



المركز الحضري لسلا
L'observatoire urbain de Salé



FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG

Besoins de santé, offre de soins, et crise de la Covid-19 dans la Préfecture de Salé

Sous la direction de :

Pr. KAMAL ABDELILLAH

Novembre 2020

Hommage

A la mémoire des médecins et des membres du personnel paramédical morts sur le champ de bataille contre la pandémie de la Covid-19, A nos martyrs qui ont sacrifié leurs vies pour la survie de leurs concitoyens,

En l'honneur du corps médical et paramédical qui a fait preuve d'abnégation et de courage et qui a fait prévaloir le devoir national et la responsabilité médicale sur les obligations de la vie familiale et sur toute autre considération de confort personnel,

Qu'ils trouvent ici l'expression de la reconnaissance et de la gratitude que nous leurs devons tous.

Remerciements

Cette étude a été réalisée dans les conditions difficiles de la crise sanitaire de la Covid-19. Elle n'aurait jamais vu le jour sans la participation et la réactivité des médecins, des pharmaciens, et des différents corps professionnels, qui malgré leur mobilisation au front de guerre, n'ont pas hésité à répondre à nos questions, et à consacrer une partie de leur temps précieux à nos entretiens. Que toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation et à la finalisation de ce travail trouvent en ces lignes les termes de nos remerciements les plus vifs et de notre parfaite reconnaissance.

Abréviations et acronymes

ACAPS : Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale

ALD : Affections de Longue Durée

ALC : Affections Lourdes et Coûteuses

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ANAM : Agence Nationale d'Assurance Maladie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHP : Centre Hospitalier Provincial

CHR : Centre Hospitalier Régional

CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

CMB : Couverture Médicale de Base

CMC : Couverture Médicale Complémentaire

CNMH : Centre National Mohammed VI des Handicapés

CTA : Centre de Traitement Ambulatoire

DCM : Douar Cheikh Mfaddel

ESSP : Etablissement de Soins de Santé Primaire

HCP : Haut Commissariat au Plan

HPMA : Accouchements Hors Procréation Médicalement Assistée

INDH : Initiative Nationale du Développement Humain

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MAD : Le Dirham Marocain

ODD : Objectifs du Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDH : Observatoire National du Développement Humain

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

RAMED : Régime d'Assistance Médicale

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SIAAP : Service d'Infrastructures d'Actions Ambulatoires Provincial

SSB : Soins de Santé de Base

UIR : Université Internationale de Rabat (Sala Al Jadida, Salé)

VAT : Vaccin Anti-Tétanique

VMS : Visites Médicales Systématiques

VCI : Visites des Classes par l'Infirmier

Sommaire

Préface.....	11
Résumé.....	19
Introduction.....	23
1.1 Contexte de l'étude.....	23
1.2. Méthodologie adoptée	25
1.2.1. Revue documentaire et visites des centres de santé.....	25
1.2.2 Les enquêtes	26
1.2.3 Le contenu des entretiens	30
1.2.4 L'analyse des données.....	30
Synoptique de la situation socio-économique dans la Préfecture de Salé.....	31
2.1. Salé, la ville dortoir de la capitale.....	31
2.2. Principales activités économiques	32
2.3. Grandes disparités entre les arrondissements et quartiers de la ville.....	34
Données démographiques et épidémiologiques.....	37
3.1. Structure démographique dans la préfecture	37
3.2. Profil épidémiologique et besoins en termes de santé.....	39
L'offre de santé dans la préfecture de Salé.....	45
4.3. Infrastructures et prestations de soins.....	45
4.3.1. Le secteur public	45
4.3.1.1. Le réseau des ESSP.....	46
4.1.1.2. Le réseau hospitalier	50
4.1.1.3. Les structures d'appui.....	53
4.3.2. Le secteur privé.....	54
4.4. Les ressources humaines dans le secteur de la santé	55
4.2.1 Le secteur public.....	55
4.2.2. Le secteur privé	59
4.5. Couverture médicale et dépenses de santé de la population.....	61
4.6. Disponibilité et offre des médicaments	66
4.6.1. Disponibilité des médicaments dans les officines.....	66
4.6.2. Disponibilité des médicaments dans les centres de santé publics	68
Forces et faiblesses du système de santé dans la préfecture de Salé.....	71
5.1. Les améliorations durant les dix dernières années.....	71

5.1.1 Les réalisations en infrastructures	71
5.1.2. Le programme national d’immunisation	73
5.1.3. Les autres points forts du système et le rôle de l’INDH	74
5.1.4. Le rôle des élus dans le renforcement du système de santé à Salé	76
5.1.5. L’implication de la société civile dans les problématiques de la santé à Salé	78
5.2. Les obstacles à l’accès aux soins de santé	80
5.2.1 Dans le secteur privé.....	80
5.2.2. Dans le secteur public	81
5.3. Les faiblesses structurelles du système de santé à Salé	83
5.3.1. Dans le secteur public	83
5.3.2. Dans le secteur privé	85
5.3.3. Les problèmes de coordination entre les différents intervenants	86
5.3.4. Les problèmes de perception de la médecine générale	87
5.3.5 Le retard de la mise en place de la médecine de famille	88
5.3.6. Equité du système	89
Modalités d’adaptation en période de confinement et de crise sanitaire	92
6.1. Adaptations du système de santé publique	92
6.1.1. La stratégie mise en œuvre par les autorités sanitaires (délégation) ..	93
6.1.2. Fonctionnement des hôpitaux et des centres de soins de santé primaires	96
6.1.3. Gestion des malades de la Covid-19	97
6.1.4. Gestion des patients à maladies chroniques	99
6.2. La stratégie mise en œuvre par les autorités locales	100
6.3. Les modalités de fonctionnement des cliniques et cabinets privés	101
6.3.1. L’adaptation des activités des cliniques	102
6.3.2. Les options retenues par les cabinets privés	102
6.4. Le rôle des pharmaciens en période de crise sanitaire	104
Les recommandations pour une meilleure performance du système de santé	106
7.1. Les recommandations d’ordre général.....	106
7.2. Les recommandations spécifiques en période de crise sanitaire.....	110
7.3. Le rôle de la société civile et des associations.....	111
Conclusion :	112
Bibliographie :	116
Annexes	117

Préface



Le rapport que nous avons entre les mains sur l'étude sectorielle intitulée « La santé : besoins et offres de soins dans la préfecture de Salé » est spécifique à plus d'un titre. D'abord parce qu'il concerne une ville marocaine très particulière : « Salé », riche de son histoire comme de sa géographie grâce auxquelles le site se démarque par un passé glorieux fièrement ancré dans celui du Royaume Chérifien millénaire. Un passé qui, fort malheureusement, contraste avec les réalités socioéconomiques actuelles de cette grande ville, entachées notamment par des écarts importants de la majorité des indicateurs de couverture par les services de santé à la préfecture de Salé par rapport aux moyennes nationales, et encore plus par rapport aux normes internationales, tel que rapporté dans la monographie suffisamment exhaustive et documentée de l'étude. Ces écarts se traduisent sur le terrain par des inégalités et des iniquités dans l'accès de la population « slaoui » aux soins pourtant garantis par la Constitution de 2011.

Puis, l'étude a été menée dans un contexte particulier que nous vivons toujours : la pandémie planétaire au SARS-Cov2 ou Covid-19 qui a mis à rude épreuve les systèmes de santé les plus réactifs et les plus

résilients à travers le monde. L'étude en a fait émerger les impacts locaux les plus significatifs en termes de capacité collective de réponse à une demande de soins urgents nécessitant la collaboration de tous les acteurs de la santé implantés sur le territoire de la préfecture, dans le cadre du Plan national de riposte à la pandémie et en parfaite coordination avec les autorités chargées de l'observation de l'état d'urgence sanitaire.

C'est donc une étude inédite et très intéressante qui obéit aux principes de la rigueur scientifique grâce à l'analyse stratégique de l'état des lieux de l'offre de soins de la préfecture, appuyée par une composante qualitative à même de répondre, auprès des différents acteurs, aux questionnements précis suivants : i)- leur perception de l'offre de soins de santé à Salé en situation normale puis en situation de crise, ii)- les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs fonctions, iii)- les modalités d'adaptation et les changements d'attitudes qu'ils ont adopté face à la pandémie de la Covid-19, et enfin iv)- leurs suggestions d'amélioration du système et les leçons à tirer de l'expérience de la pandémie pour renforcer les capacités de l'offre de soins dans la préfecture de Salé.

Les résultats de cette étude sont très parlants. Elle a, certes, corrélié la capacité de riposte du système de santé préfectoral en période de pandémie aux spécificités de sa gouvernance dans un contexte de pénuries chroniques en ressources humaines et financières, mais elle a également démontré la forte dynamique volontariste de collaboration intersectorielle face au fléau dans un élan de solidarité inégalé au bénéfice des différentes couches sociales desservies par l'offre de soins de la préfecture de Salé. A juste titre, nous citons le rôle particulier joué par le CHP Moulay Abdellah dans la riposte anti-Covid19 à l'échelle de la région sanitaire Rabat-Salé-Kénitra, comme hôpital régional de référence, et sa collaboration fructueuse avec le CHU ibn Sina de Rabat, sans oublier la contribution des cliniques,

cabinets et laboratoires du secteur privé. Un rôle spécial a été joué par les pharmaciens officinaux et par le tissu associatif thématique et la société civile de la préfecture. Le tout pour confluer vers l'action collective du sous-système de santé local face à une situation épidémique des plus préoccupantes de l'histoire du Maroc moderne.

La troisième partie de ce rapport a été consacrée aux recommandations de l'étude pour le redressement du système de santé préfectoral. D'abord des recommandations d'ordre général, puis des recommandations spécifiques à la bonne réactivité du système de santé de Salé en période de crise sanitaire, actuelle ou future. L'accent devra sans nul doute être fondamentalement mis sur le facteur humain : le citoyen et le professionnel. La prévention et ses impératifs ne donneront leurs fruits qu'à travers une implication motivée de la part de tous les professionnels de santé, publics et privés, et de leurs homologues de la société civile et des secteurs directement concernés par la riposte, mais moyennant des conditions d'exercice décentes et adaptées sur le plan des moyens : « la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ». C'est notre seule porte de salut dans l'attente d'une immunité collective vaccinale efficace que nous espérons tous atteindre dans les plus brefs délais à moindre dégâts en vies humaines surtout, mais aussi en termes d'économie et de protection sociale.

Bref, une réflexion innovante qui s'inspire des défis soulevés par la préfecture de Salé face à la pandémie pour réinventer son système de santé. Réflexion qui pourrait servir de modèle pour les autres préfectures, mais également pour le système de santé national qui est à l'aube de sa refonte globale.

Dr. Boubekri Mohammadine

Président du Conseil National de
l'Ordre des Médecins (CNOM)

Habib BENMALEK

Président exécutif

de l'Association Sala-Almoustaqbal

L'association Sala Almoustaqbal, en partenariat avec la « Fondation Friedrich Hebert », a décidé de consacrer le cinquième rapport annuel de l'Observatoire Urbain de Salé au titre de l'année 2020 à la problématique de la santé des citoyens dans notre Préfecture. Ce choix nous a été dicté non seulement par la survenance de la pandémie de la Covid-19, mais aussi et surtout par la précarité du système de santé dans la ville de Salé bien avant cette pandémie, et les difficultés d'accès aux soins des habitants de cette grande agglomération. Les ratios et les indicateurs relatifs à l'offre de soins montrent que Salé se positionne en dessous des moyennes nationales, et qu'elle est relativement moins dotée en infrastructures et en ressources humaines médicales que la majorité des villes du Maroc.

Cette étude sectorielle s'inscrit dans le cadre stratégique de notre Association qui consiste à suivre de près les indicateurs du développement durable, non seulement pour mettre en exergue les points forts et les points faibles du système, mais surtout pour fournir aux décideurs des analyses qui peuvent les aider à la prise de décision, et fournir aux acteurs de la société civile et aux corps professionnels, les argumentaires qui peuvent étayer leurs plaidoyers visant l'amélioration des services de santé à Salé.

Comme vous le savez, l'élaboration de ce rapport dans les conditions actuelles n'était pas chose aisée du fait de la mobilisation des autorités sanitaires, des autorités locales, des médecins et des infirmiers, dans la guerre contre la pandémie. C'est pourquoi nous remercions vivement tous ceux et celles qui nous ont aidé d'une manière ou d'une autre, et

nous comprenons parfaitement ceux et celles qui n'ont pas pu se joindre à nous pour cet effort.

Nous espérons enfin que cette modeste contribution puisse servir à entamer un débat plus large pour l'amélioration du système de santé au profit de la population non seulement à Salé, mais aussi dans l'ensemble de notre pays.

Mme Seija Sturies

Représentante Résidente

Fondation Friedrich Ebert – Bureau Maroc

Le 14 mars 2020, le gouvernement marocain décréta un confinement national pour faire face à une pandémie, la première en son genre dans l'histoire de l'humanité : le COVID19.

Ce fut une situation sans précédent à tous les plans et à laquelle personne n'a été préparé. La Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) et ses partenaires se sont vus dans l'obligation de reporter, d'annuler ou mieux trouver des alternatives à la mise en œuvre de leurs activités. Il fallait innover et être créatif sans perdre de vue ni les missions de base, ni la finalité des programmes convenus, moins encore le nouvel environnement, porteur également et de surcroît de nouvelles variables et de manifestations inédites.

La réponse à ces transformations de la part de la FES au Maroc était claire : maintenir les activités, assurer la proximité avec les partenaires et aller vers eux pour répondre à leurs attentes chaque fois que cela pouvait donner du sens à leurs actions sans porter préjudice au cadre global du partenariat.

C'est ainsi que cette étude a vu le jour. Tout en restant dans sa mission d'observation des politiques publiques et de leurs impacts sur les populations au niveau du grand Salé, l'Observatoire Urbain de Salé nous livre, à travers cette publication, une photographie sur l'état du secteur de la santé à un moment crucial de son déploiement pour faire face à la crise COVID19.

L'état des lieux aussi bien sur le plan des infrastructures, de la logistique d'accueil qu'au niveau des ressources humaines du secteur de la santé à Salé ont été scrutés.

L'état du système de la santé, passé en revue dans ce document, met en avant la question de l'accès aux soins, du pouvoir d'achat et de la problématique globale de la justice sociale. Il interpelle par conséquent et de manière urgente le système de la protection sociale et la nécessité de mettre en place un socle marocain en la matière.

Il est à noter également, avec beaucoup d'intérêt, l'importance de structurer le partenariat au service du droit à la santé devenu plus qu'indispensable entre les deux secteurs public et privé et de dépasser la dichotomie non productive qui s'opère aujourd'hui entre les deux, sans quoi il serait prétentieux de croire faire face à la crise actuelle ou aux épreuves futures.

Des enseignements de taille ont été ressortis qu'il conviendrait d'apprécier dans leur acuité que dans leur valeur ajoutée à la stratégie de développement du secteur aux plans national et local.

A travers cette publication, produit de notre partenariat, il y a lieu de rendre hommage à tous les professionnels de la santé aux différentes échelles pour leur engagement.

Enfin je remercie toutes les personnes et les institutions qui ont bien voulu apporter leur contribution à cet ouvrage.

Résumé

Cette étude propose de procéder à un diagnostic général du système de santé dans la préfecture de Salé grâce à une analyse des forces et faiblesses, et de l'état des lieux de l'offre des soins dans la préfecture. Elle vise aussi à analyser la réactivité du système de santé face à la pandémie de la Covid-19, et les ajustements adoptés par les différents intervenants et leur impact sur les malades. Elle aspire enfin à collecter et organiser les recommandations émanant des professionnels de la santé et de différents observateurs afin de répondre plus efficacement à la demande des citoyens. L'expérience de la pandémie de la Covid-19 a dévoilé la fragilité du système en place, et la nécessité de préparer les professionnels et la société civile à faire face et à gérer d'éventuelles crises sanitaires futures.

Notre méthodologie a été influencée par le contexte difficile de la Covid-19 dans le sens où nous n'avons pas pu mobiliser toutes les personnes que nous aurions souhaité interviewer. Nous avons procédé d'abord à l'analyse des données statistiques du Ministère de la Santé et de sa Délégation à Salé. Nous nous sommes rendus sur le terrain dans une dizaine de centres de santé de manière inopinée pour en observer le fonctionnement, et nous avons procédé à des entretiens avec quelques patients. Nous avons organisé des entretiens directs avec différents groupes professionnels, et nous avons mené des enquêtes à distance « on-line » auprès des médecins du secteur public et du secteur privé, des pharmaciens, et des infirmiers et infirmières.

L'étude a montré que des efforts importants ont été fournis tant par le secteur privé que par le secteur public dans le domaine de la santé à Salé durant les dix dernières années. Ouverture de plusieurs Centres de Soins de Santé Primaires (CSSP), Construction d'un nouvel hôpital

pour le CHP Moulay Abdallah, ouverture de nouvelles cliniques et de cabinets de médecins privés. Cependant, en dépit de ces efforts, l'analyse des données statistiques portant sur les infrastructures et les ressources humaines dédiées à la santé dans la préfecture de Salé permet de se rendre compte de nombreuses défaillances. En effet, si au niveau national, les ratios du nombre de médecins et du nombre d'infirmiers pour dix mille habitants restent encore aujourd'hui beaucoup plus faibles que ceux de pays comparables (Pays à revenus intermédiaires de la zone MENA), la ville de Salé souffre de ratios encore plus défavorables que ceux de la moyenne nationale. Cette faiblesse de l'offre de soins médicaux se retrouve aussi lorsqu'on compare le nombre de citoyens par centre de santé public. Le déséquilibre entre l'offre et la demande donne lieu par la force des choses à un encombrement de ces centres, à une surcharge de travail pour le personnel médical et paramédical, à la frustration des patients et des usagers des centres de santé publics, au stress des autorités médicales, et à la baisse inévitable de la qualité des prestations. En conséquence, ce sont principalement les couches sociales pauvres (elles constituent par ailleurs la majorité de la population) qui s'orientent vers les centres de santé du secteur public. Les catégories aisées et celles qui bénéficient d'une couverture médicale relativement correcte (mutualistes et bénéficiaires d'une assurance médicale privée) constituent la clientèle du secteur privé de la santé. Les ressources financières sont clairement un facteur de discrimination pour ce qui est de l'accès aux soins de santé dans la préfecture de Salé à l'instar de ce qui est constaté au niveau national, mais plus exacerbé encore au niveau de Salé. Ceci dit, de l'avis même des médecins du secteur privé, l'offre de soins dans ce segment n'est pas non plus à la hauteur des attentes et ne répond que très partiellement aux besoins de la population tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

Dans les différentes enquêtes que nous avons menées, il ressort un malaise et des frustrations multiples chez toutes les catégories impliquées. Globalement le pourcentage des personnes qui expriment leur mécontentement est largement supérieur (70 à 80% selon les catégories interrogées) à celui des personnes qui attestent leur satisfaction quant au système de santé dans son ensemble. Plus spécifiquement, les patients du segment privé du système de santé se plaignent des coûts élevés des prestations, du manque de confiance au vu du caractère commercial de l'activité, et du poids de la charge à payer qui leur incombe lorsqu'ils sont assurés. Les patients du segment public du système de santé se plaignent du mauvais accueil dans les structures de soins, des longues files d'attente, du manque de communication, du népotisme et de l'absentéisme des médecins. Le corps médical et paramédical dans les centres de santé publics souffre de la surcharge de travail, du manque de ressources humaines et matérielles, de l'inégale répartition de la charge de travail, du manque de reconnaissance et de motivation. Le manque de programmes de formation continue scientifique indépendants (non sponsorisés par des laboratoires pharmaceutiques) a été soulevé par la majorité des médecins, des pharmaciens et des infirmiers. Les responsables des autorités sanitaires se plaignent aussi du manque de ressources et de moyens, du manque d'engagement d'une partie du personnel, de la délicate gestion des deux autorités qui les chapotent (le Ministère de la Santé d'un côté et la Préfecture de l'autre). Il y a malheureusement un climat général de désolation peu propice à l'épanouissement des parties prenantes, et à la délivrance de prestations de bonne qualité.

Pourtant, face à la crise de la Covid-19, nous avons assisté à une mobilisation sans précédent de tous les intervenants (autorités locales, délégation, corps médical et paramédical,...) pour tenter de freiner la propagation de la pandémie. Il ressort des différents témoignages que certaines défaillances de gestion ont été commises, mais il faut

comprendre qu'il s'agissait et qu'il s'agit encore aujourd'hui de gérer une situation inédite, dans laquelle les objectifs de santé publique, les objectifs économiques, ceux de la sécurité publique, s'entremêlent et peuvent être contradictoires, ce qui suppose des arbitrages et des prises de décision très difficiles. Toujours est-il que les différentes structures de santé se sont adaptées à la crise et continuent d'assurer les services nécessaires et fournir les prestations de santé tant bien que mal. Le retard de l'arrivée de vaccins et la propagation du virus de la Covid-19 de manière exponentielle mettent autant les centres de santé publics que les centres de santé privés à rude épreuve. Les deux systèmes sont saturés, et dans de nombreux cas, il revient aux médecins de décider qui sauver et qui laisser mourir en fonction de la disponibilité des lits de réanimation.

De nombreuses recommandations ont été faites par les professionnels de la santé, tant pour ce qui concerne la préfecture de Salé, que pour le système de santé marocain dans son ensemble. En effet, au-delà des faiblesses spécifiques au secteur de la santé à Salé, les problématiques de la santé publique sont communes à toutes les régions du pays, et une refonte globale, intégrant le secteur privé, le secteur public et les institutions privées à but non lucratifs, est absolument nécessaire. Elle reste cependant tributaire de la volonté politique des décideurs et de la priorité qu'on veut réellement donner au secteur de la santé.



1.

Introduction

1.1 Contexte de l'étude

La crise sanitaire mondiale provoquée par la Covid-19 n'a pas épargné le Maroc et a hissé la problématique de la santé des citoyens au sommet des priorités des pouvoirs publics à l'échelle nationale et au niveau local. Durant les vingt premières années de ce vingt-et-unième siècle, le Maroc a amélioré de nombreux indicateurs de santé tels que la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'élargissement de l'offre de soins, et l'extension de la couverture médicale de base, ce qui est en cohérence avec les principaux Objectifs du Développement Durables (ODD) des nations-Unies dans le domaine de la santé. Le Ministère de la Santé a adopté les ODD qu'il a intégrés dans le « Plan de Santé 2025 ». Cependant, ces améliorations au niveau global restent entachées de grandes inégalités relatives à l'offre de soins entre le monde rural et le monde urbain, à l'accès aux services de santé entre les catégories aisées et les couches sociales pauvres, et aux infrastructures médicales entre les centres urbains eux-mêmes. Les améliorations constatées demeurent aussi insuffisantes et fragiles. Insuffisantes au vu des besoins de la population et en référence aux normes de l'OMS et du PNUD, et fragiles face à la survenance d'épidémies, ou de pandémies qui mettent à mal le système de santé existant déjà en souffrance. C'est dans cet environnement, d'un système de santé en difficulté, que la pandémie de la Covid-19 est survenue, obligeant les décideurs à reconsidérer toute la stratégie de la santé à l'échelle nationale, régionale et locale.

A l'image de la majorité des grandes villes du Royaume, les autorités sanitaires de Salé ont dû se mobiliser pour tenter de contenir la pandémie et de freiner la propagation du virus. Mais dans la préfecture

de Salé, le défi est d'autant plus grand que les infrastructures et les offres de services de santé publiques et privées demeurent beaucoup plus faibles que dans d'autres agglomérations telles que Rabat ou Casablanca. Salé est l'exemple type de l'agglomération urbaine en pleine extension dont les infrastructures et l'offre de soins ne suivent pas l'accroissement de la population. Ainsi, le nombre de médecins pour 10.000 habitants en 2017 était de 5,8 dans la préfecture de Salé, alors qu'il était de 11,4 au niveau de la région Rabat-Salé-Kénitra, et de 6,69 au niveau national. Des disparités similaires peuvent être observées au niveau du nombre de lits d'hôpitaux. La tendance à la privatisation du secteur de la santé est aussi notoire. En 2017, le corps médical travaillant dans la préfecture de Salé était composé de 607 médecins dont 241 dans le secteur public et 366 dans le secteur privé alors qu'en 2015 on avait 229 médecins dans le secteur public et 268 dans le secteur privé. Le nombre de médecins privés a augmenté de 37% alors que celui des médecins publics a augmenté de 5% entre 2015 et 2017. Ceci pose aux responsables de la santé dans la Préfecture de Salé des défis qui dépassent ceux des autres villes du Royaume.

Cette étude propose de procéder à un diagnostic général du système de santé dans la préfecture de Salé grâce à une analyse des forces et faiblesses et de l'état des lieux relatif à l'offre des soins dans la préfecture. Elle vise aussi à analyser à chaud la réactivité du système de santé face à la pandémie de la Covid-19, ainsi que l'impact des ajustements adoptés sur les citoyens en général et sur les demandeurs de soins divers en particulier. Elle aspire enfin à mettre en exergue des recommandations émanant des professionnels de la santé et de différents observateurs afin d'améliorer le système de santé et répondre plus efficacement à la demande des citoyens. L'expérience de la pandémie de la Covid-19 a dévoilé la fragilité du système en place, et la nécessité de préparer les professionnels et la société civile à faire face et à gérer d'éventuelles crises sanitaires futures.

1.2. Méthodologie adoptée

Entreprendre une étude sur le secteur de la santé dans la préfecture de Salé en pleine crise sanitaire de la Covid-19 est un véritable défi que nous avons accepté de relever. En fait, tous les processus de prospection deviennent difficiles dans un tel environnement : Les autorités sanitaires, les pouvoirs publics, et les corps médicaux et paramédicaux sont tous mobilisés et entièrement pris par la lutte contre la pandémie, les entretiens en tête à tête ou en focus-group sont risqués du fait de la forte propagation du virus, et les enquêtes auprès de la population ne peuvent être menées dans un tel contexte. Cependant, l'enjeu de la santé publique dans la préfecture de Salé nous a semblé tellement décisif que nous avons entrepris de réaliser et de finaliser cette étude, de manière aussi exhaustive et aussi objective que possible. Nous avons alors adapté nos techniques d'investigation pour collecter le maximum d'informations, diversifier nos sources, et recouper les données pour aboutir à une image aussi proche que possible de la réalité ; une image qui traduit les perceptions, les attentes, les satisfactions, les déceptions et les espoirs des différents partenaires et intervenants dans le domaine de la santé à Salé.

1.2.1. Revue documentaire et visites des centres de santé

L'établissement de l'état des lieux de l'offre de santé publique et privée, notamment en ce qui concerne les infrastructures et les ressources humaines dans la préfecture de Salé, a été fait sur la base de la revue des publications antérieures ainsi que sur les informations et la documentation de la délégation du Ministère de la Santé à Salé¹. Les informations recueillies ont été comparées avec l'état réel des infrastructures et des services de santé sur le terrain. En effet, nous avons procédé à des visites inopinées de dix centres de santé et nous avons discuté de la qualité des services avec les usagers concernés (accueil, disponibilité des médecins, communication et informations).

¹ Voir bibliographie

1.2.2 Les enquêtes

Etant donné le contexte de cette étude, intervenue alors que la pandémie du Covid-19 n'est pas encore derrière nous, il nous a été très difficile de mener une enquête auprès de la population conformément aux standards des enquêtes statistiques. La coopération des autorités sanitaires n'a pas été facile à obtenir non plus pour la simple raison que la majorité des cadres étaient surchargés de travail dans le cadre de la lutte contre la pandémie. Cependant, afin d'obtenir le maximum d'informations relatives à la problématique posée et aux objectifs de l'étude, il a été procédé à des entretiens ciblés avec les différents intervenants dans le secteur de la santé dans la préfecture de Salé.

L'objectif voulu des échantillons qui ont été sélectionnés n'était pas la représentativité statistique mais plutôt l'exploration des divergences et des convergences des perceptions sur l'état du système de santé dans la préfecture de Salé. Le but était de synthétiser les opinions, les perceptions, les frustrations, les satisfactions, et les visions des améliorations possibles et souhaitables.

Afin d'obtenir des informations en rapport avec les problèmes de la crise sanitaire de la Covid-19, une attention particulière a été accordée aux questions de la continuité de service au profit des enfants malades et des maladies chroniques (diabète et Hypertension artérielle –HTA- en particulier) durant la phase du confinement sanitaire. Cependant, pour ne pas brimer nos interlocuteurs, nous les avons laissés libres d'évoquer tous les sujets en rapport avec les questions d'accessibilité que ce soit en situation normale ou durant celle de la pandémie. Une telle liberté permet de laisser émerger d'éventuelles problématiques auxquelles nous ne pouvions pas penser a priori.

Les entretiens ont été menés sous forme individuelle (pour les personnes qui ont été considérées comme personnes ressources), sous forme de focus-group (pour les premières réunions d'appréciation et de validation des questionnaires), et enfin sous forme de

questionnaires à remplir pour certains corps professionnels médicaux (médecins du secteur public, médecins du secteur privé, pharmaciens).

i- Enquête auprès de la Délégation du Ministère de la santé

Au cours des rares entretiens que nous avons pu mener (Le Délégué et son staff étaient entièrement pris par la crise et la lutte contre la pandémie), nous avons essayé de connaître le point de vue de la Délégation sur les conditions de travail des unités de soins dans la préfecture et sur les principales difficultés que les personnels rencontrent eux-mêmes dans l'exercice de leur travail. Nous les avons interrogés sur leur appréciation du système de santé publique dans la préfecture de Salé. Les entretiens ont porté aussi sur les relations entre la délégation et les autorités locales en ce qui concerne la crise sanitaire de la Covid-19, les solutions adoptées par la délégation pour faire face à cette crise, et les recommandations qu'ils proposent pour une meilleure gestion de ce type de crises dans l'avenir.

ii- Enquête auprès des médecins du secteur public

Il est évident que l'avis des praticiens qui sont sur la ligne de front face aux malades constitue une pièce maîtresse pour la compréhension de la situation. Les questionnaires préparés et administrés pour ce corps professionnel ont porté sur leurs conditions de travail, les difficultés rencontrées dans l'exercice de leur profession, et leurs réponses aux accusations assez répandues d'absentéisme et de négligence des patients dans les centres de santé publics. Les entretiens ont porté aussi sur les changements qui ont dû être opérés sous l'effet de la pandémie, notamment durant la période du confinement. Bien entendu, nos interlocuteurs ont eu la parole (le dernier mot) pour exprimer leur vision d'un système de santé efficace et efficient, et pour exprimer aussi leurs éventuelles recommandations.

iii- Enquête auprès des infirmiers, infirmières et aides-soignantes

Les infirmiers, infirmières et aides-soignantes sont un maillon fondamental dans la chaîne de l'offre de soins. Leur perception du

métier et les difficultés rencontrées dans l'exercice de leur profession sont souvent méconnues ou ignorées. A l'opposé, il leur est très souvent reproché (par les malades et leurs familles) des comportements sans empathie et peu conformes à l'éthique du métier. Il était donc intéressant de leur donner la parole pour comprendre leur vision, leur analyse, et leurs idées pour améliorer les conditions de travail et la qualité des services dans les centres de santé. Là aussi ce sont les entretiens individuels qui nous ont permis de collecter les informations les plus pertinentes.

iv- Enquête auprès des médecins du secteur privé

Les médecins du secteur privé ont dû aussi s'adapter au contexte de la Covid-19, notamment durant la période du confinement. C'est à partir des réponses au questionnaire que nous leur avons proposé qu'il nous a été possible de cerner les comportements des patients qui fréquentent leurs cabinets et leurs cliniques privées. Le dépouillement a permis de comprendre les adaptations des médecins du secteur privé durant la crise sanitaire, d'analyser les conséquences du confinement sur les patients atteints de maladies chroniques ou graves (HTA, Diabète, Cancers, ...etc.) et de comprendre les dispositions prises par les médecins à cet égard. Il était intéressant aussi d'approcher le ou les jugements que portent les médecins du secteur privé sur les établissements de soins de l'Etat dans la préfecture de Salé, et de tester leurs réactions et leur prédisposition à une éventuelle collaboration plus étroite entre les deux secteurs de la santé.

v- Enquête auprès des pharmaciens

Les pharmaciens ont joué, et continuent de jouer un rôle crucial dans le système de santé et de soins de la ville de Salé. Ce rôle est monté en puissance durant la période du confinement. En, effet, du fait que les consultations auprès des médecins du secteur public et du secteur privé étaient devenu plus difficiles, les pharmaciens ont retrouvé une de leurs attributions qui était reléguée à un second plan jusque là, et qui est le conseil apporté aux malades. L'objectif des entretiens avec

cette catégorie d'intervenants est de cerner (selon leur expérience professionnelle) les comportements, les ajustements, les solutions et les déceptions qu'ont vécu les malades durant le confinement, et les formes d'accompagnement des patients que les pharmaciens ont adoptés durant cette période. Un questionnaire a été élaboré à leur attention.

vi- Enquête auprès des élus locaux

Les représentants élus de la population sont censés connaître les besoins, les attentes, les satisfactions et les frustrations de la population qu'ils représentent. Il est important d'analyser les actions (si des actions ont été réalisées) que les élus locaux ont entrepris pour améliorer l'offre des services de santé dans la préfecture. Disposent-ils des compétences et des pouvoirs qui leur permettraient d'agir sur le secteur de la santé, disposent-ils des moyens financiers à la hauteur de leurs ambitions ? Ou considèrent-ils que c'est là la responsabilité exclusive de la délégation du Ministère de la Santé ? C'est à partir d'entretiens individuels avec certains d'entre eux que nous avons pu cerner cette question.

vii- Enquête auprès des autorités locales

Les informations préliminaires collectées convergent à dire, que dans la réalité, la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19 a été (et est encore) prise en charge par le Ministère de l'Intérieur et ses représentants locaux. Il semble que certaines décisions ont été prises sans faire l'unanimité, et contre l'avis du corps médical et de la délégation du Ministère de la Santé. Il était donc intéressant d'écouter le point de vue des représentants des autorités locales ainsi que leurs explications d'une gestion qui semble à priori tiraillée entre l'objectif d'éradication de la pandémie, l'objectif de sauvegarde de l'économie, et l'objectif de la sécurité publique. Bien entendu, lors des entretiens que nous avons menés avec eux, nous avons été à l'écoute également de leur appréciation du système de santé local, et de toutes éventuelles suggestions pour en améliorer le fonctionnement et l'efficacité.

1.2.3 Le contenu des entretiens

Les contenus des entretiens et les questions qui ont été posées ont été adaptés à chaque catégorie d'interlocuteurs. Nous avons mené toutes les enquêtes et tous les entretiens durant le mois d'octobre et le début du mois de novembre 2020. Les entretiens individuels semi-structurés enregistrés nous ont permis de répondre principalement aux questions suivantes :

- la perception de l'offre de soins à Salé en situation normale puis en situation de crise,
- les difficultés rencontrées par les différents intervenants dans l'exercice de leurs fonctions,
- les modalités d'adaptation et les changements d'attitudes liés à la pandémie de la Covid-19,
- les suggestions d'amélioration du système de leur point de vue, et les leçons à tirer de l'expérience de la pandémie pour renforcer les capacités de l'offre de soins dans la préfecture de Salé.

1.2.4 L'analyse des données

Les questionnaires ont été préparés et administrés sur le logiciel de Google-Form, ce qui a facilité leur dépouillement et leur exploitation. Le traitement des entretiens enregistrés par contre, a été opéré par l'équipe qui a mené ces entretiens, sous la supervision du consultant. L'équipe de travail s'est chargée de synthétiser les perceptions des uns et des autres par thème et par catégorie d'intervenants. L'analyse de données recueillies a permis de produire le présent rapport de synthèse que nous espérons susceptible d'apporter un éclairage suffisant sur l'état de santé de la population de la préfecture de Salé, la qualité des services de santé et de soins mis à la disposition de cette population, les dysfonctionnements caractéristiques du système de santé, les suggestions et les recommandations proposées pour améliorer de manière significative les services de santé, la qualité des soins et l'état de santé des citoyens.

2.

Synoptique de la situation socio-économique dans la Préfecture de Salé

La préfecture de Salé, composée de quatre communes (dont deux rurales), s'étend sur 617 km², pour une population de plus d'un million d'habitants (1.041.619 en 2017), soit une densité de 1688 personnes par km². Les deux communes urbaines sont celles de Salé et de Bouknadel, et les deux communes rurales sont celles de S'houl et Aneur. La commune urbaine de Salé est divisée en cinq arrondissements : Tabriquet, Hssain, Lamrissa, Laayayda, et Bettana.

2.1. Salé, la ville dortoir de la capitale

La proximité de la capitale administrative et politique du pays présente quelques avantages pour la ville de Salé, notamment l'accès relativement rapide aux administrations centrales et aux infrastructures culturelles, sociales et économiques de la capitale. L'emploi dans la ville de Rabat d'une bonne partie de la population, et la délocalisation vers Salé de certaines grandes infrastructures telles que l'aéroport international, Dar Assikah, Technopolis, ou l'Université Internationale de Rabat, constituent aussi des points positifs, quoique ces grandes infrastructures n'ont eu que très peu d'effets d'entraînement en amont et en aval sur le reste des secteurs d'activité de la ville.

Malheureusement, les aspects négatifs de la mitoyenneté entre les deux villes sont plus nombreux et plus nocifs pour la ville de Salé. Ainsi, celle-ci a joué principalement le rôle de ville dortoir pour la capitale, et n'a bénéficié pendant plusieurs décennies que de faibles ressources pour le développement harmonieux et équilibré de

l'agglomération. En conséquence, elle a connu pendant plus d'un demi-siècle une urbanisation anarchique, qui a commencé déjà durant les années cinquante et soixante du siècle dernier dans les quartiers de Sidi Moussa (Mrissa), Quariat Oulad Moussa (Hssain), Bettana, Tabriquet, pour s'étendre au fur et à mesure que la pression démographique grandissait, vers les quartiers périphériques de Hay Errahma, Hay Karima, Douar Cheikh Lmfaddel, Loued (Layayda)...etc. L'administration publique n'était pas totalement absente durant cette période. Ainsi, plusieurs quartiers ont été construits conformément à des plans d'urbanisme en bonne et due forme (Hay Salam, Sala El Jadida, Hay Chmaou...). Mais cette même administration était incapable d'arrêter la marée des lotissements et des constructions anarchiques. En conséquence, nous nous trouvons aujourd'hui en présence d'une ville à urbanisme difforme, avec des quartiers structurés, collés à des quartiers déstructurés qui ne répondent aucunement aux normes d'une ville moderne (ruelles de deux mètres de large, impasses nombreuses, inexistence d'espaces verts, manque d'infrastructures socioculturelles et d'équipements collectifs, très faible ensoleillement des logements, trop forte densité par m², ...etc). Il n'en demeure pas moins que durant ces dernières années un effort important a été fourni en vue de développer les infrastructures de base et de réaménager l'espace urbain, mais ces actions doivent être soutenues et doivent s'inscrire sur le long terme pour parvenir à combler ou au moins à corriger en partie les lacunes du passé.

2.2. Principales activités économiques

Les activités économiques dans la préfecture de Salé sont dominées par le secteur des services liés à la satisfaction des besoins primaires et prioritaires des habitants (commerce, artisanat, enseignement, et divers services de proximité). Les activités industrielles sont très peu développées par rapport aux autres villes de l'axe Casablanca-Tanger.

A titre d'exemple, en 2013 la ville de Rabat (qui est une ville de services administratifs par excellence) comptait 210 établissements industriels pour une population de 577.827 personnes, alors que Salé n'en comptait que 161 pour une population de 982.163 personnes.

Etablissements industriels à Rabat et à Salé en 2013

	Population	Nombre établissements industriels	Chiffre d'affaires en MAD 1000
Rabat	577.827	210	10.118.307
Salé	982.163	161	4.919.499

Source : Monographie Générale Rabat-Salé-Kénitra, Ministère de l'Intérieur

Dans le même sens, et malgré la richesse de son patrimoine historique, la ville n'a pas su développer le tourisme et attirer les visiteurs. A ce niveau les chiffres sont parlants. En 2013 par exemple, et alors que Rabat recevait 602.360 touristes, la ville de Salé n'en avait reçu que 16.290 ! (Moins que Temara et Khemisset)², et ce, malgré un patrimoine historique et culturel très riche. En 2016, alors que Rabat disposait de 54 hôtels et 6080 lits, la ville de Salé ne disposait que de 9 hôtels et 203 lits³.

La structure de la population de Salé, selon le critère de l'activité, laisse apparaître une prédominance de la population active qui représente à peu près les 2/3 de la population totale. Quant à la différenciation par sexe, on relève, à l'instar du pays, une faiblesse considérable du taux d'activité chez les femmes. Ce dernier n'a cessé de baisser, notamment en milieu rural. En milieu urbain, il est passé de 29,4% en 2004 à 29,9% en 2014, tandis que chez les femmes rurales, il est passé de 21,3% à 16,5%. Alors que pour les hommes, et

² Données du Ministère du Tourisme et de l'Artisanat 2013

³ Le Tourisme en Chiffres, Observatoire du Tourisme du Maroc, 2018

pour la même période, il est passé en milieu urbain, de 70,1% à 78,7% et de 70,1% à 83,5% en milieu rural.

L'emploi dans la préfecture de Salé reste largement dominé par les services, qu'ils soient privés ou publics. Presque un quart (23%) des emplois sont assurés par des postes dans les services administratifs situés au niveau de la capitale, mais dont les titulaires résident à Salé.

Le secteur informel, ou non structuré, constitue une donnée majeure de la production et de l'emploi, notamment dans les secteurs du commerce (de rue notamment), des divers services aux ménages, de l'artisanat ainsi que du bâtiment. Cela ne manque pas de constituer une source principale de précarité et d'absence de perspective pour la population concernée, sans parler des risques encourus pour la population en matière d'hygiène, de sécurité et d'inclusion économique et sociale .

Pour ce qui est de la position dans la profession (employeur, employé, indépendants), cette dernière est marquée par la prépondérance du salariat et qui malgré une certaine baisse, reste assez important puisqu'il occupe presque 70% de la population active. Il est suivi par les indépendants dont la part a légèrement augmenté en passant de 23 % à 24% entre 2004 et 2014. Ces deux catégories représentent à elles seules plus de 94% de la population active occupée. La part des employeurs n'est que de 1,9% en 2014 contre 2,8% en 2004, ce qui signifie que la création d'entreprises et l'auto-entreprenariat sont en recul.

2.3. Grandes disparités entre les arrondissements et quartiers de la ville

Comme on peut le constater dans le tableau ci-dessous, les taux de pauvreté⁴ varient très sensiblement d'un arrondissement à un autre et

⁴ Au sens que lui donne le HCP « le pourcentage des individus membres d'un ménage dont la dépense par tête est inférieure au seuil de pauvreté relative ».

parfois entre les quartiers d'un même arrondissement. Ainsi, peut-on remarquer que le taux de pauvreté qui est de 1,9% à Bettana, quartier résidentiel de la ville, passe à 8,9% dans l'arrondissement de Laayayda et à 25,3% dans l'arrondissement de Bouknadel⁵. Bien entendu, les écarts de niveaux de vie et de niveaux socioéconomiques entre les quartiers d'une même ville ne constituent pas une spécificité de Salé, on les retrouve dans la majorité des grandes agglomérations dans le monde ; ceci dit, les grandes inégalités observées doivent être prises en compte dans la stratégie de développement de l'agglomération et dans les affectations budgétaires destinées à répondre aux besoins de la population. Le niveau élevé du taux de pauvreté et du taux de vulnérabilité dans les arrondissements a un impact direct sur l'état de santé des habitants, et sur leur profil épidémiologique.

Niveau de pauvreté et de vulnérabilité dans les arrondissements et communes de Salé

Commune / Arrondissement	Taux de pauvreté	Taux de vulnérabilité
Ameur	26,5%	27,7%
Bouknadel	25,3%	30,5%
Laayayda	8,9%	22,1%
Hsain	3,6%	11,6%
Babmrissa	2,7%	10,2%
Tabriquet	2,3%	10,3%
Bettana	1,9%	6,6%

Source : Indicateurs communaux de la pauvreté, de la vulnérabilité et de l'inégalité, HCP 2007.

⁵ Indicateurs communaux de la pauvreté, de la vulnérabilité et de l'inégalité, HCP 2007



3.

Données démographiques et épidémiologiques

3.1. Structure démographique dans la préfecture

La population de la préfecture de Salé s'élève à 1.081.202 en 2018 (chiffre estimé HCP), dont 92% habitent en zone urbaine et 8% dans deux communes rurales. Elle était passée de 823.485 habitants à 982.163 habitants entre 2004 et 2014 ⁽⁶⁾, soit un accroissement annuel moyen de 1,78%, et qui malgré sa baisse dans le temps, reste toujours supérieur à la moyenne nationale.

Cet accroissement démographique, bien que dû en grande partie au facteur naturel à hauteur de 65,2%, se nourrit également des flux des migrations rurales et de plus en plus urbaines pour 25,1%. S'ajoute à cela, l'accroissement de l'espace urbain de la préfecture du fait de l'extension du périmètre urbain à des territoires autrefois faisant partie de l'espace rural (c'est le cas par exemple de la commune rurale de Bouknadel, plusieurs fois amputée pour élargir le périmètre urbain)⁽⁷⁾. Cet accroissement de l'espace urbain a été estimé à 10% entre les deux RGPH de 2004 et 2014 ⁽⁸⁾.

La baisse relative de l'accroissement démographique naturel (natalité – mortalité), estimé à 1,78% lors du dernier (RGPH 2014) semble s'expliquer à la fois par l'augmentation de l'âge du premier mariage ainsi que par la baisse du taux de procréation/ fécondité chez les femmes.

S'agissant de l'âge du premier mariage chez les femmes, il est passé de 26,7 ans en 2004 à 29,3 ans en 2014 ⁽⁹⁾. Cette hausse s'est traduite

⁶ RGPH de 2004 ET DE 2014

⁷ En 2015, la CR de Bouknadel a été scindée en deux communes dont la CU de Bouknadel et la CR de Amer.

⁸ ibid

⁹ RGPH de 2004 et 2014

par la baisse de la fécondité féminine en diminuant la période de fertilité à la procréation. La fécondité est passée de trois enfants par femme en 1990 à deux enfants en 2014, ce qui est le signe d'une transition démographique certaine.

Ces changements démographiques, à la fois importants et rapides, et qui auront probablement des effets considérables dans les moyen et long termes, n'ont pas empêché la population de Salé de continuer à augmenter avec une composante jeune importante. 52% de cette population a moins de 30 ans, et 8,4% a plus de 60 ans¹⁰.

Si ce dynamisme démographique, qui se traduit notamment par l'importance de la jeunesse, est une source potentielle de croissance, il n'en demeure pas moins qu'il peut constituer une source de problèmes en rapport avec la santé publique, l'éducation, l'emploi, le logement, les infrastructures socioéducatives, les moyens de mobilité, sans oublier la pression sur les ressources naturelles et les effets sur l'environnement.

En effet, les moins de 20 ans représentent 34,4% de la population et les moins de 30 ans plus de 50% (Une personne sur deux a moins de 30 ans). Si cette jeunesse est un atout indéniable pour l'avenir, cela ne va pas sans poser dans l'immédiat, des problèmes relatifs à sa prise en charge en matière économique et sociale, notamment en raison des pressions exercées sur le marché de l'emploi. Signalons au passage, que la part des jeunes (moins de 30 ans) dans le monde rural est plus élevée que dans le milieu urbain et représente plus de 60%, contre 51% en ville.

De son côté, l'augmentation substantielle de l'espérance de vie pousse au changement de la pyramide des âges. La part du troisième âge (les personnes âgées de plus de 60ans), dans la population totale est passée de 6,2% en 1994 à 8,4% en 2014, ce qui ne va pas sans engendrer des problèmes de santé et de retraite, de plus en plus aigus.

¹⁰ ibid

En ce qui concerne la répartition de la population de Salé (âgée de plus de 15 ans) selon le statut matrimonial en 2014, 719.231, soit 35,4% étaient célibataires et 414.277, soit 57,6% étaient mariés. Le nombre des personnes veuves ou divorcées, s'élevait à 33.085, soit moins de 8%.

Etat matrimonial entre 2004 et 2014 (distribution en %)

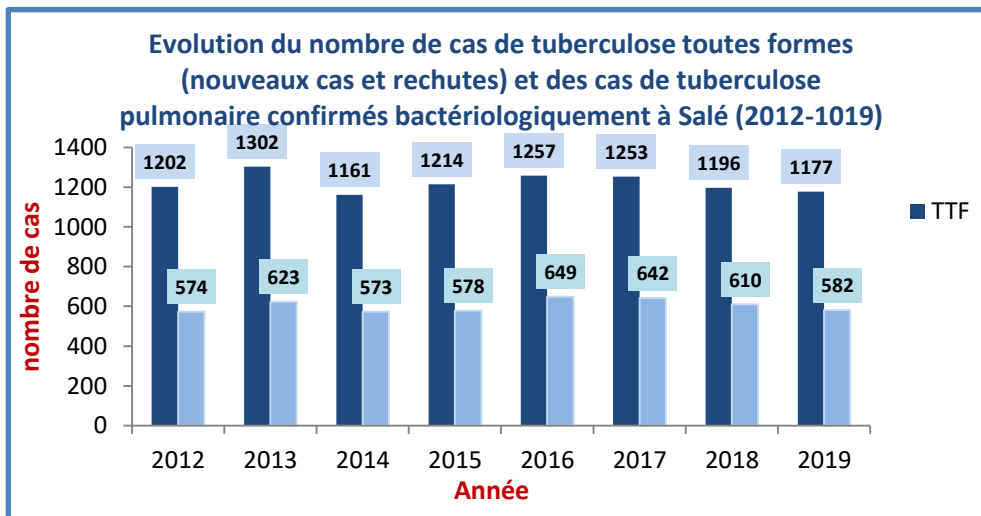
Etat matrimonial	2004	2014
Mariés	49.5	57.3
Célibataires	41.9	35.5
Divorcés	2.8	2.4
Veufs	5.8	4.7

La structure familiale des ménages de la ville de Salé n'échappe pas à la tendance observée au niveau national, voire universel. En effet, on assiste à un processus d'acheminement vers les familles nucléaires, puisque la taille des ménages s'est réduite considérablement. Celle-ci est passée de 4,8 personnes par ménage à 4,2 entre 2004 et 2014. Ce changement cache tout de même des disparités entre les zones urbaines et les zones rurales puisque dans ces dernières, la taille des ménages reste assez importante (5,1 personnes par ménage en moyenne).

3.2. Profil épidémiologique et besoins en termes de santé

Selon l'enquête que nous avons réalisée auprès des médecins du secteur public, 80,2% considèrent que l'offre publique des soins de santé dans la préfecture de Salé ne correspond pas ou correspond peu au profil épidémiologique de la population. 18,2 % estiment qu'elle y correspond en grande partie. La majorité des médecins considère que globalement les pathologies dans la préfecture de Salé ne diffèrent pas foncièrement de la situation au Maroc, mais certains mentionnent quand-même la prévalence de quelques maladies telles que la tuberculose, le diabète et l'hypertension artérielle. En effet, lorsqu'on

analyse les chiffres dans le tableau ci-dessous, on peut constater que le nombre de personnes nouvellement atteintes chaque année de la tuberculose tourne autour 1200 personnes depuis plusieurs années. La situation de pauvreté, d'insalubrité et de forte promiscuité dans les logements explique en grande partie la persistance de cette maladie malgré les efforts déployés par les autorités sanitaires de Salé afin de l'éradiquer.

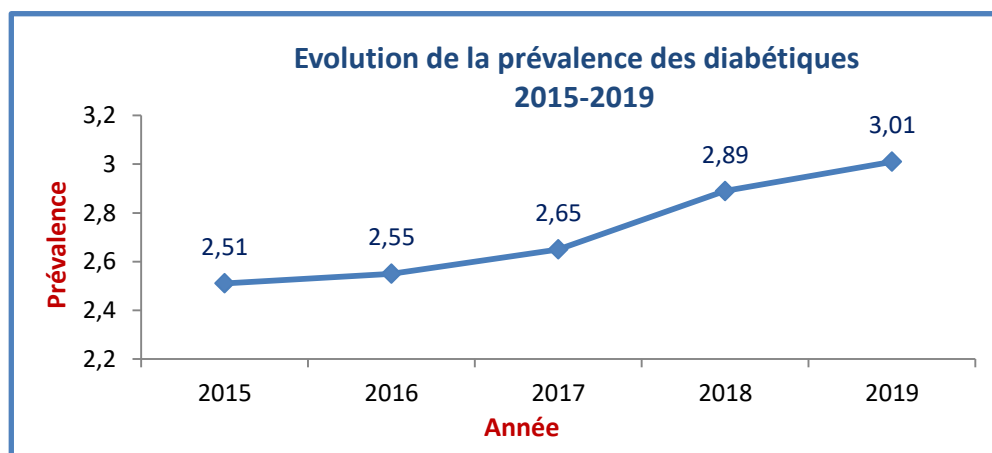


Source : bilan annuel des programmes sanitaires, Délégation du Ministère de la Santé à Salé.

On constate donc une persistance de la maladie avec pratiquement une moyenne de 600 cas par an de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés (TPBC), et le double en cas de tuberculose toutes formes (TTF).

D'autre part, certains indicateurs sont plutôt inquiétants. Ainsi l'évolution du taux de prévalence du diabète dans la population de Salé montre une tendance à la hausse. Alors qu'en 2015, le nombre de patients diabétiques suivis au niveau des ESSP de Sale était de 2,51%, ce taux passe à 3,01% en 2019. Ce rythme d'accroissement annuel ne permet pas d'envisager l'avenir avec optimisme, d'autant plus que ces chiffres ne représentent que le nombre de diabétiques dépistés et suivis. Déjà, au Maroc, selon les estimations de l'OMS,

« le taux de prévalence du diabète dans la population adulte en 2017 était de 12,4 %. Cette pathologie est la cause de plus de 12.000 décès par an et elle est à l'origine de 32 000 décès additionnels, attribuables aux complications dues au niveau élevé de glucose dans le sang »¹¹. Ces chiffres sont confirmés aussi par les statistiques du Ministère de la Santé¹². Le taux de prévalence générale du diabète à Salé devrait être au moins du même ordre de grandeur que celui du Maroc. En outre, comme de nombreux médecins estiment qu'il y a un lien entre l'hygiène de vie et le diabète, et qu'il ne s'agit pas exclusivement d'une question de patrimoine génétique, on peut considérer qu'il y a là un grand chantier de médecine préventive, notamment la sensibilisation, l'éducation et l'information pour une nouvelle culture alimentaire, et pour une hygiène de vie plus saine.



Source : bilan annuel des programmes sanitaires, Délégation du Ministère de la Santé à Salé.

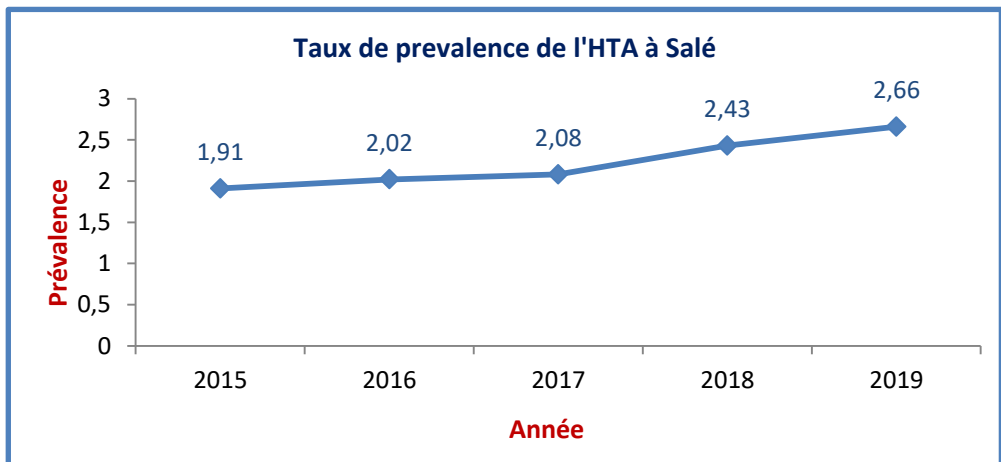
Ce qui est encore plus inquiétant, c'est que non seulement le taux de prévalence du diabète est à la hausse, mais aussi celui de l'hypertension artérielle. Il y a statistiquement une forte corrélation entre les deux taux. En effet, le taux de prévalence de l'HTA est passé

¹¹ OMS, Bureau Régional de la Méditerranée Orientale

¹² Ministère de la Santé, Rapport de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale 2018

de 1,91% en 2015 à 2,66% en 2019. Il faut préciser là aussi qu'il s'agit en fait du pourcentage de personnes dépistées et suivies pour HTA. Au Maroc, la sixième Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF) 2017-2018 révèle que la proportion des individus atteints d'hypertension artérielle est passée de 5,4 % en 2011 à 6,8% en 2018 chez la population adulte, ce pourcentage grimpe à 34% chez la population âgée de plus de 60 ans.

Ce qui est clair c'est que la projection dans l'avenir oblige les responsables de la santé publique à entreprendre dès à présent les mesures susceptibles d'inverser les tendances. Selon, la majorité des médecins, les deux pathologies (considérées comme « silent killers ») peuvent être, sinon éradiquées, du moins stabilisées grâce une saine hygiène de vie basée principalement sur l'abolition du sucre et du sel rajoutés dans la nourriture, sur l'abandon des aliments contenant des conservateurs chimiques, et sur l'exercice physique régulier.



Source : bilan annuel des programmes sanitaires, Délégation du Ministère de la Santé à Salé.

Comme on peut le remarquer, pour l'ensemble des maladies susmentionnées, il y a autant sinon plus à faire dans le domaine préventif que dans le domaine curatif. Certaines mesures semblent pourtant faciles à prendre, et ne coûtent absolument rien, au contraire,

elles peuvent alléger les dépenses de l'Etat ; il s'agit par exemple de l'abolition de la subvention du sucre qui profite principalement aux grands producteurs de biscuits, de pâtisseries et de boissons gazeuses. L'annulation de cette subvention (et peut-être même la taxation du sucre) va renchérir nécessairement les prix de ces produits nuisibles, réduire leur consommation par les citoyens, et probablement conduire les industriels à baisser les quantités de sucre dans leurs produits alimentaires.

Par ailleurs, la transition démographique en cours, qui se caractérise par une tendance à l'augmentation de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre de personnes de troisième âge, entraîne forcément des changements du profil épidémiologique, notamment avec l'augmentation de la part des maladies non transmissibles dans la population. En effet, la part des affections de longue durée (ALD) et des « affections lourdes et coûteuses (ALC) » risque de connaître une hausse considérable. Déjà, au niveau national il a été constaté que le nombre de patients souffrant de pathologies classées ALD et ALC est passé de 2.32% en 2006 à 5.58% en 2017 avec un poids dans les dépenses de soins qui a atteint 49% en 2017 contre 41% en 2006 !¹³

Globalement, le profil épidémiologique à Salé ne diffère pas fondamentalement de celui du Maroc. Nous avons insisté sur les pathologies les plus répandues notamment la tuberculose, l'HTA et le diabète, mais la population de la préfecture connaît aussi d'autres maladies répandues telles que les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les troubles mentaux et les IST.

¹³ « La Protection Sociale au Maroc », Conseil Economique Social et Environnemental, 2018



4.

L'offre de santé dans la préfecture de Salé

L'offre des soins de santé à Salé, comme dans toutes les villes du Maroc, est constituée de trois composantes dont deux essentielles et une complémentaire. Les composantes essentielles sont les offres du secteur public et les offres du secteur privé de la santé, la composante complémentaire est celle des associations à but non lucratif agissant dans le domaine de la santé. Selon la loi cadre 34-09¹⁴, l'offre de soins est constituée de l'ensemble des infrastructures et installations de Santé (fixes et mobiles), relevant du secteur public et du secteur privé, des ressources humaines qui leurs sont affectées, ainsi que des moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et des services afin de répondre de façon optimale aux besoins de Santé des individus et des collectivités.

4.3. Infrastructures et prestations de soins

4.3.1. Le secteur public

Le secteur public de la santé à Salé est composé de l'ensemble des structures assurant des activités et des services médicaux sous la direction et la responsabilité de la délégation du Ministère de la Santé à Salé. Ces structures sont multiples, mais les plus importantes sont les établissements de soins de santé primaire (ESSP), le centre hospitalier provincial (CHP) Moulay Abdallah, et les unités d'appui dédiées à des activités spécifiques.

¹⁴ Dahir n° 1-11-83 du 29 rejev 1432 (2 juillet 2011) portant loi sur l'égalité d'accès aux soins et services de santé

4.3.1.1. Le réseau des ESSP

Les Etablissements de Soins de Santé Primaires (ESSP) sont les établissements qui apportent les premiers soins et les premiers services médicaux aux patients de leurs arrondissements réciproques. Les malades sont reçus, et pris en charge selon les capacités de chaque ESSP. Ils sont éventuellement référés vers les centres hospitaliers lorsque leur état nécessite davantage de prospection et de suivi ou l'intervention des médecins spécialistes ou des examens complémentaires (de laboratoire ou de radiologie). Le bon sens voudrait donc que la répartition de ces ESSP puisse couvrir de manière équilibrée l'ensemble de la population de la préfecture. Or, on constate une répartition très déséquilibrée de ces centres. Ainsi par exemple, la commune rurale de Ameer ne disposait d'aucun ESSP en 2017, alors que la commune rurale de S'houle disposait de trois ESSP (cet écart a été réduit en 2019 grâce à la construction d'un ESSP à Ameer). Ce type de déséquilibre se retrouve aussi dans la distribution des ESSP de la zone urbaine. En effet, lorsqu'on observe le ratio du nombre de citoyens desservis par ESSP, on est frappé par l'amplitude des écarts constatés. Ce ratio s'étend en 2019 de 4.738 personnes par ESSP dans le quartier de Sidi Hmida à 114.212 personnes dans le quartier de Hay Errahma, c'est-à-dire que nous avons un ESSP pour une population 24 fois plus nombreuse. Bien entendu, les capacités et l'offre médicale des ESSP n'est pas exactement la même, mais ceci ne justifie pas les grands écarts entre le nombre des populations desservies. En conséquence, il y a une absence d'équité dans la répartition spatiale des ressources sanitaires. La priorité de création de nouveaux ESSP devrait être accordée à Bouknadel, Ameer, Tabriquet et Laayayda, car ce sont les zones où le nombre de citoyens par ESSP est le plus élevé.

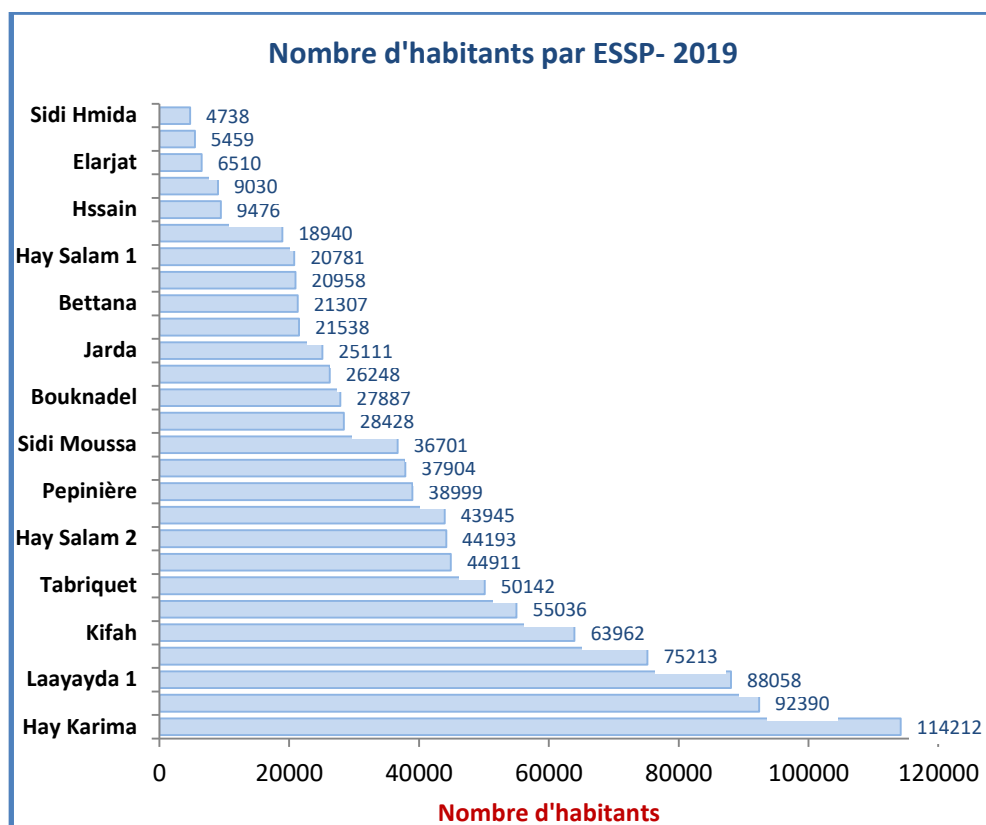
Conscients de ces disparités, les responsables de l'INDH de la Préfecture en collaboration avec la Délégation du Ministère de la

Santé à Salé, et en collaboration avec le Conseil préfectoral sur certains projets, ont travaillé sur un programme de renforcement et d'équipement des ESSP, notamment pour la rénovation des centres de santé tels que Abderrahim Bouabid, DCM, Hay Rahma, d'autres sont en cours de rénovation : Ibn Al Haytam, Centre Said Hajji.

Répartition des établissements de Soins de Santé Primaire par communes -2019-

Communes	Arrondissements Urbains	Fonctionnels
	Bettana	4
	Lamrissa	6
Commune Urbaine de Salé	Tabriquet	4
	Hssain	6
	Laayayda	4
Commune Urbaine de Bouknadel		1
Commune Rurale de Shoul		3
Commune Rurale de Aameur		1
	Total	29

Source : Rapport de la Délégation du Ministère de la Santé à Salé

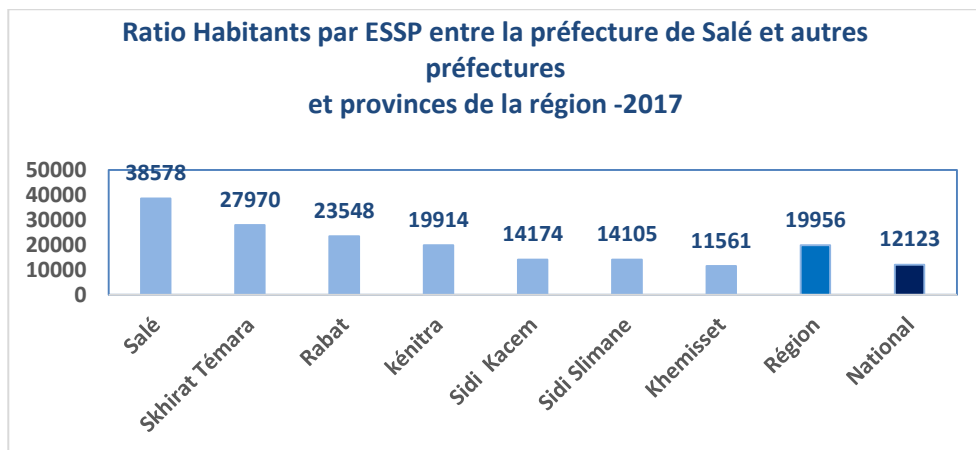


Source : Bilan Annuel des Programmes Sanitaires, Délégation du Ministère de la Santé à Salé.

Les inégalités constatées au niveau du nombre de citoyens desservis par les ESSP, sont d'autant plus conséquentes que la préfecture de Salé est, dans sa région, la ville qui a le ratio du nombre d'habitants par ESSP le plus élevé, soit plus de 38.500 citoyens en 2017 alors que ce ratio est de moins de 20.000 pour Kénitra et d'environ 11500 pour Khémisset. Ceci conforte l'idée du retard accumulé à Salé pendant des années dans le domaine des infrastructures de santé, ce qui la situe aujourd'hui parmi les villes du Maroc les moins favorisées dans ce domaine.

Dans le même sens, le nombre moyen de citoyens desservis par les ESSP à Salé n'a cessé d'augmenter passant de 36372 en 2014 à 39313 en 2018. Une telle tendance porte un double sens : d'un côté, les

pouvoirs publics n'arrivent pas à accompagner la croissance démographique de la ville et l'augmentation des besoins subséquents en services de santé, et d'autre part, profitant de cette « aubaine », les acteurs du secteur privé de la santé se substituent de plus en plus au système de santé public et élargissent leurs gammes de services.

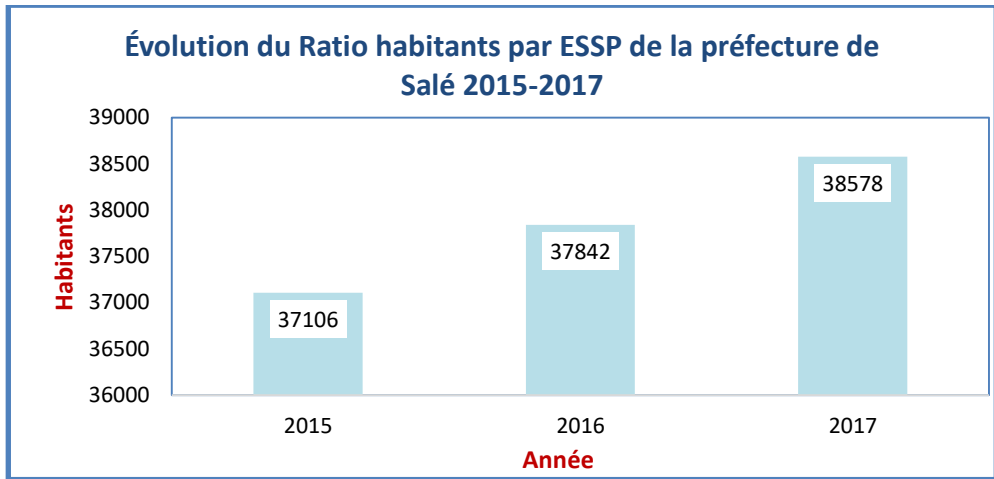


Source : Délégation du Ministère de la Santé – Salé.

Les chiffres permettent de constater aussi que la situation de Salé en matière de réseau d'ESSP est très défavorable par rapport à la moyenne dans l'ensemble du Maroc. Ainsi, le ratio du nombre moyen d'Habitants/ESSP est de 12.123 au niveau national alors qu'il est de 38.578 au niveau de la préfecture de Salé¹⁵. Par conséquent, de grands efforts en matière d'infrastructures de proximité doivent être faits pour rattraper d'abord le retard par rapport aux autres villes du Maroc, avant de pouvoir prétendre au parachèvement d'un système de santé publique susceptible d'améliorer l'offre de services et l'état de santé des citoyens de cette agglomération. Or ce que nous observons dans la réalité, c'est qu'entre 2014 et 2017, la situation de l'offre d'infrastructures de santé n'a fait que se détériorer. En effet, le ratio du nombre d'habitants par ESSP est passé de 36.372 en 2014 à 38.578 en 2017¹⁶.

¹⁵ Monographie, Délégation du ministère de la Santé à la Préfecture de Salé.

¹⁶ idem



Source : Rapport de la Délégation du Ministère de la Santé à Salé

Dans leur ensemble les CSSP dans la préfecture de Salé ont assuré en 2015, 1.242.804 consultations paramédicales (consultations réalisées par les infirmiers et les infirmières), et 1.003.405 consultations médicales (consultations par les médecins), soit au total 2.246.209 consultations¹⁷.

4.1.1.2. Le réseau hospitalier

La ville de Salé héberge trois centres hospitaliers importants, le CHP Prince Moulay Abdallah, et deux antennes du CHU Avicenne de Rabat : l'hôpital Al Ayachi et l'hôpital Errazi.

- Le CHP « Prince Moulay Abdallah »,

Le Centre Hospitalier Provincial (CHP) « Prince Moulay Abdallah », ouvert en 1982 a été transféré au quartier Sala-Al Jadida en 2019 dans des bâtiments neufs. Il dessert l'ensemble de la population de la Préfecture de Salé et dispose d'une capacité litière de 250 lits répartis entre les différentes spécialités comme suit :

¹⁷ «La santé en chiffres, 2015 » Ministère de la Santé, édition 2016

Activités médicales du CHP Moulay Abdallah par spécialité en 2019

Services Hospitaliers	Lits fonct.	Lits non fonct.	Ratio Population/lit
Médecine générale	30	30	34.720
Chirurgie générale/viscérale	30		34.720
Gynécologie-Obstétrique	60		4375
ORL		15	
Ophtalmologie		15	
Pédiatrie et chirurgie infantile	30		3.264
Réanimation	10		104.162
Traumato-orthopédie	30		34720
	190	60	

Source : Données du CHP Moulay Abdallah à Salé.

N.B : Le ratio nombre d'habitants/lit a été calculé sur la base d'une population de 1 041 619 exception faite pour les services de Pédiatrie et de Gynéco obstétrique qui ont été calculés selon la population des enfants de moins de cinq ans (9,4% de la population) et les femmes en âge de procréer (25,2% de la population).

Le CHP Prince Moulay Abdallah dispose aussi de deux stations de radiologie standard, d'un laboratoire d'analyses qui procède aux examens de biochimie, d'hématologie, de parasitologie et de sérologie, et de nombreux autres équipements tels que les générateurs d'hémodialyse, une unité de mammographie, et un écho-doppler.

Comme pour la majorité des structures hospitalières au Maroc, le CHP Prince Moulay Abdallah souffre d'une carence en ressources humaines médicales et paramédicales. Il est cependant arrivé à fournir des prestations importantes depuis son installation dans les nouveaux bâtiments à Sala Al Jadida. En 2019, 150.000 cas d'urgences y ont été pris en charge, 4700 femmes enceintes y ont accouché, et une moyenne de 400 malades par jour y ont été traités. Malgré leur effectif réduit, les médecins chirurgiens arrivent à opérer près de 3000

malades par an. Des efforts importants ont été fournis aussi pour assurer les séances de dialyse aux patients souffrant d'une insuffisance rénale chronique. Dans ce domaine, le rôle de la Délégation du Ministère de la Santé est aussi primordial, puisqu'en collaboration avec une des associations, une centaine de malades souffrant de cette pathologie bénéficient des séances de dialyse dans les structures publiques, et plus de 170 patients sont traités dans les centres privés à la charge et sous la supervision de la Délégation du Ministère de la Santé.

Par ailleurs, la préfecture de Salé héberge deux autres hôpitaux qui relèvent tous les deux, administrativement et médicalement, du CHU Ibn Sina (Avicenne) de Rabat, et qui ne rendent donc aucun compte à la délégation :

- Le Centre Hospitalier (AL AYACHI) spécialisé en rhumatologie et en rééducation fonctionnelle,
- Le Centre Hospitalier (ERRAZI) spécialisé dans les maladies psychiatriques.

Ces centres hospitaliers sont déterritorialisés de Rabat, mais n'ont aucun impact direct spécifique sur les habitants de Salé.

On observe alors que l'offre de soins au niveau de la préfecture de Salé s'arrête au niveau du Centre Hospitalier Provincial. Il faut rappeler que l'organisation de l'offre de soins au Maroc s'articule autour de quatre niveaux d'établissements médico-sociaux : le niveau de base constitué par les ESSP qui offrent un panier de soins de santé primaires, le deuxième niveau est celui des CHP (centres hospitaliers provinciaux) qui offrent un panier de soins de 18 spécialités, le troisième niveau est celui des CHR (centres hospitaliers régionaux) qui offrent un panier de soins de 28 spécialités, et les CHU (centres hospitaliers universitaires) qui offrent un panier de soins de 42

spécialités¹⁸. En dépit, de sa population qui la rendrait éligible pour toute la pyramide des structures hospitalières, la préfecture de Salé n'est dotée que des deux premiers niveaux des structures de soins, mais en plus elle demeure lésée sur le plan de la répartition territoriale des CSSP et des CHP au niveau national et au niveau régional.

4.1.1.3. Les structures d'appui

En plus des ESSP et de l'Hôpital Moulay Abdallah, la préfecture de Salé dispose d'un réseau d'unités d'appui dont les activités sont dédiées soit à des actes médicaux particuliers (maladies respiratoires, soins dentaires, hémodialyse,...) soit à des catégories de population spécifiques (élèves, enfants, femmes enceintes, ...). Ces structures d'appui sont réparties comme suit :

Structure d'appui spécialisée	Nombre de centres
Centre de Diagnostic et de Traitement des Maladies Respiratoires CDTMR	1
Centre de Diagnostic et de prise en charge des Diabétiques	1
Centre Médico-social scolaire	1
Laboratoire de Tuberculose	1
Maisons d'accouchement	2
Unité Psychiatrique	1
Unités dentaires	2
Unité de réhabilitation	2
Centre de Consultation Externe (CDP)	1
Laboratoire d'analyses Médicales	2
Centre de diabétologie	1
Centres d'Hémodialyse	1
Ligue Marocaine pour la protection de l'enfance	1
Bureaux Municipaux et Communaux d'Hygiène	3

Source : données de la délégation du Ministère de la Santé à Salé

¹⁸ Le Système de Santé Marocain, Adil Nadam, publication du Ministère de la Santé 2019

4.3.2. Le secteur privé

En ce qui concerne les diverses offres de services de santé du secteur privé, il est à noter que ces offres ont connu une augmentation sensible durant les vingt dernières années. Cette augmentation s'explique en grande partie par la dégradation de la qualité de l'offre publique des soins de santé. Ainsi, on compte 235 cabinets médicaux, alors que le nombre de médecins du secteur public dans la préfecture ne dépasse pas 216 médecins. Or, la majorité de la population n'a pas les moyens de se faire soigner dans le secteur privé. Ceci crée indiscutablement une médecine à deux vitesses, où l'argent constitue le facteur de discrimination principal entre les différentes couches de la population.

Les inégalités face à l'accès aux soins de santé qui en découlent posent déjà un problème d'équité en temps normal, mais elles deviennent handicapantes en période de pandémie telle que celle de la Covid-19. En effet, face à une grande menace de santé publique, telle que celle que nous vivons, il s'est avéré que seul le système public de la santé est sollicité par la masse de la population. Le secteur privé n'a commencé à intervenir dans le traitement des malades atteints de la Covid-19 qu'après six mois de tentatives unilatérales de la part du secteur public pour stopper la pandémie. Aujourd'hui, les cliniques privées reçoivent de plus en plus de patients atteints du virus, mais leur rôle reste limité d'autant plus que les frais d'hospitalisation sont très élevés et prohibitifs pour la majorité des citoyens (y compris ceux bénéficiant de l'AMO). Les prix réels pratiqués par les cliniques privées pour la prise en charge des malades de la Covid-19 sont devenus un enjeu social et politique très important, nécessitant une intervention forte des autorités publiques.

En plus des cabinets médicaux privés, le tissu de l'offre médicale privée est riche de 4 cliniques, 7 centres d'hémodialyse, 18 laboratoires d'analyses médicales, 141 cabinets dentaires, 329 officines, et de nombreux autres cabinets spécialisés.

OFFRE SANITAIRE PRIVÉE

➤ Cliniques	:	5
➤ Cabinets médicaux	:	235
➤ Centres d'hémodialyse	:	7
➤ Laboratoires d'analyses médicales	:	18
➤ Cabinets de radiologie	:	3
➤ Officines	:	329
➤ Cabinets dentaires	:	141
➤ Cabinets de prothésistes	:	18
➤ Opticiens	:	88
➤ Kinésithérapie	:	42
➤ Infirmerie	:	20
➤ Orthophoniste	:	5

Source : données de la délégation du Ministère de la Santé à Salé

Ce qui est frappant, c'est que l'enquête que nous avons réalisée auprès des médecins privés a révélé que la majorité des professionnels de ce secteur estime que la diversité de l'offre privée des soins de santé dans la préfecture de Salé est insuffisante voire très insuffisante, et que même la qualité des services qui y sont assurés reste en dessous du niveau requis ! La majorité des médecins du secteur privé appellent aussi à trouver des formes de coopération plus fortes avec le secteur public, tant pour la formation et la recherche que pour le traitement des patients et la collaboration médicale.

4.4. Les ressources humaines dans le secteur de la santé

4.2.1 Le secteur public

Les ressources humaines dédiées au secteur public de la santé à Salé sont de 717 personnes en 2018, réparties entre les ESSP, le CHP, la Délégation et le SIAAP. Les médecins représentent 30% de cet

effectif, le corps paramédical constitue 52% du total, et le personnel administratif s'élève à 18% de l'ensemble des ressources humaines.

Le ratio du nombre de médecins pour 10.000 habitants est un indicateur qui permet d'apprécier la capacité du système de santé à répondre à la demande de soins de santé de la population. Il n'y a pas de norme de l'OMS à cet égard. On estime cependant qu'un ratio de 23 médecins pour 10.000 habitants constitue le taux minimum pour pouvoir prétendre à la réalisation des objectifs du millénaire de développement liés à la santé. Or l'analyse de ce ratio pour la ville de Salé permet de constater qu'en 2018, on avait 2 médecins pour 10.000 habitants (si on inclut les médecins du secteur privé on arrive à un ratio d'un peu plus de 4 médecins pour 10.000 habitants). On demeure très en deçà du seuil minimum défini plus haut. En plus, à titre comparatif, le nombre moyen de médecins pour 10.000 habitants en Algérie était de 17 en 2017, de 13 en Tunisie, et seulement de 7 au Maroc.

Force est de constater que la ville de Salé est relativement moins dotée en médecins par rapport aux autres villes de sa région et par rapport à la moyenne nationale. Alors que le nombre d'habitants par médecin est de 4040 au niveau national, et de 3898 au niveau de la région Rabat-Salé-Kenitra, il caracole à 5213 dans la préfecture de Salé.

Répartition des Ressources Humaines par réseau et par corps de métier – 2018

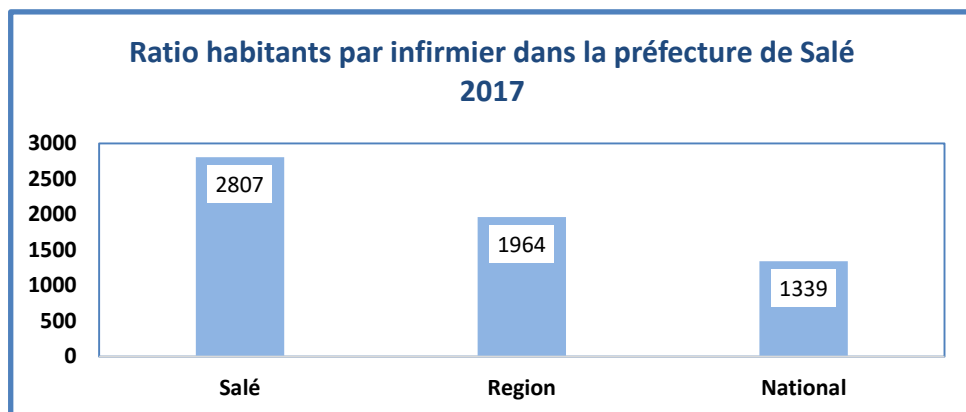
Catégories	Médicaux			Para-médicaux	Admin-istratifs	Total
	Spéci	Géné	Total			
ESSP	54	70	124	181	31	336
CHP	71	9	80	166	50	293
Délégation	4	2	6	15	41	62
SIAAP	3	3	6	13	4	23
Total	132	84	216	375	126	717

Source : Bilan Annuel des Programmes Sanitaires, Délégation du Ministère de la Santé à Salé 2019.

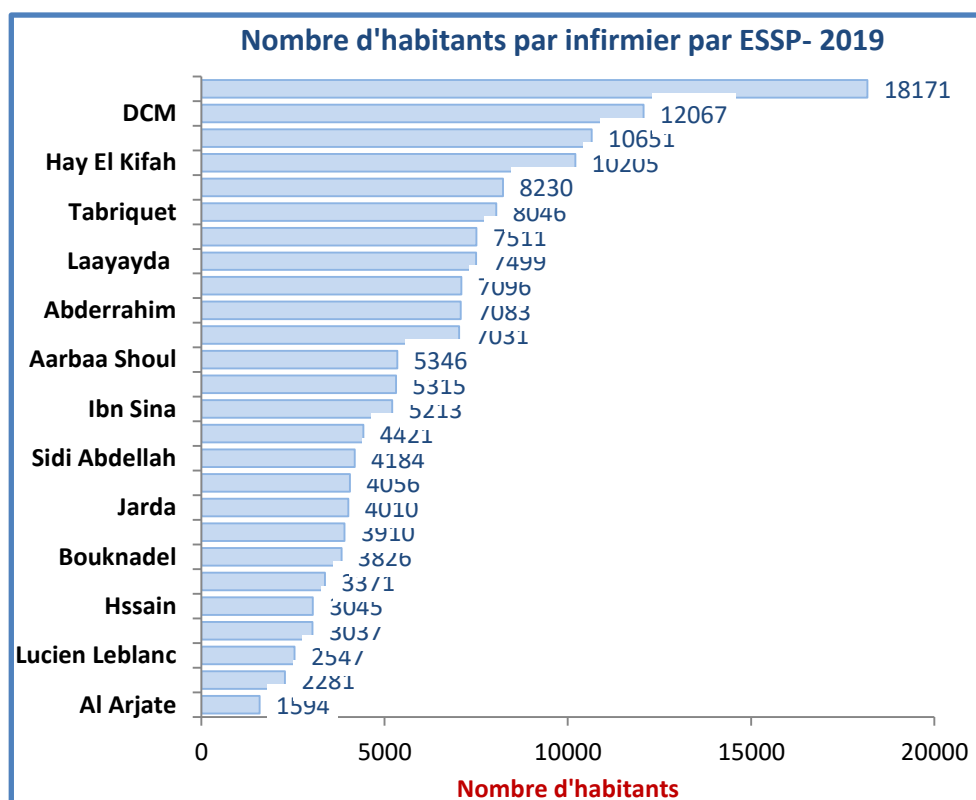
Ces inégalités constatées au niveau de la répartition du corps médical se retrouvent aussi dans les affectations du corps paramédical. En effet, on observe qu'au niveau national, le nombre d'habitants par infirmier(e) est de 1339 ; ce chiffre passe à 1964 au niveau de la région, et grimpe encore à 2807 dans la préfecture de Salé.

En conséquence, si le Maroc dans son ensemble doit fournir d'énormes efforts pour se rapprocher des taux d'encadrement médicaux nécessaires à la réalisation des objectifs du millénaire et du développement durable, la ville de Salé devrait bénéficier d'une attention particulière car son retard à ce stade est beaucoup plus prononcé que la moyenne nationale. Et au sein même de la préfecture de Salé, certains quartiers sont beaucoup plus lésés que d'autres, et devraient donc obtenir davantage de ressources humaines pour réduire les disparités. Ainsi, à titre d'exemple, le nombre d'habitants par infirmier qui est d'environ 2000 dans les CSSP de Sidi Hmida et AlArjate, passe à plus de 10.000 dans les CSSP de Hay El Kifah,

Ibn Al Haytam et Douar Cheikh Mfaddel, voire 18.000 au CSSP de Hay Errahma.



Source : Monographie, Délégation du Ministère de la Santé, 2017



Source : Monographie, Délégation du Ministère de la Santé, 2017

Les écarts très significatifs entre les ratios du nombre d'habitants par infirmier dans les différents CSSP de différents arrondissements et communes sont très significatifs de la différence de charge de travail entre les membres du personnel affectés dans ces centres. Le volume de travail peut expliquer en partie les sentiments d'injustice ressentis et exprimés par le corps paramédical. La pression de la population est tellement forte dans de nombreux CSSP qu'elle est souvent à l'origine de tensions, de conflits et de frustrations de part et d'autre. Nous y reviendrons dans l'analyse des activités des centres de santé.

4.2.2. Le secteur privé

Comme nous l'avons noté ci-dessus, le nombre de médecins du secteur privé est plus élevé que celui du secteur public. Il était de 237 en 2018 auquel on devrait ajouter les 141 chirurgiens dentaires, d'où un total de 378 médecins. Ce corps médical se répartit de manière très inégale entre les arrondissements de la préfecture : trois de ces arrondissements (Lamrissa, Bettana et Tabriquet) se taillent la part du lion en ce qui concerne l'accueil des structures et des médecins privés (plus de 67% de médecins s'y sont installés). A l'opposé, des communes comme S'houl (commune rurale) et Bouknadel (commune urbaine) sont quasiment désertées par les médecins privés. Il faut noter cependant, qu'objectivement, les médecins du secteur privé agissent comme n'importe quel entrepreneur qui essaye de se rapprocher de son marché cible, de réduire ses coûts de production, et d'augmenter son chiffre d'affaires. La problématique de la santé publique et de l'accès aux soins de tous les citoyens relève de la compétence des autorités sanitaires publiques et des fonctions régaliennes de l'Etat, c'est donc aux autorités sanitaires de trouver les moyens adéquats pour assurer la meilleure couverture médicale à l'ensemble des citoyens de manière juste, équitable et éthique.

Répartition des Médecins Privés par Spécialité et par Commune

Communes Spécialités »e	Lamrissa	Bétana	Tabriquet	Lâayayda	Hssain	Bouknadel	Shoul	Total
Cardiologues	8	3	2					13
Chirurgiens orthopédiques	1							1
Dermatologues	1		2					3
Gastroentérologues	5	1	1		1			8
Généralistes	28	27	28	18	34	4		139
Gynécologues	3	4	5		3			15
Médecins internistes	0	1	1					2
Médecins du travail	1			1	1			3
Néphrologues	2	1	1		2			6
Neurologues	1							1
Ortho- rhino- laryngologie	1	2	2					5
Ophtalmologues	3	1	3	2	3			12
Pédiatres	5	3	2		4			14
Pneumologues	2	1	1	1	2			7
Psychologues	0	1	1		1			3
Radiologues	1		2					3
Rééducation réhabilitation	0	1						1
Rhumatologues	1							1
Total	63	46	51	22	51	4		237

Source : Données de la Délégation du Ministère de la Santé à Salé.

Répartition des infrastructures médicales privées par commune (2018)

Spécialités	Lamrissa	Bettana	Tabriquet	Lâayayda	Hssain	Bouknadel	Shoul	Total
Cliniques	2	2	1					5
Centres d'hémodialyse	3	3			1			7
Lab Analyses médicales	6	1	6		5			18
Cabinets Radiologie	1		2					3
Cabinets chirurgie dent	27	23	33	28	29	1		141
Pharmacies	65	45	67	62	67	22	1	329
Cabinets kinésithérapie	7	8	15		11	1		42
Infirmiers	3	4	5	1	6		1	20
Cabinets Orthophonie	1	1			3			5
Cabinets d'Opticiens	18	11	28	6	24	1		88

Source : Données de la Délégation du Ministère de la Santé à Salé

4.5. Couverture médicale et dépenses de santé de la population

Le système de couverture médicale au Maroc est réglementé par la loi n° 65-00 datant d'octobre 2002. Cette loi se réfère à six fondements essentiels : l'obligation d'assurance, l'universalité, l'équité, la solidarité, l'interdiction de toute forme de discrimination et l'interdiction de la sélection du risque maladie. Ces fondements sont encore aujourd'hui loin d'être atteints, même s'ils ont été spécifiquement rappelés dans la constitution marocaine de 2011. Le système de couverture médicale est censé offrir une couverture de base obligatoire (CMB) et une couverture complémentaire (CMC). C'est ce qui a conduit à l'instauration d'un régime contributif d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), dont le financement est assuré par les cotisations versées par les bénéficiaires, et d'un régime d'Assistance Médicale (RAMED) destiné à la population pauvre et dont le financement est basé sur la solidarité nationale au profit des catégories indigentes de la population. Au-delà de l'AMO, ce sont les mutuelles et les assurances-maladies privées qui prennent en charge la couverture médicale complémentaire. Les mutuelles réunies sous la bannière de la CNOPS assurent un peu plus que 3 millions d'adhérents, et les

assurances privées ne couvrent qu'une infime partie de la population active (certains employés du secteur privé).

Selon le rapport de l'ACAPS¹⁹, au niveau national, et jusqu'en 2018, seuls 54% de la population active bénéficie d'une couverture médicale. La population totale couverte par l'AMO s'élève à 9,5 millions de personnes, soit 26% de la population marocaine. Quant à la population totale couverte par le RAMED elle s'élève à 14,5 millions en 2019. On peut donc en conclure qu'environ 24 millions de marocains bénéficient d'une forme ou d'une autre d'assurance médicale de base.

Dans ce cadre, on note que dans la préfecture de Salé, le nombre de Ramédistes en 2018 s'élève à 108.108 personnes dont 93% de bénéficiaires en zone urbaine et 7% en zone rurale. Le nombre de bénéficiaires a diminué en 2019 et se situe à 101.850. Cette baisse s'explique par la réticence de 6% environ des personnes bénéficiaires du Ramed à payer la contribution annuelle qui leur donne droit à cette assurance médicale. Il faut rappeler que durant les premières années de mise en place du système, la contribution annuelle minimale (600,00 MAD) était prise en charge par l'Etat ou par les collectivités locales pour les personnes indigentes. L'arrêt de la prise en charge par une tierce partie en 2018 et 2019 a conduit plusieurs bénéficiaires à abandonner cette protection sociale.

Ramené à la population de la préfecture, le pourcentage des bénéficiaires du RAMED se situe à 10%. Et ce sont justement les Ramédistes qui sont les premiers bénéficiaires des CSSP et des hôpitaux publics. Le système de santé public à Salé (à l'image de ce qui se passe dans les autres régions) ne capte que 6% des dépenses de l'AMO. Ces chiffres restent cependant approximatifs en raison de l'absence de comptabilité analytique dans la majorité des hôpitaux publics.

¹⁹ Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociales, rapport publié en 2020

La majorité des bénéficiaires de l'AMO (Mutualistes, bénéficiaires d'assurances-maladies privées, adhérents de la CNSS, ...) se tournent massivement vers les structures de soins de santé privées, même s'ils doivent s'acquitter en moyenne, pour le secteur privé de 40% et pour le secteur public de 32% des frais engagés²⁰. Ceci dénote de la faible attractivité du système de soins de santé public, et l'enracinement de plus en plus fort d'un système de santé à deux vitesses : des services publics bas de gamme pour la population pauvre et un système privé relativement attractif pour la population disposant des ressources nécessaires pour couvrir les charges. On imagine facilement la frustration et la déception des médecins dans le secteur public, soumis à une forte pression de la demande, dépourvus des moyens pour répondre aux sollicitations, sous payés par rapport au privé, et devant supporter une image négative d'une médecine de seconde zone !

Nombre de Ramédistes et coûts des soins dans la préfecture de Salé

Année	Effectif	Montant en MAD
2013	41425	6.762.362,25
2014	68159	10.036.252,25
2015	93092	15.255.029,50
2016	87307	15.870.530,00
2017	107489	14.051.161,90
2018	107108	16.052.308,50
2019	101850	20.196.620,50

Source : Bilan annuel des Programmes Sanitaires 2019, Délégation du Ministère de la Santé, Salé.

Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessus, le nombre de bénéficiaires du RAMED dans la préfecture de Salé, a commencé à

²⁰ Rapport de l'ONDH sur l'évaluation du RAMED, 2017

baisser depuis 2017, alors que les dépenses y afférentes ont augmenté de façon significative. Entre 2017 et 2019, l'effectif des Ramédistes a diminué de 6%, à l'opposé durant la même période, les dépenses de santé supportées par le régime du Ramed à Salé ont augmenté de 43% ! Cette hausse est le résultat selon de nombreux médecins de la gratuité totale des actes médicaux qui pousse à l'abus, et de la pression faite par les malades pour bénéficier de scanners, de bilans biologiques et radiologiques, et autres IRM. Ces abus sont facilités par le manque de traçabilité et le manque d'un système d'information centralisé dans les centres de santé (CSSP et CHP).

La baisse du nombre d'adhérents au RAMED s'explique principalement par les difficultés de renouvellement de la carte et par la nécessité de payer les frais d'adhésion. En effet, Avant trois mois de la fin d'éligibilité au RAMED (qui est de 3 ans), le bénéficiaire doit déposer un nouveau dossier en suivant la même procédure administrative que celle de la première demande. Et deux semaines avant l'expiration de la carte (première année ou deuxième année selon les cas), le bénéficiaire doit chercher l'avis de paiement auprès de l'annexe administrative où il a déposé sa demande. Il se présente au bureau local de « Poste Maroc » pour s'acquitter de la contribution annuelle pour récupérer sa nouvelle carte. Conformément à l'article 25 du décret d'application, l'ANAM collecte la contribution partielle annuelle des bénéficiaires reconnus en situation de vulnérabilité fixée à 120 dirhams par personne dans la limite d'un plafond de 600 dirhams par ménage.

Après cette première expérience du RAMED, il semble qu'il aurait été peut-être plus pratique et plus efficace de donner la carte du RAMED gratuitement à toutes les personnes qui ne bénéficient pas d'une couverture ou d'une assurance médicale, et exiger en contrepartie le paiement d'une contribution (montants à fixer après étude) lors des consultations et des actes médicaux dans les centres de santé (Ces

sommes seraient bien entendu versées dans le compte du RAMED). Ce système permettrait de résoudre les deux problèmes susmentionnés, mais nécessiterait au préalable une étude de faisabilité et des simulations statistiques fiables.

Selon le rapport de l'ONDH relatif à l'évaluation du RAMED en 2017, la couverture médicale de base ne s'est pas accompagnée de dispositifs publics de mesure de la qualité de sa gestion et des soins qu'elle prodigue. « La mise en place du RAMED ne s'est pas accompagnée d'une mise à niveau du secteur hospitalier public, induisant ainsi une pression sur la qualité des soins, et sur la charge de travail du personnel hospitalier avec une dégradation de la situation et de l'image de marque de la médecine publique dès lors assimilée à la médecine pauvre pour les pauvres »²¹.

En conséquence de toutes ces critiques et des nombreuses limites qui ont caractérisé le système de protection sanitaire RAMED, le Chef de l'Etat a rappelé dans le discours du trône du 30 juillet 2020 la nécessité de procéder à la généralisation de la couverture sociale au profit de tous les marocains. L'idée s'est précisée davantage le 11 août 2020, lorsque le Ministre des Finances a annoncé au parlement, devant la Commission des Finances de la Chambre des Représentants qu'une nouvelle réforme de la protection sociale au Maroc est en cours d'élaboration, et qu'elle se traduira par une suppression du régime d'assistance médicale RAMED auquel va se substituer la généralisation de l'assurance médicale obligatoire AMO à tous les marocains (l'AMO ne bénéficie aujourd'hui qu'à un marocain sur trois). L'intérêt de cette réforme est d'offrir à l'ensemble des citoyens un panier minimum de soins assurés, et ce, quel que soit le niveau de leurs ressources et de leurs contributions au système. Selon le Ministre des Finances cette réforme devra être finalisée et mise en œuvre avant la fin de 2022.

²¹ « La Protection Sociale au Maroc », Le Conseil Social Economique et Environnemental, 2018

Pour ce qui concerne la dépense totale de santé, le rapport sur les comptes nationaux de la santé élaboré en 2015²² aboutit à une estimation de 52 milliards de dirhams en 2013 (et 47,8 milliards de dirhams en 2010). Une projection de cette tendance permet d'estimer cette dépense totale aux alentours de 61,5 milliards de dirhams pour l'année 2019, soit une moyenne de 1728 dirhams par habitant. Les comptes nationaux de la santé permettent aussi d'estimer le pourcentage du Produit Intérieur Brut (PIB) consacré aux dépenses de la santé aux alentours de 6%. Ces dépenses de la santé au Maroc sont financées par les ménages, par l'Etat, par les assurances médicales et par d'autres ressources dans les proportions suivantes²³ :

- Le paiement direct des ménages : 50,7%
- Les ressources fiscales : 24,4%
- La couverture médicale : 22,4%
- Les employeurs : 1,2%
- La coopération internationale : 0,6%
- Les autres sources : 0,7%.

Ce sont donc clairement les ménages qui supportent plus de la moitié des dépenses de santé, l'Etat n'en supporte que 24,4%, et les mutuelles et les assurances financent 22,4% de ces dépenses. Le financement direct par les ménages signifie aussi que l'accès aux soins dépend dans une large mesure des ressources financières des ménages.

4.6. Disponibilité et offre des médicaments

4.6.1. Disponibilité des médicaments dans les officines

Selon l'enquête que nous avons menée auprès des pharmaciens, il ressort que la couverture du territoire en officines est correcte, et permet une facilité d'accès aux médicaments. Les citoyens non plus ne se plaignent pas d'une quelconque rareté ou éloignement des

²² Comptes Nationaux de la Santé, Ministère de la santé, 2015

²³ idem

officines. La disponibilité des pharmaciens et leur rôle de conseiller auprès de leurs « patientèles », notamment dans les zones rurales de Salé, constitue un point fort de ce réseau.

Par contre, certaines faiblesses ont été soulignées par la majorité des pharmaciens d'officine interviewés :

- En dépit de la disponibilité générale des médicaments, et du rôle positif de plus en plus important que jouent les médicaments génériques, il n'en demeure pas moins que des ruptures de stocks surviennent périodiquement et sont par conséquent préjudiciables aux patients. Ces ruptures ont été plus importantes depuis l'arrivée de la pandémie de la Covid-19. Certaines ruptures sont la conséquence de la panique qui a saisi les citoyens (achat en trop grandes quantités de la vitamine C par exemple).
- La seconde grande faiblesse qui ressort de l'enquête réside dans l'inexistence de collaboration entre les médecins du secteur public et les pharmaciens. Or, dans de nombreuses situations, le pharmacien a besoin de consulter le médecin traitant pour des ajustements, des éclaircissements ou des produits de substitution. On comprend facilement que la difficulté d'accès aux médecins traitants du secteur public n'est pas la conséquence d'une quelconque mauvaise volonté, mais plutôt celle de la surcharge de travail qui les oblige à parer au plus urgent. Il existe par contre plus de canaux de communication avec les médecins du secteur privé, même si là aussi une plus grande fluidité de communication est nécessaire,
- La troisième faiblesse est celle de l'insuffisance, pour ne pas dire l'inexistence, des cycles de formations continues indépendantes. Les formations disponibles sont celles offertes par les laboratoires de médicaments, dont le but est davantage le marketing et le commerce plutôt que la santé publique et le bien-être des citoyens,

Par ailleurs, la crise sanitaire de la Covid-19, et notamment la période du confinement, a eu un impact indéniable sur les activités des officines. En effet, en plus de l'augmentation exponentielle de la charge de travail (et aussi du chiffre d'affaires), les pharmaciens d'officine ont été sollicités beaucoup plus qu'auparavant pour prodiguer des conseils à caractère médical. A ce titre, il faut souligner que les médicaments sont dispensés globalement et en moyenne selon le schéma suivant (Ce schéma varie selon la localisation géographique de l'officine et les caractéristiques de la clientèle) : le tiers du chiffre d'affaires concerne les médicaments délivrés sur la base d'ordonnances médicales, un autre tiers concerne les médicaments délivrés sur la base du renouvellement d'ordonnances (notamment pour la cardiologie, la dermatologie, la psychiatrie...), et le dernier tiers se répartit plus ou moins à égalité entre les demandes de conseil pharmaceutique et l'automédication²⁴.

4.6.2. Disponibilité des médicaments dans les centres de santé publics

La pharmacie préfectorale de Salé assure la distribution des médicaments aux CSSP et au CHP en fonction de leurs besoins et des crédits alloués. Le budget de cette pharmacie préfectorale était de 4,5 millions de dirhams en 2011, il est passé à 7,5 millions de dirhams en 2020 pour l'acquisition des médicaments et des consommables et fournitures médicales, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 5,8%. C'est là un effort important mais qui ne parvient pas encore à couvrir la totalité des besoins. La population de la Préfecture a dépassé aujourd'hui un million d'habitants, les centres de santé se multiplient, et les besoins en moyens humains, en matériel et en médicaments augmentent de manière exponentielle.

Les centres de santé reçoivent une dotation de médicaments chaque trois mois. Il n'y a pas une procédure unique pour gérer les stocks de médicaments reçus, même si le Ministère avait préparé et diffusé

²⁴ Estimations données par les pharmaciens d'officine interviewés

(avec le soutien de l'Union Européenne) en 2013 un guide d'organisation et de fonctionnement de la pharmacie hospitalière²⁵. Dans les CSSP des zones rurales, les médicaments sont réceptionnés par l'infirmier major, et déposés dans un local sous sa responsabilité. C'est normalement cet infirmier qui reçoit les malades ayant été auscultés par le médecin et leur délivre éventuellement les médicaments prescrits sur leurs ordonnances, en fonction bien entendu du stock disponible. L'infirmier major est en charge de toutes les autres tâches qui lui incombent. Par contre, dans les CSSP urbains, c'est le médecin qui gère et délivre les médicaments directement aux patients. Cette procédure pose d'énormes pressions sur les médecins qui se retrouvent confrontés directement à des patients exigeant l'obtention de médicaments gratuits, abstraction faite de l'avis du médecin et de la disponibilité dans le stock.

A la différence des officines du secteur privé, la rupture d'approvisionnement en médicaments est plus fréquente dans les centres de santé publique. Il y a cependant une différence entre d'une part les médicaments relatifs aux maladies de longue durée et ceux des autres maladies. Les médicaments faisant partie des programmes de lutte contre les pathologies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension artérielle sont généralement disponibles et ne connaissent que très rarement des situations de rupture, par contre, pour ce qui est des médicaments hors programmes nationaux et hors maladies chroniques, les CSSP rapportent des ruptures de stocks assez fréquentes.

A ces ruptures de stock s'ajoute un autre problème relatif à la péremption de certains médicaments. Les livraisons de nombreux médicaments peuvent se faire alors que leurs dates de péremption est relativement proche, mais la gestion des stocks laisse aussi à désirer car on n'applique pas de façon systématique le FIFO (First In First Out).

²⁵ « Guide d'organisation et de fonctionnement de la pharmacie hospitalière » Ministère de la Santé, 2013

Besoins de santé, offre de soins, et crise de la Covid-19 dans la Préfecture de Salé



5.

Forces et faiblesses du système de santé dans la préfecture de Salé

5.1. Les améliorations durant les dix dernières années

5.1.1 Les réalisations en infrastructures

Les indicateurs macroéconomiques de l'état de santé de la population marocaine montrent dans l'ensemble des progrès indéniables : baisse du taux brut de mortalité, augmentation de l'espérance de vie, amélioration de la santé maternelle... etc. La Préfecture de Salé a profité aussi des efforts déployés par le Ministère de la Santé et par différents intervenants (Région, Fondations, Conseil préfectoral, ...) pour renforcer les infrastructures d'accueil et de traitement des citoyens. Ainsi durant les dernières années plusieurs CSSP ont été soit créés, soit rénovés, d'autres sont actuellement en cours de rénovation, et de nouveaux centres sont programmés pour rapprocher les établissements de soins de la population cible. Les réalisations des trois dernières années (2017-2019) dans le secteur public peuvent être présentées ainsi :

- L'ouverture du Centre de Soins de Santé Primaire et des urgences de proximité dans l'arrondissement de Bouknadel (à 20 km de l'hôpital provincial Moulay Abdallah) pour desservir 75.000 habitants environ. Ce centre assure les services de santé suivants : consultations générales et médecine préventive, maison d'accouchement, unité des urgences médicales de proximité, médecine dentaire, cardiologie, ophtalmologie, et néphrologie,

- L'ouverture du nouveau CHP Prince Moulay Abdallah dont la réalisation a coûté plus de 300 millions de dirhams. Cet hôpital dispose de 250 lits répartis entre les urgences (10 lits), la médecine générale (60 lits), la chirurgie générale (30 lits), la gynécologie-obstétrique (60 lits), la pédiatrie (30 lits), la traumatologie (30 lits), ORL (15 lits) et Ophtalmologie (15 lits).
- Construction et équipement d'un nouveau centre d'hémodialyse dans l'arrondissement de Bettana pour un budget d'environ dix millions de dirhams,
- Construction et équipement d'un centre de soins dentaires dans le même arrondissement (Bettana) pour un budget d'environ huit millions de dirhams,
- Construction et équipement du CSSP Brahma dans l'arrondissement rural de Ameer, disposant aussi de deux logements de fonction, pour une enveloppe budgétaire d'un peu moins de deux millions de dirhams, Ce centre a ouvert ses portes il y a environ une année pour les visites paramédicales, et il ne s'est médicalisées qu'en septembre 2020.

D'autre part, des efforts d'aménagement et de renouvellement des équipements ont concerné plusieurs CSSP, tels que les CSSP Roustal et Hay Errahma dans l'arrondissement de Tabriquet, les CSSP Sidi Azzouz et Aarjate dans l'arrondissement S'houle. Parallèlement, plusieurs projets sont en cours de réalisation. Il s'agit notamment de l'acquisition d'une unité mobile de dépistage de la tuberculose dans les zones rurales, et de l'équipement de plusieurs CSSP en matériel médical et appareils de rééducation fonctionnelle.

Une série d'autres projets sont programmés pour les années à venir, et visent l'amélioration de l'offre de soins de santé publique primaire dans les CSSP existants. Sur les onze projets programmés, neuf concernent le réaménagement et l'équipement des CSSP existants. Un

projet concerne la création (Construction et équipement) d'un centre de désintoxication à S'houle, et un autre concerne la construction et équipement d'un centre de santé maternelle et reproductive et de dépistage des cancers du sein et de l'utérus dans l'arrondissement de Tabriquet.

5.1.2. Le programme national d'immunisation

A l'image du bilan au niveau national, les actions de vaccination des enfants et des mamans semblent fonctionner très correctement. Ainsi, le taux de couverture des nouveaux nés en BCG avoisine les 100%, de même que les trois prises de Pentavalent, la couverture en RR1 à 9 mois, et le Rota. A l'exception de quelques insuffisances relatives aux zones rurales, notamment le rural mobile, les programmes de vaccination des enfants couvrent la quasi-totalité de la population cible.

En ce qui concerne les programmes de vaccination des femmes enceintes, les taux de couverture restent encore en dessous des objectifs souhaités. En effet, seules 20 à 22% des femmes enceintes bénéficient des programmes de vaccination en 2019. Le total des VAT (Vaccin Antitétanique) réalisés chaque année ne dépasse pas 20.000. De son côté, le CSSP de Bouknadel disposant d'une salle d'accouchement a assuré 327 naissances en 2017 et 344 en 2019. Au total, les structures d'accouchement public assurent 25% des accouchements de la préfecture. Il n'en demeure pas moins que 4658 naissances en 2019 ont eu lieu HPMA (Hors Procréation Médicalement Assistée) à Salé.

Il faut remarquer aussi que le pourcentage de mort-nés est passé de 5% en 2017 et 2018 à 8% en 2019, mais en même temps, la proportion des nouveaux nés vivants décédés dans les 24 heures, est passée de 2,38% en 2017 à 0,22% en 2019.

Il existe aussi un programme de dépistage néo-natal de l'hypothyroïdie congénitale, mais dont le nombre de prélèvements

opérés est en baisse depuis 2015. Le nombre de prélèvements est passé de 5568 en 2015 à 3709 en 2019. Ces prélèvements sont effectués principalement au CHP Moulay Abdallah et au CSSP de Bouknadel.

Parallèlement aux programmes d'immunisation, le système de santé publique à Salé dispose d'un programme de dépistage précoce des cancers du col de l'utérus et du sein. Les taux de participation à ces deux programmes en 2019 sont respectivement de 3,5% et 20% de la population féminine cible, ce qui reste relativement faible, notamment pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus.

Nous avons observé aussi une tendance à la baisse du taux de couverture des femmes enceintes par le dépistage du HIV de 25% en 2017 à 13% en 2019. Cette baisse est très probablement la conséquence de la diminution de l'intensité des campagnes de sensibilisation. Faute de ressources humaines suffisantes et de moyens suffisants, le système de santé public se concentre davantage sur les actions curatives que sur les campagnes préventives.

Le système de santé publique s'intéresse aussi à la malnutrition des enfants. Les statistiques de la Délégation du Ministère de la santé à Salé montrent que la malnutrition concerne en 2018 moins de 1% des enfants dans les zones rurales de la préfecture, et moins de 0,5% dans les arrondissements urbains. Par contre, environ 4% des enfants ruraux et 1,5% des enfants urbains souffrent d'un surpoids.

5.1.3. Les autres points forts du système et le rôle de l'INDH

Par ailleurs, l'enquête que nous avons réalisée auprès des médecins du secteur public à Salé montre que le principal point fort du système réside dans l'engagement des ressources humaines (56% des médecins enquêtés l'ont confirmé), même si une partie de ces ressources ne montre pas le même dévouement que la majorité. En effet 22% des médecins du secteur public considèrent que le système de santé publique à Salé n'a pas de point fort du tout, et remettent en

question même l'engagement des RH susmentionné. La proximité des centres de soin des populations cibles a été soulignée par 28% des médecins de notre échantillon, et le bon niveau des équipements médicaux dans les centres de santé par 6% seulement.

Sur le plan opérationnel, le système de santé publique à Salé a assuré plus de deux millions de consultations en 2019 réparties entre 1.141.000 consultations médicales et 1.006.000 consultations paramédicales. Il est bien entendu que du fait de la structure démographique de la préfecture, la quasi-totalité de ces consultations est assurée dans les arrondissements urbains. Les deux communes rurales ont bénéficié en 2019 de 15.500 consultations médicales et 21.500 consultations paramédicales.

Le système de santé publique à Salé dispose aussi d'un programme de santé scolaire et universitaire qui offre deux types de service : les Visites Médicales Systématiques (VMS) qui ont bénéficié en 2019 à 87% des élèves (soit 25.967 élèves), et les VCI (Visites des Classes par l'Infirmier) dont ont bénéficié 32% des élèves. Ces jeunes ont profité aussi du programme de lutte contre la malvoyance. 24.965 élèves ont subi les tests d'échelle métrique ce qui a permis de dépister 1296 malvoyants. Malheureusement, à cause du manque des ressources humaines nécessaires, les services de la délégation ont dû abandonner les VCI en 2020.

Il faut souligner aussi les efforts consentis dans le cadre de l'INDH et le Conseil Préfectoral. Ainsi au titre de l'exercice budgétaire 2019 par exemple, des enveloppes ont été allouées à l'aménagement et l'équipement du centre de santé pour le traitement de la tuberculose à Bab El Khemiss dans l'arrondissement Mrissa (plus de 3,4 MDH), et à la construction d'un centre d'accueil des malvoyants (4,5 MDH). Dans le cadre de l'encouragement de la pratique sportive, d'autres projets ont été financés tels que l'aménagement d'espaces sportifs au sein des établissements scolaires (14,22 MDH), la construction d'une

piscine semi-olympique couverte, des salles de sport à Sala Al Jadida (plus de 24 MDH), et d'une piscine municipale à Bouknadel (7MDH).

Dans le domaine socio-sanitaire, des projets ont été également programmés. Il s'agit entre autres de la construction et l'équipement d'une annexe du centre d'accueil des personnes âgées à Bouknadel (1,8 MDH), la construction d'un centre d'accueil des personnes âgées à Bourmada dans l'arrondissement Mrissa (7 MDH), la construction et l'équipement du centre d'accueil « Al Amal » au complexe socio-éducatif à Sala Al Jadida (2,7 MDH) et la construction d'un centre d'addictologie à Salé (13 MDH), ainsi que la construction d'un centre de kinésithérapie au profit des personnes à besoins spécifiques (5 MDH).

L'INDH contribue également à la rénovation des CSSP et à leur équipement en matériel médical tels que les échographes. Les services de l'INDH de la Préfecture jouent aussi un rôle de pression sur le Ministère pour déployer le personnel médical dans les centres de santé.

La plupart des projets sont cofinancés par les contributions de l'INDH, le Conseil de la Région Rabat-Salé-Kénitra, le Conseil Préfectoral, et selon la nature du projet par le Fonds de Développement Communal, l'Office National de l'Electricité et de l'eau potables, et le Ministère de l'Equipement, du Transport, de la Logistique et de l'eau.

5.1.4. Le rôle des élus dans le renforcement du système de santé à Salé

En réalité, les élus n'interviennent pas dans l'élaboration de la stratégie de la santé et dans la détermination des priorités dans ce domaine. Leur rôle se limite à apporter le soutien financier et les contributions budgétaires au financement de certains projets. Les

décisions importantes sont prises par les autorités locales (Le Gouverneur) et par la Délégation.

C'est le Conseil Préfectoral qui intervient statutairement, et selon les prérogatives qui lui ont été reconnues par la loi dans les actions de renforcement et d'accompagnement du système de santé. Ce Conseil a pris de nombreuses initiatives à Salé pour mettre à jour les équipements et améliorer les services des soins dans les CSSP. Les projets sélectionnés sont systématiquement entrepris en partenariat avec la Délégation du Ministère de la Santé pour éviter les aberrations constatées antérieurement (construction de centres de santé qui restent fermés faute de personnel : cas du CSSP Moazza à Sidi Abdallah). Le Conseil Préfectoral a été à l'origine par exemple de l'aménagement des CSSP Cheikh El Mfaddel, Roustal à Tabriquet, Hay Rahma, Sidi Abdallah.....etc, et il a équipé la délégation en ambulances.

Lorsque les projets concernent la construction d'un nouveau CSSP, le Conseil Préfectoral s'associe à l'INDH, toujours en partenariat avec la Délégation pour la réalisation.

Equipements de santé financés par le Conseil Préfectoral de Salé en 2020

Désignation	Etat d'avancement
Réaménagement du centre de santé Al Mazraa	Travaux réceptionnés en 2020
Réaménagement du centre de santé Hay Errahma (arrondissement Tabriquet)	Travaux réceptionnés en 2020
Réaménagement du centre de santé Ibn Al Haitam (arrondissement layayda)	Travaux en cours
Construction du centre de santé à Hay Errahma	Travaux en cours
Centre de l'addictologie (arrondissement Tbriquet)	Travaux en cours
Centre de santé Layayda (arrondissement Layayda)	Lancement des travaux en décembre 2020
Réaménagement espace de santé pour les jeunes (arrondissement Tabriquet)	Lancement des travaux en décembre 2020)

Source : Document du Conseil Préfectoral de Salé, DGS/SDE, 2020

En plus, au cours de la crise sanitaire de la Covid-19, le Conseil Préfectoral a équipé tous les centres de santé de la délégation ainsi que les communes en matériel et produits d'hygiène pour un budget de 12 millions de dirhams.

5.1.5. L'implication de la société civile dans les problématiques de la santé à Salé

Pendant longtemps le tissu associatif à Salé s'est très peu impliqué dans tout ce qui concerne la gestion locale des affaires publiques, qu'elles soient d'ordre économique, social ou sanitaire. A quelques exceptions près, ce n'est qu'avec le lancement de l'INDH que de nouvelles associations ont été créées pour accompagner les projets de développement local dans la préfecture, comme sur l'ensemble du territoire marocain.

Au niveau de la préfecture de Salé, et dans le domaine spécifique de la santé, on peut distinguer les antennes locales des associations nationales (telles que l'ALS, l'Association des sages-femmes du Maroc, l'OPALS), et les associations locales qui contribuent d'une manière ou d'une autre à l'amélioration de l'état de santé de la population ou des services médicaux qui leur sont prodigués. Dans ce cadre, l'association Sala-Almoustaqbal par exemple a organisé de nombreuses manifestations de sensibilisation et des campagnes médicales au profit de la population de Salé, sans oublier des conférences à l'attention des lycéens sur les dangers de la drogue.

Il n'en demeure pas moins que la ville de Salé souffre d'un manque de dynamique associative. Il y a une dizaine d'années, cette timidité relevée par les responsables de l'INDH a été même ressentie comme un handicap dans la mise en œuvre des projets de développement financés par cette initiative²⁶. Par ailleurs, il a été constaté que dans la ville de Salé, peu d'associations sont concernées par les

²⁶ « Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc » Observatoire National du Développement Humain, 2011

problématiques de la santé publique. Elles ont tendance à s'activer plus dans la promotion des activités génératrices de revenus, la scolarisation et la lutte contre l'analphabétisme, et l'organisation des activités ludiques pour les jeunes, notamment dans les colonies de vacances. Ceci dit, certaines associations s'impliquent quand-même dans les campagnes de sensibilisation en lien avec la santé publique, et organisent parfois des campagnes médicales dans les zones rurales de la préfecture grâce à la mobilisation des médecins volontaires du secteur privé, c'est le cas par exemple de l'Association Sala-Almoustaqbal. En outre, quelques associations apportent une aide substantielle pour la prise en charge de l'accompagnement des malades atteints de pathologies chroniques tels que les diabétiques ou les malades nécessitant les séances périodiques de dialyse.

La Délégation du Ministère de la Santé à Salé a développé la coopération avec une dizaine de partenaires du tissu associatif de la ville. Il s'agit des associations suivantes :

- Association Bouregreg
- Association des Sages Femmes au Maroc
- Association Al Balssam
- Association YddiBiddek
- Association Action Urgence
- Association de Lutte Contre le Sida
- Organisation Pan-Africaine de Lutte contre le Sida
- Association Al Mansour Likafalat Al Yatim
- Association des Mourchidates
- Association Riaaya wa Isaaf

La coopération avec les associations peut prendre plusieurs formes. Elle dépend des capacités et du potentiel de chaque association. Ainsi, certaines d'entre-elles contribuent non seulement à la sensibilisation des citoyens, mais aussi à la réalisation d'actes médicaux ou de laboratoire, tels que les tests et les consultations relatives aux IST-

Sida, et la délivrance de médicaments aux malades. Dans ce sens, l'association OPALS par exemple est sur le point d'ouvrir un CTA (Centre de Traitement Ambulatoire) qui est en fait un hôpital de jour. La Délégation met à la disposition d'OPALS des locaux et une infirmière, et l'Association fournit les médecins, les produits, les équipements, et les médicaments pour répondre aux besoins des malades

Ceci dit, le tissu associatif qui s'active dans le domaine médical reste encore très faible par rapport aux besoins et à ce qui peut être fait dans ce domaine. Mais les associations ne peuvent pas se multiplier de manière spontanée, il est nécessaire de concevoir une politique du Ministère de la Santé, pour la mobilisation et l'encouragement des associations qui voudraient s'activer dans le domaine de la santé publique en général. Ces associations devraient travailler avec l'assistance, la coopération et la supervision de la délégation du Ministère de la Santé.

5.2. Les obstacles à l'accès aux soins de santé

5.2.1 Dans le secteur privé

A l'image du système de santé au Maroc, celui de la préfecture de Salé est bipolaire. Un secteur de santé privé à but lucratif, et un système de santé public à but non lucratif. Par définition, la majorité de la population dont le niveau de revenus est faible, ne peut pas accéder aux soins de santé dans les structures privées. La faiblesse des ressources financières face aux frais élevés des prestations constitue le principal obstacle au recours à la médecine privée. Il faut souligner que même lorsque les citoyens disposent d'une couverture médicale de base telle que l'AMO, l'accès aux soins de santé dans le secteur privé demeure financièrement coûteux, et ce pour trois raisons :

- La grande différence entre les prix de référence des actes médicaux tels qu'arrêtés officiellement par les organismes de prévoyance

sociale, et les prix réels beaucoup plus élevés dont les patients doivent s'acquitter lors des consultations et des actes médicaux. Ce sont les malades qui doivent supporter cette différence,

- L'exclusion de nombreux actes, opérations et services de la liste des prestations remboursables (OCT, ...),
- La nécessité d'avancer le montant des frais, de constituer un dossier de remboursement, de le faire parvenir à l'organisme de prévoyance, et d'attendre le remboursement de la quote-part prise en charge, ce qui peut durer plusieurs mois.

Or, comme nous l'avons constaté ci-dessus, dans la présentation de l'offre de soins de santé, le secteur privé semble disposer de plus de médecins et d'infirmiers que le secteur public pour répondre aux besoins de la tranche de la population relativement aisée.

5.2.2. Dans le secteur public

Les entretiens que nous avons pu mener avec les usagers du système de santé public ont révélé de leur côté des disparités importantes entre les citoyens qui bénéficient du RAMED ou de l'AMO et ceux qui ne disposent d'aucune couverture médicale (plus de 35% de la population). Ainsi, une partie de la population est exclue du système de santé en termes d'accessibilité financière aux traitements et aux offres de soins (analyses, traitements, opérations). Cette tranche se rabat généralement sur les recettes traditionnelles ou bien se résigne à accepter son sort.

En ce qui concerne les citoyens habilités à bénéficier des services des structures publiques de santé, la majorité se présente avant 8h du matin à la porte du centre de santé pour obtenir un numéro d'ordre distribué par l'agent de sécurité, et attendre l'ouverture. L'afflux massif des patients est une donnée générale à tous les CSSP et au CHP. Certains usagers ont signalé que l'entrée rapide aux structures de santé de soins (centres de santé, hôpitaux) dépend des connaissances qu'on a parmi le personnel, et plus rarement de la

corruption des agents chargés de l'ordre. En fait, ces comportements ne sont ni plus ni moins répandus que ce qui est observé dans d'autres secteurs ; ils sont cependant favorisés par le nombre très important d'usagers qui feraient monter la pression sur le personnel médical, augmenter la tension entre les patients et les responsables de l'ordre, multiplier le nombre de querelles et finalement baisser la qualité des services médicaux prodigués. Le stress et la tension devant l'entrée des CSSP sont d'autant plus forts que les usagers (personnes âgées, femmes et leurs nouveau-nés, handicapés) sont obligés d'attendre leur tour dans la rue, ou dans une cour lorsqu'elle est disponible (CSSP Abderrahim Bouabid à Hay Salam), sans aucun minimum de confort : pas de chaises, pas de parasol, ... On imagine facilement les malaises que peuvent occasionner les longues attentes pour des patients diabétiques à qui on demande d'être à jeun pour subir des contrôles.

Un autre problème soulevé par les usagers des CSSP (et que nous avons pu observer par nous-mêmes lors d'une de nos visites), c'est le manque de communication, manque d'information et d'explication données aux malades. Il est évident pour nous qu'il ne s'agit pas d'une mauvaise volonté de la part des soignants, mais c'est plutôt la conséquence de la surcharge de travail qui conduit le personnel médical à accélérer le rythme de passage, et donc à se concentrer exclusivement sur le diagnostic rapide, l'écriture de l'ordonnance et/ou le document de transfert au CHP.

Vu du côté des usagers, les motifs de frustration et d'insatisfaction dans les CSSP sont multiples. Ils rapportent pour certains d'entre eux les absences répétées des médecins, et mentionnent qu'ils doivent parfois revenir une deuxième ou troisième fois pour être auscultés. Mais ce qui ressort le plus c'est le mauvais accueil de la part des infirmiers et infirmières, excédés face à la très forte affluence et aux multiples sollicitations qui ne leur laissent pas de temps de répit et parfois au manque de civisme et d'organisation des usagers. Ce temps de récupération qui leur manque, ils l'imposent dans certains cas en fermant les portes devant les visiteurs, d'où une fois encore la montée

des tensions. Les conséquences inévitables sont alors les réactions violentes vis à vis des visiteurs, la disparition de toute empathie, et la frustration de tous, malades et personnel de santé.

Toutefois, parallèlement à ces témoignages somme toute très négatifs, plusieurs usagers reconnaissent l'existence de très bons médecins (du point de vue attitude et comportement) et d'infirmiers et infirmières compréhensifs, et qu'en fin de compte, les patients s'arrangent pour arriver dans les CSSP durant les horaires de travail de ces personnes, et se faire servir par eux et par elles.

5.3. Les faiblesses structurelles du système de santé à Salé

5.3.1. Dans le secteur public

En dépit des investissements et des efforts déployés pour renforcer l'offre des soins de santé dans la préfecture de Salé, celle-ci reste caractérisée par une insuffisance structurelle par rapport à la demande. Ce déséquilibre patent entre l'offre et la demande se manifeste par :

- l'encombrement des CSSP fonctionnels : Les patients doivent se présenter très tôt devant les portes des CSSP pour avoir une chance de voir le médecin, sinon ils sont obligés de revenir le lendemain,
- la surcharge de travail des médecins et des infirmiers qui sont pour la majorité au bord du « burn-out » dans les CSSP et dans le CHP,
- l'insatisfaction des patients quant à la qualité des services des centres de santé

En fait, lors de nos visites des CSSP de Salé, nous avons constaté qu'ils ouvrent leurs portes de 8:30h à 16h. La faiblesse de l'encadrement en ressources humaines conduit au stress, à l'augmentation des tensions et à la dégradation de la qualité des services. On peut en conclure qu'il y a une sous-exploitation des

infrastructures des CSSP. Ces centres, auraient gagné en quantité et en qualité de services rendus à la population si les RH disponibles permettaient d'organiser deux shifts de services médicaux, l'un de 8h à 14h et le second de 14h à 21h.

Nos constats sur le terrain ont été corroborés par l'enquête menée auprès des médecins du secteur public. En effet, le dépouillement fait ressortir les faiblesses suivantes du système de santé dans la préfecture de Salé, classées par ordre d'importance :

- L'insuffisance des ressources humaines médicales et paramédicales par rapport aux besoins et à la demande. Cette faiblesse a été rapportée par 90% des médecins,
- L'insuffisance du matériel et des équipements médicaux dans la majorité des centres de santé. 84% des personnes enquêtées l'ont souligné.
- 81% ont mentionné le manque de médicaments et de consommables dans les CSSP,
- 75% des médecins estiment que la surcharge et l'encombrement des centres de santé constituent des facteurs handicapants pour ce qui est de la qualité des soins.

Ce sont là les points faibles qui font la quasi-unanimité des professionnels de la santé. D'autres faiblesses ont été relevées mais dans une moindre proportion : l'état de santé déplorable de la population et son faible niveau socio-économique (37% des avis), et le manque de leadership (6% des avis).

La crise de la Covid-19 n'a fait qu'accentuer la visibilité des faiblesses susmentionnées. Selon les données de notre enquête, on retrouve toujours en tête des problèmes dévoilés par la pandémie l'insuffisance des ressources humaines (pour 81% des personnes enquêtées), et la grande faiblesse des infrastructures médicales (pour 56% des enquêtés). Cependant, la crise sanitaire a exacerbé et mis en exergue d'autres faiblesses du système, notamment les problèmes d'organisation et de coordination entre les différents intervenants

(pour 81% des médecins enquêtés), et la faible prise de conscience des citoyens (pour 53% des opinions exprimées). Il en ressort clairement qu'il existe des difficultés de communication au sein des structures médicales elles-mêmes, et aussi entre les professionnels de la santé et la population.

Pour ce qui est des problèmes propres au corps médical et aux difficultés que rencontrent les médecins dans l'exercice de leur métier, l'enquête a révélé que 97% d'entre eux se plaignent de l'insuffisance des moyens (espaces, équipements, matériel, produits,..) mis à leur disposition. En second lieu est mentionné le niveau de rémunération non motivant (pour 75% des personnes enquêtées), et les écarts significatifs entre la rémunération de l'heure de travail dans le secteur privé et celle dans le secteur public (toute chose étant égale par ailleurs). 60% des médecins se plaignent de la surcharge de travail, notamment durant la crise de la Covid-19. D'ailleurs, 66% des personnes interrogées considèrent qu'il y a un problème de déséquilibre dans la répartition de la charge de travail entre confrères, un déséquilibre qui résulte de l'inexistence des fiches de postes et des responsabilités qui incombent à chaque employé, à chaque cadre et à chaque médecin. Quant au faible niveau socioculturel et l'illettrisme de la population, il a été souligné par 50% des médecins.

5.3.2. Dans le secteur privé

Comme nous l'avons signalé plus haut, les médecins du secteur privé n'ont pas exprimé non plus une grande satisfaction en ce qui concerne la diversité des soins et des services prodigués, ni en ce qui concerne leur qualité, ni en ce qui concerne leur quantité. Ils ont par contre confirmé dans leur majorité l'importance de l'engagement des ressources humaines, en dépit des efforts qui doivent encore être faits pour la formation continue du corps paramédical et de la diversification des services médicaux cliniques qui sont pour l'instant limités à quelques pathologies.

Quant aux principales difficultés relevées dans ce secteur (telles qu'exprimées par les médecins privés), on peut les résumer par ordre d'importance comme suit :

- Insuffisance de la couverture médicale de la population en quantité et en qualité, ce qui limite le bassin des bénéficiaires de la médecine privée aux tranches de la population disposant des moyens financiers, soit pour avancer les frais de consultation et d'hospitalisation, soit pour supporter la quote-part non prise en charge par les organismes de prévoyance sociale,
- Le faible niveau des revenus de la majorité de la population de la préfecture de Salé impacte la décision des ménages de s'orienter vers le secteur privé,

Certains médecins du secteur privé ont déploré le manque de collaboration entre le secteur privé et le secteur public, et d'autres ont soulevé le poids de la fiscalité dans le secteur. Ces réactions se sont reflétées dans les propositions suggérées pour améliorer les performances de l'offre de soins dans le secteur privé. Ainsi nous retrouvons en première place la demande de renforcement de la collaboration scientifique entre le secteur privé et le secteur public, l'adoption de l'assurance médicale universelle, et la révision de la fiscalité dans ce domaine.

5.3.3. Les problèmes de coordination entre les différents intervenants

La problématique de la coordination entre les différents intervenants dans le domaine de la santé à Salé a été soulevée par les médecins et par de nombreuses personnes interviewées. En fait nous avons noté que les représentants de la population (les élus) d'un côté, les représentants du Ministère de l'Intérieur de l'autre, et les représentants du Ministère de la Santé ont chacun leur propre vision, leurs propres priorités, et leurs propres objectifs. Ces visions ne convergent pas toujours, et peuvent même s'opposer. Le dernier mot et la décision

finale reviennent systématiquement aux services de la Préfecture. Cependant, c'est le Délégué du Ministère de la Santé qui est le plus sollicité et qui doit monter au front chaque fois qu'une question de santé publique est à l'ordre du jour. Il est d'autant plus sous stress lorsqu'il doit arbitrer entre les avis et recommandations des médecins, justifiées par des considérations médicales et de santé publique, et les instructions des autorités locales justifiées par des considérations de sécurité publique et de raison d'Etat. Le Délégué ne dispose pas en fait de tous les pouvoirs et de tous les moyens qui lui permettraient de prendre les décisions et piloter sous sa responsabilité et celles des médecins la politique de santé publique au niveau de la Préfecture.

On doit noter qu'au début de la pandémie (période du confinement), les autorités publiques assuraient le transport, l'hébergement et la restauration du corps médical et paramédical. Ce soutien logistique a pris fin avec la fin du confinement. Malheureusement, la pandémie s'est répandue encore plus, et les médecins et les infirmiers n'ont jamais été aussi sollicités. C'est surtout aujourd'hui qu'ils ont besoin de soutien, d'encouragement, et de motivation. La majorité d'entre eux avait d'ailleurs mal accueilli les prélèvements sur salaire au profit de la caisse de solidarité contre la Covid-19.

5.3.4. Les problèmes de perception de la médecine générale

Ce qui ressort de nos différentes enquêtes et multiples entretiens, c'est que les efforts importants de renforcement des infrastructures médicales et des équipements dans les centres de santé (CSSP et CHP) de la préfecture de Salé, ne se sont pas accompagnés d'un effort proportionnel au niveau de la disponibilité des ressources humaines qui sont le cœur et le moteur de ces unités, ni en termes quantitatifs, ni en termes qualitatifs. Comme nous l'avons remarqué, le nombre d'habitants par médecin de la santé publique à Salé ne fait qu'augmenter, de même que le nombre d'habitants par infirmier. Mais en plus, les efforts de médicalisation des CSSP n'ont pas été accompagnés de mesures d'amélioration des conditions de travail, des

conditions de vie et des motivations matérielles et morales attractives pour les médecins et les infirmiers. Les frustrations qui en résultent aboutissent à l'instabilité du médecin et à l'absence de son implication dans l'environnement qu'il est censé servir. La majorité des médecins travaillant dans les CSSP n'attendent que l'occasion pour s'éloigner de ces centres. Il faut souligner qu'au Maroc, les médecins généralistes souffrent aussi d'une image peu valorisante par rapport aux spécialistes²⁷. La formation de base favorise et valorise la pratique spécialisée. A titre indicatif, en Allemagne par exemple, la médecine générale est elle-même une spécialité, et toutes les portes de la formation sont grand-ouvertes à ceux et celles qui le souhaitent, ce qui est loin d'être le cas au Maroc.

5.3.5 Le retard de la mise en place de la médecine de famille

La médecine de famille est une médecine de proximité, une médecine de première ligne, dans laquelle le médecin de famille commence d'abord par bien connaître le milieu social et familial de ses patients. C'est une discipline spécifique, avec son propre contenu de formation, de recherche, de pratique clinique et ses propres fondements scientifiques. Son grand intérêt est de prodiguer les soins médicaux aux individus dans leurs milieux communautaires, et de permettre au médecin de famille de connaître l'environnement géographique, économique, social et culturel du patient, et d'adapter en conséquence les traitements et les soins à apporter aux malades. Ceci signifie que la médecine de famille est une spécialité qui exige du médecin d'être polyvalent et apte à résoudre la majorité des problèmes de santé qui se présentent à lui. En plus, au-delà des savoirs scientifiques, le médecin de famille a besoin de compétences complexes de savoir-être, savoir-faire et savoir agir.

Cette approche de la médecine de famille peut avoir des résultats très positifs dans des milieux comme ceux de la Préfecture de Salé. Elle

²⁷ « Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc », ONDH, 2010

nécessite cependant de grands efforts de formation dans les facultés de médecine et surtout une refonte du système de santé tel qu'il fonctionne à ce jour, avec notamment une reconsidération du statut du médecin généraliste de famille. Pour l'instant, on en est loin, même si le Ministre de la Santé lors d'une séance de questions orales devant la chambre des représentants a confirmé que le Ministère est conscient de l'importance de cette question, et il a en même temps donné des chiffres qui restent à notre avis insignifiants par rapport aux besoins : 44 médecins de famille ont été diplômés en 2017 et 26 en 2018, ajoutant que 50 autres devront obtenir leur diplôme en 2020. En fait, la refonte du système devrait consister à ce que tous les médecins qui n'auraient pas choisi une autre spécialité, suivraient la formation de médecine de famille, et obtiendraient le même statut que les spécialistes dans les autres disciplines. Selon les professionnels de la santé à Salé, ce type de médecine permettrait de résoudre un grand nombre de problèmes dont souffrent aujourd'hui les médecins généralistes dans les CSSP et le CHP Moulay Abdallah.

5.3.6. Equité du système

Malgré les difficultés de collecte des informations auprès des patients (à cause des risques et des réglementations de la crise sanitaire), il nous a été possible de vérifier un certain nombre d'hypothèses et de recueillir des informations intéressantes quant aux besoins et aux comportements de la population dans les quartiers dits populaires. Ainsi, pour une grande partie des personnes interrogées, les difficultés financières restent un obstacle important à l'accès aux soins, notamment dans le secteur privé. Certaines d'entre elles se tournent vers la médecine traditionnelle comme palliatif de secours, mais la majorité s'oriente vers les CSSP lorsque les maladies sont considérées comme sérieuses. Toutefois, la plupart des CSSP ne sont pas visités avec joie par les patients. La réticence à consulter les centres de santé dans la très grande agglomération urbaine de Salé dépend souvent de l'éloignement de la structure, mais aussi de l'environnement d'accueil

et de l'attitude vis-à-vis des malades. Si de leur côté, les professionnels de la santé se plaignent parfois du comportement et des attitudes des patients (ignorance, incivisme et comportements qui peuvent aller jusqu'à l'agressivité physique), les clients des CSSP de leur côté se plaignent du mauvais accueil qui leur est réservé, et évoquent très souvent l'absence des médecins. Il s'agit bien entendu ici de tendances générales et d'opinions exprimées par les uns et les autres. Ceci ne signifie pas qu'il y a absence totale de citoyens bien éduqués et de médecins soucieux de donner le meilleur d'eux-mêmes à leurs patients et à leur métier.

Si dans son ensemble, la population pauvre de la préfecture, notamment dans les arrondissements où le taux de vulnérabilité est élevé, rencontre de grandes difficultés d'accès aux structures de soins de santé, certaines catégories sont encore plus vulnérables et plus exposées. Il s'agit principalement des personnes à besoins spécifiques (à mobilité réduite ou souffrant de tout autre handicap). Pour cette catégorie, une fondation a été créée « Fondation de Gestion du Centre National Mohammed VI des Handicapés » et un grand centre a été construit et équipé (CNMH) pour un budget de 85 millions de dirhams, financé principalement par la Fondation Mohamed VI pour la Solidarité. Le CNMH assure la prise en charge globale et intégrée des personnes en situation d'Handicap, notamment dans les domaines médical, social, éducatif, sportif et de la formation professionnelle.

Une autre catégorie de la population de Salé qui n'est pas captée par les radars des observateurs est celle des migrants subsahariens qui s'installent, travaillent souvent au noir, et se mélangent à la population. Cette catégorie ne bénéficie d'aucune protection médicale, et peut, tout en souffrant de différentes pathologies, propager des maladies dans la population. La problématique de la santé publique devrait intégrer cette composante et la politique de la santé publique devrait trouver les moyens de surveiller et d'assurer un service médical minimum aux immigrés clandestins, non seulement pour des

raisons humanitaires, mais aussi parce qu'il y va de la sécurité sanitaire de la population dans son ensemble.

La troisième catégorie de la population qui fait face à d'énormes difficultés pour l'accès aux soins et à la prise en charge médicale est celle des femmes et mères célibataires ou cheffes de ménage. Il faut mentionner que 12,2% des femmes âgées de plus de 15 ans sont veuves ou divorcées, et 31% sont célibataires²⁸. Les femmes veuves ou divorcées sont une catégorie très vulnérable qui doit bénéficier des mêmes droits à la santé que tous les autres citoyens, et du soutien des associations et des autorités sanitaires de la préfecture.

L'accès aux soins de santé dans la ville de Salé est finalement caractérisé par de nombreuses inégalités qui commencent avec le mauvais positionnement de la préfecture en matière d'indicateurs de santé par rapport aux autres villes de la région et par rapport à la moyenne nationale, s'étendent aux inégalités territoriales entre les arrondissements et les communes de la préfecture, et sont exacerbées par les inégalités sociales et les écarts de revenus entre les différentes couches de la population. L'accès aux soins apparaît ainsi fortement influencé par les ressources économiques et par l'inégale répartition des infrastructures. De telles inégalités rendent l'accès aux soins beaucoup plus difficile pour les indigents, augmentent les délais de prise en charge des patients pauvres, tout en ayant simultanément un impact sur la décision même de recourir à des soins.

²⁸ HCP, caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population de la préfecture de Salé.

6.

Modalités d'adaptation en période de confinement et de crise sanitaire

Il faut reconnaître d'abord que l'avènement de la pandémie de la Covid-19 a créé une situation inédite à laquelle personne ne s'attendait et à laquelle personne ne s'était préparé. Il est donc compréhensible que les éléments de la stratégie face à la pandémie soient construits au fur et à mesure de l'évolution de la situation pandémique et de l'avancement de l'état des connaissances médicales. Cependant, ces connaissances sont restées difficiles à exploiter dans la mesure où les spécialistes et les chercheurs eux-mêmes, au niveau mondial, n'ont jamais manifestés autant de désaccords et d'incertitudes quant au comportement et à l'attitude qu'il faut avoir face à ce fléau. Les deux composantes du système de santé, le secteur public et le secteur privé, ont réagi de manières différentes, et à l'intérieur de chaque secteur, les professionnels de la santé se sont adaptés à la crise sanitaire selon leurs rôles et leurs positions dans le système.

6.1. Adaptations du système de santé publique

Le Maroc dans son ensemble, et les autorités sanitaires de la Préfecture de Salé en particulier, ont agi pour le mieux, même si la navigation à vue dans un tel environnement engendre du stress et une surcharge de travail inédite. Les médecins, les infirmiers et les administrateurs impliqués dans la lutte contre la Covid-19 ont dû sacrifier leurs vies familiales, leurs vacances, et leurs nuits de sommeil pour une mobilisation pratiquement de type militaire, dans laquelle ils ont mis leurs vies en danger au sens propre du terme pour tenter de freiner la propagation du virus.

6.1.1. La stratégie mise en œuvre par les autorités sanitaires (délégation)

La stratégie mise en œuvre par la Délégation du Ministère de la Santé ne diffère pas de celle appliquée dans toutes les préfectures du Royaume pour la simple raison que les orientations et les principales recommandations (qui prennent la forme d'instructions) émanent d'une seule structure qui est la Commission Scientifique Nationale, et transitent par les autorités locales représentant le Ministère de l'Intérieur. Dans ce sens, et pendant toute la période de la crise, de mars à septembre 2020, la quasi-totalité des ressources humaines et matérielles de la délégation ont été mobilisées pour la lutte contre la pandémie.

Le premier cas de la Covid-19 a été détecté à Salé au début du mois de mars 2020. Une cellule d'urgence a été constituée de sept personnes (médecins, infirmiers et techniciens de laboratoire). A ce moment les efforts étaient orientés vers la formation du personnel de santé pour apprendre à enfiler les combinaisons de protection (qui seront abandonnées plus tard). La Délégation a commencé par dédier un service du CHP Moulay Abdallah à l'hospitalisation des premiers malades de la Covid-19, puis elle a rapidement arrêté toutes les activités médicales de l'Hôpital pour qu'il s'occupe exclusivement des personnes touchées par la pandémie. Ce CHP recevait les malades de Kénitra, de Sidi slimane, Sidi Kacem, Temara, mais le nombre de personnes touchées durant les mois de mars et avril restait très faible.

Avec l'arrivée du mois de Ramadan, les autorités sanitaires ont commencé les campagnes de dépistage massif (prélèvements de masse) de la Covid-19 dans les foyers professionnels (entreprises à Technopolis et fermes agricoles) et dans certains quartiers sous la responsabilité de la cellule Allo-Veille (une dizaine d'investigateurs).

Il suffisait de la découverte d'une personne malade dans un immeuble pour que la cellule de veille se mobilise, accompagnée des autorités locales des sapeurs-pompiers, et parfois du Délégué en personne pour passer le test à tous les habitants de l'immeuble.

Malheureusement, en dépit de ces efforts, la pandémie n'a pas été maîtrisée, et aujourd'hui, au mois de septembre 2020, les autorités sanitaires ont été obligées d'abandonner les prélèvements de masse (faute de moyens) et les visites aux foyers des citoyens, alors que le nombre de personnes contaminées à Salé grimpe en flèche.

Les médecins du secteur public ont commencé à prescrire le traitement conventionnel (plaquenil, zinc, vitamine C, Azimicyne) aux personnes touchées par la Covid-19, qu'ils soient symptomatiques ou asymptomatiques, en leur recommandant de se confiner chez-eux. Seules les personnes présentant des signes de stress respiratoire grave sont admises au CHP. En même temps pour alléger la pression sur l'Hôpital Moulay Abdallah, la Délégation a aménagé cinq centres de référence Covid-19 dans les CSSP Laayayda, Bab Lkhmiss, Hay Salam 1, Ibn Sina et Hay Rahma. Ces cinq centres assurent les tests PCR et les tests rapides sérologiques, ainsi que la délivrance des médicaments aux patients. Cette stratégie comporte quand-même un grand risque car des malades de la Covid-19 et ceux souffrant d'autres pathologies se retrouvent côte à côte et les contaminations peuvent y trouver un terrain très propice.

La gestion des écoles a été aussi menée au jour le jour, tantôt on voulait fermer les écoles lorsqu'on découvrait un cas de contamination, tantôt on se limitait à confiner les élèves d'une classe.

Aujourd'hui, c'est tout le système de santé à Salé qui semble saturé, le personnel en charge de la Covid-19 est dépassé, les moyens de faire face à la massification des contaminations manquent cruellement, et il est fort probable que les autorités sanitaires et administratives soient obligées de laisser une grande partie de la population subir son sort en

fonction de la propre immunité de chacun en attendant l'aboutissement à l'immunité de groupe.

Il reste à mentionner que les autorités publiques avaient considéré au départ de la pandémie que la lutte contre la Covid-19 était une affaire exclusive du secteur public. Ainsi, ni les cliniques privées, ni les médecins privés n'ont été associés à la lutte contre l'épidémie. En plus, comme les traitements médicaux ont été monopolisés par les hôpitaux publics, les médecins du privé n'avaient d'autres choix que d'orienter les cas suspects vers le HCP Moulay Abdallah. Pire encore, pendant des mois, tout cabinet ou clinique ou laboratoire qui avait reçu un cas confirmé de Covid-19, devait fermer pendant quatorze jours ! Une décision qui obligeaient les médecins privés soit à refuser l'assistance médicale à toute personne suspectée de porter le virus, soit à dissimuler les cas détectés pour éviter la fermeture. Heureusement, cette procédure est abandonnée aujourd'hui, puisque le secteur privé est finalement sollicité pour participer aux efforts d'éradication de l'épidémie.

A la lumière de l'expérience de la crise sanitaire en cours, le rôle des autorités sanitaires, appuyées par les autorités locales, devrait dépasser le cloisonnement entre le secteur public et le secteur privé de la santé. La stratégie de lutte contre la pandémie aurait dû intégrer dès le départ toutes les composantes et toutes les ressources humaines et matérielles disponibles exactement comme en période de guerre. Plus encore, le rôle des autorités devrait dépasser le seul pourvoi en soins médicaux des personnes malades, et s'élargir davantage à l'ensemble des actions qui impactent la santé publique, notamment l'éducation pour la santé, la promotion des modes de vie sains, le contrôle sanitaire, la prévention contre les risques menaçant la santé des citoyens, et enfin l'offre de soins préventifs, curatifs et de réhabilitation.

6.1.2. Fonctionnement des hôpitaux et des centres de soins de santé primaires

- Le CHP Moulay Abdallah

Comme mentionné ci-dessus, Le CHP Moulay Abdallah a été dédié à la Covid-19 dès le début de la pandémie. Les seuls services hors Covid-19 qui ont continué leurs activités médicales sont ceux de la gynécologie-Obstétrique (l'hôpital transfère cependant les accouchements de femmes infectées par la Covid-19 au CHU Avicenne), et le service des urgences. Durant les premiers mois, de mars jusqu'en août, le CHP arrivait à gérer les arrivées des cas confirmés et des cas suspects, mais l'augmentation du nombre de personnes contaminées en septembre et octobre a mis l'hôpital sous stress : le matériel d'oxygénation commence à tomber en panne et tarde à être réparé (notamment les barboteurs), des ruptures de stock des médicaments qui nécessitent l'intervention de la Délégation, et un personnel médical et paramédical au bord du « burn-out ». Il faut souligner que plusieurs médecins et infirmiers(ères) ont été contaminés, et d'autres ont été confinés, ce qui met encore plus de pressions sur ceux qui restent fidèles aux postes.

A partir d'octobre 2020, les arrivées de personnes en détresse respiratoire se multiplient, et les risques de contamination au sein même de l'hôpital augmentent car les urgences sont ouvertes à tous les malades et traitent tous les cas (Covid et non Covid) de la même manière. Une séparation entre les urgences de personnes atteintes du Coronavirus et les urgences de celles qui ne le sont pas devrait être mise en place rapidement.

- Les CSSP

A la différence du CHP Moulay Abdallah qui a été entièrement dédié aux malades atteints du Covid-19, les CSSP ont continué à fonctionner normalement durant la période de confinement, et ils ont assuré les services de consultation habituels. Cependant, dès que les effectifs des personnes atteintes ont commencé à dépasser les

capacités d'accueil du CHP Moulay Abdallah, c'est-à-dire à partir de septembre 2020, certains CSSP ont été sollicités pour devenir des centres de référence pour les malades atteints du coronavirus. Nous y reviendrons ci-dessous.

Globalement, les différentes stratégies mises en œuvre ont concentré tous les efforts sur la lutte anti Covid-19, mais ce choix n'a pas manqué de provoquer de multiples dommages collatéraux. Les conséquences sur la population des patients ont été globalement difficiles, autant pour les malades atteints de pathologies chroniques que pour les cas d'urgence.

Du côté des médecins, les conséquences de la crise sanitaires ont été importantes, mais elles ne se sont pas traduites de la même manière pour tous. Ainsi, selon l'enquête que nous avons menée auprès des médecins, si 10% d'entre eux ont rapporté une baisse significative du nombre d'heures travaillées par semaine, 29% par contre ont subi plutôt une augmentation du nombre d'heures travaillées par semaine, et 13% ont maintenu leur rythme de travail habituel. Mais l'impact le plus remarquable est que 71% des médecins du secteur public ont dû changer le type d'activité médicale qu'ils avaient l'habitude d'entreprendre. Nombreux sont ceux qui n'exercent plus leurs spécialités du fait qu'ils étaient mobilisés pour la lutte contre le virus de la Covid-19.

Ce chamboulement de l'organisation et des activités des médecins s'est traduit par des conséquences dramatiques pour les malades durant cette période, notamment les patients atteints de maladies chroniques, et aussi par énormément de frustration de spécialistes obligés de mettre en veille leurs activités médicales habituelles.

6.1.3. Gestion des malades de la Covid-19

La stratégie de gestion des malades atteints de la Covid-19 a connu de nombreuses modifications au fur et à mesure de l'évolution de la carte pathologique dans la préfecture. Au début de la pandémie (période de

confinement), les personnes infectées de la Covid-19, qu'elles soient symptomatiques ou asymptomatiques ont été entièrement prises en charge par les autorités publiques. D'abord, hospitalisées exclusivement dans le CHP Moulay Abdallah, ensuite confinés pour une période de quatorze jours soit à l'UIR de Salé, soit dans des hôtels à Rabat. Cette générosité de prise en charge totale par l'Etat des frais d'hébergement et de restauration a été étendue aux personnes contacts pendant des mois. Aujourd'hui on se rend compte que c'était un énorme gaspillage d'argent et d'efforts complètement inutile. Le Ministère de la Santé ne pouvait évidemment pas supporter de telles dépenses. La délégation a alors changé de stratégie en demandant aux personnes-contacts de se confiner chez-elles pendant une période de quatorze jours, et a décidé d'admettre tous les cas testés positifs à la Covid-19 en hospitalisation au CHP. Cette deuxième stratégie est devenue elle-même intenable à cause de l'explosion des cas testés positifs à la suite des festivités de l'Aid Al Adha. Les effectifs des personnes testées positives commençaient à dépasser largement les capacités d'hospitalisation dans les structures publiques malgré la création de nouveaux centres d'accueil (Sidi Yahya et Benslimane). Une troisième stratégie est alors entrée en vigueur vers la fin du mois d'août : l'hospitalisation à domicile des malades. Ces derniers reçoivent leurs traitements et sont confinés chez-eux. Seuls les patients avec une gêne ou en détresse respiratoire sont admis au CHP, c'est-à-dire ceux qui ont besoins de soins intermédiaires et ceux qui ont besoin de soins intensifs. A l'heure de la rédaction de ce rapport, l'extrapolation des tendances enregistrées ne présage rien de bon, car les capacités d'accueil des personnes en détresse respiratoires vont atteindre très vite leurs limites tant dans le secteur public que dans le secteur privé. L'augmentation du nombre quotidien de décès au début du mois de novembre au CHP Moulay Abdallah est déjà un signe alarmant.

Selon les enquêtes menées auprès des médecins, la stratégie de gestion des malades de la Covid-19 à Salé était dictée par les autorités locales,

plus précisément par la Préfecture, qui recevait elle-même les recommandations du Ministère de l'Intérieur, après consultation de la Commission Scientifique Nationale. De nombreux médecins ont critiqué ce mode de gestion qui implique des prises de décision d'ordre médicale par des autorités administratives non compétente sur le plan médical, et qui sont soumises à des contraintes et à des logiques sécuritaires, sans tenir compte parfois des avis des gens du terrain, c'est-à-dire des médecins habitués à traiter médicalement les citoyens de la préfecture. Une des raisons avancées par certains médecins pour justifier le leadership des autorités locales, est justement leur capacité à donner des instructions à tout le monde et à contraindre les différents intervenants à exécuter ces instructions par la force de la loi dans le contexte de crise sanitaire.

Les médecins du secteur de la santé publique ont aussi déploré durant cette période le manque important en ressources humaines, et le non-renforcement de ces ressources par le personnel de la région, alors que la ville de Salé prend en charge les malades de Temara, Rabat, et jusqu'à Sidi kacem. La gestion à vue de la crise de la Covid-19 a ajouté à la confusion, et la charte de prise en charge des patients n'a cessé de subir des changements au fur et à mesure que l'épidémie se propageait.

6.1.4. Gestion des patients à maladies chroniques

Comme il a été souligné ci-dessus, la mobilisation de la quasi-totalité des ressources pour la lutte contre la pandémie, a fait que les personnes atteintes de maladies chroniques se sont trouvées livrées à elles-mêmes, notamment durant la période du confinement. Selon les informations que nous avons collectées auprès des médecins du secteur public, la majorité des patients s'est confinée chez-elle en attendant l'ouverture des centres de santé et des hôpitaux, et une partie d'entre eux s'est limité à demander conseil aux pharmaciens, lorsqu'ils sont disponibles dans leurs officines. Cependant en fonction des relations qu'ils entretenaient avec leurs médecins ou de leurs

ressources financières, certains patients à maladies chroniques (20% environ) ont continué à être pris en charge par leurs médecins du secteur public ou se sont orientés vers les médecins privés. Toujours est-il que 87,5 % des médecins interrogés estiment qu'il y a eu négligence de toutes les autres pathologies au cours de cette crise sanitaire.

En fait, non seulement toutes les personnes qui souffraient d'autres pathologies ont été livrées à leur sort, mais les médecins spécialistes eux aussi ont dû arrêter leurs activités, et de nombreux spécialistes se plaignent aujourd'hui de cette situation dans laquelle ils sont pratiquement réduit à un chômage technique, au point que des chirurgiens ont peur de perdre la main !

6.2. La stratégie mise en œuvre par les autorités locales

En dehors des crises sanitaires telles que la pandémie de la Covid-19, les autorités locales (caïds, pachas, gouvernorats) sont généralement très engagées dans le domaine sanitaire. Elles ont d'abord la charge de la surveillance du territoire et de la population, et elles ont aussi l'obligation d'intervenir lorsque des risques sanitaires menacent la sécurité des citoyens. Elles ont déjà eu par le passé l'expérience de la gestion des menaces que faisait peser l'épidémie de grippe H1N1 sur le Maroc. En fait, à chaque fois que la santé publique (au sens large du terme) est en jeu, les autorités locales sont immédiatement sollicitées ou s'autosaisissent pour prendre les mesures qui conviennent. C'est le cas par exemple lorsque des menaces de la rage canine apparaissent, les abattages de chiens se font alors sous la responsabilité des autorités locales, c'est le cas aussi des éventuelles campagnes de dératisation pour éradiquer la leishmaniose.

Les autorités locales (le gouverneur ou ses représentants) président les réunions de la commission locale de santé. La Direction Préfectorale des Affaires Sociales à Salé, agissant sous l'autorité du Gouverneur, reçoit régulièrement les plaintes des citoyens relativement aux

problèmes de la santé, des plaidoyers éventuels de la part des associations et de la société civile, et les propositions et recommandations des élus locaux. Lorsqu'elles sont convaincues de la pertinence des réclamations, les autorités locales les transmettent à la Délégation du Ministère de la Santé à Salé pour prendre les mesures nécessaires, ou le cas échéant au Ministère de l'Intérieur lorsque les mesures à prendre relèvent plutôt de sa compétence.

Il était donc tout à fait normal que face à la survenance de la pandémie de la Covid-19, les autorités locales soient entièrement mobilisées et qu'elles président la commission préfectorale de lutte contre la Covid-19.

Durant la crise sanitaire de la pandémie de la Covid-19, une réunion quotidienne de suivi est tenue entre le Gouverneur et le Délégué du Ministère de la Santé. Une réunion plus élargie se tient chaque jeudi pour définir les principaux axes de la stratégie à suivre et les actions à entreprendre. C'est donc un processus de type « Trial and Error » qui a été suivi. On procède à l'évaluation hebdomadaire de la situation, puis à la lumière des données sur le terrain, et éventuellement des avis des médecins et des dernières connaissances scientifiques, le Gouverneur prend les décisions et donne ses instructions aux autorités sanitaires pour exécution. Ce processus ne fait pas l'unanimité, mais c'est celui qui a été adopté. Les reproches évoqués par les médecins portent sur le fait que leurs avis n'ont pas toujours été pris en considération.

6.3. Les modalités de fonctionnement des cliniques et cabinets privés

Il faut reconnaître que dès le début de la période du confinement et de la survenance de la pandémie de la Covid-19, de nombreuses cliniques et plusieurs médecins du secteur privé ont exprimé leur prédisposition à se mobiliser pour prêter main forte au secteur de la santé publique. Des écrits dans ce sens ont été communiqués au Ministère de la Santé, mais malheureusement aucune réponse n'a été donnée ni pour

solliciter la contribution des professionnels de la santé du secteur privé, ni pour donner des explications à ce refus. Il y a eu juste une fin de non recevoir.

6.3.1. L'adaptation des activités des cliniques

La situation inédite créée par la pandémie de la Covid-19, et l'énorme stress qu'elle a fait peser sur les autorités sanitaires et les autorités administratives de la ville de Salé, ont conduit à des difficultés de communication et à une faible coopération entre les autorités sanitaires et les cliniques privées. En effet, d'un côté, les cliniques privées ont montré une certaine volonté de participation à la lutte contre la pandémie, mais du côté des pouvoirs publics il s'agissait d'une question de santé publique qui devait rester sous la responsabilité exclusive de l'Etat.

En conséquence, durant la période du confinement, les cliniques ont continué à répondre à la demande de soins de leurs clientèles à l'exception des patients atteints du Coronavirus et qui étaient systématiquement réorientés vers les structures hospitalières sous la responsabilité de la Délégation du Ministère de la Santé.

Toutefois, au fur et à mesure que le nombre de citoyens contaminés augmentait, le besoin de mobiliser toutes les ressources, qu'elles soient publiques ou privées, devenait primordial. Ainsi, à la gestion centralisée de la crise (médicaments disponibles uniquement dans les hôpitaux publics, malades en détresse pris en charge par les structures publiques), le Ministère de la Santé a pris la décision au cours du mois de septembre 2020 d'impliquer les cliniques, les médecins privés et les pharmaciens dans cette guerre contre le coronavirus, une guerre qui aujourd'hui encore est loin d'être gagnée.

6.3.2. Les options retenues par les cabinets privés

Selon les données recueillies de l'enquête auprès des médecins du secteur privé, la majorité d'entre eux a été obligée de réduire ses

activités durant la période de confinement, voire de fermer leurs cabinets. L'état de panique de la population, et les grandes incertitudes qui entouraient la propagation et la dangerosité du virus avaient conduit la quasi-totalité des médecins à limiter leurs activités aux cas d'urgences des patients qui les sollicitaient par téléphone. L'essentiel des consultations durant cette période (de mars à mai 2020) se faisait à distance (téléphone, e-mail, WhatsApp).

Après la période du confinement, les cabinets ont ré-ouvert progressivement leurs portes devant les patients, en essayant de respecter au mieux les recommandations de précaution et de distanciation. Les médecins privés n'ont commencé que récemment à accueillir les malades du Covid-19, à les soumettre aux tests dans les laboratoires privés, et à leur prescrire les ordonnances de médicaments pas toujours conformément au protocole établi par le Ministère de la Santé. En effet, dès le début de septembre 2020, les médecins et plus précisément les pneumologues ont été pris d'assaut par les malades atteints de la Covid-19. Dès lors, les cas les plus graves sont immédiatement transférés vers les cliniques ou les hôpitaux publics, et les cas les moins graves sont soumis, selon chaque cas, à un protocole de médicaments (principalement Zinc et différents antibiotiques) mais sans prescription de la chloroquine (ou plaquenil). La quasi-totalité des médicaments est disponible dans les officines, mais ce n'est pas encore le cas pour l'Hydroxychloroquine (plaquenil), toujours sous le monopole de centres de santé publics.

Malheureusement, les cas graves, présentant par exemple des lésions sérieuses au niveau des poumons, pour lesquels les médecins du secteur privé recommandent l'hospitalisation dans les hôpitaux publics équipés, rencontrent de grandes difficultés à être pris en charge par ces structures, pour la simple raison qu'ils n'ont pas transité par le circuit classique des CSSP, mais aussi semble-t-il à cause de la capacité limitée en termes de lits de réanimation. Mais ce qui est encore plus grave, c'est qu'actuellement (mi-novembre 2020), même les cliniques privées sont saturées, et le nombre de décès du

coronavirus dans les couloirs des cliniques et des hôpitaux augmente de façon très inquiétante.

6.4. Le rôle des pharmaciens en période de crise sanitaire

A l'inverse des médecins du secteur privé, les pharmaciens ont vu leur niveau d'activité monter en flèche durant la période du confinement. Cette hausse d'activité s'explique par la combinaison de deux facteurs : la grande peur qui a accompagné les premières semaines du confinement, et qui a donné lieu à une hausse de la demande de médicaments à titre préventif (d'ailleurs, la constitution de stocks avait concerné autant les médicaments que les produits alimentaires et d'hygiène), et la fermeture de nombreux centres de santé publics et privés (réservés pour l'essentiel aux personnes touchées par la pandémie du Covid-19), ce qui a conduit les patients à se retourner exclusivement vers les pharmaciens, restés ouverts durant toute la période du confinement.

La ruée des citoyens vers certains médicaments a provoqué des ruptures de stock, augmentant encore plus le niveau de stress et de panique, et le niveau de la demande de médicaments. Ni les laboratoires de fabrication, ni les importations, ni le réseau de distribution ne pouvaient répondre à cette hausse inattendue de la demande.

En plus, dès le début de l'épidémie, et afin de faire face aux besoins des hôpitaux réservés aux malades de la Covid-19, l'Etat avait décidé d'acheter la totalité des médicaments d'hydroxy-chloroquine (et de se réserver la totalité de l'éthanol), et d'en assurer la distribution par l'intermédiaire des structures publiques. Cette mainmise sur les stocks disponibles a créé au départ une panique des malades de longue durée tels que les patients souffrant de pathologies inflammatoires chroniques, pour qui ces traitements étaient nécessaires. Heureusement, l'organisation de la redistribution de ces médicaments, et la mobilisation des pharmaciens pour identifier les patients habitués

à s'approvisionner en ces produits a permis de dépasser cette première crise.

Cependant jusqu'à l'instant de la rédaction de ce rapport, il y a rupture de stocks dans les pharmacies de produits aussi simples que la vitamine C. L'explication donnée par les pharmaciens est simplement la panique irrationnelle d'où la ruée des citoyens pour l'acquisition de ces médicaments et la constitution de grands stocks. Par contre les ruptures de stocks sont une donnée chronique du système. Le Ministère de la Santé a décidé de donner aux pharmacies le droit de commercialiser les thérapeutiques anti-Covid sur ordonnances médicales, cependant une partie de ces produits n'est toujours pas disponible en quantités suffisantes.

7.

Les recommandations pour une meilleure performance du système de santé

7.1. Les recommandations d'ordre général

Du fait que la préfecture de Salé souffre d'un retard important en matière d'offre de soins de santé, notamment dans le secteur public, il est primordial que la question de la santé devienne l'une des grandes priorités dans cette ville. L'essentiel des recommandations exprimées par les différents corps professionnels est venu en cohérence avec le constat de l'état des lieux. Les recommandations peuvent être classées selon différents critères, et peuvent coïncider avec les blocs d'analyse des systèmes de santé, tels qu'ils sont proposés par l'OMS, à savoir : les prestations de services, les ressources humaines en personnel de santé, la communication et l'information sanitaire, les médicaments et les produits médicaux, les vaccins et la technologie, et la bonne gouvernance.

- Les prestations de services : Comme l'ont montré nos différentes enquêtes, la ville de Salé manque cruellement de structures de santé à la hauteur de ses besoins et de la taille de sa population. Les comparaisons avec d'autres préfectures et d'autres villes du Royaume ont montré que Salé est en situation très défavorable sur le plan des infrastructures et de l'offre de prestations de services. La qualité des prestations de services ne peut s'améliorer que si la pression sur les ressources disponibles est supportable. Aucune amélioration n'est possible dans un système au bord de la rupture, avec des ressources humaines au bord du « burn-out », une bipolarité de médecine de pauvres et de médecine de riches...etc. Il est donc

indispensable de revoir l'ensemble du système de santé (public, privé, avec ses composantes associatives) pour imaginer un nouveau système intégré susceptible d'assurer les services de prévention et d'éducation, les services essentiels de soins à toute la population, la réduction de toutes les inégalités entre secteur public et secteur privé, et des conditions de travail attrayantes pour les corps professionnels de la santé publique.

- Les ressources humaines : Comme on pouvait s'y attendre, la première recommandation qui ressort des enquêtes menées est l'urgente nécessité de recruter plus de médecins et d'infirmiers. C'est ce qui est exprimé par 87,5% des médecins interrogés.

Au vu de l'ampleur des besoins à Salé, il n'est pas exagéré de réclamer le doublement du corps médical et paramédical. Ceci devrait s'accompagner en principe d'un renforcement des infrastructures et d'une répartition plus équitable des CSSP et des CHP. Cependant, avec le seul recrutement des RH nécessaires, une réorganisation des heures et des jours de travail dans les dispensaires et les hôpitaux pourrait permettre de multiplier par deux le volume des consultations et des soins de santé offerts à la population. En effet, en supposant qu'il soit possible de former et de recruter le personnel de santé nécessaire, il est envisageable de réorganiser l'ouverture des CSSP et des Hôpitaux pour qu'ils soient ouverts aux patients de 8h à 21h et sept jours sur sept, avec deux équipes par centre. Le corps médical pourrait travailler avec moins de charge, et les infrastructures seraient utilisées au maximum.

De nombreuses solutions sont envisageables pour combler rapidement et partiellement le besoin en ressources humaines médicales et paramédicales : le recrutement des médecins retraités encore capables de servir sous contrats annuels, ou encore l'offre de stages rémunérés aux étudiants en médecine qui ont atteint un certain niveau de maîtrise, ces derniers pourraient aider à alléger la charge des médecins et des infirmiers pour les pathologies simples.

Dans le chapitre des ressources humaines, une attention particulière doit être donnée à la médecine de famille et à la reconsidération de la formation et du statut du médecin généraliste.

- La communication et l'information sanitaire : Pour la quasi-totalité des médecins et des professionnels de la santé interrogés, les questions de la communication et de l'information sanitaire sont déterminantes dans une stratégie d'amélioration de la santé publique. D'une part, la sensibilisation aux grands dangers (tabac, sucre, sel, inactivité physique, obésité ...) constitue un élément fondamental de cette stratégie, et ne devrait pas coûter très cher en termes budgétaires. Les associations actives dans la ville de Salé pourraient jouer un rôle important sous la supervision de la Délégation du Ministère de la Santé. D'autre part l'amélioration du système d'éducation dans l'enseignement public pour lutter contre l'analphabétisme et l'illettrisme de la population, et le renforcement des séances de sport scolaire pour les jeunes sont une nécessité absolue pour réduire la pression sur le système de santé de la ville.
- Les médicaments et les produits médicaux : La disponibilité des médicaments et des produits médicaux dans les CSSP et les CHP est une question cruciale pour l'accomplissement des soins et le traitement des patients. Cette question a été soulevée par un grand nombre de médecins du secteur public. Pour les médecins du secteur privé, la question des prix vient s'ajouter à celle de la disponibilité. Ils estiment que les prix des médicaments doivent et peuvent encore baisser. Bien entendu, cette question dépasse le cadre de la Préfecture et concerne la politique des prix des médicaments dans notre pays. En plus, 50% de ces médecins pensent que les prix des actes médicaux dans leur secteur (privé) peuvent et doivent aussi diminuer !
- Les financements : Si l'on accepte le postulat que la santé publique est une priorité dans la Préfecture de Salé, il faut alors

que cela se traduise par l'augmentation du budget dédié au secteur de la part du Ministère de la Santé, de la part de la Région, de l'INDH, et de l'ensemble des collectivités territoriales. Dans ce cadre aussi, on devrait revoir l'allocation rationnelle des ressources. En effet, on observe dans de nombreux projets publics un faste et un luxe inutiles (Utilisation abusive par exemple de marbre et de matériaux de décoration relativement chers). Il est temps de reconsidérer les dépenses publiques (et même privées) à l'échelle locale dans le sens de la sobriété des constructions et des équipements, de l'utilité du projet pour la communauté, et des services collectifs rendus à la population.

Dans le même sens, et pour réduire les discriminations liées aux capacités de financement des dépenses de la santé de la part des ménages, il est temps de remettre sur la table l'objectif de la couverture médicale universelle. Un objectif clairement établi au début de la réforme des régimes d'assurance médicale, mais qui a été bloqué notamment par le maintien des assurances privées au profit des employés de nombreuses sociétés, et par le risque de déficit que pourrait générer l'intégration de l'ensemble des régimes en un seul. Mais là encore, la décision relève du gouvernement et concerne l'ensemble du Pays. Il est également impensable d'envisager une augmentation substantielle du budget de la santé publique à Salé si le budget du Ministère de la Santé demeure bloqué dans la proportion de 6,5% du budget de l'Etat (16,3 milliards de dirhams en 2019)²⁹. Selon l'ancien Ministre de la Santé, Docteur Houcine El Ouardi, Le budget du Ministère de la Santé au Maroc ne dépasse pas celui du CHU de Marseille en France³⁰ ! C'est donc à une révision fondamentale des priorités que le pouvoir politique devra s'atteler.

²⁹ Le budget du Ministère de la Santé est passé à 18,7 milliards de dirhams en 2020, soit 7,2% du budget de l'Etat.

³⁰ Voir Telquel n° 28 du 20 novembre 2020

- La direction et la bonne gouvernance : Dans ce chapitre, deux recommandations intéressent les professionnels de santé. 70% d'entre eux estiment qu'il est nécessaire de relier les motivations matérielles et morales des médecins et des infirmiers à leurs performances professionnelles. D'autre part 50% considèrent qu'il y a un déséquilibre patent de la charge de travail entre les collègues, et que la bonne gouvernance suppose en priorité la transparence et l'équité. La bonne gouvernance consiste aussi à gérer les budgets et les ressources en « bon père de famille ». Des affaires ébruitées comme celle de l'achat des tests PCR par le Ministère de la Santé (pour le dépistage de la Covid-19) à des prix trop élevés par rapport à ceux du marché, si elles ne sont pas tranchées dans un sens ou dans l'autre, finissent par décrédibiliser les actions gouvernementales, semer le doute dans les esprits, et créer un climat de suspicion généralisé.
- La dernière recommandation, qui n'est pas la moins importante, c'est la nécessité d'ouvrir dans la préfecture de Salé un CHU indépendant, abritant une faculté de médecine, et disposant de toutes les spécialités prévues par le Ministère de la Santé. Cette recommandation est légitime à tous points de vue : démographique, urbain et médical.

7.2. Les recommandations spécifiques en période de crise sanitaire

Les recommandations qui ont reçu le maximum d'approbations de la part des médecins du secteur public sont les suivantes :

- Préparer une sorte d'armée de réserve sanitaire mobilisable en cas de crise (médecins et personnel du privé, personnel du Croissant Rouge marocain, Associations locales), Cette recommandation a été approuvée par 72% des médecins du secteur public. La mobilisation des étudiants en médecine présente un intérêt non seulement pour la population, mais aussi pour les étudiants. En effet, nos étudiants en médecine n'ont pas de modules obligatoires de type « service social »

comme dans les universités anglo-saxonnes. Il est temps de s'inspirer des bonnes pratiques et d'introduire dans le cursus le « service social » obligatoire.

- Donner le leadership des opérations et la prise de décisions aux autorités sanitaires, appuyées par les autorités administratives locales. (66% des médecins interrogés l'ont approuvé)
- Réquisitionner toutes les ressources (matérielles et humaines) publiques et privées pour faire face à la crise, (66%)
- Ne pas arrêter la marche de l'économie (confinement général) sauf comme ultime recours, (69%)

De leur côté, les médecins du secteur privé à Salé ont également et majoritairement approuvé les recommandations susmentionnées.

7.3. Le rôle de la société civile et des associations

Une plus grande mobilisation du tissu associatif est nécessaire pour renforcer les actions de la médecine préventive, la sensibilisation aux risques des maladies contagieuses, et l'éducation en matière de santé de la population jeune et moins jeune.

Au vu de la pandémie de la Covid-19, il serait aussi intéressant de former les volontaires des associations pour être éventuellement mobilisables en cas de crise sanitaire. Cette formation devrait permettre aux participants de maîtriser les gestes de premiers secours en cas de détresse d'une personne, l'encadrement et l'organisation de la population en cas d'épidémie, etc. Ceci exige de mettre en œuvre une politique de formation continue cyclique et non seulement ponctuelle, pour assurer le recyclage, la mise à jour et la mise à niveau des participants.

Parmi les projets prometteurs de la coopération entre la Délégation du Ministère de la Santé et les associations, on peut citer l'imminente ouverture d'un Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) par l'association OPALS. La Délégation met à disposition d'OPALS un local et une infirmière, et l'Association équipe le centre, fournit les prestations médicales relatives aux IST ainsi que les fournitures nécessaires pour les analyses.

8.

Conclusion :

Les perceptions des principaux problèmes de santé par les acteurs rencontrés permet de revenir, à partir de nos données, sur l'aspect multidimensionnel de la problématique de l'accès aux soins : des situations de pauvreté et de faible scolarisation, dessinent un contexte favorable à des pathologies liées à l'insalubrité du milieu de vie et défavorable au recours aux soins ; de réelles difficultés financières et non financières d'accessibilité aux prestataires de soins ; une offre de soins insuffisantes en quantité et en qualité, notamment pour des pathologies chroniques dont le poids croissant requiert aussi des prestations spécialisées ; une priorité relative accordée à la prise en charge médicale des problèmes de santé qui retarde l'accès aux soins, parce qu'il y a d'autres priorités, mais aussi en raison de mauvaises expériences passées.

Le système des soins de santé dans la ville de Salé, à l'image des autres agglomérations du Royaume, présente une dichotomie entre le secteur public et le secteur privé. Cette dichotomie a fini par créer un système bipolaire : dans un pôle on rencontre encore trop souvent la désolation, la frustration du corps médical, le mécontentement du corps paramédical, la faiblesse des moyens, le manque de ressources humaines, le mauvais accueil, l'insatisfaction des patients, et la faible qualité des soins, par contre dans l'autre pôle, la situation, sans être idéale, est quand même meilleure : un corps médical plus épanoui, un corps paramédical plus engagé et plus motivé, des patients mieux traités et plus satisfaits, sauf que le premier pôle s'est spécialisé malgré lui dans le traitement de la population indigente (la majorité), alors que le second ne s'adresse qu'à la population disposant des moyens financiers ou de la couverture médicale qui lui permet de supporter les frais et charges des actes médicaux.

Selon nos propres observations, ce système, tel qu'il fonctionne actuellement n'est pas améliorable. Quels que soient les moyens que l'Etat et les collectivités locales pourraient injecter dans les structures des centres hospitaliers publics, le cloisonnement entre la médecine des riches et la médecine des pauvres ne sera jamais dépassé dans ce genre d'architecture. Et à supposer que le secteur des soins de santé public soit hissé au même niveau que celui du secteur privé, il n'est pas impossible d'assister à un transfert des clients des cabinets et des cliniques privées vers ces structures publiques qui garderaient un atout majeur, celui d'être à but non lucratif et non commercial. Un tel schéma conduirait aussi à une crise dans le secteur privé de la santé dont les investissements en équipements et matériels sont aussi très importants.

C'est donc à une réflexion innovante (out of the box) que l'on devrait s'atteler pour réinventer un nouveau système de santé qui :

- Permettrait de répondre aux besoins de toute la population en termes de soins de base et de consultations générales, avec le même niveau de satisfaction, et avec la possibilité pour tout un chacun de s'adresser aux médecins du secteur privé ou du secteur public sans différence pour lui quant aux frais qu'il aurait à déboursier, et sans grandes différences entre la qualité des services qui lui seront prodigués,
- Permettrait aux médecins du secteur public de travailler dans des conditions de confort eu égard au nombre d'heures de travail, et à la rémunération de leurs efforts. Il faudrait trouver les mécanismes qui permettraient aux médecins et aux infirmiers d'obtenir des niveaux de revenus qui se rapprochent de leurs confrères du secteur privé et qui varient en fonction des performances de chacun (selon le nombre de patients auscultés par exemple), Il est évident, qu'il s'agit ici uniquement des revenus du travail, et non des revenus des

investissements que les cliniques et les médecins privés financent par eux-mêmes,

- Permettrait la généralisation de l'assurance maladie de base à toute la population, ainsi que la généralisation de la prise en charge des frais des actes médicaux par l'organisme de prévoyance. Les patients n'auront à payer que la part qui leur incombe que ce soit dans le secteur public ou dans le secteur privé,
- Permettrait à chaque centre de santé public de disposer d'un budget autonome et de recettes propres sous la responsabilité d'un médecin-chef pour pouvoir se procurer directement et rapidement les médicaments dont ils ont besoins, les équipements de bureaux et de salles d'attentes, les équipements médicaux élémentaires,
- Permettrait de faire fonctionner la solidarité nationale pour ne pas trop alourdir les charges budgétaires de l'Etat, et aller par étape vers l'autonomisation des centres de santé sur les plans financier et administratif,
- Permettrait à l'Etat (Ministère de la Santé) de se concentrer sur les problèmes de la santé publique en matière d'éducation à la santé, de prévention et de sensibilisation, d'études et de stratégie, de contrôle de toutes les structures de soins (publiques et privées), et de veiller à ce que chaque citoyen puisse obtenir les soins médicaux dont il a besoin.

Une telle orientation semble à priori trop ambitieuse, voire utopique, mais elle constitue pour nous une piste de réflexion prometteuse et mériterait d'être étudiée sur les plans de la faisabilité, de l'opportunité et de la pérennité. C'est à notre avis et pour l'instant la « feuille de route » qui a le plus de chance pour dépasser la crise actuelle du système de santé que ce soit dans la préfecture de Salé ou dans les autres régions du Maroc. La réforme du système de santé au Maroc dans le sens susmentionné est apparemment à l'ordre du jour. La crise

de la Covid-19 a dévoilé les grandes faiblesses et dysfonctionnements du système actuel, et le Ministère de la Santé essaye de s'associer avec différentes structures de représentants des professionnels de la santé pour entamer la réflexion sur ce que devrait être au Maroc un nouveau système de santé pour tous.



Bibliographie :

- 1- « Evaluation de la performance des systèmes de santé », OMS, 2000
- 2- « Monographie Générale de la Région Rabat-Salé-Kénitra » Ministère de l'Intérieur, Direction Générale des Collectivités Locales, 2015
- 3- « Évaluation de la performance des soins de santé primaires au Maroc », Rapport de consultation, Belghiti, A. et Hachri H, 2007, Organisation Mondiale de la Santé
- 4- « Bilan Annuel des Programmes Sanitaires 2019 », Délégation du Ministère de la Santé à Salé
- 5- « Carte de la Pauvreté Monétaire par province 2014 », Haut Commissariat au Plan
- 6- « Evaluation des Fonctions Essentielles de Santé Publique au Maroc », 2016, Ministère de la Santé et OMS
- 7- « Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2004 et de 2014 » HCP
- 8- « Caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population de la préfecture de Salé ». HCP
- 9- « Rapport sur l'évaluation du RAMED », ONDH, 2017
- 10- Rapport Annuel Global de l'AMO » ANAM, 2018
- 11-« La Protection Sociale au Maroc », Conseil Economique Social et Environnemental, 2018
- 12-«Le Système de Santé Marocain », Adil Nadam, publication du Ministère de la Santé 2019
- 13-« Rapport de l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociales », rapport publié en 2020
- 14-« La Protection Sociale au Maroc », Le Conseil Social Economique et Environnemental, 2018
- 15-« Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc », ONDH, 2010
- 16- « Examen du Système de Santé au Maroc », Rapport de mission de l'OMS au Maroc, novembre 2012
- 17- Ministère de la Santé, « Rapport de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale » 2018
- 18-OMS, « Rapport du Bureau Régional de la Méditerranée Orientale » 2017
- 19-Dahir n° 1-11-83 du 29 rejev 1432 (2 juillet 2011) portant promulgation de la loi cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins
- 20-Guide d'organisation et de fonctionnement de la pharmacie hospitalière » Ministère de la Santé, 2013
- 21-Comptes Nationaux de la Santé, Ministère de la santé, 2015

Annexes

Questionnaire à l'attention des pharmaciens de la Préfecture de Salé

1- Depuis combien d'années exercez-vous votre métier de pharmacien ?

Moins de 5 ans entre 6 et 9 ans entre 10 et 20 ans plus de 20 ans

2- Dans quel arrondissement de Salé Exercez-vous ?

H'ssaine Bettana Tabriquet Laayayda Lamrissa Ameer S'houle

3- Comment jugez-vous le nombre des officines dans votre arrondissement ?

Trop élevé Convenable Insuffisant

4- Quel est approximativement le pourcentage de patients qui viennent acheter des médicaments sans ordonnance médicale ?

Moins de 10% Entre 10 et 30% Entre 30 et 50% Entre 50 et 70% Plus de 70%

5- Comment jugez-vous la collaboration entre les pharmaciens et les médecins du secteur public ?

Inexistante Très rare Correcte Parfaite Cela dépend des médecins

6- Comment jugez-vous la collaboration entre les pharmaciens et les médecins du secteur privé ?

Inexistante Très rare Correcte Parfaite Cela dépend des médecins

7- Considérez-vous que l'offre et la disponibilité de médicaments au Maroc sont satisfaisantes ?

Oui Non Oui mais certaines ruptures des stocks sont préjudiciables pour les malades

8- Quels sont les principaux problèmes que doivent affronter les officines ?

- Faible niveau des revenus de la majorité des patients
- Taux d'imposition trop élevés dans ce secteur
- Trop de sollicitations à caractère médical de la part des clients
- Autre :

9- Quel impact a eu le confinement sur votre organisation du travail ?

- Aucun impact
- Augmentation sensible de la charge de travail
- Baisse de l'activité
- Augmentation des consultations à caractère médical
- Autre :

10- Quels sont les grands problèmes rencontrés par les officines lors de la crise de la Covid-19 à Salé ?

Besoins de santé, offre de soins, et crise de la Covid-19 dans la Préfecture de Salé

- Ruptures des approvisionnements en médicaments et fournitures médicales
- Rupture des canaux de discussion entre les médecins et les pharmaciens
- Problèmes de communication avec les autorités sanitaires et les autorités locales
- Autre :

11- Quelles recommandations suggérez vous pour améliorer les services des officines au profit des patients ?

- Renforcer les canaux de communication entre les pharmaciens et les médecins (public et privé)
- Baisser les prix des médicaments grâce notamment au développement des génériques
- Entreprendre des formations au profit du personnel d'officine en matière de communication avec les patients
- Option 4
- Autre :

12- Quelles recommandations suggérez vous pour améliorer l'état de santé général de la population à Salé (Hors crise de la Covid19) ?

- Sensibilisation aux grands dangers (tabac, sucre, sel, inactivité physique, obésité ...)
- Généraliser la couverture médicale de base pour l'ensemble de la population
- Renforcement des séances de sport scolaire pour les jeunes
- Baisse des prix des médicaments
- Baisse des prix des actes médicaux, des analyses de laboratoires et des radios
- Autre :

13- La parole est à vous pour toutes autres remarques

Questionnaire à l'attention des Infirmier(e)s

1- Depuis combien d'années exercez-vous votre métier d'infirmier(e) ?

Moins de 5 ans entre 6 et 9 ans entre 10 et 20 ans plus de 20 ans

2- Depuis combien d'années exercez-vous dans la préfecture de Salé ?

Moins de 5 ans entre 6 et 9 ans entre 10 et 20 ans plus de 20 ans

3- Dans quel établissement exercez-vous ?

Un ESSP L'Hôpital Moulay Abdallah

Autre :

4- Comment considérez-vous les conditions de travail dans votre centre hospitalier ?

Très insuffisante insuffisante Correcte Bonne

5- Recevez-vous trop de patients par rapport à vos capacités d'accueil ?

Oui Non Souvent Rarement

6- Pensez-vous que le comportement des patients est une cause principale des tensions entre malades et personnel médical ?

Oui Non, il y a d'autres causes à cela

Non, Il n'y a jamais de tension entre patients et personnel médical

7- Quels sont les points positifs dans votre environnement professionnel ?

- De bonnes relations de coopération entre les membres du personnel
- La formation continue et la mise à niveau périodique
- La joie d'apaiser les souffrances des malades
- Une bonne organisation du travail
- Autre :

8- Quel impact a eu le confinement sur votre organisation du travail ?

- Aucun impact
- Baisse du nombre d'heures de travail par semaine
- Arrêt des activités durant la période du confinement
- Changement du type d'activité
- Autre :

9- Avez-vous participé aux actions de lutte contre la pandémie du Covid-19 ?

Oui Non En partie seulement

10- Comment vos patients souffrant de maladies chroniques se sont-ils adaptés au confinement ?

- Ils ont continué à être pris en charge dans notre centre de santé
- Ils se sont orientés vers les médecins du secteur privé
- Ils se sont limités à demander conseil aux pharmaciens
- ils se sont confinés en attendant l'ouverture des services de soins publics
- Autre :

11- Quels sont les principales difficultés rencontrées dans votre environnement de travail (Hors crise Covid-19) ?

- Trop de tensions entre les membres du personnel
- Trop de tension entre les infirmier(es) et les médecins
- Insuffisance des équipements et des outils de travail
- Manque de médicaments et de produits médicaux
- Trop de malades par rapport aux capacités d'accueil
- Autre :

12- Quelle est l'action la mieux indiquée pour améliorer les performances du corps paramédical ?

- Renforcer principalement la motivation financière généralisée
- Assurer la formation continue et la mise à niveau périodique
- Instaurer des primes de rendement pour lier la récompense à la performance
- Améliorer de façon notoire les conditions de travail
- Autre :

13- Quelles sont les difficultés professionnelles liées à l'actuelle crise sanitaire ?

- Déséquilibre de la répartition de travail entre les collègues
- Faible niveau de communication et de circulation des informations professionnelles
- Augmentation énorme de la charge de travail pour tous les médecins
- Négligence des autres pathologies et des autres malades au profit de la Covid19
- Autre :

14- Quelles recommandations suggérez vous pour améliorer les performances de l'offre de santé publique à Salé (Hors crise de la Covid19) ?

- Augmenter le nombre de centres de santé de proximité et les répartir en fonction du nombre d'habitants dans les différents quartiers
- Recruter davantage de médecins et d'infirmiers pour combler le déficit
- Revoir la répartition de la charge de travail entre les infirmiers disponibles pour plus d'équilibre
- Relier les motivations matérielles et morales des médecins et des infirmiers à leurs performances
- Construire de nouveaux hôpitaux pour renforcer les infrastructures médicales
- Autre :

15- La parole est à vous pour toute autre remarque

Enquête médecins secteur public Salé

1- Depuis combien d'années exercez-vous votre métier de médecin du secteur public?.

Moins de 5 ans entre 6 et 9 ans entre 10 et 20 ans plus de 20 ans

2- Depuis combien d'années exercez-vous dans la préfecture de Salé ?

Moins de 5 ans entre 6 et 9 ans entre 10 et 20 ans plus de 20 ans

3- Comment jugez-vous l'offre publique de soins de santé dans la préfecture de Salé (Hors crise de la Covid 19) ?

Très insuffisante insuffisante Correcte Bonne

4- Est-ce que cette offre publique correspond au profil épidémiologique de la population de Salé ?

Oui En grande partie partie Un peu Non

5- Quels sont selon-vous les points forts du système de santé publique à Salé (Hors crise de la Covid19) ?

- L'engagement des Ressources Humaines (corps médical et paramédical)
- Les équipements médicaux des hôpitaux et des centres de santé
- La proximité des structures de soins
- le système n'a pas de points fort
- Autre :

6- Quels sont les principaux points faibles du système de santé à Salé (Hors crise de la Covid19) ?

- Encombrement et surcharge des structures de soins
- Insuffisance des ressources humaines par rapport aux besoins des citoyens
- Insuffisance des équipements médicaux et du matériel de travail
- Manque de médicaments et de consommables dans les structures de soins
- Etat de santé déplorable de la population
- Autre :

7- Quel impact a eu le confinement sur votre organisation du travail ?

- Aucun impact
- Baisse du nombre d'heures de travail par semaine
- Augmentation du nombre d'heures de travail par semaine
- Changement des activités médicales et du type de consultations
- Autre :

8- Comment les patients souffrant de maladies chroniques se sont-ils adaptés au confinement ?

- Ils ont continué à être pris en charge par les médecins du secteur public
- Ils se sont orientés vers les médecins du secteur privé
- Ils se sont limités à demander conseil aux pharmaciens
- Ils se sont confinés en attendant l'ouverture des services de soins publics
- Autre :

9- Comment les services d'urgence se sont-ils adaptés au confinement ?

- Les urgences ont continué à travailler normalement
- Les urgences ont réduit leurs activités à cause de la baisse des cas d'urgence

Besoins de santé, offre de soins, et crise de la Covid-19 dans la Préfecture de Salé

- Les urgences ont été transférées vers les hôpitaux de Rabat
- Autre :

10- Quels sont les grandes faiblesses du système de santé dévoilées par la crise de la Covid-19 à Salé ?

Trop grande faiblesse des infrastructures médicales Grande Insuffisance des ressources humaines médicales

Faible prise de conscience des citoyens et indiscipline Problèmes d'organisation et de coordination entre les différents intervenants

Autre :

11- Quelles sont les principales difficultés que rencontrent les médecins du secteur public à Salé (Hors crise de la Covid19) ?

- Insuffisance des moyens mis à leur disposition
- Mauvaise ambiance de travail
- Rémunérations non motivantes
- Horaires de travail inconvenables
- trop grand nombre de malades illettrés
- Surcharge de travail
- Autre :

12- Quelles sont les difficultés qui se sont rajoutées à cause de l'actuelle crise sanitaire ?

- Déséquilibre de la répartition de travail entre les collègues
- Faible niveau de communication et de circulation des informations professionnelles
- Augmentation énorme de la charge de travail pour tous les médecins
- Négligence des autres pathologies et des autres malades au profit de la Covid19

Autre :

13- Quelles recommandations suggérez vous pour améliorer les performances de l'offre de santé publique à Salé (Hors crise de la Covid19) ?

- Augmenter le nombre de centres de santé primaires et les répartir en fonction du nombre d'habitants dans les différents quartiers
- Recruter davantage de médecins et d'infirmiers pour combler le déficit
- Revoir la répartition de la charge de travail entre les médecins disponibles pour plus d'équilibre
- Relier les motivations matérielles et morales des médecins et des infirmiers à leurs performances
- Construire de nouveaux hôpitaux pour renforcer les infrastructures médicales
- Autre :

14- Quelles recommandations suggérez vous pour améliorer la gestion des crises sanitaires telles que Covid19 ?

- Préparer une sorte d'armée de réserve sanitaire mobilisable en cas de crise (médecins et personnel du privé, personnel du Croissant Rouge marocain, Associations locales)
- Donner le leadership des opérations et la prise de décisions aux autorités sanitaires, appuyées par les autorités administratives locales
- Réquisitionner toutes les ressources (matérielles et humaines) publiques et privées pour faire face à la crise
- Ne pas arrêter la marche de l'économie (confinement général) sauf comme ultime recours
- Autre :

Enquête médecins secteur privé Salé

1- Depuis combien d'années exercez-vous votre métier de médecin ?

Moins de 5 ans entre 6 et 9 ans entre 10 et 20 ans plus de 20 ans

2- Depuis combien d'années exercez-vous dans la préfecture de Salé ?

Moins de 5 ans entre 6 et 9 ans entre 10 et 20 ans plus de 20 ans

3- Dans quel arrondissement de Salé Exercez-vous ?

4- Comment jugez-vous la diversité de l'offre privée de soins de santé dans la préfecture de H'ssaine Bettana Tabriquet Laayayda Lamrissa Ameer S'houle

Salé ?

Très insuffisante insuffisante Correcte Bonne

5- Comment jugez-vous la qualité de l'offre privée de soins de santé dans la préfecture de Salé ?

Très insuffisante insuffisante Correcte Bonne

6- Quels sont selon-vous les points forts du secteur privé de la santé à Salé (Hors crise de la Covid19) ?

- L'engagement des Ressources Humaines (corps médical et paramédical)
- Les équipements médicaux des cliniques et des cabinets de médecins
- La qualité des services dans les structures hospitalières privées
- La facilité et la rapidité d'accès aux soins
- Autre :

7- Quels sont les principaux points faibles du secteur privé de la santé à Salé (Hors crise de la Covid19) ?

- Trop faible niveau de revenus de la population
- Faible taux des bénéficiaires des mutuelles et des assurances de santé
- Services cliniques limités à quelques pathologies seulement
- Taux d'imposition (Fiscalité) trop élevés
- Faible collaboration avec le secteur public
- Autre :

8- Quel impact a eu le confinement sur votre organisation du travail ?

Aucun impact Baisse du nombre d'heures de travail par semaine Arrêt des activités durant la période du confinement

Augmentation du nombre de consultations à distance (téléphone, email)

Autre :

9- Comment vos patients souffrant de maladies chroniques se sont-ils adaptés au confinement ?

- Ils ont continué à être pris en charge à distance
- Ils se sont orientés vers les unités de santé publique

Besoins de santé, offre de soins, et crise de la Covid-19 dans la Préfecture de Salé

- Ils se sont limités à demander conseil aux pharmaciens
- Ils se sont confinés en attendant l'ouverture des cliniques et cabinets privés
- Autre :

10- Quels sont les grands problèmes rencontrés par le secteur privé de la santé lors de la crise de la Covid-19 à Salé ?

- Rigidité et incapacité d'adaptation à la situation de la pandémie
- Problèmes de communication entre les autorités sanitaires et les médecins privés
- Interférences entre les instructions des autorités sanitaires et celles des autorités locales
- Ruptures des approvisionnements en médicaments et fournitures médicales
- Autre :

11- L'amélioration substantielle des services de santé publique peut-elle impacter négativement votre activité ?

Oui Non En partie

12- Quelles recommandations suggérez vous pour améliorer les performances de l'offre privée de soins de santé à Salé (Hors crise de la Covid19) ?

- Baisse des charges fiscales des unités de soins privées (cliniques et cabinets)
- Généralisation des assurances et autres couvertures médicales efficaces à la majorité de la population
- Freiner les autorisations d'ouverture de nouvelles cliniques et de nouveaux cabinets
- Renforcer la collaboration scientifique et médicale entre le secteur privé et le secteur public
- Autre :

13- Quelles recommandations suggérez vous pour améliorer la gestion des crises sanitaires telles que Covid19 ?

- Préparer une sorte d'armée de réserve sanitaire mobilisable en cas de crise (médecins et personnel du privé, personnel du Croissant Rouge marocain, Associations locales)
- Donner le leadership des opérations et la prise de décisions aux autorités sanitaires, appuyées par les autorités administratives locales
- Ne pas arrêter la marche de l'économie (confinement général) sauf comme ultime recours
- Autre :

14- Quelles recommandations suggérez vous pour améliorer l'état de santé général de la population à Salé (Hors crise de la Covid19) ?

- Sensibilisation aux grands dangers (tabac, sucre, sel, inactivité physique, obésité ...)
- Renforcement des séances de sport scolaire pour les jeunes
- Baisse des prix des médicaments
- Baisse des prix des actes médicaux, des analyses de laboratoires et des radios
- Autre :

15- La parole est à vous pour toutes autres remarques

Questionnaire pour les cadres de la Délégation

1- Depuis combien d'années exercez-vous en tant que cadre de la Délégation de Salé ?

Moins de 5 ans entre 6 et 9 ans entre 10 et 20 ans plus de 20 ans

2- Etes-vous médecin de formation ?

Oui Non

3- Si oui, avez-vous exercé en tant que médecin dans un centre de santé ?

Oui Non

4- Comment jugez-vous l'offre publique de soins de santé dans la préfecture de Salé (Hors crise de la Covid 19) ?

Très insuffisante insuffisante Correcte Bonne

5- Quels sont selon-vous les points forts du système de santé publique à Salé ?

- L'engagement des Ressources Humaines (corps médical et paramédical)
- Les équipements médicaux des hôpitaux et des centres de santé
- La proximité des structures de soins
- le système n'a pas de points fort
- Autre :

6- Quels sont les principaux points faibles du système de santé à Salé (Hors crise de la Covid19) ?

- Encombrement et surcharge des structures de soins
- Insuffisance des ressources humaines par rapport aux besoins des citoyens
- Insuffisance des équipements médicaux et du matériel de travail
- Manque de médicaments et de consommables dans les structures de soins
- Etat de santé déplorable de la population
- Autre :

7- Quel impact a eu la pandémie du covid-19 sur votre organisation du travail ?

- Aucun impact
- Augmentation énorme de la charge de travail
- Abandon de nombreuses activités au profit de la lutte contre la pandémie
- Découverte des grandes faiblesses de notre système de santé à Salé
- Autre :

8- Comment les patients souffrant de maladies chroniques se sont-ils adaptés au confinement ?

- Ils ont continué à être pris en charge par les médecins du secteur public
- Ils se sont orientés vers les médecins du secteur privé
- Ils se sont limités à demander conseil aux pharmaciens
- Ils se sont confinés en attendant l'ouverture des services de soins publics
- Autre :

9- Comment les services d'urgence se sont-ils adaptés au confinement ?

- Les urgences ont continué à travailler normalement
- Les urgences ont réduit leurs activités à cause de la baisse des cas d'urgence
- Les urgences ont été transférées vers les hôpitaux de Rabat
- Autre :

10- Quels sont les grandes faiblesses du système de santé dévoilées par la crise de la Covid-19 à Salé ?

- Trop grande faiblesse des infrastructures médicales
- Grande Insuffisance des ressources humaines médicales
- Faible prise de conscience des citoyens et indiscipline
- Problèmes d'organisation et de coordination entre les différents intervenants
- Prises de décisions d'ordre médical par des non professionnels de la santé
- Autre :

11- Quelles sont les principales difficultés que rencontrent les autorités sanitaires (Délégation) à Salé ?

- Insuffisance des moyens (matériels et humains) par rapport aux besoins
- Faible niveau de dévouement des corps médical et paramédical
- Cadre juridique et organisationnel inadéquat
- Décentralisation administrative insuffisante
- Autre :

12- Quelles recommandations suggérez vous pour améliorer les performances de l'offre de santé publique à Salé (Hors crise de la Covid19) ?

- Augmenter le nombre de centres de santé primaires et les répartir en fonction du nombre d'habitants dans les différents quartiers
- Recruter davantage de médecins et d'infirmiers pour combler le déficit
- Donner plus de pouvoirs réels aux directions et aux délégations régionales
- Relier les motivations matérielles et morales des médecins et des infirmiers à leurs performances
- Construire de nouveaux hôpitaux pour renforcer les infrastructures médicales
- Autre :

13- Quelles recommandations suggérez vous pour améliorer la gestion des crises sanitaires telles que Covid19 ?

- Préparer une sorte d'armée de réserve sanitaire mobilisable en cas de crise (médecins et personnel du privé, personnel du Croissant Rouge marocain, Associations locales)
- Donner le leadership des opérations et la prise de décisions aux autorités sanitaires, appuyées par les autorités administratives locales
- Réquisitionner toutes les ressources (matérielles et humaines) publiques et privées pour faire face à la crise
- Ne pas arrêter la marche de l'économie (confinement général) sauf comme ultime recours
- Autre :

14- La parole est à vous pour toutes autres remarques

Centres de Santé réalisés par le Conseil Préfectoral de Salé

Projet	Montant	Délais d'exécution	Avancement phy	Avancement Fin	Observation
Travaux d'aménagement du Centre de Santé Said Hajji	1.143.720,00	8 mois	5%		
Travaux d'aménagement du Centre de Santé Al Mazraa	1.213.400,23	8 mois	100 %	93 %	Reste réception définitive
Travaux d'aménagement du Centre de Santé Al Arjat	1.057.582,77	8 mois	100 %	100 %	
Travaux d'aménagement du Centre de Santé Hay Errahma	1.466.641,44	8 mois	100 %	100 %	
Etude et suivi des travaux d'aménagement et de maintenance des Centres de Santé : Hay Errahma - Al Arjat - Al Mazraa - Said Hajji – Espace santé	283.908,48				Travaux en cours
Travaux d'aménagement et d'entretien de l'entrepôt de la Pharmacie Préfectoral Hay Essalam	657.225,43	3 mois	100 %	100 %	Soldé
Consultation Architecturale Centre de Santé Hay Errahma	91.056,00				
Travaux de construction d'un Centre de Santé Hay Errahma niveau 1	3.258.741,60	12 mois	90 %	90 %	Décompte dernier en cours
Etudes Techniques et Suivi Tous Corps d'état des travaux de construction du Centre d'Addictologie sis à l'Arrondissement Tabriquet	37.440,00				
La construction architecturale pour la conception et Suivi des travaux de construction du Centre d'Addictologie sis à l'Arrondissement Tabriquet	265.010,00				
Travaux d'aménagement du Centre d'Addictologie	8.856.870,00	12 mois			

Projets de Santé réalisés par l'INDH 2016-2018

Année	Commune	Intitulé du projet	Porteur du projet	Population cible
2016	Tabriquet	Réhabilitation du Centre de Santé Hay Rahma	Délégation de la Santé	1 200
2016	Lamrissa	Réhabilitation du Centre de Santé de la tuberculose Bab Lkhmiss	Délégation de la Santé	1 200
2016	Lamrissa	Equipement Centre de Sante Bab Lakhmiss par des appareils de kinésithérapie et orthophonie	Délégation de la Santé	4 000
2016	Laayayda	Equipement du Centre de Santé Laayayda par échographie et matériels de kinésithérapie	Délégation de la Santé	1 300
2016	Laayayda	Réhabilitation du Centre de Santé Mazza	Délégation de la Santé	1 000
2016	Hssain	Equipement du Centre de Santé Karia par des appareils de kinésithérapie	Délégation de la Santé	320
2017	Bettana	Construction d'un Centre d'Hémodialyse	Délégation Santé	150
2017	Bettana	Construction d'un Centre de Référence Dentaire	Délégation Santé	200
2017	Tabriquet	Construction d'un centre de lutte contre l'addiction	Conseil Préfectoral	100
2017	Tabriquet	Construction d'un centre de rééducation médical pour personnes à besoins spécifique	Conseil Préfectoral	100
2017	Ameur	Achèvement d'acquisition d'unité mobile de dépistage de la tuberculose	Délégation Santé	2 000
2018	Tabriquet	Construction d'un Centre de Santé a Hay Rahma	CLDH Tabriquet	2 000



المرصد الحضري لسلا
L'observatoire urbain de Salé

FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG



حاجيات الصحة، عرض العلاجات وأزمة كوفيد 19 بعمالة سلا

تحت إشراف
الأستاذ كمال عبد الإله

نونبر 2020

