

Etude sur le système de prise en charge médicale et paramédicale en matière de rééducation et réadaptation fonctionnelle, d'appareillage et des aides techniques des personnes en situation de handicap au Maroc

Résumé exécutif

projet soutenu par

RESUME EXECUTIF (français)

- L'étude sur le système de prise en charge médicale et paramédicale en matière de rééducation et réadaptation fonctionnelle, d'appareillage et des aides techniques des Personnes en Situation de Handicap, promue par le Groupe AMH, prétend contribuer au développement d'une stratégie de plaidoyer orientée à intégrer la prise en compte du handicap dans les stratégies et les programmes de santé au Maroc.
- L'étude s'est déroulée entre les mois de juillet et décembre 2015 ; la phase de terrain a eu lieu durant les mois de juillet à octobre et la phase de rapportage dédiée à l'analyse des données et à l'élaboration du rapport s'est produite durant les mois de novembre et décembre 2015. Les méthodes utilisées pour la collecte des données comprennent une revue exhaustive de la documentation nationale disponible concernant l'accès au système de santé et aux programmes et aux soins pour les PSH, des entretiens semi structurés avec un total de 46 personnes rencontrées appartenant aux différentes instances du système national de santé, aux départements ministériels impliqués dans le handicap et à la société civile et, finalement, l'organisation de trois groupes de discussion avec des PSH et leurs proches (familles ou aidants informels) à Bouskoura (Centre Hospitalier Noor), Ouarzazate (Association Horizon) et à Tétouan (Association la Colombe Blanche pour les Droits des personnes en situation de handicap).
- Pour l'analyse de l'information, la méthode de la triangulation a été appliquée autant que possible entre les données recueillies par l'analyse bibliographique, les informations obtenues lors des entretiens semi structurés et des groupes focaux, et la lecture des rapports et des études disponibles.
- Le Royaume du Maroc est signataire de la Convention Internationale relative aux droits des personnes handicapées et de son protocole facultatif. L'évolution du cadre législatif national reflète l'alignement progressif des textes nationaux avec la couverture sanitaire universelle et les conventions et les orientations internationales en matière de droits humains, y compris les droits des personnes en situation de handicap. Le Maroc, suite à la ratification en 2009 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées a adopté en Juin 2014 la loi cadre 97-13 sur la promotion et la protection des PSH. Cette loi vise à doter le Maroc d'un cadre juridique relatif à la protection et promotion des droits des PSH. Ce projet consiste principalement à fixer les engagements de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics, des associations... à travers la prévention et la lutte contre les conséquences d'handicap et la garantie de l'égalité des chances pour les personnes en situation d'handicap ainsi que leur protection contre toutes les formes de discrimination, d'exploitation et d'abandon. La loi porte également sur la détermination des principes de préparation et d'exécution par les autorités publiques des programmes, des politiques, des stratégies et des plans, ainsi que l'adoption de nouveaux concepts en phase avec l'évolution que connaît le domaine du handicap, tels le concept de la situation d'handicap, celui de la qualification et la distinction sur la

base du handicap. Ils portent également sur l'adoption d'une approche juridique basée sur le concept du droit au lieu de celui de la protection et la mise en place de nouveaux statuts juridiques au profit des personnes en situation d'handicap qui soient à même de leur garantir l'égalité des chances et faciliter leur intégration.

- Le Maroc s'est engagé dans le cadre de deux résolutions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2005 et 2011 à réformer son système de santé en vue d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle. En 2002, l'adoption de la loi n° 65-00 portant code de la Couverture Médicale de Base (CMB) constitue un des noyaux de la réforme du système de santé. En particulier, le régime d'assistance médicale (RAMED), fondé sur les principes d'assistance sociale et de solidarité nationale au profit des populations démunies, constitue un élément fondamental de la protection sociale en matière de santé.
- Le Rapport Mondial sur le Handicap sur l'ensemble des 59 pays étudiés, estime que le taux moyen de prévalence parmi les adultes âgés de 18 ans et plus est de 15,6 %, soit environ 650 millions d'individus. Il s'agit d'un taux plus élevé que l'estimation antérieure, qui date des années 1970 et qui évoquait une proportion aux alentours de 10 %. La prévalence moyenne en 2011 varie de 11,8 % dans les pays à revenu élevé à 18 % dans les pays à faible revenu. Le taux moyen de prévalence des difficultés fonctionnelles très importantes est estimé à 2,2 % parmi les adultes. L'OMS estime que la fréquence du handicap augmente en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, entre autres causes. Les PSH ont moins accès aux services de santé alors que leurs besoins sont plus importants et ont donc des besoins en soins de santé qui ne sont pas satisfaits.
- Les données nationales disponibles sur la prévalence du handicap entre 2004 et 2014 proviennent de quatre sources principales. L'Enquête Nationale sur le Handicap de 2004 (prévalence 5,12%), le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2004 (prévalence 2,3%), le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014 (prévalence 4,1%) et la source la plus récente est l'Enquête Nationale sur le Handicap de 2014. Selon cette dernière enquête, le Taux National de Prévalence du Handicap atteint le 6,8%.
- Les deux sources d'information de l'année 2004 révèlent l'importance du handicap physique, souvent chronique, comme principal type de handicap au Maroc (51% selon l'ENH 2004 et 56,4% selon le RGHP 2004). La désagrégation par type de handicap dans le RGPH 2014 n'est pas disponible. Cependant dans l'ENH 2014 présente la désagrégation suivante :
 - 6,8% de niveau léger à très sévère, ce qui correspond à 2.264.672 personnes
 - 6,4%, de niveau léger à modéré, ce qui correspond à 94,12% de la totalité des PSH
 - 2,2% de la population totale, de niveau modéré à très sévère, soit 732.688 personnes
 - 0,6% de niveau très sévère, soit 199.824 personnes

- l'ENH 2014 montre la suivante désagrégation par tranche d'âge:
 - 33,7 % de la population âgée de 60 ans et plus se trouve en situation de handicap.
 - 4.8% des personnes âgées entre 15 et 59 ans sont en situation de handicap.
 - seul 1,8% de la population âgée de moins de 15 ans est en situation de handicap.

- En plus de la désagrégation par tranche d'âge, l'ENH 2014 indique la prévalence du handicap par région comme suit :
 - Lâayoune-Boujdour-Sakia El Hamra (13,4 %)
 - Tanger-Tétouan (11,42 pc) et Tadla-Azilal (9,83 %)
 - Marrakech-Tansift-Al Haouz (3,94 %)
 - Grand Casablanca (3,96 %)
 - Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (4,69 %)
 - Oued Ed-Dahab-Lagouira (2,9 %).

Par ailleurs, cette dernière enquête indique que la déficience liée aux problèmes de mobilité est la plus présente chez les PSH avec un taux de 50,2%. La déficience mentale (25,1%) et la déficience visuelle (23,8%) sont considérées également parmi les importantes déficiences rencontrées chez les PSH.

- Les indicateurs de santé actuels montrent que les maladies chroniques (hypertension et diabète, AVC), les accidents de la route, les problèmes de santé liés au vieillissement et la persistance des problèmes de santé périnataux continueront d'être les principales causes de handicap physique au Maroc.

- Le développement de l'offre publique de services du système national de santé concernant le handicap physique s'articule autour de trois niveaux. D'abord, les services de Médecine Physique et de Réadaptation au sein des CHU ; pour l'instant, uniquement le CHU Ibn Rochd de Casablanca dispose d'un plateau technique et des lits d'hospitalisation spécialement réservés à la MPR. Deuxièmement, le déploiement progressif des Centres Intégrés Régionaux d'Appareillage orthopédique et de Rééducation (opérationnels à Tanger, Tétouan, Al Hoceima, Oujda, Fès, Casablanca, Safi, Marrakech, Agadir) et des Ateliers Régionaux d'Appareillage Orthopédique (opérationnels à Nador, Kenitra, Meknès, Fquih Ben Salah, Laayoune) au sein des Centres Hospitaliers Régionaux. Enfin, trois Centres Provinciaux et Préfectoraux de Rééducation sont disponibles à Nador, Hajeb et Er Rachidia. Globalement, et malgré les efforts en cours, l'offre en matière de soins médicaux et de capacité de lits d'hospitalisation pour les PSH au Maroc est encore déficitaire et loin des recommandations de l'OMS.

- En plus de l'offre publique, le système de santé comprend des initiatives privées à but non lucratif, parmi lesquelles il est important de signaler les actions du Centre National Mohamed VI pour les handicapés à Salé et des antennes régionales de Fès, Oujda, Marrakech et Safi, grâce à l'appui de la Fondation Mohamed V pour la Solidarité.

D'autre part, le Centre Hospitalier Noor, à Bouskoura, géré par le Groupe AMH, est le principal établissement hospitalier spécialisé en rééducation physique et réadaptation fonctionnelle au Maroc. Par ailleurs, l'association Horizon de Ouarzazate possède un atelier orthopédique produisant différents équipements orthopédiques.

- Le Maroc se trouve parmi les pays avec le plus haut déficit de médecins et de personnel infirmier et autres paramédicaux, par rapport au nombre d'habitants. Le ratio est de moins de 1 médecin (0,9) pour 1.000 habitants (couvrant le secteur public et le privé) quand la majorité des pays ont entre 1 et 3, parfois 4 médecins pour 1000 habitants. Le manque en professionnels de santé spécialisés reste un facteur limitant pour la prise en charge du handicap. Le déficit accru de spécialistes est un problème majeur qui freine le bon fonctionnement du système de santé au Maroc et, dans le cas de la MPR, limite la prise en charge hospitalière des PSH. Avec un total d'environ 26 médecins spécialistes en MPR, concentrés principalement dans la région du Grand Casablanca, le système national de santé est fortement limité pour répondre aux besoins des PSH et une grande partie du territoire n'a pas accès aux soins spécialisés.
- En ce qui concerne les acteurs étatiques clés, le Ministère de la Santé, à travers le Service de la réhabilitation et de la gériatrie de la Direction de la Population, joue un rôle clé. Ce service est chargé, entre autres fonctions, de programmer et réaliser des actions de réhabilitation physique de même que celles portant sur la gériatrie et il est responsable de la gestion des programmes et des initiatives ministérielles pour la prestation de soins aux PSH.
- D'autre part, les attributions accordées au Ministère de la Solidarité, la Femme, la Famille et le Développement Social lui confèrent un rôle fondamental en matière de coordination multisectorielle des politiques et programmes sociaux, y compris le domaine du handicap. Le MSFFDS dispose d'une direction spécifiquement consacrée au handicap ; la Direction de la promotion des droits des personnes en situation de handicap. A son tour, cette Direction est divisée en deux Divisions d'intérêt ; la Division de la prévention, des accessibilités et de l'aide et la Division de l'insertion sociale des personnes en situation de handicap. Récemment, une Commission interministérielle sur le handicap vient d'être mise en place.
- En termes de stratégies et programmes nationaux concernant le handicap, le fait marquant de l'année 2015 est le lancement du Plan d'action national relatif à la santé et au handicap 2015-2021 du MS. Le Plan, décliné en 6 axes, 20 mesures et 73 actions s'inspire du Plan d'Action Mondial de l'OMS sur le handicap et offre une vision globale et intégrée pour orienter une réponse nationale de qualité à long terme. Il est à noter que, à court terme, la Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016 du MS et la Stratégie nationale de la prévention des handicaps 2009-2015 du MSFFDS arrivent à leur terme et une évaluation rigoureuse de leur mise en œuvre pourrait permettre d'apprécier l'effectivité de l'action gouvernementale menée durant les dernières années.
- En termes d'effort budgétaire public concernant le handicap, la création du Fonds d'appui à la cohésion sociale au profit des personnes en situation de handicap, géré par le MSFFDS est une initiative remarquable qui devrait permettre de stabiliser un meilleur niveau de financement pour l'action sociale gouvernementale en matière de

handicap. L'analyse des allocations budgétaires comprises dans les Lois de Finances 2013 – 2015 réservées au handicap dans le MS et le MSFFDS montre une certaine stabilité durant les trois dernières années.

- Concernant l'accès aux soins de santé, la mise en œuvre de la couverture médicale de base est un jalon fondamental dans la réforme du système national de santé en cours. L'évolution des inscriptions au régime de l'AMO et, en particulier, au RAMED durant les dernières années est clairement positive, bien que presque la moitié de la population ne bénéficie pas encore d'une couverture de base. Les principales prestations et dispositifs médicaux concernant la rééducation et le handicap physique font partie du panier des soins et des listes de dispositifs remboursables des deux régimes. Malgré les progrès, les lacunes dans l'architecture de la couverture médicale de base (CMB), combinées avec certaines infractions de la réglementation en vigueur par les organismes gestionnaires, aggravent l'impact économique du handicap dans les familles affectées ; les défaillances du système de couverture peuvent comporter des dépenses catastrophiques de santé pour les ménages pouvant conduire à l'appauvrissement des PSH et de leurs familles. En effet, l'enquête sur le handicap 2014 indique que seul 34.1% bénéficient d'un régime de protection sociale alors que 60,8% n'ont pas accès aux soins généraux offerts par le système de santé. Par ailleurs, 37,5% des personnes souffrant de handicap de modéré à sévère ont besoin d'aides techniques.
- Dans le cadre de la Couverture Médicale de Base, un élément central est la Nomenclature Générale des Actes Médicaux (NGAM) ; la version actuellement en vigueur ne couvre pas l'ensemble des soins de rééducation nécessaires pour une prise en charge adéquate du handicap (ex : ergothérapie). En outre, les tarifs de remboursement (Tarification Nationale de Référence concernant les actes de rééducation ou les principaux consommables) et l'absence de certains éléments d'appareillage et consommables dans la liste de dispositifs médicaux entraînent des coûts supplémentaires qui sont à la charge directe des PSH et de leurs familles.
- Dans les cas des PSH victimes d'accident de la voie publique ou d'accident de travail, les procédures administratives, les délais judiciaires et les frais directs à supporter représentent un fardeau social et économique supplémentaire non justifiable. L'entrée en vigueur en 2015 de la loi 18-12 relative à la réparation des accidents de travail a pour vocation de transformer les conditions de protection sociale des salariés.

ACQUIS

THEME	CONCLUSIONS - LES ACQUIS
Couverture financière	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le Maroc s'est engagé dans le cadre de deux résolutions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2005 et 2011 (WHA58.33 et WHA64.9), à réformer son système de santé en vue d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). La loi 65 -00 (2002) concernant la couverture médicale de base (CMB) et le Décret n° 2-05-733 (2005) concernant l'application de cette loi, servent de base juridique pour la mise en application d'une couverture médicale de base pour tous les travailleurs du secteur public et privé et leurs ayants-droit. Les PSH sont comprises parmi les bénéficiaires.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La progression dans l'affiliation aux deux régimes de CMB (AMO et RAMED) est constante durant les dernières années. Fin 2013, il y avait environ 8.000.000 de personnes affiliées à l'AMO et, à la fin 2014, 8.152.168 personnes étaient inscrites au RAMED (84% en situation de pauvreté et 16% en situation de vulnérabilité). Les principales prestations et dispositifs médicaux concernant la rééducation et le handicap physique font partie du panier des soins et des listes de dispositifs remboursables des deux régimes. ▪ En 2008, l'arrêté 2315-08 du MS met à jour la liste des appareils de prothèse et d'orthèse, des dispositifs médicaux et implants admis au remboursement ou à la prise en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et celle des appareils de prothèse et d'orthèse, des dispositifs médicaux et implants dont le remboursement ou la prise en charge est soumis à l'accord préalable de l'organisme gestionnaire (OG). L'arrêté permet de passer de 179 articles remboursables en 2007 à un total de 879 articles. ▪ La création en 2014 de la Commission d'Evaluation Economique et Financière des Produits de Santé (CEFPS), à l'ANAM, a doté le système de CMB d'une instance clé pour statuer sur la pertinence et la faisabilité de réviser les listes et les tarifs des médicaments et des dispositifs médicaux. En 2014, des médicaments pour la prise en charge des ALD, dont certaines en lien avec le handicap physique, ont reçu un avis favorable. ▪ L'ANAM pilote les études (2015 – 2017) pour la mise en place d'une nouvelle nomenclature (Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM) qui, en principe, augmentera significativement le nombre d'actes médicaux et, probablement, pourra permettre une meilleure prise en considération des soins liés au handicap. ▪ L'ANAM est tenue d'assurer l'arbitrage en cas de litiges entre les divers intervenants de l'AMO (organismes gestionnaires, prestataires, assurés) et des mécanismes de plainte sont en place (349 dossiers de plainte ont été traités en 2014, dont la majorité concerne les taux de remboursement).
<p>Cadre juridique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La loi 65-00 constitue le parachèvement de l'expérience du Maroc en matière de couverture médicale de base et consolide les droits acquis par les citoyens bénéficiant d'une assurance maladie. Les actions et les mesures prévues dans ce cadre concernent : <ul style="list-style-type: none"> ○ La généralisation de la couverture à travers l'AMO ; ○ Le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des prestations RAMED ; ○ L'amélioration de la prise en charge des ALD / ALC dans le cadre du RAMED ; ○ L'implantation de mesures d'accompagnement pour l'amélioration de la gouvernance du RAMED ; ○ La mise en place de dispositifs et de préalables à l'AMO. ▪ Les principaux textes légaux concernant le RAMED (Décret n° 2-08-177 (2008) ; Arrêté conjoint n° 3349.10 ; Arrêté conjoint n° 836-08), ainsi que la prise en charge du handicap (TNR pour le remboursement ou la prise en charge des appareillages et dispositifs médicaux ; liste des appareils de prothèse et d'orthèse, des dispositifs médicaux et implants admis au remboursement ; promotion et protection des droits des PSH). ▪ La Loi 34-09 de 2009 relative au système de santé et à l'offre de soins et le Décret 2-14-562 de 2014 relatif à l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux SROS permettent de rationaliser l'offre de soins, de l'étendre aux régions non couvertes et de donner davantage de responsabilités aux autorités régionales. Cette loi prévoit des modes de

	<p>partenariat public-privé pour permettre la participation du secteur privé à des missions du service public de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les arrêtés sur la NGAP, la liste de maladies graves ou invalidantes, la liste des médicaments admis au remboursement, les taux de couverture des prestations médicales et les mesures nécessaires au suivi médical de l'enfant dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire de base.
<p>Stratégies et programmes publics liés au MS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le Plan d'Action National Santé et Handicap 2015-2021, qui regroupe 20 mesures et 73 actions autour de 6 axes stratégiques, est un document clé car il décline la réponse globale du système de santé à long terme pour l'abordage du handicap. L'objectif principal du Plan est d'assurer l'accès des PSH à des services de santé promotionnels, préventifs, de prise en charge et de réadaptation, de proximité et de qualité, basés sur une approche de droit. ▪ L'élaboration des plans de santé qui concernent la prévention des maladies chroniques pouvant causer le handicap: Le Plan National de Prévention et du Contrôle du Cancer (PNPCC) 2010-2019 et le Plan national de Lutte contre les troubles mentaux de l'adulte et de l'enfant, et contre les toxicomanies. En ce qui concerne l'enfance, plusieurs documents existent, dont la Stratégie Nationale de Nutrition (Programme de prévention et de la lutte contre les carences en micronutriments), le Guide de Dépistage néonatal de l'hypothyroïdie congénitale¹ et le document de Prévention du handicap d'origine génétique par l'information et le conseil des familles. ▪ Le déploiement progressif des Centres Intégrés Régionaux d'Appareillage Orthopédique et de Rééducation (CIRAR), en général localisés au sein des Centres Hospitaliers Régionaux, composés des Unités de Rééducation (Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie et Psychomotricité) et un atelier d'appareillage orthopédique. En particulier, le Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation de Tétouan est un établissement de référence en termes de plateau technique, dotation de moyens humains et d'organisation qui peut inspirer la mise en œuvre d'autres centres similaires dans l'ensemble du territoire. ▪ En complément à la mise en place des CIRAR, le Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie du MS a développé un système d'information qui doit permettre de faire le suivi des services et des actes fournis aux PSH dans l'ensemble des établissements du territoire national. ▪ Le Projet ministériel de performance, document faisant partie du Projet de Loi de Finances 2015, précise certains résultats attendus et des indicateurs des programmes en lien avec le handicap.
<p>Stratégies et programmes publics liés au MSFFDS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les attributions du MSFFDS définies par la loi lui accordent un rôle prépondérant au niveau de la coordination multisectorielle dans le domaine de la protection sociale, y compris le handicap (coordination des politiques publiques sociales ; encadrement, accompagnement et structuration de l'action sociale à travers l'organisation et la mise en place des normes de qualité, des standards, d'intervention et des mesures législatives et organisationnelles ; le suivi, évaluation et contrôle ; la prestation de services, prise en charge et assistance sociale ; la prévention, veille et signalement et, finalement, la mobilisation sociale). ▪ La conception de la Stratégie nationale de la prévention des handicaps (2009-2015) a apporté une vision globale en matière de prévention. Particulièrement, en ce qui concerne la réhabilitation, la stratégie prévoyait d'améliorer la couverture en matière

¹ Dépistage Néonatal de l'hypothyroïdie Congénitale ; Ministère de la Santé, Direction de la population_2ème édition 2015

	<p>de réhabilitation de 40% entre 2009 et 2015, améliorer le cadre réglementaire, mettre en œuvre la RBC, augmenter le nombre de professionnels formés, mettre en place des unités de court séjour au niveau des hôpitaux régionaux, et réaliser une étude de faisabilité pour la mise en place de centres d'accueil médicalisés, entre autres actions.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La conception de la Stratégie du Pôle social 4+4 (2012-2016), en concordance avec la Stratégie nationale de prévention des handicaps 2009-2015, introduit des approches plus spécifiques sur lesquelles pourront se baser les évaluations. En particulier, les approches de participation et de contractualisation avec des ONGs ou des Associations sont de grand intérêt pour les PSH ▪ La mise en place du Fonds d'appui à la cohésion sociale au profit des personnes en situation de handicap en 2015 devrait permettre de mettre en œuvre la volonté politique de renforcer l'allocation de ressources financières pour les PSH. ▪ La mise en place progressive, sous tutelle de l'Entraide Nationale, des établissements de protection sociale au niveau régional intégrant des services liés au handicap (Accueil, écoute et orientation ; Assistance psychosociale ; Prise en charge provisoire ou permanente ; Habillement, hygiène ; Soins sanitaires de base ; Activités de loisirs ; Rééducation ; Formation). ▪ La réalisation des enquêtes nationales sur le handicap (2004 et 2014), qui constituent la base principale des études quantitatives sur la prévalence du handicap au Maroc
Autres actions étatiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les efforts de la Fondation Mohammed V pour la solidarité dans le domaine du handicap, en particulier à travers l'action du Centre National Mohamed VI pour les Handicaps de Salé et la mise en place des antennes régionales. ▪ L'inclusion des personnes en situation de handicap sans ressources comme une des dix catégories de personnes en situation de précarité dans les programmes cibles de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH).
Secteur associatif ou privé à but non lucratif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La configuration des réseaux ou des collectifs d'associations œuvrant dans le domaine du handicap (jusqu'à présent hautement fragmenté) pour capitaliser les synergies, les efforts de coordination, l'action conjointe et le plaidoyer. ▪ L'action conjointe (Mouvement SOS 97/13) a pour objectif la prise en considération des besoins des PSH dans le projet de loi cadre 97-13, ceux-ci sont reflétés dans le document « MEMORANDUM - Projet de loi cadre 97/13 relatif à la protection et promotion des droits des personnes en situation de handicap » de Mai 2015. ▪ Les efforts consacrés à la réalisation des études et des enquêtes sur le handicap au Maroc constituent une contribution fondamentale pour combler les vides en matière de recherche et de capitalisation des données et des connaissances. Les résultats obtenus devraient être utilisés pour orienter les programmes publics et faciliter une prise de décisions basée sur l'évidence (<i>evidencebasedpolicy</i>) ainsi que des actions de plaidoyer bien fondées.

DEFIS ET RECOMMANDATIONS

THEME	CONCLUSIONS - DEFIS IDENTIFIÉS	RECOMMANDATIONS POUR ORIENTER LE PLAIDOYER
Couverture financière	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malgré les progrès des dernières années et les mesures en vigueur, seulement 53% de la population marocaine bénéficie d'une couverture médicale de base (2014). ▪ Les lacunes dans l'architecture de la couverture médicale de base (CMB), combinées avec certaines infractions de la réglementation en vigueur par les organismes gestionnaires, aggravent l'impact économique du handicap dans les familles affectées; les défaillances du système de couverture peuvent comporter des dépenses catastrophiques² de santé pour les ménages pouvant conduire à l'appauvrissement des PSH et leurs familles. ▪ Les organismes gestionnaires de la CMB, y compris les assurances privées, essaient, dans certains cas qui nécessitent des soins de longue durée, de limiter la portée et la durée des prestations à fournir aux PSH, même en violation de la réglementation ou des dispositions en vigueur. La nécessité d'un contravis médicale pour réfuter les critères et les arguments des assurances qui rejettent le remboursement des soins semble être fréquent pour les PSH, ce qui alourdit les procédures, prolonge les délais et renchérit les coûts, toujours en défaveur des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuer à la généralisation progressive de l'AMO et, surtout, du RAMED parmi les PSH en situation de vulnérabilité et de pauvreté. ▪ Mettre en place un outil de collecte systématique des cas documentés sur les violations des droits, les discriminations des PSH ou les omissions dans l'application de la CMB et de recours aux voies administratives ou légales. ▪ Utiliser les procédures de plaintes déjà existantes (ex : Inspection Générale du MS, ANAM) et instaurer en parallèle un mécanisme de suivi et contrôle social effectif. ▪ Identifier les obstacles au cours des procédures de reconnaissance du handicap par les OG de l'AMO (ex : certains cas ont reporté qu'au niveau de la CNSS, il existe des difficultés pour inscrire les enfants < 21 ans avec handicap) et simplifier les procédures d'inscription et de renouvellement. Au niveau des organismes payeurs les PSH peuvent bénéficier de cette reconnaissance qui leur accorde certains avantages comme par exemple la prise en charge à vie des enfants handicapés des personnes assurés et non jusqu'à 21 ans comme pour les autres. ▪ Faciliter le parcours administratif de reconnaissance du handicap pour les femmes en situation de handicap, spécialement celles non scolarisées (environ 80% d'entre elles). ▪ Proposer des mesures d'assouplissement des procédures d'accord préalable de l'OG pour le remboursement des frais des soins. En particulier, accorder avec la CNSS et la CNOPS le respect aux délais de réponse prévus dans la réglementation (48 hrs maximum) sur la prise en charge des cas de handicap, en particulier les cas neurologiques qui ont besoin de soins

² OCDE (2009) : On définit les dépenses de santé catastrophiques par un montant de paiements pour des services de santé supérieur à 40 % du revenu disponible du ménage après satisfaction des besoins de subsistance.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Nomenclature Générale des Actes Médicaux (NGAM) en vigueur ne couvre pas l'ensemble des soins de rééducation nécessaires pour une prise en charge adéquate du handicap (ex : ergothérapie). ▪ L'absence de certains éléments d'appareillage et des fongibles dans la liste de Dispositifs médicaux entraîne des coûts supplémentaires qui sont à la charge directe des PSH et leurs familles (ex : couches, sondes, produits de nutrition artificielle). ▪ Tarifs de remboursement insuffisants concernant les actes de rééducation ou des fongibles clé (ex : séances kinésithérapie, fauteuil roulant, lunettes de vue). <p>▪ Le cadre normatif actuel du RAMED ne contemple pas la prise en charge systématique des PSH, seulement ceux qui correspondent aux critères de pauvreté et vulnérabilité économique.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En cas de handicap par accident, il faut renouveler le dossier chaque mois, la procédure ne tient pas compte des obstacles existants (géographiques par exemple). ▪ Selon les témoignages des usagers, la procédure de déclaration de maladie professionnelle (MP) est trop longue et compliquée 	<p>immédiats.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparer, en concertation avec les fabricants ou les distributeurs, des dossiers de demande de remboursement des Dispositifs Médicaux à la Commission d'évaluation économique et financière des produits de santé (ANAM) pour inclure l'appareillage non prévu actuellement sur la liste des dispositifs médicaux remboursables ainsi que pour réviser les taux de remboursement. ▪ Plaider pour la mise à jour de la tarification selon les prix en vigueur, réviser l'Arrêté 313-07 sur les tarifs nationaux de remboursement et l'Arrêté 2315-08 fixant la liste des appareils de prothèse et orthèse des DM et implants admis au remboursement ou à la prise en charge de l'AMO. ▪ Suivre la conception et l'analyse de la nouvelle nomenclature (CCAM) qui est en phase d'étude, et contribuer techniquement pour la considération des besoins en matière de rééducation et handicap. <p>▪ Proposer une révision des critères d'éligibilité au RAMED pour intégrer le handicap comme un facteur aggravant la vulnérabilité ou la pauvreté familiale, obtenir un statut d'exception pour le paiement de la quote-part et pour le renouvellement de la carte en cas de handicap de longue durée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer des mesures au MS pour renforcer l'accès des PSH au premier niveau de soins, qui représente la porte d'accès au système de santé pour les assurés au RAMED. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer la révision et mise à jour de la procédure de reconnaissance du handicap causé par un accident ou une maladie professionnelle. ▪ Proposer des mécanismes de réduction des frais d'acquisition des aides techniques pour les PSH à faibles revenus.
--	---	---

<p>Cadre légal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoption définitive et mise en pratique du projet de loi cadre 97/13 sur le handicap doit encore passer la procédure parlementaire. ▪ Absence des arrêtés relatifs au décret d'application de la loi 10-03 (2003) sur l'accessibilité physique des infrastructures. ▪ Difficultés dans la mise en application du décret 2-01-409 (2002) sur la couverture des frais d'appareillage et prothèses alloués aux PSH. ▪ Manque d'application des lois et décrets concernant les droits des PSH, les actes de discrimination, (loi 24-03 (2003), la protection juridique des enfants avec handicap (loi 70-03 (2004). ▪ Difficultés dans l'application de la loi 18-12 sur l'indemnisation des victimes des accidents du travail et du règlement relatif aux maladies professionnelles (liste des maladies professionnelles obsolète ; dernière mise à jour en décembre 1999). ▪ Difficultés d'application du règlement sur les accidents de la voie publique. ▪ Difficultés pour la mise en application de l'Arrêté 2518-05 (2005) fixant la liste des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée (ALD). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser les mécanismes de participation de la citoyenneté et de la société civile dans les processus de discussion et amendement des textes légaux. A court terme, il est crucial d'accorder une priorité au projet de loi cadre 97/13. L'établissement de contacts et de voies de communication régulières avec les commissions parlementaires concernées, les différents groupes politiques et les instances étatiques chargées de la protection et promotion des droits s'avère fondamental. ▪ Utiliser, en complément, les mécanismes de redevabilité des instances étatiques en matière de reddition de comptes de la gestion publique. ▪ Promouvoir la simplification du processus de déclaration des MP et des AVP et la prise en charge financière. ▪ Participer à des actions de sensibilisation des jeunes et les moins jeunes aux risques de la route et aux sports à risque, faire davantage de prévention dans les établissements scolaires.
<p>Stratégies et programmes publics liés au MS</p>	<p>Plan d'action national santé et handicap 2015-2021</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le Plan d'action national santé et handicap 2015-2021 vient d'être lancé et il est souhaitable d'établir des mécanismes de communication et de participation avec le MS pour le suivi des axes stratégiques, des mesures et des actions du plan depuis le début. <p>▪ L'axe 1 Renforcement des programmes et actions de prévention et dépistage précoce des maladies entraînant le handicap est un</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instaurer un mécanisme de collaboration et de communication régulière avec le MS qui reflète l'engagement et la participation du secteur associatif, dans un cadre constructif et de complémentarité entre acteurs, et qui accompagne la mise en œuvre et le suivi du Plan national. ▪ Définir avec le Programme de la Réhabilitation et la Gériatrie du MS la participation des associations dans la mise en œuvre et le suivi budgétaire du Plan national, en particulier en ce qui concerne les actions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les nouvelles structures régionales de CIRP et CIRAP. ○ Le nouveau cadre réglementaire de partenariat. ○ La mise en place de projets de RBC. ○ Le soutien aux associations de PSH et aux familles. ▪ Définir avec le MS la participation de la société civile dans la conception et la mise en œuvre des plans nationaux de santé

	<p>des plus importants pour la prévention du handicap et la prise en charge des maladies chroniques. En général, les activités de prévention des maladies pouvant causer le handicap sont insuffisantes, (principalement au niveau des soins de santé primaire)</p>	<p>liés au handicap. Ces plans sont de première importance car ils traitent de la prévention et de la prise en charge des maladies causant le handicap.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaider pour que la part du restant à charge soit exemptée dans le cas des PSH atteintes de maladies chroniques ciblées et/ou maladies transmissibles soumises au contrôle sanitaire. (ex. une PSH atteinte de diabète) ▪ Promouvoir le rôle des médecins généralistes dans la prévention de ces maladies et le dépistage précoce des troubles du développement pouvant causer le handicap. ▪ Promouvoir le rôle des équipes médicales scolaires et appuyer les actions de la Stratégie Nationale de Santé Scolaire et Universitaire et de Promotion de la Santé des jeunes, visant la prévention du handicap et l'appui aux jeunes avec handicap. ▪ Définir la contribution des associations et ONGs travaillant en faveur des PSH dans le système de veille et de sécurité sanitaire.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AXE 2 Amélioration de la prise en charge des PSH et de la réadaptation (ex : structures de prise en charge du handicap moteur (CIRAR); accès universel pour toutes les PSH à l'AMO et au RAMED). ▪ Il est à noter que, en général, l'offre des services de rééducation dans les établissements du système national de santé est très limitée. En particulier, l'offre des centres de dépistage du handicap chez les enfants et d'orientation aux parents est clairement insuffisante. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire le suivi des activités qui visent à l'amélioration des structures de réadaptation, et l'exécution des budgets s'y rapportant. ▪ Explorer des mécanismes de participation des associations dans le développement des schémas régionaux de l'offre de soins, en particulier concernant les services et les établissements spécialisés dans la rééducation. ▪ Evaluer la qualité des services de rééducation et des soins prodigués aux PSH au niveau de soins de santé primaires et au niveau hospitalier dans le cadre de la couverture médicale de base. ▪ Promouvoir une répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire plus équitable et limiter la concentration dans les grands centres urbains.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AXE 3 Amélioration des compétences (réviser cursus de formation de base, créer des nouvelles filières de formation dans les spécialités liées à la réadaptation, formation continue du personnel (référentiels de bonnes pratiques). ▪ Il est à noter l'insuffisance des RH formées, et une forte concentration de celles-ci dans 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir les nouvelles filières de formation liées à la rééducation, en favorisant une prise de conscience auprès des jeunes en âge de choisir une profession. ▪ Contribuer à la préparation des référentiels de bonnes pratiques, adaptés au contexte, destinés à la formation

	<p>les grands centres urbains. L'atteinte des objectifs de formation repose sur les efforts à développer dans les Instituts supérieurs des professions infirmières et des techniques de santé (filières paramédicales) et sur une alliance stratégique entre le MS et le Ministère de l'Enseignement Supérieure (filières médicales).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'axe 3 ne prévoit pas un objectif de formation au niveau communautaire, en particulier la formation d'agents formés en RBC dont le rôle principal est de faire le lien entre les structures de santé et les PSH, organiser l'appui aux familles et aux proches qui sont à charge des PSH. 	<p>continue du personnel de santé en matière de handicap, en coordination avec le MS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir la prise en considération des questions clés de formation au niveau communautaire (priorité à la RBC).
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AXE 4 Amélioration du cadre réglementaire et du partenariat (projet de loi cadre 97-13, améliorer la collaboration et la coordination en matière de santé et handicap). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer à la construction d'une contrepartie civile organisée pour contribuer à l'atteinte des objectifs de partenariat avec le MS ; il est fondamental d'évoluer vers une représentation unique du tissu associatif organisé autour du handicap.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AXE 5 Mobilisation sociale, lutte contre la stigmatisation, élimination des obstacles à la communication (stratégie de communication, soutien des initiatives des associations de PSH et de leurs familles, statut d'utilité publique, création de nouvelles ONGs). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuer non seulement à la participation des associations en appui au MS mais aussi à celle des moyens de communication, et des autres organisations de la société civile. ▪ Appuyer les initiatives locales visant à soutenir les familles des PSH.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AXE 6 Système de suivi, d'information et de recherche (développer la recherche, système de suivi du plan d'action national santé et handicap) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer de la mise en place de systèmes de suivi et d'information modernisés, qui servent à la fois à la recherche mais aussi à l'élaboration de projets dans le secteur public et privé. ▪ Proposer des indicateurs qui permettent la mesure de la couverture des besoins des PSH à travers la réalisation des actions et des services du système de santé en matière de rééducation.
	<p>Stratégie sectorielle de santé 2012-2016</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La Stratégie sectorielle, bien qu'elle se trouve dans sa dernière année d'exécution et qu'elle ne prévoit pas un grand nombre d'activités en faveur des PSH, reflète la vision et la volonté politique gouvernementale pour le secteur de la santé, d'une législature qui finira en 2016. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir la réalisation d'un bilan de mise en œuvre de la Stratégie sectorielle, principalement l'axe 1 (amélioration de l'accès aux soins, régionalisation, facilitation des procédures) et l'axe 3 (promotion de la santé des populations à besoins spécifiques). ▪ Promouvoir un processus de consultation et de participation sociale (comme la stratégie INTIDARAT qui avait accompagné la conception de l'actuelle Stratégie sectorielle).

	<p>Projet de Loi de Finances</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'évolution des dépenses concernant le handicap du MS au niveau central et régional (dans le Budget General de l'État) est resté stable durant les trois dernières années. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les mécanismes (soit de participation de la société civile, soit de plaidoyer politique) pour contribuer à la prise en considération des besoins des PSH dans le processus d'élaboration du Budget Général de l'État (en particulier les budgets du MS et du MSFFDS).
<p>Stratégies et programmes publics liés au MSFFDS</p>	<p>Stratégie du Pôle social 4+4 2012-2016</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La Stratégie du Pôle social, bien qu'elle se trouve dans sa dernière année d'exécution, reflète la vision et la volonté politique gouvernementale pour le secteur de la protection sociale d'une législature qui finira en 2016. Les axes concernant le handicap sont : <ul style="list-style-type: none"> - l'Axe 1 : soutenir et accompagner les acteurs du développement, renforcement des capacités du secteur associatif, adoption de l'appel à projets, - l'Axe 2 : renforcement et développement de la prise en charge d'autrui : aides techniques, structures de proximité, SAMU sociaux - l'Axe 3 : institutionnalisation et diffusion des principes d'équité et d'égalité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir la réalisation d'un bilan de mise en œuvre de la Stratégie du Pôle social (en termes d'activité et de budget), principalement des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mise en place de structures d'aide à la rééducation ○ Lutte contre la discrimination ○ Veille sociale et communautaire ○ Coordination des politiques et stratégies concernant le handicap ▪ Participer à l'élaboration d'une nouvelle stratégie qui, au-delà des interventions gouvernementales, contribue à définir clairement le rôle de chaque acteur, des différents ministères concernés par le handicap, et renforce l'approche multisectorielle.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une Commission interministérielle dédiée à l'examen des moyens susceptibles de promouvoir la situation des handicapés au Maroc conformée par le Ministère des Finances, de l'Intérieur, de la Santé, de l'Emploi, des Affaires générales et de l'Habitat a été récemment créée. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier des mécanismes d'interaction avec les membres de la Commission afin de pouvoir participer à des discussions ou à des actions gouvernementales.
	<p>Fonds d'appui à la cohésion sociale au profit des PSH</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La visibilité et le fort engagement politique accordé au lancement du Fonds devrait offrir un sace propice pour la mise en place de mécanismes de participation des associations des PSH. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir et mettre en place des mécanismes d'accompagnement et de suivi pour les allocations budgétaires et l'exécution du Fonds d'appui à la cohésion sociale au profit des PSH

Autres actions étatiques	<ul style="list-style-type: none"> La méthodologie et les critères adoptés par le RGPH 2014 comprennent un volet sur le handicap. Le volume et l'exhaustivité des données collectées devraient permettre une analyse ambitieuse sur la prévalence du handicap. Le taux de prévalence national du handicap avancé dans les résultats préliminaires semble diverger des taux estimés dans le RGPH 2004 et de l'ENH 2004. 	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir l'analyse et l'exploitation approfondie des données sur les PSH du dernier RGPH 2014, à l'échelle nationale, régionale et provinciale. En particulier, analyser les causes de la faible prévalence nationale du handicap.
	<ul style="list-style-type: none"> La fragmentation de l'aide de l'Etat en matière de handicap et certains vides dans la répartition des responsabilités entre les différents acteurs publics entraînent des inconvénients et des blocages administratifs et provoquent une perte d'efficacité de l'action publique en faveur des PSH. 	<ul style="list-style-type: none"> Plaider pour une meilleure coordination et complémentarité entre les différents acteurs étatiques, en particulier la consolidation du rôle attribué au MSFFDS. Promouvoir la mise en place de guichets uniques où les PSH peuvent traiter tous les aspects de leur situation (financière, médicale, sociale). Reprendre les recommandations du CESE (2012) sur « la mise en place d'une base de données unique, spécifique aux PSH, basée sur des mécanismes transversaux et décentralisés, indépendants du pouvoir politique, un fonds de soutien aux initiatives qui visent à améliorer la qualité de vie des PSH, combattre la mendicité et l'exploitation de ces personnes ».
	<ul style="list-style-type: none"> Les établissements de santé (et sociaux) continuent à ignorer la réglementation concernant l'accessibilité pour les PSH ; les obstacles physiques et à la communication constituent des facteurs d'exclusion. 	<ul style="list-style-type: none"> Appuyer la mise en œuvre des réglementations en faveur d'une meilleure accessibilité physique, et d'une communication facilitée pour les PSH dans les établissements de santé et sociaux.
	<ul style="list-style-type: none"> La célébration des élections locales et législatives prévues pour septembre 2016 comporte la préparation des programmes électoraux et la définition du positionnement des différents partis politiques sur des questions sociales clés (entre autres thématiques). 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les différents partis politiques sur les défis persistants au Maroc pour faire progresser l'inclusion et le respect des droits des PSH, et sur les interventions publiques nécessaires en matière de couverture sanitaire et de soins de qualité.
Secteur privé associatif	<ul style="list-style-type: none"> La fragmentation du tissu associatif concernant le handicap compromet la crédibilité du secteur et entrave la capacité de plaider et d'action collégiale. 	<ul style="list-style-type: none"> Multiplier les efforts pour faire évoluer le secteur vers une voix unique largement représentative face aux acteurs étatiques et à l'ensemble des parties prenantes. Explorer des nouvelles possibilités de collaboration avec des organisations professionnelles impliquées dans le handicap, notamment la SOMAREF.
	<ul style="list-style-type: none"> Certaines initiatives législatives (loi 34-09 sur l'offre de soins et loi 86-12 sur les contrats de partenariat) ouvrent la porte au développement d'initiatives innovantes en 	<ul style="list-style-type: none"> Proposer des interventions innovantes de la société civile au MS en matière de prévention et assistance au handicap. Explorer la faisabilité de considérer le

	matière de partenariats public – privé.	Centre Hospitalier Noor (CHN) comme un exemple de partenariat public-privé en matière de handicap et reproduire cette expérience à d'autres zones.
--	---	--