

**Les panels périodiques sur les DESC**  
Collection éditée par la Fondation Friedrich EBERT (*Bureau de Rabat*)

**DROITS  
ECONOMIQUES  
SOCIAUX ET  
CULTURELS**

**Le droit à la santé**

**Panel n°3**  
Novembre 2009

## **Les panels périodiques sur les DESC**

### **Membres du Panel :**

AMDH : Rédouan TIJANI  
Espace Associatif : Karima FETTAH  
FES : Wafa MOUSSA  
Réseau Marocain pour le Droit à la Santé : Aziz GHALI

Responsable de programmes : Mme Wafa MOUSSA

### **Fondation Friedrich Ebert**

9, Rue de Tiddass, Hassan – Rabat – Maroc  
Tél. +212 537 76 28 58 - +212 537 66 12 78 / Fax : +212 537 76 98 91  
E-mail : fes@fes.org.ma

Dépôt légal : 2009 MO 3165  
ISBN : 978-9981- 76- 035-6  
ISSN : 2028-067X

Avertissement: les informations contenues et les opinions exprimées dans ces textes  
n'engagent que leurs auteurs.

## SOMMAIRE

<b>Introduction.....</b>	<b>..5</b>
<b>Le droit à la santé : un droit reconnu .....</b>	<b>..9</b>
<b>Le droit à la santé : un droit indissociable et indépendant.....</b>	<b>13</b>
<b>La réalisation du droit à la santé.....</b>	<b>19</b>
<b>Contexte sanitaire au Maroc .....</b>	<b>31</b>
<b>Impact du Statut avancé et l'Accord de Libre Echange</b>	
<b>sur le droit à la santé .....</b>	<b>43</b>
<b>Justiciabilité du droit à la santé au Maroc.....</b>	<b>53</b>
<b>ONG et droit à la santé .....</b>	<b>55</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>57</b>

Depuis l'ouverture de son bureau au Maroc en 1984, la Fondation Friedrich Ebert, a pris pour engagement d'y appuyer la démocratie, la justice sociale et l'Etat de droit, de promouvoir les droits de l'homme et l'égalité pour les femmes, de renforcer les institutions démocratiques, et d'améliorer la coopération régionale et internationale.

Dans ce sens, la Fondation a accompagné le processus de démocratisation au Maroc dans les multiples réformes institutionnelles et constitutionnelles, la marche vers l'égalité des genres, et les efforts déployés pour promouvoir la liberté et les droits civils et politiques, multipliant diverses activités et manifestations menées en partenariat avec les départements ministériels, les acteurs politiques et sociaux et des activistes de la société civile marocaine.

Les droits humains étant interdépendants et indivisibles, leur préservation dans leurs divers aspects est tributaire de la garantie et protection des Droits Economiques, Sociaux et Culturels (DESC); les DESC font partie intégrante du droit international des droits de l'homme et sont fondamentalement liés aux droits civils et politiques.

Pour faire suite à ses engagements pour la promotion des droits humains, tels qu'ils sont reconnus universellement (et par le Maroc, qui a par ailleurs signé le pacte des DESC le 19 janvier 1977, et l'a ratifié le 3 mars 1979), la Fondation Friedrich Ebert a mis en place depuis 2006 une ligne de travail dont l'objectif est de promouvoir les DESC et de contribuer avec des groupements de la société civile à les promouvoir et à garantir leur application réelle sur le terrain.

Pour répondre à cet objectif stratégique, la Fondation a facilité la mise en place en 2009 d'un espace de réflexion sous forme de « panels périodiques sur les DESC » en partenariat avec des associations actives en matière de droits de l'homme et de développement. Ces panels de discussion et de débat abordent les grandes questions que soulèvent la promotion et la protection des DESC.

Cette démarche vise essentiellement à fournir aux acteurs sociaux les instruments d'une action plus efficiente en direction des pouvoirs publics pour la concrétisation des DESC. Les rapports d'analyse produits par ces panels sont mis à la disposition des acteurs sociaux et politiques; ils offrent un cadre général qui permet de mieux saisir l'importance des DESC, et surtout de mieux appréhender l'engagement de l'Etat. De même, ils présentent de façon objective les acquis mais aussi les limites des politiques suivies.

Dans une logique de suivi, ces panels périodiques ont été accompagnés d'un ensemble de mesures dont une série de publications sur les résultats des débats, une plaquette d'information sur les DESC, ou encore une étude sur la loi de finances et les DESC.

Dans l'espoir que ces mesures sauront bénéficier aux différents acteurs sociaux et politiques, la Fondation Friedrich Ebert tient à remercier tous ses partenaires ainsi que les professeurs qui se sont engagés pour la réussite de ce travail.

**Ulrich Storck**  
Représentant Résident  
**Fondation Friedrich Ebert**

## LE DROIT A LA SANTE

*« Pour nous, la maladie et la mort sont un outrage quotidien.  
Non pas parce que des gens tombent malades ou meurent, mais  
parce que nombre de ces maladies et de ces décès ont leur cause  
dans des politiques sociales et économiques qui nous sont  
imposées.»*

Une Voie d'Amérique Centrale

**Les panels périodiques sur les DESC**

Collection éditée par la Fondation Friedrich EBERT (*Bureau de Rabat*)

**DROITS  
ECONOMIQUES  
SOSIAUX ET  
CULTURELS**

**Le droit à la santé**

**Panel n°3**  
Novembre 2009

## **Les panels périodiques sur les DESC**

### **Membres du Panel :**

AMDH : Rédouan TIJANI  
Espace Associatif : Karima FETTAH  
FES : Wafa MOUSSA  
Réseau Marocain pour le Droit à la Santé : Aziz GHALI

Responsable de programmes : Mme Wafa MOUSSA

### **Fondation Friedrich Ebert**

9, Rue de Tiddass, Hassan – Rabat – Maroc  
Tél. +212 537 76 28 58 - +212 537 66 12 78 / Fax : +212 537 76 98 91  
E-mail : fes@fes.org.ma

Avertissement: les informations contenues et les opinions exprimées dans ces textes n'engagent que leurs auteurs.



## S o m m a i r e

<b>Le Cercle d'Analyse Politique.....</b>	<b>1</b>
<b>Présentation .....</b>	<b>5</b>
<b>L'actualité d'un débat :</b>	
<b>La note de travail .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<i>larabi jaïdi</i>	
<b>Introduction .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>1. L'arrière-plan de l'UPM : les enjeux d'une politique</b>	
<i>méditerranéenne de l'UE.....</i>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>2. L'UPM : Une ambition française contrecarrée ?</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>3. Le Maroc : un engagement en faveur de l'UPM qui ne</b>	
<i>compromet pas la dynamique du statut avancé</i>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Commentaire de <i>hassan abouyoub</i> ....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Publications .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>



## Les panels périodiques sur les DESC

Partant de principe de base que la préservation des droits humains dans leurs divers aspects est tributaire de la garantie et la protection des Droits Economiques, Sociaux et Culturels (DESC) ; le Royaume du Maroc a signé le 19 janvier 1977 le Pacte international relatif au DESC et il l'a ratifié le 3 mars 1979.

Depuis une décennie, le Maroc s'est engagé pleinement à faire des reformes tant au niveau juridique et constitutionnel (révision de la constitution en 1996) qu'au niveau de ses politiques publiques qui considèrent le développement économique et social comme une priorité nationale.

Afin de répondre aux besoins qu'imposent la situation : taux de chômage élevé, analphabétisme, accès difficile aux soins de santé de base, déficit en matière de logement...le Maroc a mis en œuvre plusieurs stratégies : l'élargissement des départements ministériels chargés des secteurs économique et social, l'augmentation du budget réservé au secteur social de 40% en 1998 et de 50% en 2009, la promotion du dialogue social et la dynamisation du mouvement associatif ...etc.

Cependant, malgré tous ces efforts, les résultats ne sont pas satisfaisantes. Le Maroc stagne, sinon il régresse comme l'indique plusieurs rapports internationaux, et ce sur plusieurs niveaux de développement économique, social et culturel.

Dans ce cadre, la Fondation Friedrich Ebert (FesMaroc) a mis en place un espace de débats et de réflexion sous forme de panels qui s'attachent à reformuler les questions que soulèvent la promotion et la protection des DESC.

La démarche de la FesMaroc vise essentiellement à mettre à la disposition des acteurs sociaux/partenaires, notamment les organisations des Droits de l'Homme, les syndicats et les organisations de développement social des outils et des analyses de situations afin de les mieux aider et les soutenir dans leurs revendications et leurs campagnes de mobilisation.

Sur le plan méthodologique, la FesMaroc, en concertation avec les acteurs sociaux/partenaires, choisit un thème-clé relevant du domaine des DESC. Elle commande à un e'expert de préparer une note de synthèse sous forme d'une analyse de situation. Cette dernière est présentée et discutée dans le cadre d'un panel composé de personnes ressources et acteurs

sociaux concernés. Les panels sont tenus au siège de la la FesMaroc à Rabat à des périodes variables selon le sujet à discuter.

L'ensemble de débat de chaque thème y compris la note de synthèse de l'expert fera l'objet d'un rapport analytique publié régulièrement par la Fondation.

Nous espérons que cette modeste contribution servira de soutien aux différentes actions de terrain pour une meilleure meilleure promotion et application des DESC au Maroc.

.....  
**Fondation Friedrich Ebert**





## Introduction

Comme le droit à la vie, à la liberté, à la dignité, la prohibition de la torture, de l'esclavage, la liberté d'expression... pouvoir manger, avoir accès à l'eau, avoir un toit, être payé pour son travail font partie intégrante des droits de la personne humaine. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) adoptée unanimement par l'Assemblée générale de l'ONU en 1948, pose les premiers jalons de la reconnaissance de ces droits. Cependant cette déclaration n'ayant aucune force obligatoire, les Etats membres des Nations Unies ont décidé de créer un acte qui obligerait tous les Etats à respecter et mettre en œuvre les droits déclarés en 1948. A la base, un seul acte avait été prévu mais le contexte international de la guerre froide et les différences idéologiques des Etats ont abouti à l'adoption de deux textes. C'est ainsi que le 16 décembre 1966, l'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté deux pactes qui sont venus conférer un caractère obligatoire au « catalogue » des droits énoncés : le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PCP) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC). L'existence de deux pactes distincts a porté un coup dur aux principes d'universalité et d'indivisibilité des Droits. Pourtant, comme les droits civils et politiques, les Droits Economiques, Sociaux et Culturels (DESC) s'inscrivent dans des traditions de luttes émancipatrices et s'ancrent dans des valeurs fondamentales de dignité humaine et de solidarité qui se retrouvent dans toutes les traditions philosophiques et religieuses. Les revendications en faveur des DESC se retrouvent partout dans le monde et à différentes époques, ce qui témoigne de leur universalité. Malgré l'affirmation des DESC par un texte les rendant obligatoires, ils font très souvent l'objet de nombreuses violations, ceci est dû au fait qu'ils sont les premiers à être atteints par les effets pervers de la mondialisation et de la libéralisation accrue des échanges. C'est pour cette raison que les DESC sont aujourd'hui au cœur des revendications de la société civile qui se bat pour leur application réelle, leur avancée et leur généralisation dans le monde entier. Les ONG ont un rôle primordial en la matière car c'est grâce à leurs travaux auprès de l'ONU, notamment les rapports périodiques qui rapportent l'état d'application réelle des DESC. A priori, il paraît saugrenu de parler de la santé en tant que droit quand la réalité indique qu'une portion croissante de la population mondiale

voit plutôt ses conditions de santé se dégrader et même son existence être menacée.

En effet, selon les estimations de l'OMS, 1,7 millions de personnes seraient mortes de la tuberculose en 2004 tandis que 8,9 millions de nouveaux cas étaient enregistrés. 350 à 500 millions d'être humains souffrent de la malaria et un million de personnes, surtout des enfants, en meurent chaque année. Le sida a tué plus de trois millions de personnes en 2005. Ainsi, ces trois maladies dévastatrices sont responsables de près de 6 millions de décès chaque année, dont l'écrasante majorité dans les pays du sud. Par ailleurs, on estime qu'il manque quelques 4,3 millions de professionnels de la santé (médecins, infirmiers, sage-femme...) dans le monde, y compris dans les pays du nord. La dégradation de l'environnement apparaît aujourd'hui plus que jamais comme une menace sur la santé de tout un chacun.

Pourtant, le droit à la santé est reconnu dans de nombreux instruments internationaux en matière de droits humains. Il est aussi admis que la réalisation du droit à la santé est étroitement liée et dépendante de la réalisation d'autres droits humains, principalement des droits économiques, sociaux et culturels. D'ailleurs, la plus grande partie des maladies dans le monde, comme la plupart des décès, résulte de la non-satisfaction (ou parfois de la mauvaise satisfaction) des besoins fondamentaux. Le manque et/ou le non accès aux infrastructures sanitaires, à l'eau potable et à l'alimentation sont certainement les plus importants et urgents. L'évolution de la santé publique au 19<sup>e</sup> siècle en Europe et aux Etats-Unis montre que les interventions principales pour améliorer sensiblement l'état de droit à la santé est fortement liée à la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels (nourriture, logement, hygiène, conditions de travail). Elle est aussi liée à la paix et à la sécurité.

Autrement dit, la préservation et la promotion de la santé impliquent bien plus que l'accès aux services de santé et aux médicaments. Or, l'ordre international injuste qui est à l'origine des inégalités et de la pauvreté empêche la réalisation du droit à la santé. En effet, les politiques macro-économiques et en particulier, les accords commerciaux inéquitables, le fardeau de la dette, et l'appropriation continue des ressources nationales (humaines et matérielles) ont entraîné une augmentation de la pauvreté et de l'inégalité entre les pays et au sein même des pays. Les organisations telles que le Fonds Monétaire International (FMI), la Banque Mondiale et l'Organisation Mondiale du



Commerce (OMC) favorisent le capital et les entreprises transnationales privées plutôt que les peuples ; elles prennent des décisions économiques et sociales aux niveaux national et international qui affectent la vie de ces derniers.

Aujourd'hui, la situation a plus qu'empiré. Bien qu'il existe un ministère de la Santé dans la plupart des pays, certes avec des moyens et des marges de manœuvre forts variables, tous les Etats se soient engagés à honorer les termes de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en tant que membres de cette institution. Force est de constater que la reconnaissance du droit à la santé tel qu'il existe dans les instruments internationaux, ne suffit pas pour sa concrétisation effective. C'est pourquoi, l'affirmation de la santé en tant que droit et la définition de ses liens avec les autres droits sont seules à même de fixer les obligations de différents acteurs concernés.

Il y a environ trois décennies<sup>31</sup>, la communauté internationale semblait prendre conscience de l'importance de la coopération internationale pour y remédier en déclarant : « *les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et de ce fait, elles représentent un sujet de préoccupation commun à tous les pays.* »



## Le droit à la santé : Un droit reconnu

Dans le présent chapitre nous tentons de définir et préciser le contenu du droit à la santé (A) et d'énumérer les textes qui le reconnaissent et qui le protègent (B).

### A) Définition et contenu

#### *L'absence de maladie ne signifie pas être en bonne santé*

Selon la charte de l'Organisation Mondiale de la Santé, (OMS) « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*

*La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.»*

#### *Le droit à la santé : un droit indissociable et interdépendant*

Quant à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, qui constitue la source de tous les droits humains et l'instrument de base en vigueur, elle mentionne le droit à la santé dans son article 25 que : « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par la suite de circonstance spéciale, tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.»*

#### *Le droit à la santé : un droit individuel inaliénable*

Les Etats parties au pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) reconnaissent : « *le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.»* Pour le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CODESC), principal organe qui contrôle le respect du droit à la santé au niveau international, la santé « *est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits humains. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité.»*

## **B) Textes de références**

Outre les instruments internationaux cités ci-dessus, le droit la santé est consacré dans plusieurs conventions et traités internationaux et régionaux. En voici les principaux :

### **1) Au niveau international**

#### **Personne ne doit être exclu**

Parmi ces instruments internationaux la Convention international de toutes les formes de discrimination raciale précise que : « *les Etats parties s'engagent à garantir le droit de chacun à la jouissance du droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux.*»

#### **L'égalité doit être respectée**

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) stipule que : « *les Etats parties s'engagent à prendre toutes le mesures appropriées afin d'assurer, sur la base de l'égalité le droit à la protection de la santé.* » Selon l'article 12 alinéa 1 de la même convention : « *les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé.*»

#### **Mesures spécifiques pour les enfants**

La convention relative aux droits de l'enfant précise dans son article 24 que : « *les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.* » Elle demande aux Etats parties de prendre des mesures en vue de : « *lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel.* »

De même, nombreux sommets mondiaux onusiens se réfèrent au droit à la santé. Il est à noter que le droit à la santé figure dans plusieurs paragraphes de la Déclaration et du Programme d'action de Vienne. Le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, et la Déclaration et le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes contiennent également des définitions concernant, respectivement, la santé génésique et la santé des femmes.

### 2) *Au niveau régional*

Plusieurs instruments régionaux relatifs aux droits humains reconnaissent également le droit à la santé. La charte sociale européenne déclare que : « *en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la santé, les parties contractantes s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ; à prévoir, des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ; à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres.* »

La charte africaine des droits de l'homme et des peuples garantit, dans son article 16, que : « *toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les Etats parties à la présente charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie.* »

Au niveau du continent américain, le protocole de San Salvador, adopté à San Salvador le 17 novembre 1988 et entré en vigueur à fin 1999, précise que : « *toute personne a droit à la santé physique, mentale et sociale.* » Tout en indiquant des mesures à prendre par ses Etats parties.

### 3) *Au niveau national*

Selon une étude commanditée par l'OMS, plus de 60 dispositions constitutionnelles mentionnent le droit à la santé ou le droit aux soins de santé, et plus de 40 dispositions se réfèrent à des droits liés à la santé, tels que le droit à des soins de santé génésique, le droit des handicapés à une aide matérielle et le droit à un environnement sain. D'autres chartes sont également consacrées aux droits y relatifs. A titre d'exemple, « droit à la sécurité sociale » (art. 12), « droit à l'assistance sociale et médicale » (art. 13) et « droit au bénéfice des services sociaux » (art.14).

Au Maroc, on remarque une absence de consécration formelle du « droit à la santé ». La Constitution marocaine ne comprend nulle part une disposition relative au droit à la santé.

Toutefois, l'Etat marocain ayant « *souscrit aux principes, droits et obligations découlant des chartes des organismes internationaux et surtout qu'ils sont universellement reconnus* » (préambule de la Constitution), les droits à l'éducation, au travail et à la santé ne constituent nullement des obligations contraignantes bien qu'ils mettent l'accent sur la responsabilité sociale de l'Etat envers sa population et fassent partie de ce qu'on qualifie

communément les « Droits de l'Homme ». On peut s'interroger si, ratifiant ou non la charte internationale des Droits de l'Homme, le Pacte international de droits économiques, sociaux et culturels de 1966 et les normes universelles ou régionales qui la complètent, le Maroc ne reconnaît-il pas implicitement le « droit à la santé ».

Cependant, la notion du « droit à la santé » est imprécise ou trop vaste puisqu'elle englobe plusieurs éléments dépassant « l'absence de maladie ou d'infirmité ». En outre, si on accepte la définition de la santé, telle qu'est proclamée par l'OMS « état de complet bien-être physique, mental et social » d'autres institutions et mécanismes interviennent en la matière. Il est difficile d'admettre qu'au Maroc que le droit à la sécurité sociale et le droit à l'aide sociale suffisent à eux seuls l'application réelle du droit à la santé.

Il n'en demeure pas moins que le droit à la santé fait partie intégrante de droits humains qui doivent être conçus en tant que « source de pouvoir » entre les mains des citoyens et en tant que « responsabilité publique et sociale » d'un Etat de Droit dont l'objectif, rappelons-le, doit être la santé pour tous.

## **Le droit à la santé : Un droit indissociable et indépendant**

### **A) Le droit à la santé et ses liens avec d'autres droits humains**

Dans le cadre de ce chapitre, nous traiterons principalement des liens entre le droit à la santé et les droits économiques, sociaux et culturels, vu la prééminence de ces derniers dans la réalisation du droit à la santé.

#### *1) Santé/ Alimentation*

Le droit à la santé dépend avant tout d'une alimentation saine et équilibrée. Or, de nos jours, près d'un milliard de personnes souffrent de la famine ou de la malnutrition ; près d'un milliard et demi de personnes ne bénéficient pas de conditions sanitaires convenables. Il est illusoire de s'attendre à ce qu'une personne affamée et assoiffée soit bien portante. D'ailleurs, le manque de nourriture et d'eau potable est la cause de nombreuses maladies, tout comme la dégradation, de l'environnement. Pourtant, le droit à l'alimentation, qui comprend naturellement le droit à l'eau, fait partie des droits fondamentaux des êtres humains et exige une action de la part des Etats en particulier et de la communauté internationale en général, tant dans les situations normales que dans les situations d'urgence. Si les chiffres précités sont alarmants, les actions annoncées ainsi que certaines actions ponctuelles et spécifiques entreprises par la communauté internationale ne sont nullement à la hauteur des besoins. Pire les politiques économiques menées par la plupart des Etats, souvent sous la pression des institutions financières internationales, ne font qu'aggraver la pauvreté, comme l'indiquent de nombreuses études.

#### *2) Santé / Logement*

Le droit à la santé est étroitement lié au d'avoir un logement salubre et doté d'eau courante, car « un logement sans eau serait invivable ». Être privé de logement peut entraîner non seulement la violation de nombreux autres droits humains, tels que les droits à l'éducation, au travail ; mais peut aussi provoquer de nombreuses maladies. Force est de constater que, dans ce domaine, les politiques de la plupart des Etats vont à l'encontre du droit au logement. En effet, l'orientation des subventions publiques favorise bien souvent les nantis plutôt que ceux

qui sont dans le besoin. De plus, sous prétexte de « développement économique » et de « sécurité nationale », de nombreux Etats procèdent à des déplacements forcés, privant ainsi des millions de personnes de logement, bien souvent sans les indemniser et/ ou les reloger.

### **3) Santé /Education**

L'éducation n'est pas seulement « utile » et nécessaire pour trouver un bon emploi ou participer à la vie publique, mais également pour maintenir un esprit sain dans corps sain (*mens sana in corpore sano*) et ainsi prévenir les maladies et accidents. Malheureusement, dans certains des pays, le niveau d'éducation est encore loin d'être satisfaisant.

### **4) Santé/ Information**

L'accès à l'information peut se révéler crucial non seulement pour être en bonne santé mais tout simplement pour rester en vie, en particulier en cas d'épidémies ou de pandémies. Il est également crucial pour prévenir de nombreuses maladies qui peuvent être mortelles ou qui, le cas échéant, sont parfaitement guérissables de nos jours. Cela est également valable pour prévenir les accidents.

Dans ce cadre, il est primordial de vulgariser l'information afin qu'elle soit accessible au grand public. Bien entendu, la vulgarisation ne doit ni être mensongère, ni être une désinformation. Dans ce contexte, il convient de déplorer l'agressivité du secteur privé qui, au nom de la liberté du commerce, inonde les marchés avec des publicités frisant parfois le mensonge pour pouvoir vendre à tout prix ses marchandises.

## ILLUSTRATION N°1

### **Lait maternel et publicités mensongères**

**Bien que le Code International pour la commercialisation des substituts de lait maternel, adopté par l'OMS en 1981, interdise toute promotion de substituts de lait maternel, les sociétés transnationales, telles que Nestlé et Wyeth, non seulement continuent leur campagne de promotion pour leurs produits et tentent de discréditer l'allaitement maternel, mais mettent également la pression sur l'OMS et les gouvernements pour éviter ou limiter l'application dudit code. Dans une étude menée dans sept pays, IBFAN démontre comment pendant des décennies l'industrie a opéré pour discréditer l'allaitement**



maternel et comment elle s'est opposée à la réglementation de ses activités commerciales.

D'ailleurs, selon les recherches menées par l'UNICEF, le taux d'allaitement diminue au Kenya, mais augmente au Brésil bien que ce dernier ait été compromis suite à la participation de Nestlé au programme « Faim Zéro » à travers lequel cette entreprise distribue du lait entier en poudre.

### 5) Santé / Travail

Pour tout adulte, le travail signifie avant tout un revenu convenable pour subvenir à ses propres besoins et à ceux de sa famille et avoir une reconnaissance dans la société.

La réalisation de ce droit permet en principe la réalisation de nombreux autres droits humains : alimentation, logement, éducation, santé, etc. Le droit au travail n'est pas seulement un droit humain (art. 6 du PIDESC) dans la mesure où il permet également à l'individu d'accomplir ses devoirs envers la société dans laquelle il vit en participant à la production et à son développement.

Cependant, le travail peut être néfaste pour la santé. Il existe de nombreux emplois dangereux dans le secteur industriel en particulier où, dans le but d'économiser sur les coûts de production, la protection à la santé des travailleurs est parfois quasiment inexistante. Pour les enfants travailleurs, les conséquences au travail auquel ils sont astreints ne se limitent pas à la dangerosité de l'emploi. Par ailleurs, l'exigence d'une productivité toujours plus accrue et de l'augmentation de la cadence, sous peine de licenciement et/ou délocalisation, soumet les travailleurs à de rudes épreuves et, selon les professions, met bien souvent en danger l'intégrité physique et psychique des travailleurs, tout en provoquant l'augmentation des accidents de travail. Ce phénomène a, ces dernières années, donné lieu à une augmentation visible des recherches, publications, films, etc. dans ce domaine.

### 6) Santé/ Propriété intellectuelle

L'origine du « droit de chacun de bénéficier de la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est auteur » (§ 2 de l'article 27 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et § 1 : c) de l'article 15 du PIDESC), connu – à tort ? – sous l'appellation de propriété intellectuelle, se trouve sans doute dans la

convention de Berne pour la protection des œuvres littéraires et artistiques.

Il s'agit d'encourager les créateurs à contribuer activement aux arts et aux sciences et au progrès de la société dans son ensemble. De nos jours, ce droit humain est détourné de son objectif initial et les sociétés transnationales l'utilisent allégrement dans leur recherche de profit effréné pour breveter leurs « inventions » y compris dans le domaine du vivant, ce qui a des conséquences inquiétantes sur la santé. A titre d'exemple, les brevets dans les domaines pharmaceutiques et biotechnologiques posent de nombreux problèmes. Ainsi, bien souvent, les transnationales pharmaceutiques et agroalimentaires obtiennent des brevets pour « leurs produits », après en avoir modifié quelques gènes ou molécules ou encore les avoir obtenus tout simplement par bio piraterie.

Ils les mettent ensuite sur le marché, créant ainsi un monopole pour une durée relativement longue (20 ans, selon les accords conclus au sein de l'OMC). Pourtant, l'accumulation de savoir et l'aboutissement d'une recherche sont souvent le fruit de connaissances et d'expériences de plusieurs générations parfois de plusieurs siècles ! De ce fait, on devrait les considérer comme patrimoine commun universel. Au sujet de sa découverte du vaccin contre la polio, le chercheur a déclaré : « *cette découverte appartient au peuple, il n'y a pas de brevet. Peut-on breveter le soleil ?* » C'est précisément cette dérive que condamne le CODESC dans sa déclaration adoptée en 2001 : « *les régimes de propriété intellectuelle, bien que conçus à l'origine pour accorder une protection à des auteurs et des créateurs, ils sont utilisés dans les investissements des milieux d'affaires et des entreprises* ». D'ailleurs, le CODESC distingue les droits de propriété intellectuelle des droits humains, étant donné que les premiers sont des instruments qui « *peuvent, à l'exception des droits moraux, se voir perdus, et dont les Etats doivent se servir dans l'intérêt de la société dans son ensemble* », alors que les seconds sont « *intemporels et sont l'expression des prérogatives fondamentales de la personne humaine.* » Dans cette optique, le système des brevets, tel qu'il est conçu dans l'accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), entré en vigueur en 1995, va à l'encontre des principes des droits humains.

D'ailleurs, dans une déclaration présentée à la commission des droits de l'homme (CDH) en 1995 : « *L'ADPIC constitue un mécanisme visant à privatiser le bien commun intellectuel et à dépouiller la société civile de ses*

*facultés intellectuelles afin que les entreprises puissent monopoliser l'intelligence. »*

Cinq ans après son adoption, c'est la sous-commission de la promotion et de la protection des droits de l'homme qui blâmé l'ADPIC :

*« (...) étant donné que l'application de l'ADPIC ne rend pas compte comme il convient, de la nature fondamentale et de l'indivisibilité de tous les droits de l'homme, notamment le droit de chacun de jouir des bienfaits des progrès scientifiques et de leurs applications, le droit à la santé, le droit à la nourriture et le régime relatif aux droits de propriété intellectuelle contenu dans l'accord, d'une part, et le droit international relatif aux droits de l'homme, de l'autre.»*

Dix ans après l'entrée en vigueur de l'ADPIC, cela se vérifie chaque jour, pour les sidéens non solvables dans les pays du sud qui n'ont pas accès aux médicaments ou pour les agriculteurs qui doivent chaque année payer des redevances pour des semences.

#### ILLUSTRATION N° 2

##### **Les brevets sur le vivant menacent les droits à l'alimentation et à la santé**

Les brevets ne concernent pas uniquement les médicaments et les sidéens. Promus et encadrés par le régime de propriété intellectuelle de l'OMC, les brevets sur le vivant menacent les droits à l'alimentation et à la santé. Voici quelques exemples choisis.

De nombreux brevets sont déposés chaque année par des entreprises et des universités. Bien que les pays tropicaux et subtropicaux abritent 90 % des espèces animales et végétales, donc du patrimoine biologique de notre planète, 97 % des brevets sont détenus par des entreprises et des instituts de recherche implantés dans pays industrialisées. En effet, selon une étude menée en 1989, « un quart environ de tous les médicaments sont issus de plantes de forêts tropicales dont les trois quarts ont pour base des informations fournies par des populations indigènes. » Inutile de rappeler que les peuples indigènes « ne reçoivent presque rien de cette manne ». Il arrive rarement que ce genre de bio piratage soit annulé. Cela été le cas du riz Basmati indien qui avait été breveté en 1997 sous le nom de Texmati (croisement du Basmati et d'une variété de riz américain) par l'entreprise TiceTec Inc. à Texas (Etats-Unis). En effet, il a fallu l'intervention du gouvernement indien pour que l'Office des brevets étasuniens (US-PTO) l'annule en 2001. Il faut souligner que le « succès » de cette lutte est sans doute dû à l'intervention du gouvernement indien qui s'est

emparé du dossier pour sauver son « patrimoine national. » Des considérations économiques ont certainement joué un rôle. Certes, il est préférable que ce pays nourrisse ses propres citoyens avant d'exporter ses produits, mais le problème est plus grave encore. Car, avec ce système de brevet, la production nationale même est menacée.

En effet, le géant de l'agrobusiness Monsanto a récemment déclaré qu'il pourrait reprendre la commercialisation du Terminator (semences stérilisées) alors qu'en 1999, sous la pression de l'opinion publique, il s'était engagé à ne pas le commercialiser. L'objectif de l'agrobusiness est clair : créer la dépendance chez les agriculteurs en les empêchant ainsi de réutiliser comme semences une partie de leurs récoltes. Cette situation peut, à terme, menacer la souveraineté alimentaire dans de nombreuses régions du monde. Pour l'instant, cette menace semble écartée, principalement grâce à une forte mobilisation des mouvements sociaux dont la via Campesina. En effet, malgré les efforts du Canada, de l'Australie, des Etats-Unis et de la Nouvelle-Zélande les Etats parties à la convention des Nations Unies sur la diversité biologique ont décidé à l'unanimité de maintenir le moratoire international sur la technologie Terminator lors de leur 8ème rencontre, tenue à Curitiba (Brésil) en mars 2006. Quant aux OGM, ils menacent la culture biologique et traditionnelle et ne respectent pas le principe de précaution. Malheureusement, de nombreux gouvernements sont actuellement en faveur de cette technique dont les conséquences peuvent s'avérer désastreuses pour les générations à venir.

#### *7) Santé et environnement*

Depuis l'âge de la pierre taillée, l'Homme a modifié et a tenté de contrôler son environnement. Si cette démarche a été –globalement– profitable à sa survie et à son confort, elle a grandement influencé la vie sur terre et par conséquent la santé des êtres humains. Ce qui est encore plus vrai aujourd'hui d'autant plus que la tendance semble s'accélérer. Selon l'OMS, un tiers des maladies est causé par la dégradation de l'environnement. A lui seul, ce chiffre à montrer l'importance d'un environnement sain – qui est également un droit humain – pour la santé et pour la jouissance des autres droits humains.

Si le droit à un environnement sain n'est pas mentionné explicitement dans les instruments internationaux en matière de droits humains, la tendance est de le reconnaître en tant que Droit de l'Homme.

## La réalisation du droit à la santé

la réalisation du droit à la santé suppose la levée de divers obstacles dont la pauvreté, les carences dans les domaines de la santé primaire, la privatisation du secteur public, les pandémies, le manque de moyens financiers. Toutefois, il existe des mécanismes de contrôle aux niveaux international et régional. Ce chapitre les passe en revue (A) avant d'aborder les exemples de systèmes concrets mis en place dans certains pays (B), et de préciser les obligations faites par divers acteurs relatives droit international (C).

### A) Les mécanismes de contrôle

Indépendamment des ministères de la santé et autres instances, il existe des mécanismes de contrôle spécifiques du droit à la santé. Ils sont toutefois limités et les recours à ces mécanismes sont rares. Cette situation perdure bien que le recours et la réparation en cas de violation de ce droit doivent être la règle comme le déclare sans ambiguïté le CODESC : « toute personne ou groupe victime d'une atteinte au droit à la santé doit avoir accès à des recours effectifs, judiciaires ou autres, à l'échelle nationale et internationale. Toutes les victimes d'atteintes à ce droit sont nécessairement fondées à savoir : revoir une réparation adéquate, sous forme de restitution, indemnité et satisfaction ou garantie de non répétition. »

#### 1) Au niveau régional

##### Le Comité européen des droits sociaux

Des plaintes collectives peuvent être déposées devant le Comité européen des droits sociaux concernant le droit à la santé, en vertu de l'article 11 de la Charte sociale européenne, de même que les droits à la sécurité sociale (art. 12), à l'assistance sociale et médicale (art. 13) et au bénéfice des services sociaux (art. 14). Depuis l'entrée en vigueur du système de réclamations collectives en 1998, 33 plaintes ont été présentées au Comité dont un tiers concernaient les conditions d'hygiène sur les lieux de travail, les conséquences des activités industrielles sur la santé et la protection sociale, juridique et économique des enfants et adolescents.

##### La Commission interaméricaine des Droits de l'Homme

Chargée de surveiller l'application de la Convention américaine relative aux Droits de l'Homme (tout comme d'ailleurs la Cour interaméricaine des Droits de l'Homme) la Commission américaine relative aux Droits de

l'Homme n'est pas habilitée à recevoir des plaintes concernant les violations des droits économiques, sociaux et culturels, contrairement aux droits civils et politiques. Par contre, les Etats parties au protocole de San Salvador, consacré aux droits économiques, sociaux et culturels, dont le droit à la santé (art. 10), sont tenus de présenter des rapports périodiques à l'Assemblée générale de l'Organisation des Etats américains sur la mise en œuvre dudit protocole (art. 19.1).

#### **La Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples**

Outre les rapports périodiques présentés par les Etats parties aux traités africains en matière des droits humains, la Commission africaine des Droits de l'Homme et des peuples peut recevoir des plaintes individuelles et collectives concernant le droit à la santé, en vertu, entre autres, de la Charte africaine des Droits de l'Homme et des peuples (art. 16) et de la Charte africaine des Droits (art. 13 et 14). Bien que le Protocole relatif à la Charte africaine des Droits de l'Homme et des peuples qui institue la création de la Cour africaine des Droits de l'Homme soit entré en vigueur en janvier 2004, cette dernière n'est pas encore réellement active et de ce fait, n'a reçu aucune plainte à ce jour.

#### **2) Au niveau international**

Les Comités présentés ci-après sont tous, à l'exception du CODESC, des organes créés en vertu des Conventions internationales dûment ratifiées par des Etats. Ils sont composés d'experts indépendants d'un nombre variable (10 à 23), élus par les Etats parties à la Convention en question pour une durée de quatre ans et rééligibles.

#### **Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels**

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CODESC) est l'organe des Nations Unies chargé de surveiller l'application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC). Les Etats parties à ce Pacte sont tenus de présenter des rapports périodiques devant le CODESC. Il est possible pour l'instant de présenter des plaintes devant le CODESC en cas de violations des droits économiques, sociaux et culturels, dont le droit à la santé (art. 12 du PIDESC), étant donné qu'aucun protocole au Pacte, qui permettrait la saisine du CODESC, n'a encore été adopté.

### **Le Rapporteur spécial de la Commission des Droits de l'Homme sur le droit à la santé**

Nommé en 2002 par la CDH (Commission des Droits de l'Homme), le Rapporteur spécial sur le droit à la santé, M. Paul Hunt, a comme mandat principal de « rendre compte de la réalisation, dans le monde entier, du droit de toute personne de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale [...] et de l'évolution dans ce domaine, notamment en ce qui concerne les lois, politiques et pratiques les plus propices à la jouissance de ce droit, ainsi que les obstacles rencontrés sur le plan interne et au niveau international dans son application ; de recommander des mesures propres à promouvoir et à protéger l'exercice [de ce droit] ». A l'instar d'autres Rapporteurs spéciaux, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé présente chaque année un rapport annuel à la CDH, mène des missions dans divers pays (en principe, deux missions par an) sur le respect de ce droit et peut envoyer des « appels urgents » aux gouvernements sur les allégations qu'il reçoit des ONG, communautés ou des individus.

Il faut préciser que tous les mandats existants au sein de la CDH, suite à la suppression de cette institution récemment, ont été transférés au nouveau Conseil des Droits de l'Homme. A l'heure de la rédaction de la présente brochure, un consensus se dégagait parmi les Etats membres du nouveau Conseil pour proroger d'un an lesdits mandats, y compris le mandat du Rapporteur spécial sur le droit à la santé. Dans le futur par contre, le Conseil se réserve le droit d'examiner tous ces mandats en vue de les « améliorer » et de les « rationaliser ».

### **B) La mise en œuvre du droit à la santé au niveau national : Quelques exemples**

Ce chapitre se concentre essentiellement sur la mise en œuvre du droit à la santé au niveau national, en présentant les systèmes de santé de trois pays. Le CODESC fixe les obligations fondamentales minimales des Etats parties pour la mise en œuvre du droit à la santé comme suit :

- a) garantir le droit d'accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés ;
- b) assurer l'accès à une alimentation essentielle minimale qui soit suffisante et sûre sur le plan nutritionnel, pour libérer chacun de la faim ;

c) assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable ;

d) fournir les médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis périodiquement dans le cadre du programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels ;

e) veiller à une réparation équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires ;

f) adapter et mettre en œuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique, reposant sur des données épidémiologiques et répondant aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé ; cette stratégie et ce plan d'action seront mis au point et examinés périodiquement dans le cadre d'un processus participatif et transparent ; ils comprendront des méthodes (telles que le droit à des indicateurs et à des critères de santé) permettant de surveiller de près les progrès accomplis ; la mise au point de la stratégie et du plan d'action, de même que leur contenu, doivent accorder une attention particulière à tous les groupes vulnérables ou marginalisés. Or, le système de santé varie énormément d'un pays à l'autre, suivant le régime politique et idéologique au pouvoir. Par contre, les dépenses engagées par les Etats ne devraient pas être remises en question.

### **1) Etats-Unis**

Selon l'Institut de santé publique, les Etats-Unis consacrent une part plus grande de leur PNB à la santé (15% en 2002) qu'aucun autre pays industrialisé.

Aux Etats-Unis, l'assurance maladie peut être privée ou publique. L'assurance privée est plus courante (68,3 % de la population au-dessous de 65 ans en 2005). La plupart des personnes ayant une assurance privée sont couvertes par leur employeur ou celui de leur famille (assurance de groupe). Dans ce cas, une partie (ou la totalité, selon le contrat individuel de l'employé concerné) de l'assurance est prise en charge par l'employeur, le reste par l'employé. Par contre, en cas de perte de travail, l'employé perd également son assurance. Il faut souligner ce cas, il est possible de contracter une assurance individuelle qui est, en général, assez chère.



<b><u>Langue officielle</u></b>	<b><u>État fédéral :</u></b> <b><u>Anglais</u></b>
<b><u>Capitale</u></b>	<b><u>Washington, DC</u></b> 38° 53' N, 77° 02' O
<b><u>Plus grande ville</u></b>	<b><u>New York</u></b>
<b><u>Forme de l'État</u></b> <b>- <u>Président</u></b>	<b><u>République fédérale</u></b> <b><u>Barak Obama</u></b>
<b><u>Superficie</u></b> <b>- Totale</b> <b>- Eau (%)</b>	<b><u>Classé 4<sup>e</sup></u></b> 9 629 048 <b><u>km<sup>2</sup></u></b> 2,20 %
<b><u>Population</u></b> <b>- Totale (2009)</b> <b>- Densité</b>	<b><u>Classé 3<sup>e</sup></u></b> 305 683 227 hab. 31,15 hab. /km <sup>2</sup>

Il existe également des programmes fédéraux auxquels participent 17 % de la population américaine au-dessous de 65 ans en 2005. Les deux programmes principaux sont :

- Medicare, destiné aux personnes âgées (au-dessus de 65 ans) et à certaines personnes handicapées et qui couvre les séjours à l'hôpital, les visites médicales et en partie, les médicaments ;
- Medicaid qui s'occupe de personnes à revenu modeste. Medicaid est administré par voie étatique et chaque Etat peut décider des critères d'accès. Ces critères peuvent être, par exemple, l'âge, la grossesse, le handicap, les revenus et autres ressources.

Malgré ces possibilités d'assurance, une partie non négligeable de la population reste en dehors du système. Selon l'enquête Health Insurance Coverage: Estimates from the National Health Interview Survey, January-Septembre 2005, au moment de l'entretien, 18,8 % des personnes dont l'âge variait entre 18 et 64 ans étaient sans assurance, tout comme 8,8 % des moins de 18 ans. Pour les personnes âgées de plus de 65 ans, le chiffre était de 0,9%. Entre 1997 et 2005, pour tous âges confondus, entre 14,1% et 15,4% de la population n'avaient pas d'assurance maladie, voir dans ces chiffres un fossé entre les personnes. On peut également voir dans ces chiffres un fossé entre les différents segments de la société : pour les personnes d'origine hispanique, le pourcentage de personnes sans assurance est de 30,6% ; pour celles d'origine africaine est de 17% ; et pour les Blancs, il est de 10%.

Actuellement, ce système est fortement critiqué dans le pays. Selon ABCNEWS/ Washington Post, deux américains sur trois préféreraient un système universel au système actuel largement basé sur le fait d'avoir un emploi. Une grande partie de la population est mécontente du prix du système. Jusqu'à 25% des américains ont ainsi renoncé à un traitement médical ordonné à cause du prix des médicaments. Ce chiffre s'élève à 49% pour les personnes non assurées.

Le système est également critiqué dans le rapport sur système de santé américain : le meilleur du monde ou juste le plus coûteux ? Indiquant que le prix du système (évalué en dépense par personne) est le plus coûteux du monde.

Les Etats-Unis sont « le seul pays dans le monde développé, à l'exception de l'Afrique du Sud, qui ne fournisse pas un service médical à tous ses citoyens » ; le taux de mortalité infantile est un des plus élevés des pays de l'OCDE et se situe en bas de l'échelle de tous les pays de l'Organisation quant à l'équité du financement des services de santé.

## 2) Cuba

La Constitution cubaine affirme l'égalité de tous les citoyens qui ont les mêmes droits et devoirs dans la société. L'un de ces Droits est le droit à des soins dans tout établissement de santé (article 43), plus précisément défini dans l'article 50 comme suit : « Toute personne a droit à des soins de santé et à la protection de sa santé. »

<b><u>Capitale</u></b>	<b><u>La Havane</u></b>
<b><u>Plus grande ville</u></b>	<u>La Havane</u>
<b><u>Forme de l'État</u></b>	<u>République</u>
<b><u>- Président</u></b>	<u>Raúl Castro Ruz</u>
<b><u>Superficie</u></b>	<u>Classé 103<sup>e</sup></u>
<b><u>- Totale</u></b>	110 861 <u>km<sup>2</sup></u>
<b><u>- Eau (%)</u></b>	Négligeable
<b><u>Population</u></b>	<u>Classé 66<sup>e</sup></u>
<b><u>- Totale (2008)</u></b>	11 423 952 hab.
<b><u>- Densité</u></b>	110,9 hab. /km <sup>2</sup>

L'Etat garantit ce droit : en assurant la gratuité des soins médicaux et hospitaliers dans le cadre du réseau des établissements de service médical rural, des polycliniques, des hôpitaux, des centres de prévention

et des centres de traitement spécialisé ; en assurant la gratuité des soins dentaires ; en élaborant des plans portant sur l'information et l'éducation dans le domaine de la santé, les examens médicaux périodiques, les vaccinations et autres mesures visant à prévenir les maladies. L'ensemble de la population coopère à ces plans et activités à travers les organisations de masse et sociales.

Depuis la révolution de 1959, la politique de santé cubaine s'articule autour de cinq lignes directrices :

- 1- l'accès aux soins médicaux est un droit pour chacun. A fin de pouvoir le réaliser, il est nécessaire que les soins médicaux soient gratuits et que les équipements soient dispersés dans tous le pays ;
- 2- la santé publique est de la responsabilité de l'Etat ;
- 3- les soins de santé doivent être globaux ; ce qui veut dire que l'information, la prévention et le traitement des maladies doivent former un tout ;
- 4- le peuple et ses organisations de masse participent à l'élaboration et au fonctionnement du système de santé publique ;
- 5- les activités concernant les soins médicaux sont toujours intégrées au développement socio-économique.

Au cours des années, les structures organisatrices, nécessaires pour la réalisation de ces principes, ont constamment changé ; les besoins les plus importants et les plus urgents déterminant la stratégie à suivre.

Les dépenses qu'assume l'économie familiale sont les médicaments prescrits aux patients ambulatoires, les prothèses auditives, de l'estomac et orthopédiques, les fauteuils roulants, cannes/béquilles ou articles similaires, et les lunettes. Dans tous les cas, les prix restent bas.

Quant aux composantes du système de santé publique, il s'agit de : la médecine préventive et la réhabilitation ; l'assistance aux personnes âgées et personnes souffrant de handicaps physiques ou psychiques ; le contrôle hygiénique-épidémiologique ; la formation, la spécialisation et le perfectionnement des techniques ; la recherche et le développement des sciences médicales ; les statistiques de santé ; l'information scientifique et technique ; la promotion de la santé ; l'assurance de fournitures non médicales et l'entretien du système ; l'assurance technologique, médicale et électro-médicale ; la production, la distribution et la commercialisation de médicaments et des matériaux médicaux. Il faut préciser que chaque composante dispose d'un réseau d'unités qui l'entretient.

Le système de santé cubain est reconnu pour être de bonne qualité ; les 11 millions de cubains sont généralement en très bonne santé. Il a d'ailleurs

été primé par l'OMS en 1998. Avec une espérance de vie et un taux de mortalité infantile qui ressemble à ceux des pays développés. Ce pays se démarque des autres pays pauvres. Comme le dit C. Grégoire : « *On dit que les cubains vivent comme des pauvres, mais meurent comme des riches, puisque les causes principales de mortalité sont les mêmes que celles prévalant dans les pays développés, soit les maladies cardio-vasculaires et les cancers.* »

## 2) Maroc

Le Maroc s'est engagé depuis la fin des années 1990 dans un processus de transition politique et démocratique majeure. De nombreuses réformes, visant à affirmer la primauté du droit, la défense des droits de la personne, et particulièrement les droits des femmes, des enfants et des catégories sociales les plus défavorisées, ont été réalisées.

<b><u>Langue officielle</u></b>	<b><u>Arabe<sup>1</sup></u></b>
<b><u>Capitale</u></b>	<b><u>Rabat</u></b> 34°02' Nord 6°51' Ouest
<b><u>Capitale économique</u></b>	<b><u>Casablanca</u></b>
<b><u>Forme de l'État</u></b>	<b><u>Monarchie constitutionnelle</u></b>
<b><u>- Roi</u></b>	<b><u>Mohammed VI</u></b>
<b><u>- Premier ministre</u></b>	<b><u>Abbas El Fassi</u></b>
<b><u>Superficie</u></b>	<b><u>Classé 57 (40<sup>(1)</sup>)<sup>e</sup></u></b>
<b><u>- Totale</u></b>	<b><u>710 850 km<sup>2</sup></u></b>
<b><u>- Eau (%)</u></b>	<b><u>1,059 %</u></b>
<b><u>Population</u></b>	<b><u>Classé 35<sup>e</sup></u></b>
<b><u>- Totale (Juillet 2008)</u></b>	<b><u>34 435 719 <sup>2</sup> (°) hab.</u></b>
<b><u>- Densité</u></b>	<b><u>83,14 hab. /km<sup>2</sup></u></b>

Il est important de noter que ce chantier de réformes est conduit dans la plupart des cas avec la participation de la société civile, qui connaît un dynamisme sans précédent dans le pays. Les dispositifs contractuels et conventionnels entre l'Etat, le secteur privé et la société civile attestent d'une gestion plus démocratique des affaires publiques.

Le Maroc est doté d'instruments institutionnels importants pour approfondir le processus démocratique en cours et bénéficie des conditions politiques favorables au progrès du développement humain. A cet égard, d'autres réformes majeures ont été menées et visent

l'amélioration globale de la gouvernance à travers la réforme de la justice, la lutte contre la corruption, la modernisation de l'administration publique et la refonte de l'organisation régionale.

### **L'approfondissement de la décentralisation, de la déconcentration et des politiques de proximité**

Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2004 donne un éclairage nouveau sur l'état de la population du Royaume et constitue, à cet égard, un instrument particulièrement pertinent pour piloter les politiques de soutien du développement humain. La population marocaine est de 29,9 millions d'habitants. Elle était de 11,6 millions en 1960 et a donc presque triplé. L'indicateur le plus important de l'évolution démographique est sans conteste la baisse continue du taux de croissance de la population qui passe de 2,1 % entre 1982 et 1994 à 1,4 entre 1994 et 2004.

Avec cette évolution, le Maroc entre dans une phase avancée de sa transition démographique.

Le mariage tend ainsi à intervenir après la trentaine pour une partie importante des jeunes adultes, cette tendance marquant plus les hommes, mais étant aussi très significative pour les femmes. En milieu rural, l'âge moyen du mariage est de 25,5 ans pour les femmes et de 29,5 ans pour les hommes. Dans les villes, il est élevé avec respectivement 27,1 et 32,2 ans. Ces données confirment la remarque faite pour le taux de fécondité, à savoir le recul des mariages précoces.

Actuellement, 60,7% de la population est âgée de 15 à 59 ans. La population âgée de 60 ans et plus, qui représente 8,1% en 2004 augmenterait considérablement à partir de 2015-2020, selon les projections du Haut Commissariat au Plan.

Le recensement général de la population et de l'habitat 2004 indique que le taux d'analphabétisme reste élevé (43%) avec une incidence encore plus marquée dans les zones rurales (60,5%).

L'une des données les plus significatives du recensement est le taux d'urbanisation qui est passé de 42,7% à 51,4% entre 1982 et 1994 et qui s'établit à 55,1% en 2004. Le Maroc compte 352 villes et agglomérations. Les deux tiers de la population urbaine vivent dans les grandes villes. Selon les projections du Haut commissariat au Plan, cette tendance est appelée à se poursuivre, la population urbaine représenterait au moins 65% du total dans une quinzaine d'années. L'accélération de l'urbanisation s'est traduite par une demande considérable de logements.

Elle s'accompagne également d'une forte densité de l'habitat urbaine comme l'indique l'importance des ménages urbains (40,6%) qui vivent dans des logements d'une pièce (13,8% des ménages urbains) ou de deux pièces (26,8% des ménages urbains). La proportion de la population urbaine vivant dans un habitat précaire (entre 8 et 9%) reste également importante. Ce taux, traduit en chiffres absolus, signifie que 1,35 million de citoyens sont mal logés. Cette précarité est également soulignée par le déficit d'accès aux services les plus essentiels dans un habitat, notamment l'eau courante (2,8 millions de citoyens, soit 17% de la population urbaine, en sont dépourvus) et l'électricité (dont sont privés 1,6 million de citoyens, soit 10% de la population urbaine). L'urbanisation apparaît ainsi fortement liée à la persistance de fortes poches de pauvreté.

### **Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**

A l'occasion de la tenue du Sommet du millénaire de l'ONU, consacré au rôle des Nations Unies au 21<sup>ème</sup> siècle (New York, 6-8 septembre 2000), l'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté une résolution relative à la Déclaration du Millénaire qui comporte huit objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), à réaliser entre 1990 et 2015 :

Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim.

Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous.

Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle.

Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.

Objectif 7 : Assurer un environnement durable.

Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Sur le plan national, le taux de pauvreté relative est passé de 21% en 1985 à 14,2% en 2004. En milieu rural, l'évolution est très lente et le taux de pauvreté est encore important (22%). Avec un taux de vulnérabilité de 39,3%, les populations considérées comme étant économiquement vulnérables représentent une proportion très forte de la population.

Le recul de la pauvreté a été plus significatif dans les villes que dans les zones rurales. En milieu urbain, la pauvreté relative a été réduite passant de 13,3% en 1985 à 7,9% en 2004 et la pauvreté absolue de 6,8% à 3,5%. Par contre, en milieu rural, il y a eu une légère baisse de la pauvreté relative, qui est passée de 26,9% à 22%.

Selon le seuil international de pauvreté monétaire de 2 dollars US par jour et par personne (en parité de pouvoir d'achat), l'incidence de la pauvreté a été réduite de près de moitié entre 1990 et 2001.

L'effectif des chômeurs est estimé par l'enquête nationale sur l'emploi en 2004 à 1.193.000 personnes, dont près de 29% sont des femmes, soit un rapport de féminité de 40 femmes pour 100 hommes. Par milieu de résidence, ce rapport est de 45 femmes pour 100 hommes dans les villes et de seulement 16 femmes pour 100 hommes dans les zones rurales.

Le développement humain atteint par le Maroc en 2004 (0,642), selon les estimations du Haut Commissariat au Plan couvre d'importantes disparités liées au milieu social et au genre. En milieu urbain, l'IDH (Indice de Développement Humain) (0,721) est supérieur de 34,3% à celui du milieu rural (0,537). Selon le sexe, les hommes ont un IDH (0,666) dépassant de 7,2% celui des femmes (0,621). Selon le sexe et le milieu de résidence, les hommes urbains (0,738) suivis des femmes urbaines (0,707) enregistrent des IDH supérieurs à la moyenne. Ce sont les hommes ruraux (0,569) suivis des femmes rurales (0,507) qui ont accumulé le plus grand retard en matière de développement humain. En termes de comparaisons internationales, les données du Rapport mondial sur le développement humain 2005 par rapport à 2003, montrent que l'IDH du Maroc pour cette même année (0,631) est inférieur de quelque 10% à la moyenne des pays en développement (0,694) et de 14,8% à la moyenne mondiale (0,741) malgré les progrès de son IDH.

Le rang mondial du Maroc ne change pas de manière significative, du fait son seulement des déficits sociaux persistants, mais également de la progression des autres pays en retard à des rythmes comparables à ceux du Maroc. De même au niveau de la région méditerranéenne, le classement du Maroc est très défavorable ; il occupe le dernier rang.





## Contexte sanitaire au Maroc

Si beaucoup d'efforts ont été consentis dans le domaine de la santé publique, de grandes disparités persistent en fonction du milieu (rural ou urbain), du niveau socio-économique et du genre. Ces constats, qui mettent en relief les insuffisances des performances techniques du système de santé, peuvent être étayés par les indicateurs sanitaires suivants.

### **Indicateurs sanitaires :**

- *espérance de vie* : elle est passée de 67,9 ans en 1994 à 70,8 ans en 2004, ce qui montre une amélioration générale de l'état de santé de la population.

- *le taux brut de mortalité* : est cependant nettement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain, respectivement 6,7% et 4,7% en 2003-2004.

- *santé maternelle et infantile* :

Le programme de lutte contre les carences nutritionnelles a été consolidé par l'enrichissement des aliments en micronutriments. Malgré la prise en charge intégrée de l'enfant poursuivie dans plusieurs préfectures et provinces, intégrée de l'enfants des Vitamines A et D, il persiste encore des situations de carence nutritionnelle (fer, vitamine A, vitamine D, iode, sous-nutrition chronique).

L'accès aux services de planification familiale s'est étendu entre 1992 et 2003, et le taux de prévalence contraceptive est passé de 41,5% à 63%. Parallèlement, la fécondité a connu une diminution progressive entre 1973 et 2004, passant de presque 7,4 enfants par femme à 2,5 au niveau national avec de grands écarts entre le milieu urbain (2,1 enfants) et le milieu rural (3 enfants).

Mortalité infantile : le taux de mortalité reste encore trop élevé et atteint 36 décès pour 1000 naissances vivantes. Cette insuffisance est marquée par le déséquilibre villes/campagnes, 28‰ en milieu urbain et 44‰ en milieu rural. Le taux de surmortalité infantile rurale est encore aggravé par de fortes disparités régionales. Dans la mortalité des moins de un an, le tiers survient dans la période néonatale.

Mortalité maternelle : malgré le programme « Maternité sans risques » mis en place par le Ministère de la santé, la mortalité maternelle reste un aspect inquiétant de la situation sanitaire des femmes. Le taux national reste relativement élevé : 227 décès pour 100.000 naissances vivantes. La situation est aggravée par les disparités entre les villes et les campagnes.

Ainsi, pour 100.000 naissances vivantes, on compte 267 décès maternels dans les campagnes, contre 187 dans les villes. Ces chiffres sont à rapprocher de ceux qui concernent l'accouchement en milieu surveillé : 85% en milieu urbain contre 40% en milieu rural. Ces résultats sanitaires en matière de santé de la mère et de l'enfant mettent en cause l'efficacité et l'accessibilité des services de santé publique ainsi que l'efficacité technique des interventions de santé à faible coût relatif (santé reproductive et santé de l'enfant).

## **Morbidité**

### *Les maladies cibles de la vaccination :*

Le Programme National d'Immunisation (PNI) a démarré, en 1981, sous le nom de Programme Elargi de Vaccination (REV), puis s'est étendu, en 1987, à travers une stratégie mixte de vaccination, en poste fixe et par des équipes mobiles combinées avec l'organisation d'importantes journées nationales de vaccination (JNV).

Cette action a permis de faire baisser l'incidence de certaines maladies cibles de la vaccination :

- ainsi aucun cas de diphtérie ni de poliomyélite n'a été notifié depuis une dizaine d'années.
- l'incidence de la coqueluche a baissé ; actuellement elle est inférieure à 30 nouveaux cas par an et reste une problématique maîtrisable.
- la rougeole a connu une forte recrudescence en 2003, plus particulièrement dans la tranche d'âge / 5 ans, voire chez des enfants apparemment correctement vaccinés a fortement baissé. Depuis 2004, le nombre de nouveaux cas a fortement diminué, atteignant moins de 2000 cas par an en 2006.
- par contre le tétanos néonatal, qui, avec moins de 10 nouveaux cas par an en 200, avait été considéré comme éliminé selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé, connaît une recrudescence depuis 2003 pour atteindre 33 cas en 2006.

### *La tuberculose :*

La lutte contre la tuberculose, au Maroc, est organisée dans le cadre d'un Programme national. Ce dernier se caractérise par une décentralisation de la prise en charge et son intégration dans le réseau de soins de santé de base. Le taux de dépistage des formes bacilliformes est supérieur à 90%, le taux de succès thérapeutique est de l'ordre de 90%.

En dépit de ces efforts, les nouveaux cas de tuberculose enregistrés chaque année depuis le début des années 80, oscille entre 26 000 et 30 000 nouveaux cas, ce qui correspond à une incidence annuelle qui se situe autour de 1 nouveau cas pour 1000 habitants par an.

Cette incidence fait du Maroc un pays à haute incidence tuberculeuse comparativement aux autres pays du Maghreb et ceux du Moyen Orient. Cette situation reste liée aux conditions socio-économiques défavorables de certaines couches de la population marocaine.

#### ***Le SIDA :***

La lutte contre le SIDA a démarré en 1986. La stratégie adoptée se base essentiellement sur la surveillance et la prise en charge des malades, avec une implication de la société civile et des autres départements sociaux.

La tendance enregistrée est celle d'une augmentation constante des cas de SIDA- maladie depuis 1986.

Cependant, la prévalence actuelle du SIDA situe le Maroc parmi les pays les moins touchés au titre que les autres pays du Maghreb et du Moyen Orient.

#### ***Les maladies parasitaires :***

L'analyse de l'évolution de ces maladies, objet de programmes de lutte montre une diminution de la morbidité liée à la bilharziose et au paludisme autochtone. Par contre se pose encore le problème du paludisme importé, plus particulièrement à *P.Falciparum* et qui nécessite une plus grande attention en matière de surveillance épidémiologique.

De même, on note pour les leishmanioses une situation endémique pour la forme viscérale et de grands foyers épidémiques pour les formes cutanées zoonotiques.

### **Evolution de la morbidité et redistribution de sa charge globale**

En ce qui concerne l'évolution de la morbidité, on note :

- une tendance vers la diminution, voire la quasi-éradication, comme c'est le cas des maladies cibles de la vaccination ainsi que la typhoïde, le trachome, la bilharziose et la lèpre pour ne citer que celles-là. Pour la poliomyélite et la diphtérie, il n'y a pas eu de cas enregistrés déjà plus de 5 ans.

- une tendance vers la persistance : comme c'est le cas de la tuberculose qui reste un problème important de santé publique au Maroc.
- une tendance vers l'émergence : c'est le cas notamment des maladies chroniques et des cancers.

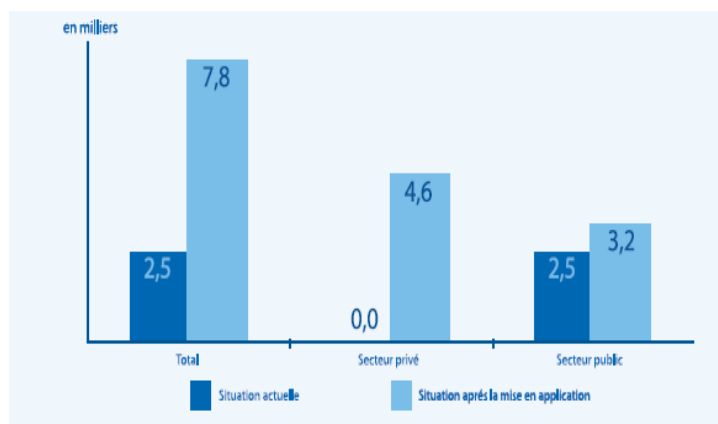
Cette double caractéristique de la situation socio sanitaire au Maroc (transitions démographique et sanitaire), constitue l'un des principaux motifs de réforme de santé au Maroc. Elle donne une légitimité aux choix stratégiques qui doivent exprimer à la fois le souci d'achever la transition par la consolidation des acquis en matière de prévention et de lutte contre les maladies et le souci de faire face à l'émergence d'une nouvelle structure morbide dominée par les maladies chroniques et les cancers.

### **Accès aux soins**

Le financement du système de santé au Maroc est globalement insuffisant par rapport aux pays comparables et ne dépasse pas 4,5 à 5% du budget de l'Etat. La moyenne annuelle des dépenses de santé par habitant est de l'ordre de 550 DH. Le budget 2004 du ministère de la Santé est parmi les moins du budget de l'Etat (soit 172 DH par habitant).

Actuellement, seuls 30% des Marocains sont couverts par l'assurance maladie. Et ceci après l'entrée en vigueur de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), même si cette assurance a connue beaucoup de problèmes, car après 4 ans de la mise en place, il y a une grande ambiguïté de ce système et on a pas vu encore un équilibre dans les paniers de soins entre le régime publique géré par la CNOPS et celui du secteur privée géré par la CNSS qui ne rembourse que les maladies chroniques (41 maladies), ce qui laisse énormes lacunes à combler pour équilibrer la couverture médicale.

**Effectif des bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) avant et après la mise en application du Code de Couverture Médicale de Base**



Quant au Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED) et de l'assurance maladie pour les non salariés, ce programme qui a beaucoup tardé n'a vu, le jour que dans une région bien définie celle de la région de Beni Mellal-Azilal ou ce programme a connu des problèmes comme :

- le nombre de bénéficiaires n'est bien défini ;
- le panier de soins n'est pas défini ;
- les critères d'obtentions de la carte Ramed ne sont pas clairs ; ils sont très aléatoires ;
- le ministère de la Santé devrait publier un rapport semestriel sur le déroulement de l'opération ; mais on rien vu depuis le début du Ramed (novembre 2008).

Les indicateurs d'offre de services de santé montrent que le nombre d'habitants par médecin est passé de 4233 en 1990 à 1845 en 2003. Le nombre d'habitants par paramédical est passé de 1025 à 1104 tandis que le nombre d'habitants par lit d'hôpital est passé de 968 à 1146. On note, à cet égard, qu'avec les départs volontaires et à la retraite, la santé publique se trouvait en 2005, en déficit de quelques 260 spécialistes et environ 9000 infirmiers. Les spécialistes ne se trouvent que difficilement sur le marché du travail.

Ce bilan est, cependant, fortement aggravé par les disparités sociales. On observe, en effet, que 77,2% de la strate des populations aisées recourent aux consultations médicales et sanitaires contre 45,6% des personnes appartenant au groupe social le plus défavorisé.

La demande insatisfaite est de 2,4 fois plus élevée chez les malades les plus défavorisés, qui représentent 55% des malades de cette catégorie sociale contre 22,8% pour les plus aisés. On constate encore que 41,6% des pauvres malades en milieu urbain et 60% en milieu rural ne parviennent pas ou très difficilement à accéder aux prestations de soins.

L'analyse de l'accessibilité aux services publics de santé par les plus nécessiteux montre que :

- les populations pauvres sont totalement exclues de l'assurance médicale ;
- l'accès aux soins de santé varie largement selon les niveaux de revenus : la plupart des pauvres utilisent les services publics, tandis que les plus aisés optent pour le secteur privé ;
- la distance moyenne que doivent parcourir les ruraux pour se rendre à un centre public de santé est de 21 Km (31 Km pour des soins privés) contre 5 Km pour les citadins (11 Km pour le privé) ;
- en moyenne, la dépense annuelle en soins de santé est de 511 DH par ménage urbain contre 189 DH par ménage rural. Bien que les soins soient en principe gratuits pour les indigents, les pauvres consacrent 2,4% de leurs dépenses totales pour se soigner contre 5,8% pour les moins nécessiteux ;
- en milieu rural, pour se soigner, les pauvres optent principalement pour les dispensaires (36%). Cependant, 21% d'entre eux consultent des médecins privés, à 15% pour les hôpitaux publics ;
- le système public de santé est encore perçu par les populations nécessiteuses comme système de faible qualité.

## Evolution du ratio habitants par Etablissement de Soins de Santé de Base Entre 1960 et 2004

Années	Etablissements de Soins de Santé de Base (ESSB)			Ratio habitants par ESSB
	Milieu Urbain	Milieu Rural	Total	
1960	92	302	394	29.536
1970	213	570	783	19.121
1980	316	815	1.131	17.093
1990	423	1216	1.639	14.940
2000	599	1.668	2.267	12.662
2003	634	1.824	2.458	12.241
2004	650	1.881	2.531	11.810

**Médicaments***Accessibilité aux médicaments :***1. Accessibilité géographique aux médicaments :***État des lieux :*

Au Maroc, il n'est y a pas de problèmes par rapport d'accessibilité géographique aux médicaments grâce au réseau des grossistes qui couvre l'ensemble du territoire national. La croissance du nombre de grossistes et leur implantation sont directement liées à la multiplication et à la localisation des officines. Les officines de pharmacies sont concentrées dans les grandes villes.

Cette concentration s'explique tant par les caractéristiques socio-économiques de ces villes que par leur infrastructure générale et sanitaire. Enfin, si l'accessibilité sur le plan géographique ne présente pas de problèmes dans le milieu urbain, la situation s'améliore de plus en plus dans les petites villes et dans les centres ruraux. Pour améliorer l'accessibilité géographique aux médicaments et assurer une bonne répartition des officines, d'autres pays confrontés au même problème tels que la France ou la Tunisie ont adopté le système du *numerus clausus* qui s'est révélé efficace.

**2. Accessibilité financière aux médicaments :***État des lieux :*

Le Maroc est classé parmi les pays à bas revenu national par habitant et par voie de conséquence le pouvoir d'achat de la population est assez

réduit. Des barrières matérielles s'élevaient à l'accessibilité au médicament qui demeure trop cher pour une bonne part de la population. Le coût moyen d'une ordonnance médicale atteint 250 dirhams. De même, le secteur public ne permet pas de pallier à ce déficit d'accessibilité et ne fournit, à titre gratuit, que partiellement le médicament utilisé dans le cadre des soins curatifs.

La part des dépenses du ménage allouée aux soins de santé dans leur budget hors alimentation est de 6.5% au niveau national (9% pour les populations les plus pauvres). La consommation de médicaments varie de 1 à 10 entre la population du décile le plus pauvre et celle du décile le plus riche.

La mise en place de la Couverture Médicale de Base (AMO/RAMED, INAYA) n'a pas permis d'infléchir la part hypertrophiée des paiements directs des ménages dans les dépenses de santé.

### 3. Prix des médicaments :

#### État des lieux :

Au Maroc, les médicaments représentent environ 40% de la dépense des ménages en matière de santé (comptes nationaux de la Santé).

Par rapport à la France prise comme référence (la majorité des médicaments du marché marocain sont fabriqués sous licence de laboratoires français ou importés directement de France), les prix des médicaments sont plus bas en ce qui concerne les produits fabriqués, mais peuvent être plus élevés pour les produits importés en raison de la différence des marges bénéficiaires et des taxes.

Sur 10 ans, les hausses autorisées des prix des médicaments fabriqués au Maroc ont été inférieures à la moitié du taux d'inflation, alors que les hausses des prix des médicaments importés, en raison notamment de la variation du taux de change, sont moins maîtrisables.

La part des produits fabriqués qui était d'environ 80 % au début des années 90 ne représentait plus que 70 % actuellement. Cette tendance devrait se poursuivre lors des prochaines années.

La concurrence entre laboratoires, du fait de la multiplication des médicaments génériques, s'est traduite par des baisses de prix par type de molécule particulièrement importantes pouvant atteindre les moins 70 % du prix du médicament princeps. Par contre, en ce qui concerne les nouveaux médicaments notamment issus des biotechnologies, les niveaux de prix sont très importants et sans différenciation entre les pays



en fonction de leur niveau de revenu comme cela était pratiqué il y a quelques années. Cette situation est due au renforcement des standards de propriété intellectuelle et à leur généralisation à travers le monde renforçant par la même occasion les situations de monopole.

La réglementation des prix des médicaments date de la fin des années 60. Cette réglementation a introduit une distinction dans les modes de fixation des prix des médicaments fabriqués localement et ceux importés.

- *Le système du cadre de prix est dépassé. Il n'est pas appliqué par l'administration.*

Le prix des produits importés est établi à partir du prix dans le pays d'origine, de ce fait le prix sera dépendant du choix du pays d'origine laissé aux bons soins de l'importateur (un prix de cession Suisse sera différent du prix de cession France).

De même, le système de révision des prix est souple pour les médicaments importés et plus complexe et aléatoire pour les médicaments fabriqués.

Le système de fixation des prix des produits fabriqués maintient une grande différence entre les médicaments anciens et les médicaments récents dont les prix sont plus importants. Ceci conduit à l'abandon des premiers au profit des seconds.

Cette réglementation entraîne une disparité entre produits importés et produits fabriqués. Depuis le milieu des années 90, on assiste à une augmentation du pourcentage des produits importés qui ont représenté en 2000 28% du chiffre d'affaires réalisé par l'industrie pharmaceutique.

#### **4. Recours aux médicaments génériques :**

##### État des lieux:

Au Maroc, de part l'existence d'une importante industrie pharmaceutique dont une frange est clairement dédiée à la production et à la commercialisation du médicament générique, les efforts consentis par le ministère de la Santé pour améliorer l'accessibilité de la population au médicament et l'avènement de l'assurance maladie obligatoire, le débat sur l'intérêt des médicaments génériques est devenu omniprésent.

Le ministère de la Santé, parfaitement convaincu de cet intérêt, veut encourager leur utilisation. La mise à jour récente de la législation a permis de donner une définition au générique et de spécifier les conditions d'enregistrement de ces médicaments.

Le médicament générique existe au Maroc depuis les années 70. Il n'intéressait à l'époque que quelques pionniers. Actuellement la majorité des laboratoires s'intéressent au médicament générique.

Lorsque l'on considère les parts de marché pris par les génériques, on constate l'existence de deux situations distinctes :

En ce qui concerne le marché public, la procédure d'acquisition des médicaments se fait par appels d'offres. De ce fait, ce sont les médicaments les moins chers qui sont retenus (il est bien entendu admis que la qualité du médicament générique est équivalente à celle du médicament princeps). On constate que pratiquement chaque fois que les génériques sont en compétition, ce sont eux qui sont retenus.

En ce qui concerne le marché privé, la situation est différente, malgré le fait que les médicaments génériques sont moins chers que les médicaments princeps, il existe des classes thérapeutiques où c'est ce médicament qui est le plus vendu. Ceci s'explique notamment par le fait qu'il n'existe pas de réelle compétition en matière de vente de médicaments :

- le médecin traitant choisit pour son malade un médicament en fonction de sa notoriété qui elle-même dépend de :
  - l'antériorité du lancement du produit sur le marché ; la notoriété du laboratoire,
  - l'efficacité de la promotion : les médicaments les plus chers dégagent les marges bénéficiaires les plus importantes qui peuvent en partie être réinvesties dans une promotion plus soutenue.
- le pharmacien d'officine possède une marge indexée sur le prix du médicament : plus ce prix est élevé plus la marge sera importante. Il n'a donc pas d'intérêt particulier à délivrer le médicament le moins cher.

Devant cette situation inquiétante du médicament au Maroc qui limite en grande partie l'accès à cet élément vital, nous suggérons quelques propositions pour remédier à cet état.

La politique de fixation des prix doit tenir compte des principes suivants :

- elle doit être avant tout à visée sociale et doit permettre de maintenir les prix des médicaments compatibles avec le pouvoir d'achat ;
- elle doit tenir compte de la mise en place de l'AMO et de ces conséquences budgétaires ;
- elle doit également tenir compte des exigences industrielles ;

- elle doit évaluer les conséquences de la libéralisation du commerce extérieur et de la globalisation ;
- elle doit consacrer l'équité entre produits fabriqués et importés ;
- la qualité est un principe inébranlable placé au-dessus de toutes les considérations.

Un certain nombre d'actions peuvent être introduites dont le but ultime devrait être l'adoption d'un système moderne et transparent de fixation des prix des médicaments :

- établir des comparaisons des prix avec d'autres pays similaires, qui possèdent un système de prix contrôlé, sur la base du PGHT des médicaments ;
- réduire au minimum les droits de douane sur tous les intrants de la fabrication des médicaments : matières premières et articles de conditionnement ;
- réduire les droits et les taxes sur les médicaments importés en produits finis qui ne peuvent être fabriqués localement ;
- mettre en place une procédure de fixation des prix identiques pour les produits fabriqués ou importés ;
- instaurer la participation structurelle et institutionnelle des partenaires comme les mutuelles, les assurances et les organismes de prévoyance sociale ;
- éviter la disparition de petits produits essentiels pour raison économique ;
- établir des critères et une procédure de réévaluation ;
- consulter systématiquement les prix internationaux ;
- limiter du nombre moyen de médicaments fabriqués par chaque entreprise à ceux vendus en quantités importantes pour permettre une économie d'échelle ;
- encourager le façonnage croisé pour rentabiliser l'outil de production ;
- appliquer le principe de l'alignement des prix des spécialités importées sur celui de leurs similaires moins onéreux, fabriquées localement, quand ils existent.

L'accès aux médicaments génériques ne peut être laissé aux seules forces du marché. Les spécialités génériques ont des marges plus faibles que celles des spécialités princeps, elles ne peuvent pas supporter des coûts de promotion importants, indépendamment du fait qu'elles manquent d'arguments de vente originaux.

Il existe un certain nombre de mesures qui ont été expérimentées dans différents pays menant une politique d'encouragement à l'utilisation des médicaments génériques, ils sont :

- augmenter la connaissance des consommateurs pour les génériques par une publicité officielle ;
- encourager les médecins à prescrire des médicaments génériques à l'aide de mesures financières (ristournes ou pénalités) ou non comme la mise à la disposition d'études comparatives et de bases de données informatisées régulièrement mises à jour ;
- encourager les pharmaciens à dispenser le médicament générique à l'aide de mesures financières ou non ;
- s'assurer que la réglementation permet aux génériques d'arriver sur le marché immédiatement après l'expiration du brevet ;
- adopter un système de remboursement qui favorise les médicaments les moins chers tout en préservant l'intérêt des assurés ;
- permettre la copie d'un produit quand il a été retiré du marché à la demande de son propriétaire ou quand le marché n'est plus approvisionné depuis une longue période et quand l'intérêt de la santé publique l'exige ;
- encourager la copie des médicaments dits de santé publique, très importants en thérapeutique dont certains souffrent de problèmes récurrents de rupture de stock. Ce type de médicament est délaissé par les génériqueurs malgré que les brevets soient échus depuis longtemps. Ce désintérêt est dû en particulier au faible niveau de prix du médicament princeps, à la marge thérapeutique étroite de ces produits rendant difficile leur mise au point et à l'étroitesse du marché ;
- adopter le droit de substitution. C'est un des éléments majeurs de toute politique d'encouragement à l'utilisation des médicaments génériques. Il ne peut remplir son objectif qu'avec le consensus de l'ensemble des intervenants du système. Il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de médicaments ne doivent pas être substitués, c'est le cas des spécialités dont le principe actif a une marge thérapeutique étroite et pour lesquelles la substitution exigerait un ajustement posologie. Il faudrait établir une liste négative de ce type de spécialités.

## Impact du Statut avancé et L'Accord de Libre Echange sur le droit à la santé

Si on n'arrive pas encore à mesurer l'impact du statut avancé avec l'Union Européen sur le droit à la santé, celui des Accords de Libre Echange (ALE) avec les Etats Unies d'Amérique est plus ressenti sur le secteur du médicament.

### Compétition retardée par les génériques

Comme l'accord avec l'Amérique centrale (CAFTA), l'ALE Maroc/US oblige les pays à établir une protection des monopoles au niveau des données d'enregistrement. Ces protections ne sont pas demandées par l'accord ADPIC de l'OMC. L'impact de ces mesures sera, au minimum, de retarder le recours à des licences obligatoires.

L'obtention d'une autorisation et l'accord de mise sur le marché (AMM) imposent aux compagnies pharmaceutiques de soumettre des données prouvant l'innocuité et l'efficacité de leurs produits. Ces données sont désignées sous le terme « données d'enregistrement » (registration data ou marketing approval data). La production de ces données à partir de tests menés sur des animaux ou des humains peut être relativement coûteuse, elle peut dans certains cas revenir à des dizaines de millions de dollars. Pour obtenir une autorisation de vente des versions génériques de médicaments déjà commercialisés, les compagnies productrices de génériques n'ont pas, en général, à refaire des études qui prennent du temps et peuvent représenter un coût particulièrement important pour une industrie générique ayant peu de capital. En effet, ces compagnies se contentent de prouver que leur produit est cliniquement équivalent ou bio équivalent. Ce qui signifie qu'il a le même effet sur le corps que le médicament le premier commercialisé. Ainsi, les compagnies de génériques se réfèrent à l'autorisation de mise sur le marché obtenue par le premier médicament commercialisé pour obtenir elles-mêmes une autorisation pour le générique.

Si l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) des génériques ne peut pas être obtenue en se basant sur les données fournies pour obtenir l'AMM, des médicaments brevetés les premiers commercialisés, dans de nombreux cas cela signifie simplement qu'ils ne pourront entrer sur le marché.

Dans l'accord de libre échange entre le Maroc et les Etats-Unis, on trouve un grand nombre de mesures qui empêcheront les génériqueurs de

s'appuyer sur les données fournies par les compagnies détentrices des brevets. Le résultat sera le blocage des génériques qui ne pourront être commercialisés tant que le monopole sur les données d'enregistrement n'a pas expiré même si le brevet est tombé, et même si le pays octroie une licence obligatoire afin de vendre un produit sous brevet.

- Selon l'ALE, le Maroc doit donner une protection des données de 5 ans à partir du moment où le produit obtient son AMM dans le pays (Art 15.10.1). Ceci revient à un blocage des licences obligatoires pendant une période de 5 ans à partir de l'obtention de l'AMM. Il est explicitement indiqué dans le texte qu'aucun enregistrement de générique ne pourra être fait sans le consentement de la compagnie qui a la première enregistré le produit et fournie les données d'enregistrement ;
- Le Maroc doit attribuer 5 ans de protection exclusive des données aux compagnies qui ont en premier obtenu une AMM n'importe où dans le monde. C'est à dire que la compagnie en question n'a même pas besoin d'enregistrer son produit au Maroc pour bénéficier de cette protection de son monopole ;
- Les monopoles de données d'enregistrement doivent être donnés pour les données d'enregistrement soumises pour tous les « nouveaux produits pharmaceutiques ». Dans l'accord ADPIC, la nécessité de protéger les données (qui ne conduit pas à un monopole parce qu'il s'agit de protection et non pas d'exclusivité), s'applique pour les données fournies pour les « nouvelles entités chimiques ». Sous l'ALEs, l'exclusivité des données s'applique pour les nouveaux produits contenant des entités chimiques qui n'ont pas été enregistrées dans le pays même si elles ne sont pas nouvelles.

#### *Interdiction de facto de recourir aux licences obligatoires*

Comme dans l'accord régional avec l'Amérique centrale, ces protections de monopoles des données d'enregistrement rendent le recours aux licences obligatoires impossible, sauf peut être en essayant d'invoquer des pratiques anti-concurrentielles.

L'article 15.10.4 semble interdire toute compagnie générique de s'appuyer sur les données fournies par la compagnie qui détient le brevet d'un médicament à n'importe quel moment durant la durée du brevet si le producteur n'a pas la permission du détenteur du brevet (ce qui

semble contradictoire avec la durée de 5 ans stipulée dans l'article 15.10.2).

Cet article signifie effectivement qu'une compagnie productrice de génériques ne peut pas s'appuyer sur les données d'enregistrement d'un produit durant toute la durée de la protection par le brevet, même si une licence obligatoire est émise. Cette mesure bloque purement et simplement l'utilisation de licence obligatoire même en cas d'urgence.

Ce langage se retrouve dans les textes de l'accord avec l'Amérique centrale. Essential Action a demandé des explications à l'USTR qui s'est en gagé à en fournir (rien pour le moment).

#### *Extension de la durée des brevets et brevets surprotecteurs*

L'ALE entre le Maroc et les Etats-Unis comme l'accord avec l'Amérique centrale étend la durée de protection des brevets en permettant des brevets surprotecteurs :

- des extensions de brevets doivent être accordés pour compenser les délais lors de l'enregistrement des brevets (article 15.9.7) ;
- des extensions de brevets doivent être accordés pour compenser les délais d'enregistrement des produits pharmaceutiques (article 15.10.3) ;
- l'accord crée un encouragement pour les compagnies détentrices des brevets à soumettre des demandes de brevets abusives. L'article 15.9.9 impose aux pays d'autoriser les demandeurs de brevets à amender leurs demandes de brevets ; ceci constitue un encouragement pour les demandeurs de brevets à soumettre des demandes inadéquates et des brevets excessivement larges ;
- les règles concernant les investissements de l'ALE interdiront les licences obligatoires. Le chapitre concernant l'investissement précise que les licences obligatoires faites en suivant l'accord ADPIC et/ou les règles sur la protection de la propriété intellectuelle des accords de libre échange ne violent pas les limitations sur l'expropriation du chapitre sur l'investissement (Article 10.7.5) ou les obligations de performances (Article 10.9.3). Cependant, même avec ces clauses de sauvegarde, les règles du chapitre sur l'investissement de l'accord sont si sévères qu'elles refroidiront probablement la volonté des pays à entreprendre de recourir à des licences obligatoires dans la mesure où ils craindront d'être sujet à des pénalités prévues dans le cadre de l'accord sur l'investissement.

**Restrictions sur les importations parallèles et les réimportations**

*(A noter: le Maroc s'était déjà ôté la possibilité de recourir aux importations parallèles dans sa législation sur la propriété intellectuelle)*

L'ALE entre le Maroc et les Etats-Unis comprend une mesure qui apparaît dans d'autres accords, mais pas dans l'accord avec l'Amérique centrale. Celle-ci aura pour effet d'interdire les importations parallèles et les réimportations de produits pharmaceutiques.

D'après l'accord ADPIC, les pays sont absolument libres d'utiliser les importations parallèles. Pour les produits pharmaceutiques, les importations parallèles impliquent l'importation, sans le consentement du détenteur du brevet, de produits brevetés qui ont été mis sur le marché d'un autre pays.

Les importations parallèles permettent aux pays d'acheter sur le marché mondial un produit breveté à son meilleur prix. Dans le cas des produits pharmaceutiques, les compagnies peuvent vendre un même produit à des prix différents selon les pays. Avec les importations parallèles, les pays peuvent, tout en respectant le brevet, chercher à acheter un médicament sur le marché mondial ou au moins dans des pays ayant un niveau économique comparable et réaliser ainsi des économies significatives.

Aux Etats-Unis, l'importation parallèle de produits pharmaceutiques est communément appelée « réimportation ». La réimportation de produits pharmaceutiques n'est pour le moment pas permis aux Etats-Unis, mais la législation est en instance de la légaliser. Les soutiens de la société civile pour la réimportation sont forts, et les États fédéraux qui voudraient obtenir des médicaments moins chers en les achetant au Canada lui sont de plus en plus favorables.

L'une des stratégies qu'explorent les compagnies détentrices de brevets afin de contrecarrer l'importation est de passer des contrats avec les acheteurs de leurs produits qui les empêchent de revendre ces produits. Ainsi, par exemple, dans le contrat que disons Pfizer passe avec une pharmacie canadienne figure une mention qui interdit à la pharmacie de revendre le produit aux Etats-Unis ou pour les Etats-Unis. Si ces contrats peuvent être appliqués alors même si les Etats-Unis décident de légaliser les réimportations de médicaments, les compagnies détentrices de brevets auront un outil pour tenter d'y parer.

L'article 15.9.4 de l'ALE entre le Maroc et les Etats-Unis impose aux pays d'interdire les réimportations (ou les importations parallèles de produits brevetés). Une note dit que cette interdiction pourrait être limitée aux cas



ou les détenteurs de brevet mettent des restrictions sur l'importation dans le cadre de contrats ou d'autres moyens, mais l'ajout de cette note n'impose pas aux compagnies de se limiter à ces cas.

### **La décevante « lettre d'entendement »**

Joint à l'accord de libre échange figure une lettre « d'entendement » entre le représentant du commerce américain, Robert Zoellick, et un représentant du gouvernement marocain (qui n'est pas cité).

Cette lettre prétend expliquer que les mesures sur la propriété intellectuelle de l'accord de libre échange n'affecteront pas les efforts nationaux fait pour assurer l'accès aux médicaments de tous. En réalité, cette lettre n'apporte aucun « soulagement » face aux lourdes tribus imposées par l'accord lui-même.

Le second paragraphe de la lettre « confirme une compréhension partagée par les deux gouvernements sur le chapitre 15 (sur la propriété intellectuelle) comme suit : » *« la mise en application des mesures du chapitre 15 de l'accord n'affecte pas la capacité de chacune des parties de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé publique et promouvoir l'accès aux médicaments pour tous. Ceci concernera en particulier les cas tels que le sida, la tuberculose, la malaria et les autres épidémies, de même que les circonstances d'extrême urgence ou d'urgence nationale ».*

Les intentions sont nobles, mais cette lettre risque de ne faire aucune différence concrète dans l'application de l'accord.

Tout d'abord, cette lettre est clairement subordonnée aux termes de l'accord lui-même puisque qu'elle est un ajout à l'accord, mais n'est pas incluse au texte.

Ensuite, cette lettre se réfère aux mesures « nécessaires » pour protéger la santé publique. En langage commercial international, « nécessaire » est souvent un terme très limité. Une mesure peut être « nécessaire » pour promouvoir la santé publique seulement si il n'y a aucun autre moyen d'atteindre cet objectif, même si les alternatives ne sont pas politiquement et économiquement viables.

Enfin, et c'est le point le plus important, cette déclaration ne prétend pas :

- a)** modifier le chapitre sur la propriété intellectuelle du l'accord ;
- b)** créer une exception aux termes de l'accord qui pourrait être en conflit avec l'objectif de promouvoir l'accès aux médicaments pour tous.

Cette lettre donne seulement une description de la « compréhension » de l'impact que l'accord va avoir.

Mais en fait, comme ces commentaires le suggèrent, une telle « compréhension » est en contradiction avec les termes mêmes de l'accord qui aura pour effet de retarder l'introduction d'une compétition générique peu chère, de bloquer les possibilités des pays de délivrer des licences obligatoires pour des produits pharmaceutiques, et même d'interdire le recours aux importations parallèles de produits pharmaceutiques. Au mieux, cette lettre « d'entendement » peut être utilisée pour formuler des interprétations de l'accord, et pour défendre des interprétations pro santé, mais pas pour passer outre des dispositions spécifiques qui sont clairement délétères pour la santé publique et pour l'objectif de rendre les médicaments accessibles à tous.

Imaginons des approches alternatives qui pourraient avoir un effet plus substantiel. Une première alternative aurait tout simplement pu être de ne pas inclure ces lourdes dispositions en matière de propriété intellectuelle puisque leur objectif est précisément de retarder l'introduction de génériques. Ou encore, le chapitre sur la propriété intellectuelle aurait pu être exclu tout entier, puisque le Maroc comme les Etats-Unis sont membres de l'OMC, et sont tenus de respecter les termes de l'accord ADPIC.

Une seconde alternative aurait pu être d'ajouter au texte de l'accord un paragraphe créant une exception sanitaire claire : *« chaque partie peut apporter une exception à n'importe laquelle des dispositions de ce chapitre dès lors qu'en pratique il entre en conflit avec l'objectif supérieur de santé publique qui est de promouvoir l'accès aux médicaments pour tous. »* Une telle alternative, ou une variante de ce type, serait néfaste, puisque les règles implicites incorporées dans l'accord resteraient les dispositions qui peuvent s'imposer et retarder l'accès aux génériques ou bloquer les importations parallèles ; mais au moins cela aurait attesté d'une sincérité à donner aux pays des flexibilités dans le cadre de l'accord pour répondre aux considérations de santé publique.

Le troisième paragraphe de la lettre « d'entendement » établit que, si l'accord ADPIC est amendé, les parties peuvent entrer en consultation pour adapter l'accord convenablement. Ceci renvoie sans doute à un possible amendement de l'accord ADPIC afin d'incorporer la décision de dérogation concernant la mise en œuvre du paragraphe 6 de la déclaration de Doha (qui concerne la possibilité pour les pays d'exporter plus de 50% des produits pharmaceutiques qui sont produits sous licence obligatoire de façon à répondre à des besoins de santé publique dans le pays importateur). Parce qu'il n'y a pas de limites aux licences

obligatoires dans l'accord de libre échange, une révision de l'interdiction comprise dans l'accord ADPIC d'exporter plus de la moitié de la production des produits pharmaceutiques produits sous licence obligatoire ne devrait pas nécessiter de changement dans l'accord de libre échange. Cependant, une licence obligatoire effective nécessiterait des changements dans le schéma de protection des données prévu par l'accord de libre échange (au contraire, les conditions de protection minimale des données prévues par l'accord ADPIC ne demandent pas de révision). La volonté des parties de créer des exceptions - même limitées de ces dispositions qui permettent les dispositions sur l'exportation du paragraphe 6 de fonctionner - est peu claire.

C) les obligations internationales de divers acteurs :

Le droit à la santé indique à lui seul à quel point il est indissociable et interdépendant des autres droits humains et de la nécessité d'entreprendre des actions concertées de la communauté internationale. Bien que les Etats soient les principaux concernés, les actions et orientations des organisations et institutions internationales ainsi que celles du secteur privé jouent un rôle de plus en plus important dans le secteur de la santé. Quant à la société civile, elle veille à ce que ces acteurs contribuent à la réalisation du droit à la santé.

### *1) les Etats*

Malgré leur affaiblissement manifeste ces deux dernières décennies, les Etats restent, en tant que sujets du droit international, les principaux acteurs de la réalisation de tous les droits humains, dont le droit à la santé. A l'instar des autres droits humains, les Etats ont trois niveaux d'obligations pour le droit à la santé : le respecter, le protéger et le mettre en œuvre.

L'obligation de respecter requiert des Etats de ne pas adopter des politiques ou mesures discriminatoires, en particulier à l'égard des plus nécessiteux et vulnérables. Ils ne doivent pas, par exemple, priver les populations de leurs moyens de subsistance ou les expulser de leurs logements arbitrairement, ou encore entraver leur accès aux soins. Bref, ils doivent s'abstenir de toutes actions pouvant être nuisibles à la santé humaine. L'obligation de protéger exige des Etats qu'ils empêchent les tiers de porter atteinte au droit à la santé. Les Etats doivent adopter des législations adéquates pour garantir la jouissance du droit à la santé. Ils doivent par exemple assurer l'égalité d'accès aux soins de santé et des couvertures sociales, y compris ceux fournis par des tiers.

L'obligation de mettre en œuvre signifie que les Etats sont tenus, entres autres, « *d'assurer la fourniture de soins de santé, dont la mise en œuvre de programmes de vaccination contre les grandes maladies infectieuses, et de garantir l'égalité d'accès à tous les éléments déterminants de la santé tels qu'une alimentation sûre sur le plan nutritionnel et l'eau potable, un assainissement minimum et des conditions de logement et de vie convenables.* » Il doivent par exemple « *instituer un système d'assurance santé (public, privé ou mixte) abordable pour tous.* »

### **Manque de ressources et coopération internationale**

Dans son Observation générale N° 14, tout en reconnaissant « l'existence d'obstacles structurels et autres considérables résultant de facteurs internationaux et autre échappant au contrôle des Etats (§ 5), le CODESC fait « *une distinction entre l'incapacité et les ressources, l'Etat concerné doit mettre des ressources à sa disposition.*»

### **Actions collectives des Etats en faveur du droit à la santé et interdiction des embargos**

Le CODESC met également en garde les Etats parties au PIDESC qui « *doivent respecter l'exercice du droit à la santé dans les autres pays et empêcher tout tiers de violer ce droit dans d'autres pays.*» (§ 39) Bien plus, il les enjoint à « *faciliter l'accès aux soins, services et biens sanitaires essentiels dans la mesure du possible, de fournir, au besoin, l'aide nécessaire (§39)* », et à « *s'abstenir, en toutes circonstances, d'imposer un embargo ou des mesures restrictives de même ordre sur l'approvisionnement d'un autre Etat en médicaments et matériel médical. Les fournitures de biens de ce type ne devraient jamais servir d'instrument de pression politique ou économique.*»

### **Manquement aux obligations des Etats**

Par ailleurs, le CODESC énumère, entre autres, les éléments suivants qui constituent un manquement aux obligations des Etats : « *le déni d'accès aux équipements sanitaires et aux divers autres biens et services en rapport avec la santé dont victimes certains individus ou groupes sous l'effet d'une discrimination de jure ou de facto* » ; le fait pour l'Etat de ne pas tenir compte des obligations juridiques qui lui incombent quant au droit à la santé lors de la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux avec d'autres Etats, avec des organisations internationales ou avec d'autres entités telles que des sociétés multinationales (§50) ; le fait de ne pas réglementer l'activité de particuliers, de groupes ou de sociétés aux fins

de les empêcher de porter atteinte au droit à la santé d'autrui (§ 51) ; le fait de ne pas protéger les consommateurs et les travailleurs contre des pratiques nocives pour la santé, par exemple, de la part des employeurs ou des fabricants de médicaments ou de produits alimentaires (§51) ; le fait de ne pas poursuivre les auteurs de violences (§51) ; le fait d'affecter à la santé un budget insuffisant ou de répartir à mauvais escient les ressources publiques de telle sorte qu'il sera impossible à certains individus ou certains groupes d'exercer leur droit à la santé (§ 52).

## 2) les organisations et institutions internationales

Spécialisée dans le domaine de la santé, l'OMS, de par son mandat, occupe une place prépondérante parmi les organisations internationales et joue un rôle incontournable dans la promotion et la réalisation de la santé pour tous.

En effet, née sur les ruines de la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale, elle a pour but de préserver et de promouvoir la santé publique dans le monde avec la coopération internationale. Cette coopération « est motivée », pour les initiateurs, « par la propagation rapide de maladies épidémiques, telles que le choléra, la peste, la fièvre jaune, liée à l'extension des relations internationales et des échanges commerciaux qu'avaient permis le développement des moyens de transport et de communication. » Elle était également motivée, à l'instar d'autres institutions spécialisées du système des Nations Unies, par la nécessité d'arrangements fonctionnels ad hoc, et de réseaux entre Nations fondés sur des intérêts communs. La coopération en question contribuerait au changement pacifique des relations internationales et à la préservation de la paix.

Le principal objectif de l'OMS est « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. » La charte de l'OMS affirme également que « la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité. »

Aujourd'hui, tous les Etats membres de l'ONU sont également membres de cette organisation, ce qui représente un atout pour la coopération et la coordination internationales. Comptant environ 8 000 spécialistes de la santé publique dans le monde, « les experts de l'OMS donnent des éléments d'orientation, établissent des normes sanitaires et aident les pays à faire face aux problèmes de santé publique. »

Par ailleurs, l'OMS « soutient et encourage la recherche en santé. Par son intermédiaire, les gouvernements peuvent s'attaquer ensemble aux problèmes de santé de portée mondiale et contribuer au bien-être des populations. » L'OMS

revendique avec orgueil, par exemple, l'éradication de la variole en 1979 et l'adoption, en 2003, de la Convention cadre de lutte antitabac.

Certes, les atouts et le rôle incontournable de l'OMS sont indéniables, mais il faut néanmoins tenir compte du fait que l'OMS « *est aujourd'hui profondément infiltrée par l'idéologie néolibérale.* »

Parmi les autres organisations internationales actives dans le domaine de la santé, on peut mentionner l'UNICEF pour le droit à la santé des enfants ainsi que le Haut Commissariat pour les réfugiés (HCR), la Fédération Internationale des Croix et Croissants Rouges et le Comité International de la Croix-Rouge (CICR), qui jouent un rôle important dans le domaine de la santé, s'occupant respectivement, de par leurs mandats, des réfugiés et/ou personnes déplacées en cas de conflits ou de catastrophes naturelles, même si ces organisations manquent parfois d'efficacité en raison du manque de ressources ou de considérations politiques.

Comme il vient d'être souligné, il convient de préciser que l'industrie pharmaceutique est devenue influente à l'OMS depuis les années 1980 et que l'UNICEF s'adonne aux pratiques du partenariat avec des sociétés transnationales (STN) comme Mc Donald's et Coca-Cola, mettant ainsi leur crédibilité en jeu. Certes, ces organismes ne sont pas seuls en cause, toute la machinerie de l'ONU étant submergée de « partenariat » avec les STN à commencer par le désormais très officiel Global Compact.

D'où, d'ailleurs, l'appel pressant de l'UNRISD à « repenser » la notion de « partenariat » entre l'ONU et les sociétés transnationales.

Quant aux institutions financières internationales (Banque mondiale et le FMI), nous avons déjà évoqué leur rôle dans la dégradation des services publics. A ce propos, le CODESC précise que : « *les Etats parties qui sont membres d'institutions financières internationales, notamment du Fonds monétaire international, de la Banque mondiale et de banques régionales de développement, devraient porter une grande attention à la protection du droit à la santé et infléchir dans ce sens la politique de prêt, les accords de crédit ainsi que les mesures internationales de ces institutions.* »

## Justiciabilité du droit à la santé au Maroc

Dans notre recherche on a trouvé une grande difficulté à séparer deux notions qui sont très proches l'une de l'autre c.a.d le droit à la santé est le droit de la santé.

Au Maroc on remarque qu'il y a manque d'information des populations sur leurs droits, absence de ressources juridiques et matérielles et accès difficile à la justice en ce qui concerne particulièrement les pauvres, les démunis et les exclus.

C'est ce qui peut expliquer l'apport dérisoire de la jurisprudence. La plupart des décisions de justice recueillies ça et là datent souvent de l'époque de la colonisation ou sont rendues à la suite de demandes formées par des étrangers et des couches aisées de la population, que ce soit en matière de contrat de soins ou de responsabilité médicale pour ne citer que les cas les plus notoires. Or, les difficultés d'administration de la preuve et les privilèges dont bénéficient, de façon éhontée, les professionnels de la santé comme les autorités administratives intéressées ne permettent pas aux justiciables modestes et ignorants de faire valoir leurs droits.

D'autre part, si les tribunaux ou des organes parajudiciaires (conseil de discipline des ordres professionnels notamment) sont amenés à se rabattre également sur les usages et coutumes professionnels. Ces derniers ne sont pas d'un grand secours pour les personnes pâtissant d'abus, d'excès de zèle ou de pouvoir et de négligences caractérisées des agents ou personnels de santé, quelles que soient leurs structures - administratives ou non - de rattachement.

### **Absence chronique de doctrine juridique en matière de santé**

Devant une telle situation, on ne peut par conséquent s'attendre à une étude du droit de la santé qui surmonterait l'handicap de l'exégèse des textes en vigueur. L'absence flagrante de doctrines en la matière ne permet guère d'alimenter le débat sur telle ou telle question de principes ou de détails, à moins de verser dans la voie facile de puiser des éléments de comparaison dans des sources étrangères, françaises en l'occurrence. Or peut-on logiquement et avec sagesse comparer l'incomparable ?

Si la défection de la doctrine peut s'expliquer par le manque chronique d'information et par le rôle insignifiant de la jurisprudence, faut-il pour autant baisser les bras ? Peut-on admettre cependant que les quelques travaux de recherches ( thèses de travaux ) soutenus en médecine comme

une ébauche de doctrine, alors que ces travaux sont peu consistants et ne constituent souvent qu'une formalité consacrant des années d'études cliniques ?

En outre, on ne peut demander à des médecins, pharmaciens ou dentistes de faire œuvre de doctrines, particulièrement dans le domaine du droit de la santé. Quant aux juristes, les quelques travaux – publiés ou non – demeurent parcellaires tout en privilégiant les descriptions et le recours à des sources exogènes ne cadrant pas toujours avec la culture et la réalité nationales.

Rôle non négligeable de doctrines déformatrices du droit de la santé. Mais si la carence d'une doctrine juridique de la santé est manifeste, une doctrine administrative-politique et une doctrine professionnelle existent bel et bien tout en se situant en dehors de la loi et de l'éthique. Ce sont ces "doctrines" qui déterminent la portée ou l'influence très limitée des normes ou textes en vigueur. D'où l'utilité, pour le chercheur comme pour le citoyen, d'en tenir compte dans la recherche des explications et justifications avancées et défendues par les agents de ces doctrines extra juridiques ou déformatrices du droit de la santé.

C'est dire encore une fois l'obstacle devant lequel peut buter tout premier travail en la matière et ses limites objectives, particulièrement au niveau de la détermination du champ de l'étude du droit de la santé.

Pour le droit à la santé la seule jurisprudence qui existe est le jugement du tribunal administrative d'Agadir jugement 148/2007 dossier administratif n° 465/2005 ch. ou le juge à obliger l'Etat marocain représenté par le Premier Ministre, à assurer l'hospitalisation ainsi que le traitement gratuit à l'intéressée sur les comptes de l'Etat marocain. Toutefois cela reste un jugement isolé.



## ONG et droit à la santé

La situation dramatique des conditions et les nombreux obstacles pour accéder aux soins de santé dans de nombreux pays poussent la société civile à s'organiser face aux gouvernements souvent inertes ou parfois complices des appétits du secteur privé.

Il arrive que la mobilisation de la société civile soit couronnée de succès. A titre d'exemple, la société civile salvadorienne a appuyé une grève du personnel de la santé qui a duré neuf mois (d'octobre 2002 à juin 2003) pour bloquer le processus de la privatisation du secteur de la santé impulsé par la Banque mondiale.

Bien entendu, cette victoire n'est pas définitive et nécessite une vigilance de la part de la société civile salvadorienne, et des mouvements sociaux d'autres pays, puisque la Banque mondiale campe toujours sur sa position.

C'est aussi suite à la forte mobilisation de la société civile, aux niveaux national et international, que 39 STN retiraient la plainte qu'ils avaient déposée à Pretoria le 5 mars 2001, contre une loi sud-africaine de 1997 favorisant l'importation de médicaments génériques et un contrôle des prix de ces derniers dans la lutte contre le VIH/sida.

Quant aux Uruguayens, échaudés par la privatisation abusive du secteur de l'eau, ils ont, par un référendum qui a recueilli 65% des votes, inscrit dans leur constitution : « *L'accès à l'eau potable constitue un droit fondamental, dont la réalisation ne peut être assurée par des entités privées.* » Au niveau international, de nombreux réseaux foisonnent dans les Forums sociaux, mais l'organisation qui rassemble le plus large consensus semble être le Mouvement populaire de la santé (People's Health Movement, PHM). Partant du constat que « *l'inégalité, la pauvreté, l'exploitation, la violence et l'injustice sont à la base de la maladie et de la mort des pauvres et des personnes marginalisées.* » Le PHM a lancé une campagne (fin 2005) sur le droit aux soins de santé dans laquelle il remet en cause la marchandisation de la santé et souligne le rôle inaliénable de l'Etat dans les systèmes de santé publique.

Ceci à l'étranger, mais au Maroc, on assiste ces dernières années à un développement significatif de la société civile qui commence à intégrer le droit à la santé comme droit fondamental. C'est le cas de l'Association Marocaine des Droits de l'Homme avec une commission central sur les DESC.

De même la création de pôle régional DESC mis en place par l'Espace Associatif et le FMAS (Forum Marocain Alternative Sud). Mais, si ces expériences ont un engagement pour la défense des DESC, il faut remarquer qu'ils sont des expériences qui ont besoin d'être développées et enrichies avec un engagement organismes sanitaires.

## Conclusion

Droit interdépendant par excellence, le droit à la santé nécessite des actions concertées pour sa réalisation, tant aux niveaux national qu'international. Ces actions devraient en priorité s'attaquer aux causes sociales, économiques et politiques des problèmes de santé.

Le droit à la santé est le pilier du droit au développement. Il n'est ni normal, ni tolérable qu'un monde qui dispose de suffisamment de ressources et de moyens n'arrive pas, depuis 60 ans, à assurer le niveau de santé « le plus élevé possible » à tous ses habitants.

Comme nous l'avons déjà indiqué, le maintien du bien-être passe par la satisfaction des besoins fondamentaux et la répartition équitable des richesses.

L'Etat, conformément à ses obligations envers ses citoyens, devrait garantir l'accès à ces besoins fondamentaux que sont, entre autres, la nourriture, l'eau, le logement et les médicaments essentiels.

Vu les nombreux obstacles à la réalisation effective du droit à la santé, en particulier, l'idéologie néolibérale qui gangrène les politiques de la plupart des gouvernements en matière de santé, c'est à la société civile, une fois de plus, de se mobiliser pour pousser les Etats à respecter le droit à la santé et à honorer leurs engagements dans ce domaine.

Tous les acteurs, à tous les niveaux, doivent se mobiliser pour la mise en œuvre du droit à la santé, car sans la santé, il n'y a pas de monde sain et aucune activité n'est possible.

## BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

Alaoui Belghiti et al. « **Carte sanitaire et bilan de santé** », Conseil national de l'ordre des médecins du Maroc .Séminaire : accès aux soins. Imprimerie Idéale. Casablanca.

Omar Azziman « **La profession libérale au Maroc** », Publication de la Faculté de droit, n°30 Rabat.

Najiba Alami Serghini « **Organisation et fonctionnement du système sanitaire au Maroc** » Mémoire de D.E.S. Faculté de droit.

Belanger M. « **Droit international de la santé par les textes** », Berger- Levraut. Paris.

El hadj Benhmida « **La planification familiale** », Thèse de doctorat en médecine. N° 444/85. Rabat.

Lajoie A. et Molinari P.A. « **Pour une approche critique du droit de la santé** », Les presses de l'Université de Montréal.

Wajih Maazouzi « **Les éléments d'une nouvelle politique de santé au Maroc** », Editions Okad. Rabat.

Melenec L. et al. « **Traité de droit médical** », 8 volumes. Maloine éditeur. Paris.

Panneau J. « **La responsabilité médicale** », Sirey, Paris.

Roche L. et al. « **Droits de l'homme et médecine, son enseignement, droit et éthique médicale** », Volume 2. Collection de médecine légale et de toxicologie médicale.

Alaoui M.T. et Mechbal A. « **La santé au Maroc en l'an 2000** ».

Communiqué de presse de l'OMS du 22 mars 2006.

Chiffres de l'OMS , CIT2S , par Voice of America le 19 avril 2006.

Rapport annuel de l'Onusida.

« **Travailler ensemble pour la santé** », Rapport annuel de l'OMS, Mai 2006.

Article 10 du protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de la santé.

ICJ, Right to Health Data base, Préliminaire Proposal, 2002, cité par le Rapporteur spécial de la CDH sur la santé dans son premier rapport annuel (voir &20), E/CN.42003/58.

Rapport annuel du Rapporteur de la CDH sur le droit au logement, ECN. 4200259.

Communiqué de presse d'IBFAN du janvier 2004.

Rapport d'IBFAN intitulé « **Using international tools to stop corporactice does it work? Chesks and balances in the global economy** », janvier 2004.

Communiqué de presse d'IBFAN du 21 janvier 2004.

Christophe Dejour « **Entre autres Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale** », éditions du Seuil, février 2000.

Observation générale N° 17 du CODESC, E/CN1 7 du 12 janvier 2006 (voir annexe 2).

La Déclaration d'Alma-Ata, adoptée le 12 septembre 1978 lors de la Conférence internationale sur les soins de santé principale organisée par l'OMS.



## Collection

### Les panels périodiques sur les DESC :

1. Le droit au travail n°1 - Octobre 2009.
2. Le droit au logement n°2 - Novembre 2009.
3. Le droit à la santé n°3 - Décembre 2009.





## Le Cercle d'Analyse Politique

Le *Cercle d'Analyse Politique (CAP)* est un espace créé en Juin 2001, à l'initiative conjointe de la Fondation Abderrahim Bouabid et la Fondation Friedrich Ebert.

Composé d'un cercle restreint de chercheur adeptes du principe de «fertilisation croisée», cet espace de réflexion critique s'efforce de réunir les conditions d'un débat rigoureux selon une approche qui consiste à : *Réfléchir sur l'actualité pour en éclairer les thématiques profondes, ou à l'inverse réfléchir sur des thématiques de fonds pour éclairer l'actualité.*

<b>Collection «les cahiers bleus»</b>
N°12 - 2008 Disponible par Abonnement.
Dépôt Légal : 2004 / 2093 ISBN : 1113 – 8823 Reproduction interdite sans avis préalable
<u>Prochainement :</u> «Crise des élites et restructuration du champ politique par le haut»



121 rue de la Palestine  
Bettana -11040 - Salé  
Tél. : 0537 84 33 13/14  
Fax : 0537 88 02 23  
[fbouabid@wanadoo.net.ma](mailto:fbouabid@wanadoo.net.ma)

9, rue Tiddas, Hassan  
Rabat - Maroc  
Tél. : +212 (0) 537 76 28 58  
+212 (0) 537 66 12 48  
Fax : +212 (0) 537 76 98 91  
E-mail : [fes@fes.org.ma](mailto:fes@fes.org.ma)