

المجلس
الاقتصادي
والاجتماعي
والبيئي



المملكة المغربية
Royaume du Maroc

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي
CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

Avis

du Conseil Economique, Social et Environnemental

Projet de loi 131-13
relatif à l'exercice de la médecine

Saisine n° 14/2014

Avis

du Conseil Economique, Social et Environnemental

Projet de loi 131-13
relatif à l'exercice de la médecine

Le Président de la Chambre des Représentants a saisi le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) en date du 29 Octobre 2014, afin qu'il émette un avis sur le projet de loi n° 131-13 relatif à l'exercice de la médecine.

Conformément aux articles 2 et 7 de la loi organique relative à son organisation et à son fonctionnement, le Bureau du CESE a confié cette saisine à la Commission permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité.

Lors de 45^{ème} session ordinaire tenue le 18 Décembre 2014, l'Assemblée Générale du Conseil Economique, Social et Environnemental a adopté, à l'unanimité, le présent avis.

Le Conseil constate une volonté politique affichée au plus haut niveau de l'Etat

Sa Majesté le Roi Mohamed VI a exprimé dans de nombreux discours la nécessité d'assurer aux Marocains et notamment aux plus démunis, l'accès à des soins de santé de qualité. Lors de son message aux participants à la 2^{ème} conférence nationale sur la santé qui s'est tenue à Marrakech en Juillet 2013, Sa Majesté le Roi a réaffirmé Sa volonté constante d'inscrire la promotion du secteur de la santé parmi les grands chantiers essentiels du pays et a recommandé de mettre en place une Charte nationale de la santé : « ...Nous saisissons donc l'occasion de cette conférence pour réaffirmer Notre volonté constante d'inscrire la promotion du secteur de la santé parmi les grands chantiers essentiels du pays.le droit d'accès aux services de santé, qui a été consacré par la nouvelle Constitution du Royaume, constitue un des piliers majeurs pour la consolidation de la citoyenneté dans la dignité et pour la réalisation du développement humain global et intégré que Nous Souhaitons pour Notre pays.....la clé de voûte pour la mise en place d'une charte nationale souhaitée, demeure l'adhésion active et constructive de tous les intervenants.....Cette action doit être menée dans un cadre de complémentarité et de partenariat institutionnalisé.....entre les secteurs public, privé et la société civile...»

- Le programme gouvernemental 2012-2016 consacre son quatrième chapitre au « Développement et la mise en œuvre de programmes sociaux qui garantissent un accès équitable à la santé... »¹.

Le Conseil rappelle également que la santé est un droit fondamental non encore effectif pour tous, reconnu par de nombreux instruments et défendus dans plusieurs avis du CESE

La Constitution, qui affirme sept droits liés à la santé,

- La Constitution de l'OMS,
- L'article 12 du Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels,
- l'avis du CES, « Pour une charte sociale : des normes à respecter et des objectifs à contractualiser »²,
- L'avis du CESE relatif à l'accès aux soins de santé de base et la généralisation de la couverture médicale².
- Le rapport annuel 2013 du CESE².

LE CESE souligne les changements qui s'opèrent et influent sur l'exercice de la médecine

- L'évolution rapide des sciences médicales qui font de plus en plus appel à des techniques de diagnostic et de traitement de plus en plus sophistiqués, et donne lieu à une diversification des métiers et des champs d'action de la médecine.

1 - Programme du Gouvernement, page 62
2 - <http://www.cese.ma>

- **L'augmentation continue des coûts des soins** en relation avec l'augmentation des actes médicaux et la mise sur le marché de nouveaux moyens de diagnostic, ainsi que de nouveaux traitements n'ayant pas d'équivalents génériques et la cherté du médicament et des dispositifs médicaux, et ce malgré la baisse récente des prix des médicaments.
- **L'exigence de plus en plus grande de la société marocaine** d'avoir un accès équitable et effectif, à des soins de qualité en appui sur l'exigence du respect des droits humains.
- **La situation préoccupante de la qualité de l'enseignement de la médecine**, dont le rôle est déterminant pour le bon exercice de la médecine en matière de transmission des connaissances, des compétences et des valeurs.

Le CESE constate également que

1. le système de santé actuel est déséquilibré et peu efficace

- **Le secteur public** demeure le premier prestataire de soins avec plus de 2/3 de la capacité litière totale, 57,5% des médecins et 64% des médecins spécialistes répartis sur 147 hôpitaux et 2.759 établissements de soins de santé de base, mais connaît paradoxalement une sous-utilisation et de nombreux problèmes :
 - une pénurie très importante en ressources humaines ;
 - des problèmes d'accessibilité géographique et financière aux services ;
 - de corruption;
 - de qualité des services, y compris d'hygiène et de sécurité des établissements.
- Il souffre également d'une **gouvernance centralisée à l'excès** et d'une résistance interne à la mise en œuvre de la régionalisation³.
- **L'offre de soins privée**, a connu un développement rapide, lors des dix dernières années. Le nombre des cliniques privées est de 332 avec une capacité d'environ 8.400 lits⁴, soit 23% de la capacité litière totale. Le nombre de cabinets privés de consultations et de diagnostic est passé de 2.552 en 1991 à 7.310 en 2011. Cependant, la répartition de l'offre de soins privée sur l'ensemble du territoire accuse un important déséquilibre entre milieu rural et urbain et entre les régions et reste concentrée dans les grandes agglomérations urbaines : 52% des cliniques se trouvent dans les grandes villes.
- **Le secteur médical privé à but non lucratif, et le secteur médical, à financement social ou solidaire de type mutualiste ou relevant de la CNSS**, a vu son développement freiné par la législation, notamment la loi 65.00 relative à l'assurance maladie obligatoire.
- **La densité médicale** n'est que de 6,2 médecins pour 10.000 habitants contre 11,9 Tunisie, 12,1 Algérie et 51,6 en Espagne.⁵
- **Le rapport nombre de lits par médecin** est de 3,1 alors qu'il est de 1,6 dans les pays de l'OCDE.⁵
- **Le rapport nombre de lits par infirmier** est de 1,3 alors qu'il est de 0,8 dans les pays de l'OCDE.⁵
- **Le rapport de nombre de lits par habitant** dans le secteur public est de 0,6, contre 2.1 en Tunisie et 7 dans les pays de l'OCDE⁵.

3 - Rapport sur la situation actuelle des RH afin de diagnostiquer la répartition géographique des ressources par secteur (Ministère de la Santé, Mars 2013)

4 - Présentation de Monsieur le ministre de la Santé à la Chambre des représentants (Novembre 2014)

5 - Ministère de la Santé « Santé en chiffres 2012 », édition 2013

- Le programme gouvernemental fait état d'un **manque de plus de 6000 médecins et plus de 9000 infirmiers**, pour couvrir notamment les besoins des hôpitaux.
- **Les missions de santé publique sont inégalement réparties entre les secteurs public et privé et les deux secteurs se développent de manière dichotomique et non complémentaire.**

Le secteur public a une mission sociale à remplir, il se doit de couvrir le territoire, de traiter toutes les pathologies quel que soit leur coût, de traiter tous les patients quelle que soit leur capacité financière. Le secteur médical privé, à but lucratif ou non lucratif, n'a quant à lui pas de mission de santé publique à remplir. Le secteur privé de santé n'est pas régulé par le ministère de la Santé.

- **Les dépenses de santé pèsent lourdement sur le budget des ménages**

Le financement de la santé dépend essentiellement des dépenses directes des ménages qui représentent **53,6%** des dépenses totales de santé (40% en Tunisie, 20,7% en Espagne, 19% dans les pays de l'OCDE). Les recettes fiscales nationales et locales contribuent à raison de 25,2% au financement de la santé, et uniquement 18,8% de ce financement proviennent de la couverture médicale de base. Or cette proportion élevée de paiements directs peut avoir des conséquences désastreuses sur les ménages. L'Organisation Mondiale de la Santé considère que le taux de paiements directs devrait tomber sous la barre des 15 ou 20% des dépenses totales de santé, pour que l'incidence de catastrophe financière devienne négligeable.

- **Les dépenses de l'AMO bénéficient d'abord au secteur privé.**

En 2013, **89,2%** des dépenses de l'AMO ont bénéficié au secteur privé et uniquement **10,8%** au secteur public.⁶

- **La couverture médicale de base est encore faible**

- Selon les données de l'ANAM, **33%** de la population totale bénéficient d'une couverture par l'AMO, et **28%** sont assurés dans le cadre du RAMED.
- **75%** des affiliés au RAMED ont déclaré, dans une enquête d'opinions menée par l'ANAM, **ne pas être satisfaits des soins.**
- **39%** de la population ne disposent pas encore de la couverture médicale de base.⁶

2. L'exercice de la médecine est un exercice très règlementé

L'exercice de la médecine est soumis à un ensemble de lois vieillies, peu cohérentes entre elles, incomplètes et pas toutes effectives

- **Les lois relatives à l'exercice de la médecine**

- Le Code de déontologie (Arrêté résidentiel de 1953) non actualisé à ce jour.
- La loi 10-94 relative à l'exercice de la médecine et objet de la révision.
- L'arrêté du ministère de la Santé N° 456-11 du 6 juillet 2010 portant règlement intérieur des hôpitaux publics.
- Le Décret n° 2-06-656 du 13 avril 2007 relatif à l'organisation des hôpitaux publics.

⁶ - Source : données de l'ANAM

■ **Les lois relatives aux normes techniques**

- L'arrêté du ministre de la Santé, n°1693-00 fixant les Normes Techniques des Cliniques (paru au Bulletin officiel en 2001).
- La loi 17-04 portant Code du médicament et de la pharmacie et qui stipule notamment que la gestion du médicament dans les cliniques relève obligatoirement d'un pharmacien.

■ **La loi cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins (Juillet 2011)**

Cette loi est de première **importance** car elle comprend des dispositions à même de favoriser le développement du secteur privé social et solidaire (privé à but non lucratif), et de structurer des liens de complémentarité entre les secteurs privé et public dans le cadre de cartes sanitaires régionales.

La loi cadre 34-09 fixe **les principes du système de santé** (article 2):

- **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.

Son article 9 précise que les secteurs, public et privé à but lucratif ou non lucratif, 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.

L'article 16 prévoit l'institution de 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, 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 d'urgence.

L'article 20 dispose que la carte sanitaire et les SROS (schémas régionaux de l'offre de soins) devront avoir 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 humaines et matérielles, de corriger les déséquilibres régionaux et intra régionaux et de maîtriser la croissance de l'offre.

L'article 29 prévoit l'encouragement du secteur privé à investir dans le cadre de la carte sanitaire, à faire partie d'un réseau de soins d'utilité publique sous réserve d'un cahier des charges.

L'article 30 prévoit par ailleurs 6 instances de concertation pour assurer la cohérence des actions du système de santé, améliorer la gouvernance et permettre la participation active des différents partenaires (comité national d'éthique, conseil national consultatif de la santé, commission nationale consultative de coordination entre les secteurs privé et public, comité national de veille sanitaire et de sécurité, comité national d'évaluation et d'accréditation, commission nationale et des commissions régionales de l'offre de soins).

Or, il s'avère que le décret d'application n° 2-14-562 relatif à la carte sanitaire adopté récemment (le 5 Novembre 2014) par le Conseil de Gouvernement, est en contradiction avec l'esprit de la loi cadre, car il se limite à l'organisation de l'offre de soins publique, sans définir clairement les modalités d'installation des établissements de soins privés dans un territoire et occulte toutes les autres dispositions.

■ **Les lois qui concernent les assurances maladies**

- La loi 65-00, portant code de l'assurance maladie obligatoire a été promulguée en 2002.

Son article 44 interdit à un organisme gestionnaire d'un ou de plusieurs régimes d'assurance maladie obligatoire de base de cumuler la gestion de l'assurance maladie avec la gestion d'établissements de santé ou d'établissements ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels, dispositifs et appareillages médicaux. Cependant les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire de base peuvent, dans les conditions définies par une législation particulière, contribuer à l'action sanitaire de l'Etat en conformité avec la politique nationale de santé.

- La loi 17-99 portant Code des assurances.

■ **Les lois relatives à la fiscalité et la gestion du personnel**

- Le Code de travail qui s'applique au personnel paramédical ;
- Le Code général des impôts qui s'applique naturellement aux médecins, aux cliniques et au personnel travaillant dans les établissements de santé.

■ **L'exercice de la médecine est directement ou indirectement soumis aux contrôles de plusieurs instances.**

- L'Ordre des médecins régi par la loi 08-12 promulguée en 2013, est une instance de veille et peut statuer également sur certaines questions en rapport avec la profession médicale, conformément à la législation en vigueur. Par ailleurs il peut prononcer des sanctions allant de l'avertissement à la radiation du conseil de l'Ordre national à l'encontre des médecins.
- Le ministère de la Santé est une instance de régulation et de contrôle habilitée à autoriser, inspecter et à ordonner la fermeture de cabinets ou de cliniques.
- Le Secrétariat général du gouvernement à qui il revient de veiller à l'application des législations et réglementations en matière de droit de la profession médicale. Il intervient également dans le circuit de délivrance des différentes autorisations d'ouverture des établissements de santé et de leur fermeture.
- Le ministère de l'Emploi (inspections du travail), la Caisse Nationale de sécurité sociale et la direction des Impôts sont trois instances qui chacune dans son domaine, jouent un rôle de contrôle essentiel.
- L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), qui définit le tarif national de référence des actes médicaux servant de référence aux remboursements effectués par la CNSS et la CNOPS.

Le projet de loi

1. Ses motifs et objectifs

Les motifs de la révision de l'actuelle loi 10-94 relative à l'exercice de la médecine sont exposés dans la note de présentation du projet de loi 131-13:

- le secteur médical privé est de plus en plus confronté à des défis importants qui lui imposent d'être au diapason du progrès enregistré au niveau international ;
- les exigences d'efficacité, de qualité et d'efficience du système de soins imposent la diversification des modes d'exercice de la médecine et de nouveaux modes de financement et de gestion des structures de soins privées ;
- le secteur des services de santé joue un rôle de plus en plus important dans la croissance économique d'un pays en raison des opportunités qu'offre le développement du commerce des services de santé et de la biotechnologie médicale.

L'objectif de la révision est, toujours selon la note de présentation, *«d'adapter le dispositif juridique actuel au progrès de la pratique médicale et aux profondes mutations du système de santé tout en tenant compte de l'évolution de l'environnement médical et économique international, pour rendre le système de santé plus attractif à l'investissement.»*

2. Structure et principales dispositions du projet de loi

- Le projet de loi comprend 4 titres et 123 articles, soit 40 articles de plus que la loi actuelle.
- Le titre I traite des « Conditions générales de l'exercice de la médecine » et regroupe 32 articles.
- Le titre II définit « Les modes d'exercice de la médecine dans le secteur privé » et regroupe 66 articles.
- Le titre III traite de « La télémédecine » et regroupe 4 articles.
- Le titre IV traite de « Dispositions diverses et sanctions » et regroupe 21 articles.

3. La lecture critique du CESE est fondée sur :

a) deux principes

- La prise en compte dans l'analyse, du contexte juridique, de la situation actuelle du système de santé et des réalités socio-économiques du pays.
- Le parti pris, fondé sur les valeurs du référentiel de la Charte Sociale qu'il a élaboré ; le fait que le patient doit être au cœur de la préoccupation de la loi, qu'il a des droits, que l'équité d'accès aux soins de santé est un facteur essentiel de cohésion sociale, que le droit à l'information en matière de santé est fondamental et que le professionnalisme est le garant de la qualité des soins.

b) et deux questions préalables qui mettent en cause l'esprit et la démarche du projet de réforme.

- Ce projet de loi a-t-il pris en compte l'avis de l'Ordre National des Médecins ?
- Ce projet de loi a-t-il fait l'objet d'une étude d'impact préalable ?

Le CESE note que l'Ordre national des médecins, n'aurait pas été consulté pour donner son avis sur le projet de loi 131-13⁷, alors que l'article 2 de la loi 08-12 qui le régit dispose qu'il « *examine, donne son avis ou statue, selon le cas, sur les questions se rapportant à la profession médicale qui lui sont confiées par la législation en vigueur; il émet son avis sur les lois et les règlements relatifs à l'exercice de la profession* ».

Par ailleurs, selon les éléments d'information dont le CESE dispose, une analyse préalable des impacts éventuels de ce projet sur le système de santé en matière d'équité d'accès aux soins, d'atteinte de l'objectif de la couverture médicale universelle, de qualité des soins, de maîtrise des dépenses de santé et particulièrement de réduction des dépenses des ménages, de changements de la situation et pratique professionnelle des médecins, de changements sur le secteur public et sur le secteur mutualiste et privé non lucratif n'a pas été réalisée.

4. Le CESE a par ailleurs cherché à apporter des réponses à quatre questions clé concernant les finalités du projet de loi au regard de l'intérêt général

■ Le projet de loi s'inscrit-il dans une politique nationale de santé ?

Le droit d'accès équitable et universel à des soins de qualité est un facteur de cohésion sociale fondamental, qui nécessite une politique nationale de santé intégrée répondant aux attentes et besoins actuels et futurs des Marocains. A ce jour, les gouvernements qui se sont succédé ont élaboré des stratégies qui n'ont jamais été pleinement déployées et qui ont changé plusieurs fois d'orientation.

Par ailleurs, les lois ont été révisées une à une, de manière très espacée dans le temps et leurs décrets d'application n'ont vu le jour que des années plus tard, conduisant à des incohérences (exemple du décret n° 2-14-562 relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins).

Le CESE considère que ce projet de loi à lui seul, ne répond pas aux objectifs d'une politique nationale de santé intégrée, socialement équitable et économiquement viable.

■ L'objectif poursuivi et la finalité du projet de loi répondent-ils à des besoins fondamentaux de l'offre de soins?

- Selon la note de présentation, le projet de loi vise l'adaptation de la loi 10-94 aux évolutions de la médecine pour « rendre le système de santé plus attractif à l'investissement ». Cette finalité, sans référence à l'équité d'accès aux soins ou à la généralisation de la couverture médicale ne correspond pas à la vocation première d'un système de santé, qui est de garantir un accès effectif, non discriminatoire et équitable à des soins de qualité.
- Le CESE reconnaît que l'investissement de tous les secteurs, privé, public et de l'économie sociale et solidaire dans le secteur de la santé est un moyen fondamental et nécessaire, mais considère que l'investissement, sans rattachement à une carte sanitaire opposable au secteur privé, et sans ouverture franche au secteur de l'économie sociale et solidaire ne répond pas à des besoins fondamentaux de l'offre de soins.

■ Ce projet de loi va-t-il permettre une amélioration de l'offre de soins pour tous?

Le projet de loi en ne prévoyant pas une disposition permettant l'orientation de l'investissement privé vers les régions sous médicalisées et vers les spécialités les plus pointues par la création de pôles d'excellence régionaux, ne s'inscrit pas pleinement dans l'esprit de la loi cadre 34-09. En effet, cette loi vise la complémentarité des secteurs public et privé dans le cadre d'une carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins.

7 - Audition du Président du CNOM, le 3 décembre 2014

Par ailleurs, en ne prévoyant aucune disposition spécifique à même de favoriser le développement de cliniques ou hôpitaux privés (notamment ceux à but non lucratif) pouvant participer à des missions de santé publique, en ne définissant pas un socle de soins de santé de base, il ne peut contribuer à la prévention des maladies chroniques, à l'amélioration de l'accès aux soins pour tous et à la réduction des iniquités régionales en matière d'offre de soins.

■ **Ce projet de loi définit-il les « garde-fous » nécessaires à-même de pallier les dysfonctionnements et insuffisances actuelles et de garantir une mise en œuvre adéquate?**

La question des garde-fous exige de se pencher sur deux aspects :

- les dispositions légales garantissant les droits et obligations des patients, les droits et obligations des médecins, la maîtrise des coûts, le respect des normes, la qualité et la sécurité des soins, l'évaluation et le contrôle et enfin la reddition de comptes, et
- les instances de contrôle.

Le CESE constate à ce propos que

a) Les gardes fous relevant des dispositions légales, souffrent d'imprécision et de manque d'exhaustivité

- Des dispositions importantes relevant des principes fondamentaux sont renvoyées pour leur définition et mise en œuvre à des textes dont le statut et les délais ne sont pas précisés ou renvoient à des réglementations obsolètes, alors qu'ils devraient être élaborés en même temps que le projet de loi (articles 27,34, 38, 56, 57, 59, 71, 73, 76, 87, 88, 93, 99,102).
- Les droits des patients à la confidentialité des données médicales, à la non-discrimination, à l'accès au dossier médical et à l'information, au secours et à la prise en charge en urgence, à la protection et à la continuité des soins ne sont garantis par aucune des dispositions du projet de loi.
- La qualité et la sécurité des soins : la qualité des soins ne peut résulter que de la conformité à des normes de plusieurs processus dans un établissement. Son évaluation doit être continue en interne et être soumise à une évaluation externe régulière qui conduit à l'accréditation de l'établissement. Cela suppose la mise en place d'une démarche qualité au sein de chaque établissement et l'existence d'instances indépendantes d'évaluation. Le projet de loi ne contient aucune disposition dans ce sens et ne garantit par conséquent, ni la qualité ni la sécurité des soins.

Le respect des normes : les normes techniques applicables aux cliniques sont définies par un arrêté ministériel très sommaire de 7 pages,⁸ aujourd'hui caduc au vu des évolutions techniques et des exigences d'hygiène et de sécurité. Le dispositif normatif, auquel l'article 12 de la loi 34-09 fait référence est pour l'heure, très insuffisant et incomplet.

- Les droits des médecins, et notamment leur indépendance professionnelle : le texte de loi et sa note de présentation cite 11 fois « l'indépendance professionnelle » des médecins sans pour la définir clairement. En milieu privé, l'indépendance du médecin est directement confrontée à des pressions financières de nature à porter atteinte à l'autonomie des médecins avec des risques de sélection abusive, dont le choix des pathologies à traiter, en raison de leur coût. Les risques de dérives pour raison de rentabilité persistent malgré les dispositions inscrites dans le projet de loi.

8 - Arrêté du ministre de la Santé n° 1693-00 du 5 chaabane 1421 (2 novembre 2000) fixant les normes techniques des cliniques

- La maîtrise des coûts de prise en charge : le projet de loi stipule l'obligation d'affichage des tarifs et des conventions. Cette disposition n'a qu'une très faible plus-value réelle en matière de maîtrise des coûts de prise en charge, car le malade ne consomme pas les actes de traitements ou diagnostics, mais subit leur consommation, tout comme les tiers-payants. La maîtrise des coûts de prise en charge n'est pas garantie.
- L'article 75 de la loi interdit le chèque de garantie ou la demande de caution monétaire, en cas de tiers payants, mais il exclut du dispositif les autres patients, pour le moment largement majoritaires, n'ayant aucune assurance maladie. Par ailleurs, cette pratique est déjà condamnée par le Code de commerce (article 316).
- Le Code de déontologie qui est régi par un arrêté résidentiel de 1953 est aujourd'hui caduc et nécessite une adaptation à l'évolution de l'exercice de la médecine. Cependant le projet de loi s'appuie sur ce code de déontologie, qui ne prévoit pas l'extension de l'obligation du respect des règles déontologiques à des « propriétaires » d'établissements de soins non-médecins.
- La nature des contrats liant le directeur médical et le « propriétaire », le médecin et l'établissement, n'étant pas définie, la délimitation des responsabilités civiles et pénales du directeur médical en cas de problème n'est pas clairement établie. Il en va de même pour la délimitation entre les responsabilités civiles et pénales du médecin et celles de l'établissement.

b) les garanties sur l'efficacité des instances de contrôle sont faibles

L'ensemble des dispositions d'évaluation et de contrôle renvoient à des dispositifs et instances de contrôle qui se sont avérés défaillants à ce jour (inspection du ministère de la Santé et de l'Ordre des médecins) et les missions de contrôle sont confiées à des instances définies de manière imprécise dans le texte «des représentants de l'administration» ou «l'autorité gouvernementale».

Selon l'Ordre des médecins qui est une instance de contrôle et qui peut statuer sur certaines questions en rapport avec la profession médicale, le Conseil National de l'Ordre National des Médecins n'aurait pas été consulté officiellement pour donner son avis sur le projet de loi 131-13,⁹ bien qu'il soit cité 142 fois dans ce projet de loi.

Résumé de l'analyse des forces et faiblesses

1. Les forces :

- Le projet de loi régularise des situations de fait, notamment celles des cliniques et hôpitaux à but non lucratif, ce qui permettra le développement de ce secteur important.
- L'autorisation de la pratique médicale en cabinets de groupe ouvre la possibilité pour un médecin titulaire d'un cabinet médical d'accepter la collaboration d'un confrère qui n'a pas d'adresse professionnelle, de recourir pour une période déterminée à un médecin assistant en cas de maladie ou pour des besoins de santé publique (titre II, chapitre premier, section 2). Le cabinet de groupe permettra également aux médecins d'optimiser leurs charges d'exploitation.
- Le projet de loi incite le développement des compétences par la formation continue.

- Le projet de loi introduit le contrôle continu de conformité des cabinets aux normes techniques avec préavis de 3 mois à la charge des conseils régionaux de l'Ordre et l'inspection inopinée par les inspecteurs de l'administration conjointement avec ceux de l'Ordre (titre II, chapitre premier, section 5).

Le projet de loi permet l'inscription des étrangers appelés à exercer dans les services sanitaires publics à titre bénévole, notamment en cas d'organisation de caravane médicale, ou sous contrat qu'il soumet à la juridiction de l'Ordre pendant la durée du contrat (chapitre III). De même qu'il permet aux médecins étrangers non-résidents d'exercer pendant une durée annuelle de 90 jours par an dans les hôpitaux universitaires, lors de caravanes médicales, ou dans le secteur privé, si la spécialité exercée par le médecin étranger n'existe pas au Maroc (article 31).

- Une clinique peut désormais participer au « service d'assistance médicale urgente » (Samu).
- Le projet de loi détaille les missions et responsabilités du directeur médical.
- Le projet de loi prend en considération la télémédecine, qui peut être d'un apport considérable pour les médecins et les patients, notamment dans les régions sous médicalisées, grâce à l'utilisation de NTIC.

2. Les faiblesses

En matière des droits des patients

- Plusieurs droits du patient, dont découlerait une obligation pour le médecin et ou l'établissement, ne sont pas garantis:
 - droit d'obtenir le dossier médical ;
 - droit à la confidentialité au sein des établissements ou lors de leur transmission aux assureurs ;
 - droit à la non-discrimination ;
 - droit à l'information accessible et compréhensible.
- Le projet de loi oblige le directeur médical à archiver les dossiers médicaux, mais les éléments que le dossier médical devrait absolument contenir ne sont pas définis, de même que l'obligation pour un médecin de tenir des dossiers médicaux n'est pas inscrite.

En matière d'exercice de la médecine au sein d'une clinique

- La délimitation des responsabilités pénale, civile et professionnelle du médecin dans le cadre de son exercice au sein d'une clinique n'est pas abordée.

En matière d'organisation des soins

- Le Samu en tant que cadre de régulation n'est pas réellement effectif et le projet de loi n'envisage pas la complémentarité entre les secteurs public et privé;
- La notion d'hôpital de jour est évoquée (article 59) dans le cadre des prestations fournies par les cliniques, or l'hôpital de jour est une forme d'organisation de soins particulière dont le cadre juridique doit être clairement défini.

En matière d'organisation et de gestion des établissements de soins

- L'obligation faite aux directeurs médicaux de créer des conseils médicaux d'établissements et des conseils d'éthique est difficilement réalisable dans les petites cliniques de par le faible nombre de médecins y exerçant. La création de ces instances présente par contre, un réel intérêt dans les grands établissements de soins ayant une taille critique.
- Les missions du conseil médical d'établissement et du conseil d'éthique ne sont que sommairement définies. Ce conseil d'établissement est créé et présidé par le directeur médical. Le texte ne précise cependant pas ce qu'il advient lorsque l'avis du CME n'est pas pris en compte par son président ou qu'il n'est tout simplement pas consulté.
- Le projet de loi ne précise pas les liens hiérarchiques et fonctionnels entre le directeur médical et le directeur administratif et financier, or cette relation est d'une grande importance dans la gestion d'une clinique.
- Le projet de loi ne précise pas la nature du lien hiérarchique et fonctionnel entre le directeur médical et « le propriétaire ».
- L'« accréditation » des cliniques, prévue par l'article 18 de la loi cadre 34-09, qui vise l'évaluation continue et régulière de la qualité, n'est pas mentionnée.
- Les articles 93 et 94 ne garantissent pas l'indépendance du médecin de travail par rapport à son employeur.
- Le projet de loi n'interdit pas explicitement la publicité conformément au Code de déontologie médicale.
- Le projet de loi n'impose pas au secteur privé de collecter et de rendre publiques des statistiques annuelles d'activités. Il ne prévoit pas non plus la mise en place d'un système d'information sanitaire dédié au secteur privé. Ainsi, les données concernant les dépenses réelles de santé, les activités médicales, l'épidémiologie, la morbidité ... du secteur privé ne pourront intégrer un système d'information sanitaire national.

Risques et opportunités

Les risques et les opportunités possibles de la loi 131-13 découlent de la lecture critique et des constats établis **en appui sur les auditions des parties prenantes, l'étude approfondie de toute la documentation disponible et la démarche participative adoptée.**

Elle est fondée sur le parti pris que le patient doit être au cœur de la préoccupation de la loi, qu'il a des droits, que l'équité d'accès aux soins de santé est un facteur essentiel de cohésion sociale, que la reddition des comptes est fondamentale et que le professionnalisme est le garant de la qualité des soins. Ainsi, le CESE considère, **qu'en l'absence d'un service public fort, d'une gouvernance adéquate du système de santé et d'une couverture médicale universelle**, plusieurs risques peuvent être envisagés.

1. Les risques

- d'accentuer les déficits actuels dans le secteur public et de réduire le développement relatif de l'offre de soins publique, ce qui pourrait se traduire par les inégalités, la précarité, et l'exclusion sociale, qui constituent à terme une menace sur la cohésion et la stabilité sociales ;
- d'exacerber l'exposition au risque de dépenses catastrophiques des ménages, et à moyen terme d'élargir les effectifs de la population acculée à recourir au financement par le RAMED et par les filets sociaux ;

- d'augmenter les dépenses des caisses d'assurance maladie ;
- de priver les patients de leur liberté de choix du médecin et de l'établissement de santé ;
- d'induire une dépendance trop importante du système de santé des capitaux étrangers.

2. Les opportunités envisageables sont :

- l'adoption de dispositions permettant le travail de plusieurs confrères, régularise une situation de fait et promeut cette pratique. C'est une opportunité pour l'utilisation optimale des moyens et le travail collégial.
- Le projet de loi consacre le principe de l'obligation de la formation continue en conformité avec la loi 08-12 relative à l'Ordre des médecins, et participe de ce fait au développement de la pratique médicale.
- L'introduction de la télémédecine dans le champ de l'exercice médical peut contribuer à la circulation de l'information médicale, la formation continue, la réalisation d'actes à distance...
- L'apport de financements supplémentaires au système de santé et la possibilité de réaliser de grandes structures et des pôles d'excellence.
- Le développement du tourisme médical.
- Une amélioration de l'offre de soins privée dans les grandes villes, par le biais de la concurrence.

Recommandations

Le projet de loi pourrait constituer une véritable opportunité de développement du système de santé mais certaines faiblesses devraient être corrigées et certains risques minimisés par des mesures de précaution. Ainsi, le Conseil fait des recommandations en rapport avec les préalables nécessaires à son application et des recommandations à même de garantir les droits du patient et d'inscrire l'investissement privé dans une politique nationale et intégrée de santé redynamisant le secteur public.

I. Recommandations quant aux préalables nécessaires à l'application de la loi :

1. Rattacher l'investissement privé à une réelle carte sanitaire opposable aux secteurs privé, public et de l'économie sociale et solidaire, accompagnée de mesures incitatives (fiscales, financières, foncières...) pour l'investissement du secteur privé dans toutes les régions, en élaborant les décrets d'application et textes réglementaires nécessaires à l'entière application de la loi cadre 34-09, ce qui implique nécessairement une révision du décret d'application n° 2-14-562 relatif à la carte sanitaire.
2. Renforcer les instances de contrôle auprès du ministère de la Santé et l'Ordre national des médecins en les dotant des moyens financiers et des compétences humaines nécessaires pour l'accomplissement des tâches qui leur sont dévolues et transférer au ministère de la Santé les prérogatives du Secrétariat Général du Gouvernement en matière de contrôle des établissements de santé.

II. Recommandations relatives au projet de loi:

3. Placer le patient au cœur de la préoccupation en renforçant les dispositifs garantissant ses droits, notamment son droit à la confidentialité des données médicales dans leur transmission aux assurances ou à d'autres établissements, à l'accès au dossier médical et à une information médicale accessible.
4. Affirmer et garantir le rôle du secteur social et solidaire (mutuelles et polycliniques de la CNSS) dans l'investissement et la production des soins.
5. Consacrer des dispositions spécifiques au secteur de l'économie sociale et solidaire (mutuelles, associations, fondations, ligues...) et lever toutes les entraves juridiques, de manière à ce qu'il puisse contribuer pleinement et selon les mêmes exigences professionnelles que le secteur public ou privé, au développement du secteur de santé. Pour rappel, le CESE s'était opposé dans son avis concernant le projet de loi portant Code de la mutualité à l'exclusion de ce secteur de l'activité médicale et avait recommandé de « **Réintégrer l'activité médicale dans le champ d'activité des mutuelles, sans discrimination et dans les mêmes conditions et avec les mêmes règles régissant la profession médicale.** »
6. Définir la législation particulière prévue dans le 3ème alinéa de l'article 44 de la loi 65-00 qui dispose que « *les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire de base peuvent, dans les conditions définies par une législation particulière, contribuer à l'action sanitaire de l'Etat en conformité avec la politique nationale de santé.* »
7. Elaborer et/ou mettre à jour tous les textes réglementaires et décrets d'application auxquels renvoie le projet de loi, relatifs à:
 - la définition des normes des cabinets médicaux garantissant la sécurité du patient;
 - la définition exhaustive des normes techniques d'installation et d'équipements des cliniques et de chaque établissement assimilé. Ces normes techniques doivent être opposables aux établissements du secteur privé à but lucratif et non lucratif et ceux du secteur public ;
 - la définition des référentiels techniques et juridiques permettant les audits des cliniques;
 - la fixation des listes des établissements assimilés;
 - les textes d'application de la loi qui fixent les modalités d'exploitation des cliniques;
 - la définition des modalités de fonctionnement du Comité Médical d'Etablissement en incluant la participation de représentants du personnel paramédical dans ce comité. Afin de donner tout son sens au CME, la loi doit faire obligation au directeur médical de définir la stratégie médicale de l'établissement avec le CME et prévoir des voies de recours et des sanctions pour le directeur médical en cas de non respect de cette disposition;
 - la définition du contenu des contrats entre médecins et directeurs médicaux, en prenant soin de définir les responsabilités pénales, civiles et professionnelles de chacun;
 - la définition des textes d'application, des dispositions législatives et réglementaires permettant de recourir à la télémédecine et garantissant le respect des droits des patients.
8. Mettre en place un système d'information sanitaire dédié au secteur privé, afin de collecter les données épidémiologiques, les statistiques d'activités médicales et pour cela exiger des directeurs médicaux des rapports annuels d'activités médicales, comprenant un ensemble d'indicateurs prédéfinis par l'ANAM, le MS et le CNONM.

9. Intégrer le secteur privé à but lucratif et non lucratif dans la stratégie gouvernementale en matière de santé préventive, à travers des dispositions légales.
10. Rendre effectif le SAMU dans une logique de complémentarité entre tous les secteurs.
11. Définir les modalités juridiques d'organisation des soins en « hôpital de jour » garantissant la sécurité des malades et la continuité des soins.
12. Définir les critères à partir desquels l'obligation de mettre en place un CME et un conseil d'éthique est incontournable, en fonction du nombre de services, nombres de lits, nombre de médecins et du plateau technique.
13. Définir clairement les liens hiérarchiques et fonctionnels entre le directeur médical et le directeur administratif et financier.
14. Faire obligation aux sociétés de soumettre les contrats conclus entre la société et le directeur médical (conditions de rémunération comprises) à l'autorisation préalable de l'Ordre des médecins, ces contrats ne devant comporter aucune clause allant à l'encontre du Code de déontologie.
15. Garantir que « les propriétaires » des cliniques ne pourront, en aucun cas, imposer des règles de gestion allant à l'encontre de la déontologie médicale, ni imposer aux directeurs médicaux des objectifs déraisonnables de rentabilité.
16. Interdire aux « propriétaires » des cliniques la diffusion de toute information à caractère publicitaire qui serait en contradiction avec la déontologie médicale et prévoir des sanctions pour celles qui enfreindraient ce principe.
17. Soumettre également le travail des médecins étrangers dans le secteur public à l'autorisation préalable de l'Ordre et du ministère de la Santé.
18. Faire obligation de l'instauration d'une démarche qualité dans les établissements de santé afin de permettre l'accréditation des cliniques telle que prévue par l'article 18 de la loi cadre 34-09 qui vise l'évaluation continue et régulière de la qualité des soins.

III. Recommandations à caractère général :

19. Elaborer une **politique nationale de santé basée sur une Charte Nationale** élaborée avec la participation effective de l'ensemble des parties prenantes et des régions, qui serve de feuille de route à tous les gouvernements qui se succèdent.
20. Elaborer un **Code de la santé** qui constitue un référentiel juridique cohérent de toutes les lois, décrets et normes en lien avec la santé pour mettre un terme à l'approche actuelle qui conduit à la compilation de textes juridiques. Dans ce cadre il est impératif que les lois soient élaborées simultanément avec leurs décrets d'application et les réglementations nécessaires.
21. Créer une **autorité publique indépendante** dotée de la personne morale en charge de définir le dispositif normatif, de certifier et d'accréditer les établissements de santé de tous les secteurs, d'évaluer le rapport service médical rendu / remboursement par les caisses maladies, d'apporter son appui à la décision des pouvoirs publics.

22. Mettre en place un **plan gouvernemental d'urgence** pour renforcer les établissements de soins du secteur public, axé sur :
 - l'amélioration de la gouvernance du système de santé ;
 - l'amélioration de la gestion des hôpitaux et établissements de soins de santé de base : gestion locale responsable des établissements et de l'ensemble des ressources ;
 - la mise à niveau rationnelle des plateaux techniques et des infrastructures ;
 - le recrutement et le redéploiement des ressources humaines ;
 - la qualité de la formation des médecins.
23. Adapter le **Code de Déontologie**, qui date de 1953, à l'évolution de l'exercice de la médecine.
24. Etendre la couverture maladie de base aux indépendants et professions libérales.
25. Rendre obligatoire l'adhésion à l'AMO, pour toutes les entreprises en fixant une échéance proche mettant un terme à la disposition de l'article 114 de la loi 65.00 qui permet de repousser l'échéance sans limite.
26. Assujettir les établissements publics et privés aux mêmes règles d'inspection et d'audit et instituer l'obligation pour le ministère de la Santé de rendre compte annuellement devant le parlement, des résultats qualitatifs et quantitatifs des missions de contrôle et d'audit qu'il a effectuées et de rendre publics ces résultats.

Annexes

Annexe 1 : Acronymes

ANAM : Agence Nationale de l'Assurance Maladie

CME : Conseil Médical d'Etablissement

CNONM : Conseil National de l'Ordre National des Médecins

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAMED : Régime d'Assistance Médicale

SGG : Secrétariat Général du Gouvernement

Annexe 2 : Méthodologie de travail et liste des entités auditionnées

La démarche adoptée pour l'élaboration du présent rapport s'appuie sur la méthodologie générale des travaux du Conseil. Elle consiste à faire une étude critique du projet de loi 131-13 relatif à l'exercice de la médecine et de sa note de présentation, en s'appuyant sur une large revue documentaire, notamment des textes de loi régissant le système de santé (voir références bibliographiques).

La commission permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité a par ailleurs, organisé une séance d'audition avec Le Président du CNONM et six ateliers (voir tableau ci-dessous). Le Ministre de la Santé a décliné son invitation pour une séance d'audition.

Liste des institutions, organismes et associations auditionnés

Organismes et institutions	Acteurs auditionnés	Nombre
Institutions Nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Santé (n'a pas répondu à l'invitation) - Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) - Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) - Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) - Conseil de la Concurrence 	4
Organisations professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil National de l'Ordre National des Médecins (audition) - Confédération Générale des Entreprises Marocaines (n'a pas répondu à l'invitation) - Fédération Marocaine des Entreprises d'Assurance et de Réassurance 	2

Organismes et institutions	Acteurs auditionnés	Nombre
Syndicats	<ul style="list-style-type: none"> - Union générale des travailleurs au Maroc (UGTM) - Union marocaine du Travail (UMT) - Fédération démocratique du Travail (FDT) - Confédération démocratique du Travail (CDT) - Union nationale du Travail au Maroc (UNTM) - Syndicat indépendant des médecins du secteur public - Syndicat national des médecins du secteur libéral - Syndicat national des cliniques privées - Collège syndical national des médecins spécialistes du secteur privé - Syndicat national des médecins généralistes - Chambre syndicale nationale des biologistes - Syndicat national de l'enseignement supérieur. (n'a pas répondu à l'invitation) 	11
Associations	<ul style="list-style-type: none"> - Association nationale des cliniques privées(n'a pas répondu à l'invitation) - Collectif pour le droit à la santé - Fédération nationale des associations des consommateurs 	2
Mutuelles	<ul style="list-style-type: none"> - 7 Mutuelles du secteur public - 7 Mutuelles du secteur semi-public - 1 Mutuelles du secteur privé - 2 Mutuelles des professions libérales : Mutuelle des Barreaux du Maroc, Mutuelle des pharmaciens et professionnels de santé. 	17

Annexe 3 : Références bibliographiques

- Arrêté résidentiel relatif au Code de déontologie des médecins (BO du 19 Juin 1953, Page 828
- Arrêté du Ministre de la santé n° 1693-00 du 5 chaabane 1421 (2 novembre 2000) fixant les normes techniques des cliniques (BO n°4862 du 4-1-2001)
- Arrêté du Ministère de la Santé N° 456-11 du 2 Rajeb 1431 (6 juillet 2010) portant règlement Intérieur des Hôpitaux ; publié au Bulletin Officiel N° 5926 du 12 rabii II 1432 (17 Mars 2011).
- Dahir n° 1.11.83 du 29 rejeb 1432 (2 juillet 2011) promulguant la Loi cadre n°10-94 relative au système de santé et à l'offre de soins
- Dahir n°1-13-16 du 13 Mars 2013 portant promulgation de la loi n°08-12 relative à l'Ordre national des médecins (BO n° 6144 (18-4-2013)
- 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. (Bulletin Officiel n° 5480 du Jeudi 7 Décembre 2006)
- Décret n° 2-14-562 (5 Novembre 2013) relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins
- Décret n° 2-06-656 relatif à l'organisation hospitalière (BO n° 5526 du 17/5/2007)
- Dahir n° 1-59-367 du 21 Chaâbane 1379 (19 Février 1960) portant réglementation de l'exercice des professions de pharmacien, chirurgien-dentiste, herboriste et sage -femme (BO n° 2470 du 26 Février 1960)
- Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, décret n°2-96-989 du 17 ramadan 1412 (5 Janvier 1999)
- Comptes nationaux de la santé 2010
- Constitution 2011
- Le livre blanc « Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé », ministère de la Santé, Juillet 2013
- La loi 17-99 portant Code des assurances.
- Loi 65-00 portant code de la Couverture Médicale de Base
- Loi 10 94 relative à l'exercice de la médecine
- Loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins
- Loi 08-12 relative à l'Ordre National des Médecins
- Message de Sa Majesté le Roi Mohamed VI adressé aux participants de la 2ème Conférence nationale sur la santé (Juillet 2013)
- Programme gouvernemental (Janvier 2012)
- Rapport sur la situation actuelle RH (UE/MS) 2013
- Rapport annuel su CESE, 2013
- Rapport CESE, soins de santé de base (2013)
- Rapport CESE, Code de la mutualité (2013)
- Rapport du cinquantenaire
- Stratégie sectorielle de la santé 2012-2016

Conseil Economique, Social et Environnemental

1, angle rues Al Michmich et Addalbout, Secteur 10, Groupe 5

Hay Riad , 10 100 - Rabat - Maroc

Tél. : +212 (0) 538 01 03 00 Fax +212 (0) 538 01 03 50

Email : contact@ces.ma