

Avis

du Conseil Economique, Social et Environnemental

Les soins de santé de base

Vers un accès équitable et généralisé

Saisine n° 4 / 2013

Avis

du Conseil Economique, Social et Environnemental

Les soins de santé de base

Vers un accès équitable et généralisé

Le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) a été saisi par le Chef du Gouvernement, en date du 28 novembre 2012, afin qu'il « évalue la situation actuelle de l'accès des citoyennes et des citoyens aux prestations de soins de santé de base dans les milieux urbain et rural, en termes de qualité, de coût et de modalités de financement, et élabore des recommandations opérationnelles permettant d'atteindre une couverture universelle visant l'extension de la couverture médicale dans notre pays, dans la perspective d'atteindre une couverture universelle¹ ».

Conformément aux articles 2 et 7 de la loi organique relative à l'organisation et à son fonctionnement, le Bureau du Conseil a confié cette tâche à la Commission Permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité (CPASS).

Lors de sa 31^{ème} session ordinaire tenue le 26 septembre 2013, l'Assemblée Générale du Conseil Economique, Social et Environnemental a adopté à l'unanimité le rapport dont est extrait le présent avis.

¹ Traduction non officielle.

Agissant dans le cadre de la saisine n°4/2013, le Conseil Economique Social et Environnemental rappelle que :

- **le droit à la santé** est un droit humain fondamental reconnu dans de nombreux instruments internationaux ;
- **le Maroc a formellement reconnu le droit à la santé dans sa Constitution, adoptée en juillet 2011.** Celle-ci reconnaît sept droits liés à la santé: (i) le droit à la vie [article 20] qui comprend également la lutte contre les mortalités évitables ; (ii) le droit à la sécurité et à la protection de la santé [article 21] ; (iii) les droits aux soins, à un environnement sain, à la couverture médicale [article 31] ; (iv) le droit à la santé des personnes et catégories à besoins spécifiques [article 34] ; (v) le droit d'accès à des soins de qualité et à la continuité des prestations [article 154] ;
- **Sa Majesté le Roi Mohammed VI a exprimé dans de nombreux discours** la nécessité d'assurer aux Marocains et notamment aux plus démunis, l'accès à des soins de santé de qualité et à une couverture médicale de base (CMB) ;
- **le Maroc, en adhérant à la Déclaration du Millénaire des Nations Unies** s'est engagé à adopter des stratégies à même de lui permettre d'atteindre en 2015, les huit objectifs des « Objectifs du Millénaire pour le développement », dont trois sont relatifs à la santé : réduire la mortalité infantile ; améliorer la santé maternelle ; et combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies ;
- **le Conseil Economique, Social et Environnemental, dans son rapport intitulé « Pour une charte sociale : des normes à respecter et des objectifs à contractualiser »,** adopté le 26 novembre 2011, fait référence au droit à la santé physique et mentale et définit neuf objectifs dont quatre concernent le présent avis : (i) améliorer l'équité d'accès et la qualité des structures et des services de soins ; (ii) améliorer la santé maternelle et infantile ; (iii) améliorer le cadre médico-légal de l'interruption de grossesse ; (iv) évaluer et améliorer en continu les politiques nationales et régionales de prophylaxie, de traitement et d'éradication des maladies épidémiques et endémiques ;
- **les soins de santé de base sont des soins essentiels, curatifs, préventifs et promotionnels, de premier recours** qui font partie intégrante à la fois du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière, et du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Leur mission est de prodiguer des soins et des services équitables et de qualité pour répondre aux besoins essentiels en matière de santé d'une communauté définie sur une base géographique.

Le Conseil souligne que :

- **le statut socio-économique des individus est un déterminant majeur de leur état de santé.** L'amélioration de la santé des pauvres est non seulement un objectif important, mais aussi un moteur essentiel du développement économique et de la lutte contre la pauvreté. Le développement de la santé est un enjeu économique, politique et social majeur dont la gestion ne saurait découler d'une approche purement comptable des dépenses de santé ;
- **les inégalités socio-économiques** dans la distribution des ressources nationales produisent des inégalités de santé et de mortalité marquantes ;
- **le Maroc connaît une double transition, démographique** ayant pour effet le vieillissement de la population et **épidémiologique** avec la prédominance des maladies non transmissibles, dont la politique de santé devra nécessairement tenir compte.

Par ailleurs, le Conseil constate que :

- Au cours des quarante dernières années, l'espérance de vie à la naissance a fortement augmenté (passant de 47 ans en 1962 à 75 ans en 2010), la mortalité maternelle a été réduite (112 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010, contre 359 en 1980), de même que la mortalité infanto-juvénile (36% en 2010, contre 138% en 1980) ;

- Ces résultats restent néanmoins insuffisants : les taux de mortalité maternelle et infantile restent parmi les plus élevés de la région MENA, et sont fortement corrélés à la pauvreté et la ruralité ; la mortalité maternelle est ainsi 75% plus élevée en milieu rural ; les enfants de moins de cinq ans, des segments les plus pauvres de la population, sont trois fois plus susceptibles de mourir à la suite de blessures évitables ou de maladies infantiles, qui pourraient pourtant souvent être facilement traitées ; les personnes habitant en ville vivent en moyenne 5 ans de plus que celles qui vivent en milieu rural.
- Le Maroc s'est engagé, depuis 2002, dans une réforme visant à se doter d'un système de couverture médicale de base qui constitue un pas important vers l'accès généralisé et équitable aux soins.

Caractéristiques de l'offre de soins de santé de base

Organisation du réseau d'établissements de soins de santé de base

- **Un secteur public prédominant, hiérarchisé et cloisonné**
 - L'État se situe au cœur du système de santé, cumulant les fonctions de financement, de prestation de soins et d'administration.
 - Le réseau des établissements de soins de santé de base (ESSB) couvre l'ensemble du territoire national et constitue la base opérationnelle de toute l'action sanitaire. Ce réseau souffre d'un manque de coordination et de communication avec le secteur hospitalier, de l'absence d'une carte sanitaire, de l'insuffisance de ses moyens humains et financiers, d'une gestion inefficace et trop centralisée, et de dysfonctionnements au niveau du système d'évacuation sanitaire.
 - Le schéma actuel d'organisation du réseau d'ESSB a atteint ses limites. La logique d'intervention en matière de couverture sanitaire, fondée sur la construction d'ESSB dans quasiment toutes les communes rurales, sans tenir compte du manque de ressources humaines, matérielles et financières et de l'absence de mise en œuvre effective de la loi cadre n°34-09, relative au système de santé et à l'offre de soins, censée définir le cadre réglementaire d'une carte sanitaire nationale, a conduit à la situation actuelle dans laquelle 143 centres de santé sont actuellement fermés et de nombreux établissements sont très peu fréquentés.
- **Un secteur privé en fort développement**
 - En progression constante, le secteur médical privé regroupe près de la moitié des médecins, 90% des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes et près de 10% des paramédicaux, mais se concentre quasi-exclusivement dans les villes : Casablanca compte à elle seule 30% du nombre total de lits et de cabinets médicaux, et cinq régions seulement en représentent 66%. Par ailleurs, le secteur privé s'estime exclu des réflexions sur la conception et la mise en œuvre de la CMB, et des programmes mis en place par le ministère de la Santé.
- **Un secteur privé à but non lucratif et un secteur mutualiste mal appréhendé**
 - Le secteur privé à but non lucratif et le secteur mutualiste ont toute leur place dans l'offre de soins, ce qui plaide en faveur de la nécessité de développer ces secteurs pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé de base.
 - Les associations œuvrant dans le domaine de la santé sont nombreuses, leur répartition territoriale reste inégale et les compétences, les moyens humains et financiers dont elles disposent, ainsi que la qualité de leurs actions, sont très variables.

Ressources humaines et soins de santé de base

- **Pénurie en personnel soignant et grandes disparités dans sa répartition**
 - Le Maroc connaît une grave pénurie en professionnels de santé, et de grandes disparités dans leur répartition, entre régions et au sein d'une même région, entre milieu urbain et rural. Le ratio du nombre de médecins pour 10 000 habitants est à peine de 6,2 et ne satisfait pas aux normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le nombre de personnel paramédical formé aux soins liés à l'accouchement est inférieur à 2,28 pour 1 000 habitants seuil critique selon l'OMS. Le ministère de la Santé estime le déficit en médecins à 6 000 et celui en paramédicaux à 9 000. Ce déficit est d'autant plus problématique que le secteur privé fonctionne aussi avec du personnel soignant du secteur public. Ce déficit va s'aggraver lors des dix prochaines années avec le départ à la retraite de 24% des paramédicaux, soit environ 7 000 personnes.
 - Les principales causes de cette pénurie sont : la faible capacité de formation de médecins et d'infirmiers ; l'insuffisance de postes budgétaires ; l'émigration de médecins et d'infirmiers, notamment vers l'Europe. En 2011, le nombre de Marocains travaillant dans le domaine de la santé en France était estimé à plus de 5 000. De plus, les difficultés d'affectation et de rétention dans les zones éloignées et enclavées sont à l'origine de grandes disparités dans la répartition du personnel soignant.
- **Une formation du personnel soignant, devenue inadaptée**
 - Alors que le système de santé au Maroc a un énorme besoin de médecins généralistes, leur formation est trop longue et n'est pas adaptée à leurs tâches. La médecine générale est dévalorisée et attire de moins en moins d'étudiants en médecine.
 - L'effectif des gynécologues-obstétriciens, qui ont un rôle important dans la réduction du taux de mortalité maternelle et néo-natale, est très insuffisant et leur formation est très longue. Pour développer cette spécialité, certains pays d'Amérique Latine, de même que l'Indonésie, ont créé la spécialité de médecin obstétricien dont la formation est plus courte.
- **La gouvernance : un système de santé centralisé à l'excès**
 - L'administration centrale du ministère de la Santé décide, alloue et gère les ressources matérielles, humaines et financières. La régionalisation n'est pas effective. La création de directions régionales, ayant en principe un rôle de coordination et de planification stratégique, ne s'est pas accompagnée d'un transfert de moyens et de compétences.
 - La collaboration intersectorielle, qui est indispensable pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, est limitée et souffre du manque de coordination et de synergie des politiques publiques.
 - Le partenariat public-privé est actuellement très peu développé. Un projet de loi relatif aux Contrats de partenariat public-privé prévoit de : (i) renforcer, sous la responsabilité des autorités publiques, la fourniture de services et d'infrastructures économiques et sociales de qualité et à moindre coût ; (ii) instaurer une obligation de contrôle et d'audit des contrats de partenariat ainsi établis ; (iii) définir les conditions et modalités de préparation, d'attribution et d'exécution de ces contrats.
 - L'implication des communautés dans la mise en place des programmes de santé est faible.
 - Le secteur de la santé est l'un des plus touchés par la corruption, au point que celle-ci est quasiment banalisée.

Appréciation de l'accès aux soins de santé de base

L'accessibilité du réseau d'établissements de soins de santé de base

- Le réseau des ESSB présente une grande disparité en matière de répartition entre régions et au sein d'une même région, entre milieux urbain et rural. Ces disparités sont la conséquence de l'absence de mise en œuvre, faute de textes d'application, d'une carte sanitaire et de schémas régionaux d'offre de soins, pourtant prévus par la loi-cadre 34-09, promulguée en 2011, relative au système de santé et à l'offre de soins.
- L'accès aux ESSB demeure excessivement difficile pour près de 24% de la population, du point de vue géographique. Cette faible accessibilité est aggravée par des problèmes d'offre de transport et de dysfonctionnements du système d'évacuation sanitaire. Il n'est pas rare que des ambulances soient immobilisées pendant des mois, à la suite de problèmes techniques ou en raison de l'insuffisance des dotations en carburant.

Des inégalités persistantes

Inégalités liées au genre

- Les taux de mortalité maternelle et néonatale restent élevés, particulièrement en milieu rural. Cette situation est d'autant plus inacceptable que 92% des décès pourraient être évités. L'analphabétisme plus élevé chez la femme rurale, les barrières culturelles et économiques, l'éloignement des maisons d'accouchement (*Dar Al Oumouma*), sont autant de facteurs persistants d'absence (ou d'insuffisance) de suivi médical pendant la grossesse, et d'accouchement à domicile pour la moitié des femmes en milieu rural.
- Les grossesses chez les adolescentes, principale cause de décès chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, et les avortements en milieu non médicalisé sont également des facteurs importants de mortalité maternelle.
- La violence fondée sur le genre, problème de santé publique de plus en plus alarmant, constitue une atteinte majeure aux droits fondamentaux des femmes. Elle a aussi un impact négatif sur leur santé physique et mentale : le viol et la violence domestique représentent de 5 à 16 % d'années de vie en bonne santé perdues pour les femmes en âge de procréer.

Inégalités affectant les migrants subsahariens

- D'un pays de transit, le Maroc est devenu un pays de destination par défaut pour les migrants subsahariens. Les conditions de vie précaires auxquelles sont contraints la majorité de ces migrants et la violence criminelle et institutionnelle à laquelle ils sont exposés déterminent des besoins médicaux et psychologiques qui ne sont pas pris en charge à l'heure actuelle.

Accès à la prévention et à la promotion de la santé

- Les maladies non transmissibles sont responsables de 75% des décès et leurs conséquences économiques et sociales sont particulièrement lourdes. Alors que leur prévalence est croissante, elles ne font l'objet de quasiment aucune prévention. Pourtant, il est possible d'agir sur certains facteurs de risques : les facteurs comportementaux (consommation de tabac, de substances psychoactives et d'alcool) ; les habitudes alimentaires et les modes de vies qui contribuent à l'obésité, au diabète, à l'hypertension artérielle, aux maladies cardiovasculaires ; les facteurs environnementaux, responsables notamment d'insuffisances respiratoires et de cancers.
- Par ailleurs, la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles n'est pas généralisée, pas plus que celle des déficiences et du handicap.

Accessibilité des médicaments

Les médicaments et les biens médicaux représentent 32% des dépenses totales de santé. La baisse des prix des médicaments, nécessaire au succès de la couverture médicale de base, implique une réforme globale de la politique du médicament.

Des prix des médicaments anormalement élevés

- Les arrêtés qui déterminent les modalités de fixation des prix des médicaments sont obsolètes. Ils contribuent aux prix élevés des médicaments et à l'augmentation de la part des médicaments importés par rapport à ceux fabriqués au Maroc.
- Les marges de distribution sont élevées et ne sont pas dégressives en fonction du prix du médicament.
- A qualité égale, les génériques jouent déjà un rôle essentiel dans la baisse des prix, mais cette baisse pourrait être encore plus importante si des mesures étaient prises pour améliorer leur taux de pénétration, qui n'atteint que 42% au Maroc, contre 70% aux Etats Unis.
- La loi marocaine sur la protection de la propriété industrielle (loi 17-97 modifiée par la loi 31-05) est parmi les plus restrictives et les plus hostiles à l'accès aux médicaments génériques dans les pays en développement. Elle devrait être mise en cohérence avec la politique du ministère de la Santé, favorable aux médicaments génériques.

Un système de stockage et de distribution des médicaments inefficace

- Alors que le secteur privé de distribution des médicaments est bien organisé, déployé sur l'ensemble du territoire, assurant des livraisons quotidiennes, le secteur public est un système centralisé et inefficace comme en témoignent les problèmes de stockage et de conservation, les grandes quantités de médicaments périmés, les retards de livraisons et les ruptures de stocks fréquentes.
- Au niveau des ESSB, les médicaments sont généralement disponibles en quantité insuffisante. Leur gestion est manuelle et approximative. La traçabilité est insuffisante, les livraisons sont espacées, et les ruptures de stock fréquentes.

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

- L'OMS estime que moins de la moitié des patients des pays à revenus faibles et moyens reçoivent des soins de santé primaires conformes aux directives cliniques et aux protocoles thérapeutiques en matière de maladies communes. De même, on estime que la moitié de tous les médicaments sont prescrits, délivrés ou vendus de façon inappropriée. Une étude menée dans la région de Casablanca a confirmé ce constat.
- Le marketing des laboratoires pharmaceutiques, orienté vers la promotion des médicaments les plus récents et les plus chers est un obstacle majeur à la rationalisation des prescriptions.

Les dépenses de santé et leur financement

Les dépenses de santé

- Les dépenses totales de santé représentent 6,2% du PIB marocain, atteignant à peine le seuil de 6% considéré comme étant le minimum requis pour assurer des soins de santé de base.

- La dépense annuelle totale de santé par habitant en 2012 équivalait à 153 dollars américains, alors que la moyenne des pays membres de l'OMS était de 302 dollars. La même année, les dépenses du ministère de la Santé représentaient 4,1% des dépenses du budget général de l'état, alors que l'OMS établit la norme en la matière à 9%.

Les dépenses de santé, prioritairement supportées par les ménages

- Le financement des soins repose encore majoritairement sur le paiement direct par les ménages. La part des dépenses de santé directement prise en charge par les ménages s'élève à 53,6%, soit 802 dirhams par an et par personne, en moyenne. Ce montant ne tient pas compte des frais cachés supplémentaires, liés au transport et à l'hébergement.
- Près de 48,6% de cette somme est consacré à l'achat de médicaments. Les dépenses relatives aux cabinets et cliniques privés comptent pour 38,7% du montant. En effet, la majorité de la population solvable a recours aux structures de soins privées réputées garantir une meilleure qualité des soins.

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

- Les hôpitaux (y compris les CHU) absorbent 47% des crédits alloués par le ministère de la Santé à ses structures, et les ESSB 34%. Contrairement aux hôpitaux, les ESSB ne disposent d'aucune autre source de financement. Le budget alloué aux médicaments est passé de 1,6 milliards de dirhams en 2012 à 2,2 milliards en 2013, et ce afin de couvrir les besoins en médicaments des bénéficiaires du Régime d'assistance médicale (RAMED).
- Cependant, la gratuité indiscriminée des soins et des médicaments au niveau des ESSB, pour tous les patients, y compris ceux qui bénéficient d'une couverture médicale ou d'une situation matérielle satisfaisante, fait supporter à l'Etat une charge budgétaire trop importante pour pouvoir satisfaire la demande de manière adéquate. Il est ainsi paradoxal que les ESSB, bien que constituant la porte d'accès obligatoire des bénéficiaires du RAMED au système de soins, ne bénéficient pas du financement du RAMED.

Les dépenses de l'AMO

- Les soins ambulatoires délivrés dans le secteur privé représentent 69% des dépenses totales engagées par l'Assurance maladie obligatoire (AMO).
- Les affections de longue durée (ALD) ont représenté, en 2012, 51% des dépenses de l'AMO, alors qu'elles n'ont concerné que 3,3% des assurés de ce dispositif. Ces maladies représentent donc le défi majeur auquel est confronté le système de la couverture médicale de base, ce qui milite pour une politique volontariste de prévention et de lutte contre les principaux facteurs de risque des ALD.

La couverture médicale de base : des faiblesses structurelles et des défaillances opérationnelles à corriger

- Le financement de la santé au Maroc repose sur un système de couverture médicale de base qui s'étend de manière progressive depuis sa récente mise en œuvre, mais qui reste insuffisante au vu de la contribution encore élevée des ménages.
- L'extension de la couverture médicale de base aux indépendants apparaît aujourd'hui nécessaire et incontournable, par souci d'équité d'une part et pour consolider le financement du système de santé d'autre part, dans la mesure où une large portion de cette population est solvable.
- La mise en œuvre du RAMED, qui constitue une extension importante de la couverture médicale de base repose sur un financement fondé principalement sur la fiscalité (Etat, collectivités locales). De par la loi, la pérennité de ce financement incombe à l'Etat et aux collectivités locales.

- Cependant, les modalités de gestion du RAMED sont défailtantes à plusieurs niveaux : pilotage insuffisant, accès aux soins insatisfaisant, règles d'éligibilité difficilement lisibles, etc. Il est donc urgent de prendre des mesures correctives afin d'assurer une gestion optimale des ressources financières allouées à ce dispositif.
- La gratuité des soins semble aller de pair avec une prise en charge non satisfaisante des patients, alors qu'elle ne devrait nullement affecter la qualité de la prise en charge.

Recommandations

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

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

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

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

Recommandations d'ordre général

- Elaborer une politique nationale de santé s'inscrivant dans une politique nationale de développement humain, ciblant en priorité les régions défavorisées, le monde rural et les populations pauvres ou vulnérables, agissant sur les déterminants de la santé (éducation, accès à l'eau potable, etc.) dans le cadre d'une convergence des interventions sectorielles, intégrant les secteurs privés à but lucratif et non lucratif et s'appuyant sur des approches communautaires.
- Affirmer et rendre effective la régionalisation comme principe fondamental de planification, d'organisation et de gestion des services de santé, en transférant aux directeurs régionaux les compétences humaines et les moyens financiers nécessaires.
- Déconcentrer vers le niveau provincial et local toutes les fonctions liées à la gestion opérationnelle des ESSB, à savoir la gestion des ressources humaines, la gestion des médicaments et des biens médicaux, la maintenance et l'entretien de l'équipement, l'élaboration et l'exécution des budgets, le suivi-évaluation, la communication et l'information.
- A partir de la politique nationale de santé, décliner une stratégie sectorielle de partenariat public-privé et mettre en place le cadre réglementaire et légal approprié, ainsi que les mécanismes de régulation et les outils de suivi et d'évaluation.
- Dédier au secteur privé une direction centrale au niveau du ministère de la Santé, qui serait chargée de définir une stratégie sectorielle du partenariat public-privé et son cadre réglementaire et légal, et d'élaborer les outils de régulation et de suivi-évaluation.

Améliorer l'accès aux soins de santé de base

Réorganiser le réseau de soins de santé de base

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

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

- Réduire de façon significative la mortalité maternelle et néonatale : en améliorant l'accès au suivi de la grossesse et à la prise en charge de l'accouchement ; en affectant aux ESSB un personnel qualifié en nombre suffisant ; en améliorant le cadre médico-légal de l'interruption de grossesse et en abrogeant l'article 20 du Code de la famille habilitant le juge à autoriser un mariage avant l'âge légal.
- Adopter une loi-cadre contre toutes les formes de violence à l'égard des femmes, y compris la violence conjugale.
- Assurer l'accès des personnes en situation de handicap aux soins de santé de base conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées ratifiée par le Maroc en 2009.
- Permettre l'accès des migrants en situation irrégulière aux soins de santé de base, en application des engagements internationaux du Maroc en matière de droits humains.

Mettre en place des stratégies intersectorielles de prévention

- Tenir compte de la nécessaire transversalité de la prévention des maladies non transmissibles, des déficiences et du handicap, en élaborant des stratégies intersectorielles de prévention faisant intervenir le ministère de la Santé, de nombreux départements ministériels, l'industrie agroalimentaire, les bureaux d'hygiène, les médias et des associations ; en élaborant un « Plan national santé environnement ».

- Mettre en application le Plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, adopté par le Maroc à l'Assemblée mondiale de la Santé de 2013, qui comprend un ensemble de mesures pour promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique.
- Accélérer le processus d'extension de la couverture sanitaire à l'ensemble des travailleurs ; renforcer les mesures de prévention et de sécurité au travail ; encourager la formation de médecins du travail.

Améliorer l'accès aux médicaments

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

Investir massivement dans les ressources humaines

Régionaliser et augmenter les capacités de formation et de recrutement

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

- Créer chaque année des postes budgétaires, en nombre suffisant, pour répondre aux besoins en personnel de santé du secteur public.

Adapter les formations aux besoins des soins de santé de base

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

Motiver et retenir les personnels de santé

- Mettre en place des mesures incitatives pour assurer la disponibilité et la stabilité du personnel soignant dans les zones défavorisées : en mettant à disposition des logements ; en prenant en charge les frais de déplacements ; en revalorisant les primes d'éloignement et de zones ; et en assurant la sécurité du personnel. Les collectivités locales pourraient contribuer à la concrétisation de ces mesures.
- Décharger les médecins et les infirmiers des tâches administratives pour leur permettre de se consacrer aux activités de soins, de prévention et d'éducation sanitaire et ce, en recrutant des cadres intermédiaires parmi les lauréats des divers Instituts de techniques appliquées (ITA) et en les affectant, dans un premier temps, dans les centres de santé des grandes agglomérations urbaines et rurales.
- Affecter, pour une période d'un an, tous les médecins généralistes nouvellement recrutés par le ministère de la Santé dans les centres de santé des zones défavorisées.
- Elaborer une stratégie nationale de gestion des ressources humaines avec un référentiel des emplois et des compétences et réviser en profondeur le statut des médecins du secteur public afin de le rendre attrayant et de retenir les médecins généralistes dans les ESSB.

Prévenir et lutter contre la corruption

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

Consolider les mécanismes de financement

- Développer les capacités de financement des soins de santé de base en affectant principalement les ressources financières du RAMED à ces soins, et en facturant les soins à tous les assurés.
- Intégrer le financement des ESSB au dispositif de la couverture médicale de base (CMB), afin d'augmenter leurs capacités de développement.
- Appliquer la loi en plaçant l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) sous la tutelle du Chef du Gouvernement afin de lui permettre de jouer pleinement, et de manière autonome, son rôle de régulation et d'encadrement du système de couverture médicale de base.
- Mettre en place une structure de gestion du RAMED indépendante du ministère de la Santé, sous le contrôle de l'ANAM, afin de garantir un pilotage performant en harmonie avec le régime AMO.
- Etendre l'AMO aux étudiants et aux Indépendants en les rattachant à un organisme gestionnaire indépendant qui ne soit pas une mutuelle professionnelle.
- Mettre en place les procédures d'application des dispositions de l'article 118 de la loi 65-00 concernant la population éligible de droit au RAMED : les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, hospices ou établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou des adultes sans famille ; les personnes des établissements pénitentiaires et les personnes sans domicile fixe. S'ajoutent à toutes ces catégories, les personnes dans l'impossibilité de fournir un certificat de résidence et qui sont souvent très vulnérables sur le plan social.
- Envisager à moyen terme la fusion des organismes gestionnaires de l'AMO dans une caisse unique, et y adjoindre à plus long terme le RAMED.

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) 5 38 01 03 00 Fax +212 (0) 5 38 01 03 50
Email : contact@cese.ma