin
DPRF : Direction de la Planification et des Ressources Financières
DELM : Direction de l'Epidémiologie et des Lutte Contre les Maladies
EDQM : Direction Européenne de la Qualité du Médicaments
ENFPF : Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification Familiale
ENPS : Enquête Nationale sur la Population et la Santé
ENSME : Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant
EPSF : Enquête sur la Population et la Santé Familiale
ESSB : Établissements de Soins de Santé de Base
EVN : Espérance de Vie à la Naissance
FDT : Fédération Démocratique du Travail
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population
IEC : Information Éducation Communication
INDH : Initiative National de Développement Humain
IPM : Institut Pasteur du Maroc
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
MS : Ministère de la Santé
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPALS : Organisation Panafricaine de Lutte contre le SIDA
PAGER : Programme d'Approvisionnement Groupé en Eau Potable pour la Population Rurale

HTA : Hypertension Artérielle

IFTA : Institut de Formation des Techniciens Ambulanciers

IEC : Information, Education, Communication

IFCS : Institut de Formation aux Carrières de Santé

IMC : Indice de Masse Corporel

INAS : Institut national d'administration sanitaire

INDH : initiative Nationale du Développement Humain

IRCT : Insuffisance Rénale Chronique Terminale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LPDEHM : Laboratoire Provincial d'Epidémiologie et d'Hygiène du Milieu

MNT : Maladies Non Transmissibles

MRC : Maladie Rénale Chronique

MS : Ministère de la Santé

MSR : Maternité Sans Risque

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ORS : Observatoire Régional d'Epidémiologie

OSC : Organisation de la Société Civile

PAS : Programme d'Ajustement Structurel

PIB : Produit Intérieur Brut

POPS : Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants
(Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants)

RAMED : Régime d'Assistance Médicale aux Economiquements Démunis

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins

UGTM : Union Générale des Travailleurs du Maroc

UMT : Union Marocaine des Travailleurs

UNMT : Union Nationale Marocaine du Travail

USPPI : Urgences de Santé Publique à Portée Internationale

VIH : Virus d'Immunodéficience Humain

«...le droit à la scolarité, à la santé, à l'alimentation, à l'habitat et à un environnement sain entre autres, constituent en effet, un aspect essentiel de la dignité de l'Homme...»¹

¹ Extrait du message Royal aux participants du 5ème atelier international des institutions nationales de promotion et de défense des droits de l'Homme le 13 avril 2000

Introduction générale

De tous les droits dont jouit l'être humain tout au long de sa vie, le droit à la protection de la santé est sans doute le plus important car il touche ce qui est fondamental chez l'Homme, c'est à dire sa santé, son corps, sa dignité, sa matérialité dans la nature, sa sociabilité, son identité voire son existence. Le droit à la protection de la santé est la base de la jouissance et de l'exercice de tous les autres droits de l'Homme (politiques, civils, culturels, et économiques...) puisqu'ils en dépendent².

A cet égard on se rappelle tous de la sublime sagesse du défunt Roi Hassan II : « le bien le plus précieux d'une nation ce n'est pas sa réserve d'or ou de devises, mais c'est la santé de sa population »³.

L'Homme dans les sociétés démocratiques se veut libre et autonome, juridiquement, le droit doit donc découler de la volonté humaine et assurer la liberté et l'autonomie de chaque personne. Cette perception de l'Homme en tant que sujet et non pas en tant qu'objet se reconnaît avec force en matière de droits du malade, notamment avec la proclamation de l'autonomie du malade et de la démocratie sanitaire⁴. A cet égard, le souci de tenir compte de la personne malade, de ses désirs, de sa dignité, de ses relations constitue un objectif nouveau qui restaure

² Voir OMS, rapport de la commission macroéconomie et santé, 2001.

³ Voir le discours du défunt roi Hassan II à l'occasion de la fête du trône Le 3 mars 1989.

⁴ Voir, Louardi Houssine, médecine et démocratie, in la tribune de l'AGP, n° 15, Novembre 2006, page 2. « La démocratie sanitaire, c'est la possibilité offerte au patient de se transformer en acteur, d'où la nécessité absolue d'information, de consentement, de co-décision, de participation active du malade à son traitement. C'est également l'émergence et la reconnaissance institutionnelle de droits collectifs des usagers du système de santé par le biais associatif. C'est aussi la réécriture dans un système d'ensemble des règles afférentes à la responsabilité médicale et hospitalière “

les bases de la transparence dans les relations médecin_malade⁵. Ainsi ce malade dont l'état de santé est altéré a des droits tout comme il a des devoirs et des responsabilités à assumer.

Les droits des malades peuvent être définis comme étant les attributs et les prérogatives, consacrés par des règles juridiques, au profit des personnes soignées dans leurs relations avec les professionnels et les établissements de santé, et aussi avec l'Etat.

Pour mieux définir et délimiter l'objet de notre étude, il importe d'approfondir ses concepts :

- **Le concept de droits⁶**

Les droits, au sens voulu par cette étude, sont l'ensemble des attributs et prérogatives reconnus à l'individu placé en état de maladie. Il s'agit d'une vision subjective qui est rattachée à un sujet de droit, et non plus abstraite et impersonnelle. Au nombre de ces droits, il convient notamment de citer les droits pour le malade à l'accès aux soins de santé, à la préservation de sa dignité, au choix du médecin traitant, à être informé sur la nature et la gravité de sa maladie, à être protégé par le secret médical, à exercer le cas échéant un recours en responsabilité médicale....

⁵ On remarque aujourd'hui que les patients ressentent une certaine «déshumanisation» dans leurs relations aux partenaires de santé ; une forme d'industrialisation de la santé, plus particulièrement en milieu hospitalier et dans leurs relations avec les assureurs. Cette sensation fragilise grandement la relation de confiance et peut avoir comme conséquence que le patient ait peur d'exprimer ses convictions ou ses craintes. Le patient n'a pas l'impression d'être traité comme une personne à la sensibilité et aux connaissances reconnues. Dès le moment où la relation est ainsi faussée, le risque d'incompréhension et de doute augmente et les chances que la démarche porte ses fruits sont compromises.

⁶ M. Grossman, the human capital model, 2010, p35.

Il s'agit donc de droits qui renvoient souvent aux droits de l'Homme s'appliquant à tout être humain, sans distinction de nationalité, de sexe, de religion etc. Mais, il s'agit aussi de droits divers qui gravitent autour d'un droit central et pour ainsi dire inaliénable à savoir le droit pour le malade d'accéder à des soins de santé appropriés.

En effet, la santé est l'un des droits fondamentaux de l'être humain voire un droit de première génération, qualifié par certains de droit naturel. Ceci dit, au delà de sa coloration juridique, la protection de la santé relève d'un système qui dans ses rapports à la pathologie et au malade ne manque pas de prendre en compte diverses considérations d'ordres médical, sociologique, économique et éthique comme la qualité des prestations de santé, le coût de la santé, l'information médicale, le secret médical, la responsabilité des professionnels de la santé... etc.

- **Le concept de malade ou de maladie**

La santé et la maladie sont parties intégrantes de la vie, du processus biologique et des interactions avec le milieu social et environnemental. Généralement, la maladie se définit comme une entité opposée à la santé⁷, dont l'effet négatif est dû à une altération ou à une désynchronisation d'un système à un niveau quelconque (moléculaire,

⁷ 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 définition est la suivante : Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, telle qu'adoptée par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946; signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

corporel, mental, émotionnel ...) de l'état physiologique ou morphologique considérés comme normal, équilibré ou harmonieux. On peut parler de mise en défaut de l'homéostasie⁸.

La maladie est donc une altération des fonctions ou de la santé d'un organisme vivant, humain animal ou végétal. On parle aussi bien de la maladie, se référant à l'ensemble des altérations de santé, que d'une maladie, qui désigne alors une entité particulière caractérisée par des causes, des symptômes, une évolution et des possibilités thérapeutiques propres. De là un malade est une personne souffrant d'une maladie, qu'elle soit déterminée ou non. La plupart du temps ce terme est utilisé pour désigner un être humain. Lorsqu'il est pris en charge par un médecin ou qu'il reçoit une attention médicale, il devient alors un patient Le dictionnaire Le Robert le définit comme: «une personne qui subit ou va subir des soins médicaux, une opération chirurgicale, malade qui est l'objet d'un traitement, d'un examen médical »⁹. Dans le même sens, la loi Belge relative à la protection du patient du 22 août 2002 offre la définition suivante : «le patient est la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés à sa demande ou non». Quant au Maroc, le législateur n'a pas donné une définition du patient.

D'autres termes en rapport avec la santé et la prise en charge médicale se doivent être rapidement précisés pour les distinguer du concept qui nous occupe essentiellement dans ce travail. Ainsi, le terme d'usager des services de santé ne s'applique pas seulement à la personne malade, il s'étend à la famille, aux proches, aux utilisateurs potentiels du service public. D'un point de vue juridique, l'usager renvoie au secteur de soins public uniquement, le terme de client à celui du secteur de soins privé.

⁸ Jacques Costils, *Réflexions sur le corps*, éditions Publibook, 2003, p 21

⁹ Voir Dictionnaire Le Robert au mot « patient ».

Quand au terme handicapé¹⁰, il renvoie à la personne qui souffre d'une limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience congénitale ou acquise provoquant une incapacité, permanente ou non, menant à un stress et à des difficultés morales, intellectuelles, sociales et/ou physiques...

Le terme de handicap renvoie également aux difficultés de la personne handicapée face à son environnement en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension. Il s'agit donc plus d'une notion sociale que d'une notion médicale. Ces limitations d'activité et de participation restent variables selon le contexte socio familial et les conditions de prise en charge médicale.

En France, la définition donnée par la loi française du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, définit le handicap comme suit dans son article 114 : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »¹¹.

Pour sa part, la loi marocaine n° 07-92 (1993) relative à la protection sociale des personnes handicapées définit le handicapé comme

¹⁰ Jean Albert, Ludivine Tomasso, Jean-Baptiste Merlin, article sur la protection juridique des personnes handicapées, 2010, Centre de Recherche international CRI-IRC

¹¹ Alexandra Grévin, Droit du handicap et procédures , éditions du Puits Fleuri, 2009, p 26

étant « toute personne se trouvant dans un état d'incapacité ou de genre permanent ou occasionnel résultant d'une déficience ou d'une inaptitude l'empêchant d'accomplir ses fonctions vitales, sans distinction entre handicapés de naissance et ceux qui souffrent d'un handicap acquis » (article 2).

S'agissant enfin du concept d' « infirme », dérivé du latin infirmus, il vise la personne qui souffre d'un v de conformation, perte d'un sens, suspension chronique d'une fonction de l'organisme. Cette distinction va nous permettre de délimiter le champ de notre analyse qui se focalise sur le malade, mais, parfois on va parler de patient dans le cadre des ses relations avec le système des soins.

Il va sans dire que l'objet de cette étude se focalise essentiellement sur le malade à travers l'analyse de ses droits, mais dans certains passages où seront abordées les relations entre les établissements de soins et les personnes malades, on utilisera le terme « patient ». De même, on ne manquera pas parfois d'employer en fonction du contexte les autres termes évoqués ci-dessus.

Aussi vieille que le monde, la maladie a fait l'objet, au cours de l'histoire, de représentations multiples et fluctuantes ; selon les idéologies et les espaces mais aussi selon la nature et la gravité de la pathologie, elle est perçue tantôt comme une malédiction du ciel, tantôt comme une illumination ou une faveur divine, tantôt comme un caprice de la nature, inspirant parfois, soit la crainte, l'horreur, le mépris ou le rejet, soit la pitié et la sollicitude¹².

Aujourd'hui encore les personnes malades au sein des sociétés sont parfois regardées avec dédain, méfiance, ou mépris, voire exclus temporairement de la vie sociale. Or. A peine est – il besoin de dire qu'aucun être humain ne peut s'estimer à l'abri de la maladie durant toute sa vie tant il est vrai que celle-ci peut toucher les plus forts comme les plus faibles, les plus riches comme les plus démunis, les plus cultivés comme les plus incultes, et qu'au delà de l'influence des facteurs biologiques et héréditaires, le mode de vie des sociétés modernes, ses problèmes, la détérioration de l'environnement, l'habitat insalubre, les accidents de la circulation, le réchauffement de la planète, l'hygiène et la sécurité du travail, les mauvaises habitudes alimentaires, sont autant de facteurs à conséquences nuisibles voir parfois désastreuses pour le corps humain qui peuvent directement ou indirectement affaiblir peu ou prou le corps et l'esprit¹³.

Il n'est pas donc surprenant que depuis la deuxième moitié du siècle dernier et sous bien des cieux, les droits des malades et la protection de la santé sont devenus un sujet de préoccupation et de

¹²Voir El Hila Abdelaziz : « la protection juridique du malade mental». Thèse de Doctorat, Faculté Mohamed V des sciences juridiques, économiques, et sociales, Rabat, Agdal, 1998-1999 P : 15

¹³ OMS, rapport de la commission macroéconomie et santé, 2009, P15.

réflexion non seulement des autorités publiques, mais aussi des divers chercheurs, sociologues, biologistes, politologues, économistes, juristes et bien sur les médecins ; tous comme ils sont devenus une préoccupation majeure de la communauté internationale. Il convient d'ailleurs de souligner que cette multiple dimension sera présente dans cette étude et servira souvent de référence dans l'analyse du dispositif national de protection des droits du malade.

Au Maroc, on constate que le sujet des droits du malade commence à prendre de l'ampleur sur la scène sociopolitique surtout avec la médiatisation des accidents et erreurs médicaux, l'augmentation croissante du nombre des associations qui veillent à la protection du malade et à la promotion de ses droits, et l'accroissement inquiétant de la morbidité.

Quand à la littérature juridique marocaine, elle est bien loin d'accorder au sujet des droits du malade l'attention qu'il mérite, la plupart des juristes le prenant pour une question accessoire ou l'envisageant par souci de curiosité¹⁴.

Or, ce désintérêt nous paraît inconvenant et inacceptable à l'heure où la protection de la santé et les droits du malade est à l'ordre du jour et où le monde entier y porte un intérêt accru dans la perspective des droits de l'Homme.

¹⁴ Sous réserve à notre connaissance, de quelques rares études universitaires récentes, notamment la thèse de doctorat soutenue à la fsjes Rabat- Agdal en 2012 et portant sur le droit à la protection de la santé.

C'est pour cela que les droits des malades sont au cœur d'un débat national en vue de l'élaboration d'une politique sanitaire citoyenne et participative¹⁵.

Ce sont précisément ces considérations et bien d'autres qui nous ont déterminé à opter pour le sujet de cette recherche, considérations qui donnent à l'étude à la fois son intérêt et son actualité, étant entendu qu'elle voudrait s'inscrire comme une contribution tendant à la valorisation de la personne malade et à la promotion de ses droits.

Certes, aborder la question des droits des malades peut sembler quelque peu téméraire, une cause difficilement défendable, voire perdue d'avance, d'autant qu'il s'agit de plaider en faveur du droit de tous les malades à des soins de qualité. Mais à bien des égards le jeu en vaut la chandelle.

D'abord, la société ne cesse de réclamer les droits fondamentaux des personnes malades ; accès au soin, dossier médical, indemnisation des accidents médicaux, notion de consentement... Il n'y a pas longtemps, c'était le rapport entre le médecin et la maladie qui retenait l'attention. Aujourd'hui les mentalités ont évolué. On se préoccupe de la relation entre le praticien et le patient. On s'est détaché d'une approche ancienne basée exclusivement sur le savoir pour privilégier une approche plus humaniste fondée sur la personne du malade.

¹⁵ Conformément à l'article 13 de la Constitution du Royaume, qui stipule que les autorités publiques doivent mettre en place des organismes de consultation, afin d'impliquer les différents acteurs sociaux dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques et en vue de préparer le colloque national sur la santé que le ministère envisage d'organiser ; le ministère de la Santé a lancé un programme de communication avec les citoyens sous le nom de «intidarat» pour recueillir les opinions et suggestions sur le secteur de la santé afin de les faire participer au développement de la Charte nationale pour la santé.

À cet effet, une page sur Face book a été mise en ligne par le ministère de la Santé pour recevoir les opinions des citoyens et professionnels de la santé.

On peut d'ailleurs, manquer d'observer que sous l'influence des scandales des erreurs médicales qui se multiplient depuis quelques années et qui font la une des medias, et à la faveur des efforts des associations de protections des victimes, la société civile est devenue de plus en plus sensible aux affaires de la protection de la santé et de la valorisation des droits des malades en particulier.

Ensuite, un pays en développement, comme le Maroc, les droits du patient sont loin d'être une priorité. La politique de santé ne met pas le patient dans le centre de ses intérêts, elle s'intéresse plutôt au financement et au coût de la santé, on remarque même des manquements dans l'édification et la gestion du système de santé.

En tout cas, le sujet de cette thèse ne saurait laisser personne indifférente eu égard aux enjeux que représente les droits des malades, des droits qui intéressent tout un chacun, même l'individu bien portant, dans la mesure où il risque un jour de tomber malade.

En somme, cette étude offre une riche matière à explorer et invite à situer l'analyse sur divers terrains où la personne malade postule des mesures de protections adaptées à sa condition particulière : (accès aux soins, prise en charge sociale, accès au médicament, hospitalisation, responsabilité médicale ...).

Sur ces divers aspects le droit marocain ne comporte pas un code d'ensemble (code de la santé), comme c'est le cas dans d'autres pays, mais des dispositions éparpillées dans différents textes de loi, (notamment, le code pénal, le code du travail, la loi sur la sécurité

sociale, le DOC....), en plus de quelques textes à objets spécifiques tels que la loi cadre n° 34_09 relative au système de santé et à l'offre des soins¹⁶ et le dahir de 1959 relatif à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux... .C'est dire que ce sont ces textes de loi et bien d'autres qui constituent le statut juridique du malade au Maroc.

Il reste alors à se demander comment le malade est protégé dans sa personne et s'il est suffisamment et convenablement protégé, est ce que le dispositif juridique en vigueur reconnaît au malade des droits permettant de le protéger et préserver sa dignité ? Lui assure t-il un traitement humain et des soins approprié au sein des services de soins ? Lui assure t- il des garanties suffisantes contre toute violation ou abus ? Lui réserve t-il une protection au titre de la responsabilité médicale adaptée à sa condition ? Mais aussi, notre système sanitaire offre t- il les conditions appropriées à la promotion et à la protection des droits des malades ?

Autant de questions essentielles auxquelles cette étude se propose de répondre. Pour ce faire, une analyse du cadre juridique et institutionnel de la protection s'impose à la fois sous l'éclairage des normes internationales, à la lumière des données médicales et parfois en égard aux solutions du droit comparé.

Cette démarche permet de percer à jour de nombreuses lacunes et insuffisances, qui entravent la protection des droits du malade.

Ainsi, l'étude se propose de montrer que les garanties tendant à préserver et à protéger les droits du malade restent faibles et insuffisantes

¹⁶ BO version française, n° 5962 du 21-07-2011.

et souvent précaires, qu'au delà des faiblesses des mesures juridiques, la protection de la santé du malade se heurte à l'insuffisance criante des moyens alloués au secteur de la santé.

De même à travers cette étude, notre souci est de démontrer que, malgré l'évolution du système de santé marocain et de la législation internationale en matière des droits de l'homme, la politique sanitaire actuelle, à travers ses mécanismes, ses institutions et ses structures, ne se suffit pas. L'imprégnation des innovations apportées par les systèmes européens lui permettrait de se parfaire en vue d'une effectivité et d'une réelle justiciabilité des droits des malades.

Du reste, l'absence d'une législation spéciale, l'apport dérisoire de la jurisprudence, l'insuffisance de la doctrine juridique en la matière, bien qu'ils constituent les premières difficultés de ce travail, nous poussent à poser plusieurs questions portant notamment sur l'étendue et les limites des droits du malade, les principes qui gouvernent la théorie de la responsabilité médicale, la preuve de l'erreur médicale et l'indemnisation des victimes....

Ce travail entend donc constituer un effort d'analyse et de réflexion en vue d'appeler à la protection et à la promotion des droits du malade tout en respectant ceux du professionnel dans un rapport de soins qui peut être contractuel ou réglementaire.

Dans ce sens, cette étude se propose d'adopter une démarche analytique et critique en abordant d'abord le cadre juridique et institutionnel comme base ou fondement de la protection des droits des malades, et en mettant ensuite l'accent sur la réalité de la promotion et de

la protection de ces droits dans le contexte sanitaire actuel au Maroc et sur les perspectives. D'où les deux principaux axes de cette étude :

Première partie :

Le cadre juridique et institutionnel des droits des malades

Deuxième partie :

La protection des droits du malade : réalité et perspectives

**Partie 1 : Le cadre juridique et
institutionnel des droits des malades**

Il va sans dire que l'étude des droits du malade est inconcevable sans une approche juridique qui consiste à recenser, analyser et apprécier les règles de lois et les normes internationales qui ont trait directement ou indirectement à ces droits (chapitre 1).

Toutefois si la dimension juridique doit dominer en raison de sa spécificité et de son importance pour notre sujet, le recours à d'autres instruments d'analyse d'ordre économique, social, démographique, culturel, politique, sociologique et psychologique s'impose.

Par ailleurs, cette analyse juridique reste insuffisante si elle n'est pas suivie d'une approche institutionnelle qui nous aidera à dresser l'inventaire des institutions, des mécanismes et des organismes dédiés à la promotion et à la protection des droits des malades, d'en apprécier les rôles et les réalisations : il s'agit du système institutionnel de la santé (Chapitre 2).

Chapitre 1 : Le cadre juridique des droits du malade

Il n'existe au Maroc aucun code ni loi particulière qui réglementent l'ensemble des aspects juridiques et techniques des droits des malades¹⁷. Pour tenter de cerner les différentes règles juridiques en la matière, il convient d'abord de se pencher sur un certain nombre de textes qui peuvent constituer l'assise des droits des malades, confortée d'ailleurs, sur certains aspects, par les principes déontologiques, voire sur les aspects ponctuels par l'effort jurisprudentiel (section 1).

Nous examinerons dans un second temps le référentiel international de reconnaissance des droits des malades qui reste une importante source d'inspiration pour le législateur marocain (section 2).

Section 1 : Le dispositif juridique national

La protection du malade au Maroc trouve son fondement dans différents textes juridiques à commencer par la Constitution, puis certains textes législatifs généraux, ensuite certains textes spéciaux, et enfin le code de déontologie médicale.

¹⁷ En France les droits des malades trouvent leur fondement juridique dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, cette loi établissant la notion juridique de droits des malades, elle instaure une meilleure représentation des usagers au sein des grandes institutions de la Santé et des Hôpitaux, invoque le « droit fondamental à la protection de la santé », exige le respect de la dignité de la personne malade; refuse toute discrimination dans les soins donnés, garantit le respect du droit à la vie privée et au secret médical et précise leur étendue et limites, fait allusion aux soins palliatifs, en déclarant que « Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. ». Cette loi vient pour compléter le Code de la santé publique et obliger les « politiques d'évaluation » de l'activité des établissements sanitaires à prendre en compte le droit des malades. Pour plus d'information consulter le site du ministère de la santé français: www.santé.fr

§ 1 - La Constitution

La protection de la santé est une problématique ancienne, présentant un intérêt capital, aussi bien pour l'individu que pour les pouvoirs publics. L'utilisation du terme santé est devenue très significative pour l'Etat car le capital humain représente une grande force, une énergie qu'il faut préserver et protéger. Le droit à la santé a tendance à devenir un droit constitutionnel dans plusieurs pays du monde, on va citer quelques exemples¹⁸ :

En France, Le droit de tout citoyen à la santé et à l'accès aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus et sa condition sociale est proclamé dans le préambule de la constitution de 1946 et garantis aux usagers par le système de protection sociale mis en place depuis lors. Par suite, le Code de la santé publique¹⁹ impose aux

¹⁸ La constitutionnalité du droit à la santé, document interne du ministère de la justice réalisé en 2009, non publié. P 8.

¹⁹ Le Code de la santé publique français, de 1953, a été refondu par ordonnance en 2000 pour la partie législative et par cinq importants décrets pour la partie réglementaire entre 2003 et 2005. Sa publication a entraîné l'abrogation simultanée de plusieurs centaines de textes désormais codifiés. Il comporte en six parties, elles-mêmes divisées en livres, titres, chapitres et articles :

- le droit des personnes en matière de santé (droit des malades hospitalisés ou non, droit bioéthique - le livre II bis introduit par la loi Huriet de 1988), environnement et santé) ;
- le droit particulier propre à certaines populations (mère - interruption volontaire de grossesse et aide médicale à la procréation - et enfant);
- le droit particulier propre à certaines maladies (maladies mentales, sida) et dépendances (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie);
- le droit des professions de santé (professions médicales, professions pharmaceutiques, auxiliaires médicaux);
- le droit des produits de santé (médicaments, produits apparentés dont cosmétiques et dispositifs médicaux);

établissements assurant le service public hospitalier d'être en mesure d'accueillir les patients de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement de santé.

En Allemagne, c'est la loi fondamentale de 23 Mai 1949 qui consacre particulièrement dans son article 6 alinéa 2 ce droit pour tous les citoyens, en plus particulièrement, précisant que « les soins à donner aux enfants... sont un droit naturel des parents et une obligation qui leur échoit en premier lieu. L'accomplissement de ce devoir est surveillé par la communauté nationale ».

La république italienne reconnaît le droit à la santé dans sa constitution du 27 décembre 1947 plus particulièrement à travers l'article 32 qui dispose que la république protège la santé comme droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité et elle garantit des soins gratuits aux indigents ».

En Algérie, le droit à la santé est prévu par la constitution adoptée par référendum du 28 novembre 1996 notamment dans son article 54 qui dispose que « tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé, l'Etat assure la protection et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques »²⁰.

Avant la récente réforme constitutionnelle de juillet 2011, le Maroc a connu, depuis son indépendance en 1956, cinq textes

-
- le droit des établissements et services de santé (droit hospitalier, laboratoires d'analyses de biologie médicale, transports sanitaires).

²⁰ Nathalie Destais, Le système de santé, Organisation et régulation, LGDJ, Systèmes, 2005, p 256 .

constitutionnels promulgués respectivement en 1962, 1970, 1972, 1992, et 1996. Malheureusement on ne retrouvait pas dans toutes ces constitutions une référence aux droits des malades que ce soit d'une manière expresse ou d'une manière tacite. Par exemple la constitution de 1996 ne contenait aucune disposition concernant le droit à la santé en général. L'article 13 indiquait seulement que : "les citoyens ont droit à l'éducation et au travail".

Certes, on peut dire que la référence au droit à la santé figurait au niveau des conventions et des pactes valablement signés et ratifiés par notre pays et qui font dès lors partie intégrante du corpus juridique marocain, étant précise que le royaume marocain a réaffirmé au niveau du préambule de la constitution de 1996 son attachement aux droits de l'Homme tels qu'ils sont universellement reconnus.²¹

Toutefois, la réforme constitutionnelle de 2011 est à considérer, à juste titre, comme étant l'outil idoine initiant le grand tournant de la démocratie sanitaire au Maroc.

Ainsi l'article 31 énonce 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 citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits :

- aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat ..., à un logement décent, à l'accès à l'eau et à un environnement sain, au développement durable. »

²¹ Conscient de la nécessité d'inscrire son action dans le cadre des organismes internationaux, dont il est un membre actif et dynamique, le Royaume du Maroc souscrit aux principes, droits et obligations découlant des Chartes des dits organismes et réaffirme son attachement aux droits de l'Homme tels qu'ils sont universellement reconnus.

Aborder les droits aux soins, à la protection sociale et à la couverture médicale est incontestablement une avancée constitutionnelle notable, d'autant plus que le même article 31 proclame d'autres droits essentiels qui conditionne la jouissance appropriée des droits susvisés à l'exemple du droit au logement décent et le droit à l'accès à l'eau et à un environnement sain.

Ainsi, l'accès aux soins de santé est désormais érigé en droit constitutionnel fondamental²² qui doit être garanti à tous (en particulier aux populations les plus démunies), d'autant plus qu'il constitue la base de tous les autres droits de l'être humain. Mais il va sans dire que cette garantie constitutionnelle impose des mesures concrètes pour sa réalisation²³.

D'ailleurs, le législateur marocain est appelé à suivre, compléter et renforcer cette avancée constitutionnelle par des textes de loi et des règles juridiques adaptés à la réalité et aux conditions de vie du citoyen marocain pour assurer une meilleure protection de sa santé.

²² « Axe III : La constitutionnalisation de tous les droits de l'Homme tels qu'ils sont reconnus universellement, avec tous les mécanismes nécessaires pour assurer leur protection et garantir leur exercice. De ce fait, la Constitution marocaine sera une Constitution des droits de l'Homme, un véritable pacte des droits et des obligations de la citoyenneté. ».Extrait du discours de sa majesté le Roi Mohammed VI du 17 juin 2011.

²³ l'instauration d'un système de santé qui place le citoyen en son centre d'intérêt, l'adoption d'une « charte nationale de la santé » définissant les politiques sanitaires à court, moyen et long terme, tout en leur allouant les moyens nécessaires, l'instauration d'une politique juste et adaptée en matière de ressources humaines, et une restructuration des services de soins avec mise à niveau des établissements sanitaires sur l'ensemble du territoire national afin de rendre l'accès aux soins qualitativement et spatialement équitable...

§ 2- les textes juridiques généraux

Ces textes ont trait, à travers quelques dispositions particulières, au volet de la responsabilité médicale qui ne manque pas de connexion avec les droits des malades. On sait que les victimes des accidents médicaux acceptent de moins en moins de ne pas être prises en considération par les tribunaux lorsqu'elles ont supporté les conséquences d'une erreur médicale. La désacralisation de la médecine a favorisé cette attitude et la responsabilité des médecins est de plus en plus mise en cause.²⁴

Il importe de rappeler qu'il n'existe pas des règles juridiques dédiées particulièrement à la relation médecin malade comme c'est le cas dans certaines législations étrangères. On ne trouve que des dispositions éparses dans des textes législatifs généraux comme le dahir des obligations et des contrats (DOC) et le code pénal qui peuvent être envisagées comme protégeant des droits des malades du point de vue de la responsabilité médicale civile et pénale.

A- Le D O C

Le dahir des obligations et des contrats²⁵, ne renferme pas de règles spécifiques au malade en rapport avec sa santé, son médecin, ou l'établissement de santé, ni celles qui réglementent le contrat médical, mais on y trouve des dispositions et des principes généraux qui peuvent certainement être adoptés et appliqués à ces situations.

²⁴ François PONCHON « Les droits des patients à l'hôpital » collection Que sais-je, édition PUF, 2003, p 57.

²⁵ Le dahir des obligations et des contrats a été promulgué le 30 août 1913 et publié au bulletin officiel n° 46 du 12 septembre 1913.

On sait que la portée réelle de l'engagement du médecin à l'égard de son patient est appréciée par le juge à travers la fameuse distinction entre les obligations de moyens et les obligations de résultat dans le cadre d'un contrat médical ou encore un contrat de soin. Compte tenu de la nature de l'activité médicale et des multiples réactions possibles du corps humain, on estime que le praticien n'est pas tenu d'obtenir le résultat recherché; il doit seulement déployer les moyens adaptés à cette fin, en disposant à son patient des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science médicale²⁶.

La responsabilité civile médicale peut être mise en œuvre sur la base des articles 77 et 78 du DOC, en mettant l'accent sur sa nature ou son caractère contractuel, délictuel ou quasi délictuel.

Dans ce sens, il s'agit d'une responsabilité qui se définit comme l'obligation pour un médecin qui a causé un préjudice à autrui d'en réparer les conséquences dommageables. La voie de la responsabilité contractuelle se résume en l'obligation du médecin de réparer un préjudice résultant du contrat médical, et l'indemnisation est basée sur l'inexécution d'une obligation contractuelle de ce praticien²⁷.

Cependant, pour mettre en œuvre la responsabilité médicale, il faut reprocher au praticien une faute personnelle, un fait d'autrui, ou le fait des choses dont il a la garde. A cet égard l'article 78 dispose que: « Chacun est responsable du dommage moral ou matériel qu'il a

²⁶ Angelo Castalsetta, Responsabilité médicale, Droit des malades, Dalloz référence, mai 2002, p 332.

²⁷ A. Boudahrain, Le droit de la santé au Maroc, L'harmattan, 1999, P 210.

causé, non seulement par son fait, mais par sa faute, lorsqu'il est établi que cette faute en est la cause directe. Toute stipulation contraire est sans effet. La faute consiste, soit à omettre ce qu'on était tenu de faire, soit à faire ce dont on était tenu de s'abstenir, sans intention de causer un dommage. »

Le manquement à l'engagement contractuel du médecin ne sera établi que lorsqu'on estimera que sa conduite est éloignée de ce que l'on peut attendre de n'importe quel confrère placé dans les mêmes circonstances. Les tribunaux marocains écartent d'ailleurs les fautes légères et exigent que la négligence reprochée soit "grossière", que la faute soit "lourde" et s'accuse par "des faits palpables et évidents", qu'elle "constitue en soi l'oubli des règles générales de bon sens et de prudence".²⁸

Pareille attitude a été observée pendant longtemps dans de nombreux pays et notamment en France. Mais le développement de la technologie, les progrès de la recherche médicale et la généralisation de l'assurance conduisent de plus en plus de législateurs et de juges à se montrer plus exigeants dans l'appréciation de la conduite professionnelle du médecin. La responsabilité contractuelle du médecin trouve son prolongement dans la faute commise par les personnes placées sous sa garde, notamment ses salariés et ses remplaçants, ou auxiliaires²⁹.

Ainsi, cette responsabilité peut notamment être engagée lorsqu'un infirmier ou un auxiliaire paramédical commet une faute

²⁸ Idem, p 140

²⁹ Voir Driouech Ahmed, la responsabilité civile du médecin, (en langue arabe) édition 2004, page 48.

occasionnant un préjudice à un malade dans l'accomplissement d'un acte préparatif ou à l'occasion de l'exécution d'un acte médical, de diagnostic ou de thérapie sous la responsabilité, la surveillance et le contrôle du médecin qui l'ordonne. Dans ce cas la responsabilité du médecin (commettant) se fonde sur la présomption de faute dans le mauvais choix du préposé ou dans la mal surveillance au moment de l'acte. La jurisprudence fait application dans, ces cas, de l'article 85 du DOC (c'est le cas, par exemple, de la responsabilité du chirurgien).

Quant à la responsabilité du fait des choses appartenant au médecin, elle est également engagée selon les règles de droit commun, en l'occurrence l'article 88 du DOC.

De toute façon, cette responsabilité comme les précédentes ne peut être engagée que si la faute médicale ou le fait dommageable est prouvé, d'où des difficultés au niveau de la réparation.

Par ailleurs, l'indemnisation des dommages causés dans le cadre d'un hôpital public constitue un système parallèle d'indemnisation réglé par la loi et la jurisprudence. En effet, à la différence de la médecine libérale, la responsabilité médicale au sein de l'hôpital public n'est pas de nature contractuelle ou délictuelle, mais elle est de nature administrative.

Ceci résulte du fait que la faute est commise dans le cadre du fonctionnement d'un service public et ayant pour victime un usager de ce service public.

Elle implique, au cas où elle serait retenue l'intervention de l'Etat pour indemniser les dommages causés par ses préposés au sein d'un service public. La responsabilité administrative médicale dispose au Maroc d'une base légale de droit commun, à savoir les articles 79 et 80 du DOC³⁰.

Mais ces règles restent lacunaires et insuffisantes pour protéger le malade dans le cadre d'une relation de soin, car le domaine de la santé est très technique, très vaste et compliqué, et nécessite une réglementation spéciale et détaillée pour en délimiter les contours.

En tout cas, on peut dire au vu des principes généraux du DOC dégagés ci-dessus, que le droit pour le patient ayant subi un préjudice par la faute du médecin d'engager la responsabilité civile de celui-ci n'est certainement pas dépourvu de base légale. La même observation vaut d'ailleurs en ce qui concerne la responsabilité pénale.

B- Le code pénal

Tout professionnel de santé, qu'il exerce dans le cadre libéral ou public, peut voir sa responsabilité pénale engagée devant les juridictions répressives à raison d'une faute commise dans l'exercice de son activité médicale.

³⁰ Article 79 :L'Etat et les municipalités sont responsables des dommages causés directement par le fonctionnement de leurs administrations et par les fautes de service de leurs agents.

Article 80 : Les agents de l'Etat et des municipalités sont personnellement responsables des dommages causés par leur dol ou par des fautes lourdes dans l'exercice de leurs fonctions.

L'Etat et les municipalités ne peuvent être poursuivis à raison de ces dommages qu'en cas d'insolvabilité des fonctionnaires responsables.

La responsabilité pénale du médecin en matière de santé peut être engagée en cas de violations des règles édictées pour la protection des individus et de la société, violations incriminées et sanctionnées par le code pénal. En établissement de santé, la mise en œuvre de la responsabilité pénale peut concerner toute personne qui y exerce une fonction, quelle que soit celle-ci.³¹

Les principes de la responsabilité valent ici quelle que soit la nature de l'établissement de santé. Autrement dit, les personnels des hôpitaux publics révèlent du même régime pénal que leurs collègues exerçant dans le secteur privé.

la responsabilité pénale, et en application du principe de légalité, ne peut être mise en œuvre que sur la base d'une faute dûment constatée par le juge pénal et conforme à une certaine qualification donnée par les textes du code pénal. En tout cas la faute pénale peut être prouvée plus facilement que la faute civile, dans la mesure où c'est le ministère public qui a en principe la charge de rapporter la preuve à la faveur d'une enquête policière et / ou d'une instruction judiciaire³².

Bien entendu, le médecin est censé donner au malade des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science. Mais lorsque par défaut de prévoyance ou de précaution, il occasionne par son intervention ou par des substances qu'il administre, soit le décès, soit une maladie soit une infirmité du patient, il en répond pénalement conformément aux articles 432 du CP (homicide

³¹D. Viney , L'indemnisation des accidents médicaux, , LGDJ 2008, p 28

³² Yves Henri leleu, G.genicot :«le droit médical, aspect juridique de la relation medecin-patient», 2009, p : 92-93

involontaire) et 433 du CP (les coups et blessures commis par maladresse, inattention, négligence ou inobservation des règlements)³³.

Par ailleurs, le médecin doit veiller au respect du secret professionnel, Cette obligation est protégée et garantie par l'article 446 du code pénal qui en sanctionne la violation³⁴.

A coté de ces incriminations, il existe bien d'autres qui peuvent dans les conditions légales viser le médecin ainsi que tout autre professionnel de soin c'est le cas de la non assistance à une personne en

³³ **Art 432** Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, commet involontairement un homicide ou en est involontairement la cause est puni de l'emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de 250 à 1 000 dirhams.

Art 433 Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, cause involontairement des blessures, coups ou maladies entraînant une incapacité de travail personnel de plus de six jours est puni de l'emprisonnement d'un mois à deux ans et d'une amende de 120 à 500 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement.

³⁴ **Art 446** du code pénal stipule que : « Les médecins, chirurgiens ou officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes ou toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions permanentes ou temporaires, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, ont révélé ces secrets, sont punis de l'emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de mille deux cent à vingt mille dirhams.

Toutefois, les personnes énumérées ci-dessus n'encourent pas les peines prévues à l'alinéa précédent :

1° Lorsque, sans y être tenues, elles dénoncent les avortements dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ou de leurs fonctions;

2° Lorsqu'elles dénoncent aux autorités judiciaires ou administratives compétentes les faits délictueux et les actes de mauvais traitement ou de privations perpétrés contre des enfants de moins de dix-huit ans ou par l'un des époux contre l'autre ou contre une femme et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ou de leurs fonctions.

Citées en justice pour des affaires relatives aux infractions visées ci-dessus, les dites personnes demeurent libres de fournir ou non leur témoignage ».

péril (article 431 du CP)³⁵, la discrimination³⁶, l'avortement³⁷ (article 449 du CP), la délivrance de faux certificats médicaux (article 364 du CP)³⁸...etc.

Toutes ces dispositions donnent aux malades des garanties supplémentaires et intimident les professionnels des soins pour ne pas commettre d'infractions et encourir les peines pénales et par là pour veiller au respect du corps humain et des droits du malade, mais leur application est confrontée à plusieurs obstacles qu'on va examiner au cours de la deuxième partie de ce travail.

³⁵ **Article 431** : Quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que sans risque pour lui, ni pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours, est puni de l'emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de 120 à 1 000 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement.

³⁶ **Article 431 – 1** : Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de l'origine nationale ou sociale, de la couleur, du sexe, de la situation de famille, de l'état de santé, du handicap, de l'opinion politique, de l'appartenance syndicale, de l'appartenance ou de la non appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée. Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales à raison de l'origine, du sexe, de la situation de famille, de l'état de santé, du handicap, ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée des membres ou de certains membres de ces personnes morales.

³⁷ **Article 449** : Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manoeuvres, violences ou par tout autre moyen, a procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, est puni de l'emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 120 à 500 dirhams. Si la mort en est résultée, la peine est la réclusion de dix à vingt ans.

³⁸ **Article 364** : Tout médecin, chirurgien, dentiste, officier de santé ou sage-femme qui, dans l'exercice de ses fonctions et pour favoriser quelqu'un, certifie faussement ou dissimule l'existence de maladie ou infirmité ou un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès, est puni de l'emprisonnement d'un à trois ans, à moins que le fait ne constitue l'une des infractions plus graves prévues aux articles 248 et suivants.

Le coupable peut, en outre, être frappé de l'interdiction de l'un ou plusieurs des droits mentionnés à l'article 40 pendant cinq ans au moins et dix ans au plus.

§3_ les textes juridiques spéciaux

Il s'agit ici d'examiner quelques textes de loi qui réglementent des secteurs bien définis en raison de leur spécificité technique et scientifique. Certains visent directement les droits du malade en l'occurrence, la loi relative à la protection des malades mentaux, la loi sur le système de santé et l'offre des soins, le code de la couverture médicale de base, d'autres touchent à ces droits par ricochet à savoir la législation environnementale, et la loi relative à la sécurité sanitaire des produits alimentaires....etc.

A_ La loi relative à la protection des malades mentaux

Au Maroc, la protection juridique des malades mentaux ainsi que la prévention et le traitement des maladies mentales sont régis par le dahir du 30 avril 1959³⁹.

Outre la question accessoire de l'administration provisoire des biens des malades mentaux hospitalisés, ce texte comporte essentiellement un dispositif axé sur l'assistance psychiatrique au moyen de l'hospitalisation des intéressés et de leur prise en charge médicale tout au long de leur séjour à l'hôpital à la fois pour leur assurer un traitement (qui peut se prolonger après leur sortie) et pour prémunir la famille et la société contre le danger potentiel présenté par certains malades mentaux.

Ainsi, y est - il prévu deux modalités de placement psychiatrique :

³⁹ Dahir n° 1-58-295 du 21 chaoual 1378 (30 avril 1959) relatif à la prévention et au traitement des maladies et à la protection des malades mentaux.(B. O. du 15 mai 1959). Voir annexe I.

- le placements dit « d'office » ordonné par le gouverneur ou par l'autorité judiciaire, lorsque le malade constitue un danger pour ses proches ou pour l'ordre public ou se trouve dans un état mental susceptible de mettre sa vie en danger. Les pachas, caïd sont également habilités à prendre des mesures nécessaires à l'égard du malade mental qui présente un danger imminent attesté par certificat d'un médecin ou la notoriété publique, conformément à l'article 17 dudit dahir.
- le placement « volontaire » fait à la demande du malade ou de toute personne agissant dans son intérêt. A cet égard, la demande d'hospitalisation doit être adressée au médecin chef de la province ou de la préfecture. Elle doit être, en outre, signée du demandeur et comporter des indications relatives à l'état civil, situation familiale...une sanction pénale est d'ailleurs édictée à l'encontre de toute personne qui sciemment, et dans l'intention de provoquer une hospitalisation injustifiée dans un service psychiatrique aura donné à un fonctionnaire public des renseignements erronés sur le comportement et l'état mental d'une personne (article 33).

Par ailleurs, une série de structures sont mises en place pour élaborer des plans et des programmes dans le domaine de la santé mentale, tel que le service central de la santé mentale relevant du ministère de la santé, auquel on ajoute les divers structures d'accueil, de traitement et réadaptation des malades mentaux, y compris les établissements psychiatriques publics et privés.

Ces établissements sont également chargés d'assurer la prise en charge et le suivi médical des patients pour lesquels l'hospitalisation peut être évitée ou écourtée grâce à des soins ambulatoires réguliers, notamment lorsque ces malades font l'objet d'une mesure de « mise en surveillance externe ».

Mais bien qu'on puisse admettre qu'il n'existe ainsi un dispositif légal particulier consacrant le droit pour les malades mentaux d'accéder à des prestations médicales, force est de souligner que la législation nationale en matière de protection de ces malades se révèle archaïque et insuffisante à l'épreuve de la réalité. Non seulement, il y a absence de dispositions réglementant les différentes pratiques médicales que peut subir le malade (stérilisation, intervention chirurgicale, sécurité...) et affirmant les droits des malades mentaux (protection de la liberté et de la dignité, droit à des soins de qualité, droit dans la mesure du possible de consentir au traitement, le droit à des conditions de vie décente au sein des services psychiatriques...), mais on constate également, une insuffisance en structures, et en personnel psychiatrique surtout en milieu rural⁴⁰.

Devant ces données alarmantes, et suite à un rapport fort critique du Conseil National des droits de l'Homme⁴¹, le ministère de la Santé est entrain d'élaborer une réforme du Dahir de 1959 relatif à la prévention et au traitement des maladies mentales pour assurer sa mise à

⁴⁰ El Hila Abdelaziz : « la protection juridique du malade mental » thèse doctorat, faculté des sciences juridiques, économiques et sociales Mohamed-V-Rabat-Agdal, 1998-1999, p : 67.

⁴¹ Le Conseil national des droits de l'Homme (CNDH) a tenu une conférence de presse pour présenter son rapport préliminaire sur « Santé mentale et droits de l'Homme : la situation des établissements hospitaliers chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales », et ce le mardi 11 septembre 2012, à son siège à Rabat. Premier en son genre au Maroc, ce rapport s'inscrit dans le cadre des prérogatives du CNDH en matière de protection des droits de l'Homme, notamment celles relatives aux « visites des (...) établissements hospitaliers spécialisés dans le traitement des maladies mentales et psychiques.. ». Il s'inscrit également dans le cadre des prérogatives du Conseil relatives à l'examen et l'étude de « l'harmonisation des textes législatifs et réglementaires en vigueur avec les conventions internationales relatives aux droits de l'Homme et au droit international humanitaire que le Royaume a ratifiées ou auxquelles il a adhéré, ainsi qu'à la lumière des observations finales et des recommandations émises par les instances onusiennes ». Voir le site: <http://www.ccdh.org.ma/>

jour, conformément aux conventions internationales dans le domaine des droits de l'Homme des personnes atteintes de maladies mentales.

B_ 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 29 rajeb 1432 (21 juillet 2011)⁴², la loi renferme un dispositif divers ayant trait au système sanitaire pratiqué dans l'ensemble des établissements affiliés au système de santé, aux droits et obligations de la population et des demandeurs de soins, au contenu de l'offre de soins selon et le type d'établissements sanitaires, à la carte sanitaire et aux plans régionaux de l'offre de soins. Cette loi a mis en place également des commissions de concertation dans le domaine sanitaire⁴³.

Elle 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 en érigeant d'emblée l'accès aux soins en droit humain, garanti par l'Etat conformément à la Constitution.⁴⁴

Aux termes de son article 2 : " Le système de santé Le système de santé est constitué de l'ensemble des institutions, des ressources et des actions

⁴² BO : version française, n° 5962 du 21-07-2011.

⁴³ Voir le texte intégral de la loi, annexe 2

⁴⁴ dans son article premier elle stipule que : « Conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 46 de la Constitution et considérant que le droit à la santé est un des droits humains fondamentaux, et en application des engagements relatifs à la santé, souscrits par le Royaume du Maroc dans le cadre des conventions internationales notamment le pacte international relatif aux droits économiques, 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. » .

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 oeuvre de ces principes incombe principalement à l'Etat." Pour sa part l'article 5 dispose : « les collectivités locales, les organisations professionnelles et les associations oeuvrant 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 ». Quant à l'article 6, il fixe les responsabilités de l'Etat en matière de santé, en ses termes « L'Etat a la responsabilité de la disponibilité du sang et des produits sanguins labiles. Il en assure la sécurité et la qualité. Il garantit la disponibilité et la qualité des médicaments et produits pharmaceutiques essentiels sur l'ensemble du territoire national et oeuvre pour faciliter l'accès aux médicaments.

Il définit les règles de sécurité et de qualité en matière de fabrication, d'importation, d'exportation, de distribution et de dispensation des médicaments et veille à leur respect et encourage le développement et la prescription des médicaments génériques.

Il définit les conditions de sécurité et de qualité des produits pharmaceutiques non médicamenteux et des dispositifs médicaux et veille à leur respect.

Il encourage et développe la recherche dans le domaine du médicament et des sciences médicales et sanitaires.

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 contribuer aux missions précitées ».

Le chapitre II de cette loi, consacré aux droits et devoirs de la population et des usagers des établissements de santé, énumère les attributions et les obligations de l'Etat en matière de santé, en précisant que " l'Etat prend les mesures nécessaires à la mise en oeuvre de ses engagements pris sur le plan international en matière de santé, notamment pour la définition des stratégies relatives :

- à l'information de la population sur les risques liés à la santé et sur les comportements et les mesures de précaution à adopter pour les prévenir ;
- à la protection de la santé et l'accès aux soins de santé appropriés disponibles ;
- au respect de la personne, de son intégrité physique, de sa dignité et son intimité ;
- au respect du droit du patient à l'information relative à sa maladie ;
- aux actions de lutte à entreprendre, avec le concours des organisations professionnelles et des associations oeuvrant dans le domaine de la santé, 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".⁴⁵

De plus, elle consacre dans l'article 15 le principe de la complémentarité entre le public et le privé dans le domaine de la prévention et de la santé publique⁴⁶.

La loi présente aussi la carte sanitaire qui définit le nombre de structures médicales (cliniques, laboratoires d'analyses médicales, pharmacies...) autorisées à s'installer dans une région donnée. La philosophie de la carte sanitaire consiste à déterminer les régions sous-médicalisées ou sous-équipées et des régions qui sont suréquipées, afin d'assurer une plus grande équité dans la délivrance des services de santé à toute la population.

Comme nous venons de le voir, cette loi édicte plusieurs mesures protectrices du malade et de là elle constitue une assise juridique essentielle de ses droits bien qu'elle n'ait pas encore le rôle qu'elle mérite dans les politiques publiques de notre pays.

Nous aurons l'occasion de développer plusieurs dispositions de cette loi à d'autres endroits notamment sous le chapitre suivant.

C_ le code de la couverture médicale de base

Au moment où le développement humain et social devient une priorité au Maroc, l'amélioration de la couverture médicale en est une condition sine qua non pour y aller de l'avant. Dans ce sens, le 4

⁴⁵ Voir article 7 de la loi.

⁴⁶ Un groupe de médecins spécialistes tente de faire du lobbying auprès du Parlement. L'objectif est de tenter un ultime recours pour dénoncer «le caractère anticonstitutionnel du texte auprès du Conseil constitutionnel». Voir le site de l'association marocaine des sciences médicales, www.smsm_maroc.com.

janvier 2005 Sous impulsion royale, la loi 65-00 sur la couverture médicale de base est venue consacrer le droit à la santé pour tous et le respect des principes d'équité et d'égalité des citoyens à l'accès aux services de santé et de qualité. L'entrée en vigueur de cette loi constitue, le parachèvement de l'expérience du Maroc en matière de couverture médicale et consolide ainsi les droits acquis par les citoyens marocains bénéficiant d'une assurance- maladie.

Dans ce cadre, ladite loi, institue une Assurance-maladie obligatoire de base (AMO) au profit des personnes exerçant une activité lucrative, les fonctionnaires, les titulaires de pension, les anciens résistants et membres de l'armée de libération et les étudiants. De même, cette loi a posé les jalons du régime d'assistance médicale (RAMED) fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie⁴⁷.

Le code de la couverture médicale de base⁴⁸ dispose dans son préambule : " 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 toutes les couches sociale de la population grâce à la prise en charge collective et solidaire des dépenses de santé...".

La garantie d'une bonne qualité des services de santé revêt une importance capitale. Il s'agit d'un «droit» acquis pour de nombreux

⁴⁷ Rapport de l'agence nationale de l'assurance maladie obligatoire, document interne, 2011, p 25

⁴⁸ B.O. N° 5058 Ramadan 1423 correspondant au 21.11.2005. Page 1334.

citoyens, y compris les bénéficiaires du Ramed⁴⁹. Pour ces derniers, la qualité des services de santé doit être la même que pour les affiliés de la CNSS et de la CNOPS.

En effet, les bénéficiaires du RAMED sont couverts sans aucune discrimination due à l'âge, au sexe et à leurs antécédents pathologiques ou à leurs zones de résidence. Les personnes en situation de pauvreté bénéficieront gratuitement du régime d'assistance médicale, tandis que celles en situation de vulnérabilité devront payer 120 dirhams annuellement par personne sans dépasser 600 dirhams par foyer⁵⁰.

Le panier des soins de santé prévu par ce Régime comporte les mêmes prestations couvertes par l'Assurance maladie obligatoire (AMO). C'est-à-dire l'hospitalisation, l'accouchement, les consultations spécialisées externes et de médecine d'urgence, les analyses de biologie et l'imagerie médicale (sauf scannographie). Sont également couverts l'exploration fonctionnelle, les évacuations sanitaires inter hospitalières en cas d'urgence et les actes de rééducation fonctionnelle⁵¹.

Des partenariats public-privé sont prévus, notamment dans les régions peu dotées en infrastructures publiques, ou en ce qui concerne les spécialités qui connaissent une demande accrue, ce qui a pour conséquence directe l'amélioration du niveau de la santé de la population et l'accès aux soins dans de bonnes conditions.

D_ La législation environnementale

⁴⁹ Voir le Livre III de la loi 65-00 relatifs au Régime d'assistance médicale et 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 relatives au régime d'assistance médicale.

⁵⁰ Voir le rapport précité, p 46

⁵¹ Idem p 47

Le droit à la santé étant, on le sait, le droit d'accéder au plus haut niveau possible de santé physique et mentale, est composé de deux éléments fondamentaux : les conditions de vie et les soins de santé. Il s'agit donc d'un droit global qui comprend non seulement les prestations de soins de santé appropriées 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 quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le droit de jouir d'un environnement sain⁵². Dans ce contexte on trouve plusieurs textes de lois⁵³ comme la loi relative à la

⁵² Droit cité par l'article 31 de la constitution.

⁵³ La période 2007-2011 a connu une intense activité législative et réglementaire ayant trait à la gestion et la protection de l'environnement :

- **loi n° 13-09** relative aux énergies renouvelables : vise à réglementer et développer le secteur des énergies renouvelables, définit les sources d'énergie renouvelables et le régime d'autorisation appliqué pour la réalisation d'installations de production d'énergie à partir de sources d'énergies renouvelables.
- **loi n°28-07** relative à la sécurité sanitaire des denrées alimentaires : précise les conditions dans lesquelles doivent être commercialisés les aliments pour animaux, les règles obligatoires d'information du consommateur, les instances en charge du contrôle et de la recherche, et les infractions et sanctions encourues en cas de non respect des règles édictées par la loi.
- **loi n°22-10** relative à l'utilisation de sacs et sachets en plastique dégradé ou biodégradable : interdit la fabrication pour le marché local des sacs et sachets en plastique non dégradé ou non biodégradable, leur importation, leur détention en vue de la vente, leur mise en vente, leur vente ou distribution à titre gratuit. La loi prévoit l'obligation de marquage individuel ou de l'impression sur ces sacs et sachets, pour informer l'opinion publique sur leur composition, leurs caractéristiques techniques et leur destination finale. Des sanctions administratives et pénales sont prévues en cas de non respect de la loi.
- **loi n° 36-09** relative à l'interdiction de la mise au point, de la fabrication, du stockage et de l'emploi des armes chimiques et à leur destruction : interdit, conformément à la Convention internationale sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication, du stockage et de l'emploi des armes chimiques, de mettre au point, de fabriquer, de stocker, de commercialiser, d'importer ou d'exporter des armes chimiques, quelles que soient leur origine, leur nature ou leur quantité.
- **loi n°33-10** relative à la sûreté et à la sécurité nucléaires et radiologiques et à la création de l'agence chargée d'en assurer le contrôle : a pour objet de mettre en place

lutte contre la pollution de l'air⁵⁴, La loi 11-03 relative à la protection et à la mise en valeur de l'environnement, la Loi 12-03 sur les études d'impact sur l'environnement, celle n° 10-95 sur l'eau⁵⁵ La loi n° 15-91 relative à l'interdiction de fumer et de faire de la publicité et de la propagande en faveur du tabac dans certains lieux⁵⁶. Outre qu'elles offrent un cadre juridique suffisamment clair et intégré en faveur de la protection de l'environnement, vecteur essentiel de développement durable et droit fondamental des générations présentes et futures, ces lois comportent des dispositions qui visent la protection de la santé publique et qui ne manquent pas d'influence directe sur les droits du malade qui a toujours besoin d'un environnement sain pour guérir et pour ne pas rechuter.

E_ la loi relative à la sécurité sanitaire des produits alimentaires⁵⁷

Suite à l'accumulation des crises alimentaires, de la vache folle à la grippe porcine en passant par la grippe aviaire, la sécurité sanitaire des produits alimentaires est devenue, ces dernières années, la préoccupation majeure des consommateurs. Ces derniers sont de plus en plus exigeants en matière d'hygiène et de plus en plus demandeurs de l'information sur le produit.

Ainsi, pour satisfaire à ces exigences et pour simplifier sa politique de sécurité alimentaire, Le Maroc a mis en place la loi n° 28-07 relative à

un cadre juridique dédié à la sûreté et à la sécurité nucléaires et radiologiques et de créer l'agence chargée d'en assurer le contrôle.

⁵⁴ BO 10 RABII I 1424 la loi 13-03 relative à la lutte contre la pollution de l'air

⁵⁵ BO 4325 24 RABII II 1416 du 20 septembre 1995.

⁵⁶ BO 4318-4Rabii I 1416 du (2-8-95)

⁵⁷Loi n° 28-07, promulguée par le Dahir n° 1-10-08 du 26 safar 1431 (11 février 2010) relative à la sécurité sanitaire des produits alimentaires. Bulletin officiel n° 5822 du 1^{er} rabii II 1431(18-3-2010).

la sécurité sanitaire des produits alimentaires promulguée par le Dahir n° 1-10-08 du 26 safar 1431 (11 février 2010)⁵⁸, ce nouveau dispositif ayant pour objectifs de :

- Protéger la santé du consommateur, en assurant la santé et le bien-être des animaux, des plantes et de l'environnement⁵⁹ ;
- Assurer la sécurité sanitaire des aliments en mettant en place des dispositifs de contrôle et de surveillance ⁶⁰;
- Assurer la traçabilité⁶¹ et l'information du consommateur tout au long de la chaîne alimentaire : de la production à la distribution, en passant par la transformation des produits.

A cet effet, la loi instaure trois principes essentiels :

- L'implication du secteur agroalimentaire primaire dans le dispositif de contrôle et de surveillance ;
- L'enregistrement de tous les acteurs du secteur ;
- L'exigence d'une autorisation ou d'un agrément d'exercer pour chaque acteur.

⁵⁸ BO n° Bulletin officiel n° 5984 du 8 kaada 1432 (6-10-2011)

⁵⁹ **Article 4 :** Aucun produit primaire ou produit alimentaire ne peut être mis sur le marché national, importé ou exporté, s'il constitue un danger pour la vie ou la santé humaine. De même, aucun aliment pour animaux ne peut être importé, mis sur le marché national ou exporté ou donné à des animaux s'il est dangereux.

⁶⁰ **Article 5 :** Afin qu'aucun produit primaire ni produit alimentaire ni, non plus, un aliment pour animaux ne constitue un danger pour la vie ou la santé humaine ou animale, ils doivent être produits, manipulés, traités, transformés, emballés, conditionnés, transportés, entreposés, distribués et mis en vente ou exportés, dans des conditions d'hygiène et de salubrité propres à préserver leur qualité et à garantir leur sécurité sanitaire.

⁶¹ Il s'agit d'exiger, des professionnels du secteur, de mettre en place des procédures et d'élaborer des documents d'enregistrement relatifs aux transactions commerciales entre les différents opérateurs (fournisseurs de denrées, entreprises revendeuses...etc). Ce système devrait, ainsi, permettre la circulation et la continuité de l'information sur les aliments à travers toutes les étapes de la chaîne alimentaire.

Cette politique applicable par tous les acteurs du secteur alimentaire, appelés également « exploitants du secteur », et mise en place par le Décret n° 2-10-473 du 7 chaoual 1432 (6 septembre 2011)⁶² pris pour l'application de certaines dispositions de la dite loi permet aux malade de s'assurer des origines de leur alimentation ce qui renforce les garanties de protection de leur santé et accélère le processus de guérison.⁶³

A coté de tous ce qui a été énoncé la déontologie représente une source incontournable de protection des droits du malade.

§ 4_ Le code de déontologie médicale

Force est de remarquer d'abord que le code de déontologie médicale marocain est issu d'un arrêté résidentiel en date du 8 juin 1953⁶⁴, et qu'il est toujours en vigueur alors qu'il est largement inadapté aux réalités actuelle de notre pays et surtout aux besoins nouveaux de la population qui souhaite avoir un bien être physique, mental et social, pour lequel le médecin a un rôle très important à jouer et des responsabilités à assumer.

Ce code de déontologie aborde successivement les devoirs généraux du médecin, leurs devoirs envers les malades, envers les collectivités, envers leurs confrères, et envers les autres professions de santé. Ce qui nous intéresse le plus ce sont les obligations du médecin envers ses malades et envers la société, bien qu'il y ait souvent une interférence et une interaction entre ces différents devoirs⁶⁵.

⁶² Bulletin officiel n° 5984 du 8 kaada 1432 (6-10-2011)

⁶³ Voir annexe n° 3

⁶⁴ BO n° 121 du 19- 6- 1953, page 828.

⁶⁵ Voir annexe 4

Le médecin est en général tenu de s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession de tout agissement de nature à déconsidérer celle-ci. Il doit toujours s'efforcer d'acquérir une situation exemplaire. Cette ligne directrice sert de trame aux autres obligations du médecin qu'il convient d'examiner brièvement.

A- L'obligation de porter secours aux personnes en danger

Un médecin doit porter secours en extrême urgence à tout malade en danger immédiat si d'autres soins médicaux ne peuvent pas lui être assurés. Sauf en cas de force majeure dont la détermination revient à la jurisprudence⁶⁶

L'interprétation de cette obligation n'est pas aisée car les notions « d'extrême urgence » et de « danger immédiat » sont difficiles à saisir et à prouver⁶⁷. En tout cas, cette obligation permet d'inciter le médecin à porter secours à autrui et sert de base légale aux obligations prescrites par les articles 3 et 7 du code de déontologie⁶⁸.

B- le secret professionnel

L'art 4 du code de déontologie qualifie ce secret d'absolu, en ses termes «Le médecin doit à son malade le secret absolu en tout ce qui lui a été confié ou qu'il aura pu connaître en raison de la confiance

⁶⁶ Il en va de même pour le cas fortuit et article 268 et 269 DOC en cas d'inexécution des obligations.

⁶⁷ P. Jourdain, A. Laude, J. Penneau, S. Porchy. Le nouveau droit des malades. Paris : Editions du Juris-Classeur, 2002:145p

⁶⁸ ART. 3. - Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat si d'autres soins médicaux ne peuvent pas lui être assurés.

ART. 7 : Un médecin ne peut abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur l'ordre formel et donné par écrit des autorités qualifiées.

qui lui a été accordée. ». Le secret couvre donc non seulement toute information parvenant du malade ou de son entourage mais aussi le dossier médical qui conformément à l'article 60 du règlement des hôpitaux⁶⁹ est constitué pour chaque patient hospitalisée dossier d'hospitalisation, ce dossier précise le même texte est la propriété de l'hôpital qui en assure la conservation. Dès la sortie du patient, le dossier d'hospitalisation est transmis au service en charge des archives médicales de l'hôpital. Le personnel de l'hôpital doit prendre toutes les mesures adéquates pour sauvegarder le caractère confidentiel des renseignements contenus dans le dossier d'hospitalisation. ». C'est dire que l'obligation au secret médical s'étend à tout le personnel qui entre dans le circuit médical, y compris les infirmiers et les sages femmes.

Mais, des dérogations à la règle du secret médical sont possibles et permises, c'est le cas du secret médical partagé entre plusieurs médecins qui traitent le même cas. Le partage du secret entre un médecin traitant et un médecin expert ou conseillé d'une compagnie d'assurance, par exemple, est admis dans le cadre du contrôle médical.

Toutefois, le médecin n'est pas tenu au secret médical devant la justice, les organismes de la sécurité sociale, ni en cas de certaines déclarations légales telles que la naissance, le décès, les maladies professionnelles et les accidents de travail⁷⁰.

Le secret médical connaît cependant un certain nombre de dérogations, notamment:

- Le droit du malade à connaître son état de santé: en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas

⁶⁹ Arrêté de la ministre de la santé, n° 456-11 du 2 rajab 1431 (6 juillet 2010) portant règlement intérieur des hôpitaux publié au bulletin officiel le 12 Rabii II 1432 (17-03-2011).

⁷⁰ Rajae Naji Mekkaoui, travaux d'une conférence sur la responsabilité et la déontologie médicale, 2011, la médiathèque, Rabat, le 15 Mars 2011.

à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au malade, sauf opposition de sa part.

- le médecin n'est pas tenu au secret médical devant la justice, et les organismes de la sécurité sociale, ni en cas de certaines déclarations obligatoires (naissance, décès, maladies contagieuses ou vénéneuses...)
- le secret médical après la mort : les ayants droit (héritiers) du patient décédé peuvent accéder au dossier médical dans certains cas.
- le secret médical en cas de médecine collégiale: c'est le cas du secret médical partagé entre plusieurs médecins qui traitent le même patient.⁷¹

L'obligation du secret professionnel à laquelle est tenu le médecin est le corollaire du respect de la dignité et de l'intimité du patient, valeur humaine fondamentale qui doivent être préservés lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et à tout moment de son séjour hospitalier.

C - Le respect du malade, la liberté de choisir son médecin et l'égalité aux soins

Le code de déontologie médicale énonce, entre autres, trois principes qui traduisent la reconnaissance de droits essentiels à la personne malade: le droit au respect par le médecin et tout le personnel

⁷¹ Voir Farid El bacha, la responsabilité civile du médecin, article publié in le matin Maroc du 16/03/2008, p8.

soignant, le droit de choisir librement son médecin et le droit à l'égalité de traitement et de soins.

Ainsi, alors que l'article 5 énonce que le patient est libre de choisir son médecin ⁷²et personne n'a le droit d'influencer ce choix, et que le médecin doit respecter le malade et préserver sa dignité en lui assurant un accès équitable aux soins, l'article 6 dispose pour sa part que: « Un médecin doit soigner ses malades avec la même conscience, quels que soient leur situation sociale, les sentiments personnels qu'il ressent pour eux, leur moralité, leur condition ethnique et religieuse. »

A noter que dans le même sens l'article 71 du règlement des hôpitaux précise que : « Le personnel de l'hôpital est tenu au respect de la dignité, de l'intimité, de l'appartenance ethnique, religieuse, politique, syndicale ou sociale des patients séjournant ou fréquentant l'hôpital. »⁷³.

Il va sans dire que le libre choix du médecin ne se vérifie que si le patient est bien informé non seulement des qualifications et des compétences du médecin mais aussi de la nature de l'intervention médicale et ses risques éventuels, d'où la nécessité de garantir aussi au malade le double droit d'être informé et de consentir au traitement qui lui sera dispensé ou prescrit.

D - Le droit d'être informé et de consentir librement à l'acte médical

Outres celles qui viennent d'être abordées, le code de déontologie médicale se borne à prescrire au médecin traitant les

⁷² Ce qui a vrai dire reste loin d'être effectif, dans le secteur de la santé publique où les malades sont obligés de respecter la hiérarchie de l'offre des soins et aussi la carte sanitaire et ils se retrouvent parfois devant des hôpitaux ou des centres de santé sans médecins et quand ils se dirigent vers l'hôpital provincial ou le centre hospitalier universitaire ils ne sont pas acceptés pour l'absence de la lettre d'envoi où encore pour l'incompétence territoriale.

⁷³Voir annexe 5

obligations suivantes dès l'instant où il a accepté de prendre médicalement en charge le malade:

- 1- Assurer aussitôt au malade tous les soins médicaux en son pouvoir et désirables en la circonstance personnellement ou avec l'aide de tiers qualifiés ;
- 2- Avoir le souci primordial de conserver la vie humaine même quand il soulage la souffrance ;
- 3- Agir toujours avec correction et aménité envers le malade et se montrer compatissant envers lui.⁷⁴

Mais, dans le code marocain de déontologie des médecins, comme, du reste, dans le code tunisien⁷⁵, il n'existe aucune disposition qui oblige le médecin à informer son patient et à solliciter son consentement préalablement à un acte médical.

Nous pensons que cela est dû au fait qu'il s'agit d'un code qui remonte à 1953 et qu'à l'époque, étant inspiré de l'expérience de son homologue français qui ne précisait pas une telle obligation, il allait de soi que le texte s'en inspirant n'allait pas l'inventer !⁷⁶.

Or, dans le code français actuel de déontologie médicale, à l'article 36, intégré, dans la partie réglementaire du code de la santé sous le numéro R. 4127- 36, il est énoncé que « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences... ».

⁷⁴ Art 23 code de déontologie, voir annexe 4

⁷⁵ Décret du 17 mai 1993 portant code de déontologie médicale, J.O.R.T. n° 40 des 28 mai et 1er juin 1993, p. 764

⁷⁶ Cette obligation figurerait dans un projet de texte actuellement à l'étude au Secrétariat général du Gouvernement

De cette disposition, il est clair que la volonté du patient est une condition préalable non avant tout acte, puisque s'il exprime un refus, le médecin ne saurait passer outre et doit prendre le soin de l'informer de ce qui peut en résulter sur son état de santé. Toujours est-il que le consentement du malade est requis.

Toujours dans l'optique comparative, notant qu'en Algérie, le consentement n'est exigé que lorsque l'acte médical présente un risque sérieux pour le malade avec cependant une possibilité pour le médecin d'agir lorsque le patient n'est pas en état de s'exprimer.

L'article 44 du code algérien de déontologie médicale précise en effet : « Tout acte médical, lorsqu'il présente un risque sérieux pour le malade est subordonné au consentement libre et éclairé du malade ou celui habilité par lui ou par la loi. Si le malade est en péril ou incapable d'exprimer son consentement, le médecin, le chirurgien dentiste doit donner les soins nécessaires ». ⁷⁷

On peut remarquer la prudence visiblement adoptée par le rédacteur de cet article. Tout en spécifiant la nécessité du consentement, il l'a subordonnée à l'acte médical présentant un risque pour le malade. Sans doute peut-on avancer que dans le cas où l'acte ne présenterait pas de risque, le consentement n'aurait pas lieu, et cela semble tout à fait probant ; mais à la réflexion, on peut soutenir que c'est l'issue défavorable au patient qui déterminera le degré du risque et, par voie de conséquence, que le consentement du patient devait être exprimé. En d'autres termes, ce n'est qu'en cas de contentieux que le problème du libre consentement serait posé⁷⁸.

⁷⁷ K. Benchekroun, Les droits du patient au Maroc : quelle protection ? Mémoire on line, faculté des sciences juridiques, économiques et sociales de Salé, 2007, p. 31.

⁷⁸ Mohammed Amine BENABDALLAH, Le principe du libre consentement du patient à l'acte médical, REMALD, n° 97, mars-avril 2011, p 6.

En tout cas, faute de disposition identique à celle de ses homologues français ou au moins algérien, force est donc de souligner que le cadre marocain de déontologie médicale ne reconnaît pas au patient le double droit d'être informé et de consentir librement au traitement. Négation qui est d'ailleurs confortée par l'article 3 du code qui énonce : « qu'après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse, surtout si la vie du malade est en danger, un médecin doit s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision. En cas de refus, il peut cesser ses soins... ».

Cette disposition, certainement empruntée à l'ancien code français de déontologie médicale, par trop imprégné des conceptions paternalistes de l'époque, a permis à la Cour suprême d'affirmer dans un arrêt du 26 mai 1994 que « lorsqu'un malade accède à un hôpital et lorsque son état de santé exige la réalisation d'une opération, son consentement ou non n'est pas pris en considération... »⁷⁹.

Néanmoins, si l'on retient de ce considérant que le juge a bien insisté sur la condition que l'état de santé du malade exige une intervention, c'est-à-dire, lorsqu'il s'agit d'urgence, on ne peut exclure à la légère l'obligation du libre consentement du patient à l'acte médical le concernant. En dehors de ce cas, il semble évident que le médecin qui impose sa décision aux résultats néfastes alors qu'il aurait pu requérir l'assentiment de son malade peut voir engager sa responsabilité⁸⁰.

Cela nous semble être dans la logique des choses ; elle se déduit de la relation contractuelle qui s'établit dès le déclenchement de l'auscultation du patient par son médecin.

⁷⁹ Arrêt cite par K. Benchekroun, op.cit. p 35.

⁸⁰ O. Azziman, La profession libérale au Maroc, Coll. de la faculté des sciences juridiques, économiques et sociales, Rabat, 1980, p. 362.

Au-delà de la morale et de l'éthique, il y a évidemment une relation contractuelle qui implique des obligations de chacune des parties contractantes. En termes juridiques, c'est le devoir du médecin d'exécuter les clauses du contrat consensuel, soit l'obligation de soins au bénéfice du malade, et, pour le patient, le devoir de s'acquitter de ce qui revient au médecin ou à son administration comme contrepartie convenue ou habituellement en cours. Sachant que le principe est que toute inexécution d'obligation peut entraîner la responsabilité de la partie défaillante⁸¹, on peut en déduire que du point de vue juridique, donc au delà du code de déontologie, le médecin est tenu à une obligation principale et à une obligation secondaire. Et, ainsi qu'on peut le voir, la première obligation suppose d'office la deuxième.

La première obligation du médecin consiste non point à garantir la guérison, mais à mettre en œuvre les moyens les plus adaptés à la situation, les plus à mêmes à aboutir à un résultat satisfaisant. Sans trop rentrer dans des détails⁸², au demeurant, sans grande utilité pour notre sujet, on retiendra que, voici déjà une soixantaine d'années, la jurisprudence marocaine avait décidé que la responsabilité du médecin ne se trouve pas engagée par la promesse de guérison faite avant l'opération⁸³. Néanmoins, bien que la tendance générale soit favorable à l'obligation de moyens, on ne perdra pas de vue que pour y satisfaire, l'obligation accessoire qui en est le corollaire s'avère une évidence.

⁸¹ L'article 263 du DOC « Les dommages-intérêts sont dus, soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, et encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de la part du débiteur ». L'article 264 explique « Les dommages sont la perte effective que le créancier a éprouvée et le gain dont il a été privé, et qui sont la conséquence directe de l'inexécution de l'obligation. (...) ».

⁸² On rappellera que l'obligation de moyens concerne toutes les professions médicales, à l'exception de la chirurgie esthétique de correction où la plupart du temps un résultat avec croquis à l'appui est promis. Voir L. Ben Sedrine Ech Cherif El Kettani, op. cit., p. 67 et 72.

⁸³ C.A.R. 29 janvier 1946, G.T.M. 1946, n° 976, p. 76

En effet, pour garantir au mieux les soins au patient, s'impose l'obligation de lui fournir toutes les informations et les renseignements qui lui permettent de connaître son état de santé et, en cas de besoin, donner son consentement ou le refuser à l'acte médical envisagé.

Aucun acte médical ni traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du malade⁸⁴.

L'information concerne également le coût des soins et les conditions de remboursement par les organismes sociaux.

D'ailleurs, les articles 110-111-113 du règlement intérieur des hôpitaux, évoquent clairement le devoir d'information du malade et de sa famille⁸⁵.

L'information du malade doit lui permettre de donner son « consentement libre et éclairé ». En ce sens l'article 57 du règlement des hôpitaux⁸⁶ dispose: « 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. ». Cette exigence légale suppose que le malade ait un discernement suffisant. A l'appui de ces informations, il lui appartient de prendre la

⁸⁴ Dr Benjelloun tazi Mohammed, l'information des malades, la revue médicale, n° 445, Novembre 2002, page 28

⁸⁵ « Le médecin chef du service ou les médecins en fonction dans le service doivent donner aux malades, dans le respect des règles du code de déontologie, des informations suffisantes sur leurs état de santé, les examens, traitements et soins proposés ». Art 111 du RIH. « Les membres de la famille d'un malade peuvent, si le médecin traitant le juge utile, être informés sur l'état de santé de leur parent et son pronostic, sauf opposition expresse du malade » Art 113 du RIH.

⁸⁶ Arrêté de la ministre de la santé, n° 456-11du 2 rajab 1431 (6 juillet 2010) portant règlement intérieur des hôpitaux publié au bulletin officiel le 12 Rabii II 1432 (17-03-2011); voir annexe 5.

décision la plus appropriée à son état de santé et ce avec l'aide du médecin.

Bien plus, l'article 59 du même règlement dispose que : « Les patients hospitalisés doivent être informés du nom et de la qualité des personnes appelées à contribuer au diagnostic de leur état de santé, à leur prodiguer des soins ou à veiller sur l'ordre et l'hygiène. Les patients sont informés préalablement de la nature des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner. Ces informations sont communiquées par les médecins traitants, s'ils le jugent utile, à la famille du patient sous réserve de l'accord préalable de celui-ci s'il est capable de l'exprimer. Le personnel infirmier participe à cette information dans son domaine de compétence et s'abstient notamment de donner des informations sur le diagnostic, le pronostic ainsi que l'évolution de l'état de santé. ».

Par ailleurs, à côté de ces textes de loi et de la déontologie, le Maroc a souscrit aux principes et règles du droit international qui représentent une autre source incontournable en la matière des droits des malades.

Section 2 : le cadre normatif international de reconnaissance des droits des malades

Le « corpus juris » international relatif aux droits des malades est très diversifié, il puise ce caractère de la diversité des instruments relatifs aux droits de l'Homme. A travers ce corpus, la proclamation des droits des malades a toujours occupé un rang élevé sur l'échelle des priorités internationales. Ce qui apparaît à l'examen des principaux textes relatifs au droits de l'homme, textes qui ont participé à l'amélioration et au renforcement de l'édifice juridique de notre pays en

matière de droits de l'Homme en général, mais aussi qui ont influencé la protection des droits du malade plus particulièrement.

Nous allons donc, essayer de faire un tour d'horizon sur les principales dispositions relatant les droits des malades à travers d'abord les textes à caractère général (§1) et ensuite ceux à caractère spécial (§2).

§1- les textes généraux

La notion de droits du malade est relativement récente dans le sens qu'elle découle directement des principes fondamentaux des droits de l'Homme⁸⁷ qui reconnaissent l'importance à accorder à l'intérêt et au bien-être de la personne. Cette reconnaissance est exprimée à travers diverses dispositions contenues dans la déclaration universelle des droits de l'Homme (DUDH) et dans le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux, culturels (PIDESC) mais aussi dans la constitution de l'OMS. se manifeste, entre autre, par le consentement aux soins, le respect de la vie privée, l'interdiction de toute forme de discrimination...qu'on va examiner à travers les dispositions de la DUDH, le PIDES et la constitution de l'OMS.

A- La déclaration universelle des droits de Homme

La DUDH⁸⁸ reflète les valeurs essentielles défendues par l'ONU, l'Assemblée Générale ayant proclamé ce texte comme « l'idéal

⁸⁸ adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 10 décembre 1948 à Paris au palais de Chaillot par la résolution 217 (III) . Elle précise les droits de l'homme fondamentaux. Sans véritable portée juridique en tant que tel, ce texte n'a

commun à atteindre par tous les peuples et toutes les nations afin que tous les individus et tous les organes de la société, ayant cette Déclaration constamment à l'esprit, s'efforcent, par l'enseignement et l'éducation, de développer le respect de ces droits et libertés et d'en assurer, par des mesures progressives d'ordre national et international, la reconnaissance et l'application universelles et effectives» (préambule de la DUDH).

Partant du principe de base que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. » (art 1) , le texte proclame plusieurs droits parmi lesquels, on trouve le droit à la protection de la santé. Ainsi, aux termes de l'article 25-1 : "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 nécessaire; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance, par la suite de circonstances indépendantes de sa volonté". De là, ce texte met en évidence la relation qui existe entre santé et bien-être ainsi que le lien qui existe entre d'autres droits, tels que le droit à la nourriture, le droit au logement, et le droit d'accès aux services médicaux et sociaux⁸⁹. C'est dire en somme

qu'une valeur d'une proclamation de droits. Cependant, à l'origine, 48 États sur les 58 participants devaient adopter cette charte universelle. Aucun État ne s'est prononcé contre et seuls huit se sont abstenus. Le texte, inspiré directement de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, énonce les droits fondamentaux de l'individu, leur reconnaissance, et leur respect par la loi. Il comprend aussi un préambule avec huit considérations reconnaissant la nécessité du respect inaliénable de droits fondamentaux de l'homme par tous les pays, nations et régimes politiques, et qui se conclut par l'annonce de son approbation et sa proclamation par l'Assemblée générale des Nations unies.

⁸⁹ La déclaration ne proclame pas un droit à la santé autonome et inhérent à la personne humaine, ni d'ailleurs un droit au meilleur état de santé ou aux meilleurs

que cet article adopte une vision large du droit à la protection de la santé comme droit humain fondamental, la santé étant envisagée, à juste titre, comme une composante d'un niveau de vie convenable et digne d'un être humain.

De là à dire que la protection de la santé et l'accès aux soins médicaux sont intimement liés au respect de la dignité⁹⁰, il n'y a pas à hésiter, sachant que celle-ci est proclamée au premier rang des valeurs fondamentales inhérentes à tous les membres de la famille humaine.

Cela dit, bien que sa valeur en tant que texte universel est mise en question, depuis quelques années, force est de souligner que la DUDH revêt une autorité morale indéniable, car non seulement elle constitue une référence de base pour les législations nationales, mais aussi elle a inspiré l'élaboration de plusieurs textes internationaux dont le pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁹¹.

B- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturel

Ce Pacte, adopté à l'unanimité par l'assemblée générale des nations unies le 16 décembre 1966, est entré en vigueur le 3 janvier

soins. Dans son article 25, elle considère que la santé ou plus exactement les soins médicaux constituent un élément du niveau de vie minimum auquel tout homme est en droit de prétendre, sa formulation est incontestablement réaliste, dans la mesure où, en pratique, l'état de santé d'un pays est étroitement lié à son niveau économique général. Elle a donc l'avantage de montrer que la notion de "droit à la santé" est souvent dépourvue d'effectivité dans les pays en voie de développement.

⁹⁰ Lors d'un discours prononcé à l'ONU en 1948, André Malraux disait que « le respect de la dignité est un principe fondamental et universel, que définir la dignité n'est pas facile, mais qu'il est parfaitement aisé de définir ce qu'est l'humiliation ».

⁹¹ A Elhila, Précis de droits de l'Homme dimension internationale et dynamique marocaine, édition Alomnia, Octobre 2008, p 36

1976⁹². Il constitue de par son article 12 la pierre angulaire de la protection du droit à la santé dans la législation internationale. Le paragraphe 1 commence par proclamer l'engagement des Etats parties à reconnaître « le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale quelle soit capable d'atteindre »⁹³ et la paragraphe 2 précise que les mesures qu'il incombe aux Etats de prendre en vue d'assurer le plein exercice de ce droit doivent notamment et nécessairement tendre à 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 et une aide médicale en cas de maladie.

⁹² Résolution 2200 A (XXI). Il est entré en vigueur après sa ratification par trente-cinq États le 3 janvier 1976. Dans les États monistes, il est applicable directement par les juridictions nationales. Le pacte a été signé par le Maroc le 19 janvier 1977 et ratifié le 27 Mars 1979. (BO n° 3525 du 21-05-1980).

⁹³ Lors de la rédaction de l'article 12 du Pacte, la troisième Commission de l'Assemblée générale de l'ONU n'a pas repris la définition de la santé contenue dans le préambule de la Constitution de l'OMS, pour laquelle "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". Toutefois, la formulation "le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre" figurant au paragraphe 1 de l'article 12 du Pacte ne se limite pas au droit aux soins de santé. Au contraire, comme il ressort du processus d'élaboration et du libellé spécifique du paragraphe 2 de l'article 12, le droit à la santé englobe une grande diversité de facteurs socioéconomiques. La mise en œuvre du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels – observation générale n°14 « Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint » MAI 2002 / www.aidh.org

Pour préciser et promouvoir la mise en œuvre de ces dispositions, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, organe de surveillance de l'application du pacte, a adopté en 2000 une observation générale sur le droit à la santé.

Dans cette observation⁹⁴, il affirme qu'entrent dans le champ du droit à la santé, 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 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 entendu, le droit à la santé suppose quatre conditions:

- La 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.
- L'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 à savoir la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique (abordabilité) et l'accessibilité de l'information.
- L'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.

⁹⁴ Voir le site officiel de l'ONU : www.onu.com

- La qualité. Les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

En outre, selon la même observation générale du comité de surveillance, le droit à la santé impose aux Etats une double obligation fondamentale: la satisfaction de l'essentiel du droit et l'adoption des politiques appropriées en matière de santé

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.

Les politiques nationales en matière de santé doivent reposer sur des stratégies et des plans d'actions qui répondent aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé; et qui 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, du reste, prendre des mesures conformes au principe de réalisation progressive tout en oeuvrant et en mobilisant les moyens disponibles aussi rapidement et aussi efficacement que possible, individuellement et dans le cadre de l'assistance et de la coopération internationales.

C- La Constitution de l'OMS et sa déclaration sur les Droits du malade

La Constitution de l’OMS ⁹⁵ adoptée le 22 juillet 1946, définit dans son préambule la santé comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité. L'article premier précise que "Le but de l'organisation mondiale de la santé est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible».

La possession du meilleur état de santé qu’il est capable d’atteindre constitue l’un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. 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.

Ainsi, les résultats atteints par chaque Etat dans l’amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous. L’inégalité des divers pays en ce qui concerne l’amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous. Le développement sain de l’enfant est d’une importance fondamentale ; l’aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement. L’admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé⁹⁶.

⁹⁵ La Constitution de l’OMS 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. mond. Santé, 2, 100) et est entrée en vigueur le 7 avril 1948. Les amendements adoptés par la Vingt-Sixième, la Vingt-Neuvième, la Trente-Neuvième et la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé (résolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 et WHA51.23) sont entrés en vigueur le 3 février 1977, le 20 janvier 1984, le 11 juillet 1994 et le 15 septembre 2005 respectivement;

⁹⁶ Voir le site de l’OMS : www.oms.com

Pour sa part, La déclaration de l'OMS pour la promotion des droits des patients de 1994⁹⁷ s'inscrit dans ce sens en reconnaissant plus particulièrement au malade les droits suivants :

- 1 / droit au respect de sa personne en tant qu'être humain;
- 2/ droit à l'autodétermination;
- 3/ droit à l'intégrité physique et mentale;
- 4/ droit à la sécurité de sa personne;
- 5/ droit au respect de sa vie privée;
- 6/ droit au respect de ses valeurs morales, culturelles;
- 7/ droit au respect de ses convictions religieuses et philosophiques;
- 8/ droit à la protection de sa santé par des mesures appropriées de prévention des maladies et de soins;
- 9/ droits aux moyens d'atteindre le meilleur état de santé possible.

Ces textes assurément importants sont complétés par d'autres à portée spéciale pour assurer une meilleure protection à certaines personnes dans des situations spéciales.

§2-les textes spéciaux

Depuis la mise en place de l'ONU, l'assemblée générale a adopté une profusion de textes spéciaux sous forme, notamment, de conventions, déclarations, recommandations et principes. En se limitant aux principaux textes à valeur juridique contraignante et comportant des dispositions en matière de santé, il convient de s'arrêter brièvement à la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention relative aux droits de l'enfant et la convention relative à la protection des personnes handicapées.

⁹⁷ Voir la déclaration de l'OMS sur les droits du malade en annexe7.

A- La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale⁹⁸

La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 21 décembre 1965. Les Etats parties s'engagent à œuvrer pour éliminer toutes les formes de discrimination raciale et à favoriser l'entente entre toutes les races.

Cette convention réaffirme que les droits de l'homme sont identiques pour tous sans distinction aucune, notamment de race, de couleur ou d'origine nationale. Outre qu'elle définit le racisme et impose aux Etats parties de s'abstenir de tout acte de discrimination raciale et de prendre des mesures appropriées pour lutter contre les discriminations raciales, elle énonce un certain nombre de droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels qui doivent être garantis sans distinction de race et instaure le principe du droit fondamental à engager une procédure de recours judiciaire contre tout acte de discrimination raciale.

Dans son alinéa 4 du paragraphe 2 de l'article 5⁹⁹, la convention institue en faveur des groupes raciaux et ethniques des garanties concernant la protection "du droit à la santé et aux soins

⁹⁸ Adoptée et ouverte à la signature et à la ratification par l'Assemblée Générale des Nations Unies dans sa résolution 2106 A(XX) du 21 décembre 1965. Entrée en vigueur le 4 janvier 1969, conformément aux dispositions de l'article 19. Le Royaume du Maroc a signé cette convention le 18 septembre 1967 et l'a ratifié le 18 décembre 1970; Et depuis 1972 le Maroc envoie des rapports périodiques au comité pour l'élimination de la discrimination raciale.

⁹⁹ Art 5 e) Droits économiques, sociaux et culturels, notamment : **I** / Droits au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail, à la protection contre le chômage, à un salaire égal pour un travail égal, à une rémunération équitable et satisfaisante; **II** / Droit de fonder des syndicats et de s'affilier à des syndicats; **III** / Droit au logement; **IV** / Droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux; **V** / Droit à l'éducation et à la formation professionnelle; **VI** / Droit de prendre part, dans des conditions d'égalité, aux activités culturelles;...

médicaux", ainsi qu'à la sécurité sociale et aux services sociaux. Ainsi aux termes de ce texte : « ...Conformément aux obligations fondamentales énoncées à l'article 2 de la présente Convention, les Etats parties s'engagent à interdire et à éliminer la discrimination raciale sous toute ses formes et à garantir le droit de chacun à l'égalité devant la loi sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale ou ethnique, notamment dans la jouissance des droits suivants : iv) Droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux;... ».

Le droit à la santé pour tous sans discrimination est ainsi clairement proclamé comme étant l'une des obligations fondamentales de tout Etat.

B- La Convention internationale relative aux droits de l'enfant

La Convention internationale relative aux droits de l'enfant de 1989¹⁰⁰, représente une avancée sans précédent dans la protection de l'enfance¹⁰¹.

¹⁰⁰ Adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies par sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989. Le Maroc a signé la Convention relative aux droits de l'enfant le 26 juin 1990 et l'a ratifiée le 21 juin 1993.

¹⁰¹ Cette Convention consacre 4 principes qui doivent subordonner la mise en œuvre de l'ensemble des droits qu'elle prévoit:

- La non-discrimination
- L'intérêt supérieur de l'enfant
- Le droit à la vie, à la survie et au développement
- Le respect de l'opinion de l'enfant

La Convention a été complétée en 2000 par deux protocoles. En 2011 un nouveau protocole a été signé c'est le Protocole facultatif concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés ;

- le Protocole facultatif concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants.

Premier texte international juridiquement contraignant en la matière, la Convention impose des obligations aux États qui l'ont ratifié¹⁰². Ainsi, les États parties sont tenus de respecter et de faire respecter l'ensemble des dispositions que consacrent ces instruments juridiques à travers leurs institutions de promotion et de sauvegarde de l'enfance tout comme ils doivent établir un cadre protecteur pour tous les enfants sur leur territoire, qu'ils relèvent ou non de leur juridiction, afin d'assurer le respect de tous leurs droits fondamentaux.

D'ailleurs, la Convention n'a pas manqué d'instituer un mécanisme de contrôle, le Comité des droits de l'enfant, qui a pour mission de surveiller la mise en œuvre de ces textes par les États parties¹⁰³.

Et pour ce faire, les États parties sont tenus de transmettre des rapports périodiques au Comité renseignant sur leurs efforts de mise en œuvre des dispositions de la convention ainsi que sur la situation actuelle des droits de l'enfant dans leur pays et les perspectives d'avenir.

S'agissant de notre sujet, cette convention consacre le droit de l'enfant à la santé à travers l'article 24 aux termes duquel : « 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 ». Le paragraphe 3 de l'article 3 dispose également que : « Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur

-
- le Protocole facultatif concernant l'établissement d'une procédure de présentation de communications.

¹⁰²Voir Guide des droits de l'enfant. Ministère de la justice et UNICEF. 2007.

¹⁰³ Idem p 34.

protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié ».

On peut aussi, faire mention de l'article 17 qui a trait à l'importance de la fonction remplie par les médias qui doivent veiller à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale.

Tout comme on peut faire mention de l'article 25 qui fait obligation aux Etats parties de reconnaître « à l'enfant qui a et placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental le droit à un examen périodique du dit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement ».

Quant à l'enfant handicapé, mentalement ou physiquement, la convention exige des Etats de lui assurer notamment le droit de mener une vie pleine et décente et de bénéficier de soins spéciaux... (Art 23). Protection qu'il convient d'ailleurs de conjuguer avec celle instituée par la convention relative aux personnes handicapées.

C- la convention internationale relative à la protection des personnes handicapées

Cette Convention a été adoptée le 13 décembre 2006 au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York lors de la soixante et unième session de l'assemblée générale des Nations Unies,

par la résolution 61/106, et a été ouverte à la signature le 30 mars 2007. Le Royaume du Maroc l'a ratifié le 8 avril 2009.

Elle est basée sur les principes suivants :

- a) Le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes ;
- b) La non-discrimination ;
- c) La participation et l'intégration pleines et effectives à la société ;
- d) Le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité ;
- e) L'égalité des chances ;
- f) L'accessibilité ;
- g) L'égalité entre les hommes et les femmes ;
- h) Le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité.

Cette convention protège le droit à la santé des handicapés à travers plusieurs dispositions. Ainsi l'article 25 met à la charge des Etats une série d'obligations à cet égard, en ses termes : « Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation. En particulier, les États Parties :

- Fournissent aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de

santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires;

- Fournissent aux personnes handicapées les services de santé dont celles-ci ont besoin en raison spécifiquement de leur handicap, y compris des services de dépistage précoce et, s'il y a lieu, d'intervention précoce, et des services destinés à réduire au maximum ou à prévenir les nouveaux handicaps, notamment chez les enfants et les personnes âgées;
- Fournissent ces services aux personnes handicapées aussi près que possible de leur communauté, y compris en milieu rural;
- Exigent des professionnels de la santé qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, notamment qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées concernées; à cette fin, les États Parties mènent des activités de formation et promulguent des règles déontologiques pour les secteurs public et privé de la santé de façon, entre autres, à sensibiliser les personnels aux droits de l'homme, à la dignité, à l'autonomie et aux besoins des personnes handicapées;
- Interdisent dans le secteur des assurances la discrimination à l'encontre des personnes handicapées, qui doivent pouvoir obtenir à des conditions équitables et raisonnables une assurance maladie et, dans les pays où elle est autorisée par le droit national, une assurance-vie;
- Empêchent tout refus discriminatoire de fournir des soins ou services médicaux ou des aliments ou des liquides en raison d'un handicap. »

Pour sa part, l'art 16 §4 de la convention dispose que : « ... Les États Parties prennent toutes mesures appropriées pour faciliter le rétablissement physique, cognitif et psychologique, la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes handicapées qui ont été victimes

d'exploitation, de violence ou de maltraitance sous toutes leurs formes, notamment en mettant à leur disposition des services de protection. Le rétablissement et la réinsertion interviennent dans un environnement qui favorise la santé, le bien-être, l'estime de soi, la dignité et l'autonomie de la personne et qui prend en compte les besoins spécifiquement liés au sexe et à l'âge. ». L'article 17 de sa part veille à protéger l'intégrité physique des personnes handicapées¹⁰⁴.

Notons au passage qu'avec la ratification de la convention internationale des droits des personnes handicapées (et de son protocole facultatif), le Maroc s'oriente vers le dépassement de l'approche purement solidaire et l'adoption d'une approche globale et intégrée qui interpelle la citoyenneté de la personne handicapée lui garantissant l'exercice de tous ses droits tels qu'ils sont proclamés par la convention.

Conclusion du premier chapitre :

Ce chapitre a surtout permis de relever que les droits des malades ont un champ très vaste qui comprend non seulement la

¹⁰⁴Art 17 : «Toute personne handicapée a droit au respect de son intégrité physique et mentale sur la base de l'égalité avec les autres. »

prestation de soins de santé appropriés en temps opportun avec le respect de tous les autres droits qui s’y rattachent tels que les droits à la dignité, à la liberté, et à l’intimité du malade, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une 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.

Les fondements juridiques de cette approche des droits des malades proviennent pour l'essentiel de quelques textes nationaux, mais aussi et surtout d'un certain nombre de textes internationaux relatifs aux droits de l'Homme. Reste alors à savoir quels sont les mécanismes et structures mis en place par notre pays pour promouvoir et assurer l'exercice de ces droits, et c'est l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 2 : le cadre institutionnel des droits des malades

Après avoir examiné le régime juridique des droits des malades, il importe à présent de se pencher sur les mécanismes et les dispositifs mis en place pour assurer la mise en oeuvre de ces règles, étant précisé que depuis l'indépendance, le Maroc a opté pour un modèle de santé où l'Etat est le principal acteur de la production des soins et

services, du financement des soins, du management des établissements et de la régulation du secteur.

L'objectif premier, voire fondamental, du système de santé étant l'amélioration de la santé de la population marocaine, celle-ci a connu au cours des 50 dernières années une amélioration qui s'est traduite par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, la diminution du taux brut de mortalité, la diminution de la mortalité infantile, infanto juvénile et maternelle et la diminution, voire l'éradication, d'un certain nombre de maladies dont les maladies cibles de la vaccination. Cependant, les niveaux atteints demeurent en deçà de ceux des pays développés et même de ceux de certains pays à développement socio-économique voisin de celui du Maroc¹⁰⁵.

Pour schématiser, on peut dire que le système de santé marocain a connu depuis l'Indépendance 3 grandes périodes de développement :

- Une première période consacrée à la mise en place des infrastructures de base, la rationalisation des ressources et la lutte contre les épidémies ;
- Une deuxième période relative au développement de l'offre et des programmes sanitaires ;
- Une troisième période caractérisée par l'ouverture du débat sur la réforme de santé et la quête du changement¹⁰⁶.

En dépit des efforts déployés par le secteur public et le développement rapide du secteur privé, non seulement la couverture sanitaire de la population connaît toujours des insuffisances en termes de capacité litière globale, concentrée dans les grandes villes du Royaume, limitant ainsi l'accessibilité aux soins notamment pour les populations

¹⁰⁵Salma Ihbabi, La gouvernance de la santé au Maroc, édition dar assalam, 2009, page 34

¹⁰⁶ Idem page 45

rurales, mais encore le système de soins souffre de multiples cloisonnements d'ordre fonctionnel et technique entre ses différentes composantes¹⁰⁷.

L'objet de ce chapitre est de présenter les acteurs et intervenants principaux dans la sphère de la santé afin d'en déterminer les rôles en matière de protection des droits des malades. Il s'agit notamment des acteurs publics (Ministère de la Santé, autres départements ministériels, collectivités territoriales...), de la société civile (ONG, associations, etc.) et du secteur privé, sans oublier le secteur de la médecine traditionnelle (section 1). A côté de ces acteurs nationaux, il existe une autre catégorie d'acteurs « supranationaux » qui influencent la gouvernance du système national de santé via les Organisations Internationales et les structures de coopération avec les pays étrangers (section 2).

Section I : les acteurs nationaux

Le système national de la santé se définit comme l'ensemble des relations humaines, matérielles, et financières ainsi que les institutions et les activités destinées à assurer la promotion, la protection et la réhabilitation de la santé de la population. Cet ensemble constitue l'offre de soins¹⁰⁸, à la fois publique et privée.

¹⁰⁷ Ibidem, page 35.

¹⁰⁸ Pierre Fauchon , Les droits des malades et la qualité du système de santé : (2001-2002) rapport de la commission des lois du Sénat du 16 janvier 2002 / 93 p.
Cote : JO 7

L'offre publique des soins est assurée principalement par les structures du Ministère de la santé¹⁰⁹. Ces structures comportent un réseau de soins de santé de base essentiellement ambulatoires, un réseau hospitalier avec des hôpitaux universitaires et non universitaires, et un ensemble d'instituts et laboratoires nationaux.

Les services de santé des Forces armées royales, les services de médecine scolaire et universitaire, les bureaux d'hygiène municipaux et communaux qui dépendent des collectivités territoriales, et les services de santé de certains établissements publics dont le statut n'est pas défini sont en outre rattachés à l'offre publique de soins de santé. Sans oublier les unités et services des divers départements administratifs (unités de préventions sanitaires collectives, unités de transport sanitaire, service de médecine pénitentiaire¹¹⁰).

¹⁰⁹ Les attributions et l'organisation du Ministère de la santé ont été révisées en 1994 et sont régies actuellement par le décret 2-94-285 du 17 jourmada 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 oeuvre 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 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 oeuvre 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. » . 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.

¹¹⁰ Voir Abdellah boudahrain, le droit de la santé au Maroc, édition l'Harmattan, 2005, page 36.

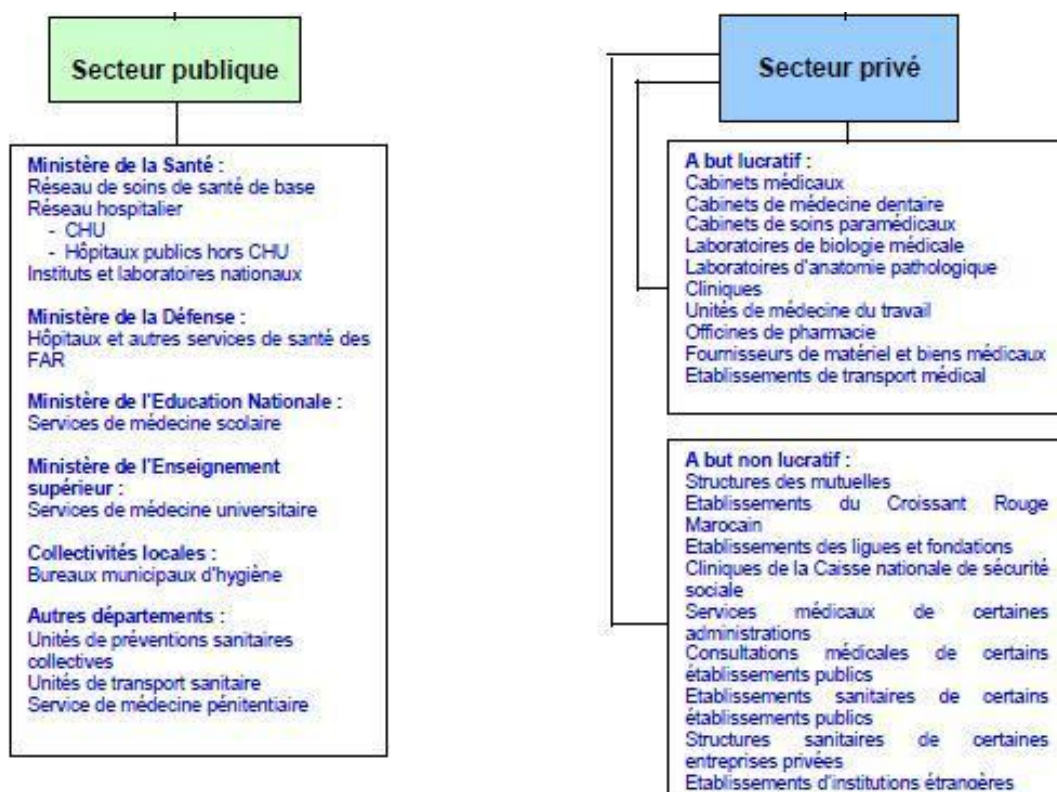
Pour sa part, l'offre privée de soins de santé est assurée par des cabinets médicaux, des cabinets de médecine dentaire, des cabinets de soins paramédicaux, des laboratoires de biologie médicale, des laboratoires d'anatomie pathologique, des cliniques, des unités de médecine du travail, des officines de pharmacie, des fournisseurs de matériel et biens médicaux et des établissements de transport médical.

Il existe aussi un secteur privé dit à but non lucratif qui n'est pas bien défini sur le plan légal et réglementaire et qui est constitué de structures sanitaires des mutuelles, des établissements du Croissant Rouge Marocain et d'établissements de ligues et de fondations.

D'autres structures participent à l'offre de soins. C'est le cas des cliniques de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) sans statut juridique défini¹¹¹, les services médicaux de certaines administrations, les consultations médicales et autres structures de certains établissements publics, des structures sanitaires de certaines entreprises privées et des établissements d'institutions étrangères. Il convient aussi de citer les agents de la médecine traditionnelle.

Pour schématiser, le système de santé au Maroc repose sur l'apport respectif du secteur public et du secteur privé, comme décrit dans la figure 1 ci-dessous, et dont nous allons passer respectivement en revue les structures essentielles.

¹¹¹ Abdelkrim Bennis, le système de soins de santé au Maroc : quelques éléments d'analyse de ses atouts et faiblesses, article publié sur le site de la SMSM : www.smsm.ma.



L'organisation du système de santé au Maroc

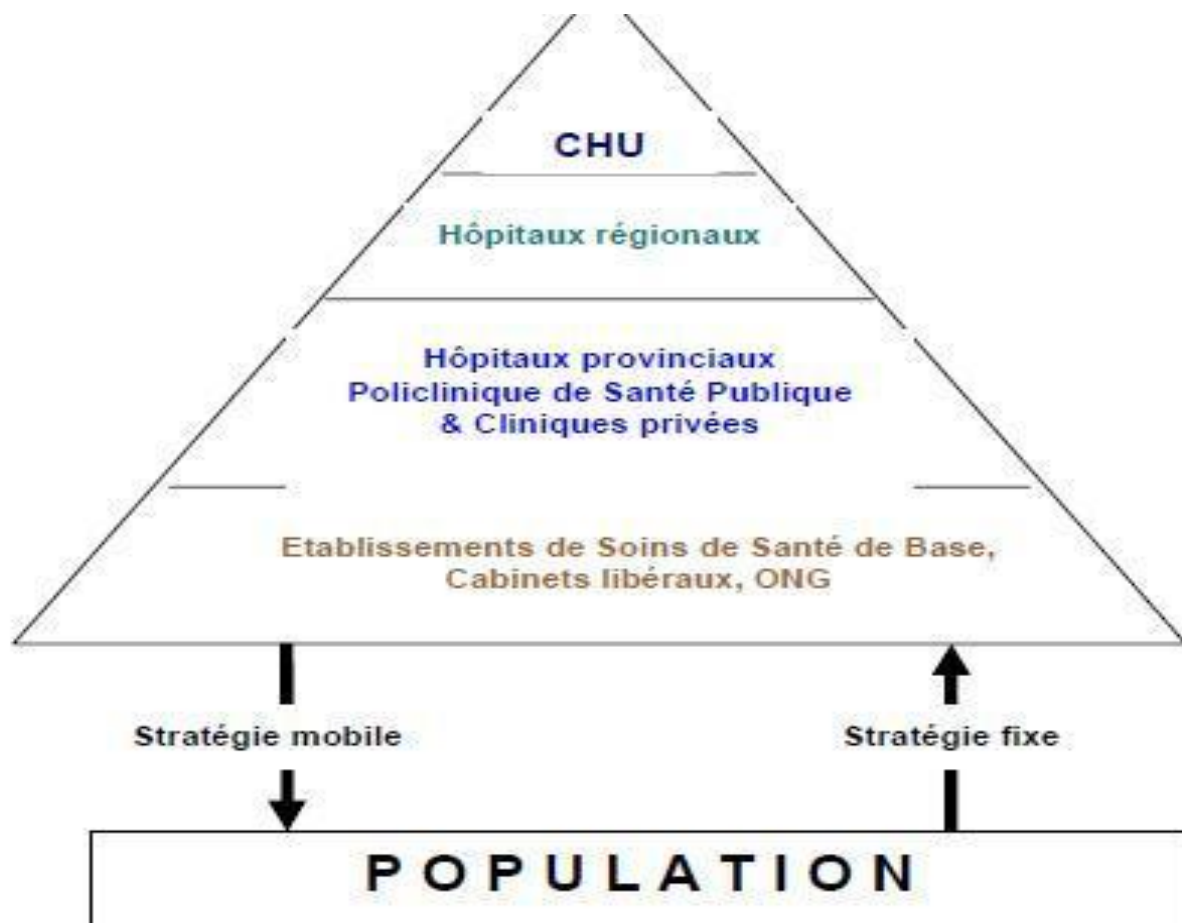
§ 1_ Les structures publiques

Au Maroc, l'offre de soins est organisée de façon pyramidale selon quatre niveaux de recours :

- Un niveau de premier recours (ou de première ligne) qui correspond à l'offre de proximité et qui est représenté par les établissements de soins de santé de base (ESSB) et les cabinets privés. Dans ce niveau de recours, l'offre publique de soins est organisée selon deux stratégies : une stratégie fixe où les prestations sont assurées par les ESSB (dispensaire rural, centre de santé communal avec ou sans module d'accouchement et les hôpitaux locaux) et une stratégie mobile où les prestations sont assurées par des infirmiers itinérants et des équipes mobiles.

- Un niveau de deuxième recours (ou de deuxième ligne) qui est représenté par les polycliniques de santé publique (PSP) ou les hôpitaux provinciaux et les cliniques privées.
- Un niveau de troisième recours qui comprend les hôpitaux régionaux qu'ils soient généraux ou spécialisés. Certaines cliniques privées spécialisées relèvent également de ce niveau de recours.
- Un niveau de quatrième recours qui est représenté par les centres hospitaliers universitaires (CHU).

La figure qui suit explique la pyramide d'offre de soins au Maroc :



Ainsi l'offre publique de soins est assurée principalement par les structures du Ministère de la santé. Ces structures s'organisent dans deux réseaux : le réseau de soins de santé de base et le réseau des établissements hospitaliers

A_ Le réseau de soins de santé de base (RSSB)

Il est constitué de 2689 structures réparties comme suit¹¹² :

- 1938 structures rurales de soins ambulatoires (une pour 8298 habitants ruraux) se répartissant en dispensaires ruraux, centres de santé communaux (dont ceux avec une unité d'accouchement),
- 76 hôpitaux locaux ruraux,
- 634 centres de santé urbains (un pour 28573 habitants citadins),
- 41 hôpitaux locaux urbains.

Le dispensaire rural est une formation sanitaire, sans médecin, dont l'action est ambulatoire.

Le centre de santé communal est la première formation sanitaire avec médecin en milieu rural, elle est implantée dans le chef lieu de la commune et doit assumer en plus des soins essentiels et des activités de protection de la santé maternelle et infantile, les consultations médicales et l'encadrement des dispensaires qui lui sont rattachés.

Le centre de santé communal avec unité d'accouchement est un centre de santé communal implanté dans le chef lieu du caïdat, auquel s'ajoute la fonction d'accouchement avec une unité de 10 à 30 lits¹¹³.

Le centre de santé urbain est une formation sanitaire de premier recours en milieu urbain, elle assure les soins curatifs essentiels, les activités de protection de la santé maternelle et infantile, les consultations médicales de médecine générale, de pédiatrie et gynécologie.

L'hôpital local est une formation sanitaire implantée dans le chef lieu du cercle, assumant en plus des fonctions de centre de santé communal avec unité d'accouchement, celles des soins curatifs

¹¹² Voir le rapport du MS sur les structures de soins au Maroc, document interne.2011

¹¹³ Voir A.Bennis, op cit

hospitaliers. Il dispose en plus d'une unité polyvalente d'hospitalisation d'une capacité de 25 lits et d'un dispositif pour effectuer des examens de radiologie et de laboratoire.

Le nombre des centres de santé urbain pouvant apparaître relativement réduit par rapport aux structures ambulatoires rurales peut s'expliquer par le fait qu'en milieu urbain, une partie importante des soins ambulatoires se font dans les hôpitaux.

Le Mode mobile : Ce moyen a été développé en raison des problèmes d'accessibilité aux structures fixes (configuration géographique, absence ou rareté des voies et des moyens de communication, régions enclavées...).

B_ Le réseau hospitalier du Ministère de la santé

L'hôpital est une formation sanitaire destinée à héberger des malades, des blessés ou des parturientes en vue de leur dispenser les prestations de diagnostic, de traitement et les soins d'urgences nécessités par leur état de santé. Au Maroc, les hôpitaux publics sont organisés selon une typologie qui repose sur trois critères: l'offre de soins, le mode de gestion et le niveau de recours. L'organisation des hôpitaux selon l'offre de soins : La nature de l'offre de soins permet de distinguer les hôpitaux généraux des hôpitaux spécialisés¹¹⁴.

1_ **L'hôpital universitaire** est un hôpital qui fait partie d'un centre hospitalier universitaire (CHU), destiné, en plus des soins à être le lieu de la formation pratique des médecins.

¹¹⁴ Lahlou asmae, Adéquation entre l'enseignement de la santé publique au Maroc et la situation épidémiologique, Thèse de doctorat en médecine, soutenue le 30/03/2012 à la faculté de médecine de Fés. P 35

2_ **L'hôpital régional** (qui peut être seul ou faire partie d'un groupe de un ou plusieurs hôpitaux généraux et spécialisés) comporte en plus des services des spécialités existantes à l'hôpital provincial, d'autres services de spécialités à vocation régionale.

3_ **L'hôpital provincial** (qui peut être seul ou faire partie d'un groupe de un ou plusieurs hôpitaux généraux et spécialisés) comporte en plus de la médecine de base, les spécialités suivantes: l'ophtalmologie, la dermato-vénérologie-léprologie, les maladies infectieuses, l'oto-rhino-laryngologie, la psychiatrie, la pneumo-phtisiologie, la cardiologie, la gastro-entérologie, la réhabilitation, l'endocrinologie, la rhumato-orthopédie et la réanimation médico-chirurgicale.

4_ **Un hôpital général** est un hôpital dans lequel s'exerce la médecine, la chirurgie générale, et d'autres spécialités dont la nature et le nombre varient selon qu'il soit provincial, régional ou universitaire.

5_ **Un hôpital spécialisé** est un hôpital qui comporte des services d'une seule spécialité ou de plusieurs spécialités regroupées.

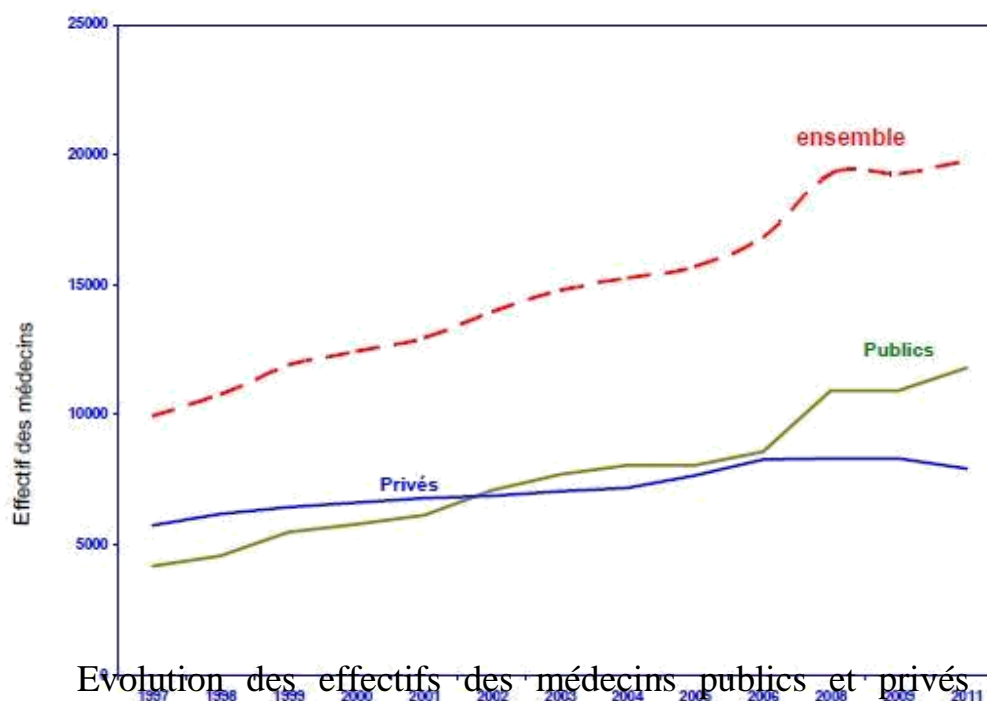
6_ **La polyclinique** de la santé publique est un hôpital général dans lequel s'exerce la médecine et la chirurgie générale, la pédiatrie et l'obstétrique avec une activité d'urgences. La polyclinique constitue le premier niveau de référence pour les établissements de soins de santé de base qui sont dans son rayon d'influence¹¹⁵.

Le réseau hospitalier du ministère de la santé compte 141 hôpital avec une capacité litière de 27326 lits, soit un lit pour 2328 habitants¹¹⁶. Le rythme d'évolution des médecins généralistes et spécialistes du secteur public, qui représentent 55% de l'ensemble des médecins exerçant au Maroc, est similaire pour les deux catégories.

¹¹⁵ A.lahlou, op cit, p 36.

¹¹⁶ Ministère de la santé, la santé en chiffres, édition 2012. p 15

Cette évolution peut s'expliquer par la médicalisation des ESSB en vue d'améliorer l'offre médicale de proximité d'une part et la création et/ou l'extension des hôpitaux et des CHU d'autre part, on compte 11812 médecins en 2011 dont 7934 médecins dans le secteur privé¹¹⁷.



Evolution des effectifs des médecins publics et privés pour la période 1997-2011_ source : la santé en chiffres 2012

Nonobstant, la répartition des structures publiques de soins de santé selon les régions est très inégale. De plus, l'accessibilité physique est difficile dans certaines zones. L'éloignement entre les populations et les structures de soins de santé de base est important en milieu rural où 31 % de la population habitent à plus de 10 km d'une formation

¹¹⁷ Voir la santé en chiffres édition 2012

sanitaires et seuls 28% habitent à moins de 3 km (données de 2007, non encore actualisées). Un mode d'action mobile par des infirmiers itinérants a été mis en place pour essayer de compléter la couverture par les structures fixes. Les performances de ce mode en terme de couverture et de contribution à l'offre de soins sont cependant faibles. Ceci est dû essentiellement à la diminution progressive du nombre d'infirmiers itinérants, à l'insuffisance des moyens de déplacement, aux conditions de travail et aux dysfonctionnements de l'organisation¹¹⁸.

C_ Les départements ministériels

Tous les départements ministériels contribuent à l'œuvre de la santé chacun dans la limite de ses compétences. Ainsi pour ne citer que quelques exemples, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Formation des Cadres et de la recherche scientifique s'occupe de la formation des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes, la recherche sur la santé, et l'information, le ministère de l'éducation nationale s'occupe de l'éducation du citoyen à travers son action d'appui à la scolarisation, à l'éducation préscolaire, au soutien aux élèves handicapés, et autres activités éducatives et socioculturelles notamment par la santé scolaire et l'hygiène scolaire. Le Ministère de l'Equipement et du Transport veille à l'amélioration de l'accessibilité et du transport vers les établissements de santé¹¹⁹.

Le Ministère de l'Agriculture veille sur la sécurité alimentaire, il assure, à travers le territoire national et les frontières, les mesures relatives à la surveillance et à la protection sanitaire ainsi qu'au contrôle

¹¹⁸ Plan économique et social 1999-2003.

¹¹⁹ Cherqaoui S, Tazi MA, Chaouki N. Rapport de l'enquête épidémiologique sur le tabagisme chez les jeunes scolarisés au Maroc 2002 :10 p

de la qualité des produits végétaux et animaux destinés à la consommation humaine ou animale. (Art.1 par.3 du décret 2-93-93 du 13 mai 93 relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère).

Le ministère de l'énergie, des mines, de l'eau et de l'environnement contribue à la protection de la santé (protection de l'environnement physique), à l'amélioration de la santé par l'aménagement du territoire, et à l'amélioration de l'hygiène et de la salubrité.

De son côté, le Ministère de l'Intérieur prête un précieux appui aux activités sanitaires : coopération anti-drogue, assure le suivi et coordination des études et travaux en matière d'eau potable, d'eau à usage agricole et assainissement solide et liquide et préparer en liaison avec les administrations concernées la normalisation appropriée de ces secteurs, et promouvoit les programmes destinés à l'amélioration des conditions de vie des populations rurales et qui contribuent à la réduction des disparités sociales et régionales sans oublier son rôle au niveau de la protection civile : promouvoir la prévention des risques et organisation et gestion des services de secours¹²⁰.

Par ailleurs, on peut signaler d'autres types d'intervenants, appartenant au secteur semi publique en l'occurrence les offices, tels que l'OCP, qui dispose de services de soins ; l'ONCF, l'ONE, l'ONEP qui fournissent des services ayant un impact direct sur la santé¹²¹.

C'est dire que les attributions confiées à ces différents départements et les rôles qu'ils jouent en matière de santé, soit directement ou indirectement, confirment la diversité des intervenants dans le système national de santé aux différents niveaux. Ceci implique la

¹²⁰ Idem, p 14

¹²¹ Dr NACIR BENANI, état et perspective de la médecine générale au Maroc article publié in l'économiste du 4_6_2009, N° 234.

nécessité de repositionner le rôle de l'Etat, et du Ministère de la Santé en particulier, de le doter des instruments requis pour lui permettre de jouer son rôle de régulateur et de catalyseur des interventions de l'ensemble des acteurs publics.

D_ Les Collectivités territoriales

Les pouvoirs publics au Maroc, ont mis en place, depuis l'indépendance, un processus de décentralisation permettant d'instaurer des services extérieurs de l'administration centrale en vue d'un encadrement de proximité des usagers du service public à travers un transfert d'une partie du pouvoir de décision à des agents locaux qui demeurent reliés hiérarchiquement à l'administration centrale, ce qui permet de rapprocher l'administration sanitaire de ses usagers, y compris les prestations de santé.

Avant d'aborder leur rôle, rappelons que la Constitution marocaine actuelle précise que les collectivités territoriales du Royaume dont les régions, les préfectures, les provinces et les communes constituent des personnes morales de droit public qui gèrent démocratiquement leurs affaires (art 135).

Placées sous la tutelle du ministère de l'intérieur, les collectivités territoriales constituent des entités distinctes de l'Etat et disposent de la personnalité morale et juridique leur permettant d'assurer des responsabilités territoriales ou techniques spécialisées, contrairement aux services périphériques qui constituent en fait un prolongement de l'Etat et qui se voient attribués des compétences dans le cadre du processus de déconcentration¹²².

¹²² Voir, Assia serghini, Le droit administratif : l'organisation administrative, édition dar assalam, 2012, p 45.

Dans le cadre du processus de décentralisation entrepris par le Maroc, les principes de bonne gouvernance se retrouvent aussi bien au niveau de la Charte Communale du premier octobre 1976 qu'au niveau de la loi relative à l'organisation de la région¹²³.

Néanmoins, malgré les motivations stratégiques véhiculées à travers la loi relative à la régionalisation au Maroc, les actions menées au niveau du terrain dans ce sens demeurent en deçà des attentes des pouvoirs publics. Les transferts des compétences de l'Etat aux régions n'ont pas été accompagnés par un transfert de ressources requises pour la promotion du développement économique et social de la région¹²⁴.

En relation avec le système national de santé, les collectivités territoriales ont des rôles bien définis par les textes qui les organisent. Ainsi le Conseil Régional (CR) peut exercer des compétences propres et d'autres qui peuvent lui être transférées par l'Etat. Dans le premier cas, selon l'article 7 de la loi relative à l'organisation de la région, nous pouvons citer :

- L'élaboration du plan de développement économique et social de la région,
- L'élaboration du schéma régional d'aménagement du territoire,

¹²³ En effet, la Charte Communale et la loi sur la région introduisent déjà le principe de la participation du citoyen dans les organes de gestion des affaires communales et régionales à travers un processus démocratique d'élection des membres composant les instances décisionnelles. De plus, la région est considérée, comme un espace de « débat, de concertation, et de formation à la chose publique ». Elle vient conforter la décentralisation non seulement en instituant une nouvelle collectivité locale dans la plénitude de ses prérogatives, mais également en mettant au service de la régionalisation toutes les potentialités que recèlent la déconcentration. La région est donc un lieu de gouverne pour mieux réguler l'ensemble des interventions des différents acteurs de la région dans un but d'assurer une administration de proximité, rapprocher celle ci davantage des citoyens et réduire les méfaits de la routine administrative.

¹²⁴ Wajih maazouzi, la vision de la santé en 2020, document interne du ministère de la santé, voir le site su ministère : www.santé.gov.ma

- L'adoption de mesures en matière de formation professionnelle et protection de l'environnement, la promotion du sport, de la solidarité sociale, etc.

Dans le second cas, selon les articles 8 et 9, il s'agit de la réalisation et de l'entretien des hôpitaux et des établissements universitaires (faculté de médecine) ; des équipements d'intérêt régional ; de la possibilité de recours à des conventions pour entreprendre des actions de coopération nécessaires au développement régional.

Quant aux attributions des communes urbaines et rurales qui peuvent concerner la santé, elles ont trait notamment à la définition du plan de développement économique et social, à l'acquisition d'équipement, (article 30, dahir de 1976), et à la délibération sur les règlements généraux de construction et d'hygiène (article 31)¹²⁵.

Nul n'ignore aujourd'hui que la décentralisation est un moyen d'amélioration de la gouvernance. Elle comporte un enjeu politique important qui se manifeste par la recherche permanente d'un équilibre entre deux tendances antinomiques : une tendance favorisant le renforcement du pouvoir central et une autre privilégiant l'épanouissement de la diversité locale¹²⁶. En matière de santé, les collectivités territoriales participent de manière directe au système national de santé, par la prise en charge d'une bonne partie de la promotion de la santé. Etant donné leur proximité de la population et étant donné leurs attributions générales et celles spécifiques au domaine de la santé, les collectivités territoriales constituent un acteur stratégique incontournable dans la promotion du système national de santé et particulièrement au niveau des territoires qui les concernent.

¹²⁵ Ali sedjari, le devenir de la ville, édition GREFF, 2010, P56.

¹²⁶ Pour plus de détails sur ce sujet, voir Ali sedjjari, la gouvernance administrative et la régionalisation, édition Manhattan, 2012, P35

E_ Les instituts et les laboratoires nationaux

Ils sont assimilés à des services centraux de santé publique. On se limite ici à en faire une simple énumération¹²⁷, car on va reprendre ceux qui nous intéressent particulièrement au deuxième chapitre de la deuxième partie de ce travail:

- 1- L'institut national d'hygiène (INH)
- 2- Le centre national de transfusion sanguine et d'hématologie (CNTSH)
- 3 – Le centre national de radioprotection
- 4- L'Institut national de l'administration sanitaire (INAS)¹²⁸
- 5- Le centre anti-poison et de pharmacovigilance du Maroc MAROC (CAPM)¹²⁹.
- 6- Le laboratoire nationale de contrôle des médicaments (LNCM)¹³⁰
- 7- L'institut pasteur¹³¹
- 8- Le laboratoire national de virologie (INV)¹³²

¹²⁷ Ministère de la santé, initiation à la médecine sociale, plan 2010-2011, document interne

¹²⁸ C'est une institution spécialisée pour la formation des cadres supérieurs (médicaux, paramédicaux et administratifs) dans le domaine de l'administration sanitaire et santé publique pour répondre aux besoins du Ministère de la Santé et d'autres organismes publics et privés .

¹²⁹ Créé en 2001. Il assure une fonction de vigilance et d'alerte sanitaire. Ses objectifs sont : La diminution du nombre total d'intoxications, La réduction du décès et des séquelles toxiques par l'amélioration de la prise en charge du patient intoxiqué

¹³⁰ Inauguré en 1969. Il procède à l'analyse et à l'inspection des médicaments et produits de pansement. Conseil de Ministre de la santé dans le domaine de contrôle des médicaments...etc

¹³¹ Chargé de la fabrication et de l'importation, exportation des sérums et vaccins à usage humain. Il procède à des expertises et analyses biomédicales. Il procède à des recherches sur un certain nombre de maladies bactériennes, virales et parasitaires

§2_ Les Structures Privées

Le rôle de l'Etat dans l'exclusivité de l'offre des soins a changé depuis ces dernières années. On exige dans une mesure croissante des services de qualité, que l'Etat n'est pas toujours en mesure d'offrir au vu des moyens disponibles, pas plus qu'il ne peut répondre à toutes les demandes. Il faut donc reconnaître le rôle que peut jouer le secteur privé comme prestataire des soins et des services de santé d'une part, et comme fournisseur de biens et services connexes (médicaments, équipement médical) d'autre part.

Le secteur privé englobe tous les cabinets de consultation, de diagnostic ou de soins exerçant sous un régime libéral. Ce secteur s'est bien développé au cours des vingt dernières années, l'augmentation nette des médecins installés dans le secteur libéral est en rapport avec, d'une part le grand nombre de médecins formés et non recrutés par le ministère, ceux qui quittent la santé publique pour des raisons d'équipement et de rémunération, et d'autre part les docteurs en médecine de retour de l'étranger.

Tableau présentant la répartition des Médecin du secteur privé selon la spécialité en 2011- Ministère de la santé, rapport de la santé en chiffres.

Médecine Générale	4 109
-------------------	-------

¹³² Il s'occupe de la surveillance, de l'isolement et de l'identification des virus (poliomyélite, grippe en particulier).

Chirurgie Générale	400
Autres specialties	3 808
Total des Médecins	8 317

Mais ces médecins restent davantage localisés dans les grandes agglomérations urbaines et très rarement dans le milieu rural. Le Maroc compte aujourd'hui plus de 230 unités privées qui ne représentent toutefois que 15% de la demande totale en matière d'équipements médicaux.

Ce secteur comprend :

- **Le secteur privé à but lucratif** : Il est représenté par les cabinets médicaux, les cliniques¹³³, les cabinets de médecine dentaire, les officines de pharmacie, les opticiens prothésistes, etc.

- **Le secteur privé à but non lucratif** : Il réunit des unités de soins relevant des structures particulières:

- **La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)** : En vertu du Dahir du 12 Novembre 1963, les sociétés mutualistes sont des groupements à but non lucratif qui, au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener une action de prévoyance et de solidarité.

¹³³ les cliniques concernent « tout établissement poursuivant un but lucratif ou non, ayant pour objet d'accueillir des personnes, notamment les malades, les blessés et la parturientes, afin de les examiner ou de leur dispenser des soins pendant la durée appropriée à leur état.» Sont également assimilés à une clinique les centres d'hémodialyse, les centres de radiothérapies et les centres de chimiothérapie, ainsi que les établissements dits "maisons d'accouchement", "centres de thalassothérapie", "centres de soins", "centres de cure" et autres établissements recevant de personnes pour une période supérieure à 24 heures afin de leur dispenser des soins. « Le projet d'ouverture, de réouverture ou d'exploitation d'une clinique est soumis à une autorisation administrative préalable »

L'effectif global des affiliés a dépassé en 2010 les 550 000; le nombre de personnes prises en charge et les retraités excèdent les 2,5 millions. La CNSS dispose actuellement de polycliniques d'une capacité de 1092 lits¹³⁴.

- **La caisse nationale de prévoyance sociale**

Elle comprend :

- M.G.P.A.P.M : Mutuelle générale du personnel des administrations publiques au Maroc.

- Fraternelle : Société fraternelle de secours mutuels et orphelinat du personnel des services civils de la sécurité publique.

- P.T.T : Mutuelle générale des P.T.T.

- DOUANES : Mutuelle générale des douanes et impôts indirects au Maroc.

- F.A.R : Mutuelle autonome des Forces Armées Royales.

- F.A : Mutuelle des Forces Auxiliaires.

- M.G.E.N : Mutuelle générale de l'éducation nationale.

- M.O.D.E.P : Mutuelle de l'office de l'exploitation des ports.

- **L'OCP , L'ONCF, L'ONE, L'ONT, L'ONEP** Et autres établissements publics.

Ils disposent d'une infrastructure sanitaire, mais ils ont une visée essentiellement curative¹³⁵.

Cette présentation étant faite, l'analyse du secteur privé permet de constater l'absence d'une vision globale intégrant

¹³⁴ Dr L.hssissen , Dr L.karboubi ;CHU Ibn Sina Rabat ; santé Maghreb.com ; Février 2011.

¹³⁵ Ministère de la Santé. Santé en chiffre édition, 2012.

l'ensemble des intervenants de ce secteur dans le système national de santé. De plus, on note la quasi-absence de textes législatifs et réglementaires régissant les rapports entre d'une part le secteur privé et le Ministère de la Santé, et d'autre part entre les différents acteurs du secteur privé lui-même. Or, le secteur privé ne peut contribuer de manière optimale à l'amélioration de la performance du système national de santé que si l'Etat crée un cadre réglementaire favorisant un système pluraliste stratifié qui n'exclut pas les pauvres.

Normalement, les deux secteurs du système de santé, public et privé, doivent travailler en parfaite complémentarité, en respectant les lois régissant l'exercice de la médecine, afin de prodiguer des soins sécurisés aux citoyens. Dans le contexte marocain, on se trouve face à une médecine à double vitesse du fait du manque des moyens financiers et de la mauvaise répartition des ressources humaines médicales et paramédicales centrées sur l'axe El Jadida-Kenitra. D'où la problématique de l'handicap de l'accès aux soins dont souffrent les malades. Mais la part du manque de couverture médicale adéquate et généralisée reste indéniable à ce niveau¹³⁶.

Un cadre réglementaire approprié permettrait donc de trouver le juste milieu entre l'offre du secteur privé, celle du secteur public et celle du secteur de la société civile.

§3_La médecine traditionnelle

L'expression médecine traditionnelle se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales des plantes, des parties d'animaux

¹³⁶ idem

et des minéraux, des thérapies spirituelles, des techniques et des exercices manuels - séparément ou en association - pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé¹³⁷.

La médecine traditionnelle reste très répandue dans toutes les régions du monde en développement et son usage ne cesse de croître dans les pays industrialisés. En Chine, les préparations traditionnelles à base de plantes représentent entre 30 et 50 % de la consommation totale de médicaments.

En Afrique, jusqu'à 80 % de la population a recours à la médecine traditionnelle à ce niveau¹³⁸. Au Ghana, au Mali, au Nigeria et en Zambie, le traitement de première intention pour 60 % des enfants atteints de forte fièvre due au paludisme fait appel aux plantes médicinales administrées à domicile¹³⁹.

L'OMS estime que, dans plusieurs pays d'Afrique, la plupart des accouchements sont pratiqués par des accoucheuses traditionnelles. En Europe, en Amérique du Nord et dans d'autres régions industrialisées, plus de 50 % de la population a eu recours au moins une fois à la médecine complémentaire ou parallèle¹⁴⁰.

Au Maroc, 80% de la population a recours à la médecine traditionnelle, et utilise des prescriptions complémentaires à bases

¹³⁷ Geertz, C. 2009. *Islam Observed; Religious Development in Morocco and Indonesia*. New Haven: Yale University Press.

¹³⁸ Ministère de la Santé, organisation Mondiale de la Santé. *Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé au Maroc 2003 2007* ; 30 p.

¹³⁹ idem

¹⁴⁰ Good, B. 1994. *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

naturelles, sans pour autant s'adresser à un médecin moderne, le cas le plus fréquent est celui des malades atteints du cancer. Ce secteur informel de la médecine qui tient une place non négligeable dans les villes comme dans les campagnes n'a pas d'existence légale et les praticiens traditionnels peuvent être passibles de poursuites judiciaires pour exercice illégal de la médecine.

Néanmoins, il est généralement toléré et les pouvoirs publics n'interviennent que lorsque des pratiques particulières préjudiciables à la santé du citoyen sont signalées. Parmi les acteurs de ce secteur on cite : la « kabla », le « fkih », l'herboriste, le mécanicien dentiste, etc.

L'absence de réglementation ou la mauvaise utilisation des pratiques et médicaments traditionnels peut avoir des effets nuisibles, voire dangereux. Ainsi, la plante "Ma Huang" (*Ephedra*) est traditionnellement utilisée en Chine pour soigner la congestion des voies respiratoires. Aux Etats-Unis, elle a été commercialisée comme auxiliaire diététique, et un dosage excessif a entraîné au moins une douzaine de décès, d'accidents cardiaques ou d'accidents vasculaires cérébraux¹⁴¹.

Au-delà des problèmes de nocivité, on s'inquiète du fait que le développement du marché des plantes médicinales, qui a d'énormes retombées sur le plan commercial, risque de menacer la biodiversité en raison du pillage des matières premières nécessaires à la fabrication des médicaments ou d'autres produits de santé naturels.

Il importe de souligner que ce n'est qu'en 2002 que l'Organisation mondiale de la Santé a mis en place sa première stratégie globale en matière de médecine traditionnelle.

¹⁴¹ Ministère de la Santé. La revue du Programme National de Lutte Antituberculeuse, 2010.

Cette stratégie a pour but :

- d'aider les pays à élaborer des politiques nationales d'évaluation et de réglementation des pratiques de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle .
- de développer la base factuelle sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité de produits et pratiques de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle.
- de veiller à ce que la médecine traditionnelle et la médecine complémentaire ou parallèle, y compris le recours aux médicaments essentiels à base de plantes, soient disponibles et abordables .
- de promouvoir un usage thérapeutique judicieux de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle par les prestataires et les consommateurs
- et de rassembler de la documentation sur les médicaments et remèdes traditionnels¹⁴².

En ce sens, l'OMS aide les autorités de la santé des Etats Membres à préparer des guides pour utiliser en toute sécurité les plantes médicinales ; tout comme elle organise régulièrement différents ateliers régionaux sur la réglementation des médicaments traditionnels à l'intention des autorités nationales de plusieurs pays des régions de l'Afrique, de l'Amérique latine et de la Méditerranée orientale¹⁴³.

A noter qu'au Maroc comme dans beaucoup d'autres pays, les médicaments à base de plantes ne font pas l'objet d'une

¹⁴² Centers for Disease Control and Prevention. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Morocco: www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/factsheets/emro/2006/Morocco_factsheet.htm.

¹⁴³ Mohamed GHOTI, La médecine à laquelle nous avons droit, article publié in jeunes du Maroc, n° 564, Mars 2004.

réglementation, il en de même pour le contrôle législatif des plantes médicinales, et ce parce que les produits ou médicaments à base de plantes ne sont pas définis partout de la même façon et que diverses approches ont été adoptées pour l'homologation, la distribution, la fabrication et le commerce de ces produits¹⁴⁴.

Etant donné le peu de données scientifiques sur l'innocuité et l'efficacité de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire et parallèle et pour d'autres raisons aussi, il est impératif pour le gouvernement de formuler une politique nationale pour le bon usage de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle ainsi que pour leur intégration dans le système national de soins, conformément à la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle. Il doit donc œuvrer notamment à mettre en place des mécanismes de réglementation pour contrôler l'innocuité et la qualité des produits et des pratiques de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle ; à sensibiliser le grand public et les consommateurs aux thérapies traditionnelles et complémentaires ou parallèles qui peuvent être appliquées avec efficacité et sans danger ; à cultiver et conserver les plantes médicinales pour qu'elles puissent être durablement utilisées¹⁴⁵...

§4_ Le secteur pharmaceutique

La pharmacie est un pilier essentiel du système de santé. Son domaine recouvre un certain nombre de produits et de dispositifs importants pour la santé des citoyens et partant pour la promotion des

¹⁴⁴Docteur Mohamed GHOTI, La Santé pour tous, une gageure? article publié in La Nouvelle Tribune le 02 - 11 - 2012 .

¹⁴⁵ Voir Salah Brahmi, Étude de l'utilisation de la médecine traditionnelle marocaine chez les patients. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique - Vol. 57 - N° S1 - p. 17 _ 23_ 44, 2009 .

droits des malades. Ceci va du médicament le plus connu, à ce qu'il est convenu d'appeler la parapharmacie qui comprend : Les dispositifs médicaux, Les réactifs de biologie médicale, Les produits destinés à une alimentation particulière : diététique, L'herboristerie, La cosmétologie...etc.

L'activité pharmaceutique est exercée à titre privé, mais il existe aussi des structures relevant du ministère de la santé qui interviennent dans ce domaine dans le cadre de fonctions déterminées.

A_ Les structures pharmaceutiques publiques

Ce sont des structures relevant du Ministère de la santé qui veillent à ce que le médicament soit de bonne qualité sans effets secondaires gênants, disponible, accessible et bien utilisé. Il s'agit de la direction du médicament et de la pharmacie (a) et de la division de l'approvisionnement et des services.

a- La Direction du Médicament et de la Pharmacie

Elle 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
- Le laboratoire national de contrôle des médicaments

Ses missions telles que définies par le décret 2-94-285 sont les suivantes :

La Direction du Médicament et de la Pharmacie est chargée d'arrêter les normes de fabrication, de conditionnement, de circulation, de vente et de stockage des médicaments, produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques ; de fixer le cadre des prix des médicaments et des spécialités pharmaceutiques; d'assurer le contrôle technique et de qualité dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur; d'établir et de mettre à jour la liste des médicaments essentiels et en assurer le contrôle de qualité ; d'effectuer, dans le cadre du Laboratoire National de contrôle des Médicaments et des spécialités pharmaceutiques qui demeure régi par les dispositions du décret N°2-72-273 du 1er rebia II 1394 (24 Avril 1974), les déterminations analytiques et les essais que nécessite le contrôle des médicaments, des spécialités pharmaceutiques et objets de pansement et de tout autre article destiné a l'usage de la médecine humaine et vétérinaire, ainsi que des produits parapharmaceutiques; d'effectuer l'inspection des officines, grossisteries et laboratoires de fabrication; de délivrer les visas et autorisations de débit des produits pharmaceutiques ; de gérer une banque de données techniques et économiques sur les médicaments¹⁴⁶.

Si la qualité et la disponibilité dépendent dans une large mesure des actions de la Direction du médicament et de pharmacie, le dernier aspect dépasse largement la seule intervention du Ministère de la Santé puisqu'il procède du choix de société et relève de l'organisation d'une solidarité nationale pouvant assurer une couverture décente à chaque marocain.

¹⁴⁶ GAILA H. L'hôpital public au Maroc : niveau d'équipement et problèmes de santé. Thèse - Doctorat Droit public - Lyon II – 2009, p 33.

b- La Division de l'Approvisionnement et des services

Elle assure des fonctions d'achat, de stockage, de distribution et de dispensation des produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques au profit du réseau hospitalier.

Ce circuit est caractérisé par la modicité de ses moyens qui sont de plus mal utilisés, par son très faible taux d'encadrement et de technicité, par sa mauvaise organisation et son manque de structure. C'est un secteur peu performant et aux ressources humaines peu motivées¹⁴⁷.

B- Les structures pharmaceutiques privées

Dans ce cadre, on trouve plusieurs établissements pharmaceutiques :

a- Les Pharmacies (officines pharmaceutiques)

Acteur principal de l'industrie pharmaceutique agissant en contact direct avec le consommateur final à savoir le citoyen, les pharmacies achètent les produits des grossistes avec une marge bénéficiaire de 30% fixe et les revendent aux patients. Il est cependant possible mais très rare que les pharmacies recourent directement aux laboratoires pharmaceutiques pour achat de médicaments et ceci quand le coût du médicament est élevé et de ce fait le laboratoire décide de raccourcir le circuit de distribution pour diminuer leurs charges et par conséquent épargner une marge importante pour le patient.¹⁴⁸

L'officine remplit trois fonctions essentielles :

¹⁴⁷ Idem, p 34

¹⁴⁸ M. Alaghdaif, analyse interne du secteur de la pharmacie au Maroc, article publié à la revue des sciences médicales, AMSM, N° 145, juin 2010, p15.

- Espace de conseil médical ; Chaque pharmacie d'officine reçoit chaque jour près de 100 personnes (soit au total près d'un millions de personnes par jour pour l'ensemble des pharmacies du pays), pour une délivrance de médicaments ou tout simplement un conseil à titre gratuit. C'est donc un lieu privilégié pour toute campagne d'information et de sensibilisation sur la santé.

- Lieu assurant la proximité du médicament du citoyen : Grâce à ce réseau, le médicament reste disponible à n'importe quel point du Maroc et à n'importe quel instant

- Lieu assurant la sécurité quant à la qualité, la traçabilité et la bonne utilisation du médicament et sous la responsabilité d'un pharmacien.

b- Les Grossisteries :

Elles ont un contact direct avec les laboratoires pharmaceutiques desquels elles achètent une grande quantité de médicaments et se chargent par la suite de sa distribution auprès des pharmacies et hôpitaux avec une marge bénéficiaire de 10%¹⁴⁹.

c- Les laboratoires pharmaceutiques

Leur rôle est primordial dans l'industrie pharmaceutique et dans la gestion du médicament puisqu'ils sont chargés d'assurer la découverte, le développement et la mise au point de médicaments toujours plus efficaces, mais aussi de veiller à leur production dans des conditions assurant leur sécurité et leur qualité, ainsi qu'à leur diffusion partout où ils peuvent contribuer à la santé des populations et à leur surveillance après commercialisation (pharmacovigilance)¹⁵⁰.

¹⁴⁹ Idem

¹⁵⁰ Idem.

Ce secteur est puissant, structuré, performant, organisé et fortement encadré. Cependant on note un certain nombre de problèmes dus d'une part à l'accroissement démographique professionnel important et à la disparité des diplômes et d'autre part au faible pouvoir d'achat et la faible consommation du médicament dans notre pays en l'absence de couverture sociale efficace ce qui explique la forte intervention des organisation de la société civile dans le domaine.

§5 : la Société Civile

Parmi les nombreuses définitions de la société civile qu'on a pu trouver, celle formulée reprise et mise au point par un certain nombre de centres de recherche réputés nous parait la plus complète ainsi : « le terme société civile désigne le large éventail d'organisations non gouvernementales à but non lucratif qui animent la vie publique, et défendent les intérêts et les valeurs de leurs membres ou autres, basés sur des considérations d'ordre éthique, culturel, politique, scientifique, religieux ou philanthropique. Le terme organisations de la société civile (OSC) fait donc référence à un vaste éventail d'organisations : groupements communautaires, organisations non gouvernementales (ONG), syndicats, organisations de populations autochtones, organisations caritatives, organismes confessionnels, associations professionnelles et fondations privées. »¹⁵¹.

La dernière décennie a vu la montée en puissance de la société civile, en termes de taille, d'influence et de capacité, notamment sous l'effet du processus de mondialisation, du développement de la gouvernance démocratique, de l'essor des télécommunications et de l'intégration économique. Etant entendu que les organisations de la

¹⁵¹ Définition disponible sur le site : www.worldbank.org

société civile (OSC) jouent en outre un rôle de premier plan dans l'aide nationale au développement

Les OSC sont également devenues des acteurs importants dans la fourniture de services sociaux et plus généralement la mise en œuvre de programmes de développement ainsi que dans la définition des politiques publiques nationales (Celle-ci s'est notamment manifestée dans la réussite des campagnes en faveur de l'interdiction des violences contre les femmes et les enfants, la protection de l'environnement). L'action des OSC s'étend même au domaine de la promotion et la protection du droit à la santé et vient ainsi compléter celle des pouvoirs publics, surtout dans les régions où ceux-ci sont peu présents¹⁵². Sous ce paragraphe nous allons présenter des exemples des OSC qui oeuvrent dans le domaine de la protection de la santé.

A- la fondation lalla Salma pour la prévention et le traitement des cancers

Créée le 6 septembre 2005 par la princesse lalla salma¹⁵³ et reconnue d'utilité publique, cette organisation non gouvernementale a

¹⁵² Rapport du PNUD, sur le développement social, 2009, page 39

¹⁵³ Lors du premier conseil d'administration de l'association, la princesse lalla salma a donné des signaux forts sur la nécessité de la protection des droits des malades, son altesse royale a insisté sur les droits fondamentaux de la personne malade « Les malades du cancer savent maintenant qu'ils ont de plus en plus de chances de gagner cette bataille et que pour y arriver, il faut que soient respectés leurs droits : le droit à l'égalité devant les soins, le droit au respect, à la dignité et à l'espoir. Ces droits, il s'agit d'abord de les reconnaître et de leur donner réalité, graduellement mais sans concession, en assurant autant que possible au plus grand nombre, le même diagnostic et les mêmes soins, l'accès non discriminé à l'innovation scientifique et médicale et la prise en charge de chaque cancer dans sa spécificité.

Ceci suppose une vision globale et cohérente articulée autour d'une stratégie sur le long terme, qui aura à fonder sa crédibilité et son efficacité sur l'exceptionnelle qualité de nos ressources humaines. Une stratégie ambitieuse parce que légitime qui saura aussi

pour missions la prévention et la promotion des dépistages des cancers, l'accompagnement des personnes malades et de leurs proches, l'aide au traitement, le soutien au corps médical et à la recherche clinique et opérationnelle, et l'aide et l'assistance à la création de centres d'oncologie et à leur équipement.

La stratégie générale de la fondation est définie par le Conseil d'Administration, présidé par Son Altesse Royale La Princesse Lalla Salma, et composé de quinze membres maximum élus par l'Assemblée Générale.

Au sein du Conseil d'Administration est constitué un bureau qui comprend:

- La Présidente
- Un secrétaire général et un secrétaire général adjoint
- Un trésorier et un trésorier adjoint
- Le président du conseil scientifique
- Le président de la conférence des présidents régionaux

La fondation comptera à terme plusieurs comités régionaux, sur tout le territoire national.

Ils offriront des structures d'information (prévention), de soutien et de coordination indispensables à ceux qui luttent contre le cancer et ceux qui le vivent au quotidien (soutien aux malades).

mobiliser tous ceux qui sont les acteurs incontournables et les prescripteurs indispensables d'une démarche qui ne peut laisser indifférent aucun d'entre nous. Nous savons en effet que directement ou à travers un proche, nous serons un jour ou l'autre confrontés au cancer. Nous savons aussi que c'est maintenant que nous devons nous rassembler pour y faire face et un jour gagner ce combat de la vie, ce combat pour la vie.

Cette conviction est au cœur de l'engagement que je vous propose. Ensemble, et avec l'aide de Dieu, nous vaincrons le cancer un jour. Parce que notre Association aura contribué à transformer des espoirs en résultats et parce que nous aurons su une fois encore donner la pleine mesure à notre culture de la solidarité qui est le ressort le plus profond et le ciment le plus sûr qui unit et rassemble la société marocaine. " . consulter le site de la fondation.

C'est grâce à cette décentralisation et cette forte présence à travers les régions que la fondation peut mener des actions nationales d'envergure relayées au niveau local.

Le Conseil d'Administration est assisté par un Conseil Scientifique composé de médecins nationaux et internationaux de grand renom, il joue un rôle capital dans la définition de la stratégie de l'Association¹⁵⁴.

Lutter contre le cancer au Maroc est la mission première de cette ONG. Cette lutte se concrétise par de nombreuses actions qui seront progressivement mises en œuvre, notamment :

- Campagnes de communication pour changer la perception du cancer.

- Campagnes de sensibilisation et d'éducation pour la prévention et le dépistage de la maladie.

- Déploiement d'une politique d'information visant tous les publics, et plus spécialement les populations à risque, avec des moyens adaptés à tous (messages télévisés, messages radio, dépliants, brochures, affiches).

La fondation a pour vocation principale d'œuvrer pour une humanisation du traitement de la maladie, une plus grande qualité de la prise en charge et une réinsertion facilitée après traitement. Les principaux axes de travail sont:

- Augmentation de l'accès au soin, et notamment les soins de proximité.

- Création de «Maisons de Vie», véritables centres d'hébergement temporaire.

¹⁵⁴ Informations disponibles sur le site officiel de l'association : www.contrelecancer.ma

- Développement du soutien psychologique avec la création d'un centre d'écoute et d'information et la création de postes de psychologues.
- Participation aux programmes de dépistage.
- Amélioration des structures de prise en charge et la qualité des soins.
- Contribution à la formation des professionnels spécialisés dans le traitement des cancers.
- Participation au développement d'un système national d'information.

La fondation apportera son aide aux pouvoirs publics et aux institutions privées pour créer des centres d'oncologie.

Les objectifs visés sont¹⁵⁵ :

- Atteindre un taux de prise en charge très élevé des personnes malades.
- Atteindre un taux de dépistage précoce important.
- Soutenir et collaborer à la création d'au moins un centre d'oncologie par région, dans cinq ans.
- Créer des espaces d'hébergement temporaire, appelés des maisons de vie, pour héberger les malades en hospitalisation de jour et les familles des malades hospitalisés vivant loin des centres anti-cancéreux.
- Participer à la définition d'une politique nationale de lutte contre le cancer.
- Établir le registre national du cancer.
- Apporter un soutien à la création de centres anti-douleur et de soins palliatifs.
- Contribuer à la formation du personnel soignant et du personnel de soutien psycho-affectif.

¹⁵⁵ Voir le site officiel de la fondation

- Aider les centres anti-cancéreux.
- Appuyer la recherche clinique.

Le partenariat est indispensable pour la réussite de la stratégie de la fondation. Au Maroc, elle œuvre en partenariat avec de nombreux organismes, institutions du secteur public et privé, y compris le Ministère de la Santé Publique. A l'étranger, elle a pour partenaire des centres d'oncologie internationaux, ainsi que de nombreux organismes et associations de lutte contre le cancer.

B- la ligue marocaine contre la tuberculose

Reconnue d'utilité publique, la ligue marocaine contre la tuberculose¹⁵⁶ opère en collaboration avec le ministère de la santé et l'Union Internationale contre la Tuberculose. Elle participe à l'éducation sanitaire de la population surtout en matière de prévention de la tuberculose, à l'aide financière aux tuberculeux nécessiteux, et parfois à l'achat du matériel. Cette participation s'exerce à travers deux types d'activités:

- Les campagnes de sensibilisation et d'information de la population en matière de lutte antituberculeuse, organisées par la ligue tous les deux ans, et qui sont l'occasion de collecte de fonds. Ces campagnes utilisent la radio, la télévision, la presse et les affiches.

-Les activités éducatives en milieu hospitalier: Au niveau de certains centres hospitaliers de phtisiologie, il existe des agents recrutés et rémunérés par la ligue et dont le rôle est de:

Sensibiliser les malades hospitalisés sur l'importance de la régularité du traitement surtout en ambulatoire.

Donner aux malades des conseils relatifs à l'hygiène et aux mesures préventives pour éviter la contamination.

¹⁵⁶ Voir le site de l'association : www.lmct.ma

Conseiller aux membres de la famille de se présenter au dispensaire pour le dépistage et éventuellement pour le B.C.G.

C- la ligue nationale de lutte contre les maladies cardiovasculaires

Les objectifs de cette ligue sont fixés par l'article II de son statut:

- Vulgariser la prophylaxie des troubles et maladies cardio-vasculaires par tous les moyens, notamment par l'information et le traitement préventif.
- Participer au traitement des maladies cardio-vasculaires par la création des cellules spécialisées.
- Promouvoir, par tous les moyens appropriés, la recherche dans le domaine de la lutte contre les maladies cardio-vasculaires.
- Contribuer à la formation des cadres techniques médicaux et paramédicaux.
- Apporter secours et assistance aux malades cardiaques nécessiteux¹⁵⁷.

De l'énoncé de ces objectifs il ressort que, parmi les objectifs primordiaux de la ligue figure la prévention des cardiopathies rhumatismales. Or, jusqu'à présent, la ligue, dépassée par les problèmes curatifs que posent l'énorme contingent des cardiopathes rhumathismaux, n'a pu amorcer; à titre isolé ou de concert avec le M.S, aucun programme de prévention¹⁵⁸.

¹⁵⁷ M. A Tazi, F. Lahmouz et al. Enquete Nationale sur Les Facteurs de Risque Des Maladies Cardio-Vasculaires- 2000. Bulletin epidemiologique n°53-54.

¹⁵⁸ Consulter le site : www.Lnlmcy.ma

D- L'Association marocaine de lutte contre la polyarthrite rhumatoïde¹⁵⁹ (AMP)

Elle a été créée en mai 2007. Elle est venue combler une lacune de taille en matière d'information et d'orientation relative à la polyarthrite rhumatoïde (PR).

Cette première association travaillant spécifiquement sur cette maladie au Maroc, regroupe des médecins des secteurs public et libéral, des biologistes, des patients et des membres de familles de personnes atteintes. L'AMP a su se positionner en si peu de temps comme étant un allié de référence dans le tissu associatif œuvrant à l'amélioration de l'état de santé des Marocains.

Les objectifs de cette association sont :

- Informer pour améliorer la qualité de vie des malades atteints de PR et assurer l'égalité d'accès à l'information et aux soins, l'AMP mène ainsi de nombreuses actions d'information sur la maladie et sur les traitements pour permettre aux malades d'accéder à une prise en charge globale de la maladie.

- Comprendre parce que vivre avec une maladie chronique entraîne de nombreuses conséquences sur la vie quotidienne : travail, vie à la maison, déplacements, traitements, l'AMP offre un service d'écoute personnalisé aux malades et leurs familles.

- Partager pour porter la parole des patients auprès des pouvoirs publics et de toutes les instances décisionnaires dans le domaine de la santé, l'association représente et défend les malades dans différents groupes de travail et d'expertises.

¹⁵⁹ Voir le site : www.amp.ma

Les actions de cette association sont variées et la proclamation du 22 janvier de chaque année comme journée nationale de la polyarthrite rhumatoïde en est certainement le fruit. L'AMP en profite pour organiser des workshops animés par des médecins, des patients et des journalistes pour débattre de la maladie et de ses problématiques à tous les niveaux.

Des conférences de presse, des ateliers, des projections de films sur la maladie et sur les problèmes que rencontrent les malades, sont d'ailleurs régulièrement organisées.

L'association met à la disposition des malades et de leurs familles un service d'écoute et de soutien psychologique en vue de les orienter et de les aider à supporter l'isolement et la douleur.

L'AMP s'est également fixée pour mission de défendre les droits des patients à une meilleure prise en charge en veillant à rassurer ces derniers que cette maladie n'est pas une fatalité et qu'il existe des traitements capables de soulager les symptômes, mais aussi des traitements de fond capables d'enrayer l'évolution de la maladie. Malheureusement, ces traitements sont coûteux et ne sont pas couverts à 100% par l'AMO, ce qui représente une grande barrière pour les patients. Afin de faire valoir les droits des malades au-delà des recours amiables, l'association les représente et les défend auprès de différentes instances gouvernementales¹⁶⁰.

Notons pour conclure ces développements concernant le rôle des associations en matière de protection des malades et de promotion des prestations de santé, que le MS, conscient de l'importance du partenariat avec ses associations, a intégré dans son organisation actuelle,

¹⁶⁰ Ministère de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé. Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé au Maroc 2010; 30 p.

des structures dont les missions s'inscrivent dans cette perspective. Six services répartis sur cinq directions, doivent assurer des missions de coordination et de collaboration intersectorielle, avec les organisations non gouvernementales et les collectivités territoriales¹⁶¹. 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 civile¹⁶².

Un partenariat très actif est opérationnel avec la Fondation Mohamed V pour la solidarité et la fondation Lalla Salma- prévention et traitement des cancers.

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. Les domaines d'intervention concernés sont :

- la prévention et la prise en charge des cancers (la fondation Lalla Salma -prévention et traitement des cancers) ;

¹⁶¹ Le Décret n° 2-94-985 du 21 novembre 1994 relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère de la Santé mentionne les services suivants : 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).

¹⁶² 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. Voir W.Maazouzi, la vision 2020 de la santé, op cit

- la prise en charge des enfants abandonnés (Ligue Marocaine de Protection de l'Enfance et l'Association des Villages SOS Enfants,...) ;

- l'hémodialyse (Associations de Soutien aux Hôpitaux, Association Marocaine des Insuffisants Rénaux, etc..) ¹⁶³. Ces conventions bénéficient du soutien des institutions internationales qui contribuent directement à l'amélioration de la santé des citoyens et à la valorisation des droits liés aux soins.

Section 2 : L'apport des institutions Internationales

Depuis plusieurs décennies, le Maroc s'est résolument engagé dans une politique de coopération sanitaire avec les organisations internationales. Dans ce cadre, il bénéficie d'une aide plurielle comprenant essentiellement des contributions financières et une assistance technique. Cette aide constitue un soutien indéniable au développement de la santé. Cependant elle doit s'insérer dans le cadre d'une stratégie globale de développement.

Dans cette section, il s'agit de mettre l'accent sur l'apport de quelques institutions comme : l'OMS, le PNUD, le FNUAP, l'UNICEF, et la Banque Mondiale pour montrer comment ces institutions peuvent influencer la promotion des droits des malades.

§1- L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), est une institution spécialisée de l'Organisation des Nations unies (ONU) qui

¹⁶³ Ministère de santé et fondation lalla Salma – prévention et traitement des cancers ; Plan national de prévention et de contrôle 2010-2019

dépend directement du Conseil économique et social dont le siège est à Genève.

Selon sa constitution, l'OMS a pour objectif essentiel d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible et à cet effet, pour cela, elle veille à :

- L'Harmonisation, la codification et la classification de toutes les maladies. Pour cela, l'OMS réalise la Classification internationale des maladies (CIM) et maintient à jour une liste modèle des médicaments essentiels que les systèmes de santé de tous les pays devraient rendre disponibles à un prix abordable pour la population générale.

- La prise des mesures sanitaires pour arrêter par exemple une épidémie particulièrement en cas de voyages internationaux (comme la vaccination).

- L'Assistance aux PMA (Pays les moins avancés) : vaccination contre les grandes maladies infectieuses, approvisionnement en eau potable, élimination des déchets, protection maternelle et éradication de certaines maladies.

De plus pour atteindre son but, elle peut entreprendre toute action ou mesure qu'elle juge appropriée pour la promotion et la protection de la santé ; l'aide aux gouvernements pour renforcer les services de santé ; l'assistance technique; l'amélioration des facteurs de l'hygiène du milieu; la stimulation de la recherche dans le domaine de la santé, l'amélioration des normes de l'enseignement et de celles de la formation du personnel sanitaire, médical et apparenté etc.

Mais, l'OMS privilégie l'assistance technique et d'expertise et le Maroc a bénéficié, depuis son entrée au sein du Bureau Régional de

l’OMS pour la Méditerranée Orientale en 1985, d’une aide non négligeable pour l’appui aux programmes sanitaires¹⁶⁴.

Les programmes sanitaires que l'OMS met en œuvre au Maroc sont définis tous les deux ans dans le cadre d'une collaboration avec le Royaume (représenté par le ministère de la Santé). Pour la période biennale 2012-2013, ce programme conjoint comprend quatre grands plans de travail :

1. la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles ;
2. la promotion de la santé, la nutrition et la prévention des facteurs de risques des maladies non transmissibles ;
3. la santé maternelle et les déterminants sociaux de la santé ; et
4. le système de santé et la technologie de la santé.

Ces quatre plans de travail comportent 23 projets, qui ont été retenus par la Commission conjointe OMS/ministère de la Santé d’examen et de revue des programmes, en tenant compte des 11 objectifs stratégiques de l’OMS et des priorités nationales en matière de santé. Ces 23 projets sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Plan de travail	Objectif stratégique	Nom du projet
1- Prévention et lutte contre les maladies transmissibles	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies à potentiel épidémiques et pandémiques
	Combattre le	Combattre le VIH/sida, la tuberculose

¹⁶⁴ Stratégie de coopération OMS-MAROC 2008-2013, organisation mondiale de la santé, bureau régional de la méditerranée orientale. , document publié sur : www.who.int

VIH/sida, la et le paludisme
 tuberculose et le
 Paludisme

<p>2- Promotion de la santé, nutrition et prévention des facteurs de risque des maladies non transmissibles</p>	<p>Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux tumeurs</p> <p>Promouvoir la santé et le développement, prévenir réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la</p>	<p>Prévention et contrôle des maladies non transmissibles Santé des personnes âgées Revue de la stratégie de prise en charge intégrée des femmes et des enfants victimes de violence</p> <p>Mode de vie sain Implication des "Morchidines" et des "Morchidates" dans les actions de sensibilisation et de communication sur les programmes prioritaires de prévention et de lutte contre les maladies</p>
--	--	---

sédentarité et aux
rapports sexuels à
risque

Améliorer la nutrition, la sécurité des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable

Réduire la morbidité et mortalité et améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile et de la santé des jeunes

3- Santé maternelle et stades de la vie déterminants de (grossesse, la santé accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris)

Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé, à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé, intègre des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme

Mise en place du SAMU obstétrical en milieu rural

Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé, à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé, intègre des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme

Institutionnalisation de l'approche "genre" dans les structures de santé favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme

Promouvoir l'évaluation et gestion des risques pour un environnement la santé liées à l'environnement

plus sain, Qualification environnementale des
développer la hôpitaux publics
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

Réduire les Renforcement des capacités de gestion
effets sur la santé des risques sanitaires des urgences et des
des situations traumatismes

4- Système d'urgence, des
de santé et catastrophes, des
technologie de la crises et des
santé conflits, ainsi que
leurs effets
sociaux et
économiques.

Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, s'appuyant sur des données fiables et accessibles

Politique de planification sanitaire
Renforcement de la déconcentration et de la régionalisation
Développement d'un système d'accréditation hospitalière
Revitalisation des soins de santé primaires
Développement des outils pour la gestion de la sécurité des patients au niveau des hôpitaux
Génération de données probantes pour la planification

Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité

Renforcement de la qualité et de la sécurité transfusionnelle
Élargissement des compétences analytiques des laboratoires régionaux de santé et/ou environnement
et l'utilisation

Ce programme représente une garantie solide de protection des droits des malades au Maroc, en vue de l'amélioration du niveau de santé de toute la population¹⁶⁵.

§2- Le Programme des Nations unies pour le développement

Le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), fait partie des programmes et fonds de l'ONU. Son rôle est

¹⁶⁵ Voir le site de l'OMS_ Maroc, pour plus de détails sur ce programme.

d'aider les pays en développement en leur fournissant des conseils mais également en plaidant leurs causes pour l'octroi de dons. C'est ainsi que ce programme travaille en collaboration avec de nombreux autres programmes comme l'Onusida et d'autres organisations internationales (UPU, OMS, etc.)

Le PNUD assume également pour le compte du système des Nations unies la fonction de coordination des activités opérationnelles des agences onusiennes sur le terrain, dans les pays partenaires, de l'action des Nations unies, à travers la gestion du Coordonnateur résident du système des Nations Unies qui est également Représentant Résident du PNUD¹⁶⁶.

La mission du programme des nations unies pour le développement au Maroc est double. De par l'expertise internationale dont il dispose, il propose au gouvernement marocain des analyses et des solutions adaptées aux défis de développement du pays. Par ailleurs, le PNUD joue un rôle de rassembleur et de coordinateur en mobilisant de nombreux partenaires nationaux et internationaux autour d'un même programme : la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le Portefeuille de programmes de développement du PNUD au Maroc s'articule autour de trois grands thèmes prioritaires :

- La lutte contre la pauvreté
- L'environnement et l'énergie
- La gouvernance et le développement humain

Ces trois volets ont un impact direct sur la variable santé et par là directement sur les droits du malade. Ainsi le PNUD a déployé des

¹⁶⁶ Consulter le site du pnud Maroc : www.pnud.org.ma

efforts remarquables au Maroc pour mettre en oeuvre de nombreux projets visant le développement du pays et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015. Par ailleurs il s'investit dans la coordination des activités du Système des Nations Unies.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement au Maroc sont le fruit des différentes recommandations qui découlent de la conférence des Nations Unies, tenues à New York, en septembre 2000. Au nombre de huit, ces objectifs sont proclamés à travers la déclaration du millénaire des nations unies adoptés par 191 pays dont 147 étaient représentés par leur chef d'Etat ou gouvernement. Dans ce contexte, le PNUD et d'autres agences des Nations Unies au Maroc, en partenariat avec le Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération et le Ministère de la Communication, ont lancé le 11 octobre 2010, la Campagne du Millénaire « 8 pour 8 » pour l'atteinte des OMD au Maroc.

Les gouvernants ont fixé un délai de 25 ans, entre 1990 (année de base) et 2015 (année horizon), pour atteindre les 8 objectifs, nous n'allons pas citer tous, mais seulement ceux qui intéressent directement la question de la protection de la santé ¹⁶⁷:

- OMD 1 : Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim
En milieu urbain comme en milieu rural .

- OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

- OMD 5 : Améliorer la santé maternelle.

- OMD 6 : Combattre le VHI/Sida, le paludisme et d'autres maladies.

- OMD 7 : Assurer un développement durable¹⁶⁸.

¹⁶⁷ Consulter le site du pnud

¹⁶⁸ Pour préserver la biodiversité, 10 parcs nationaux ont été créés, répartis sur une superficie de plus de 770000 ha ainsi que quelques réserves de biosphère (arganier, intercontinentale de la méditerranée, etc.). Plus de 154 Sites d'Intérêt Biologique et

§3- Le Fonds des Nations Unies pour la population

Le Fonds des Nations Unies pour la population est la source mondiale d'aide aux pays en développement, en matière de population, qui bénéficie du plus important financement international.

Le FNUAP a une politique orientée vers les problèmes de population et de la santé de la reproduction. Il intervient principalement dans trois domaines : la promotion de l'accès universel aux soins de santé de la reproduction, notamment ceux qui ont trait à la planification familiale et à l'hygiène sexuelle, le soutien aux stratégies relatives à la population et au développement permettant un renforcement des capacités de programmation en matière de population ; et la promotion de la prise de conscience des questions de population et de développement. Le FNUAP plaide pour la mobilisation des ressources et l'engagement politique dont le fonds a besoin pour s'acquitter de ses missions.

Ecologique ont été identifiés, à travers le pays, répartis sur une superficie de 2,5 millions d'hectares. Le Maroc a développé également une stratégie nationale et un plan d'action visant la protection de son patrimoine biologique. D'autres interventions ont été entreprises pour lutter contre la déforestation et l'érosion hydrique, ainsi que pour la préservation des écosystèmes oasiens.

Quant à l'état de l'air, le niveau de pollution et de concentration des gaz à effet de serre restent élevés. Le coût de la dégradation de l'air et de ses impacts a été évalué à 3,6 Milliards de DH par an, ce qui représente environ 1,03% du PIB.

Pour ce qui est de l'accès à l'eau potable, les efforts déployés ont permis de faire passer le taux d'accès en milieu rural de 14% en 1995 à 90% en 2009. Au niveau national, le taux de branchement individuel est passé de 81% en 1995 à 96,2% en 2009. Cependant, le secteur de l'eau potable reste soumis à certaines contraintes qui entravent son développement. Quant à l'accès à l'électricité, le taux d'électrification rurale est passé de 22% en 1996 à 96% en 2009. L'assainissement liquide connaît, quant à lui, un important retard, au regard des besoins du pays dans ce domaine, et des efforts restent à déployer pour l'épuration des eaux usées et la gestion des déchets ménagers. Pour plus d'informations consulter le site du pnud.

En somme les objectifs du FNUAP sont :

- Aider les pays en développement à fournir des services de qualité sur le plan de la santé en matière de reproduction et de la planification familiale en fonction des choix individuels, ainsi qu'à formuler des politiques de la population propices à un développement durable.

- Faire progresser la stratégie approuvée par la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994. Cette stratégie vise essentiellement à répondre aux besoins de chaque femme et de chaque homme plutôt qu'à atteindre des objectifs démographiques. Cette approche vise essentiellement à émanciper les femmes et à leur offrir davantage de choix grâce à un accès élargi à l'éducation, aux services de santé et aux possibilités d'emploi.

- Promouvoir la coopération et la coordination entre organisations du système des Nations Unies, institutions bilatérales, gouvernements, organisations non gouvernementales (ONG) et le secteur privé, s'agissant d'aborder les problèmes de population et de développement, de santé en matière de reproduction, d'égalité des sexes et d'émancipation des femmes¹⁶⁹.

L'aide du FNUAP pour le Maroc a constitué un grand apport pour le développement de la stratégie «Maternité Sans Risque» et a contribué largement au renforcement des infrastructures, des équipements ainsi qu'à l'organisation de la formation des équipes de santé impliqués dans la lutte contre la morbidité, mortalité maternelle et néonatale.¹⁷⁰

¹⁶⁹ Voir le site officiel: www.unfpa.com

¹⁷⁰ Idem.

§4 - Le Fonds des Nations unies pour l'enfance¹⁷¹ (UNICEF)

C'est une agence de l'ONU consacrée à l'amélioration et à la promotion de la condition des enfants¹⁷². Elle a activement participé à la conception, la rédaction, et la promotion de la convention relative aux droits de l'enfant (CIDE), adoptée lors du sommet de New York le 20 novembre 1989. L'UNICEF a reçu le prix Nobel de la paix en 1965¹⁷³.

Au Maroc, l'UNICEF apporte son appui pour la réalisation des droits de l'enfant et l'atteinte des Objectifs de Développement pour le Millénaire. L'objectif à atteindre est une société qui protège les droits de tous les enfants, et surtout les plus vulnérables, où les enfants sont en bonne santé, protégés contre les abus et la violence, ont l'opportunité de se développer et participer au développement de leur société ; où la réalisation des droits des enfants avec équité est une priorité pour tous les acteurs marocains, du gouvernement, en passant par la société civile, le secteur privé et les centres de recherche, les médias, jusqu'aux familles. Pour cela l'UNICEF établit des partenariats stratégiques avec le gouvernement, aux niveaux central et local, et le parlement, mais aussi avec les acteurs de la société civile, les universités, le secteur privé, les médias ainsi qu'avec des personnalités de haut niveau et avec les enfants eux-mêmes¹⁷⁴.

Le programme-Santé de l'UNICEF privilégie l'accès des populations les plus vulnérables aux soins de santé de base et à l'amélioration de la qualité des prestations de soins à forte incidence sur

¹⁷¹ Le Fonds des Nations unies pour l'enfance (abrégé en UNICEF ou Unicef pour United Nations International Children's Emergency Fund en anglais, soit « Fonds international d'urgence des Nations unies pour l'enfance »)

¹⁷² Lors de sa création le 11 décembre 1946, son nom était originellement United Nations International Children's Emergency Fund, dont il a conservé l'acronyme.

¹⁷³ Yves Beigbeder, *New challenges for UNICEF : children, women and human rights*, Palgrave, Basingstoke, 2001, p220.

¹⁷⁴ Consulter le site : www.unicefmaroc.org

les morbidités et mortalités maternelles et infantiles dans une vision d'équité. Il comporte quatre composantes :

- la réduction de la mortalité maternelle et néonatale
- la nutrition ciblant le déficit des taux d'allaitement maternel et les prévalences élevées des carences en micronutriments
- l'équité en matière d'accès aux soins
- la lutte contre la transmission mère-enfant du VIH/SIDA, et l'information des groupes à risque parmi les jeunes et les adolescents

Dans le cadre de ses efforts pour mieux comprendre le problème des iniquités en santé au Maroc et pour bien intégrer le principe d'équité dans les programmes et politiques de santé, l'UNICEF apporte son appui au Ministère de la Santé pour procéder dans un premier temps à une analyse des bases de données de toutes les enquêtes et études qui génèrent des données et des indicateurs susceptibles d'aider à l'appréciation de l'équité en santé au Maroc. L'étude a également porté sur les déterminants sociaux sous-jacents à chaque indicateur pour évaluer les inégalités observées et leur incidence sur l'état de santé de la population. La mise en œuvre des recommandations émises devraient permettre la réduction des disparités relevées¹⁷⁵.

Dans le domaine de la nutrition, l'UNICEF a appuyé la mise en place d'un programme de fortification des aliments de base (farine en fer/acide folique, huile en vit A et vit D, sel en iode) et des campagnes annuelles de promotion de l'allaitement maternel. Face à l'ampleur et l'importance de la nutrition, une Stratégie Nationale de Nutrition a été élaborée en 2010 et devrait être mise en œuvre entre 2011 et 2019. Il s'agit d'une approche intégrée et multidimensionnelle fondée sur la

¹⁷⁵ Idem

collaboration entre les différents partenaires et la coordination à tous les niveaux, nécessitant un engagement et une mobilisation de la communauté et un partage de l'information entre les différents intervenants afin d'aider à une prise de décision éclairée.

En matière de lutte contre le VIH/sida, l'appui de l'UNICEF a porté sur l'élaboration d'une stratégie spécifique pour la protection des enfants et des adolescents en situation de précarité contre le VIH/sida, afin de rendre opérationnel un volet du Plan Stratégique National (PSN) qui n'a pas encore été, jusqu'ici, développé¹⁷⁶.

Récemment, l'UNICEF a lancé le programme 2012-2016¹⁷⁷, dont le but est de contribuer à l'accélération de l'atteinte des OMD ainsi que la création d'un environnement protecteur et équitable pour tous les enfants du Maroc surtout les plus vulnérables.

Concernant l'équité en santé, le programme de coopération vise dans un premier temps la réalisation d'études et recherches pour mieux connaître la situation. Il s'agira ensuite d'accompagner les efforts du Ministère de la Santé dans la réduction des iniquités en appuyant la mise en œuvre et l'évaluation des interventions qui seront menées dans ce sens y compris le RAMED.

En outre, le but du programme en matière de santé maternelle et infantile est de contribuer à l'accélération de la réalisation des OMD 4 et 5 à travers la création de centres de santé modèles disposant de l'ensemble des outils de gestion dans les régions cibles et le renforcement global de cadre de référence et des actions préventives notamment la vaccination et l'amélioration de l'état nutritionnel comme prévu dans la stratégie nationale de nutrition. Le programme de prise en charge néonatale, contribue également à l'accélération de l'atteinte de

¹⁷⁶ Idem

¹⁷⁷ Consulter le site op cit.

l'OMD 4, c'est dire l'atteinte d'ici 2015 un taux de mortalité infanto-juvénile de 25 pour mille naissances vivantes. La focalisation des efforts sur la composante néonatale, qui représente près de 2/3 de la mortalité infantile, offrira plus de chance à ce programme pour l'atteinte dudit objectif. Les actions choisies dans le cadre de ce programme s'articulent autour de 2 composantes essentielles : i) accompagnement des régions dans l'élaboration de leurs plans régionaux et provinciaux, ii) accompagnement des ressources humaines pour l'amélioration de leurs prestations de soins néonataux d'urgences.

Face aux défis qui restent à relever pour renforcer le droit des enfants à la nutrition, le programme de coopération entre l'UNICEF et le Ministère de la Santé prévoit pour 2012-2016 l'élaboration et la mise en œuvre de deux plans d'actions en nutrition dans les 2 régions de Marrakech Tensift Al Haouz et Souss Massa Draa qui intégrant les orientations de la stratégie nationale et qui impliquent l'ensemble des partenaires concernés aussi bien gouvernementaux que de l'Université ou de la Société Civile. En outre et pour consolider les acquis du programme de coopération précédent, les directives nationales en matière de supplémentation en micronutriment seront révisées et mises en œuvre au niveau des mêmes régions¹⁷⁸.

§5/ La Banque Mondiale

La Banque mondiale a été créée principalement pour aider l'Europe et le Japon dans leur reconstruction, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, mais avec le mouvement de décolonisation des années 1960, elle se fixa un objectif supplémentaire, celui d'encourager la

¹⁷⁸ Consulter : www.unicef.org/morocco

croissance économique des pays en voie de développement africains, asiatiques et latino-américains¹⁷⁹.

Au départ, la Banque mondiale a principalement financé de grands projets d'infrastructures (centrales électriques, autoroutes, aéroports, etc.)¹⁸⁰.

Depuis quelques années, la Banque Mondiale s'oriente, entre autres domaines, vers des programmes concrets d'aide au développement des services de santé, notamment en matière de nutrition, de planification familiale, de maternité sans risque, de démographie et de soins de santé de base. C'est une institution de développement qui a pour mission de faire reculer la pauvreté en favorisant une croissance économique durable dans ses pays membres. Pour tous ses clients, elle insiste sur la nécessité :

- _ D'investir dans la ressource humaine, en particulier via des services de santé et d'éducation de base ;

- _ De protéger l'environnement ;

- _ De soutenir et d'encourager le développement de l'activité économique du secteur privé ;

- _ De renforcer la capacité de l'Etat à mettre en place, de façon efficace et transparente, des services de qualité ;

- _ De promouvoir des réformes afin d'instaurer un environnement macroéconomique stable, qui permette de faciliter l'investissement et la planification à long terme ;

¹⁷⁹ La Banque mondiale (parfois abrégée BM) regroupe deux institutions internationales : la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) et l'Association internationale de développement (AID, ou IDA), créées pour lutter contre la pauvreté en apportant des aides, des financements et des conseils aux États en difficulté. Créée le 27 décembre 1945 sous le nom de Banque internationale pour la reconstruction et le développement après signature de l'accord Bretton Woods du 1er au 22 juillet 1944. Le 9 mai 1947, elle approuva son premier prêt, qui fut accordé à la France pour un montant de 250 millions de dollars.

¹⁸⁰ Idem, p 13

_ De centrer les efforts sur le développement social, l'inclusion, la gouvernance et le renforcement des institutions en tant qu'éléments fondamentaux de lutte contre la pauvreté¹⁸¹.

Elle influence les choix et les orientations des politiques sanitaires, comme c'est le cas au Maroc actuellement pour la réforme du système de soins (réforme hospitalière en particulier). Comme elle intervient dans le financement des soins, à travers l'octroi de prêts. A titre indicatif la Banque Mondiale a octroyé durant les cinq dernières années un prêt de 76 millions de dollars US pour le projet de financement et de gestion du secteur de la santé (PFGSS)¹⁸², ceci va garantir un accès au soins de qualité et dans des meilleurs conditions.

Conclusion du deuxième chapitre :

Ce chapitre a permis de tracer les contours du cadre institutionnel des droits des malades qui ne comprend pas seulement les institutions sanitaires et les professionnels de la santé, mais englobe aussi un ensemble de structures publiques et privées et certaines organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales. Toutes ces structures, contribuent peu ou prou, directement ou indirectement, par leur action ou leur aide à l'œuvre de promotion de la santé au Maroc et de protection des droits des malades.

Conclusion de la première partie

¹⁸¹ Banque mondiale, Rapport sur le développement dans le monde, 2009 et 2010 p 77.

¹⁸² Jean-Pierre Cling, François Roubaud, La Banque Mondiale, Editeur: La Découverte, 2009.P12.

L'étude du cadre juridique et institutionnel des droits des malades, nous a surtout permis de recenser, analyser, et apprécier les règles de lois qui régissent les différents droits des malades, et aussi de tracer l'inventaire des institutions, des mécanismes et des organismes qui travaillent pour la cause des droits des malades, d'en dégager les rôles et les apports en faveur des droits des malades.

Dés lors, il reste que la promotion et la protection effective des droits des malades supposent des politiques sanitaires appropriées et des conditions déterminées permettant à chacun d'accéder à des soins de qualité dans le respect de sa dignité, de son intimité, du secret médical, et de sa liberté autant que possible de choisir son médecin-traitant et de consentir au traitement, mais aussi avec la garantie de droits essentiels tels que la non-discrimination dans l'accès au traitement, la couverture sociale, et le droit au remboursement des frais médicaux, le droit à l'assistance médicale, pour les malades indigents...etc

Dans quelle mesure notre système de santé répond t-il à ces exigences et pourquoi appelle t-il des réformes appropriées ? C'est la double question à laquelle s'efforcera de répondre la deuxième partie de notre étude.

Partie II / La protection des droits du malade : réalité et perspectives

La promotion de la santé en général et des droits du malade en particulier représente l'un de ces défis qui s'imposent avec force au Maroc comme partout dans le monde. La santé pour tous, sans discrimination, bien qu'elle apparaisse comme une utopie reste un objectif essentiel, fondement du développement humain. Le souci d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins est un facteur majeur de développement humain avant d'être une condition d'efficacité des systèmes de santé.

Au lendemain de l'indépendance, le Maroc a opté pour un modèle protectionniste de santé où l'Etat s'occupait de la production des soins et services, du financement des soins, du management des établissements et de la régulation du secteur.

Cependant, en dépit des efforts déployés par le secteur public et le développement rapide du secteur privé, la couverture sanitaire de la population connaît toujours des insuffisances et le système de soins souffre de cloisonnements d'ordre fonctionnel et technique entre les niveaux ambulatoire et hospitalier, tout comme il pêche par l'absence d'un cadre légal approprié de régulation et d'un outil de planification temporelle et spatiale de l'offre publique des soins. Ce qui s'explique pour une large part, par l'insuffisance du financement public et la faiblesse de la couverture par l'assurance maladie.

Pour sa part, l'accessibilité au médicament, souffre de réels problèmes, particulièrement, la concentration des officines dans le milieu urbain, déficit que ne peut pallier un secteur public sous financé,

engendrant ainsi une disponibilité partielle du médicament nécessaire aux soins curatifs dans les structures de soins publiques.

Certes, l'encadrement du système de santé par les professionnels de santé a connu un accroissement, mais les ressources humaines, toutes catégories confondues, restent insuffisantes avec une répartition très inégale au sein de la population. La formation de base, encore moins la formation continue, n'offrent pas suffisamment les profils attendus pour un système de santé performant, plus particulièrement sur le plan de la qualité et de l'accessibilité des soins curatifs et préventifs par l'ensemble de la population.

Ces manquements sont d'autant plus sensibles qu'ils ont pour effet de mettre en cause la protection des droits des malades dans notre pays, et d'entraver le processus du développement humain (chapitre 1).

Par conséquent la réforme du système de santé au Maroc devient une nécessité impérieuse, réforme qui passe par l'instauration de nouvelles bases pour une meilleure gouvernance du système de santé, la mobilisation d'un financement suffisant et équitable et l'amélioration des acquis réalisés, notamment en ce qui concerne le renforcement de la couverture médicale pour assurer une meilleure accessibilité aux soins et aux médicaments, mais aussi en ce qui concerne l'adoption de la prévention comme instrument efficient d'amélioration du niveau de santé du citoyen ; conditions incontournables, donc, pour promouvoir et protéger les droits des malades(chapitre 2) .

Chapitre 1 :

Le contexte sanitaire marocain et la protection des droits du malade

Le contexte sanitaire actuel est incontestablement marqué par un certain nombre d'acquis et de réalisations qu'il convient de mettre en relief (section1), mais aussi par des dysfonctionnements à bien des égards sur lesquels il importe de mettre le doigt, d'autant plus qu'il ne manquent pas de déteindre négativement sur les droits des malades (section2).

Section 1 : les acquis en matière de protection des droits des malades

Il s'agit en fait d'un certain nombre d'acquis qui fixent le niveau de développement sanitaire actuel et permettent d'évaluer les efforts déployés et ceux qui restent encore à faire au niveau de la protection des droits des malades.

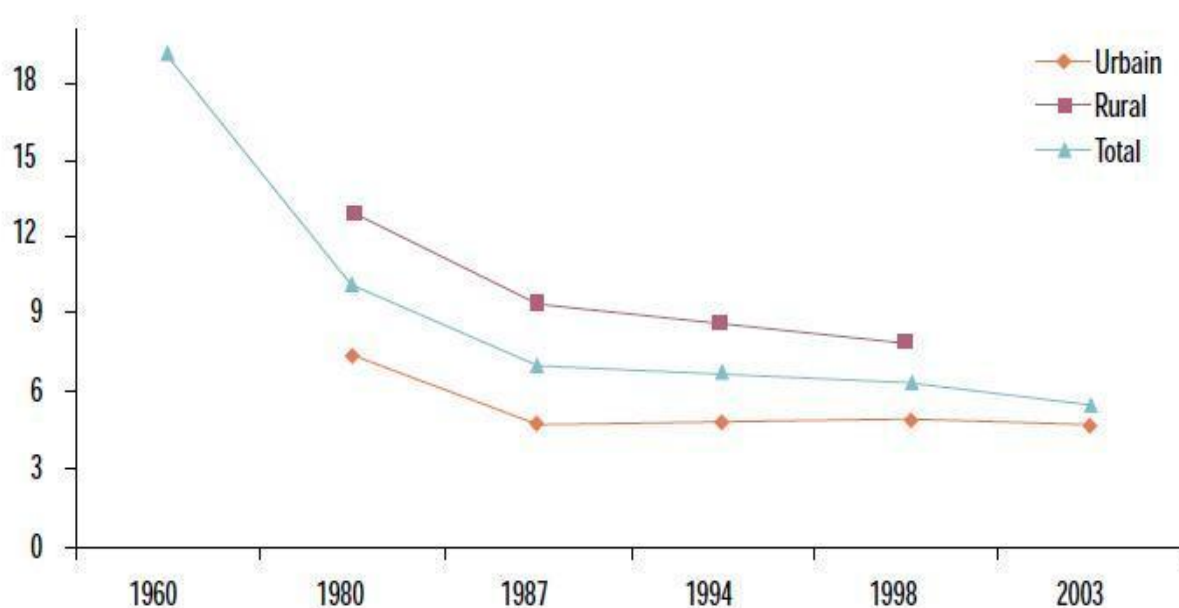
Ces acquis ont trait à la maîtrise de l'accroissement démographique (§1), à la réduction de l'incidence des maladies transmissibles (§2), à la couverture dans le domaine de la transfusion sanguine (§3), à la production nationale des médicaments (§4), à l'élargissement de la couverture solidaire du risque maladie (§5) et à l'acquisition des nouvelles technologies biomédicales et la veille sanitaire (§6).

§1- La maîtrise de l'accroissement démographique

La démographie de la population marocaine est en pleine transition avec une diminution continue de la fécondité, un allongement de l'espérance de vie et un vieillissement progressif de la population.

Selon la dernière enquête du Haut Commissariat au Plan¹⁸³ relative à la démographie nationale, la structure démographique marocaine est en train de connaître d'importants changements.

Le taux brut de mortalité a connu une baisse importante passant de 19‰ en 1960 à 5,5‰ en 2003, ce taux reste plus élevé dans le milieu rural par rapport au milieu urbain (figure 4). L'indice synthétique de fécondité, lié à deux phénomènes importants (nuptialité et contraception) est passé de 7 enfants par femme en 1962 à 2,5 enfants par femme en 2003-2004 avec des variations différentielles entre milieu urbain et rural (3,3 pour les couches défavorisées et 1,9 pour les populations les plus nanties). Il est probable, d'après les études démographiques en cours, que la fécondité et la natalité continueront à diminuer jusqu'à l'horizon 2015 ou elles se stabiliseront.



Evolution du taux brut de mortalité (pour mille) période 1960-2003-¹⁸⁴

¹⁸³ Haut Commissariat au Plan, Rapport national sur le recensement général de la population et de l'habitat, caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population.2004

¹⁸⁴ Source : profil sociodémographique du Maroc (CERED), 2004

Ainsi en l'espace de cinquante ans, l'espérance de vie des marocains a augmenté de près de vingt huit ans, s'établissant à 74,8 ans en milieu urbain, et pouvant atteindre jusqu'à 77,3 ans contre 71,7 ans en milieu rural. Les raisons à cela résident principalement dans l'amélioration des conditions de vie et l'extension de la couverture sanitaire¹⁸⁵.

Mais, l'augmentation de la proportion des personnes âgées au Maroc, suite à la baisse de la fécondité et le déclin de la mortalité va accroître le fardeau des familles, des systèmes de santé et des services sociaux. Or, faute d'études spécifiques sur les personnes âgées au Maroc, on a tendance à refléter des situations moyennes et à masquer les écarts selon l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, le comportement en matière de prévention des maladies et des risques d'incapacité, et l'environnement social.

Les déterminants de la santé et de l'incapacité sont complexes et multifactoriels : ils varient selon les individus, les familles, les communautés et les régions. Les maladies contagieuses prédominent toujours, mais les maladies non contagieuses et les maladies cardiovasculaires, notamment l'hypertension artérielle et la cécité sont en hausse, comme ailleurs dans le monde.

Globalement, la santé des personnes âgées peut être appréhendée à travers plusieurs dimensions : médicale, sociale et subjective. La première dimension renvoie aux différentes pathologies dont souffrent les personnes âgées, la deuxième aux difficultés d'exécuter certaines tâches quotidiennes, et donc au degré d'autonomie. La troisième dimension

¹⁸⁵ Idem

prend en compte la propre perception de l'individu de son état de santé, il s'agit en fait de l'hygiène corporelle et le comportement nutritionnel¹⁸⁶.

Les projections à l'horizon 2030, estiment la population totale à 37.994.000 dont 24.417.000 en milieu urbain soit 64,3%. La tendance à l'urbanisation de la population va s'accroître de plus en plus avec toutes ses implications en terme de besoins en services de santé¹⁸⁷.

Cette situation induira un accroissement progressif de la demande en soins hospitaliers lourds pour la prise en charge des maladies chroniques et dégénératives. Les personnes âgées souffrent souvent de plusieurs pathologies en même temps, ce qui entraîne une incapacité importante et complique singulièrement la prise en charge médicale ; ce qui ne manquerait pas d'avoir des répercussions importantes sur le financement des soins de santé et de la dépendance, et pèsera énormément sur le système sanitaire et sur l'économie.

§2- La réduction de l'incidence des maladies transmissibles

Les maladies transmissibles ont représenté depuis l'indépendance, la charge de morbidité la plus importante et constituaient, en permanence, une menace de santé publique (risque d'épidémie souvent meurtrière de maladies telles que le paludisme, le choléra, les méningites, la rougeole etc.). Ces maladies, grâce aux efforts soutenus de lutte, dans le cadre de programmes structurés, ont fini par être relativement sous contrôle, leur incidence réduite à des niveaux très bas et pour quelques unes d'entre elles, éliminées ou éradiquées : paludisme, bilharziose. Les maladies

¹⁸⁶Le HCP Les personnes âgées au Maroc : Profil, santé et rapports sociaux, Analyse des résultats de l'Enquête nationale sur les personnes âgées ENPA 2006

¹⁸⁷ Le HCP, Le Maroc aux horizons de 2030

infectieuses de la première enfance, évitables par la vaccination, sont sous contrôle total et la plupart d'entre elles sont en voie d'élimination : poliomyélite, diphtérie, tétanos néonatal¹⁸⁸.

Les réussites dans la réduction de la mortalité précoce et évitable ont été obtenues dans une large mesure grâce à des actions spécifiques du MS, en particulier des interventions menées dans le cadre des soins de santé de base (SSB), tels que l'augmentation de la couverture vaccinale, de la prévalence contraceptive, de l'utilisation de la réhydratation orale etc.

§3- Une bonne couverture dans le domaine de la transfusion sanguine

La transfusion sanguine est une des activités les plus sensibles dans un système de santé, en raison de la nature des produits utilisés qui sont des produits d'origine humaine - sang et produits sanguins - et de la qualité du receveur, le patient.

De ce fait, les pouvoirs sanitaires sont soumis à des impératifs d'ordre éthique pour protéger la personne humaine et d'ordre technique pour introduire les techniques les plus appropriées, garantes de la qualité et de la sécurité du produit.

Dans ce cadre, le MS a mis en place un dispositif national de transfusion sanguine constitué par un centre national de transfusion sanguine, des centres régionaux de transfusion sanguine, des antennes de transfusion et

¹⁸⁸MS, Les maladies transmissibles: état des lieux, rapport du MS, 2012, document interne p:26.

des banques de sang équipés et dotés de ressources humaines appropriés¹⁸⁹.

§4 – L’amélioration notable de la production nationale des médicaments

Le médicament est essentiel à l’amélioration de la santé des marocains, il constitue la principale source de progrès thérapeutiques.

L’industrie pharmaceutique marocaine a connu au cours des 20 dernières années un développement sans conteste satisfaisant. Son niveau de performance et de savoir faire est reconnu aujourd’hui par l’OMS qui la classe dans la zone Europe¹⁹⁰. L’accréditation (ISO 17025) récente par la «Direction Européenne de la Qualité du Médicaments (EDQM) - Conseil de l'Europe» du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments marocain (LNCM), contribuera au renforcement des outils de suivi de la politique du médicament dans notre pays. Le LNCM est par ailleurs membre observateur de la Commission de la Pharmacopée Européenne et il est inscrit sur la liste des laboratoires officiels de l’OMS¹⁹¹.

Avec 35 unités pharmaceutiques dont la production est conforme aux normes internationales de qualité, notamment les BPF (Bonnes Pratiques de Fabrication), l’industrie pharmaceutique marocaine contribue de manière significative aux exportations marocaines¹⁹². Elle couvre plus de 70 % des besoins nationaux en médicaments, ceci a pour conséquence de :

¹⁸⁹ Wajih Maazouzi, Nourredine Fekri Benbrahim, Radia Atif, Asmaa Touil : « système de santé et qualité de vie », rapport thématique des 50 ans de développement humain et perspectives 2025, 2010, p 29

¹⁹⁰ Consulter le site de l’association Marocaine de l’Industrie Pharmaceutique : www.amip.ma

¹⁹¹ Amip, rapport sur l’industrie pharmaceutique au Maroc, voir le site op cit.

¹⁹² Op cit

- Assurer l'approvisionnement du marché en produits de qualité, donc un impératif de sécurité et de protection du citoyen (veille sanitaire)
- Assurer la disponibilité de ces produits, donc un impératif de sécurité d'approvisionnement dans le temps et dans l'espace.
- Assurer l'accessibilité de ce produit par l'ensemble de la population, donc un impératif sanitaire économique et social.
- Veiller au bon usage de ce produit.

L'industrie pharmaceutique est constituée aussi bien de laboratoires nationaux que de filiales de multinationales. Ces dernières sont à l'origine d'innovations thérapeutiques majeures et contribuent aux transferts technologiques dans tous les domaines pharmaceutiques. Les laboratoires nationaux sont surtout présents au niveau de la production des médicaments génériques.

Elle favorise par ailleurs, grâce à l'engagement des laboratoires pharmaceutiques, la jouissance du droit pour les malades d'accéder aux médicaments et d'assurer l'autonomie du Maroc en matière de médicament ce qui fait d'elle un pôle industriel stratégique pour le Royaume¹⁹³, surtout avec l'arrivée du médicament générique qui a permis de mettre à la disposition des malades des médicaments à des prix largement inférieurs à ceux des princeps (avec un différentiel de prix de 30% au minimum), les industriels génériqueurs ont permis un plus large accès aux médicaments.

Ainsi, les médicaments génériques représentaient en 2010, 27% du marché pharmaceutique marocain. La part des génériques en volume, au niveau des appels d'offre hospitaliers reste beaucoup plus importante (80 à 90%), du fait d'acquisition des médicaments au moindre prix.

¹⁹³ MS :Santé. Etat actuel, tendances et orientations stratégiques. Avril 2011.

Les génériques ne sont pas présents de manière homogène dans l'ensemble du marché pharmaceutique mais restent hyperconcentrés au niveau des antibiotiques, des médicaments de l'appareil digestif et du métabolisme, du système cardio-vasculaire, de l'appareil locomoteur, du système nerveux, et de l'appareil respiratoire¹⁹⁴.

§5- L'élargissement de la couverture solidaire du risque maladie

L'Assurance maladie obligatoire (AMO) est une politique de protection sociale contre la maladie. Fonctionnant sur la base de cotisations, elle est obligatoire pour les fonctionnaires et les autres travailleurs régis par le code du travail. L'État et les employeurs du secteur privé paient une partie des cotisations. Le reste est prélevé directement sur les salaires. Ce mécanisme est théoriquement destiné à soulager nos concitoyens de l'énorme charge liée à la prise en charge des maladies.

Le système de l'assurance maladie obligatoire est entré en vigueur depuis septembre 2005. Il constitue certainement l'une des importantes évolutions qui a donné accès à la couverture maladie à ceux qui en étaient privés. Fidèle à ses valeurs fondatrices, l'AMO repose plus que jamais sur une conception extensive de la solidarité.

En effet, depuis son lancement, l'AMO n'a pas cessé d'évoluer : l'extension de la liste des médicaments, l'amélioration de la qualité de service, la création de la cellule de permanence 24h/24 et 7j/7 pour les prises en charges, l'exonération partielle ou totale du ticket modérateur, ... sont tous des défis importants qui font reculer

¹⁹⁴L'AMIP, Le secteur pharmaceutique marocain : réalités sur les prix des médicaments et intérêt du secteur, Mars 2010.P8

graduellement les frontières de l'exclusion pour un futur encore meilleur¹⁹⁵.

En l'espace de sept années, l'AMO a permis à 3,4 millions de bénéficiaires : enfants, femmes et hommes, de jouir d'une couverture maladie de base.

Aujourd'hui, avec l'extension du panier actuel aux soins ambulatoires, et aux soins dentaires, l'AMO franchit un nouveau cap vers l'équité et la globalisation.

Par ailleurs, les malades les plus défavorisés pourront bénéficier du RAMED, qui concernent plus de 9 millions de marocains, dont 4 millions vivant en état de pauvreté et 4.5 millions en situation de vulnérabilité, ces malades vont bénéficier du même panier des soins que celui de l'AMO et chacun d'eux va bénéficier d'une carte RAMED lui facilitant l'accès aux soins et prestations des hôpitaux publics¹⁹⁶.

§6- L'acquisition des nouvelles technologies biomédicales et la veille sanitaire

Le monde médical est confronté à l'émergence et à la mise sur le marché d'équipements et de technologies nouvelles dont l'acquisition demeure coûteuse et dont l'utilisation par le système sanitaire exige de plus en plus de compétence et de maîtrise.

Au Maroc, le ministère de la santé s'est employé depuis longtemps à acquérir des équipements et notamment d'imagerie médicale (radiologie conventionnelle, échographie, scintigraphie, scannographie, IRM...), d'endoscopie et de laboratoire qui sont devenus des moyens indispensables sans lesquels le médecin ne pourra pas assurer

¹⁹⁵ DR Taoufi Tazi, Assurance maladie obligatoire: un grand besoin de communication, article publié sur : www.marocdoctor.ma

¹⁹⁶ Voir la thèse de Aouatif Derrous, p : 172

convenablement son métier et répondre au besoin du patient qui devient de plus en plus exigeant dans ce domaine¹⁹⁷.

Les ingénieurs informaticiens et les techniciens spécialistes chargés d'assurer l'usage de ses équipements sont ainsi appelés à devenir des acteurs indispensables pour permettre l'utilisation adéquate et assurer la maîtrise et la fiabilité de ses équipements biomédicaux.

Au niveau de la veille sanitaire, l'étude des effets après mise sur le marché des médicaments s'est traduite par un bon suivi des alertes au niveau international et d'une activité soutenue de la commission nationale de pharmacovigilance qui a traité de nombreux dossiers, permettant de renforcer la veille sanitaire dans ce domaine.

Mais, malgré les réalisations notables du système de santé, ce dernier souffre de plusieurs dysfonctionnement et insuffisance qui entravent la protection des droits des malades.

Section 2 : les principaux dysfonctionnements et insuffisances du système de santé

Malgré le développement notable des indicateurs de santé dans notre pays, le système de santé souffre de plusieurs dysfonctionnements et insuffisances qui entravent la garantie et le développement des droits des malades, notamment :

- Une intervention directe de l'Etat par le biais du Ministère de la Santé 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 et l'absence d'une politique de partenariat avec la société civile.

¹⁹⁷ Hakou Farid, L'industrie de la santé au Maroc, édition révisée OMS Genève, 2009, p 156

- Difficultés d'accès aux soins de santé pour les plus démunis et pour la population en milieu rural, avec une distribution inégale de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et une inadéquation entre cette offre et la demande de soins pour certaines maladies notamment le diabète, le cancer, l'insuffisance rénale, les maladies cardiovasculaires et la santé mentale.
- Gestion non satisfaisante des hôpitaux publics
- Difficultés liées aux ressources humaines.
- Absence d'une véritable politique de médicaments

Ces dysfonctionnements et insuffisances, parfois institutionnels ou encore fonctionnels, ont des retombées directes sur les droits des malades.

§1_ Un centralisme institutionnel rigide

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 sont insuffisantes à tous les niveaux du système.

La communication entre les différentes directions ainsi que la coordination globale des activités des services centraux sont insuffisantes. De même, la coordination entre les différents niveaux du système est limitée, ce qui entraîne une sur-utilisation des installations de catégorie supérieure par rapport aux établissements de soins de santé de base.

Les services préventifs et de soins primaires ne sont pas bien développés et le nombre de spécialistes dans les programmes de prévention est insuffisant¹⁹⁸.

La gestion de la plupart des instituts, centres et laboratoires nationaux est, pour sa part, 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.

D'autre part, en dehors de l'utilisation des structures des centres hospitaliers universitaires pour la formation des médecins et le paiement d'une partie du salaire des enseignants des facultés de médecine et de pharmacie et de chirurgie dentaire, il n'y a pas de lien structurel entre le Ministère et l'université ni pour les orientations de la formation médicale ni pour les orientations de la politique de santé, ni pour la recherche médicale. La participation de certains universitaires à des actions du ministère ou à la réflexion sur certains aspects de la politique de santé se fait le plus souvent à titre personnel.

En plus de tous ces problèmes, 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

¹⁹⁸ Voir Mohamed GHOTI, La Santé pour tous, une gageure ? , article publié dans La Nouvelle Tribune le 02 - 11 - 2012.

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 partie 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 de l'absence d'un cadre structurel pour une réflexion nationale permanente sur les problèmes de santé tout comme on peut mentionner l'absence d'organisme d'impulsions et de coordination tel qu'un conseil national de la santé ou un centre national pour le développement sanitaire qui permettrait au ministère de prendre l'avis des professionnels de la santé et du public sur l'élaboration des politiques et des stratégies ainsi que le plan d'action.

Le ministère de la santé reste toujours subordonné à la politique générale du gouvernement pour qui les droits du malade sont un sujet à problème. Le ministère exécute depuis sa création un plan pour « la santé pour tous », le problème des soins primaire et de base, la question des équipements et du financement sont des problèmes forts qui ne laissent que peu de place pour la protection des droits des malades dans leur sens large. De plus le travail du ministère reste marqué par le manque de transparence et de clarté, et par l'absence d'une approche éthique de la santé¹⁹⁹.

¹⁹⁹ Aouatif Derrous, le droit à la protection de la santé : cas du Maroc, thèse de doctorat en sciences administratives, faculté des sciences juridiques, économiques et sociales, Rabat- Agdal, 2012, p 149.

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. Ainsi avec 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 Maroc²⁰⁰.

En somme les différents rapports d'analyse du système de santé ont permis d'identifier un nombre important de dysfonctionnements dont les principaux sont en relation avec²⁰¹:

- L'absence d'un cadre légal et réglementaire pour la planification et la régulation de l'offre de soins, (une loi sur le système de santé et l'offre de soins vient certes d'être adoptée mais sans détails ni textes d'application jusqu'à présent) ;
- 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 libéral²⁰².

²⁰⁰ Rapport du cinquantenaire, « Le Maroc possible : une offre de débat pour une ambition collective », Cinquante ans de développement humain, perspectives pour 2025, comité directeur, 2010, p.119-125.

²⁰¹ MS, la santé vision 2020, op cit.

²⁰² Consulter le rapport du ministère de la santé vision 2020

§2- La faiblesse des résultats du système de santé

Malgré quelques améliorations démographiques, comme nous l'avons souligné dans la première section de ce chapitre, les taux de mortalité infantile, maternelle et adulte restent élevés. La comparaison des résultats du Maroc à ceux d'autres pays à niveau de développement similaire montre qu'il est souvent mal classé notamment en ce qui concerne la mortalité infantile (avant l'âge d'un an), la mortalité avant l'âge de cinq ans, la mortalité maternelle, l'espérance de vie corrigée de l'incapacité, le niveau de réactivité²⁰³ du système de soins de santé, l'équité pour l'accès aux soins.

La rentabilité du système de soins curatif public est faible. Les structures publiques sont sous-utilisées comme le montrent par exemple le taux d'occupation des hôpitaux et le nombre d'interventions chirurgicales par an et par chirurgien²⁰⁴.

Avec une proportion de 6% de la population âgée de plus de 60 ans, anticipée à 10 pour cent d'ici 2020, le pays ne se trouve pas dans une situation des plus favorables pour faire face à la charge importante et croissante des maladies non transmissibles.

A- L'insuffisance et la mauvaise répartition des services de soins

A cet égard, on ne peut manquer de relever :

- Les disparités dans la répartition des structures de soins publiques et privées et entre les différentes régions du pays.

²⁰³ Le niveau de réactivité d'un système de santé apprécie les aspects en rapport avec le respect de la dignité, l'autonomie et la confidentialité (réunis dans l'expression respect de la personne), la rapidité de la prise en charge, la qualité de l'environnement sanitaire, l'accès aux réseaux d'aide sociale pendant les soins et le choix du prestataire de soins (réunis dans l'expression attention accordée au client).

²⁰⁴ Consulter le rapport du MS .Op cit

- La répartition très inégale des professionnels de santé notamment des médecins et des chirurgiens dentistes des secteurs public et privé et la concentration de la majorité de ces professionnels dans l'axe Casablanca - Rabat - Fès.
- Les grandes disparités entre le milieu urbain et le milieu rural dans toutes les régions du pays en terme de disponibilité des structures et des professionnels, de possibilité d'accès physique et d'utilisation des services.

De là, les difficultés et les obstacles qu'affrontent les populations démunies pour accéder aux soins surtout dans les régions enclavées et lointaines souvent dotées de peu structures peuvent être insurmontables. Le problème de l'accessibilité physique se pose avec acuité vu les caractéristiques géographiques de notre pays et la dispersion des localités en milieu rural. 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).

De plus, les citoyens pauvres n'ont pas la garantie suffisante de pouvoir accéder aux soins dont ils ont besoin. Ils affrontent des obstacles majeurs et n'arrivent même pas à accéder de manière satisfaisante aux soins gratuits qui leur sont théoriquement destinés dans les structures publiques de santé et dont bénéficient en fait les plus riches, même avec l'instauration du système de la carte RAMED²⁰⁵.

L'analyse des indicateurs relatifs à l'offre de soins laisse apparaître une insuffisance quantitative, une répartition déséquilibrée à travers le territoire et des écarts relativement importants

²⁰⁵ Idem

entre milieux urbain et rural²⁰⁶, entre régions et entre provinces au sein d'une même région.

Ainsi, on peut constater une concentration de l'offre dans les grands centres urbains tandis que les petits centres et les villages ruraux demeurent relativement dégarnis. L'analyse de l'offre globale (publique et privée) montre une faible complémentarité entre les deux secteurs. Généralement, cette offre globale 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.

Malgré les efforts déployés par le MS en matière d'extension des infrastructures, 43 % de la population marocaine reste située à plus de 6 Km de l'établissement de santé de base le plus proche. Il s'ajoute à cela, le fait 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'accouchement²⁰⁷.

²⁰⁶ Voir annexe 5, la santé en chiffre, édition 2012, étude du MS.

²⁰⁷ Mohamed Elmekouri :« la fonction social de l'hôpital public », mémoire soutenue a l'institut national d'administration sanitaire ;20011 ;p :16

Cette situation est encore aggravée par le Partenariat peu et mal exploité avec la société civile et les organisations non gouvernementales et par la faible participation du secteur privé aux actions de santé publique.

B – L’absence de la qualité

La qualité du système de santé ne peut être appréciée qu’à travers un personnel performant, et des équipements modernes et suffisants dans toutes les unités de santé, ce qui n’est malheureusement pas le cas lorsqu’on connaît l’état défectueux des hôpitaux tel que le centre hospitalier Ibn Sina qui est surtout présenté habituellement par les autorités sanitaires comme le fleuron de l’infrastructure hospitalière et vers lequel se dirige les malades de tout le pays. Il n’en va pas différemment pour celui d’Ibn Rochd, ni pour les autres hôpitaux du pays.

Les hôpitaux publics sont plutôt perçus comme de « hospices » par les malades et par le public en général. Le gaspillage demeure le trait dominant, l’utilisation d’une technologie sophistiquée ne profite souvent, qu’à une infime minorité de malades privilégiés, tandis que la politique des soins de santé primaire demeure au stade des déclarations d’intention sans portée réelle²⁰⁸.

Quand à la situation des établissements psychiatriques

Par ailleurs un accès équitable aux soins de santé de qualité ne peut être envisagé sans une carte sanitaire équilibrée et judicieuse. Or, malgré l’existence d’une loi réglementant la carte sanitaire²⁰⁹, les responsables de la santé publique ont du mal à justifié la répartition inégale des centres de santé et des dispensaires, la densité faible de l’infrastructure hospitalière,

²⁰⁸ MS, le santé vision 2020, rapport publié sur le site : www.sante.gov.ma

²⁰⁹ Voir la section 1 du Chapitre 1 de la première partie de ce travail.

l'insuffisance des laboratoires, la concentration des personnels de santé dans les grandes agglomérations et l'inadéquations de l'offre par rapport à la demande en personnel surtout en milieu rural. Ceci a un impact néfaste sur la santé pour tous et sur le droit des malades à l'accès aux soins.

Cela étant, on ne peut affirmer que l'intégrité physique et morale et la dignité des patients font l'objet d'une attention soutenue, ni que le bien-être physique, mental et sociale est recherché.

C- Les difficultés d'accès au médicament

Malgré les acquis enregistrés par le secteur du médicament et de la pharmacie, des problèmes persistent encore : Dispositions du nouveau code du médicament et de la pharmacie²¹⁰ non encore appliquées, procédures de fixation des prix des médicaments mal adaptées, utilisation peu développée du médicament générique et logistique d'approvisionnement du secteur public peu performante. Ces problèmes sont liés essentiellement à :

- La faiblesse de la production du médicament générique²¹¹
- La multiplicité des unités de fabrication dont la taille ne permet pas d'affronter la concurrence et la mondialisation;

²¹⁰ la loi 17-04 portant code de la pharmacie promulguée en 2006 par le Dahir n° 1-06-151 (publiée au Bulletin Officiel n° 5480 du 15 Kaada 1427 (7-12-2006) a constitué la première réforme majeure du secteur pharmaceutique depuis plus de 40 ans, et qui traduit les grandes lignes de la politique nationale en matière du médicament, n'a pas encore été suivie par la mise en place des textes réglementaires pour son application.

²¹¹ 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).

- La mauvaise gestion de l'approvisionnement en médicaments dans le secteur public notamment au niveau des hôpitaux où la gestion de ce produit pâtit de l'absence de missions claires, de procédures rigoureuses standardisées, de normes d'entreposage et de gestion des stocks et de mesures de suivi des médicaments après leur sortie des pharmacies (problème de traçabilité).

En ce qui concerne les prix des médicaments, on relève :

- une absence de clarté des procédures actuelles de fixation des prix et des pourcentages de remboursement ;
- des prix élevés des médicaments en comparaison avec les prix en cours dans des pays similaires (et la récente réduction opérée dans les prix de certains médicaments reste encore insignifiante).
- l'impossibilité légale pour le pharmacien de procéder à la substitution²¹² des produits prescrits par le médecin.

Pour ce qui est de la réglementation des prix des médicaments, une distinction dans les modes de fixation des prix est faite entre 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'importateur²¹³.

²¹² 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.

²¹³AMIP, Etude sur les prix des médicaments : « le secteur pharmaceutique marocain : réalités sur les prix des médicaments et intérêt du secteur », 2011.

Le système de révision des prix, souple pour les médicaments 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 importés²¹⁴.

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 fabricant et prix final sont de 22,7% dans le secteur public et de 110,4% dans le secteur privé. Il ressort qu'à coté 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 pays²¹⁵.

§3- Un système de ressources humaines défaillant

Sur le plan de l'encadrement par les professionnels de santé, on constate qu'il n'y a pas de normes préétablies dans le système de santé marocain, ce qui rend hasardeux la planification des besoins en personnels.

²¹⁴ Ministère de la Santé, « Rapport de la commission chargée d'élaborer une nouvelle stratégie d'approvisionnement des établissements de santé en médicaments et en consommables médicaux », février 2011.

²¹⁵ Op cit, étude de l'AMIP, p 15

Globalement insuffisantes, les ressources humaines sont réparties de façon très inégale au sein de la population qui ne cesse de contester certaines dérives.

A- les problèmes de formation des ressources humaines

La formation des professionnels de la santé est particulière, et nécessite un enseignement théorique allié à un stage pratique solide, qui permet de résoudre les problèmes de santé tout en préparant les professionnels à l'évolution de l'environnement des soins de santé et aux nouvelles technologies de diagnostic et de soins.

La formation des différentes catégories de prestataires professionnels de soins de santé pêche par la quantité et la qualité en raison de certaines difficultés inhérentes aux programmes de formation, aux méthodes d'enseignement et aux lieux de stages, ce qui peut constituer une véritable entrave à la planification, et compromettre les efforts visant à répondre aux besoins de soins de santé de la population. Ainsi, on peut relever schématiquement les carences suivantes²¹⁶ :

- Incapacité des jeunes médecins sortant à exercer la médecine générale dans les établissements de soins de santé de base ou de première ligne, ce qui explique en grande partie la tendance à la spécialisation.
- Insuffisance en rapport avec la formation humaine et psychologique :
- Faible connaissance de la société marocaine, des habitudes sociales, des comportements sociaux.

²¹⁶ Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres, et de la recherche scientifique : pour une nouvelle réforme des études médicales au Maroc. Mai 2010.

- Manque d'enseignement de l'abord humain du malade, le malade étant considéré et traité comme une maladie, sans support psychologique, sans histoire personnelle, sans contexte socioculturel.
- Vision centrée sur la maladie elle-même, abstraction faite de sa famille, de son entourage, de sa profession, de ses attentes et de ses angoisses.
- Faible formation psychologique avec ignorance des facteurs individuels de la maladie, des manifestations somatisées, des impacts psychologiques de la maladie et de ses complications ou de sa chronicité, le malade étant rarement vu dans sa globalité.
- Faible ouverture sur les aspects non médicaux de la vie : vie culturelle, artistique, sociale.
- Insuffisance en rapport avec l'absence de maîtrise de problèmes de santé communautaire et des problèmes éthiques, déontologiques et relationnels :
- Faible formation concernant les aspects gestionnaire des programmes du système de santé, des programmes sanitaires prioritaires, des stratégies spécifiques du Ministère de la Santé, relatives à certaines affections ou groupes d'affections.
- incapacité à raisonner en tenant compte du profil épidémiologique du pays.
- Faible implication des jeunes médecins dans les programmes de la santé, notamment en ce qui concerne la médecine communautaire et la médecine familiale.
- Faible tendance au travail en commun et à l'appel de confrères en consultation au sujet d'un malade.
- Incapacité à intégrer le facteur coût dans la pratique médicale, ainsi que ses complications pour le malade et la société.

- Aucune formation n'est dispensée en matière de recherche clinique, ni de prise en charge des sujets âgés et handicapés.

Il faut signaler que ces résultats sont à interpréter avec prudence vu qu'ils sont recueillis en se basant exclusivement sur la littérature. En fait, nous n'avons pas recueillis les besoins ressentis et exprimés par les professionnels du terrain²¹⁷.

Néanmoins, ils permettent de mettre en évidence un manque d'adéquation entre la situation épidémiologique en ce qui concerne les grands problèmes de santé publique au Maroc et l'offre de formation au niveau de la faculté de médecine.

Pour sa part, le système de formation des infirmiers et techniciens, ce dernier, ne répond pas aux exigences du système de soins. La formation des cadres gestionnaires supérieurs des services de santé reste en dessous des besoins et fait défaut pour les cadres intermédiaires. A souligner que le problème de la formation se pose aussi bien dans la formation de base que dans la formation continue dont les principaux dysfonctionnements se résument comme suit²¹⁸:

- Absence d'outils réglementaires, la formation continue n'est pas encore institutionnalisée ;
- Faiblesse des structures chargées de la formation continue ;
- Insuffisance des RHU et financières allouées à la formation continue ;
- Inadaptation des approches et méthodes de formation ;
- Insuffisance de la documentation et des revues spécialisées ;
- Limitation de l'accès aux technologies de l'information ;
- Absence de motivation ;

²¹⁷ A. El Gadi. Ingénierie et évaluation d'une formation. Remald, série guides de gestion N°6, 2010 ; P 20-35.

²¹⁸ Ministère de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres, et de la recherche scientifique : pour une nouvelle réforme des études médicales au Maroc. Mai 2009

- Absence d'organisation de formation diplômante ;

L'offre de formation est insuffisante, peu accessible et peu adaptée par rapport aux nouveaux besoins de formation :

- Le MS ne dispose pas d'un mécanisme systématique d'identification et de fixation des priorités des besoins de formation continue ;
- Le système de FC est peu réactif par rapport aux besoins émergents du système de santé ;
- Les difficultés d'intégration des nouvelles recrues du département à cause de l'inexistence de formation d'adaptation à l'emploi ;
- L'iniquité de l'offre actuelle de formation continue ;
- La qualité insuffisante des prestations pédagogiques ;
- La pénurie et le déficit qualitatif du corps enseignant des institutions de formation du MS ;
- Le manque d'utilisation des potentialités externes au MS ;²¹⁹

Pour les dysfonctionnements liés au pilotage de la formation continue, on trouve :

- Chevauchement des rôles et responsabilités concernant la formation continue au MS ;
- Multiplicité et manque de coordination entre les intervenants opérationnels de la formation continue ;
- Outils de régulation de la formation continue peu développés ;
- Mécanismes incitatifs à la formation continue insuffisamment développés ;
- Liens d'imputabilité ou de reddition de compte entre les acteurs de la formation continue peu développés²²⁰.

²¹⁹ MS, plan d'action 2008-2012.op cit

²²⁰ Idem

B- L'insuffisance des ressources humaines

Le personnel de santé est défini comme l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé²²¹.

Le personnel représente un pilier dans tout système de santé dans le but de garantir une prise en charge sanitaire efficace et de qualité. Cependant le manque dont souffre le ministère de la santé en matière de ressources humaines retentit directement sur l'état de santé de la population.

La situation actuelle puise ses origines au recrutement massif des marocains pour remplacer les départs des cadres et agents étrangers après l'indépendance du pays et dont la majorité écrasante des recrutés était née entre 1946 et 1953. Or depuis 2006 on assiste à des départs en retraite massifs non remplacés.

En plus, les politiques d'ajustement structurel imposées par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire Internationale qui visent la diminution de la masse salariale surtout dans les secteurs jugés improductif ont fait que le secteur de la santé a été l'une de leur grande victime.

L'opération du départ volontaire lancée au profit des fonctionnaires des différents établissements étatiques en 2005 n'a fait que nourrir la pénurie en personnel de santé, avec le départ des cadres non remplacés jusqu'à présent, ce qui a causé de grandes défaillances dans le

²²¹ 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. (Extrait du rapport sur la santé dans le monde 2006, p. 1).

système de santé. Cette situation a engendré des conséquences néfastes sur la répartition et le rendement des professionnels de la santé²²².

C- Les dérives constatées au niveau des ressources humaines

Un certain nombre de constats sont rapportés sur le personnel de santé du secteur public tels²²³:

a- Emploi par le secteur privé des ressources humaines du secteur public hors d'un cadre réglementaire établi

Le gouvernement a décidé d'interdire aux médecins du secteur public d'exercer dans le secteur privé²²⁴. Cette décision annoncée par le ministre de la Santé, n'est pas nouvelle, puisqu'elle est énoncée dans la loi 10-94 relatives à l'exercice de la médecine²²⁵.

Le travail au noir des médecins du public dans les cliniques privées est fréquent. Les deux parties, à savoir les médecins et les cliniques, y trouvent leur compte : les médecins améliorent leurs conditions financières et les cliniques paient moins cher, alors qu'elles font payer leurs clients les lourdes factures²²⁶.

²²² Voir la thèse de lahlou Asmae, op cit, p 45

²²³ Voir le plan d'action 2008-2012 du ministère de la santé op cit.

²²⁴ Circulaire sous le N° 99, relative à l'exercice illégale de la médecine à titre privé par les médecins fonctionnaires.

²²⁵ L'article 55 de la loi n° 10.94 relative à l'exercice de médecine dispose « 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 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.

²²⁶ Voir le plan d'action du MS 2008-2012.

Une pratique qui n'est plus acceptable, puisqu'il est interdit aux fonctionnaires d'exercer à titre professionnel une activité lucrative privée ou relevant du secteur privé, de quelque nature que ce soit. Les fonctionnaires de l'Etat doivent consacrer l'intégralité de leurs activités professionnelles aux tâches qui leurs sont confiées.

Cette règle d'interdiction de cumul des activités est inscrite dans l'article 15 du statut général de la fonction publique²²⁷.

L'exercice illégal de la médecine à titre privé par des médecins fonctionnaires au sein des cliniques privées, des cabinets médicaux, des centres de radiologie et autres établissements sanitaires à but lucratif avait depuis plusieurs années posé un sérieux problème. Il est évident que les premiers à pâtir de cette pratique illégale sont les malades qui s'adressent à l'hôpital public, aux structures du ministère de la santé, celles et ceux qui n'ont pas de quoi payer et qui n'ont d'autre choix que de venir au centre de santé, ou au centre hospitalier.

Mais ces malades sont très souvent contraints de rebrousser chemin, de garder leur mal en patience car bien des médecins sont absents ou désertent carrément leurs services pour aller se faire de l'argent dans le privé.

De la sorte, certains médecins ont contribué à creuser davantage le fossé qui existe entre les malades qui ont des moyens et ceux qui sont démunis et à conforter ainsi une médecine à deux vitesses²²⁸ qui heurte de front le droit de tous les malades d'accéder à des soins de santé de qualité.

²²⁷ Dahir n° 1.58.008 du 24 Février 1958 formant statut de la fonction publique.

²²⁸ M.Naciri, la médecine privée au Maroc: réalités et contraintes, article de presse, albayane, 8-8 2012. N° 872.

b- Utilisation non conforme du temps plein aménagé et contrôle défaillant de cette pratique

Le temps plein aménagé (TPA) est régi par les dispositions de la loi n° 10.94 relative à l'exercice de médecine promulguée par le Dahir n° 1.96.123 du 21 août 1996, loi qui dans son article 56 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'autre part. La période légale de cinq ans 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 négatif²²⁹. En tout cas, l'utilisation abusive de cette pratique ne manque pas de se faire sentir au niveau de certains hôpitaux publics où les malades ont du mal à accéder à des soins appropriés de la part de médecins suffisamment qualifiés.

c- Existence du phénomène de l'absentéisme

L'absentéisme est souvent rapporté comme important dans les établissements de soins du MS²³⁰. Cependant, aucune information n'est disponible pour en apprécier l'importance en terme de

²²⁹ idem

²³⁰ Op cit, voir le plan d'action du MS 2008-2012.

journées de travail perdues ainsi qu'en terme d'impact sur la productivité des établissements de soins.

d- Pratique de la corruption et autres malversations dans les établissements de soins

La corruption dans le secteur de la santé est un phénomène qui se manifeste à travers différentes typologies d'événements. Les manifestations de la corruption peuvent être différenciées principalement selon le type d'établissement, la ville, la nature de la prestation médicale rendue et la catégorie socioprofessionnelle du patient, les principales typologies sont²³¹ :

- Rétribution induue et pot de vin : paiement pour un traitement/service/prestation gratuit ou de droit (accueil et orientation, hygiène et nourritures, changement de draps,...), il peut résulter de l'initiative du patient ou de son accompagnant, ou encore suite à une extorsion exercée par le personnel de santé.
- Favoritisme (ou népotisme) : divers types de faveurs accordées par les professionnels de santé, directement, aux membres de leurs familles, leurs amis ou leurs collègues, ou indirectement à travers un intermédiaire ou une personne influente (administration centrale, autorités locales, élus,...) sans considération du mérite ou de l'équité, des aptitudes ou des capacités. Les faveurs accordées concernent aussi bien les prestations rendues dans le cadre de l'offre de soins (accueil, traitement de faveur, admission,...) que les modes transversaux de

²³¹ ICPC, Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la santé : Evaluation et diagnostic, édition Mazar, juin 2011.P 23.

gestion (affectation du personnel de santé, mutation, marchés publics,...).

- Gratification (ou cadeaux) : paiement initié par le patient à titre volontaire et non exigé par le personnel de santé, pour être privilégié par rapport aux autres patients (en quête de qualité/traitement de faveur ou tout simplement pour accorder une gratification post traitement).
- Traitement abusif : lorsque le patient subit des traitements/services/prestations non nécessaires. Le traitement abusif est souvent un prétexte pour justifier la surtarification des prestations.
- Sur tarification (des services ou des prestations offerts) : lorsque le patient paie pour un service plus que ce qu'il ne doit payer (poches de sang, kit maternité,...) ou dans le cadre d'un traitement abusif.
- Facturation frauduleuse pour des soins fictifs : facturation de services ou de prestations de soins non réalisés (transfusion sanguine, injections,...).
- Paiement pour des services ou des prestations non conformes / illicites : lorsqu'un patient paie pour bénéficier d'un service ou une prestation auxquels il n'a pas droit (certificat de maladie, opération d'avortement, certificat d'aptitude,...).
- Détournement de deniers ou de biens publics : utilisation des biens ou des fonds publics à des fins privées (détournement des marchés publics pour l'acquisition du matériel, médicaments, autorisation de médicaments,...).
- Accaparement du temps, du matériel et des locaux à titre privé : peut être associé à l'abus de biens sociaux, ce type de pratique abusive se manifeste lorsqu'il y a utilisation du temps, du matériel et des locaux d'établissements publics à titre privé. Il se traduit notamment par :
 - L'exercice de manière illégale par les professionnels de santé de la fonction publique (médecins, infirmiers,...) d'activités de médecine dans les cliniques ou les laboratoires privés sans avoir d'autorisation et au

détriment des établissements publics se traduisant par des absences et des retards

- L'usage au niveau des établissements de soins publics (centre de radiologie, laboratoires, ...) des équipements, du matériel et des consommables au profit des laboratoires d'analyse biologique ou de radiologie privés ;
- La vente de médicaments par les pharmacies des établissements de soins publics aux officines privés²³².

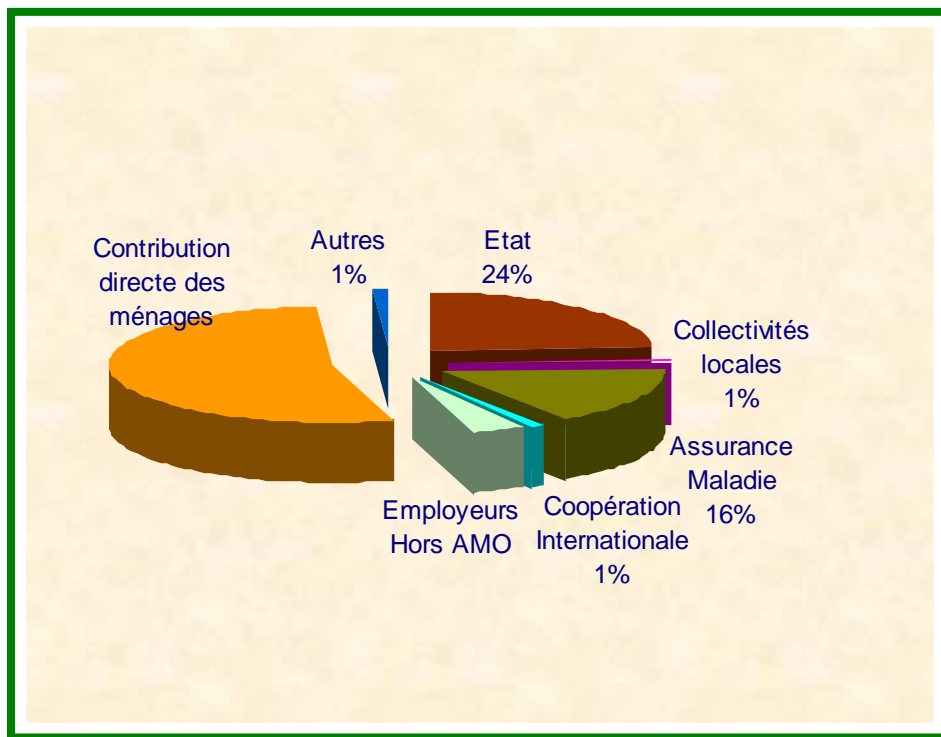
§4- L'insuffisance du financement de la santé

La dépense nationale en santé a atteint 47,7 milliards DH en 2011 représentant 6,2% du PIB. Pour sa part, la dépense annuelle moyenne de santé par habitant s'est élevée à environ 1.500 DH pour la même année. S'agissant des sources de financement, la part de la dépense totale de santé financée par les ménages est toujours prépondérante. Sur les 6,2% du PIB que le Maroc consacre à la santé, 53,6% sont financés par les ménages. Les ressources fiscales ne sont à l'origine que de 25,2% des dépenses globales de santé, la couverture médicale (19 %), les employeurs (9%) et la coopération internationale (1,1%)²³³.

Les sources de financement de la santé

²³² ICPC, Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la santé : Evaluation et diagnostic, édition Mazar, juin 2011.P 23.

²³³ Voir la thèse de Aouatif Derrous, p 148



Sources : MS direction du budget 2011.

Le financement collectif de la santé à travers des mécanismes solidaires (au sens large) est de 44% en 2010. Cette augmentation est imputable à l'extension de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et à l'augmentation du budget du ministère de la santé. Par contre, il faut noter que la part des paiements directs des ménages (net des remboursements) a connu une baisse en passant de 57,4% en 2006 à 53,6% en 2010. Les paiements nets et directs des ménages sont effectués principalement à l'occasion d'acquisition de médicaments et d'autres biens médicaux²³⁴.

Rappelons que les ressources mobilisées par le système national de santé sont consacrées, pour une bonne part, aux médicaments. Selon les Comptes nationaux de la santé de 2010, le système national de santé a consacré plus de 33,6% à l'achat de médicaments et biens médicaux en tant que bien de consommation finale par le patient. Les soins

²³⁴ Ministère de la santé, Service de l'économie de santé, DPRF. Comptes nationaux de la santé, 2010

ambulatoires n'ont représenté que 35,2% des dépenses du système national de santé²³⁵.

L'analyse des sources de financement met en exergue l'iniquité du financement de la santé au Maroc en raison de la forte part des paiements directs des ménages qui s'élève à plus de la moitié de la dépense globale de santé. Les coûts du système de santé marocain ne sont donc pas répartis selon les capacités de paiement des individus à travers un mécanisme de solidarité nationale mais plutôt en fonction du risque maladie supporté par le paiement direct des ménages. Ce type de financement fragmenté engendre des difficultés de contrôle, de régulation et de maîtrise du système national de santé.

Le problème de l'insuffisance du financement est aggravé par l'affectation inéquitable des ressources financières. Ainsi l'analyse des dépenses du Ministère de la Santé (hors CHU, Instituts et Laboratoires Nationaux) montre des disparités assez importantes.

La répartition entre les différentes provinces a toujours été influencée plus par des considérations historiques que par des critères pertinents et objectifs. Le même constat peut être fait pour les dépenses en prestations de Santé Maternelle et Infantile (SMI) par rapport à la population cible. Les disparités sont difficilement justifiables en raison non seulement de leur importance quantitative, mais surtout si elles sont rapportées à des indicateurs clés comme le taux de mortalité infantile²³⁶.

²³⁵ Ezzrari.A. et El Alami.A. Etude relative aux dépenses individuelles catastrophiques et leur impact sur l'appauvrissement des ménages : Cas du Maroc, OMS-2009.

²³⁶ Op cit, p 23

En l'absence de toute réforme, rien ne pourra atténuer l'iniquité et l'insuffisance du financement de la santé au Maroc ; le poids du financement collectif de la santé sera toujours modéré alors que celui des paiements directs des ménages demeurera très élevé.

Ceci dit, la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED) permettrait d'infléchir la part hypertrophiée des paiements directs des ménages. Avec l'entrée en vigueur de ces deux régimes, la part de la couverture médicale se situerait à 30% au lieu de 16% et la part des paiements directs des ménages chuterait à moins de 40% à condition d'une augmentation des ressources fiscales et du financement collectif et c'est ce qu'on attend de ces deux régimes de couverture sociale²³⁷.

§4- Négligence des principaux déterminants non médicaux de la santé et l'accentuation des facteurs de risque

Le Dr Mahler, ancien directeur de l'OMS²³⁸ avait déclaré que « la santé pour tous implique la levée des obstacles à la santé, c'est-à-dire, l'élimination de la malnutrition, de l'ignorance, de l'eau de boisson contaminée et des logements insalubres, presque qu'autant que le fait la solution des problèmes purement médicaux».

En l'état actuel des choses, le Maroc s'achemine très lentement vers une transition des facteurs de risques qui étaient marqués par leur forte prévalence en ce qui concerne des maladies transmissibles (déficit

²³⁷ Idem.

²³⁸ Dr Halfdan Mahler a assuré le mandat de Directeur Général de l'OMS de 1973 à 1988, il était à l'origine de l'objectif de la « Santé pour tous d'ici l'an 2000 » et de la stratégie des soins de santé primaires. Voir le site officiel de l'OMS

pondéral, approvisionnement en eau potable et assainissement insuffisants, par exemple) à une forte prévalence des facteurs de risque des maladies chroniques (tabagisme, hypertension, obésité, par exemple).

A- Le tabagisme et la toxicomanie

a- Le tabagisme

Le tabac tue un fumeur sur deux. Pourtant, il est consommé partout dans le monde car il est vendu à bas prix et largement commercialisé à l'aide de techniques persuasives. Ses dangers sont souvent ignorés et les politiques publiques antitabac arrivent difficilement à enrayer ce fléau.

Le tabagisme tue près de 6 millions de personnes par an dans le monde²³⁹. Au Maroc, on estime la prévalence du tabagisme à 18% chez les Marocains âgés de 15 ans et plus, avec près de 41% de la population exposée au tabagisme passif.

Le Maroc est considéré comme l'un des plus grands consommateurs de tabac dans la zone méditerranéenne avec plus de 15 milliards de cigarettes par an. Mais, on n'a trouvé aucune statistique quant au nombre exact de décès liés au tabac. Néanmoins, dans un pays comme le nôtre où 31,5% des hommes et 3,3% des femmes fument, le cancer du poumon fait des ravages : 90% des cancers du poumon sont dus au tabac. Le tabac serait également "responsable de 25% des insuffisances coronaires dont l'infarctus"²⁴⁰.

²³⁹ OMS, Voir le dernier rapport sur : www.oms.com

²⁴⁰ Hafida Haki, Le tabagisme et la toxicomanie au Maroc, mémoire de fin d'études, école des assistants sociales, 2010, P 87.

En milieu scolaire, une enquête nationale réalisée en 2011²⁴¹ a montré que 25,5% des élèves (âgés de 13 à 17 ans) consomment le tabac sous diverses formes (avec 10,4% fumant des cigarettes et 14% utilisant d'autres formes). A la lumière de ces données et à l'instar de l'évolution des idées dans ce domaine, il est important d'opérationnaliser la loi anti-tabac n° 15-91 et de ratifier la convention internationale pour la lutte anti-tabac²⁴².

b- La toxicomanie

Au cours de la période de cinq ans allant jusqu'à la fin de 2010, la consommation illicite de drogues dans le monde est restée stable, à un taux compris entre 3,4 et 6,6 % de la population adulte (personnes âgées de 15 à 64 ans). Cependant, entre 10 et 13 % des consommateurs demeurent des usagers problématiques qui présentent une dépendance aux drogues et/ou des troubles liés à l'usage de drogues; la prévalence du VIH (estimée à environ 20 %), de l'hépatite C (46,7 %) et de l'hépatite B (14,6 %) parmi les usagers de drogues par injection continue d'aggraver la charge mondiale de morbidité et, enfin et surtout, environ 1 décès sur 100 est attribué à la consommation illicite de drogues²⁴³.

La consommation de drogues est un problème croissant de santé publique. A l'échelle internationale, plusieurs études épidémiologiques témoignent de son augmentation dans toutes les couches sociales. Cette consommation n'est pas dénuée de risques pouvant être fatals. En 2005 et

²⁴¹ Le haut commissariat au plan, enquête nationale sur le tabagisme en milieu scolaire, 2010

²⁴² Idem

²⁴³ Voir le rapport de Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, rapport mondial sur les drogues, 2012.

2006, les décès dus aux drogues représentaient 3,5% de tous les décès européens.

Au Maroc, la dernière enquête nationale menée en 2010, a montré que la prévalence de la dépendance à l'alcool et aux drogues était de 7% et celle à d'autres drogues de 8,8 %²⁴⁴.

La lutte contre les toxicomanies sous toutes ses formes, particulièrement chez les jeunes, constitue un axe prioritaire visant la réduction de la demande et la prise en charge avec réduction des risques liés aux drogues injectables²⁴⁵.

B- Les habitudes alimentaires

Comme la plupart des pays en développement, le Maroc connaît une évolution quantitative et qualitative de sa consommation alimentaire. Les produits céréaliers tendent à baisser au profit des produits animaliers (viandes, poissons, produits laitiers et œufs). Les matières grasses régressent aux dépens des sucres et des produits sucrés. Les quantités de fruits et légumes consommés ont doublé tandis que celles des poissons et des fruits de mer, d'huiles végétales et de tubercules, ont triplé.²⁴⁶

Cette transition alimentaire a conduit aussi à une élévation de la prévalence du surpoids et de l'obésité et à une augmentation de l'incidence des maladies chroniques. La consommation de sucre raffiné et de sel augmente tandis que les fibres et les glucides complexes font de

²⁴⁴ Toxicologie Maroc - N° 8 - 1er trimestre 2011

²⁴⁵ idem

²⁴⁶ Ammor S, Baali A, Charkaoui M, Hubert A. Facteurs alimentaires et environnementaux de risqué du cancer du rhinopharynx au Maroc et leurs répartition géographique. Bulletins et mémoires de la société d'anthropologie de Paris 2011, p 22.

moins en moins partie de l'alimentation. Ces éléments et d'autres facteurs de risque ont engendré une prévalence accrue de certaines maladies, en particulier l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré et certains cancers, etc. D'où l'importance de la prévention et de la lutte contre les facteurs de risque qui sont représentés essentiellement par l'obésité, la sédentarité, l'hyperlipidémie et le stress²⁴⁷.

C-les nouveaux risques environnementaux

Les facteurs de risque sanitaires liés à l'environnement constituent des déterminants importants de l'état de santé de la population et sont une source de préoccupation quotidienne des autorités sanitaires. Le développement économique et social que connaît le Maroc s'est accompagné d'une exploitation accrue des ressources naturelles et inévitablement de la dégradation de l'environnement suite aux différentes pollutions : pollution microbiologique et chimique des eaux, pollution de l'air par des particules en suspension et des polluants gazeux en milieu urbain, pollution du sol par les décharges ménagères, les déchets industriels et agricole...²⁴⁸

Les décharges non contrôlées ainsi que certains sites d'accumulation des déchets représentent un danger pour la santé publique. Parmi les risques sanitaires qui peuvent en dériver et les nuisances qui leur sont liées, on relève :

²⁴⁷ idem

²⁴⁸Le Conseil National de l'Environnement, Les instruments économiques au service de la protection de l'environnement au Maroc, , mai 2010

- Risque d'incendies : les déchets sont souvent facilement inflammables, ils peuvent s'enflammer par combustion spontanée, quand ils sont mis en tas sans précaution, avec production de fumées malodorantes.
- Prolifération des rongeurs et des insectes : les déchets, avant fermentation, constituent la nourriture principale des rats, agents directs ou indirects de propagation de graves maladies : peste, fièvre, etc). Ils sont aussi des pôles d'attraction pour les mouches et autres insectes, vecteurs passifs de germes et de virus.
- Emanations de gaz toxiques (méthane, hydrogène sulfureux, etc.), d'odeurs nauséabondes et de germes qui prolifèrent dans les poussières d'ordures.
- Pollution des ressources en eau²⁴⁹.

D- La pauvreté et l'analphabétisme

Il existe un lien étroit entre la santé et le statut social, la santé ayant tendance à s'améliorer avec l'augmentation de la classe sociale. Ainsi, non seulement les membres les plus démunis de la société ont-ils une mauvaise santé, mais encore l'état de santé diminue au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle socioéconomique, ce qui a des répercussions sur une grande frange de la population²⁵⁰.

L'analyse de la pauvreté et de l'analphabétisme au Maroc a fait l'objet de plusieurs études, (Banque Mondiale, Haut Commissariat au Plan, PNUD etc). Ces études ont pu décrire les caractéristiques des populations pauvres et analyser les différents types de comportement des ménages et évaluer leur impact sur le bien être²⁵¹.

²⁴⁹ Voir le rapport de L'OMS sur le programme de la coopération 2008-2013, op cit

²⁵⁰ S .phipps, Répercussions de la pauvreté sur la santé, juin 2007, p 12

²⁵¹ HCP, Une approche multidimensionnelle : Pauvreté et inégalités des conditions de vie au Maroc, 2010

Le PNUD a estimé le taux de pauvreté au Maroc à 28 pour cent sur la base de l'indice multinational de la pauvreté²⁵², alors que le Haut commissariat au Plan (HCP) l'évaluait à seulement 9 % dans son rapport 2007 sur les conditions de vie des familles²⁵³.

Dans sa loi de Finances pour l'année 2012, le ministère marocain des Finances indique qu'en 2010, le taux d'analphabétisme au Maroc était de 30% alors que le Haut Commissariat au Plan (HCP) publiait en 2009 un rapport d'étape faisant état d'un taux d'analphabétisme de 39,7%²⁵⁴.

La pauvreté, l'analphabétisme et la mauvaise santé forment un cercle vicieux. La pauvreté nuit à la santé parce qu'elle augmente les risques personnels et environnementaux, la malnutrition et l'insécurité alimentaire, alors que l'analphabétisme réduit l'accès aux connaissances et aux informations ainsi qu'aux services de soins de santé, tandis que la mauvaise santé engendre la pauvreté en réduisant le revenu des ménages, l'aptitude à apprendre et la productivité et en provoquant une dégradation de la qualité de la vie. En conséquence, la pauvreté est un déterminant important des problèmes de santé, mais peut également résulter d'une mauvaise santé.

Mais à peine est-il besoin de préciser qu'en raison de la complexité de ces déterminants, la lutte contre la pauvreté, l'analphabétisme et la malnutrition échappe aux seuls contrôle et compétence du département

²⁵² L'Indice multinational de la pauvreté (IMP) se fonde sur dix indicateurs, comportant le taux d'inscription scolaire, la mortalité infantile, la malnutrition des enfants, l'accès à l'électricité et la possession de certains biens de consommation (radio, télévision, téléphone, bicyclettes et motos, voitures et tracteurs, cuisinière, toilettes et autres).

²⁵³ PNUD, rapport sur la pauvreté au Maroc, 2009

²⁵⁴ Consulter le site du HCP : www.hcp.ma

de la santé et nécessite la mise en convergence des actions des différents acteurs du développement social.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre s'est efforcé de démontrer qu'en dépit des progrès réalisés, depuis l'accession à l'indépendance, en termes notamment de maîtrise de l'accroissement démographique, de réduction de l'incidence des maladies, d'accroissement relatif à la couverture sanitaire et d'acquisition des nouvelles technologies biomédicales, notre système de santé souffre encore de bien des dysfonctionnements et insuffisances liés principalement à la faiblesse de la politique publique en matière de santé, aux défaillances du système des ressources humaines, à la mauvaise répartition des services de soins et à l'insuffisance du financement de la santé....

Dès lors, force est de reconnaître qu'un tel état de chose, est loin d'être favorable à une réelle promotion des droits des malades et que notamment, la jouissance par ces derniers du droit d'accéder sans discrimination et sans obstacles à des soins de santé de qualité relève encore de « la promesse de gascon ».

Aussi, une réforme globale et profonde de notre système de santé se révèle t-elle à la fois impérieuse et urgente si on veut réellement aller de l'avant dans la protection et la promotion des droits des malades.

Chapitre 2 : les perspectives d'avenir et les recommandations

La promotion de la santé représente l'un de ces défis qui s'imposent partout. Le Maroc, conscient de l'importance de la santé dans le développement humain, s'est engagé dans la voie de la réforme de son système de santé, l'objectif premier, voire fondamental étant l'amélioration de la santé de la population marocaine en favorisant notamment l'accès aux soins médicaux ce qui permettrait la conciliation du citoyen avec le système de santé (section 1).

Cependant, pour réaliser au mieux les objectifs escomptés, une telle réforme doit aller de pair avec une politique appropriée d'encadrement des usagers du système de santé de manière à leur permettre d'être au fait de leurs droits et d'être suffisamment réceptifs aux mesures de prévention et d'éducation sanitaire (section 2).

Section 1 : la réforme en cours du système de santé

La réforme du système de santé au Maroc devient de plus en plus une condition pour sa survie et non pas un choix. Une réforme suppose un changement positif, substantiel et fondamental, construit à partir d'une réalité insatisfaisante. Quant aux motifs derrière le mouvement de réforme, ils sont nombreux mais gravitent presque tous autour de la nécessaire protection des droits des malades et l'amélioration du système des soins.

La réforme de la santé dans son sens moderne a ouvert d'énormes chantiers dans tous les domaines et a créé de nouveaux pôles de développement économiques²⁵⁵.

Cette réforme a pour but d'anticiper et de planifier l'offre de soins de demain en tenant compte des mutations et des évolutions que nous subissons aujourd'hui. Il s'agit d'un processus, auquel doivent participer l'ensemble des acteurs et des partenaires concernés par la santé, et qui comporte huit domaines d'intervention²⁵⁶ :

- 1- le 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- l'amélioration de l'accès aux soins par la promotion de l'équité dans la répartition des ressources allouées et la réduction des écarts ;
- 3- la 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- la pérennisation des acquis de la Couverture Médicale de Base (CMB) et l'élargissement du financement du secteur de la santé par le développement de mécanismes collectifs et solidaires de partage du risque maladie ;
- 5- l'amélioration de la gouvernance du système de santé ;

²⁵⁵ Lors de l'ouverture de la première session de la première année législative de la huitième législature le 12 octobre 2007, SM le Roi Mohammed VI avait défini, pour le gouvernement, les grands axes devant inspirer sa politique socio-économique : « ...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 patrie unifiée, la sécurité et la stabilité, un enseignement de qualité, une éducation judicieuse, un travail productif, une économie compétitive, un logement décent, une couverture médicale fiable, une administration efficiente et intègre, une justice équitable et indépendante, une dignité assurée et une citoyenneté pleine et entière, avec ses droits et ses obligations... ».

²⁵⁶ MS, rapport sur la réforme de la santé, plan d'action 2008-2012, P : 38

- 6- la généralisation de la réforme hospitalière et la pérennisation de ses acquis notamment les outils de l'assurance qualité ;
- 7- la garantie de l'accessibilité, de la disponibilité et de la sécurité du médicament
- 8- le développement de la recherche en santé²⁵⁷.

Bref, cette réforme peut être déclinée sous trois volets essentiels et complémentaires : la réforme institutionnelle, la réforme juridique et la réforme hospitalière qu'on va examiner successivement.

§1- La réforme institutionnelle

La réforme institutionnelle entend à la fois consolider les rôles du ministère de la santé en ce qui concerne la définition, la régulation, la planification et la normalisation de la politique sanitaire, restructurer ce département dans le cadre de la régionalisation, renforcer le rôle du secteur privé, de la société civile et des organisations non gouvernementales dans la résolution des problèmes de santé publique.

A- Le repositionnement et la consolidation du rôle du ministère de la santé

²⁵⁷ Ministère de la santé, « Méthodologie d'élaboration du schéma régional de l'offre de soins », unité de coordination régional, document interne, 2010. p 45

Le système de santé doit être en mesure de répondre de façon plus harmonieuse et cohérente aux besoins de santé de la population, être performant, anticiper les problèmes de santé publique et garantir l'équité des soins. La performance du système repose sur sa capacité à répondre aux besoins de la population sans produire de l'exclusion ni accroître les inégalités en santé.

Le MS vise à renforcer sa capacité institutionnelle de s'acquitter de son rôle de direction de la santé et d'exercer un leadership intersectoriel pouvant faire appel aux différents acteurs du système et de les orienter dans la tâche consistant à impulser le développement humain. Il s'assurera davantage dans ses attributions relative à la planification, la gestion et la coordination de l'usage des ressources, qu'il s'agisse de ressources d'origine nationale ou celles de la coopération. Il favorisera également la participation de la société civile et du secteur privé, pour atteindre les objectifs nationaux de la santé.

La complexité du système et le besoin de coordination qu'exigent les réformes de santé incitent d'une part à accorder un intérêt particulier à la bonne gouvernance qui s'appuiera sur des organes et des mécanismes nouveaux pour garantir un pilotage transparent et efficace des actions de santé et la participation des différents acteurs, et d'autre part à assurer le recentrage du rôle du MS sur le financement, la régulation, la planification, le contrôle et la sécurité sanitaire à travers notamment²⁵⁸ :

- La mise en place d'un Conseil Supérieur Consultatif de la Santé qui aura notamment pour missions de donner son avis sur la politique nationale de santé et les priorités sanitaires ;

²⁵⁸ Voir la thèse de Aouatif Derrous, p 87

- Le développement d'un cadre réglementaire et des mécanismes de coordination nécessaires pour asseoir le partenariat public-privé sur des bases solides lui permettant de jouer un rôle actif dans l'amélioration de l'accès aux soins ;
- Le renforcement des actions de coopération bilatérale et multilatérale et adoption de nouvelles formes de partenariat notamment avec les collectivités locales et les Organisations Non Gouvernementales.
- Le développement de l'obligation de rendre compte à travers une bonne définition des responsabilités et des indicateurs de suivi des performances. Cette obligation peut voir sa légitimité assurée par la mise en place d'un système d'incitation/sanction clair.
- La révision des lois et des règlements en vue d'introduire ces principes dans le management du système national de santé.
- Le développement des mécanismes institutionnels d'incitation à l'efficacité et à l'assurance qualité (audit, accréditation, inspection, communication des bilans, contrat objectif moyens, comités d'éthique en recherche...).
- L'identification et la clarification des responsabilités propres à chaque intervenant dans le système national de santé : Etat et ses représentants, société civile et secteur privé ; et définir les modalités d'organisation des relations entre ces différents groupes d'acteurs.
- La séparation de la fonction de financement de celle de prestation. La fonction de financement mérite d'être centralisée au niveau d'un organisme distinct de ceux qui assurent la prestation de soins et de services de santé et des services centraux du Ministère de la Santé.²⁵⁹

²⁵⁹ Ministère de la santé, « 10 années d'épidémiologie au service de la santé », Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies, mai 2011.P: 22

B- La régionalisation sanitaire

Pour améliorer sa gouvernance, le MS a fait le choix de la régionalisation qui constitue l'élément clé de la nouvelle organisation du système de santé marocain. Cette réforme consistera à renforcer la déconcentration à travers un nouveau partage de rôles entre les niveaux central et local par le rehaussement de ce dernier pour en faire un partenaire efficace et crédible dans la planification et la mise en oeuvre des programmes locaux de développement²⁶⁰.

Cette approche sanitaire s'inscrit bel et bien dans le courant de la modernisation des secteurs de l'État et contribue ainsi à la mise en oeuvre de toute politique visant le développement humain durable et l'implication des régions dans le processus de développement local²⁶¹.

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

²⁶⁰ Ministère de la santé, « Santé, vision 2020 », 2009.

²⁶¹ Bruno Palier , les réformes des systèmes de santé, Collection "Que sais-je ?" d'édition:6. Date de parution : 31/10/2012. P: 18.

systèmes de santé aux besoins spécifiques et aux réalités locales, ainsi qu'au souci de la moralisation du service public²⁶².

Cette réforme associée au processus de déconcentration contribue certes à une meilleure connaissance du terrain et des besoins sanitaires, à une plus grande 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, la rationalisation de l'offre de soins, la réduction des inégalités territoriales, la coordination des intervenants en matière de santé, la différenciation et l'accommodation aux réalités locales face aux défis structurels, sont tous de véritables points d'intérêt de cette politique de régionalisation. Elle apportera certes un ensemble d'avantage et offrira bien évidemment une opportunité au système sanitaire d'atteindre un niveau optimal de négociation et de planification de l'offre de soins pour la majorité des citoyens, en redistribuant harmonieusement les ressources et les compétences disponibles et en prenant en compte les spécificités et les besoins de chaque région. En outre, elle présentera un cadre adapté pour la mesure et le suivi de la performance du système sanitaire²⁶³.

La régionalisation du secteur de la santé apparaît également comme étant la voie incontournable pour la concrétisation de la politique de proximité sociale 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.

²⁶² Slaoui M.A., *Quelle Régionalisation pour le Maroc au 21ème Siècle*, Wapricom, 2010. P 12

²⁶³ *Idem*, p: 68

C- Le développement et le renforcement des structures de la veille sanitaire

Le MS dispose de structures de veille sanitaire spécialisées dans différents domaines dont il œuvre actuellement à soutenir les missions et à renforcer les actions. Il s'agit du centre national de transfusion sanguine, de l'institut national d'hygiène, du centre national de la radioprotection et du centre anti-poison.

a- Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et relève hiérarchiquement de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires. Ses missions consistent à :

- Organiser la politique transfusionnelle du Royaume
- Promouvoir le don du sang
- Former le personnel médical et paramédical en Transfusion Sanguine.
- Assurer la formation continue du personnel médical et paramédical des CTS.
- Améliorer, mettre au point et diffuser les techniques transfusionnelles
- Assurer la qualité et la sécurité transfusionnelles
- Adapter les activités aux évolutions scientifiques dans le domaine de la transfusion
- Imposer un contrôle de qualité à tous les CTS
- Assurer un audit annuel des CRTS et BS.
- Fabriquer et distribuer gratuitement les réactifs d'immuno-hématologie pour tous les CTS.
 - Faire fractionner le plasma en vue d'obtenir des Produits Sanguins Stables
 - Assurer l'équipement des différents CTS.
 - Promouvoir la recherche scientifique.
 - Construire ou aménager les CTS.²⁶⁴

²⁶⁴ MS, le centre national de transfusion sanguine, rapport 2010. P 9

Dans le chantier de réforme en cours, l'le CNTS est appelé à œuvrer pour la continuité et le renforcement des actions en matière de la sécurité transfusionnelle et le développement des structures opérationnelles de transfusion sanguine. Les objectifs fixés visent à :

- 1- augmenter le nombre de donneurs de 10% par le développement des collectes extérieures ;
- 2-mener des campagnes de sensibilisation et d'incitation pour le don du sang
- 3 - organiser des séminaires ateliers pour le perfectionnement sur les techniques transfusionnelles au profit du personnel médical et paramédical des différents centres de transfusion;
- 4- développer l'assurance qualité et l'audit annuel et renforcer le système d'hémovigilance en place²⁶⁵.

b- L'Institut National d'Hygiène

L'INH est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et constitue l'organe de référence en matière de biologie médicale et environnementale.

Cette instance étatique œuvre depuis 1930 à garantir une prise en charge efficace des problèmes d'hygiène et d'épidémiologie au Maroc.

Son champ d'intervention est très vaste et ses laboratoires jouent le rôle de support technique et scientifique aux différents programmes sanitaires tels la tuberculose, le paludisme, la bilharziose, les leishmanioses, les méningites, les maladies entériques, le choléra, les salmonelloses, les infections sexuellement transmissibles, l'infection VIH, la poliomyélite la rougeole et la grippe.

²⁶⁵ Ministère de la santé, « Stratégie nationale de gestion des urgences médicales et des risques sanitaires liés aux catastrophes », mars 2010.

L'INH assure également l'expertise technique en matière d'hygiène alimentaire, de toxicologie de l'environnement, et dans le domaine médico-légal.

Parallèlement à ses activités de laboratoires, l'Institut contribue à la formation de médecins et de pharmaciens biologistes, de différents chercheurs et scientifiques pour leurs travaux de recherches dans le cadre des préparations des recherches et de doctorats nationaux, ainsi que des diplômes de techniciens de laboratoires et d'infirmiers que ce soit dans le cadre de la formation de base ou de la formation continue.

Bien plus, il œuvre depuis sa création à la recherche et à la mise en place d'outils garantissant le développement des techniques de biologie médicale et environnementale servant de base pour le diagnostic médical, la surveillance épidémiologique, le contrôle de la qualité d'hygiène communautaire et de la sécurité sanitaire au Maroc.

Toutefois sa réforme est bel et bien à l'ordre du jour pour lui insuffler une nouvelle dynamique, réforme qui vise notamment la mise en conformité de son infrastructure, de son organisation et de son potentiel technique avec les acquis communautaires et les recommandations de l'OMS. L'objectif de cette restructuration et réorganisation de l'INH et du réseau de laboratoires qui s'y rattache est de créer un dispositif efficient au service de la santé publique, de la surveillance, de la veille épidémiologique, et de la sécurité sanitaire du pays²⁶⁶.

c- Le Centre national de Radioprotection (CNRP)

²⁶⁶ Consulter le site officiel de l'INH :www.inh.ma

des unités administratives et scientifiques opérants dans divers secteurs d'activités, à savoir : les autorisations et inspections, la gestion des déchets radioactifs, la dosimétrie, la surveillance de l'environnement...

Département de surveillance dosimétrique du personnel exposé

Dispose d'un laboratoire de dosimétrie par thermoluminescence (TLD) qui opère en étroite collaboration avec le département de métrologie des rayonnements ionisants dans le but d'assurer une meilleure surveillance de l'exposition externe du personnel travaillant sous rayonnements ionisants à travers :

- La détermination des doses reçues,
- L'interprétation, l'enregistrement et la notification des relevés de dose,
- L'évaluation et le suivi du cumul réglementaire.

Département de surveillance de l'environnement et des denrées alimentaires

Ses missions principales sont :

- La radio-analyse des denrées alimentaires importées ou produites localement,
- La surveillance radiologique des eaux et de l'air à travers des campagnes d'échantillonnage à des stations réparties sur le territoire national,
- La détection du niveau de la radioactivité dans les échantillons naturels (sol, végétation...).

Département de métrologie des rayonnements ionisants

Dispose d'un laboratoire d'étalonnage aux rayons gamma, indispensable pour :

- L'étalonnage des appareils de détection et de mesure des rayonnements ionisants,
- L'étalonnage physique pour la dosimétrie externe,
- La recherche et sur la métrologie des rayonnements.

Département de contrôle des installations médicales et non médicales

Ses principales missions sont :

- Vérification de la conformité aux normes de sécurité radiologique et nucléaires,
- Etude des projets et visites des lieux,
- Validation des études de conception et de faisabilité,
- Expertise, inspection et contrôle des sources mobiles,
- Suivi des projets nucléaires nationaux.

Département de contrôle aux frontières

Collecte et analyse des échantillons et des marchandises douteuses qui transitent à travers tous les ports du royaume, il opère en étroite collaboration avec l'unité de

spectrométrie spécialisée dans les contrôles quantitatifs et qualitatifs des niveaux de la radioactivité dans différents échantillons prélevés.

Unité de contrôle et de gestion des déchets radioactifs

- Surveillance des opérations de confinement et d'emballage des déchets radioactifs,
- Surveillance du transport et de l'entreposage des déchets radioactifs,
- Etude des conditions de rejet et d'élimination des effluents radioactifs.

Cette visite a permis aux étudiants du Master Techniques Nucléaires et Radioprotection de côtoyer les professionnels de l'organisme réglementaire du Maroc et de découvrir de près ses missions et attributions qui veillent sur la protection radiologique des travailleurs, du public et de l'environnement dans divers domaines d'applications des techniques nucléaires.

Avec l'évolution croissante du nombre des sources de rayonnements ionisants et des techniques nucléaires dans les différents secteurs socio économiques, le Centre National de Radioprotection (CNRP)²⁶⁷ est amené à suivre ce développement afin de protéger la santé des travailleurs en particulier et aussi de l'ensemble de la population ainsi que la salubrité de l'environnement. Ses missions consistent à:

- Répondre aux demandes croissantes des utilisations des radiations ionisantes et des techniques nucléaires dans les différents secteurs socioéconomiques en: médecine, industrie, mines enseignement, recherche, agriculture, hydrologie, etc. ;
- Répondre aux besoins actuels et futurs du développement du programme nucléaire national et de la recherche scientifique ;
- Assurer le contrôle radiologique aux frontières (ports et aéroports) ;
- Assurer le contrôle des installations radiologiques ;
- Contrôler l'impact sur l'environnement des résidus et des rejets dans l'atmosphère et en mer, notamment les mouvements transfrontières de radioactivité ;
- Faire face aux éventualités d'incidents et d'accidents radiologiques liés aux activités des techniques nucléaires et aux radiations ionisantes²⁶⁸.

d – Le Centre Anti-Poison (CAP)

Le Centre Anti-Poisons du Maroc est un service d'utilité publique mandaté pour la gestion des problèmes toxicologiques à l'échelle

²⁶⁷ En application de la Loi du 12 octobre 1971 relative à la protection contre les rayonnements ionisants, le Ministère de la Santé a décidé de créer en 1979 un Service Central de Radioprotection (SCR), le premier noyau du Centre National de Radioprotection qui à vu le jour en 1995.

²⁶⁸ Ministère de la Santé ; « Colloque sur la santé, Ensemble pour le droit à la santé », 22 février 2008, synthèse des recommandations, document interne.

individuelle ou collective et pour la surveillance des effets indésirables des médicaments.

L'objectif principal du centre est l'amélioration de la santé de la population marocaine par la diminution de la morbidité de la mortalité et des dépenses économiques liées aux intoxications²⁶⁹.

Les objectifs spécifiques sont la diminution du nombre total d'intoxications et l'amélioration de la prise en charge adéquate du patient intoxiqué.

Ces objectifs sont aujourd'hui au centre d'une stratégie nationale de lutte anti-toxique dont les composantes sont :

- la maîtrise de la connaissance de l'état épidémiologique
- l'éducation de la population²⁷⁰,
- la formation du personnel médical et paramédical,
- L'élaboration des conduites à tenir standardisées,
- la disponibilité de laboratoires de toxicologie d'urgence au niveau des provinces,
- la disponibilité du matériel de réanimation, des antidotes et des médicaments.

L'Objectif étant d'améliorer la santé de la population marocaine par la diminution de la morbidité, de la mortalité et des dépenses

²⁶⁹ Voir le site officiel du MS : www.santé.gov.ma

²⁷⁰ Nonobstant, on remarque que la population marocaine n'est pas avertie des risques des toxiques. Elle ne connaît pas les précautions à prendre pour prévenir l'intoxication ni la conduite à tenir face à une intoxication.

économiques liées aux intoxications et aux effets indésirables des produits de santé²⁷¹.

D- L'accroissement du rôle du secteur privé, de la société civile et des organisations non gouvernementales dans la résolution des problèmes de santé publique

En considération de leur dynamisme et de leur force de proposition et de mouvement et pour renforcer l'implication de la société civile dans la réalisation des objectifs de santé, le MS compte coopérer davantage avec les Organisations Non Gouvernementale (ONG) qui partagent les valeurs de la politique de santé et offrent les moyens et les synergies permettant d'améliorer la santé.

D'ailleurs, depuis 1993, le ministère de la santé, conscient de l'importance de ce partenariat a intégré dans son organisation, des structures dont les missions s'inscrivent dans cette perspective. Six services répartis sur cinq directions, doivent assurer des missions de coordination et collaboration intersectorielle, avec les organisations non gouvernementales et les collectivités locales²⁷²

²⁷¹ Commission prévention et sensibilisation : Rapport sur la communication en matière de santé. Document interne. p 17

²⁷²Le Décret n° 2-94-985 du 21 novembre 1994 relatif aux attributions et à l'organisation du Ministère de la Santé mentionne les services suivants :

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).

Le MS a établi des relations de partenariat avec plus de 700 ONG nationales qui oeuvrent dans tous les domaines qui concernent le développement²⁷³ y compris un partenariat très actif est opérationnel avec la Fondation Mohamed V pour la solidarité et la fondation Lalla Salma – prévention et traitement des cancers²⁷⁴.

Par ailleurs, le MS a mis en place un cadre concerté de partenariat avec le secteur privé. Ainsi, ce dernier 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 reste peu signifiante.

Pour consolider et renforcer cette collaboration, une commission consultative du partenariat avec les professionnels et établissements de santé privés a été créée pour :

- La fixation, l’approbation et la diffusion des domaines de partenariat retenus,
- L’édiction des conditions et modalités du partenariat dans ces domaines,
- La fixation des règles d’organisation d’activités ou de campagnes avec les associations des professionnels de santé
- L’élaboration et la diffusion des outils de mise en oeuvre, de suivi et d’évaluation.
- L’institutionnalisation de la journée de partenariat avec les professionnels et les établissements privés ; et l’élaboration et diffusion d’un rapport des

²⁷³ Pour plus d’information voir la circulaire du Premier Ministre n°7/2003 du 27 juin 2003.

²⁷⁴ Ministère de la Santé, « Rapport de la commission chargée d’élaborer une nouvelle stratégie d’approvisionnement des établissements de santé en médicaments et en consommables médicaux », février 2010

actions de partenariat avec les professionnels et établissements de santé privés²⁷⁵.

§2- La réforme juridique : Les principaux points de réforme de la loi relative à l'exercice de la médecine

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.

Ainsi un grand chantier est ouvert visant d'une part, à actualiser l'arsenal juridique existant comme c'est le cas pour le dahir du 30 avril 1959 relatif à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux et d'autre part, à accompagner les nouvelles mesures introduites par les réformes en cours. 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), de la refonte de la législation relative aux professions de santé, de la restructuration du ministère et la création des régions sanitaires, de la vigilance et la veille sanitaire, de l'organisation hospitalière, de la motivation des ressources humaines ; sans oublier l'élaboration de différents les textes d'application

²⁷⁵ Ministère de la santé, « Plan stratégique national de lutte contre le SIDA 2007-2011 », Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, p 12.

relatifs au Régime d'Assistance Médicale (RAMED) et ceux relatifs à la mise en oeuvre du code sur le médicament et la pharmacie²⁷⁶.

Dans ce vaste chantier, la réforme en cours de la loi relative à l'exercice de la médecine vient à point nommé et mérite une attention particulière, étant entendu qu'elle conditionne la réussite de bien d'autres réformes du secteur de la santé et qu'elle entend tenir compte de l'évolution de l'environnement international et rendre le système de santé plus attractif pour l'investissement privé, qu'il soit national ou étranger.

Cependant, cette réforme que le ministère de la santé juge nécessaire en raison de l'évolution de la pratique médicale est fortement contestée par les professionnels qui mettent en avant les dangers qui planent sur la qualité des soins²⁷⁷

Que prévoit précisément donc cette réforme de la loi 10-94 ? Et que lui reprochent les médecins ?

Au-delà des autres aspects du projet de réforme, deux grandes mesures méritent de retenir l'attention: la libéralisation de l'investissement dans le domaine médical et la généralisation du salariat, d'une part (A), et l'ouverture des frontières aux praticiens étrangers, d'autre part (B).

A- Libéralisation du capital médical et généralisation du salariat

²⁷⁶ Pour plus d'information consultez : www.santé.gov.ma

²⁷⁷ Fouad Bouayad , Place du médecin spécialiste dans le Système de santé au Maroc. Thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine de fés, soutenue le 23-02-2012, p 23

Il ressort du projet de réforme que la clinique peut appartenir soit à une personne physique à condition qu'elle soit médecin, comme c'est le cas actuellement, soit, nouveautés, à une société de droit marocain, quel que soit son type, ou à toute autre personne morale de droit privé poursuivant un but non lucratif (fondation ou association). Le texte fait une distinction entre la fonction de directeur médical chargé de l'organisation des soins et de la fonction de gestionnaire administratif et financier qui peut ne pas être un médecin. Il retient également le principe du salariat médical dans les cliniques.

Si ce projet de réforme aboutissait, l'investissement dans le secteur médical serait donc accessible à des groupements financiers (banques et assurances) et tout autre investisseur privé habilité, de par cette loi, à en assurer la gestion et en y employant des médecins.

L'Association nationale des cliniques privées (ANCP), concernée en premier lieu, rejette en bloc la notion d'ouverture du capital. «Nous n'acceptons pas cette ouverture du capital et nous pensons qu'il est nécessaire que l'on nous explique les raisons qui incitent à mener une telle réforme dans un esprit mercantile», s'est interrogé Farouk Iraqui, président de l'association qui a d'ailleurs estimé que le secteur n'a pas besoin d'une libéralisation du capital. «Aujourd'hui, les cliniques se portent bien après avoir connu des difficultés durant les dernières années. La mise en place de l'AMO a permis de dépasser la crise et a drainé une hausse de 40 à 50% du taux d'occupation des 264 cliniques du pays. Un taux qui ne dépassait pas les 30 % avant l'entrée en vigueur de la couverture médicale». Tout en précisant qu'il ne s'agit pas là d'un discours corporatiste, il estime encore que «l'ouverture du capital médical chamboulera le secteur dans la mesure où le volet médical sera sacrifié au profit de la logique de la bonne gouvernance commerciale.

L'investisseur privé, qu'il soit étranger ou marocain, recherchera forcément la rentabilité au détriment de la santé et de l'intérêt du patient»²⁷⁸.

Dans un souci de rationalisation des dépenses, ajoute l'ANCP, le gestionnaire opterait pour des produits (médicaments et appareillages) à bas prix. Et c'est dans ce même esprit commercial qu'il pourrait être tenté de supprimer certains actes médicaux des prestations de la clinique. Les médecins citent à titre d'exemple, les petites opérations peu coûteuses (appendicite ou encore amygdalite) qui ne seront plus faites dans les cliniques et les malades qui seront forcément orientés vers les hôpitaux publics²⁷⁹.

Pour nous, La libération du capital médical est le point le plus contesté dans cette réforme. Si cette loi venait à être votée, elle élargirait la possibilité de créer des cliniques à tous les investisseurs alors que l'investissement dans de tels établissements sanitaires est aujourd'hui limité aux médecins seulement. Autrement dit, les cliniques pourraient à l'avenir appartenir à des sociétés de droit marocain qu'elles soient civiles ou commerciales tandis que ce secteur ne peut pas fonctionner avec les règles et loi du marché. Un investisseur cherche avant tout le profit, ce qui est bien évidemment légitime. Mais est-ce qu'on peut transformer la santé en une activité purement lucrative et commerciale ? De plus, on n'est pas d'accord avec cette réforme car elle est l'équivalent d'un désengagement total de l'Etat du service public de la santé.

Par ailleurs, on pense que pour empêcher la commercialisation de l'activité, les responsables doivent adopter une série de mesures pour encourager les médecins à investir tels que les facilités fiscales et

²⁷⁸ idem

²⁷⁹ Farouq Iraqi , L'Hospitalisation privée au Maroc, présent et avenir. Thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine de Casablanca, 2011, p 65

administratives, les faibles taux d'intérêt bancaires, l'encadrement logistique et l'aide technique...etc.

Une autre inquiétude est évoquée quant au salariat des médecins. Il est à noter que ce statut n'est pas une nouveauté du projet de loi puisqu'il existe déjà, notamment concernant les médecins du travail ou encore les médecins-conseil des compagnies d'assurance, mais le reste du corps médical travaille comme prestataire payé à l'acte au sein des cliniques privées. Si le salariat est généralisé, s'alarme Farouk Iraqui, les médecins deviendront des subordonnés des hommes d'affaires. Le salariat présente aussi, de l'avis de Mohamed Bennani Naciri, président du Syndicat national des médecins du secteur libéral (SNMSL), un risque d'ingérence du gestionnaire, soucieux de la rentabilité de son établissement, dans le travail du médecin qui perd son autonomie et son indépendance. Dans le même ordre d'idées, Saâd Agoumi, président du collège des médecins spécialistes privés, pense que «le salariat du médecin anéantirait son implication dans la qualité des soins et donnerait lieu à un nouveau type de dirigisme». Selon le Dr Agoumi, «dans la pratique, le médecin ne doit pas exécuter des ordres, mais fait son travail en son âme et conscience». Le salariat est donc, de l'avis des praticiens, une situation inadmissible, car la perte d'autonomie des médecins pénaliserait les patients qui pourraient ne plus avoir accès à des soins de qualité, d'une part, et, d'autre part, le médecin peut devenir «un agent de marketing travaillant pour un financier»²⁸⁰.

Néanmoins, les praticiens du secteur libéral considèrent que l'ouverture du capital peut être menée, dans un premier temps, par exemple, au niveau des polycliniques de la Caisse nationale de sécurité

²⁸⁰ Saïda Choujaa Jroni, La Réforme Hospitalière au Maroc. Article publié sur le site officiel du ministère de la santé: www.santé.gov.ma

sociale (CNSS) dont on souhaite déléguer la gestion. D'autre part, ils suggèrent un modèle d'ouverture du capital plus cohérent à leurs yeux : l'investisseur finance la construction et l'équipement de la clinique et le met à la disposition des médecins en contrepartie d'un loyer et non pas d'une commission. Car cela leur donnerait droit à une implication dans le fonctionnement et la gestion de la clinique²⁸¹.

Pour nous, il importe de souligner deux impacts majeurs qu'aura cette ouverture du capital, d'abord les patients bénéficieront d'une meilleure prise en charge médicale et les médecins spécialistes privés, surtout les nouveaux diplômés n'ayant pas les moyens de s'installer à leur compte, pourront exercer leur métier sereinement dans un cadre conforme à leurs aspirations et leur éthique, ensuite, le secteur privé est un partenaire et un acteur incontournable et peut contribuer à l'amélioration de la prise en charge des malades et le développement du secteur libéral de la santé. Une telle opinion n'est pas au goût des professionnels qui ne manquent pas de souligner que le secteur libéral a montré sa capacité à mettre en place des prestations de qualité et à introduire des technologies nouvelles, sans que les privés, autres que professionnels de la santé n'aient à y investir.

B- L'exercice de la médecine par des professionnels étrangers

Le projet de réforme de la loi 10-94 prévoit également l'ouverture des frontières aux médecins non marocains. Il est important de préciser, à ce niveau, qu'il s'agit, selon le ministère de la santé, de praticiens étrangers qui viendraient pour des interventions ponctuelles dans le cadre d'un partenariat scientifique. Car pour les médecins installés dans des cabinets, les conditions d'exercice sont les mêmes que pour les médecins

²⁸¹ idem

marocains. De nombreux médecins sont unanimes pour dire que «le Maroc dispose de grandes compétences pouvant traiter des patients qui se faisaient soigner, il y a quelques années encore, à l'étranger ainsi que les patients des pays riverains». Le Maroc devrait selon le président du SNMSL, «ouvrir plutôt ses frontières aux 5 000 médecins marocains exerçant actuellement à l'étranger. Au lieu de faire appel à des étrangers, il serait plus judicieux de motiver nos médecins pour les rapatrier en leur assurant de bonnes conditions d'exercice et de vie»²⁸².

L'autorisation des médecins étrangers d'exercer au Maroc est, selon le projet de loi, soumise à des conditions précises dont : la détention du même diplôme exigé pour les Marocains ou diplôme équivalent ; être ressortissant d'un pays ayant conclu avec le Maroc un accord de réciprocité ; s'engager à exercer uniquement des spécialités inexistantes au Maroc ; et, enfin prévoir la possibilité d'exercice dans le cadre d'une campagne médicale autorisée par le ministère de la santé. Mais en même temps le texte vise à prolonger la durée de l'exercice de 1 à 3 mois par an. Ce que les médecins craignent en fait c'est une concurrence jugée par eux déloyale, surtout, disent-ils, qu'un médecin étranger peut très bien exercer d'autres actes que ceux pour lesquels il est en visite au Maroc²⁸³.

Outre l'ouverture du capital médical, le salariat des médecins et l'exercice de la médecine par des professionnels étrangers, la réforme de la loi relative à l'exercice de la médecine porte sur la redéfinition des cliniques, la réglementation des cabinets de groupes, la réorganisation du temps plein aménagé (TPA) et l'introduction de la possibilité de développement de partenariat avec le secteur public.

²⁸² A. Belghiti Alaoui, La Réforme de santé au Maroc, Pertinence et Opportunités, thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine de Rabat, 2011p 28.

²⁸³ Idem p 33.

Si la loi passe, tout établissement dispensant des prestations de soins, à but lucratif ou non, sera considéré comme clinique. Les centres d'hémodialyse, de radiothérapie, de chimiothérapie et de curiethérapie sont également assimilés à des cliniques. Le projet de loi propose une réglementation du cabinet de groupe qui en fait existe déjà mais sans cadre réglementaire. Un professionnel pourra donc accepter la collaboration d'un confrère n'ayant pas d'adresse professionnelle, il pourra également faire appel à des médecins assistants pour une période de trois mois pour des besoins de santé publique.

La réforme vise également à réguler le TPA dont la pratique est, selon les médecins eux mêmes, anarchique. Destiné exclusivement aux professeurs agrégés, dans les faits, le TPA est aussi pratiqué par les maîtres-assistants ainsi que par les assistants. De plus, la durée (2 demi-journées par semaine) n'est pas respectée. Ce qui aboutit à l'absence des médecins des hôpitaux et donc à des dysfonctionnements de services. Le projet dispose que l'exercice du TPA se fasse uniquement dans une clinique universitaire relevant d'organismes à but non lucratif (comme l'hôpital Cheikh Zaïd par exemple). Et en cas d'inexistence de cliniques universitaires, l'exercice se fera intra muros. Les médecins percevront des honoraires pour des actes qu'ils réaliseront au sein de l'hôpital même²⁸⁴.

Tout bien considéré, ces dispositions semblent plus soucieuses du respect et de la protection des droits des malades que celles actuellement en vigueur.²⁸⁵

²⁸⁴Abdelhafid Marzak et Zakaria Choukrallah, *Hopital public : Grand corps malade en quête de soins*, édition Harmattan, 2012, p 63.

²⁸⁵Idem

§3- La réforme hospitalière

La réforme hospitalière consiste en une série de mesures, à caractère organisationnel, managérial et financier, à même d'améliorer l'image de marque du secteur hospitalier public et de le rendre plus efficient. Elle fait partie de la réforme du système de santé national qui est en cours de mise en oeuvre.

En somme, la réforme s'articule autour de cinq axes principaux qu'il convient de passer respectivement en revue²⁸⁶.

²⁸⁶ Projet de Réforme Hospitalière (volet A), Rapport final, élaboré par MS et soumis à la Banque Mondiale ; Février 2010.

A- L'amélioration de l'accès aux soins

Le système de santé doit permettre à la population notamment vulnérable un accès équitable aux soins au niveau des différents hôpitaux et services médicaux publics. Cette capacité sera développée à travers essentiellement deux types d'actions :

- La réorganisation du système de soins dans le cadre du nouveau schéma de déconcentration où la région aura une place reconnue pour jouer un rôle de partenariat, de coordination, de planification et de supervision de la mise en oeuvre des politiques de santé ;
- Le développement d'outils de planification et de régulation de l'offre de soins notamment la carte sanitaire et le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS).

Ces outils contribueront à résoudre les iniquités par la mise en place d'un mécanisme transparent et équitable d'allocation des ressources et des mécanismes d'incitation à l'investissement dans le domaine de la santé surtout dans les zones rurales²⁸⁷.

Ces actions vont contribuer au renforcement, réhabilitation et mise à niveau du réseau hospitalier public, et la réhabilitation physique des hôpitaux existants et la mise à niveau de leurs équipements. L'objectif est de répondre au mieux aux besoins de la population en matière de soins et de prestations hospitalières, à travers le renforcement du plateau technique des établissements hospitaliers avec une répartition équilibrée sur le territoire national en vue d'assurer une meilleure équité et de limiter l'afflux vers les hôpitaux implantés dans les grandes villes²⁸⁸.

²⁸⁷ idem

²⁸⁸ Ministère de santé et association lalla Salma de lutte contre le cancer ;Plan national de prévention et de control 2010-2019.

Dans ce cadre le Ministère de la Santé a lancé son plan d'action pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2012-2016²⁸⁹.

Ce programme gouvernemental se fixe comme objectifs à l'horizon de 2016 de réduire la mortalité maternelle de 112 à 50 décès pour 100 000 naissances vivantes et réduire la mortalité néonatale de 19 à 12 décès pour mille naissances vivantes.

Pour atteindre les objectifs de ce plan, et qui comprend 51 mesures, le Ministère de la Santé a pris plusieurs dispositions dont notamment la consolidation de la politique d'exonération des paiements au niveau des hôpitaux publics pour toutes les parturientes et son extension au bilan biologique standard du suivi prénatal.

De même, le nouveau plan garantit de la gratuité de transfert inter structures pour toutes les femmes et/ou les nouveaux nés, tout en renforçant le SAMU obstétrical rural à travers son extension à 20 nouveaux sites relevant de zones inaccessibles et sous couvertes avec l'accélération de la mise à niveau des Centres de Santé avec module d'Accouchement.

Le Ministère prévoit également l'augmentation de la couverture des accouchements en milieu surveillé à 90% avec un taux de césarienne de 10%; l'augmentation de la couverture de la consultation prénatale (CPN) à 90% avec une couverture de 95% par la consultation du post-

²⁸⁹Voir l'actualité du MS le jeudi 27 septembre 2012 sur le site : www.santé.gov.ma

partum (CPP); et le maintien d'un taux de prévalence contraceptive supérieure ou égale à 67%²⁹⁰.

Ce nouveau plan d'action ambitionne aussi à concrétiser la politique de proximité en renforçant le rôle des services régionaux du Ministère de la Santé dans la gestion et la mise en œuvre de ce plan, et ce, dans le but d'améliorer la santé des mères, en particulier en milieu rural et la réduction des disparités dans l'accès aux soins de santé d'urgence pour les femmes enceintes et les nourrissons et le renforcement de l'offre de soins en néonatalogie, l'amélioration de la qualité de prise en charge du nouveau-né, le renforcement de la surveillance néonatale pendant le post-partum et le développement de la recherche dans le domaine de la santé périnatale²⁹¹.

B- La résorption du déficit des effectifs du personnel de santé

La place des professionnels de santé revêt une importance capitale dans la production des soins de qualité. Malgré les efforts déployés en matière de formation des ressources humaines qui ont permis d'augmenter sensiblement les effectifs, un déficit important persiste. Sa résorption constitue un défi majeur qui doit permettre au système de dépasser le seuil de pénurie aigue actuel et d'accompagner l'évolution des besoins du pays en terme d'encadrement²⁹².

²⁹⁰Ministère de la Santé, organisation Mondiale de la Santé. Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé au Maroc 2007 2011 ; 30 p

²⁹¹ Voir la rubrique actualité sur le site du ministère de la santé

²⁹² A. Bennis. Le système de soins de santé au Maroc. Quelques éléments d'analyse de ses atouts et faiblesses. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Rabat, 2011, p 34

Cette vision amènera le système à passer d'un ratio de 1,86 personnels médicaux et paramédicaux pour 1.000 habitants à 3 pour 1.000 à l'horizon 2020 pour garantir une couverture sanitaire efficace pouvant contribuer de manière durable à l'amélioration de l'état de santé. La programmation se fera en deux étapes²⁹³ :

- L'utilisation optimale et le renforcement des capacités de formation des professionnels de santé à travers, d'une part, le relèvement du numerus clausus des facultés de médecine actuelles et la création de nouvelles facultés de médecine et Centres Hospitaliers Universitaires, et d'autre part, le développement de la formation des paramédicaux dans les établissements publics et privés ;
- La mise en place d'une nouvelle stratégie de ressources humaines en mesure d'assurer la couverture des besoins, la répartition adéquate des compétences et leur valorisation dans le secteur public et privé.

L'initiative du gouvernement de former 3.300 médecins par an à l'horizon 2020 est l'une des solutions à ce problème²⁹⁴.

C- La généralisation de la qualité

La réforme hospitalière est une mesure nécessaire pour restaurer la confiance des patients et mieux répondre à leurs besoins. Sa généralisation permettra aux hôpitaux de se restructurer et de disposer des capacités de gestion et des plateaux techniques nécessaires pour améliorer leurs performances.

Sa pérennisation exige l'institutionnalisation des outils d'assurance qualité notamment l'accréditation hospitalière, les vigilances sanitaires et

²⁹³ idem

²⁹⁴ Afaf chaoui, la réforme hospitalière, thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine de fés, 2011, page 34.

la promotion des recommandations de règles de bonnes pratiques cliniques.

Cette pérennisation devra s'appuyer sur la mobilisation d'équipes de gestionnaires professionnels capables de relever le défi de la performance et de l'assurance qualité.

Le Programme National d'Assurance Qualité constitue le cadre stratégique pour la l'amélioration de la qualité des soins, l'instauration de mécanismes de contrôle de la qualité et d'évaluation de la performance des services, ainsi que la mise en place d'un système d'accréditation basé sur la promotion de la compétitivité²⁹⁵.

L'amélioration de l'image de marque de l'hôpital public nécessite de grands efforts d'amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement des patients et la création d'une vraie fonction accueil et orientation, professionnalisée, dans tous les hôpitaux publics. L'amélioration d'un certain nombre de services, tels 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.

Un concours qualité récompense les meilleures initiatives en matière d'amélioration de la qualité des services rendus aux usagers des hôpitaux. La première édition a connu la participation de 47 hôpitaux. C'est l'Hôpital Hassan II d'Agadir qui a remporté la palme avec 428 points sur 528, soit 81% de la performance maximale. Seulement 20 hôpitaux affichent une performance supérieure ou égale à 50% de la

²⁹⁵ Omar Cherkaoui La Réforme de la gestion des structures de soins, Élément fondamental de toute Réforme du système de santé. Thèse de doctorat en médecine, 2011, faculté de médecine de fés, p 44.

performance maximum. Ce qui dénote un écart important entre les structures dans les domaines du savoir-faire et de la bonne pratique²⁹⁶.

D- La garantie de l'accessibilité, de la disponibilité et de la sécurité du médicament et des produits de santé

Quelles que soient les mesures prises, la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et autres produits de santé, notamment au niveau des hôpitaux et des services de santé publics, ne peuvent être assurée que par l'organisation d'une solidarité nationale sous forme d'assurance maladie généralisée. Dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, il faut dresser une liste des produits remboursables et négocier leur prix dans le sens d'une baisse conséquente.

Pour améliorer l'accessibilité du médicament pour les citoyens, une série de mesure sont envisagées dans le cadre du projet de la politique pharmaceutique nationale (PPN) élaboré par la commission consultative du médicament et des produits de santé (CCMPS)²⁹⁷.

La PPN a pour objectifs de :

- 1- Maximiser les bénéfices thérapeutiques et prévenir le gaspillage.
- 2- Renforcer le système d'assurance qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments et des dispositifs médicaux;
- 3- Faciliter l'accessibilité financière des médicaments ;

²⁹⁶ Voir la thèse de doctorat de Omar Cherkaoui, op cit, p 47.

²⁹⁷ Cette commission qui a été créée par la décision ministérielle n°111 du 9 juillet 2012 et placée sous la présidence du ministre de la santé, s'est scindée en 3 groupes : Groupe Accessibilité / Approvisionnement, Groupe Qualité / Innocuité et Groupe Usage rationnel / Ethique et conflits d'intérêt. Ces 3 entités ont contribué à la publication d'un rapport de 36 pages comportant un état des lieux du secteur ainsi que des recommandations pour la mise en place de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN).

- 4- Assurer le juste prix des médicaments ;
- 5- Promouvoir le médicament générique ;
- 6- Mettre en place un système d'achat public qui répond aux exigences de l'ensemble des établissements de soin ;
- 7- Mettre en place un système de distribution et de dispensation efficient en accord avec les standards internationaux ;
- 8- Promouvoir l'usage rationnel des médicaments et des produits de santé ;
- 9- Promouvoir la transparence, la bonne gouvernance dans la régulation du secteur et dans la gestion des conflits d'intérêt ;
- 10- Assurer la coordination dans la mise en place de la PPN²⁹⁸.

Par ailleurs, il est important de revoir le système des taxes, droits et redevances payés par les matières premières et les produits pharmaceutiques finis, pour défiscaliser les produits essentiels dans le cadre d'une politique socialement cohérente.

Le Ministère de la Santé a déjà obtenu la baisse des droits de douane de 25% à 2,5% pour un ensemble de 27 DCI de produits vitaux non fabricables au Maroc.

Par ailleurs ont été exonérés de la TVA les produits et équipements pour hémodialyse et les médicaments du système cardiovasculaire, de l'asthme et du diabète.

Il faut également, envisager l'opportunité d'un réexamen des marges professionnelles en fonction de la nature des produits en concertation avec le département des Finances et les organismes professionnels. Ceci pourrait permettre une baisse de certains produits onéreux sans léser les intérêts des professionnels²⁹⁹.

²⁹⁸Abelaziz Agoumi, Jamal Taoufik La Politique du Médicament au Maroc. Article publié in finance news le 21-11-2012

²⁹⁹ idem

L'achèvement de la base de données sur le médicament permettra d'une part une étude rationnelle de l'arsenal thérapeutique et d'autre part d'agir sur les prix et de maîtriser les ruptures de stock éventuelles.

La lutte contre les ruptures de stock et les manquants se fera en réglementant et en appliquant la réglementation, en mettant en place un observatoire et des mécanismes d'alerte et de suivi, en fixant le stock de sécurité et en le limitant aux produits vitaux dont la liste sera fixée³⁰⁰.

Il faudra enfin, encourager les copies des médicaments essentiels et orphelins. Ainsi, la satisfaction des besoins de la population en matière de santé est tributaire de la capacité du système à assurer l'accès des populations aux médicaments et produits de santé de qualité avec des prix convenables.

E- La restructuration des urgences médicales

Le ministère de la santé a mis en place un plan national des urgences médicales, ce plan marque un pas significatif sur la voie de la consécration du droit aux soins et à la santé, en tant que droit fondamental, conformément aux dispositions de la nouvelle Constitution et aux engagements du gouvernement³⁰¹. La mise en place progressive de ce nouveau dispositif, qui doit mobiliser une enveloppe budgétaire de l'ordre de 500 millions de DH, prévoit une profonde restructuration et réorganisation de la filière des urgences médicales.

Ce plan ambitionne ainsi l'intégration de toutes les fonctions de l'urgence médicale depuis la permanence médicale jusqu'à la

³⁰⁰ Voir le rapport du conseil de la concurrence sur la compétitivité du médicament au Maroc.2011, page 53.

³⁰¹ Ministère de la santé, le plan des urgences médicales, document interne, rapport présenté à sa majesté le Roi Mohammed VI le 05-03-2013, au palais royal de FES.

réanimation spécialisée, ainsi que l'organisation des interventions d'urgence médicale en 3 niveaux : Les urgences médicales de proximité (UMP), au niveau des zones excentrées par rapport aux hôpitaux, les urgences médico-hospitalières de base, au niveau des hôpitaux provinciaux, et les urgences médico-hospitalières complètes, au niveau des hôpitaux régionaux et des CHU.

Etant donné que 83% des décès des accidentés de la voie publique surviennent avant l'arrivée à l'hôpital dont la majorité est évitables, le plan vise principalement l'amélioration de la prise en charge pré-hospitalière à travers notamment la mise en place de 11 centres de régulation médicale, la mise en service progressive du numéro national unique et gratuit des appels médicaux d'urgence «141», le renforcement et la normalisation du parc ambulancier.

Il s'agit aussi de l'acquisition de 12 ambulances type A et 73 ambulances type B, l'acquisition de 136 ambulances dont 25 adaptées au monde rural (4x4), la création de 20 nouveaux SAMU obstétricaux ruraux, la mise en place de 15 SMUR et la mise en place de 4 Héli-SMUR.

La modernisation des urgences hospitalières occupe également une place de choix dans le nouveau dispositif à travers la mise en place de 80 UMP, dont 30 en 2013, la mise à niveau et le renforcement des services de réanimation au niveau régional et universitaire, ainsi que le développement des urgences médicales spécialisées³⁰².

Conscient que ce plan ne peut avoir le succès escompté sans la qualification des ressources humaines, un accent particulier sera

³⁰² Idem.

mis sur la formation et l'encadrement du personnel médical par le développement des Centres d'enseignement des soins d'urgences (CESU), la création d'une filière de techniciens ambulanciers (Casablanca), la création d'une filière paramédicale en soins d'urgence (Rabat), l'organisation de stages à l'étranger en partenariat avec Samu-Urgences de France, la révision du cursus de formation en médecine d'urgence et la mise en place d'un Centre d'expertise en évaluation des urgences (Fès) .

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'Équipement et du Transport et le secteur privé.

Le cadre réglementaire des urgences sera revu pour la réglementation des actes de médecine d'urgence pré-hospitalière, le développement d'un plan de carrière des métiers de l'urgence et la création d'une filière de permanencier aide à la régulation médicale (PARM)³⁰³.

Section 2 : Éléments d'appoint pour la promotion des droits des malades

Au-delà des réformes en cours, qui viennent d'être présentées, visant à la consolidation du cadre structurel du système sanitaire, à l'actualisation et au renforcement du dispositif juridique en vigueur, à la garantie et à l'amélioration des prestations du secteur hospitalier, d'autres réformes et actions sont souhaitables pour une meilleure promotion des droits des malades. Il s'agit de l'élaboration et

³⁰³ Pour plus d'information, voir Abdelghani darhimeur, L'élaboration d'une vision pour l'hôpital public marocain à l'horizon de 2014, mémoire de maîtrise en santé publique, INAS, 2005.

de l'adoption d'une charte des malades (§1), de la multiplication des plans d'action et communication (§2), du renforcement des dispositifs relatifs à la sécurité sanitaire (§3) et de la promotion de l'éducation thérapeutique des patients (§4).

§1- L'élaboration d'une charte des droits des malades

Dans l'exposé du dispositif juridique national relatif aux droits des malades(voir 1 ère partie, chap 1, section 1) nous avons pu constater que le droit positif ne comporte pas un texte juridique d'ensemble dédié à la reconnaissance et à la protection de ces droits, mais un certain nombre des dispositions éparpillées çà et là, à travers différents textes juridiques généraux et dans des lois spécifiques à la matière sanitaire en plus des dispositions contenues dans le code de déontologie médicale.

Or, non seulement ce cadre juridique bigarré est incomplet et difficilement accessible aux personnes non initiées, y compris beaucoup de professionnels de la santé et de malades, mais encore il n'est pas pour servir efficacement « la cause » des intéressés en termes de promotion et de protection de leurs droits, dans la mesure où bien des droits reconnus aux malades, soit par les instruments juridiques internationaux relatifs aux droits de l'Homme, soit par la législation interne sont ignorés par de nombreux malades et professionnels de la santé.

C'est pourquoi, l'élaboration et l'adoption d'une charte des droits des malades constitueraient, à nos yeux, un outil essentiel en faveur de la promotion et de la protection des droits des malades.

Outre l'inventaire de ces droits, la charte permettrait de préciser leur portée et les conditions et les mécanismes pour les faire éventuellement valoir, y compris les recours possibles en responsabilité.

Pour l'essentiel, cette charte devrait notamment instituer³⁰⁴ :

- une représentation des usagers au sein des grandes institutions de la Santé et des Hôpitaux
- le droit des patients d'accéder directement (sans passer par un médecin) et de disposer de la totalité de leur dossier médical, ce dossier personnel devant être considéré comme la propriété des patients.
- une indemnisation de l'aléa thérapeutique, c'est-à-dire d'un accident médical sans faute du professionnel.
- La démocratie sanitaire en déterminant les droits et les devoirs des patients, les droits et responsabilités des professionnels, les modalités de participation des usagers au fonctionnement du système de santé
- Les responsabilités des professionnels de santé
- La politique de prévention
- La réparation des conséquences des risques sanitaires
- Les recours possibles.

§2- La multiplication des plans d'information et de communication en matière de santé

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 MS par les différentes stratégies de couverture (établissements de soins hospitaliers et de santé de base,

³⁰⁴ La documentation française, la réforme de l'hôpital, collection des regards sur l'actualité, n° 352, juin 2010, P 56.

équipes mobiles, itinérance, approche communautaire, personnes relais etc.). Les objectifs opérationnels visent à :

- améliorer l'accès à l'information relative aux prestations et aux soins (préventifs et curatifs) offerts par le MS;
- renforcer les capacités des professionnels de santé, des partenaires et agents de développement dans les domaines de l'IEC en matière de santé
- susciter l'engagement et la mobilisation des professionnels de santé et des partenaires vis-à-vis des programmes et interventions prioritaires du ministère³⁰⁵.

Avant toute intervention dans les domaines de la communication en matière de santé, il est impératif de satisfaire une demande sur les plans de l'offre et de la qualité des soins et prestations (Infrastructure, effectif et compétences des Ressources humaines, plateau technique, médicaments et fongibles etc...). Les structures centrales et régionales chargées des activités de communication doivent être en mesure de répondre aux attentes en matière de formation, d'accompagnement et de dotation en supports éducatifs et didactiques. Les plans d'action de communication en matière de santé doivent être déclinés à l'échelle régionale et provinciale pour prendre en considération les spécificités locales. La stratégie doit faire l'objet d'une évaluation tant au niveau des approches, des actions que des supports éducatifs réalisés³⁰⁶.

D'ailleurs, dans ce sens, le ministère de la santé a organisé, le jeudi 7 février 2013 à Rabat, en partenariat avec les départements de

³⁰⁵ Omar CHERKAOUI, La réforme de la gestion des structures de soins : élément fondamental de toute réforme du système de santé, article publié sur le site ; www.santé.gov.ma

³⁰⁶ Voir document interne de la direction des hôpitaux et des soins ambulatoire « l'information et la communication à l'hôpital », 2002, page39.

l'Education Nationale, de l'Intérieur, de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de la Formation des Cadres et de la Jeunesse et des Sports, la première rencontre nationale sur la santé scolaire et universitaire et la santé des jeunes.

Les cinq départements ministériels ont signé un plan d'action conjoint dont l'objectif global est de protéger et de promouvoir la santé des élèves et étudiants, pour leur assurer les conditions pour un meilleur développement physique et mental.

Le plan comporte plusieurs actions dont essentiellement³⁰⁷ :

1. L'instauration de mécanismes de contrôle des conditions d'hygiène, de sécurité au niveau des établissements d'enseignement, d'hébergement et de jeunesse et la production et la diffusion de nouvelles normes d'hygiène et de sécurité à observer au niveau des établissements scolaires et universitaires et dans les camps et colonies de vacances,
2. Le renforcement de la couverture sanitaire en milieu rural y compris en matière d'organisation de caravanes médicales spécifiques au milieu scolaire.
3. Le renforcement des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge des troubles mentaux chez les enfants, les adolescents et les jeunes.
4. La mise en œuvre d'un plan de prévention des risques au niveau des établissements scolaires.
5. Le renforcement du programme « collèges et lycées sans tabac » et extension du programme aux « Etablissements d'enseignement supérieur sans tabac ».
6. La mise en place de prestations d'écoute et de soutien psychosocial au niveau des centres de sauvegarde de l'enfance.

³⁰⁷ Pour plus d'information, voir le site officiel du MS.

7. La mise à niveau des centres médico-universitaires et l'organisation conjointe des campagnes de visites médicales systématiques en milieu scolaire et universitaire.

8. Le renforcement des infrastructures de sport et de loisirs de proximité.

9. La mise en place des Centres de référence pour les élèves, les étudiants et les jeunes non scolarisés.

10. Le développement d'un réseau associatif œuvrant dans la promotion de la santé des adolescents et jeunes et organisation de forums annuels réunissant les jeunes et les acteurs institutionnels.

Cette initiative est assurément louable dans la mesure où les actions projetées vont renforcer le dispositif de la prévention et permettront d'éviter les sources des maladies, mais, non seulement ce plan d'action doit être soutenu et multiplié mais aussi il doit être complété par le renforcement du dispositif de la sécurité sanitaire.

§3-Le renforcement des dispositifs relatifs à la sécurité sanitaire

Les nouveaux risques de santé publique tels que la grippe aviaire et d'autres maladies émergentes comme le SIDA, les cancers ont suscité des préoccupations au niveau international, et la santé est de plus en plus envisagée dans l'optique des conséquences potentielles sur la sécurité nationale et des individus, ainsi que du système de santé.

La sécurité sanitaire exige donc des stratégies de préparation face à des contingences qui vont au-delà du cadre national, requérant des processus effectifs et durables d'intégration sous régionale, régionale et mondiale.

D'autres aspects liés à la sécurité sanitaire, notamment ceux en relation avec la sécurité d'utilisation des produits et vigilance (sécurité d'utilisation des organes, des tissus, cellules, produits de thérapie cellulaires et géniques et biovigilance, sécurité d'utilisation des

médicaments et pharmacovigilance³⁰⁸, sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux et matériovigilance, sécurité d'utilisation des réactifs et réacto-vigilance), la gestion du risque infectieux (organisation de la lutte contre l'infection nosocomiale, la stérilisation des dispositifs médicaux, la désinfection des produits médicaux etc.), les activités de soins (sécurité anesthésique, secteur opératoire, sécurité périnatale etc.), la sécurité des personnes et des locaux (sécurité des personnes : personnel, patients, visiteurs, protection du personnel contre les risques biologiques, protection du personnel contre les rayonnements ionisants, sécurité incendie, sécurité électrique etc.), la sécurité alimentaire, la sécurité des fluides médicaux et la gestion des déchets hospitaliers, sont généralement étudiés avec la conception des projets mais aussi dans le cadre des procédures de fonctionnement et de prise en charge des soins par les différents établissements sanitaires³⁰⁹.

La sécurité sanitaire doit se focaliser davantage sur les stratégies et plans à mettre en place pour le renforcement des dispositifs ainsi que les structures spécialisées pour faire face aux urgences sanitaires qui ont un caractère aigu, des conséquences graves sur la santé publique et des incidences transfrontalières potentielles³¹⁰.

³⁰⁸ A ce niveau le Ministère de la Santé , faisant prévaloir le principe de précaution de santé publique, a décidé la suspension des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) avec arrêt de la commercialisation dans un délai de 3 mois, des médicaments à base de l'association d'éthinylestradiol 35 µg et de cyprotérone acétate 2 mg, commercialisé sous la dénomination DIANE®35, prescrit comme traitement de l'acné chez la femme. Voir le site de MS.

³⁰⁹ Jaouad Cheikh Lahlou, Rôle de l'Industrie Pharmaceutique dans le Système de soins au Maroc. Art, publié sur: www.santé.gov.ma

³¹⁰ Voir étude sur la sécurité sanitaire réalisée par le ministère de l'intérieur et le ministère de l'agriculture, document interne, 2010, page 78

§4- l'éducation thérapeutique des patients

Selon la définition donnée par l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient est « un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient ». Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladies du patient.

Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie³¹¹.

L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie. Ces deux activités d'éducation sont destinées à aider le patient et sa famille ou son entourage à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et conserver ou améliorer sa qualité de vie.

Ce processus est destiné à aider le patient et sa famille à comprendre la maladie et les traitements, à participer aux soins, à prendre en charge son état de santé et à favoriser un retour aux activités normales et au projet de vie. Il s'effectue entre des acteurs (institution, soignants, patients et familles), il vise des objectifs de santé définis à partir d'aspirations et de besoins objectifs et subjectifs, il se réalise dans un contexte institutionnel et organisationnel impliquant des ressources et des

³¹¹ Voir le rapport de l'OMS sur l'éducation thérapeutique du patient, 2008, n° 185, page 88et 109.

contraintes, il utilise des méthodes et moyens éducatifs et nécessite des compétences et des structures de coordination³¹².

Conclusion du chapitre

Compte tenu des problèmes identifiés et des priorités dégagées de l'analyse des performances et des dysfonctionnements de notre système de santé et du niveau de développement sanitaire du pays, ce chapitre s'est évertué à éclairer les axes de la réforme en cours engagée par le MS dans le cadre d'un programme d'action orienté sur l'objectif de la conciliation du citoyen avec son système de santé et la régulation de ce dernier à travers la mobilisation de tous les moyens financiers, juridiques, institutionnels et humains nécessaires pour protéger et promouvoir les droits des malades.

Certes, cette réforme entend contribuer à corriger les dysfonctionnements du système et faire en sorte de diminuer les inégalités évitables, injustes et remédiables en santé, et aussi répondre au mieux aux attentes du citoyen, des professionnels de santé et des autres opérateurs actifs dans le domaine de la santé.

Mais, elle doit être complétée par d'autres actions visant l'encadrement et l'orientation des usagers du système de santé et le renforcement du dispositif de prévention ainsi que l'élimination des pratiques à risque.

En somme la réforme souhaitable gagnerait beaucoup à tenir compte des recommandations du conseil économique, social et

³¹² Idem, page 145.

environnemental (CESE) contenues dans la charte sociale adoptée le 29 novembre 2011 qui comporte un volet important concernant les droits des malades dont il n'est pas sans intérêt de reprendre ici la substance. Cette charte s'articule autour de 6 volets principaux que sont : L'accès aux services essentiels et bien-être social, le savoir, la formation et développement culturel, Inclusion et solidarités, le droit à la protection de la santé est abordé sous le volet de l'accès aux services essentiels et bien-être social.

Pour le CESE, le droit à la santé est un droit fondamental de tout être humain. Il implique que toute personne doit bénéficier de conditions favorables pour jouir du meilleur état de santé (OMS ; PIDESC art.12). Le droit à la santé physique et mentale est affirmé par la Constitution 2011 (art. 31).

La réalisation de ce droit est liée à l'accès aux autres droits essentiels (logement, eau, assainissement, habillement, emploi, protection sociale...). En tant que droit fondamental, ce droit représente une créance de toute personne sur l'ensemble de la collectivité.

Le respect de ce droit implique l'intervention, chacun dans sa sphère d'activité et de responsabilité, des pouvoirs publics et des collectivités territoriales, des familles et des personnes, ainsi que des entreprises et des associations afin d'améliorer l'équité d'accès et la qualité des structures et des services de soins.

Dans son rapport, le CES a formulé plusieurs recommandations telles que :

- L'amélioration de la santé maternelle et infantile, et du cadre médico-légal de l'interruption de grossesse
- L'évaluation et l'amélioration en continu les politiques nationales et régionales de prophylaxie, de traitement et d'éradication des maladies épidémiques et endémiques

- Assurer l'effectivité de la prévention de l'addiction et de la lutte contre le trafic et diffusion illégale des substances psycho actives.
- Evaluer et améliorer en continu les politiques nationales, régionales et municipales d'hygiène publique.
- Renforcer la protection de l'hygiène alimentaire.
- Prévenir et lutter contre la malnutrition, la garantie de la sécurité alimentaire d'un droit d'accès à une nourriture suffisante en quantité et en qualité ³¹³(saine et nutritive) permettant à l'être humain de mener une vie active et saine.
- Assurer l'accès à l'eau et à un environnement sain.
- Universaliser et garantir l'effectivité du droit à la sécurité sociale de base (couverture médicale, retraite, invalidité, accidents du travail, maladies professionnelles, aide à la famille, perte d'emploi).
- Encourager le développement des régimes complémentaires d'épargne retraites.
- Promouvoir le développement de services sociaux³¹⁴.

Conclusion générale :

L'analyse menée tout au long de cette modeste contribution aura permis de nous conforter dans notre thèse de départ que le système sanitaire en vigueur au Maroc est encore loin d'offrir les conditions nécessaires pour permettre à tous les malades de jouir dignement et convenablement de leurs droits légitimes , notamment le droit à des soins

³¹³ La FAO a défini la sécurité alimentaire, lors du Sommet Mondial de l'Alimentation de 1996 comme « une situation telle que chacun peut à tout moment avoir matériellement et économiquement accès à une alimentation sûre, nutritive et suffisante pour satisfaire ses préférences et besoins alimentaires et ainsi mener une vie active et saine».

³¹⁴ Voir le rapport de la charte sociale du CES sur le site: www.ces.ma

appropriés, de qualité et sans discrimination, le droit à l'information, le droit au respect de sa dignité, le droit au respect du secret professionnel, le droit à la réparation des accidents médicaux...etc.

Certes, on l'a vu notre pays dispose bien d'un arsenal juridique et institutionnel de nature à encadrer la pratique médicale et assurer une certaine protection des malades, mais ce dispositif souffre de plusieurs défaillances et dysfonctionnements qui empêchent une réelle protection des droits des malades.

Il est vrai aussi que depuis quelques années, bien des progrès ont été réalisés en faveur de la promotion de la santé et de l'accès aux soins, mais l'insuffisance des ressources humaines, une situation épidémiologique marquée par des maladies transmissibles à forte létalité, une offre de soins très peu développée et concentrée dans les grandes agglomérations, un sous-encadrement en personnel médical et paramédical, une insuffisance chronique du financement de la santé et enfin des structures organisationnelles d'administration du secteur inadaptées, constituent autant de défis majeurs auxquels se heurte encore notre système de santé et qui postule donc, comme nous avons essayé de le montrer à travers cette étude, non seulement une politique sanitaire d'envergure mais aussi des moyens appropriés et des efforts conjugués tous azimuts, y compris sur le plan juridique.

C'est pourquoi, autant les réformes en cours doivent être poursuivies et renforcées, autant nous avons estimé opportun voire nécessaire l'élaboration et l'adoption d'une charte des malades, outil juridique qui ne manquera pas de donner une réelle impulsion à la promotion et à la protection des droits des malades.

Annexes

- **Annexe 1** : Dahir du 3 avril 1959 relatif à la prévention et au traitement des maladies et à la protection des malades mentaux.

- **Annexe 2** : La loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins
- **Annexe 3** : la loi n° 28-07 relative à la sécurité sanitaire des produits alimentaires.
- **Annexe 4** : extrait de l'arrête résidentiel du 8 juin 1953 portant code de la déontologie médicale.
- **Annexe 5** : Extrait du règlement intérieur des hôpitaux.
- **Annexe 6** : Plan d'action législatif et réglementaire du Ministère de la Santé 2012-2016

- **Annexe 7** :

Annexe 1 : Dahir n° 1-58-295 du 21 chaoual 1378 (30 avril 1959) relatif à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux.

TITRE PREMIER

Des organismes chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux.

Article 1 : La prévention et le traitement des maladies mentales et la

protection des malades mentaux sont assurés notamment par :

1° Le service central de la santé mentale du ministère de la santé publique

2° Les établissements publics et privés de cure, de réadaptation et d'assistance

3° La commission de la santé mentale instituée par l'article 6 du présent dahir,

Article 2 : Il est constitué une commission de la santé mentale siégeant au ministère de la santé publique et comprenant :

1°- Le ministre de la santé publique ou son représentant;

2°- Un magistrat ayant rang de président de chambre de cour d'appel ou d'avocat général, désigné par le ministre de la justice ;

3°- Le chef du service central de la santé mentale ou son représentant ;

4°- Le chef du service de l'aide sociale du ministère de la santé publique ou son représentant ;

5°- Un représentant du ministère de l'intérieur, désigné par ce dernier ;

6°- Un médecin spécialiste exerçant dans l'un des services publics de psychiatrie, désigné par le ministre de la santé publique.

Les membres de la commission mentionnés aux paragraphes 2°, 5° et 6° sont désignés pour une année. Il est en même temps procédé à la nomination de membres suppléants.

Article 3 - Chaque province dispose d'au moins un service hospitalier public affecté au seul traitement des malades mentaux et dirigé par un médecin psychiatre.

Toutefois, dans le cas où le chiffre de la population d'une province ne justifie pas la création d'un service propre, cette province est rattachée, par décision du ministre de la santé publique, à une province voisine.

Il peut être créé dans les hôpitaux généraux dont le personnel ne

comporte pas de psychiatre qualifié des services dits « d'accueil provisoire », où les malades peuvent être admis aux fins de « mise en observation » pour une période d'une durée maxima de quinze jours. Ces services ne peuvent comporter plus de dix lits.

Article 4 - La création d'établissements privés pour le traitement des maladies mentales et l'ouverture aux malades mentaux d'établissements privés existants sont subordonnées à une autorisation du président du conseil (secrétariat général du Gouvernement) délivrée sur avis du ministre de la santé publique.

L'autorisation ne peut être accordée que si le ou les médecins traitants attachés à l'établissement remplissent les conditions de qualification prévues par la législation en vigueur. Elle peut être retirée par décision du président du conseil, à la demande du ministre de la santé a publique, sur avis de la commission compétente prévue à l'article 6. La décision de retrait ne peut être prise qu'après une mise en demeure non suivie d'effet dans les quinze jours de sa notification, lorsque les manquements reprochés à l'intéressé consistent dans la violation des règles d'installation et de fonctionnement a l'observation desquelles l'octroi de l'autorisation avait été subordonnée.

Ces établissements ne peuvent recevoir des malades mis en observation d'office ou hospitalisés d'office en application de l'article 12, alinéa c), et de l'article 16.

Article 5 - Sont soumises dans les mêmes conditions à l'autorisation du président du conseil (secrétariat général du gouvernement), sur avis du ministre de la santé publique, l'ouverture de tous établissements et la création de tous organismes ayant pour objet le traitement et l'hébergement des déficients et infirmes mentaux, et notamment les internats médicopédagogiques, les centres de rééducation et le traitement

d'arriérés, d'épileptiques, de toxicomanes, les établissements pour vieillards psychiquement affaiblis et malades mentaux chroniques et les organismes s'occupant de réadaptation sociale de malades mentaux. L'autorisation peut être retirée dans les conditions prévues à l'article 4.

Article 6 - Il est constitué une commission de la santé mentale siégeant au ministère de la santé publique et comprenant :

- 1°- Le ministre de la santé publique ou son représentant;
 - 2°- Un magistrat ayant rang de président de chambre de cour d'appel ou d'avocat général, désigné par le ministre de la justice ;
 - 3°- Le chef du service central de la santé mentale ou son représentant ;
Le chef du service de l'aide sociale du ministère de la santé publique ou son représentant
 - 5°- Un représentant du ministère de l'intérieur, désigné par ce dernier ;
 - 6°- Un médecin spécialiste exerçant dans l'un des services publics de psychiatrie, désigné par le ministre de la santé publique.
- Les membres de la commission mentionnés aux paragraphes 2°, 5° et 6° sont désignés pour une année. Il est en même temps procédé à la nomination de membres suppléants.

Article 7 - La commission est chargée :

- 1°- D'étudier toutes questions d'ordre général concernant la prévention et le traitement des maladies mentales et la protection des malades mentaux et de proposer aux autorités compétentes toutes mesures utiles à cet effet ;
- 2°- De donner son avis sur les candidatures des psychiatres sollicitant leur inscription sur la liste annuelle des experts près les cours et tribunaux, ainsi que sur le retrait des autorisations prévues aux articles 4 et 5 ;
- 3°- De statuer sur les recours prévus au titre V du présent dahir. La commission est présidée par le ministre de la santé publique ou son représentant dans les cas prévus aux paragraphes 1° et 2° ci-dessus, et par

le magistrat dans les cas prévus au paragraphe 3°ci-dessus.

Article 8 - La commission ne peut siéger valablement que si tous ses membres sont présents. La commission se réunit à la diligence de son président et le secrétariat est assuré par le service de la santé mentale.

TITRE II

De l'hospitalisation et de la mise en observation.

Article 9 - L'hospitalisation a lieu :

1° Soit sur la demande du malade ;

2° Soit sur celle de toute personne publique ou privée agissant dans l'intérêt du malade, de ses proches ou de l'ordre public.

Article 10 - La demande d'hospitalisation est adressée au médecin-chef de la province ou de la préfecture (service de psychiatrie). Elle est signée de l'autour de la demande. Elle contient les indications suivantes : état civil, situation de famille, profession et moyens d'existence du malade, éventuellement état civil du demandeur ainsi que le degré de parenté ou la nature des relations de celui-ci avec le malade. Elle mentionne de façon détaillée et précise les anomalies de comportement du malade.

Article 11 - L'hospitalisation dans un service public ou un établissement privé de psychiatrie ne peut avoir lieu qu'au vu d'un certificat délivré par un médecin psychiatre qualifié mentionnant de façon détaillée et précise les anomalies du comportement du malade et concluant à la nécessité de l'hospitalisation.

Ce certificat est établi après examen du malade et, en cas de besoin, au vu des résultats d'une enquête menée à la diligence du médecin aux fins d'établir le bienfondé de la demande d'hospitalisation. Les autorités

administratives sont tenues de fournir au psychiatre, à titre confidentiel, les renseignements qu'il demande.

Le certificat ne peut être délivré par un médecin parent ou allié au deuxième degré inclusivement du malade ou de la personne qui demande l'hospitalisation de celui-ci.

Article I2 - La mise en observation a lieu :

- a) Soit sur la demande du malade ;
- b) Soit sur celle de toute personne publique ou privée agissant dans l'intérêt du malade ou de ses proches ;
- c) Soit d'office, par décision du gouverneur, lorsque le malade constitue un danger pour ses proches ou pour l'ordre public ou se trouve dans un état mental susceptible de mettre sa vie en danger.

Article 13 - Le malade est mis en observation :

- Soit, dans les cas prévus aux paragraphes a) et b) de l'article 12, au vu d'un certificat médical délivré par un médecin psychiatre ou à défaut par le médecin le plus proche,
- Soit, dans le cas prévu au paragraphe c) de l'article 12, au vu de la décision du gouverneur.

Article 14 - La durée de la mise en observation ne peut excéder quinze jours.

Article 15 - La personne demandant l'hospitalisation ou la mise en observation d'un malade mental doit accompagner celui-ci pendant la phase administrative et la phase médicale de l'admission, en vue de fournir tous renseignements utiles.

Article 16 - La mise en observation ou l'hospitalisation peuvent être transformées en hospitalisation d'office dans un établissement psychiatrique public par décision du gouverneur, prise sur avis conforme du médecin traitant, lorsque la sortie du malade constituerait un danger pour sa vie, pour ses proches ou pour l'ordre public.

La décision d'hospitalisation d'office est prise pour six mois et peut être renouvelée tous les six mois au vu d'un certificat motivé du psychiatre de la santé publique.

L'hospitalisation d'office ne peut se faire que dans un service public de psychiatrie.

Article 17 - En cas de danger imminent attesté par le certificat d'un médecin ou la notoriété publique, le pacha ou le caïd prend les mesures nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au gouverneur. Celui-ci, dans les quarante-huit heures ordonne la mise en observation d'office du malade ou met fin aux mesures provisoires ordonnées par l'autorité locale.

Article 18 - Le psychiatre traitant met fin sans délais et sans formalités à l'hospitalisation d'office ou à la mise en observation d'office de tout malade présentant une amélioration compatible avec sa sortie.

Toutefois, dans le cas où il est formé par le ministre de l'intérieur. Le recours prévu aux articles 26 et 27, le malade demeure hospitalisé ou mis en observation d'office jusqu'à décision de la commission de la santé mentale.

Sous réserve des dispositions des articles 16 et 19, il est mis à la fin sans

délais et sans formalités à l'hospitalisation ou à la mise en observation sur la demande du malade, de la personne qui l'avait sollicitée ou de l'une des personnes ci-après désignées :

- l'époux ou l'épouse,
- les ascendants ou descendants,
- le tuteur.

Ces dernières personnes peuvent s'opposer à la demande de sortie formulée par une personne n'entrant pas dans l'énumération ci-dessus, à moins que cette personne n'agisse dans l'intérêt évident du malade, en accord avec le médecin.

Le psychiatre traitant d'un service public peut différer la sortie d'un malade jusqu'à l'achèvement du traitement en cours, sans que cette période puisse excéder deux mois.

L'autorité publique est avertie de la sortie de tout malade dont elle a demandé ou ordonné la mise en observation ou l'hospitalisation.

TITRE II

De la surveillance médicale hors des services de psychiatriques.

Article 19 - Lorsque l'hospitalisation d'un malade mental constituant un danger pour sa vie, pour ses proches ou pour l'ordre public peut être évitée ou écourtée grâce à une surveillance psychiatrique externe et à des soins ambulatoires réguliers, ceux-ci peuvent être rendus obligatoires par décision

motivée d'un psychiatre qualifié de la santé publique, Cette décision, dite

« de mise en surveillance médicale » est notifiée au malade, à l'autorité administrative du lieu du domicile ou de la résidence et, le cas échéant, au conjoint ou au plus proche parent du malade.

La décision de « mise en surveillance médicale » est prononcée pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois. Elle peut être renouvelée dans les mêmes conditions autant de fois que nécessaire. Il peut y être mis fin à tout moment.

Article 20 - La personne placée sous surveillance médicale ou, à défaut, son plus proche parent fait connaître au médecin psychiatre qui a pris la décision de mise en surveillance médicale le nom du médecin psychiatre chargé par eux d'assurer ladite surveillance.

À défaut d'une telle désignation dans les quinze jours à compter de la notification de la décision de mise en surveillance médicale, le psychiatre qui a pris celle-ci désigne le psychiatre de la santé publique qui est chargé de l'exercer.

Si aucun médecin psychiatre de la santé publique n'est en mesure d'exercer la surveillance médicale du malade, celle-ci est confiée au médecin de la santé publique le plus proche.

Dans le cas où la surveillance médicale ne peut être exercée du fait du malade, le médecin traitant en avise le médecin psychiatre ayant pris la décision de mise en surveillance. Celui-ci peut, dans ce cas, et après enquête, solliciter du gouverneur compétent la mise en observation d'office de l'intéressé.

Article 21 - Les soins et les médicaments nécessaires au traitement du

malade placé sous surveillance médicale, lorsque celle-ci est exercée par un médecin de la santé publique, sont à la charge de l'Etat.

TITRE IV.

Mesures de contrôle pendant l'hospitalisation,
la mise en observation et la surveillance médicale.

Article 22 - Tout psychiatre traitant établit un certificat motivé indiquant l'état civil du malade, son comportement, le diagnostic de l'affection dont il est atteint et, le cas échéant, son numéro d'entrée dans l'établissement de soins ainsi que l'évolution de la sa maladie depuis le dernier certificat :

1°- Lors de l'admission du malade ;

2°- Pendant la durée de l'hospitalisation : au quinzième jour, au trentième jour, à la fin du premier semestre, et ensuite annuellement sous réserve des dispositions de l'article 16 (3° alinéa) ;

3°- Lors de la demande de transformation de l'hospitalisation volontaire en hospitalisation d'office ;

4°- Lors de la sortie, régulière ou non, du transfert ou du décès ;

5°- Lors de la mise en surveillance médicale.

Le même certificat doit être établi lorsque la demande en est fait par les autorités judiciaires ou administratives compétentes.

Toutefois, lorsque le malade est de nationalité marocaine, une copie du certificat établi lors de son admission et de sa sortie après guérison est adressée, d'office, avec l'indication de son domicile, de sa profession et de sa situation de famille, au procureur du Roi près le tribunal régional dans le ressort duquel est domicilié ou réside l'intéressé, en vue de permettre à la juridiction compétente de prononcer éventuellement son interdiction.

Article 23 - Un registre d'hospitalisation paginé doit être tenu à jour dans tout service public ou privé recevant des malades mentaux. Ce registre indique ou contient pour chaque hospitalisé :

1°- L'état civil et l'adresse du malade ;

2°- Eventuellement, l'état civil et l'adresse de la personne ayant demandée l'hospitalisation ;

3°- La transcription des certificats prévus aux paragraphes 1°, 3° et 4° de l'article 22 ;

4°- Les dates et lieux des hospitalisations psychiatriques antérieures, le cas échéant ;

5°- Les mesures de mise en surveillance médicale.

Une photographie d'identité est jointe à la page concernant chaque malade.

Article 24 - Un dossier individuel doit être constitué et tenu à jour pour tout malade mis en observation, hospitalisé ou placé sous surveillance médicale.

Il contient les feuillets d'observations médicales, l'indication des traitements et examens pratiqués, les différents certificats, une photographie d'identité du malade, ainsi que toutes pièces et correspondances intéressant celui.

Ce dossier est constitué, conservé et tenu à jour par le service d'hospitalisation ou par le médecin chargé de la surveillance médicale du malade.

Article 25 - La surveillance des établissements visés à l'article premier du présent dahir est exercée par les chefs des parquets près les cours d'appel. Ceux-ci peuvent donner délégation aux magistrats des parquets relevant de leur autorité.

Tout établissement doit être visité au moins une fois par trimestre. Les magistrats chargés de la surveillance peuvent prendre connaissance du registre de l'hospitalisation, des dossiers individuels et se faire présenter tout malade.

Les rapports d'inspection établis après chaque visite sont adressés au ministre de la justice. Celui-ci en fait parvenir copie au ministre de la santé publique.

TITRE V

Des voies de recours

Article 26 - Un recours peut être exercé dans les conditions prévues ci-après contre :

1°- Les décisions transformant la mise en observation ou l'hospitalisation volontaire en hospitalisation d'office ;

2°- Les décisions de maintien prévues à l'article. 18 (4^e alinéa) ;

3°- Les décisions de mise en surveillance médicale ;

4°- Les décisions de sortie prises par le psychiatre traitant conformément à l'article 18 (1^{er} alinéa).

Article 27 - Le recours peut être formé par :

1° Le malade ;

2° Le tuteur ;

3° Le conjoint, les ascendants et descendants ;

4° Le chef du parquet près la cour d'appel ;

5° Le ministre de l'intérieur dans les cas prévus au paragraphe 4° de l'article 26.

Article 28 - Le recours est adressé au ministre de la santé publique et communiqué par celui-ci à l'auteur de la décision contestée.

Si ce dernier, à l'expiration d'un délai de dix jours à compter de la

réception du recours au ministère de la santé publique, a confirmé sa décision ou n'a pas répondu, l'affaire est portée devant la commission de la santé mentale prévue à l'article 6.

La décision de la commission prise à la majorité des voix, la voix du président étant prépondérante en cas de partage, est notifiée sans délai à l'auteur du recours par lettre recommandée avec avis de réception, au médecin traitant et éventuellement aux autorités intéressées.

TITRE VI.

De la protection juridique des malades mentaux hospitalisés.

Article 29 - Un arrêté conjoint du ministre de la santé publique et du vice-président du conseil, ministre de l'économie nationale et des finances, désigne, pour chaque établissement public recevant des malades mentaux, un fonctionnaire en activité ou en retraite qui est chargé des fonctions d'administrateur provisoire des biens en ce qui concerne les personnes non interdites placées dans ces établissements. En aucun cas, l'administrateur provisoire des biens ne peut être l'administrateur de l'hôpital.

L'administrateur provisoire des biens doit fournir un cautionnement dont le montant est fixé par l'arrêté de nomination. Sont dispensés de ce cautionnement les fonctionnaires qui, y étant déjà astreints par leur statut, l'ont constitué. L'administrateur recouvre les sommes dues, acquitte les dettes, passe des baux qui ne peuvent excéder trois ans, et peut, avec l'autorisation du tribunal compétent, procéder à la vente des meubles

corporels.

Les sommes provenant soit de la vente, soit des autres recouvrements sont versées dans la caisse de l'établissement ou, à défaut, dans la caisse publique la plus proche. Les sommes disponibles sont employées au profit de l'intéressé.

Article 30 - Le conjoint, le plus proche parent, le directeur de l'établissement public de placement et le procureur commissaire du Gouvernement près la juridiction compétente peuvent demander à cette dernière de nommer en chambre de conseil, par jugement qui n'est pas susceptible d'appel, un administrateur provisoire judiciaire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement public. Le jugement qui nomme l'administrateur provisoire judiciaire fixe le pouvoir de celui-ci et peut ordonner qu'il fournisse un cautionnement ou constitue sur ses biens une hypothèque générale, à concurrence d'une somme déterminée.

Le procureur commissaire du Gouvernement fait, dans la quinzaine du jugement, inscrire cette hypothèque ; elle prend date du jour de l'inscription.

L'administrateur provisoire judiciaire ne peut être choisi que parmi les personnes capables, de bonne conduite et moralité, et ne se trouvant pas en opposition d'intérêt avec le malade. Dans le cas où ces conditions ne se trouveraient plus remplies, le tribunal, à la demande des personnes visées au premier alinéa, procédera à la nomination d'un autre administrateur provisoire. La désignation d'un administrateur provisoire judiciaire est valable pour trois années grégoriennes ; elle est renouvelable. Dès cette désignation, l'administrateur provisoire commun prévu à l'article 29 transmet à l'administrateur provisoire judiciaire tous pouvoirs, sur la gestion des biens du malade intéressé.

Article 31 - Le tribunal compétent, sur la demande de l'administrateur provisoire ou à la diligence du procureur commissaire du Gouvernement, désigne un mandataire spécial à l'effet de représenter en justice toute personne non interdite placée ou retenue dans un établissement recevant des malades mentaux qui serait engagée dans une contestation judiciaire au moment du placement ou contre laquelle une action serait intentée postérieurement. Le tribunal peut aussi désigner un mandataire spécial à l'effet d'intenter au nom des mêmes personnes une action mobilière ou immobilière.

Dans l'un et l'autre cas, l'administrateur provisoire peut être désigné comme mandataire spécial.

Le président de la juridiction compétente, à la requête de la partie la plus diligente, nomme une personne qualifiée pour représenter les malades mentaux hospitalisés non interdits dans les inventaires, comptes, partages et liquidation dans lesquels ceux-ci seraient intéressés.

Article 32 - Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesse de plein droit dès que la personne placée dans un établissement recevant des malades mentaux quitte régulièrement celui-ci.

TITRE VII.

Dispositions pénales.

Article 33 - Sera punie d'un emprisonnement d'un mois à deux ans et d'une amende de 50.000 à 500.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement toute personne qui sciemment, et dans l'intention de provoquer une hospitalisation injustifiée dans un service à psychiatrique, aura donné

à un fonctionnaire public des renseignements erronés sur le comportement et l'état mental d'une personne.

Article 34 - Sera punie d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de 50.000 à 300.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement toute personne qui, sciemment, aura par un moyen quelconque, fait ou tenté de faire obstacle à l'exercice des voies de recours prévues au titre V du présent dahir.

Article 35 - Sera puni d'un emprisonnement d'un à trois mois et d'une amende de 20.000 à 200.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, tout psychiatre traitant qui n'établit pas les certificats prévus à l'article 22 du présent dahir ainsi que toute personne qui, responsable de la tenue du registre des hospitalisations prévues à l'article 20, omet de transcrire sur ce registre les certificats qui doivent y figurer.

Article 36 - Sera punie d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 200.000 à 1 million de francs ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui, sans avoir obtenu préalablement l'autorisation présidentielle prévue par les articles 4 et 5 ci-dessus, aura ouvert et créé un établissement ou un organisme visé auxdits articles Les mêmes peines seront applicables à toute personne qui aura maintenu ouvert ou en activité un établissement ou un organisme après retrait de l'autorisation présidentielle.

Article 37 - Sera puni d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 100.000 à 500.000 francs ou de l'une seulement de ces deux peines tout directeur ou préposé d'établissement ou service psychiatrique et tout médecin traitant qui retiennent toute personne dans

un établissement ou service psychiatrique en contravention aux dispositions du présent dahir ainsi qu'aux dispositions du code pénal relatives aux mesures de sûreté judiciaire visées au titre VIII ci-après.

TITRE VI Dispositions particulières aux mesures de sûreté judiciaire.

Article 38 - Les mesures de placement provisoire ou d'internement dans des établissements psychiatriques prises par l'autorité judiciaire à l'égard des inculpés présentant des signes manifestes d'aliénation mentale ou des délinquants déclarés totalement ou partiellement irresponsables sont réglées par les dispositions de code pénal qui leur sont propres. Toutefois les dispositions des titres IV, VI et des articles 33, 85 et 37 du titre VII du présent dahir demeurent applicables.

Annexe 2 : La loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins

Bulletin officiel n° 5962 du 19 chaabane 1432(21/07/2011).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.

Article 1

Conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 46 de la Constitution et considérant que le droit à la santé est un des droits humains fondamentaux, et en application des engagements relatifs à la santé, souscrits par le Royaume du Maroc dans le cadre des conventions internationales notamment le pacte international relatif aux droits économiques, 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.

TITRE PREMIER

DU SYSTEME de SANTE

Chapitre I

Responsabilité de l'Etat dans la réalisation des objectifs et des principes du système de santé

Article 2

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 oeuvre de ces principes incombe principalement à l'Etat.

Article 3

Les actions de l'Etat en matière de santé portent 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 de prestation de soins préventifs, curatifs ou palliatifs et de réhabilitation.

Elles peuvent concerner des individus ou des groupes d'individus et peuvent être sectorielles ou intersectorielles.

Article 4

L'Etat conduit une politique intersectorielle complémentaire et intégrée de prévention, en coordination avec les organisations professionnelles, le cas échéant.

La prévention tend notamment à :

- identifier et lutter contre les risques potentiels pour la santé et les facteurs susceptibles d'altérer la santé;
- lutter contre la propagation transfrontalière des maladies, conformément au règlement sanitaire international ;
- entreprendre des actions de prophylaxie et de lutte contre les maladies ;
- développer des actions d'information, d'éducation et de communication en matière de santé ;
- développer des actions et des mécanismes de veille et de sécurité sanitaires.

Article 5

Les collectivités locales, les organisations professionnelles et les associations oeuvrant 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.

Article 6

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 garantit la disponibilité et la qualité des médicaments et produits pharmaceutiques essentiels sur l'ensemble du territoire national et oeuvre pour faciliter l'accès aux médicaments.

Il définit les règles de sécurité et de qualité en matière de fabrication, d'importation, d'exportation, de distribution et de dispensation des médicaments et veille à leur respect et encourage le développement et la prescription des médicaments génériques.

Il définit les conditions de sécurité et de qualité des produits pharmaceutiques non médicamenteux et des dispositifs médicaux et veille à leur respect.

Il encourage et développe la recherche dans le domaine du médicament et des sciences médicales et sanitaires.

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 contribuer aux missions précitées.

Chapitre II

Droits et devoirs de la population et des usagers des établissements de santé

Article 7

L'Etat prend les mesures nécessaires à la mise en oeuvre de ses engagements pris sur le plan international en matière de santé, notamment pour la définition des stratégies relatives :

- à l'information de la population sur les risques liés à la santé et sur les comportements et les mesures de précaution à adopter pour les prévenir ;
- à la protection de la santé et l'accès aux soins de santé appropriés disponibles ;
- au respect de la personne, de son intégrité physique, de sa dignité et son intimité ;
- au respect du droit du patient à l'information relative à sa maladie ;
- aux actions de lutte à entreprendre, avec le concours des organisations professionnelles et des associations oeuvrant dans le

domaine de la santé, 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.

Article 8

Toute personne est appelée à observer les règles de protection générale de la santé qui seront édictées en vertu de l'article 7 ci-dessus.

En cas de maladie transmissible contractée par un individu et constituant un danger d'épidémie pour la collectivité, les services sanitaires publics doivent, en vertu des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, soumettre la personne concernée et, le cas échéant, les personnes en contact avec elle aux soins et aux mesures prophylactiques appropriées.

TITRE II

DE L'OFFRE DE SOINS

Chapitre I : Du contenu de l'offre de soins

Article 9

L'offre de soins comporte, outre les ressources humaines, l'ensemble des infrastructures sanitaires relevant du secteur public ou privé et toutes autres installations de santé, fixes ou mobiles ainsi que les moyens mis en oeuvre pour produire des prestations de soins et de services en réponse aux besoins de santé des individus, des familles et des collectivités.

L'offre de soins doit être répartie sur l'ensemble du territoire national d'une manière équilibrée et équitable, dans le respect des principes énoncés à l'article 2 ci-dessus et conformément aux dispositions du titre III de la présente loi 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.

Article 10

L'organisation de l'offre de soins s'effectue conformément à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins prévus au titre III de la présente loi cadre.

Chapitre II : Des établissements de santé

Article 11

On entend par établissements de santé au sens de la présente loi cadre, les divers établissements de santé, quel que soit leur statut, organisés en vue de participer à l'offre de soins.

Les établissements de santé publics et privés assurent, chacun selon son objet, des prestations de prévention, de diagnostic, de soins ou de réadaptation nécessitant ou non une hospitalisation.

En fonction de son objet, chaque établissement de santé s'organise pour assurer, conformément aux dispositions législatives et réglementaires qui lui sont spécifiques, la meilleure sécurité possible aux patients et les accueillir dans des conditions adaptées à leur état de santé, éventuellement en urgence ou de les référer, le cas échéant, vers l'établissement de santé approprié.

Article 12

Sans préjudice des dispositions législatives et réglementaires relatives aux établissements de santé des secteurs public et privé et à l'exercice des professions de santé, ces établissements sont organisés et gérés dans des conditions qui garantissent le respect des :

- droits fondamentaux de la personne humaine ;
- normes de sécurité des patients ;

- normes de sécurité des installations, des équipements et les personnes qui y travaillent ;
- règles d'éthique et de déontologie applicables à chaque profession ;
- normes et standards de qualité ;
- règles d'hygiène et de salubrité;
- règles de bonne pratique clinique.

Article 13

Outre les missions prévues à l'article 11 ci-dessus, les établissements de santé du secteur public et les établissements de santé du secteur privé accrédités par l'administration, contribuent :

- aux actions de formation médicale, odontologique, pharmaceutique et paramédicale ainsi qu'à la formation continue et au recyclage des professionnels de santé en coordination, le cas échéant, avec les institutions de formation, les organisations professionnelles et les sociétés savantes concernées répondant à des cahiers de charges spécifiques ;
- aux actions de recherche dans le domaine de la santé.

Ils pourront développer des relations de partenariat avec les organisations professionnelles, les associations ainsi que toute autre composante de la société civile pour encourager leur contribution aux actions de santé, notamment celles relatives à l'information, à l'éducation sanitaire et à la sensibilisation.

Article 14

Les établissements de santé prestataires de soins et services dans le secteur privé, à but lucratif ou non, sont constitués notamment des :

- cabinets médicaux (de médecine générale et de spécialité) ;
- cabinets de radiologie et d'imagerie médicale ;

- installations d'assistance médicale urgente ;
- cabinets de médecine dentaire ;
- cliniques et établissements qui leur sont assimilés ;
- établissements médico-sociaux assurant une prise en charge médicalisée des personnes âgées et, de manière générale, des personnes à besoins spécifiques ;
- établissements de soins de suite et de convalescence ;
- laboratoires d'analyses de biologie médicale ;
- officines de pharmacie et dépôts de médicaments ;
- cabinets paramédicaux.

Sans préjudice des dispositions du titre III de la présente loi cadre, chaque type d'établissements est soumis, pour les conditions et procédures d'ouverture et d'exploitation de ceux-ci, aux dispositions des textes législatifs et réglementaires qui leur sont propres.

Article 15

Les établissements de santé privés peuvent participer, sur la base d'un cahier de charges, à des actions de santé publique dans le cadre de la complémentarité entre les deux secteurs.

Dans ce cadre, des modes de partenariat public-privé seront mis en place pour permettre la participation du secteur privé à des missions du service public de santé, notamment par voie de la gestion déléguée, d'association à l'exécution d'actions conjointes ou par l'achat au secteur privé de prestations sanitaires non disponibles ou insuffisantes dans les établissements de santé publics.

Article 16

Des dispositifs particuliers de coordination des prestations de soins entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé et entre les

différents niveaux de prise en charge hospitalier, externe et ambulatoire, seront institués et notamment :

- des filières et des niveaux de soins organisés à partir des médecins généralistes pour le secteur privé et des services de soins de santé de base pour le secteur public ;
- des réseaux coordonnés de soins, notamment pour les patients atteints d'une affection exigeant une prise en charge globale multidisciplinaire ;
- des systèmes de régulation des services d'assistance médicale urgente (SAMU).

Chapitre III

Du système d'information sanitaire et de l'évaluation de la qualité des soins

Article 17

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.

La collecte des données nécessaires au système national d'information sanitaire et leur exploitation devront s'effectuer dans le respect de la législation relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Article 18

Une procédure d'évaluation des établissements de santé, publics et privés dite « accréditation » sera instaurée en vue d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

La procédure d'accréditation vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité des établissements de santé ou, le cas échéant, d'un ou de plusieurs de leurs services sur la base d'indicateurs, de critères et de référentiels nationaux élaborés par un organe dénommé « comité national d'évaluation et d'accréditation » qui sera créé à cette fin.

Le renouvellement de l'accréditation est soumis à la même procédure.

TITRE III

DE LA CARTE SANITAIRE

ET DES SCHEMAS REGIONAUX DE L'OFFRE DE SOINS

Article 19

Il sera institué une carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins.

Article 20

La carte sanitaire et le schéma régional de l'offre de soins ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins publique et privée, 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 spatiale des ressources matérielles et humaines, de corriger les déséquilibres régionaux et intra-régionaux et maîtriser la croissance de l'offre.

Chapitre I

De la carte sanitaire

Article 21

La carte sanitaire définit, aux niveaux national et régional, les composantes de l'offre et notamment :

- les types d'infrastructures et des installations sanitaires ;
- les normes et les modalités de leur implantation territoriale.

La carte sanitaire est établie sur la base de l'analyse globale de l'offre de soins existante, des données géo-démographiques et épidémiologiques et en fonction du progrès technologique médical.

Article 22

La carte sanitaire fixe le découpage sanitaire du territoire national, en fonction du bassin de desserte de la population et de ses caractéristiques épidémiologiques, géographiques. Démographiques, socio-économiques et administratives.

Article 23

La carte sanitaire détermine au niveau national, interrégional et pour chaque région :

- 1- l'agrégat de l'infrastructure sanitaire existante ;
- 2- l'importance, la nature et le bassin de desserte des infrastructures sanitaires et des installations fixes et mobiles publiques et privées à prévoir ;
- 3- les normes, les critères et les modalités d'implantation des infrastructures et des installations sanitaires.

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 les spécialités.

La carte sanitaire est établie par l'administration, après avis de la commission nationale de l'offre de soins prévue à l'article 30 ci-dessous,

pour une durée maximum de 10 ans. Elle doit être évaluée tous les 5 ans, et révisée le cas échéant, conformément à la même procédure, en cas de changements majeurs des données ayant servi à son élaboration.

Chapitre II

Des schémas régionaux de l'offre de soins

Article 24

Le schéma régional de l'offre de soins est un outil de planification et d'organisation de l'offre de soins au niveau régional. Il détermine par préfecture ou province, eu égard à la carte sanitaire, en fonction du découpage sanitaire intra régional et sur la base de l'analyse des besoins :

- 1- l'inventaire de l'infrastructure sanitaire existante ;
- 2- la projection des établissements de santé, des lits et places, des spécialités, des installations fixes et mobiles publiques et privées et des équipements lourds ainsi que leur répartition territoriale ;
- 3- la répartition territoriale et les projections des effectifs des ressources humaines.

Il constitue la base pour l'organisation des liens fonctionnels entre les secteurs public et privé, entre les régions et entre les préfectures et provinces les composant, pour la coordination de leurs actions conformément aux articles 15 et 16 ci-dessus.

En fonction des besoins, le schéma régional de l'offre de soins peut porter sur un domaine sanitaire spécifique ou sur l'organisation de ressources rares.

Article 25

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 prévue à l'article 30 ci-dessous. Il pourra être révisé suivant 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.

Chapitre III

Dispositions communes

Article 26

La création et l'implantation de tout établissement de santé public s'effectueront conformément à la carte sanitaire et au schéma régional de l'offre de soins.

La création et l'implantation des cliniques et établissements assimilés, des cabinets de radiologie et des laboratoires d'analyses de biologie médicale s'effectueront par référence aux orientations de la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins.

Il sera délimité les zones géographiques où la création de certains établissements de santé privés n'est pas autorisée compte tenu de la nature de ces établissements et des besoins de la population.

Article 27

Sera soumise au respect de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins, la création de toute installation de haute technologie, des équipements biomédicaux lourds ainsi que de tout système de régulation des services d'assistance médicale urgente.

Il sera institué un régime d'autorisation de l'ensemble de ces dispositifs.

L'exploitation commune de ces installations ou de certains équipements par plusieurs établissements de santé peut être autorisée.

Article 28

Sous réserve des dispositions législatives et réglementaires 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* pour l'implantation des officines de pharmacie.

Article 29

Peuvent bénéficier de mesures d'encouragement aux investissements dans le domaine de la santé, dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, et sous réserve du respect du cahier de charges établi 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 de santé 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.

TITRE IV

DES INSTANCES DE CONCERTATION EN MATIERE DE SANTE

Article 30

Pour assurer la cohérence des actions du système de santé, améliorer sa gouvernance et permettre la participation active des différents partenaires audit système, les instances suivantes seront instituées :

- un conseil national consultatif de la santé ;
- un comité 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 sanitaires ;
- un comité national d'évaluation et d'accréditation.

TITRE V

DISPOSITIONS FINALES

Article 31

La présente loi cadre sera mise en oeuvre en vertu des textes législatifs et réglementaires pris pour son application.

**Annexe 3 : Dahir n° 1-10-08 du 26 safar 1431 (11 février 2010)
portant promulgation de la loi n° 28-07 relative à la sécurité sanitaire
des produits alimentaires.**

Bulletin officiel n° 5822 du 1^{er} rabii II 1431(18-3-2010)

TITRE PREMIER

OBJET, CHAMP D'APPLICATION ET DEFINITION DES CONCEPTS

Chapitre premier

Objet et champ d'application

Article 1

Sans préjudice de toute autre législation particulière relative aux établissements insalubres, incommodes ou dangereux, à l'hygiène publique, à la répression des fraudes sur les marchandises, à l'hygiène et à l'inspection sanitaire et qualitative des animaux vivants, des denrées

animales ou d'origine animale, à la commercialisation des produits de la pêche et de l'aquaculture et des aliments pour animaux, la présente loi:

- établit les principes généraux de sécurité sanitaire des produits alimentaires et des aliments pour animaux;
- détermine les conditions dans lesquelles les produits primaires, les produits alimentaires et aliments pour animaux doivent être manipulés, traités, transformés, emballés, conditionnés, transportés, entreposés, distribués, exposés à la vente ou exportés pour être qualifiés de produit sûr, qu'il s'agisse de produits à l'état frais ou transformé, quels que soient les procédés et les systèmes de conservation, de transformation et de fabrication utilisés ;
- prévoit les prescriptions générales visant à ne permettre la mise sur le marché que des produits sûrs, notamment en établissant des règles générales d'hygiène, de salubrité, d'utilisation des produits de nettoyage et de désinfection, les seuils de contamination admissibles dans les produits primaires, les produits alimentaires et aliments pour animaux auxquels ils doivent répondre, y compris les normes rendues d'application obligatoire;
- indique les règles obligatoires d'information du consommateur notamment par l'étiquetage des produits primaires, des produits alimentaires et des aliments pour animaux et la détermination des documents d'accompagnement.

Article 2

Les dispositions de la présente loi couvrent toutes les étapes de la production, la manipulation, le traitement, la transformation, l'emballage, le conditionnement, le transport, l'entreposage, la distribution, l'exposition à la vente et l'exportation des produits primaires, des produits alimentaires destinés à la consommation humaine et des aliments pour animaux.

Sont exclus du champ d'application de la présente loi:

- les produits primaires destinés à un usage domestique privé ainsi qu'à la préparation, la manipulation et l'entreposage domestique des produits alimentaires à des fins de consommation domestique privée;
- les médicaments et tous autres produits similaires à usage préventif ou thérapeutique dans les domaines de la médecine humaine ou vétérinaire, ainsi que les produits cosmétiques;
- les tabacs, les produits qui en sont dérivés, ainsi que les psychotropes et autres substances similaires qui font l'objet d'une législation spécifique.

Chapitre II : Définition des concepts

Article 3

Au sens de la présente loi et des textes pris pour son application, on entend par:

1. **Produit primaire** : tout produit agricole destiné à la consommation humaine, cultivé, cueilli ou récolté, ainsi que tout produit tiré des animaux tel que le lait ou le miel ou les oeufs et les produits de la chasse, de la pêche ou de la cueillette des espèces sauvages et mis sur le marché, en l'état, sans l'utilisation de systèmes particuliers de préparation pour leur conservation autre que la réfrigération;

2. **Produit alimentaire**: tout produit végétal ou animal, brut ou totalement ou partiellement traité, destiné à la consommation humaine y compris les boissons, la gomme et tous les produits ayant été utilisés pour la production et la préparation ou le traitement des aliments. Ce terme ne couvre pas les plantes avant leur récolte et les animaux vivants, à l'exception de ceux préparés en vue de la consommation humaine, en l'état, tels que les coquillages et ne couvre pas non plus les médicaments, les produits cosmétiques et le tabac;

3. **Aliments pour animaux**: toute substance y compris les additifs, partiellement ou entièrement transformée ou non transformée et destinée à être consommés par les animaux par voie orale;

4. **Produit sûr ou substance sûre** : tout produit primaire, tout produit alimentaire ou tout aliment pour animaux qui ne présente aucun risque pour la santé humaine ou animale;

5. **Mise sur le marché**: la détention de produits primaires et/ou de produits alimentaires et/ou d'aliments pour animaux en vue de leur vente, de leur distribution ou de leur cession à titre gratuit ou onéreux;

6. **Vente** : la manipulation, le traitement et l'entreposage des produits primaires, des produits alimentaires et des aliments pour animaux dans les points de vente ou leur livraison au consommateur final, y compris les terminaux de distribution, les grandes surfaces, les traiteurs, les restaurants dans leur ensemble, les commerces, les grossistes et les points de distribution ;

7. **Danger**: tout agent biologique, chimique ou physique présent dans un produit primaire, dans un produit alimentaire ou dans un aliment pour animaux, ou un état particulier du produit primaire, du produit alimentaire ou de l'aliment pour animaux, tels que l'oxydation, la putréfaction, la contamination ou tout autre état similaire pouvant avoir un effet néfaste sur la santé;

8. **Traçabilité** : la capacité de retracer à travers la chaîne alimentaire, le cheminement d'un produit primaire, d'un produit alimentaire, d'un aliment pour animaux, le cheminement d'un animal producteur de produits primaires ou de produits alimentaires, ou celui d'une substance destinée à être incorporée ou susceptible d'être incorporée dans un produit primaire, dans un produit alimentaire ou dans un aliment pour animaux;

9. **Consommateur final**: le dernier consommateur d'un produit primaire ou d'un produit alimentaire qui n'utilise pas celui-ci dans le cadre d'une opération productive relevant des activités d'un établissement ou d'une entreprise du secteur alimentaire;

10. **Entreprise du secteur alimentaire:** tout établissement public, semi-public ou entreprise privée qui assure, dans un but lucratif ou non, des activités liées ou en relation avec la chaîne alimentaire;

11. **Entreprise du secteur de l'alimentation animale:** tout établissement public, semi-public ou entreprise privée qui assure, dans un but lucratif ou non, des activités liées ou en relation avec l'alimentation animale;

12. **Chaîne alimentaire:** toutes les étapes de production, de manipulation, de traitement, de transformation, d'emballage, de conditionnement, de transport, d'entreposage, de distribution, d'exposition à la vente ou d'exportation des produits alimentaires depuis la production de produits primaires jusqu'à leur mise en vente ou leur livraison au consommateur final. Elle comprend également l'importation desdits produits primaires ou alimentaires;

13. **Produit impropre à la consommation:** tout produit primaire ou produit alimentaire qui, sans être corrompu ou toxique, ne possède pas toutes les garanties requises au plan hygiénique, compte tenu de certains éléments indésirables qu'il contient, soit par contamination, soit par dégradation de sa qualité microbiologique et/ou chimique;

14. **Denrée préjudiciable à la santé:** Tout produit primaire ou produit alimentaire ayant des effets toxiques immédiats ou probables à court, moyen ou long terme sur la santé d'un individu ou sur sa descendance, ou entraînant une sensibilité sanitaire accrue ou toute autre forme de sensibilité identifiable d'un individu ou d'une catégorie particulière d'individus à laquelle le produit primaire ou le produit alimentaire concerné est destiné;

15. **Principe de précaution:** ensemble de mesures prudentielles visant à éviter les risques pouvant être entraînés par la consommation d'un produit primaire, d'un produit alimentaire ou d'un aliment pour animaux, en l'absence de certitudes scientifiques absolues aux fins de garantir un niveau acceptable de sécurité dudit produit ou aliment;

16. **Etablissement** : toute unité de production, de traitement, de transformation, d'emballage, de conditionnement, de distribution, d'entreposage ou de conservation des produits alimentaires, y compris les abattoirs et leurs annexes, les ateliers de découpe, d'emballage et de conditionnement des viandes, les halles aux poissons, les navires de pêche et barges flottantes, les lieux de restauration collective ainsi que les unités de traitement des sous-produits animaux et de fabrication des aliments pour animaux;

17. **Exploitant:** la ou les personnes physiques ou morales appelées à respecter les dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application, dans l'établissement ou l'entreprise du secteur alimentaire ou du secteur de l'alimentation animale;

18. **Vétérinaires mandatés:** les vétérinaires qui ne relèvent pas du département chargé de l'agriculture auxquels les autorités compétentes ont confié des missions en matière de santé animale, de pharmacie vétérinaire et de contrôle sanitaire des denrées animales, d'origine animale et des aliments pour animaux.

TITRE II

DES CONDITIONS DE MISE SUR LE MARCHE

DES PRODUITS ALIMENTAIRES ET DES ALIMENTS POUR ANIMAUX

Chapitre premier

Des conditions générales de mise sur le marché

Article 4

Aucun produit primaire ou produit alimentaire ne peut être mis sur le marché national, importé ou exporté, s'il constitue un danger pour la vie ou la santé humaine. De même, aucun aliment pour animaux ne peut être importé, mis sur le marché national ou exporté ou donné à des animaux s'il est dangereux.

Article 5

Afin qu'aucun produit primaire ni produit alimentaire ni, non plus, un aliment pour animaux ne constitue un danger pour la vie ou la santé humaine ou animale, ils doivent être produits, manipulés, traités, transformés, emballés, conditionnés, transportés, entreposés, distribués et mis en vente ou exportés, dans des conditions d'hygiène et de salubrité propres à préserver leur qualité et à garantir leur sécurité sanitaire.

A cet effet, les établissements et les entreprises doivent être autorisés ou agréés, sur le plan sanitaire, par les autorités compétentes avant leur mise en exploitation, dans les formes et modalités fixées par voie réglementaire.

Toutefois, les établissements et les entreprises dont l'intégralité de la production est directement destinée à un consommateur final pour sa propre consommation ne sont pas soumis à l'autorisation ou à l'agrément

sus-indiqués. Cependant les exploitants de ces établissements et entreprises demeurent, responsables des denrées et produits destinés à la consommation et garantissent que ceux-ci ne présentent aucun danger pour la vie ou la santé des consommateurs.

Article 6

Les produits primaires, les produits alimentaires et les aliments pour animaux mis sur le marché national ou exportés qui répondent aux prescriptions fixées conformément aux dispositions de l'article 5 ci-dessus sont considérés comme des produits sûrs,

Toutefois, la conformité d'un produit primaire, d'un produit alimentaire ou d'un aliment pour animaux aux prescriptions qui lui sont applicables en vertu des dispositions de la présente loi ou de toute autre législation spécifique à la sécurité de ces produits ou aliment, n'interdit pas les autorités compétentes de prendre toutes mesures appropriées pour imposer des restrictions à son importation, à sa mise sur le marché national ou pour en exiger le retrait ou pour en interdire l'exportation, si lesdites autorités, en vertu du principe de précaution, ont des raisons légitimes de soupçonner que, malgré cette conformité, le produit concerné constitue ou peut constituer un danger pour la vie ou la santé des consommateurs ou des animaux.

Article 7

L'autorisation ou l'agrément, sur le plan sanitaire, prévus à l'article 5 ci-dessus, est délivré, lorsque l'établissement, l'entreprise ou le moyen de transport concerné répond aux conditions prévues aux articles 8 et 9 de la présente loi.

Lorsqu'une ou plusieurs des conditions prévues pour la délivrance de l'autorisation ou de l'agrément sur le plan sanitaire, susmentionné, ne sont plus remplies, ladite autorisation ou agrément est suspendu pour une période déterminée au cours de laquelle le bénéficiaire doit prendre les mesures nécessaires pour que ces conditions soient respectées.

Si, à l'issue de la période visée ci-dessus, les mesures nécessaires n'ont pas été prises, l'autorisation ou l'agrément est retiré(e). Dans le cas contraire, il est mis fin à la mesure de suspension de l'autorisation ou de l'agrément.

Sont fixées par voie réglementaire:

- les modalités de contrôle de la conformité des produits primaires, des produits alimentaires et des aliments pour animaux aux dispositions de la présente loi;
- les formes et modalités dans lesquelles l'autorisation ou l'agrément, sur le plan sanitaire, est délivré(e), ainsi que les mesures relatives à sa suspension ou à son retrait.

Article 8

Sont fixées par voie réglementaire, les conditions à même de permettre d'assurer la qualité et de garantir la sécurité sanitaire des produits primaires, des produits alimentaires et des aliments pour animaux applicables notamment:

- à l'implantation, la conception, l'aménagement, l'installation des équipements et le fonctionnement des établissements et des entreprises dans lesquels les produits primaires, les produits alimentaires et les aliments pour animaux sont produits, préparés, conservés, entreposés,

manipulés, traités, transformés, conditionnés et exposés en vue de leur vente sur le marché national ou en vue de leur exportation ;

- aux produits primaires;
 - aux produits alimentaires destinés à être commercialisés localement ou exportés, à tous les stades de leur manipulation;
 - aux moyens de transport destinés au transport des produits primaires et des produits alimentaires périssables;
 - au personnel des établissements et entreprises chargé d'effectuer les opérations de manipulation, de conservation, d'entreposage, de traitement, de transformation, de conditionnement, d'emballage, de distribution, de commercialisation et de transport, le cas échéant.

Sont également fixées par voie réglementaire, les conditions d'utilisation des produits de nettoyage et de désinfection et les seuils de contamination physique, chimique et biologiques.

Les textes réglementaires prévus au présent article prennent en considération la nature des produits primaires, des produits alimentaires et des aliments pour animaux considérés.

Article 9

Les exploitants des établissements et entreprises du secteur alimentaire et les exploitants des établissements et des entreprises du secteur de l'alimentation animale doivent garantir que les produits primaires, les produits alimentaires et les aliments pour animaux qu'ils

mettent sur le marché ou qu'ils destinent à l'exportation répondent aux prescriptions de la présente loi et ne présentent aucun danger pour la vie ou la santé humaine ou animale.

A cet effet, ils doivent mettre en place, appliquer et maintenir dans leurs établissements ou entreprises un programme d'autocontrôle ou suivre un guide de bonnes pratiques sanitaires approuvé par les autorités compétentes. Les modalités d'application dudit programme ou guide sont fixées par voie réglementaire.

Toutes les procédures décidées dans le cadre de l'exécution des mesures prévues ci-dessus sont enregistrées par l'établissement ou l'entreprise dans des documents qui doivent être conservés pendant une durée minimale de 5 ans, à compter de la date de leur établissement et que doivent être présentés à toute réquisition des agents prévus à l'article 21 de la présente loi.

Article 10

Si l'exploitant d'un établissement ou d'une entreprise du secteur alimentaire ou d'un établissement ou d'une entreprise du secteur de l'alimentation animale considère ou a des raisons de considérer qu'un produit primaire, un produit alimentaire ou un aliment pour animaux ne répond pas aux prescriptions permettant de le qualifier de produit sûr, conformément aux dispositions de la présente loi, il doit en informer, sans délai, les autorités compétentes, qui prennent toutes les mesures appropriées pour imposer des restrictions à sa mise sur le marché national ou pour en exiger le retrait ou pour en interdire l'exportation. Dans le cas où il n'est pas procédé au retrait, les autorités compétentes procèdent au

retrait dudit produit ou aliment aux frais du producteur ou du responsable de sa mise sur le marché.

Dans tous les cas, il fournit toutes informations sur les mesures qu'il a prises ou continue de prendre pour prévenir, réduire ou éliminer les risques pour le consommateur final et prend toutes les mesures permettant une collaboration étroite de son établissement ou entreprise avec les autorités compétentes, conformément aux procédures établies par la présente loi et les textes pris pour son application.

Article 11

Si, postérieurement à sa première mise sur le marché, il est établi que:

- un animal producteur de produits primaires ou de produits alimentaires;
- un produit primaire;
- un produit alimentaire;
- un aliment pour animaux;
- un élément et/ou un additif susceptible d'être incorporé à produit primaire, à un produit alimentaire ou à un aliment pour animaux,

Présente ou peut présenter un danger pour la santé humaine ou animale, les autorités compétentes, en vertu des dispositions des articles 23 et 24 de la présente loi, procèdent à sa saisie ou à sa consignation en vue de le soumettre aux investigations nécessaires pour s'assurer de sa sécurité sanitaire.

Si l'animal, le produit, l'aliment, l'élément ou l'additif fait partie d'un lot, il est procédé au rappel et à la consignation en un ou plusieurs lieux, en vue du contrôle de tous les éléments constituant ledit lot.

Sans préjudice des actions en responsabilité, les frais occasionnés par le rappel, la saisie, la consignation, les contrôles effectués y compris les frais de transport, d'entreposage et d'analyses ainsi que les frais de destruction éventuelle, sont à la charge de l'opérateur concerné.

Chapitre II : Du marquage des animaux et de la traçabilité des substances, des produits primaires, des produits alimentaires et des aliments pour animaux

Article 12 La traçabilité des matières, des produits primaires, des produits alimentaires, des aliments pour animaux, des animaux producteurs de produits alimentaires et de toute substance destinée à être incorporée ou susceptible d'être incorporée dans un produit primaire, un produit alimentaire ou dans des aliments pour animaux, doit être établie à tous les stades de la chaîne alimentaire.

A cet effet, les exploitants doivent être en mesure d'identifier tout établissement ou toute entreprise à laquelle ils ont fourni ou cédé ainsi que toute personne leur ayant fourni ou cédé un produit primaire, un produit alimentaire, un aliment pour animaux ou un animal producteur de produits primaires ou de produits alimentaires ou toute substance destinée à être incorporée ou susceptible d'être incorporée dans des produits primaires, des produits alimentaires ou dans des aliments pour animaux.

Article 13

Tout exploitant ou professionnel qui se livre à l'élevage et dont la production est exclusivement destinée à la consommation humaine doit en faire la déclaration auprès des autorités compétentes pour enregistrer son exploitation dans les formes et modalités fixées par voie réglementaire.

Article 14

Les détenteurs d'animaux dont la production est destinée à la consommation humaine sont tenus de procéder ou de faire procéder au marquage de leurs animaux nés sur leur exploitation ou acquis sans avoir été marqués par le détenteur d'origine.

Les détenteurs concernés doivent tenir à jour et convenablement remplir, un registre d'élevage, conservé sur le lieu de détention des animaux. Ledit registre est destiné à recenser chronologiquement des informations sanitaires et zootechniques de nature à faciliter l'identification des animaux vivants, leur inspection sanitaire vétérinaire ainsi que celle des denrées animales ou d'origine animale et des sous produits animaux, issus de ces mêmes animaux.

Sont fixées par voie réglementaire:

- les procédures de marquage des animaux ainsi que les marques d'identification et l'apposition desdites marques;
- les mentions devant figurer sur le registre d'élevage susmentionné ainsi que les modalités d'établissement dudit registre et les conditions de sa tenue.

Les dispositions des articles 13 et 14 de la présente loi ne s'appliquent pas aux élevages avicoles qui demeurent régis par la loi n°

49-99 relative à la protection sanitaire des élevages avicoles, au contrôle de la production et la commercialisation des produits avicoles promulguée par le dahir n° 1-02-119 du 13 rabii II 1423 (13 juin 2002).

Article 15

Les producteurs de produit primaire d'origine végétale doivent disposer d'un registre conservé sur les lieux de production desdits produits sur lequel sont enregistrés les facteurs de production telles que les matières chimiques et organiques utilisées pour l'entretien et la gestion de la culture des produits susmentionnés.

Sont fixées par voie réglementaire les mentions devant être portées sur le registre relatif à l'entretien et la gestion de la culture des produits susmentionnés ainsi que les modalités de son établissement et les conditions de sa tenue.

Chapitre III : De l'information des consommateurs

Article 16

Tout produit alimentaire et tout aliment pour animaux mis ou devant être mis sur le marché national ou destiné à l'exportation ou importé doit disposer d'un étiquetage conforme aux prescriptions qui lui sont applicables en vertu des dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application ou en vertu de toute autre législation ou réglementation spécifique qui lui est applicable, aux fins d'en faciliter la traçabilité.

Article 17

L'étiquetage d'un produit primaire, d'un produit alimentaire ou d'un aliment pour animaux mis sur le marché national ou exporté doit être réalisé de manière à permettre à son utilisateur, y compris le consommateur final, de prendre connaissance de ses caractéristiques.

Article 18

Les éléments constitutifs, les caractéristiques et les formes des mentions et des inscriptions devant figurer sur les supports de l'étiquetage y compris l'étiquetage nutritionnel et les documents accompagnant les produits primaires, les produits alimentaires ou les aliments pour animaux ainsi que les conditions et les modalités de leur apposition sont fixés par voie réglementaire.

Article 19

Lorsque la publicité pour un produit primaire ou un produit alimentaire fait référence à une certification de conformité, à une marque de qualité agricole, à une indication géographique protégée ou à une appellation d'origine protégée la présentation et l'étiquetage de celle-ci doivent être conformes à la législation en vigueur.

Article 20

Sont interdites la mise sur le marché national ou l'importation de tout produit primaire, de tout produit alimentaire et de tout aliment pour animaux dont l'étiquetage n'est pas conforme aux prescriptions du présent chapitre et des textes pris pour l'application de la présente loi.

Lorsque l'étiquetage des produits primaires, des produits alimentaires et des aliments pour animaux est reconnu non conforme, les

producteurs ou les responsables de leur mise sur le marché sont tenus de procéder à leur retrait dans un délai fixé par les autorités compétentes.

Si le retrait n'est pas effectué dans le délai sus-indiqué, les agents habilités cités à l'article 21 ci-dessous procèdent à la saisie du produit concerné, aux frais du producteur ou du responsable de sa mise sur le marché et procèdent à l'instruction du dossier conformément aux dispositions prévues en la matière par la loi n° 13-83 relative à la répression des fraudes sur les marchandises, promulguée par le dahir n° 1-83-108 du 9 moharrem 1405 (5 octobre 1984).

TITRE III

DE LA COMPETENCE, DE LA RECHERCHE

ET DE LA CONSTATATION DES INFRACTIONS

Article 21

Les agents habilités relevant de l'Office national de la sécurité sanitaire des produits alimentaires sont chargés de la recherche et de constatation des infractions aux dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application, sous réserve des attributions légalement dévolues aux officiers de la police judiciaire et aux autres autorités publiques. Les vétérinaires mandatés peuvent, sous le contrôle dudit office, être chargés de la même mission.

Article 22

Pour rechercher et constater les infractions à la présente loi et aux textes pris pour son application, les agents mentionnés à l'article 21 ci-dessus peuvent accéder de jour dans les établissements et entreprises définis à l'article 3 ci-dessus. Ils peuvent également accéder, de nuit, dans lesdits

établissements et entreprises lorsque ceux-ci sont ouverts au public ou lorsqu'ils sont en exercice de leurs activités, sous réserve des dispositions du code de procédure pénale.

Les agents habilités peuvent exiger la communication ou procéder à la saisie de documents de toute nature, entre quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs inspections. Ils peuvent recueillir tous les éléments d'information permettant d'apprécier le caractère dangereux ou non des produits auprès des professionnels qui sont tenus de les leur fournir.

Article 23

Les agents habilités mentionnés à l'article 21 ci-dessus peuvent procéder à la saisie, lorsqu'il s'agit de:

- produits primaires, produits alimentaires ou aliments pour animaux présentant un danger pour la santé humaine ou animale;
- produits primaires, produits alimentaires ou aliments pour animaux reconnus falsifiés, corrompus, toxiques ou périmés;
- produits primaires, produits alimentaires ou aliments pour animaux impropres à la consommation;
- objets ou appareils propres à effectuer des falsifications.

Article 24

Les agents habilités mentionnés à l'article 21 ci-dessus peuvent procéder à la consignation, dans l'attente des résultats des contrôles de :

- produits primaires, produits alimentaires ou aliments pour animaux susceptibles de présenter un danger pour la santé humaine ou animale;
- produits primaires, produits alimentaires ou aliments pour animaux susceptibles d'être falsifiés, corrompus, toxiques ou périmés;
- produits primaires, produits alimentaires ou aliments pour animaux susceptibles d'être impropres à la consommation humaine ou animale;
- objets ou appareils pouvant servir à effectuer des falsifications.

La mesure de consignation ne peut excéder une durée de 20 jours. En cas de difficultés particulières liées à l'examen du produit en cause, le procureur du Roi compétent peut renouveler cette mesure deux fois pour la même durée chacune.

TITRE IV

INFRACTIONS ET SANCTIONS

Article 25

Sans préjudice des dispositions du code de procédure pénale ou de la législation spéciale applicable aux produits, est puni de deux (2) à six (6) mois d'emprisonnement et d'une amende de 50.000 à 100.000 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement quiconque:

- a mis sur le marché national, importé ou exporté tout produit primaire, produit alimentaire ou aliment pour animaux dangereux pour la vie ou la santé humaine ou animale;
- a manipulé, traité, transformé, conditionné, distribué, mis sur le marché ou exporté des produits primaires, des produits alimentaires ou des aliments pour animaux provenant d'un établissement ou d'une entreprise dépourvu(e) de l'autorisation ou de l'agrément sur le plan sanitaire prévu à l'article 5 de la présente loi ou auxquels l'autorisation ou l'agrément a été suspendu ou retiré;
- n'a pas respecté les dispositions prévues à l'article 10 ci-dessus alors qu'il avait connaissance que le produit primaire, le produit alimentaire ou l'aliment pour animaux ne répond pas aux prescriptions permettant de le qualifier de produit sûr au sens de la présente loi.

Article 26

Est puni d'une amende de 5.000 à 20.000 dirhams quiconque:

- a mis sur le marché national exporté ou importé, un produit ou une denrée n'ayant pas un étiquetage conforme aux conditions qui lui sont applicables en vertu des dispositions de la présente loi et des

textes pris pour son application ou en vertu de toute autre législation ou réglementation spécifique;

- n'a pas procédé au retrait de tout produit primaire, tout produit alimentaire ou tout aliment pour animaux du marché national dans le délai qui lui est fixé par les autorités compétentes conformément aux dispositions de l'article 20 de la présente loi.

Article 27

Est puni d'une amende de 500 à 2.000 dirhams:

- tout exploitant ou professionnel qui se livre à l'élevage sans procéder à l'enregistrement de son exploitation conformément aux dispositions de l'article 13 de la présente loi;
- tout détenteur d'animaux dont la production est destinée à la consommation humaine qui ne procède pas au marquage de ses animaux conformément aux dispositions de l'article 14 de la présente loi.

Article 28

Est puni de quinze (15) jours à six (6) mois d'emprisonnement et d'une amende de 5.000 à 100.000 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement quiconque, par quelque moyen que ce soit, s'oppose au contrôle prévu à l'article 7 ci-dessus ou fait obstacle à la recherche ou la constatation des infractions à la présente loi, en violation des dispositions de l'article 22 ci-dessus.

TITRE V

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 29

Les établissements et entreprises du secteur alimentaire ou du secteur de l'alimentation animale exerçant leurs activités à la date d'entrée en vigueur de la présente loi disposent d'un délai d'un an à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente loi pour obtenir l'autorisation ou l'agrément prévu(e) à l'article 5 ci-dessus.

Les personnes mentionnées aux articles 13, 14 et 15 de la présente loi disposent d'un délai de deux (2) ans à compter de la date de publication des textes réglementaires relatifs audits articles pour s'y conformer.

Article 30

Sont abrogées à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente loi toutes les dispositions contraires. Les textes réglementaires qui ne sont pas en contradiction avec les dispositions de la présente loi demeurent en vigueur jusqu'à leur abrogation et ce, dans un délai maximum de dix-huit (18) mois à compter de la date de publication de la présente loi au Bulletin officiel.

Annexe 4 : Extrait du code de déontologie préparé par le Conseil supérieur de l'ordre des médecins.

TITRE PREMIER

DEVOIRS GENERAUX DES MEDECINS

ART. 2. - Tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout agissement de nature à déconsidérer celle-ci. Il doit toujours s'efforcer d'acquérir une situation morale exemplaire.

ART. 3. - Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un

malade en danger immédiat si d'autres soins médicaux ne peuvent pas lui être assurés.

ART. 4. - Le médecin doit à son malade le secret absolu en tout ce qui lui a été confié ou qu'il aura pu connaître en raison de confiance qui lui a été accordée.

ART. 5. - 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;

La liberté des prescriptions du médecin;

L'entente directe entre le malade et le médecin en matière d'honoraires;

Le paiement direct des honoraires par le malade au médecin.

ART. 6. - Un médecin doit soigner ses malades avec la même conscience, quels que soient leur situation sociale, les sentiments personnels qu'il ressent pour eux, leur moralité, leur condition ethnique et religieuse.

ART. 7. - Un médecin ne peut abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur l'ordre formel et donné par écrit des autorités qualifiées.

ART. 8. - Il est interdit à un médecin d'établir un rapport tendancieux ou de délivrer un certificat de complaisance.

ART. 9. - Sont interdites au médecin toutes les supercheries propres à déconsidérer sa profession et notamment toutes les pratiques de charlatanisme.

ART. 10. - L'exercice de la médecine est un ministère; c'est une profession qui ne doit en aucun cas ni d'aucune façon être pratiquée comme un commerce.

Sont spécialement interdits au médecin :

1° Tous les procédés de réclame ou de publicité personnelle de caractère commercial, notamment les appels par la presse ou la radiodiffusion : sauf dans des cas exceptionnels et avec l'autorisation du conseil régional (ou, en cas d'urgence, de son représentant qualifié);

2° Les manifestations spectaculaires n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif;

3° Toute collaboration à une entreprise commerciale de soins dans laquelle le médecin n'aurait pas sa complète indépendance professionnelle.

ART. 11. - Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnance ou dans un annuaire sont :

1° Celles qui facilitent ses relations avec ses clients, c'est-à-dire : nom, prénoms, adresse, numéro de téléphone, jours et heures de consultation, compte de chèques postaux;

2° La spécialité qui lui aura été reconnue et qui aura fait objet d'une publication au Bulletin officiel;

3° Les titres et fonctions reconnus valables par le conseil supérieur de l'ordre;

4° Les distinctions honorifiques reconnues officiellement.

Les décisions prises pour l'application du paragraphe 3° peuvent être déferées à l'autorité administrative supérieure (secrétariat général du Protectorat).

ART. 12. - Les seules indications qu'un médecin est autorisé mettre sur la plaque apposée à son cabinet sont : le nom, les noms, les titres, la spécialité, les jours et heures de consultation.

Cette plaque ne doit pas dépasser 25 cm sur 30 cm.

ART. 13. - Sont interdits l'inscription et l'usage de titres non autorisés ainsi que tous les procédés de nature à tromper le public sur la valeur de ces titres, notamment, l'emploi d'abréviations dans leur libellé.

ART. 14. - Sont interdits :

1° Tout versement ou acceptation clandestine d'argent entre praticiens;

2° Toute commission de quelque personne que ce soit;

3° L'acceptation d'une commission pour acte médical quelconque et notamment pour examens, prescriptions de médicaments, d'appareils, envoi dans une station de cure ou maison de santé;

4° Toute ristourne en argent ou en nature faite à un malade ou à un blessé;

5° Tout acte de nature à procurer pour le malade un bénéfice illicite;

6° Toute facilité accordée à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine.

ART. 15. - Il est interdit à un médecin de donner des consultations gratuites ou moyennant salaires ou honoraires dans des locaux commerciaux ainsi que dans les dépendances desdits locaux.

ART. 16. - Tout compéragé entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes, même étrangères à la médecine, est interdit. Le compéragé est l'intelligence secrète entre deux personnes en vue d'en léser une autre.

ART. 17. - Le médecin doit éviter dans ses écrits, déclarations ou conférences, toute atteinte à l'honneur de la profession, toute publicité ou réclame personnelle ou intéressant un tiers ou une firme quelconque et, d'une manière générale, tout ce qui est incompatible avec la dignité individuelle et professionnelle d'un médecin.

Il doit également s'abstenir de fournir même indirectement tous renseignements personnels susceptibles d'être utilisés aux fins ci-dessus.

Il est rappelé qu'il est interdit à tout médecin de se servir d'un pseudonyme pour des activités se rattachant à sa profession.

ART. 18. - Divulguer prématurément dans le public médical, en vue d'une application immédiate, un procédé de diagnostic ou de traitement

nouveau et insuffisamment éprouvé constitue, de la part du médecin qui se livre à des recherches, une imprudence répréhensible s'il n'a pas pris le soin de mettre ses confrères en garde contre les dangers du procédé.

Divulguer ce même procédé dans le grand public, quand sa valeur et son innocuité ne sont pas démontrées, constitue une faute.

Tromper la bonne foi des praticiens ou de la clientèle en leur présentant comme salubre ou sans danger un procédé insuffisamment éprouvé, est une faute grave.

ART. 19. - Il est interdit à un médecin inscrit au tableau de l'ordre d'exercer, en même temps que la médecine, toute autre activité incompatible avec la dignité professionnelle. Il lui est notamment interdit d'exercer tout autre métier ou toute autre profession susceptible de lui permettre d'accroître ses bénéfices par ses prescriptions ou ses conseils d'ordre professionnel.

ART. 20. - Il est interdit à tout médecin qui remplit un mandat politique ou une fonction administrative d'en user à des fins professionnelles pour accroître sa clientèle.

ART. 21. - Le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille.

ART. 22. - Le ministère du médecin comporte l'établissement, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations ou documents dont la production est prescrite par la loi.

Tout document professionnel de cette nature doit porter la signature manuscrite du médecin qui l'a rédigé : l'utilisation d'une griffe ou de tout autre procédé est interdite.

TITRE II

DEVOIRS DES MEDECINS ENVERS LES MALADES

ART. 23. - Dès l'instant qu'il est appelé par le malade ou par un tiers à donner des soins à ce malade et qu'il a accepté de remplir cette mission, le médecin s'oblige :

1° A lui assurer aussitôt tous les soins médicaux en son pouvoir et désirables en la circonstance personnellement ou avec l'aide de tiers qualifiés ;

2° A avoir le souci primordial de conserver la vie humaine même quand il soulage la souffrance ;

3° A agir toujours avec correction et aménité envers le malade et à se montrer compatissant envers lui.

ART. 24. - Le médecin peut, compte tenu des articles 4, 5 et 7 ci-dessus, se dégager de sa mission en se conformant aux prescriptions de l'article 25, à condition :

1° De ne jamais nuire de ce fait au malade dont il se sépare

2° De fournir les renseignements qu'il juge en conscience utiles à la continuation des soins.

ART. 25. - Appelé d'urgence auprès d'un mineur ou autre incapable et lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement de son représentant légal, le médecin doit user immédiatement de toutes ses connaissances et de tous les moyens dont il dispose pour parer au danger menaçant : il ne peut cesser ses soins qu'après que tout danger est écarté ou tout secours inutile ou après avoir confié le malade aux soins d'un confrère.

ART. 26. - Hors le cas prévu à l'article précédent, le médecin attaché à un établissement comportant le régime de l'internat doit, en présence d'une affection grave, faire avertir les parents et accepter ou provoquer, s'il le juge utile, la consultation du médecin désigné par le malade ou sa famille.

ART. 27. - Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles,

ART. 28. - Le médecin est toujours libre de ses prescriptions en restant dans les limites imposées par les conditions où se trouvent les malades. Il ne doit en conscience prescrire à un malade un traitement très onéreux qu'en éclairant le malade ou sa famille sur les sacrifices que comporte ce traitement et les avantages qu'ils peuvent en espérer.

Le médecin ne doit jamais donner à un malade des soins inutiles dans un but de lucre.

ART. 29. - Le médecin, appelé à donner des soins dans une famille ou dans un milieu quelconque doit assurer la prophylaxie et, notamment, par ses conseils circonstanciés mettre les malades et leur entourage en présence de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et leur voisinage. Il doit imposer, en refusant au besoin de continuer ses soins, le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie.

ART. 30. - Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans compter avec le temps que lui coûte ce travail et, s'il y a lieu, en s'aidant ou se faisant aider dans toute la mesure du possible des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées. Après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse, surtout si la vie du malade est en danger, un médecin doit s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision.

En cas de refus, il peut cesser ses soins dans les conditions de l'article 24.

ART. 31. - Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection: mais il doit l'être généralement à la famille.

Le malade peut interdire cette révélation ou désigner les tiers auxquels elle doit être faite.

ART. 32. - Il ne peut être procédé à un avortement thérapeutique que lorsque, la vie de la mère se trouvent gravement menacée, cette opération permet d'espérer sauver la vie de la mère.

On entend par avortement thérapeutique l'interruption provoquée de la grossesse, dans un but thérapeutique, avant la date de viabilité foetale.

Dans ce cas le médecin doit obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants dont l'un pris sur la liste des experts près les tribunaux, qui, après examen et discussion, attesteront par écrit que la vie de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'une telle intervention thérapeutique. Les trois médecins prenant part à la consultation doivent indépendamment des trois certificats dont un exemplaire est conservé par chacun d'eux, rédiger un certificat analogue et le délivrer à la malade. Dans tous les cas, quelle que soit la décision prise, ils doivent établir un protocole donnant les raisons de celle-ci et l'adresser sous pli recommandé au président du conseil

régional dont ils font partie. Si les médecins relèvent de conseils différents, un exemplaire du procès-verbal est adressé à chaque conseil régional intéressé.

En cas d'indication d'avortement thérapeutique et hors le cas d'extrême urgence, le médecin a l'obligation de se conformer aux règles suivantes :

1° Si la malade, dûment prévenue de la gravité du cas, refuse l'intervention, le médecin doit s'incliner devant la volonté librement exprimée de la malade;

2° Si le médecin sait que la malade consentante est mineure, il doit avant de pratiquer l'intervention s'efforcer d'obtenir le consentement du mari ou des membres de la famille exerçant la puissance paternelle;

3° Si le médecin, en raison de ses convictions, estime qu'il lui est interdit de conseiller de pratiquer l'avortement, il peut se retirer en assurant la continuité des soins par un confrère qualifié.

ART. 33. - Au cours d'un accouchement dystocique ou prolongé, le médecin doit se considérer comme étant le seul juge des intérêts respectifs de la mère et de l'enfant, sans se laisser influencer par des considérations d'ordre familial.

ART. 34. - Quand au cours d'une consultation entre médecins les avis du consultant et du médecin traitant diffèrent essentiellement, le médecin traitant est libre de cesser les soins si l'avis du consultant prévaut.

ART. 35. - Il est interdit à tout médecin d'abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence au-dessous des barèmes publiés par les organismes médicaux qualifiés.

Il reste libre de donner gratuitement ses soins quand sa conscience le lui commande.

ART. 36. - Le médecin doit toujours établir lui même sa note d'honoraires; il doit le faire avec tact et mesure. Les éléments d'appréciation sont la situation de fortune du malade, la notoriété du médecin, les circonstances particulières.

Un médecin n'est jamais en droit de refuser à son client des explications sur sa note d'honoraires.

ART. 37. - Le forfait pour la durée ou l'efficacité d'un traitement est interdit si ce n'est pour un accouchement, une opération chirurgicale, un traitement physiothérapeutique, un traitement dans une station de cure ou dans un établissement de soins ou une série d'interventions dans des conditions fixées par le conseil régional.

ART. 38. - Il est d'usage qu'un médecin soigne gratuitement ses parents proches, ses confrères et les personnes à leur charge, les étudiants en médecine, le personnel à son service, ses collaborateurs et auxiliaires directs et ses amis intimes. Cet usage tombe en désuétude lorsque le

malade est assujetti à une caisse de prévoyance ou à une assurance-maladie.

Le médecin ne commet aucune incorrection en acceptant de tous d'être indemnisé de ses frais.

ART- 39. - La rencontre en consultation d'un médecin traitant et d'un médecin consultant légitime pour le premier des honoraires spéciaux.

ART. 40. - La présence du médecin traitant à une opération chirurgicale lui donne droit également à des honoraires spéciaux mais seulement si cette présence a été demandée par le malade ou sa famille.

ART. 41. - Tout partage d'honoraires entre médecin traitant d'une part, consultant, chirurgien ou spécialiste d'autre part, lors d'une consultation ou d'un acte opératoire, est formellement interdit.

Chaque médecin doit présenter sa note personnelle.

En aucun cas le chirurgien, spécialiste ou consultant, ne peut accepter de remettre lui-même les honoraires au médecin traitant, mais il doit préciser que ces derniers ne sont pas compris dans la note.

L'acceptation, la sollicitation, l'offre d'un partage d'honoraires même non suivies d'effet, constituent des fautes graves.

ART. 42. - Le chirurgien a le droit de choisir son aide ou ses aides-opératoires ainsi que l'anesthésiste. Les honoraires de ceux-ci peuvent soit être réclamés par eux directement à l'opéré, soit figurer sur la note que le chirurgien remet à l'opéré. Toutefois, lorsque le chirurgien croit devoir confier les fonctions d'aide-opératoire au médecin traitant, celui-ci doit réclamer ses honoraires directement à l'opéré.

ART. 43. - Le médecin consultant ou spécialiste qui a reçu à son cabinet un malade venu spontanément à l'insu de son médecin traitant doit chercher à s'enquérir auprès du malade du nom de ce dernier, afin de lui faire part de ses observations et éventuellement de la possibilité d'une intervention, sauf opposition du malade.

TITRE III

MEDECINS ET COLLECTIVITES

ART. 44. - En dehors des devoirs généraux qui leur incombent en vertu des titres premier et II du présent code à l'égard des malades appartenant à des collectivités et auxquels ils sont appelés à donner leurs soins, les médecins doivent également en cette matière se conformer aux dispositions du présent titre.

Ils doivent s'efforcer de répondre à l'appel des pouvoirs publics quand il s'agit de protéger et de préserver la santé publique.

ART. 45. - En matière de conventions ou contrats, il est nécessaire de distinguer trois cas :

1er cas. - Les conventions (ou contrats) et la médecine de soins ;

2e cas. - Les conventions (ou contrats) et la médecine du travail de contrôle ou préventive ;

3e cas. - Les conventions (ou contrats) et la médecine d'assistance ou d'administration publique.

1er cas. - Les conventions (ou contrats) et la médecine de soins. - L'exercice de la médecine de soins ne peut faire l'objet d'un contrat ou d'une convention que dans le cas où il s'agit d'assurer, outre des fonctions de médecin d'entreprise, des soins médicaux dans les localités où le nombre des médecins libres ne permet pas l'exercice du libre choix.

2e cas. - Les conventions (ou contrats) et la médecine du travail, de contrôle ou préventive.

- Une convention ou un contrat écrit ont une raison d'être lorsqu'il s'agit pour une entreprise, une collectivité ou une institution de droit privé de recruter un médecin du travail ou un médecin contrôleur.

Tout projet de convention ou renouvellement de convention avec un des organismes prévus au paragraphe précédent en vue de l'exercice de la médecine du travail ou de contrôle, doit être au préalable communiqué au

conseil régional compétent. Celui-ci en vérifie, la conformité avec les prescriptions du présent code ainsi que, s'il en existe, avec les contrats-types établis par les collectivités et institutions intéressées et approuvées par le conseil supérieur.

Le médecin doit signer et remettre au conseil régional une déclaration aux termes de laquelle il affirmera sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat soumis à l'agrément du conseil.

Il demeure toujours possible à un médecin libre d'avoir une convention pour assurer le service médico-social institué par une entreprise ou un groupe d'entreprises pour ses agents. Dans ce cas, le projet de convention ou contrat sera soumis au visa du président du conseil régional.

ART.46. - 3e cas. - Les conventions (ou contrats) et la médecine d'assistance ou d'administration publique. - Tout médecin chargé d'assurer un service d'assistance ou d'administration publique est tenu d'aviser le conseil supérieur, par l'intermédiaire du conseil régional, du contrat ou de la convention passée entre l'administration et lui-même. Il appartient au conseil supérieur de faire part, le cas échéant, de son avis à l'administration intéressée.

ART. 47. - Sauf en cas d'urgence et sous réserve de l'article 45 (1er cas) ci-dessus, aucun médecin qui assure le service de la médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a le droit d'y donner des soins, à moins qu'il ne s'agisse de malades astreints au régime de l'internat auprès desquels il peut être accrédité comme médecin de l'établissement. Dans tous les autres cas, il doit renvoyer la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou, si le malade n'en a pas, lui laisser toute latitude d'en choisir un.

Cette prescription s'applique également aux médecins qui assurent une consultation publique de dépistage.

Il est interdit au médecin qui, tout en faisant de la médecine de soins, pratique la médecine préventive dans une collectivité ou fait une consultation publique de dépistage, d'user de cette fonction pour augmenter sa clientèle particulière.

Dans le cas de la médecine d'entreprise, il ne doit en principe, et sauf impossibilités locales, exercer la médecine de soins que dans une zone suffisamment éloignée de la collectivité à laquelle il est attaché à temps partiel; il doit s'abstenir de recevoir dans son cabinet ou de visiter à domicile un travailleur de cette entreprise ou un membre de sa famille vivant sous le même toit à moins que l'urgence des soins justifie son intervention ou que son abstention ne conduise à conférer un monopole de fait à un autre praticien.

Les modalités d'application de ce paragraphe, sont précisées, pour chaque cas particulier, par le conseil régional, lors du visa de la convention soumise à son agrément.

ART. 48. - Nul ne peut être à la fois, sauf en cas d'urgence, médecin contrôleur et médecin traitant d'un même malade, ni devenir ultérieurement son médecin pendant une durée d'un an à compter de l'exercice à l'égard de ce malade du dernier acte de contrôle. Cette interdiction s'étend aux membres de la famille du malade vivant avec lui et, si le médecin est accrédité auprès d'une collectivité aux membres de celle-ci.

Des modifications à ces dispositions peuvent être éventuellement et pour raisons valables apportées par le conseil régional dans certains cas particuliers.

ART. 49. - Le médecin contrôleur ne doit pas s'immiscer dans le traitement. Toutefois si au cours d'un examen il se trouve en désaccord avec son confrère sur le diagnostic ou le pronostic et s'il lui apparaît qu'un

symptôme important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler personnellement.

ART. 50. - Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle les intérêts d'un de ses clients, d'un de ses amis, d'un de ses proches où propres intérêts sont en jeu, sauf accords des parties.

Annexe 5 : Extrait de l'arrêté de la ministre de la santé

N ° 456-11du 2 rajab 1431 (6-07-2010) portant règlement intérieur des hôpitaux publié au bulletin officiel le 12 Rabii II 1432(17-03-2011)

CHAPITRE III : ADMISSION A L'HOPITAL

SECTION I: CONDITIONS D'UTILISATION DES PRESTATIONS ET SERVICES DE L'HOPITAL

Article 35 : Les différents modes d'utilisation

L'utilisation des prestations et services hospitaliers peut avoir lieu suivant l'un des modes suivants :

- l'hospitalisation y compris l'hôpital de jour, soit en admission ordinaire, soit en urgence.
- prestations et services de diagnostic rendus à titre externe,
- les consultations spécialisées rendues à titre externe,
- les consultations et soins d'urgence,
- les prestations de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

Les conditions d'admission en hospitalisation et les règles d'utilisation des autres prestations rendues par l'hôpital sont prévues dans les articles ci-dessous du présent règlement.

SOUS SECTION 1 : CONDITIONS D'ADMISSION ORDINAIRE

Article 36 : Admission ordinaire

On entend par admission ordinaire, toute hospitalisation complète ou de jour programmée en dehors des urgences.

Les modalités d'admission ordinaire s'effectuent au niveau du bureau d'admission et de facturation prévu à l'article 4 du présent règlement.

Tout refus d'admission doit être motivé par écrit.

Article 37 : Ordonnance médicale d'admission et demande de prise en charge

Aucune admission ordinaire en hospitalisation ne peut avoir lieu en l'absence d'une décision médicale prise par un médecin en fonction à l'hôpital.

Le médecin hospitalier décide de l'admission sur la base de l'examen du

patient ou de son dossier médical en cas de référence.

Lorsque le médecin décide l'hospitalisation, il doit :

- délivrer au patient une ordonnance médicale d'admission portant notamment les indications suivantes : l'identité du patient, le motif, le département ou le service et la date prévue pour l'hospitalisation.
- Etablir une demande d'accord de prise en charge pour les patients qui disposent d'une assurance maladie.

L'ordonnance médicale d'admission et la demande d'accord doivent porter de façon lisible le nom et la signature du médecin ayant décidé l'hospitalisation.

L'admission ordinaire ne peut se faire que pendant les heures et les jours ouvrables de la semaine.

SOUS SECTION II : ADMISSION EN URGENCE

Article 41 : Accueil aux urgences

Tout patient, blessé ou parturiente qui se présente en situation d'urgence doit être reçu, examiné et admis en hospitalisation, le cas échéant, si son état l'exige même en cas d'indisponibilité de lits. Les frais ne lui sont demandés qu'à la fin des soins.

Si son état de santé n'est pas jugé médicalement urgent ; il est référé vers la structure de soins appropriée ou bien pris directement en charge en cas de possibilité ; sous réserve de s'acquitter préalablement des frais inhérents à cette prise en charge.

Article 42 : Soins aux urgences

Le patient admis aux urgences reçoit les soins requis. Si son état de santé n'exige pas son hospitalisation, il doit, préalablement à sa sortie,

s'acquitter, auprès du bureau d'admission et de facturation, du paiement des frais des soins reçus.

Article 43 : l'hospitalisation d'urgence

L'hospitalisation est ordonnée par le médecin des urgences ou le spécialiste de garde ou d'astreinte dans les mêmes conditions que celles prévues pour l'admission ordinaire.

L'hospitalisation des parturientes peut être décidée par la sage femme ou, le cas échéant l'infirmière accoucheuse sous l'encadrement du médecin ou du gynécologue obstétricien de garde qui établit à cet effet l'ordonnance médicale d'admission.

Article 44 : Formalités d'admission en urgence

Si le patient est inconscient lors de son admission en urgence, l'infirmier de garde procède à l'inventaire contradictoire des effets, objets ou sommes d'argent en possession de l'intéressé et dresse un procès-verbal qu'il doit signer conjointement avec un accompagnant du patient, ou en cas d'inexistence d'accompagnant, par la personne l'ayant transporté aux urgences ou par deux témoins.

Les objets inventoriés doivent être remis à l'administration de l'hôpital où ils seront conservés par l'agent responsable des biens des patients désigné par le directeur de l'établissement. En tout cas, ils ne peuvent être remis par l'administration de l'hôpital qu'au patient directement lors de sa sortie ou à un membre de sa famille devant témoins.

SECTION II : ADMISSION DE CERTAINES CATEGORIES DE PATIENTS

SOUS SECTION 1 : LES PATIENTS MINEURS

Article 47 : Sauf cas d'urgence, l'admission d'un patient mineur a lieu

dans les mêmes conditions que celles prévues pour l'admission ordinaire à la demande du père, de la mère, du représentant légal ou, le cas échéant, du représentant de l'établissement qui héberge l'enfant.

En tout état de cause, l'agent chargé du bureau d'admission et de facturation doit vérifier l'identité de l'accompagnant et inscrire toutes les informations utiles (les nom, prénom et numéro de la carte d'identité nationale) dans le formulaire d'admission.

Article 49 : scolarisation des mineurs hospitalisés

Lorsque des enfants en âge de scolarisation sont hospitalisés pour une moyenne ou longue durée, l'hôpital peut demander à l'académie régionale de l'éducation nationale de mettre à sa disposition des enseignants en vue de leur dispenser l'enseignement adapté à leur niveau.

SOUS SECTION II : LES PATIENTS MENTAUX

Article 50 : L'admission des malades mentaux a lieu dans les conditions prévues par la législation en vigueur les concernant et les dispositions du présent règlement.

Les malades mentaux peuvent être soit hospitalisés à leur demande ou à la demande de toute autre personne publique ou privée, soit mis en observation.

Lorsque l'hospitalisation est demandée par une personne autre que le malade concerné, elle doit être faite par écrit au directeur de l'hôpital.

Quel que soit le demandeur, l'hospitalisation ne peut être décidée qu'au vu d'un certificat délivré par un médecin psychiatre justifiant cette nécessité.

Le certificat ne peut être délivré par un médecin parent ou allié du malade ou par la personne qui demande l'hospitalisation.

L'hospitalisation ou la mise en observation d'office d'un malade mental ne peut intervenir que :

- par décision du gouverneur de la préfecture ou la province concernée sur avis conforme du médecin traitant lorsque la sortie du malade constituerait un danger pour sa vie, pour ses proches ou pour l'ordre public.
- sur ordonnance du juge.

SOUS SECTION III : LES DETENUS

Article 51 : Conformément à l'article 136 de la loi n° 23-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires, lorsque le médecin de l'établissement pénitentiaire estime que les soins nécessaires ne peuvent être dispensés sur place ou s'il s'agit d'une affection épidémique, les détenus malades doivent être admis dans l'hôpital le plus proche sur demande écrite du médecin de l'établissement pénitentiaire.

Avant son admission, le détenu doit être examiné, sous la responsabilité, du médecin chef de département ou du service qui s'assure de la nécessité de le garder à l'hôpital. Ce dernier peut, à tout moment, ordonner le renvoi du malade à l'établissement pénitentiaire s'il constate que le détenu peut recevoir les soins médicalement requis au sein dudit établissement.

En tout état de cause, l'hospitalisation ne peut avoir lieu que sur ordonnance médicale d'admission et suivant les formalités administratives prévues à l'article 36 ci-dessus.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation du détenu en vue des premiers soins urgents en attendant la demande écrite. Le directeur de l'hôpital est informé dans tous les cas.

SECTION IV : CONSENTEMENT PREALABLE AUX SOINS

Article 57 : 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.

Article 58 : Autorisation du représentant légal d'un patient mineur

S'il apparaît, lors de l'admission d'un patient mineur, que le consentement ne peut être obtenu à brève échéance de son représentant légal, l'autorisation de pratiquer l'opération ou les opérations nécessaire(s) et les actes qui lui sont liés en raison de l'éloignement ou pour toute autre raison peut leur être exigée lors de l'hospitalisation.

Dans le cas où le représentant légal peut donner une autorisation écrite à bref délai, elle lui est demandée aussitôt que l'intervention chirurgicale s'avère nécessaire.

En cas de refus d'autorisation ou s'il s'avère impossible de recueillir le consentement, il ne peut être procédé à l'intervention qu'en cas d'urgence et seulement lorsque la vie de l'enfant est en péril ou lorsque son intégrité corporelle est menacée.

Un procès-verbal de refus doit être dressé et signé par le représentant de l'administration et la personne ayant la responsabilité de l'enfant ou, à défaut, par deux témoins.

L'intervention prévue doit se pratiquer dans les conditions ci-après :

- l'urgence doit être constatée et l'intervention décidée par le médecin hospitalier concerné ;
- l'intervention doit être pratiquée par ce médecin ou sous sa supervision ;
- la décision d'opérer doit être portée à la connaissance du représentant légal ou de la personne ayant la charge de l'enfant.

Elle fait l'objet d'un protocole contresigné par le médecin hospitalier et le directeur de l'hôpital et conservé dans le dossier d'hospitalisation du patient mineur.

Article 59 : Les patients hospitalisés doivent être informés du nom et de la qualité des personnes appelées à contribuer au diagnostic de leur état de santé, à leur prodiguer des soins ou à veiller sur l'ordre et l'hygiène.

Les patients sont informés préalablement de la nature des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner.

Ces informations sont communiquées par les médecins traitants, s'ils le jugent utile, à la famille du patient sous réserve de l'accord préalable de celui-ci s'il est capable de l'exprimer

Le personnel infirmier participe à cette information dans son domaine de compétence et s'abstient notamment de donner des informations sur le diagnostic, le pronostic ainsi que l'évolution de l'état de santé.

CHAPITRE IV: ORGANISATION, COORDINATION DES SOINS ET CONDITIONS DE SEJOUR

SECTION 1 : Le dossier d'hospitalisation

Article 60 : Un dossier d'hospitalisation est constitué pour chaque patient hospitalisé.

Le dossier d'hospitalisation est la propriété de l'hôpital qui en assure la conservation.

Dès la sortie du patient, le dossier d'hospitalisation est transmis au service en charge des archives médicales de l'hôpital. Le personnel de l'hôpital doit prendre toutes les mesures adéquates pour sauvegarder le caractère confidentiel des renseignements contenus dans le dossier d'hospitalisation.

Article 61 : Consultation et Communication du dossier d'hospitalisation

Le dossier d'hospitalisation peut être consulté par le patient ou son représentant légal, ses ayants droit en cas de décès par l'intermédiaire de son médecin traitant externe à l'hôpital.

Le patient ou son médecin représentant disposent du droit de consultation du dossier d'hospitalisation sur place, en présence du médecin hospitalier traitant.

Le patient peut se faire communiquer, par l'intermédiaire de son médecin hospitalier traitant, une copie du dossier médical 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.

En cas de transfert du patient vers une autre formation hospitalière, le compte rendu détaillé, ainsi que la copie du dossier, dont le contenu doit être listé sur un bordereau de transmission, sont communiqués à l'établissement d'accueil, qui en accuse réception en signant une copie du bordereau.

Le dossier d'hospitalisation peut être communiqué dans un but scientifique à tout membre du corps médical en vue d'une consultation sur place, sur autorisation du directeur de l'hôpital.

SECTION II COORDINATION DES SOINS

Article 62 : les hôpitaux du ministère de la santé constituent des éléments intégrés dans le système national de santé A ce titre, chaque hôpital doit en fonction de sa vocation et des moyens dont il dispose assurer la complémentarité avec les établissements de santé publics et privés, en prenant en charge les patients qui lui sont orientés par ces établissements et veiller à établir des documents de suivi et de liaison à ce sujet..

L'ensemble du personnel hospitalier participe à la prise en charge des patients hospitalisés, des patients admis en urgence et tout autre patient qui se présente à l'hôpital.

L'activité du personnel médical se fait de manière coordonnée **sous** la supervision les chefs des départements ou de services concernés en fonction des besoins des patients.

Article 63 : La continuité de service hospitalier

Pour assurer la continuité de la prestation de soins à l'hôpital, un service de garde et d'astreinte doit être organisé conformément aux dispositions du décret n° 2.06.623 du 24 Rabii I 1428 (13 avril 2007) et des textes pris pour son application.

A cet effet, des plannings quotidiens, hebdomadaires ou occasionnels de garde et d'astreinte sont établis mentionnant les noms, prénoms, fonctions et coordonnées (adresses et numéros des téléphones) des médecins et infirmiers concernés, ainsi que les services et horaires de garde ou d'astreinte. Ces plannings doivent être diffusés et affichés à l'intérieur de l'hôpital.

L'administration de l'hôpital est chargée d'assurer les conditions nécessaires relatives au repos et à l'alimentation du personnel de garde. Elle assure, dans la limite des moyens disponibles, le transport du personnel chargé de l'astreinte.

Le directeur de l'hôpital établit également le planning de la permanence administrative pour le personnel technicien, administratif et de soutien appelé à satisfaire les besoins exceptionnels et urgents de fonctionnement, pouvant survenir en dehors de l'horaire normal de travail.

Article 64 : Soins et examens à l'intérieur de l'hôpital

Les visites médicales des patients hospitalisés doivent s'effectuer régulièrement et au moins une fois par jour au lit du patient, sauf lorsque la

visite médicale nécessite des diagnostics spécialisés exigeant le déplacement de celui-ci au lieu d'exploration. Les visites médicales sont assurées par les médecins en fonction à l'hôpital.

Les visites médicales et examens para cliniques doivent être répartis sur l'ensemble de la journée.

Les soins prescrits par les médecins doivent être exécutés par le personnel infirmier, strictement aux heures indiquées et selon le protocole prévu, sous le contrôle du chef de l'unité de soins ou de service.

Les médicaments prescrits doivent être consommés par les patients en présence du personnel soignant.

Il est interdit aux médecins hospitaliers de délivrer des ordonnances prescrivant aux patients l'achat :

- de médicaments ou de dispositifs médicaux vitaux disponibles à l'hôpital,
- de spécialités pharmaceutiques dont les génériques sont disponibles à l'hôpital.

L'administration de l'hôpital doit afficher dans des lieux visibles et accessibles aux usagers :

- La liste des médicaments vitaux et des dispositifs médicaux disponibles,
- Un bulletin d'information relatif à l'état de fonctionnalité des équipements biomédicaux.

Elle doit également procéder à la révision des affichages en fonction des changements intervenus.

Tous les résultats des examens et actes effectués doivent être versés et transcrits au dossier d'hospitalisation.

Si une consultation spécialisée ou d'autres examens exploratoires plus avancés ou n'existant pas à l'hôpital sont indiqués, toutes les mesures de

sécurité doivent être prises pour le transport du patient dans de bonnes conditions, en considération de son état de santé, vers un autre hôpital offrant lesdites prestations.

Des copies des documents relatifs aux actes prescrits sont versées au dossier d'hospitalisation.

Article 65 : le transfert du patient vers un autre hôpital :

En cas d'absence d'unités pouvant assurer adéquatement la prise en charge médicale d'un patient, et que l'état de santé de celui-ci l'exige, le médecin traitant établit une ordonnance médicale de transfert vers la structure hospitalière publique la plus appropriée ou, en cas de nécessité vers un des centres hospitaliers créés en vertu de la loi n° 80-37.

Le directeur de l'hôpital prend les mesures administratives nécessaires au transfert du patient dans les délais raisonnables et en informe sa famille.

Le transfert vers une clinique ou établissement assimilé ne peut avoir lieu qu'à la demande écrite du patient ou de sa famille ou en cas d'existence de convention de soins entre l'hôpital public et le lieu d'hospitalisation privé concerné.

L'infirmier chef de l'unité de soins concerné doit prendre rendez-vous avec la structure d'accueil et organiser, suffisamment à temps, le transport du patient.

Le patient doit être informé du jour du rendez-vous en vue de l'examen ou du traitement préconisé.

Le jour du rendez-vous, le patient est transporté par les moyens de l'hôpital où il séjourne ou par le biais d'une ambulance privée, aux frais du patient. Dans les deux cas, le patient doit être assisté par un personnel soignant de l'hôpital. Le patient doit être accompagné d'une fiche de liaison, de son dossier médical ou à défaut d'un résumé clinique

comportant tous les renseignements utiles pour la consultation ou l'examen.

SECTION IV : OBLIGATIONS DU PERSONNEL EN FONCTION A L'HOPITAL

Article 71 : Respect du patient

Le personnel de l'hôpital est tenu au respect de la dignité, de l'intimité, de l'appartenance ethnique, religieuse, politique, syndicale ou sociale des patients séjournant ou fréquentant l'hôpital.

Article 72 : le personnel de l'hôpital doit répondre aux appels des patients avec diligence, les renseigner et les conseiller. Il doit éviter tout comportement susceptible d'altérer l'image de marque du service public ou de nuire à sa réputation et notamment :

- De tenir des propos injurieux à l'endroit des patients.
- D'accepter des patients ou des autres usagers des gratifications de quelque nature que ce soit ;
- De tenir avec les patients des discussions susceptibles de porter un doute sur le diagnostic ou l'efficacité du traitement ou le devenir de la maladie ;
- De garder ou conserver les dépôts d'argent, bijoux ou objets de valeur appartenant aux patients.

Article 73 : Secret et discrétion professionnels

Sauf dispositions légales contraires, le personnel hospitalier est tenu d'observer le secret et la discrétion absolue sur tous les faits et informations concernant un patient hospitalisé, dont il peut avoir connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

Le médecin est libéré de l'obligation de secret médical lorsqu'il constate dans l'exercice de son activité professionnel des faits ou infractions pénales. Il est tenu d'informer immédiatement le directeur de l'hôpital qui les porte à la connaissance des autorités judiciaires ou administratives compétentes.

Toute violation dans les limites légales du secret professionnel est passible des sanctions disciplinaires prévues par la réglementation en vigueur, sans préjudice des poursuites pénales auxquelles s'expose le fonctionnaire concerné.

Article 74 : les devoirs des étudiants faisant fonction d'internes :

Au cours de l'exercice des activités de soins dans le cadre de leur formation, les étudiants en médecine faisant fonction d'internes et les étudiants en pharmacie et en médecine dentaire sont tenus au respect du présent règlement et des règles déontologiques et éthiques de leurs professions.

Ils doivent assister quotidiennement à la visite médicale et sont associés au service de garde. Ils exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins sous la surveillance et le contrôle du chef de département. Ils sont responsables devant lui des actes et prestations dispensés par eux.

Les étudiants en médecine faisant fonction d'internes ne peuvent procéder à des opérations chirurgicales que sous la responsabilité du médecin chirurgien.

Il est interdit à un étudiant en médecine faisant fonction d'interne d'établir des certificats médicaux légaux.

Article 79 : Sortie contre avis médical

Lorsque le patient refuse les examens, traitements, interventions et soins qui lui sont proposés, un procès-verbal contradictoire est dressé et signé

conjointement par le représentant de l'administration et le patient. En cas de refus de ce dernier, il est fait appel à des témoins.

La sortie est alors prononcée par le chef de département ou service concerné sur rapport du médecin traitant, sauf si l'état du patient nécessite des soins urgents.

En outre, le bulletin de sortie qui est délivré dans ce cas au patient doit porter la mention « sortie contre avis médical »

Article 90 : Le directeur de l'hôpital doit veiller l'appui du comité de lutte contre les infections nosocomiales prévu à l'article 23 ci-dessus, au respect des règles d'hygiène et de propreté des locaux de l'hôpital par les usagers, le personnel et les visiteurs. Il prend, à cet effet, toutes les mesures de prévention et de sensibilisation nécessaires.

la gestion et l'élimination des déchets médicaux et pharmaceutiques doivent s'effectuer conformément à la législation et à la réglementation en vigueur en la matière.

La gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques, le nettoyage de l'hôpital, le gardiennage et d'autres prestations qui ne portent pas sur la prestation directe de soins et de service aux patients peuvent être confiées par le directeur à des entreprises privées conformément à la réglementation en vigueur en matière de marchés publics. Ces entreprises doivent se conformer, dans l'exercice de leurs missions, aux dispositions du présent règlement et aux d'hygiène et de sécurité édictées à cet effet par le directeur de l'établissement.

SECTION II : GESTION DES RISQUES

Article 91 : La vigilance et la sécurité sanitaire intra hospitalière

La direction de l'hôpital doit veiller au respect de la réglementation en vigueur en matière de vigilance sanitaire et mettre en place les dispositifs,

procédures et mesures de nature à réduire la fréquence de survenue des évènements indésirables, d'en prévenir l'incidence et de minimiser les conséquences sur les patients, le personnel et les visiteurs.

Annexe 6 :

**Plan d'action législatif et réglementaire du Ministère de la Santé
2012-2016**

Projets de lois

Nature et Objet du texte

**numéro
d'ordre**

Projet de loi modifiant la loi relative aux CHU	1.
Projet de loi modifiant la loi relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains.	2.
Projet de loi modifiant la loi relative à l'interdiction de fumer dans les lieux publics.	3.
Projet de loi modifiant la loi relative à l'exercice de la médecine.	4.
Projet de loi portant révision de la législation relative à l'exercice de la médecine dentaire.	5.
Projet de loi portant révision de la législation relative à l'ordre national des pharmaciens.	6.
Projet de loi modifiant le dahir relatif aux substances vénéneuses.	7.
Projet de loi modifiant la loi 17-04 portant code du médicament (numérisation- droit de substitution- gaz médicaux)	8.
Projet de loi modifiant la loi 65.00 relative à l'extension de l'assurance maladie obligatoire aux professions libérales.	9.
Projet de loi relative aux mesures d'encouragement des investissements dans le domaine de la santé.	10.
Projet de loi relative au système d'autorisation d'implantation des installations de haute technologie et des équipements biomédicaux lourds.	11.
Projet de loi relative au transport sanitaire.	12.
Projet de loi relative à la périnatalité.	13.
Projet de loi relative à la sécurité des patients.	14.

Bibliographie

Ouvrages, Thèses et Mémoires

- Wajih Maazouzi , les éléments d'une nouvelle politique de Santé au Maroc, édition Okad 1998, Rabat
- Abdelleh boudahraïne, Le droit de la santé au Maroc, édition harmattan, 2005
- Les droits des malades, Pouvoirs n° 89, 1999
- François Ponchon Paris , Les droits des patients à l'hôpital ,Presses universitaires de France 1999
- Les droits de la personne malade : séance des 11 et 12 juin 1996 Claude Evin ; Conseil économique et social, Paris ; Direction des Journaux officiels : 1996
- Egalité des droits, égalité des chances : l'accès au soins Revue française des affaires sociales n° 4, oct.-déc. 1998
- Le droit à la santé. Actualité juridique. Droit administratif n° spécial, 20 juillet-20 août 1998
- Code de la santé publique : code de l'action sociale et des familles,Paris ; Dalloz : 2001
- Le droit de la santé ,Jean-Michel de Forges , Paris ; Presses universitaires de France : 2000
- Réflexion sur le droit de la santé : Conseil d'Etat rapport public 1998, n° 49 La Documentation française : 1998
- Le droit des patients : enjeux et défis, Gazette du palais n° 1, janv.-fév. 1998

- Les soins palliatifs en France : un mouvement paradoxal de médicalisation du mourir contemporain Cahiers internationaux de sociologie / janv.-juin 2010
- L'accompagnement des personnes en fin de vie: avis du Conseil économique et social, séance des 23 et 24 février 2010, Paris ; Les éditions des Journaux officiels : 2010
- L'hôpital. Enjeux politiques et réalités économiques, nouvelle édition Bernard Bonnici La Documentation française : 2009
- Faget J. Médiation et action publique : La dynamique du fluide Ed. Presse universitaire de Bordeaux, 2008
- Guillaume-Hofnung M. hôpital et médiation : Acte du colloque du 19 novembre 1999, Faculté Jean Monnet, Paris Ed. L'Harmattan, Paris, 2001
- Martin J. Dialoguer pour soigner : les pratiques et les droits Ed. Médecine & Hygiène, Chêne-Bourg, Genève, 2011
- Perrig-Chiello P., Stähelin Hannes B. La santé : cycle de vie, société et environnement Ed. Réalités sociales, Lausanne 2004

- Jean-françois Lemaire et Jean-Luc Imbert : la responsabilité médicale, *collection que sais-je* ;

-Jean marie clément : «droit des malades», les études hospitalières, édition 2002.

- Thierry vansweevelt « la responsabilité civile du médecin et de l'hôpital », édition bruylant, 1996, Bruxelles.

-Yves Henri leleu et gilles genipa « le droit médical, aspect juridique de la relation médecin-patient », édition de Boeck&larcier 2001, Bruxelles,

-Daniel weisstub, Christian mormont, Christian Herve : « le consentement et la recherche épidémiologique» édition harmattan2001.

- Alain pidolle et carole Thiry-Bour:« droit d'être soignée, droit des soignants», édition éres2003 ;
- Jean Michel de forge et jean François seuvic : «l'hospitalise» édition berger levraut 1983 ;
- Pascale Abadi, Stéphanie barre, yann Bubien, Michel Delcy, olivier Denhene, etienne Dusehu, Claude Evin, Elsa Ptakhine, marie France Wittman : « droit des patients : information et consentement »édition Masson, paris2000
- Leila ben sedrine : « la responsabilité civile, pénale, et disciplinaire du médecin au Maroc», édition Remald, 2006
- Yves Henri leleu et gilles genicot : « le droit médical : aspect juridiques de la relation médecin-patient» édition de boeck&larcier ,2001
- lin daubech : «le malade à l'hôpital» édition éres ,2000.
- Michel Belanger : « droit international de la santé », édition economica ,1983.
- Angelo castelletta : « responsabilité médicale : droit des malades », 2éme édition Dalloz 2002.
- Abdallah boudahrain : " le droit de la santé au Maroc", plaidoyer pour une santé humaine, édition l' harmattan, 1996 ;
- Jean Michel de forge et jean François seuvic : « l'hospitalise », édition berger -levrault 1983 ;
- Jean Paul donnergues, Guy leverger et Danielle rapoport : « droit de savoir, savoir dire : l'enfant malade» édition Belin 2003 ;
- Jean carbonnier : « droit civil» collection Thémis, presse universitaire de France 1955 ;
- Christian Paire, Marc Dupont, Claudine Espère, Louise Muzzin : «droit hospitalier : établissement publics et privé»2eme Edition Dalloz 1999 ;
- Stéphane Clave : « La responsabilité médicale a l'hôpital public : évolution et perspectives», édition Seli Arlan, 2002 ;
- Michèle Guillaume Hofnung : «hôpital et médiation », edition Harmattan2001 ;

- Yves Charles Zarka : «Le corps humain sous influence : La bioéthique entre pouvoir et droit» Edition Cite2000 ;
- Christiane Hennau Hublet : " l'activité médicale et le droit pénal : les délits d'atteintes à la vie, l'intégrité physique et la santé des personnes."Établissement Emile Bruylant, Bruxelles, 1987, p : 308
- Dr. C.H Laraoui : «guide juridique de l'expertise médicale et de la réparation juridique du dommage corporel au Maroc»Edition Dar Karaouine2001, Casablanca ;
- Driss Basri, Michel Rousset Et George Vedel : «le Maroc et les droits de l'homme»Edition Harmattan, 1994 ;
- Jean Pennau : « la responsabilité du médecin»2eme Edition Dalloz ,1996.
- Olivier Dupuy : «la gestion des informations relatives au patient : dossier médical et dossier médical personnel», édition les études hospitalières ;
- Valérie Dujardin : «la personne mineure : la prise en charge sanitaire» les études hospitalières, édition 2005.

THESES ET MEMOIRES.

- El Hila Abdelaziz : « la protection juridique du malade mental». Thèse Doctorat, Faculté Mohamed V Rabat, Agdal, 1998-1999
- El Hila Abdelaziz : "le problème de l'irresponsabilité civile du malade mentale", mémoire pour l'obtention du diplôme d'étude supérieur en science juridique, 1985/1986

- Delphine Dussol : « la communication directe du dossier médical : implication pratiques pour les professionnel hospitaliers ».Mémoire de l'école nationale de la sante publique2003, rennes

- Dr Mohamed Elbakri : «qualité de la tenue du dossier médical au niveau du chp de khemisset»Mémoire présente pour l'obtention du diplôme de maitrise en administration sanitaire et sante publique option : sante publique, institut national d'administration sanitaire, juillet 2000

- Bourkouli Bahija :« la relation infirmier/patient, lors de son séjour a l'hôpital».Mémoire pour l' obtention du diplôme des epm de 2cycle 2002.Ifcs

- Asmaa Zirar : « les expérimentations biomédicales : aspect éthique et juridique », Mémoire DESS, 2006, faculté des sciences juridique, économique et sociale, Rabat-Agdal

- Ait Youssef Abderazak : «le droit des patients entre droit positif et jurisprudence», Mémoire DESS, 2006, Faculté Des Sciences Juridique, Economique Et Sociale, Rabat-Agdal ;

- Naji Nadia« contrat médical et responsabilité civil», Mémoire Dess2006, Faculté Des Sciences Juridique, Economique Et Sociale, Rabat-Agdal.

- D.BACHEIKH : « processus d'implantation de cercle de qualité à l'hôpital provincial de béni Mellal ». Mémoire de l'institut nationale d'administration sanitaire, 1993

- Cyril Clément : «la responsabilité du fait de la mission de soins des établissements publics et prive de sante. » Thèse de Doctorat de Droit Public, Université Paris VØ 1997 ;

Mohamed5, Rabat-Agdal2007/2008

-Berre Mustapha : « le problème du suivi des malades mentaux a la wilaya de Marrakech ».Mémoire de fin d'étude a l institut national d'administration sanitaire.1993

-Mohamed El Mekouri :« la fonction social de l ' hôpital public, cas de prise en charge des indigents a l' hôpital Moulay abdallâh de sale» Mémoire soutenue a l' institut national d' administration sanitaire ;2004 .

-Benjamin Pitcho : « le statut juridique du patient».Thèse de droit prive, université Montpellier 1 ;»Annee2002 ; Les Etudes Hospitalières Edition 2004.

-Olivier Lantres : «la responsabilité des établissements de sante privées», Thèse de droit prive soutenue en1999, université Poitiers, édition les études hospitalière.

- Barbara Michel Xiste :« la relation juridique entre les praticiens de sante et la clinique prive et le patient».Thèse de droit prive, université poitiers,annee2000,les études hospitalières éditions 2001 ;

- Bruno Py : « recherches sur les justifications pénales de l'activité médicale », Thèse pour l'obtention du grade de docteur en droit, université de Nancy ii, soutenue publiquement le 23 octobre 1993.

-Abdelah Harsi : « la responsabilité administrative en droit marocain», Thèse de doctorat d' Etat en droit public, soutenu le 11decembre1993.

Les textes de lois marocains

- Constitution marocaine de 2011.

- loi n° 1-75-168 promulguée par Dahir du 25 safar 1397 (15 février 1977) relative aux attributions du gouverneur Tel qu'il a été modifié et complété.
- loi n° 11-99 modifiant et complétant l'article 446 du code pénal promulguée par Dahir n° 1-99-18 du 18 chaoual 1419 (5 février 1999)
- Décret n° 2-98-378 du 9 hija 1418 (7 avril 1998) relatif aux attributions du ministre de la santé
- loi n° 11-03 relative à la protection et à la mise en valeur de l'environnement promulguée par Dahir n° 1 - 03 - 59 du 10 rebii I 1424 (12 mai 2003)
- loi n° 13-03 relative à la lutte contre la pollution de l'air promulguée par Dahir n° 1-03-61 du 10 rabii I 1424 (12 mai 2003)
- loi n° 17-88 relative à l'indication de la durée de validité sur les conserves et assimilées et les boissons conditionnées destinées à la consommation humaine ou animale promulguée par Dahir n° 1-88-179 (22 rebia I 1414)
- Dahir n° 1-61-203 du 27 moharrem 1382 (30 juin 1962) relatif à la prise en charge des frais d'hospitalisation des malades indigents étrangers.
- Décret n° 2-96-158 du 8 rejeb 1417 (20 novembre 1996) relatif à la composition et au fonctionnement du Conseil supérieur de l'eau et du climat.
- loi n° 12-03 relative aux études d'impact sur l'environnement promulguée par Dahir n° 1-03-60 du 10 rabii I 1424 (12 mai 2003)
- Dahir n° 1-59-380 du 26 rebia II 1379 (29 octobre 1959) relatif à la répression des crimes contre la santé de la Nation.

- Décret n° 2-98-616 du 24 chaabane 1420 (3 décembre 1999) relatif à la commission supérieure et aux commissions régionales de la population.
- Décret royal n° 175-66 du 14 rebia I 1387 (23 juin 1967) portant approbation de la convention passée entre le gouvernement marocain et l'Institut Pasteur à Paris concernant l'Institut Pasteur du Maroc
- loi n° 10-95 sur l'eau promulguée par Dahir n° 1-95-154 du 18 rabii I 1416 (16 août 1995)
- loi n° 15-91 relative à l'interdiction de fumer et de faire de la publicité et de la propagande en faveur du tabac dans certains lieux promulguée par Dahir n° 1-91-112 du 27 moharrem 1416 (26 juin 1995)
- Décret n° 2-94-666 du 4 regeb 1415 (7 décembre 1994) relatif à l'autorisation et au contrôle des installations nucléaires
- Arrêté du ministre de la santé publique n° 2274-94 du 3 rabii I 1415 (12 août 1994) relatif aux attributions et à l'organisation des services extérieurs du ministère de la santé publique.
- Dahir du 3 chaoual 1332 (25 août 1914) portant réglementation des établissements insalubres, incommodes ou dangereux.
- Dahir n° 1-84-44 relatif à l' Ordre national des médecins, tel qu'il a été modifié ou complété+ Décret n° 2-84-780.
- Dahir n° 1-06-151 du 30 chaoual 1427 (22 novembre 2006) portant promulgation de la loi n° 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie.
- Code de déontologie des pharmaciens

- Dahir n° 1-75-453 relatif à l'ordre des pharmaciens + Décret n° 2-75-863.
- Réglementation de l'inspection de la pharmacie.
- la loi 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, 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 médical

Textes de lois :

- Dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.

-Arrêté du ministre de la santé n°239-07 du 4 août 2006 relative à la convention nationale conclue entre les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire et les médecins et les établissements de soins du secteur privé ;

-Arrêté ministériel n°830-06 du 20 avril 2006 , fixant le cadre conventionnel type pour les conventions nationales à conclure entre les organismes gestionnaires de

l'assurance maladie obligatoire et les conseils nationaux des ordres professionnels des médecins, chirurgiens dentistes et biologistes du secteur privé ;

-Décret Royal n° 554-65 du 17 Rabia I 1387 (26 juin 1967) relatif à la déclaration de certaines maladies, dont les modalités d'application sont fixées par l'arrêté Ministériel n° 683-95 du 30 Chaoual 1415 (31 mars 1995). -Dahir n° 1-02-239 du 25 rejev 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n°37-99 relative à l'état civil.

-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;

-Dahir n° 1-99-200 du 25 aout 1999, portant promulgation de la loi 23-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires ;

-Dahir du 15 janvier 1983 portant promulgation de la loi n° 37. 80 relatives aux centres hospitaliers ;

-Dahir n° 1-99-208 du 13 joumada I 1420 portant promulgation de la loi n° 16-98 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains.

- Décret n° 2-01-1643 du 9/10/2002 pris pour l'application de la loi n°16-98 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains.

- Dahir n° 1-06-151 du 30 chaoual 1427 (22 novembre 2006) portant promulgation de la loi n° 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie;

-Décret n°2-99-80 du 12 hija 1919 (30 mars 1999), Bulletin officiel n° 4682 28 1419 hija (15-4-99) relatif à l'exonération de paiement des services et prestations dispensés ou rendus à titre externe par les hôpitaux et services relevant du ministère de la santé ;

-La loi n° 45-00 relative aux experts judiciaires promulguée par dahir n° 1-01-126 du 29 rabii i 1422 (22 juin 2001) ;

-La loi n° 08-05 publiée au Journal Officiel n° 5584 du Jeudi 6 Décembre 2007 sur l'arbitrage et la médiation conventionnelle.

-L'avant projet d'arrêté de la ministre de la santé portant le règlement intérieur des hôpitaux marocain.

CODEs :

-Code de déontologie médicale

- code pénal

-code de procédure civile

-code des obligations et des contrats (D.O.C)

-projet du code de déontologie marocain

- code des assurances
- code déontologique français
- code de santé publique français
- code international d'éthique médicale
-

Etudes et enquêtes du ministère de la santé

- Santé en chiffres 2011 Edition 2012
- Santé en chiffres 2008 Edition 2009
- Comptes nationaux de la santé 2006
- Comptes nationaux de la santé 2001
- Enquête sur la Population et la Santé Familiale 2003-2004
- Enquête Nationale à Indicateurs Multiples et Santé des Jeunes 2006-2007 (Rapport final)
- Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc 2003
- Plan d'action santé 2008-2012
- Plan de développement humain secteur de la santé vision stratégique 2025
- INDH secteur de la santé vision 2020

Les textes de Lois étrangers

- Convention d'Aarhus sur l'accès à l'information, la participation du public au processus décisionnel et l'accès à la justice en matière d'environnement, juin 1998.
- Convention-cadre des Nations Unies sur les Changements Climatiques, 1992.
- Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 18 décembre 1979.
- Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discriminations raciales, 4 janvier 1969.
- Convention internationale sur la diversité biologique, 1995.
- Convention relative aux droits des personnes handicapées, mai 2008.

- Déclaration d'Helsinki sur les principes éthiques applicables aux recherches médicales sur des sujets humains, Association Médicale Mondiale, juin 1964 (dernière modification en 2004).
- Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, juin 1992.
- Déclaration sur le droit au développement, Nations-Unies, décembre 1996.
- Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.
- Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, UNESCO, octobre 2005.
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques, décembre 1966.
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, décembre 1996.

- Résolution de l'ONU sur le droit à une eau potable salubre et propre, 28 juillet 2010.

RAPPORTS et EXAMENS PÉRIODIQUES

- Evaluation Beijing + 15, Résumé du rapport du Royaume du Maroc, Ministère du Développement social, de la Famille et de la Solidarité, mars 2010.
- Examen périodique universel, Compilation établie par le Haut-commissariat aux droits de l'homme, conformément au paragraphe 15 b) de l'annexe à la résolution 5/1 du Conseil des Droits de l'Homme, mars 2008.
- Examen périodique universel, Rapport du groupe de travail sur l'examen périodique universel du droit de l'homme au Maroc, Conseil des droits de l'homme, Organisation des Nations Unies, 22 mai 2008.
- 50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025, rapport général, 2006.
- Charte nationale de l'éducation et de la formation, octobre 1999.
- Charte sociale du CESE 2011.

- Code de la famille, dahir n° 1-04-22 du 12 hija 1424 (3 février 2004), Bulletin Officiel n° 5358 du 2 ramadan 1426 (6 octobre 2005).
- Enquête nationale sur les personnes âgées au Maroc : Rapport d'enquête, Haut Commissariat au Plan, 2008.
- Etat de l'environnement et programmes de mise à niveau environnementale, Royaume du Maroc, décembre 2009.
- « Gouvernance et accélération du développement », Rapport 2003 sur le développement humain au Maroc, PNUD en coopération avec le HCP, mai 2003.
- Initiative Nationale pour le Développement Humain, Rapport d'activités 2005-2010, Coordination nationale de l'INDH, mai 2011.
- Instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, Volume I, Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux Droits de l'Homme, Organisation des Nations Unies, 27 mai 2008.
- « Intoxication par les drogues au Maroc », revue Toxicologie Maroc, Publication officielle du Centre anti-poison du Maroc, n°8, 1er trimestre 2011.

- « L'égalité au coeur de l'agenda du Maroc », EX_Ministère du Développement social, de la Famille et de la Solidarité 2009.
- « Le droit au développement au Maroc, entre Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels et Objectifs du Millénaire pour le Développement », CCDH- PNUD, juillet 2010.
- Les instruments économiques au service de la protection de l'environnement au Maroc, Conseil National de l'Environnement, mai 2009.
- Les instruments juridiques au service de la protection de l'environnement au Maroc, Conseil National de l'Environnement, mai 2009.
- Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), Rapport national 2007, HCP, septembre 2008.
- Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), Rapport national 2009, HCP, mars 2010.
- Plan Cadre des Nations Unies pour le Développement (2012-2016) du Royaume du Maroc, mars 2011.
- Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme: mise en oeuvre du cadre de référence «protéger, respecter et réparer» des Nations Unies. Rapport du Représentant

spécial du Secrétaire général chargé de la question des droits de l'homme et des sociétés transnationales et autres entreprises, John Ruggie, mars 2011.

- Protection des aveugles et des déficients visuels, loi 05-81 du 6 mai 1981 complétée par la loi 10-89 du 13 décembre 1989.
- Protection sociale des personnes handicapées, loi n 07-92 du 10 septembre 1992.
- Projet de Charte nationale de l'environnement et du développement durable.
- Stratégie nationale de prévention des handicaps, Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité, décembre 2008.
- Suivi de la mise en oeuvre des recommandations de l'Instance Equité et Réconciliation, Rapport principal, Conseil Consultatif des Droits de l'Homme, décembre 2009.
- « Un Maroc digne de ses enfants », Plan d'action national pour l'enfance 2006-2015.

Rapports

- Rapport fait au nom de la Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie : Tome I - Rapport ; Tome II – Auditions Jean Leonetti
- Documents d'information de l'Assemblée nationale, n° 1708 Assemblée nationale : 2004 / 1228 p.
- Les droits du malade en fin de vie, Sénat, Service des études juridiques
- Étude de législation comparée, n° 139, Sénat : 2004
- Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Bertrand Fragonard ; Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées La Documentation française : 2004 .
- Territoires et accès aux soins, Dominique Polton ; Huguette Mauss Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées : 2003 , Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire
- Charles Descours, Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées : 2003
- Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, Descours, Charles Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées : 2003 , Ethique et recherche biomédicale : rapport 2000
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, La Documentation française : 2003

- Ethique, sida et société Ethique, sida et société. 1999-2000, Conseil national du sida, La Documentation française : 2002
- Conférence nationale de santé : rapport 2001, Brodin, Marc Rapport au Secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, La Documentation française : 2001
- La place des usagers dans le système de santé : rapport et propositions du groupe de travail animé par Etienne Caniard
- Etienne Caniard, Rapport au Secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, La Documentation française : 2000
- Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires "Quel système de santé à l'horizon 2020 ?", Polton, Dominique ; Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale; Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé , La Documentation française : 2000 .
- La relation patient-médecin : état des lieux
- Rapport IDS N0 1, Ed. Georg /Chêne-Bourg-Genève, 2003

-A.Bouimejane, H. Benyaich, N. Hamdouna, A. Belhouss, M.El Khalil, A. Lakkiri : «Analyse Critique De La Loi 16-98 Relative Au Don, Prélèvement Et A La Transplantation D'organes», Institut Médico-légal Centre Hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc ;

-Rapport Du Comité Régional De L'Afrique De L' OMS:« Revitaliser Les Services De Santé Par L'approche Des Soins De Santé Primaires Dans La Région Africaine » Cinquante-sixième Session, Addis-Abeba, Ethiopie, 28 Août -1er Septembre 2006

- Direction De La Planification Et Des Ressources Financière Service Des Etudes Et De L'information Sanitaire (Ministère De La Santé) : Enquête Sur La Santé Et La Réactivité Du Système De Sante-Maroc 2003.

- Stratégie et plan d'action 2008-2012 du ministère de la santé marocain.

-Wajih Maazouzi, Nourredine Fekri Benbrahim, Radia Atif, Asmaa Touil : « système de santé et qualité de vie », rapport thématique des 50 ans de développement humain et perspectives 2025

- Pierre louis bras, Christine d'autume, Bernadette roussille et Valérie Saintoyant : "l'assurance en responsabilité civile médicale", rapport n°2007-027 l'inspection générale des affaires sociales française.

- DIDIER CAMUS : " les droits des patients". Article Numéro 19 publié par le service des soins infirmiers du département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) Prilly-Lausanne. Avril 1999

Recherches Internet

- Nouvelle encyclopédie de bioéthique : médecin et environnement biotechnologie Ed De Boeck Université, Paris-Bruxelles,2001
<http://www.google.ch/search?hl=fr&q=droits+des+patients+en+europe&start=50&sa=N>
- Le malade et son médecin : le cadre de la relation thérapeutique dans la deuxième moitié du XVIIIe siècle. Unité de recherche et d'enseignement en bioéthique, Faculté de médecine, Genève / CBMHBCHM,volume18
:2001,<http://www.cbmh.ca/archive/00000526/01/cbmbchmv18n21ouis-courvoisier.pdf>
<http://www.cno.org/docs/prac/51033nurseclient.pdf>
- L'essentiel sur les droits des patients,Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Vaud et Valais,Ed. Sanimédia , Information en santé publique, Lausanne, 2005 www.sanimedia.ch .
- Site officiel du ministere de la santé : www.santé.gov.ma
- www.hcp.ma
- <http://www.ilo.org/ilolex/french/subjlst.htm>
- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/problemes-politiques-sociaux/2011/resume979-980.shtml>

- <http://www.makassib.ma>
- <http://www.ong-ngo.org/Summit-on-food-security-analysis>

La responsabilité civile médicale : <Http://Www2.Univlille2.Fr/Droit/Documentation/Rtf/Peliter>.

-Naoufal belghazi: <Http://Www.Santemaghreb.Com/Actualites>;

- Article "Les droits de l'homme dans l'Islam » rédigé par l'Assemblée Mondiale de la Jeunesse Musulman : <HTTP://WWW.55A.NET/FIRAS/FRENCH>.

- Document du Ministère de la Fonction Publique et de la Reforme Administrative : « La Reforme Administrative au Maroc » : <Http://Unpan1.Un.Org>.

- Shirin Hatam:" Les droits des patients et la loi valaisanne de santé» : http://www.sifor.org/cms/_editable/files/pdf/resume%20hatam.pdf.

- J.-L. Senon, C. Jonas : " Droit des patients en psychiatrie ". Document publié par Elsevier SAS, 2004, sur le site : <http://www.senon-online.com>.

Table des matières

Sommaire	
Remerciements	
Dédicaces.....	
Citation	
Introduction générale	
Partie 1 : Le cadre juridique et institutionnel des droits des malades.....	
Chapitre 1 : Le cadre juridique des droits du malade.....	
Section 1 : La réglementation nationale	
§ 1 - La Constitution.....	
§ 2- les textes juridiques généraux	
A- Le D O C	
B- Le code pénal	

§3- les textes juridiques spéciaux

A- La loi relative à la protection des malades mentaux.....

B- La loi cadre n° 34-09 relative au système de santé
et à l'offre de soins

C- le code de la couverture médicale de base

D- La législation environnementale

E- la loi relative à la sécurité sanitaire des produits alimentaires

F- la charte sociale du Conseil économique, social et environnemental

§ 4_ la déontologie médicale

A- L'obligation de porter secours aux personnes en danger

B- le secret professionnel

C -Le respect du malade, la liberté de choisir son médecin et l'égalité aux
soins.....

D - Le droit à l'information

Section 2 : le cadre normatif international de reconnaissance des droits des
malades

§1- le contenu

A- les textes généraux

a- La déclaration universelle des droits de Homme

b- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturel
.....

c- La constitution de l'organisation mondiale de la santé	
B- les textes spéciaux	
a- La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale	
b- La Convention internationale relative aux droits de l'enfant	
c- la convention internationale relative à la protection des personnes handicapées.....	
§2- l'influence des normes internationales sur la protection des droits des malades au Maroc.....	
A- L'applicabilité de la convention internationale	
B- L'interprétation des normes internationales par le juge nationale.....	
C- les mécanismes mis en place pour l'application des dispositions internationales.....	
a- Les plaintes	
b- Les procédures judiciaires.....	
c- Les procédures de rapport	
Conclusion du premier chapitre	
Chapitre 2 : le cadre institutionnel des droits des malades.....	
Section I : les acteurs nationaux.....	

§ 1- Les structures publiques.....	
A- Le réseau de soins de santé de base (RSSB).....	
B_ Le réseau hospitalier du Ministère de la santé	
C- Les départements ministériels	
D- Les Collectivités Locales.....	
E- Les instituts et les laboratoires nationaux	
§2_ Les Structures Privées.....	
§3_ La médecine traditionnelle	
§4_ Le secteur pharmaceutique.....	
A- Les structures pharmaceutiques publiques.....	
a- La Direction du Médicament et de la Pharmacie.....	
b- La Division de l'Approvisionnement et les services.....	
B- Les structures pharmaceutiques privées.....	
a- Les Pharmacies (officines pharmaceutiques).....	
b- Les Grossisteries	
c- Les laboratoires pharmaceutiques.....	
§5 : la Société Civile.....	
A- l'association lalla Salma de lutte contre le cancer	;

B- la ligue marocaine contre la tuberculose.....	
C- la ligue nationale de lutte contre les maladies cardiovasculaires.....	
D- L'Association marocaine de lutte contre la polyarthrite rhumatoïde (AMP).....	
Section 2 : L'apport des institutions Internationales	
§1- L'Organisation mondiale de la Santé (OMS).....	
§2- Le Programme des Nations unies pour le développement	
§3- Le Fonds des Nations Unies pour la population.....	
§4 - Le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF)	
§4/ La Banque Mondiale.....	
Conclusion du deuxième chapitre	
Conclusion de la première partie..... ;	
Partie II : La protection des droits du malade : réalité et perspectives.....	
Chapitre 1 : Le contexte sanitaire marocain et la protection des droits du malade.....	
Section 1 : les acquis en matière de protection des droits des malades.....	
§1- La maîtrise de l'accroissement démographique.....	
§2- La réduction de l'incidence des maladies transmissibles	
§3- Une bonne couverture dans le domaine de la transfusion sanguine.....	

§4 - La production nationale des médicaments.....	
§5- L'élargissement de la couverture solidaire du risque maladie	
§6- L'acquisition des nouvelles technologies biomédicales et la veille sanitaire.....	
Section 2 : les principaux dysfonctionnements du système de santé.....	
§1_ Un centralisme institutionnel rigide.....	
§2- La faiblesse des résultats du système de santé.....	
A- L'insuffisance et mauvaise répartition des services de soins.....	
B – L'absence de la qualité.....	
C- Les difficultés d'accès au médicament.....	
§3- Un système de ressources humaines défaillant.....	
A- les problèmes de formation des ressources humaines.....	
B- L'insuffisance et la pénurie des ressources humaines.....	
C- Les dérives constatées au niveau des ressources humaines	
a- Emploi par le secteur privé des ressources humaines du secteur public hors d'un cadre réglementaire établi.....	
b- Utilisation non conforme du temps plein et contrôle défaillant de cette pratique	
c- Existence du phénomène de l'absentéisme.....	
d- Pratique de la corruption dans les établissements de soins.....	
§4- L'insuffisance du financement de la santé.....	

§5- La négligence des principaux déterminants non médicaux de la santé et l'accentuation des facteurs de risque.....

A- Le tabagisme et la toxicomanie

a- Le tabagisme

b- La toxicomanie

B- Les habitudes alimentaires.....

C-les nouveaux risques environnementaux.....

D- La pauvreté et l'analphabétisme.....

Conclusion du chapitre.....

Chapitre 2 : les perspectives d'avenir et les recommandations.....

Section 1 : la réforme en cours du système de santé.....

§1- La réforme institutionnelle.....

A- Le repositionnement et la consolidation du rôle de l'Etat.....

B- La régionalisation sanitaire..... ;

C- Le développement et le renforcement des structures de la veille sanitaire.....

a- Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS).....

b- L'Institut National d'Hygiène.....

c- Le Centre national de Radioprotection (CNRP).....

d – Le Centre Anti-Poison (CAP)..... ;

D- L'accroissement du rôle du secteur privé, de la société civile et des organisations non gouvernementales dans la résolution des problèmes de santé publique

§2- La réforme juridique

A- la réforme de la loi 10-94 relative à l'exercice de la médecine.....

a- L'appel au bailleur des fonds

b- Le salariat du médecin

c- Rapatrier les médecins marocains exerçant à l'étranger.....

B- L'élaboration d'une loi sur les droits du malade.....

§3- La réforme hospitalière

A- L'amélioration de l'accès aux soins

B- La résorption du déficit des effectifs du personnel de santé.....

C- La généralisation de la qualité

D- La garantie de l'accessibilité, de la disponibilité et de la sécurité du médicament et des produits de santé

§ 4 - la réforme financière et budgétaire

A- la séparation entre la responsabilité du financement et la fonction managérial.....

B- le développement de la fonction de régulation.....

Section 2 : L'encadrement des usagers du système de santé.....

§1- Mise en œuvre d'un plan d'information et de communication.....	
§2-Le renforcement des dispositifs relatifs à la sécurité sanitaire.....	
§3- l'éducation thérapeutique des patients.....	
Conclusion du chapitre.....	
Conclusion générale	
Annexes.....	
Annexe 1 : Dahir relatif à la prévention et au traitement des maladies et à la protection des malades mentaux.....	
Annexe 2 : La loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.....	
Annexe 3 : la loi n° 28-07 relative à la sécurité sanitaire des produits alimentaires.....	
Annexe 4 : extrait de l'arrête résidentiel du 8 juin 1953portant code de la déontologie médicale.	
Annexe 5 : Extrait du règlement intérieur des hôpitaux.....	
Annexe 6 : Plan d'action législatif et réglementaire du Ministère de la Santé 2012-2016.....	
Bibliographie.....	
Table des matières.....	