



Sa Majesté le Roi Mohammed VI inaugure l'Hôpital de la Santé Mentale et des Maladies Psychiatriques, l'un des quatre Hôpitaux du Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed VI d'Oujda, mercredi 29 juin 2013

« ... Si importantes qu'elles soient, ces réalisations restent en deçà de nos ambitions dans ce domaine. Nous saisissons donc l'occasion de cette conférence pour réaffirmer Notre volonté constante d'inscrire la promotion du secteur de la santé parmi les grands chantiers essentiels du pays. Ceci tient à Notre conviction que le droit d'accès aux services de santé, qui a été consacré par la nouvelle Constitution du Royaume, constitue un des piliers majeurs pour la consolidation de la citoyenneté dans la dignité et pour la réalisation du développement humain global et intégré que Nous souhaitons pour Notre pays. (...) Tout ceci doit s'inscrire dans une approche globale et novatrice et avoir pour dessein ultime de mettre à la disposition des citoyennes et des citoyens des prestations de haute qualité dans le cadre d'une démarche efficiente, juste et équitable. »

Extraits du message de Sa Majesté le Roi Mohammed VI aux participants à la 2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé ; Marrakech, du 1 au 3 juillet 2013

SOMMAIRE

Le Point

AMO

12 ANNÉES

RICHES EN
RÉALISATIONS,
Y COMPRIS

DANS L'ORIENTAL

par Saïd AHMIDOUCH



13

Dans l'Oriental

L'ORIENTAL MAROCAIN
FAIT SON BILAN
DE SANTÉ
par Dr Mohamed AMARA

49



International

L'ASSISTANCE
PUBLIQUE –
HÔPITAUX DE PARIS
par Dr Florence VEBER

62



ÉDITORIAL

De Oujda à Abidjan,
la santé sans frontières 4
M. Mohamed MBARKI
Directeur Général de l'Agence de l'Oriental

FOCUS

La Région Sanitaire de l'Oriental :
contexte, état des lieux et perspectives 5
Pr. El Houssaine LOUARDI
Ministre de la Santé du Royaume du Maroc

Lutte contre le cancer au Maroc :
l'apport de la Fondation Lalla Salma 9
Dr. Rachid BEKKALI
Directeur Général de la Fondation Lalla Salma

LE POINT

La carte sanitaire :
les enjeux d'une mise en œuvre 16
Pr. Jaâfar HEIKEL
Professeur de Médecine
Expert en Management sanitaire

Le médecin généraliste - médecin de
famille, acteur-clé du système de soins 18
Dr. Rachid CHOUKRI
Président du Syndicat National de Médecine
Générale - Président de la Société Marocaine
de Médecine Générale et de Famille

L'industrie pharmaceutique contribue
au développement socio-économique 21
M. Ali SEDRATI
Vice-Président de l'Association Marocaine
de l'Industrie Pharmaceutique

REPÈRES

Une opportunité historique
pour transformer le système
de santé au Maroc 25
M. Hicham BELKASSEM TEMSAMANI
Fondateur & dirigeant de HBT Groupe Africa
Consultant Télémédecine & e-Santé / Expert
habilité près la BERD

Interview

Docteur Loïc Etienne
Président Directeur Général
Medical Intelligence Service 27

SOCIÉTÉ CIVILE

ASSOCIATIONS ET DÉVELOPPEMENT
Le Réseau des Compétences
Médicales des MRE 29
Pr. Abderrahman MACHRAOUI
Cardiologue, Professeur à la Faculté
de Médecine de Kiel / Allemagne

DANS L'ORIENTAL

Faculté de médecine -
CHU, un couple acteur majeur
du développement de l'Oriental 37
Pr. Abderrahim AZZOUZI
Doyen de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie d'Oujda

Un équipement à fort impact
sur le développement régional 41
Pr. Abdelkrim DAOUZI
Directeur du Centre Hospitalier
Universitaire Mohammed VI
d'Oujda

La formation paramédicale
un investissement pour l'évolution
et les défis du système de santé 44
Mme Fatima Zahra MBARKI
Directrice de l'Institut Supérieur
des Professions Infirmières
et Techniques de Santé d'Oujda

Interview

Dr. Karim BOURA
Chirurgien plasticien 48

Dépenses de soins des patients
bénéficiaires du RAMED au
Centre Hospitalier Régional d'Oujda 52
Mme Fatima Zahra MBARKI
Directrice de l'Institut Supérieur
des Professions Infirmières
et Techniques de Santé d'Oujda

INTERNATIONAL

Prospective de l'hôpital
du futur en Afrique 55
M. Alain ACHARD
Vice-Président Santé Edeis / France

Économie de la santé
en Centrafrique,
entre crises et réformes 56
Mme Fernande NDJENGBOT
Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique
et de la Population République Centrafricaine

Le financement de la santé
au Ghana : une économie portée
par l'assurance 66
Dr. Samuel OPOKU GYAMFI
ONG Yenda
Healthrope International - Ghana

Oriental.ma

Directeur de Publication : Mohamed MBARKI

Secrétaire de Rédaction : Saïda MAHIR et Sanae ZEROUALI • Conception : TOPIC

Traduction vers l'arabe : Abadr EL MRINI • Supervision en langue arabe : El Kébir HANNOU

Dépôt légal : 24/07 • ISSN en cours • Agence de l'Oriental : 13, rue Mohamed Abdou, 60 000 - Oujda

Tél. : (+212) 5 36 70 58 68 • Fax : (+212) 5 36 70 58 52 • Site web : www.oriental.ma

Les opinions exprimées dans les articles n'engagent que leurs auteurs.

Éditorial

L'humanité a mal à sa santé... la Région de l'Oriental améliore la sienne



Il faut le rappeler : avant «l'Initiative Royale pour le Développement de la Région de l'Oriental», les indicateurs régionaux du développement humain relatifs à la santé étaient parmi les plus faibles, c'est-à-dire mal positionnés dans le concert de nos Régions. Ils n'ont cessé de remonter depuis, avec méthode et persévérance.

Des réalisations fortes comme le CHU Mohammed VI d'Oujda, l'Hôpital psychiatrique, ou encore le Centre d'oncologie dû aux bienfaits de la Fondation Lalla Salma pour le traitement et la prévention du cancer, ainsi que de nombreux Centres de proximité et l'amélioration du système des urgences, ont marqué les esprits. Cela illustre une réelle élévation du niveau des prestations de santé publique. En fait, c'est tout le réseau des Hôpitaux et Centres de santé de la Région qui sont amenés aux standards internationaux de qualité.

De «parent pauvre» il y a encore une décennie, l'Oriental acquiert progressivement le statut de référence, dotée désormais d'une filière quasi-complète, assise sur une formation solide de médecins, cadres et techniciens de santé aux différents niveaux : Faculté de médecine et de pharmacie, Institut régional pour la formation des infirmiers et techniciens dont la Région a besoin...

Bien sûr persistent des «manques», des territoires encore en attente. Corrélativement, le niveau d'exigence des populations s'élève, rendant obsolètes certaines «normes» considérées comme limitatives, pénalisant de vastes espaces périphériques, les plus nécessiteux car les plus fragiles. A cela s'ajoute l'indispensable rénovation des anciens équipements, la maintenance des nouveaux... qui appellent un système de gouvernance adapté, efficace et performant. Cette double progression parallèle est exigeante à gérer, planifier et construire. Cette édition de notre Revue fut d'ailleurs difficile à réaliser, point de rencontre d'une actualité ubiquiste, du poids des exigences morales, du choc des ambitions et des réalismes, des contraintes financières et de faisabilité ... tous ces enjeux qui pèsent sur le secteur de la santé publique. Elle livre des éclairages régionaux et nationaux, mais aussi des lumières venues d'ailleurs, où souvent les mêmes difficultés à bâtir des modèles satisfaisants s'expriment ; quelques professionnels, acteurs ou décideurs étrangers nous le rappellent ici avec humilité. Après tout, le sort d'un dispositif national de santé publique est peut-être aujourd'hui de ne pouvoir jamais être jugé suffisamment performant !

Faire beaucoup et vite est donc nécessaire. Mais avec des solutions classiques, lourdes, coûteuses et lentes, cela signifierait d'inaccessibles ressources à mobiliser. L'heure est donc à innover, tirer notamment le meilleur parti des nouvelles technologies, valoriser au maximum l'ambulatoire, optimiser l'affectation des investissements vers le meilleur rapport coût/bénéfice, former plus et mieux ! Au confluent des impératifs culturels, religieux et éthiques, mais aussi économiques et technologiques, nous travaillons tous à dégager les solutions d'avenir pour bonifier la santé publique dans nos pays et dans nos territoires. Profondément solidaire, le Maroc agit en Afrique dans la logique et les valeurs portées par les discours de Sa Majesté le Roi, que Dieu L'assiste, lors de ses nombreux déplacements à travers le continent ; terre de dialogue, le Royaume accueille nombre de manifestations continentales dédiées à la santé approchée sous différents angles. Des dialogues d'experts et de décideurs naissent des expérimentations et des coopérations, souvent conçues précisément à l'échelle des territoires, là où s'expriment les réalités et les urgences.

Ce numéro accorde toute sa place à la réflexion face aux nécessaires décisions de santé publique. Puisse-t-il contribuer à les rendre plus efficaces et toujours plus justes.

M. Mohamed MBARKI
Directeur Général de l'Agence de l'Oriental



La Région Sanitaire de l'Oriental : contexte, état des lieux et perspectives

Pr. El Houssaine LOUARDI
Ministre de la Santé du Royaume du Maroc

L'auteur est Ministre depuis plus de cinq ans. Professeur, il s'est spécialisé en anesthésie-réanimation et dans la médecine d'urgence. Les rouages de la machine lui sont donc connus et même l'enseignement puisqu'il fut Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca. Sa notoriété est aussi grande que sa charge : une préoccupation pour tous les marocains. Il fait ici le point de son action et en trace ses perspectives.

De nos jours, les tendances profondes de la santé à travers le monde sont particulièrement marquées par la souscription de la communauté internationale aux Objectifs de Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030, surtout le troisième qui stipule : «Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge». Pour sa part, le système de santé marocain a été façonné par une succession de réformes engagées progressivement depuis l'Indépendance, autour de programmes prioritaires de santé publique. Il a toujours été au cœur des politiques publiques du pays et a régulièrement fait l'objet d'une attention particulière, bénéficiant des Hautes Orientations Royales, notamment celles adressées à la 2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé en 2013 et celles ayant récemment interpellé le secteur de la santé - au même titre que l'ensemble des secteurs publics - pour adopter largement une approche basée sur «le service au citoyen». Le programme de réduction des disparités territoriales et sociales dans le monde rural, lancé par

Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste, appuie la mise en œuvre du chantier structurant de la Régionalisation avancée, contribuant progressivement à améliorer la gouvernance du système national de santé grâce à une nouvelle organisation des services déconcentrés du Département et aux nouveaux rôles dévolus à la Région.

Contexte sanitaire international

En plus des ODD évoqués ci-avant, plusieurs initiatives et stratégies mondiales méritent d'être mentionnées comme éléments du contexte actuel. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a récemment priorisé plusieurs domaines d'action pour la période 2014-2019. Elle a particulièrement exhorté les Etats membres à :

- faire progresser la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) ;
- relever le défi des Maladies Non Transmissibles (MNT), notamment la santé mentale ;
- appliquer les dispositions du Règlement Sanitaire International (RSI) ;

- améliorer l'accès à des produits médicaux de qualité, efficaces, sans risque et abordables ;
- agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Pour la CSU, il est question de garantir l'accès équitable à des services de santé de qualité tout en assurant la protection financière des usagers. Pour ce faire, la mise en place de systèmes de financement est nécessaire, moyennant des ressources suffisantes pour la santé, l'élimination des risques financiers et des barrières à l'accès aux services de santé, la promotion de l'efficacité, et la réduction des inégalités dans la couverture. Pour cela, l'une des approches les plus prônées par l'OMS vise à intégrer la santé dans toutes les politiques. C'est l'une des façons de répondre à la nécessité de mener des actions multi-sectorielles coordonnées, notamment pour agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et du développement durable, lutter contre la malnutrition, la pollution atmosphérique, la mauvaise qualité de l'eau, les pro-

blèmes d'assainissement et d'hygiène, la violence et les pratiques néfastes et discriminatoires.

Par ailleurs, de nouvelles stratégies mondiales ont été adoptées dans le programme de développement durable à l'horizon 2030 : la «Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030», la «Stratégie mondiale pour mettre fin à la tuberculose d'ici 2035», la «Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021», le «Plan d'action mondial pour la santé mentale 2013-2020», la «Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030», et j'en passe.

Les pays de l'OCDE, dans un rapport intitulé «La prochaine génération des réformes de la santé» publié début 2017, ont reconnu que les systèmes de santé doivent actuellement donner la priorité aux déterminants sociaux et économiques de la santé et aux facteurs de risques environnementaux, placer le citoyen au cœur de leurs préoccupations, étudier les utilisations les plus efficaces des nouvelles technologies de santé. Ils ont souligné l'urgence de lutter contre les résistances aux anti-microbiens et de reconnaître les nouveaux enjeux émergents, notamment l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des co-morbidités multiples dans une population vieillissante.

Contexte sanitaire national

Ces dernières années, le secteur de la santé au Maroc a pu réaliser des progrès indéniables et un saut qualitatif dans toutes les composantes de son système national, comme en témoigne l'amélioration notable des principaux indicateurs de mortalité et de morbidité :

- l'espérance de vie à la naissance, portée à 74,8 ans, contre 71,1 en 2004 ;
- le ratio de la mortalité maternelle, réduit de 35%, passé de 112 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010 à 72,6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2016 selon la dernière enquête nationale sur la santé de la population et des familles ;

- la mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans) a poursuivi sa baisse pour se stabiliser autour de 30,5 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2011, contre 47 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2004 (l'actualisation de cet indicateur est en cours et promet déjà une bonne amélioration).

Dans le secteur public, une nette amélioration de l'accès aux soins a été enregistrée, notamment pour la prise en charge des affections de longue durée (ALD) dans les structures publiques :

- augmentation de 40% des prises en charge des diabétiques (650 000 cas en 2016 vs 460 000 cas en 2011) ;
- multiplication par 3 des effectifs des hypertendus suivis (750 000 en 2016 vs 264 800 en 2011) ;
- hausse de 50% des effectifs hémodialysés (9 300 en 2016 vs 6 000 en 2011).

Pour les Affections Lourdes et Coûteuses (ALC), de grandes avancées ont été réalisées en matière de greffe d'organes et transplantation : première greffe cardiaque nationale chez l'enfant, 13 greffes hépatiques au Maroc, 63 greffes cochléaires, 250 greffes de moelle osseuse et cellules souches, 1 425 greffes de cornée, 165 greffes rénales et 90 transplantations à partir de donneurs en état de mort encéphalique... Pour la prise en charge du cancer, de grandes réalisations ont été possibles grâce au partenariat avec la «Fondation Lalla Salma - Prévention et traitement des cancers».

Le pays accroît sa maîtrise des maladies transmissibles et des affections de la périnatalité, dont le taux de morbidité spécifique est passé de 33% à 18%.

Le trachome est éradiqué du Maroc depuis novembre 2016 (2^{ème} pays de la zone EMRO à y parvenir) et l'incidence de l'infection par le VIH a été inversée.

Par ailleurs, plus de 60% de la population marocaine bénéficie de la couverture médicale, au moment où les prix de plus de 3 600 médicaments ont été revus à la baisse, avec encouragement de la production locale de certains médicaments onéreux (anti-viraux anti-hépatite C, anti-cancéreux...) grâce une ambitieuse Politique Pharmaceutique Nationale. Ceci s'inscrit dans le cadre, plus global, du cheminement progressif du Maroc vers la CSU, où la généralisation du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) constitue une avancée majeure par l'inclusion progressive des populations pauvres et vulnérables depuis le 13 mars 2013. Plus de 8,5 millions de citoyens sont éligibles à ce régime et nous allons vers l'Assurance Maladie des Indépendants (AMI) qui ciblera le tiers restant de la population marocaine (un peu plus de 11 millions de citoyens). Chemin faisant, nous avons couvert d'autres catégories, comme les étudiants (AME, 288 000 bénéficiaires), des ascendants des affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), et les migrants (20 000 bénéficiaires).

D'autre part, le dernier mandat a été marqué par une importante publication de nouveaux textes législatifs et régle-



L'Institut de Recherche sur le Cancer, réalisé grâce à la «Fondation Lalla Salma - Prévention et Traitement des Cancers»

mentaires du secteur (plus de 90), ainsi que par le lancement des projets de 4 nouveaux Centres Hospitaliers Universitaires et l'acquisition des prestations de transport hélicoptéré pour 6 Régions (4 Hélicoptères SMUR), et bien d'autres réalisations. Mais la hausse des attentes des citoyens est parallèle aux défis des réformes et aux besoins du système de santé. Le Ministère, pour crédibiliser davantage la politique sanitaire, s'impose donc de consolider les acquis des réformes structurelles et d'aller de l'avant pour améliorer le service au citoyen et la gouvernance du secteur.

Très soucieux de la qualité des soins et services, le Ministère de la santé réorganisera son administration, œuvrant pour la moraliser davantage et la diriger vers le service du citoyen. En ce sens, le Ministère s'inscrit dans l'ère de l'informatisation et la digitalisation pour réduire les délais et faciliter l'accès aux prestations. Notre nouvelle stratégie s'appuiera aussi sur la Régionalisation avancée pour faire valoir la relation des professionnels de la santé avec les citoyens et privilégier la démocratie sanitaire.

La Région Sanitaire de l'Oriental ?

La Région de l'Oriental, Région Sanitaire pilote à l'échelle du Royaume, a connu une grande dynamique dans le cadre du chantier de Régionalisation avancée mené par Sa Majesté le Roi. Le changement a beaucoup impacté le volet réglementaire, surtout depuis le Décret n°2-14-562 du 7 chaoual 1436 (24 juillet 2015) pris en application de la Loi-cadre n°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, qui concerne l'organisation de l'offre de soins, la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins.

Les Régions Sanitaires au Maroc ont été créées sous le Protectorat français, sous forme de «services publics déconcentrés». Après l'Indépendance, des «Préfectures et Provinces médicales» calquées sur le découpage administratif du pays ont été créées par le «Ministère de la Santé Publique» ; ce n'est qu'en 1994 que les services déconcentrés du Ministère ont pris la dénomination, toujours en usage, de «Délégations pré-

factorales ou provinciales». En 1998, les Délégués des Préfectures ou Provinces chefs-lieux des Régions sont devenus «coordonnateurs régionaux», avec création des Commissions paritaires régionales, mise en place du PROGRESS (Projet de gestion régionale des services de santé) et du Projet PAGSS MEDA (Projet d'Appui de Gestion des Services de Santé). La Direction Régionale de la Santé (DRS) de l'Oriental a été créée par décision du Ministre de la Santé n°1 du 25 janvier 2005, comme première Région Sanitaire du Royaume.

En 2011, les DRS furent créées dans les 16 Régions du Royaume. Une redéfinition de l'organisation et des attributions des services déconcentrés du Ministère de la Santé, notamment celle en 12 nouvelles DRS, a été publiée le 04 janvier 2016 par arrêté du Ministre de la Santé n°003.16. A l'instar des autres DRS, celle de l'Oriental assure la coordination entre les établissements de santé publics et privés implantés dans son ressort territorial, et ce notamment dans le cadre du partenariat public-privé.

En termes de couverture sanitaire, une amélioration notable caractérise l'évolution récente de l'offre de soins de cette Région. En effet, le nombre des Etablissements de Soins de Santé Primaires (ESSP) est passé de 161 en 2010 à 199 en 2015, soit une couverture par ESSP qui passe de 12 093 hab/ESSP en 2010 à 11 630 hab/ESSP en 2015 ; la capacité litière a évolué de 2 040 en 2010 à 2 984 en 2015, soit une couverture par lit passée de 962 hab/lit en 2010 à 776 hab/lit en 2015. Mais les difficultés d'accès aux soins persistent, sachant que la Région de l'Oriental, comme d'autres, est caractérisée par des inégalités de la couverture sanitaire et des déficits patents dans l'offre de soins. Le réseau hospitalier public de l'Oriental est composé de 8 Centres hospitaliers, dont 6 Centres Hospitaliers Provinciaux (CHP) :

- Berkane (l'Hôpital Edderak de Berkane et l'Hôpital de proximité de Saïdia) ;
- Nador (l'Hôpital El-Hassani à Nador et l'Hôpital Mohammed VI de El-Aroui) ;
- Taourirt, Guercif, Figuig (l'Hôpital Hassan II de Bouarfa), et Jerada.

Il comprend aussi :

- un Centre hospitalier régional composé de l'Hôpital régional Al-Farabi et de la Clinique du jour d'Oujda ;
- un Centre Hospitalier Universitaire - le CHU Mohammed VI - composé de 4 hôpitaux (l'Hôpital des Spécialités, l'Hôpital Mère-Enfant, l'Hôpital Hassan II d'Oncologie et l'Hôpital de santé mentale et des maladies psychiatriques).

Ce CHU, inauguré le 23 juillet 2014 par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste, est le 5^{ème} du genre au Maroc ; il appartient à la génération moderne des CHU. Par son plateau technique à la pointe de la technologie et ses prestations de 3^{ème} niveau couvrant toutes les spécialités médico-chirurgicales et de biologie médicale, il est une fierté nationale. Il a aussi bénéficié récemment d'une importante mise à niveau grâce au lancement, par Son Altesse Royale la Princesse Lalla Salma, des travaux du Centre Régional d'Oncologie qui lui sera rattaché.

La Région dispose aussi de 11 Centres d'hémodialyse (2 à Oujda, 2 à Nador, 2 à Berkane et 1 pour chacune des autres Provinces) et de : 1 Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS d'Oujda), 2 Banques de sang (à Nador et Bouarfa) et 3 Antennes de sang (à Berkane, Taourirt et Guercif).

Cette offre de soins hospitalière publique est en forte extension grâce aux multiples chantiers en cours qui augmenteront subséquemment la capacité litière régionale moyennant d'importants investissements. Je cite à ce titre :

- le Centre de Pneumologie et de Silicose, unique en son genre au Maroc, qui a ouvert son activité le 03 juillet 2017 ;
- l'Hôpital de proximité d'El-Aioun Sidi Mellouk en instance d'ouverture, qui sera suivi par la mise en service progressive du CHP de Driouch et de l'Hôpital de proximité de Zaïo ;
- les travaux de 4 autres nouveaux hôpitaux de proximité lancés début 2017, à Talsinnt, Figuig, Midar et Ahfir ;
- l'ouverture des plis pour le concours architectural du nouveau CHP de Nador, prévue le 12 juillet 2017 ;

- en perspective, le projet de construction du nouveau CHP de Guercif.

Le plateau technique public régional sera étoffé par l'acquisition d'une nouvelle IRM qui sera installée au CHR d'Oujda fin de 2017 ou début 2018.

L'offre privée comporte 468 Cabinets de consultation médicale, 37 Laboratoires d'analyses médicales, 14 Cabinets de radiologie, 7 Centres d'hémodialyse, 237 Cabinets de chirurgie dentaire, 52 Centres de kinésithérapie, 849 Officines de pharmacie, 19 Cliniques privées à but lucratif et 2 à but non lucratif.

Plus de 300 000 patients fréquentent annuellement les services des urgences, soit 69% des consultations ambulatoires ; sur les 20 654 interventions chirurgicales réalisées par le réseau hospitalier de l'Oriental, 53% ont un caractère urgent, dont 83% sont des interventions chirurgicales majeures. Les patients victimes d'accidents sur la voie publique représentent 3% (6 454 AVP) de l'ensemble des patients reçus dans les services des urgences de la Région : 78% sont des blessés légers et 23% des blessés graves. 8% des accidents enregistrés sur la voie publique ont été pris en charge par les Urgences Médicales de Proximité. Le réseau intégré des soins d'urgences médicales (RISUM) compte 62 lits de réanimation (40 au CHU Mohammed VI d'Oujda), 53 lits d'observation et 15 lits de déchoquage, avec des moyens de mobilité comportant 48 ambulances et 1 Héli-SMUR.

L'autre volet particulièrement rattaché à la Région de l'Oriental est celui de la santé mentale. En effet, le 26 juin 2013, à Oujda, j'ai eu le grand privilège de présenter devant Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu Le glorifie, le Plan National de Prise en Charge de la Santé Mentale, doté d'un budget de 747 millions de Dh sur une durée de 6 ans. Nous projetons durant ce mandat de concrétiser davantage la réalisation des objectifs de ce Plan.

S'il est vrai que l'Oriental est une Région pilote en matière de régionalisation de la santé, qu'elle dispose de son propre

CHU et d'un large éventail d'hôpitaux de proximité et d'Instituts de formation de base en soins infirmiers (ISPITS / IFTA), et affiche de bonnes performances des programmes de santé publique prioritaires, elle souffre cependant de disparités intra-régionales et inter-provinciales, d'iniquité dans l'accès de la population rurale aux soins de santé de base. A l'instar des autres Régions du Royaume, il y a une insuffisance en ressources humaines, notamment en médecins généralistes et en infirmiers polyvalents, aggravée par le vieillissement du personnel et un flux de départs en retraite très important.

Mais les opportunités n'y manquent pas, particulièrement l'Initiative Royale pour le Développement de l'Oriental, avec une importante convention signée devant Sa Majesté en ce sens, l'appui de l'Agence de l'Oriental et de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain, une collaboration intersectorielle développée et un partenariat international, national et régional conséquent.

Pour faire face, la déclinaison de la nouvelle stratégie sectorielle 2017-2021 dans l'Oriental, avec les recommandations du Schéma Régional de l'Offre de Soins, ciblera en priorité les populations à besoins spécifiques, les urgences médicales, la réorganisation de la filière de soins, les femmes enceintes et la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la veille sanitaire aux frontières et la lutte contre les maladies, tout cela sur un fond de consolidation des réformes et des programmes essentiels, d'amélioration du service rendu au citoyen et de valorisation des professionnels.

En conclusion

La complexité du système de santé et les besoins de coordination qui en découlent incitent à accorder un intérêt particulier à la bonne gouvernance, enjeu majeur du développement harmonieux du système, afin de garantir un pilotage efficace des actions de santé, impliquant les différents acteurs.



Le Centre Hospitalier Universitaire d'Oujda

Gardons à l'esprit le caractère frontalier de la Région, qui l'expose à la contrebande des médicaments et des drogues, avec un flux migratoire important. D'autres menaces sont matérialisées par un taux de chômage et un indice de pauvreté élevés, exacerbés par l'enclavement de certaines localités et l'occurrence non-négligeable de sérieux problèmes environnementaux, comme les acridiens, le saturnisme, la pollution de la nappe phréatique... ainsi que des risques sanitaires liés aux catastrophes.

En s'inscrivant dans les orientations de la nouvelle stratégie sectorielle 2017-2021 et pour améliorer sa gouvernance, la DRS de l'Oriental devra développer son rôle managérial et de leadership dans le cadre de la Régionalisation avancée, consolider les partenariats, rechercher de nouvelles perspectives, et contribuer à la moralisation du secteur, en veillant au développement et à l'amélioration du service au citoyen, sans omettre le perfectionnement des conditions de travail de ses professionnels de santé.



Lutte contre le cancer au Maroc : l'apport de la Fondation Lalla Salma

Dr. Rachid BEKKALI
Directeur Général de la Fondation Lalla Salma

Développement du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2010-2019 : une stratégie à la hauteur des défis, où, sous l'impulsion de Son Altesse Royale la Princesse Lalla Salma, le Maroc s'est inscrit dans l'élan international, en faisant du cancer une priorité nationale, et s'est mobilisé pour élaborer et mettre en œuvre un Plan cancer, préparé et coordonné par la FLSC en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé.

Comme il fallait d'abord bien comprendre pour mieux agir, la FLSC a mené une analyse exhaustive de la situation au Maroc en réalisant une quinzaine d'études sur tous les domaines en relation avec le cancer. Partant de cette analyse de la situation, la FLSC a organisé 6 ateliers thématiques, impliquant toutes les parties prenantes, pour développer la stratégie et les actions spécifiques aux différents domaines du Plan : prévention, détection précoce, prise en charge diagnostique et thérapeutique, soins palliatifs, communication et législation. La synthèse des travaux des ateliers a permis d'établir un Plan national multisectoriel de lutte contre le cancer pour de 10 ans.

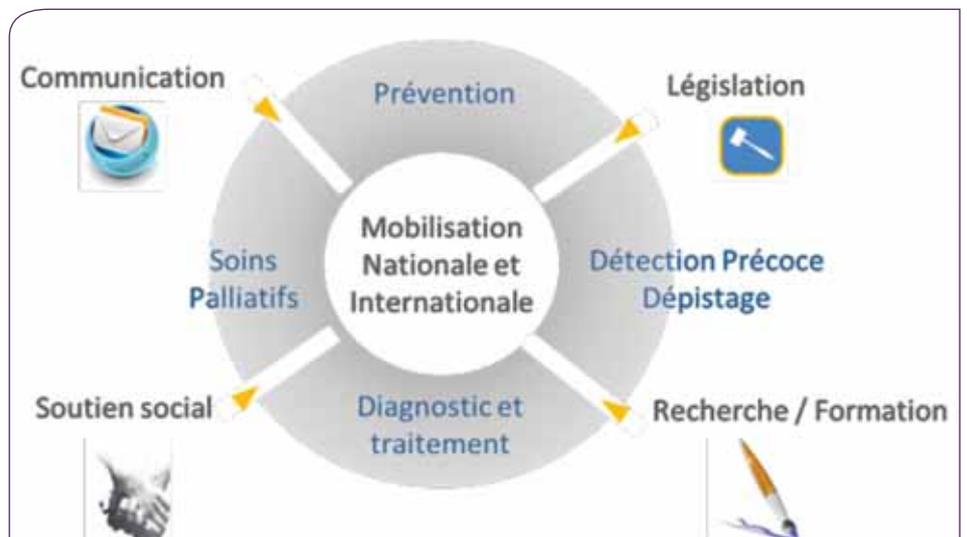
Doté d'un cadre conceptuel (ci-contre), le PNPCC entend améliorer l'état de santé de la population en dotant le pays d'une stratégie touchant tous les domaines d'intervention. Le Plan se veut porteur de valeurs : équité, solidarité, qualité et excellence. Il a pour objectif de réduire l'incidence, la mortalité et les facteurs de risque du cancer, ainsi que d'améliorer la qualité de vie des patients

et de leur famille. Le PNPCC 2010-2019 finalisé a été ratifié par le Gouvernement lors d'une journée présidée par SAR la Princesse Lalla Salma, Présidente de la FLSC et Ambassadrice de bonne volonté de l'OMS pour la promotion de la prévention et des soins du cancer. Depuis le lancement du PNPCC, la situation a radicalement changé au Ma-

roc ; en quelques années, de grandes avancées ont été accomplies dans tous les domaines du contrôle du cancer.

Communication et prévention

La première campagne menée par la FLSC en 2006, «Tous contre le cancer», avait pour but de démystifier le cancer et



Cadre conceptuel du développement du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer, Maroc, 2009

sensibiliser la population sur le fait que le cancer n'est pas une fatalité ; encourageant la population à s'informer sur le cancer et à prendre conscience que la maladie pouvait être guérie si elle était détectée tôt et correctement traitée. Après cette campagne, qui a préparé le terrain, la FLSC a conçu des campagnes plus spécifiques et plus ciblées. Depuis, la FLSC mène régulièrement 2 campagnes annuelles sur la prévention de la maladie (tabac et mode de vie sain) et la détection précoce du cancer du sein. Aujourd'hui, les affiches, spots et messages de sensibilisation aux dangers du tabagisme et à l'importance du dépistage précoce du cancer du sein font partie intégrante du paysage de la communication au Maroc (télévisions, radios, affichage, presse écrite, etc.).

Le 22 novembre a été proclamée "Journée nationale de lutte contre le cancer". La célébration de cette Journée est un moment privilégié de débat et de réflexion qui marque l'engagement indéfectible du Maroc dans la lutte contre le cancer. Cette Journée est aussi une occasion pour faire le bilan des actions engagées par l'ensemble des intervenants, de rappeler les objectifs stratégiques du Royaume en matière de lutte contre le cancer et d'en faire un sujet de débat public national. Lors de cette Journée, la FLSC attribue le prix national et le prix international à des personnalités, des centres de recherche ou des laboratoires qui font preuve d'un engagement et d'une implication exceptionnels dans la lutte contre le cancer au Maroc et dans le monde.

Sachant que la prévention est l'approche la plus efficace en santé publique et la plus efficiente pour une lutte à long terme, pouvant éviter jusqu'à 40% des cancers, la FLSC en a fait un axe d'intervention stratégique et a mis en œuvre des programmes s'attaquant aux facteurs de risque et prônant un mode de vie sain. Un ambitieux programme anti-tabac est mis en place : «Collèges, Lycées et Entreprises sans Tabac». Ce programme s'adresse aux élèves et aux enseignants en milieu scolaire, ainsi qu'au personnel des entreprises.

Détection précoce

La charge du cancer pourrait être réduite d'environ un tiers par la détection précoce et le traitement des cas au tout début de la maladie. Le Plan marocain a débuté par les deux cancers constituant un problème de santé publique et pour lesquels les activités de détection ont déjà fait leurs preuves : le cancer du sein et celui du col utérin. Un projet pilote pour la détection du cancer colorectal est en cours. La FLSC a construit et équipé des Centres spécialisés de détection des cancers du sein et du col utérin (mammographie, échographie, colposcopie, biopsie, etc.) ; l'objectif est de réaliser un Centre par Province et Préfecture. Par ailleurs, la FLSC a fourni des unités mobiles de mammographie. Toutes les prestations du programme de détection sont gratuites, de la première consultation jusqu'à la prise en charge diagnostique et thérapeutique d'une éventuelle lésion cancéreuse.

Prise en charge diagnostique et thérapeutique

En matière de prise en charge thérapeutique, la stratégie de la Fondation s'appuie sur trois piliers majeurs : la mise à niveau des structures existantes, la construction de nouveaux Centres d'oncologie et l'amélioration de l'accès aux médicaments.

L'ère de l'édification dans le domaine du cancer a été lancée par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, le 13 avril 2006, par la pose de la première pierre du Centre d'oncologie Ibn Rochd à Casablanca. Depuis, c'est une transformation radicale qu'a vécu l'infrastructure du cancer au Maroc. En 2005, il y avait deux Centres publics d'oncologie et un Centre d'hémo-oncologie ; ces Centres étaient délabrés, sous-équipés, et disposaient de ressources insuffisantes selon les normes internationales. Un ambitieux projet de développement de l'infrastructure a été mis en place. On est passé de 2 Centres publics d'oncologie avec deux accélérateurs en 2005, à 11 Centres publics en 2016, avec 17 accélérateurs linéaires. Trois unités de greffes de moelle sont opérationnelles.

Ainsi, en partenariat avec le Ministère de la Santé et les collectivités locales, la Fondation a construit 9 nouveaux Centres d'oncologie et 2 pôles des cancers gynéco-mammaires, tout en rénovant les Centres existants et en modernisant leurs équipements. Par ailleurs, 6 autres Centres d'oncologie et d'hémo-oncologie pédiatrique sont en cours de construction.

Aujourd'hui, des structures performantes et des pôles d'excellence accueillent, tous les jours, des milliers de patients partout au Maroc, en leur offrant des services dans les meilleures conditions et des soins répondant aux normes internationales.

Un impératif d'humanisation guide toutes ces opérations de construction, dans l'objectif d'avoir des Centres accueillants, préservant la dignité des patients et permettant aux professionnels d'évoluer dans un environnement adéquat et pratique.

Sur l'initiative de la FLSC, un programme de soins palliatifs est en cours d'implantation dans tous les Centres d'oncologie, avec des équipes mobiles pour la prise en charge à domicile des patients. L'objectif est de soulager la souffrance des patients et d'accompagner ceux qui vivent avec le cancer

Accès aux médicaments

C'est l'un des objectifs majeurs de la FLSC : permettre à tous les patients d'accéder aux médicaments nécessaires au traitement des différentes formes de cancer. Ainsi, la Fondation s'est dotée d'un «Programme médicaments» qui garantit la disponibilité et l'utilisation rationnelle des médicaments anticancéreux.

De plus, la FLSC a mis en place le Programme «Accès aux médicaments pour les patients à revenus modestes» (ACCES). Ainsi, les molécules de base et les molécules innovantes sont désormais utilisées pour tous les patients, sans considération de revenu ou de couverture sociale. Environ 18 000 patients démunis sont pris en charge gratuitement chaque année dans le cadre de ce programme novateur.

Support social

La solidarité sociale est une composante essentielle des actions de la FLSC. Par le biais d'initiatives innovantes, l'effort est dirigé vers l'accès des personnes les plus démunies à des soins de qualité, dans les meilleures conditions. La FLSC anime plusieurs programmes visant à humaniser la prise en charge et accompagner au quotidien les patients et leurs familles fragilisés par la maladie.

«Maisons de vie» : un espace pour la dignité des patients et de leurs familles
Bâties près de chaque Centre d'oncologie, ces lieux accueillants et chaleureux sont destinés à héberger les patients et leurs familles durant la période du traitement ambulatoire, afin d'améliorer les conditions de la prise en charge et de réduire les abandons du traitement, souvent long et difficile à supporter pour les patients et leurs familles.

Programme de «Socio-esthétique» : Bien dans sa peau - Bien dans sa tête
En avril 2014, la Fondation a lancé un programme socio-esthétique innovant en collaboration avec L'Oréal Maroc. Un espace de soins de bien-être, d'écoute et de détachement de l'environnement médical est mis à disposition des patients. L'impact sur les femmes bénéficiant du programme est impressionnant ; elles retrouvent le sourire, reprennent confiance en elles et abordent leurs séances de traitement et l'avenir avec plus de détermination et d'optimisme.

Programme «Orphelins du cancer» : pour la scolarité des enfants
Malgré les avancées réelles, le cancer fauche encore chaque année des milliers de vies, plongeant autant de familles dans la peine et le désarroi. Consciente de cela, la FLSC a mis en place le programme «Orphelins du cancer» pour rester aux côtés des familles les plus démunies et offrir à leurs enfants un maximum de chances de réussite.

Formation

La formation et la motivation des professionnels sont au cœur de la stratégie

de la FLSC. Dès sa création en 2005, la Fondation a mis en place un programme de formation et de stages en partenariat avec des institutions nationales, européennes et américaines. Il bénéficie chaque année à des centaines de médecins, d'infirmiers, de cadres administratifs, de bénévoles, d'aides-soignants, etc. Elles profitent aussi aux praticiens de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Pour coordonner les formations qu'elle offre, la FLSC a créé «l'Ecole Africaine d'Oncologie» (EAO).

Recherche en oncologie

Partant des résultats d'un état des lieux objectif, la FLSC a initié un programme de «Structuration de la recherche en cancérologie» afin de créer les structures et de réunir les conditions nécessaires à une recherche efficace, centrée sur le bien-être des patients et de la société, tout en restant en phase avec les orientations stratégiques du PNPCC.

L'Institut de Recherche sur le Cancer a été créé en groupement d'intérêt public entre la FLSC, le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Enseignement Supérieur. La FLSC a financé la construction du siège de cet Institut au CHU de Fès. Ce nouvel Institut ambitionne d'être un centre académique d'excellence mutualisant les compétences et les expertises au service de la recherche en cancérologie. Des appels à projets de recherche sont régulièrement lancés, en plus des études financées par la FLSC pour répondre à des besoins spécifiques. Grâce aux extraordinaires avancées réalisées dans le domaine de la lutte contre le cancer, à la visibilité des actions du PNPCC, et particulièrement à son volet de restructuration de la recherche sur le cancer, le Maroc est devenu, en 2015, le 25ème Etat membre du «Centre International de Recherche sur le Cancer» (CIRC), le premier du continent africain.

Au-delà des frontières

Le rayonnement et les apports de la FLSC s'étendent au-delà des frontières du Maroc. Plusieurs pays africains ont sollicité la FLSC pour les accompagner



SAR la Princesse Lalla Salma avec l'épouse du Président de Côte d'Ivoire, Madame Quattera, auprès d'enfants en cours de traitement

dans la mise en place de stratégies nationales de lutte contre le cancer. Ainsi, la FLSC a conclu un partenariat avec 14 pays du continent pour les aider à construire des Centres d'oncologie et des Maisons de vie, mettre en place des programmes de détection précoce du cancer du sein et du col utérin, prendre en charge leurs patients et former leurs professionnels de santé dans les structures universitaires marocaines, etc.

La lutte contre le cancer est un défi mondial. Consciente de cette réalité, la FLSC a conclu des partenariats avec divers agences onusiennes et organismes internationaux, institutionnels, scientifiques ou associatifs. Participant activement à l'effort mondial contre le cancer, la FLSC reste active sur tous les fronts de la lutte à l'international et participe annuellement à diverses manifestations scientifiques ou associatives dans plusieurs régions du monde. L'objectif est d'inscrire le Maroc dans la dynamique mondiale de recherche et d'innovation en matière de lutte contre le cancer.

Conclusion

C'est avec beaucoup de ténacité, mais sans précipitation, que la FLSC, avec l'appui de ses partenaires, a pu :

- construire des Centres aux normes internationales ;
- concevoir et développer un modèle

> Focus

d'offre de soins novateur, donnant à tous les patients, même les plus démunis, l'accès aux traitements les plus innovants ;

- lancer des campagnes de démythification et de sensibilisation, ainsi que des programmes de prévention et de détection précoce de la maladie ;
- développer des programmes sociaux facilitant la vie aux patients et à leurs proches.

De grandes avancées sont réalisées grâce au dévouement d'une équipe de citoyens militants : médecins, infirmiers, biologistes, psychologues, enseignants, animateurs, étudiants, retraités, la plupart engagés volontairement et bénévolement dans cette aventure humaine.

De l'avis de tous, l'apport de la FLSC est inestimable dans la lutte contre le cancer au Maroc.

Cette réussite collective n'a pu être possible que grâce au partenariat avec les pouvoirs publics, les collectivités locales, le secteur privé, la société civile et particulièrement au leadership exceptionnel de SAR la Princesse Lalla Salma, Présidente de la FLSC et Ambassadrice de bonne volonté de l'OMS pour la promotion de la prévention et des soins du cancer.

Dans la Région de l'Oriental

Epidémiologie des cancers

En 2017, dans la Région de l'Oriental le nombre total de nouveaux cas de cancers est estimé à environ 3 200, dont 1 700 femmes et 1 500 hommes. Les projections pour les années 2020 et 2025 seraient respectivement de 3 600 et 4 150 nouveaux cas.

Actuellement, chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent (35% des cas), suivi du cancer du col utérin (13%) et du cancer colorectal (7,5%). Chez les hommes, le cancer du poumon est le plus fréquent (26%), suivi du cancer de la prostate (16%) et du cancer colorectal (9%).

Chez les enfants, en 2017, il y aurait environ 100 nouveaux cas de cancer, dont 60 chez les garçons et 40 chez les filles. Les cancers les plus fréquents chez les

« Avec enthousiasme et ténacité, nous avons élaboré une stratégie de long terme, détaillée et multidimensionnelle, véritable feuille de route que nous nous employons à suivre patiemment, avec rigueur et méthodologie. Un plan stratégique construit autour d'une conviction : ne jamais oublier que derrière les chiffres et les statistiques égrenées au sujet du cancer, se cachent des histoires humaines, toutes singulières, toutes différentes. Ce sont ces parcours individuels qu'il faut accompagner et mettre au cœur de nos préoccupations. Ce sont des malades à traiter, mais surtout des vies à réparer, des espoirs à ressusciter. C'est uniquement de cette manière que les patients peuvent reprendre goût à la vie et retrouver leur dignité et l'énergie de lutter contre la maladie. C'est le droit de chaque être humain, et c'est la mission que nous nous sommes donnée. Guidés par cette vision, portés par l'engagement collectif et les efforts conjugués des équipes de la Fondation, des donateurs, du Ministère de la Santé, des médecins, infirmiers, des collectivités locales, des médias et des bénévoles, nous avons réussi à relever le défi et enregistrer des réalisations impressionnantes qui m'emplissent de fierté et d'émotion ».

SAR la Princesse Lalla Salma

enfants de l'Oriental sont (avec environ 10 cas de chaque) : le Lymphome non hodgkinien, les tumeurs osseuses, les tumeurs du système nerveux central, la maladie de Hodgkin et les leucémies lymphoïdes.

Constructions et équipements

Une convention a été signée en mai 2017 entre le Ministère de la Santé, la Fondation Lalla Salma, la Région de l'Oriental, l'Agence de l'Oriental et la Wilaya de la Région de l'Oriental pour :

- construire un Centre Régional d'Oncologie aux normes internationales pour un budget de 200 MDh, d'une capacité de 60 lits d'hospitalisation et 20 fauteuils pour l'hôpital de jour, qui sera doté d'un équipement de pointe pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers ;
- construire et équiper 8 Centres de détection précoce des cancers du sein et du col utérin, dans les Provinces de la région, pour un budget de 50 MDh ;
- financer le Programme d'accès aux médicaments, avec un budget de 105 MDh pour trois ans.

Par ailleurs, la Fondation assurera la construction d'une Maison de vie proche du Centre d'oncologie et fournira une unité mobile avec l'équipement nécessaire pour la détection précoce du cancer du sein et du col utérin.



Le futur Centre Régional d'Oncologie d'Oujda



ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE 12 années riches en réalisations, y compris dans l'Oriental

Saïd AHMIDOUCH
Directeur Général de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale

Composante essentielle de la Sécurité Sociale, l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) joue un rôle important dans la protection des individus contre les conséquences financières d'éventuelles dégradations de leur santé. Depuis son lancement en 2002, l'AMO a enregistré une évolution notable, en matière de soins couverts comme de qualités de services. En charge de la CNSS depuis 2005, l'auteur mesure le chemin parcouru, dont il a piloté la progression ; éthique et redistribution financière massive.

Partout dans le monde, l'assurance maladie est au cœur des systèmes de couverture sociale. Son rôle principal est de protéger les individus contre les conséquences financières entraînées par une éventuelle dégradation de leur santé, un risque qui peut survenir à n'importe quel moment et s'avérer très coûteux pour une personne qui, disposant d'un modeste revenu (ou pas d'ailleurs), se retrouve dans l'incapacité d'y faire face et, par conséquent, de se soigner.

C'est la réalité d'une large partie de la population mondiale dont les dépenses de santé atteignent en moyenne 8% du PIB dans les pays européens et 3% dans les pays arabes. Au Maroc, celles-ci ne dépassent pas les 2% du PIB national.

Pour dresser un tableau exhaustif du cas de l'Assurance Maladie au Maroc, il est inéluctable d'en rappeler les lettres de noblesse. La première forme de protection sociale est une création ouvrière. Face à la prise de conscience des



risques liés aux maladies, accidents de travail ou vieillesse, ce sont les ouvriers, stimulés par un sentiment de solidarité, qui ont fondé des groupements de secours mutuel.

Mais cela n'a pas duré longtemps au vu des révolutions politiques et économiques à travers le monde, ainsi que de l'évolution considérable des coûts de soins médicaux, qui vont inciter les gouvernements, y compris dans les pays libéraux, à instaurer des systèmes d'assurance maladie.

C'est ainsi que la couverture médicale est devenue un droit fondamental pour tout citoyen, jouissant d'une reconnaissance sur le plan international à travers divers textes internationaux, notamment l'Article 22 de la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948, la Convention n°102 de l'Organisation Internationale du Travail concernant la norme minimale de la sécurité sociale du 28 juin 1952, et plusieurs autres textes formant les normes internationales de la sécurité sociale.

Comme toutes les assurances, l'assurance maladie est basée sur la mutualisation du risque, qui peut être gérée par un organisme public ou par une entreprise privée. C'est pourquoi certains systèmes sont dotés d'une caisse étatique unique, alors que d'autres connaissent une concurrence entre les assureurs. Aux Etats-Unis par exemple, l'assurance maladie dépend surtout des assureurs privés, tandis que les pouvoirs publics garantissent les soins aux personnes âgées ou démunies. En France coexistent plusieurs systèmes,

comme le régime général, le régime agricole, le régime social des indépendants, ainsi que d'autres régimes plus spéciaux. A l'inverse, d'autres pays, comme le Danemark, sont dotés depuis longtemps d'une caisse maladie étatique et unique.

Au Maroc, tout commence en 2002...

Instituée comme régime obligatoire en 2002 dans le cadre de la Loi portant Code de la couverture médicale de base, l'Assurance Maladie Obligatoire est venue étendre la couverture médicale, qui ne concernait à l'époque que les fonctionnaires de l'Etat, les salariés des établissements publics et 15% des salariés du secteur privé assurés par les compagnies d'assurance privées. Elle garantit aujourd'hui, pour les assurés et les membres de leurs familles à charge, la couverture des risques et des frais de soins inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation fonctionnelle.

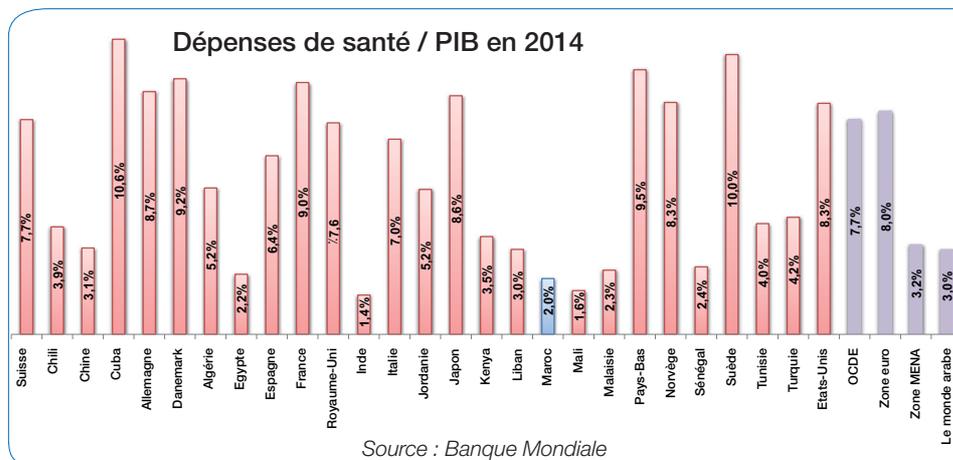
Ainsi, elle donne droit au remboursement et éventuellement à la prise en charge directe des frais de soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement requise par l'état de santé du bénéficiaire.

Entrée en vigueur le 18 août 2005, cette Loi repose sur deux organismes gestionnaires, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les salariés du secteur privé et la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) pour le secteur public, en plus d'un organisme de régulation : l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM).

Une approche progressive de développement

Pour garantir la solvabilité et la pérennité du régime, le législateur et les partenaires sociaux ont adopté, au démarrage, le principe de progressivité. C'est pourquoi, le régime AMO géré par la CNSS assurait la couverture d'un panier de soins limité et ne couvrait qu'une partie de la population concernée.

Plusieurs améliorations ont été apportées depuis, notamment l'extension de ce panier aux soins ambulatoires - dès



février 2010, au profit des salariés et titulaires de pensions servies par la CNSS - et aux prestations dentaires pour les adultes, à partir de janvier 2015.

En ce sens, l'AMO de base rembourse une partie des frais de soins préalablement engagés par l'assuré sur présentation du dossier de remboursement - soit 70% de la Tarification Nationale de Référence - ou bien prend en charge cette partie des frais directement auprès des prestataires de soins. L'assuré ne paie alors que la part restant à sa charge, soit 30% du montant global, ceci dans l'objectif de le responsabiliser et de rationaliser ses dépenses lorsqu'il s'agit des petits soins. C'est ce qu'on appelle le ticket modérateur.

Cependant, en cas de maladie grave nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération partielle ou totale.

Ainsi, le taux de remboursement peut passer de 70% à 100% selon la pathologie. L'AMO n'a pas de plafond, ce qui en fait un abri pour les gens souffrant de maladies graves ou longues au traitement, se trouvant dans l'incapacité de payer des soins onéreux ou des hospitalisations à l'étranger en cas d'absences des prestations nécessaires au Maroc. Globalement, le taux de remboursement atteint 61%. Toutefois, plus le montant engagé par le bénéficiaire est élevé, plus le taux de remboursement l'est aussi : ce dernier passe de 50% pour les montants inférieurs à 5 000 Dh, à 92% pour les montants dépassant 100 000 Dh. C'est grâce à ces réalisations que la CNSS peut se féliciter d'avoir franchi un cap important vers l'équité et la généralisation de l'accessibilité aux soins, en permettant aux assurés de jouir de leurs droits et de bénéficier d'une palette de soins encore plus large.

Évolution de l'activité de l'AMO en chiffres

- Croissance de la population couverte (assurés et ayants droits) : de 1,2 à 6,1 millions de personnes en 11 ans ;
- Augmentation du nombre de dossiers déposés chaque jour : de 800 en 2006 à 15 400 dossiers en 2016 ;
- Augmentation du nombre des dossiers déposés par an : de 282 000 à 3,83 millions en 2016 ;
- Sur la même période, le taux de sinistralité est passé de 4% à 22% en 2016 ;
- Montant total remboursé depuis le démarrage : 16 milliards de Dh, avec un remboursement de 3,47 milliards de Dh en 2016 vs 79 millions de Dh en 2006 ;
- Nombre de bénéficiaires : 1,3 million en 2016 vs 1,04 million un an auparavant, soit une progression de 27% ;
- 11% des bénéficiaires des prestations AMO sont atteints d'affections lourdes et coûteuses et consomment plus de 56% des prestations AMO servies en 2016 ;
- Les prises en charge accordées représentent 4% du total des dossiers liquidés en 2016, mais 53% en termes de montants remboursés.

Qu'en est-il de la Région de l'Oriental ?

- Population couverte : plus de 280 000 individus ;
- Montant remboursé : 140 millions de Dh, soit 4% du montant global national ;
- Taux de sinistralité : de l'ordre de 24% vs 22% pour l'ensemble des assurés de la CNSS ;
- Nombre de bénéficiaires porteurs de maladies coûteuses : 8 165 individus, soit 5% de l'ensemble des porteurs d'ALD ouvrant droit à l'AMO ;
- Nombre d'agences de la CNSS doublé durant les 10 dernières années : de 3 en 2005 à 6 actuellement, grâce à la création de 3 nouvelles agences à Taourirt, Bouarfa et Jerada, en plus de celles pré-existantes à Oujda, Nador et Berkane ;
- Une Polyclinique de la CNSS ouverte à Oujda depuis 1983, assurant diverses spécialités médicales et offrant 46 lits d'hospitalisation, 9 lits de réanimation, 8 générateurs de dialyse et 2 salles de bloc. En 2016, 31 365 patients ont été admis à la Polyclinique d'Oujda, dont 1 064 malades opérés, 322 malades dialysés et 335 accouchements.

Pour une gestion plus maîtrisée

Afin d'améliorer l'efficacité du régime et d'être à la hauteur des aspirations de ses clients, la CNSS a procédé à l'optimisation des processus de gestion afin d'absorber les flux en augmentation continue et de maîtriser les délais de liquidation des dossiers de soins, qui atteignent désormais une moyenne de 6 jours, contre 22 jours en 2016 et 23 jours en 2015. Par exemple, de janvier à avril 2017, 71% des dossiers reçus au cours de cette période ont été liquidés en moins de 5 jours et presque 92% l'ont été en moins de 10 jours.

Par ailleurs, la Caisse a mis en place des dispositifs de contrôle, notamment de l'accès au régime AMO, le contrôle médical des assurés dans le cadre de la déclaration des Affections Longues Durée (ALD) / Affections Longues et Coûteuses (ALC) et le contrôle de la consommation. En outre, afin de développer sa proximité avec ses clients, la CNSS a étendu le réseau de ses agences à 90, vs 61 en 2005, et mis en place de nouveaux concepts d'accueil et de service, notamment 10 agences mobiles, 3 kiosques, et 12 antennes au niveau des collectivités locales ou Préfectures des villes où elle n'est pas encore présente par une agence.

Vers une dématérialisation de la relation client

Depuis quelques années, la CNSS conduit une stratégie «multicanal» visant

à offrir un service adapté aux évolutions de l'environnement social.

Elle a ainsi développé des services en ligne en vue d'interagir de manière instantanée avec ses clients, tout en leur garantissant un accès facile à l'information. L'assuré a désormais le choix entre une palette d'e-services lui permettant la consultation et le suivi à distance de ses dossiers.

D'autre part, afin de relever brillamment ce challenge, la CNSS a renforcé ses effectifs par le recrutement de jeunes profils, à même de contribuer à l'amélioration des services prodigués par le régime.

Consciente de l'importance de la communication à chaque phase de l'évolution de l'AMO, la CNSS veille au lancement de campagnes de communication multi-support, notamment par le marketing direct à travers les caravanes d'information sur les droits des individus en matière d'AMO.

AMO : quelles perspectives d'avenir ?

La réussite de l'Assurance Maladie Obligatoire des salariés du secteur privé a conduit les autorités publiques à confier la gestion de l'AMO des Travailleurs Non Salariés (TNS) à la CNSS.

Ce projet vise la couverture médicale d'au moins 6 millions de travailleurs non salariés, actuellement exclus des régimes de protection sociale, soit 11 millions avec leurs ayants droits.

Un challenge ambitieux...



Les origines de la CNOPS remontent à 1919, soit près d'un siècle. Elle résulte de l'union de 8 sociétés mutualistes fédérées pour la couverture sociale des agents actifs et retraités de la fonction publique, de leurs conjoints et de leurs enfants.

L'État, les collectivités, des établissements publics et les personnes morales de droit public sont concernés. Ces entités règlent des contributions patronales ; les agents et pensionnés paient des cotisations, complétées par les produits des placements, les majorations et pénalités, et les dons, etc. Le tout constitue les ressources de la CNOPS, qui atteignaient 5,1 milliards de Dh en 2016, année où les dépenses de santé atteignaient 4,7 milliards de Dh, dont :

- 1,56 milliard de Dh en médicaments ;
- 548 MDh pour les hospitalisations ;
- 587 MDh pour les soins dentaires ;
- 416 MDh en analyses biologiques ;
- 403 MDh pour la dialyse.

La CNOPS est donc un acteur majeur du financement de la santé au Maroc. Plus de 3 millions de personnes bénéficient de ses prestations, pour plus de 1,25 million d'assurés.

Le challenge majeur est sans doute dans la hausse nettement plus rapide des paiements effectués comparés aux cotisations encaissées, ce qui est dû à la fois à l'extension des prestations mais aussi au vieillissement de la population, avec son cortège d'affections de longue durée particulièrement coûteuses : 4,6% de la population assurée consommait 46% des dépenses en 2014.

Article de la rédaction



La carte sanitaire : les enjeux d'une mise en œuvre

Pr. Jaâfar HEIKEL
Professeur de Médecine
Expert en Management sanitaire

L'auteur croise avec bonheur ses compétences de médecin avec les sciences économiques, discipline dont il est doctorant. Ce parcours atypique reflète une double préoccupation : soigner sans ruiner le système de santé ; donc en assurant la pérennité du dispositif. La réflexion sur un Schéma Régional offre l'opportunité du débat autour des objectifs difficiles à concilier. Le bon moment pour que tous les acteurs s'expriment.

Dans toutes les politiques de santé, la répartition équitable des ressources est un enjeu en matière d'accessibilité aux services de santé et d'optimisation du niveau de santé de la population.

Carte sanitaire : les conditions de l'efficience

La Loi 34-09 - connue sous le nom de «Schéma Régional de l'Offre de Soins» (SROS) - souhaiterait définir une carte sanitaire marocaine et introduire la notion d'optimisation de l'offre de soins. Elle va avoir un impact important sur la régulation de l'offre de soins et sur les médecins dès lors que tous les décrets d'application seront adoptés et mis en œuvre sur le plan opérationnel.

Conceptuellement, ce type de Loi est important dans toute politique de santé car son objectif ultime est d'assurer des prestations de santé préventives et curatives à la population, qui en a grand besoin. Néanmoins, pour que ce projet puisse prendre tout son sens et avoir des implications opérationnelles

pertinentes, il est indispensable qu'il intègre plusieurs concepts et outils. Je ne pense pas qu'il suffise de dire : «*nous allons démocratiser l'accès aux soins et pour cela nous allons mieux répartir l'offre*».

Ce projet ne pourra réussir que par l'intégration de deux concepts : celui de la «demande» et celui du «besoin». Par «demande», on sous-entend les problématiques de santé auxquelles les marocains font face. Par «besoin», on sous-entend les prestations sanitaires définies par les professionnels de santé et dont auraient besoin une population. Ainsi, il faudrait que le Ministère de la Santé ait une idée précise et complète de l'épidémiologie des maladies existantes au Maroc, ce qui n'est pas le cas car les données sanitaires n'intègrent absolument pas plusieurs secteurs importants du système, à savoir :

- le secteur privé ;
- le secteur sanitaire militaire ;
- le secteur semi-public ;
- le secteur «informel».

Ainsi, baser une planification sanitaire

- en l'occurrence une offre de soins - sur les données épidémiologiques actuelles, ne pourra pas être efficient. Il faut donc disposer d'un système de surveillance épidémiologique permettant de réunir des données venues de différents secteurs et permettant ainsi d'avoir une meilleure image de l'épidémiologie des maladies au Maroc. Les méthodes pour y arriver existent et il suffit que les responsables y travaillent avec l'ensemble des partenaires.

L'ardente obligation de l'évaluation

Par ailleurs, le partenariat public privé dont parle le projet de Loi est une bonne initiative mais, encore une fois, il est important que les bonnes questions soient posées. Ce partenariat concerne particulièrement le «numerus clausus», à savoir l'implantation de structures ou d'équipements selon des ratios régionaux. Un numerus clausus n'a d'intérêt que lorsqu'un outil d'évaluation est mis en place. Qui évalue aujourd'hui les structures de soins en termes de qualité de la prestation, de performance médicale et de sécurité des patients ?

Optimiser une offre de soins et permettre une meilleure accessibilité du citoyen aux prestations de service en imposant des règles de planification sanitaire est un objectif louable mais, pour être efficient, il faut en même temps s'imposer des règles d'évaluation, aussi bien du secteur public que du secteur privé.

La création d'une "agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé", indépendante, est plus qu'une nécessité : c'est un outil indispensable à l'amélioration d'un système de santé. A ce sujet, il faut espérer que les projets en cours relatifs à ces aspects seront concrétisés sur le terrain, car un système de soins efficient et qui satisfait la population (le Maroc est malheureusement mal classé par les instances internationales sur ce point) est un vrai indicateur de développement.

L'ère des déséquilibres et le levier des ressources humaines

Je pense que la décision de mettre en place une carte sanitaire a été prise parce que l'on s'aperçoit que l'adéquation demande-besoin-offre sanitaire n'est pas optimale. Aujourd'hui, on assiste à des déséquilibres flagrants à l'intérieur d'une même Région et entre les différentes Régions du pays. C'est la raison pour laquelle l'idée d'une carte sanitaire est très bonne et mérite d'être applaudie et encouragée. Il convient cependant de se poser des questions sur la méthode qui sera adoptée pour réaliser ce projet. De même, il est tout aussi important de se demander si le texte de Loi répondra aux objectifs d'accessibilité et de réponse aux besoins de santé de la population. A mon sens, cet aspect est le plus préoccupant. Je n'ai pas la conviction que les médecins aient suffisamment d'informations pour évaluer les enjeux et pouvoir apporter leur contribution dans les nouvelles conditions du projet de Loi.

Je pense aussi qu'il faut approfondir davantage la notion de rôle de la formation figurant dans le projet de Loi et y inclure le privé comme acteur fondamental au même titre que le secteur public.

De même qu'il faut que cette Loi soit



davantage complémentaire avec la Loi 131-13 de l'exercice de la médecine. La situation contraire aggraverait les déficits d'offre de soins inter et intra-régionaux. Par ailleurs, une carte sanitaire nécessite de bien connaître trois éléments importants, en l'occurrence : l'offre, les



besoins et la demande. Le Ministère de la Santé maîtrise l'offre et dispose des informations exactes sur les indicateurs de production hospitalière publique, les infrastructures et équipements (radiographies, échographies, scanners, IRM...) et les ressources humaines professionnelles de santé. On ne peut planifier une offre de soins sans planifier le nombre et le profil de professionnels de santé dont nous aurons besoin pour les 20 prochaines années. Cette adéqua-

tion formation / emploi (en coordination avec les Facultés de médecine) doit être une priorité pour la mise en place d'une carte sanitaire et il semble que les Départements concernés y travaillent.

Carte sanitaire : la bonne idée... sous réserve d'en assumer la logique

Concernant les besoins de santé, je pense qu'il est du ressort des professionnels de santé de les définir. Il faut des conférences nationales de consensus ou une détermination consensuelle scientifique des besoins par rapport à la situation épidémiologique au Maroc. Il reste enfin l'aspect relatif à la demande, car, pour

mener à bien ce projet, il faut connaître avec précision ce que les citoyens marocains demandent rationnellement en termes de prestations sanitaires (prévention I, II et III). Il nous faut dire aussi que la mise en place d'une carte sanitaire sous-entend que les passerelles entre le secteur public et le secteur privé sont parfaitement huilées et extrêmement bien faites pour que le secteur privé puisse exprimer son expertise et contribuer de manière efficiente à l'atteinte des objectifs en fonction des moyens qu'on va lui permettre de mettre en place.

In fine, l'idée d'une carte sanitaire est bonne, comme est juste l'intention, mais j'invite le Ministère de la Santé à travailler sur les outils, mécanismes

et stratégies de sa mise en œuvre optimale opérationnelle pour que soient atteints des objectifs fixés, réalistes et réalisables. Les professionnels de santé doivent également comprendre la portée et les enjeux d'une telle Loi. Il leur faudra intégrer que le devoir de prestations de service public leur imposera de nouvelles considérations en termes de choix d'exercice et d'installation géographique et, finalement, de décisions de carrière.



Le médecin généraliste - médecin de famille, acteur-clef du système de soins

Dr. Rachid CHOUKRI

*Président du Syndicat National de Médecine Générale
Président de la Société Marocaine de Médecine Générale et de Famille*

Médecin généraliste engagé, l'auteur défend depuis près de 30 ans la médecine en général et la médecine générale libérale en particulier. Son parcours professionnel atypique lui a permis de pratiquer la médecine sous divers cieux : en hôpital en France, à Benslimane, aux Charbonnages du Maroc à Jerada, à Zaïo, et enfin à Rabat où il consacre depuis 1995, une grande partie de son temps à l'associatif médical. Sa recherche du modèle dont pourrait s'inspirer le Maroc pour restructurer son paysage sanitaire, l'a conduit aux Amériques, en Europe, puis en Algérie, Tunisie et Egypte.

Les premiers médecins spécialistes du siècle dernier étaient tous des généralistes qui, au cours de leur pratique, acquéraient une compétence spécifique.

Nous avons tous en mémoire la fameuse image du médecin des westerns américains, qui connaissait les familles et se déplaçait à domicile en buggy.



Personnage emblématique de western, le médecin visite les fermes

Après la seconde guerre mondiale, la médecine générale connut une véritable traversée du désert avec la tendance à la spécialisation, favorisée par de nouvelles technologies médicales. On assista alors au développement d'une médecine «restrictive» qui, si elle a favorisé des progrès scientifiques considérables, eut aussi pour effet négatif une dissociation croissante entre la maladie et l'homme. Partout dans le monde, la profession commença d'être désertée, car considérée comme peu gratifiante. Le Maroc n'y a pas échappé, même si l'«éclosion» des spécialités ne s'est

produite que tardivement (années 1980) par rapport à l'Amérique du Nord et à l'Europe. Le médecin généraliste, qui régnait jusqu'alors sans partage sur le paysage sanitaire national, a vu son statut basculer brutalement, devenant acteur purement «virtuel» du système de soins, dont personne ne semble connaître ni la mission ni l'utilité. A ce jour, sa recherche d'identité continue... véritable exercice existentiel !

Partout les patients exigèrent des soins médicaux personnalisés, à une échelle que peu de pays pouvaient financiè-

rement envisager. Partout donc, sauf chez nous, l'explosion des coûts de la santé et le développement d'une médecine de pointe, perçue comme indifférente aux véritables besoins des gens, vont vite imposer une réappréciation de la situation. Les pouvoirs publics des pays industrialisés prirent, les premiers, conscience du rôle crucial du médecin de premier niveau, capable à la fois de satisfaire et de tempérer cette demande. Ainsi, aux USA, une série d'événements sociaux ouvrira la voie à la vision d'une médecine «holistique», globale, autant médicale que psychologique et sociale : la médecine familiale, qui deviendra une spécialité à part entière.

Le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies dégénératives qui y sont liées, l'apparition de nouvelles pathologies et de nouveaux traitements, ainsi que la sensibilité accrue de la population face à la santé, vont alors soutenir la demande d'omnipraticiens et de spécialistes en médecine familiale.

Au Canada, les années 1940 furent décourageantes pour les omnipraticiens, alors considérés comme des médecins n'ayant pas terminé leur formation, avec une disparité flagrante de rémunération entre eux et les spécialistes, que les patients consultaient davantage car supposés avoir une formation plus complète. La profession commença donc à être désertée. Aujourd'hui, la médecine de famille représente un modèle d'organisation de santé communautaire : la médecine générale canadienne, pratiquée essentiellement en groupe. C'est une discipline universitaire, enseignée par des médecins de famille, reconnue comme spécialité à part entière par un gouvernement soucieux de soutenir cette branche face à la désaffection des étudiants en médecine, et ceci grâce à la Fédération des Omnipraticiens du Québec, puissant syndicat gérant également la formation médicale continue de ses membres.

En Europe, le but premier du développement de la médecine de famille après la crise de 1980, était économique. Il devint politique dans une Europe unie, aspirant à unifier les systèmes de santé et la pratique de la médecine de famille sur tout son territoire.

Le Népal a été, dès 1982, le premier état d'Asie Centrale à développer un programme universitaire de spécialité en médecine générale, afin de proposer une médecine de proximité et de qualité aux habitants ruraux pauvres.

En 1984, Cuba a réformé son système de santé spécialisé, hospitalo-centré, vers des cabinets de médecine de famille appuyés par une polyclinique.



En 20 ans, le pays a formé près de 30 000 médecins de famille qui proposent des soins de proximité, des programmes proactifs et des soins à domicile, à 11 200 000 habitants, à raison d'un médecin de famille pour 500 personnes ! Elles ont accès à l'un des meilleurs systèmes de santé au monde.

Qu'en est-il au Maroc ?

Si la plupart des pays ont compris l'importance de cet acteur-clé du système de soins qu'est le médecin généraliste-médecin de famille et l'on repositionné comme tel, ce n'est pas le cas de notre pays, où l'exercice de la profession médicale reste centré sur l'organe plutôt que sur l'individu et où le rôle de ce médecin de première ligne n'est pas valorisé, favorisant le recours à une médecine spécialisée, pas toujours indispensable et onéreuse ! Au Maroc, l'activité des quelques 5 000 médecins généralistes libéraux, répartis de manière quasi-harmonieuse sur tout le territoire national, est méconnue, tant par les autorités de tutelle que par la patientèle, voire mésestimée, et leurs compétences sont mal utilisées.

Le Maroc n'a pas échappé aux grands changements mondiaux : vieillissement des populations, émergence de maladies nouvelles et résurgence de maladies anciennes, comme la tuberculose (36 000 nouveaux cas par an). Pour y faire face et protéger la santé d'une population de plus en plus exigeante, notre pays a plus que jamais besoin de renforcer ses soins de santé de base. Pour ce faire, la réingénierie de notre système de santé, où l'anarchie règne, notamment via le renforcement et la réorganisation de cette première ligne qu'est la médecine générale, ne constitue pas un luxe, mais un «must».

Parcours de soins coordonnés et dossier médical personnel

Le médecin généraliste libéral marocain n'assure qu'une partie des missions qui lui sont légalement dévolues. Il contribue à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traite-

ment et le suivi des maladies, ainsi que l'éducation pour la santé. Il oriente également ses patients dans le dédale d'un système de soins non «balisé», avec un secteur médico-social encore embryonnaire, mais il les perd en général de vue, car retenus dans les «filets» de la médecine spécialisée. Les autres missions qu'il devrait normalement remplir, à l'instar de ses collègues européens, anglo-saxons ou sud-américains, seraient :

- assurer la coordination des soins ;
- veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les soins prolongés ;
- contribuer au suivi des maladies chroniques avec les autres professionnels liés à la prise en charge du patient ;
- synthétiser les informations venues des différents professionnels de santé.

Ces missions lui échappent totalement. Il serait donc temps pour les autorités sanitaires, le public et les professionnels de la santé eux-mêmes, de reconnaître le rôle et l'effort de ce «fantassin» de la médecine qu'est le médecin généraliste, qui fournit des soins globaux, de proximité, tout en assurant permanence et disponibilité (visites à domicile), en le repositionnant comme régulateur et ordonnateur à l'entrée d'un parcours de soins coordonnés, seul garant de la viabilité des Caisses d'assurance maladie et partant d'un système de santé, véritable hôpital en vue éclatée, évoluant «en roue libre» !

Ce médecin de première ligne ne pourra être performant si les patients ne disposent pas d'un dossier médical personnel, véritable fil d'Ariane de l'histoire de leur santé et sésame indispensable pour pénétrer dans le parcours de soins coordonné. Cet outil faciliterait grandement la tâche aussi bien des prestataires des soins que des Caisses d'assurance maladie, du CNOM et du Ministère de tutelle. Il permettrait d'éviter les redondances de traitements et examens, un meilleur contrôle de la dépense, un regard sur l'éthique et la déontologie et, enfin, de suivre l'évolution de l'épidémiologie nationale.

Mais le vrai bénéficiaire de cette combinaison «Médecin de famille-Parcours

de Soins Coordonnés-Dossier Médical Standardisé», sera le patient, que cette indispensable réingénierie de notre système de santé doit à tout prix mettre au centre des préoccupations !

En France, aussitôt amorcé le «virage ambulatoire» (Loi du 13 août 2004) axé sur le libre choix d'un médecin traitant et le «duo» médecin consultant-médecin traitant (ou réfèrent), le déficit de la Caisse d'Assurance Maladie a chuté de 11 à 3 milliards d'euros ; même le contrôle (arrêts de maladie), effectué au niveau des médecins de première ligne, s'en est trouvé nettement simplifié !

La spécialité «médecine générale-médecine de famille»

Une réflexion a été lancée depuis la création de la Société Marocaine de Médecine Générale et de Famille il y a un an, en collaboration avec l'OMS et les services compétents (Ministère de la santé, Facultés de médecine), pour créer la spécialité «médecine générale-médecine de famille». Il s'agit de renforcer les capacités des praticiens de première ligne et d'offrir ainsi une prise en charge de proximité, holistique, tenant compte de l'état socio-économique et culturel ainsi que des spécificités et besoins de chaque communauté.



Une relation de confiance entre le médecin traitant et son patient

Plusieurs Facultés de Médecine étudient la création prochaine de Départements de Médecine Générale-Médecine de Famille avec recours aux seuls enseignants universitaires, spécialistes d'organes, pour former et encadrer : grave erreur et perte de temps et de moyens en perspective !

Le nouveau cursus a pour but principal de former des médecins de première ligne polyvalents, aptes à pratiquer au sein de dispensaires publics ou cabinets

de groupe libéraux, dans divers milieux, notamment les petites villes, les Communes rurales ou les régions éloignées. L'hôpital devrait assurer le socle de la formation des futurs spécialistes en médecine générale-médecine de famille. Cette spécialité n'est pas la somme des spécialités que l'étudiant peut rencontrer à l'hôpital, ni même la médecine interne hospitalière, ni la médecine des urgences. Son originalité tient aux conditions pratiques de l'exercice libéral : la médecine familiale est une spécialité avant tout clinique, basée sur l'observation et l'expérience de terrain. Tous les pays qui ont développé cette branche de la médecine l'ont fait initialement avec l'aide de vieux médecins généralistes formateurs-maîtres de stages et bien entendu les spécialistes et les enseignants universitaires.

C'est une formation pratique par compagnonnage. Il est donc essentiel de l'organiser, dès le début des études, auprès de médecins généralistes-maîtres de stage agréés. Pour offrir aux étudiants cette possibilité, le législateur devra prévoir des textes d'encadrement.

C'est le cas en France, qui vient d'avoir son premier professeur en médecine générale, alors que la Belgique en «produit» 5 par an et les Pays-Bas plus de 50 professeurs enseignants de médecine de famille par promotion !

Mais la mise en place en France du diplôme d'études spécialisées en médecine générale en 2004 n'a pas eu que des retombées heureuses. Elle a créé deux populations de médecins généralistes : les anciens et les jeunes bardés de leurs diplômes de spécialiste en médecine générale, avec une disparité des activités. Les autorités de tutelle ont alors offert aux médecins généralistes, après plusieurs années d'activité, les moyens d'une évolution de carrière, avec reconnaissance officielle de leurs acquis professionnels.

Cette migration des actuels acteurs des soins de santé de base de la Médecine Générale vers la Médecine de Famille, est l'un des projets actuellement proposés par la Société Marocaine de Médecine Générale et de Famille aux décideurs, avec l'appui de l'OMS.

Le médecin généraliste-médecin de famille est essentiel à sa communauté pour les soins de santé personnalisés et continus qu'il prodigue, mais aussi pour son action en prévention des maladies et en promotion de la santé. La relation de confiance avec ses patients est un atout précieux supplémentaire qui peut impacter positivement leur comportement et celui de la communauté dans laquelle ils vivent, surtout face aux maladies chroniques intimement liées aux mauvaises habitudes et à la nécessité d'adoption d'une hygiène de vie saine.

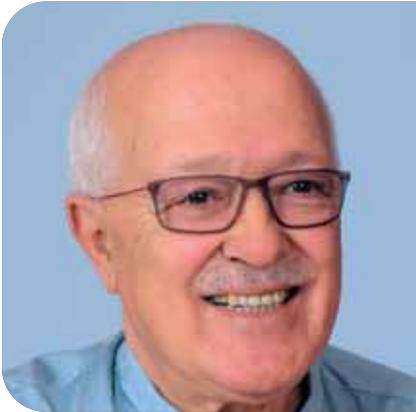


En conclusion

L'interrelation des facteurs organiques entre eux, leur intrication avec des facteurs socio-économiques, culturels et psychologiques, ne peuvent trouver de solutions rationnelles dans une médecine de plus en plus technique, ultraspécialisée et toujours plus coûteuse.

Soigner mieux tout en dépensant mieux ne sera possible qu'au prix d'une réingénierie du système de santé, couplée à un changement profond des comportements. Des passerelles, dans le cadre d'un partenariat win-win, devront être mises en place entre praticiens «de ville» et hôpital, après mise à niveau de ce dernier et régulation du secteur libéral. On pourra alors espérer la fin de l'actuel système de santé à deux vitesses.

L'adoption d'un modèle de santé bio-psycho-social axé sur une première ligne peu consommatrice de moyens, où les ressources humaines regarderont avec bon sens et dans sa totalité le patient, aidera l'Etat à économiser ressources financières et humaines. Elle l'aidera également beaucoup à régler la série de problèmes sociaux que connaissent malheureusement certaines Régions.



L'industrie pharmaceutique contribue au développement socio-économique du pays

Ali SEDRATI

Vice-Président de l'Association Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique

L'AMIP a désormais dépassé la trentaine... en âge comme en nombre de Laboratoires produisant sur le sol du Royaume, en une quarantaine de sites industriels. Deux tiers des médicaments consommés au Maroc sont désormais produits sur le territoire national. Le secteur est dynamique, mais ne garantit pas encore l'accès au médicaments pour tous. De là à se penser en Ecosystème...

Dès l'indépendance, l'encadrement de l'exercice de la médecine et de la pharmacie dans notre pays a constitué l'une des premières priorités pour nos autorités. En effet, vu l'incidence capitale de ces activités sur le bien-être de nos citoyens, une réglementation rigoureuse et précise s'est avérée nécessaire. C'est ainsi qu'a été promulgué le Dahir Royal du 19 Février 1960 par lequel les droits, devoirs et responsabilités des acteurs de la santé ont été définis et délimités du mieux possible. D'autres réglementations des prix, de l'inspection et de l'enregistrement des médicaments par le Ministère de la Santé ont été mises en place.

Tout ceci faisait du Maroc, dès 1960, l'un des rares - si ce n'est le premier - pays parmi ceux de l'Afrique et du monde arabe, à assurer le meilleur niveau de protection à ses citoyens malades. Un autre choix judicieux de notre administration a été de mettre en place, dès 1969, un Laboratoire National de Contrôle des Médicaments, dont la compétence et la rigueur sont inter-

nationalement reconnues (certifié par l'OMS et la Direction Européenne de la Qualité du Médicament).

Ceci me permet au nom de tous les acteurs de la santé d'hier et d'aujourd'hui de rendre un grand hommage à tous les intervenants publics ou privés qui y ont contribué avec la sollicitude permanente de nos plus hautes instances.



Un demi-siècle de progrès cumulés

Les acquis et atouts dont a bénéficié notre pays depuis ces 50 dernières années méritent d'être soulignés :

- un corps médical et paramédical dont la compétence n'a rien à envier à celui des pays les plus développés ;
- un secteur pharmaceutique qui, depuis la fabrication ou l'importation du médicament, en passant par sa distribution en gros et jusqu'à sa délivrance par le pharmacien d'officine, fonctionne aujourd'hui aux normes internationales les plus rigoureuses ;
- l'acquisition d'une haute technologie par des cadres et employés marocains (plus de 95% du personnel travaillant dans ce domaine) ;
- la maîtrise nationale de l'approvisionnement en médicaments, atout capital du fait de l'importance stratégique de ces produits, dont la disponibilité ne doit nullement souffrir des aléas que le monde vit et peut être amené à vivre à tout moment (conflits, guerres, épidémies, catastrophes de toutes natures, etc.) ;

> Le Point

- un rôle important dans le développement du pays par la mise à disposition des investisseurs internationaux et nationaux d'une plateforme technologique de qualité, que ce soit par l'élargissement de l'accès aux soins ou par le développement à l'export ;
- une contribution du secteur au développement de la recherche dans notre pays, maillon complémentaire et indispensable de la chaîne de la recherche, impliquant différents acteurs du monde universitaire, médical et scientifique ;
- une contribution majeure à la formation, la spécialisation et à l'emploi pour nos nombreux diplômés des Universités internationales et nationales ;
- la mise à disposition du citoyen marocain des médicaments, qu'ils soient fruits de l'innovation ou bien génériques.

Le secteur économique

Les données qui caractérisent le secteur économique du médicament, en matière de production comme de distribution, se résument ainsi :

- parti de 8 sites de production en 1965, le Maroc dispose aujourd'hui d'une quarantaine d'usines, propriétés de groupes internationaux, ou bien de sociétés mixtes avec des partenaires marocains, ou encore d'opérateurs purement nationaux ;
- cette industrie assure aujourd'hui près de 40 000 emplois directs et indirects ;
- initialement à hauteur de 15% de nos besoins nationaux fabriqués localement, l'industrie marocaine en produit aujourd'hui près de 65%, pour un chiffre d'affaire annuel de près de 14 milliards de Dirhams ;
- le nombre des grossistes répartiteurs est passé de 4 en 1979 à plus de 50 de nos jours, qui assurent efficacement la distribution quotidienne à travers tout le Royaume.

Le nombre des pharmaciens d'officine est passé de 500 en 1976 à 12 000 aujourd'hui.

Les grossistes répartiteurs et les pharmaciens d'officine assurent désormais près de 40 000 emplois.

Un accès insuffisant aux médicaments

Cependant, l'accès aux soins de nos citoyens reste loin de l'idéal auquel nous aspirons tous pour le pays, en raison de handicaps majeurs dont les principaux sont :

- un faible budget pour le Ministère de la Santé autour de 6% du PIB (alors que l'OMS recommande au moins 10%) ;
- une faible couverture sociale, en cours de généralisation mais qui laisse encore aujourd'hui plus de 60% des dépenses à la charge des ménages.

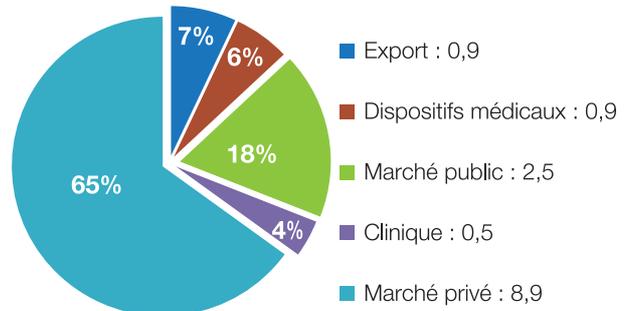
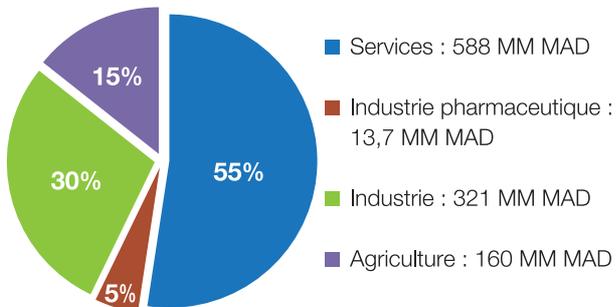
Malheureusement, la situation de notre pays est similaire à celle des 2/3 de la population mondiale. **Sur une consommation annuelle mondiale de médicaments de 1 000 milliards de Dollars US :**

- près de 47% sont consommés en Amérique du Nord ;
- environ 24% en Asie ;
- près de 22% en Europe ;
- seulement 1,3% par toute l'Afrique.



Chaîne de remplissage de bouteilles de sirop installée au Maroc

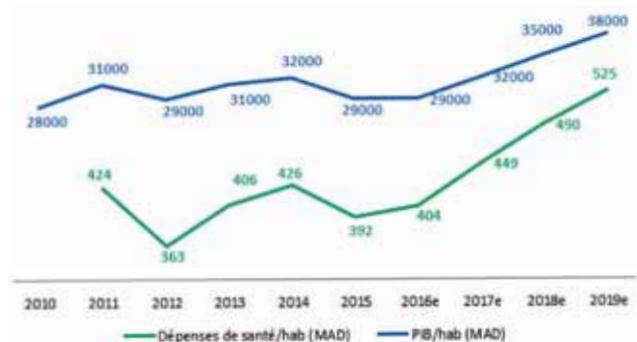
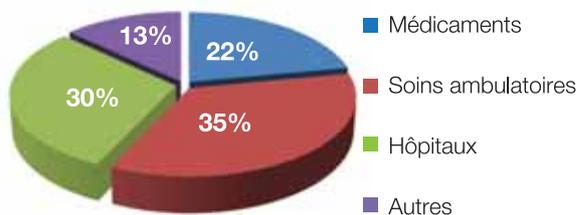
L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE MAROCAINE EN CHIFFRES : LA PART DANS LE PIB



- L'industrie pharmaceutique marocaine pèse 1,5% du PIB national et 5,2% de l'industrie.
- Le marché privé s'élève à 8,9 MM MAD, le marché public atteint 2,5 MM MAD et le marché clinique et hors officine correspond à 2,2 MM MAD.
- La contribution fiscale du secteur pharmaceutique est de 416,5 M MAD. (la contribution des opérateurs nationaux en représente 86%).

L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE MAROCAINE EN CHIFFRES : LES DÉPENSES

Le médicament représente 22% de la dépense publique de santé



- Le PIB / habitant est corrélé aux dépenses moyennes en médicaments par habitant.

L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE MAROCAINE : UNE INDUSTRIE QUI EXPORTE

Indépendance



- Le Maroc a un tissu industriel capable de couvrir la majorité de la demande domestique en médicaments.
- Néanmoins, cette couverture est partielle : le Maroc reste dépendant de l'offre étrangère en termes de biotechnologies, anticancéreux, hormones, vaccins, aérosols/asthme, etc.
- Ceci sera corrigé par le principe des ECOSYSTEMES.

Contribution à la réduction du déficit de la balance commerciale : près de 4,7 MM MAD (hors dispositifs médicaux)





Distribution des médicaments au Maroc : 12 000 pharmacies d'officine et 40 000 emplois

Il est un fait que le prix du médicament en général - celui de l'innovation en particulier - reste aussi un handicap majeur pour l'accessibilité de la majorité de nos citoyens. Non seulement ce prix doit être régulé du mieux possible, mais en plus, il doit être adapté aux capacités économiques des populations des pays en voie de développement ou moins avancés, et ce dans un contexte international de concertation et compréhension avec les pays nantis.

Conscient de la nécessité d'améliorer l'accès aux médicaments aux citoyens marocains et soucieux de la faire participer au développement socio-économique, l'administration a intégré l'Industrie Pharmaceutique Marocaine dans le Plan d'Accélération Industrielle par la signature d'un contrat de performance 2016-2020 avec les Ministères de l'Economie et des Finances, de la Santé, et de l'Industrie, du Commerce, de l'Investissement et de l'Economie Numérique. Ce contrat a pour objectifs d'ici 2020, avec le support de l'admini-

nistration et la création d'un Ecosystème du Médicament :

- la création de 5 000 emplois directs et 8 300 emplois indirects ;

- l'augmentation du chiffre d'affaires actuel de près de 11 milliards de Dirhams supplémentaires ;
- l'amélioration de la balance commerciale de près de 8 milliards de Dirhams ;
- une valeur ajoutée additionnelle de 4 milliards de Dirhams.



Chaînes de fabrication d'en collire (haut) et d'ampoules d'insuline (bas) au Maroc

Il ne faut pas oublier cependant que la santé de nos citoyens ne dépend pas que de l'accès aux soins et aux médicaments. Il est certain que l'amélioration des autres conditions de vie aura aussi un rôle important pour leur bien-être (conditions d'hygiène, éducation, infrastructures sanitaires et autres, etc.).

Mais, notre propos revient tout de même à soutenir que seule la collaboration de l'ensemble des acteurs concernés, publics et privés, peut apporter la synergie nécessaire à relever le défi d'un très large accès aux médicaments, composante essentielle d'un bien-être pour le maximum de nos citoyens dans les meilleurs délais.



Une opportunité historique pour transformer le système de santé au Maroc

*Hicham BELKASSEM TEMSAMANI
Fondateur & dirigeant de HBT Groupe Africa
Consultant Télémédecine & e-Santé / Expert habilité près la BERD*

L'auteur est un expert marocain reconnu. Les nouvelles technologies offrent l'opportunité d'un basculement direct dans la médecine de demain : un saut d'étape semblable à celui du téléphone où le Royaume fit en quelque sorte l'économie du fixe. L'enjeu : devenir un «pays-référence» sur le continent et au delà... ni plus, ni moins.

Le Royaume chérifien rencontre sensiblement les mêmes défis que ceux que doivent relever les systèmes de santé des pays développés, confrontés aux transitions démographique et épidémiologique. Paradoxalement, le retard pris dans l'adoption des technologies de l'information et de la communication appliquées à la santé au Maroc constitue un atout formidable. En effet, le déploiement digital est un saut quantique qui permet de rattraper un retard structurel tout en faisant l'économie des lourds investissements d'innovation et d'expérimentation dépensés par les pays précurseurs.

Une mutation et des perspectives

Comme la plupart des pays d'Afrique, le Maroc achève sa mutation démographique et il doit faire face dans le même temps à une transition épidémiologique. Depuis la fin des années 1980, un grand nombre d'indicateurs établissent clairement ces deux mutations. Les mortalités juvéniles et maternelles ont significativement chuté tout comme les taux de mortalité et de natalité. L'espérance de vie est passée de 47 ans en 1962 à

plus de 75 ans en moyenne aujourd'hui. Le Royaume doit relever le double défi des soins [avec une population jeune] et de la santé [avec une population âgée], en renforçant notamment la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles, le tout en faisant face à l'émergence de nouvelles pathologies lourdes (comme le cancer) ou chroniques (comme le diabète) sans oublier une véritable «épidémie» de maladies cardiovasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux [AVC].

L'accès aux soins reste difficile dans un cadre économique contraignant

La crise économique mondiale crée de nouvelles formes de dépendance, d'isolement et de difficultés d'accès aux soins. Celles-ci exacerbent les manques structurels du système de santé marocain que sont :

- la pénurie de ressources humaines ;
- le manque d'équipements ;
- les problèmes d'accessibilité géographique ;
- la faible capacité financière de la majorité des patients ;
- la qualité des services.

Déséquilibre demande / soins accru

Parmi les causes de ce déséquilibre :

- la persistance de maladies infectieuses, comme la tuberculose (30 000 nouveaux cas par an) ;
- le vieillissement de la population (en 2020, plus de 11% de la population sera âgée de plus de 60 ans) ;
- le développement de pathologies lourdes ou chroniques :
 - cancers (plus de 50 000 cas par an) ;
 - AVC (plus de 100 000 cas par an) ;
 - Diabète, HTA... ;
 - cardiopathies, épilepsies... ;
- de nouvelles menaces sanitaires ou climatiques dans un monde globalisé :
 - pandémies (H1N1, Ebola, MERS Coronavirus, Zika1...) ;
 - canicules, inondations.

Transformation du système de santé

Elle est aussi nécessaire qu'inéluctable. Face au vieillissement et au développement des maladies chroniques, les modes d'accompagnement et de prise en charge des patients vont se transformer pour permettre un meilleur service médical rendu dans un souci constant

d'éthique, de sécurité et de réalisme économique. Ceci n'est possible que par l'adoption éclairée et raisonnée des technologies de l'information et de la communication, qui doivent permettre de nouveaux usages adaptés, tant pour la population et les patients, que pour les professionnels de santé et les acteurs industriels. Ces nouvelles technologies appliquées à la santé modifient la pratique médicale et médico-sociale, permettant ainsi l'accès à l'information et à la prévention des populations, à la consultation et au suivi à distance des patients, à la formation et à l'échange d'expertise à distance pour les professionnels [e-Santé & Télémédecine].

Télémédecine : c'est de la médecine !

Des prérequis humains & techniques sont toutefois indispensables.

L'e-Santé regroupe l'ensemble des activités liées à la Santé et faisant appel aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la communication [TIC Santé], que ce soit in situ ou à distance.

La télémédecine est le mode d'exercice de la médecine qui utilise la transmission d'informations médicales [images, compte-rendus, enregistrements...] afin d'établir un diagnostic à distance.

C'est aussi le moyen d'étendre la couverture territoriale des structures sanitaires, du Centre de santé au Centre Hospitalier Universitaire, en passant par le cabinet médical en ville ou encore les cliniques privées. Développer la pratique de la télémédecine c'est offrir une plus grande accessibilité aux services de Santé pour la population, tout en optimisant le nombre d'établissements.

La mise en œuvre de projets de télémédecine nécessite d'avoir des personnels de santé formés à cette pratique et à la gestion de projets pouvant ainsi collaborer avec les services informatiques, biomédicaux et techniques concernés.

Les différentes expérimentations à travers le monde ont démontré que les projets de télémédecine réussis sont ceux qui privilégient une approche-métier consistant à objectiver le besoin clinique ciblé, analyser les procédures correspondantes, et déterminer ensuite

comment ces procédures médicales peuvent être améliorées par l'usage des TIC. La solution de télémédecine issue de ce travail collégial sera toujours basée sur les fondamentaux suivants :

- solutions d'interopérabilité avec les Systèmes d'Information Médicale ;
- solutions d'interfaçage avec les appareils biomédicaux ;
- services d'identité et d'authentification ;
- outils collaboratifs légers ;
- workflow ou process de télémédecine,

Une trajectoire nationale à construire

Pour parvenir à l'avènement d'un nouveau système de santé au Maroc, il appartient aujourd'hui aux autorités de tutelle et aux acteurs de la santé d'évaluer les réalisations effectuées par les pays précurseurs, de les mettre en perspective par rapport aux stratégies et récentes réformes de santé du Royaume destinées à mener à bien la transformation de son système de santé.

Le Maroc a aujourd'hui une opportunité historique de bâtir un plan de e-Santé contribuant à l'amélioration de l'offre de soins pour l'ensemble de la population, ouvrant de véritables opportunités économiques et industrielles, positionnant le Royaume comme un partenaire privilégié pour l'Europe et constituant un leadership dans le domaine de la santé sur tout le continent africain.



@-santé : les start-up attaquent

«Mes docteurs», «Doctolib», «Mon-docteur»... ces trois start-up sont aujourd'hui les plus actives sur le «marché» des services de la e-santé en France.

Les deux dernières proposent surtout la prise de rendez-vous en ligne chez un médecin, chose devenue parfois difficile dans l'hexagone où la désertification médicale gagne en touchant des zones de plus en plus vastes et où prendre un rendez-vous auprès de certains spécialistes peut renvoyer la consultation à plusieurs mois.



«Mes docteurs» déclare pouvoir mobiliser plus de 270 médecins pour une réponse écrite ou un entretien en visio-conférence, avec la possibilité d'envoyer des photos. Ici, on vend de la compétence et le temps est l'unité de compte :

- 1,90 euro la minute pour échanger en direct avec le médecin ;
- 5,90 euros pour une réponse à une question en moins de 15 minutes ;
- 3,90 euros pour une réponse en moins de 48 heures.

Vu les difficultés d'accès aux spécialistes, 90% des questions effectivement posées s'adressent à eux. Un premier avantage est sans doute un accès facile, assez immédiat et peu coûteux à la santé, avec la possibilité de mettre le patient très vite (donc très tôt) dans le parcours de santé.

A partir de cette première activité de télé-conseil médical, la télé-consultation permet depuis peu de délivrer des ordonnances, suite à un partenariat conclu avec 15 assureurs et mutuelles pour la prise en charge financière.

Article de la rédaction



SYSTÈMES EXPERTS L'économie réelle de la médecine virtuelle

Docteur Loïc ETIENNE
Président Directeur Général
Medical Intelligence Service

Le patient lui n'est pas virtuel. Le médecin, dans un premier temps du moins - celui du diagnostic initial et de l'orientation du malade - semble pouvoir l'être. Quand les professionnels de santé sont rares, ou éloignés, certaines solutions de haute technologie pourraient optimiser leurs interventions. Optimisée aussi la dépense du patient consécutive à un éventuel déplacement et une consultation. Une piste à suivre.

Que peuvent attendre les pays du continent des systèmes experts ?

Un système expert ne remplace pas le médecin ; il réfléchit comme le ferait un médecin. En situation de désert médical - c'est-à-dire en manque de médecins - et sans pouvoir déléguer l'interrogatoire du patient à un non-médecin (infirmière, kinésithérapeute, pharmacien, professionnel de santé, ou quelqu'un qui a été délégué ou formé pour faire un interrogatoire médical), on va utiliser ce système pour recueillir de l'information. Le système, grâce à cet interrogatoire, va fonctionner comme le cerveau d'un médecin, mais également collecter des données et dégager des hypothèses de diagnostics.

Aujourd'hui, les diagnostics s'appuient sur des machines ou des scanners, mais on ne dispose pas de scanners ou des moyens de la biologie médicale partout. Par contre, on peut toujours interroger les gens - c'est même assez facile - et, comme le système est pertinent dans 87% des cas, on peut considérer que les informations que nous avons, même si elles ne sont pas fiables à 100%, le

sont du moins déjà à 87%. Même si elles ne conduisent pas forcément au diagnostic que donnerait un médecin, il est certain que toute la symptomatologie sera juste et que l'on pourra, en relisant ces symptômes, parvenir éventuellement à d'autres diagnostics. Le système recueille des données, mais il les structure aussi. Les pays africains manquent d'informations actualisées,

comme le montrent les chiffres publiés par l'OMS qui utilisent parfois des données de 15 ans d'âge. Si nos systèmes recueillent des données auprès des dispensaires dans les zones où des gens ne sont jamais vus par des médecins, ils vont pouvoir apporter aux gouvernements qui s'en seront dotés des informations considérables sur l'état de santé de leur population.



> Interview

En fait, si le virtuel est en «front office», quelles contraintes doit satisfaire le «back office» ?

Le «front office», ce sont des questions posées, exactement comme le ferait un médecin réel. Quand vous consultez un médecin en direct, il vous demande par exemple si vous avez mal à la tête, si vous avez vomi, si vous avez de la fièvre, etc. Ce sont des questions que vous vous re-posez en tant que patient et vous êtes capable de répondre en disant «non je n'ai pas de fièvre», «j'ai mal ici, ou là», etc. Toutes les questions posées en «front office» sont les mêmes que poserait un médecin - exactement les mêmes - et le rôle du «back office» est donc d'avoir prévu par avance tous les diagnostics, tous les symptômes, et toutes les questions possibles qui peuvent être utiles à l'établissement du diagnostic.

Le «back office» est au service du «front office» d'une manière qui est en perpétuelle amélioration et en accroissement permanent. Le système est actuellement capable de faire 700 diagnostics et nous savons que, si nous allons dans d'autres pays, il va falloir prendre en compte des pathologies spécifiques à ces pays, que nous n'avions pas obligatoirement envisagées dans d'autres. Nous sommes donc sans cesse obligés d'installer de nouveaux diagnostics dans le système et d'y ajouter de nouvelles langues d'utilisation. Actuellement, le système existe en 4 langues mais il en faudra beaucoup plus. Le «back office» est bien au service du «front office».

Ces solutions sont-elles adaptées aux personnes analphabètes ?

Absolument oui ! Car si c'est une infirmière qui pose la question, pas besoin de savoir lire ni même écrire. L'infirmière va poser les questions et le patient comprendra et répondra, avec ses mots à lui, en disant oui ou non, c'est vrai ou ce n'est pas vrai, etc. Tout est simple puisque ce sont toujours des cases à cocher, donc le patient peut répondre par oui ou par non finalement. Donc, le système est accessible à 100% de la population.

Qui finance ces systèmes-experts et leur fonctionnement ?

Tout le développement du système a été mené à bien : que ce soit la mallette de télémédecine, le système expert, etc. Tout cela n'a plus besoin de financement : cela marche. Il est évident qu'il y a un coût. Nous disons que le prix d'une mallette est le coût de l'aller-retour d'une ambulance. On peut donc en attendre des économies gigantesques. Il y a donc le coût d'achat de la mallette par les dispensaires ou les hôpitaux, ou encore par des personnels de santé, et pour cela il faut l'aide d'un gouvernement puisqu'il s'agit de santé publique. Par exemple, pour les 20 mallettes qu'il est envisagé de mettre en place au Sénégal et au Maroc, il est évident qu'il faut la participation d'une instance financière, que ce soit un gouvernement ou une banque avec la caution d'un gouvernement. Ensuite, il faut un budget de fonctionnement parce que le système doit être mis à jour : il faut l'améliorer, l'enrichir, donc il y a forcément de petits coûts de mise à jour, qui sont ridicules puisque tout est mutualisé. Cela ne coûte vraiment pas cher.

Y a-t-il des dispositifs déjà installés ? Quelles sont les difficultés ?

Nous finalisons l'expérimentation dans 5 dispensaires. Nous sommes déjà convenus des régions et les professionnels de santé qui vont pouvoir utiliser ce système dans des zones très reculées du Maroc et du Sénégal sont identifiés. Il n'y a pas de difficultés particulières mais des précautions à prendre dans l'interprétation, donc l'utilisation. Par exemple : vous avez 25 ans, 12 de tension et 50 de pulsation cardiaque. C'est bien, on vous dit bravo car vous êtes sportive. Cependant, si vous avez 87 ans, que vous portez un pacemaker réglé à 60, et 12 de tension, alors vos 50 pulsations disent que votre tension est en panne et que votre vie est en danger. On voit donc qu'une donnée n'a de valeur que si elle est contextualisée, que si l'on comprend quelle symptomatologie est autour. Si cette personne de 87 ans a des malaises, sent qu'elle a le

cœur lent, avec des sueurs froides, une grande fatigue, avec 12 de tension et 52 de pouls, il faut tout de suite qu'elle soit vue par un centre de cardiologie : c'est bien le contexte d'une donnée qui lui donne sa valeur et c'est sans doute ce que les systèmes experts ne vont cesser d'améliorer.

Quels développements sont en cours ?

Nous avons déjà réalisé le système de gestion des urgences, celui pour la médecine générale, capable de 700 diagnostics, et celui pour la prévention, qui gère 60 maladies potentielles pour lesquelles une personne peut présenter un risque. Nous travaillons maintenant sur 16 zones de bien-être : forme physique, forme psychique, sensation, beauté, intelligence, mémoire, stress... tout ce qu'on appelle le bien-être.

Notre prochain projet portera sur le suivi thérapeutique d'une personne ayant une maladie chronique ou bien qui sort de l'hôpital après une intervention. Elle aura un logiciel de suivi dans une mallette, ou sur internet, pour qu'elle puisse rentrer plus vite chez elle mais, à la moindre alerte, elle sera incitée à retourner à l'hôpital. Nous proposons aussi une chose essentielle : l'évaluation de l'observance, c'est-à-dire le suivi du patient pour savoir s'il observe bien le traitement donné par son médecin, sans quoi sa guérison est aléatoire.

Enfin, dans beaucoup de pays, le handicap et la dépendance prennent beaucoup d'importance avec le vieillissement de la population. C'est pour le moment moins prégnant au Maroc car la population est jeune et la cellule familiale encore assez présente, mais la tendance est la même et s'accroît avec l'allongement de l'espérance de vie et d'autres évolutions sociétales. Face à cela, nous proposons un dossier médical intelligent : toutes ces données collectées par les différents questionnaires au fil de la vie seront stockées dans un dossier et nous serons capables de réfléchir sur ces éléments pour évaluer l'état de la santé globale de la personne, dans la continuité, depuis sa naissance.

*Propos recueillis par
Armande Marie Ayite pour TOPIC*



ASSOCIATIONS ET DÉVELOPPEMENT Le Réseau des Compétences Médicales des MRE

Pr. Abderrahman MACHRAOUI
Cardiologue, Professeur à la Faculté de Médecine de Kiel / Allemagne

Pour le natif de Figuig, également connu comme animateur d'un réseau de compétences germano-marocaines (DMK), la société civile, notamment exprimée par sa représentation associative, prend toute sa place dans la résolution des grands problèmes de l'humanité. En matière de santé aussi. Là où le dispositif de santé publique atteint ses limites, les structures institutionnelles et le monde associatif doivent articuler leurs actions.

Dans le cadre de la mobilisation des Marocains Résidant à l'Étranger pour la promotion du développement au Maroc, les réseaux des Compétences Germano-Marocain (DMK e.V.) et des Compétences Médicales des Marocains du Monde (C3M) organisent depuis 2010 des actions médicales dans la Région de l'Oriental, en particulier dans la Province de Figuig, mais aussi dans les Régions du Gharb (Kénitra) et du Tansift-El Haouz (Marrakech). Ces actions s'inscrivent dans le cadre des conventions de coopération entre le réseau DMK et la Municipalité de Figuig de 2009 et des conventions du réseau C3M avec le Ministère de Santé, le Ministère chargé des Marocains Résidant à l'Étranger et le Ministère de l'Enseignement Supérieur, signées en 2013.

Le Réseau DMK

Le Réseau des Compétences Germano-Marocain est une structure multidisciplinaire des Marocains résidant en Allemagne créée en 2009 d'après la

Les médecins soutiennent le développement régional ; au travail aussi !

Association des médecins du travail de la Région de l'Oriental :

tel est l'intitulé de la nouvelle entité récemment constituée.

Au dernier pointage, ces professionnels seraient au nombre de 27 : un effectif de fait assez réduit pour une Région de près de 2,4 millions d'habitants où de nouvelles entreprises s'implantent, accroissant d'autant l'effectif des salariés.

L'exposé des motifs est à la fois classique et novateur :

- les médecins soulignent la problématique de la santé au travail, rappellent leurs missions auprès des salariés, des entrepreneurs, des comités d'entreprise, des délégués du personnel et des pouvoirs publics, qui sont les fondamentaux de leur profession ;
- plus innovant et franchement en prise directe avec la réalité régionale, ils positionnent leurs objectifs (santé au travail, sécurité et coût de l'insécurité, prévention) comme des intrants importants de l'attractivité territoriale et valorisent leur magistère comme une composante-clé de la promotion territoriale.

Le marketing territorial régional s'est encore peu emparé de cette dimension moderne de l'économie réelle pour laquelle la Région de l'Oriental n'est pas en reste. Dont acte. Les médecins du travail revendiquent ainsi leur part dans le processus de développement à l'œuvre dans la Région. On ne peut que s'en réjouir.

Article de la rédaction



L'Association Handisport et Développement promeut l'intégration des personnes handicapées par le sport



L'Association Handisport et Développement a vu le jour en décembre 2015, à Oujda, afin de promouvoir l'accès aux activités sportives pour toute personne en situation de handicap. L'objectif : l'intégration sociale des personnes en situation de handicap par l'activité physique et sportive. Plus de 1 200 personnes ont déjà bénéficié des services de l'Association, dont des athlètes qui ont brillé au Championnat du monde de plongée sportive en octobre 2016 à Marrakech, obtenant 4 médailles : une en or, deux d'argent et une de bronze.



Les premières journées Handisport de la Région de l'Oriental ont été organisées les 2 et 3 septembre 2016. Au programme figuraient notamment une conférence dédiée au grand public et

un stage de plongée pour personnes en situation de handicap ; ce fut une première. Les deuxièmes journées porteront sur le thème «Sauvetage et secourisme sportif». L'Association vise ici à former plus de 500 personnes au sauvetage, pour tenter de réduire le nombre de décès liés à la pratique sportive ou à la noyade. Cet événement sera organisé sous l'égide de l'Académie africaine de sauvetage et accueillera plus de 20 pays du continent. L'Association a aussi, entre autres actions, organisé des Caravanes Médicales au profit des personnes en situation de handicap, avec plus de 1 000 bénéficiaires dans l'Oriental.



La formation est notre priorité : pour promouvoir le handisport dans l'Oriental, il faut d'abord former les encadrants, moniteurs, administrateurs sportifs, juges et le staff médical, pour garantir une activité adaptée et sécurisée. L'Association opte pour un système de formation sur le moyen et le long termes, en partenariat avec la Fédération Royale Marocaine de sport pour personnes handicapées, la Fédé-

ration Royale Marocaine de plongée et d'activités sub-aquatiques, et l'Académie africaine de sauvetage sportif, instances auxquelles elle est affiliée. Nous pronons l'ouverture des structures sportives (piscines, salles, terrains...) aux personnes en situation de handicap afin de leur assurer une pratique sportive régulière, sous couverture spécialisée, avec une prise en charge médico-sportive adéquate, par l'intégration de cette vision dans tout projet à vocation sportive ou médicale dans la Région.

A long terme, l'idéal est de doter l'Oriental d'un centre médico-sportif handisport pouvant accueillir des sportifs avec différents types de handicaps, pratiquant différentes activités sportives sous une surveillance médicale et technique appropriée.

Le handisport ne doit pas être considéré comme facultatif ou comme un luxe chez les personnes en situation de handicap ; il s'inscrit dans les mesures et les droits prônés pour intégrer les personnes handicapées dans la société et vise à leur permettre une vie normale avec un véritable épanouissement.

*Pr Ahmed Amine El OUMRI : Président de l'Association / Professeur de Médecine du Sport au CHU Mohammed VI d'Oujda
Association Handisport et Développement
Tél : +212 662 162 233
Mail : hsd.morocco@gmail.com
Site : www.hsd.co.ma*

phase «géographique» d'une stratégie de regroupement du Ministère chargé des Marocains Résidant à l'Étranger et des Affaires de la Migration. Le premier congrès - l'Université d'Automne - a eu lieu en novembre 2009 à Fès.

La structure de ce réseau est composée d'un Conseil, d'un Conseil Elargi avec 12 Chefs de Groupe de travail (Tableau 1) et d'un Conseil Associé. Son bureau se trouve à Munich. Il compte environ 800 membres sur le réseau et 150 adhérents. Les Newsletters sont publiées sur le site www.dmk-online.org.

Tableau 1. Groupes de Travail :

1. Automobile et aéronautique
2. Communication et services publics
3. Énergie renouvelable/environnement
4. Enseignement/recherche scientifique
5. Finances et économie
6. Jeunesse/éducation/services sociaux
7. Médecine et santé
8. Migration et intégration
9. Musique et culture
10. Service des adhérents
11. Service des événements
12. Technologie de l'information.

Les objectifs de DMK

L'objectif principal de DMK est de promouvoir la coopération maroco-allemande par la réalisation de projets multidisciplinaires, aussi bien au Maroc qu'en Allemagne pour viser :

- la formation des compétences marocaines ;
- les échanges scientifiques et inter-culturels ;
- le monitoring des étudiants marocains en Allemagne ;

Le rôle des Associations en matière de santé grandit sans cesse : contribution aux soins curatifs et préventifs, promotion de la santé et recherche médicale. La «maladie rénale chronique» (MRC), par sa fréquence, sa gravité et son coût, en offre un modèle concret. L'Oriental s'est inscrite dans cette dynamique, bien engagée par la première Association de soutien aux insuffisants rénaux créée à Oujda en 1998. D'autres Associations sont nées depuis dans différentes villes de la Région (Nador, Driouch, Berkane, Guercif, Taourirt, Jerada et Figuig). Pour renforcer leurs actions, elles se sont unies en 2007 dans la «Fédération des Associations des insuffisants rénaux de l'Oriental».

La MRC est une pathologie fréquente, qui touche environ 10% de la population mondiale. Les premières données épidémiologiques sont issues de l'enquête MAREMAR (Maladies Rénales au Maroc) réalisée en 2010 à grande échelle au Maroc, qui a révélé :

- une prévalence de la MRC estimée à 5,1% dans la population adulte âgée de 26 à 70 ans (elle atteint 12% dans la tranche d'âge de 56 à 70 ans) ;
- une prévalence de l'insuffisance rénale chronique (IRC) à 1,6%,

avec la même tendance à la hausse pour les tranches d'âge plus élevé.

Le diabète, l'hypertension artérielle et la lithiase urinaire étaient les principales étiologies de la MRC dans cette enquête, avec des pourcentages respectifs de 32,7%, 28,2% et 9,1% des cas. La complication la plus redoutable de la MRC est sa progression vers le stade de l'IRC terminale (IRCT), nécessitant l'épuration extra-rénale (hémodialyse et dialyse péritonéale) ou la transplantation rénale. L'incidence de l'IRCT selon le registre MAGREDIAL (Maroc Greffe Dialyse) était de 42.3 pour 1 000 habitants (pmh) dans la Région de l'Oriental en 2009 et sa prévalence de 162 pmh en 2005 vs 335 pmh en 2010 ; elle devrait atteindre 500 pmh en 2030. Cette explosion résulte de la transition

épidémiologique et démographique, l'allongement de l'espérance de vie et l'émergence des maladies dégénératives, comme le diabète et l'hypertension artérielle. L'IRCT est associée à une mortalité cardiovasculaire élevée, à une altération de la qualité de vie et à un coût de soin élevé : un véritable problème de santé publique. Pour y faire face, le Ministère de la Santé a :

- multiplié les Centres d'hémodialyse ;
- augmenté le nombre des médecins néphrologues ;
- créé un partenariat public et privé.

Néanmoins, le coût très élevé du traitement et celui de l'entretien des équipements des Centres d'hémodialyse ont rendu inévitable et précieuse l'implication des Associations. Depuis sa création, la Fédération œuvre dans tous les



secteurs de prise en charge de l'IRCT et selon plusieurs axes. Le premier vise les Centres d'hémodialyse : la Fédération participe, autant que de besoin, à les aménager aux normes nationales de sécurité et d'hygiène. Pour leur bon fonctionnement, elle recrute des aides-soignants, des techniciens d'hémodialyse et des agents de nettoyage.

Le deuxième axe a pour objectif d'élever la qualité des soins. La Fédération déploie tous les moyens indispensables pour une dialyse de qualité, notamment par l'achat de médicaments onéreux, de cathéters veineux centraux et du matériel biocompatible.

Le troisième axe concerne la formation continue. La Fédération célèbre annuellement la journée mondiale des reins avec des conférences au profit du

grand public, des médecins généralistes et des médecins néphrologues ; elle organise des sessions de formation continue pour le personnel paramédical, axées sur l'hygiène, la sécurité et la qualité des soins en hémodialyse.

Le quatrième axe d'intervention vise à prévenir la MRC et sensibiliser la population sur la santé rénale. La Fédération organise régulièrement des journées de dépistage de la MRC, qui ciblent surtout les personnes à haut risque rénal, comme les diabétiques et les hypertendus. Elle œuvre également dans d'autres domaines de la néphrologie, comme la transplantation rénale et la dialyse péritonéale. Elle promeut le don de rein, vient en aide aux patients transplantés de la Région par l'achat

de médicaments immunosuppresseurs antirejet et collabore avec le service de néphrologie du CHU Mohammed VI d'Oujda. Ces actions requièrent des moyens financiers importants. Les principales ressources financières de la Fédération sont les dons, précieux mais irréguliers. La Fédération a donc développé un partenariat fructueux avec le Conseil Régional de l'Oriental et elle cherche d'autres partenaires

pour une meilleure prise en charge des patients insuffisants rénaux.

Les Associations sont devenues incontournables dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, surtout au stade terminal dialysé. Leur apport en matière de prévention est primordial. Leur action est un complément indispensable au travail des professionnels de santé. Au-delà du soutien, les Associations agissent comme un trait d'union renforçant le lien entre soignants et soignés ; la Région de l'Oriental en témoigne pleinement.

Pr Yassamine BENTATA

Professeure de la Faculté de Médecine d'Oujda

Chef du Service de Néphrologie, CHU d'Oujda

Membre de l'Association de soutien

des insuffisants rénaux d'Oujda

Le don de sang dans la Région de l'Oriental



Une Association des donneurs de sang s'est constituée en 1996 à Oujda grâce à une initiative du Centre de Transfusion Sanguine (CTS). Parmi ses objectifs : répandre la culture du don de sang et assister le CTS dans sa mission de fournir des produits sanguins de qualité en quantités suffisantes. Après ce premier succès, des Associations filiales ont été créées à Taourirt (en 2002), Jerada et Berkane (en 2011), Nador (en 2012), Laâyoune (en 2014), Driouch (en 2016) et d'autres le seront bientôt.

Vu les besoins croissants des unités hospitalières et sachant que l'unique source d'approvisionnement demeure le don de sang, afin d'éviter les aléas et les situations d'urgence, a été instituée en 2016 une Coordination régionale des Associations de donneurs de sang de la Région de l'Oriental sous le nom de : **Coordination de la vie.**

Alors que la demande ne cesse de croître (notamment après l'ouverture du CHU), la Coordination a adopté le «Projet de Région pilote en matière de sécurité sanitaire dans le domaine du don de sang». Ses objectifs globaux :

- créer d'autres Associations pour couvrir toute la Région de l'Oriental ;
- constituer une base de données des donneurs réguliers en vue de les convier et éviter ainsi le transport du personnel et des équipements lors des campagnes, tout en garantissant la qualité et la sécurité, et mettre fin aux situations d'urgence et de détresse, notamment pour les rhésus négatifs ;
- augmenter le pourcentage de donneurs de sang parmi les jeunes ;
- couvrir tous les besoins de l'Oriental ;
- élever la part des donneurs réguliers.

Principaux événements

- 2001 : 1^{ère} caravane dans l'Oriental
- 2002 : Constitution de la Ligue marocaine des Associations des donneurs de sang à Oujda à partir de l'expérience pionnière de l'Oriental et réunion du premier Bureau National de la Ligue
- 2003 : Première caravane nationale de don de sang à travers les associations régionales affiliées à la Ligue marocaine
- 2003 : Etude des motivations du don de sang (enquête nationale)
- 2004 : Diffusion du guide national de la Ligue et appel au don de sang dans les centres de transfusion sanguine pour les victimes de séisme d'Al Hoceima
- 2005 - 2014 : Trois Rencontres internationales sur le don de sang à Oujda
- 2010 : Oujda devient le siège permanent de la Ligue
- 2015 : Rencontre nationale des représentants de toutes les associations autour de la stratégie nationale

2017 : Publication du Guide national du don de sang au Maroc

Dans la Région de l'Oriental

- 134 campagnes de don en 2016 ;
- 31,3% de donneurs réguliers, le taux le plus élevé au Maroc ;
- 47% des donneurs de sang sont des femmes, taux le plus élevé au Maroc ;
- 1% de donneurs dans la Région.



Perspectives d'avenir

- Partenariat avec le Conseil Régional pour une subvention annuelle permanente, en vue d'atteindre l'autosuffisance régionale et la création de filiales dans toutes les Provinces de l'Oriental ;
- Présentation de la Coordination au sein de rencontres régionales annuelles ;
- Organisation d'une caravane régionale annuelle pour le don de sang ;
- Partenariats pour assurer la pérennité avec des associations non spécialisées ;
- Partenariat avec le Centre National de Transfusion Sanguine en vue de réaliser le projet de don de sérum ;
- Construction d'un siège régional pour la Coordination à Oujda ;
- Généraliser l'expérience à l'ensemble des Régions (rencontres nationales).

- l'intégration des MRE en Allemagne ;
- des projets médicaux et socio-culturels.

Les partenaires de DMK

Ce sont des institutions étatiques marocaines et allemandes, des entreprises ou des Associations/ONG, associées par convention ou sur des projets précis :

- le Ministère chargé de la communauté marocaine résidant à l'étranger ;
- le Conseil de la Communauté Marocaine à l'Étranger ;

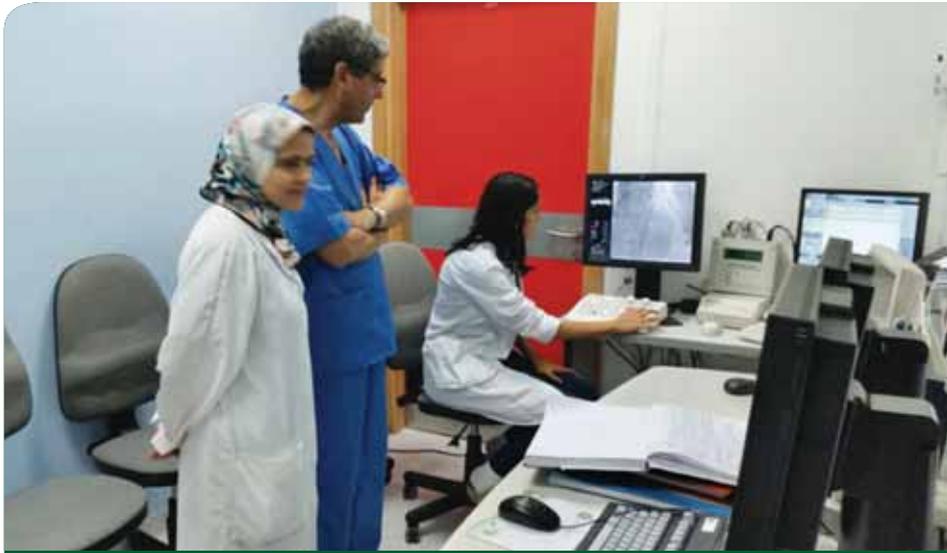
- l'Agence de l'Oriental ;
- l'Université Al Akhawayn ;
- la GIZ et la Banque Populaire ;
- l'École Mohammedia d'Ingénieurs ;
- des organismes institutionnels publics et des entreprises privées.

Le Réseau des Compétences Médicales des Marocains du Monde

Le réseau C3M est une structure internationale du domaine médical, fondée en 2012 d'après la phase «thématique» d'une stratégie de regroupement du

personnel de santé par le Ministère chargé des MRE et des Affaires de la Migration. Son premier congrès a eu lieu en juin 2012 à Casablanca. Son bureau se trouve à Bruxelles. Les Newsletters sont publiées sur le site www.c3m.ma. Les pays d'accueil des adhérents actuels :

1. Allemagne
2. Angleterre
3. Australie
4. Belgique
5. Canada
6. États Unis
7. France
8. Italie
9. Sénégal
10. Suisse



La mission germano-marocaine auprès des cardiologues du CHU d'Oujda

Les objectifs de C3M

L'axe principal est la promotion de la coopération médicale, qui comporte principalement les activités suivantes :

- formation continue, formation dans les expertises médicales et transfert du savoir-faire technique ;
- monitoring des étudiants et des médecins en spécialisation ;

- échanges scientifiques ;
- promotion des projets médicaux ;
- prévention et sensibilisation médicales.

Coopération médicale de DMK et C3M

Depuis la création des deux réseaux, DMK et C3M, de multiples actions médicales ont été réalisées par le personnel médical MRE et étranger en coopération avec leurs partenaires résidant au

Années	Actions médicales
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Premier congrès de DMK à Fès (UCMA) • Conventions de coopération avec les Universités de Rabat et Casablanca et la Municipalité de Figuig
2010	Séminaires de dialyse à Bouarfa et Oujda
2010-2016	Consultations médicales à Bouarfa et Figuig, en partie, en coopération avec l'Association des Médecins de Figuig et autres médecins marocains
2011	Actions médicales et socio-culturelles à Nador, Figuig et Bouarfa dans le cadre de la mobilisation des MRE dans l'Oriental
2012	Symposium conjoint des Sociétés Marocaine (SMC) et Allemande (DGK) de Cardiologie lors du congrès annuel de DGK à Mannheim, avec la participation de spécialistes du CHU d'Oujda
2012	Premier congrès médical de C3M à Casablanca
2012-2016	Accueil de cardiologues des CHU d'Oujda et de Casablanca pour des stages de Cardiologie Interventionnelle à Flensburg et Lüdenschheid en Allemagne
2013-2016	Workshops multidisciplinaires I à Flensburg et II-V à Figuig
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Séminaire sur les urgences en Cardiologie à Essaouira et au CHU de Marrakech • Participation aux Journées de Cardiologie au CHU de Casablanca
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Séminaire d'Oncologie Gynécologique au CHU de Marrakech en coopération avec le CHU Charité de Berlin • Forum multidisciplinaire de Développement de Figuig et Workshops III
2015-2016	Soutien C3M à des travaux scientifiques en coopération avec l'Université Libre de Bruxelles et le CHU d'Oujda
2009-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring des médecins marocains en formation de spécialisation en Allemagne • Consultations pour patients marocains (non structurées)
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Cours d'échographie de C3M à Casablanca en collaboration avec le CHU de Tours et la Société Marocaine de Médecine d'urgence • Participation de C3M au 25^{ème} congrès de la Société Marocaine de Cancérologie à Marrakech

Actions médicales de DMK et C3M

Maroc. Le Tableau cite quelques activités menées au Maroc et/ou avec les partenaires marocains résidant au Maroc, surtout dans la Région de l'Oriental. Actions diverses et projets coopératifs en cours avec DMK et C3M :

- Projet de recherche agricole : Universités de Bruxelles et d'Oujda ;
- Projet de prévention du diabète : avec l'entreprise allemande PhamACT ;
- Télémédecine : Université de Flensburg et Centre de Santé de Figuig ;
- Psychiatrie : CHU d'Ottawa au Canada et CHU d'Oujda ;
- Soins ambulatoires des personnes âgées : Centre des handicapés de Flensburg et Association Janah Arrahma de Figuig ;
- GT Energie renouvelable : DMK et GIZ, avec deux installations près d'Essaouira ;
- Culture : promotion de la musique locale en coopération avec l'entreprise The.project de Quern en Allemagne ;
- Perspective : vers un projet modèle d'une clinique multidisciplinaire

Les contraintes et les besoins

Aucun développement régional ne peut être durable si le dispositif médical reste défaillant. Une stratégie pour assurer les soins d'urgence à Figuig s'impose. Le projet d'un nouveau Centre de Santé public se heurtera forcément au problème de la pénurie de médecins (Tableau 3), aggravé par l'absence de conditions attractives de travail dans les oasis.

Les médecins n'ont ni facilités de logement ni moyen de déplacement entre les sept Ksour et les campagnes avoisinantes (pas de voiture de service). Puisqu'il n'y a aucun médecin du privé, toute la responsabilité des soins se concentre sur les 2 ou 3 médecins du Centre de Santé public.

D'après nos informations, l'indemnisation des gardes serait négligeable et les heures supplémentaires ne seraient pas honorées alors que les conditions de l'exercice médical sont insupportables. Parmi les six postes de médecins prévus pour Figuig, seuls 2 à 3 postes sont occupés. Rares sont les médecins qui acceptent d'exercer dans cette région

➤ Société civile



Quelques dons de l'Hôpital allemand Flensburg au Centre de Santé de Figuig

lointaine (400 km au Sud d'Oujda et 110 km de Bouarfa). Le climat est peu accueillant et les possibilités culturelles ou de distraction sont rares alors que le service dans cette zone assoiffée de soins médicaux est pratiquement sans arrêt.

Les ambulances ne sont pas munies d'appareillage de réanimation alors que les distances sont tellement grandes que les malades risquent leur vie s'ils se trouvent dans une situation d'urgence. La Province ne dispose ni d'un hélicoptère de secours, ni d'un aéroport public pour les transports à grande distance. Le seul appareil d'échographie existant ne sert qu'aux examens obstétricaux. Aucune sonde abdominale ou cardiaque n'est disponible.

Le laboratoire récemment créé n'est pas assez performant pour les exigences quotidiennes ; il manque d'ailleurs de

réactifs pour les analyses biologiques. Les médecins auraient besoin de formations sur les techniques d'examen diagnostic, afin d'identifier les malades nécessitant un transfert à Bouarfa ou à Oujda pour des explorations plus poussées ou pour les interventions. Il n'y a pas d'unité de réanimation.

Les problèmes de la santé ont été identifiés dès 1956 et resteront chroniques tant que ce secteur ne bénéficiera pas d'une stratégie à long terme favorisant le travail dans cette région frontalière. Des initiatives privées s'imposent pour assurer les soins prioritaires d'urgence et, en même temps, collaborer avec le Centre de Santé. Or, il se trouve qu'il existait déjà à Figuig une unité privée confiée au Croissant Rouge. Grâce au Dr. Hamoudou rahimahou Allah, elle a rendu service pendant une trentaine d'années à la population de Figuig, jusqu'au décès du médecin en 2012. Cette unité est restée depuis hors service. Des efforts de DMK et C3M, en collaboration avec des sponsors potentiels pour la réouverture et la mise à niveau de cette unité, se sont heurtés à un déplorable blocage administratif incompréhensible.

Tableau 3. Causes de la pénurie médicale à Figuig

1. Zone frontalière défavorisée
2. Dures conditions climatiques
3. Faibles ressources économiques
4. Conditions de travail défavorables
5. Gestion inappropriée

6. Équipement technique insuffisant
7. Ambulances non équipées
8. Formation continue rare
9. Pénurie universelle de médecins partout dans le monde.

Les caravanes médicales, irrégulières et ponctuelles, ne garantissent pas la protection durable de la santé dans les régions démunies. Ceci suggère que le modèle alternatif d'une clinique multidisciplinaire avec un médecin généraliste permanent et des spécialistes alternant à tour de rôle, tous les 2 à 3 mois selon les spécialités, serait une stratégie réalisable. Dans ce modèle, au lieu de laisser tout ce monde de patients se déplacer à Bouarfa et, le plus souvent, à Oujda, Fès, Rabat ou Casablanca, ce serait plutôt les spécialistes qui se déplaceraient vers les patients, dans des conditions où le diagnostic et les soins de base seront assurés. Pour les patients, voyager sur 400 à 1 000 km, avec des frais de transports et d'hébergement, pour un simple examen diagnostique qui s'avérera peut-être sans conséquence thérapeutique interventionnelle, est souvent inadéquat et n'est pas à la portée financière de tout le monde.

La gestion d'une unité de ce modèle de structure diagnostique et thérapeutique sur place pourrait être confiée à une Association de Santé, avec un conseil de supervision mixte formé de personnel médical et non médical, alliant MRE et marocains du Maroc. Les conditions de travail du personnel médical devraient être attractives afin d'assurer la conti-



Les participants au séminaire de dialyse de Bouarfa

nuité de l'exercice médical dans cette région difficile. Pour cette conception, les réseaux DMK et C3M proposent un plan de projet déjà établi et bien détaillé.

Obstacles de la coopération

D'après les expériences des dernières années en matière de projets de coopération, les facteurs suivants constituent des contraintes majeures ralentissant ou même empêchant leurs réalisations :

- l'absence ou le retard de communication et le manque de feedback ;
- l'absence d'un interlocuteur pour les projets communs ;
- l'absence de compétence de décision ;
- le ralentissement des procédures par une hiérarchie classique dépassée ;
- les problèmes de gestion.

Quelques recommandations

• Pour une coopération réussie

Il est essentiel d'appliquer des standards dans le développement des plans de projets et dans la réalisation des plans d'actions. Le respect des éléments de base suivants augmenterait le taux de réussite des projets coopératifs :

- communication et feedback fluides ;
- toute action est structurée par un plan de projet ;
- contacts réguliers et échanges continus d'expérience avec les partenaires ;
- workshops réguliers accompagnant chaque projet ;
- continuité des partenaires ;
- encouragement des initiatives de projets de tous les partenaires ;
- application des règles de gestion de qualité ;

• Diagnostic et formation

- introduction d'un entraînement régulier en médecine d'urgence du personnel médical par le médecin du Centre de Santé, au moins 1 fois tous les 3 mois ;
- introduction du diagnostic électrocardiographique (ECG), l'interprétation des ECG pouvant être demandée par voie électronique à l'un des cardiologues régionaux ou MRE ;
- introduction du diagnostic échographique, également indispensable dans les Centres de Santé ;

- programme minimal d'analyse de laboratoire au nombre des priorités d'un Centre de Santé qui se veut fonctionnel (des tests bed-side rapides - comme la troponine pour le diagnostic de l'infarctus du myocarde - doivent être possibles) ;

- l'Hôpital de Flensburg et les autres hôpitaux allemands invitent les médecins et infirmiers des Centres de Santé de l'Oriental à un stage de 2 à 4 semaines au Centre des Urgences ;

- remplacement du personnel médical pendant les stages et les formations continues qui doit être assuré par l'administration régionale des hôpitaux ;

• Maintenance

- l'inventaire des médicaments et du matériel médical devrait être effectué selon un planning standard et la commande des besoins suivra à temps ;
- le contrôle régulier et standardisé des appareils de soin et des équipements doit être assuré (un système de documentation de tout défaut détecté devrait être établi afin de procéder à leur réparation ou substitution à temps) ;

- la disponibilité du matériel d'hygiène comme des autres articles consommables est à contrôler quotidiennement ;
- la solution de désinfection des mains doit être disponible dans toutes les cabines de soins et les chambres ;

- la formation continue du personnel assure sa compétence et sa mise au point sur les standards en médecine, bénéficie à la motivation du personnel, l'ambiance de travail et la gestion de chaque domaine de responsabilité ;

• Pour une meilleure éducation de santé

La prévention primaire et secondaire doit prendre une place prioritaire pour lutter contre les maladies les plus fréquentes. Les informations et instructions sur la santé nécessitent un certain niveau d'éducation scolaire des patients avec un minimum de connaissances de l'anatomie et de la physiologie humaine.

L'alphabétisation faciliterait l'éducation de la santé

Bien que le taux de scolarisation dans les villes marocaines semble élevé, il faut bien constater que les analphabètes ou semi-analphabètes, surtout parmi



Échographie à l'appareil de poche à Figuig en 2016

les femmes et les nomades des campagnes, sont encore très nombreux. Ce déficit d'éducation scolaire s'avère un obstacle majeur à l'éducation en matière de santé : on se heurte à des problèmes d'explications les plus simples des maladies courantes, de la structure du corps humain ou de son fonctionnement, aussi bien en Tamazight, qu'en arabe dialectal ou classique, ou en utilisant des expressions françaises du langage quotidien. Prescriptions et plans de médicaments ne se laissent alors expliquer qu'avec l'intermédiaire des jeunes accompagnants.

Or, les instructions de santé doivent passer par une base minimale d'éducation ou d'alphabétisation. Elle devrait faciliter les activités quotidiennes, l'accès à l'information écrite et l'autogestion de la santé. Ce serait une tâche aisément réalisable par les nombreux enseignants retraités. Moins approprié serait le recours aux «semi-analphabètes» qui parfois se chargent de cette fonction sans avoir les bases des sciences modernes et de la pédagogie. La scolarisation obligatoire, concernant aussi les campagnes, nécessite le contrôle par les autorités locales. La promotion de l'éducation des populations nomades par exemple, devrait inclure des campagnes de sensibilisation, le contrôle de la scolarisation des enfants, l'alphabétisation des adultes et l'organisation de moyens de transport vers les écoles

> Société civile



Séminaire de dialyse de Bouarfa : les participants en action

très dispersées. Ce projet de scolarisation généralisée reviendrait aussi bien aux Conseils municipaux qu'aux responsables de l'enseignement primaire. Les Associations pourraient contribuer aux moyens de transport des écoliers.

Pour l'entraînement sportif

Un autre handicap est l'absence d'une culture du sport, surtout chez les femmes au-delà de 40 ans, alors

que le sport est explicitement recommandé dans notre culture. Ainsi, trop de femmes se plaignent d'une fatigue précoce alors qu'aucune anomalie physique n'apparaît évidente à leur examen. Le ménage moderne ne demande plus autant d'effort physique qu'il en exigeait chez leurs grand-mères pour compenser le déficit musculaire. Apparemment, le mode de vie traditionnel et le rôle des genres, plutôt patriarcal, ne permet pas autant de sorties de la

maison aux femmes qu'aux hommes. La création d'Associations féminines de sport serait une bonne option à encourager, tout en convaincant hommes et femmes de l'avantage préventif de ces activités physiques.

Pour la cuisine méditerranéenne

La cuisine de l'Oriental est riche en spécialités délicieuses, mais séduisantes à l'excès. Les repas, souvent somptueux, ne devraient pas s'enrichir de casseroles matinaux et dans l'après-midi, avec des pains et gâteaux saturés de matières grasses et accompagnés de boissons sucrées. Un retour à la cuisine traditionnelle de type méditerranéen serait plus bénéfique avec des repas :

- plus riches en légumes et réduits en viandes ;
- sans viande 2 ou 3 jours par semaine ;
- au pain complet plutôt qu'au pain blanc ;
- en utilisant aussi le couscous d'orge au lieu du couscous blanc ;
- en renonçant au «grand» petit déjeuner et aux pains gras du soir.

Heureusement, on constate une adaptation culinaire chez les hypertendus et les insuffisants cardiaques suivant les recommandations de leurs médecins, traduite par la réduction de la prise de sel dans leur régime. Ainsi, ce ne sont pas les eaux minérales les plus commercialisées au Maroc qui devraient être recommandées, vue leur quantité élevée - voir excessive - de Sodium ! On note aussi que la graisse, jadis utilisée dans les pains, est substituée de plus en plus par des légumes, le plus souvent par des carottes comme dans la spécialité dite «Mihmih». Louables sont les salades et fruits de diverses natures servis aux repas, qui devraient servir d'exemple pour d'autres pays.

Vu la situation économique générale dans l'Oriental Marocain, on pourrait faire d'importantes économies et obtenir une amélioration sensible de la santé en menant davantage d'efforts pour la promotion d'une éducation généralisée et par la sensibilisation de la population aux méthodes de prévention.



Faculté de médecine - CHU, un couple acteur majeur du développement de l'Oriental

Pr. Abderrahim AZZOUI
Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda

Les propos de l'auteur sont d'une précision... chirurgicale ! On perçoit l'homme de science et le médecin ; l'acteur économique aussi. Formidable institution, le couple Faculté-CHU produit des soins, des ressources humaines, des recherches, etc. Ainsi, il rayonne loin. Machine économique, l'entreprise consomme, paie des salaires, génère autour d'elle les offres de ses besoins. Le vaisseau est étrange, multiple, mais il avance, portant avec lui une part de développement régional ; non sans risques.

Tout d'abord, si je parle de couple Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda (FMPO) - Centre Hospitalier Universitaire (CHU), c'est parce que l'un ne peut exister sans l'autre. Objectivement, et de par leur mission principale commune qui est la formation de médecins généralistes et spécialistes, ils forment une seule et même entité, même si leurs tutelles administratives respectives sont distinctes. La formation est en effet assurée pour l'essentiel par des enseignants médecins, pharmaciens et scientifiques, qui dispensent simultanément l'enseignement facultaire et l'encadrement pratique hospitalier des différents apprenants.

Les questions de santé font actuellement partie des principaux débats de société. Les problèmes posés par la maîtrise des dépenses de santé constituent notamment un enjeu politique de première importance. Les médecins et établissements sanitaires sont ainsi régulièrement montrés du doigt pour les coûts qu'ils engendrent et l'on oublie



souvent au passage de dire le rôle social primordial de ces acteurs de la santé, ainsi que la valeur ajoutée économique qu'ils génèrent.

Parmi les différents types de prestataires de soins, l'un retient particulièrement l'attention : le CHU. Son intérêt réside dans ses multiples fonctions, chacune ayant des conséquences en matière d'organisation de l'espace. Qui plus est, tout en engageant des coûts certains, il constitue un levier économique de tout premier ordre :

- le CHU est d'abord un pôle sanitaire d'envergure régionale, voire nationale, un pôle d'excellence qui dispense des soins sophistiqués et rares (appelés communément soins tertiaires) et dessine ainsi des aires de recrutement qui dépassent souvent les limites du bassin de vie dans lequel il se situe, en l'occurrence ici la Région de l'Oriental ;
- le CHU est un agent économique consommateur à la fois de produits médicaux et de biens de consommation courante liée à sa fonction hôtelière ;
- son implantation génère par ailleurs alentour toutes sortes de commerces et, par conséquent, moult emplois qu'on peut qualifier d'indirects ;
- le CHU est également un agent économique producteur et l'activité de l'établissement génère des emplois directs qui font souvent d'un CHU l'un des premiers - sinon le premier - employeur de la Région ;
- le CHU, enfin, et c'est sa principale raison d'être, est un pôle d'excellence intellectuelle, par les formations situées en son sein et par son activité de recherche liée à son statut universitaire, et

➤ Dans l'Oriental

ce dans une relation quasi-consubstantielle le reliant à la Faculté de Médecine. Il y a donc un intérêt évident à repérer, puis à dessiner, les différents espaces d'un CHU, d'autant que la répartition de l'offre hospitalière constitue un enjeu majeur dans l'aménagement du territoire. Les déterminants des aires d'un CHU peuvent ainsi être déclinés selon quatre angles d'approches :

- **Prestation de services :**

- offre de service public ;
- aires de recrutement.

- **Consommation de produits divers.**

- **Emplois :**

- diffusion de salaires et donc d'un pouvoir d'achat ;
- diffusion d'un certain niveau de vie.

- **Formation universitaire :**

- attraction d'étudiants ;
- activité de recherche.

desquels se dessinent une hiérarchie et des complémentarités entre les différents établissements de soins, visant au final à déterminer la meilleure répartition géographique de l'offre de soins, hospitaliers ou ambulatoires.

Quatre niveaux sont ainsi définis :

- le CHU, pôle régional, pôle de référence et d'appel en raison de sa mission universitaire ;

- le Centre Hospitalier Régional Al Faraabi, pôle de référence du secteur sanitaire proposant aux populations l'ensemble des spécialités principales, certaines étant cependant réservées au CHU (chirurgie cardiaque, greffe d'organes et de tissus, certaines techniques d'imagerie médicale, grands brûlés, etc.) ;

- les hôpitaux provinciaux, pôles de proximité assurant les spécialités courantes de MCO ;

cialisés et au mieux répondant aux meilleurs standards internationaux.

A titre d'exemples, s'agissant du CHU d'Oujda :

- le CHU est d'ores et déjà, 2 ans après son démarrage, l'un des tout premiers centres de cathétérisme cardiaque et d'angioplastie coronaire au Maroc, permettant de prendre en charge les syndromes coronaires aigus qui, jusqu'à un passé récent, étaient référés à plus de 300 km, avec tout ce que cela engendrait comme coûts et surtout comme perte de chances de guérison, voire de survie ;

- toute la pathologie vasculaire, y compris lourde, est prise en charge, que ce soit en chirurgie conventionnelle ou en procédures endo-vasculaires les plus récentes ;

- l'endoscopie interventionnelle est très performante, qu'elle soit digestive, urologique, thoracique, ou oto-rhino-laryngologique, et ce grâce à un plateau technique des plus modernes ;

- la neuro-navigation, dernière-née des techniques neurochirurgicales, est depuis peu opérationnelle ;

- dans un futur imminent démarreront la chirurgie cardiaque à cœur ouvert et une activité de greffe rénale, préludes - nous l'espérons - à un programme de greffes tous azimuts ;

- le centre des grands brûlés, deuxième en son genre au Maroc, inclus dans le bâtiment de base, est toujours en attente d'équipements pour entrer en fonction ;

- le nouveau centre d'oncologie, dont les travaux pour la construction devraient démarrer incessamment, comptera, en plus des services conventionnels, une unité d'onco-hématologie pédiatrique.



L'entrée principale de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'UMP d'Oujda

Un pôle sanitaire d'excellence

La réglementation en matière de santé se traduit au niveau régional par la carte sanitaire et le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) dont nous attendons toujours la véritable concrétisation. Ces deux documents déterminent les régions et secteurs sanitaires, c'est-à-dire les zones d'intervention de chaque établissement de soins en fonction de l'indicateur «lits/population» et de l'activité de court séjour en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). Ils définissent ainsi des secteurs au sein

- les hôpitaux locaux et services sanitaires et sociaux de base, urbains et ruraux (appelés communément centres de santé et dispensaires), pôles locaux de services de santé.

Le CHU se trouve donc inscrit au sommet d'une hiérarchie d'établissements dont la place dépend du degré de spécialisation des soins qu'ils dispensent. Sa situation est particulière, car il cumule les fonctions. Il est pôle de référence régional, doté à ce titre d'un plateau technique et de compétences humaines très variés, hautement spé-

Mais tout cela ne dispense pas le CHU des tâches moins spécialisées qui incombent aux établissements de rang inférieur, et ce jusqu'à ce que l'on nomme vulgairement «bobologie» ; ne serait-ce en partie que pour les besoins de formation, aussi bien des médecins généralistes et spécialistes que des différents profils de professionnels de santé, dits paramédicaux.

L'offre de soins d'un CHU comme celui d'Oujda couvre donc l'ensemble des interventions sanitaires qui, aux échelons inférieurs de la hiérarchie régionale, sont réparties sur plusieurs établissements.

Un indicateur économique du CHU : les consommations hospitalières

Si une partie des patients d'un CHU vient en consultation externe, ne consomme que des services de soin et utilise les équipements médicaux pérennes et consommables, un grand nombre est hospitalisé et génère une consommation dite hôtelière (litière, alimentation et frais divers).

A ces frais directement liés aux activités de soin, il convient d'ajouter le coût de fonctionnement et de développement, dont les ramifications sont diverses et les montants disparates. Citons par exemple : les travaux de réfection, le traitement des déchets hospitaliers, etc.

Un pôle d'emploi à l'échelle régionale

Le CHU d'Oujda, qui a un statut d'établissement public, génère actuellement plus de 1 000 emplois directs. A terme, quand toutes les activités prévues seront pourvues, ils seront plus de 1 500. Il s'agit de personnel paramédical, technique et administratif directement recruté par le CHU. C'est donc une diffusion de salaires et de pouvoir d'achat et, ainsi, la diffusion d'un certain niveau de vie. Ces effectifs n'incluent ni les médecins enseignants qui officient au CHU (ils sont actuellement au nombre de 80), ni les médecins internes et résidents en cours de spécialisation (ils atteignent désormais l'effectif de 400), ni les étudiants en stage de formation, ni les différents bénéficiaires de formations issus des Instituts de formation aux carrières de santé de la Région, qu'ils soient publics ou privés.



La dimension universitaire : un pôle de formation et recherche

Dans ces deux domaines - formation et recherche - le CHU est intimement lié à la Faculté de Médecine et donc à l'Université, ne serait-ce que par l'intermédiaire des personnels hospitalo-universitaires qui exercent leurs fonctions à cheval sur les deux institutions.

Bassin de formation : du niveau infra-régional au niveau national

Les 1 770 étudiants en médecine, après 2 années de formation, dite «pré-clinique», dispensée exclusivement à la Faculté, sont partie prenante de l'activité hospitalière à partir de la 3^{ème} année : à mi-temps en 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} années, puis à plein temps en 6^{ème} année.

Les étudiants de 7^{ème} et dernière année, appelés communément «faisant fonction d'internes», sont injectés dans les différents établissements de soins de la

Région et participent ainsi à l'offre de soins, en particulier dans des contrées très déficitaires en personnel de santé. Il s'agit en moyenne de 200 étudiants par an, opérationnels pour assurer des soins de première ligne, d'urgence et de médecine de famille, tout en complétant leur formation dans les domaines sus-cités, au contact de médecins de la santé publique.

Au plus haut niveau de spécialisation, nous trouvons les internes du CHU et les résidents, recrutés par concours, et qui sont affectés au CHU jusqu'à la fin de leur cursus de spécialisation, soit pour une durée de 6 à 7 ans pour les premiers et de 4 à 5 ans pour les seconds.

Actuellement, internes et résidents totalisent, tous niveaux confondus, 400 médecins, un effectif appelé à augmenter régulièrement au fil des années.

La FMPO qui a démarré en Octobre 2008 a sorti à ce jour 310 lauréats du diplôme de Docteur en médecine et 20 lauréats du diplôme national de spécialité.

Ces effectifs ne feront qu'augmenter, puisque le nombre d'étudiants inscrits en première année de médecine est passé de 150 au démarrage à 300 actuellement. Et, comme il y a moins de 10% de déperdition d'effectif entre l'entrée et la sortie, ce sont donc presque 300 médecins formés à prévoir chaque année, ce qui contribuera à combler le déficit aigu que connaît notre pays. Notons à cet égard que le Maroc compte 7 médecins pour 10 000 habitants, ce qui le place loin par rapport aux standards établis par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Tous ces chiffres n'incluent pas les étudiants étrangers et il est à noter que la FMPO accueille en moyenne :

- 20 étudiants étrangers par an (ils sont actuellement 130 au total), en majorité africains subsahariens, mais aussi tunisiens, jordaniens, palestiniens et autres ;



Le CHU d'Oujda en maquette, inséré dans son environnement

- des médecins étrangers, en majorité africains, pour une formation de spécialiste (actuellement au nombre de 11).

La dimension régionale, nationale et même internationale se trouve ainsi pleinement concrétisée.

La recherche

Le potentiel de recherche que recèle le couple FMPO-CHU est inestimable. La recherche clinique est déjà foisonnante, permise par un plateau technique moderne et varié, et un système informatique hospitalier intégré qui permet de faire ce qu'on peut appeler du prospectif permanent. La recherche fondamentale est pour le moment centrée sur le laboratoire de génétique et de biologie moléculaire installé à la Faculté de médecine, auquel sera intégrée très prochainement une bio-banque, la première en son genre au Maroc.

Ce laboratoire est déjà très productif sur la thématique des maladies génétiques et aussi sur celle, prioritaire dans la Région de l'Oriental, du cancer. A cet égard, quelques travaux récemment publiés dans des revues internationales prestigieuses ont contribué à la reconnaissance de la FMPO et de l'Université Mohammed Premier d'Oujda à l'échelle internationale (*medicinal chemistry 2015, antimicrobial agents and chemotherapy 2015, BMC cancer 2016, journal of hematology and transfusion 2016, BMC womens health 2017*).

Forces et opportunités, faiblesses et menaces

La FMPO et le CHU d'Oujda n'ont guère respectivement que 9 et 2 ans d'âge. Les forces qu'ils recèlent et les opportunités qui leur sont offertes sont nombreuses. Voici les plus importantes :

- la jeunesse des équipes - enseignante, administrative, paramédicale et technique - gage d'enthousiasme, de dynamisme et de volonté de relever tous les défis ;
- la mobilisation de tous les acteurs socio-économiques de la Région (Wilaya, Conseil Régional, Agence de l'Oriental, société civile, etc.), qui sont conscients du rôle capital que peut jouer le pôle

hospitalo-universitaire dans le développement économique régional, au-delà de la dimension sanitaire, et ne ménagent pas leurs efforts pour l'accompagner et le soutenir.

Les faiblesses et les menaces sont légions. J'en citerais quatre, de taille :

- un déficit criant en ressources humaines, difficile à combler en l'état actuel (déficit en enseignants, sachant qu'une Faculté de médecine et le CHU dispensent une formation et un enseignement dans 50 spécialités médicales et fondamentales et qu'au moins 3 enseignants en moyenne par spécialité est exigible pour une autonomie minimale) ;
- un déficit en personnel paramédical et technique face auquel une vraie régionalisation pourrait s'avérer cruciale ;
- le retard à la mise en application réelle et effective de la carte sanitaire, car le CHU n'a pas pour vocation première de dispenser des soins primaires et secondaires, lesquels échoient aux établissements d'ordre inférieur... qui ne sont pas mis à niveau, reléguant ainsi le CHU - et par conséquent ses missions premières - souvent au second plan et épuisant rapidement ses moyens ;
- la grande majorité (environ 80%) des patients pris en charge par le CHU ne sont couverts que par le régime d'assistance médicale (RAMED), ce qui limite de façon drastique ses recettes propres et grève fortement ses capacités de fonctionnement et d'investissement.

Le sourire rendu aux enfants de l'Oriental

Une première au Maroc ! Elle concerne les enfants et sera dédiée à la chirurgie des fentes palatines - communément appelées «becs de lièvre» - et prodiguera également des soins dentaires et chirurgicaux liés à cette malformation faciale qui touche environ 1 enfant sur 1 000. Cette nouvelle clinique est un investissement de 15 MDh soutenu par deux acteurs européens de l'immobilier.

Le projet était porté par 2 ONG (la britannique Article 25 et l'américaine Operation Smile Morocco active au Maroc depuis 1999). Article 25 fait référence à l'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, qui proclame dans son deuxième alinéa : «*La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance particulière*». Cette ONG a déjà soutenu près de 90 projets dans 34 pays, tous ciblés sur la facilitation de l'accès aux soins.

L'installation de cet établissement spécialisé unique au Maroc dans la Région de l'Oriental confirme que l'initiative et l'innovation, en santé aussi, peuvent venir désormais des Régions et même commencer par elles. La Régionalisation avance !

Article de la rédaction



Un équipement à fort impact sur le développement régional

Pr. Abdelkrim DAUDI
Directeur du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda

La réalisation est d'envergure. L'inauguration par Sa Majesté le Roi, dès juillet 2014, marque le début d'une longue série de mises en service étalées sur plusieurs années. L'auteur, agrégé en traumatologie, connaît parfaitement son partenaire universitaire : avant de diriger le CHU, il fut Vice-Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie. Conscient de l'obligation d'excellence et dirigeant expérimenté, il trace l'avenir avec la volonté de conforter la nouvelle institution et des ambitions affirmées.

Le Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda inauguré le 23 juillet 2014 par Sa Majesté le Roi, que Dieu Le glorifie, est un monument d'architecture moderne appartenant à la nouvelle génération des hôpitaux et un édifice sanitaire essentiel appelé à renforcer l'offre médicale et à faciliter l'accès aux soins dans la Région de l'Oriental au profit d'une population de près de 2 400 000 habitants répartis sur 1 Préfecture et 7 Provinces.

Ce Centre contribuera également à améliorer les conditions de la formation et de la recherche scientifique pour les étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda, de même qu'il constitue déjà (et continuera de constituer) un levier important pour le développement économique et social de l'Oriental Marocain, eu égard au volume des investissements qui ont été engagés pour sa construction et son équipement, ainsi qu'à l'emploi direct de centaines de cadres de formation supérieure et d'une abondante main d'œuvre qualifiée.



Comme il a été créé sous statut d'établissement public à caractère social, le CHU Mohammed VI jouit de l'autonomie financière et administrative.

Il est piloté par un Conseil d'Administration qui définit ses orientations de base et ses priorités dans le cadre des missions principales qui lui sont dévolues, à savoir :

- les soins médicaux ;
- la formation ;
- la recherche scientifique ;
- le soutien de l'action du Ministère de la Santé en matière de santé publique.

Le CHU, d'une capacité d'accueil de 673 lits répartis sur 35 services hospitaliers, est constitué en fait de 4 hôpitaux :

- l'Hôpital des Spécialités ;
- l'Hôpital Mère-Enfant,
- l'Hôpital de Santé Mentale et de Maladies Psychiatriques ;
- l'Hôpital Hassan II d'Oncologie.

En parallèle existent les services à caractère technique, tels le Service de radiologie et le Laboratoire central, ainsi qu'une Pharmacie centrale qui disposent d'appareils et d'instruments de haute technicité comparables à ceux des grands hôpitaux internationaux (pharmacie automatisée, cathétérisme, IRM...).

Une mise en œuvre progressive

Etant donné la spécificité des centres hospitaliers et pour sauvegarder la sécurité des malades, le CHU a adopté une stratégie de mise en service graduelle de ses unités, en commençant d'abord par le service de radiologie.



Un monument d'architecture moderne au service de la santé

Les autres services hospitaliers ont suivi : le centre d'examens, le laboratoire, puis le complexe chirurgical et les services hospitaliers de l'Hôpital Mère-Enfant, les Urgences de cet Hôpital, puis le reste des services.

Au sein de l'Hôpital de la Santé Mentale et des Maladies Psychiatriques ont été d'abord ouverts le service Femmes et le service des Urgences et ensuite le service Hommes, puis deux cliniques : une pour les femmes et la seconde pour les hommes.

Le CHU Mohammed VI d'Oujda dispose également de ressources humaines importantes composées de professeurs de médecine, de médecins résidents internes, de cadres paramédicaux et de cadres administratifs et techniques, en plus des agents des sociétés privées sous-traitantes. Ainsi, le CHU assure un emploi direct à environ 1 000 personnes.

Des moyens d'exception pour prendre en charge les urgences

Dans le cadre de la prise en charge des cas d'urgence, le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU 05) a été intégré au CHU en janvier 2015. L'introduction d'un hélicoptère médicalisé pour intervenir dans les cas d'urgence et dans les

zones difficiles d'accès dans l'Oriental et les Régions avoisinantes a constitué une évolution significative dans ce domaine puisque 46 interventions héliportées ont été enregistrées en 2016.

Le Centre Hospitalier Universitaire fait face à quelques contraintes, dont les plus importantes sont l'absence de respect des protocoles thérapeutiques et la confusion chez les citoyens à propos de la mission d'un CHU qui se limite en principe essentiellement à dispenser des soins de troisième niveau, parallèlement à la recherche scientifique et à la formation.

L'offre médicale dans la Région de l'Oriental est censée se construire dans le cadre d'une certaine complémentarité

entre les intervenants du secteur public (CHU, Hôpitaux régionaux, Centres de santé de la Région) et le secteur privé. Depuis son inauguration, l'administration du CHU a œuvré pour assurer une ouverture sur les autres acteurs régionaux notamment les collectivités locales, les établissements privés et la société civile. Elle a même engagé le Centre dans des partenariats remarquables, pour la plupart couronnés de succès, parmi lesquels notamment : l'acquisition d'un scanner pour l'Hôpital d'Oncologie (dans le cadre de l'INDH), l'acquisition d'un programme informatique pour l'accueil et l'orientation (avec l'Agence de l'Oriental) et la réalisation d'un espace de repos pour les visiteurs.

Soucieuse d'améliorer la qualité des services prodigués et d'encourager la recherche scientifique, l'administration du Centre a tracé un programme ambitieux qui comporte plusieurs projets structurants, en particulier :

- l'édification d'un Centre régional de traitement du cancer selon des normes de qualité internationales (à proximité de l'Hôpital des Spécialités et de l'Hôpital Mère-Enfant) en partenariat avec la Fondation Lalla Salma pour la prévention et le traitement du cancer (Son Altesse Royale la princesse



L'hélicoptère médicalisé : 46 interventions en 2016

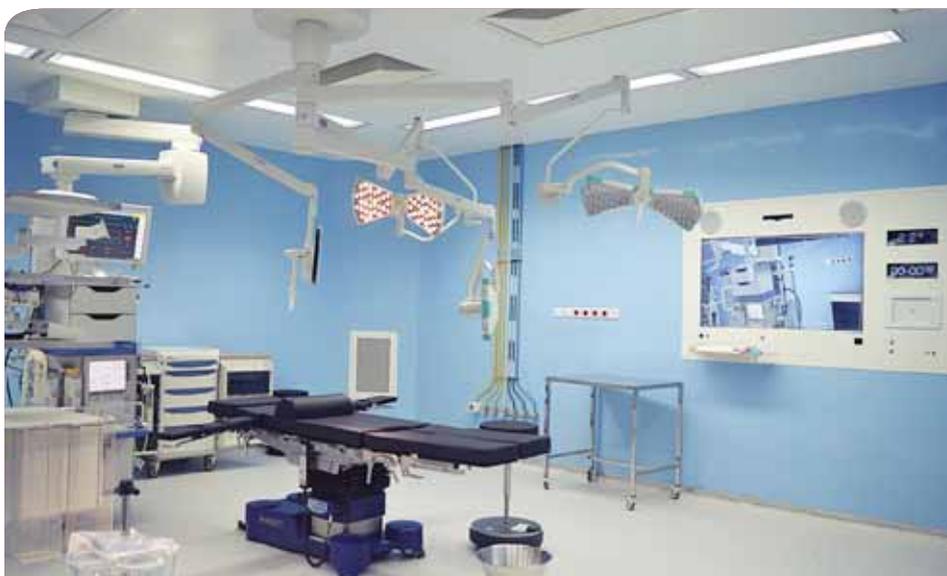


Parmi les premières réalisations : le Centre de Radiologie et IRM

Lalla Salma a procédé à la pose de la première pierre de cet édifice le 18 mai 2017) ;

- la construction d'un centre de consultations indépendant du bâtiment de l'Hôpital des Spécialités afin d'humaniser les prestations fournies aux citoyens (en partenariat avec le Conseil Régional de l'Oriental) ;
- le Projet de transplantation des membres et tissus (un comité de dons d'organes et de tissus a été créé et le CHU a été agréé depuis le 8 février 2016 par décision ministérielle n° 377.16 pour réaliser des opérations de transplantation d'organes et de tissus) ;

- le Projet de développement durable (le Centre ambitionne d'adopter les énergies renouvelables et de devenir «un centre écologiquement responsable», de même qu'il a adopté la gestion déléguée pour les déchets médicaux et paramédicaux pour une meilleure gestion de ces déchets) ;
- l'adoption du suivi médical à distance pour assurer la coordination et la coopération entre les différentes unités sanitaires de la Région de l'Oriental dans le domaine médical et chirurgical, et un échange d'expériences avec des centres hospitaliers nationaux et internationaux ;



Des salles aux meilleurs standards d'équipement

- la création d'un centre complet pour le traitement des fractures et contusions, ainsi que pour la rééducation ;
- la création d'un centre régional de transfusion sanguine, en partenariat avec le Ministère de la Santé ;
- le développement de la recherche scientifique en partenariat avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda, l'Université Mohammed 1er d'Oujda, ainsi qu'à travers des partenariats internationaux.

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Oujda demeure, grâce à la vision éclairée de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu Le glorifie, et conjointement aux autres priorités de développement énoncées dans le Discours Royal du 18 mars 2003, un facteur important du rayonnement de la Région de l'Oriental.

En 2016, le CHU d'Oujda en chiffres

- 1,2 milliard de Dh investis pour la construction et l'équipement ;
- 673 lits ;
- 947 agents, dont 124 médecins, 654 infirmiers, 137 techniciens et 32 agents administratifs.

Activités

- 15 658 admissions ;
- 124 459 journées d'hospitalisation.
- 9 922 hospitalisations via les urgences et 56 900 passages ;
- 309 461 appels reçus au SAMU, donnant lieu à 3 062 transferts régulés et 46 interventions HéliSMUR ;
- 88 159 consultations ;
- 15 967 séances de radiothérapie ;
- 3 576 IRM ;
- 2 622 échographies ;
- 387 611 examens biologiques ;
- 7 389 interventions effectuées au bloc opératoire ;
- 1 236 séances d'hémodialyse ;
- 5 892 explorations fonctionnelles.

Ressources

- 126,5 millions de Dh, dont :
- 95,7 millions de Dh du Ramed (76%) ;
 - 30,8 millions de Dh apportés par les paiements directs et l'AMO (24%).



LA FORMATION PARAMÉDICALE un investissement pour l'évolution et les défis du système de santé

Fatima Zahra MBARKI
Directrice de l'Institut Supérieur des Professions
Infirmières et Techniques de Santé d'Oujda

L'auteure le rappelle : il s'agit ici du personnel en « première ligne », surtout dans les territoires encore trop enclavés. Sans eux, pas d'élévation de la qualité des soins ni du volume des prestations délivrées.

La création des ISPITS répond aux nouveaux besoins : ils sont à jour des attentes et des nouveaux contextes. Celui d'Oujda en est une illustration.

Les ressources humaines (RH) constituent une force vive et un véritable vecteur de réforme pour le système de santé marocain. Les connaissances, compétences, valeurs et comportements des professionnels conditionnent quasi-totalement l'aboutissement des actions entreprises dans ce secteur. Ainsi, la performance et la réactivité du système sont liées à la disponibilité des personnels en quantité et qualité satisfaisantes. La couverture par les services de soins dépend du personnel de "première ligne" : médecins généralistes, mais surtout infirmiers et sages-femmes, qui sont la cheville ouvrière du Département de la Santé, le premier contact avec la population rurale des zones enclavées.

En ce sens, la

Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique recommande d'investir dans les personnels de santé, notamment dans des filières de professionnels destinés aux territoires mal desservis. Elle précise que l'emploi en santé est une approche clé pour atteindre les Objectifs du Développement Durable (ODD) : les RH de la santé sont le moteur des avancées en matière de santé (ODD 3), pour des emplois décents, de sécurité mondiale et de croissance économique inclusive (ODD 8), de même qu'une opportunité pour atteindre la Couverture Universelle en Santé et progresser vers plusieurs autres ODD,

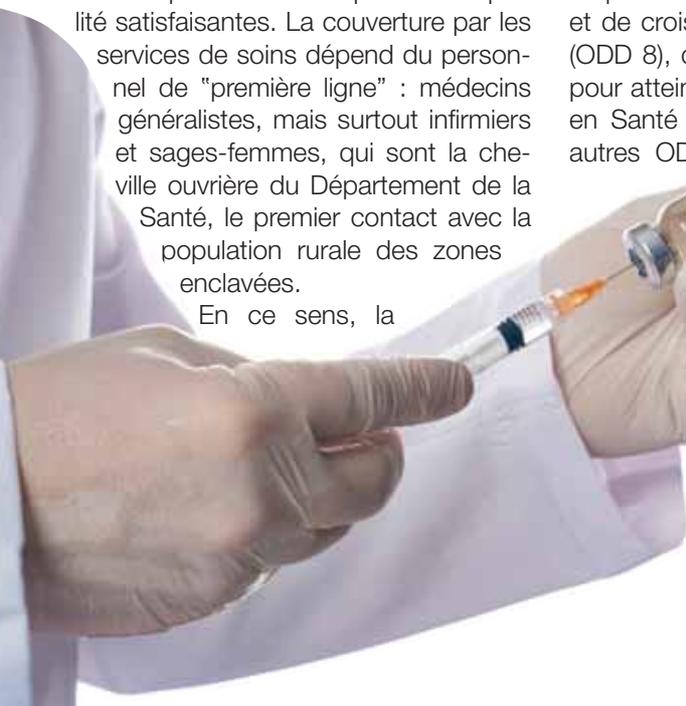
particulièrement les «déterminants sociaux de la santé». Aussi,

le Conseil international des infirmières, l'Organisation de coopération et de développement économiques et l'Organisation Mondiale de la Santé, ont appelé les pays à investir davantage dans la formation

des infirmières et soutiennent une meilleure utilisation de leurs compétences.

Au Maroc, malgré les efforts en matière de formation du personnel, qui ont permis la hausse sensible des effectifs, la situation des RH demeure en déficit quantitatif et qualitatif significatif, ce qui a classé le Royaume parmi les 57 pays du monde souffrant d'une pénurie aiguë en personnel soignant. Si les postes budgétaires accordés au Ministère de la Santé sont en hausse ces dernières années, leur nombre reste très en deçà des besoins. L'extension de l'offre de soins, notamment hospitalière, aggrave encore ce déficit, estimé en 2016 à plus de 6 000 médecins et 9 000 infirmiers. La densité des médecins, secteurs public et privé confondus, est passée de 0,43 à 0,62 pour 1 000 habitants entre 1999 et 2016, tandis que celle du personnel infirmier a cru de 0,89 à 0,97. Ces chiffres demeurent faibles par rapport aux pays économiquement similaires et aux normes de l'OMS pour la Région Méditerranée : respectivement 1,14 et 1,61.

Le problème ne se limite pas aux effectifs insuffisants ; il comporte aussi une



iniquité inter- et intra-régionale dans la répartition de ces ressources. En 2016 :

- le ratio habitants / infirmier variait de 546 à 1 494 (1 089 pour l'Oriental vs un ratio moyen national de 1 173) ;
- le ratio habitants / médecin, était de 1 684 en moyenne nationale, avec une meilleure couverture dans les Régions Casablanca-Settat et Rabat-Salé-Kénitra (respectivement 1 089 et 1 117), l'Oriental se situant au 7^{ème} rang avec 2 169 habitants/médecin.

La formation paramédicale face aux défis du système de santé

La Constitution de 2011 installe le Droit à la santé. Cela nécessite de moderniser le secteur, qui a toujours fonctionné dans un environnement en mutation et en perpétuel défi. Le fardeau des changements démographiques et épidémiologiques continue de façonner de nouvelles demandes sur le système de soins. Le citoyen revendique de plus en plus le droit à des réponses adaptées à ses besoins. Parallèlement, la complexité de la santé et des soins, les progrès scientifiques et technologiques, couplés aux attentes des prestataires de soins, incitent les structures de formation à évoluer, innover et s'adapter en continu, voire à s'inscrire dans un esprit proactif, de veille et d'anticipation, pour pouvoir produire des professionnels capables d'honorer ces défis.

A ses débuts, la formation du personnel paramédical au Maroc évoluait très lentement, manquant de clarté, de positionnement et de perspective. Sous le Protectorat, la formation était non structurée et insuffisante. Par conséquent, l'héritage en matière de formation et d'effectif des professionnels de santé était faible et inadapté aux besoins de la population marocaine ; la majorité des cadres étaient étrangers et donc susceptibles de quitter le Royaume.

Désormais, les instances internationales plaident vigoureusement pour une meilleure promotion et valorisation du savoir infirmier et conseillent de miser sur les compétences des professionnels paramédicaux pour répondre aux

grands défis de la santé mondiale : les systèmes de santé doivent investir dans l'expertise infirmière vu la complexité des besoins de santé des populations, l'expansion rapide des savoirs et des technologies qui sollicitent désormais la réorganisation de ces systèmes et l'élargissement des rôles professionnels. Déjà, la pratique infirmière avancée illustre cette redéfinition des rôles. Elle indique qu'un ratio optimal de personnel infirmier formé à des niveaux supérieurs réduit les coûts associés aux accidents et événements indésirables, estimés à 10 % des dépenses de santé par pays, selon l'OMS. Dès lors, le réhaussement de la formation paramédicale au niveau universitaire constitue un choix éclairé, porteur d'une véritable transformation des soins qui marquerait ce siècle, ce qui a convaincu de nombreux pays du monde - y compris arabes - à adopter le niveau supérieur de la formation paramédicale.

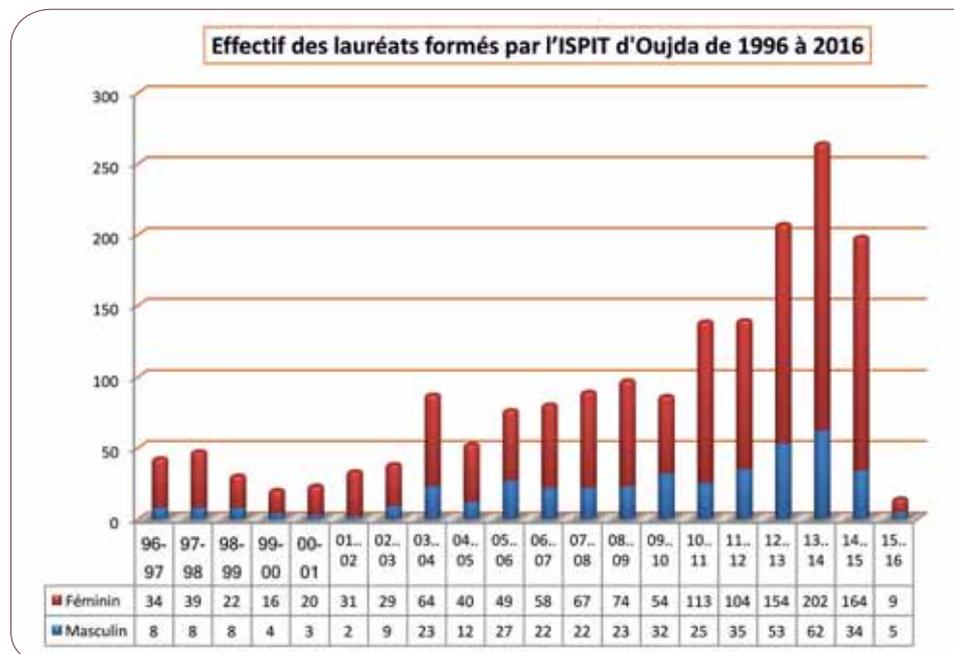
Le SIDIEF, en Assemblée Générale le 9 juin 2009 à Marrakech pour le IV^e Congrès mondial, a réuni 1 400 infirmières de 25 pays de la francophonie, et adopté une position officielle sur les enjeux de la formation universitaire dans une filière complète en sciences infirmières. Conscient de cet enjeu, le Ministère de la Santé a accordé plus d'attention à l'amélioration quantitative et qualitative des études paramédicales et à la valorisation de la profession dans

la réforme de 2013, dont le processus était engagé depuis déjà une décennie. Il s'est concrétisé, suite à l'engagement politique, institutionnel, et à la mobilisation des instances syndicales et associatives, par «l'universitarisation» des études paramédicales et la transformation du statut des IFCS (formation des cadres supérieurs) en Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS), établissements d'enseignement supérieur. Conformément à la Loi 01-00 portant organisation de l'enseignement supérieur, ces Instituts préparent et délivrent désormais des diplômes nationaux organisés selon le dispositif Licence-Master-Doctorat, Cette réforme a introduit des changements à tous les niveaux, que l'on peut résumer ainsi :

- renforcement du cadrage juridique et réglementaire des ISPITS ;
- cartographie des ISPITS d'après le découpage administratif du Royaume (23 Instituts, dont 10 Instituts-sièges auxquels sont rattachés les 13 autres) ;
- mise à niveau des ISPITS par des réaménagements ou des constructions ;
- renforcement des organes de gestion des ISPITS par la nomination du Directeur en Conseil de gouvernement et institutionnalisation d'un Conseil d'établissement et des commissions de gestion ;
- renforcement des missions des ISPITS qui doivent aussi développer la forma-

Institut	Filière	Options
Oujda	SAGE-FEMME	Sage-femme
	TECHNIQUES DE SANTE	Technicien de Radiologie
		Technicien de Laboratoire
		Préparateur en Pharmacie
	SOINS INFIRMIERS	Infirmier Polyvalent
		Infirmier en Anesthésie-Réanimation
Infirmier en Soins d'Urgences et soins Intensifs		
Infirmier en Santé Mentale		
REEDUCATION ET RÉHABILITATION	Kinésithérapie	
Nador	SAGE-FEMME	Sage-femme
	SOINS INFIRMIERS	Infirmier Polyvalent

> Dans l'Oriental



tion continue, la recherche scientifique et technologique favorisant le développement de la profession d'infirmière et des techniques de santé, le renouvellement des pratiques infirmières et techniques de santé, l'organisation des services et des soins infirmiers et la réalisation d'expertises ;

- réingénierie pédagogique (adoption du système modulaire, recrutement de professeurs assistants, révision des approches, accréditation des filières, etc.) ;
- mobilisation de partenariats avec les institutions de l'enseignement supérieur nationales et internationales pour, entre autres, développer la recherche.

Les établissements de formation : grands pourvoyeurs d'emplois

De 1956 à 2015, les écoles/instituts de formation paramédicale ont formé plus de 78 000 étudiants. Ce chiffre sera revu à la hausse car le Ministère de la Santé s'est engagé à former 3 000 étudiants par an dans les ISPITS.

Les principales catégories formées jusqu'à 1993 sont les adjoints de santé brevetés (ASB), les adjoints de santé diplômés d'Etat (ASDE), les adjoints de santé diplômés d'Etat spécialisés (ASDES), puis les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) de 2^{ème} et du 1^{er} Grade depuis 1994. Cependant, nombre des professionnels ASB et ASDE ont intégré

le corps des IDE après une formation de 3 ans dans les IFCS.

Présentation de l'ISPITS d'Oujda

L'ISPITS d'Oujda est un Institut-siège auquel est annexé l'ISPITS de Nador. Son évolution traduit celle de la formation paramédicale, notamment depuis 2005 suite aux travaux de construction et de réaménagement dont il a bénéficié. Il souligne également l'engagement des responsables à répondre favorablement aux exigences de la politique nationale et aux besoins de la population dans la Région, entre autres par la dotation en

personnel infirmier qualifié en diverses disciplines des soins infirmiers, obstétricaux et techniques de santé.

Il fut créé en 1951 et nommé «École des infirmières». Il a entamé la formation des Adjointes de Santé Diplômées d'Etat en 1974. A partir de 1993, l'École est devenue «Institut de formation aux carrières de santé (IFCS) d'Oujda». Il abrite à l'époque deux sections : Infirmiers polyvalents et Sages-femmes.

En 2002, l'IFCS d'Oujda connaît sa principale reconstruction / extension qui a permis l'ouverture de plusieurs options relevant du 1^{er} cycle :

- Infirmier en anesthésie & réanimation en 2005 ;
- Kinésithérapeute en 2007 ;
- Technicien de radiologie en 2008 ;
- Technicien de laboratoire et Infirmier en Santé Mentale en 2010.

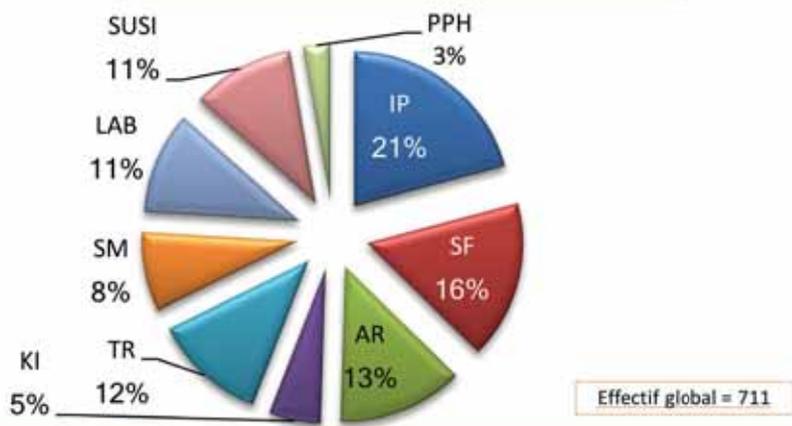
Les options ouvertes en 2^{ème} cycle :

- Surveillant des Services de Santé en 2010 ;
- Enseignement Paramédical en 2012.

Avec le décret du 30 septembre 2013, l'IFCS devient l'Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé d'Oujda. Il accueille 2 sections : «Soins d'urgences et soins intensifs» et «Préparateur en pharmacie», respectivement en février et septembre 2014. L'ISPITSO dispense actuellement une



**Répartition des effectifs étudiants par option
ISPITS d'Oujda - Année universitaire 2016 - 2017**



formation en cycle de Licence en 9 options relevant de 3 filières. L'implantation du cycle Master est prévue pour l'année universitaire 2017-2018.

Les effectifs des étudiants et lauréats de l'ISPITS d'Oujda ont nettement augmenté depuis 2004 suite au renforcement de la capacité d'accueil et surtout après l'introduction d'autres spécialités qui ont mieux attiré les jeunes bacheliers de la Région. Pour l'année universitaire 2016-2017, 711 étudiants sont inscrits, dont 73,4% de filles. Cet effectif va certainement s'accroître vu :

- la stratégie ministérielle en faveur de l'accroissement de la capacité d'accueil ;
- l'extension des locaux de l'ISPITS d'Oujda qui est en phase finale ;
- le marché de l'emploi devenu très prometteur ;
- surtout, la valorisation du diplôme et les perspectives très attrayantes (Master, Doctorat, développement de la recherche, progression vers le statut de professeur de l'enseignement supérieur pour les enseignants des ISPITS, etc.).

L'élévation du niveau de la formation et des effectifs de lauréats de l'ISPITS d'Oujda dote la Région en ressources paramédicales qualifiées en diverses spécialités, habilitées à prodiguer des soins de santé de qualité. Jusqu'à présent, la totalité des lauréats choisissent de travailler dans le secteur public étatique et, en second lieu, au CHU. Le taux de recrutement dans le public

est à 100% pour les lauréats infirmiers polyvalents de l'ISPITS d'Oujda, pour l'essentiel dans la Région de l'Oriental. Il est plus ou moins prononcé pour les autres options. Néanmoins, nombre de lauréats travaillent de manière informelle dans le privé, en attendant d'être admis dans le public.

En conclusion

La formation des prestataires de soins, dont le personnel paramédical, a suscité la plus grande attention des décideurs du Département de la Santé, qui sont conscients de la mission indispensable que doivent remplir les structures de formation pour doter le système de santé en RH qualifiées, compétentes, dévouées et soucieuses de concrétiser la politique sanitaire du Royaume. Le renforcement des établissements de formation a constitué une priorité de la stratégie sectorielle 2012-2016.

Par ailleurs, la réforme des ISPITS s'inscrit dans un chantier plus global de modernisation du système de santé marocain. Elle constitue un véritable défi pour les ISPITS et un grand chantier de changement qui doit impacter positivement la qualité de la formation dispensée et, subséquemment, favoriser le positionnement de la profession. D'autres actions sont en cours afin de revaloriser la profession paramédicale : révision du statut du corps infirmier du Ministère de la Santé et création d'un ordre des professions paramédicales.

Échanger... pour plus d'efficacité : le crédo du Forum annuel AFRISANTÉ

Plusieurs rendez-vous devenus annuels au Maroc permettent désormais aux professionnels de santé du continent de se rencontrer et d'échanger. Le plus connu - dont la 4^{ème} édition s'est tenue à Marrakech en mars 2017 - est sans doute le Forum AFRISANTÉ, sous l'égide du Ministère marocain de la Santé. Sur deux journées denses, 25 intervenants délivrent des contributions qui offrent des regards croisés, souvent interpellateurs, aux 200 participants venus de plus de 20 pays. La plupart sont originaires d'Afrique, mais la force des partenariats établis, souvent historiques, la recherche de débouchés commerciaux nouveaux ou la volonté de partager des «best practices» éprouvées ailleurs, conduisent également d'autres nationalités à rejoindre l'événement.

De la programmation stratégique à une réalisation effective, voire à son fonctionnement, bien des experts et des professionnels vont intervenir, interagir parfois... ou se succéder sans jamais se rencontrer. Les décideurs institutionnels et politiques jouent aussi leur rôle, souvent décisif. Toutes ces compétences et ces volontés, dialoguent au sein du Forum AFRISANTÉ.

Les lectures, parfois contradictoires, des problématiques posées à tous ou presque, bien souvent dans des termes voisins, s'expriment ici avec la volonté de dégager des solutions opérationnelles synonymes de progrès et de partager des réflexions pour l'avenir qui fassent avancer la noble cause de la santé publique dans les pays du continent. Contraints par les logiques financières, affaiblis par la fuite des cerveaux, limités par les difficultés économiques des populations, les responsables des systèmes de santé et les professionnels affrontent partout des contextes compliqués.

Chaque nouveau Forum AFRISANTÉ marque les progrès accomplis et ouvre des perspectives nouvelles.

Article de la rédaction

> Interview

Une offre de soins nouvelle se construit dans l'Oriental, pour les brûlés et le rajeunissement, deux sujets liés. Le Dr Boura, chirurgien plasticien, y travaille et pense au «tourisme médical» comme un facteur de la faisabilité.



Quelles types de prestations sont actuellement de votre ressort à Oujda ?

Nous traitons la question du rajeunissement d'une manière globale. Cela va du régime alimentaire à visée rajeunissante, à l'ablation des excès graisseux, ou à la lipoaspiration, en passant par les soins esthétiques, les massages, ou encore l'exercice physique. Les techniques, nombreuses, peuvent être exercées à l'hôpital aussi bien qu'en clinique.

Y a-t-il aussi une logique économique dans le développement à Oujda des offres de soins en matière esthétique et de réparation des préjudices dus aux brûlures ?

Les deux offres sont liées car les deux sont rares, demandent un haut niveau de qualification et, dans la prise en charge des préjudices consécutifs aux brûlures, elles sont complémentaires. Ainsi, le traitement des brûlures débute par la réparation des problèmes fonctionnels - ce traitement est en majeure partie chirurgical - et se poursuit par la prise en charge des problèmes esthétiques. Là encore, les techniques chirurgicales ont beaucoup progressé, avec des procédés nouveaux d'expansion cutanée permettant de traiter les larges zones brûlées.

Cet apport cutané, ce sont des greffes obtenues par des transferts à partir de zones non brûlées. Mais le maquillage est aussi extrêmement utile dans la prise en charge des séquelles ; il doit être pratiqué par des personnes spécialisées, très qualifiées, formées pour appliquer des techniques bien précises. Il s'agit donc de domaines qui sont de véritables niches professionnelles.

Allez-vous attirer des patients d'autres Régions du Maroc ou de l'étranger ?

Les centres spécialisés dans le traitement des brûlures ne sont pas très répandus actuellement. Ces traitements demandent toute une panoplie de moyens qui ne sont pas très connus, ni encore regroupés en centre spécialisé.

La prise en charge de patient brûlés en phase aiguë nécessite des soins médicaux spécifiques et des pansements réalisés selon des savoir-faire particuliers : d'où l'intérêt de regrouper les compétences et moyens nécessaires en un même lieu, donc un centre spécialisé. Un résultat satisfaisant, rapide et une prise en charge efficace va de pair avec un personnel très qualifié et formé aux spécificités de ces problèmes.

A Oujda, la demande s'accroît logiquement avec la démographie mais aussi avec les dangers liés à l'usage de produits chimiques nouveaux dont l'effet sur la peau n'est pas toujours connu. Donc, pour l'Oriental, le développement d'un centre spécialisé est nécessaire.

Irez-vous jusqu'à promouvoir cette offre dans le cadre d'une action stimulant ce qu'on appelle le «tourisme médical» ?

Nous allons proposer une offre adaptée à la Région de l'Oriental pour combler le vide existant avec toutes les solutions possibles pour traiter correctement ces pathologies. Le «tourisme médical» est une offre médicale spéciale, organisée pour joindre l'utile à l'agréable et travailler dans des conditions de bien-être et absolument sans stress. Pour une offre nouvelle de «tourisme médical» à Oujda, il faut trouver des formules pouvant intéresser nos malades marocains et des solutions économiques bonnes pour le tourisme local tout en faisant bénéficier nos malades des prestations nécessaires à leur guérison. Ceci est à développer dans l'Oriental, compte tenu de ses potentialités touristiques, et cela peut se faire de manière intelligente pour que tout le monde en bénéficie. Le développement du «tourisme médical» favoriserait l'accès aux traitements spécialisés des personnes brûlées et permettrait de développer la prise en charge du rajeunissement cutané de manière plus globale.

Plus généralement, croyez-vous au modèle économique du développement de l'offre de soins dans l'Oriental appuyé pour partie sur ce «tourisme médical» ?

Oui, j'y crois, puisque l'un ne gêne pas l'autre... Le «tourisme médical» va se développer car il apporte des solutions. Il faut s'inspirer des techniques du marketing (les «offres packagées», les offres en «menus», etc.) pour faciliter l'accès à des disciplines autrefois inaccessibles.

50 milliards de dollars !

Tel serait selon les experts le poids économique actuel du marché mondial du «tourisme médical», avec une croissance estimée à 10% l'an. C'est beaucoup.

Les Salons Africa Medical Tourism Expo sont dédiés au développement et à la promotion de l'offre continentale en la matière. Ils rassemblent les experts et les acteurs majeurs du secteur. Marrakech, qui combine la qualité du plateau médical (équipements et personnels) et l'attrait touristique (avec la capacité d'accueil hôtelière idoine), accueillait l'édition 2017 du Salon, du 22 au 24 mars dernier, avec un thème en forme d'accroche :

«Pour la création d'écosystèmes du tourisme médical en Afrique».

L'événement a atteint son objectif : l'offre africaine a désormais sa vitrine. Pour la Région de Marrakech-Safi, c'est une aubaine ; en fait, un créneau de développement que le C.R.I. local accompagne. L'Oriental conserve ses chances à condition de s'organiser en pôle(s), de s'affirmer incontestable par la qualité des soins (le haut niveau des équipements et des acteurs) et de devenir une destination médicale connue comme telle. Éthique, responsabilité, qualité et marketing seront les composantes à mettre en synergie.

Comme sur tout marché nouveau en forte expansion, une normalisation, des standards et une régulation incontestable fondée sur un contrôle exigeant, seront des gages nécessaires pour installer une image et une notoriété appropriées. Pour la dimension touristique, sa variété comme ses centres d'intérêts, l'Oriental Marocain a de quoi répondre présente.

Article de la rédaction



L'Oriental Marocain fait son bilan de santé

*Docteur Mohamed AMARA
Président d'Ordre Régional des Médecins de l'Oriental*

Le Président de l'Ordre a une vision 360° du dispositif médical dans sa Région. Expérimenté, il bénéficie de la profondeur du temps et documente sa réflexion aux meilleures sources. Ses conclusions laissent songeur : non seulement le Maroc n'est pas des mieux placés pour la couverture médicale, mais le contexte ne lui paraît pas favorable à l'investissement ; en tous cas dans l'Oriental. L'accès aux soins est en question.

L'Ordre des médecins est un organisme de droit privé, chargé d'une mission de service public. Il défend l'honneur et l'indépendance de la profession médicale, qu'il représente auprès de l'ensemble de la société.

C'est la seule institution qui rassemble et fédère l'ensemble des médecins quels que soient leur statut, leur âge, leur mode d'exercice ou leur spécialité. L'Ordre est chargé, par la Loi 131-13, de veiller au maintien et au respect par tous les médecins des principes du Code de déontologie médicale.

L'Ordre est le garant de la qualité des soins offerts à la population ; il œuvre et veille au quotidien pour préserver la qualité et la singularité de la relation patient-médecin qui est l'un des éléments fondateurs de notre programme.

L'Ordre des Médecins du Maroc trouve son origine dans un Dahir remontant au 01 juillet 1941 et dans un autre Dahir du 07 mai 1949 modifiant la Loi institutionnelle de 1941.

Le 05 septembre 1985, feu Sa Majesté Hassan II nommait par Dahir le Pré-

sident du Conseil National de l'Ordre et les Présidents des Conseils Régionaux. Depuis toujours, les médecins du Conseil ont été cooptés ou nommés, mais, depuis la nouvelle Loi 131-13, tous les membres sont élus au suffrage universel par les confrères.

Les dernières élections ont eu lieu le 22 juin 2014 ; elles sont considérées comme un grand succès. Dans l'Oriental Marocain, la participation s'est élevée à 58% des 1 074 inscrits, qui ont élu les membres du Conseil Régional ainsi que ceux du Conseil National.

Fin de l'enclavement médical et questions d'attractivité

La problématique de la santé dans notre Région, vu l'éloignement géographique des grands centres médicaux nationaux que sont Rabat et Casablanca, a toujours suscité de grands débats au sein de la population.

Il n'y a pas si longtemps encore, nous adressions nos malades à Rabat afin de se faire opérer pour une simple vésicule, mais actuellement, grâce à Dieu, plus de 95% des pathologies peuvent être

prises en charge dans notre Région, du fait du développement de l'offre sanitaire aux différents niveaux : privé, public et universitaire.

A titre d'exemple, dans le domaine de l'Oncologie, outre le projet colossal de la Fondation Lalla Salma, deux projets privés sont en cours de réalisation à Oujda, qui faciliteront beaucoup le parcours du patient.

Notre Région, compte tenu de ses ressources économiques et de son niveau de développement, est de moins en moins attrayante pour les médecins, qui préfèrent s'installer dans de grandes villes ou parfois restent à l'étranger et choisissent de ne pas rentrer au pays tant les conditions qui leurs sont proposées ailleurs sont attrayantes.

Nos responsables doivent tenir compte de cet élément pour essayer, comme cela se fait pour les investisseurs industriels, d'améliorer l'attractivité de notre Région en valorisant en particulier la qualité de vie et par la facilitation des procédures d'installation et d'investissement dans nos professions.

> Dans l'Oriental

Indicateurs des ressources humaines / personnel médical en 2016

Effectif des médecins généralistes du secteur public	293
Effectif des médecins spécialistes du secteur public	281
(dont effectif des médecins spécialités d'ESSP)	(3)
Effectif des médecins généralistes secteur privé	196
Effectif des médecins spécialistes secteur privé	319
Effectif des pharmaciens du secteur public	22
Effectif des pharmaciens du secteur privé	849
Effectif des chirurgiens-dentistes du secteur public	19
Effectif des chirurgiens-dentistes du secteur privé	237
Habitants par médecin (toutes spécialités) des deux secteurs (public et privé)	2 165
Habitants par médecin (toutes spécialités) des deux secteurs et des Centres Hospitaliers	2 096

Effectifs et densité médicale dans l'Oriental Marocain

Densité médicale et santé publique

Le tableau ci-après établit un comparatif simplifié (Revue Actualités Marocaines - mars 2013) entre des indicateurs de l'état actuel des ressources humaines et la consommation médicale du Maroc eu égard aux mêmes indicateurs élaborés dans plusieurs pays d'Europe et quelques pays du continent, dont trois du Maghreb :

une meilleure prise en charge régionale de la santé.

Le RAMED a suscité de grands espoirs mais il s'avère que le nombre de bénéficiaires est trop important pour le budget qui lui est alloué, ce qui tend à gripper la machine.

La couverture médicale est bien un chantier qui progresse, mais elle reste encore en deçà des aspirations des citoyens.

Pays	Nb médecin / 1 000 hab	Dépenses de santé / hab (en US\$)	Dépenses de santé / PIB
France	3,06	4 691	3,5%
Allemagne	4,08	4 668	12,1%
Pays-Bas	2,92	5 593	9,5%
Maroc	0,6	148	5,5%
Algérie	1,2	178	5,8%
Tunisie	1,19	238	7,2%
Afrique du Sud	0,77	649	8,2%

La situation médicale au Maroc apparaît donc comme très préoccupante, même eu égard à ses voisins situés à des niveaux de développement comparables. Ces dernières années, un grand effort a été fait au sein du Ministère de la Santé pour aboutir à la construction de nouveaux hôpitaux dans l'Oriental Marocain (Taourirt, Jerada, Ahfir), mais la rareté des ressources humaines et le caractère dispersé de l'habitat limitent beaucoup leur impact et donc leur apport à

Les cliniques de l'Oriental Marocain

La Région de l'Oriental compte ainsi au total 610 lits d'hospitalisation (voir données détaillées dans les tableaux ci-après) dans le secteur privé.



L'année 2016 n'a vu l'installation que d'une seule clinique privée dans l'Oriental, ce qui souligne la difficulté de créer de nouvelles structures répondant aux normes exigées par le Ministère de la Santé.

Il serait bon de réfléchir à un Code des Investissements pour les établissements médicaux privés, qui prenne en considération l'éloignement géographique, la qualité de vie du personnel soignant, et le niveau social des citoyens, sans pour autant négliger la sécurité des patients, qui doit rester bien sûr un impératif indiscutable.

	Provinces							
	Oujda	Nador	Berkane	Taourirt	Driouch	Jerada	Figuig	Total
Secteur privé	238	155	78	23	16	6	8	524
Secteur public	357	115	82	54	48	55	60	771
C.H.U.	80	-	-					80
F.A.R.	7	2	1	-	-	1	2	13
Total	682	272	161	77	64	62	70	1 388

Les médecins par Provinces et secteurs (CRONMO 2017)

Nom de la clinique	Directeur	Nombre de lits
Clinique Ibn Rochd (ORL)	Dr. Mohamed AMARA	6
Clinique Achchark	Dr. Mohamed TAIBI	30
Clinique Isly	Dr. Jamal OUADFEL	27
Polyclinique de la CNSS	Dr. Aziz MOSLEH	49
Clinique d'Ophtalmologie Iris	Dr. Chakib MOUMNI	6
Clinique Le Maroc	Dr. Jamal SAYAH	40
Clinique Ibn Sina	Dr. Oukacha ZAHRAOUI	34
Clinique Chifaa	Dr. Mouâd NOURI	20
Clinique Al Irfane	Dr. Chelqi EL HABRI	30
Clinique Badr	Dr. Abdelhafid ZOHIR	15
Total - Oujda		257

Nom de la clinique	Directeur	Nombre de lits
Polyclinique Beni Snassen	Dr. Aziz KANTARI.	30
Clinique Hatim	Dr. Mohamed LAZAAR	26
Total - Berkane		56

Nom de la clinique	Directeur	Nombre de lits
Polyclinique du Nord	Dr. Mustapha AYAON	95
Clinique Al Wahda	Dr. Benamar BOUJIDA	30
Polyclinique Al Hakim	Dr. Maria Térésa CALVO GARRIDO	92
Polyclinique Rif	Dr. Omar BENBOUCHTA	16
Clinique El Fellah	Dr. Saliha OUTMANI	30
Total - Nador		263

Nom de la clinique	Directeur	Nombre de lits
Clinique Arrahma	Dr. Helalia BENBOUCHTA	34
Total - Taourirt		34

Le Maroc doit cesser de trop regarder l'Europe pour y prendre modèle et essayer d'adapter ses structures et ses législations à la réalité marocaine ; un médecin qui veut s'installer (j'allais dire qui voudrait bien) dans les oasis de Ich ou de Figuig doit avoir toutes les facilités et toutes les aides morales, matérielles et fiscales, car son installation va rapprocher la médecine au plus près d'une population qui est aujourd'hui souvent en difficulté pour accéder aux soins via la rencontre avec un médecin.

Le niveau du dispositif de santé doit être à même d'inciter à l'investissement tout court, en général, dans notre Région.

L'existence de polycliniques privées pluridisciplinaires conventionnées, le rayonnement du CHU, une santé publique performante, ce sont autant d'éléments incitatifs non négligeables pour le développement de notre Région et cela ajoute un atout d'attractivité et de sécurité pour un potentiel investisseur, en particulier s'il est étranger.



En conclusion

La médecine dans l'Oriental Marocain a connu ces dix dernières années de grandes mutations par la création de nouvelles structures publiques et privées et surtout par l'ouverture du CHU, dont l'impact sur la santé de la population ne fera que grandir.

Les médecins souffrent d'un manque d'incitations de nature à les aider à investir dans un environnement médical international devenu très technique, très onéreux, et cela dans le contexte d'une couverture médicale encore très insuffisante.





Dépenses de soins des patients bénéficiaires du RAMED au Centre Hospitalier Régional d'Oujda

Fatima Zahra MBARKI
Directrice de l'Institut Supérieur des Professions
Infirmières et Techniques de Santé d'Oujda

L'application du Ramed dans la Région de Tadla-Azilal fit office de test et de prélude à son lancement ; les leçons qui en furent tirées ont en quelque sorte validé le modèle de départ. Celui-ci n'est pas une prise en charge totale, comme le montre l'auteure par les données recueillies, sa réflexion et ses analyses, mais il marque bien des avancées : faire échapper le patient démuné au statut public d'indigent en est une.

L'amélioration et l'extension de la couverture médicale constituent l'un des piliers du développement humain et social. Pour cela, le Maroc a institué en 2002 l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), avec pour horizon la mise en place progressive de la Couverture Santé Universelle (CUS). En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la communauté internationale font de la CUS un objectif-clé pour renforcer les systèmes de santé et faciliter l'accès de tous à des services de qualité, sans appauvrissement.

Selon l'OMS, le coût des prestations limite l'accès des pauvres aux soins et fait basculer des millions de personnes dans la pauvreté : 150 millions de personnes par an (44 millions de ménages) font face à des coûts de soins catastrophiques et 100 millions de personnes par an (29 millions de ménages) passent sous le seuil de pauvreté en raison de dépenses de ce type. Depuis une décennie, de nombreux pays à revenu faible et moyen ont montré que se rapprocher de la CUS n'est pas le privilège



des pays à revenu élevé : Brésil, Chili, Chine, Mexique, Rwanda et Thaïlande ont récemment fait des progrès importants vers cette couverture .

Le Maroc a généralisé le RAMED à l'ensemble du Royaume depuis le 13 mars 2012. Bénéficiant de toute l'attention et du soutien Royal, la mise en œuvre de ce régime traduit les efforts du Royaume pour honorer son engagement international relatif à la CUS et concrétiser les droits de l'Homme : ici, le droit aux soins de santé stipulé par l'article 31 de la Constitution de 2011.

Le RAMED entend donc répondre au souci d'équité et de justice sociale dans l'accès aux soins pour les populations démunies, en réduisant la stigmatisation et les barrières liées à l'ancien système d'exemption de paiement fondé sur le certificat d'indigence.

Vu l'importance politique et sociétale du

RAMED, nous avons choisi d'en faire le thème d'un mémoire sur la satisfaction des bénéficiaires hospitalisés au CHR Al Farabi vis-à-vis de ce régime.

Cet article expose les résultats inhérents à l'une des dimensions mesurées : la perception des bénéficiaires quant à «la contribution du RAMED dans la réduction des dépenses de soins engendrées par leur hospitalisation» et l'estimation du montant supporté par ces patients.

Une part notable à prendre en charge

Cette investigation a dévoilé que seul 10% de la population étudiée a bénéficié de la prise en charge complètement gratuite. Autrement dit, 90% des bénéficiaires hospitalisés pendant la période de l'étude ont payé de leurs propres moyens une somme plus ou moins importante en fonction de la morbidité et des prestations offertes :

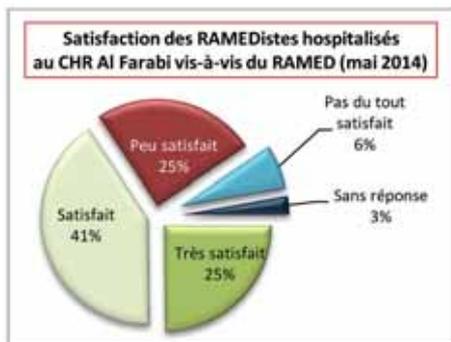
- en moyenne, chaque patient concerné a mobilisé 2 350 Dh pour acquérir du privé les prestations en rupture ou dont l'hôpital n'a jamais disposé ;
- 50% ont versé plus de 1 040 Dh.

Ces chiffres sont plus élevés que ceux de l'expérience de Tadla-Azilal, où 60% des patients hospitalisés ont engagé moins de 500 Dh. Une grande disparité marque les sommes engagées d'un patient à l'autre et d'un Département à l'autre : l'écart-type est de 3 900 Dh, les valeurs extrêmes oscillant de 50 à 35 200 Dh.

Le «out of pocket» était important pour les bénéficiaires souffrant d'une affection de longue durée (ALD). Leur hospitalisation a nécessité en moyenne 1 640 Dh ; la moitié ont payé plus de 1 100 Dh, y compris les patients ayant une insuffisance rénale chronique terminale (moyenne de 1 300 Dh ; valeur médiane de 1 025 Dh), ce qui concorde avec les résultats de Tadla-Azilal en soulignant que 70% des interviewés atteints d'une ALD paient de leurs propres moyens l'achat du médicament de façon récurrente.

Les patients hospitalisés du Département de Chirurgie étaient les plus traumatisés par ces dépenses vu le coût onéreux des dispositifs médicaux, particulièrement pour les interventions de traumatologie orthopédique et de neurochirurgie. Ils ont engagé près de 4 300 Dh en moyenne par patient ; 50% d'entre eux ont déboursé plus de 1 650 Dh.

Malgré ces frais, 56% de l'ensemble des consultés et 57% du groupe avec une ALD ont jugé que le RAMED a réduit leurs dépenses de soins, contre 39% qui n'étaient pas d'accord (en général des patients avec une ALD récente, ayant bénéficié de la prise en



charge gratuite depuis le début de leur maladie, ou des patients dont les frais étaient importants).

Bien sûr, les dépenses à la charge de patients démunis sont lourdes pour

Mai 2014 : 254 patients démunis, d'âge moyen 46 ans		Effectif	%
Genre	Féminin	146	57,48
	Masculin	108	42,52
Niveau scolaire	Sans	87	34,25
	Alphabétisation	38	14,96
	Primaire	72	28,35
	Secondaire	43	16,93
Provenance	Universitaire	14	5,51
	Région de l'Oriental	250	98,42
	Urbain	203	79,92
Occupation / PEC par	Rural	51	20,08
	Secteur formel	9	3,54
(PEC = prise en charge)	Secteur informel	98	38,58
	Journalier	27	10,63
	Chômage	22	8,66
	Sans et PEC par la famille	92	36,22
	Sans et PEC par des bienfaiteurs	6	2,36
	Profil du patient	Avec reçu	41
Pathologie avant souscription au RAMED	Avec carte	213	83,86
	Pauvres	149	69,95
	Vulnérables	30	14,08
	Ne sait pas	34	15,96
Répartition par discipline	ALD	135	53,15
	Aigüe	49	19,29
	Rien	70	27,56
Répartition par discipline	Département Médical	140	55,12
	Département Chirurgical	79	31,11
	Département Mère-Enfant	35	13,78

Caractéristiques des patients RAMEDistes hospitalisés au CHR Al Farabi

eux. D'après nos questionnaires, 70% sont classés pauvres, 58% n'ont pas de revenu ou un revenu faible et instable, 39% sont totalement pris en charge par des tiers, notamment la famille (36%). En conséquence, les prestations recommandées étaient achetées moyennant de l'aide pour 52% des consultés (vs 66% du groupe avec une ALD). Le recours à l'emprunt était cité par 7%.

3 patients (sous hémodialyse) ont déclaré avoir renoncé depuis plus d'un an à l'achat des médicaments et des analyses biologiques. Le renoncement aux soins faute de moyens est constaté partout dans le monde, y compris dans des pays riches, mais plus fréquemment dans les pays pauvres. L'OMS, dans son rapport sur la santé dans le monde de 2010,

a précisé que les dépenses directes des ménages dissuadent les personnes d'utiliser les services de santé et les poussent à reporter des examens médicaux. On estime qu'une majorité des 1,3 milliard de pauvres du monde n'ont aucun accès aux services de santé, faute de pouvoir les payer.

Les prestations les plus prescrites étaient les médicaments (74% des RAMEDistes ont dû en acheter durant l'étude), suivi par les examens de laboratoire, la radiologie et les dispositifs médicaux, chez respectivement 54%, 24% et 16% des patients concernés. Le test de Tadla-Azilal a révélé que le médicament est indisponible dans les structures de soin pour 76% des prestations ; l'achat des médicaments et des explorations fonctionnelles était affirmé par 42% des interviewés ; 39% ont procuré des médicaments de

Mai 2014	Somme totale	Moyenne	Ecart-type	Médiane
Dép. Chirurgical	262 692	4 306	6 024	1 650
Dép. Médical	170 962	1 598	1 813	1 100
Dép. Mère-Enfant	14 860	646	831	250
ALD	168 512	1 638	1 831	1 100
Non ALD	198 882	3 180	5 303	910
Médicaments	60 345	420	875	260
Dispositifs médicaux	130 150	3 828	6 475	635
Imagerie	168 210	2 588	2 411	1 900
Examens laboratoire	89 809	781	567	650
Ensemble	448 514	2 348	3 908	1 041

Dépenses supportées par les RAMEDistes hospitalisés au CHR Al Farabi

leurs propres moyens. Les médicaments, prescription la plus fréquente, sont néanmoins les moins pesants : les RAMEDistes en ont payé en moyenne pour 420 Dh et 50% moins de 260 Dh. Les autres prestations ont nécessité : 781 Dh en moyenne (médiane à 650 Dh) pour les examens de laboratoire, 2 588 Dh (médiane à 1 900 Dh) pour les explorations d'imagerie et en moyenne 3 828 Dh pour les dispositifs médicaux (médiane à 635 Dh).

Des dépenses pour partie évitables

Les entretiens avec des médecins et des gestionnaires sur les raisons pour lesquelles les RAMEDistes doivent acheter ces prescriptions dans le privé ont dévoilé les facteurs suivants :

- rien ne mentionne sur le dossier du malade qu'il est RAMEDiste ;
- l'hôpital connaît de fréquentes pannes du scanner, des ruptures des réactifs pour examens de laboratoire et des pannes de certains automates ;
- certains médecins prescrivent les princeps et critiquent les génériques ;
- protocoles de soins non standardisés ;
- la commande des médicaments par le service dédié est une reconduite de commandes précédentes ou basée sur la consommation du mois précédent ;
- rupture de stock des médicaments et consommables par retard de livraison, mauvaise commande ou mauvaise gestion par certains services.

Malgré les dépenses dues à leur hospitalisation, 66% des RAMEDistes ont exprimé leur satisfaction à propos du RAMED ; 25% se disant très satisfaits. Respectivement 69% et 73% des patients ayant déjà fait usage du certificat d'indigence ont approuvé les formules : *"le RAMED permet de demander les soins avec dignité"* et *"facilite l'utilisation des services hospitaliers"*.

Le RAMED est un chantier de société. Le Maroc doit réussir ce chantier et trouver, en plus, des approches adaptées pour garantir une couverture maladie à toute sa population. Les expériences dans le monde sont riches, qu'il faut documenter et partager pour s'approprier les modèles les plus proches du contexte marocain, parallèlement à une juste compréhension de la couverture médicale existante par des études en ce sens.

D'autre part, la réussite du RAMED passe par la disponibilité d'une offre de soins accessible, notamment financièrement. Ceci ne prétend pas à l'adoption de la gratuité totale mais à des approches étudiées et adaptées. En ce sens, le mécanisme et les critères d'éligibilité au RAMED doivent être très rigoureux pour ne pas inclure ou exclure à tort des citoyens. De même, les études ont montré que les populations seraient prêtes à assumer les frais des soins à condition de bénéficier d'une prestation de qualité. Certains auteurs préconisent de maintenir une partie des frais à la charge du patient pour éviter la

surconsommation et valoriser les soins. Par ailleurs, créer une mutuelle, une assurance ou toute autre forme de prise en charge financière des malades n'a guère de sens lorsque la population n'a plus confiance dans le système de soins. Subséquemment, il est crucial de réhausser la qualité des services de santé, de renforcer l'offre de soins pour pouvoir ensuite relancer la demande et vice versa. De ce fait, le CHR Al Farabi doit proposer les prestations indispensables à la prise en charge des morbidités les plus fréquentes et/ou prioritaires qu'il est censé prodiguer de par sa vocation régionale.

Un CHR peut solvabiliser les démunis

À ce niveau, le Ministère de la Santé doit accompagner les hôpitaux, affecter les ressources et équipements nécessaires et procéder au recouvrement des recettes afférentes aux dossiers RAMED. Le CHR Al Farabi peut :

- établir des partenariats public-privé pour les prestations très demandées dont l'hôpital ne dispose pas, à l'exemple de l'IRM et de certaines analyses de laboratoire ;
- commander des médicaments selon les morbidités et des besoins réels des unités de soins et services techniques ;
- officialiser, via la cellule de l'assistance sociale, l'intervention de la société civile par des actes de bienfaisance concernant les équipements et les malades démunis, pratique connue dans la Région et nécessaire pour soulager le reste à charge lourd pour les RAMEDistes ;
- améliorer le système d'information et la communication entre le service d'admission et les services de soins pour assurer une traçabilité du passage du patient dans l'hôpital et la qualité des informations médicales et administratives portées sur le dossier du malade ;
- rationaliser les prescriptions et pour cela sensibiliser le personnel en matière de santé publique et d'économie de la santé (l'engagement du facteur humain est une exigence pour la réussite du RAMED) via la formation continue, mais aussi en intégrant ces modules dans la formation de base des professionnels.

Edeis commercialise son ingénierie, des services et la gestion d'infrastructures complexes. L'Hôpital en est une. Il y faut anticiper les tendances à court et moyen termes, s'inscrire dans les orientations du développement durable, des smart buildings, etc.

L'hôpital du futur en Afrique sera plus petit, plus spécialisé, plus concentré et surtout plus ambulatoire. Il sera plus petit par l'effet combiné du développement ambulatoire médecine/chirurgie et de l'arrivée des innovations technologiques. Il sera plus spécialisé et plus concentré, car sa morphologie sera adaptée à sa destination. Un bon exemple en est fourni par le modèle économique dit «Life Cycle Hospital» (Cycles de Vie) ; ce modèle, d'origine néerlandaise, est reconnu. Il permet :

- d'harmoniser la durée de vie des bâtiments avec la durée d'hospitalisation (PTM/Hospitalisation/Logistique) ;
- d'anticiper les travaux de rénovation, transformation et extension du bâtiment ;
- de prendre en compte le processus de travail.

Cette réflexion sur la séparation et la spécialisation des volumes conduit à concevoir et construire en fonction de couples coûts/obsolescence. En Afrique, on prendra le «virage ambulatoire», qui impactera fortement les infrastructures de santé de demain, par :

- son intérêt pour le patient (accessibilité/sécurité/qualité) ;
- son intérêt pour le personnel soignant (sécurité/confort) ;
- la rationalisation et la maîtrise des dépenses de santé (le patient est au bon endroit au bon moment) ;
- le décloisonnement de l'offre de soins au profit des parcours de soins.

Contraintes, exigences et vision

Quelle que soit la procédure, la réalisation d'un espace hospitalier demande un délai de conception, de construction et d'équipement de 10 à 20 ans. Donc, l'Hôpital africain de demain aura une architecture, mais surtout des process qui devront être plus flexibles et adaptables («flexi-adaptabilité»). Le montant de l'investissement doit être cohérent avec la notion de coût global, car il est lié au coût d'exploitation. Il faudra aussi antici-

per un éventuel afflux massif de patients (catastrophes, grandes pandémies, etc.). Dans ces perspectives, comment capitaliser sur l'existant ? Tendre vers un modèle plus ouvert et plus souple, c'est utiliser tous les leviers :



Demain, l'incontournable @ santé

- d'abord, celui du territoire pour cibler au mieux les futures populations rurales (sur les 2,5 milliards d'habitants du continent envisagés en 2050, les villes en accueilleront 60% à 70%) ;
- l'innovation (télémédecine/téléchirurgie) ;
- les futures technologies comme :
 - l'IRM low cost du MIT (50 000 US\$) ;
 - l'endoscope jetable, qui supprimera la stérilisation délicate de ces équipements ;
 - le Doppler à énergie solaire, etc. ;
- @ Santé (abolition des frontières pour les données).

Quel cadre légal et contractuel ?

Les besoins de financement sont très importants (estimés à 170 milliards de US\$ pour la santé en Afrique sur la période 2015-2030, dont 68 pour les infrastructures de santé). Les partenariats public-privé (PPP) sont l'une des solutions : c'est un outil mis en œuvre à travers un bail de longue durée pour déléguer une mission de service public. Les PPP sont probables, mais avec quelques conditions, dont :

- la bonne définition des besoins ;
- la définition des projets au niveau d'un «territoire de santé» ;

- le calage des études avec le Maître d'Ouvrage et les futurs exploitants ;
- une délégation, à imaginer, de tout ou partie de l'exploitation au privé sur contrat de performance.

Quelles caractéristiques pour les PPP ?

D'après l'expérience de plusieurs pays (France-Canada-Espagne-Chili) :

- réserver la procédure aux bâtiments neufs et simples et la proscrire pour une réhabilitation, notamment vu le problème particulier de la durée de vie d'un Plateau Technique Médical (l'utilisateur perd la Maîtrise d'Ouvrage, toutes les modifications coûtent très cher) ;
- la Maîtrise d'Ouvrage doit s'entourer de conseils (techniques, juridiques, financiers, voire stratégiques) ;
- adopter une programmation très précise, de type performantielle ;
- s'attendre à un dialogue compétitif très long (pour le demandeur, mais aussi pour l'offreur) ;
- savoir que le type de groupement choisi est stratégique pour la réussite du PPP.

Sur 25 ans, les coûts d'un bâtiment hospitalier se ventilent en 25% pour l'investissement et 75% pour l'exploitation.

Faut-il donc inventer un PPP Africain ?

C'est possible. Ce PPP s'adapterait aux situations sanitaires de chaque pays... voire de chaque région. Il permettrait :

- la remise à niveau des infrastructures de santé de tous niveaux d'une région ;
- pour les études, un modèle proche de ce que font les Chiliens (du Centre Hospitalier Universitaire et jusqu'aux dispensaires), développer les études jusqu'au stade de l'avant-projet et consulter pour le PPP sur cette base (donc, suppression du dialogue compétitif technique) ;
- une exploitation ajustée en fonction de la situation, qui peut même être partagée entre les acteurs publics et privés.

*Synthèse de la rédaction d'après
une communication au Forum Afrisanté 2016*



Économie de la santé en Centrafrique, entre crises et réformes

*Fernande NDJENBOT
Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Population
République Centrafricaine*

Elle-même médecin, Madame la Ministre livre un diagnostic rigoureux et sans concession sur l'état du dispositif de santé publique dans la RCA d'après-crise, où l'essentiel est à rebâtir et même ré-inventer. L'urgence est telle que la pensée économique peine à trouver sa place dans l'action, mais elle éclaire la réflexion. Toute une économie de la santé à repenser.

La RCA est un pays enclavé de 623 000 km², niché au cœur de l'Afrique.

Selon les projections du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2003), la population centrafricaine était estimée en 2015 à 4 953 000 habitants, avec un croît annuel naturel de 2,5%, 49% de jeunes âgés de moins de 18 ans et 50,2% de femmes. Le Nord-Est du pays demeure sous-peuplé, avec une densité de 0,9 habitants/km² dans la Préfecture de la Bamingui-Bangoran. La Préfecture la plus dense est celle de la Basse-Kotto, avec 17,5 habitants/km². La capitale, Bangui, atteignait une densité de 12 218 habitants/km² en 2014. 37,9% de la population vit en zone urbaine. Au plus fort de la crise de décembre 2013, on notait un mouvement de populations vers les villes qui semblaient plus en sécurité.

Des milliers de personnes ont été victimes des combats et d'agressions ciblées, certaines perdant la vie ou des biens, d'autres sont handicapées, et les déplacés sont près d'un million. A ce jour, plus de la moitié de la population dépend de l'aide humanitaire. Les périodes récurrentes d'instabilité et de vio-

lence, exacerbées par les événements de 2013, ont abouti à une aggravation sans précédent de la vulnérabilité de la majeure partie de la population, à partir d'un niveau pré-existant d'extrême pauvreté, car, avant la crise, la République Centrafricaine était déjà classée au 179ème rang⁽¹⁾ sur 187 pays selon l'Indice de Développement Humain. Fin 2013, le PIB par habitant était de 333,20 USD, en baisse de 33% par rapport à 2010⁽²⁾.

Hormis 835 km de routes bitumées, le réseau routier interne (24 000 km) est constitué de routes nationales, régionales, et de pistes rurales, presque toutes à ce jour impraticables. Dans certaines localités, les routes sont interrompues par des cours d'eau, ce qui oblige à utiliser des bacs ou pirogues. Le réseau aérien domestique compte 4 aéroports bitumés, dont l'utilisation est limitée par les inondations pendant la saison des pluies, voire par le manque d'entretien.

Pour les télécommunications, les Directions Régionales et Préfectorales ainsi que certains Centres de santé qui étaient équipés en radio VHF, ont tous été pillés. Les émetteurs de la gendarmerie, de la police et des entreprises privées,

peuvent être utilisés par les structures de santé. La téléphonie mobile facilite la communication entre les principales villes du pays ; Internet génère une téléphonie très limitée.

L'état de santé et la situation sanitaire de la population

Le taux de mortalité avait connu une baisse progressive sensible, de 26‰ en 1959, à 18‰ en 1975, pour atteindre 17‰ en 1988. A partir des années 1990, la situation sanitaire a commencé à se dégrader. L'épidémie du VIH/SIDA combinée à la profonde dégradation des conditions de vie de la population sont les principaux facteurs de l'aggravation de la mortalité globale⁽³⁾, passée à 20,06‰. L'espérance de vie est passée de 49 ans en 1988 à 43 ans en 2003

1- La santé de la mère et de l'enfant

La fécondité est précoce et se poursuit durant toute la vie génésique. La fécondité des adolescentes pose d'énormes défis de santé compte tenu des risques de complications de la grossesse et de l'accouchement, dont les fistules obstétricales.

2- Les principales maladies menaçant la survie de l'enfant

2.1. Maladies diarrhéiques

Leur prévalence est plus élevée chez les enfants de 1 à 3 ans (23,7%), avec un pic entre 12 et 23 mois (33,3%).

La prise en charge des cas de diarrhée chez l'enfant par le SRO, qui avait connu un essor entre 2000 et 2006 avec une couverture passée de 17,2% à 34,3%, a rechuté en 2010, à 15,6%.

2.2. Infections Respiratoires Aigües (IRA)

Elles sont la seconde pathologie chez les moins de 5 ans. Au plan national, la prévalence de la pneumonie est estimée à 6,9%, proportion stable comparée à 2006.

La couverture de la prise en charge des IRA est restée stable pendant une décennie (39% en 2006) ; elle est descendue à 31,3% en 2010.

2.3. Paludisme

C'est l'une des principales causes de décès des moins de 5 ans. Il cause aussi l'anémie des enfants et l'absentéisme scolaire. Des mesures préventives, dont les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), peuvent réduire fortement la mortalité du paludisme chez les enfants.

2.4. Malnutrition

La malnutrition aiguë demeure l'une des 5 premières causes de mortalité des moins de 5 ans. L'enquête SMART 2012 (Unicef) montre que les immenses potentialités du pays ne sont pas mises à profit pour leur bonne alimentation. Le taux global de malnutrition aiguë sévère est de 7,8%, tandis que le taux de malnutrition chronique a augmenté au cours des 4 dernières années pour atteindre 40% en 2012.

La carte des niveaux de vulnérabilité montre que, avant la crise, la situation nutritionnelle était déjà préoccupante.

2.5. Infection au VIH

La mortalité due au SIDA n'est pas très bien documentée, bien que l'infection au VIH fasse partie des 10 premières causes de mortalité infantile. Le taux de transmission mère/enfant est de 9,83%, loin de l'objectif de l'élimination fixé à moins de 5%.

Indicateur	Situation du pays	Commentaire
Mortalité infantile	116‰	97‰ en 1995, puis 132‰ en 2003 et 116‰ en 2010
Taux d'accouchements assistés	53,8%	
Prévalence contraceptive	9,3%	
Besoins non satisfaits en PF	27%	
Mortalité maternelle	890 pour 100 000 NV	La 3 ^{ème} plus élevée au monde
Indice synthétique de fécondité	5,1	
Taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans)	22,9%	Inclut en partie la hausse des taux de mortalité et de morbidité maternelle
Taux de mortalité infanto-juvénile	179%	8 ^{ème} rang parmi les pays les plus affectés au monde.

Principaux indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant

2.6. Maladies évitables par vaccination

En 2013, seules 365 des 758 FOSA accessibles mènent les activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV), soit une couverture géographique de 48%. Le pillage des équipements de la chaîne de froid et des moyens de transport a limité les centres PEV fonctionnels à 290.

Seuls 13% des enfants sont complètement vaccinés à l'âge de 1 an.

3- Situation de la triade Paludisme, Tuberculose et VIH SIDA

3-1- Paludisme

C'est l'une des premières causes de morbidité et de mortalité chez les moins de 5 ans. Il serait responsable de 58% des consultations externes (vs 40% en 2001) et de 54% des décès hospitaliers (vs 23% en 2005).

3-2- VIH/SIDA

La prévalence de l'infection au VIH chez les adultes de 15 à 49 ans était de 4,9% en 2010, contre 6,2% en 2006.

Une grande disparité existe entre Préfectures : de 1% dans l'Ouham à 11,9% dans le Haut Mbomou. L'épidémie est donc de type généralisé. La séroprévalence est plus élevée en milieu urbain (7,9%) qu'en milieu rural (2,9%), tendance observée pour les femmes (10,3% vs 3,7%), les hommes (4,8% vs 1,9%) et les jeunes (4,4% vs 1,6%).

3-3- Tuberculose

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) donne une inci-

dence de 367 cas/100 000 habitants en 2012, toutes formes cumulées, et une prévalence de 520 cas/100 000 habitants. Les cas notifiés de tuberculose atteignent 8 623, avec 4 199 nouveaux cas TPM+.

Le taux de létalité de la tuberculose est passé de 2% à 5% de 2008 à 2011. Selon l'Institut Pasteur de Bangui en 2009, le niveau de résistance primaire à au moins une molécule est de 14,7%.

3-4- Maladies Non Transmissibles

Les maladies cardiovasculaires, selon les données hospitalières 2008-2010 concernent 197 cas, dont 16 décès, pour les AVC et 85 cas pour les cardiopathies rhumatismales.

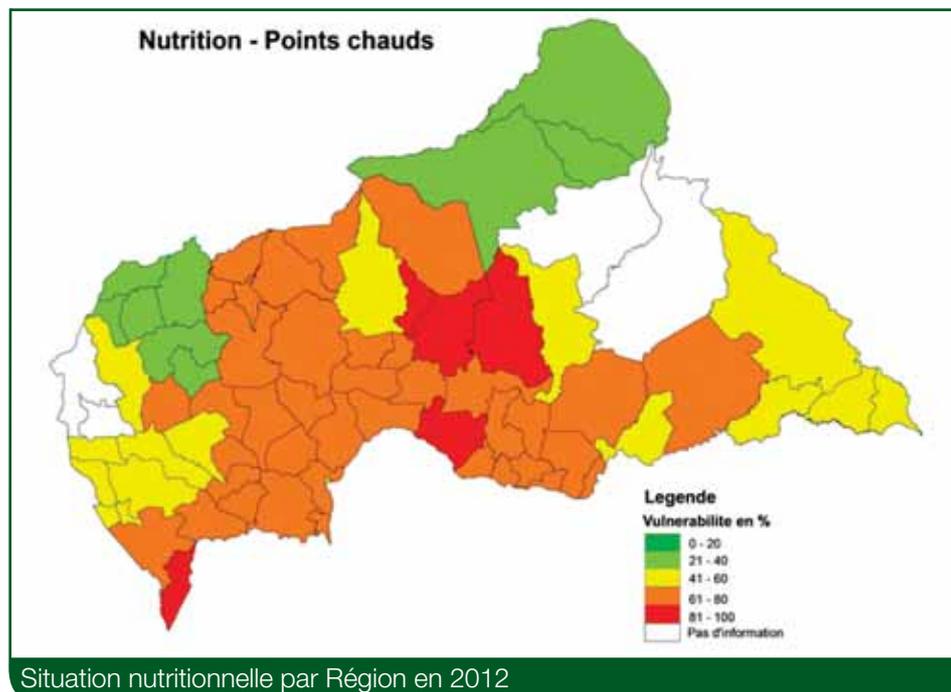
L'hypertension artérielle affiche une prévalence de 34,5%. 90,7% des hypertendus ne sont pas sous traitement.

Le diabète touche 19,6% des adultes. Le pourcentage des personnes sous traitement contre l'hyperglycémie connue est de 0,8%.

Les cancers rapportés de 2008 à 2010 comptent 245 cas, pour 153 décès. Les plus fréquents sont ceux du sein (66%), du col de l'utérus (64%), de la prostate (34%), du foie (28%), du colon et du rectum (26%) et les lymphomes non Hodgkiniens (14%).

Les maladies respiratoires chroniques, de 2008 à 2010, ont concerné 4 258 cas de broncho-pneumopathies obstructives rapportés, ainsi que 132 cas d'asthme, sans aucun décès.

Le tabagisme est la principale cause des maladies non transmissibles. Sa



prévalence en milieu scolaire atteint 9% et 14,1% chez les 25 - 64 ans (hommes 22,8%, femmes 5,5%).

La consommation abusive d'alcool sévit : 36,3% des hommes consomment par jour 5 verres standards ou plus d'alcool et 20,3% des femmes 4 verres standards ou plus.

L'inactivité physique concerne 24,7% de la population (20,4% des hommes, 29% des femmes).

La consommation insuffisante de fruits et légumes (moins de 5 portions par jour) touche 66,1% des sujets (70,8% des hommes, 61,5% des femmes).

3-5- Troubles mentaux

1 959 cas de problèmes mentaux sont rapportés de 2008 à 2010, dont 314 épilepsies, 1 261 psychoses et 300 malades errants.

3-6- Autres maladies chroniques

599 cas de drépanocytose sont rapportés de 2008 à 2010. Pour les affections oculaires, 5 193 cas ont été notifiés, dont 135 cas de cataracte.

Pour les affections auditives, 867 cas ont été rapportés, dont 330 patients avec handicap. L'émergence des violences et des traumatismes en fait également un problème de santé publique. Les données statistiques ne sont pas disponibles.

4- Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Une enquête de 2008 dans 8 Préfectures sur les 16 que compte le pays montre qu'elles sont toutes endémiques de la Filariose lymphatique. Depuis 1998, l'Onchocercose est endémique dans 10 Préfectures (6 042 villages) où vit près de la moitié de la population.

La cartographie des autres MTN - telles la Schistosomiase, les Géo-helminthiases et le trachome - n'est pas encore complète.

Depuis fin 2005, la RCA a atteint le seuil de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique national (moins de 1 cas pour 10 000 habitants). En fait, la maladie est confinée à des régions précises, où ce seuil n'est pas atteint. Depuis 2008, ce programme manque de financement. La situation est aggravée par les crises, qui ont favorisé la promiscuité liée aux regroupements des personnes sur des sites sans organisation adéquate de l'hygiène et de la salubrité.

La Trypanosomiase Humaine Africaine sévit dans 5 foyers endémiques). La RCA en est un pays à forte endémicité (plus de 1 cas / 1 000 habitants).

Le Ver de Guinée ou Dracunculos est éradiqué en RCA depuis 2002 : la certification en a été faite en 2006. L'enjeu réside dans les pays frontaliers encore fortement endémiques (Tchad, Soudan et Soudan du Sud). De 2006 à 2012,

aucun cas de Ver de Guinée n'a été notifié en RCA. Ceci peut éventuellement être dû à une défaillance du système de surveillance consécutive à la crise.

Un cas d'Ulcère de Buruli a été confirmé en octobre 2006 pour la première fois en RCA, mais l'ampleur de la maladie n'est pas encore bien connue.

Le Pian est endémique dans 2 Préfectures avec une nette prédominance en milieu pygmée.

La gouvernance et le leadership

L'organisation du système de santé est pyramidale à 3 niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Elle est régie par le Décret n° 05.121 du 06 juin 2005, portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le SIDA. Le niveau central est responsable de la conception, la coordination et l'encadrement de la politique générale du secteur, ainsi que des actions d'envergure nationale. Il comprend le Cabinet du Ministre, la Direction de Cabinet, 3 Directions générales, 12 Directions centrales subdivisées en services et sections. A ce niveau se trouvent les Etablissements de diagnostic et de traitement de référence nationale appuyant la formation universitaire, médicale et paramédicale.

Au niveau intermédiaire, 7 Directions régionales assurent l'appui technique et le suivi de la mise en œuvre des politiques définies au niveau des Districts sanitaires. Les Directions régionales relèvent de la Direction de Cabinet. Le niveau périphérique comporte 12 Préfectures sanitaires, 10 districts sanitaires et les 8 circonscriptions sanitaires de Bangui. La crise a entraîné le désengagement de certains des principaux bailleurs de fonds appuyant le secteur et le système de santé, dégradé à l'extrême, ne peut assurer l'accessibilité à des soins de qualité pour la majorité de la population. La faible performance de l'administration sanitaire résulte principalement d'une organisation peu adaptée, d'une insuffisance de liens fonctionnels, procédures et outils, et de l'insuffisance et l'instabilité des ressources humaines formées.



Urgences et catastrophes

Les principales crises humanitaires, en dehors des crises politico-militaires : 8 crashes d'avion ces 20 dernières années (120 morts et plus de 300 blessés), les inondations et pluies diluviennes, les accidents de la voie publique, les naufrages à répétition des baleinières, les feux de brousse et incendies de citernes d'essence, des épidémies de méningite à méningocoque, grippe, hépatite virale et rougeole.

Face à cela, le Gouvernement a mis en place par un Arrêté de 2005 un Comité Interministériel chargé de la coordination en cas de calamités et de catastrophes naturelles. Un autre Arrêté a fixé les modalités de prise en charge des urgences dans les FOSA. Mais ces textes ne sont pas mis en œuvre et des faiblesses structurelles, logistiques, opérationnelles et financières retardent le développement de la capacité de réponse aux urgences. L'absence de mécanismes de gouvernance de la prise en charge des urgences en milieu hospitalier reste patente. Dans les 5 hôpitaux de référence de Bangui, on note :

- l'insuffisance fonctionnelle des structures de prise en charge des urgences, avec un transport pré-hospitalier précaire des victimes ;

- une insuffisance ou une faible capacité des salles de réanimation ;
- l'insuffisance des moyens roulants, des réactifs de laboratoire, du matériel de réanimation, d'oxygène, de radiologie, des films et cartes pour l'imagerie médicale, en dehors du Complexe Pédiatrique de Bangui ;
- l'insuffisance en quantité et qualité des Services des Urgences et leur faible capacité d'accueil ;
- l'absence de plan hospitalier face aux urgences et catastrophes ;
- l'absence de préparation et de formation au management d'un afflux massif de victimes multiples ;
- l'absence de Service de Réanimation et Soins intensifs de grandes capacités ;
- le dysfonctionnement du système de référence et contre-référence ;
- l'insuffisance du nombre de morgues et leur faible capacité d'accueil.

De même, on note une absence totale des mécanismes de prise en charge des urgences en milieu extra-hospitalier. Les kits d'urgence sécurisés dans des salles de stockage au sein des FOSA manquent pour la précocité de la prise en charge d'éventuelles urgences sanitaires. Ces kits d'urgence sont souvent rendus difficilement disponibles par les partenaires techniques et financiers.

L'offre de services de santé

Sur 814 FOSA en 2014, seules 55,3% sont fonctionnelles au niveau national ; la part non fonctionnelle variant de 51,7% à 17,9% selon la Région.

Infrastructures

96,1% des FOSA sont des Centres de Santé ou Postes de Santé. Au niveau national, 27,5% des FOSA ont été partiellement ou totalement détruites, avec une grande disparité selon la Région : de 6,5% à 46,1%. Il faut une analyse plus approfondie pour arriver à une planification rationnelle des reconstructions et mobiliser les ressources nécessaires. L'analyse montre aussi une inégale répartition selon les régions : une seule à plus de 2 structures pour 1 000 km².

Equipements biomédicaux

Au niveau des FOSA périphériques, la liste des équipements prévus est assez exhaustive, par nature et qualité. Mais elles restent sous-équipées en dépit d'importants apports extérieurs (logistiques, matériels de froid et matériels biomédicaux), souvent mal gérés, mal entretenus et parfois inadaptés. Les amortissements et remplacements du matériel ne sont pas planifiés. Tout ceci a généré la faiblesse des plateaux techniques et donc des prestations de faible qualité. Cette situation a été aggravée par la crise, avec la destruction massive des infrastructures et le pillage des matériels et mobiliers de bureau, matériels biomédicaux et autres équipements, dont l'essentiel a été fourni par les partenaires du développement. Des 81 véhicules ne restent que 56 disponibles ; les actes de vandalisme ont concerné 80% des moyens roulants des FOSA de l'arrière-pays.

La destruction et le pillage des infrastructures sanitaires ont dégradé certaines sources d'énergie indispensables aux activités sanitaires, notamment les kits solaires et groupes électrogènes ; par manque d'approvisionnement en carburant et kit de remplacement, la plupart des groupes électrogènes et panneaux solaires sont inutilisés.

L'accès à l'eau potable reste un problème : les 561 approvisionnements en eau mobilisés comportent notamment



le tabagisme, l'alcoolisme, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique. Sur 11 radios communautaires avec lesquelles la Direction de la Communication en matière de Santé collabore dans le cadre de la mobilisation sociale, seules 6 sont opérationnelles. Toutes les radios de communication au niveau des FOSA périphériques sont soit en panne, soit pillées.

Le financement du secteur

En 2013, environ 5% des dépenses des soins de santé étaient assurés par le Gouvernement. Le pays restant fortement dépendant de l'aide extérieure, le secteur de la santé a besoin d'autres ressources et de méthodes alternatives de financement. Au plan interne, avant la crise de 2012, les sources de finan-

cement étaient l'Etat, les ménages, les communautés, les collectivités territoriales et le secteur privé. Sur le plan externe, le financement provient des dons et prêts, principalement à travers les coopérations. Les allocations budgétaires de l'Etat pour la santé représentent en moyenne 9% du Budget général de l'Etat, en deçà du seuil prôné par la Déclaration d'Abuja : 15%. Par ailleurs, compte tenu des tensions de trésorerie, beaucoup de décaissements ne sont pas effectués.

Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, la participation communautaire était le moyen de financement approprié pour atteindre les bénéficiaires sous deux formes : le recouvrement des coûts et l'approche participative pour certains investissements, comme les constructions ou réhabilitation d'infrastructures.



Le recouvrement des coûts, instauré en 1994, s'effectue par l'achat des médicaments, les consultations, les actes et hospitalisations. Il n'existe aucune mutualisation des risques ou des ressources hors le Budget de l'État : aucune protection ou subvention croisée. Ceci pose un problème d'accès équitable aux soins de santé de qualité pour tous. L'approche participative se mesure par la contribution de la communauté sous forme de travaux manuels, apports de matériaux et contribution financière directe pour la construction des postes, cases de santé et pharmacies villageoises.

Les directives ministérielles de 2013 préconisent la gratuité ciblée des soins en faveur des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et allaitantes, ainsi que pour des cas d'urgence vitale, sur tout le territoire, pour une durée d'une année.

Principaux problèmes et défis

Les principaux problèmes et défis auxquels la RCA doit faire face dans le contexte particulier de crise actuelle, où coexistent programmes d'urgence et volonté de relance du système de santé, obligent à réussir le passage des interventions d'urgence aux interventions de développement.

Le contexte est celui d'un système dévasté par les belligérants des conflits armés, presque totalement à reconstruire, donc dépourvu de beaucoup des moyens matériels nécessaires, même parmi les plus cruciaux.

S'y greffe l'insuffisance en nombre et qualité des ressources humaines et divers problèmes hérités de la période précédente, comme les questions non résolues d'approvisionnement en médicaments et l'absence de moyens de l'Etat pour les contrôler.

Enfin, le million de personnes déplacées crée une situation d'urgence sanitaire et de fragilité extrême, aggravée par les catastrophes récurrentes pour lesquelles le pays ne parvient pas à s'organiser.

1- Rapport Développement Humain 2013 PNUD
2- Rapport OMD RCA 2010
3- RGPH 2003



L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris dans le contexte contraint des dépenses de santé en France

Dr. Florence VEBER

Directrice de la Délégation aux relations internationales
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

L'auteur est médecin et anime des partenariats et coopérations que l'AP-HP, énorme entreprise de santé publique, noue avec de nombreux pays. Premier facteur partagé : la contrainte financière. La diète économique a généré des solutions ; sont-elles appropriables ailleurs ?

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) est une structure hospitalière unique en France et en Europe par sa taille : une seule entité juridique gère 39 hôpitaux regroupés en 12 groupes hospitaliers.

Elle est forte de 95 000 salariés, dont 20 000 médecins et 275 directeurs d'hôpitaux.

Depuis sa constitution en 1848, elle n'a cessé de s'adapter à l'évolution des pathologies et au contexte réglementaire et financier dans lequel elle évolue.

Pour mémoire, rappelons que les dépenses de santé croissent régulièrement en France et ce plus rapidement que l'économie générale du pays. Ainsi, elles représentaient 7,1% du PIB en 1985, 8,7% en 2008, pour atteindre en 2016 un peu moins de 12%. La structure de ces dépenses s'établit ainsi :

- 44% pour les dépenses hospitalières, qui représentent donc une part très importante ;
- 27% pour les dépenses de la médecine de ville ;
- 20% pour les médicaments.

Depuis 1945, la France a fait le choix

de couvrir le risque de la maladie par la solidarité nationale, qui s'est étendue progressivement pour devenir, à partir de 1999, la CMU (Couverture Maladie Universelle). La structure du financement des dépenses de santé est restée relativement stable au fil du temps :

- 76% pour la part publique (Etat et Assurance Maladie) ;
- 13% par les mutuelles et assurances privées ;
- 9% représentent le reste à charge pour les ménages.

Mais, à l'hôpital, la part publique est plus importante, avec une prise en charge de l'ordre de 90%. S'ajoutent à cela les cas pour lesquels la prise en charge s'effectue à 100% :

- une liste d'affections de longue durée comprenant 30 pathologies sévères et chroniques ;
- les examens obligatoires pendant la grossesse et les frais à partir du sixième mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement ;
- les soins résultant des accidents du travail.

C'est d'ailleurs surtout en raison de

sa bonne accessibilité aux soins que le système de santé français avait été classé numéro 1 en 2000 par l'OMS.

Le service public français face aux contraintes économiques

En fait, le rythme de croissance annuelle des dépenses de santé est proche depuis 20 ans de 3%, ce qui n'est plus compatible avec le taux de croissance économique en France, ni avec le taux de chômage puisque la moitié des ressources de la Sécurité Sociale provient des cotisations liées au travail. D'ailleurs, le parlement français vote tous les ans, depuis 1995, un Objectif National pour les Dépenses de l'Assurance Maladie, dont le taux de croissance dans les dernières années est proche de 2 à 2,5%. La réduction des dépenses de santé est donc un sujet majeur d'actualité et, dans ce contexte extrêmement contraint, la France est confrontée à un triple défi :

- vieillissement de sa population ;
- hausse des dépenses liées aux affections de longue durée (le nombre de bénéficiaires devrait passer de 10 millions en 2016 à 15 millions en 2020) ;
- inégalité d'accès aux soins, malgré



L'hôpital européen Georges Pompidou, issu du regroupement de trois hôpitaux anciens pour optimiser de nombreuses fonctions et maximiser la capacité d'investissement

la CMU (inégalités territoriales - avec des déserts médicaux - et inégalités sociales).

L'hôpital public reste cependant en France un service public majeur, qui soigne, sans distinction aucune, tous ceux qui s'adressent à lui. Il bénéficie d'une excellente image dans la population et il est source d'une grande fierté pour le personnel qui y travaille. Cet hôpital public s'est construit au fil du temps avec une vocation d'excellence, notamment pour les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). En 1958, une réforme a imposé le plein temps hospitalier, autorisant les médecins à temps plein à avoir une activité privée à l'hôpital pour 20% de leur temps, sachant qu'ils ne peuvent travailler en même temps à l'hôpital public et dans une clinique privée.

Les modes de tarification et les stratégies d'optimisation

L'hôpital a longtemps été financé sur la base du prix de journée, ce qui n'encourageait pas à réduire la durée de l'hospitalisation.

En 1983, le concept de budget global est institué, auquel on a reproché l'absence d'incitation à produire de l'activité. La tarification à l'activité entendait corriger ce défaut. Elle a été rapidement étendue, en 2008, à l'ensemble de la médecine dite «aiguë» et a conduit à diminuer les durées de séjour à l'hôpital et à développer les activités ambulatoires, mais elle n'est pas adaptée à certains types de soins (soins palliatifs, gériatrie, etc.).

Dans ce contexte financier, l'AP-HP est confrontée à un certain nombre d'enjeux majeurs :

- sur le plan budgétaire, comment parvenir à dégager des marges de manœuvres pour investir dans le renouvellement du matériel, condition majeure de l'innovation et de l'attractivité ?
- pour les ressources humaines, comment rendre attractives les carrières hospitalières, surtout dans les disciplines à garde (chirurgie, anesthésie, réanimation) ou dans celles qui sont mieux rémunérées dans le privé (radiologie) ?
- comment faire évoluer la gouvernance administrative et médicale tout en préservant les cohésions d'équipes indispensables à la sécurité des soins et en améliorant l'organisation des soins ?
- comment insérer l'hôpital dans un projet territorial de santé avec l'ensemble des acteurs de l'offre de soins ?
- comment maîtriser le partage du système d'information ?

Pour répondre à ces différents enjeux, l'AP-HP a mis en œuvre plusieurs stratégies :

- la mutualisation d'un certain nombre de fonctions (les achats d'équipements et de produits de santé au sein d'une agence unique, la lingerie sous la forme d'une lingerie unique de type industrielle quasiment automatisée, certaines fonctions liées aux repas, externalisées avec d'ailleurs un succès modéré) et une réflexion pour évoluer vers des pôles de biologie regroupés ;
- la mutualisation des équipes de direction, en regroupant ses 39 hôpitaux en 12 groupes hospitaliers ;
- la rénovation du parc hospitalier en diminuant le nombre de lits (en 2000, elle a ouvert l'hôpital européen Georges Pompidou, qui a rassemblé 3 hôpitaux, et 2 autres grands hôpitaux - Bichat et Beaujon - seront bientôt réunis pour constituer un nouvel hôpital, avec 25% de lits en moins), ce qui conduit à réduire les surfaces et l'effectif du personnel et permet à la fois la réalisation d'économies et l'adaptation des prises en charge à certaines évolutions de la médecine moderne (davantage de séjours en ambulatoire, prise en charge globale non exclusivement à l'hôpital mais avec le relais de l'hospitalisation à domicile) ;
- la valorisation d'une partie du patrimoine immobilier en se recentrant sur son cœur de métier - le soin - alors que l'AP-HP avait fini par développer de nombreux lits de long séjour pour les personnes âgées (certains de ces lits sont passés dans le domaine médico-social, car ne relevant pas du domaine médical) ;
- enfin, au niveau de chaque hôpital, l'AP-HP a initié, avant même l'inscription dans la loi, des regroupements de services par pôles d'activités et elle poursuit en permanence un travail sur les



Deux enjeux majeurs : les moyens matériels et les ressources humaines

organisations de soins pour les rendre plus performantes, sujet qui reste un enjeu majeur face à une concurrence liée à la modalité de financement par l'activité.

L'AP-HP s'est également dotée d'une feuille de route sous la forme d'un plan stratégique qui vise avant tout à améliorer le service aux patients avec des objectifs très précis et des indicateurs mesurés régulièrement (par exemple en termes de temps d'attente aux urgences ou de délai de prise en charge des cancers). Cela suppose souvent de changer des comportements, de réformer le management, et de placer le patient au cœur de nombreuses réflexions et décisions. En effet, c'est souvent lui qui va, au final, être une force d'évolution non discutable.

Leçons à tirer ; expériences à partager

Ces enjeux peuvent se retrouver à divers degrés et avec certaines spécificités dans beaucoup de pays. La pénurie de ressources humaines en santé et l'existence de déserts médicaux sont des réalités de la plupart des pays africains. L'insuffisance des ressources pour financer les budgets de fonctionnement adéquats aux objectifs poursuivis et aux soins à prodiguer se conjugue souvent avec des comportements de gestion inappropriés entraînant un cercle vicieux que seule peut rompre une volonté politique très forte, associée à des rémunérations correctes et à des conditions de travail motivantes. Les pays d'Afrique francophone ont hérité d'une organisation de santé calquée sur le modèle français, mais qui a peu évolué depuis les indépendances, alors que les budgets d'Etat se sont fortement dégradés, que le secteur informel domine et que l'Assurance Maladie commence tout

juste à se mettre en place. Dépendant de nombreux programmes de financements extérieurs, quelle est la réelle liberté pour un Ministère de la Santé, traditionnellement faible, de mener une véritable politique de santé sur le long terme ?

L'offre de soins, comme le rappelle l'OMS, n'est que l'un des 6 piliers d'une politique de santé qui doit aussi s'intéresser au recueil de données de santé fiables, à la formation des ressources humaines, à l'approvisionnement en produits de santé sûrs, à la solvabilité du système et à une gouvernance de qualité. La question hospitalière est aujourd'hui d'une acuité particulière face au défi de la transition épidémiologique, avec notamment la prise en charge des

pathologies chroniques, en forte croissance.

La France est très attachée à la notion de service public, dont fait partie l'hôpital public, témoin et conséquence d'un Etat garant d'une certaine égalité entre les citoyens face à la maladie et à l'accès aux soins. Ce concept est-il transférable en Afrique ? Cette question complexe pourrait favoriser des expérimentations - notamment de gestion déléguée - tout en gardant un esprit de service public ; en France, les hôpitaux privés participant au service public sont une illustration de ce concept.

Enfin, la vision territoriale suppose de développer des offres de proximité de qualité avec de réels plateaux techniques fonctionnels et connectés aux quelques hôpitaux de surspécialités aujourd'hui incontournables. Cette notion de planification territoriale pourrait aller jusqu'à la constitution d'une seule équipe soignante de territoire pour renforcer l'attractivité et la délégation

de tâches encadrée. Elle suppose une réflexion sur le rôle des structures de proximité et des systèmes d'information partagés. Surtout, elle suppose une véritable autonomie des structures de soins avec des budgets propres et une autorité hiérarchique sur le personnel de soins, avec des procédures de contrôle réelles mais souples.

Deux outils pour travailler ensemble

L'AP-HP a formé de nombreux médecins africains et continue d'accueillir, selon différents statuts, environ 450 médecins étrangers par an. Elle a créé deux entités afin de participer au développement des structures hospitalières de référence :

- d'une part, une Délégation aux relations internationales, pour structurer divers types de coopérations et proposer des accueils individualisés pour des formations de professionnels de santé

dans le cadre d'accords institutionnels ;

- d'autre part, une filiale dénommée AP-HP International (société de droit privé) dont l'AP-HP est seule actionnaire, pour proposer des services à l'international issus de l'expérience de l'institution et de son savoir-faire (conseil et expertise en stratégie médicale, élaboration et suivi de programmes complets de formation, accompagnement adapté à chaque structure pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en vue d'une accréditation ou labellisation, assistance à la maîtrise d'ouvrage pour moderniser des infrastructures hospitalières).

AP-HP International partage et diffuse par son action les valeurs d'excellence, d'intégrité et de solidarité qui caractérisent l'AP-HP. Elle axe son développement tout particulièrement sur la réponse aux besoins importants des pays d'Afrique francophone.

AP-HP International travaille déjà au Congo et au Bénin et développe plusieurs projets à mener au Gabon et en Côte d'Ivoire.





Le financement de la santé au Ghana : une économie portée par l'assurance

Dr. Samuel OPOKU GYAMFI
ONG Yenda
Healthrope International - Ghana

Médecin et militant du monde associatif, l'auteur relève la corrélation entre l'économie générale - nationale et même mondiale - et l'économie de la santé dans son pays, le Ghana. Les volontés politiques et les cadres institutionnels ont créé un contexte ; les premières ont fait les décisions, les seconds les ont rendues possibles. La traduction est simple : des investissements et le financement d'un système d'assurance maladie.

«La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût», comme on le dit souvent.

Selon le Mahatma Gandhi, la santé est la vraie richesse et non les pièces d'or et d'argent. Tout à fait vrai aussi. Néanmoins, les tendances économiques et financières mondiales d'aujourd'hui font de l'argent un facteur incontournable dans la poursuite de nos objectifs : une meilleure santé et une meilleure qualité de vie pour nos populations. Ceci veut dire qu'un bon niveau de financement en matière de santé pourrait influencer de façon significative, sinon absolue, la qualité de la vie, ainsi que l'espérance de vie, de nos populations.

Selon les dernières statistiques de l'OMS en 2014, les dépenses de santé exprimées en pourcentages des Produits Intérieurs Bruts (PIB) nationaux en Afrique représentaient en moyenne à peine plus de 10%, comparées à celles de l'Europe et des États-Unis d'Amérique qui atteignaient respectivement 13% et 17,1%. Il serait bien de reconnaître les efforts fournis par certains



pays africains, comme l'Afrique du Sud, l'Algérie et la Namibie (avec respectivement des dépenses de santé à 8,8%, 7,2% et 8,9% de leur PIB), mais il nous faut admettre qu'à part ces pays qui essaient de faire exception sur ce continent extrêmement riche, la plupart des autres pays ont des dépenses de santé inférieures à 5% de leur PIB, à l'exemple

de l'Angola, du Gabon, du Nigeria et de mon propre pays, le Ghana (avec des dépenses respectives à 3,3%, 3,4%, 3,7% et 3,6% de leur PIB). Par cette simple approche de la problématique de l'économie de la santé, nous pouvons vite conclure qu'il faudra fournir un grand effort pour atteindre les objectifs fixés en matière de santé en Afrique.

Nous allons nous focaliser ici spécifiquement sur le Ghana, un pays de l'Afrique de l'Ouest d'environ 238 540 kilomètres carrés, peuplé de près de 26 millions d'habitants. Le Ghana est le deuxième pays producteur mondial de cacao après la Côte d'Ivoire ; il est également doté d'autres ressources naturelles comme l'or, le diamant, le bois et - découverte toute récente - le pétrole, sachant que l'économie de ce pays repose principalement sur l'exportation de ces ressources. Il faut noter que le Ghana fait partie des pays africains subsahariens dont le taux de croissance économique est élevé et le développement exponentiel, avec une hausse annuelle moyenne du PIB d'environ 6,92% sur les seize dernières années. Le pays

est doté d'une démocratie stable et exceptionnelle : depuis 1992, quatre changements de gouvernement se sont effectués de façon paisible.

Après toutes ces bonnes nouvelles, qu'en est-il en ce qui concerne la santé ? Peut-on en conséquence constater des développements positifs aussi satisfaisants dans le domaine de la santé que pour l'économie ?

Priorités, arbitrages et moyens mobilisés

Lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies de septembre 2015, les Objectifs du Développement Durable (ODD) ont été définis : l'ODD 3 était précisément «Accès à la santé». Cet objectif vise à diminuer les inégalités d'accès aux soins et à répondre de façon prioritaire aux besoins des femmes, des enfants et des personnes les plus pauvres, les plus défavorisées.

Selon l'OMS, la mortalité maternelle aurait pratiquement diminué de 44% à l'échelle mondiale. Pour le Ghana, la recherche d'un meilleur accès aux soins remonte à la fin des années 1950, où existait une assurance santé nationale pour toute la population qui était encore loin d'atteindre dix millions d'habitants. Cette assurance était financée par les impôts. La stagnation économique des années 1970, couplée aux autres problèmes, tels que la croissance exponentielle de la population, l'instabilité politique, le manque de médicaments et de ressources pour construire des infrastructures adéquates, on conduit le pays à adopter le système payant, «Cash and Carry».

Ce nouveau système ne favorisait pas les pauvres, soit presque la moitié de la population. Le gouvernement, déterminé à aider sa population, cherchait d'autres remèdes pour la santé, ce qui a provoqué l'avènement de l'assurance santé communautaire - Community Based Health Insurance Schemes (CBHIS) - en 1990. Malheureusement, le taux de couverture par cette assurance n'atteignait que 1% au niveau national. Treize ans plus tard, en 2003, le Ghana lance à nouveau une assurance santé nationale sous «l'acte 650 du Gouver-

La priorité était de faciliter l'accès aux soins aux femmes, aux enfants et aux pauvres. Le gouvernement est passé à l'action, dépassant les simples promesses et les politiques de santé, en investissant plusieurs centaines de millions de dollars US dans le domaine de la santé ces dernières années. Des exemples tangibles sont les constructions de plusieurs hôpitaux ultramodernes à travers le pays, dont le fameux «Legon Hospital» qui aurait coûté environ 217 millions de dollars US.

Des anciens hôpitaux - tels le «Ridge Hospital», l'Hôpital Komfo Anokye et plusieurs autres - ont connu des programmes spectaculaires d'expansion et de modernisation. La rénovation et l'expansion du «Ridge Hospital», opération complétée fin 2016, aurait coûté 250 millions de dollars US, portant sa capacité de 200 à 400 lits. Il est désormais doté des équipements hospitaliers les plus récents et les plus performants.

En 2005, le gouvernement a aussi lancé le Programme National d'Alimentation Scolaire - «School Feeding Program» - qui est en charge de nourrir les écoliers gratuitement à l'école. Ce programme reste toujours opérationnel à ce jour et couvre au plan national environ 3 000 écoles et 1,3 million d'écoliers.

Il vise à concerner plus de 2 millions d'écoliers en cette année 2017. L'objectif de ce programme est de bannir la malnutrition des enfants, qui continue de poser un véritable problème de santé publique et, en même temps, d'encourager les enfants à suivre l'école dans ce pays où le taux d'analphabétisme est d'environ 10%.



Des installations modernes et des capacités d'accueil décentes grâce à des investissements massifs

nement Ghanéen». Celle-ci serait l'une des très rares tentatives faites par un pays de l'Afrique sub-saharienne d'implémenter une assurance santé universelle à l'échelle nationale, cette fois-ci financée avec les impôts, les dons caritatifs nationaux et internationaux, et des contributions annuelles basiques faites par les citoyens.

Le programme est piloté en collaboration avec différents partenaires : Banque Mondiale, USAID, CIDA, UNICEF, World Food Programme, Partnership For Child Development et Ambassade des Pays-Bas.

Le Programme National contre le SIDA est mis en place pour le dépistage des nouveaux cas porteurs du VIH ainsi que pour le suivi et la distribution des médicaments antirétroviraux qui sont largement subventionnés par le gouvernement.

Le bout du tunnel est peut-être encore loin, mais les résultats de tous ces efforts fournis depuis 60 ans restent très positifs et prometteurs. Selon les dernières statistiques de l'UNICEF mises à jour en février 2017, la mortalité maternelle par 100 000 naissances vivantes aurait été réduite de presque la moitié (de 634 morts à 319 morts) entre les années 2000 et 2015.

La mortalité infantile du pays aurait diminué pour sa part de 125 à 43 morts par mille naissances entre 1950 et 2016 selon les dernières statistiques de la Banque Mondiale.

A travers les actions menées par le Programme National contre le SIDA, la prévalence du VIH/SIDA aurait largement baissé au fil des années : elle est chiffrée à 1,08% selon les statistiques de l'UNAIDS en 2015.

Pour pouvoir mieux évaluer l'efficacité de l'assurance santé, il paraît opportun de noter que l'espérance de vie globale au Ghana est passée de 58 à 62,4 ans entre les années 2000 et 2012 selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Ceci pourrait être attribué notamment au meilleur accès aux soins pour la population depuis la relance de l'assurance santé en 2000. Mais, au vu de l'espérance de vie, qui reste donc toujours basse, il y a encore du travail à faire pour espérer pouvoir atteindre le plein développement et mieux exploiter le potentiel sanitaire et économique du pays. Dans ce sens précisément, il faudra probablement affronter les difficultés



et les défis déjà connus lors de ce long cheminement et y trouver des solutions durables.

des pathologies les plus rencontrées au Ghana et exclut plusieurs procédures lourdes, telles que certaines chirurgies, des transplantations d'organes, la dialyse et la prise en charge des cancers (à l'exception des cancers du sein et du col utérin).

Selon la revue du Forum Mondial de l'Économie, dans son édition publiée le 2 mars 2016, le prix de référence du baril de pétrole aurait diminué de 115 dollars US à moins de 35 dollars US entre juin 2014 et février 2016. Selon les plus récentes anticipations faites par des revues renommées, comme «Market Watch», les prix d'autres matières premières - tels que l'or et le diamant - connaîtront à leur tour des chutes significatives en cette année 2017. Comme l'économie du Ghana est largement soutenue par l'exportation de ces ressources, il en résulte parfois des retards dans le paiement des personnels de santé et des fournisseurs des services de santé.

La corruption reste aussi le cancer métastatique de ce pays et cela concerne une grande partie des fonds dédiés à la santé détournés chaque année, ce qui a tendance à rendre le système de santé parfois inefficace.

Une autre difficulté s'avère très explicative de la situation : celle de la transition épidémiologique. Une classe moyenne émergente entraîne un changement drastique dans les modes de vie des citoyens du Ghana. Selon l'OMS, la prévalence des maladies chroniques, comme le diabète et les pathologies cardiovasculaires, a augmenté entre 2000 et 2015. Le contrôle de ces pathologies coûte cher.

L'approche économique de la santé reste déterminante au Ghana. Les politiques et méthodes adoptées par le gouvernement s'avèrent très volontaristes et rendent optimistes pour le futur : un bon entretien et une amélioration des programmes déjà existants devraient produire les résultats souhaités dans les années à venir.



Le Komfo Anokye Teaching Hospital (à Kumasi) et le Ridge Hospital (à Accra) : des établissements modernes à jour des meilleures technologies et des pratiques aux standards internationaux

Difficultés et défis rencontrés

Malgré tous les efforts fournis, nous rencontrons néanmoins encore beaucoup de défis à surmonter. La première difficulté reste celle du financement. Actuellement, l'Assurance Santé Nationale propose une couverture d'environ 95%

La Poste française, soucieuse de la santé... et de diversifier ses services

La Poste française n'en finit pas de diversifier ses offres pour enrayer la chute inexorable du courrier traditionnel et la concurrence privée.

Déjà présente dans le portage de tout ou presque ce qui peut être livré à domicile, mais aussi dans la banque-assurance et le téléphone, La Poste tricolore se voudrait «leader des services de la proximité humaine au domicile» et s'apprête à entrer au capital du leader des services de santé à domicile, Asten Santé, avec une participation majoritaire.

Asten Santé réalisait 100 millions d'euros de chiffre d'affaires en 2016 auprès de 62 000 patients, en installant chez eux des dispositifs médicaux que leur état justifie dans les domaines de l'insuffisance respiratoire, la perfusion, la nutrition l'insulinothérapie. Autant de séjours et déplacements coûteux à l'hôpital qui n'auront pas lieu.

Avec cette opération de croissance externe, la plus grosse de son histoire, La Poste accentue la diversification de ses services avec un objectif à l'horizon 2020 : avoir intégralement compensé l'effondrement du courrier traditionnel dont le volume tend progressivement vers son étiaje et peut susceptible de repartir à la hausse : sur un chiffre d'affaires annuel de 23,3 milliards d'euros, le courrier ne représente déjà plus que 40% de l'activité.

L'offre en matière de santé complètera celles de la filiale Axéo Services (maintien à domicile, bricolage, jardinage, propreté et maintenance pour les PME), ainsi que le service Cohesio de visite aux seniors (pour le compte des collectivités locales) et, depuis le 22 mai dernier, la prestation «Veiller sur mes parents» commercialisée auprès des familles éloignées de leurs anciens. Juin 2017 a vu démarquer le portage de repas à domicile, fourni aux collectivités, qui pourrait rapidement être proposé aux particuliers.

Ne manquait donc que la santé.

Article de la rédaction

Le «business» de la santé : les français s'organisent et chassent en meutes

French Healthcare va porter les couleurs du «made in France» en matière de santé. Mardi 15 mars 2017, rien moins que trois Ministres ont lancé en grandes pompes la nouvelle marque sous les ors du Quai d'Orsay, siège du Ministère français des Affaires Étrangères, devant un parterre de journalistes en particulier issus de la presse économique.

Du vrai marketing ; un label conquérant ; une stratégie voulue gagnante.



La santé est le troisième secteur exportateur hexagonal - ce qui se sait peu - avec 26 milliards d'euros de chiffre d'affaires en 2016 et 4 milliards d'excédent. Tous les acteurs français de la filière, au sens le plus large, pourront solliciter et obtenir le nouveau label. Mieux, une sorte de «fellowship» à la française va permettre dorénavant aux médecins étrangers confirmés (et non plus les seuls étudiants) de venir soigner effectivement des patients dans les hôpitaux français pendant quelques mois de stage. Il s'agit donc aussi d'exporter du savoir-faire, de tisser des liens et constituer des réseaux.

Enfin, des «Clubs Santé» sont créés afin de répondre aux appels d'offres internationaux. Ils seront coordonnés par Business France et par l'un des gros acteurs français privés de la santé, dans l'objectif de «chasser en meute» en associant des PME performantes et complémentaires à de grosses structures.

Clairement, la santé est désormais, à l'égal d'autres grands secteurs industriels et de services, considérée comme un secteur exportateur à promouvoir activement. Une façon aussi de voir, avec ambition, «l'économie de la santé».

Une illustration de l'appétit des grands tricolores du secteur peut être fournie par l'installation récente à Casablanca du Groupe Elsan, avec une première clinique de 136 lits qui mobilise 50 spécialistes. Le Groupe a inauguré ici son premier établissement hors de France, où il compte déjà 83 cliniques, 4 000 médecins spécialistes, 14 000 salariés, avec une part de marché de 12% de l'hospitalisation privée de l'hexagone, soit 1,2 million de patients chaque année ; un poids économique qui a visiblement rendu Elsan gourmand !

Le Maroc et sa capitale économique y gagneront-ils également ?

Article de la rédaction

50 milliards de dollars ! (bis)

Le même marché, le même chiffre, vu d'Oujda et de Paris... ou New Delhi, donne des visions complémentaires que seule une mondialisation réussie peut concilier et articuler. Depuis Oujda, la chirurgie plastique est éventuellement une offre de tourisme médical. Vu de Paris, un indicateur (parmi d'autres, d'ailleurs convergents) inquiète et doit être infléchi : celui du poids des dépenses de santé rapporté au PIB annuel. Son évolution préoccupe :

- 7% en 1980 ;
- 11% en 2007 ;
- 18% en 2040 ;
- sans doute quasiment 20% en 2050.

Insupportable ! Eh oui, vu de Paris, le «tourisme médical» peut contribuer à sauver les systèmes de santé occidentaux, du moins leur équilibre financier. En Inde, le milliard d'euros de revenu est dépassé : déjà, en 2005, le sous-continent avait reçu 120 000 patients étrangers. Un revenu pour le pays, certes ; une incontestable contribution à l'accès au soin pour de nombreux patients venus de loin et en difficulté pour se soigner, aussi ! La même opération chirurgicale coûte en moyenne 10 fois moins cher à New Delhi qu'à New York...

Article de la rédaction



ORIENTAL .MA
LA REVUE D'INFORMATION DE L'AGENCE DE L'ORIENTAL N° 12 mai 2013

**INVESTISSEMENT :
LES RÉGIONS EN COMPÉTITION**

**L'Oriental valorise
les atouts
de son offre territoriale**

	Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania	7		Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania	52
	Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania	32		Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania	57

ORIENTAL .MA
LA REVUE D'INFORMATION DE L'AGENCE DE L'ORIENTAL N° 18 juillet 2013

**Le Rai,
musique régionale mondialisée**

Quel avenir ?
Quelles retombées pour la Région ?

	Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania	4		Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania	19
	Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania	6		Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania	48

ORIENTAL .MA
LA REVUE D'INFORMATION DE L'AGENCE DE L'ORIENTAL N° 11 mai 2013

**Coaching Territorial Régional :
les acteurs du développement en synergie**
L'Oriental ré-invente sa gouvernance

	Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania	3		Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania	18
	Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania	9		Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania Le Centre de la Région Occitania	38

La revue
ORIENTAL .MA
contribue
à la
constitution
et à la
circulation
du savoir.



Toutes les publications
de l'Agence de l'Oriental
sont consultables sur :
www.oriental.ma