

**TERMES DE REFERENCE**

**ANALYSE SITUATIONNELLE SUR LA RESILIENCE DU SYSTEME DE SOINS AUX SITUATIONS DE CRISE**

**(Activité F1)**

**Focus sur l’organisation des soins pour la prise en charge des patients souffrant de MNT et de santé mentale dans les territoires des deux régions bénéficiaires, en prenant en compte les enjeux de genre**

**CONSEQUENCES DE LA PANDEMIE DE COVID 19 SUR LA STRATEGIE D’ACTIONS ET DE PRÉVENTION DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT) DANS LE CONTEXTE DE LA REFORME DE L’AMO**

**CONTEXTE DE L’ETUDE**

Expertise France appuie l’Agence Française de Développement (AFD) dans son concours auprès du Royaume du Maroc dans la **généralisation de l’assurance maladie obligatoire(AMO)** sous la forme d’un prêt de politique publique de 150 millions d’euros. Ce prêt est accompagné d’un dispositif d’assistance technique aux partenaires impliqués, notamment le Ministère de l’Économie, des Finances, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, l’Agence Nationale de l’Assurance Maladie (ANAM) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

**Ce programme d’assistance technique** soutiendra l’organisation et la mise en œuvre de la réforme annoncée en août 2020 par le roi Mohamed VI concernant l’instauration de la protection sociale universelle, dans l’objectif de généraliser la couverture maladie obligatoire, les allocations familiales et l’accès à l’indemnité pour la perte d’emploi, et d’élargir la base d’adhérents au système de retraite. La loi cadre de cette réforme (loi 09-21) a été adoptée par le parlement en mars 2021.

**Les objectifs de l’assistance technique** qui se concentrent sur l’AMO reposent sur deux piliers fondamentaux : (1) la soutenabilité financière de la réforme et (2) le renforcement du système de soins, auxquels vient s’ajouter un troisième pilier transversal, (3) l’appui à la conduite du changement et la prise en compte des enjeux de genre.

Ce pilier 2 a pour objectif le renforcement de l’offre de soins, dans le cadre de la réforme de l’AMO. Il vise à appuyer le Ministère de la santé dans la mise à niveau de l’offre de soins, pour absorber les besoins créés par l’intégration de 22 millions de personnes supplémentaires au régime général de l’assurance maladie. Le projet appuie plus particulièrement :

(i)le renforcement des stratégies nationales du ministère, sur les Maladies Non Transmissibles (MNT) dont les maladies mentales, en y intégrant des éléments relatifs au genre ,

(ii) la mise à niveau de l’offre de soins dans les régions, en ciblant la rénovation et/ou construction d’environ 150 ESSP et en menant plusieurs actions de formations (sur la santé mentale, les parcours de soins, les nouveaux protocoles thérapeutiques),

et (iii) l’amélioration du parcours de soins des patients atteints de MNT dans des régions ciblées notamment à travers le développement de solutions numériques

Le projet a également pour ambition une meilleure prise en compte des enjeux d’égalité entre les femmes et les hommes, en particulier pour un renforcement de l’accès effectif des femmes  aux droits à la couverture maladie.

Ces TDR portent exclusivement sur l’activité F1 – Analyse situationnelle (ingénierie et méthodologie) sur la résilience du système de soins visant à apporter des éléments au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale pour le renforcement du Plan d’action multisectoriel de prévention et de contrôle des MNT pour l’année 2023-2024. Cette analyse situationnelle permettra par ailleurs d’alimenter la réflexion sur d’autres activités relatives au renforcement du système de soins et notamment la mise en place d’un parcours coordonné de soins.

**La stratégie Nationale Multisectorielle d’Action et de Prévention sur les MNT 2019-2029**

Les MNT sont devenues, du fait de la transition épidémiologique à l’échelle mondiale, la principale cause de mortalité et plus précisément des décès prématurés. Elles sont également responsables de 60% de la charge mondiale de morbidité et corrélativement des dépenses de santé, qu’elles soient publiques ou laissées à la charge des ménages. C’est pourquoi, à la suite de l’OMS, le Maroc a adopté un plan de prévention et d’action sur les MNT. Ce plan élaboré par la Direction de l’Épidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (DELM) du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale du Maroc (MSPS) comporte 75 actions déclinées autour de 4 objectifs stratégiques.

Adoptée en 2019 cette stratégie a subi avec la survenue de la pandémie un premier impact. Les mesures de distanciation, la pression des malades atteints de COVID 19 sur le fonctionnement des structures de soins se sont ajoutées aux difficultés traditionnelles d’accès aux soins.

Elle va avec la mise en œuvre de la réforme de l’assurance maladie obligatoire subir un nouvel impact.

Il faut en effet que le système de soins, calibré pour une consommation donnée, soit capable d’absorber une demande fortement accrue. Or ce système de soins vient (et continue) d’être ébranlé par une pandémie qui a non seulement entrainé une fréquentation accrue des structures hospitalières pour certaines populations mais a également entrainé une rupture dans les prises en charge d’autres populations impactant leur état de santé. Une analyse fine des fragilités révélées à cette occasion doit être menée afin d’en tirer toutes les conséquences sur le renforcement des structures de soins.

Par ailleurs une autre réforme est mise en œuvre simultanément: il s’agit de la régionalisation de l’organisation sanitaire et de la création des groupements de santé territoriaux (GST). Cette réforme a pour objectif d’améliorer et de faciliter la gestion des établissements au niveau régional et de renforcer la coordination entre les structures de soins.

Enfin la réforme de l’AMO avec la généralisation de la couverture sociale, le choix d’un médecin de famille, la mise en œuvre du paiement à l’acte et l’ouverture de l’accès au secteur privé va créer un nouveau choc qu’on pourrait qualifier de « choc concurrentiel » entre les établissements publics et privés dont l’accès devient possible à toute la population marocaine.

Le plan d’actions multisectoriel de prévention et de contrôle des MNT appelle donc un nouvel éclairage sur les conséquences de la pandémie dans la prise en charge des populations les plus pauvres atteintes de maladies chroniques ou souffrant de troubles mentaux, et de manière plus générale sur la résilience du système de soins face à des chocs.

La pauvreté et l’absence de moyens de diagnostic des MNT se cumulent le plus souvent avec un éloignement et un isolement important des populations concernées. Certains éléments ont été rapportés, notamment par le HCP sur l'impact de la COVID-19 mais il n'y a pas aujourd'hui de données précises sur les conséquences de la pandémie sur la prise en charge des MNT et la poursuite des programmes de santé publique et qui plus est sur les différences entre les hommes et les femmes.

Il s'agira ici d'appuyer le MSPS (DELM) dans la rédaction d’une actualisation du plan national d’actions et de prévention des MNT pour la période 2023-2024 en apportant les éléments de diagnostic sur les fragilités du système de soins en termes d’organisation de la prise en charge des patients atteints de MNT révélées ou accentuées par l'impact de la pandémie et qui pourraient à nouveau être exacerbés par la situation exceptionnelle de montée en charge soudaine du système d’AMO. L’analyse situationnelle doit ainsi fournir les éléments de diagnostic sur les fragilités à corriger révélées par l'impact de la pandémie sur la prise en charge des patients atteints de MNT. Les données recueillies permettront également au MSPS et aux DRS d’identifier les améliorations prioritaires à apporter au fonctionnement des GST et d’explorer de nouvelles relations entre le secteur public et le secteur privé.

**LA METHODOLOGIE**

Pour ce faire, une méthodologie sera développée avec la DELM pour réaliser une enquête sur les deux territoires désignés (Fès/Meknès et Beni Mellal/Kenifra).

Ces enquêtes auront pour objectif de recueillir des informations permettant de documenter les conséquences dommageables : les retards au diagnostic, les ruptures de prise en charge, les aggravations, les déprogrammations, les difficultés d’approvisionnement, celles liées à l’éloignement etc…doivent donc être documentés et analysés.

Le système de santé public marocain est par ailleurs organisé selon une pyramide sanitaire en 4 niveaux qui détaille pour chacun de ces nivaux le plateau technique, les missions et les activités possibles ; en outre les relations entre ces niveaux obéissent à un système dit de « référencement et contre référencement » qui organisent les relations entre les différentes structures sanitaires. Dans la perspective de la mise en place d’un « parcours de soins » il est particulièrement intéressant d’analyser la nature des dysfonctionnements de ce système de référencement et surtout leurs causes.

Elles seront menées auprès de trois types d'acteurs cibles : les patients, les professionnels de santé, les gestionnaires d'établissement.

LA CONSULTATION DES PROFESSIONNELS :

Cette consultation se fera sous la forme d’entretiens dirigés avec les acteurs et responsables d’un échantillon de structures (ESSP, Centres hospitaliers régionaux, Chu) réalisés par un groupe d’experts (santé publique, économiste santé, gestionnaire établissement, psychiatre)

Les personnes concernées : personnel soignant et gestionnaire d’établissement, mais aussi les administrations et des représentants du Comité de suivi MNT

L’objectif est d’identifier les dysfonctionnements dans l’accès aux soins (géographique, économique...) dans la disponibilité des soins (traitements, examens, spécialistes, …)

Mais surtout d’identifier les causes de ces fragilités :

Disponibilité des équipes ?

Relations entre les structures (coordination, référencement, …) ?

Gestion de l’information médicale ?

Gestion des intrants ?

Respect du paquet de services et du plan MNT ?

Une analyse par type de structure des principales lacunes constatées (personnel, plateau technique, …) ayant un impact sur les capacités et le respect des programmes sera menée

CONSEQUENCES VÉCUES PAR LES MALADES

L’’objectif est avec cette enquête d’Identifier les difficultés d’accès (géographiques, socio-économiques, culturelles) et leur aggravation

Mais surtout de mesurer le respect des prises en charge préconisées par la stratégie multisectorielle de prévention et de contrôle MNT (traitements, explorations, suivis..) et de décrire les ruptures de prise en charge de ces mesures

Bien entendu cette approche ne pourra pas être menée sur l’ensemble des programmes de santé publique :

Les programmes diabète, HTA, Cancer du sein, cancer du col seront surtout analysés. Les maladies mentales feront l’objet d’une approche spécifique

Pour cette enquête patients un questionnaire fermé sera conçu par le groupe d’expert

L’échantillon sera constitué des patients fréquentant les ESSP à partir des registres tenus dans ces structures (ces registres sont organisés par programme)

Le recueil de l’information sera fait par un groupe d’étudiants ou par une société spécialisée (à décider)

Ces 2 approches, professionnels et patients, seront complétées par une analyse des recueils statistiques qui sont faits en routine et qui sont susceptibles d’apporter une information permettant de documenter voire de chiffrer les éléments apportés par l’enquête qualitative

Cette méthodologie devra intégrer la prise en compte des enjeux de genre pour une lecture plus fine de l'impact sur les femmes et les hommes.

Le même travail sera réalisé pour alimenter les réflexions quant à l'élaboration d'une stratégie nationale sur la santé mentale et permettre une meilleure identification et prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux, notamment dans les ESSP.

LES RESULTATS ATTENDUS

L’ensemble de ces résultats doit permettre d’adapter la stratégie d’actions sur les MNT (y compris la santé mentale) au nouveau contexte que constituent à la fois les conséquences de la pandémie et la mise en œuvre d’une réforme de l’AMO.

Des recommandations dans le fonctionnement et l’organisation régionale du système de soins seront faites ainsi que dans les relations possibles avec le secteur privé.

Mais ils serviront aussi dans le cadre des autres appuis techniques (par exemple des expérimentations sur la mise en place du parcours coordonné de soins). A ce titre l'accès aux soins des populations isolées fera l'objet d'une attention particulière (lien avec l'accès à la télémédecine à étudier), ainsi que la capacité de suivi et de prise en charge de l’IRCT.

LA COORDINATION AVEC ONU FEMMES

L’organisation ONU Femmes est chargée par le MSPS de réaliser une « Enquête genre sur les facteurs de risque et la prise en charge des MNT ». Dans sa méthode comme dans ses objectifs, cette enquête genre présente de nombreuses complémentarités avec le travail qui fait l’objet de ces TDR.

Au minimum une coordination devra être mise en place. Des rapprochements plus opérationnels et des mutualisations pourront le cas échéant être organisés : par exemple la constitution d’un échantillon de patients pourra être commune, certaines questions pourraient être ajoutées dans les questionnaires développés par l’autre équipe ou bien certaines données qualitatives qui ressortent des entretiens pourront être échangées.

Les échanges en cours avec ONU femmes vont permettre de préciser ces points

**PROFIL DES EXPERTS**

L’expertise à mobiliser est multiple puisque les fragilités sont par nature multidimensionnelles. On peut lister comme nécessaire :

* Une expertise santé publique/épidémiologie
* Une expertise en psychiatrie
* Une expertise gestionnaire d’établissement de santé
* Une expertise sciences sociales (économiste ou géographe ou sociologue de la santé)
* Une expertise genre (1 membre de l’équipe projet)

Les techniques statistiques d’analyse de données et celles d’analyse d’entretien devront être également disponibles

Le premier travail des experts sera d’arrêter la méthodologie et les outils utilisés (guides d’entretien et questionnaire patients) en s’appuyant sur les documents déjà disponibles (carte sanitaire, enquête de satisfaction, programme de performance …), en relation avec les autorités sanitaires au ministère comme dans les directions régionales et bien sûr avec l’équipe projet.

Le recueil des informations se fera dans un 2ème temps : les entretiens avec les professionnels de santé et les responsables d’établissements seront réalisés par les experts eux-mêmes tandis que les informations recueillis auprès des patients le seront par des étudiants en médecine (ou une société spécialisée à l’aide d’un questionnaire défini par les experts

QUALIFICATIONS REQUISES

-Être titulaire d’un diplôme niveau Doctorat ou Master en santé publique ou sciences sociales

-Avoir une expérience reconnue dans les programmes de sante publique, l’organisation des systèmes de santé et/ou leur gestion, l’étude de la consommation médicale

-Maitriser certains outils utilisés dans le traitement des enquêtes

-Les candidatures d’équipes déjà regroupées et s’appuyant sur une infrastructure universitaire ou de recherche seront appréciées

**LIVRABLES ET CALENDRIER**

Livrables :

|  |  |
| --- | --- |
| En début de mission | Note méthodologique de l’étude et calendrier |
| En milieu de mission | Note d’étape et d’avancée des travaux (4 pages) |
| En fin de mission | Version préliminaire du Rapport d’étude  Rapport final de l’étude  Présentation visuelle de l’étude et des recommandations :  -pour l’intégration de nouvelles actions dans le futur plan d’actions multisectoriel de lutte contre les MNT  -pour l’élaboration d’une note stratégique sur la santé mentale  -pour la mise en place du parcours de soins |

# Informations complémentaires

* Lieu de la mission : En France, à Rabat et dans les 2 régions, Maroc
* Date de prise de fonction : Juin/Juillet
* Type de contrat : contrat de prestation de service
* Durée de la mission : … jours de travail
* Estimation de la répartition du temps de travail :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activités / Nombre de jrs d’expertise** | **Expertise santé publique** | **1 gestionnaire d’établissement** | **Expertise marocaine (psy, sociologue, statisticien)** | **Enquêteurs locaux** |
| Prise en main de la documentation existante, rencontre avec l’équipe d’assistance techniques et quelques acteur-trices clés | 5 j | 5 j | 1j X 3 = 3 j |  |
| Production d’une note méthodologique incluant les questionnaires et guides d’entretien et d’un calendrier | 5 j | 5 j | 1j X3= 3j |  |
| Planification et Recueil des données (entretiens, documentation…) | 20j | 20j | 10JX3 =30 j | 100-120 J |
| Analyse | 10j | 10j | 10 jX3=30j |  |
| Production d’un rapport préliminaire, corrections et rapport final | 5 j | 5 j | 5j X 3= 15j |  |
| Production d’une présentation visuelle des principaux résultats de l’étude et restitution | 5 j | 5 j | 5j X 3= 15j |  |
| **TOTAL** | **50 j** | **50 j** | **37j X 3= 96j** | **100-120 j** |