

Avis

du Conseil Economique, Social et Environnemental

**Améliorer la prise en charge des urgences médicales
pour préserver et sauver des vies et contribuer
à assurer des soins de qualité pour tous**

Auto-saisine n°68/2023

Avis

du Conseil Economique, Social et Environnemental

Améliorer la prise en charge des urgences médicales pour préserver et sauver des vies et contribuer à assurer des soins de qualité pour tous

Président de la Commission : M. Abelhaj Bessa
Rapporteur de la thématique : M. Jaouad Chouaib
Experts internes du CESE : Nadia Sebti et Mohamed El Khamlichi

Auto-saisine n°68/2023

Conformément à l'article 6 de la loi organique N°128-12 relative à son organisation et à son fonctionnement, le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) s'est autosaisi, aux fins de préparer un avis au sujet de la prise en charge des urgences médicales au Maroc.

Le Bureau du Conseil a confié à la commission permanente chargée des affaires sociales et de la solidarité¹ son élaboration.

Lors de sa 144^{ème} Session ordinaire tenue le 30 mars 2023, l'Assemblée Générale du Conseil Economique, Social et Environnemental a adopté à l'unanimité l'avis sous l'intitulé : « *Améliorer la prise en charge des urgences médicales pour préserver et sauver des vies et contribuer à assurer des soins de qualité pour tous* ».

Elaboré sur la base d'une approche participative, le présent avis est le résultat d'un large débat entre les différentes catégories qui composent le Conseil, des auditions organisées avec les principaux acteurs concernés² et des visites terrains effectuées au CHU Ibn Sina de Rabat, à l'hôpital régional Mohammed V et l'hôpital Aicha de Safi. Il s'est également basé sur une consultation lancée sur la plateforme digitale de participation citoyenne du CESE « ouchariko.ma »³.

1 - Annexe 3 : Liste des membres de la commission chargée des affaires sociales et de la solidarité

2 - Annexe 1: Liste des acteurs auditionnés

3 - Annexe 2 : Résultats de la consultation lancée sur la plateforme de participation citoyenne du CESE sur les urgences médicales

Liste des acronymes

| | |
|-------|--|
| ANSAM | : Association nationale des services d'ambulances et d'assistance médicale |
| AMO | : Assurance maladie obligatoire |
| ANAM | : Agence Nationale de l'Assurance Maladie |
| ANCP | : Association Nationale des Cliniques Privée du Maroc |
| ARM | : Assistant à la régulation médicale |
| AVP | : Accident de la voie publique |
| BO | : Bulletin officiel |
| DGPC | : Direction générale de la protection civile |
| CESU | : Centres d'enseignement des soins d'urgences |
| CHU | : Centre hospitalier universitaire |
| CMI | : Classification internationale des maladies |
| CNOM | : Conseil national de l'Ordre de médecins |
| CNOPS | : Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale |
| CNSS | : Caisse nationale de sécurité sociale |
| CRAM | : Centre de régulation et d'aide médicale |
| DIU | : Diplôme interuniversitaire |
| GST | : Groupe sanitaire territorial |
| MSPS | : Ministère de la santé et la protection sociale |
| MTS | : Manchester Triage System |
| NGAP | : Nomenclature générale des actes professionnels |
| OD | : Objectifs de développement durable |
| OMS | : Organisation mondiale de la santé |
| PPP | : Partenariat public-privé |
| RISUM | : Réseau Intégré de Soins d'Urgence Médicale |

| | |
|-------|--|
| SAMU | : Service d'assistance médical urgente |
| SAP | : Secours à personne |
| SDIS | : Service départemental d'incendie et de secours |
| SEGMA | : Service de l'Etat Géré de Manière Autonome |
| SGG | : Secrétariat général du gouvernement |
| SMMU | : Société marocaine de médecine d'urgence |
| SMUR | : Structures mobiles d'urgence et de réanimation |
| TNR | : Tarification nationale de référence |
| UMHB | : Urgences médico-hospitalière de base |
| UMHC | : Urgences médico-hospitalières complètes |
| UMHS | : Urgences médico-hospitalières spécialisées |
| UMP2 | : Urgences Médicales de Proximité de niveau 2 |
| USA | : Etats-Unis d'Amérique |

Synthèse

Le présent avis du CESE analyse, de manière circonstanciée et objective, l'état actuel du système des urgences médicales dans notre pays. Le Conseil qui accorde, de plus en plus, une attention particulière à des thématiques intrinsèquement liées au bien-être des citoyen(ne)s, propose des recommandations à même d'améliorer la prise en charge des urgences médicales pour préserver et sauver des vies humaines et contribuer à assurer des soins de qualité pour tous

La filière de prise en charge des urgences médicales est une composante essentielle de tout système de santé avec comme finalité ultime la sauvegarde du droit à la vie. La qualité de cette prise en charge constitue également une exigence cruciale pour organiser, comme l'ambitionne notre pays, des événements de portée internationale, stimuler le développement du secteur touristique, attirer les investissements étrangers, etc.

En dépit des efforts déployés par notre pays durant ces 20 dernières années (création d'une spécialité de médecine d'urgence, restructuration des services d'urgence en réseaux, mise en place du SAMU—*service d'aide médicale d'urgence*, etc.), la qualité de prise en charge des urgences médicales reste bien en-deçà des attentes des citoyens et des standards internationaux. Divers déficits et fragilités ayant trait notamment au système de gouvernance d'ensemble de la filière des urgences médicales ont été relevés, parmi lesquels il convient de souligner :

- **Des insuffisances en matière de régulation médicale**, mission assignée depuis 2011 au SAMU. Elle consiste à assurer une permanence de l'écoute médicale, orienter le patient, initier l'intervention la plus appropriée et coordonner, le cas échéant, le transport vers une structure de soins. Il demeure que **ce dispositif est encore peu connu, non-encore déployé à ce jour dans trois régions**, limité en capacités humaines et logistiques **et acheminant exclusivement les patients vers les structures relevant de la santé publique**.
- **Des carences patentées au niveau du transport sanitaire public et privé** pouvant parfois aggraver l'état de la personne secourue. De surcroît, le ramassage des accidentés de la voie publique est réservé, en vertu d'une circulaire ministérielle datant de 1956, exclusivement aux services relevant de la protection civile. Il n'est ainsi pas permis, selon cette réglementation, aux ambulances du SMUR (*structure mobile d'urgence et de réanimation*) d'intervenir sachant qu'elles sont les mieux outillées pour le transport en particulier des polytraumatisés.
- **Une coordination très limitée et non-systématisée** entre les services de la protection civile, les CHU et hôpitaux provinciaux, les cliniques privées et les collectivités territoriales, notamment en matière de prise en charge pré-hospitalière.
- **L'absence de normes opposables aux secteurs public et privé** concernant l'organisation des services hospitaliers d'urgence, les bâtiments, les équipements, etc.
- **La sur-sollicitation des services d'urgence dans le secteur public** résultant de divers dysfonctionnements tels que l'insuffisance de coordination dans les parcours de soins, la prédominance des urgences ressenties (64% des cas), etc.

- **La pénurie en personnel médical ou paramédical qualifié et spécialisé** (seuls 29 médecins spécialistes formés dans cette discipline depuis sa création). Il est fréquemment constaté que les services d'accueil des urgences sont gérés par un personnel non-qualifié et/ou en cours de formation (médecins internes).
- **Le manque d'information et de formation du citoyen** quant aux gestes de premiers secours ainsi que **sur les équipements et accessoires de premiers soins** (armoires à pharmacie, trousse de secours, défibrillateurs, *etc.*).

Partant de ce diagnostic, le CESE préconise une série de recommandations pour disposer d'une filière de prise en charge des urgences médicales garantissant des soins sûrs, dispensés de manière opportune, efficace, efficiente, équitable et centrée sur le patient, conformément aux six critères qualitatifs de l'OMS. Parmi ces recommandations, il est permis de mettre en exergue les plus importantes, à savoir :

- **Renforcer la coopération et la contractualisation** entre le SAMU, la protection civile, les CHU et hôpitaux provinciaux, les cliniques privées et les collectivités territoriales en matière d'organisation du ramassage, de transport, de formation, de simulations de catastrophes, d'élaboration et de mise en œuvre de projets d'infrastructures de secours.
- **Doter le SAMU de moyens logistiques, humains et financiers, étendre sa mission et son champ d'intervention pour inclure les secours sur la voie publique**, en étroite coordination avec la protection civile, et rendre possible **le transfert des patients vers les établissements du secteur privé**. Le SAMU devrait constituer **l'interlocuteur unique** de toute personne en situation d'urgence médicale pour l'orienter vers le circuit médical, public ou privé, le plus proche et le mieux adapté.
- **Exploiter pleinement le potentiel actuel des outils numériques** dans la régulation et l'organisation de la prise en charge médicale des urgences (télé-consultation, télé-conseil, *etc.*).
- **Mettre en place une réglementation spécifique en vue de structurer le secteur du transport sanitaire** et inciter les ambulanciers à se regrouper en coopératives de petites entreprises privées et favoriser leur développement en moyennes et grandes entreprises.
- **Élaborer des cahiers de charges qui constitueraient un référentiel normatif opposable aux secteurs public et privé** concernant les bâtiments, les équipements, les personnels et l'organisation des services hospitaliers d'urgence.
- **Assurer une prise en charge du transport sanitaire privé par l'AMO et élargir le mode « tiers-payant » aux soins ambulatoires** de manière à éviter à l'assuré d'avancer la totalité des frais y afférents.
- **Développer et valoriser les ressources humaines affectées aux services d'urgence** à travers notamment, la promotion de la formation spécialisée en urgentologie et la reconnaissance de la pénibilité du travail, en veillant à mettre en place des leviers de motivation (revalorisations salariales, indemnités spéciales, *etc.*).

- **Imposer aux administrations et aux établissements accueillant du public l'obligation de mise en place des équipements de premiers secours, notamment les défibrillateurs**, en s'assurant que des personnes bien identifiées soient formées à l'utilisation adéquate, en cas d'urgence, desdits équipements.
- **Informers, sensibiliser et former la population sur une conduite standardisée et systématique à tenir en cas d'urgence** et sur les gestes de premiers secours.

Cet avis, élaboré sur la base d'une approche participative avec l'ensemble des parties prenantes, est le résultat d'un large débat entre les différentes catégories qui composent le Conseil. Il s'est enrichi également par les résultats et enseignements de la consultation citoyenne lancée à ce sujet. Le nombre d'interactions a atteint 79 233 dont 621 répondants à la consultation lancée sur la plateforme digitale « *Ouchariko* ». Les principaux résultats de la consultation font ressortir que :

- Presque tous les répondants (93%) ont eu recours au système de prise en charge des urgences médicales.
- Seuls 20% des répondants indiquent le SAMU comme service à contacter pour une urgence médicale.
- La majorité des répondants (88%) ont utilisé un moyen de transport personnel (voiture ou transport public) pour se rendre à l'hôpital en cas d'urgence. Seuls 22% ont utilisé une ambulance. Parmi ces derniers, 78% ont utilisé une ambulance relevant du secteur public et 80% d'entre eux ont rapporté que l'ambulance était non-médicalisée.
- Concernant l'attente aux services des urgences, la prise en charge a été immédiate pour 12% des répondants. Dans plus de la moitié des cas la prise en charge a été opérée dans l'heure qui suit. L'attente a pu toutefois dépasser les 4 heures dans 12% des cas.
- Les répondants expriment une insatisfaction majeure envers le système d'urgence. A ce titre, ils indiquent avoir été confronté à un manque de médicaments ou de fourniture médicale (82%), une panne de matériel médical (81%) et une absence de médecin (74%).
- Les participants ont également signalé des problèmes de corruption et de discrimination (58% en fonction de la condition sociale des patients admis).

Introduction

La filière de prise en charge des urgences médicales est une composante essentielle de tout système de santé avec comme finalité ultime la sauvegarde du droit à la vie. La qualité de cette prise en charge constitue également une exigence cruciale pour organiser, comme l'ambitionne notre pays, des événements de portée internationale⁴, stimuler le développement du secteur touristique, attirer les investissements étrangers, etc.

Par ailleurs, les services d'urgences hospitalières sont une porte d'entrée importante du système de soins hospitaliers. En effet, au Maroc, 25% des hospitalisations et près de 47% des cas opérés en 2021 ont été effectués à partir des services des urgences⁵.

Le système des urgences nécessite des ressources techniques et financières conséquentes, des compétences professionnelles et humaines élevées, des interventions multidisciplinaires et intersectorielles coordonnées, ainsi que des capacités organisationnelles adaptées à la géographie, la démographie, l'épidémiologie et aux conditions socio-culturelles d'un territoire.

Encadré 1 : la notion d'urgence

En langage courant, le terme les « urgences » fait référence d'une part aux services intra-hospitaliers (publics ou privés, ouverts 24h/24) assurant une « permanence » médicale et d'autre part à une situation que la personne concernée ou des proches jugent urgente. En langage médical, le terme fait référence à une situation qui requiert une intervention médicale immédiate ou rapide, afin de secourir une personne dont le pronostic vital ou fonctionnel est susceptible d'être engagé. L'urgence médicale relève ainsi nécessairement **d'une décision médicale** et répond à des critères précis qui permettent de la définir.

L'organisation de la filière des urgences médicales doit conduire à des soins répondant aux six critères qualitatifs de l'OMS. Ils doivent être :

1. **Sûrs**: éviter tout préjudice aux patients lié aux soins destinés à les aider.
2. **Délivrés en temps opportun**: réduire les attentes et les retards parfois préjudiciables pour les personnes qui reçoivent et ceux qui donnent des soins.
3. **Efficaces** : fournir le niveau de services en adéquation avec les connaissances scientifiques.
4. **Efficients** : éviter les pertes de temps et le gaspillage d'équipements, de fournitures, d'idées et d'énergie.
5. **Equitables** : fournir des soins dont la qualité ne varie pas selon des caractéristiques personnelles.
6. **Centrés sur le patient** : fournir des soins respectueux de chaque patient et adaptés à sa situation.

4 - <https://www.hospihub.com/actualites/plus-de-51-800-patients-pris-en-charge-pendant-la-coupe-du-monde-2022-au-qatar>: plus de 51 800 patients pris en charge pendant la Coupe du monde 2022 au Qatar.

5 - Audition du ministère de la santé et de la protection Sociale, tenue le 19 avril 2022 au CESE

Depuis 2005, les pouvoirs publics ont successivement mis en place plusieurs stratégies et plans visant à mettre à niveau le système de prise en charge des urgences médicales. En dépit de ces initiatives, les résultats sont peu perceptibles, et l'utilisateur reste confronté aux conséquences des déficiences structurelles du système de santé en général, y compris la filière de prise en charge des urgences médicales⁶. Ainsi, la problématique de la gouvernance, la pénurie des ressources humaines qualifiées, la faiblesse des moyens financiers et matériels, la quasi-absence de partenariats public-privé et les coûts des soins sont autant de facteurs qui pèsent sur la performance de la filière de prise en charge des urgences médicales et qui ont été mis en exergue dans les travaux du CESE relatifs à l'accès équitable et généralisée aux soins de santé de base, au projet de loi n°131-13 relatif à l'exercice de la médecine, à la protection sociale et plus récemment à la santé mentale.

Cet avis, qui vient enrichir les travaux du CESE dans ce domaine, revêt une importance capitale, notamment avec l'entrée en vigueur de la généralisation de l'assurance maladie obligatoire. Cette réforme, visant à garantir l'égalité d'accès aux soins de santé pour tous les citoyens, ne manquera pas d'exercer une pression accrue sur les services de santé, et plus particulièrement sur les services des urgences médicales déjà fortement sollicités, accueillant chaque année plus de six millions de patients aux urgences hospitalières publiques⁷.

Le Conseil Économique, Social et Environnemental s'est autosaisi de ce sujet en visant deux objectifs majeurs :

1. Analyser la situation des urgences médicales et identifier les principales contraintes qui pèsent sur ce système ;
2. Proposer des recommandations pour disposer d'une filière de prise en charge des urgences médicales délivrant des soins sûrs, en temps opportun, efficaces, efficients, équitables et centrés sur le patient, conformément aux six critères qualitatifs de l'OMS.

I. La filière de prise en charge des urgences médicales au Maroc : un diagnostic préoccupant

L'organisation de la prise en charge des urgences médicales repose classiquement sur 3 dispositifs :

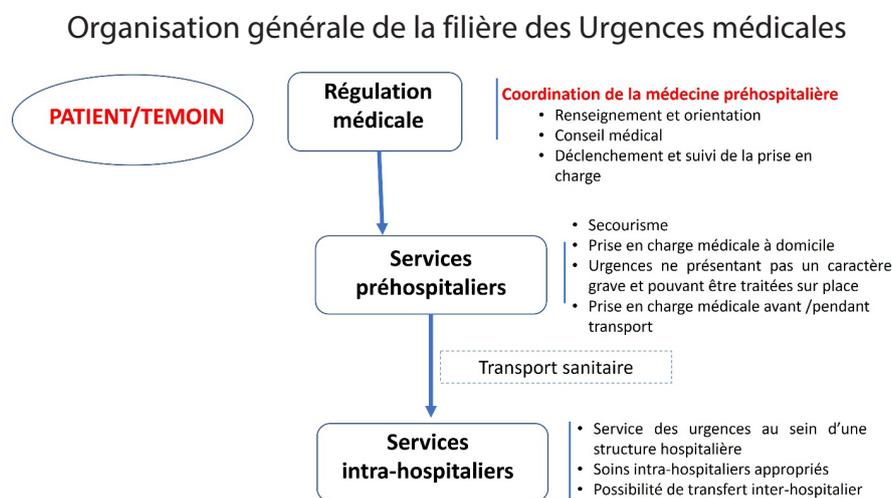
- a) un dispositif de régulation centralisé et médicalisé, disponible 24h/24, dédié à l'orientation médicale et au déclenchement, à la coordination et au suivi des actions à mener.
- b) un dispositif extrahospitalier ou préhospitalier, dont la mission est d'aller vers la personne en détresse pour évaluer sa situation médicale et lui apporter les premiers secours et soins. La personne, selon sa situation médicale, sera soit traitée à domicile, soit transportée de **manière adéquate** vers l'établissement de soins le plus approprié et dans des délais les plus courts possibles. Ce service est assuré au Maroc par la protection civile lorsqu'il s'agit de blessés sur la voie publique et par les ambulances du SMUR relevant du SAMU et d'entreprises privées dans les autres cas.

6 - Société marocaine de médecine d'urgence (SMMU) : Livre blanc de la médecine d'urgence au Maroc, 2020.

7 - Ministère de la Santé « cadre référentiel : structures des urgences », Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires, 2020, page 13.

- c) Un dispositif hospitalier, les « services des urgences » dont la mission est de prendre en charge les personnes présentant une urgence, 24h/24 et 7j/7. Pour assurer cette mission, ces services s'organisent de manière à trier une première fois rapidement les patients au niveau de l'accueil, selon la nature et la gravité de leur cas, puis à les orienter vers le circuit adapté à leur situation clinique. Le triage et l'orientation seront affinés par le(s) médecin(s) au fur et à mesure des résultats des examens complémentaires réalisés. En fin de parcours, le patient sera soit hospitalisé, soit transféré vers un autre établissement spécialisé, soit renvoyé chez lui.

Certains services d'urgence intra-hospitaliers sont spécialisés: urgences traumatologiques, urgences neurologiques, urgences cardiologiques, urgences ophtalmologiques, urgences obstétricales, urgences psychiatriques, etc.



Au Maroc, l'analyse de la gouvernance, des trois dispositifs organisationnels et du fonctionnement de la filière de prise en charge des urgences médicales (régulation médicale, services préhospitaliers et hospitaliers) ainsi que de l'accès financier aux soins d'urgence, font ressortir l'existence d'importantes insuffisances et dysfonctionnements alertant sur la situation préoccupante de cette filière.

A. En matière de gouvernance

Une indigence en matière de données statistiques nationales, consolidées, fiables et disponibles concernant la situation épidémiologique et l'activité des urgences médicales

Le département en charge de la santé et de la protection sociale ne dispose que de chiffres concernant l'activité du secteur public. D'après ledit département, il est très probable que ces chiffres soient largement sous-estimés, en raison du système d'information qui repose encore sur des registres manuellement renseignés⁸.

8 - Audition du MSPS par le CESE, le 14/09/2022.

Il y a lieu notamment de noter qu'un effort d'informatisation du système d'information a été récemment entrepris mais qui ne couvre à date que la composante facturation des prestations. L'information médicale n'a pas encore été déployée⁹. A signaler, en outre, que le département ne dispose pas non plus de données concernant l'épidémiologie nationale des urgences médicales.

La faible territorialisation, dans les faits, de la filière des urgences

La filière des urgences médicales est, à l'image de la politique de santé, dans les faits, faiblement territorialisée. Ainsi et en dépit des efforts de déconcentration effectués avec la mise en place des directions régionales de la santé, celle-ci n'a pas été accompagnée par un transfert suffisant de moyens et de compétences¹⁰. Selon plusieurs études¹¹ ayant traité du sujet, dont celles réalisées dans le cadre du rapport du NMD, « la gouvernance est centralisée, n'accorde pas une autonomie de gestion aux régions et aux hôpitaux et ne permet pas de les responsabiliser sur leurs performances »¹².

La loi-cadre 06-22 relative au système national de santé envisage de créer des groupements sanitaires territoriaux (GST) pour pallier la faible territorialisation de l'offre de soins et donner une nouvelle impulsion à la politique régionale de santé. Elle est présentée par le département en charge de la santé et de la protection sociale comme une disposition phare de cette loi et un changement profond en matière de gouvernance¹³. Cette loi-cadre, ainsi que plusieurs projets de loi¹⁴, n'auraient fait l'objet, d'après les acteurs auditionnés par le CESE, d'aucune concertation préalable avec les partenaires sociaux.

L'absence d'inclusion du secteur de soins privé et le faible développement des partenariats public-privé

A l'exception de l'expérience réussie des centres d'hémodialyse, le partenariat public-privé n'a pas connu de développement significatif.

Globalement, le secteur privé n'est pas intégré au système territorial de prise en charge des urgences médicales, ni dans sa composante préhospitalière, ni dans sa composante hospitalière.

Les cliniques privées assurent des services d'urgence de niveaux différents, en fonction de leur profil et suivant leurs propres modalités, en l'absence de cahier des charges précis.

9 - Visite de l'Hôpital provincial Mohammed V de Safi le 3 novembre 2022.

10 - Selon les termes de l'arrêté ministériel n°1363.11 du 16 mai 2011 relatif aux attributions et à l'organisation des services déconcentrés du ministère de la santé, la direction régionale a surtout un rôle de coordination et de planification stratégique.

11 - CHAGAR H. et EL BOUHALI H. (2021) « Modèle de régionalisation sanitaire réussie : Cas du Maroc », Revue française d'économie et de gestion « volume 2 : numéro 8 » pp : 150 – 177.

12 - Commission Spéciale sur le Nouveau Modèle de Développement, « recueil des notes thématiques des paris et projets du Nouveau Modèle de Développement », annexe 2, « Santé et bien-être » page 114.

13 - Selon le projet de loi 08-22, ces établissements publics sont des personnes morales jouissant d'une autonomie financière, sous tutelle de l'Etat et sous contrôle financier de l'Etat, chargés de l'exécution de la politique de l'État en matière de santé au niveau régional. Chaque GST inclut tous les établissements sanitaires publics du territoire qui dépend d'elle.

14 - Il s'agit notamment des : projet de loi portant création des Groupes sanitaires territoriaux (08-22), projet de loi portant création de la Haute autorité de santé (07-22), projet de loi relatif aux garanties essentielles accordées aux ressources humaines des métiers de la santé (09-22).

B. En matière de régulation médicale

Avant d'aborder le sujet de la régulation médicale proprement dite, il est important de faire une mise au point sur le premier maillon de la « chaîne de survie » qui est la personne en détresse ou le témoin qui déclenche le processus.

1. Un(e) citoyen(ne) peu informé(e) et formé(e) au secourisme¹⁵

D'un point de vue pratique, le secours relève d'abord des actions entreprise par les personnes victimes ou témoins, en attendant l'intervention des équipes professionnelles de secours. A titre d'exemple, selon la fédération française de cardiologie, quatre victimes sur cinq ayant survécu à un accident cardiaque ont bénéficié de gestes simples pratiqués par un témoin¹⁶.

Le(a) citoyen(ne) est une composante souvent occultée et invisible dans l'analyse de la filière. Pourtant, c'est au (a) citoyen(ne) témoin ou victime qu'il revient en premier lieu de prendre la meilleure décision possible en matière d'alerte et de gestes de premiers secours, le temps étant souvent compté, l'urgence médicale se présentant à n'importe quel moment et à n'importe quel endroit¹⁷.

Le (la) citoyen(ne) marocain(e) est généralement peu informé(e), voire pas du tout préparé(e) à réagir de manière adéquate à une urgence médicale¹⁸.

Plusieurs pays ont entrepris des initiatives visant la formation de la population à la pratique des gestes de premiers secours. De la sorte, le citoyen joue un rôle actif et utile au tout début de la chaîne de prise en charge de l'urgence médicale, dans l'attente qu'un personnel médical qualifié prenne le relai.

Encadré n°2 : Le statut de citoyen-sauveteur

En France, la loi n° 2020-840 du 3 juillet 2020 a créé le statut de citoyen-sauveteur. Selon le texte, est citoyen sauveteur « toute personne portant assistance de manière bénévole à une personne en situation apparente de péril grave et imminent ». Le statut de citoyen-sauveteur libère de toute responsabilité civile si les gestes pratiqués s'avèrent inefficaces ou s'ils causent un préjudice à la victime (sauf en cas de faute lourde ou intentionnelle). La loi prévoit aussi une meilleure sensibilisation des citoyens aux gestes de premiers secours, ainsi que l'apprentissage de ces gestes dans le cadre scolaire.

Quant à l'Ecosse, elle se veut un « pays de sauveteurs », avec une formation systématique des citoyens aux premiers secours.

15 - Le terme de secourisme désigne l'ensemble des méthodes pratiques de sauvetage et des techniques thérapeutiques (gestes d'urgence) mises en œuvre pour porter assistance à des personnes en danger et leur dispenser les premiers soins.

16 - Fédération française de cardiologie, « Arrêt Cardiaque, 1 vie = 3 gestes », https://fedecardio-acvr.org/wp-content/uploads/2022/01/FFC_Brochure_GQS_2022.pdf.

17 - Dans sa préface de l'ouvrage « Le secourisme et les gestes élémentaires de survie », de Houcine Khaldi, paru en 2007, l'ancien ministre de la Santé, M. Mohamed Cheikh BIADILLAH, affirmait « Aujourd'hui, il est largement admis que les gestes de sauvetage et de secourisme doivent être prodigués sur les lieux même de l'accident avant même l'intervention des équipes spécialisées de secours. Un grand nombre de décès pourrait être ainsi évité si les témoins étaient formés à intervenir en attendant l'intervention des secours médicalisés. Toutes les études montrent que le pronostic vital est étroitement lié à la rapidité de l'alerte et à l'efficacité des actions entreprises avant l'arrivée des secours spécialisés. »

18 - Constat avancé par la Société marocaine de médecine d'urgence lors de son audition par le CESE, le 21/09/2022.

Par ailleurs, le ou la citoyen(ne) a également une part de responsabilité dans l'engorgement des services d'urgences. C'est le cas notamment, lorsqu'il sollicite de manière indue les services d'urgence, conçus et dimensionnés (espaces et personnels) pour gérer les « urgences médicalement avérées » et non ce qu'il (elle) définit lui-même comme étant une urgence¹⁹. De cette situation résulte de nombreuses tensions et violences tant verbales que physiques au sein des services des urgences.

Enfin, les citoyen(nes) peuvent, parfois, entraver l'action de secours par des comportements préjudiciables²⁰ tels :

- le non-respect de la priorité des ambulances sur la route ;
- l'utilisation non-réglementaire de la voie d'urgence sur les autoroutes ;
- l'ingérence intempestive sur les lieux d'accidents qui empêche le personnel opérationnel d'effectuer correctement leurs gestes de secours à personne.

2. Une régulation médicale non-unifiée et inaboutie

A ce jour dans notre pays, il n'existe pas de numéro d'appel unique auquel le citoyen peut recourir dans le cas de survenue d'une urgence médicale. Plusieurs entités peuvent être sollicitées en fonction du lieu et de la nature de l'urgence, ainsi que de la situation socio-économique du patient.

Les services relevant de la direction générale de la protection civile sont seuls habilités à intervenir pour le ramassage et l'évacuation des blessés et accidentés de la voie publique. Le **numéro 15** est le numéro de téléphone national pour solliciter l'intervention des services de la protection civile.

Le département en charge de la santé et de la protection sociale a mis en place à partir de 2011, un système de régulation médicale, le « Service d'aide médicale urgente » (SAMU), à joindre sur un **numéro national, le 141**. Le SAMU est le centre régulateur du réseau intégré du soin d'urgence médicale (RISUM) du secteur public uniquement. C'est un service hospitalier rattaché à un centre hospitalier universitaire ou à défaut à un centre hospitalier régional²¹. La régulation médicale, assurée par le SAMU, a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée à chaque cas d'urgence. Ce service garantit une écoute médicale permanente, oriente le patient, déclenche la réponse la mieux adaptée, organise si nécessaire le transport dans une structure de soins, tout en veillant à l'admission du patient dans une structure de soins. Il s'acquitte de ses fonctions à travers le centre de réception et de régulation des appels médicaux (CRAM) et des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) qui sont placés sous sa responsabilité. Il comprend également le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) qui assure la formation initiale et continue en matière de gestes et de soins d'urgence aux profits des personnes opérant dans le secteur des urgences²².

19 - En répondant à une question orale à la Chambre des Conseillers, le 04 janvier 2023, le ministre de la Santé et de la Protection sociale, Khalid Ait Taleb a indiqué que « 80% des prestations de soins non urgentes sont dispensées par les services d'urgences aux hôpitaux, affirmant que les unités de proximité et les centres de santé ne fonctionnent pas selon le même mode pour recevoir les patients qui affluent aux urgences et provoquent de l'encombrement ».

20 - Audition de la direction générale de la protection civile (DGPC)

21 - 9 SAMU sont fonctionnels, chacun des 5 CHU a son propre SAMU, les 4 autres sont du ressort des Directions régionales de la santé.

22 - Ministère de la Santé, Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires, « Cadre référentiel des structures des urgences », 2020.

D'après le département, les SAMU ont reçu en 2020, environ 1.500.000 d'appels via le numéro d'appel « 141 » dont 850.000 appels concernant des cas Covid-19.

Il est manifeste que l'opérationnalisation du SAMU rencontre toujours des difficultés dans les régions dotées de ce dispositif de régulation médicale. C'est un dispositif encore trop peu connu. De plus, il n'est pas à ce jour déployé au niveau de trois régions : Guelmim Oued Noun, Draa Tafilalet, Dakhla Oued Eddahab et limité aussi bien, en capacités humaines²³, qu'en moyens logistiques. Selon la société marocaine de médecine d'urgence²⁴ (SMMU), plusieurs contraintes pèsent sur ce dispositif :

- l'absence d'assistants à la régulation médicale (ARM), dont le rôle est de répondre en premier aux appels et de faire le premier recueil d'informations avant de les transférer aux médecins régulateurs du SAMU;
- la non-mise à disposition d'un logiciel informatique pour l'enregistrement des demandes et la facilitation de l'exploitation des données ;
- l'absence de protocoles de régulation basés sur la situation des ressources humaines et matérielles de chaque région au niveau des différentes spécialités ;
- l'absence de répertoire régional des ressources humaines actualisé en fonction des nouvelles affectations, des mutations et des départs à la retraite ;
- l'absence d'audit des dossiers de régulation qui posent problème ;
- l'absence d'information en temps réel des lits d'hospitalisation disponibles dans les hôpitaux ;
- le manque d'adaptation des salles de régulation (absence d'insonorisation, de casques mobiles et de système d'enregistrement à grande capacité).

Réponses des participants sur « ouchariko »

20% uniquement des répondants estiment connaître le SAMU et seulement 10% déclarent avoir fait appel à lui.

Encadré n°3 : le SAMU en France

L'ensemble de l'organisation française de l'Aide Médicale Urgente repose sur les SAMU dont la mission principale est d'assurer la coordination de la médecine préhospitalière. Le SAMU est joignable en composant un numéro unique, le 15.

Il y a un SAMU par département français (en moyenne 500.000 habitants par département), soit une centaine au total, et environ 350 SMUR répartis sur l'ensemble du territoire²⁵.

Outre l'absence de coordination et de collaboration avec la protection civile, le SAMU au Maroc est exclusivement un service public qui exclut la participation du secteur privé en matière de

23 - Chaque SAMU nécessite au moins 4 médecins et 8 infirmiers.

24 - SMMU : Livre blanc de la médecine d'urgence au Maroc, 2020

25 - Selon « les statistiques des services d'incendie et de secours », édition 2021, ministère de l'intérieur (France), le SAMU a effectué en moyenne 11.755 interventions par jour, soit une intervention environ toutes les 8 minutes, et a porté secours à un total de 3. 613. 300 personnes.

prise en charge des urgences médicales. Le SAMU ne fait appel ni aux ambulances privées, ni aux ressources et structures médicales du secteur privé. Cet état de fait est en discordance avec le principe de partenariat public-privé énoncé dans la loi-cadre 06-22 relative au système national de santé promulguée le 9 décembre 2022 qui incite « à la complémentarité et la mutualisation dans l'utilisation des moyens, des équipements, des structures et des installations disponibles auprès des établissements de santé relevant des secteurs public et privé » (articles 21 et 22).

La pénurie en ressources humaines qualifiées, le manque de moyens matériels et les déficiences de la gouvernance ont fait du SAMU **un projet de régulation médicale insuffisamment abouti.**

Par ailleurs, **dans les grandes villes du Maroc il est possible d'appeler des entreprises privées qui assurent des interventions médicales d'urgence à domicile.** Chacune de ces entreprises possède son propre numéro d'appel et gère son propre centre de régulation médicale. En dépit de l'absence de chiffres officiels, le secteur privé est un acteur important de la prise en charge médicale extrahospitalière des urgences. Dans les grandes villes du Maroc (Casablanca, Rabat, Tanger, Agadir, Fès, etc.), il est possible de recourir aux services d'entreprises privées qui assurent des soins médicaux d'urgence à domicile ou sur le lieu de travail 24h/24 et 7jours/7. Les interventions de ces services médicaux privés permettent de prendre en charge nombre de cas urgents qui nécessitent des consultations et des soins ponctuels, ce qui permet de réduire la pression sur les services des urgences des structures hospitalières. Pour les urgences médicales graves, ces entreprises peuvent assurer un transfert médicalisé à un hôpital ou une clinique.

Le secteur médical libéral d'urgence joue un rôle non négligeable dans la prise en charge des urgences médicales même si son activité n'est pas encadrée de façon rigoureuse par la loi. Par ailleurs, à l'image du secteur médical privé en général, cette médecine d'urgence est concentrée dans les grandes agglomérations urbaines et ses prestations payantes sont majoritairement destinées aux couches sociales ayant les capacités financières ou bénéficiant d'une couverture médicale.

La multiplicité des numéros d'appel reflète l'absence d'une régulation médicale nationale unifiée et un manque de coordination et de collaboration entre les différentes structures publiques et privées qui interviennent dans la prise en charge des urgences médicales. Cet état de fait occasionne un retard de prise en charge incompatible avec les exigences d'une urgence médicale.

C. En matière de prise en charge préhospitalière

En l'absence d'une régulation médicale unifiée, le transport sanitaire des malades et des blessés s'effectue de façon très souvent non-coordonnée par les différents intervenants.

1. La protection civile : une exclusivité pour intervenir sur la voie publique avec des moyens limités

Agissant sous la tutelle du ministère de l'intérieur, la direction générale de la protection civile (DGPC) assure des missions de service public, dont certaines sont exclusives et d'autres partagées. A ce titre, elle est chargée de mettre en œuvre et de coordonner les mesures de protection et de secours. **En vertu d'une circulaire ministérielle datant de 1956, la protection civile possède la**

prérogative exclusive du ramassage et de l'évacuation des blessés et accidentés de la voie publique²⁶.

Le rôle de la protection civile est déterminant avant le transport des accidentés. Toutefois, au regard de la stricte formation au secourisme de ses agents, elle n'est pas suffisamment outillée pour transporter certaines victimes d'accidents de la voie publique, notamment les polytraumatisés.

En effet, malgré les efforts et l'engagement de ses agents, diverses difficultés empêchent un déploiement efficace de la protection civile dans le sens d'une conformité aux standards de prise en charge des urgences médicales.

En outre, bien que la protection civile dispose de fonds logés dans un compte d'affectation spéciale²⁷, en plus des crédits du budget général de l'Etat, les moyens financiers alloués à la DGPC demeurent modestes (cf. encadré n°4 ci-dessous). Ainsi, la DGPC dispose en moyenne d'une ambulance pour 47.512 habitants, ou encore une ambulance par 904 km² de territoire. Quant aux moyens humains, le ratio au Maroc est de un (1) agent de la protection civile pour 5335 habitants, ce qui est très bas en comparaison avec d'autres pays. Ainsi, le ratio en Europe se situe à un (1) agent de protection civile pour 1000 habitants, alors qu'aux États-Unis, ce ratio s'établit à un agent pour 200 habitants. Dans des pays géographiquement plus proches du Maroc, tels que la Tunisie, le ratio est d'un agent de protection civile pour 2000 habitants.

Par ailleurs, les effectifs insuffisants des agents de la protection civile les exposent aux risques psycho-sociaux en raison de cadences de travail très élevées, difficiles à tenir (alternance de 24 heures de travail consécutives et d'un repos de 24 heures pendant la période estivale, soit un nombre d'heures égal au double du temps travaillé par un fonctionnaire). De plus, la polyvalence étant la règle, la formation de base est insuffisante et inadaptée (équipe ambulancier, équipe secouristes).

26 - Audition de la DGPC par le CESE, 28/09/2022.

27 - Fonds constitués des produits de rémunération des services rendus par la DGPC ainsi que des contributions des collectivités territoriales.

Encadré n° 4 : la protection civile au Maroc en chiffres

Budget (*)

La DGPC est dotée d'un budget de fonctionnement de 83 millions de dirhams (hors masse salariale qui s'élève à un milliard de dirhams) et d'un budget d'investissement de 106 millions de dirhams.

Ressources humaines (**)

Le nombre de personnels de la DGPC totalise 9274 collaborateurs répartis comme suit :

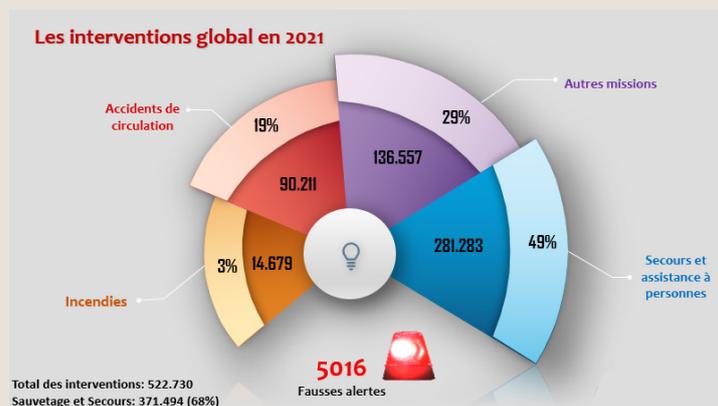
- 646 officiers
- 7186 sous-officiers
- 1144 agents de secours
- 201 cadres et agents administratifs
- 37 infirmiers
- 60 médecins

Moyens matériels de secours et de sauvetage

Le parc de matériel de secours à la disposition de la protection civile est composé de :

- 793 ambulances
- 295 engins de secours routier
- 115 véhicules légers d'assistance du secours et de sauvetage
- 413 véhicules légers de secours aquatiques

Les interventions en chiffres



(*) : En France, le budget global des SDIS (Service départemental d'incendie et de secours) est de 5 169 M€, dont 4 326 M€ en fonctionnement et 843 M€ en investissement.

(**) : Au 31 décembre 2020, la France comptait 251 900 sapeurs-pompiers, dont 41 800 sapeurs-pompiers professionnels (17%), 197 100 sapeurs-pompiers volontaires (78%) et 13 000 militaires (5%).

Selon les acteurs auditionnés, la coopération et la coordination intersectorielles présentent des insuffisances en raison de l'absence de règles juridiques intra et intersectorielles régissant le transport sanitaire (DGPC, SAMU, santé publique, communes et secteur privé).

Par ailleurs, les délais d'intervention sont alarmants. Les délais de route enregistrés dans les différentes régions varient entre 40 minutes et 195 minutes²⁸ et ce malgré les efforts constants fournis par la DGPC et ses services extérieurs. Il faut cependant signaler, qu'en milieu urbain particulièrement, les embouteillages, l'absence de voies spéciales et l'étroitesse des rues dans certains quartiers sont autant de facteurs qui entravent et ralentissent le déplacement des véhicules.

Encadré n°5 : Le temps d'intervention des secours

• En France :

14 min 49 s s'écoulent en moyenne entre l'appel et l'arrivée des secours :

- 2 min 21 s pour le traitement de l'alerte (décroché + écoute / analyse + décision / ordre).
- 12 min 28 s de délai de route (de la diffusion de l'alerte à l'arrivée du premier véhicule).

Source: Ministère de l'intérieur et des Outre-mer, «les statistiques des services d'incendie et de secours », (édition 2022)²⁹.

• Aux Etats Unis :

- Temps moyen d'arrivée des secours (Emergency Medical Services – numéro des secours : 911) : 7 minutes.
- Pour les zones rurales, le temps moyen est de 14 minutes.

Source : JAMA Surg. 2017 - Emergency Medical Services Response Times in Rural, Suburban, and Urban Areas

2. Un manque patent d'urgentistes au milieu des SMUR

Les SMUR sont des unités fonctionnelles mobiles et médicalisées du SAMU qui ont pour vocation première d'assurer le transfert des patients depuis leur lieu de résidence vers la structure hospitalière publique la plus appropriée, en plus d'effectuer le transfert des patients d'un établissement de santé vers un autre.

Le parc d'ambulances « SMUR » fonctionnel est de 230 véhicules type A³⁰ sur un total d'ambulances de 1320 véhicules. Les 1090 ambulances restantes sont de type B³¹. La majorité des SMUR manquent, cependant, d'urgentistes et d'infirmiers spécialistes en soins d'urgence et en soins intensifs, compte tenu du nombre limité de ces profils au niveau national. Selon les données communiquées par le ministère de la santé et de la protection sociale, seuls 14 médecins spécialistes en médecine d'urgence et de catastrophes exercent au niveau des structures des urgences et sur les 1163 infirmiers qui exercent au niveau de ces structures seulement 460 infirmiers sont spécialistes en soins d'urgence et en soins intensifs.³²

28 - Données communiquées par la Direction générale de la protection civile lors de son audition par le CESE le 28/09/2022.

29 - file:///C:/Users/DELL%207420/Downloads/StatsSDIS22BD.pdf

30 - Ambulances conçues pour le transport des patients dont l'état de santé nécessite une réanimation et une surveillance médicale lors du transport par un médecin et un infirmier, dûment autorisés à exercer conformément à la réglementation en vigueur.

31 - Ambulances conçues pour le transport des patients stabilisés dont l'état de santé ne requiert pas d'assistance ou de soins d'urgence avancés lors du transport.

32 - Audition du MSPS par le CESE, le 14/09/2022.

Entre 2013 et 2020, le Maroc a expérimenté un système de transport par hélicoptère pour les urgences médicales. Le ministère de la santé et de la protection sociale a procédé à l'achat de ce service auprès de prestataires privés pour l'évacuation de patients se trouvant dans des zones enclavées. Ainsi, une flotte de 4 Héli-SMUR a été déployée pour couvrir l'ensemble du territoire national. Cependant, en 2021, il a été mis fin à cette expérience en raison du coût prohibitif de la prestation (entre 46000 et 96000 dirhams par heure de mobilisation d'hélicoptère) et des contraintes techniques liées à l'exploitation des hélicoptères loués (problèmes de lieu d'atterrissage dans certains endroits, exclusion des vols de nuits, conditions météorologiques, autorisations de vol nécessaires, etc.). L'orientation actuelle est de nouer un partenariat avec la Gendarmerie Royale pour effectuer, en tant que de besoin, les interventions hélicoptérées d'évacuation sanitaire.

3. Le transport sanitaire privé : faible régulation et prolifération de l'informel

D'après l'association nationale des services d'ambulances et d'assistance (ANSAM), le secteur ambulancier privé est constitué de 310 entités, avec un parc estimatif de 950 véhicules, dont 150 véhicules de type « A »³³ et 600 véhicules de type « B »³⁴. 50% de ces entités privées ont le statut de société à responsabilité limitée, 30% sont personnes physiques et 20% exercent sans statut juridique précis.

Concernant le transport médical privé, sur les 310 entités que compte le secteur, seules 60 disposeraient d'une autorisation de la commune comme cela est prévu par les textes juridiques en vigueur. Dans la pratique, cette autorisation revêt un caractère purement administratif voire bureaucratique et ne garantit aucune conformité des ambulances à des normes techniques et sanitaires établies. En effet, sur la base d'un appel d'offre et sous réserve d'un engagement sur un cahier des charges et du paiement d'une redevance annuelle de 20 000 dirhams (par ambulance), la commune délivre une autorisation pour 5 années. Outre le montant rédhibitoire de la redevance, la durée limitée à 5 ans est de nature à décourager l'investissement dans le secteur du transport médical et à dissuader la mise en place d'une véritable stratégie de développement des entreprises dans cet écosystème.

Toujours selon l'ANSAM, le secteur connaît une pénurie en ressources humaines qualifiées. La question de la formation se pose avec une grande acuité, touchant à la fois la gestion des secours, les soins d'urgence à bord du véhicule et l'utilisation du matériel. La majorité écrasante des entreprises ne propose aucune formation en matière de gestion des secours, de soins d'urgence à bord du véhicule ou d'utilisation du matériel médical d'urgence, et pratiquent plutôt un mode de fonctionnement pouvant être assimilé à un « transport taxi allongé ».

Le nombre de personnes exerçant dans le secteur privé, qui comprend des chauffeurs, des brancardiers, des secouristes et des infirmiers, est estimé entre 1500 à 1600, dont seulement 15% sont formés et titulaires d'un certificat de formation aux premiers gestes de secours délivré par le croissant rouge ou un institut de la formation spécialisée³⁵. Les autres effectuent des

33 - Une ambulance de type « A » est un véhicule équipé et aménagé pour assurer au patient pendant son transport un suivi médical, des soins intensifs et un service de réanimation.

34 - Une ambulance de type « B » est un véhicule léger équipé et utilisé pour le transport de patients qui ne nécessitent pas de soins particuliers et dont l'état est stable.

35 - Audition de l'ANSAM par le CESE, le 12/10/2022

interventions de ramassage et de secours dans l'improvisation la plus totale.

A souligner que certains brancardiers employés dans les **ambulances** sont des intérimaires ou exécutent leurs tâches à la course³⁶. En ce qui concerne leur niveau d'éducation, plus de 50% des **ambulanciers** ont atteint seulement le niveau de scolarité correspondant au CM2³⁷.

D'après la société marocaine de médecine d'urgence³⁸, seules 10% des entreprises marocaines peuvent assurer un transport avec un infirmier (ou médecin généraliste/médecin en formation) à bord et un minimum de matériel de surveillance médicale et de réanimation. Les prématurés sont les principales victimes de cette situation, car 90% des ambulances ne disposent pas de couveuses pour une prise en charge adéquate et un transport sécurisé.

D'autre part, la tarification du transport sanitaire privé est arbitraire, vu qu'il n'existe pas de texte réglementant les tarifs de transport en fonction du kilométrage et de l'état du patient à transporter. Il est à préciser que l'AMO et les assurances privées (sauf pour les assurés ayant souscrit à un contrat d'assistance médicale) ne prennent pas en charge les frais de transport sanitaire.

Encadré n° 6 : le transport sanitaire en France

En 2021, la France comptait 5 025 entreprises de transport sanitaire, disposant au total de 28 000 ambulances et véhicules sanitaires légers (VSL).

Toute entreprise de transport sanitaire doit obtenir un agrément auprès de l'agence régionale de santé (ARS). Pour obtenir l'agrément, le professionnel doit respecter des normes et disposer d'au moins deux véhicules (dont une ambulance ou une ambulance de secours et de soins d'urgence) et d'un équipage du véhicule conforme (personnels ayant reçu une formation spécifique).

En cas d'urgence médicale (appel du SAMU), l'Assurance maladie prend en charge les frais transport³⁹.

Source : Rapport d'information sur les transports sanitaires – Assemblée nationale - février 2022

Le ministère de la santé et la protection sociale a élaboré un avant-projet de loi relatif aux urgences préhospitalières (ou l'assistance médicale urgente) et au transport sanitaire pour pallier les dysfonctionnements du système actuel. Cet avant-projet de loi a été déposé auprès du Secrétariat Général du Gouvernement. Par ailleurs, un projet d'arrêté-conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la santé relatif à la réglementation du transport sanitaire terrestre a été élaboré.

Il est permis d'insister sur le fait que le transport sanitaire est un domaine technique nécessitant la mobilisation de compétences et de normes pointues au service de la santé des usagers. Certes, la mise en place d'un cadre légal est un premier pas pour réformer le maillon du transport sanitaire, mais il est important de prendre conscience de la complexité de ce chantier qui nécessite la

36 - Idem

37 - Idem

38 - Ibid.

39 - Rapport d'information sur les transports sanitaires – Assemblée nationale - février 2022

mise en place d'un dispositif intégré comprenant notamment le développement de filières et de programmes de formation spécialisés, etc.

D. En matière de prise en charge intra-hospitalières

Dans le domaine de la prise en charge hospitalière, il existe au Maroc quatre acteurs qui disposent de services des urgences pouvant accueillir des patients et des blessés en besoin de soins médicaux urgents. Le premier acteur qui accueille la majorité des patients est le système des hôpitaux publics géré par le département en charge de la santé; le deuxième acteur, relevant également du secteur public, est le réseau des hôpitaux militaires relevant des FAR. Quant au secteur privé, il est représenté par deux types d'opérateurs. Il s'agit du secteur privé à but non lucratif (polycliniques de la CNSS et fondations) et du secteur privé à but lucratif constitué par les cliniques privées.

1. Dans le secteur hospitalier public : des services des urgences sous tension

Avec 6.482.185 de consultations et soins d'urgence/an, les services des urgences du secteur hospitalier public connaissent une énorme pression au quotidien. Ils font face à un engorgement régulier, ce qui entraîne des conditions d'accueil difficiles et des délais d'attente de plus en plus longs, ce qui peut avoir des incidences graves sur la santé des patients, voire parfois sur leur pronostic vital. L'attente prolongée provoque souvent des réactions hostiles envers les professionnels de la santé qui endurent un sentiment d'insécurité.

Réponses des participants sur « ouchariko »

Concernant l'attente aux services des urgences, la prise en charge a été immédiate pour 12% des répondants ; dans plus de la moitié des cas la prise en charge a été opérée dans l'heure qui suit. L'attente a pu dépasser les 4 heures dans 12% des cas.

La part des urgences vitales traitées demeure faible par rapport au total des cas admis. Ainsi, selon les chiffres du ministère de la santé et de la protection sociale, les urgences vitales ne représentent qu'environ 10% de l'ensemble des passages aux services des urgences tandis que les consultations médicales non urgentes représentent 50%.

Les services d'urgences, qui représentent une porte d'entrée majeure de l'activité hospitalière, accessible en permanence au public, sont généralement sous-estimés malgré leur extrême importance dans le système de soins.

Selon les chiffres du ministère, 25% des hospitalisations au sein des hôpitaux publics se font à partir des services des urgences, 47% des cas opérés ont été acheminés à partir des urgences en 2021 et 66% en 2020.

Cet état de fait soulève des questions liées aux parcours de soins. Les carences notoires, en matière de soins programmés, des centres de santé, des hôpitaux de proximité, des hôpitaux provinciaux et préfectoraux et des hôpitaux régionaux incitent de nombreux patients à se rendre à un service des urgences. Ce parcours de soins détourné représente une voie privilégiée pour obtenir une prise en charge médicale.

A ce stade d'analyse, le sujet devient celui de la problématique générale des faiblesses et dysfonctionnements du système des soins. Il est alors question des contraintes imposées par

les capacités et les moyens du système de santé publique, les difficultés de coordination interne et externe, les moyens logistiques, le mode de gestion et de gouvernance, *etc.* Il s'agit, au total, d'une combinaison de facteurs qui impactent en fin de compte la qualité de la prise en charge des urgences médicales.

Le secteur hospitalier public compte 148 services d'accueil des urgences répartis selon la hiérarchie suivante⁴⁰:

- 94 services d'urgences médico-hospitalières de base au niveau des hôpitaux de proximité et hôpitaux provinciaux ou préfectoraux (UMHB).
- 23 services d'urgences médico-hospitalières complètes au niveau des hôpitaux régionaux et des CHU (UMHC).
- 31 services d'urgences médico-hospitalières spécialisées (UMHS).

Pour renforcer le système, 100 services d'urgences médicales de proximité au niveau des centres de santé de niveaux 2 (UMP2) ont été mis en place.

Le ministère de la santé et de la protection sociale estime le nombre de personnels affectés aux services des urgences à :

- 481 médecins généralistes ;
- 14 médecins spécialisés en urgentologie ;
- 1163 infirmiers dont 460 spécialisés en soins d'urgence et soins intensifs ;
- 300 aides-soignants ;
- 435 techniciens ambulanciers formés au secourisme.

Le travail aux services des urgences est insuffisamment valorisé

La majorité des médecins travaillant dans les services des urgences sont des médecins généralistes. Entre 2002 et 2022, et depuis la mise en place de la spécialité dans les CHU, seuls 29 médecins urgentistes ont été formés. De ce fait, le nombre de médecins spécialisés en médecine d'urgence et de catastrophe reste bien inférieur aux besoins. La pénibilité de cette spécialité et sa faible valorisation sont les raisons principales de son manque d'attractivité.

Il est à signaler que le passage aux urgences est programmé à la fin du cursus des études médicales. Pour les post-gradués, quelques diplômes interuniversitaires (DIU) permettent de combler en partie ce manque de formation, mais ne permettent pas le développement optimal de l'ensemble des compétences requises (savoir être et savoir agir) en matière de prise en charge des urgences médicales.

Les urgences médicales des CHU, sont gérées en pratique, principalement par des médecins internes ou des « faisant fonction d'internes », qui ne sont pas suffisamment qualifiés et qui sont au CHU pour acquérir des compétences auprès de médecins « séniors » plus qualifiés. Dans la réalité, ces médecins internes sont en première ligne, généralement peu ou pas véritablement encadrés, un séniors n'étant joignable que par téléphone, en cas de besoin⁴¹.

40 - Audition du MSPS

41 - Audition par le CESE du SMMU, le 21/09/2022 et de l'Association des médecins internes de Rabat, le 19/10/2022

Par ailleurs, ils ne sont pas ou très peu rémunérés (aux alentours de 20 dirhams de l'heure), payés parfois un an plus tard bien qu'ils enchainent plusieurs jours de garde.⁴² La situation des infirmiers et les aides-soignants n'est guère meilleure. L'affectation de ces personnels ne constitue pas l'aboutissement d'un choix de carrière mais souvent la conséquence de hasards de parcours, de contraintes administratives voire de mesures disciplinaires prises à leur rencontre. Leur formation repose principalement sur leur expérience pratique développée sur le terrain, acquise auprès des médecins qu'ils vont côtoyer. Ce personnel, très exposé aux risques psychosociaux (stress, agressions physiques et verbales) et aux risques de contaminations (maladies contagieuses notamment) n'est ni suffisamment formé, ni accompagné, ni réellement motivé, et se doit d'accomplir d'innombrables tâches (accueil, accompagnement, transport, prises des constantes, prélèvements, pansements, plâtres, discussions avec les accompagnants, tenue des registres, etc.).

A titre d'exemple, un sondage effectué auprès du personnel médical et non-médical affecté au service des urgences de l'Hôpital Cheikh Zayd, relevait, que **64% des personnels interrogés avaient été victimes, d'au moins une agression verbale ou physique**. Le représentant de l'association des résidents et internes de l'Hôpital Ibnou Sina a témoigné également, à propos des violences, et fait part des agressions au quotidien de la part des patients ou des accompagnants.

L'hétérogénéité architecturale des différents hôpitaux impose de procéder à l'audit de chaque service des urgences selon un ensemble d'aspects normatifs pour évaluer objectivement et précisément la situation de chacun d'entre eux. Les informations collectées lors des auditions et des visites sur le terrain permettent de relever que les responsables sont très conscients de leurs problèmes et œuvrent avec beaucoup d'engagement pour améliorer l'architecture de leurs services des urgences et les circuits des malades, en tenant compte des nombreuses contraintes qui leur sont imposées.

En matière d'équipements, la situation est très hétérogène également, et les problèmes récurrents sont liés à la maintenance des appareils ou à la disponibilité continue des consommables (câbles, capteurs, etc.), nécessaires à leur fonctionnement.

Enfin, et bien que d'importants efforts aient été déployés, la disponibilité ininterrompue de médicaments et des consommables dans les services d'urgences reste un fait soulevé par les soignants selon les visites de terrains effectuées par le CESE.

2. Dans les services médicaux militaires : un accès aux services d'urgence principalement réservé aux militaires et à leur ayants droit

Le Maroc est doté d'hôpitaux militaires établis dans certaines villes (Rabat, Marrakech, Meknès, Laayoune, etc.) qui relèvent des FAR. La médecine militaire dispose de compétences, de capacités et de moyens d'action qui lui permettent de répondre rapidement à des situations d'urgence ou de catastrophe. Ces atouts sont également mobilisés au service de la santé publique, notamment dans des situations de crise sanitaire.

42 - Audition par le CESE de l'Association des médecins internes de Rabat, le 19/10/2022

Les hôpitaux militaires font partie du système national de soins. Ils dispensent leurs prestations de soins en priorité aux militaires et leurs ayants-droits, avec possibilité de l'élargir aux citoyens civils dans la limite de leurs capacités d'accueil et de prise en charge.

Ces établissements de soins sont dotés du statut SEGMA⁴³ qui leur confère une autonomie financière. Leurs prestations sont payantes, sauf pour les militaires actifs qui bénéficient de la gratuité des soins.

Chaque hôpital militaire dispose d'un service des urgences doté d'un plateau technique des plus performants à l'échelle nationale et de moyens humains. Les ressources humaines sont principalement constituées de médecins anesthésistes réanimateurs, urgentistes ou généralistes, d'internes, de résidents, et de personnel paramédical spécialisé.

Les services des urgences des hôpitaux militaires ont la particularité d'être extensibles pour une éventuelle gestion des afflux massifs à travers l'utilisation des fluides médicaux au niveau des couloirs et des halls pour organiser des lits mobiles supplémentaires, la mobilisation en urgence de modules complémentaires, voire l'installation d'un hôpital de campagne.

Au titre de l'année 2021, les services des urgences des hôpitaux militaires ont enregistré 189 897 admissions, dont 151 918 concernaient les militaires et leurs ayants-droits, et 37 979 des patients civils (soit 20% du total). Ces chiffres témoignent du poids important des hôpitaux militaires dans le système de prise en charge des urgences médicales.

L'on peut mettre en avant, une certaine collaboration avec le secteur de santé publique. Ainsi, l'hôpital militaire est rattaché au CHU lorsqu'une faculté de médecine est installée dans sa région et les militaires et leurs ayants-droits ont la liberté de choisir la structure des soins civile ou militaire qui convient le mieux à leurs besoins, notamment en cas d'urgence⁴⁴.

3. Dans le secteur hospitalier privé à but lucratif et à but non lucratif : des services d'urgence insuffisamment intégrés à l'offre publique de soins

La loi-cadre 06-22 relative au système national de santé (remplaçant la loi 34-09), dispose que : **« le secteur public et le secteur privé, que celui-ci soit à but lucratif ou non, sont organisés de manière synergique afin de répondre avec efficacité aux besoins de santé par une offre de soins et de prestations complémentaires, intégrées et cohérentes ».**

Aujourd'hui, force est de constater qu'à la lumière des informations disponibles, le secteur médical privé s'est développé en dehors de ce cadre, notamment en raison de certaines insuffisances relatives :

- au système d'information sanitaire et d'évaluation de la qualité des soins ;
- aux cartes sanitaires ;
- au cahier des charges pour les cliniques privées ;
- à l'accréditation des établissements privés ;

43 - Service de l'Etat Géré de Manière Autonome

44 - Hormis les militaires actifs qui doivent être obligatoirement pris en charge par les hôpitaux militaires.

- au partenariat public-privé ;
- au réseau de soins d'utilité publique.

En outre, le secteur privé, à but lucratif et à but non-lucratif se démarque du secteur public au regard de la qualité de ses locaux et de ses équipements qui renforcent son attractivité et lui permet de capter les patients les plus solvables.

Le secteur à but lucratif, « les cliniques » :

Selon l'Association Nationale des Cliniques Privée du Maroc (ANCP)⁴⁵, le Maroc compte 408 cliniques privées à but lucratif⁴⁶, qui jouent un rôle important dans le domaine des urgences malgré leur nombre limité et leur concentration (80%) sur l'axe Casablanca, Rabat et les grandes villes comme Marrakech et Tanger. Par ailleurs, l'ANCP relève que 9 assurés sur 10 sont traités dans le secteur privé et que 4 régions ne comptent aucune clinique privée.

Selon l'ANAM et les gestionnaires de l'AMO, le secteur privé, toutes branches médicales confondues (imagerie médicale, biologie, explorations fonctionnelles, consultations, chirurgie, soins dentaires, hospitalisations, etc.) capte annuellement plus de 90% des dépenses de l'AMO et ce, depuis sa création.

L'ANCP relève aussi le faible développement des PPP et le manque de mesures incitatives à l'investissement dans les régions.

Si l'ANCP ne dispose pas de données spécifiques concernant l'activité et l'épidémiologie des urgences des cliniques privées, elle affirme néanmoins, qu'aucun cas ne lui a été reporté de patient décédé dans une clinique privée suite à un manquement caractérisé en matière de prise en charge médicale.

Les cliniques privées restent cependant très critiquées de manière récurrente, notamment en raison de la pratique du chèque de garantie et de la demande d'argent « en noir ».

L'ANCP, consciente de l'illégalité du chèque de garantie, condamne dans ses discours, cette pratique tout en expliquant que les cliniques privées sont contraintes de les réclamer, étant donné qu'elles ne disposent d'aucun recours en cas de non-paiement des factures. L'ANCP reconnaît toutefois que cette pratique n'est plus justifiée, d'autant plus que le taux définitif d'impayés ne représenterait que 0,0025%.

Concernant les versements consentis du « noir », l'ANCP avance qu'ils ne concerneraient pas le paiement des prestations des cliniques, mais qu'il est principalement lié aux dépassements d'honoraires des médecins par rapport à la tarification nationale de référence (TNR). Pour rappel, la TNR totalement obsolète aujourd'hui, avait été négociée dans le contexte particulier de la mise en œuvre de l'AMO en 2005, sous réserve d'une révision tous les 5 ans.

45 - Audition du Président de l'ANCP, tenue le 05/10/2022.

46 - Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, « Carte sanitaire-situation de l'offre sanitaire-2022 », http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/index_2022.html

Le Conseil de la concurrence dans son dernier rapport relatif au fonctionnement concurrentiel du marché des soins médicaux dispensés par les cliniques privées et les établissements assimilés au Maroc⁴⁷, relève à cet égard : « *il est aussi impératif qu'en situations d'urgences, la prise en charge par les cliniques privées soit obligatoire et immédiate, avec une transparence sur les actes à effectuer et leur tarification. Toute contravention à cette pratique consisterait en une non-assistance à personne en danger et à un abus de faiblesse, proscrit par la loi n° 31.08 édictant des mesures de protection des consommateurs, notamment son article 59.* »

Dans le secteur hospitalier privé à but non-lucratif

Le secteur hospitalier privé à but non-lucratif offre un service d'une valeur inestimable à la population. En effet, il offre une meilleure accessibilité financière que le secteur privé, tout en fournissant des prestations de qualité et une meilleure capacité d'accueil.

Dans ce secteur, ce sont principalement les 13 polycliniques de la CNSS, les hôpitaux des Fondations Cheikh Zayd (1998) et Cheikh Khalifa (2015) qui délivrent des soins d'urgences.

Ce que ces entités ont en commun :

- Des plateaux techniques modernes ;
- Des systèmes de facturation conformes au TNR et à la NGAP et l'absence de paiement « en noir » ;
- Des modèles économiques basés sur des subventions ;
- Des personnels, dans des proportions variées, de salariés et de vacataires avec des modalités de rémunérations différentes au forfait ou à l'acte ;
- Une meilleure accessibilité financière aux soins ;
- Des hôpitaux ou clinique de taille importante en termes de capacités litières.

Le secteur hospitalier privé à but lucratif pointe une concurrence déloyale (secteur subventionné, statut fiscal spécifique) et soutient que leur activité n'est pas financièrement rentable étant donné la désuétude de la TNR. Toutefois, il est à préciser que les avantages dont jouit le secteur à but non-lucratif sont quasi-systématiquement réinvestis dans le maintien et le développement de ses structures et des actions de recherche et de formation⁴⁸.

47 - Avis du Conseil de la concurrence n° A/4/22 relatif au fonctionnement concurrentiel du marché des soins médicaux dispensés par les cliniques privées et les établissements assimilés au Maroc, octobre 2022.

48 - Op.cit. avis du Conseil de la concurrence n° A/4/22

Encadré n°7 : le secteur à but non lucratif au Maroc

Les polycliniques de la CNSS

Depuis la création de la première structure en 1979 (Derb Ghallef à Casablanca), la CNSS a progressivement mis en place un réseau de polycliniques qui compte aujourd'hui 13 établissements répartis sur 9 villes (Agadir, Casablanca, El Jadida, Kénitra, Marrakech, Mohammedia, Oujda, Settat et Tanger).

À l'origine, les polycliniques étaient destinées aux assurés sociaux et à leurs familles mais ont été ensuite ouvertes à tous les patients, bénéficiaires ou non de la couverture CNSS. Chaque polyclinique dispose d'un service des urgences avec des équipes médicales et paramédicales assurant l'accueil et les soins 24h/24. D'après les chiffres communiqués par la CNSS, les services des urgences des polycliniques ont assuré 103 443 consultations pendant la période du 01/01/2022 au 30/09/2022, donnant lieu à des hospitalisations dans 13% des cas.

Le réseau des polycliniques de la CNSS demeure confronté à deux problématiques. La première problématique est de nature juridique, étant donné que la CNSS ne peut pas opérer à la fois en tant que gestionnaire de l'AMO et prestataire de soins (article 44 de la loi 65.00 portant Code de la couverture médicale de base). Quant à la deuxième problématique, elle se manifeste par un déficit financier structurel des polycliniques que la CNSS est amenée régulièrement à couvrir.

Hôpital universitaire international Cheikh Ziad de Rabat

Cette institution à but non lucratif inaugurée en 1998 est un important établissement de santé qui jouit d'une autonomie financière. Cette structure abrite 250 lits, assure des prestations de soins payantes dans plusieurs spécialités médicales et dispose d'un service des urgences récemment rénové.

En 2021, le service des urgences a accueilli 20 000 patients adultes et 2800 enfants. Il a ainsi contribué à hauteur de 30% des hospitalisations effectuées au sein de l'hôpital. Le délai d'attente au service des urgences de l'Hôpital universitaire international Cheikh Zaid serait de moins de 15 minutes dans 75% des cas et de 15 à 30 minutes dans 25% des cas⁴⁹.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Situé à Casablanca, il a ouvert ses portes en 2015. Cet hôpital aux prestations payantes offre 342 lits, abrite plusieurs services spécialisés et deux pôles d'excellence (cardiologie et oncologie).

En 2021, le bilan de l'hôpital s'élève à 69 318 consultations, 23 752 actes d'imagerie et 5 317 interventions chirurgicales. Le service des urgences a enregistré sur une année 17 500 admissions, lesquelles contribuent à hauteur de 33% des hospitalisations⁵⁰.

49 - Audition de l'Hôpital universitaire international Cheikh Zaid par le CESE, le 26/10/2022.

50 - Audition de l'Hôpital universitaire international Cheikh Khalifa par le CESE, le 26/10/2022

E. En matière de couverture médicale : les soins d'urgence insuffisamment pris en charge

Les assureurs jouent un rôle central en matière d'accès aux soins de santé, formant une relation triangulaire avec les prestataires de soins et les patients.

Des améliorations notables de cette relation peuvent être constatés :

- l'accès en temps réel par les prestataires de soins aux bases de données des assurés de l'AMO (CNOPS et CNSS), ce qui permet un partage immédiat de l'information concernant les droits (ouverts ou fermés) de l'assuré ;
- la délivrance par l'AMO (CNSS et CNOPS) de prises en charge des patients hospitalisés en urgence, même lorsqu'il s'agit de blessés victimes d'accidents de la voie publique ;
- le développement de la branche « assistance médicale » par les compagnies d'assurances privées qui couvre les frais du transport sanitaire « urgent » de ses clients.

Cependant, trois problèmes importants persistent pour les patients assurés présentant une urgence médicale :

1. La non-prise en charge des actes ambulatoires dans le cadre du tiers-payant. Ainsi, les patients doivent avancer la totalité des frais de diagnostic et de traitement qui peuvent s'avérer élevés lorsque la situation médicale requiert des soins et des examens complémentaires (oxygénothérapie, plâtres, sutures, imagerie, biologie), puis *a posteriori* déposer un dossier de remboursement.
2. La non-prise en charge des frais du transport sanitaire par l'AMO et les assurances privées (sauf pour les assurés ayant souscrit à un contrat d'assistance médicale privé couvrant cette prestation).
3. Le reste à charge élevé qui peut dépasser les 50% de la facture globale.

Encadré : Rappel des principaux constats

Le présent avis qui traite de la filière des urgences médicales ne prétend pas à l'exhaustivité, pas plus qu'il ne prétend aborder les différentes spécificités que peuvent présenter les filières des urgences médicales à l'échelle territoriale et les filières des urgences médicales spécialisées.

En l'absence de nombreuses données quantitatives et qualitatives et d'études de terrain approfondies, l'avis n'a pu analyser les taux de mortalité liés aux situations médicales urgentes, les causes principales de la mortalité, le nombre de morts évitables et leurs causes, la sinistralité et son coût, *etc.*

Par ailleurs, le Conseil Économique, Social et Environnemental constate l'adoption (ou la mise en circuit d'adoption) particulièrement concomitante à la période de la réalisation de l'avis, d'un ensemble de lois structurantes pour l'offre de soins et le système de santé de manière plus générale, et relève l'insuffisance de concertation lors de l'élaboration de ces textes avec les partenaires sociaux notamment et les différents acteurs et institutions consultatives. Ainsi cet avis n'a pu et ne tient pas compte des changements apportés par ces lois qui pourraient impacter la filière des soins des urgences médicales. L'étude de ce corpus juridique nécessite une analyse critique spécifique et approfondie.

Les différents plans et stratégies mis en œuvre par les pouvoirs publics durant ces 20 dernières années n'ont pas substantiellement amélioré la qualité de prise en charge des urgences médicales et force est de constater que:

- 1. la filière des urgences médicales n'a pas bénéficié des moyens humains et organisationnels nécessaires et suffisants,**
- 2. la condition socio-économique et la situation géographique de la personne concernée continuent à déterminer son parcours stochastique voire chaotique, et non uniquement sa situation médicale.**
- 3. les 4 maillons de cette chaîne présentent des insuffisances à des degrés divers, ce qui impacte inéluctablement et souvent le parcours des patient(e)s et blessés :**
 - Le(a) citoyen(ne), personne en détresse ou témoin, est généralement peu informé(e), exceptionnellement formé(e) au secourisme et aux situations d'urgence. Il ou elle est par ailleurs souvent confronté(e) à des dilemmes de choix et aux dysfonctionnements de la filière des urgences médicales. Les dilemmes en matière de choix commencent par les questionnements : qui appeler ? Où aller ? Comment y aller ? Ces choix étant implicitement déterminés par le niveau de connaissance et d'informations et les capacités financières dont la personne ou son entourage dispose.
 - La régulation médicale de la prise en charge reste très faible dans tous ses aspects : SAMU peu connu, limité au secteur public, indisponible dans 3 régions, limité en capacités humaines et en moyens logistiques.

- Le transport sanitaire des malades et des blessés manque d'organisation (secteur privé), de mise à niveau (ressources humaines) et d'équipements (ambulances). Son caractère anarchique peut s'avérer délétère.
- La prise en charge dans les services hospitaliers souffre de différents maux. Les services d'urgences sont souvent sous tension dans le secteur public et reflètent les carences du système de santé. Ce secteur médical vital est globalement sous-estimé par rapport à son importance dans le système de soins et insuffisamment valorisé. Dans le secteur privé, insuffisamment développé sur le territoire national et concentré surtout dans les grandes villes, la barrière des coûts fait obstacle à l'accès aux soins pour de larges franges de la population.

Les principaux défis identifiés relèvent de plusieurs niveaux :

- L'organisation territoriale.
- La régulation de l'offre de soins des urgences médicales.
- L'accès financier aux soins.
- Les ressources humaines.
- La qualité des prestations.

Réponses des participants sur « ouchariko »

Plus de 50% des participant(e)s (qui sont majoritairement des citoyen(ne)s ayant une assurance maladie) ont déclaré être insatisfaits des services des urgences sur les plans de la qualité de l'accueil, de la prise en charge médicale et du coût des soins.

II. La nécessité de disposer d'une filière de prise en charge des urgences médicales délivrant des soins sûrs, en temps opportun, efficaces, efficients, équitables et centrés sur le patient

La filière des soins d'urgence doit être considérée par les différents acteurs (autorités publiques, professionnels de la santé et usagers) comme un service public médical et social vital de la plus haute importance. Il permet de sauver des vies humaines, contribue à protéger des enfants et des femmes victimes de violences, joue un rôle important dans l'attraction de grands événements internationaux⁵¹, véhicule auprès des nombreux touristes et investisseurs étrangers une image positive du pays et, doit-être accessible à toutes les couches sociales.

La qualité de ce service est un indicateur de mesure de l'effectivité du droit de la population à l'assistance et au soin sans discrimination aucune.

Le Conseil Économique, Social et Environnemental, tout en reconnaissant la complexité de la filière et de l'importance des moyens humains et financiers à déployer, propose des recommandations structurées en 5 axes complémentaires et interdépendants, à même de permettre de disposer d'une filière de prise en charge des urgences médicales délivrant des soins sûrs, en temps opportun, efficaces, efficients, équitables et centrés sur le patient, conformément aux 6 critères qualitatifs de l'OMS.

1. Mobiliser et développer les énergies et les synergies entre les différents acteurs au niveau territorial

1. Mettre en place des filières de soins d'urgences médicales dans chaque région, adaptées aux spécificités populationnelles, culturelles et géographiques des territoires en impliquant tous les acteurs des territoires : élus, autorités, protection civile, assureurs -AMO et privés-, professionnels de santé, professionnels du transport sanitaire, secteurs public et privés à but lucratif et non lucratif, les associations fournissant un travail social, etc.
2. Intégrer le secteur privé à but lucratif et à but non lucratif dans l'offre de soins et l'inciter à investir selon une approche gagnant-gagnant dans les infrastructures et le transport sanitaire, et ce :
 - en facilitant l'accès au foncier ;
 - en définissant une tarification juste des prestations ;
 - en fournissant aux entreprises de transport une visibilité financière à long terme, compte tenu de la lourdeur des investissements et des coûts de maintenance, et en simplifiant les procédures administratives.
3. Mieux appréhender les besoins des populations des régions, en mettant en place des systèmes d'information et de veille, digitalisés et interconnectés concernant l'activité médicale et l'épidémiologie régionale.

51 - <https://www.hospithub.com/actualites/plus-de-51-800-patients-pris-en-charge-pendant-la-coupe-du-monde-2022-au-qatar>

2. Renforcer et développer la régulation préhospitalière

1. Responsabiliser le citoyen à travers l'information, le civisme, l'éducation aux gestes de premiers secours et la sensibilisation aux spécificités des services des urgences.

Pour cela, il convient de :

- Informer, sensibiliser et former la population sur une conduite standardisée et systématique à tenir en cas d'urgence et sur les gestes de premiers secours.
- Former et vulgariser aux gestes de premiers secours auprès des enfants, des citoyens, des chefs d'entreprises et responsables d'établissements publics (massage cardiaque externe, position latérale stable, libération des voies aériennes, utilisation de défibrillateurs automatiques, etc.).
- Imposer aux administrations et aux établissements accueillant du public l'obligation de mise en place des équipements de premiers secours, notamment les défibrillateurs et mettre en place une application numérique permettant de les géolocaliser. Il convient de s'assurer que des personnes bien identifiées soient formées à l'utilisation adéquate, en cas d'urgence, desdits équipements.
- Développer les actions de volontariat auprès de la Protection civile.

2. Renforcer et élargir le champ d'action des SAMU régionaux :

- Doter le SAMU de moyens logistiques, humains et financiers, étendre sa mission et son champ d'intervention pour inclure les secours sur la voie publique, en étroite coordination avec la protection civile, et rendre possible le transfert des patients vers les établissements du secteur privé. Le SAMU devrait constituer l'interlocuteur unique de toute personne en situation d'urgence médicale pour l'orienter vers le circuit médical, public ou privé, le plus proche et le mieux adapté.
- Intégrer les médecins généralistes privés et les centres de santé dans la régulation et la prise en charge des urgences en réorganisant de manière concertée les heures d'ouverture des cabinets et des centres de santé par exemple.
- Exploiter pleinement le potentiel actuel des outils numériques dans la régulation et l'organisation de la prise en charge médicale en urgence (téléconsultation, télé-conseil, etc.).

3. Renforcer la protection civile et améliorer sa collaboration avec le SAMU et les territoires.

- Renforcer les capacités logistiques et humaines de la protection civile et augmenter les budgets qui lui sont alloués.
- Améliorer la couverture territoriale de la protection civile en créant plus de centres de secours afin de limiter les délais d'intervention.
- Renforcer la coopération et la contractualisation entre le SAMU, la protection civile, les CHU et hôpitaux provinciaux, les cliniques privées et les collectivités territoriales en matière d'organisation du ramassage, de transport, de formation, de simulations de catastrophes, d'élaboration et de mise en œuvre de projets d'infrastructures de secours.

4. Réglementer et réguler le secteur du transport sanitaire.

- Réglementer le secteur des « ambulanciers » :
 - Définir le référentiel métier des équipages (chauffeur d'ambulance, brancardier, infirmier spécialisé, médecin urgentiste) et définir pour chaque type de transport sanitaire, la nature des équipages qui doivent être à bord.
 - Instituer une certification académique agréée par le ministère de la Santé et de la protection sociale pour exercer dans le domaine du transport sanitaire;
 - Mettre en place un contrôle régulier et effectif sur le plan technique ;
 - Définir au niveau réglementaire, une grille tarifaire de référence selon le type de transport (médicalisé ou pas), les distances à parcourir, l'importance de l'équipage.
- Favoriser le regroupement des petites entreprises privées de transport sanitaire en coopératives ou leur développement en moyennes et grandes entreprises.

3. Lever les barrières financières à l'accès aux soins

1. Mener une réflexion multipartite sur l'opportunité de la création d'un fonds de garantie, alimenté par l'assurance maladie et dédié à la prise en charge médicale urgente des personnes dans l'incapacité d'honorer les prestations dans le secteur privé à but lucratif et à but non lucratif. L'assureur devrait pouvoir agir par subrogation pour recouvrer les impayés auprès des assurés.
2. Elargir le mode « tiers-payant » aux soins ambulatoires de manière à éviter à l'assuré d'avancer la totalité des frais y afférents.
3. Introduire le transport médical dans la nomenclature des actes professionnels et le tarif national de référence.

4. Développer et valoriser les ressources humaines affectées aux services d'urgences

1. Renforcer la formation de base et la formation continue
 - Promouvoir la formation spécialisée en urgentologie de manière générale.
 - Promouvoir les praticiens actuels ayant toujours le statut de généralistes malgré leurs années d'expériences aux urgences au statut de spécialistes selon des modalités qu'il conviendra de définir.
 - Renforcer la formation de base des médecins généralistes en médecine d'urgence.
 - Améliorer la formation de base et assurer la formation continue des personnels des services des urgences.
 - Utiliser "la simulation en santé"⁵² comme moyen pédagogique dans l'enseignement de la médecine et des sciences de la santé pour son intérêt didactique et pratique.

52 - Il s'agit d'exercices pratiques de simulation de situation d'urgence pour développer les attitudes à adopter et les capacités d'intervention des apprenants.

- Faire régulièrement des exercices de simulation de catastrophes au sein des grands services d'urgence afin d'en améliorer les performances.
- Valoriser et mieux former les agents de la protection civile.

2. Revoir le cadre juridique et indemnitaire pour les gardes et astreintes :

- Reconnaître la pénibilité du travail et l'exposition aux risques psychosociaux des soignants dans les services d'urgence intra et extrahospitaliers en veillant à mettre en place des leviers de motivation (revalorisations salariales, indemnités spéciales, etc.).
- Encadrer juridiquement les nouvelles pratiques telles la téléconsultation, le télé-conseil et la téléexpertise en tenant compte de tous les aspects de ces nouvelles pratiques : administratifs, financiers, organisationnels, aspects liés à la responsabilité des médecins, aspects liés à la protection de l'usage et du stockage des données personnelles.

5. Etablir des normes et mettre à niveau les services hospitaliers des urgences dans les secteurs public et privé

1. Élaborer des cahiers de charges qui constitueraient un référentiel normatif opposable aux secteurs public et privé concernant les bâtiments, les équipements, les personnels et l'organisation des services hospitaliers d'urgence.
2. Mettre à niveau progressivement, sur les plans architectural et organisationnel l'ensemble des services d'urgence, publics et privés, selon ces cahiers des charges, puis assurer un contrôle de conformité à travers une procédure d'homologation.
3. Inciter les dirigeants d'établissements de soins à s'inscrire dans une démarche d'accréditation par des organismes d'évaluation indépendants.
4. Mettre en place des mécanismes de suivi, contrôle et d'évaluation de la qualité de prise en charge médicale dans tous les établissements publics ou privés ayant des services d'urgence.
5. Développer au sein de chaque région les filières d'urgences spécialisées qui permettent une prise en charge rapide et optimale des patients polytraumatisés, des grands brûlés, des nouveau-nés, des patients atteints d'accidents cérébrovasculaires ou cardiaques.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des acteurs auditionnés

| | |
|--------------------------------|--|
| Départements ministériels | <ul style="list-style-type: none">• Ministère de la Santé et de la Protection sociale• Administration de la Défense Nationale |
| Organismes publics | <ul style="list-style-type: none">• Agence nationale de l'assurance maladie• Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale• Caisse nationale de sécurité sociale• Direction générale de la protection civile |
| Organisations professionnelles | <ul style="list-style-type: none">• Société marocaine de médecine d'urgence• Association nationale des cliniques privées du Maroc• Fédération marocaine des sociétés d'assurances et de réassurance• Association nationale des services d'ambulances et d'assistance• Association des médecins internes de Rabat |
| Fondations – Hôpitaux | <ul style="list-style-type: none">• Hôpital universitaire international Cheikh Khalifa• Hôpital universitaire international Cheikh Zaid |
| Centrales syndicales | <ul style="list-style-type: none">• Union marocaine du travail• Confédération démocratique du travail• Union générale des travailleurs du Maroc• Fédération démocratique du travail• Union nationale du travail au Maroc |

Visites de terrain

- CHU Ibn Sina à Rabat
- Hôpital provincial Mohammed V et hôpital Aicha à Safi

Annexe 2 : Résultats de la consultation lancée sur la plateforme de participation citoyenne ouchariko.ma sur la prise en charge des urgences médicales, du 28 Novembre 2022 au 30 Janvier 2023

Dans le cadre de l'élaboration de son avis sur le système de prise en charge aux urgences médicales, le CESE a sollicité, du 28 novembre 2022 au 31 janvier 2023, la contribution des citoyen(e)s à travers sa plateforme « Ouchariko ». A cet effet, les résultats de la consultation donnent globalement une idée sur les perceptions des participant.e.s concernant ce système et des éléments sur leurs expériences vécues. Ces témoignages et ces opinions exprimées par les participant.e.s contribuent à identifier les défis à relever pour améliorer cette prestation dans notre pays. Le nombre de personnes qui ont interagi avec le sujet est de 79.233 dont 621 participants au questionnaire.

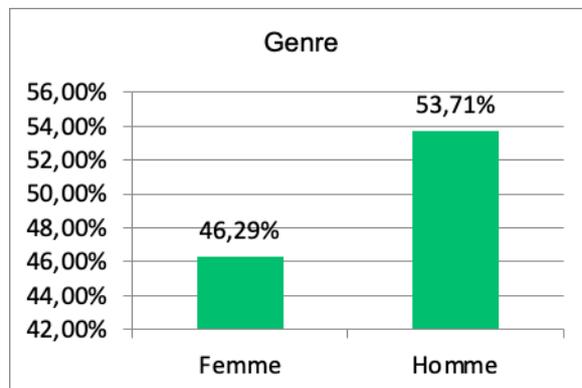
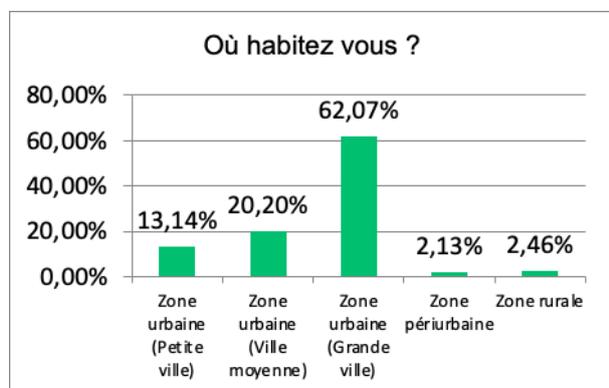
- **Caractéristiques du groupe de participants**

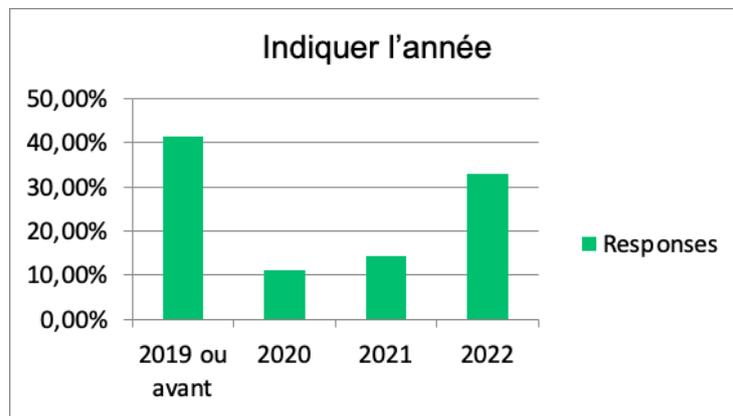
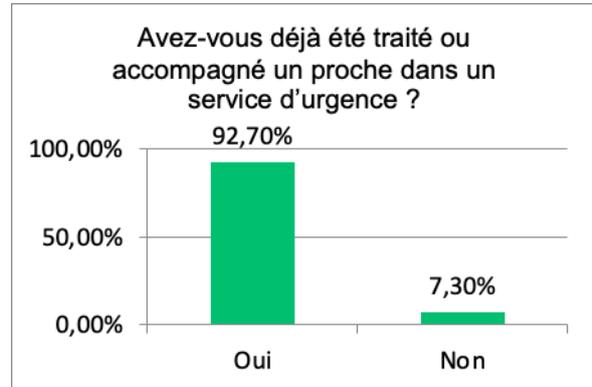
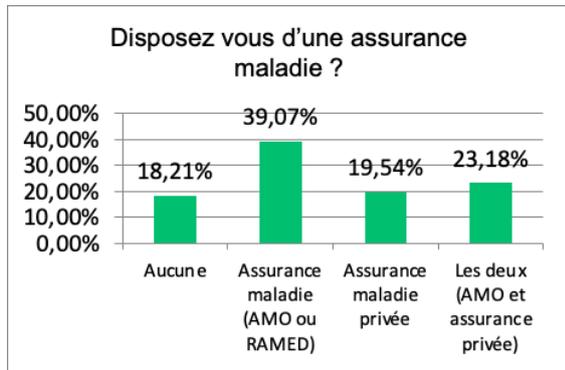
Les 621 participants à la consultation constituent **une population essentiellement citadine avec une forte proportion atteignant plus de 95%**, tandis que les ruraux ne représentent que 2,46%.

En termes de genre, on relève une certaine parité, l'écart étant relativement réduit entre les hommes et les femmes avec une proportion respective de 53,71% et 46,29%.

Les chiffres concernant le niveau de couverture maladie des participants laissent supposer que la population des répondants est composée en grande partie par les catégories assujetties à l'Assurance Maladie Obligatoire, et/ou possédant un pouvoir contributif pour souscrire à une assurance maladie privée, soit directement, soit à travers leur employeur. En incluant les participants soumis au Régime d'assistance médicale RAMED, on arrive à 81,79% des participants disposant d'une couverture médicale. Seuls 18,21% des répondants déclarent ne disposer d'aucune forme de couverture santé.

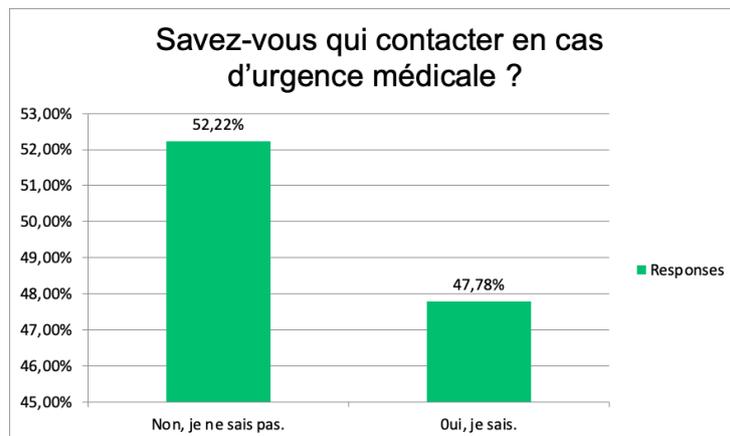
Parmi les répondants, 92,70% déclarent avoir déjà vécu l'expérience (soit en tant que patient, proche ou témoin) de recourir au système de prise en charge des urgences médicales. Cette expérience est relativement récente pour plus de la moitié d'entre eux, près de 60% des participants ont déclaré avoir sollicité un service d'urgence entre 2020 et 2022.



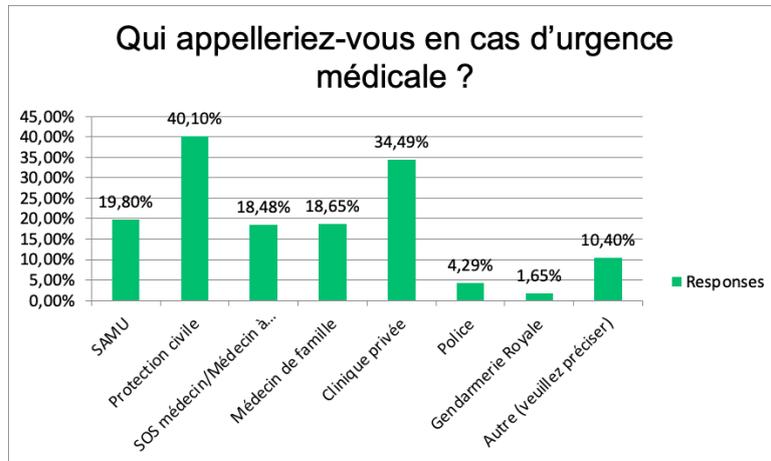


- Données relatives à la phase préhospitalière

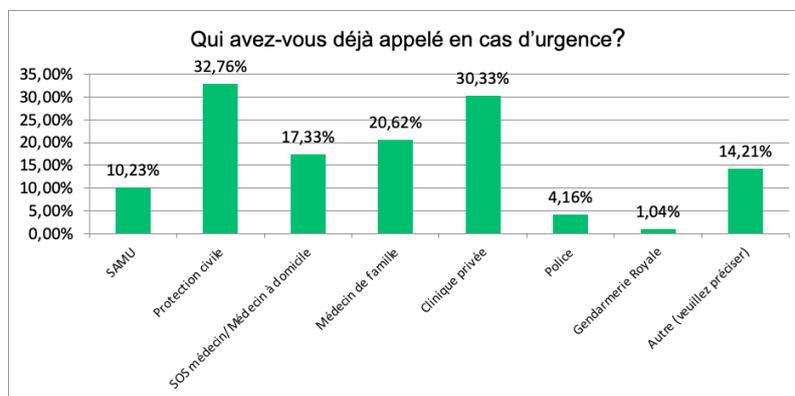
Plus de la moitié des répondants sont sous-informés, voire ne disposent d'aucune information concrète sur le fonctionnement du système d'urgences. En effet, 52,22% d'entre eux déclarent ne savoir pas qui contacter en cas de survenue d'une urgence médicale.



La Protection civile reste l'instance que la majorité des participants (40,1%) associent à la gestion des urgences médicales. Un peu plus du tiers des répondants (34,49%) déclarent toutefois préférer s'adresser directement à une clinique privée. Seuls 19,8% des répondants indiquent le SAMU comme service à contacter pour gérer une urgence médicale. 10,40% des répondants préfèrent solliciter d'autres parties.

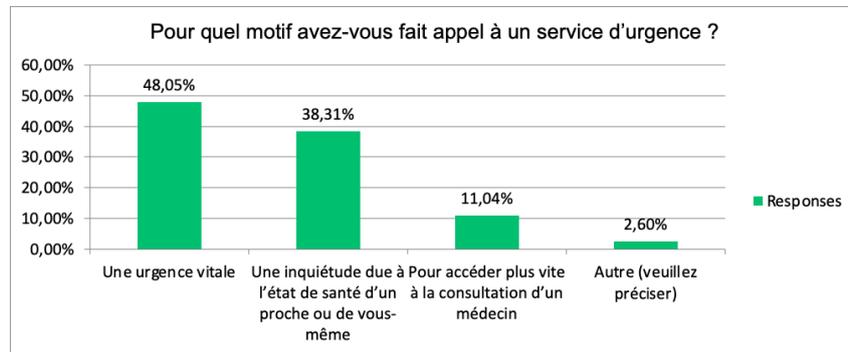


Seul 1 participant sur 10 (**10,23%**) déclare avoir effectivement contacté le SAMU pour une urgence médicale. La majorité (**68,28%**) s'adresse prioritairement au secteur libéral et privé. Ainsi, face à une situation jugée relevant des urgences médicales, **17,33%** des répondants ont sollicité un médecin libéral ou une société type « SOS médecin » pour une consultation à domicile, **20,62%** se sont dirigés vers leur médecin de famille, et **30,33%** vers une clinique privée. Un peu moins du tiers (**32,76%**) ont demandé l'intervention de la protection civile. 14,21% ont appelé d'autres intervenants.



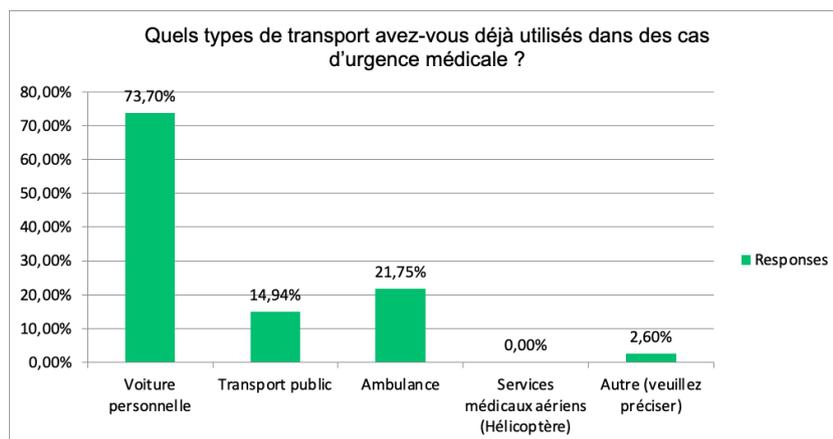
- **Motifs du recours aux services d'urgences**

Moins de la moitié des cas de recours aux urgences médicales (**48,5%**) sont jugés comme une urgence vitale par les participants qui les ont déclarés. Un peu plus du tiers des répondants (**38,31%**) ont agi par inquiétude pour leur état de santé ou celui d'un proche, sans pour autant être certains du caractère urgent du cas signalé. Il y a lieu de relever qu'un signalement sur dix (**11,4%**) ne relève explicitement pas de l'urgence, mais constitue simplement une tentative d'accéder plus rapidement à une consultation médicale .

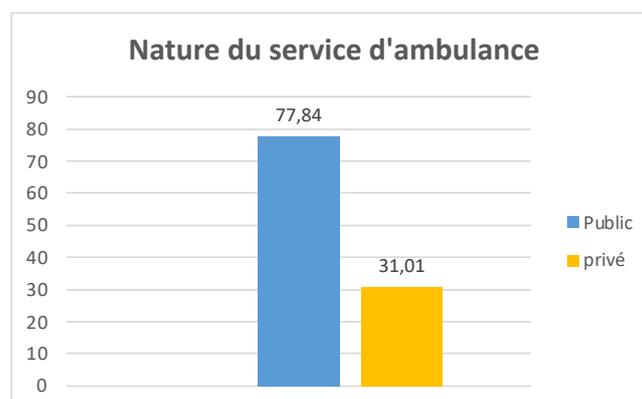


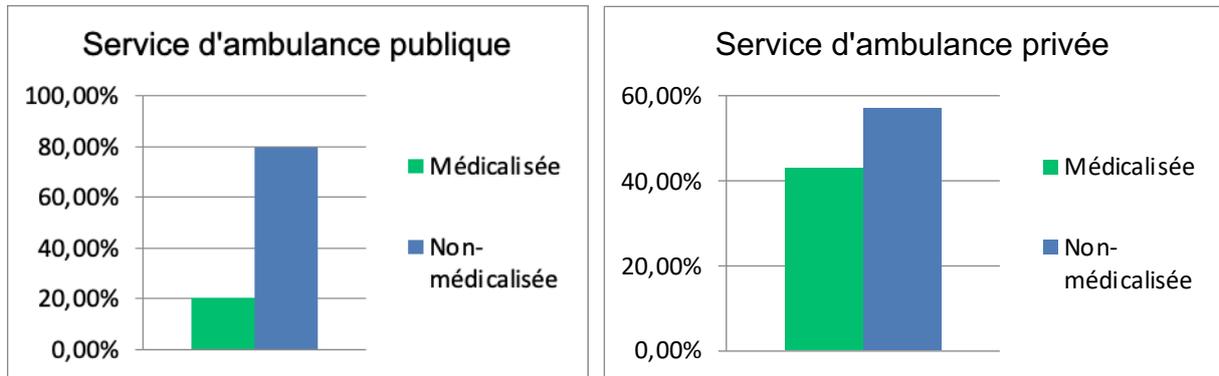
- **Moyen de transport**

Le transfert de la personne en situation d'urgence médicale vers la structure de prise en charge s'effectue majoritairement par les moyens propres des participants. Près de **88%** déclarent avoir utilisé une voiture personnelle (**73,70%**) ou le transport public (**près de 15%**). Seuls **21,75%** ont fait appel à une ambulance, et aucun participant n'a signalé avoir eu recours aux services médicaux aériens.



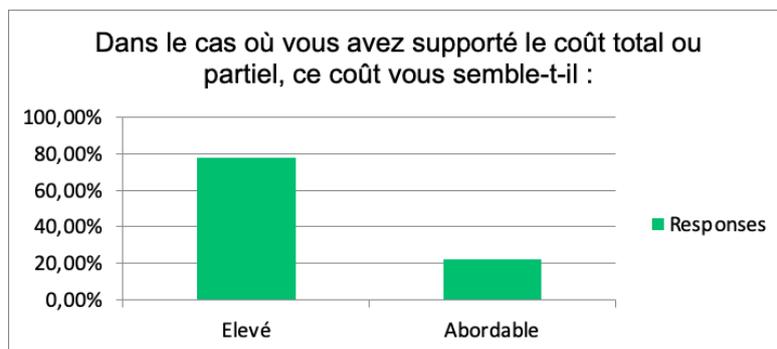
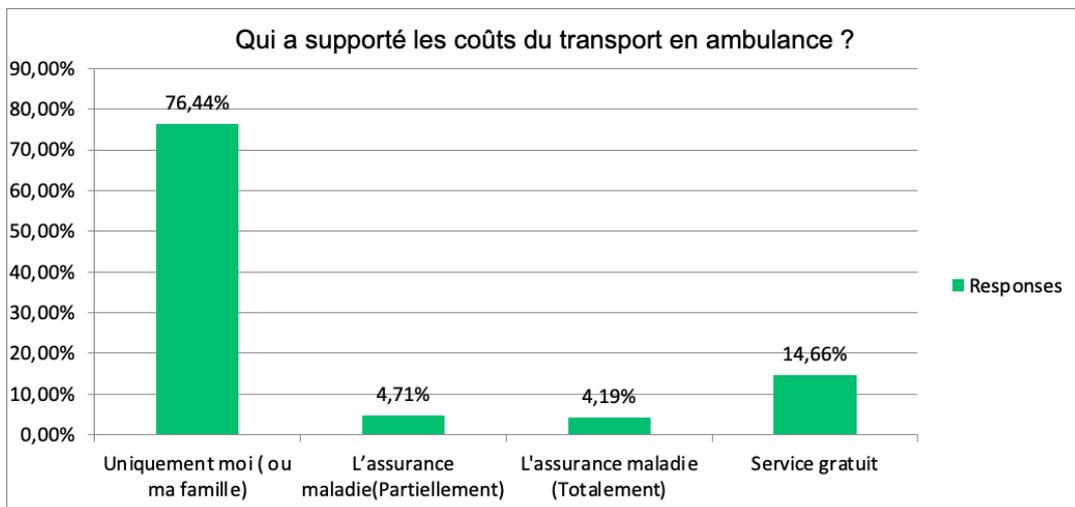
Le service d'ambulances publiques demeure celui auquel la majorité des répondants ont recours (77,84%, contre 31% pour le privé). Il est à souligner que près de 80% des ambulances publiques sollicitées étaient non médicalisées contre 57% des ambulances privées.





- Coût du transport

Le coût de l'opération de transport incombe en grande majorité (76,44%) aux personnes concernées ou à leurs proches. L'assurance maladie partielle ou totale n'intervient que marginalement (9%), alors que 14,66% bénéficient de ce service gratuitement. Pour les répondants ayant supporté le coût de transport de l'ambulance, totalement ou partiellement, ils trouvent pour la quasi-majorité (78%) ce coût élevé. Seuls 22% d'entre eux le considèrent abordable.

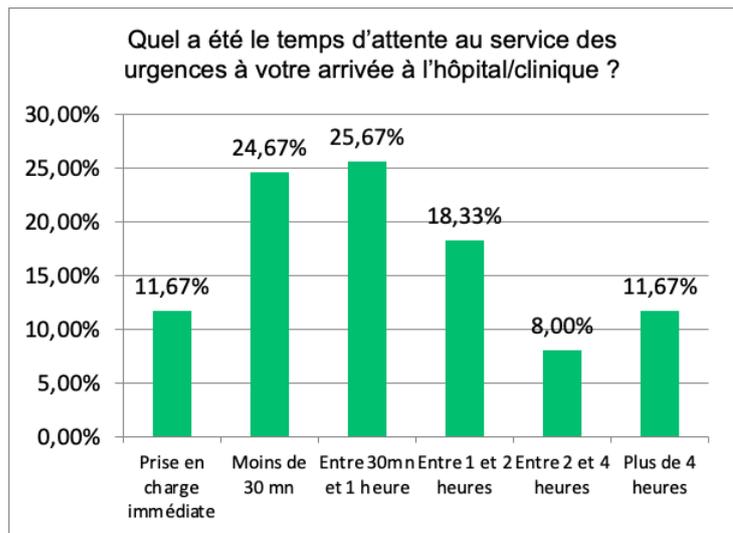
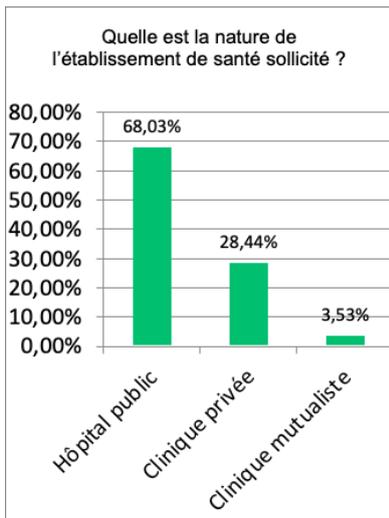


- Données qui se rapportent à la prise en charge intrahospitalière

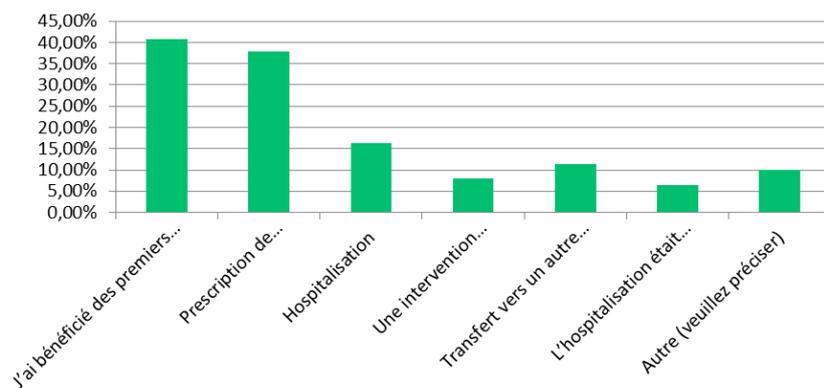
La prise en charge de plus des deux tiers des cas rapportés par les participants (68,03%) s'est faite dans des structures publiques. Les cliniques privées ont été la destination d'un peu plus du quart des répondants (28%), alors que le tiers secteur n'a constitué une option que pour 3,53% des participants.

- Conditions de la prise en charge médicale

Concernant l'attente aux services des urgences, la prise en charge a été immédiate pour 12% des répondants, dans plus de la moitié des cas la prise en charge a été opérée dans l'heure qui suit, l'attente peut toutefois dépasser les 4 heures dans 12% des cas. Dans les trois quarts des cas, les intéressés ont quitté les urgences après avoir bénéficié des premiers soins (40,80%) ou reçu une prescription de médicaments (37,79%). Pour les cas qui nécessitaient une prise en charge plus lourde, seuls 8,03% ont dû subir une intervention chirurgicale en urgence. Il est à souligner que 6,35% des répondants, dont l'état nécessitait une hospitalisation, n'ont pas été admis à cause de leur incapacité à s'acquitter du montant de la caution ou à fournir un chèque de garantie.

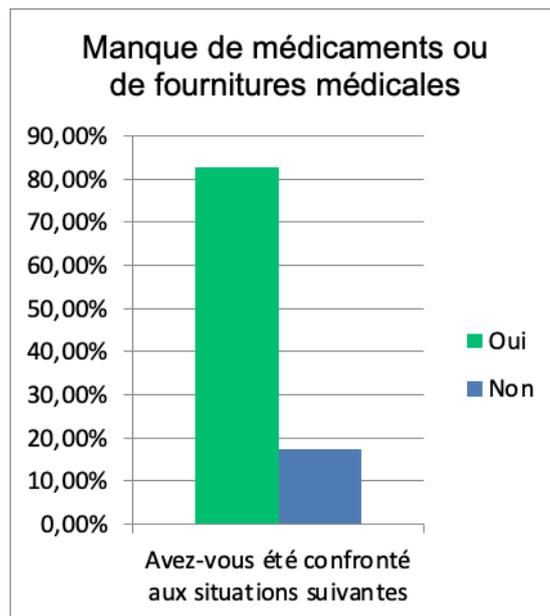
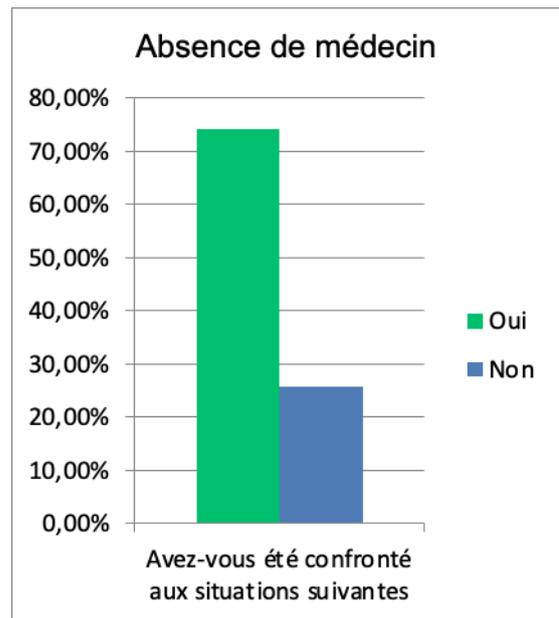
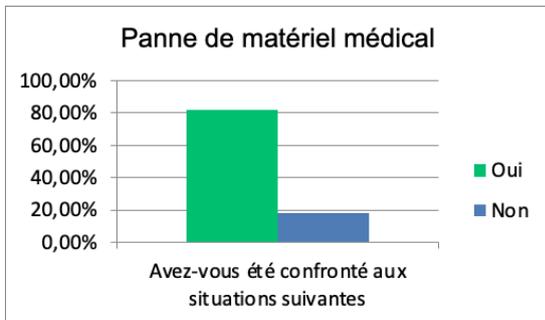


Quelle a été l'issue de votre recours aux services des urgences médicales ?

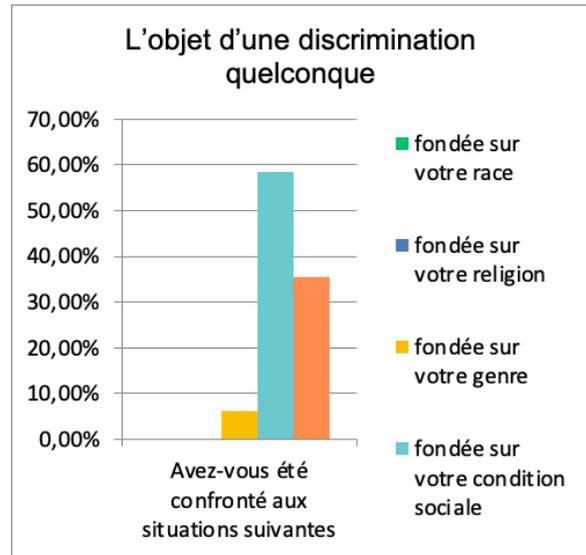
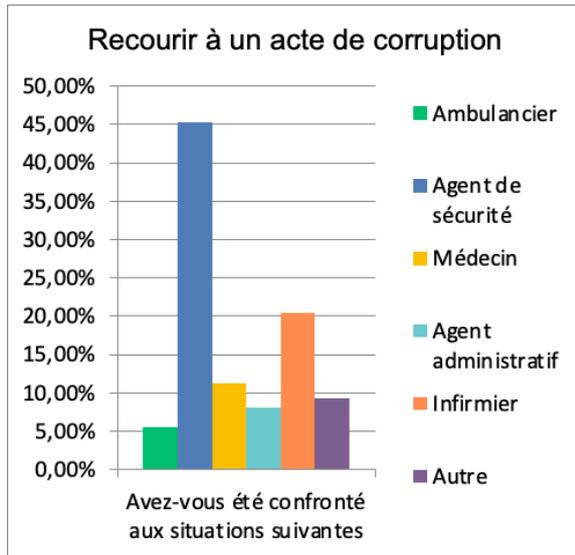


- Le niveau de satisfaction des participant(e)s

Les commentaires des participants témoignent généralement d'une forte insatisfaction de la situation des urgences médicales, et utilisent souvent des qualificatifs tels médiocre, nul..., et pointent les déficits d'organisation et en moyens matériels et humains des hôpitaux publics, et les difficultés d'accès aux soins dans les structures privées. 74% des participants ont déclaré avoir été confronté à l'absence de médecin, 82% au manque de médicaments ou de fourniture médicale, et 81% à une panne de matériel médical.



Lors de leur expériences relatées avec les structures d'urgences médicales, **45%** des participants déclarent avoir été confrontés à un acte de corruption de la part d'un agent de sécurité, 20% de la part d'un infirmier et 11% de la part d'un médecin. **58%** d'entre eux rapportent des faits de discrimination fondée sur la condition sociale des intéressés, ou de leur genre (6%). 35% des répondants ont avancé d'autres motifs qui sont traités dans rubriques de cette consultation (corruption, exigence du dépôt d'un chèque de garantie, etc) .



A l'issue de leurs expériences dans les services des urgences des hôpitaux publics et des structures de soins privées, il ressort que l'appréciation de la qualité de l'accueil, de la prise en charge médicale et du coût des soins n'est positive que dans moins de 50% des cas. Le taux d'insatisfaction le plus élevé concerne l'accueil, avec un tiers des participants qui ne sont pas satisfaits du tout (32,10%) et un peu plus du quart qui ne sont que faiblement satisfaits (27,16%).

Les avis sont un peu plus partagés concernant la prise en charge médicale, avec presque la moitié des répondants qui ont fait part de leur satisfaction (47,6%), tandis que (22%) sont totalement insatisfaits. Quant au coût, la part des répondants ayant déclaré leur manque de satisfaction dépasse les 50%.

- Niveau de satisfaction des services des urgences des structures de soins publiques et privées

| | Très satisfait | Satisfait | Peu satisfait | Pas satisfait |
|--------------------------|----------------|-----------|---------------|---------------|
| Accueil | 8,64% | 32,10% | 27,16% | 32,10% |
| Prise en charge médicale | 16,04% | 31,02% | 31,55% | 21,39% |
| Coût | 17,35% | 31,96% | 31,96% | 18,72% |

Annexe 3 : Liste des membres de la Commission permanente des Affaires Sociales et de la Solidarité

| Experts |
|--|
| Benseddik Fouad |
| Himmich Hakima |
| Lamrani Amina |
| Rachdi Abdelmaksoud |
| Zoubeir Hajbouha |
| Syndicats |
| Bahanniss Ahmed |
| Bensaghir Mohamed (vice-rapporteur de la Commission) |
| Dahmani Mohamed (rapporteur de la Commission) |
| Essaïdi Mohamed Abdessadek |
| Hansali Lahcen (vice-président de la Commission) |
| Khrafa Mustapha |
| Abderrahmane Kandila |
| Jamaâ El Moâtassim |
| Organisations professionnelles |
| Bensalah Mohamed Hassan |
| Bessa Abdelhai (Président de la Commission) |
| Boulahcen Mohamed |
| Société civile |
| Berbich Laila |
| Chouaib Jaouad (rapporteur du thème) |
| Elkhadiri Mohamed |
| Zahi Abderrahmane |
| Zaoui Zahra |
| Membres de droit |
| Adnane Abdelaziz |
| Cheddadi Khalid |
| Lotfi boujendar |

Experts ayant accompagné la Commission

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Experte permanente au Conseil | Nadia Sebti |
| Expert permanent au Conseil | Mohamed El Khamlichi |
| Traducteurs | Adel Gaiz Youssef Satane |

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@cese.ma