

*Plaidoyer pour un dispositif politico-juridique favorable à la promotion de la santé
en milieu rural*

Dr. Riyad MOUNASSIB (Docteur en droit privé de l'Université de Perpignan-France)

Date de Publication: 31/10/2012

La santé est devenue un objet de préoccupation politique et juridique depuis seulement une cinquantaine d'années par l'événement des textes internationaux. Le Maroc qui a souscrit, et ce, depuis son indépendance aux engagements de ces textes internationaux, se doit d'asseoir les conditions, et à même d'assurer à tous ces citoyens, y compris ceux vivant en milieu rural, le meilleur état de santé et de participer ainsi au développement économique, social et culturel du pays¹.

La voie en ce sens paraît, aujourd'hui, bien tracée à la faveur de l'adoption de nouveaux textes juridiques, qui offrent un dispositif approprié pour la promotion de la santé en milieu rural. Il s'agit en l'occurrence de la loi relative à l'organisation de la région qui comprend un volet sur la santé en milieu rural et de la loi relative à la couverture médicale généralisée : AMO. L'objectif de ces approches va nous indiquer dans quelle mesure, cette consécration juridique dans le domaine de la santé, pourra-t-elle offrir une meilleure protection sanitaire aux populations rurales au Maroc.

I. La régionalisation : une solution audacieuse

Au Maroc, le secteur de la santé n'échappe pas à la centralisation administrative, économique et financière, du fait que l'essentiel des ressources du Ministère de la Santé

¹ BOUDAHRAIN Abdellah., *Le droit de la santé au Maroc : plaidoyer pour une santé humaine*, Paris, l'Harmattan, 1996, pp.8-9.

et du secteur privé sont regroupées sur l'axe Casablanca-Rabat¹. Cet état de choses crée au sein du reste de la population, un sentiment d'abandon et de discrimination. L'espoir de cette population serait l'application de la loi du 2 avril 1997² sur l'organisation de la région.

1. Les principales innovations de la loi relative à la région

Cette loi est venue à un moment opportun pour relancer la localité, comme un pôle de développement économique et social, dans un but de réduire les disparités régionales³. Cette loi a permis également à la localité, d'avoir une existence juridique en tant que collectivité décentralisée par l'octroi de la personnalité morale et l'autonomie de gestion des affaires locales par des représentants locaux. Le rôle de ces représentants est d'identifier les potentialités humaines, matérielles et financières ainsi que les besoins et les attentes de la population, en vue de planifier les priorités d'actions. Cette institution offre un espace réel de démocratie locale (suffrage des présidents de communes, conseillers régionaux, des séances publiques de délibérations de comités régionaux...).

Il résulte qu'un transfert de nombreuses attributions de pouvoir central au pouvoir local (tel que les élus locaux disposeront d'attributions leur permettant de gérer leur propre budget), étant donné que le contrôle des actes de responsables locaux s'effectue le cas échéant, à travers les tribunaux administratifs et les cours des comptes régionales⁴.

¹ Cf., l'exemple réussi de la régionalisation en France, MOREAU Jacques et PERBEN Dominique., *Liberté de gestion des collectivités territoriales*, Paris : Economica, 1993, pp.32-33.

² Cf., Loi n°47-96 promulguée par le dahir n°1-97-84 du 2 avril 1997, relative à l'organisation de la région, Bulletin Officiel n°4470 du 3/04/97, pp.292-293.

³ *La question régionale de la recherche scientifique*. Rabat : Institut Universitaire de Recherche Scientifique, Université Mohamed V, 1999, pp.45-46.

⁴ ENNACIRI Khadija., *De la commune à la région, quels enjeux ?* Th. Doct : Droit privé. Université Mohamed V, FSJES (Rabat-Agdal), Rabat, 2000, pp.56.

2. Les retombées socio-juridiques de la régionalisation sur les populations rurales en matière de santé

La lettre royale de S.M le Roi Mohammed VI adressée au premier ministre le 12/10/1999, illustre l'importance du rôle accordé aux collectivités locales notamment en tant que vecteur de développement économique et social¹.

Or, il va sans dire que la promotion de la santé est l'un des chantiers essentiels dans les programmes de développement économique et social, et il constitue donc une réelle priorité. Les objectifs à cet égard, étant notamment :

- La mise en place d'une offre des soins équilibrée et intégrée sur l'ensemble du territoire national,
- L'amélioration de la gestion des services de santé notamment sur le plan hospitalier,
- L'introduction de nouvelles spécialités adaptées aux besoins actuels et locaux,
- L'instauration d'une carte sanitaire dans la stratégie d'une politique de santé,
- La création de nouveaux mécanismes de financement,
- Et en fin, la mise en place d'une réforme de la politique de médicament à travers la conception de nouveaux textes législatifs et réglementaires².

Ces objectifs seront une réalité par la mise en place de développement socio-économique 2002-2008 qui accordera au secteur de la santé, un cadre propice au décollage de la région. Les principales caractéristiques de ce développement socio-économique 2002-2008 en ce qui concerne le secteur de la santé reposent sur :

- Le renforcement de l'activité par la sensibilisation,
- Le renforcement de l'exécution des réformes programmées,
- L'octroi de la priorité des actions aux régions éloignées.

¹ Cf., Volume I : Les orientations et les perspectives globales du développement économique et social, Ministère de la Prévision et du Plan, 2001, pp.5-6. A ce propos, il importe d'énoncer un extrait de cette lettre royale : « ...Ainsi le rôle des collectivités locales devrait-il être renforcé et élargi, afin qu'elles acquièrent le statut de partenaire essentiel de l'État et des autres opérateurs et que soient renforcées les capacités des institutions régionales, provinciales et locales...il importe, dans ce domaine, d'attirer l'attention sur l'intérêt de la planification au niveau régional et local pour assurer la coordination nécessaire entre les programmes de développement économiques et social... ».

² Réforme apportée par le dahir n° 1-06-151 du 30 Chaoual 1427 (22 novembre 2006) portant promulgation de la loi n° 17-04 portant Code du médicament et de la pharmacie.

Ainsi, la correction des inégalités régionales se fera à travers l'achèvement de 52 hôpitaux et 21 maternités, de la construction de 7 polycliniques de santé et d'un hôpital régional. Aussi, il est prévu la construction de 303 établissements de soins de santé de base (ESSB) et de renouveler les existants. Parallèlement à ces corrections régionales, 60 % du budget relatif aux programmes sanitaires, seront destinés au milieu rural notamment à destination des activités de soins maternels et infantiles, de la vaccination, de la planification familiale et contre toutes les maladies.

Le suivi de ce plan de développement socio-économique a été formulé par l'Ex-premier ministre Mr A.Youssfi, lors des travaux de préparation de ce plan au conseil de gouvernement du mois de novembre 1999¹. Ce plan a été suivi par des mesures d'ordre législatif, ce fut le cas des efforts fournies dans le cadre du financement du système de la santé, et par la préparation des rapports des collectivités locales axés sur :

- Un diagnostic de la situation et une clarification des stratégies mises en place,
- La préparation d'un programme pluri-annuel tenant compte des besoins essentiels de la population et des particularités régionales.

À travers ces développements, il apparaît que la région représente réellement une opportunité d'aménagement du milieu rural, en un pôle important et dynamique. Pour accompagner cette politique de réorganisation sanitaire, il faudrait mettre en place un cadre normatif de la santé aussi complet et cohérent eu égard à la place que doit occuper le milieu rural, sur « l'échiquier » du développement économique et social².

II. Un redéploiement de la couverture sanitaire à l'échelon local

La population rurale qui présente plus que la moitié de la population totale du Maroc aspire à une meilleure protection sanitaire, à travers des structures de soins équipées, en matériels et en personnel, un instrument juridique qui les intègre en tant que partie ayant des droits et obligations en matière de prestations médicales, et surtout des responsables locaux à leurs écoutes.

Il devient donc indispensable d'engager des réformes profondes en concertation avec l'ensemble des partenaires agissant dans le secteur de la santé. Aussi la couverture

¹ Volume 3 : Le développement régional et les programmes des collectivités locales, Ministère de la Prévision Economique et du Plan, 2001, pp.5-6.

² *La gestion déconcentrée de l'investissement*, Publications de la R.E.M.A.L.D., Coll. (textes et documents) n°66, 2002, pp.22-23.

sanitaire en milieu rural nécessite une stratégie sectorielle coordonnée du secteur public et du secteur privé en matière d'offre de soins. Celle-ci ne peut découler que d'une volonté politique et d'un engagement à long terme de tous les acteurs intervenant dans le domaine de la santé.

Il s'agit alors de se demander, quelle peuvent être les intérêts d'une nouvelle répartition des structures de soins de santé et comment optimiser cette dernière dans le milieu rural ?

1. Les intérêts d'une nouvelle répartition des structures de soins en milieu rural

Une politique nationale de santé relative à la couverture sanitaire sur l'ensemble du territoire implique nécessairement l'intervention de l'État. Cette fonction est attribuée au Ministère de la Santé auquel il incombe de garantir à tout citoyen, notamment en milieu rural, une offre de soins de qualité et à un prix abordable.

Promouvoir une meilleure couverture sanitaire serait ici de corriger les inégalités actuelles relatives à la répartition des structures de soins et des ressources humaines¹. La réalisation de cet objectif témoignera d'une prise en considération de la santé et du bien-être de la population rurale.

En outre, ce redéploiement permettra de pouvoir mieux garantir le droit à la santé au citoyen vivant en milieu rural, en tous lieux et au moment où il en a le plus besoin.

2. L'optimisation du développement de l'offre de soins dans le cadre d'équité et de complémentarité en milieu rural

Le développement de l'offre de soins passe par la conjugaison des efforts du secteur public et du secteur privé suivant un certain nombre de priorités juridiques, sociales, économiques et culturelles². À cet égard, le Ministère de la Santé a établi une synthèse de travaux en matière de santé, dans laquelle il formule les orientations nécessaires à l'essor du milieu rural dans le domaine de l'offre de soins et qui sont les suivantes :

¹ *La couverture sanitaire par le réseau de soins de santé de base (RSSB)*. Rabat : Ministère de la Santé, 1998, p.13-14.

² BESSAR Driss., *Les dépenses de soins des ménages dans les sites du projet d'amélioration de l'offre de soins de santé en milieu rural*, Mém DESS, Faculté de droit Suissi, 2000. pp.20-21.

- La mise en place d'un arsenal juridique définissant le rôle et les attributions des différents intervenants dans les domaines de l'offre de soins, des mécanismes de régulation et de contrôle de la qualité. Ainsi, les engagements politiques devront se focaliser sur l'adoption d'une loi relative à la carte sanitaire, et la mise en place d'institutions publiques agissant dans ce domaine telles que la création d'un centre national de la recherche scientifique et d'une agence nationale de normalisation et de contrôle de la qualité,
- Une politique sanitaire spécifique au milieu rural qui consistera à cibler en priorité, les zones défavorisées et enclavées en matière d'offre de soins,
- Un partenariat plus important entre le secteur public et le secteur privé dans le cadre d'une stratégie de la santé de proximité. A cet égard, un cadre programme permettant aux médecins du secteur privé d'exercer dans les centres de santé publique en milieu rural serait une opportunité pour pallier le manque des ressources humaines et d'offrir au Ministère de la Santé le temps suffisant de former plus de personnel,
- Promouvoir plus d'imputabilité pour assurer une meilleure performance des structures de soins, notamment en milieu rural. D'où la nécessité de développer l'obligation de rendre compte c'est-à-dire de responsabiliser chaque intervenant du secteur de la santé dans l'accomplissement de sa fonction,
- Promouvoir également une culture de communication et de participation des communautés locales. L'objectif est de créer une confiance entre les services sanitaires publics et les populations.

En outre, il est indispensable que le Ministère de la Santé prenne en compte dans toute planification de sa politique en matière de couverture sanitaire à l'échelon local, des indicateurs autres que ceux qui ont un caractère sanitaire¹. En effet, des indicateurs socio-économiques peuvent nous renseigner sur la situation des besoins réels des populations rurales, et de nous donner l'impact d'une planification sur leur état de développement sanitaire.

¹ « La planification sanitaire : une mission stratégique pour l'accès aux soins, les cahiers du médecin », tome V, n°51, avril 2002, pp.47-48.

À cet égard, on suggère de prendre en considération dans toute stratégie sanitaire destinée au milieu rural, les indicateurs suivants¹ :

- La fragilité économique en milieu rural, notamment dans les zones géographiques déterminées, ne permet pas à une catégorie de la population d'accéder aux centres de santé. Il est impératif donc de tenir compte du niveau de vie de chaque région où des actions sont programmées,
- Les critères de démographie et de densité de la population rurale doivent former un seul indicateur dans la mesure où ils donnent une image plus fidèle de la répartition de la population. On préfère à cet égard de parler de la cartographie de la population,
- L'indicateur géographique physique et naturel ne répond plus aux besoins actuels dans la mesure où les informations se sont plus pertinentes pour établir une planification de stratégie en matière de santé. En outre, il ne permet pas d'indiquer de manière précise la situation sanitaire d'une région donnée. On suggère d'utiliser le terme : géographie de la santé,
- Toute politique de communication et d'information du Ministère de la Santé suppose des supports sur lesquels seront transcrites les données en vue de les communiquer aux populations locales. Le niveau d'alphabétisation d'une région donnée, doit être inclus à toute stratégie englobant la couverture sanitaire afin de mieux sensibiliser le citoyen rural en matière de santé.

Bien entendu, on pourrait envisager d'autres suggestions à cet égard, en vue de mieux évaluer les besoins et les attentes de la population rurale².

III. Les bénéfices d'une nouvelle gestion de ressources humaines pour le milieu rural

L'OMS définit la gestion des ressources humaines comme étant : « *La mobilisation, la motivation, le développement, et l'épanouissement des êtres humains dans et par le travail. Elle englobe toutes les questions qui intéressent la production, l'emploi, l'affectation et la motivation de toutes les catégories de professionnels de la santé* ».

¹ « Les soins de santé et les services sociaux de base dans le monde rural, les cahiers du médecin », Tome III n° 25 du mois de novembre 1999, p.41. Cet article souligne à cet égard, quelles ressources et quelles stratégies doivent être mises en place par l'ensemble des acteurs de la santé en faveur des populations rurales. En outre, il propose de nouveaux concepts et d'indicateurs à ce propos.

² GOUIGUEM Aicha., *Élaboration d'indicateurs pour l'évaluation des centres de services de santé de premier échelon*, Mémoire de fin d'études, INAS, Rabat, 1995, p.16. Dans ce travail l'auteur propose des suggestions pertinentes qui pourraient nul doute améliorer la prise en charge des populations rurales dans le domaine de la santé, telles que le taux de visites dans les centres de soins de santé, le type de soins prodigués...

L'absence de vision à moyen et à long terme sur les besoins en ressources humaines de la santé va générer des déséquilibres entre l'offre et la demande dans ce secteur. D'où il convient de se pencher sur la recherche d'une gestion harmonieuse du personnel de la santé, notamment celui qui exerce en milieu rural.

1. L'amélioration de l'encadrement du milieu rural en ressources humaines

L'encadrement du milieu rural en ressources humaines de la santé passe par des réformes nécessaires. À cet égard, on propose celles qui nous paraissent incontournables :

- Faire une estimation des besoins en professionnels de la santé est nécessaire pour couvrir de manière harmonieuse la population en milieu rural¹. Celle-ci permettra de corriger les inégalités de répartition actuelle par un meilleur redéploiement du personnel existant et pour établir le besoin de personnel à recruter,
- Renforcer l'arsenal législatif et réglementaire des professions de la santé pour l'adoption de nouvelles normes juridiques de travail, de traitement de salaire. Le Ministère de la Santé pourra ainsi mieux évaluer la productivité de travail et mieux récompenser son personnel,
- Introduire une stratégie de motivation des ressources humaines autre que le traitement du salaire,
- Impliquer davantage la direction des ressources humaines dans les stratégies du développement local². Ainsi, ces attributions ne se limiteront plus aux simples missions relatives au personnel telles que le recrutement, la sécurité du travail..., mais de lui permettre de participer aux décisions pouvant améliorer la situation sanitaire des populations rurales.

2. Les intérêts pour le milieu rural d'une nouvelle gestion des ressources humaines au sein du Ministère de la Santé

La maîtrise de l'utilisation des ressources humaines est un enjeu majeur dans le bon fonctionnement du système national de santé, car il permettrait une meilleure régulation

¹ Cf., « pour une couverture médicale efficiente pour le citoyen et en harmonie avec l'évolution des professions de la santé », l'événement médical n° 5 des mois mai et juin 2002, pp.11-13.

² Cf., *La question régionale et les enjeux du développement au Maroc*, œuvre collective, Rabat, Institut Universitaire de Recherche Scientifique. Université Mohamed V, 1999, pp.85-87.

entre les services de santé et les besoins de la population¹. En outre, le personnel médical et administratif de la santé est le premier interlocuteur avec la population, d'où l'importance de valoriser leur travail, leur situation financière et leur formation².

Enfin, les éléments les plus brillants issus d'universités nationales et internationales, de grandes écoles et de centres de formation professionnelle doivent être recrutés par le Ministère de la Santé en vue de pallier le manque de profils spécifiques et de donner au Ministère une notoriété dont il a réellement besoin pour redynamiser le secteur³.

Fin de contribution. Guercif, le 29 Octobre 2012.

¹ BENACHIR Bouazza : « enjeu éthique du regard médical », *l'essentiel*, janvier 2003, pp.58-59.

² « Le droit de la santé : droit aux soins médicaux, droits aux soins de santé », Sociétés Médicale des Sciences Médicales (S.M.S.M), tome VII n° 3 du mois de juin 1996, pp.17-18.

³ BOUDAHRAIN Abdellah., *Le droit de la santé au Maroc : plaidoyer pour une santé humaine*, op. cit., pp.22- 23. Dans cet ouvrage l'auteur, souligne la nécessité d'une approche multidisciplinaire et d'une présentation de solutions ou d'alternatives aussi bien dans le domaine juridique, économique, social et culturel.